BỘ Y TẾ	CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
	Độc lập-Tự do-Hạnh phúc
Số: 3634/QĐ-BYT	*Hà Nội, ngày 24 tháng 11 năm 2025*

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt – Tập 1"

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2023;

Căn cứ Nghị định số 42/2025/NĐ-CP ngày 27/02/2025 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Căn cứ Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18/10/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Biên bản họp ngày 14/7/2025 của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt và Công văn số 577/BVRHMTWHN ngày 15/7/2025 của Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội về việc gửi dự thảo hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt đã được Chủ tịch Hội đồng chuyên môn nghiệm thu duyệt dự thảo;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt – Tập 1", gồm 320 quy trình kỹ thuật.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt-Tập 1" được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành và thay thế Quyết định số 3207/QĐ-BYT ngày 29 tháng 08 năm 2013 và Quyết định số 2121/QĐ-BYT ngày 21 tháng 05 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt".

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Cục trưởng, Vụ trưởng các Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế; Giám đốc các bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế; Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương; Thủ trưởng Y tế các ngành và các cơ quan, đơn vị liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- BHXHVN-Bộ Tài chính;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế;
- Website Cục QLKCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG

Trần Văn Thuấn

HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỀ RĂNG HÀM MẶT - TẬP 1

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3634/QĐ-BYT ngày 24 tháng 11 năm 2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Hà Nội, 2025

Chỉ đạo biên soạn	
GS.TS. Trần Văn Thuấn	Thứ trưởng Bộ Y tế
TS. Hà Anh Đức	Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh (QLKCB)
Chủ biên	
PGS.TS. Trần Cao Bính	Giám đốc Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
TS. Vương Ánh Dương	Phó Cục trưởng Cục QLKCB
TS. Phạm Thanh Hà	Phó Giám đốc Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
Tham gia biên soạn, thẩm định	
TS. Trần Thị Lan Anh	Trưởng khoa Điều trị nội nha, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
TS. Nguyễn Thị Vân Anh	Trưởng khoa Răng trẻ em, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
PGS.TS. Nguyễn Quang Bình	Phó Giám đốc Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
TS. Chu Thị Quỳnh Hương	Trưởng khoa Phục hình, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
ThS.BSCKII. Vũ Quang Hòa	Trưởng khoa Khám bệnh răng miệng, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP.HCM
TS. Nguyễn Thanh Huyền	Trưởng khoa Nắn chỉnh răng, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
BSCKI. Ngô Vũ Long	Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
PGS.TS. Nguyễn Thị Hồng Minh	Trưởng khoa Nha chu, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
TS. Đàm Trọng Nghĩa	Trưởng khoa Ngoại đầu cổ, Bệnh viên Ung bướu Hà Nội
ThS. Trương Lê Vân Ngọc	Trưởng Phòng Nghiệp vụ, Cục QLKCB
ThS. Trần Văn Phú	Nguyên Trưởng phòng Tổ chức cán bộ, Nguyên Trưởng khoa Khám bệnh, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
PGS.TS. Lê Ngọc Tuyến	Trưởng khoa Phẫu thuật tạo hình và thẩm mỹ, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
PGS.TS. Phạm Hoàng Tuấn	Trưởng khoa Phẫu thuật hàm mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
BSCKII. Tôn Nữ Mộng Thúy	Nguyên trưởng khoa Khám bệnh răng miệng, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương TP.HCM

TS. Lê Hồng Vân	Trưởng khoa Điều trị theo yêu cầu, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
TS. Đàm Văn Việt	Trưởng khoa Cấy ghép Implant, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
ThS. Phan Văn Việt	Trưởng khoa Phẫu thuật trong miệng, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
Thư ký	
ThS. Nguyễn Đức Thắng	Chuyên viên Phòng Quản lý chất lượng – Chuyển giao kỹ thuật, Cục QLKCB
ThS. Nguyễn Thị Minh Thu	Chuyên viên Phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

LỜI NÓI ĐẦU

Ngày 29/8/2013, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 3207/QĐ-BYT và ngày 21/5/2020 Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2121/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Răng Hàm Mặt". Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật này làm căn cứ để các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, người hành nghề khám bệnh, chữa bệnh và nhân viên y tế triển khai áp dụng và thực hiện các kỹ thuật chuyên ngành Răng Hàm Mặt.

Trong những năm gần đây, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật trên thế giới và năng lực của người thực hiện kỹ thuật, nhằm mục đích cập nhật, bổ sung những tiến bộ mới và tiếp tục chuẩn hóa quy trình thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh về Răng Hàm Mặt, Bộ Y tế đã giao một số bệnh viện làm đầu mối xây dựng Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt, gồm Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh được giao làm đầu mối tổng hợp chung. Các bệnh viện được giao đã huy động và phân công các phó giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ chuyên khoa Răng Hàm Mặt để biên soạn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật; tổ chức họp hội đồng khoa học trong bệnh viện để nghiệm thu; thực hiện biên tập, hoàn thiện theo ý kiến của Hội đồng chuyên môn nghiệm thu do Bộ Y tế thành lập và chịu trách nhiệm về chuyên môn kỹ thuật quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật đều được các thành viên biên soạn rà soát hướng dẫn hiện có, tham khảo các tài liệu trong nước, nước ngoài để cập nhật.

Bộ Y tế đã thành lập Hội đồng chuyên môn nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật với sự tham gia của đại diện một số vụ, cục chức năng của Bộ Y tế, các thành viên chuyên môn là các phó giáo sư, tiến sĩ, bác sĩ chuyên khoa hàng đầu về Răng Hàm Mặt. Các thành viên chuyên môn đã làm việc với tinh thần trách nhiệm, đóng góp về thời gian, trí tuệ, kinh nghiệm để góp ý, nghiệm thu Hướng dẫn quy trình kỹ thuật. Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật về Răng Hàm Mặt được xây dựng cho các kỹ thuật có trong Phụ lục số 02 đồng thời có tên (trùng hoặc tên khác nhưng bản chất kỹ thuật và quy trình kỹ thuật thực hiện giống nhau) trong Phụ lục số 01 (của Thông tư số 23/2024/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh) đã được Hội đồng chuyên môn nghiệm thu với tổng số 320 quy trình kỹ thuật.

Bộ Y tế xin trân trọng cảm ơn sự đóng góp tích cực và hiệu quả của các chuyên gia về Răng Hàm Mặt, đặc biệt là tập thể lãnh đạo và nhóm thư ký biên soạn và nghiệm thu của Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh.

Trong quá trình biên tập khó tránh được những sai sót, chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp ý kiến từ quý độc giả đồng nghiệp để Tài liệu chuyên môn ngày một hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến góp ý xin gửi về Cục Quản lý Khám, chữa bệnh- Bộ Y Tế, 138A Giảng Võ, Ba Đình, Hà Nội.

Xin trân trọng cảm ơn!

GS.TS. Trần Văn Thuấn

Thứ trưởng Bộ Y tế

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH

1. Nguyên tắc xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

a) Hướng dẫn quy trình kỹ thuật được xây dựng và ban hành theo từng chương, chuyên ngành bảo đảm đầy đủ các nội dung cơ bản về chỉ định, chống chỉ định, thận trọng, chuẩn bị đến các bước thực hiện kỹ thuật theo trình tự thực hiện từ khi bắt đầu đến khi kết thúc thực hiện kỹ thuật;

b) Thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế… (danh mục và số lượng) được quy định trong Hướng dẫn quy trình kỹ thuật căn cứ trên yêu cầu chuyên môn, tính phổ biến, thường quy thực hiện tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Trong thực tế triển khai, thời gian thực hiện kỹ thuật, nhân lực, thuốc, thiết bị y tế… (danh mục và số lượng) có thể thay đổi dựa trên cá thể người bệnh, tình trạng bệnh, diễn biến lâm sàng… và điều kiện thực tế hạ tầng, thiết bị, nhân lực của mỗi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

c) Ngoài địa điểm thực hiện kỹ thuật như phòng phẫu thuật (phòng mổ), phòng thực hiện kỹ thuật (phòng thủ thuật), phòng bệnh... được quy định trong mỗi Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, kỹ thuật có thể được thực hiện ở các địa điểm khác theo nguyên tắc:

- Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng bệnh thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng thủ thuật, phòng phẫu thuật; ngược lại kỹ thuật quy định thực hiện tại phòng phẫu thuật không được phép thực hiện tại phòng thủ thuật, phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh;
- Kỹ thuật được quy định thực hiện ở phòng thủ thuật thì kỹ thuật đó được phép thực hiện tại phòng phẫu thuật; không được phép thực hiện tại phòng bệnh trừ trường hợp cấp cứu theo quy định pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Nguyên tắc áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh:

a) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh được phép áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và phải có văn bản do người đứng đầu cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phê duyệt việc triển khai áp dụng toàn bộ Hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành.

Trường hợp cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh thì việc xây dựng, ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật phải tuân thủ theo nguyên tắc quy định tại khoản 1 Điều này, căn cứ trên Hướng dẫn quy trình kỹ thuật tương ứng do Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành và là căn cứ để cơ sở khám bệnh, chữa bệnh triển khai, áp dụng. Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh xây dựng và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chịu hoàn toàn trách nhiệm về việc xây dựng, ban hành và áp dụng.

b) Tài liệu chuyên môn Hướng dẫn quy trình kỹ thuật ban hành kèm theo Quyết định này được áp dụng cho các kỹ thuật quy định tại Phụ lục số 02 Thông tư số 23/2024/TT-BYT ban hành Danh mục kỹ thuật trong khám bệnh, chữa bệnh có cùng tên hoặc có tên khác so với tên kỹ thuật tại Phụ lục số 01 Thông tư số 23/2024/TT-BYT nhưng bản chất và quy trình kỹ thuật thực hiện giống nhau.

c) Quy trình kỹ thuật của kỹ thuật có tên trong cột số 3 được áp dụng đối với các kỹ thuật có tên trong cột số 5 của Phụ lục về Danh mục kỹ thuật được ban hành kèm theo Quyết định này.

d) Người thực hiện các kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh là người hành nghề có phạm vi hành nghề phù hợp với kỹ thuật thực hiện theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh mà không bị giới hạn bởi các chức danh nghề nghiệp được liệt kê trong từng quy trình kỹ thuật. Đồng thời các chức danh nghề nghiệp được quy định trong từng quy trình kỹ thuật cũng chỉ được thực hiện khi có phạm vi hành nghề theo quy định của Luật Khám bệnh, chữa bệnh.

đ) Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chỉ được thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh sau khi được cấp có thẩm quyền phê duyệt, cho phép và sử dụng thuốc, thiết bị y tế được cấp phép theo quy định hiện hành.

e) Trong quá trình triển khai áp dụng Hướng dẫn quy trình kỹ thuật, nếu có các bất cập hoặc nhu cầu cần sửa đổi, bổ sung, cập nhật…, các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh chủ động cập nhật và ban hành Hướng dẫn quy trình kỹ thuật áp dụng tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời báo cáo, đề xuất Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh) để xem xét ban hành áp dụng trong cả nước.

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU

NGUYÊN TẮC XÂY DỰNG, BAN HÀNH VÀ ÁP DỤNG HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT

PHỤ LỤC DANH MỤC KỸ THUẬT

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

1. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY LỒI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI 1

2. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI 5

3. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG HÀM TRÊN GÃY LE FORT I 9

4. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG HÀM TRÊN GÃY LE FORT II 13

5. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG HÀM TRÊN GÃY LE FORT III 17

6. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY BỜ DƯỚI Ổ MẮT VÀ SÀN Ổ MẮT .21

7. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY XƯƠNG GÒ MÁ-CUNG TIẾP 25

8. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG TRÁN 29

9. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY/VỠ XOANG HÀM.....32

10. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHÍNH MŨI.....35

11. NẮN CHỈNH VÀ CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG HÀM.....38

12. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG Ổ RĂNG 41

13. PHẪU THUẬT NẮN CHỈNH GÃY XƯƠNG GÒ MÁ-CUNG TIẾP 44

14. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÒ MÁ DO CAN SAI 47

15. PHẪU THUẬT KẾT HỢP LẠI XƯƠNG HÀM DO CAN SAI 51

16. NẸP CỐ ĐỊNH TẠM GÃY XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT BẰNG CHỈ THÉP.....55

17. KHÂU CẦM MÁU VẾT THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT 58

18. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HÀM TRÊN 61

19. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG GÒ MÁ-CUNG TIẾP.....65

20. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HÀM DƯỚI.....69

21. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HAI HÀM.....73

22. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HAI HÀM VÀ CẰM.....77

23. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CẰM.....82

24. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH GÓC HÀM XƯƠNG HÀM DƯỚI.....86

25. PHẪU THUẬT THÁO NẸP, VÍT XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT.....90

26. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI VÀ GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN 93

27. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM TRÊN VÀ GHÉP VẬT LIỆU THAY THẾ 97

28. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI VÀ GHÉP VẬT LIỆU THAY THẾ 101
29. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN 105
30. PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN 108
31. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI 111
32. PHẪU THUẬT ĐẶT NẸP GIỮ KHOẢNG ĐIỀU TRỊ MẤT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI 114
33. PHẪU THUẬT CẮT U MEN XƯƠNG HÀM 118
34. PHẪU THUẬT CẮT NANG XƯƠNG HÀM 121
35. PHẪU THUẬT CẮT NANG XƯƠNG HÀM CÓ GHÉP THAY THẾ 124
36. PHẪU THUẬT CẮT U LƯỠI 128
37. PHẪU THUẬT CẮT U SÀN MIỆNG 131
38. PHẪU THUẬT CẮT VÀ TẠO HÌNH U MÔI 134
39. PHẪU THUẬT CẮT VÀ TẠO HÌNH U VÙNG HÀM MẶT 137
40. PHẪU THUẬT CẮT RÒ NANG KHE MANG VÙNG HÀM MẶT 140
41. PHẪU THUẬT CẮT NANG DẠNG BÌ SÀN MIỆNG 143
42. PHẪU THUẬT CẮT ỐNG GIÁP MÓNG LƯỠI 146
43. PHẪU THUẬT CẮT NANG TUYẾN NƯỚC BỌT 149
44. PHẪU THUẬT CẮT U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI 152
45. PHẪU THUẬT CẮT U TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM 155
46. PHẪU THUẬT CẮT U TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI LƯỠI 158
47. PHẪU THUẬT CẮT U TUYẾN NƯỚC BỌT PHỤ 161
48. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI 164
49. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM 167
50. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI LƯỠI 170
51. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN NƯỚC BỌT PHỤ 173
52. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI BẢO TỒN THẦN KINH VII 176
53. PHẪU THUẬT LẤY SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM ĐƯỜNG TRONG MIỆNG 179
54. PHẪU THUẬT LẤY SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM ĐƯỜNG NGOÀI MIỆNG 182
55. PHẪU THUẬT LẤY SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI 185
56. PHẪU THUẬT LẤY SỎI VÀ TẠO HÌNH ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM 188

57. PHẪU THUẬT LẤY SỎI VÀ TẠO HÌNH ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI 191
58. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐƯỜNG RÒ TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI.....194
59. PHẪU THUẬT CHUYỂN VỊ ĐƯỜNG RÒ TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI 197
60. PHẪU THUẬT KHÂU NỐI ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT 200
61. BƠM RỬA THUỐC QUA LỖ ỐNG TUYẾN ĐIỀU TRỊ VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT 203
62. PHẪU THUẬT VI PHẪU TÁI TẠO XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG VẠT XƯƠNG 206
63. PHẪU THUẬT VI PHẪU TÁI TẠO XƯƠNG HÀM TRÊN BẰNG VẠT XƯƠNG 210
64. PHẪU THUẬT VI PHẪU KHUYẾT HỔNG VÙNG HÀM MẶT BẰNG VẠT PHẦN MỀM.....214
65. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LIỆT MẶT DO DÂY VII BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU 217
66. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT TẠI CHỖ 220
67. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT RỜI 223
68. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI MỘT BÊN.....226
69. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI HAI BÊN 229
70. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ GIỮA MÔI TRÊN.....232
71. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI TRÊN NGƯỜI BỆNH KHE HỞ MÔI, VÒM MIỆNG 235
72. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ GIỮA MÔI DƯỚI 238
73. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG KHÔNG TOÀN BỘ.....241
74. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG TOÀN BỘ 244
75. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ CHÉO MẶT HAI BÊN 247
76. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ CHÉO MẶT MỘT BÊN.....250
77. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ NGANG MẶT MỘT BÊN 253
78. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ NGANG MẶT HAI BÊN.....256
79. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÒM MIỆNG BẰNG VẠT THÀNH HẦU.....259
80. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI BẰNG SỤN SƯỜN TỰ THÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH KHE HỞ MÔI, VÒM MIỆNG 262
81. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÒM MIỆNG NGẮN BẰNG VẠT XOAY ĐẨY 265
82. PHẪU THUẬT GHÉP VẠT PHẦN MỀM CÓ CUỐNG VÙNG HÀM MẶT....268

83. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIÊM MẠC MIỆNG 271
84. PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ THỦNG VÒM MIỆNG BẰNG VẠT TẠI CHỖ 274
85. PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ THỦNG VÒM MIỆNG BẰNG VẠT LƯỠI.....277
86. PHẪU THUẬT SỬA SẸO MÔI 280
87. PHỤC HÌNH MÀN HẦU BẰNG MÁNG BỊT 283
88. LẮP PHỤC HÌNH HÀM MẶT TRÊN IMPLANT 286
89. PHẪU THUẬT CẮT U MÁU VÙNG HÀM MẶT.....289
90. PHẪU THUẬT CẮT U MÁU-BẠCH MẠCH VÙNG HÀM MẶT 292
91. PHẪU THUẬT CẮT U NANG BẠCH MẠCH VÙNG CỔ.....295
92. PHẪU THUẬT CẮT MẠCH MÁU DỊ DẠNG VÙNG HÀM MẶT.....298
93. PHẪU THUẬT CẮT ĐƯỜNG RÒ MÔI DƯỚI 301
94. PHẪU THUẬT CẮT SỤN THỪA NẮP TAI.....304
95. PHẪU THUẬT CẮT RÒ LUÂN NHĨ.....307
96. PHẪU THUẬT CẮT/ĐỐT TỔN THƯƠNG NIÊM MẠC MIỆNG BẰNG LASER 310
97. PHẪU THUẬT CẮT NANG RĂNG/NANG XƯƠNG HÀM 313
98. PHẪU THUẬT TÁI TẠO THIẾU HỔNG XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN.....316
99. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ KHE HỞ CUNG HÀM 320
100. PHẪU THUẬT TÁI TẠO XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC.....324
101. PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỒI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG XƯƠNG-SỤN SƯỜN TỰ THÂN 327
102. PHẪU THUẬT LẤY BỎ LỒI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI 331
103. PHẪU THUẬT THAY LỒI CẦU NHÂN TẠO.....334
104. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT VÙNG HÀM MẶT 338
105. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI DÍNH VÀ TẠO HÌNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM BẰNG VẠT CÂN CƠ THÁI DƯƠNG 341
106. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI DÍNH VÀ TẠO HÌNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM CÓ GHÉP VẬT LIỆU NHÂN TẠO.....344
107. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI DÍNH VÀ TẠO HÌNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM CÓ GHÉP VẬT LIỆU TỰ THÂN 348
108. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI DÍNH VÀ TẠO HÌNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM 352
109. PHẪU THUẬT THAY KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM NHÂN TẠO 1 BÊN 355
110. PHẪU THUẬT THAY KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM NHÂN TẠO 2 BÊN 359

111. NẮN TRẬT KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM 363
112. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM CÓ CAN THIỆP KHỚP 366
113. PHẪU THUẬT NỘI SOI BƠM RỬA KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM.....370
114. BƠM RỬA NỘI KHỚP KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM.....373
115. PHẪU THUẬT DẪN LƯU VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT.....376
116. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE VÙNG HÀM MẶT 379
117. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT 382
118. PHẪU THUẬT KHÂU PHỤC HỒI VẾT THƯƠNG HỎA KHÍ VÙNG HÀM MẶT 385
119. PHẪU THUẬT DẪN LƯU MÁU TỤ VÙNG MIỆNG - HÀM MẶT 388
120. PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG VIÊM VÙNG HÀM MẶT.....391
121. TIÊM XƠ U MÁU VÙNG HÀM MẶT 395
122. PHẪU THUẬT MỞ XOANG HÀM LẤY DỊ VẬT/ RĂNG NGẦM.....398
123. PHẪU THUẬT LÀM SÂU NGÁCH TIỀN ĐÌNH 401
124. PHẪU THUẬT DỊCH CHUYỂN DÂY THẦN KINH RĂNG DƯỚI ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA.....404
125. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ XƯƠNG HÀM CÓ SỬ DỤNG VẬT LIỆU SINH HỌC TỰ THÂN.....407
126. PHẪU THUẬT CẦM MÁU TẠI CHỖ SAU PHẪU THUẬT ĐẦU CỔ 410
127. PHONG BẾ DÂY THẦN KINH V.....413
128. PHẪU THUẬT CẮT BỎ DÂY THẦN KINH V 416
129. TIÊM BOTULINUM TOXINE VÀO HỆ THỐNG CƠ NHAI ĐIỀU TRỊ BỆNH LOẠN TRƯƠNG LỰC CƠ 419
130. CHỌC THĂM DÒ U/ NANG VÙNG HÀM MẶT 422
131. PHẪU THUẬT MỞ THÔNG NANG VÙNG HÀM MẶT.....425
132. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT XƠ ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT 428
133. PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT.....431
134. PHẪU THUẬT NỘI SOI GIẢI DÍNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM 434
135. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHẨN ĐOÁN BỆNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM 437
136. PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠO HÌNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM 440
137. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY DỊ VẬT VÙNG HÀM MẶT 443
138. PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP XƯƠNG GÃY LỒI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI.....446

139. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO SÀN Ổ MẮT 449
140. PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP XƯƠNG GÃY XƯƠNG GÒ MÁ VÀ/HOẶC CUNG TIẾP 452
141. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U VÙNG HÀM MẶT 455
142. TÁI LẬP HƯỚNG DẪN CẮN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM 458
143. ĐẶT MÁNG NHAI THƯ GIÃN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM 462
144. ĐẶT MÁNG NHAI ĐỊNH VỊ LỒI CẦU ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM 466
145. ĐẶT MÁNG NHAI ĐỊNH VỊ HÀM DƯỚI RA TRƯỚC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM.....470
146. MÀI CHỈNH KHỚP CẮN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM.....474
147. NHUỘM MÔ SỐNG NIÊM MẠC MIỆNG 477
148. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA.....480
149. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA TỨC THÌ SAU NHỔ RĂNG 484
150. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA CÓ SỬ DỤNG MÁNG HƯỚNG DẪN 488
151. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA CÓ SỬ DỤNG TRỤ PHỤC HÌNH MULTIUNIT 492
152. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT ĐỂ GIỮ PHỤC HÌNH KHUYẾT HỔNG HÀM MẶT 496
153. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG VỤN TỰ THÂN ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA 499
154. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG KHỐI TỰ THÂN ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA 503
155. PHẪU THUẬT TÁCH XƯƠNG VÀ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA ...507
156. PHẪU THUẬT TÁI TẠO XƯƠNG CÓ HƯỚNG DẪN ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA 511
157. PHẪU THUẬT NÂNG XOANG HỞ SỬ DỤNG VẬT LIỆU THAY THẾ ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA 515
158. PHẪU THUẬT NÂNG XOANG KÍN VÀ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA CÓ SỬ DỤNG VẬT LIỆU THAY THẾ 519
159.PHẪU THUẬT TÁI TẠO XƯƠNG Ổ RĂNG BẰNG GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN LẤY NGOÀI MIỆNG 523
160.PHẪU THUẬT TÁI TẠO XƯƠNG Ổ RĂNG BẰNG GHÉP VẬT LIỆU THAY THẾ 527
161.TÁI TẠO XƯƠNG CÓ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ TIÊU XƯƠNG QUANH IMPLANT NHA KHOA 530

162. PHẪU THUẬT GHÉP LỢI TỰ DO QUANH IMPLANT NHA KHOA.....533
163. PHẪU THUẬT GHÉP MÔ LIÊN KẾT QUANH IMPLANT NHA KHOA 536
164. PHẪU THUẬT VẠT ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH IMPLANT NHA 539
165. PHẪU THUẬT TRƯỢT VẠT CHE PHỦ IMPLANT NHA KHOA.....542
166. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÚ LỢI QUANH IMPLANT NHA KHOA 545
167. PHỤC HÌNH CẦU/CHỤP GẮN BẰNG CEMENT TRÊN IMPLANT NHA KHOA.....548
168. PHỤC HÌNH CẦU/CHỤP GẮN BẰNG VÍT TRÊN IMPLANT NHA KHOA 551
169. PHỤC HÌNH TOÀN HÀM BẮT VÍT TRÊN MULTIUNIT ABUTMENT 554
170. PHẪU THUẬT GHÉP LỢI TỰ DO CHE PHỦ CHÂN RĂNG 558
171. PHẪU THUẬT GHÉP MÔ LIÊN KẾT CHE PHỦ CHÂN RĂNG.....561
172. PHẪU THUẬT GHÉP BIỂU MÔ VÀ MÔ LIÊN KẾT TĂNG CHIỀU CAO LỢI DÍNH 565
173. PHẪU THUẬT LẬT VẠT ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG 568
174. PHẪU THUẬT LẬT VẠT ĐIỀU TRỊ ÁP XE QUANH RĂNG MẠN TÍNH ..571
175. PHẪU THUẬT TRƯỢT VẠT CHE PHỦ CHÂN RĂNG 574
176. PHẪU THUẬT TRƯỢT VẠT TĂNG CHIỀU CAO LỢI DÍNH 577
177. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÚ LỢI 580
178. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỢI.....583
179. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN VÀ MÀNG SINH HỌC TÁI TẠO MÔ QUANH RĂNG.....586
180. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU SINH HỌC TỰ THÂN TÁI TẠO MÔ QUANH RĂNG.....590
181. PHẪU THUẬT ĐẶT DẪN XUẤT PROTEIN KHUÔN MEN VÀ YẾU TỐ TĂNG TRƯỞNG TÁI TẠO MÔ QUANH RĂNG 594
182. PHẪU THUẬT GHÉP MÀNG SINH HỌC ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG CHẼ CHÂN RĂNG.....598
183. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU THAY THẾ XƯƠNG VÀ MÀNG SINH HỌC ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG CHẼ CHÂN RĂNG 601
184. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU THAY THẾ XƯƠNG VÀ MÀNG SINH HỌC TÁI TẠO MÔ QUANH RĂNG.....605
185. PHẪU THUẬT GHÉP MÀNG SINH HỌC CHE PHỦ CHÂN RĂNG 609
186. PHẪU THUẬT CẮT LỢI ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG 612
187. PHẪU THUẬT CẮT U LỢI 615
188. PHẪU THUẬT CẮT U LỢI TOÀN HÀM.....618
189. NẠO TÚI QUANH RĂNG.....621

190. CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY 624
191. LẤY CAO RĂNG VÀ LÀM NHẴN MẶT RĂNG 627
192. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI/MÁ 630
193. PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI 633
194. BƠM RỬA QUANH THÂN RĂNG 636
195. CHÍCH ÁP XE LỢI 639
196. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE QUANH RĂNG 642
197. PHẪU THUẬT LÀM DÀI THÂN RĂNG LÂM SÀNG 645
198. PHẪU THUẬT ĐỊNH VỊ LẠI MÔI TRÊN 648
199. PHẪU THUẬT LẬT VẠT ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG CÓ HỖ TRỢ LASER 651
200. NẠO TÚI QUANH RĂNG CÓ HỖ TRỢ LASER 654
201. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI/MÁ BẰNG LASER 657
202. PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI BẰNG LASER 660
203. PHẪU THUẬT CẮT U LỢI BẰNG LASER 663
204. PHẪU THUẬT CẮT LỢI BẰNG LASER 666
205. PHẪU THUẬT LẤY BỎ SẮC TỐ LỢI SỬ DỤNG LASER 669
206. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE CẦM TAY VÀ LÈN NGANG 672
207. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) RĂNG SỮA BẰNG FILE CẦM TAY 677
208. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE MÁY VÀ LÈN NGANG 681
209. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE MÁY VÀ LÈN DỌC 686
210. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE MÁY VÀ TRÁM BÍT BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC 691
211. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) MỘT THÌ 696
212. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) RĂNG SỮA BẰNG FILE MÁY 701
213. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA LẠI (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) 705
214. PHẪU THUẬT CẮT CHÓP RĂNG VÀ HÀN NGƯỢC BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC 710
215. PHẪU THUẬT CẮT THÂN RĂNG BẢO TỒN CHÂN RĂNG 714
216. PHẪU THUẬT CHIA THÂN/CHÂN RĂNG 718

217. CHE TỦY RĂNG BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC 721
218. CHE TỦY CHÂN RĂNG BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC 725
219. HÀN LỖ THỦNG SÀN BUỒNG TỦY/THÀNH ỐNG TỦY BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC 728
220. HÀN PHỤC HỒI RĂNG BẰNG GIC 731
221. HÀN PHỤC HỒI RĂNG BẰNG VẬT LIỆU DÁN DÍNH 734
222. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG VENEER COMPOSITE TRỰC TIẾP 737
223. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG CHỐT ỐNG TỦY VÀ VẬT LIỆU DÁN DÍNH 740
224. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG INLAY/ONLAY/OVERLAY HỢP KIM 743
225. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG INLAY/ONLAY/OVERLAY SỨ 746
226. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG ENDOCROWN 750
227. TẨY TRẮNG RĂNG SỬ DỤNG MÁNG THUỐC 754
228. TẨY TRẮNG RĂNG MỘT LẦN TRÊN GHẾ RĂNG 757
229. TẨY TRẮNG RĂNG NỘI TỦY 760
230. ÁP GEL TRÊN KHAY CÁ NHÂN ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ 763
231. ĐẶT THUỐC ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ 766
232. CHIẾU LASER ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ 769
233. TÁI SINH MÔ NỘI NHA RĂNG CHƯA ĐÓNG CHÓP 772
234. LẤY DỊ VẬT TRONG ỐNG TỦY 776
235. PHẪU THUẬT CẮT CHÓP, HÀN NGƯỢC VÀ CẤY LẠI RĂNG 779
236. PHẪU THUẬT NỘI NHA ĐIỀU TRỊ NGOẠI TIÊU/DỊ DẠNG CHÂN RĂNG BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC 783
237. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA DƯỚI KÍNH HIỂN VI 787
238. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CẦU, CHỤP NHỰA 790
239. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CẦU, CHỤP HỢP KIM 794
240. TÁI TẠO CÙI RĂNG BẰNG CHỐT ĐÚC 798
241. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CHỐT LIỀN CHỤP HỢP KIM 801
242. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CẦU, CHỤP HỢP KIM PHỦ SỨ 804
243. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CẦU DÁN 808
244. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CHỐT LIỀN CHỤP HỢP KIM PHỦ SỨ 811
245. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CẦU, CHỤP SỨ TOÀN PHẦN 814
246. PHỤC HÌNH THẨM MỸ RĂNG BẰNG VENEER SỨ 818
247. TẠO CHỐT CÙI ĐÚC SỨ ĐỂ PHỤC HÌNH RĂNG 822
248. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CHỐT LIỀN CHỤP TOÀN SỨ 825

249. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG MỘT THÌ BẰNG CHỤP TOÀN SỨ SỬ DỤNG CÔNG NGHỆ CAD/CAM 828
250. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG BẰNG HÀM GIẢ THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA 831
251. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG BẰNG HÀM KHUNG HỢP KIM 834
252. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG BẰNG HÀM GIẢ TOÀN PHẦN NỀN NHỰA 837
253. THÁO CẦU/ CHỤP RĂNG GIẢ 840
254. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG TỪNG PHẦN BẰNG HÀM GIẢ THÁO LẮP CÓ KHỚP NỐI CHÍNH XÁC 843
255. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG BẰNG HÀM GIẢ THÁO LẮP TỰA TRÊN THANH NGANG 847
256. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG BẰNG HÀM GIẢ THÁO LẮP LƯU GIỮ BẰNG NAM CHÂM/CÚC BẤM 851
257. LÀM MÁNG PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG HÀM 855
258. LÀM NÚT BỊT TRONG ĐIỀU TRỊ MỞ THÔNG NANG XƯƠNG HÀM 857
259. ĐẶT MÁNG ĐIỀU TRỊ TẬT NGHIẾN RĂNG 860
260. ĐẶT KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU 863
261. ĐẶT KHÍ CỤ THÁO LẮP ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU 867
262. NẮN CHỈNH RĂNG HAI HÀM BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 870
263. NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH CHO PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG 874
264. NẮN CHỈNH RĂNG MỘT HÀM BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 878
265. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG MẮC CÀI MẶT LƯỠI 882
266. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG HỆ THỐNG KHAY CÁ NHÂN 886
267. NẮN CHỈNH RĂNG TỪNG PHẦN BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 890
268. NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ HỖ TRỢ CỐ ĐỊNH 894
269. ĐẶT MINI-IMPLANT ĐỂ NẮN CHỈNH RĂNG 898
270. ĐẶT MINIPLATE ĐỂ NẮN CHỈNH RĂNG 902
271. NONG HÀM BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 906
272. NẮN CHỈNH MẤT CÂN XỨNG HÀM THEO CHIỀU TRƯỚC SAU BẰNG KHÍ CỤ CHỨC NĂNG CỐ ĐỊNH 910
273. NẮN CHỈNH RĂNG/HÀM DÙNG LỰC NGOÀI MIỆNG BẰNG KHÍ CỤ HEADGEAR 914
274. ĐẶT KHÍ CỤ FACEMASK VÀ ỐC NONG NHANH ĐIỀU TRỊ MẤT CÂN XỨNG HÀM THEO CHIỀU TRƯỚC SAU 918
275. ĐẶT KHÍ CỤ CHIN CUP ĐIỀU TRỊ MẤT CÂN XỨNG HÀM THEO CHIỀU TRƯỚC SAU 922

276. ĐẶT KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH TRỊ DUY TRÌ KẾT QUẢ NẮN CHỈNH RĂNG.....925
277. ĐẶT KHÍ CỤ THÁO LẮP DUY TRÌ KẾT QUẢ NẮN CHỈNH RĂNG 928
278. DI CHUYỂN RĂNG NGẦM.....931
279. NẮN CHỈNH MŨI-XƯƠNG Ổ RĂNG TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG.....935
280. NẮN CHỈNH MŨI TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG...938
281. NẮN CHỈNH MŨI TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG SỬ DỤNG KHÍ CỤ NGOÀI MIỆNG.....941
282. ĐẶT KHÍ CỤ CÓ ỐC NONG ĐIỀU TRỊ TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG.....944
283. ĐẶT KHÍ CỤ KHÔNG CÓ ỐC NONG ĐIỀU TRỊ TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG.....947
284. DÁN MÔI ĐIỀU TRỊ TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG 950
285. NONG HÀM BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP 953
286. ĐẶT KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH GIỮ KHOẢNG RĂNG MẤT.....957
287. ĐẶT KHÍ CỤ THÁO LẮP GIỮ KHOẢNG RĂNG MẤT.....961
288. NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP.....964
289. NẮN CHỈNH MẤT CÂN XỨNG HÀM CHIỀU TRƯỚC SAU BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP.....967
290. PHẪU THUẬT CẮT CHÂN RĂNG.....970
291. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG/CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN 973
292. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN CÓ CHIA CẮT.....976
THÂN/CHÂN RĂNG 976
293. PHẪU THUẬT LẤY RĂNG/CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN NGẦM 979
294. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG/CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN CÓ MỞ XƯƠNG VÀ CHIA CẮT THÂN/CHÂN RĂNG 982
295. PHẪU THUẬT MỞ XƯƠNG CHO RĂNG MỌC.....985
296. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM TRÊN MỌC LỆCH.....988
297. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH.....991
298. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CHIA CẮT RĂNG.....994
299. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CHIA CẮT RĂNG VÀ MỞ XƯƠNG 997
300. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG 1000
301. PHẪU THUẬT CẮT/ NẠO XƯƠNG Ổ RĂNG.....1003
302. PHẪU THUẬT CẤY CHUYỂN RĂNG/ MẦM RĂNG.....1006

303. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG SANG CHẤN TỐI THIỂU.....1009
304. ĐẶT VẬT LIỆU TỰ THÂN (PRP, PRF, PDGF.v.v.) TRONG ĐIỀU TRỊ RĂNG HÀM MẶT.....1012
305. TRÁM BÍT HỐ RÃNH DỰ PHÒNG SÂU RĂNG.....1015
306. HÀN RĂNG KHÔNG SANG CHẤN BẰNG GIC.....1018
307. PHỤC HỒI THÂN RĂNG SỮA BẰNG GIC.....1021
308. PHỤC HỒI THÂN RĂNG SỮA BẰNG VẬT LIỆU DÁN DÍNH.....1024
309. PHỤC HỒI MEN RĂNG KÉM KHOÁNG HÓA BẰNG VẬT LIỆU VI XÂM LẤN.....1028
310. CHE TỦY RĂNG SỮA BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC.....1032
311. CHE TỦY CHÂN RĂNG SỮA BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC.....1035
312. ĐÓNG CHÓP RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG CALCIUM HYDROXIDE.....1038
313. ĐÓNG CHÓP RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC.....1042
314. TÁI KHOÁNG HÓA MEN RĂNG BẰNG THUỐC BÔI BỀ MẶT.....1046
315. TÁI KHOÁNG HÓA MEN RĂNG BẰNG MÁNG GEL FLUOR.....1049
316. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG CHỤP THÉP LÀM SẴN.....1052
317. PHỤC HỒI THÂN RĂNG SỮA BẰNG CHỤP NHỰA LÀM SẴN.....1055
318. PHỤC HỒI THÂN RĂNG SỮA BẰNG CHỤP SỨ LÀM SẴN.....1058
319. NHỔ RĂNG SỮA/ CHÂN RĂNG SỮA.....1061
320. MÀI CHỈNH NÚM PHỤ MẶT NHAI RĂNG VĨNH VIỄN.....1064

PHỤ LỤC

DANH MỤC KỸ THUẬT

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
1.	254	Phẫu thuật kết hợp xương gãy lồi cầu xương hàm dưới	16.242	Phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới bằng chỉ thép
			16.243	Phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới bằng nẹp vít hợp kim
			16.244	Phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới bằng nẹp vít tự tiêu
			16.314	Phẫu thuật ghép xương với khung nẹp hợp kim tức thì sau cắt đoạn xương hàm dưới
2.	255	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương hàm dưới	16.268	Phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới bằng chỉ thép
			16.269	Phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít hợp kim
			16.270	Phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít tự tiêu
3.	256	Phẫu thuật kết hợp xương hàm trên gãy Le Fort I	16.247	Phẫu thuật điều trị gãy Lefort I bằng chỉ thép
			16.248	Phẫu thuật điều trị gãy Lefort I bằng nẹp vít hợp kim
			16.249	Phẫu thuật điều trị gãy Lefort I bằng nẹp vít tự tiêu
4.	257	Phẫu thuật kết hợp xương hàm trên gãy Le Fort II	16.250	Phẫu thuật điều trị gãy Lefort II bằng chỉ thép
			16.251	Phẫu thuật điều trị gãy Lefort II bằng nẹp vít hợp kim
			16.252	Phẫu thuật điều trị gãy Lefort II bằng nẹp vít tự tiêu
5.	258	Phẫu thuật kết hợp xương hàm trên gãy Le Fort III	16.253	Phẫu thuật điều trị gãy Lefort III bằng chỉ thép

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
			16.254	Phẫu thuật điều trị gãy Lefort III bằng nẹp vít hợp kim
			16.255	Phẫu thuật điều trị gãy Lefort III bằng nẹp vít tự tiêu
6.	259	Phẫu thuật kết hợp xương gãy bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt	15.119	Phẫu thuật chỉnh hình ổ mắt
7.	260	Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương gò má-cung tiếp	16.271	Phẫu thuật điều trị gãy xương gò má bằng chỉ thép
			16.272	Phẫu thuật điều trị gãy xương gò má bằng nẹp vít hợp kim
			16.273	Phẫu thuật điều trị gãy xương gò má bằng nẹp vít tự tiêu
			16.274	Phẫu thuật điều trị gãy cung tiếp bằng chỉ thép
			16.275	Phẫu thuật điều trị gãy cung tiếp bằng nẹp vít hợp kim
			16.276	Phẫu thuật điều trị gãy cung tiếp bằng nẹp vít tự tiêu
			16.277	Phẫu thuật điều trị gãy xương gò má-cung tiếp bằng chỉ thép
			16.278	Phẫu thuật điều trị gãy xương gò má-cung tiếp bằng nẹp vít hợp kim
			16.279	Phẫu thuật điều trị gãy xương gò má-cung tiếp bằng nẹp vít tự tiêu
			16.280	Điều trị gãy xương gò má-cung tiếp bằng nắn chỉnh (có gây mê hoặc gây tê)
8.	261	Phẫu thuật kết hợp xương trán	15.114	Phẫu thuật chấn thương xoang trán
9.	262	Phẫu thuật kết hợp xương gãy/vỡ xoang hàm	15.116	Phẫu thuật vỡ xoang hàm
10.	263	Phẫu thuật kết hợp xương chính mũi	16.281	Phẫu thuật điều trị gãy xương chính mũi bằng chỉ thép

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
			16.282	Phẫu thuật điều trị gãy xương chính mũi bằng nẹp vít hợp kim
			16.283	Phẫu thuật điều trị gãy xương chính mũi bằng nẹp vít tự tiêu
			16.284	Phẫu thuật điều trị gãy xương chính mũi bằng các vật liệu thay thế
11.	264	Nắn chỉnh và cố định gãy xương hàm	16.286	Điều trị gãy xương hàm dưới bằng cung cố định 2 hàm
			16.287	Điều trị gãy xương hàm dưới bằng buộc nút Ivy cố định 2 hàm
			16.288	Điều trị gãy xương hàm dưới bằng vít neo chặn cố định 2 hàm
12.	265	Phẫu thuật điều trị gãy xương ổ răng	16.208	Phẫu thuật tạo hình xương ổ răng
13.	266	Phẫu thuật nắn chỉnh gãy xương gò má-cung tiếp	16.280	Điều trị gãy xương gò má-cung tiếp bằng nắn chỉnh (có gây mê hoặc gây tê)
14.	267	Phẫu thuật kết hợp xương gò má do can sai	16.258	Phẫu thuật điều trị can sai xương gò má
15.	268	Phẫu thuật kết hợp lại xương hàm do can sai	16.256	Phẫu thuật điều trị can sai xương hàm trên
			16.257	Phẫu thuật điều trị can sai xương hàm dưới
16.	269	Nẹp cố định tạm gãy xương vùng hàm mặt bằng chỉ thép	16.298	Cố định tạm thời sơ cứu gãy xương hàm
			16.300	Sơ cứu gãy xương vùng hàm mặt
17.	270	Khâu cầm máu vết thương vùng hàm mặt	16.301	Sơ cứu vết thương phần mềm vùng hàm mặt
18.	271	Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm trên	16.259	Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm trên một bên
			16.260	Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm trên hai bên

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
19.	272	Phẫu thuật chỉnh hình xương gò má-cung tiếp	28.188	Phẫu thuật chỉnh sửa gò má-cung tiếp
20.	273	Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới	16.261	Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới một bên
			16.262	Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới hai bên
21.	274	Phẫu thuật chỉnh hình xương hai hàm	16.263	Phẫu thuật chỉnh hình xương 2 hàm
22.	275	Phẫu thuật chỉnh hình xương hai hàm và cằm	16.263	Phẫu thuật chỉnh hình xương 2 hàm
23.	276	Phẫu thuật chỉnh hình cằm	28.189	Phẫu thuật cắt chỉnh cằm
24.	277	Phẫu thuật chỉnh hình góc hàm xương hàm dưới	28.187	Phẫu thuật chỉnh sửa góc hàm xương hàm dưới
25.	278	Phẫu thuật tháo nẹp. vít xương vùng hàm mặt	16.348	Phẫu thuật tháo nẹp, vít
26.	279	Phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới và ghép xương tự thân	16.312	Phẫu thuật ghép xương tự thân tự do tức thì sau cắt đoạn xương hàm dưới
27.	280	Phẫu thuật cắt đoạn xương hàm trên và ghép vật liệu thay thế	16.311	Phẫu thuật ghép xương bằng vật liệu thay thế tức thì sau cắt đoạn xương hàm trên
28.	281	Phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới và ghép vật liệu thay thế	16.314	Phẫu thuật ghép xương với khung nẹp hợp kim tức thì sau cắt đoạn xương hàm dưới
29.	282	Phẫu thuật cắt toàn phần xương hàm trên	12.47	Cắt u vùng hàm mặt phức tạp
30.	283	Phẫu thuật cắt một phần xương hàm trên	12.46	Cắt u vùng hàm mặt đơn giản
31.	284	Phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới	16.313	Phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới không đặt nẹp giữ chỗ
32.	285	Phẫu thuật đặt nẹp giữ khoảng điều trị mất đoạn xương hàm dưới	16.314	Phẫu thuật ghép xương với khung nẹp hợp kim tức thì sau cắt đoạn xương hàm dưới

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
33.	286	Phẫu thuật cắt u men xương hàm	16.313	Phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới không đặt nẹp giữ chỗ
			16.320	Phẫu thuật cắt u men xương hàm dưới giữ lại bờ nền
34.	287	Phẫu thuật cắt nang xương hàm	16.328	Phẫu thuật cắt nang do răng xương hàm trên
			16.329	Phẫu thuật cắt nang không do răng xương hàm trên
			16.330	Phẫu thuật cắt nang do răng xương hàm trên có can thiệp xoang
			16.331	Phẫu thuật cắt nang do răng xương hàm dưới
			16.332	Phẫu thuật cắt nang không do răng xương hàm dưới
35.	288	Phẫu thuật cắt nang xương hàm có ghép thay thế	16.328	Phẫu thuật cắt nang do răng xương hàm trên
			16.329	Phẫu thuật cắt nang không do răng xương hàm trên
36.	289	Phẫu thuật cắt u lưỡi	15.196	Phẫu thuật cắt u lưỡi phần lưỡi di động
37.	290	Phẫu thuật cắt u sàn miệng	15.194	Phẫu thuật cắt u sàn miệng
38.	291	Phẫu thuật cắt và tạo hình u môi	15.338	Phẫu thuật tạo hình tổn thương mất chất vùng mặt bằng mảnh ghép tự do da, cân cơ, xương
			12.77	Cắt u môi lành tính có tạo hình
39.	292	Phẫu thuật cắt và tạo hình u vùng hàm mặt	28.230	Cắt u da lành tính vùng hàm mặt
40.	293	Phẫu thuật cắt rò nang khe mang vùng hàm mặt	15.295	Phẫu thuật lấy nang rò khe mang II
41.	294	Phẫu thuật cắt nang dạng bì sàn miệng	15.194	Phẫu thuật cắt u sàn miệng

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
42.	295	Phẫu thuật cắt ống giáp móng lưỡi	15.292	Phẫu thuật nang rò giáp lưỡi
43.	296	Phẫu thuật cắt nang tuyến nước bọt	15.284	Phẫu thuật cắt tuyến dưới hàm
44.	297	Phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt mang tai	12.89	Cắt u tuyến nước bọt mang tai
45.	298	Phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt dưới hàm	12.86	Cắt u tuyến nước bọt dưới hàm
			15.284	Phẫu thuật cắt tuyến dưới hàm
46.	299	Phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt dưới lưỡi	12.87	Cắt u tuyến nước bọt dưới lưỡi
47.	300	Phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt phụ	12.88	Cắt u tuyến nước bọt phụ
48.	301	Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt mang tai	15.283	Phẫu thuật cắt tuyến mang tai có hoặc không bảo tồn dây VII
49.	302	Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt dưới hàm	15.284	Phẫu thuật cắt tuyến dưới hàm
50.	303	Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt dưới lưỡi	15.284	Phẫu thuật cắt tuyến dưới hàm
51.	304	Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt phụ	12.88	Cắt u tuyến nước bọt phụ
52.	305	Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt mang tai bảo tồn thần kinh VII	16.319	Phẫu thuật cắt bỏ tuyến nước bọt mang tai bảo tồn thần kinh VII
53.	306	Phẫu thuật lấy sỏi tuyến nước bọt dưới hàm đường trong miệng	15.205	Lấy sỏi ống tuyến Wharton đường miệng
54.	307	Phẫu thuật lấy sỏi tuyến nước bọt dưới hàm đường ngoài miệng	15.204	Lấy sỏi ống tuyến Stenon đường miệng
55.	308	Phẫu thuật lấy sỏi tuyến nước bọt mang tai	15.204	Lấy sỏi ống tuyến Stenon đường miệng
56.	309	Phẫu thuật lấy sỏi và tạo hình ống tuyến nước bọt dưới hàm	16.307	Phẫu thuật nối ống tuyến điều trị rò tuyến nước bọt mang tai

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
57.	310	Phẫu thuật lấy sỏi và tạo hình ống tuyến nước bọt mang tai	16.307	Phẫu thuật nối ống tuyến điều trị rò tuyến nước bọt mang tai
58.	311	Phẫu thuật đóng đường rò tuyến nước bọt mang tai	16.307	Phẫu thuật nối ống tuyến điều trị rò tuyến nước bọt mang tai
59.	312	Phẫu thuật chuyển vị đường rò tuyến nước bọt mang tai	16.308	Phẫu thuật tạo đường dẫn trong miệng điều trị rò tuyến nước bọt mang tai
60.	314	Phẫu thuật khâu nối ống tuyến nước bọt	16.307	Phẫu thuật nối ống tuyến điều trị rò tuyến nước bọt mang tai
61.	315	Bơm rửa thuốc qua lỗ ống tuyến điều trị viêm tuyến nước bọt	16.309	Điều trị viêm tuyến mang tai bằng bơm rửa thuốc qua lỗ ống tuyến
62.	316	Phẫu thuật vi phẫu tái tạo xương hàm dưới bằng vạt xương	16.302	Phẫu thuật tái tạo xương hàm dưới ghép xương bằng kỹ thuật vi phẫu
63.	317	Phẫu thuật vi phẫu tái tạo xương hàm trên bằng vạt xương	26.7	Phẫu thuật vi phẫu ghép sau cắt đoạn xương hàm bằng xương mác
64.	318	Phẫu thuật vi phẫu khuyết hổng vùng hàm mặt bằng vạt phần mềm	16.303	Phẫu thuật điều trị khuyết hổng phần mềm vùng hàm mặt bằng vi phẫu thuật
65.	319	Phẫu thuật tạo hình liệt mặt do dây VII bằng kỹ thuật vi phẫu	16.303	Phẫu thuật điều trị khuyết hổng phần mềm vùng hàm mặt bằng vi phẫu thuật
			28.191	Phẫu thuật tạo hình liệt mặt do dây VII bằng kỹ thuật vi phẫu
66.	320	Phẫu thuật tạo hình vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức bằng vạt tại chỗ	16.295	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức
67.	321	Phẫu thuật tạo hình vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức bằng vạt rời	16.295	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
68.	322	Phẫu thuật tạo hình khe hở môi một bên	16.341	Phẫu thuật điều trị khe hở môi một bên
69.	323	Phẫu thuật tạo hình khe hở môi hai bên	16.342	Phẫu thuật điều trị khe hở môi hai bên
70.	324	Phẫu thuật tạo hình khe hở giữa môi trên	16.341	Phẫu thuật điều trị khe hở môi một bên
71.	325	Phẫu thuật tạo hình mũi trên người bệnh khe hở môi. vòm miệng	28.89	Phẫu thuật tạo hình mũi một phần
72.	326	Phẫu thuật tạo hình khe hở giữa môi dưới	16.341	Phẫu thuật điều trị khe hở môi một bên
73.	327	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng không toàn bộ	16.345	Phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng không toàn bộ
74.	328	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng toàn bộ	16.346	Phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng toàn bộ
75.	329	Phẫu thuật tạo hình khe hở chéo mặt hai bên	16.344	Phẫu thuật điều trị khe hở chéo mặt hai bên
76.	330	Phẫu thuật tạo hình khe hở chéo mặt một bên	16.343	Phẫu thuật điều trị khe hở chéo mặt một bên
77.	331	Phẫu thuật tạo hình khe hở ngang mặt một bên	16.347	Phẫu thuật điều trị khe hở ngang mặt
78.	332	Phẫu thuật tạo hình khe hở ngang mặt hai bên	16.347	Phẫu thuật điều trị khe hở ngang mặt
79.	333	Phẫu thuật tạo hình vòm miệng bằng vạt thành hầu	15.336	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bằng vạt thành sau họng
80.	334	Phẫu thuật tạo hình mũi bằng ghép sụn sườn tự thân trên người bệnh khe hở môi. vòm miệng	28.431	Phẫu thuật nâng mũi bằng sụn tự thân
81.	335	Phẫu thuật tạo hình vòm miệng ngắn bằng vạt xoay đẩy	15.336	Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bằng vạt thành sau họng

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
82.	336	Phẫu thuật ghép vạt phần mềm có cuống vùng hàm mặt	16.295	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức
83.	337	Phẫu thuật tạo hình niêm mạc miệng	15.327	Phẫu thuật tái tạo hình tổn thương mất chất vùng mặt bằng vạt da, cân cơ, xương
84.	338	Phẫu thuật đóng lỗ thủng vòm miệng bằng vạt tại chỗ	15.335	Phẫu thuật tạo hình vá khe hở vòm miệng bằng vạt tại chỗ
85.	339	Phẫu thuật đóng lỗ thủng vòm miệng bằng vạt lưỡi	15.335	Phẫu thuật tạo hình vá khe hở vòm miệng bằng vạt tại chỗ
86.	340	Phẫu thuật sửa sẹo môi	15.332	Phẫu thuật sửa sẹo xấu vùng cổ, mặt bằng vạt da
87.	342	Phục hình màn hầu bằng máng bịt	16.386	Phục hình màn hầu bằng máng bịt
88.	343	Lắp phục hình hàm mặt trên Implant	16.102	Hàm giả toàn phần dạng cúc bấm tựa trên Implant
89.	345	Phẫu thuật cắt u máu vùng hàm mặt	28.217	Cắt u máu vùng đầu mặt cổ
			12.55	Cắt u máu-bạch mạch vùng hàm mặt
90.	346	Phẫu thuật cắt u máu-bạch mạch vùng hàm mặt	28.217	Cắt u máu vùng đầu mặt cổ
			12.55	Cắt u máu-bạch mạch vùng hàm mặt
91.	347	Phẫu thuật cắt u nang bạch mạch vùng cổ	28.218	Cắt dị dạng bạch mạch đầu mặt cổ
92.	348	Phẫu thuật cắt mạch máu dị dạng vùng hàm mặt	28.219	Cắt dị dạng tĩnh mạch đầu mặt cổ
93.	349	Phẫu thuật cắt đường rò môi dưới	16.305	Phẫu thuật cắt đường rò môi dưới
94.	350	Phẫu thuật cắt sụn thừa nắp tai	28.158	Phẫu thuật cắt bỏ u sụn vành tai
95.	351	Phẫu thuật cắt rò luân nhĩ	16.304	Phẫu thuật cắt đường rò luân nhĩ
96.	352	Phẫu thuật cắt/đốt tổn thương niêm mạc miệng bằng laser	16.339	Điều trị u lợi bằng laser

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
97.	353	Phẫu thuật cắt nang răng/nang xương hàm	12.70	Cắt nang răng đường kính dưới 2 cm
			12.71	Cắt bỏ nang xương hàm dưới 2 cm
98.	355	Phẫu thuật tái tạo thiếu hổng xương hàm dưới bằng ghép xương tự thân	16.312	Phẫu thuật ghép xương tự thân tự do tức thì sau cắt đoạn xương hàm dưới
99.	356	Phẫu thuật ghép xương tự thân điều trị khe hở cung hàm	16.16	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép xương tự thân lấy ngoài miệng
100.	357	Phẫu thuật tái tạo xương vùng hàm mặt bằng vật liệu sinh học	16.311	Phẫu thuật ghép xương bằng vật liệu thay thế tức thì sau cắt đoạn xương hàm trên
101.	358	Phẫu thuật tái tạo lồi cầu xương hàm dưới bằng xương-sụn sườn tự thân	16.289	Phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới bằng lấy bỏ lồi cầu
			16.245	Phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới bằng vật liệu thay thế
			16.246	Phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới bằng ghép xương, sụn tự thân
102.	359	Phẫu thuật lấy bỏ lồi cầu xương hàm dưới	16.289	Phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới bằng lấy bỏ lồi cầu
103.	360	Phẫu thuật thay lồi cầu nhân tạo	16.265	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 1 bên bằng ghép vật liệu thay thế
			16.267	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 2 bên bằng vật liệu thay thế
104.	362	Phẫu thuật lấy dị vật vùng hàm mặt	16.294	Phẫu thuật lấy dị vật vùng hàm mặt
105.	363	Phẫu thuật cắt khối dính và tạo hình khớp thái dương hàm bằng vạt cân cơ thái dương	16.265	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 1 bên bằng ghép vật liệu thay thế
			16.267	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 2 bên bằng vật liệu thay thế

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
106.	364	Phẫu thuật cắt khối dính và tạo hình khớp thái dương hàm có ghép vật liệu nhân tạo	16.265	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 1 bên bằng ghép vật liệu thay thế
			16.267	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 2 bên bằng vật liệu thay thế
107.	365	Phẫu thuật cắt khối dính và tạo hình khớp thái dương hàm có ghép vật liệu tự thân	16.264	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 1 bên bằng ghép xương-sụn tự thân
			16.265	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 1 bên bằng ghép vật liệu thay thế
			16.266	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 2 bên bằng ghép xương-sụn tự thân
			16.267	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 2 bên bằng vật liệu thay thế
108.	366	Phẫu thuật cắt khối dính và tạo hình khớp thái dương hàm	16.264	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 1 bên bằng ghép xương-sụn tự thân
			16.266	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 2 bên bằng ghép xương-sụn tự thân
109.	369	Phẫu thuật thay khớp thái dương hàm nhân tạo 1 bên	16.265	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 1 bên bằng ghép vật liệu thay thế
			16.267	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 2 bên bằng vật liệu thay thế
110.	370	Phẫu thuật thay khớp thái dương hàm nhân tạo 2 bên	16.265	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 1 bên bằng ghép vật liệu thay thế
			16.267	Phẫu thuật điều trị dính khớp thái dương hàm 2 bên bằng vật liệu thay thế

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
111.	371	Nắn trật khớp thái dương hàm	16.335	Nắn sai khớp thái dương hàm
			16.337	Nắn sai khớp thái dương hàm đến muộn có gây tê
112.	372	Phẫu thuật điều trị trật khớp thái dương hàm có can thiệp khớp	16.336	Nắn sai khớp thái dương hàm dưới gây mê
113.	373	Phẫu thuật nội soi bơm rửa khớp thái dương hàm	20.96	Nội soi khớp điều trị
			27.510	Phẫu thuật nội soi vùng đầu mặt cổ khác
114.	374	Bơm rửa nội khớp khớp thái dương hàm	27.490	Phẫu thuật nội soi chẩn đoán bệnh lý khớp (khớp thái dương hàm)
115.	375	Phẫu thuật dẫn lưu viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt	16.333	Phẫu thuật rạch dẫn lưu viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt
116.	376	Phẫu thuật dẫn lưu áp xe vùng hàm mặt	16.334	Phẫu thuật rạch dẫn lưu áp xe nông vùng hàm mặt
117.	377	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt	16.296	Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt không thiếu hổng tổ chức
118.	378	Phẫu thuật khâu phục hồi vết thương hỏa khí vùng hàm mặt	16.297	Phẫu thuật điều trị vết thương vùng hàm mặt do hỏa khí
119.	379	Phẫu thuật dẫn lưu máu tụ vùng miệng - hàm mặt	16.299	Dẫn lưu máu tụ vùng miệng - hàm mặt
120.	380	Phẫu thuật lấy xương viêm vùng hàm mặt	16.325	Phẫu thuật lấy xương chết, nạo rò điều trị viêm xương hàm
121.	381	Tiêm xơ u máu vùng hàm mặt	28.220	Tiêm xơ dị dạng tĩnh mạch đầu mặt cổ
			12.58	Tiêm xơ điều trị u máu vùng hàm mặt
122.	382	Phẫu thuật mở xoang hàm lấy dị vật/ răng ngầm	16323	Phẫu thuật mở xoang hàm để lấy chóp răng hoặc răng ngầm
123.	383	Phẫu thuật làm sâu ngách tiền đình	16.322	Phẫu thuật làm sâu ngách tiền đình

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
124.	384	Phẫu thuật dịch chuyển dây thần kinh răng dưới để cấy ghép Implant nha khoa	16.1	Phẫu thuật dịch chuyển dây thần kinh răng dưới để cấy ghép implant
125.	385	Phẫu thuật điều trị hoại tử xương hàm có sử dụng vật liệu sinh học tự thân	16.23	Phẫu thuật tái tạo xương sống hàm bằng ghép xương nhân tạo và đặt màng sinh học
126.	386	Phẫu thuật cầm máu tại chỗ sau phẫu thuật đầu cổ	15.299	Phẫu thuật mở lại hốc mổ cầm máu sau phẫu thuật vùng đầu cổ
127.	387	Phong bế dây thần kinh V	16.315	Gây tê vùng điều trị cơn đau thần kinh V ngoại biên
128.	388	Phẫu thuật cắt bỏ dây thần kinh V	16.316	Phẫu thuật cắt nhánh ổ mắt của dây thần kinh V
129.	389	Tiêm Botulinum Toxine vào hệ thống cơ nhai điều trị bệnh loạn trương lực cơ	28.491	Tiêm Botulium điều trị nếp nhăn
130.	391	Chọc thăm dò u/nang vùng hàm mặt	16.338	Chọc thăm dò u, nang vùng hàm mặt
131.	392	Phẫu thuật mở thông nang vùng hàm mặt	16.328	Phẫu thuật cắt nang do răng xương hàm trên
			16.329	Phẫu thuật cắt nang không do răng xương hàm trên
132.	394	Phẫu thuật nội soi cắt xơ ống tuyến nước bọt	27.509	Phẫu thuật nội soi cắt u hàm mặt
133.	395	Phẫu thuật nội soi nong ống tuyến nước bọt	28.169	Phẫu thuật khâu vết thương ống tuyến nước bọt
134.	398	Phẫu thuật nội soi giải dính khớp thái dương hàm	20.96	Nội soi khớp điều trị
			27.510	Phẫu thuật nội soi vùng đầu mặt cổ khác
135.	399	Phẫu thuật nội soi chẩn đoán bệnh khớp thái dương hàm	20.97	Nội soi khớp chẩn đoán
			27.490	Phẫu thuật nội soi chẩn đoán bệnh lý khớp (khớp thái dương hàm)

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
136.	400	Phẫu thuật nội soi tạo hình khớp thái dương hàm	20.96	Nội soi khớp điều trị
			27.508	Phẫu thuật nội soi chỉnh hình sọ mặt
137.	401	Phẫu thuật nội soi lấy dị vật vùng hàm mặt	28.176	Phẫu thuật lấy dị vật vùng hàm mặt
138.	402	Phẫu thuật nội soi kết hợp xương gãy lồi cầu xương hàm dưới	27.505	Phẫu thuật nội soi điều trị chấn thương hàm mặt
139.	403	Phẫu thuật nội soi tái tạo sàn ổ mắt	3.1001	Nội soi tai
140.	404	Phẫu thuật nội soi kết hợp xương gãy xương gò má và/hoặc cung tiếp	27.507	Phẫu thuật nội soi chỉnh hình xương hàm trên
141.	405	Phẫu thuật nội soi cắt u vùng hàm mặt	27.509	Phẫu thuật nội soi cắt u hàm mặt
142.	406	Tái lập hướng dẫn cắn điều trị rối loạn thái dương hàm	16.196	Mài chỉnh khớp cắn
143.	407	Đặt máng nhai thư giãn điều trị rối loạn thái dương hàm	16.194	Máng điều trị đau khớp thái dương hàm
144.	408	Đặt máng nhai định vị lồi cầu điều trị rối loạn thái dương hàm	16194	Máng điều trị đau khớp thái dương hàm
145.	409	Đặt máng nhai định vị hàm dưới ra trước điều trị rối loạn thái dương hàm	16.194	Máng điều trị đau khớp thái dương hàm
			16.195	Máng nâng khớp cắn
146.	410	Mài chỉnh khớp cắn điều trị rối loạn thái dương hàm	16.196	Mài chỉnh khớp cắn
147.	416	Nhuộm mô sống niêm mạc miệng	25.36	Nhuộm xanh alcian
148.	420	Phẫu thuật cấy ghép Implant nha khoa	16.6	Phẫu thuật cấy ghép Implant

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
149.	421	Phẫu thuật cấy ghép Implant nha khoa tức thì sau nhổ răng	16.11	Cấy ghép Implant tức thì sau nhổ răng
150.	423	Phẫu thuật cấy ghép Implant nha khoa có sử dụng máng hướng dẫn	16.14	Máng hướng dẫn phẫu thuật cấy ghép Implant
151.	424	Phẫu thuật cấy ghép Implant nha khoa có sử dụng trụ phục hình Multiunit	16.6	Phẫu thuật cấy ghép Implant
152.	425	Phẫu thuật cấy ghép Implant để giữ phục hình khuyết hổng hàm mặt	16.6	Phẫu thuật cấy ghép Implant
153.	426	Phẫu thuật ghép xương vụn tự thân để cấy ghép Implant nha khoa	16.2	Phẫu thuật ghép xương tự thân để cấy ghép implant
154.	427	Phẫu thuật ghép xương khối tự thân để cấy ghép Implant nha khoa	16.2	Phẫu thuật ghép xương tự thân để cấy ghép implant
155.	428	Phẫu thuật tách xương và cấy ghép Implant nha khoa	16.1	Phẫu thuật dịch chuyển dây thần kinh răng dưới để cấy ghép implant
156.	429	Phẫu thuật tái tạo xương có hướng dẫn để cấy ghép Implant nha khoa	16.20	Phẫu thuật tái tạo xương sống hàm bằng ghép xương tự thân lấy trong miệng
			16.21	Phẫu thuật tái tạo xương sống hàm bằng ghép xương tự thân lấy ngoài miệng
			16.22	Phẫu thuật tái tạo xương sống hàm bằng ghép xương đông khô và đặt màng sinh học
			16.23	Phẫu thuật tái tạo xương sống hàm bằng ghép xương nhân tạo và đặt màng sinh học

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
157.	430	Phẫu thuật nâng xoang hở sử dụng vật liệu thay thế để cấy ghép Implant nha khoa	16.07	Phẫu thuật nâng sàn xoang hàm sử dụng vật liệu tự thân để cấy ghép Implant
			16.08	Phẫu thuật nâng sàn xoang hàm sử dụng vật liệu nhân tạo để cấy ghép Implant
			16.09	Phẫu thuật nâng sàn xoang hàm sử dụng vật liệu hỗn hợp để cấy ghép Implant
158.	431	Phẫu thuật nâng xoang kín và cấy ghép Implant nha khoa có sử dụng vật liệu thay thế	16.07	Phẫu thuật nâng sàn xoang hàm sử dụng vật liệu tự thân để cấy ghép Implant
			16.08	Phẫu thuật nâng sàn xoang hàm sử dụng vật liệu nhân tạo để cấy ghép Implant
			16.09	Phẫu thuật nâng sàn xoang hàm sử dụng vật liệu hỗn hợp để cấy ghép Implant
159.	432	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép xương tự thân lấy ngoài miệng	16.16	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép xương tự thân lấy ngoài miệng
160.	433	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép vật liệu thay thế	16.19	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép vật liệu thay thế xương
161.	434	Tái tạo xương có hướng dẫn điều trị tiêu xương quanh Implant nha khoa	16.13	Phẫu thuật đặt lưới Titanium tái tạo xương có hướng dẫn
162.	435	Phẫu thuật ghép lợi tự do quanh Implant nha khoa	16.32	Phẫu thuật ghép biểu mô và mô liên kết làm tăng chiều cao lợi dính
163.	436	Phẫu thuật ghép mô liên kết quanh Implant nha khoa	16.32	Phẫu thuật ghép biểu mô và mô liên kết làm tăng chiều cao lợi dính
164.	437	Phẫu thuật lật vạt điều trị viêm quanh Implant nha khoa	16.34	Phẫu thuật vạt điều trị túi quanh răng

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
165.	438	Phẫu thuật trượt vạt che phủ Implant nha khoa	16.29	Phẫu thuật che phủ chân răng bằng vạt trượt đẩy sang bên
166.	439	Phẫu thuật tạo hình nhú lợi quanh Implant nha khoa	16.36	Phẫu thuật tạo hình nhú lợi
167.	453	Phục hình cầu/chụp gắn bằng cement trên Implant nha khoa	16.89	Chụp sứ kim loại thường gắn bằng cement trên Implant
			16.90	Chụp sứ Titanium gắn bằng cement trên Implant
			16.91	Chụp sứ kim loại quý gắn bằng cement trên Implant
			16.92	Chụp sứ toàn phần gắn bằng cement trên Implant
			16.98	Cầu sứ kim loại thường gắn bằng cement trên Implant
			16.99	Cầu sứ Titanium gắn bằng cement trên Implant
			16.100	Cầu sứ kim loại quý gắn bằng cement trên Implant
			16.101	Cầu sứ toàn phần gắn bằng cement trên Implant
168.	454	Phục hình cầu/chụp gắn bằng vít trên Implant nha khoa	16.85	Chụp sứ kim loại thường gắn bằng ốc vít trên Implant
			16.86	Chụp sứ Titanium gắn bằng ốc vít trên Implant
			16.87	Chụp sứ kim loại quý gắn bằng ốc vít trên Implant
			16.88	Chụp sứ toàn phần gắn bằng ốc vít trên Implant
			16.93	Cầu sứ kim loại thường gắn bằng ốc vít trên Implant

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
			16.94	Cầu sứ Titanium gắn bằng ốc vít trên Implant
			16.95	Cầu sứ kim loại quý gắn bằng ốc vít trên Implant
			16.96	Cầu sứ Cercon gắn bằng ốc vít trên Implant
			16.97	Cầu sứ toàn phần gắn bằng ốc vít trên Implant
169.	455	Phục hình toàn hàm bắt vít trên Multiunit Abutment	16.93	Cầu sứ kim loại thường gắn bằng ốc vít trên Implant
			16.94	Cầu sứ Titanium gắn bằng ốc vít trên Implant
			16.95	Cầu sứ kim loại quý gắn bằng ốc vít trên Implant
			16.97	Cầu sứ toàn phần gắn bằng ốc vít trên Implant
170.	458	Phẫu thuật ghép lợi tự do che phủ chân răng	16.27	Phẫu thuật che phủ chân răng bằng ghép vạt niêm mạc toàn phần
171.	459	Phẫu thuật ghép mô liên kết che phủ chân răng	16.28	Phẫu thuật che phủ chân răng bằng ghép mô liên kết dưới biểu mô
172.	460	Phẫu thuật ghép biểu mô và mô liên kết tăng chiều cao lợi dính	16.32	Phẫu thuật ghép biểu mô và mô liên kết làm tăng chiều cao lợi dính
173.	461	Phẫu thuật lật vạt điều trị túi quanh răng	16.34	Phẫu thuật vạt điều trị túi quanh răng
174.	462	Phẫu thuật lật vạt điều trị áp xe quanh răng mạn tính	16.40	Điều trị áp xe quanh răng mạn
175.	463	Phẫu thuật trượt vạt che phủ chân răng	16.29	Phẫu thuật che phủ chân răng bằng vạt trượt đẩy sang bên
176.	464	Phẫu thuật trượt vạt tăng chiều cao lợi dính	16.31	Phẫu thuật vạt niêm mạc làm tăng chiều cao lợi dính

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
177.	465	Phẫu thuật tạo hình nhú lợi	16.36	Phẫu thuật tạo hình nhú lợi
178.	466	Phẫu thuật tạo hình lợi	28.416	Phẫu thuật điều trị cười hở lợi
179.	467	Phẫu thuật ghép xương tự thân và màng sinh học tái tạo mô quanh răng	16.15	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép xương tự thân lấy trong miệng
			16.16	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép xương tự thân lấy ngoài miệng
			16.17	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng màng sinh học
180.	468	Phẫu thuật ghép vật liệu sinh học tự thân tái tạo mô quanh răng	16.20	Phẫu thuật tái tạo xương sống hàm bằng ghép xương tự thân lấy trong miệng
181.	469	Phẫu thuật đặt dẫn xuất Protein khuôn men và yếu tố tăng trưởng tái tạo mô quanh răng	16.19	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép vật liệu thay thế xương
182.	470	Phẫu thuật ghép màng sinh học điều trị khuyết hổng chẽ chân răng	16.24	Phẫu thuật điều trị khuyết hổng chẽ chân răng bằng đặt màng sinh học
183.	471	Phẫu thuật ghép vật liệu thay thế xương và màng sinh học điều trị khuyết hổng chẽ chân răng	16.25	Phẫu thuật điều trị khuyết hổng chẽ chân răng bằng ghép xương nhân tạo và đặt màng sinh học
184.	472	Phẫu thuật ghép vật liệu thay thế xương và màng sinh học tái tạo mô quanh răng	16.19	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép vật liệu thay thế xương
185.	473	Phẫu thuật ghép màng sinh học che phủ chân răng	16.3	Phẫu thuật ghép xương nhân tạo để cấy ghép implant
186.	474	Phẫu thuật cắt lợi điều trị túi quanh răng	16.33	Phẫu thuật cắt lợi điều trị túi quanh răng
187.	475	Phẫu thuật cắt u lợi	12.83;	Cắt u lợi đường kính dưới hoặc bằng 2 cm

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
			12.84	Cắt u lợi đường kính 2 cm trở lên
188.	476	Phẫu thuật cắt u lợi toàn hàm	12.85	Cắt toàn bộ u lợi 1 hàm
189.	477	Nạo túi quanh răng	16.41	Điều trị viêm quanh răng
190.	478	Cố định răng lung lay	16.37	Liên kết cố định răng lung lay bằng nẹp kim loại
			16.38	Liên kết cố định răng lung lay bằng dây cung kim loại và Composite
191.	479	Lấy cao răng và làm nhẵn mặt răng	16.43	Lấy cao răng
192.	480	Phẫu thuật cắt phanh môi/má	16.217	Phẫu thuật cắt phanh môi
			16.218	Phẫu thuật cắt phanh má
193.	481	Phẫu thuật cắt phanh lưỡi	16.216	Phẫu thuật cắt phanh lưỡi
194.	482	Bơm rửa quanh thân răng	16.221	Điều trị viêm quanh thân răng cấp
195.	483	Chích áp xe lợi	16.42	Trích áp xe lợi
196.	484	Phẫu thuật dẫn lưu áp xe quanh răng	16.39	Điều trị áp xe quanh răng cấp
197.	485	Phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng	280.416	Phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng
198.	486	Phẫu thuật định vị lại môi trên	28.116	Phẫu thuật tạo hình môi toàn bộ bằng vạt tại chỗ
199.	487	Phẫu thuật lật vạt điều trị túi quanh răng có hỗ trợ laser	16.34	Phẫu thuật vạt điều trị túi quanh răng
200.	488	Nạo túi quanh răng có hỗ trợ laser	16.35	Phẫu thuật nạo túi lợi
201.	489	Phẫu thuật cắt phanh môi/má bằng laser	16.217	Phẫu thuật cắt phanh môi
			16.218	Phẫu thuật cắt phanh má
202.	490	Phẫu thuật cắt phanh lưỡi bằng laser	16.216	Phẫu thuật cắt phanh lưỡi

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
203.	491	Phẫu thuật cắt u lợi bằng laser	16.339	Phẫu thuật cắt u lợi bằng laser
204.	492	Phẫu thuật cắt lợi bằng laser	16.400	Phẫu thuật cắt lợi bằng laser
205.	494	Phẫu thuật lấy bỏ sắc tố lợi sử dụng laser	28.488	laser điều trị nám da
206.	495	Điều trị nội nha (lấy tủy. làm sạch. tạo hình và hàn kín) bằng file cầm tay và lèn ngang	16.50	Điều trị tủy răng và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nguội
			16.52	Điều trị tủy răng và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nguội có sử dụng trâm xoay cầm tay
207.	496	Điều trị nội nha (lấy tủy. làm sạch. tạo hình và hàn kín) răng sữa bằng file cầm tay	16.232	Điều trị tủy răng sữa
208.	497	Điều trị nội nha (lấy tủy. làm sạch. tạo hình và hàn kín) bằng file máy và lèn ngang	16.54	Điều trị tủy răng và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nguội có sử dụng trâm xoay máy
209.	498	Điều trị nội nha (lấy tủy. làm sạch. tạo hình và hàn kín) bằng file máy và lèn dọc	16.55	Điều trị tủy răng và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nóng chảy có sử dụng trâm xoay máy
210.	499	Điều trị nội nha (lấy tủy. làm sạch. tạo hình và hàn kín) bằng file máy và trám bít bằng vật liệu sinh học	16.55	Điều trị tủy răng và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nóng chảy có sử dụng trâm xoay máy
211.	500	Điều trị nội nha (lấy tủy. làm sạch. tạo hình và hàn kín) một thì	16.51	Điều trị tủy răng và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nóng chảy
			16.55	Điều trị tủy răng và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nóng chảy có sử dụng trâm xoay máy

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
212.	501	Điều trị nội nha (lấy tủy. làm sạch. tạo hình và hàn kín) răng sữa bằng file máy	16.232	Điều trị tủy răng sữa
213.	502	Điều trị nội nha lại (lấy chất hàn cũ. làm sạch. tạo hình và hàn kín)	16.61	Điều trị tủy lại
214.	503	Phẫu thuật cắt chóp răng và hàn ngược bằng vật liệu sinh học	16.63	Phẫu thuật nội nha-hàn ngược ống tủy
215.	504	Phẫu thuật cắt thân răng bảo tồn chân răng	16.211	Phẫu thuật cắt cuống răng
216.	505	Phẫu thuật chia thân/chân răng	16.211	Phẫu thuật cắt cuống răng
217.	506	Che tủy răng bằng vật liệu sinh học	16.56	Chụp tủy bằng MTA
			16.57	Chụp tủy bằng Hydroxit canxi
218.	507	Che tủy chân răng bằng vật liệu sinh học	16.58	Lấy tủy buồng răng vĩnh viễn
219.	508	Hàn lỗ thủng sàn buồng tủy/thành ống tủy bằng vật liệu sinh học	16.59	Điều trị tủy răng thủng sàn bằng MTA
220.	509	Hàn phục hồi răng bằng GIC	16.66	Điều trị sâu ngà răng phục hồi bằng GlassIonomer Cement (GIC) có sử dụng laser
			16.67	Điều trị sâu ngà răng phục hồi bằng GlassIonomer Cement (GIC) kết hợp Composite
			16.70	Điều trị sâu ngà răng phục hồi bằng GlassIonomer Cement
			16.71	Phục hồi cổ răng bằng GlassIonomer Cement
			16.74	Phục hồi cổ răng bằng GlassIonomer Cement (GIC) có sử dụng laser

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
221.	510	Hàn phục hồi răng bằng vật liệu dán dính	16.65	Điều trị sâu ngà răng phục hồi bằng Composite có sử dụng laser
			16.68	Điều trị sâu ngà răng phục hồi bằng Composite
			16.72	Phục hồi cổ răng bằng Composite
			16.75	Phục hồi cổ răng bằng Composite có sử dụng laser
222.	511	Phục hồi thân răng bằng Veneer composite trực tiếp	16.78	Veneer Composite trực tiếp
223.	512	Phục hồi thân răng bằng chốt ống tủy và vật liệu dán dính	16.77	Phục hồi thân răng có sử dụng chốt chân răng bằng các vật liệu khác nhau
224.	513	Phục hồi thân răng bằng Inlay/Onlay/Overlay hợp kim	16.76	Phục hồi thân răng bằng Inlay/Onlay
225.	514	Phục hồi thân răng bằng Inlay/Onlay/Overlay sứ	16.76	Phục hồi thân răng bằng Inlay/Onlay
226.	515	Phục hồi thân răng bằng Endocrown	16.76	Phục hồi thân răng bằng Inlay/Onlay
227.	516	Tẩy trắng răng sử dụng máng thuốc	16.82	Tẩy trắng răng tủy sống bằng máng thuốc
228.	517	Tẩy trắng răng một lần trên ghế răng	16.79	Tẩy trắng răng tủy sống có sử dụng đèn Plasma
			16.80	Tẩy trắng răng tủy sống bằng laser
229.	518	Tẩy trắng răng nội tủy	16.81	Tẩy trắng răng nội tủy
230.	519	Áp gel trên khay cá nhân điều trị nhạy cảm ngà	16.83	Điều trị nhạy cảm ngà bằng máng với thuốc chống ê buốt
231.	520	Đặt thuốc điều trị nhạy cảm ngà	16.84	Điều trị nhạy cảm ngà bằng thuốc bôi (các loại)
232.	521	Chiếu laser điều trị nhạy cảm ngà	16.80	Tẩy trắng răng tủy sống bằng laser

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
233.	522	Tái sinh mô nội nha răng chưa đóng chóp	16.234	Điều trị đóng cuống răng bằng MTA
234.	523	Lấy dị vật trong ống tủy	16.61	Điều trị tủy lại
235.	524	Phẫu thuật cắt chóp. hàn ngược và cấy lại răng	16.211.	Phẫu thuật cắt cuống răng
			16.219	Cấy chuyển răng
236.	525	Phẫu thuật nội nha điều trị ngoại tiêu/dị dạng chân răng bằng vật liệu sinh học	16.211	Phẫu thuật cắt cuống răng
237.	526	Điều trị nội nha dưới kính hiển vi	16.48	Điều trị tủy răng có sử dụng kính hiển vi và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nguội
			16.49	Điều trị tủy răng có sử dụng kính hiển vi và hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nóng chảy
238.	527	Phục hình thân răng bằng cầu. chụp nhựa	16.104	Chụp nhựa
			16.112	Cầu hợp kim thường
239.	528	Phục hình thân răng bằng cầu. chụp hợp kim	16.105	Chụp kim loại
			16.113	Cầu hợp kim thường
240.	529	Tái tạo cùi răng bằng chốt đúc	16.120	Chốt cùi đúc kim loại
			16.121	Cùi đúc Titanium
			16.122	Cùi đúc kim loại quý
241.	530	Phục hình thân răng bằng chốt liền chụp hợp kim	16.120	Chốt cùi đúc kim loại
			16.121	Cùi đúc Titanium
			16.122	Cùi đúc kim loại quý
242.	531	Phục hình thân răng bằng cầu. chụp hợp kim phủ sứ	16.107	Chụp hợp kim thường cẩn sứ
			16.108	Chụp hợp kim Titanium cẩn sứ

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
			16.110	Chụp kim loại quý cẩn sứ
			16.115	Cùi đúc kim loại quý
			16.116	Cầu hợp kim Titanium cẩn sứ
			16.117	Cầu kim loại quý cẩn sứ
243.	532	Phục hình mất răng bằng cầu dán	16.115	Cùi đúc kim loại quý
			16.116	Cầu hợp kim Titanium cẩn sứ
244.	533	Phục hình thân răng bằng chốt liền chụp hợp kim phủ sứ	16.120	Chốt cùi đúc kim loại
			16.121	Cùi đúc Titanium
			16.122	Cùi đúc kim loại quý
245.	534	Phục hình thân răng bằng cầu. chụp sứ toàn phần	16.109	Chụp sứ toàn phần
			16.111	Chụp sứ Cercon
			16.118	Cầu sứ toàn phần
			16.119	Cầu sứ Cercon
246.	535	Phục hình thẩm mỹ răng bằng Veneer sứ	16.128	Veneer sứ toàn phần
247.	536	Tạo chốt cùi đúc sứ để phục hình răng	16.126	Inlay/Onlay sứ toàn phần
248.	537	Phục hình thân răng bằng chốt liền chụp toàn sứ	16.109	Chụp sứ toàn phần
249.	538	Phục hồi thân răng một thì bằng chụp toàn sứ sử dụng công nghệ CAD/CAM	16.109	Chụp sứ toàn phần
			16.111	Chụp sứ Cercon
			16.118	Cầu sứ toàn phần
			16.119	Cầu sứ Cercon
250.	539		16.129	Hàm giả tháo lắp bán phần nền nhựa thường

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
		Phục hình mất răng bằng hàm giả tháo lắp bán phần nền nhựa	16.131	Hàm giả tháo lắp bán phần nền nhựa dẻo
251.	540	Phục hình mất răng bằng hàm khung hợp kim	16.133	Hàm khung kim loại
			16.134	Hàm khung Titanium
252.	541	Phục hình mất răng bằng hàm giả toàn phần nền nhựa	16.130	Hàm giả tháo lắp toàn phần nền nhựa thường
			16.132	Hàm giả tháo lắp toàn phần nền nhựa dẻo
253.	542	Tháo cầu/chụp răng giả	16.137	Tháo cầu răng giả
			16.138	Tháo chụp răng giả
254.	543	Phục hình mất răng từng phần bằng hàm giả tháo lắp có khớp nối chính xác	16.133	Hàm khung kim loại
			16.134	Hàm khung Titanium
255.	544	Phục hình mất răng bằng hàm giả tháo lắp tựa trên thanh ngang	16.103	Hàm giả toàn phần dạng thanh ngang tựa trên Implant
256.	545	Phục hình mất răng bằng hàm giả tháo lắp lưu giữ bằng nam châm/cúc bấm	16.102	Hàm giả toàn phần dạng cúc bấm tựa trên Implant
257.	546	Làm máng phẫu thuật gãy xương hàm	16.135	Máng hở mặt nhai
258.	547	Làm nút bịt trong điều trị mở thông nang xương hàm	16.129	Hàm giả tháo lắp bán phần nền nhựa thường
259.	548	Đặt máng điều trị tật nghiến răng	16.136	Điều trị thói quen nghiến răng bằng máng
260.	549	Đặt khí cụ cố định điều trị thói quen xấu	16.143	Sử dụng khí cụ cố định điều trị thói quen xấu mút môi
			16.444	Sử dụng khí cụ cố định điều trị thói quen xấu đẩy lưỡi

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
			16.145	Sử dụng khí cụ cố định điều trị thói quen xấu mút ngón tay
261.	550	Đặt khí cụ tháo lắp điều trị thói quen xấu	16.189	Sử dụng khí cụ tháo lắp điều trị thói quen xấu mút môi
			16.190	Sử dụng khí cụ tháo lắp điều trị thói quen xấu đẩy lưỡi
			16.191	Sử dụng khí cụ tháo lắp điều trị thói quen xấu mút ngón tay
			16.192	Sử dụng khí cụ tháo lắp điều trị thói quen xấu thở đường miệng
262.	551	Nắn chỉnh răng hai hàm bằng khí cụ cố định	16.159	Nắn chỉnh răng xoay sử dụng khí cụ cố định
			16.161	Nắn chỉnh răng lạc chỗ sử dụng khí cụ cố định
			16.170	Dán mắc cài trực tiếp sử dụng chất gắn quang trùng hợp
			16.173	Sử dụng mắc cài tự buộc trong nắn chỉnh răng
			16.193	Gắn band
263.	552	Nắn chỉnh răng bằng khí cụ cố định cho phẫu thuật chỉnh hình xương	16.159	Nắn chỉnh răng xoay sử dụng khí cụ cố định
			16.161	Nắn chỉnh răng lạc chỗ sử dụng khí cụ cố định
			16.170	Dán mắc cài trực tiếp sử dụng chất gắn quang trùng hợp
			16.173	Sử dụng mắc cài tự buộc trong nắn chỉnh răng
			16.193	Gắn band
264.	553	Nắn chỉnh răng một hàm bằng khí cụ cố định	16.159	Nắn chỉnh răng xoay sử dụng khí cụ cố định
			16.161	Nắn chỉnh răng lạc chỗ sử dụng khí cụ cố định

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
			16.170	Dán mắc cài trực tiếp sử dụng chất gắn quang trùng hợp
			16.173	Sử dụng mắc cài tự buộc trong nắn chỉnh răng
			16.193	Gắn band
265.	554	Nắn chỉnh răng sử dụng mắc cài mặt lưỡi	16.171	Gắn mắc cài mặt lưỡi bằng kỹ thuật gián tiếp
266.	555	Nắn chỉnh răng sử dụng hệ thống khay cá nhân	16.184	Nắn chỉnh răng xoay sử dụng khí cụ tháo lắp
267.	556	Nắn chỉnh răng từng phần bằng khí cụ cố định	16.159	Nắn chỉnh răng xoay sử dụng khí cụ cố định
			16.161	Nắn chỉnh răng lạc chỗ sử dụng khí cụ cố định
			16.170	Dán mắc cài trực tiếp sử dụng chất gắn quang trùng hợp
			16.173	Sử dụng mắc cài tự buộc trong nắn chỉnh răng
			16.193	Gắn band
268.	557	Nắn chỉnh răng bằng khí cụ hỗ trợ cố định	16.157	Nắn chỉnh răng có sử dụng neo chặn bằng khí cụ cố định cung lưỡi (LA)
269.	558	Đặt Mini-Implant để nắn chỉnh răng	16.158	Nắn chỉnh răng sử dụng neo chặn bằng MicroImplant
270.	559	Đặt Miniplate để nắn chỉnh răng	16.158	Nắn chỉnh răng sử dụng neo chặn bằng MicroImplant
271.	560	Nong hàm bằng khí cụ cố định	16.147	Nong rộng hàm bằng khí cụ cố định nong nhanh
			16.148	Nong rộng hàm bằng khí cụ cố định Quad-Helix
272.	561	Nắn chỉnh mất cân xứng hàm theo chiều trước sau	16.149	Nắn chỉnh mất cân xứng hàm chiều trước sau bằng khí cụ chức năng cố định

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
		bằng khí cụ chức năng cố định	16.150	Nắn chỉnh mất cân xứng hàm chiều trước sau bằng khí cụ chức năng cố định
273.	562	Nắn chỉnh răng/hàm dùng lực ngoài miệng bằng khí cụ Headgear	16.151	Nắn chỉnh răng/hàm dùng lực ngoài miệng sử dụng Headgear
274.	563	Đặt khí cụ Facemask và ốc nong điều trị mất cân xứng hàm theo chiều trước sau	16.152	Điều trị chỉnh hình răng mặt sử dụng khí cụ Facemask và ốc nong nhanh
275.	564	Đặt khí cụ Chin cup điều trị mất cân xứng hàm theo chiều trước sau	16.153	Nắn chỉnh răng/hàm dùng lực ngoài miệng sử dụng Chincup
276.	565	Đặt khí cụ cố định duy trì kết quả nắn chỉnh răng	16.154	Duy trì kết quả điều trị nắn chỉnh răng bằng khí cụ cố định
277.	566	Đặt khí cụ tháo lắp duy trì kết quả nắn chỉnh răng	16.183	Duy trì kết quả điều trị nắn chỉnh răng bằng khí cụ tháo lắp
278.	567	Di chuyển răng ngầm	16.16	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép xương tự thân lấy ngoài miệng
279.	568	Nắn chỉnh mũi-xương ổ răng trước phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng	16.165	Nắn chỉnh mũi-cung hàm trước phẫu thuật điều trị khe hở môi-vòm miệng giai đoạn sớm
280.	569	Nắn chỉnh mũi trước phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng	16.167	Nắn chỉnh mũi trước phẫu thuật điều trị khe hở môi-vòm miệng giai đoạn sớm
281.	570	Nắn chỉnh mũi trước phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng sử dụng khí cụ ngoài miệng	16.167	Nắn chỉnh mũi trước phẫu thuật điều trị khe hở môi-vòm miệng giai đoạn sớm
282.	571	Đặt khí cụ có ốc nong điều trị trước phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng	16.166	Nắn chỉnh cung hàm trước phẫu thuật điều trị khe hở môi-vòm miệng giai đoạn sớm
283.	572	Đặt khí cụ không có ốc nong điều trị trước phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng	16.166	Nắn chỉnh cung hàm trước phẫu thuật điều trị khe hở môi-vòm miệng giai đoạn sớm

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
284.	573	Dán môi điều trị trước phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng	16.179	Nắn chỉnh khối tiền hàm trước phẫu thuật cho trẻ khe hở môi-vòm việng
285.	574	Nong hàm bằng khí cụ tháo lắp	16.147	Nong rộng hàm bằng khí cụ cố định nong nhanh
			16.148	Nong rộng hàm bằng khí cụ cố định Quad-Helix
			16.181	Nong rộng hàm bằng khí cụ tháo lắp
286.	575	Đặt khí cụ cố định giữ khoảng răng mất	16.162	Giữ khoảng răng bằng khí cụ cố định cung ngang vòm khẩu cái (TPA)
			16.163	Giữ khoảng bằng khí cụ cố định Nance
			16.164	Giữ khoảng bằng khí cụ cố định cung lưỡi (LA)
287.	576	Đặt khí cụ tháo lắp giữ khoảng răng mất	16.185	Giữ khoảng răng bằng khí cụ tháo lắp
288.	577	Nắn chỉnh răng bằng khí cụ tháo lắp	16.184	Nắn chỉnh răng xoay sử dụng khí cụ tháo lắp
			16.186	Nắn chỉnh răng bằng hàm tháo lắp
289.	578	Nắn chỉnh mất cân xứng hàm chiều trước sau bằng khí cụ tháo lắp	16.182	Nắn chỉnh mất cân xứng hàm chiều trước sau bằng khí cụ tháo lắp
290.	583	Phẫu thuật cắt chân răng	16.62	Phẫu thuật nội nha có cắt bỏ chân răng và một phần thân răng
291.	584	Phẫu thuật nhổ răng/chân răng vĩnh viễn	16.197	Phẫu thuật nhổ răng lạc chỗ
			16.203	Nhổ răng vĩnh viễn
			16.205	Nhổ chân răng vĩnh viễn
			16.206	Nhổ răng thừa
292.	585		16.201	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có cắt thân

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
		Phẫu thuật nhổ răng vĩnh viễn có chia cắt thân/chân răng	16.202	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có cắt thân chia chân răng
293.	586	Phẫu thuật lấy răng/chân răng vĩnh viễn ngầm	16.198	Phẫu thuật nhổ răng ngầm
294.	587	Phẫu thuật nhổ răng/chân răng vĩnh viễn có mở xương và chia cắt thân/chân răng	16.198	Phẫu thuật nhổ răng ngầm
295.	588	Phẫu thuật mở xương cho răng mọc	16.209	Phẫu thuật mở xương cho răng mọc
296.	589	Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm trên mọc lệch	16.199	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch hàm trên
297.	590	Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch	16.2	Phẫu thuật ghép xương tự thân để cấy ghép implant
298.	591	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có chia cắt răng	16.201	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có cắt thân
			16.202	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có cắt thân chia chân răng
299.	592	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có chia cắt răng và mở xương	16.202	Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có cắt thân chia chân răng
300.	593	Phẫu thuật tạo hình xương ổ răng	16.208	Phẫu thuật tạo hình xương ổ răng
301.	594	Phẫu thuật cắt/nạo xương ổ răng	16.212	Phẫu thuật cắt, nạo xương ổ răng
302.	595	Phẫu thuật cấy chuyển răng/mầm răng	16.219	Cấy chuyển răng
303.	596	Phẫu thuật nhổ răng sang chấn tối thiểu	16.203	Nhổ răng vĩnh viễn
			16.205	Nhổ chân răng vĩnh viễn
			16.206	Nhổ răng thừa

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
304.	597	Đặt vật liệu tự thân (PRP. PRF. PDGF...) trong điều trị răng hàm mặt	16.19	Phẫu thuật tái tạo xương ổ răng bằng ghép vật liệu thay thế xương
305.	598	Trám bít hố rãnh dự phòng sâu răng	16.222	Trám bít hố rãnh với GlassIonomer Cement quang trùng hợp
			16.223	Trám bít hố rãnh với Composite hóa trùng hợp
			16.224	Trám bít hố rãnh với Composite quang trùng hợp
			16.225	Trám bít hố rãnh bằng nhựa Sealant
			16.226	Trám bít hố rãnh bằng GlassIonomer Cement
306.	599	Hàn răng không sang chấn bằng GIC	16.227	Hàn răng không sang chấn với GlassIonomer Cement
307.	600	Phục hồi thân răng sữa bằng GIC	16.236	Điều trị răng sữa sâu ngà phục hồi bằng GlassIonomer Cement
308.	601	Phục hồi thân răng sữa bằng vật liệu dán dính	16.68	Điều trị sâu ngà răng phục hồi bằng Composite
309.	602	Phục hồi men răng kém khoáng hóa bằng vật liệu vi xâm lấn	16.228	Phòng ngừa sâu răng với thuốc bôi bề mặt
310.	603	Che tủy răng sữa bằng vật liệu sinh học	16.230	Điều trị răng sữa viêm tủy có hồi phục
311.	604	Che tủy chân răng sữa bằng vật liệu sinh học	16.231	Lấy tủy buồng răng sữa
312.	605	Đóng chóp răng vĩnh viễn bằng Calcium Hydroxide	16.233	Điều trị đóng cuống răng bằng Canxi Hydroxit
313.	606	Đóng chóp răng vĩnh viễn bằng vật liệu sinh học	16.234	Điều trị đóng cuống răng bằng MTA
314.	607	Tái khoáng hóa men răng bằng thuốc bôi bề mặt	16.228	Phòng ngừa sâu răng với thuốc bôi bề mặt
315.	608	Tái khoáng hóa men răng bằng máng Gel Fluor	16.229	Dự phòng sâu răng bằng máng có Gel Fluor

STT trong QTKT	STT kỹ thuật trong Chương	Tên kỹ thuật được quy định tại Phụ lục 2 Thông tư số 23/2024/TT-BYT	Mã liên kết	Tên kỹ thuật đã được quy định tại Phụ lục 1 Thông tư số 23/2024/TT-BYT
(cột 1)	(cột 2)	(cột 3)	(cột 4)	(cột 5)
316.	609	Phục hồi thân răng bằng chụp thép làm sẵn	16.237	Phục hồi thân răng sữa bằng chụp thép làm sẵn
317.	610	Phục hồi thân răng sữa bằng chụp nhựa làm sẵn	16.237	Phục hồi thân răng sữa bằng chụp thép làm sẵn
318.	611	Phục hồi thân răng sữa bằng chụp sứ làm sẵn	16.237	Phục hồi thân răng sữa bằng chụp thép làm sẵn
319.	612	Nhổ răng sữa/chân răng sữa	16.238	Nhổ răng sữa
			16.239	Nhổ chân răng sữa
320.	613	Mài chỉnh núm phụ mặt nhai răng vĩnh viễn	16.196	Mài chỉnh khớp cắn

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

Chữ viết tắt	Tiếng Anh	Tiếng Việt
CAD	Computer Aided Design	
CAM	Computer Aided Manufacture	
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease	
EDTA	EthyleneDiamineTetraAcetic	
GMHS		Gây mê hồi sức
GIC	Glass Ionomer Cement	
KTV		Kỹ thuật viên
MTA	Mineral Trioxide Aggregate	
NaOCl	Natri hypochlorite	
NSAID		Thuốc kháng viêm không steroid
PRF	Platelet Rich Fibrin	

1. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY LỒI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương hàm dưới là một trong ba xương chính của vùng hàm mặt, bao gồm vùng cằm, cành ngang, góc hàm, mỏm vẹt và cành lên, lồi cầu, tạo nên tầng mặt dưới. Gãy lồi cầu xương hàm dưới gây đau, sưng nề, chảy máu, sai khớp cắn, ảnh hưởng đến việc há ngậm miệng.v.v. dẫn đến bất thường chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Phẫu thuật kết hợp xương gãy lồi cầu xương hàm dưới bao gồm nắn chỉnh xương gãy và kết hợp bằng nẹp, vít, chỉ thép.v.v. giúp phục hồi lại sự liên tục của xương hàm, khôi phục chức năng ăn, nhai, há ngậm miệng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy lồi cầu xương hàm dưới trong đó vị trí và kích thước của đường gãy cho phép kết hợp xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII gây chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.

- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép hoặc nẹp, vít hoặc vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch dưới hàm, trước nắp tai.v.v..

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt, bóc tách theo các lớp giải phẫu hạn chế tổn thương dây thần kinh VII và động mạch hàm trong.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch, lấy bỏ các mảnh xương gãy vỡ không còn khả năng bảo tồn.

6.7. Bước 7: Cố định hai hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Nắn chỉnh xương gãy về trị trí giải phẫu.

6.9. Bước 9: Kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.10. Bước 10: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.11. Bước 11: Khâu đóng vạt.

6.12. Bước 12: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.

- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Dính khớp: cắt khối dính và tạo hình khớp thái dương hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 649-71

2. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương hàm dưới là một trong ba xương chính của vùng hàm mặt, bao gồm vùng cằm, cành ngang, góc hàm, mỏm vẹt và cành lên, lồi cầu, tạo nên tầng mặt dưới. Phẫu thuật kết hợp xương gãy xương hàm dưới là nắn chỉnh và cố định bằng nẹp, vít, chỉ thép .v.v. để phục hồi lại cấu trúc giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm dưới có thể kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, sưng nề sàn miệng.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 45 phút đến 3 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt:

Tùy từng vị trí gãy xương sẽ có các đường vào khác nhau:

- Gãy vùng cằm: rạch đường niêm mạc tiền đình vùng cửa hàm dưới hoặc rạch da vùng cằm, song song và cách bờ nền XHD khoảng 2cm hoặc trực tiếp qua vết thương phần mềm (nếu có).

- Gãy cành ngang: rạch đường niêm mạc tiền đình vùng răng hàm nhỏ hoặc rạch da vùng dưới hàm, song song và cách bờ nền XHD khoảng 2cm hoặc trực tiếp qua vết thương phần mềm (nếu có).

- Gãy góc hàm: rạch đường niêm mạc hậu hàm hoặc rạch da dưới hàm, song song và cách bờ nền XHD khoảng 2cm hoặc trực tiếp qua vết thương phần mềm (nếu có).

- Gãy cành cao: rạch da đường dưới hàm, song song và cách bờ nền XHD khoảng 2cm hoặc trực tiếp qua vết thương phần mềm (nếu có).

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch, lấy bỏ các mảnh xương, răng gãy vỡ không còn khả năng bảo tồn.

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy, cố định hàm về khớp cắn đúng bằng chỉ thép, vít neo và kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ, dẫn lưu mủ nếu có.

- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.

- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội., tr. 73-103

2. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 581-649.

3. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG HÀM TRÊN GÃY LE FORT I

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương hàm trên là một trong ba xương chính của vùng hàm mặt tạo nên tầng mặt giữa. và liên quan đến nhiều cấu trúc giải phẫu như mũi, xoang và mắt.v.v.Gãy xương hàm trên Le Fort I là đường gãy ngang qua chóp chân răng hàm trên, chân bướm. Phẫu thuật kết hợp xương hàm trên bao gồm nắn chỉnh, cố định với mục tiêu tái tạo lại cấu trúc giải phẫu, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và các cấu trúc giải phẫu liên quan.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên Le Fort I.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 45 phút đến 3 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch, lấy bỏ các mảnh xương, răng gãy vỡ không còn khả năng bảo tồn.

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy, cố định hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép và kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.

- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.

- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.

- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 671-89.

4. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG HÀM TRÊN GÃY LE FORT II

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương hàm trên là một trong ba xương chính của vùng hàm mặt tạo nên tầng mặt giữa. và liên quan đến nhiều cấu trúc giải phẫu như mũi, xoang và mắt.v.v.Gãy xương hàm trên Le Fort II là đường gãy qua ngành lên xương hàm trên, bờ dưới ổ mắt, trụ gò má hàm trên, chân bướm. Điều trị gãy xương hàm trên bao gồm nắn chỉnh, cố định với mục tiêu tái tạo lại cấu trúc giải phẫu, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và các cấu trúc giải phẫu liên quan.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên Le Fort II.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.1. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên, phối hợp với các đường rạch da ngoài mặt như đường rạch bờ dưới ổ mắt.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt, bóc tách, hạn chế tổn thương bó mạch thần kinh dưới ổ mắt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch, lấy bỏ các mảnh xương, răng gãy vỡ không còn khả năng bảo tồn.

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy, cố định hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép và kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu.

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ, dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục, nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 671-89.

5. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG HÀM TRÊN GÃY LE FORT III

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương hàm trên là một trong ba xương chính của vùng hàm mặt tạo nên tầng mặt giữa. và liên quan đến nhiều cấu trúc giải phẫu như mũi, xoang và mắt.v.v.Gãy xương hàm trên Le Fort III là đường gãy cao, sát nền sọ, quanh xương chính mũi, ngành lên xương hàm trên, thành trong, thành ngoài hốc mắt, xương bướm, cung tiếp. Điều trị gãy xương hàm trên Le Fort III bao gồm nắn chỉnh, cố định với mục tiêu tái tạo lại cấu trúc giải phẫu, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và các cấu trúc giải phẫu liên quan.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm trên Le Fort III.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, nguy cơ rò dịch não tủy.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch da coronal, rạch da bờ dưới ổ mắt, phối hợp với đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch, lấy bỏ các mảnh xương, răng gãy vỡ không còn khả năng bảo tồn.

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy, cố định hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép và kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Rò dịch não tủy: chuyển khám chuyên khoa thần kinh.

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ, dẫn lưu mủ nếu có.

- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục, nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.

- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.

- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.

- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 671-89.

6. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY BỜ DƯỚI Ổ MẮT VÀ SÀN Ổ MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt là cấu trúc tạo bởi nhiều xương ở tầng giữa mặt. Tổn thương này thường gặp trong chấn thương hàm mặt, đi kèm tổn thương thần kinh, mạch máu, nhãn cầu và tổ chức hốc mắt, có thể gây ảnh hưởng tới thị lực, thị trường, vận động nhãn cầu, đồng thời làm tê bì môi, má, cánh mũi cùng bên, cùng với khả năng gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ của người bệnh. Phẫu thuật kết hợp xương gãy bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt phục bao gồm nắn chỉnh và cố định xương gãy bằng nẹp, vít, lưới titan giúp phục hồi cấu trúc giải phẫu, thể tích hốc mắt, khôi phục chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương bờ dưới ổ mắt và sàn ổ mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, lưới titan, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch da bờ dưới ổ mắt.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt, hạn chế tổn thương bó mạch thần kinh dưới ổ mắt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch, lấy bỏ các mảnh xương gãy vỡ không còn khả năng bảo tồn, giải phóng các chèn ép thần kinh, tổ chức quanh nhãn cầu tụt kẹt.

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy, kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép, đặt lưới titan lót sàn ổ mắt (nếu vỡ sàn ổ mắt lớn gây tụt kẹt tổ chức quanh nhãn cầu).

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Song thị, lác: phẫu thuật giải phóng cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 707-51.

7. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY XƯƠNG GÒ MÁ-CUNG TIẾP

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương gò má-cung tiếp được tạo bởi xương gò má và mỏm tiếp của xương thái dương. Xương gò má-cung tiếp liên quan đến nhiều cấu trúc giải phẫu như mắt, xoang.v.v. Gãy xương gò má-cung tiếp có thể gây biến dạng khuôn mặt, đau, sưng nề, chảy máu, ảnh hưởng tới thị lực, thị trường, vận động nhãn cầu, biên độ há miệng.v.v. của người bệnh. Phẫu thuật kết hợp xương gò má-cung tiếp bao gồm nắn chỉnh và cố định bằng nẹp, vít, chỉ thép .v.v. giúp khôi phục lại chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương gò má-cung tiếp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, nguy cơ tổn thương thần kinh VII.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng các đường rạch: niêm mạc ngách tiền đình hàm trên, rạch da bờ dưới ổ mắt, rạch da cung mày, rạch da trên cung tiếp, đường coronal.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy, hạn chế tổn thương các bó mạch thần kinh dưới ổ mắt, nhánh mi trên, nhánh trán của dây thần kinh VII.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch, lấy bỏ các mảnh xương gãy vỡ không còn khả năng bảo tồn, giải phóng các điểm tụt kẹt cơ, thần kinh, tổ chức quanh nhãn cầu.

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy về vị trí giải phẫu và kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương gò má – cung tiếp được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Hạn chế há miệng: banh cưỡng, hướng dẫn tập há miệng.
- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Song thị, lác: phẫu thuật giải phóng cơ bị kẹt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 689-707.

8. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG TRÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương trán là một phần của xương sọ, thuộc tầng mặt trên. Gãy xương trán có thể gây biến dạng khuôn mặt, ảnh hưởng tới xoang trán, đi kèm với các tổn thương chấn thương sọ não. Phẫu thuật kết hợp xương trán bao gồm nắn chỉnh và kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.v.v. giúp khôi phục chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương trán.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, nguy cơ rò dịch não tủy.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 45 phút đến 3 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch da đầu coronal, đường rạch da trực tiếp phía trên đường gãy...

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch, lấy bỏ các mảnh xương gãy vỡ không còn khả năng bảo tồn.

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy và cố định bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương trán được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ, dẫn lưu mủ nếu có.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.
- Rò dịch não tủy: phối hợp điều trị chuyên khoa thần kinh.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Viêm não, màng não: điều trị kháng sinh, phối hợp chuyên khoa thần kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 751-75.

9. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY/VỠ XOANG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Xoang hàm là một cấu trúc của xương hàm trên, là một khoang rỗng có biểu mô lót trong lòng xoang. Gãy vỡ xoang hàm gây đau, sưng nề, chảy máu.v.v. ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Đây là kỹ thuật phẫu thuật nắn chỉnh và kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.v.v. phục hồi lại sự liên tục cho thành xoang hàm, khôi phục chức năng ăn và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy/vỡ xoang hàm trên không có chỉ định bảo tồn không phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy,làm sạch, lấu máu tụ, cách mảnh xương gãy vụn...

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy và kết hợp xương bằng nẹp, vít.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Gãy nẹp hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Viêm xoang: bơm rửa, dẫn lưu xoang hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 671-89.

10. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHÍNH MŨI

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương chính mũi là một phần cấu trúc của tầng giữa mặt, là phần xương dễ bị tổn thương, gãy vỡ trong các cấu trúc xương vùng hàm mặt, ảnh hưởng chủ yếu tới thẩm mỹ của người bệnh. Đây là kỹ thuật phẫu thuật nắn chỉnh và kết hợp xương chính mũi bằng nẹp, vít, chỉ thép.v.v. phục hồi lại sự liên tục cho xương chính mũi, khôi phục thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương chính mũi và không có chỉ định điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 15 phút đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch da trực tiếp, hoặc qua vết thương phần mềm.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch máu tụ, các mảnh xương vỡ vụn không còn khả năng bảo tồn.

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy và kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt meche mũi (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương chính mũi được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Can sai: phá can, kết hợp lại xương hoặc sử dụng vật liệu phù hợp khác tạo hình mũi.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 775-85.

11. NẮN CHỈNH VÀ CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương hàm có thể gây đau, sưng nề, chảy máu, sai khớp cắn, khó thở, gián đoạn cung răng hàm.v.v. ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ. Đây là phương pháp điều trị bảo tồn xương hàm trong các trường hợp gãy xương mà không có chỉ định kết hợp xương. Xương hàm được nắn chỉnh và cố định 2 hàm bằng các khí cụ: nút Ivy, vít neo chặn, cung Tigerstedt.v.v. nhằm ổn định khớp cắn, cung răng, tạo điều kiện cho lành thương của xương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương hàm ảnh hưởng chức năng ăn nhai và không có chỉ định điều trị kết hợp xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, vít neo chặn, cung Tigerstedt.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.3. Bước 3: Nắn chỉnh cung răng, buộc chỉ thép cố định răng-răng.

6.4. Bước 4: Cố định hai hàm đúng khớp cắn bằng vít neo, chỉ thép, hoặc cung Tigerstedt hoặc phối hợp.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ thép, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.
- Gãy vít neo: lấy bỏ phần gãy và bắt lại vít neo.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì tiến hành điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương.
- Đứt, tuột, lỏng chỉ thép, rụng vít neo: đặt lại vít neo, buộc lại chỉ thép.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp xương gãy.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Can sai: phá can, kết hợp xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 103-15.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 473-515.

12. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG Ổ RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương ổ răng là một phần của xương hàm, gãy xương ổ răng là một chấn thương thường gặp trong chấn thương hàm mặt gồm gãy xương ổ răng hàm trên hoặc hàm dưới, phẫu thuật điều trị gãy xương ổ răng giúp phục hồi chức năng ăn nhai cũng như thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương ổ răng**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 15 phút đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng vạt niêm mạc màng xương.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ xương.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy: làm sạch, lấy xương vụn, lấy răng không giữ được.

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy, kết hợp xương bằng nẹp vít hoặc cố định răng bằng cung, chỉ thép.v.v. cố định hàm nếu cần thiết.

6.8. Bước 8: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+Tại chỗ: không chảy máu, xương ổ răng được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 555-81.

13. PHẪU THUẬT NẮN CHỈNH GÃY XƯƠNG GÒ MÁ-CUNG TIẾP

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương gò má-cung tiếp được tạo bởi xương gò má và mỏm tiếp của xương thái dương. Xương gò má- cung tiếp liên quan đến nhiều cấu trúc giải phẫu như mắt, xoang.v.v.. Gãy xương gò má-cung tiếp có thể gây biến dạng khuôn mặt, đau, sưng nề, chảy máu, ảnh hưởng tới thị lực, thị trường, vận động nhãn cầu, biên độ há miệng.v.v. của người bệnh. Đây là kỹ thuật áp dụng cho các trường hợp gãy xương gò má cung tiếp không có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương, xương gò má cung tiếp được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu mà không cần phải cố định bằng nẹp, vít hay chỉ thép mà vẫn có thể vững ổn, giúp khôi phục lại chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy gò má-cung tiếp và không có chỉ định điều trị kết hợp xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.

- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

c. Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.3. Bước 3: Rạch vạt bộc lộ xương gò má-cung tiếp: thường dùng đường rạch da chân tóc mai, đuôi cung mày, niêm mạc tiền đình hàm trên.

6.4. Bước 4: Bẩy, nắn chỉnh xương gò má-cung tiếp về đúng vị trí, nắn chỉnh các đầu

xương gãy.

6.5. Bước 5: Bơm rửa.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Khâu đóng vạt.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương gò má – cung tiếp được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Can sai: phá can, kết hợp xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 689-707.

14. PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÒ MÁ DO CAN SAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương gò má là một trong ba xương chính của vùng hàm mặt, tạo nên tầng mặt giữa và thẩm mỹ của khuôn mặt. Xương gò má liên quan đến nhiều cấu trúc giải phẫu như mắt, xoang hàm.v.v.. Can sai xương gò má có thể gây biến dạng khuôn mặt, ảnh hưởng tới thị lực, thị trường, vận động nhãn cầu .v.v. của người bệnh. Phẫu thuật kết hợp xương gò má do can sai là phẫu thuật cắt đẩy xương, nắn chỉnh và đặt lại xương về vị trí đúng, kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép .v.v. giúp khôi phục lại chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương gò má không được điều trị đúng dẫn đến can sai, gây ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, nguy cơ song thị, ảnh hưởng thần kinh thị.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 4 giờ 45 phút đến 5 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng các đường rạch: niêm mạc ngách tiền đình hàm trên, rạch da bờ dưới ổ mắt, rạch da cung mày, rạch da trên cung tiếp, đường coronal.v.v.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ ổ gãy cũ, hạn chế tổn thương bó mạch, thần kinh dưới ổ mắt, nhánh trán, mi trên của dây thần kinh VII.

6.6. Bước 6: Dùng đục, cưa, khoan.v.v. tách rời xương theo đường gãy cũ, làm sạch tổ chức can hai bên đường gãy cũ, giải phóng các vị trí tụt kẹt cơ, phần mềm, tổ chức xung quanh. Mài chỉnh các bờ xương gãy (nếu cần).

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy và kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương gò má được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Song thị, lác: phẫu thuật giải phóng cơ bị kẹt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 689-707.

15. PHẪU THUẬT KẾT HỢP LẠI XƯƠNG HÀM DO CAN SAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Chấn thương hàm mặt không được điều trị đúng cách sẽ gây nên việc can sai xương hàm, bao gồm can sai xương hàm trên, xương hàm dưới hoặc phối hợp.

Phẫu thuật kết hợp lại xương hàm do can sai là kỹ thuật đục, cắt, nắn chỉnh và đặt xương hàm trên về vị trí đúng, kết hợp xương bằng nẹp, vít, chỉ thép.v.v.nhằm khôi phục chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương hàm không được điều trị đúng cách dẫn đến can sai, ảnh hưởng tới khớp cắn, thẩm mỹ của người bệnh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, hoại tử khối xương hàm trên, thủng vòm miệng.
- Nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong, dây thần kinh VII gây chảy máu và liệt mặt đối với trường hợp điều trị can sai vùng lồi cầu xương hàm dưới.
- Nguy cơ tê bì dị cảm má, cánh mũi, môi, cằm.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.

- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: Đối với trường hợp can sai xương hàm trên thường

dùng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên hai bên, rạch da bờ dưới ổ mắt, rạch da cung mày. Đối với trường hợp can sai xương hàm dưới thường dùng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình, đường rạch dưới cằm, dưới hàm song song cách bờ nền xương hàm dưới khoảng 2cm, tùy theo vị trí tổn thương.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ ổ gãy xương cũ, hạn chế tổn thương bó mạch thần kinh dưới ổ mắt, thần kinh cằm.

6.6. Bước 6: Dùng đục, cưa, khoan,.v.v. tách rời xương theo đường gãy cũ, làm sạch tổ chức can hai bên đường gãy cũ, giải phóng các vị trí tụt kẹt cơ, phần mềm, tổ chức xung quanh. Mài chỉnh các bờ xương gãy (nếu cần).

6.7. Bước 7: Nắn chỉnh xương gãy về vị trí giải phẫu, cố định hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép, cố định đường gãy bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3 Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Thủng vòm miệng: tạo hình vòm miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 751-75.

16. NẸP CỐ ĐỊNH TẠM GÃY XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT BẰNG CHỈ THÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương vùng hàm mặt là một chấn thương có nguy cơ gây chảy máu, đau và sưng nề, chèn ép các cấu trúc giải phẫu quan trọng vùng hàm mặt.

Nẹp cố định tạm gãy xương vùng hàm mặt bằng chỉ thép là kỹ thuật điều trị sơ cứu trong cấp cứu gãy xương vùng hàm mặt do chấn thương nhằm khai thông đường hô hấp, hạn chế chảy máu, choáng.v.v.để cứu sống người bệnh và chuyển đến các cơ sở điều trị tiếp theo**.**

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương vùng hàm mặt**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Không có.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, cung Tigerstedt, vít neo chặn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa hoặc Bàn thủ thuật.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 15 phút đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng thủ thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê (nếu cần).

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sơ cứu khai thông đường thở, lấy các dị vật,răng, xương vỡ, máu tụ, đất, đá.v.v. có nguy cơ bít tắc đường thở.

6.3. Bước 3: Cầm máu, làm sạch vùng chấn thương.

6.4. Bước 4: Cố định tạm thời xương gãy bằng chỉ thép, cung Tigerstedt và/hoặc vít neo chặn.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ (nếu cần), hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Tuột chỉ thép: cố định lại.
- Lỏng cung Tigerstedt: buộc lại
- Lỏng, tuột vít neo chặn: lấy bỏ, bắt lại vít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 473-515.

17. KHÂU CẦM MÁU VẾT THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vùng hàm mặt là vùng có mạch máu nuôi dưỡng dày đặc và phong phú, những vết thương vùng hàm mặt có nguy cơ chảy máu và mất máu nhiều, bít tắc đường thở việc sơ cứu khâu cầm máu vết thương là điều cần thiết. Khâu cầm máu vết thương vùng hàm mặt là một trong các kỹ thuật điều trị cấp cứu ban đầu các loại vết thương phần mềm vùng hàm mặt do nhiều nguyên nhân khác nhau**.**

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương phần mềm vùng hàm mặt**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sơ cứu khai thông đường thở, lấy các dị vật, răng, xương vỡ, máu tụ, đất, đá.v.v. có nguy cơ bít tắc đường thở.

6.3. Bước 3: Làm sạch, cắt lọc vết thương.

6.4. Bước 4: Cầm máu bằng băng ép, khâu, kẹp cầm máu, đốt điện hoặc các vật liệu cầm máu.

6.5. Bước 5: Khâu vết thương.

6.6. Bước 6: Băng vết thương.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, mô mềm được khôi phục theo giải phẫu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 67-73.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 515-39.

18. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HÀM TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Các bất thường về kích thước xương hàm trên (quá phát, thiểu sản, lệch.v.v.) gây ra sự bất hài hòa tương quan khuôn mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, chức năng và thường không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng. Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm trên là các kỹ thuật cắt và đặt xương hàm trên về vị trí hài hòa thiết lập khớp cắn, tạo điều kiện trong các điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Quá phát xương hàm trên.
- Kém phát triển xương hàm trên.
- Can sai xương hàm trên muộn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Người bệnh đang trong độ tuổi tăng trưởng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Tổn thương mạch máu và thần kinh khẩu cái lớn nguy cơ hoại tử khối xương hàm trên.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.

- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chỉnh hình xương.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch vạt: thường sử dụng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách niêm mạc tiền đình, nền mũi, bộc lộ xương hàm trên.

6.6. Bước 6: Cắt xương hàm trên theo đường Lefort I, đục chân bướm, vách ngăn mũi, tách rời xương hàm trên khỏi khối xương tầng giữa mặt, mài chỉnh xương hàm hoặc có thể phối hợp thêm cắt khối tiền hàm, chẻ mảnh.v.v.

6.7. Bước 7: Di chuyển xương theo kế hoạch bằng máng hướng dẫn phẫu thuật, cố định xương hàm ở vị trí mới bằng nẹp, vít.

6.8. Bước 8: Cầm máu, bơm rửa.

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm trên ổn định, đúng vị trí theo kế hoạch điều trị.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

- Gãy xương, gãy răng, bong mắc cài: lấy bỏ mảnh xương gãy vỡ, phục hình lại răng, gắn lại mắc cài sau phẫu thuật.

- Chảy máu: cầm máu.

- Rách vòm miệng: khâu đóng.

- Tụ máu hậu nhãn cầu: theo dõi, lấy máu tụ nếu cần.

- Đứt bó mạch thần kinh khẩu cái lớn: nối lại nếu có thể

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Chảy máu muộn: cầm máu, can thiệp mạch bằng chẩn đoán hình ảnh, truyền máu nếu cần.

- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Tê bì môi trên: theo dõi
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương.
- Viêm xương, hoại tử xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Tái phát: tùy thuộc mức độ có thể theo dõi, chỉnh nha hoặc phẫu thuật lại.
- Thông mũi miệng: tạo hình vòm miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 9-17.

2. Johan P. Reyneke (2010), Essentials of orthognathic surgery 2nd edition, Quyntesssence Publishing Co Inc, Canada, p. 245.

3. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1909-45

19. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG GÒ MÁ-CUNG TIẾP

1. ĐẠI CƯƠNG

Các bất thường về kích thước gò má 1 bên (quá phát, thiểu sản.v.v.) gây ra sự bất hài hòa tương quan khuôn mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Phẫu thuật chỉnh hình xương gò má- cung tiếp là kỹ thuật cắt và đặt khối xương gò má- cung tiếp, đưa xương về vị trí hài hòa trong tương quan sọ mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gò má cao.
- Gò má thấp.
- Gò má hai bên không cân đối.
- Can sai sau gãy xương gò má-cung tiếp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Người bệnh đang trong độ tuổi tăng trưởng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Tổn thương mạch máu và thần kinh dưới ổ mắt có nguy cơ gây tê bì, dị cảm vùng má, môi trên, cánh mũi cùng bên, thần kinh VII có thể gây liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chỉnh hình xương.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch vạt: thường sử dụng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên và đường rạch da chân tóc mai.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ thân xương gò má, bóc tách bộc lộ phần cung tiếp.

6.6. Bước 6: Dùng bút chỉ đánh dấu đường cắt trên thân xương gò má, cung tiếp.

6.7. Bước 7: Dùng cưa, khoan cắt xương theo đường đã đánh dấu, đánh sập thân xương gò má theo kế hoạch.

6.8. Bước 8: Cố định lại xương gò má ở vị trí mới bằng nẹp, vít.

6.9. Bước 9: Cầm máu.

6.10. Bước 10: Khâu đóng vạt.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương gò má được cố định đúng vị trí như kế hoạch điều trị.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.
- Lỏng vít: lấy bỏ nếu cần

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

- Sa trễ mô mềm vùng má: phẫu thuật lại.
- Tê bì má, cánh mũi, môi trên: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 9-17.

2. Johan P. Reyneke (2010), Essentials of orthognathic surgery 2nd edition, Quyntesssence Publishing Co Inc, Canada, p. 249.

3. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1910-20

20. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Các bất thường về kích thước xương hàm dưới (quá phát, thiểu sản, lệch.v.v.) gây ra sự bất hài hòa tương quan khuôn mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, chức năng và thường không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng. Phẫu thuật chỉnh hình xương hàm dưới là các kỹ thuật cắt và đặt xương hàm dưới về vị trí hài hòa thiết lập khớp cắn, tạo điều kiện cho các điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Quá phát xương hàm dưới.
- Kém phát triển xương hàm dưới.
- Biến dạng, lệch xương hàm dưới.
- Can sai xương hàm dưới muộn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Người bệnh đang trong độ tuổi tăng trưởng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Tổn thương bó mạch thần kinh răng dưới, thần kinh cằm gây tê bì, dị cảm môi, cằm.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chỉnh hình xương.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch vạt.

Thường sử dụng đường rạch niêm mạc kéo dài từ bờ trước cành lên xương hàm dưới đến vùng răng hàm nhỏ hàm dưới, đường rạch cách ranh giới niêm mạc lợi dính- lợi di động khoảng 5mm.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách niêm mạc bộc lộ hết bờ nền, góc hàm xương hàm dưới, lỗ gai Spix, mỏm vẹt, hõm Sigma.

6.6. Bước 6: Xác định vị trí của lỗ gai Spix, dùng bút chì vẽ đường cắt xương hàm dưới theo kế hoạch.

6.7. Bước 7: Dùng cưa, mũi khoan, đục, các dụng cụ chuyên dụng để cắt và tách xương hàm dưới theo kế hoạch.

6.8. Bước 8: Dịch chuyển xương hàm dưới về vị trí mới bằng máng hướng dẫn phẫu thuật.

6.9. Bước 9: Cố định xương hàm dưới về vị trí mới bằng nẹp, vít.

6.10. Bước 10: Cầm máu, bơm rửa, đặt dẫn lưu.

6.11. Bước 11: Khâu đóng vạt.

6.12. Bước 12: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm dưới ổn định, đúng vị trí theo kế hoạch điều trị.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.
- Gãy xương: kết hợp xương, chờ phẫu thuật tiếp lần sau.
- Tổn thương thần kinh răng dưới, thần kinh cằm: theo dõi và nối lại nếu có thể.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Chảy máu muộn: xảy ra trong khoảng vài ngày đến vài tuần sau mổ, can thiệp mạch bằng chẩn đoán hình ảnh, truyền máu nếu cần.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Tái phát: tùy thuộc mức độ có thể theo dõi, chỉnh nha hoặc phẫu thuật lại.
- Tê bì môi, cằm: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.

2. Johan P. Reyneke (2010), Essentials of orthognathic surgery 2nd edition, Quyntesssence Publishing Co Inc, Canada, p. 255.

3. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1851-99

21. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HAI HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Các bất thường về kích thước xương hàm trên và hàm dưới (quá phát, thiểu sản, lệch.v.v.) gây ra sự bất hài hòa tương quan khuôn mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Các bất thường lớn thường không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng. Phẫu thuật chỉnh hình xương hai hàm là các kỹ thuật cắt và đặt xương hàm trên và xương hàm dưới về vị trí khớp cắn hài hòa, tạo điều kiện cho các điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

Bất cân xứng mặt nguyên nhân do cả xương hàm trên, xương hàm dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Người bệnh đang trong độ tuổi tăng trưởng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Tổn thương mạch máu và thần kinh khẩu cái lớn nguy cơ hoại tử khối xương hàm trên. Tổn thương bó mạch thần kinh răng dưới, thần kinh cằm gây tê bì, dị cảm môi dưới, cằm.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.

- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chỉnh hình xương.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 6 giờ 45 phút đến 7 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch vạt:

- Hàm dưới: Thường sử dụng đường rạch niêm mạc kéo dài từ bờ trước cành lên xương hàm dưới đến vùng răng hàm nhỏ hàm dưới, đường rạch cách ranh giới niêm mạc lợi dính- lợi di động khoảng 5mm.

- Hàm trên: Thường sử dụng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên từ răng 16 đến răng 26.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt hàm trên theo đường đã thiết kế, bóc tách niêm mạc tiền đình, nền mũi, bộc lộ xương hàm trên.

6.5. Bước 5: Dùng bút thiết kế đường cắt xương hàm trên.

6.6. Bước 6: Dùng cưa, mũi khoan, đục, các dụng cụ chuyên dụng để cắt và tách xương hàm trên theo kế hoạch.

6.7. Bước 7: Dịch chuyển xương hàm trên về vị trí mới dưới sự hỗ trợ của máng hướng dẫn phẫu thuật.

6.8. Bước 8: Cố định xương hàm trên về vị trí mới bằng nẹp, vít.

6.9. Bước 9: Rạch vạt niêm mạc hàm dưới theo đường đã thiết kế, bóc tách niêm mạc bộc lộ hết bờ nền, góc hàm xương hàm dưới, lỗ gai Spix, mỏm vẹt, hõm Sigma.

6.10. Bước 10: Xác định vị trí của lỗ gai Spix, dùng bút chì vẽ đường cắt xương hàm dưới theo kế hoạch.

6.11. Bước 11: Dùng cưa, mũi khoan, đục, các dụng cụ chuyên dụng để cắt và tách xương hàm dưới theo kế hoạch.

6.12. Bước 12: Dịch chuyển xương hàm dưới về vị trí mới dưới sự hỗ trợ của máng hướng dẫn phẫu thuật.

6.13. Bước 13: Cố định xương hàm dưới về vị trí mới bằng nẹp, vít.

6.14. Bước 14: Cầm máu, bơm rửa, đặt dẫn lưu.

6.15. Bước 15: Khâu đóng vạt.

6.16. Bước 16: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm ổn định, đúng vị trí theo kế hoạch điều trị.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

- Gãy xương, gãy răng, bong mắc cài: lấy bỏ mảnh xương gãy vỡ, phục hình lại răng, gắn mắc cài sau phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Rách vòm miệng: khâu đóng.

- Tụ máu hậu nhãn cầu: theo dõi, lấy máu tụ nếu cần.

- Đứt bó mạch thần kinh khẩu cái lớn: nối lại nếu có thể

- Gãy xương hàm dưới: kết hợp xương, chờ phẫu thuật tiếp lần sau.

- Tổn thương thần kinh răng dưới, thần kinh cằm, thần kinh dưới ổ mắt.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Chảy máu muộn: xảy ra trong khoảng vài ngày đến vài tuần sau mổ, can thiệp mạch bằng chẩn đoán hình ảnh, truyền máu nếu cần.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.

- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.

- Viêm xương, hoại tử xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

- Thông mũi miệng: tạo hình vòm miệng.

- Tê bì môi trên, tê bì môi dưới, cằm: theo dõi.

- Tái phát: tùy thuộc mức độ có thể theo dõi, chỉnh nha hoặc phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 9-17.

2. Johan P. Reyneke (2010), Essentials of orthognathic surgery 2nd edition, Quyntesssence Publishing Co Inc, Canada, p. 276.

3. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1945-58

22. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG HAI HÀM VÀ CẰM

1. ĐẠI CƯƠNG

Các bất thường về kích thước xương hàm trên, hàm dưới và cằm (quá phát, thiểu sản, lệch.v.v.) gây ra sự bất hài hòa tương quan khuôn mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Các bất thường lớn thường không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng. Phẫu thuật chỉnh hình xương hai hàm và cằm là các kỹ thuật cắt và đặt xương hàm trên, xương hàm dưới và cằm về vị trí hài hòa thiết lập khớp cắn, đem đến hình dạng và vị trí cằm hài hòa trong tương quan với sọ mặt, tạo điều kiện cho các điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

Bất cân xứng mặt nguyên nhân do cả xương hàm trên, xương hàm dưới và cằm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Người bệnh đang trong độ tuổi tăng trưởng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Tổn thương mạch máu và thần kinh khẩu cái lớn nguy cơ hoại tử khối xương hàm trên. Tổn thương bó mạch thần kinh răng dưới, thần kinh cằm gây tê bì, dị cảm môi dưới, cằm.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chỉnh hình xương.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 7 giờ 45 phút đến 8 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch vạt:

- Hàm dưới: Thường sử dụng đường rạch niêm mạc kéo dài từ bờ trước cành lên xương hàm dưới đến vùng răng hàm nhỏ hàm dưới, đường rạch cách ranh giới niêm mạc lợi dính- lợi di động khoảng 5mm.

- Hàm trên: Thường sử dụng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên từ răng 16 đến răng 26.

- Vùng cằm: Thường sử dụng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm dưới từ vùng răng 33 đến răng 43.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt hàm trên theo đường đã thiết kế, bóc tách niêm mạc tiền đình, nền mũi, bộc lộ xương hàm trên.

6.5. Bước 5: Dùng bút thiết kế đường cắt xương hàm trên.

6.6. Bước 6: Dùng cưa, mũi khoan, đục, các dụng cụ chuyên dụng để cắt và tách xương hàm trên theo kế hoạch.

6.7. Bước 7: Dịch chuyển xương hàm trên về vị trí mới dưới sự hỗ trợ của máng hướng dẫn phẫu thuật.

6.8. Bước 8: Cố định xương hàm trên về vị trí mới bằng nẹp, vít.

6.9. Bước 9: Rạch vạt niêm mạc hàm dưới theo đường đã thiết kế, bóc tách niêm mạc bộc lộ hết bờ nền, góc hàm xương hàm dưới, lỗ gai Spix, mỏm vẹt, hõm Sigma.

6.10. Bước 10: Xác định vị trí của lỗ gai Spix, dùng bút chì vẽ đường cắt xương hàm dưới theo kế hoạch.

6.11. Bước 11: Dùng cưa, mũi khoan, đục, các dụng cụ chuyên dụng để cắt và tách xương hàm dưới theo kế hoạch.

6.12. Bước 12: Dịch chuyển xương hàm dưới về vị trí mới dưới sự hỗ trợ của máng hướng dẫn phẫu thuật.

6.13. Bước 13: Cố định xương hàm dưới về vị trí mới bằng nẹp, vít.

6.14. Bước 14: Rạch niêm mạc tiền đình hàm dưới vùng cằm theo đường đã thiết kế, bóc tách niêm mạc bộc lộ bờ nền xương hàm dưới vùng cằm, hạn chế tổn thương bó mạch–thần kinh cằm hai bên.

6.15. Bước 15: Dùng bút chì thiết kế đường cắt xương vùng cằm theo kế hoạch.

6.16. Bước 16: Dùng cưa, mũi khoan, đục, các dụng cụ chuyên dụng để cắt và tách xương hàm dưới vùng cằm theo kế hoạch.

6.17. Bước 17: Dịch chuyển xương hàm dưới vùng cằm về vị trí mới.

6.18. Bước 18: Cố định xương hàm dưới vùng cằm về vị trí mới bằng nẹp, vít.

6.19. Bước 19: Cầm máu, bơm rửa, đặt dẫn lưu.

6.20. Bước 20: Khâu đóng vạt.

6.21. Bước 21: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm và cằm ổn định, đúng vị trí theo kế hoạch điều trị.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

- Gãy xương, gãy răng, bong mắc cài: lấy bỏ mảnh xương gãy vỡ, phục hình lại răng, gắn mắc cài sau phẫu thuật.

- Chảy máu: cầm máu.

- Rách vòm miệng: khâu đóng.

- Tụ máu hậu nhãn cầu: theo dõi, lấy máu tụ nếu cần.

- Đứt bó mạch thần kinh khẩu cái lớn: nối lại nếu có thể.

- Gãy xương hàm dưới: kết hợp xương, chờ phẫu thuật tiếp lần sau.

- Tổn thương thần kinh răng dưới, thần kinh cằm, thần kinh dưới ổ mắt.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Chảy máu muộn: xảy ra trong khoảng vài ngày đến vài tuần sau mổ, can thiệp mạch bằng chẩn đoán hình ảnh, truyền máu nếu cần.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.

- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.

- Viêm xương, hoại tử xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

- Thông mũi miệng: tạo hình vòm miệng.

- Tê bì môi trên, tê bì môi dưới, cằm: theo dõi.

- Tái phát: tùy thuộc mức độ có thể theo dõi, chỉnh nha hoặc phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 9-17.

2. Johan P. Reyneke (2010), Essentials of orthognathic surgery 2nd edition, Quyntesssence Publishing Co Inc, Canada.

3. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1989-99.

23. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH CẰM

1. ĐẠI CƯƠNG

Các bất thường về kích thước cằm (quá phát, thiểu sản, lệch.v.v.) gây ra sự bất hài hòa tương quan khuôn mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Đây là kỹ thuật cắt và đặt khối xương vùng cằm và cố định lại tại vị trí mới, đem đến hình dạng và vị trí hài hòa của cằm trong tương quan với sọ mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cằm quá phát ra trước.
- Cằm lùi.
- Lệch cằm theo chiều ngang.
- Biến dạng cằm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Người bệnh đang trong độ tuổi tăng trưởng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Tổn thương mạch máu và thần kinh cằm gây tê bì, dị cảm vùng môi, cằm.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chỉnh hình xương.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng…
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch vạt: thường sử dụng đường rạch niêm mạc tiền đình hàm dưới vùng cằm từ vùng răng 33 đến răng 43.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ bờ nền xương hàm dưới vùng cằm, hạn chế tổn thương bó mạch, thần kinh cằm hai bên.

6.6. Bước 6: Dùng bút chì đánh dấu đường cắt xương theo kế hoạch.

6.7. Bước 7: Dùng cưa, mũi khoan, đục, các dụng cụ chuyên dụng để cắt và tách xương hàm dưới vùng cằm theo kế hoạch.

6.8. Bước 8: Dịch chuyển xương hàm dưới vùng cằm về vị trí mới.

6.9. Bước 9: Cố định xương hàm dưới vùng cằm ở vị trí mới bằng nẹp, vít.

Đối với trường hợp cần ghép xương, có thể lấy xương tự thân trong miệng vị trí góc hàm, hoặc xương tự thân lấy ngoài miệng (xương sụn sườn, xương mào chậu.v.v.) và cố định lại vào nền nhận bằng nẹp, vít.

6.10. Bước 10: Cầm máu, đặt dẫn lưu.

6.11. Bước 11: Khâu đóng vạt.

6.12. Bước 12: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm dưới vùng cằm ổn định, đúng vị trí theo kế hoạch điều trị.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.
- Tổn thương thần kinh cằm.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương gãy.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Tê bì môi dưới, cằm: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 9-17.

2. Johan P. Reyneke (2010), Essentials of orthognathic surgery 2nd edition, Quyntesssence Publishing Co Inc, Canada, p. 278.

3. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1989-95.

24. PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH GÓC HÀM XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Các bất thường về kích thước góc hàm xương hàm dưới (quá phát, lệch.v.v.) gây ra sự bất hài hòa tương quan khuôn mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Các bất thường lớn thường không thể điều trị bù trừ bằng nắn chỉnh răng. Phẫu thuật chỉnh hình góc hàm xương hàm dưới là các kỹ thuật cắt và tạo hình góc hàm, đem đến dạng góc hàm xương hàm dưới hài hòa trong tương quan với sọ mặt, tạo điều kiện cho các điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Quá phát góc hàm xương hàm dưới.
- Biến dạng góc hàm xương hàm dưới.
- Góc hàm xương hàm dưới 2 bên không cân đối.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Người bệnh đang trong độ tuổi tăng trưởng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Tổn thương mạch máu và thần kinh răng dưới gây tê bì, dị cảm vùng môi dưới, cằm.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.

- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật chỉnh hình xương.
- Vít cố định máng hướng dẫn (nếu dùng).
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch vạt: thường sử dụng đường rạch niêm mạc kéo dài từ bờ trước cành lên xương hàm dưới đến vùng răng hàm nhỏ hàm dưới, đường rạch cách ranh giới niêm mạc lợi dính- lợi di động khoảng 5mm.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách niêm mạc bộc lộ hết bờ nền, góc hàm xương hàm dưới.

6.6. Bước 6: Đặt và cố định máng hướng dẫn cắt bằng vít.

6.7. Bước 7: Dùng cưa, mũi khoan, đục, các dụng cụ chuyên dụng để cắt góc hàm xương hàm dưới theo kế hoạch.

6.8. Bước 8: Cầm máu, bơm rửa, đặt dẫn lưu.

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, góc hàm được tạo hình theo kế hoạch điều trị.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Tê bì môi dưới, cằm: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 9-17.

2. Johan P. Reyneke (2010), Essentials of orthognathic surgery 2nd edition, Quyntesssence Publishing Co Inc, Canada, p.276.

3. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1851-1909.

25. PHẪU THUẬT THÁO NẸP, VÍT XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Sau các phẫu thuật điều trị chấn thương, bệnh lý hoặc tạo hình xương vùng hàm mặt thường sử dụng nẹp, vít nhằm kết hợp xương đảm bảo thẩm mỹ cũng như chức năng của các xương vùng hàm mặt. Các nẹp, vít này trong một số trường hợp có thể gây phản ứng viêm hoặc lộ trong miệng gây khó chịu cho người bệnh, hoặc cần được tháo bỏ để tạo chỗ làm phục hình hàm mặt .v.v. Tháo bỏ nẹp, vít xương hàm mặt nhằm lấy bỏ toàn bộ các dụng cụ kết hợp xương.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh còn nẹp, vít xương vùng hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, trên ghế răng hoặc phòng thủ thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch và tạo vạt.

6.4. Bước 4: Bóc tách bộc lộ nẹp, vít.

6.5. Bước 5: Tháo bỏ nẹp, vít kết hợp xương.

6.6. Bước 6: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.7. Bước 7: Khâu đóng vạt.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: toàn bộ nẹp, vít được lấy bỏ, vết mổ khô, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu tại chỗ hoặc dùng thuốc toàn thân.

- Không tìm thấy nẹp vít: kiểm tra, chụp phim xác định vị trí sau đó lấy bỏ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu tại chỗ hoặc dùng thuốc toàn thân.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và dẫn lưu vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bissinger O, Biermann L RETRACTED: Osteosynthesis Plate Removal: Patient Benefits and Burdens. Appl. Sci. 2020, 10(5), 1810.

26. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI VÀ GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiều trường hợp bệnh lý hoặc chấn thương hàm mặt cần có chỉ định cắt đoạn xương hàm. Các khuyết hổng của xương hàm dưới sau chấn thương hoặc bệnh lý để lại nhiều di chứng về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh như: sai khớp cắn, lệch mặt, mất răng.v.v. Để khắc phục cho vấn đề này, tái tạo lại xương hàm dưới bằng việc sử dụng chất liệu xương tự thân giúp phục hồi lại hình thể giải phẫu của xương hàm dưới, khôi phục chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp bệnh lý hoặc chấn thương vỡ nát xương hàm dưới**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, hoại xương ghép.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 4 giờ 45 phút đến 5 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm dưới, hoặc đường rạch da dưới hàm, dưới cằm, theo nếp lằn cổ.v.v.hoặc theo vết thương phần mềm nếu có (đối với trường hợp chấn thương).

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Rạch, bóc tách bộc lộ xương hàm dưới.

6.6. Bước 6: Cắt đoạn xương hàm dưới bệnh lý hoặc lấy bỏ phần xương hàm dưới vỡ nát, mất đoạn, làm sạch, lấy bỏ các mảnh gãy vỡ vụn, máu tụ...

6.7. Bước 7: Sửa soạn mặt cắt phần còn lại xương hàm dưới để thuận lợi cho việc tiếp nhận vật liệu tự thân.

6.8. Bước 8: Cố định 2 hàm đúng khớp cắn bằng vít neo, chỉ thép.

6.9. Bước 9: Lấy vật liệu tự thân (xương chậu, xương sụn sườn.v.v.) phù hợp.

6.10. Bước 10: Ghép vật liệu tự thân vào vùng khuyết hổng xương hàm dưới.

6.11. Bước 11: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.12. Bước 12: Khâu đóng vạt nền cho vạt và nền nhận vạt.

6.13. Bước 13: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm và vật liệu ghép được cố định đúng vị trí.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.

- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Hoại tử xương ghép: tháo bỏ, nạo viêm, ghép vật liệu thay thế khác.
- Tê bì môi dưới, cằm: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 891-935.

27. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM TRÊN VÀ GHÉP VẬT LIỆU THAY THẾ

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiều trường hợp bệnh lý hoặc chấn thương hàm mặt cần có chỉ định cắt đoạn xương hàm. Các khuyết hổng của xương hàm trên sau chấn thương hoặc bệnh lý để lại nhiều di chứng về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh như: sai khớp cắn, lệch mặt, mất răng.v.v. Để khắc phục cho vấn đề này, tái tạo lại xương hàm trên bằng việc ghép vật liệu thay thế giúp phục hồi lại hình thể giải phẫu của xương hàm trên, khôi phục chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp bệnh lý hoặc chấn thương vỡ nát xương hàm trên**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, đào thải vật liệu ghép.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít
- Vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 4 giờ 45 phút đến 5 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch da Weber Ferguson, có hoặc không phối hợp với đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ khối xương hàm trên, cắt bỏ khối xương hàm trên tùy theo bệnh lý tổn thương, hoặc mức độ chấn thương.

6.6. Bước 6: Sửa soạn mặt cắt phần còn lại xương hàm trên để thuận lợi cho việc tiếp nhận vật liệu thay thế.

6.7. Bước 7: Ghép và cố định vật liệu thay thế vào vùng khuyết hổng xương hàm trên (vật liệu thay thế có thể là nhân tạo, tự thân như xương mào chậu, xương sụn-sườn...).

6.8. Bước 8: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm và vật liệu ghép được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Đào thải vật liệu ghép: tháo bỏ vật liệu ghép, nạo viêm, ghép vật liệu thay thế khác.
- Tê bì má, cánh mũi, môi trên: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 891-935.

28. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI VÀ GHÉP VẬT LIỆU THAY THẾ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới và ghép vật liệu thay thế là kỹ thuật cắt đoạn xương hàm dưới để lấy hết phần tổn thương xương hàm dưới do gãy nát xương, u nang xương hàm dưới xâm lấn hết bờ nền. Sau đó thay thế đoạn xương hàm cắt bỏ bằng vật liệu ghép thay thế để phục hồi lại thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp bệnh lý khối u, nang lớn không có khả năng bảo tồn đoạn xương hàm dưới đã bị tổn thương.
- Các trường hợp chấn thương nát vụn xương hàm dưới không có chỉ định kết hợp xương hay bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ tổn thương bó mạch thần kinh răng dưới răng dưới, động mạch mặt gây chảy máu, tê bì dị cảm vùng môi dưới, cằm.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.

- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. **Hồ sơ bệnh án:** Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 45 phút đến 3 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm dưới, đường da dưới hàm, dưới cằm hoặc theo nếp lằn cổ, hoặc theo vết thương phần mềm đối với trường hợp có chấn thương.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ xương.

6.6. Bước 6: Cắt xương hàm dưới tương ứng tùy theo tổn thương bệnh lý hoặc tổn thương do chấn thương.

6.7. Bước 7: Sửa soạn mặt cắt phần còn lại xương hàm dưới để thuận lợi cho việc tiếp nhận vật liệu thay thế.

6.8. Bước 8: Cố định 2 hàm theo đúng khớp cắn bằng vít neo, chỉ thép.v.v.

6.9. Bước 9: Ghép và cố định vật liệu thay thế vào vùng khuyết hổng xương hàm dưới (vật liệu thay thế có thể là nhân tạo, tự thân như xương mào chậu, xương sụn-sườn...).

6.10. Bước 10: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.11. Bước 11: Khâu đóng vạt.

6.12. Bước 12: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, vật liệu ghép và xương hàm được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Đào thải vật liệu ghép: tháo bỏ, nạo viêm, ghép vật liệu thay thế khác.
- Tê bì môi dưới, cằm: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 891-935.

29. PHẪU THUẬT CẮT TOÀN PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương hàm trên là xương ở tầng giữa mặt có vai trò quan trong trong việc thực hiện chức năng cũng như thẩm mỹ, phẫu thuật cắt toàn phần xương hàm trên là kỹ thuật cắt bỏ toàn bộ xương hàm trên bị bệnh lý hoặc chấn thương không có khả năng bảo tồn, tránh để lại di chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp bệnh lý hoặc chấn thương vỡ nát xương hàm trên toàn phần không thể bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 45 phút đến 3 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

Thường dùng đường rạch da Weber Ferguson, có thể phối hợp với đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên và vết thương phần mềm nếu có đối với trường hợp chấn thương..

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ xương hàm trên.

6.6. Bước 6: Cắt toàn bộ xương hàm trên tùy theo loại tổn thương và mài nhẵn phần xương còn lại.

6.7. Bước 7: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Mất chiều cao tầng mặt giữa: tạo hình lại bằng các chất liệu tạo hình phù hợp.
- Viêm xương,hoại tử xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Tê bì má, cánh mũi, môi trên: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 891-935.

30. PHẪU THUẬT CẮT MỘT PHẦN XƯƠNG HÀM TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương hàm trên là xương ở tầng giữa mặt có vai trò quan trọng trong việc thực hiện chức năng cũng như thẩm mỹ, phẫu thuật cắt một phần xương hàm trên là kỹ thuật cắt bỏ một phần xương hàm trên bị bệnh lý hoặc chấn thương không có khả năng bảo tồn, tránh để lại di chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp bệnh lý hoặc chấn thương vỡ nát một phần xương hàm trên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

Thường dùng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên và vết thương phần mềm nếu có đối với trường hợp chấn thương, nếu tổn thương rộng có thể sử dụng đường rạch da Weber Ferguson.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ khối xương hàm trên.

6.6. Bước 6: Cắt một phần xương hàm trên tùy theo hình thái tổn thương.

6.7. Bước 7: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Bục vết mổ: khâu lại vết mổ.
- Mất thẩm mỹ: tạo hình bằng các chất liệu khác, phục hình hàm mặt.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Thông xoang, thông mũi miệng: đóng thông bằng các vạt phù hợp, hoặc phục hình hàm mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 891-935.

31. PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới là kỹ thuật cắt đoạn xương hàm dưới để lấy hết phần tổn thương xương hàm dưới do gãy nát xương, u nang xương hàm dưới xâm lấn hết bờ nền mà không có chỉ định bảo tồn. Sau đó đoạn xương hàm cắt bỏ có thể được đặt nẹp giữ chỗ hay ghép vật liệu thay thế tùy từng trường hợp để phục hồi lại thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp bệnh lý hoặc chấn thương vỡ nát xương hàm dưới không có chỉ định bảo tồn**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ tổn thương bó mạch thần kinh răng dưới, động mạch mặt gây chảy máu, tê bì môi dưới, cằm.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình, rạch da dưới hàm hoặc dưới cằm, theo nếp lằn cổ hoặc theo vết thương phần mềm nếu có.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ xương hàm dưới.

6.6. Bước 6: Cắt đoạn xương hàm dưới, làm sạch, mài chỉnh các bờ xương xung quanh.

6.7. Bước 7: Cố định 2 hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm dưới được cố định đúng vị trí.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.

7.3. Biến chứng muộn

- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.
- Mất thẩm mỹ: tạo hình bằng các chất liệu phù hợp.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Tê bì môi dưới, cằm: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 891-935.

32. PHẪU THUẬT ĐẶT NẸP GIỮ KHOẢNG ĐIỀU TRỊ MẤT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất đoạn xương hàm dưới có nhiều nguyên nhân, có thể do bệnh lý hoặc chấn thương gây nên, ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Phẫu thuật đặt nẹp giữ khoảng điều trị mất đoạn xương hàm dưới nhằm giữ ổn định khung xương hàm dưới và khớp cắn của người bệnh, tạo điều kiện thuận lợi để phục hồi xương hàm dưới bằng vật liệu thay thế khác ở thì phẫu thuật sau.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp mất đoạn xương hàm dưới do chấn thương, bệnh lý.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hoặc đường rạch da dưới cằm, dưới hàm, song song cách bờ nền xương hàm dưới khoảng 2cm.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy xương hoặc ổ xương bệnh lý.

6.6. Bước 6: Kiểm soát tổn thương, lấy bỏ phần xương gãy nát vụn hoặc phần xương bệnh lý, làm nhẵn đầu xương còn lại.

6.7. Bước 7: Cố định hai hàm đúng khớp cắn bằng vít neo, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Đặt nẹp giữ khoảng giữa hai đầu xương còn lại, cố định lại bằng vít xương.

6.9. Bước 9: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.10. Bước 10: Khâu đóng vạt.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, nẹp và xương hàm được cố định đúng vị trí, khớp cắn đúng.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.

- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

- Lộ nẹp, vít: tạo hình bằng các vạt che phủ phù hợp.

- Gãy nẹp giữ khoảng: lấy bỏ nẹp giữ khoảng, thay thế bằng vật liệu thay thế khác, hoặc ghép xương nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 891-935.

33. PHẪU THUẬT CẮT U MEN XƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

U men xương hàm là bệnh lý lành tính, xâm lấn xương tương đối nhanh, có nguy cơ chuyển dạng ác tính nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời. U men có nguồn gốc mô bệnh học từ các nguyên bào tạo men răng. Phẫu thuật cắt u men xương hàm là kỹ thuật phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ u men xương hàm khi u thuộc loại không thể điều trị bảo tồn, nhằm lấy bỏ toàn bộ tổn thương tránh gây tái phát.

2. CHỈ ĐỊNH

U men xương hàm khi các điều trị khác không có kết quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Chỉ thép và nẹp, vít.
- Vật liệu thay thế.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Lưỡi cưa, mũi khoan các loại.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch da hoặc niêm mạc miệng tạo vạt.

6.4. Bước 4: Bộc lộ tổn thương.

6.5. Bước 5: Cắt xương hàm khoảng 2 cm mỗi đầu về phía bên lành.

6.6. Bước 6: Lấy bỏ đoạn xương hàm vừa cắt.

6.7. Bước 7: Cầm máu, khâu đóng.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh, các thông số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ khô, không chảy máu, toàn bộ tổn thương được lấy bỏ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ. Xem xét lấy bỏ vật liệu sinh học khi cần thiết.

7.3. Biến chứng muộn

- Tái phát u: phẫu thuật thì 2.

- Biến dạng hàm mặt: phục hồi bằng tạo hình vạt vi phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. FEINBERG, Stephen E.; STEINBERG, Barry; ARBOR, A. Surgical management of ameloblastoma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1996, 81.4: 383-387.

2. de Campos, W. G., Paiva, G. L. A., Esteves, C. V., Rocha, A. C., Gomes, P., & Júnior, C. A. L. (2022). Surgical treatment of ameloblastoma: How does it impact the oral health-related quality of life? A systematic review. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 80(6), 1103-1114.

3. CARLSON, Eric R.; MARX, Robert E. The ameloblastoma: primary, curative surgical management. Journal of oral and maxillofacial surgery, 2006, 64.3: 484-494.

4. NEAGU, David, et al. Surgical management of ameloblastoma. Review of literature. Journal of clinical and experimental dentistry, 2019, 11.1: e70.

34. PHẪU THUẬT CẮT NANG XƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang là một hốc bệnh lý trong xương hàm có chứa dịch và/hoặc khí, được lót bằng lớp tế bào biểu mô nhưng không phải luôn luôn có. Nang xương hàm được tạo thành bởi nguyên nhân do răng hoặc không do răng và các loại nang bẩm sinh. Khi nang phát triển mạnh có thể gây phá hủy xương hàm và các cấu trúc giải phẫu xung quanh, gây nên biến dạng mặt, ảnh hưởng đến chức năng cũng như thẩm mỹ của người bệnh. Phẫu thuật cắt nang xương hàm là kỹ thuật phẫu thuật nhằm loại bỏ tổ chức bệnh lý, phục hồi lại chức năng ăn nhai cũng như thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Nang xương hàm không có khả năng điều trị bảo tồn hay mở thông nang**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Xoang hàm trên, thông xoang đối với nang xương hàm trên và tổn thương bó mạch thần kinh răng dưới nguy cơ tê bì dị cảm môi dưới, cằm đối với nang xương hàm dưới.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.

- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 15 phút đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng vạt niêm mạc màng xương tương ứng vùng tổn thương, đường rạch quanh cổ răng phối hợp các đường giảm căng tạo vạt dạng tam giác hoặc hình thang.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Rạch, bóc tách bộc lộ nang.

6.6. Bước 6: Cắt nang, cắt cuống, nhổ răng kèm theo nếu cần, mài chỉnh xương hàm, nạo niêm mạc xoang, dẫn lưu xoang (nếu cần).

6.7. Bước 7: Cầm máu, bơm rửa.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Tái phát: cắt nang.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Thông xoang, thông mũi miệng: đóng thông bằng các vạt phù hợp, phục hình hàm mặt.
- Tê bì môi dưới, cằm: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 15-37.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 935-65.

35. PHẪU THUẬT CẮT NANG XƯƠNG HÀM CÓ GHÉP THAY THẾ

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang là một hốc bệnh lý trong xương hàm có chứa dịch và/hoặc khí, được lót bằng lớp tế bào biểu mô nhưng không phải luôn luôn có. Nang xương hàm được tạo thành bởi nguyên nhân do răng hoặc không do răng và các loại nang bẩm sinh. Một trong các phương pháp điều trị là phẫu thuật cắt nang và ghép thay thế, mục đích là loại bỏ hoàn toàn khối nang xương hàm, tránh việc khối nang tiếp tục tiến triển gây phá hủy xương, lung lay răng, bội nhiễm.v.v. và ghép thay thế sử dụng vật liệu tự thân hoặc nhân tạo nhằm thúc đẩy quá trình tạo xương phục hồi khuyết hổng xương.

2. CHỈ ĐỊNH

Nang xương hàm**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Bó mạch thần kinh răng dưới, dây thần kinh cằm, xoang hàm, đào thải vật liệu ghép.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Mũi khoan các loại.
- Vật liệu thay thế xương.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng vạt niêm mạc màng xương tương ứng vùng tổn thương, đường rạch quanh cổ răng phối hợp các đường giảm căng tạo vạt dạng tam giác hoặc hình thang.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Rạch, bóc tách bộc lộ nang.

6.6. Bước 6: Cắt nang, cắt cuống, hoặc nhổ các răng nếu cần thiết. Mài chỉnh xương hàm.

6.7. Bước 7: Lấy xương tự thân (xương mào chậu, xương sườn, vùng cằm, góc hàm xương hàm dưới...) đối với ghép tự thân hoặc xương nhân tạo đối với sử dụng vật liệu nhân tạo.

6.8. Bước 8: Sửa soạn nền nhận xương.

- Lấy phần xương xốp và xương vỏ phù hợp, nghiền nhỏ bằng chày, cối tạo thành hỗn hợp xương ghép và đặt vào vùng khuyết hổng sau cắt nang (với trường hợp ghép vật liệu thay thế tự thân).
- Ghép phần xương nhân tạo vào khuyết hổng sau cắt nang (đối với ghép vật liệu nhân tạo).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, vùng xương ghép ổn định.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Vật liệu ghép bị đào thải: lấy bỏ vật liệu ghép, kháng sinh bổ trợ.
- Tái phát: cắt nang.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy bỏ vật liệu ghép.

- Tê bì môi dưới, cằm: theo dõi.
- Viêm xoang: nạo viêm, dẫn lưu xoang.
- Thông mũi miệng, thông xoang: đóng lỗ thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 15-37.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 935-65.

36. PHẪU THUẬT CẮT U LƯỠI

1. ĐẠI CƯƠNG

Lưỡi là một cơ quan vị giác có cơ bắp nằm trong khoang miệng, được bao phủ bởi nhiều mô ẩm màu hồng được gọi là niêm mạc. Lưỡi là bộ phận rất quan trọng để nhai và nuốt thức ăn. U lưỡi là một khối nằm trong hoặc trên bề mặt lưỡi được tạo thành từ các tế bào khác với các tế bào thường được tìm thấy ở vị trí đó. Khối u có thể là lành tính hoặc ác tính. Phẫu thuật cắt u lưỡi là kỹ thuật lấy bỏ một phần hoặc toàn bộ khối u lưỡi để điều trị bệnh và làm giải phẫu bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính hoặc ác tính của lưỡi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật hoặc trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bộc lộ u lưỡi và cắt u bằng đường rạch tại chỗ.

6.3. Bước 3: Cầm máu.

6.4. Bước 4: Khâu đóng phần mềm theo giải phẫu.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: tổn thương được cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần và không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Phù nề sàn miệng gây khó thở: đặt nội khí quản, chống phù nề.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.
- Liệt thần kinh lưỡi: theo dõi hồi phục, nối thần kinh nếu đứt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ettinger KS, Ganry L, Fernandes RP. Oral cavity cancer. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2019;31:13-29.

2. Pipkorn P, Rosenquyst K, Zenga J. Functional considerations in oral cavity reconstruction. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2018;26:326-333.

3. Quadri P, McMullen C. Oral cavity reconstruction. Otolaryngol Clin North Am 2023;56:671-686.

37. PHẪU THUẬT CẮT U SÀN MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

U sàn miệng là khối u nằm ở vùng sàn miệng nằm trong khoang miệng và được giới hạn bởi cơ hàm móng bên dưới và niêm mạc sàn miệng ở trên. Vùng sàn miệng chứa nhiều cấu trúc giải phẫu quan trọng như: ống Wharton, thần kinh lưỡi, động mạch lưỡi, thần kinh hạ thiệt, và tuyến dưới lưỡi. Phẫu thuật cắt u sàn miệng là kỹ thuật cắt một phần hoặc toàn bộ khối u vùng sàn miệng để điều trị bệnh và làm giải phẫu bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Khối u vùng sàn miệng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có nguy cơ chảy máu.
- Tổn thương thần kinh và các cấu trúc ống tuyến nằm trong sàn miệng.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bộc lộ u và cắt u sàn miệng bằng đường rạch tại chỗ.

6.3. Bước 3: Cầm máu.

6.4. Bước 4: Khâu đính niêm mạc.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: khối u được cắt bỏ toàn bộ, không chảy máu, và không tắc nghẽn các ống tuyến nước bọt chính.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Phù nề sàn miệng gây khó thở: đặt nội khí quản, chống phù nề.

7.3. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ettinger KS, Ganry L, Fernandes RP. Oral cavity cancer. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2019;31:13-29.

2. Pipkorn P, Rosenquyst K, Zenga J. Functional considerations in oral cavity reconstruction. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2018;26:326-333.

3. Quadri P, McMullen C. Oral cavity reconstruction. Otolaryngol Clin North Am 2023;56:671-686.

38. PHẪU THUẬT CẮT VÀ TẠO HÌNH U MÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Môi là một cấu trúc giải phẫu bao gồm da che phủ bên ngoài, niêm mạc che phủ bên trong, và ở giữa là lớp cơ vòng môi giúp đảm bảo trương lực và chức năng cho cả hai môi. U môi lành tính là một khối nằm ở môi trên hoặc môi dưới, khi phát triển lớn chúng có thể gây biến dạng khuôn mặt, mất thẩm mỹ, hoặc ảnh hưởng đến chức năng nói và ăn nhai của người bệnh. Phẫu thuật cắt u môi lành tính và tạo hình là phẫu thuật cắt các khối u lành tính ở môi trên hoặc môi dưới và tạo hình bằng các vạt tại chỗ hoặc lân cận nhằm khôi phục tối đa về giải phẫu môi, bao gồm cả cơ vòng môi và biểu mô che phủ, giúp đẩy nhanh quá trình liền thương và duy trì chức năng cũng như tính thẩm mỹ của môi.

2. CHỈ ĐỊNH

U môi lành tính có đường kính dưới 5cm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật hoặc trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định đường rạch.

6.3. Bước 3: Bóc tách cắt khối u.

6.4. Bước 4: Bơm rửa, cầm máu.

6.5. Bước 5: Tạo vạt tại chỗ.

6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ sử dụng vạt tại chỗ.

6.7. Bước 7: Băng ép.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: khối u được cắt bỏ toàn bộ, vạt tạo hình được cấp máu tốt, môi được khôi phục tối đa về chức năng và thẩm mỹ, và không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.
- Hoại tử vạt: lấy bỏ vạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coppit, G. L., Lin, D. T., & Burkey, B. B. (2004). Current concepts in lip reconstruction. Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery, 12(4), 281-287.

2. Alhabbab, R., & Johar, R. (2022). Lip cancer prevalence, epidemiology, diagnosis, and management: A review of the literature. Advances in Oral and Maxillofacial Surgery, 6, 100276.

39. PHẪU THUẬT CẮT VÀ TẠO HÌNH U VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

U của da vùng hàm mặt có thể gặp bao gồm: u xơ thần kinh, u mỡ hoặc u sắc tố. Đặc điểm chung của nhóm u này là thường gây biến dạng mặt gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Phẫu thuật cắt và tạo hình của u lành tính của da với mục tiêu là giảm các tác động về chức năng của kích thước khối u, hoặc khôi phục tính thẩm mỹ cho khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- U xơ thần kinh, u mỡ, u sắc tố ảnh hưởng đến chức năng của các cơ quan lân cận.
- U xơ thần kinh, u mỡ, u sắc tố ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có nguy cơ chảy máu.
- Các u xơ thần kinh nằm ở gần các cấu trúc quan trọng như các đoạn của bó mạch cảnh, nền sọ.v.v.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch da theo chu vi phần u dự định cắt bỏ.

6.4. Bước 4: Bóc tách bộc lộ toàn bộ phần u dự định cắt bỏ.

6.5. Bước 5: Cắt bỏ u.

6.6. Bước 6: Kiểm soát vùng phẫu thuật.

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu.

6.8. Bước 8: Khâu đóng, băng ép.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: khối u được cắt bỏ toàn bộ hoặc một phần, khuôn mặt được khôi phục tối đa về chức năng và thẩm mỹ, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ettinger KS, Ganry L, Fernandes RP. Oral cavity cancer. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2019;31:13-29.

2. Pipkorn P, Rosenquyst K, Zenga J. Functional considerations in oral cavity reconstruction. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 2018;26:326-333.

3. Quadri P, McMullen C. Oral cavity reconstruction. Otolaryngol Clin North Am 2023;56:671-686.

40. PHẪU THUẬT CẮT RÒ NANG KHE MANG VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Rò nang khe mang là dị tật bẩm sinh tại vùng cổ bên. Nguyên nhân là do phát triển không bình thường của các cung mang trong giai đoạn phôi thai. Rò nang khe mang xuất hiện từ khi trẻ sinh ra nhưng còn nhỏ nên khó phát hiện. Tổn thương được phát hiện dần khi thấy có khối dưới da hoặc có lỗ rỉ dịch nhầy. Phẫu thuật cắt rò nang khe mang vùng hàm mặt là kỹ thuật cắt đường rò và tổn thương kèm theo.

2. CHỈ ĐỊNH

Rò nang khe mang vùng hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật: bệnh lý tim mạch, hô hấp, huyết học, nội tiết.v.v..

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.
- Nguy cơ tổn thương thần kinh và cấu trúc giải phẫu quan trọng lân cận khác.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường mổ tuyến mang tai.

6.4. Bước 4: Bộc lộ các nhánh dây thần kinh VII.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ đường rò khe mang.

6.6. Bước 6: Cắt bỏ toàn bộ đường rò bảo tồn dây VII.

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt, băng ép.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: tổn thương được cắt bỏ toàn bộ, khuôn mặt được khôi phục tối đa về chức năng và thẩm mỹ, và không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Tổn thương đứt dây thần kinh VII: nối dây thần kinh (nếu có thể).

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Tái phát đường rò: phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee DH, Yoon TM, Lee JK et al (2018) Clinical study of second branchial cleft anomalies. J Craniofac Surg 29(6):e557–e560.

2. Mitroi M, Dumitrescu D, Simionescu C, Popescu C, Mogoanta C, Cioroianu L et al (2008) Management of second branchial cleft anomalies. Rom J Morphol Embryol 49(1):69–74.

41. PHẪU THUẬT CẮT NANG DẠNG BÌ SÀN MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang dạng bì sàn miệng là tổn thương bệnh lý dạng nang xuất phát từ biểu mô da nằm lạc chỗ nằm trong giới hạn của sàn miệng, thường không gây đau và phát triển chậm. Phẫu thuật cắt nang dạng bì sàn miệng là kỹ thuật cắt toàn bộ tổn thương để điều trị bệnh và làm giải phẫu bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Nang dạng bì sàn miệng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật: bệnh lý tim mạch, hô hấp, huyết học, nội tiết.v.v..

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.
- Tổn thương thần kinh và các cấu trúc ống tuyến nằm trong sàn miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc dọc theo phanh lưỡi.

6.3. Bước 3: Bóc tách bộc lộ nang.

6.4. Bước 4: Cắt nang, bảo tồn các tổ chức xung quanh.

6.5. Bước 5: Bơm rửa, cầm máu.

6.6. Bước 6: Đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.7. Bước 7: Khâu đóng.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: nang được cắt bỏ toàn bộ, không chảy máu, và không tắc nghẽn các ống tuyến nước bọt chính.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Longo F, Maremonti P, Mangone GM, De Maria G, and Califano L. Midline (dermoid) cysts of the floor of the mouth: report of 16 cases and review of surgical techniques, Plastic and Reconstructive Surgery. 2003;112(6):1560-1565.

2. King, Ronald C, Smith, Brian R, Burk, Jim L. Dermoid cyst in the floor of the mouth: review of the literature and case reports. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, 1994;78(5): 567-576.

3. Teszler, Christian B, et al. Dermoid cysts of the lateral floor of the mouth: a comprehensive anatomo-surgical classification of cysts of the oral floor. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2007; 65(2): 327-332.

4. Lima, Sergio M, et al. Dermoid cyst of the floor of the mouth. The Scientific World Journal, 2003; 3(1):156-162.

42. PHẪU THUẬT CẮT ỐNG GIÁP MÓNG LƯỠI

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang ống giáp lưỡi là một dị tật bẩm sinh do sự bất thường ở phôi thai trong quá trình hình thành ra tuyến giáp. Nang giáp lưỡi hình thành do một phần ống giáp lưỡi còn sót lại và biểu hiện thành một khối u nằm giữa cổ. Nếu không được điều trị, nang có thể bị nhiễm trùng và rò rỉ mủ. Phẫu thuật cắt ống giáp móng lưỡi là kỹ thuật phẫu thuật cắt đoạn ống giáp móng lưỡi để điều trị nang giáp móng hoặc rò ống giáp lưỡi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nang giáp móng (nang ống giáp lưỡi).
- Rò ống giáp lưỡi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường mổ đã thiết kế.

6.4. Bước 4: Bộc lộ ống giáp móng.

6.5. Bước 5: Bộc lộ, cắt một phần xương móng.

6.6. Bước 6: Bóc tách bộc lộ toàn bộ ống giáp móng về phía trên và phía dưới.

6.7. Bước 7: Cắt ống giáp móng.

6.8. Bước 8: Cầm máu.

6.9. Bước 9: Khâu đóng đường rạch phẫu thuật theo các lớp giải phẫu.

6.10. Bước 10: Băng vết mổ.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: vết mổ được đóng kín, không chảy máu vùng mổ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Waddell, A, Saleh, H, Robertson, N. Thyroglossal duct remnants. J. Laryngol. Otol. 2000; 114:128–129.

2. Zander AD, Smoker WRK. Imaging of ectopic thyroid tissue and thyroglossal duct cysts. Radiogr. Rev. Publ. Radiol. Soc. N. Am. 2014; 34:37–50.

43. PHẪU THUẬT CẮT NANG TUYẾN NƯỚC BỌT

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang tuyến nước bọt là nang bên trong chứa dịch nhầy, có thể khu trú ở vùng dưới lưỡi, nhưng cũng có thể lan rộng xuống tuyến dưới hàm qua cơ hàm móng. Bệnh gây biến dạng về thẩm mỹ, tỷ lệ tái phát cao nếu được điều trị không đúng cách. Phẫu thuật cắt nang tuyến dưới hàm là kỹ thuật phẫu thuật bóc tách và lấy bỏ toàn bộ nang tuyến nước bọt để điều trị bệnh**.**

2. CHỈ ĐỊNH

- Nang của tuyến dưới hàm gây ảnh hưởng đến chức năng ăn uống của người bệnh.
- Nang đã điều trị bằng phương pháp mở thông nhưng thất bại.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch ngoài da.

6.3. Bước 3: Rạch vạt da ngoài mặt đường dưới hàm cách bờ nền xương hàm dưới khoảng 2 cm hoặc đường rạch trong miệng. Có thể cần kết hợp cả hai đường rạch.

6.4. Bước 4: Bọc lộ tổn thương nằm trong tuyến dưới hàm hoặc tuyến dưới lưỡi.

6.5. Bước 5: Bộc lộ các mạch máu xung quanh tổn thương.

6.6. Bước 6: Bộc lộ tuyến dưới hàm hoặc dưỡi lưỡi theo các cực, tìm và đánh dấu nhánh của các dây thần kinh khi bóc tách.

6.7. Bước 7: Cắt toàn bộ nang tuyến nước bọt.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt theo các lớp giải phẫu.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ khô, không chảy máu, toàn bộ tuyến được cắt bỏ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

- Liệt nhánh bờ hàm dưới của dây VII: theo dõi hồi phục, nối thần kinh nếu đứt.

- Đứt dây XII: nối vi phẫu (nếu có thể).

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Phù nề sàn miệng gây khó thở: đặt nội khí quản, chống phù nề.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anastossov GE, Haiavy J, Solodnik P, Lee H, Lumerman H. Submandibular gland mucocele. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000; 89:159–163.

2. McGurk M. Management of the Ranula. J Oral Maxillofac Surg. 2007; 65:115–116.

3. Lester J, Gopez EV. Cystic lesions of the salivary glands: cytologic features in fine-needle aspiration biopsies. 2002; 27:197-204.

44. PHẪU THUẬT CẮT U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến nước bọt mang tai là một trong ba tuyến nước bọt chính của cơ thể cùng với tuyến dưới hàm và tuyến dưới lưỡi. Phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt mang tai là kỹ thuật phẫu thuật cắt u lành hoặc u ác của tuyến mang tai có hoặc không bảo tồn nhu mô tuyến và thần kinh mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Các loại u lành tính, u ác tính tuyến mang tai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.

- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch Blair cải tiến (đường chữ S) vùng mang tai ở bên có khối u.

6.3. Bước 3: Rạch da và tổ chức dưới da, bóc tách vạt da má, bộc lộ tuyến mang tai.

6.4. Bước 4: Rạch qua nhu mô tuyến, bóc tách lấy bỏ toàn bộ khối u, bóc tách thần kinh VII để bảo tồn (trường hợp u lành tính).

Có thể kết hợp với cắt bỏ tuyến nước bọt mang tai hoặc không tùy theo loại u. Lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

6.5. Bước 5: Cầm máu

6.6. Bước 6: Đặt dẫn lưu, đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu

6.7. Bước 7: Băng vết thương

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: vết mổ được đóng kín, không chảy máu vùng mổ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

- Đứt dây thần kinh VII: nối phục hồi**.**

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.
- Rò nước bọt: đóng lỗ rò & dẫn lưu nước bọt vào trong miệng.
- Liệt dây VII: theo dõi hồi phục, nối phục hồi nếu đứt.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Hội chứng Frey: giải thích và hướng dẫn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Licitra L, Grandi C, Prott FJ, Schornagel JH, Bruzzi P, Molinari R. Major and minor salivary glands tumours. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2003;45(2):215–225.

2. R Bryan Bell, Eric J Dierks, Louis Homer, Bryce E Potter. Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;63(7):917–928.

3. Victor Shing Howe To, Jimmy Yu Wai Chan, Raymond K. Y. Tsang, and William I. Wei, "Review of Salivary Gland Neoplasms" ISRN Otolaryngol. 2012; 2012: 872982.

45. PHẪU THUẬT CẮT U TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến nước bọt dưới hàm là một trong ba tuyến nước bọt chính của cơ thể cùng với tuyến mang tai và tuyến dưới lưỡi. Phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt dưới hàm là kỹ thuật phẫu thuật bóc tách và cắt bỏ u của tuyến nước bọt dưới hàm có hoặc không có cắt bỏ tuyến dưới hàm kèm theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- U lành tính, u ác tính của tuyến dưới hàm.
- U Warthin của tuyến dưới hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.

- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch da.

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế. Bộc lộ, bóc tách và cắt u, cắt tuyến dưới hàm.

6.4. Bước 4: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.5. Bước 5: Khâu đóng phần mềm theo giải phẫu.

6.6. Bước 6: Băng vết thương**.**

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: vết mổ được đóng kín, không chảy máu vùng mổ.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Liệt nhánh bờ hàm dưới của dây VII: theo dõi hồi phục, nối thần kinh nếu đứt.
- Đứt dây XII: nối vi phẫu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Phù nề sàn miệng gây khó thở: đặt nội khí quản, chống phù nề.

7.3. Biến chứng muộn

Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Licitra L, Grandi C, Prott FJ, Schornagel JH, Bruzzi P, Molinari R. Major and minor salivary glands tumours. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2003;45(2):215–225.

2. R Bryan Bell, Eric J Dierks, Louis Homer, Bryce E Potter. Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;63(7):917–928.

3. Victor Shing Howe To, Jimmy Yu Wai Chan, Raymond K. Y. Tsang, and William I. Wei, "Review of Salivary Gland Neoplasms" ISRN Otolaryngol. 2012; 2012: 872982.

46. PHẪU THUẬT CẮT U TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI LƯỠI

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến nước bọt dưới lưỡi là một trong ba tuyến nước bọt chính của cơ thể cùng với tuyến mang tai và tuyến dưới hàm. Phẫu thuật cắt u tuyến dưới lưỡi là kỹ thuật phẫu thuật cắt bỏ u lành hoặc u ác của tuyến nước bọt dưới lưỡi.

2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính, u ác tính của tuyến nước bọt dưới lưỡi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch vạt niêm mạc trong miệng hoặc ngoài mặt đường dưới cằm hoặc kết hợp 2 đường.

6.4. Bước 4: Bộc lộ bó mạch cằm, phần trước của cơ hàm móng, phần trước của ống Wharton.

6.5. Bước 5: Cắt chia đôi xương vùng xương hàm dưới vùng cằm (nếu cần).

6.6. Bước 6: Cắt tuyến dưới lưỡi.

6.7. Bước 7: Kết hợp xương hàm dưới vùng cằm (nếu cần).

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng theo các lớp giải phẫu.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ khô, không chảy máu, toàn bộ tuyến được cắt bỏ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

- Đứt thần kinh lưỡi: nối thần kinh nếu đứt.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Tắc ống dưới hàm: gây sưng đau vùng sàn miệng cùng bên, có thể cần cắt bớt các mũi chỉ gây thắt hẹp ống tuyến.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Licitra L, Grandi C, Prott FJ, Schornagel JH, Bruzzi P, Molinari R. Major and minor salivary glands tumours. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2003;45(2):215–225.

2. R Bryan Bell, Eric J Dierks, Louis Homer, Bryce E Potter. Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;63(7):917–928.

3. Victor Shing Howe To, Jimmy Yu Wai Chan, Raymond K. Y. Tsang, and William I. Wei, "Review of Salivary Gland Neoplasms" ISRN Otolaryngol. 2012; 2012: 872982.

47. PHẪU THUẬT CẮT U TUYẾN NƯỚC BỌT PHỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến nước bọt bao gồm 3 đôi tuyến chính là tuyến nước bọt mang tai, tuyến nước bọt dưới hàm và tuyến nước bọt dưới lưỡi. Ngoài ra còn có tuyến nước bọt phụ nằm rải rác ở niêm mạc miệng, tập trung nhiều ở môi dưới, vòm miệng, hai bên lưỡi và dưới lưỡi. Phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt phụ là kỹ thuật phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ u lành hay u ác của tuyến nước bọt phụ để điều trị bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính và u ác tính của tuyến nước bọt phụ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.

- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

.6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc quanh khối u. Bộc lộ, bóc tách cắt u.

6.3. Bước 3: Cầm máu và đặt meche mỡ kháng sinh (nếu cần).

6.4. Bước 4: Băng vết thương.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: không chảy máu, tụ máu, tụ dịch vùng mổ.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Licitra L, Grandi C, Prott FJ, Schornagel JH, Bruzzi P, Molinari R. Major and minor salivary glands tumours. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2003;45(2):215–225.

2. R Bryan Bell, Eric J Dierks, Louis Homer, Bryce E Potter. Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;63(7):917–928.

3. Victor Shing Howe To, Jimmy Yu Wai Chan, Raymond K. Y. Tsang, and William I. Wei, "Review of Salivary Gland Neoplasms" ISRN Otolaryngol. 2012; 2012: 872982.

48. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến nước bọt mang tai là một trong ba tuyến nước bọt chính của cơ thể cùng với tuyến dưới hàm và dưới lưỡi. Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt mang tai là kỹ thuật phẫu thuật lấy bỏ một phần hoặc toàn bộ tuyến nước bọt mang tai điều trị các bệnh lý u, viêm, chấn thương .v.v. khi các điều trị khác không có kết quả.

2. CHỈ ĐỊNH

- U lành nằm ở vùng thùy sâu của tuyến.
- U ác tính của tuyến.
- Tuyến viêm mạn tính, xơ cứng mất chức năng.
- Phục vụ quá trình nạo vét hạch điều trị ung thư đầu cổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn tại chỗ.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch da theo đường Blair cải tiến hoặc đường căng da mặt.

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế. Bộc lộ, bóc tách lớp SMAS.

6.4. Bước 4: Chia cắt tuyến mang tai theo các thùy dọc theo đường đi của dây VII.

6.5 Bước 5: Cắt toàn bộ tuyến nước bọt mang tai bao gồm cả thùy nông và thùy sâu.

6.6. Bước 6: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.7. Bước 7: Khâu đóng vạt.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ khô, không chảy máu, toàn bộ tuyến được cắt bỏ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Victor Shing Howe To,* Jimmy Yu Wai Chan, Raymond K. Y. Tsang, and William I. Wei, "Review of Salivary Gland Neoplasms" ISRN Otolaryngol. 2012; 2012: 872982.

2. Licitra L, Grandi C, Prott FJ, Schornagel JH, Bruzzi P, Molinari R. Major and minor salivary glands tumours. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2003;45(2):215–225.

3. R Bryan Bell, Eric J Dierks, Louis Homer, Bryce E Potter. Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;63(7):917–928.

49. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến dưới hàm là một trong ba tuyến nước bọt lớn của cơ thể cùng với tuyến mang tai và tuyến dưới lưỡi. Tuyến có chức năng ngoại tiết và nội tiết. Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt dưới hàm kỹ thuật phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ tuyến nước bọt dưới hàm điều trị các bệnh lý u, viêm, chấn thương .v.v. khi các điều trị khác không có kết quả.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm mạn tính xơ hóa tuyến nước dưới hàm.
- U lành và u ác của tuyến dưới hàm.
- Sỏi tuyến dưới hàm (không thể lấy đơn thuần).
- Cắt tuyến trong phẫu thuật vét hạch điều trị ung thư đầu cổ.
- Chấn thương tuyến dưới hàm.
- Nang tuyến dưới hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ : Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch ngoài da.

6.3. Bước 3: Rạch vạt da ngoài mặt đường dưới hàm cách bờ nền xương hàm dưới khoảng 2 cm.

6.4. Bước 4: Bọc lộ tuyến dưới hàm, tránh làm tổn thương nhánh bờ nền hàm dưới của dây VII.

6.5. Bước 5: Bộc lộ động mạch và tĩnh mạch mặt, thắt bó mạch mặt.

6.6. Bước 6: Bộc lộ tuyến dưới hàm theo các cực, tìm và đánh dấu nhánh lưỡi của dây V, dây XII.

6.7. Bước 7: Cắt toàn bộ tuyến dưới hàm, tìm và thắt ống Wharton.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu.

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt theo các lớp giải phẫu.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ khô, không chảy máu, toàn bộ tuyến được cắt bỏ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Tổn thương đứt dây XII: nối phục hồi.
- Tổn thương nhánh bờ nền hàm dưới của dây VII: nối phục hồi nếu đứt.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh và chăm sóc vết mổ.
- Rò nước bọt: dẫn lưu nước bọt.
- Liệt dây VII: theo dõi hồi phục, nối thần kinh nếu đứt.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Victor Shing Howe To,* Jimmy Yu Wai Chan, Raymond K. Y. Tsang, and William I. Wei, "Review of Salivary Gland Neoplasms" ISRN Otolaryngol. 2012; 2012: 872982.

2. Licitra L, Grandi C, Prott FJ, Schornagel JH, Bruzzi P, Molinari R. Major and minor salivary glands tumours. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2003;45(2):215–225.

3. R Bryan Bell, Eric J Dierks, Louis Homer, Bryce E Potter. Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;63(7):917–928.

50. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI LƯỠI

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến nước bọt dưới lưỡi là một trong ba tuyến nước bọt lớn của cơ thể, cùng với tuyến nước bọt mang tai và tuyến nước bọt dưới hàm. Tuyến có chức năng nội và ngoại tiết. Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt dưới lưỡi kỹ thuật phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ tuyến nhằm điều trị các bệnh lý u, viêm, chấn thương .v.v. khi các điều trị khác không có kết quả.

2. CHỈ ĐỊNH

- U lành và u ác của tuyến nước bọt dưới lưỡi.
- Nang nhái sàn miệng tái diễn.
- Phục vụ quá trình nạo vét hạch điều trị ung thư đầu cổ.
- Chấn thương tuyến nước bọt dưới lưỡi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc sàn miệng. Bộc lộ, bóc tách và cắt tuyến dưới lưỡi. Bảo tồn các giải phẫu quan trọng như thần kinh lưỡi.

6.3. Bước 3: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.4. Bước 4: Khâu đóng phần mềm theo giải phẫu.

6.5. Bước 5: Băng vết thương.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: không chảy máu, tụ máu tụ dịch vùng mổ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Đứt thần kinh lưỡi: nối thần kinh nếu đứt.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Tắc ống dưới hàm: gây sưng đau vùng sàn miệng cùng bên, có thể cần cắt bớt các mũi chỉ gây thắt hẹp ống tuyến.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Victor Shing Howe To, Jimmy Yu Wai Chan, Raymond K. Y. Tsang, and William I. Wei, "Review of Salivary Gland Neoplasms" ISRN Otolaryngol. 2012; 2012: 872982.

2. Licitra L, Grandi C, Prott FJ, Schornagel JH, Bruzzi P, Molinari R. Major and minor salivary glands tumours. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2003;45(2):215–225.

3. R Bryan Bell, Eric J Dierks, Louis Homer, Bryce E Potter. Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;63(7):917–928.

51. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN NƯỚC BỌT PHỤ

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngoài 3 tuyến nước bọt chính, trong miệng có rất nhiều tuyến nước bọt phụ cũng có chức năng như các tuyến nước bọt chính nằm rải rác trong lớp dưới niêm mạc. Phẫu thuật cắt tuyến nước bọt phụ là kỹ thuật phẫu thuật lấy bỏ các tuyến nước bọt phụ điều trị chấn thương, viêm nhiễm, bệnh lý .v.v. khi các điều trị khác không có kết quả.

2. CHỈ ĐỊNH

- U lành tính, u ác tính tuyến nước bọt phụ.
- Chấn thương tuyến nước bọt phụ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Viêm nhiễm cấp tính tại chỗ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.

- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch vạt niêm mạc.

6.4. Bước 4: Bộc lộ tuyến nước bọt phụ.

6.5. Bước 5: Cắt tuyến nước bọt.

6.6. Bước 6: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.7. Bước 7: Khâu đóng vạt.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ khô, không chảy máu, toàn bộ tuyến được cắt bỏ.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 1126-1131

52. PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI BẢO TỒN THẦN KINH VII

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến nước bọt mang tai là một trong ba tuyến nước bọt chính của cơ thể cùng với tuyến dưới hàm và tuyến dưới lưỡi, có chức năng nội ngoại tiết. Phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt mang tai bảo tồn thần kinh VII là kỹ thuật phẫu thuật cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ tuyến nước bọt mang tai có bảo tồn thần kinh VII để điều trị các bệnh lý u, viêm, chấn thương.v.v.khi các điều trị khác không có kết quả.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm mạn tính xơ hóa tuyến nước bọt mang tai.
- U lành tính, u ác tính tuyến mang tai chưa xâm lấn vào thần kinh VII.
- Khối u ác tính xâm lấn vào vùng tuyến mang tai, chưa xâm lấn vào thần kinh VII.
- Chấn thương tuyến mang tai.
- Sỏi tuyến mang tai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường Blair cải tiến hoặc đường căng da mặt.

6.4. Bước 4: Bộc lộ gốc dây thần kinh VII, tuyến nước bọt mang tai.

6.5. Bước 5: Bộc lộ đường đi của dây VII theo các nhánh, cắt chia tuyến mang tai thành các phần theo đường đi trên.

6.6. Bước 6: Cắt tuyến nước bọt mang tai theo từng thùy.

6.7. Bước 7: Khâu đóng vạt.

6.8. Bước 8: Cầm máu, đặt dẫn lưu.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: vết mổ được đóng kín, không chảy máu vùng mổ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Đứt dây thần kinh VII: nối phục hồi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.
- Rò nước bọt: đóng lỗ rò & dẫn lưu nước bọt vào trong miệng.
- Liệt dây VII: theo dõi hồi phục, nối phục hồi nếu đứt.

7.3. Biến chứng muộn: Hội chứng Frey: giải thích và hướng dẫn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Victor Shing Howe To, Jimmy Yu Wai Chan, Raymond K. Y. Tsang, and William I. Wei, "Review of Salivary Gland Neoplasms" ISRN Otolaryngol. 2012; 2012: 872982.

2. Licitra L, Grandi C, Prott FJ, Schornagel JH, Bruzzi P, Molinari R. Major and minor salivary glands tumours. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2003;45(2):215–225.

3. Management and outcome of patients with malignant salivary gland tumors. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2005;63(7):917–928

53. PHẪU THUẬT LẤY SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM ĐƯỜNG TRONG MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi tuyến nước bọt là hiện tượng lắng đọng và tích tụ các thành phần vô cơ và hữu cơ trong tuyến nước bọt hoặc hoặc ống tuyến nước bọt. Chúng gây tắc nghẽn, cản trở dòng chảy của nước bọt. Sỏi tuyến nước bọt là nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh viêm tuyến nước bọt. Phẫu thuật này nhằm lấy sỏi tuyến nước bọt dưới hàm sử dụng đường mổ trong miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi tuyến dưới hàm nằm ở trong phần sàn miệng của tuyến dưới hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ được giải thích đầy đủ, hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch vạt niêm mạc.

6.3. Bước 3: Bóc tách bộc lộ ống tuyến dưới hàm và tuyến dưới hàm.

6.4. Bước 4: Bóc tách nhu mô tuyến hoặc ống tuyến có chứa sỏi. Bộc lộ nhánh lưỡi của thần kinh V và bó mạch lưỡi.

6.5. Bước 5: Lấy bỏ sỏi tuyến dưới hàm.

6.6. Bước 6: Bơm rửa cầm máu.

6.7. Bước 7: Kiểm tra sự liên tục của ống tuyến dưới hàm.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: sỏi tuyến đã được loại bỏ, không chảy máu, nước bọt đổ vào khoang miệng tự do.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coca, K., Benaim, E., Reed, L., Mamidala, M., & Gillespie, M. B. (2022). Outcomes of Submandibular stone removal with and without salivary Endoscopes. The Laryngoscope, 132(4), 754-760.

2. Zhilei, J. I. N. G., Weijun, L. I. U., Huan, S. H. I., & Guorong, W. U. (2021). Surgical removal of submandibular gland hilar and parenchyma salivary multiple stones via intraoral approach: A clinical summary. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 31(6), 376.

54. PHẪU THUẬT LẤY SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM ĐƯỜNG NGOÀI MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi tuyến nước bọt là hiện tượng lắng đọng và tích tụ các thành phần vô cơ và hữu cơ trong tuyến nước bọt hoặc hoặc ống tuyến nước bọt. Chúng gây tắc nghẽn, cản trở dòng chảy của nước bọt. Sỏi tuyến nước bọt là nguyên nhân phổ biến nhất của bệnh viêm tuyến nước bọt. Phẫu thuật này nhằm lấy sỏi tuyến nước bọt dưới hàm sử dụng đường mổ ngoài miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi tuyến dưới hàm nằm ở trong phần dưới hàm của tuyến dưới hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ được giải thích đầy đủ, hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch ngoài da.

6.3. Bước 3: Rạch vạt da ngoài mặt đường dưới hàm cách bờ nền xương hàm dưới khoảng 2 cm.

6.4. Bước 4: Bọc lộ tuyến dưới hàm, tránh làm tổn thương nhánh bờ nền hàm dưới của dây VII.

6.5. Bước 5: Bộc lộ động mạch và tĩnh mạch mặt, thắt bó mạch mặt.

6.6. Bước 6: Bộc lộ tuyến dưới hàm theo các cực, tìm và đánh dấu nhánh lưỡi của dây V, dây XII.

6.7. Bước 7: Tìm và lấy sỏi tuyến dưới hàm. Kiểm tra sự liên tục của ống Wharton.

6.8. Bước 8: Cầm máu và đặt dẫn lưu.

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt theo các lớp giải phẫu.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ khô, không chảy máu, toàn bộ tuyến được cắt bỏ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Tổn thương nhánh bờ nền hàm dưới của dây thần kinh mặt: nối phục hồi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Rò tuyến: đóng đường rò.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

55. PHẪU THUẬT LẤY SỎI TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi tuyến mang tai là bệnh lý thường gặp, nhưng ít gặp hơn sỏi tuyến dưới hàm. Sỏi thường xuất hiện do tự lắng đọng các tinh thể muối trong nước bọt. Khi xuất hiện sỏi thường đi kèm với các triệu chứng của viêm tuyến cùng bên. Phẫu thuật nhằm lấy sỏi trong tuyến nước bọt mang tai để điều trị bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi ống Stenon tuyến nước bọt mang tai ở phần ống tuyến nông.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, không tìm được sỏi.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ được giải thích đầy đủ, hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc miệng.

6.3. Bước 3: Bóc tách bộc lộ ống tuyến.

6.4. Bước 4: Thắt chờ ống tuyến.

6.5. Bước 5: Lấy bỏ sỏi tuyến mang tai.

6.6. Bước 6: Bơm rửa cầm máu.

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu nếu cần, tháo chỉ thắt chờ.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh ổn định, chỉ số sinh tồn bình thường.

+ Tại chỗ: lấy được sỏi, vết mổ không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

56. PHẪU THUẬT LẤY SỎI VÀ TẠO HÌNH ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT DƯỚI HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi tuyến dưới hàm là một bệnh lý hay gặp, sỏi có thể nằm trong ống tuyến hoặc trong nhu mô tuyến. Trên cùng một người bệnh có thể gặp một hay nhiều viên sỏi trong cùng tuyến một bên. Sỏi có thể gây nên đau và sưng tuyến cùng bên, nặng hơn gây áp xe tuyến có thể nguy hiểm tới tính mạng. Đây là kỹ thuật lấy sỏi trong ống tuyến có đi kèm tạo hình ống tuyến sau khi lấy sỏi.

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi ống tuyến nước bọt dưới hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, không tìm được sỏi.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ được giải thích đầy đủ, hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm : gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc miệng.

6.3. Bước 3: Bóc tách bộc lộ ống tuyến, nhánh lưỡi của dây V.

6.4. Bước 4: Lấy bỏ sỏi tuyến nước bọt.

6.5. Bước 5: Bơm rửa cầm máu.

6.6. Bước 6: Tạo đường dẫn lưu nước bọt mới.

6.7. Bước 7: Khâu cố định đường dẫn lưu.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn bình thường.

+ Tại chỗ: lấy được sỏi, vết mổ không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

57. PHẪU THUẬT LẤY SỎI VÀ TẠO HÌNH ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Sỏi tuyến nước bọt mang tai là một bệnh lý hay gặp, sỏi có thể nằm dọc theo phần ống tuyến hoặc nằm trong tuyến. Trên cùng một người bệnh có thể gặp một hay nhiều viên sỏi trong cùng tuyến một bên. Khi không được điều trị sỏi có thể gây nên đau và sưng tuyến cùng bên, nặng hơn có thể gây áp xe tuyến có thể nguy hiểm tới tính mạng. Đây là kỹ thuật lấy sỏi trong ống tuyến có đi kèm tạo hình ống tuyến sau khi lấy sỏi.

2. CHỈ ĐỊNH

Sỏi ống tuyến nước bọt mang tai nằm ở phần ngoài nhu mô tuyến.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân chưa được kiểm soát không cho phép thực hiện phẫu thuật: bệnh lý tim mạch, hô hấp, huyết học, nội tiết.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu gây khó khắn cho việc tìm sỏi.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ được giải thích đầy đủ, hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm : gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc miệng.

6.3. Bước 3: Bóc tách bộc lộ ống tuyến.

6.4. Bước 4: Lấy bỏ sỏi tuyến nước bọt.

6.5. Bước 5: Bơm rửa cầm máu.

6.6. Bước 6: Tạo đường dẫn lưu nước bọt mới.

6.7. Bước 7: Khâu cố định đường dẫn lưu.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn bình thường.

+ Tại chỗ: lấy được sỏi, vết mổ không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

58. PHẪU THUẬT ĐÓNG ĐƯỜNG RÒ TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật đóng đường rõ tuyến mang tai do nguyên nhân chấn thương, sau phẫu thuật chích rạch dẫn lưu áp xe tuyến mang tai hoặc sau các phẫu thuật bệnh lý vùng mang tai bằng cách khâu phục hồi bao tuyến, tạo đường dẫn lưu nước bọt vào miệng và sử dụng vạt tại chỗ để đóng lỗ rò ra da.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có rò tuyến nước bọt mang tai ra da.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế vạt da hình chữ Z quanh điểm rò.

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế.

6.4. Bước 4: Bóc tách đường rò tới điểm tổn thương của nhu mô tuyến, cắt bỏ toàn bộ đường rò.

6.5. Bước 5: Tạo đường dẫn nước bọt thông vào trong miệng.

6.6. Bước 6: Đặt ống dẫn lưu nước bọt, cố định dẫn lưu.

6.7. Bước 7: Khâu vùi đường rò, đóng đường mổ theo các lớp giải phẫu.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: vết mổ được đóng kín, không chảy máu, tụ máu vùng mổ.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu**.**

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Sưng nề: chườm đá.
- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

59. PHẪU THUẬT CHUYỂN VỊ ĐƯỜNG RÒ TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Rò tuyến mang tai là hiện tượng có lỗ rò của tuyến mang tai, do nguyên nhân chấn thương, sau phẫu thuật chích rạch dẫn lưu áp xe tuyến mang tai hoặc sau các phẫu thuật bệnh lý. Phẫu thuật chuyển vị đường rò bằng cách khâu phục hồi bao tuyến, tạo đường dẫn lưu nước bọt vào miệng và sử dụng vạt tại chỗ để đóng lỗ rò ra da.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có rò tuyến nước bọt mang tai ra da.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế vạt da hình chữ Z quanh điểm rò.

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế.

6.4. Bước 4: Bóc tách đường rò tới điểm tổn thương của nhu mô tuyến, cắt bỏ toàn bộ đường rò.

6.5. Bước 5: Tạo đường dẫn nước bọt thông vào trong miệng.

6.6. Bước 6: Đặt ống dẫn lưu nước bọt, cố định dẫn lưu.

6.7. Bước 7: Khâu vùi đường rò, đóng đường mổ theo các lớp giải phẫu.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ đường rò cũ được khâu kín, tạo được đường thoát nước bọt mới vào khoang miệng.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu**.**

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Sưng nề: chườm đá.
- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

60. PHẪU THUẬT KHÂU NỐI ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương ống tuyến nước bọt là tổn thương phức tạp, có thể gây ra hậu quả ảnh hưởng nặng nề đến chức năng tiết nước bọt. Phẫu thuật khâu phục hồi ống tuyến nước bọt giúp phục hồi lại chức năng ống tuyến nước bọt, tránh để lại di chứng rò nước bọt sau này.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương ống tuyến nước bọt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương dây thần kinh VII tăng nguy cơ liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 15 phút đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.3. Bước 3: Cắt lọc và làm sạch vết thương.

6.4. Bước 4: Dùng các chất chỉ thị màu bơm ngược dòng qua lỗ ống Stenon tìm vị trí ống tuyến đứt, có thể sử dụng kính vi phẫu.

6.5. Bước 5: Khâu nối ống tuyến nước bọt.

6.6. Bước 6: Khâu phục hồi theo lớp giải phẫu.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, ống tuyến được nối lại đúng giải phẫu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Liệt mặt: theo dõi, nối lại dây thần kinh VII nếu cần.

Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Rò nước bọt ngoài mặt: dẫn lưu nước bọt vào trong miệng và phẫu thuật đóng đường rò ngoài mặt.
- Viêm tuyến nước bọt: điều trị viêm tuyến nước bọt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1115-37.

61. BƠM RỬA THUỐC QUA LỖ ỐNG TUYẾN ĐIỀU TRỊ VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tuyến nước bọt là tình trạng tuyến bị viêm nhiễm do vi rút, vi khuẩn, dị vật, hoặc các phản ứng miễn dịch. Viêm có thể ảnh hưởng đến tuyến hoặc ống tuyến, làm tắc nghẽn, làm giảm lượng nước bọt tiết vào khoang miệng. Bơm rửa là thủ thuật đưa các dung dịch sát khuẩn và sau đó là thuốc qua lỗ ống tuyến vào nhu mô tuyến để điều trị viêm tuyến nước bọt.

2. CHỈ ĐỊNH

Viêm tuyến nước bọt mạn tính có triệu chứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Viêm tuyến tái phát nhiều lần.
- Tuyến mang tai xơ cứng, mất chức năng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt gây khó khăn, chảy máu nhiều trong quá trình bơm rửa tuyến.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng thủ thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: **g**ây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định vị trí miệng ống tuyến.

6.3. Bước 3: Luồn kim luồn/kim đầu tù vào lòng ống tuyến.

6.4. Bước 4: Bơm rửa lòng ống tuyến.

6.5. Bước 5: Nong rộng miệng ống tuyến (nếu được).

6.6. Bước 6: Bơm thuốc điều trị.

6.7. Bước 7: Kiểm tra tuyến mang tai sau khi bơm thuốc.

6.8. Bước 8: Tháo bỏ đầu kim luồn.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: tuyến mang tai đã được bơm rửa, người bệnh giảm triệu chứng.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Bơm thuốc ra ngoài ống tuyến: điều trị nội khoa giảm sưng nề.
- Dị ứng thuốc bơm rửa: điều trị theo phác đồ dị ứng, dừng dùng thuốc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Sưng nề: chườm đá.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Troulis MJ, Williams WB. Kaban LB. Endoscopic mandibular condylectomy and reconstruction: early clinical results. J Oral Maxillofac Surg. 2004 Apr;62(4):460-5. doi: 10.1016/j.joms.2003.09.012. PMID: 15085514.

62. PHẪU THUẬT VI PHẪU TÁI TẠO XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG VẠT XƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Các khuyết hổng của xương hàm dưới sau chấn thương hoặc bệnh lý để lại nhiều di chứng về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh như: sai khớp cắn, lệch mặt, mất răng.v.v. Để khắc phục các khuyết hổng này, tái tạo lại xương hàm dưới bằng vạt xương tự do có nối mạch máu vi phẫu giúp phục hồi lại hình thể giải phẫu của xương hàm dưới, khôi phục lại cho người bệnh về chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng xương hàm dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, hoại tử vạt ghép.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Hệ thống kính hiển vi phẫu thuật.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 8 giờ 45 phút đến 9 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch da theo nếp lằn cổ hoặc dưới cằm tương ứng với vùng khuyết hổng xương hàm dưới.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ khuyết hổng, sửa soạn nền nhận, bộc lộ động mạch, tĩnh mạch cấp máu cho vạt ghép (thường sử dụng mạch giáp trên, mạch mặt...).

6.6. Bước 6: Bộc lộ phần cho vạt, sửa soạn nền cho.

6.7. Bước 7: Bộc lộ vạt xương cùng bó mạch nuôi vạt.

6.8. Bước 8: Đưa vạt xương lên ổ nhận.

6.9. Bước 9: Cố định 2 hàm theo đúng khớp cắn bằng vít neo, chỉ thép.

6.10. Bước 10: Đặt nẹp, vít, cố định vạt xương ghép.

6.11. Bước 11: Khâu phục hồi lưu thông mạch máu dưới kính vi phẫu.

6.12. Bước 12: Khâu đóng nơi cho vạt, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.13. Bước 13: Khâu đóng nơi nhận vạt, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.14. Bước 14: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương ghép được đặt đúng vị trí, vạt ghép sáng màu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.

- Hoại tử vạt: tháo bỏ vạt, nạo viêm, ghép vật liệu thay thế khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 165-70.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1291-1313.

63. PHẪU THUẬT VI PHẪU TÁI TẠO XƯƠNG HÀM TRÊN BẰNG VẠT XƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Các khuyết hổng của xương hàm trên sau chấn thương hoặc bệnh lý để lại nhiều di chứng về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh như: sai khớp cắn, lệch mặt, mất răng.v.v. Để khắc phục các khuyết hổng này, tái tạo lại xương hàm trên bằng vạt xương tự do có nối mạch máu vi phẫu giúp phục hồi lại hình thể giải phẫu của xương hàm trên, khôi phục lại cho người bệnh về chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng xương hàm trên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, hoại tử vạt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Hệ thống kính hiển vi phẫu thuật.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 8 giờ 45 phút đến 9 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch da Weber Ferguson kết hợp với đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ khuyết hổng, sửa soạn nền nhận, bộc lộ động mạch, tĩnh mạch cấp máu cho vạt ghép (thường sử dụng mạch mặt, mạch thái dương nông...).

6.6. Bước 6: Bộc lộ phần cho vạt, sửa soạn nền cho vạt.

6.7. Bước 7: Bộc lộ vạt xương cùng bó mạch nuôi vạt.

6.8. Bước 8: Đưa vạt xương lên ổ nhận.

6.9. Bước 9: Đặt nẹp, vít, cố định vạt xương ghép.

6.10. Bước 10: Khâu phục hồi lưu thông mạch máu dưới kính vi phẫu.

6.11. Bước 11: Khâu đóng nơi cho vạt, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.12. Bước 12: Khâu tạo hình khuyết hổng nơi nhận vạt, đặt dẫn lưu(nếu cần).

6.13. Bước 13: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương ghép được đặt đúng vị trí, vạt ghép sáng màu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Hoại tử vạt: tháo bỏ vạt, nạo viêm, ghép vật liệu thay thế khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1291-1313.

64. PHẪU THUẬT VI PHẪU KHUYẾT HỔNG VÙNG HÀM MẶT BẰNG VẠT PHẦN MỀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Các khuyết hổng phần mềm vùng hàm mặt sau chấn thương hoặc bệnh lý để lại nhiều di chứng về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh như: biến dạng, lệch mặt, co kéo các cấu trúc như mắt, mũi, miệng, ảnh hưởng chức năng che phủ khoang miệng.v.v. Để khắc phục cho vấn đề này, tạo hình lại khuyết hổng bằng việc sử dụng vạt phần mềm tự do có nối mạch máu vi phẫu giúp phục hồi lại hình thể giải phẫu, khôi phục lại cho người bệnh về chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng phần mềm vùng hàm mặt do bệnh lý hoặc chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, hoại tử vạt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Hệ thống kính hiển vi phẫu thuật.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 8 giờ 45 phút đến 9 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: tùy theo tổn thương, vị trí, kích thước, chất liệu tạo hình mà lựa chọn đường rạch phù hợp.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt nền nhận.

6.5. Bước 5: Bộc lộ khuyết hổng, sửa soạn nền nhận, mạch máu nhận.

6.6. Bước 6: Bộc lộ vạt phần mềm có cuống mạch, sửa soạn nơi cho vạt.

6.7. Bước 7: Đưa vạt lên ổ nhận.

6.8. Bước 8: Khâu đóng nơi cho vạt.

6.9. Bước 9: Khâu tạo hình che phủ khuyết hổng bằng vạt vi phẫu dưới kính hiển vi có nối mạch máu, thần kinh.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, vạt ghép sáng màu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn: Hoại tử vạt: tháo bỏ vạt, nạo viêm, ghép vật liệu thay thế khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1313-45.

65. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LIỆT MẶT DO DÂY VII BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

1. ĐẠI CƯƠNG

Liệt mặt do dây thần kinh VII sau chấn thương hoặc bệnh lý để lại nhiều di chứng về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh như: lệch mặt, hạn chế chức năng ăn nhai, ảnh hưởng kết mạc, giác mạc do mắt nhắm không kín.v.v. Để khắc phục cho vấn đề này, điều trị liệt mặt bằng kỹ thuật vi phẫu nối lại dây thần kinh VII giúp phục hồi lại hình thể giải phẫu, khôi phục lại chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Liệt mặt do đứt dây thần kinh VII.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, hoại tử vạt, mối nối, rò nước bọt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Hệ thống kính hiển vi phẫu thuật.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 8 giờ 45 phút đến 9 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng theo sẹo cũ sau quá trình điều trị chấn thương, bệnh lý cũ, hoặc sử dụng đường rạch Redon và có thể phối hợp với đường rạch da theo nếp lằn cổ.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Bộc lộ gốc thần kinh VII (tìm theo các mốc hằng định như: mỏm trâm, lỗ trâm- chũm...).

6.5. Bước 5: Bộc lộ các đầu, nhánh thần kinh bị đứt.

6.6. Bước 6: Khâu nối các đầu thần kinh bị đứt qua kính hiển vi phẫu thuật.

6.7. Bước 7: Khâu đóng vùng phẫu thuật, đặt dẫn lưu.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, chức năng thần kinh có dấu hiệu hồi phục.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Hoại tử mối nối: cắt lọc, tạo hình thì phẫu thuật sau bằng các chất liệu tạo hình khác.
- Rò nước bọt: dẫn lưu nước bọt vào trong khoang miệng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 182-85.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1245-69.

66. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức là tổn thương phức tạp, có thể phối hợp với tổn thương xương, ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và thẩm mỹ. Có nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình lại vết thương, trong đó có phương pháp tạo hình bằng vạt tại chỗ nhằm đóng khuyết hổng phần mềm vùng hàm mặt bằng thiết kế xoay, kéo, trượt vạt tại chỗ, phục hồi lại chức năng và thẩm mỹ vùng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng phần mềm vùng hàm mặt do chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Động mạch mặt, động mạch hàm trong, dây thần kinh V, VII.v.v..
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.3. Bước 3: Sửa soạn vùng khuyết hổng: cắt lọc, làm sạch, lấy bỏ dị vật, mảnh xương, răng...(nếu có).

6.4. Bước 4: Thiết kế vạt tại chỗ, xoay, kéo, trượt phù hợp tương ứng với khuyết hổng.

6.5. Bước 5: Khâu tạo hình che phủ khuyết hổng sử dụng vạt tại chỗ vừa bóc tách.

6.6. Bước 6: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, vạt ghép sáng màu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Bục vết mổ: dẫn lưu dịch viêm + khâu phục hồi thì sau.
- Hoại tử vạt: phẫu thuật lấy bỏ vạt, cắt lọc, làm sạch, dẫn lưu + tạo hình lại ở thì phẫu thuật sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1245-1219.

67. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT CÓ THIẾU HỔNG TỔ CHỨC BẰNG VẠT RỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương phần mềm vùng hàm mặt có thiếu hổng tổ chức là tổn thương phức tạp, có thể phối hợp với tổn thương xương, ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và thẩm mỹ. Có nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình lại vết thương, trong đó có phương pháp tạo hình bằng vạt rời nhằm đóng khuyết hổng phần mềm vùng hàm mặt bằng thiết kế lấy vạt rời tại vị trí khác, phục hồi lại chức năng và thẩm mỹ vùng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương thiếu hổng tổ chức phần mềm vùng hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Động mạch mặt, động mạch hàm trong, dây thần kinh V, VII.v.v..
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.3. Bước 3: Sửa soạn vùng khuyết hổng: cắt lọc, làm sạch, lấy bỏ dị vật, mảnh xương, răng...(nếu có).

6.4. Bước 4: Thiết kế đường rạch tại vùng cho vạt và lấy vạt rời phù hợp tại vùng cho vạt, tương ứng với khuyết hổng phần mềm.

6.5. Bước 5: Ghép vạt cho vào vùng nhận.

6.6. Bước 6: Khâu tạo hình, cầm máu, đặt dẫn lưu(nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, vạt ghép sáng màu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Bục vết mổ: dẫn lưu dịch viêm + khâu phục hồi thì sau.
- Hoại tử vạt: phẫu thuật lấy bỏ vạt, cắt lọc, làm sạch, dẫn lưu + tạo hình lại ở thì phẫu thuật sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1291-1313.

68. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI MỘT BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở môi một bên là một dị tật bẩm sinh hay gặp, thường gặp ở môi trên trái. Bệnh do sự rối loạn của các mầm nụ mô phôi vùng hàm trên không liên kết lại, từ đó hình thành khe hở. Đây là kỹ thuật điều trị khuyết tật khe hở môi bẩm sinh một bên nhằm tái tạo lại cấu trúc giải phẫu, phục hồi các chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có khe hở môi một bên bẩm sinh ngoài 10 tuần tuổi, cân nặng trên 4,5 kg và có chỉ số Hemoglobin trên 10 g/dL.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh.

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch niêm mạc da + niêm mạc**.**

6.3. Bước 3: Rạch niêm mạc theo đường thiết kế**.**

6.4. Bước 4: Bóc tách mở rộng vạt 3 lớp giải phẫu: da, cơ vòng môi, niêm mạc**.**

6.5. Bước 5: Rạch đường giảm căng nếu cần**.**

6.6. Bước 6: Cầm máu**.**

6.7. Bước 7: Khâu phục hồi lần lượt theo 3 lớp đã bóc tách**.**

6.8. Bước 8: Băng vô khuẩn**.**

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu, khe hở được đóng kín.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn: Sẹo xấu: phẫu thuật thì 2**.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, 945-964.

2. Lê Văn Sơn. (2013). Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt tập 1. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

69. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ MÔI HAI BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở môi hai bên là một dị tật bẩm sinh hay gặp. Bệnh do sự rối loạn của các mầm nụ mô phôi vùng hàm trên không liên kết lại, từ đó hình thành khe hở. Bệnh gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ, chức năng vùng hàm mặt**.** Đây là kỹ thuật điều trị khuyết tật khe hở môi bẩm sinh hai bên nhằm tái tạo lại cấu trúc giải phẫu, phục hồi các chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Khe hở môi hai bên bẩm sinh. Trẻ ngoài 10 tuần tuổi, có cân nặng trên 4,5 kg và chỉ số Hemoglobin trên 10 g/dL.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch niêm mạc da + niêm mạc.

6.3. Bước 3: Rạch niêm mạc theo đường thiết kế.

6.4. Bước 4: Bóc tách mở rộng vạt 3 lớp giải phẫu: da, cơ vòng môi, niêm mạc.

6.5. Bước 5: Rạch đường giảm căng nếu cần.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Khâu phục hồi lần lượt theo 3 lớp đã bóc tách.

6.8. Bước 8: Băng vô khuẩn.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu, khe hở được đóng kín.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn: Sẹo xấu: phẫu thuật thì 2**.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, 945-964.

2. Lê Văn Sơn. (2013). Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt tập 1. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

70. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ GIỮA MÔI TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở giữa môi trên là một dị tật bẩm sinh hay gặp. Bệnh do sự rối loạn của các mầm nụ mô phôi vùng hàm trên không liên kết lại, từ đó hình thành khe hở. Bệnh gây ảnh hưởng tới thẩm mỹ, chức năng vùng hàm mặt.

Phẫu thuật tạo hình khe hở giữa môi trên nhằm phục hồi lại hình thể giải phẫu và chức năng của môi trên.

2. CHỈ ĐỊNH

Khe hở giữa môi trên bẩm sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm : gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch niêm mạc da + niêm mạc.

6.3. Bước 3: Rạch niêm mạc theo đường thiết kế.

6.4. Bước 4: Bóc tách mở rộng vạt 3 lớp giải phẫu: da, cơ vòng môi, niêm mạc.

6.5. Bước 5: Rạch đường giảm căng nếu cần.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Khâu phục hồi lần lượt theo 3 lớp đã bóc tách.

6.8. Bước 8: Băng vô khuẩn.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu, khe hở được đóng kín.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn: Sẹo xấu: phẫu thuật thì 2**.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, 945-964.

2. Lê Văn Sơn. (2013). Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt tập 1. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

71. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI TRÊN NGƯỜI BỆNH KHE HỞ MÔI, VÒM MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Người bệnh khe hở môi, vòm miệng dù được điều trị phẫu thuật hay không vẫn sẽ có những biến dạng mũi gây thấp bè, bẹt cánh mũi cùng bên với tổn thương dẫn tới ảnh hưởng tới thẩm mỹ, tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Phẫu thuật tạo hình mũi giúp tái tạo lại sự cân đối giữa hai cánh mũi của người bệnh khe hở môi, vòm miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh khe hở môi, vòm miệng biến dạng mũi thể nhẹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân chưa được kiểm soát không cho phép thực hiện phẫu thuật: bệnh lý tim mạch, hô hấp, huyết học, nội tiết.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Bộ dụng cụ tạo hình mũi.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Vật liệu thay thế.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch niêm mạc da + niêm mạc tiền đình mũi.

6.3. Bước 3: Rạch niêm mạc theo đường thiết kế.

6.4. Bước 4: Bóc tách bộc lộ sụn cánh mũi và sụn vạch mũi bên tổn thương.

6.5. Bước 5: Cầm máu.

6.6. Bước 6: Nâng và tạo hình sụn cánh mũi bằng vật liệu nhân tạo hoặc sụn tự thân tại chỗ.

6.7. Bước 7: Khâu đóng & băng vô khuẩn.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu, hình thể mũi được cải thiện.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: điều trị toàn thân kết hợp tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Sẹo xấu: phẫu thuật thì 2**.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, 945-964.

2. Lê Văn Sơn. (2013). Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt tập 1. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

72. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ GIỮA MÔI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở giữa môi dưới (khe hở mặt số 30 theo phân loại Tessier) là một khe hở hiếm gặp. Khe hở này có mức độ nghiêm trọng khác nhau, ở dạng nhẹ nhất nó có thể biểu hiện dưới dạng vết khía dưới niêm mạc môi dưới và ở dạng nghiêm trọng nhất nó có thể ảnh hưởng tới môi dưới, hàm dưới, sàn miệng, lưỡi và cấu trúc cổ. Khe hở này có thể liên quan đến các dị tật khác như bệnh tim bẩm sinh, dị tật bàn tay (dị tật ngón tay và ngón tay ngắn) và dị tật bàn chân (bàn chân khoèo và ngón ngoài ngón). Phẫu thuật tạo hình khe hở giữa môi dưới nhằm phục hồi lại cấu trúc của môi dưới và chức năng ăn và nói của trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có dị tật khe hở giữa môi dưới bẩm sinh đủ 6 tháng tuổi và nặng trên 5 kg.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Trẻ có tình trạng toàn thân liên quan tới các dị tật khác, thể trạng không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Trẻ đang có viêm nhiễm cấp tính tại chỗ chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Trẻ có các dị tật bẩm sinh đi kèm như tim mạch, trẻ sinh non, thiếu tháng, suy dinh dưỡng.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt đã được kiểm soát, tình trạng nghiêm trọng của khe hở liên quan tới các cấu trúc giải phẫu xung quanh như sàn miệng, vùng cổ.v.v..

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định đường rạch đi qua da. làn môi đỏ và niêm mạc môi dưới.

6.3. Bước 3: Rạch da hoặc niêm mạc.

6.4. Bước 4: Cầm máu.

6.5. Bước 5: Tạo hình khe hở.

- Xoay các vạt về đúng các vị trí giải phẫu ban đầu.
- Khâu phục hồi mép vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.6. Bước 6: Băng vết thương.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tạo hình lại đúng với giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

- Sẹo xấu sau phẫu thuật: phẫu thuật sửa sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

2. Paul Tessier, Anatomical classification of facial, cranio-facial and latero-facial clefts, Journal of Maxillofacial Surgery, Volume 4,1976, Pages 69-92 ISSN 0301-0503,https://doi.org/10.1016/S0301-0503(76)80013-6.

3. Pensler JM, Mulliken JB. The cleft lip lower-lip deformity. Plast Reconstr Surg.1988;82:602–10.doi:10.1097/00006534-198810000-00007.

73. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG KHÔNG TOÀN BỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở vòm miệng không toàn bộ là dị tật đi từ lưỡi gà qua vòm miệng mềm và chưa tới lỗ ống răng cửa. Khe hở vòm miệng không toàn bộ gây ra các rối loạn trầm trọng cho trẻ như khó ăn, bú, hay bị sặc, dễ mắc các bệnh đường hô hấp, rối loạn phát âm, rối loạn tâm lý. Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng không toàn bộ là phẫu thuật tái tạo lại hình thái giải phẫu vòm miệng, tạo điều kiện để phục hồi chức năng ăn uống và phát âm.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ bị khe hở vòm miệng không toàn bộ trên 12 tháng tuổi và nặng trên 10 kg.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Trẻ có tình trạng toàn thân liên quan tới các dị tật khác, thể trạng không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Trẻ đang có viêm nhiễm cấp tính tại chỗ chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Trẻ có các dị tật bẩm sinh khác đi kèm, trẻ sinh non, thiếu tháng, suy dinh dưỡng.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt đã được kiểm soát. Tình trạng nghiêm trọng của khe hở.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mở miệng: bằng dụng cụ mở miệng chuyên dụng.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch có chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch niêm mạc vòm miệng: Lựa chọn trong 3 phương pháp Lagenback, Push-back, Furllow.

6.5. Bước 5: Bóc tách vạt niêm mạc màng xương.

Bóc tách niêm mạc vòm miệng hai bên bở khe hở từ trước ra sau sao cho không làm tổn thương bó mạch khẩu cái sau, giải phóng cân cơ vòm miệng ra khỏi móc bướm.

6.6. Bước 6: Bóc tách vạt niêm mạc nền mũi: từ bờ khe hở sang hai bên và từ trước ra sau.

6.7. Bước 7: Cầm máu.

6.8. Bước 8: Khâu phục hồi vòm miệng theo thứ tự:

- Niêm mạc nền mũi.
- Cơ căng màn hầu và cơ nâng màn hầu.
- Niêm mạc vòm miệng.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Thủng vòm miệng: đóng lỗ thủng thì 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

2. Pujol G, Riera March A. Cleft Lip Repair. [Updated 2023 Apr 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.

74. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ VÒM MIỆNG TOÀN BỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở vòm miệng toàn bộ là dị tật đi từ lưỡi gà qua lỗ ống răng cửa có thể thông với một hoặc hai hốc mũi. Khe hở vòm miệng toàn bộ gây ra các rối loạn trầm trọng cho trẻ như khó ăn, bú, hay bị sặc, dễ mắc các bệnh đường hô hấp, rối loạn phát âm, rối loạn tâm lý.v.v. Phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng toàn bộ là phẫu thuật tái tạo lại hình thái giải phẫu vòm miệng, tạo điều kiện để phục hồi chức năng ăn uống và phát âm.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ bị khe hở vòm miệng không toàn bộ trên 12 tháng tuổi và nặng trên 10 kg.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Trẻ có tình trạng toàn thân liên quan tới các dị tật khác, thể trạng không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Trẻ đang có viêm nhiễm cấp tính tại chỗ chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.
- Trẻ có các dị tật bẩm sinh khác đi kèm, trẻ sinh non, thiếu tháng, suy dinh dưỡng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt đã được kiểm soát. Tình trạng nghiêm trọng của khe hở.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật vòm miệng.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mở miệng: bằng dụng cụ mở miệng chuyên dụng.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch có chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch niêm mạc vòm miệng: Lựa chọn trong 3 phương pháp Lagenback, Push-back, Furllow.

6.5. Bước 5: Bóc tách vạt niêm mạc màng xương :

Bóc tách niêm mạc vòm miệng hai bên bở khe hở từ trước ra sau sao cho không làm tổn thương bó mạch khẩu cái sau, giải phóng cân cơ vòm miệng ra khỏi móc bướm.

6.6. Bước 6: Bóc tách vạt niêm mạc nền mũi: từ bờ khe hở sang hai bên và từ trước ra sau.

6.7. Bước 7: Cầm máu.

6.8. Bước 8: Khâu phục hồi vòm miệng theo thứ tự:

- Niêm mạc nền mũi.
- Cơ căng màn hầu và cơ nâng màn hầu.
- Niêm mạc vòm miệng.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ..v.v.
- Lỗ thủng vòm miệng: phẫu thuật đóng lỗ thủng thì 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

2. Pujol G, Riera March A. Cleft Lip Repair. [Updated 2023 Apr 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.

75. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ CHÉO MẶT HAI BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở chéo mặt hai bên thường kèm với các dị tật lộn kết mạc, nhắm mắt không kín khiến nhãn cầu không được bảo vệ, nguy cơ viêm, khô giác mạc, kết mạc, nhãn cầu teo nhỏ hoặc không có nhãn cầu, khuyết thiếu xương hàm, gây ảnh hưởng nặng nề tới cấu trúc và chức năng khuôn mặt người bệnh. Khe hở chéo mặt hai bên là bất thường sọ mặt phức tạp và nặng nề rất hiếm gặp. Phẫu thuật tạo hình khe hở chéo mặt hai bên nhằm tái tạo lại cấu trúc giải phẫu, phục hồi các chức năng và thẩm mỹ của cả hai bên khe hở.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có khe hở chéo mặt hai bên bẩm sinh đáp ứng đủ điều kiện phẫu thuật như tuổi và cân nặng.v.v..

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Trẻ có tình trạng toàn thân liên quan tới các dị tật khác, thể trạng không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Trẻ đang có viêm nhiễm cấp tính tại chỗ chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt hoặc có các bệnh mãn tính nhưng đã được kiểm soát.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.
- Trẻ sinh non, thiếu cân, suy dinh dưỡng, thụ tinh nhân tạo.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch có chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch da và mô dưới da theo đường vẽ đã được thiết kế.

6.5. Bước 5: Bóc tách mép vết mổ theo 3 lớp da cơ niêm mạc.

6.6. Bước 6: Rạch đường giảm căng ngách tiền đình bên khe hở nếu cần.

6.7. Bước 7: Cầm máu.

6.8. Bước 8: Khâu phục hồi môi tuân thủ các mốc giải phẫu và theo trình tự.

6.9. Bước 9: Băng vết thương.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về mặt giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Bục vết mổ: phẫu thuật tạo hình lại thì 2.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Sẹo xấu sau phẫu thuật: phẫu thuật sửa sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

2. Ahmed SS, Bey A. Hashmi SH, Parveen S, Ghassemi A. Bilateral Transverse Facial Cleft as an Isolated and Asyndromic Deformity. Int J Clin Pediatr Dent. 2010 May-Aug;3(2):101-4. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1062. Epub 2010 Aug 17. PMID: 27507920; PMCID: PMC4968176.

3. Ravindhra G. Elluru, 5-Congenital and Acquyred Malformations of the Nose and Nasopharynx, Editor(s): Marci M. Lesperance, Cummings Pediatric Otolaryngology (Second Edition), Elsevier, 2021, Pages 64-76, ISBN 9780323696180, https://doi.org/10.1016/B978-0-323-69618-0.00005-6.

76. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ CHÉO MẶT MỘT BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở chéo mặt một bên thường kèm với các dị tật lộn kết mạc, nhắm mắt không kín khiến nhãn cầu không được bảo vệ, nguy cơ viêm, khô giác mạc, kết mạc, nhãn cầu teo nhỏ hoặc không có nhãn cầu, khuyết thiếu xương hàm, gây ảnh hưởng nặng nề tới cấu trúc và chức năng khuôn mặt người bệnh. Khe hở chéo mặt một bên là bất thường sọ mặt phức tạp và nặng nề rất hiếm gặp. Phẫu thuật tạo hình khe hở chéo mặt nhằm tái tạo lại cấu trúc giải phẫu, phục hồi các chức năng và thẩm mỹ của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có khe hở chéo mặt một bên bẩm sinh đáp ứng đủ điều kiện phẫu thuật về tuổi, cân nặng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Trẻ có tình trạng toàn thân liên quan tới các dị tật khác, thể trạng không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Trẻ đang có viêm nhiễm cấp tính tại chỗ chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt .v.v. hoặc có các bệnh mãn tính nhưng đã được kiểm soát.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.
- Trẻ sinh non, thiếu cân, suy dinh dưỡng, thụ tinh nhân tạo.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch có chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch da và mô dưới da theo đường vẽ đã được thiết kế.

6.5. Bước 5: Bóc tách mép vết mổ theo 3 lớp: Da-Lớp cơ-Niêm mạc.

6.6. Bước 6: Rạch đường giảm căng ngách tiền đình bên khe hở nếu cần.

6.7. Bước 7: Cầm máu.

6.8. Bước 8: Khâu phục hồi môi tuân thủ các mốc giải phẫu và theo trình tự:

- Lớp niêm mạc môi-má.

- Lớp cơ.

- Da.

6.9. Bước 9: Băng vết thương.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về mặt giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

- Sẹo xấu sau phẫu thuật: phẫu thuật sửa sẹo thì 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

2. Ahmed SS, Bey A. Hashmi SH, Parveen S, Ghassemi A. Bilateral Transverse Facial Cleft as an Isolated and Asyndromic Deformity. Int J Clin Pediatr Dent. 2010 May-Aug;3(2):101-4. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1062. Epub 2010 Aug 17. PMID: 27507920; PMCID: PMC4968176.

3. Ravindhra G. Elluru, 5-Congenital and Acquyred Malformations of the Nose and Nasopharynx, Editor(s): Marci M. Lesperance, Cummings Pediatric Otolaryngology (Second Edition), Elsevier, 2021, Pages 64-76, ISBN 9780323696180, https://doi.org/10.1016/B978-0-323-69618-0.00005-6.

77. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ NGANG MẶT MỘT BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở ngang mặt một bên là các khe hở (Tessier 6, 7 và 8) được đặt nằm ngang trên một bên khuôn mặt. Tessier số 6 chạy từ hốc mắt tới xương gò má. Tessier số 7 nằm trên đường giữa khóe miệng và tai. Các khe hở bên có thể xuất hiện từ khóe miệng về phía tai, tạo ấn tượng rằng miệng lớn hơn hoặc bắt đầu từ tai và chạy về phía miệng. Tessier số 8 chạy từ khóe mắt ngoài về phía tai. Sự kết hợp của số Tessier 6-7-8 được thấy trong hội chứng Treacher Collins. Khe hở ngang mặt một bên là bất thường sọ mặt phức tạp hiếm gặp. Phẫu thuật tạo hình khe hở ngang mặt một bên nhằm tái tạo lại cấu trúc giải phẫu, phục hồi các chức năng và thẩm mỹ của khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có khe hở ngang mặt một bên bẩm sinh đáp ứng đủ điều kiện về tuổi, cân nặng, các dị tật bẩm sinh khác đi kèm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Trẻ có tình trạng toàn thân liên quan tới các dị tật khác, thể trạng không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Trẻ đang có viêm nhiễm cấp tính tại chỗ chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt hoặc có các bệnh mãn tính nhưng đã được kiểm soát.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.
- Trẻ sinh non, thiếu cân, suy dinh dưỡng, thụ tinh nhân tạo.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch**:** Dùng bút chuyên dụng vẽ đường rạch da một bên khe hở theo phương pháp đã lựa chọn.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch có chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch da và mô dưới da theo đường vẽ đã được thiết kế.

6.5. Bước 5: Bóc tách mép vết mổ theo 3 lớp: Da – Cơ – Niêm mạc.

6.6. Bước 6: Rạch đường giảm căng ngách tiền đình bên khe hở nếu cần.

6.7. Bước 7: Cầm máu.

6.8. Bước 8: Khâu phục hồi môi tuân thủ các mốc giải phẫu và theo trình tự:

+ Lớp niêm mạc môi-má.

+ Lớp cơ.

+ Da.

6.9. Bước 9: Băng vết thương.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về mặt giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

- Sẹo xấu sau phẫu thuật: phẫu thuật sửa sẹo thì 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

2. Ahmed SS, Bey A. Hashmi SH, Parveen S, Ghassemi A. Bilateral Transverse Facial Cleft as an Isolated and Asyndromic Deformity. Int J Clin Pediatr Dent. 2010 May-Aug;3(2):101-4. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1062. Epub 2010 Aug 17. PMID: 27507920; PMCID: PMC4968176.

3. Ravindhra G. Elluru,10-Congenital Malformations of the Nose and Nasopharynx, Editor(s): Marci M. Lesperance, Paul W. Flint, Cummings Pediatric Otolaryngology, W.B. Saunders,2015,Pages 134-145.e1,ISBN9780323356718, https://doi.org/10.1016/B978-0-323-35671-8.00010-4.

78. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHE HỞ NGANG MẶT HAI BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở ngang mặt hai bên là các khe hở (Tessier 6, 7 và 8) được đặt nằm ngang trên cả hai bên khuôn mặt. Tessier số 6 chạy từ hốc mắt tới xương gò má. Tessier số 7 nằm trên đường giữa khóe miệng và tai. Các khe hở bên có thể xuất hiện từ khóe miệng về phía tai, tạo ấn tượng rằng miệng lớn hơn hoặc bắt đầu từ tai và chạy về phía miệng. Tessier số 8 chạy từ khóe mắt ngoài về phía tai. Sự kết hợp của số Tessier 6-7-8 được thấy trong hội chứng Treacher Collins. Phẫu thuật tạo hình khe hở ngang mặt hai bên nhằm tái tạo lại cấu trúc giải phẫu, phục hồi các chức năng và thẩm mỹ của khuôn mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có khe hở ngang mặt hai bên bẩm sinh đáp ứng đủ điều kiện về tuổi, cân nặng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Trẻ có tình trạng toàn thân liên quan tới các hội chứng, các dị tật khác, thể trạng không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Trẻ đang có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt tại chỗ chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt hoặc có các bệnh mãn tính nhưng đã được kiểm soát.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.
- Trẻ sinh non, thiếu cân, suy dinh dưỡng, thụ tinh nhân tạo.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt đã được kiểm soát, tình trạng nghiêm trọng của khe hở.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch**:** dùng bút chuyên dụng vẽ đường rạch đi qua hai bên khe hở theo phương pháp đã lựa chọn.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch có chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch da và mô dưới da theo đường vẽ đã được thiết kế.

6.5. Bước 5: Bóc tách mép vết mổ theo 3 lớp: Da – Lớp cơ – Niêm mạc.

6.6. Bước 6: Rạch đường giảm căng ngách tiền đình bên khe hở nếu cần.

6.7. Bước 7: Cầm máu.

6.8. Bước 8: Khâu phục hồi môi tuân thủ các mốc giải phẫu và theo trình tự:

+ Lớp niêm mạc môi-má.

+ Lớp cơ.

+ Da.

6.9. Bước 9: Băng vết thương.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về mặt giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

- Sẹo xấu sau phẫu thuật: phẫu thuật sửa sẹo thì 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

2. Ahmed SS, Bey A. Hashmi SH, Parveen S, Ghassemi A. Bilateral Transverse Facial Cleft as an Isolated and Asyndromic Deformity. Int J Clin Pediatr Dent. 2010 May-Aug;3(2):101-4. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1062. Epub 2010 Aug 17. PMID: 27507920; PMCID: PMC4968176.

3. Ravindhra G. Elluru,10-Congenital Malformations of the Nose and Nasopharynx,Editor(s): Marci M. Lesperance, Paul W. Flint, Cummings Pediatric Otolaryngology,W.B.Saunders,2015,Pages134145.e1,ISBN9780323356718,https://doi.org/10.1016/B978-0-323-35671-8.00010-4.

79. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÒM MIỆNG BẰNG VẠT THÀNH HẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

Vạt thành hầu là vạt cơ-niêm mạc lấy từ thành sau họng. Phẫu thuật tạo hình vòm miệng sử dụng vạt thành hầu để điều trị tình trạng ngắn vòm miệng mềm sau phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh nhằm phục hồi chức năng phát âm cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị ngắn vòm miệng mềm sau phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng bẩm sinh, không có màn hầu, lưỡi gà gây ảnh hưởng tới chức năng phát âm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt .v.v. hoặc có các bệnh mãn tính nhưng đã được kiểm soát.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật vòm miệng.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định đường rạch phía vòm miệng và phía thành sau họng.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch có chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch niêm mạc vùng nhận vạt theo đường vẽ đã được thiết kế.

6.5. Bước 5: Rạch niêm mạc vùng thành hầu theo đường thiết kế vạt.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Khâu tạo hình vạt vào vùng nhận.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về mặt giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

- Hoại tử vạt: lấy bỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Address reprint requests and correspondence: J. Paul Willging, MD, Department of Otolaryngology—Head and Neck Surgery, Children's Hospital Medical Center, University of Cincinnati Medical Center, 333 Burnet Avenue, Cincinnati, OH 45229. Operative Techniques in Otolaryngology (2009) 20, 268-273 1043-1810/$ -see front matter © 2009 Published by Elsevier Inc. doi:10.1016/j.otot.2009.10.012

2. Yoshimasu H, Sato Y, Mishimagi T, Negishi A. Postoperative evaluation of the folded pharyngeal flap operation for cleft palate patients with velopharyngeal insufficiency. Ann Maxillofac Surg. 2015 Jan-Jun;5(1):62-6. doi: 10.4103/2231-0746.1.610 66. PMID: 26389036; PMCID: PMC4555951.

80. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MŨI BẰNG SỤN SƯỜN TỰ THÂN TRÊN NGƯỜI BỆNH KHE HỞ MÔI, VÒM MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Người bệnh khe hở môi vòm miệng thường xuyên có biến dạng mũi đi kèm như biển dạng cánh mũi, sống mũi. Các tổn thương này thường cùng bên với bên khe hở môi. Phẫu thuật tạo hình mũi có sử dụng sụn sườn tự thân nhằm phục hồi mũi trên người bệnh có dị tật khe hở môi vòm miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh tiền sử khe hở môi vòm miệng có biến dạng cánh mũi.
- Người bệnh có bất thường vùng sụn sườn, mắc các bệnh lý về vùng cho.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Mũi khoan, cưa xương các loại.
- Chỉ thép và nẹp, vít.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy khoan, cưa xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế & rạch da vùng nhận.

6.3. Bước 3: Bóc tách bộc lộ sụn mũi.

6.4. Bước 4: Thiết kế & rạch da vùng nhận.

6.5. Bước 5: Lấy sụn sườn ghép.

6.6. Bước 6: Ghép và cố định sụn ghép.

6.7. Bước 7: Cầm máu, khâu đóng các đường mổ.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: vùng phẫu thuật sạch khô, không viêm nhiễm, cấu trúc mũi nâng lên.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

- Thủng màng phổi: vá hoặc dẫn lưu màng phổi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Hoại tử sụn ghép: lấy bỏ.

7.3. Biến chứng muộn

- Hoại tử sụn ghép: lấy bỏ.

- Biến dạng mũi: tạo hình lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cuzalina A, Jung C. Rhinoplasty for the Cleft Lip and Palate Patient. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2016 May;28(2):189-202. doi: 10.1016/j.coms.2015.12.002. Epub 2016 Mar 5. PMID: 26960915.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, 1531-1553

81. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH VÒM MIỆNG NGẮN BẰNG VẠT XOAY ĐẨY

1. ĐẠI CƯƠNG

Vòm miệng là cấu trúc giải phẫu của khoang miệng, gồm 2 phần vòm miệng cứng và vòm miệng mềm. Vòm miệng có vai trò quan trọng trong phát âm. Phẫu thuật tạo hình vòm miệng sử dụng vạt tại chỗ nhằm phục hồi, kéo dài vòm miệng mềm để giảm sự ảnh hưởng đến chức năng của vòm miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngắn vòm miệng mềm ảnh hưởng đến chức năng do lỗi cấu trúc (người bệnh khe hở vòm miệng) hoặc các lỗi mắc phải (do người bệnh có phẫu thuật cắt khối u vùng hàm mặt).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật vòm miệng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch niêm mạc miệng và nền mũi.

6.3. Bước 3: Rạch niêm mạc theo đường thiết kế.

6.4. Bước 4: Bóc tách mép vết mổ và bộc lộ cơ vòm hầu.

6.5. Bước 5: Tạo hình vòm miệng mềm.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Khâu đóng các đường mổ.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: vùng phẫu thuật sạch khô, vết mổ không căng, độ dài vòm miệng được cải thiện.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Thay đổi phát âm: tập ngữ âm trị liệu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, 945-964.

2. Ravishanker R. Furlow's Palatoplasty for Cleft Palate Repair. Med J Armed Forces India. 2006 Jul;62(3):239-42. doi: 10.1016/S0377-1237(06)80010-9. Epub 2011 Jul 21. PMID: 27365686; PMCID: PMC4922880.

82. PHẪU THUẬT GHÉP VẠT PHẦN MỀM CÓ CUỐNG VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Các khuyết hổng phần mềm vùng hàm mặt sau chấn thương hoặc bệnh lý để lại nhiều di chứng về chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh như: biến dạng, lệch mặt, co kéo các cấu trúc như mắt, mũi, miệng, ảnh hưởng chức năng che phủ khoang miệng.v.v. Để khắc phục cho vấn đề này, tạo hình lại khuyết hổng bằng việc sử dụng vạt phần mềm có cuống giúp phục hồi lại hình thể giải phẫu, trả lại cho người bệnh về chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng vùng hàm mặt do chấn thương hoặc bệnh lý.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, hoại tử vạt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: tùy theo tổn thương, vị trí, kích thước, chất liệu tạo hình mà lựa chọn đường rạch phù hợp.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt nền nhận.

6.5. Bước 5: Bộc lộ khuyết hổng, sửa soạn nền nhận.

6.6. Bước 6: Bộc lộ vạt cho, lấy vạt cho có cuống mạch phù hợp.

6.7. Bước 7: Đưa vạt lên ổ nhận.

6.8. Bước 8: Khâu đóng nơi cho vạt, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu tạo hình che phủ khuyết hổng bằng vạt cho, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, vạt ghép sáng màu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn: Hoại tử vạt: tháo bỏ vạt, nạo viêm, ghép vật liệu thay thế khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1245-69.

83. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIÊM MẠC MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương niêm mạc miệng như ung thư, tiền ung thư, tổn thương bệnh lý .v.v. cần được cắt bỏ nhằm điều trị bệnh. Sau khi cắt bỏ sẽ để lại khuyết niêm mạc miệng, dễ gây thông thương môi trường miệng với các tổ chức xung quanh gây co kéo, giảm chức năng và chất lượng cuộc sống của người bệnh, do đó cần phẫu thuật tạo hình lại khuyết hổng bằng vạt tại chỗ hoặc các vạt lân cận, vừa lấy hết tổn thương vừa che phủ khuyết hổng sau khi cắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương tiền ung thư: hồng sản, bạch sản.v.v.
- Các tổn thương u lành tính của niêm mạc.
- Các tổn thương u ác tính.
- Các tổn thương dạng sẹo gây ảnh hưởng tới chức năng há ngậm miệng.v.v.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
-Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Từ 2 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật hoặc trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch tại chỗ.

6.3. Bước 3: Rạch niêm mạc miệng theo đường rạch, cắt cách mép tổn thương 1 cm.

6.4. Bước 4: Cắt toàn bộ tổn thương niêm mạc miệng.

6.5. Bước 5: Thiết kế đường rạch tạo hình vạt che phủ.

6.6. Bước 6: Rạch niêm mạc miệng theo đường rạch thiết kế.

6.7. Bước 7: Bóc tách vạt che phủ khuyết hổng.

6.8. Bước 8: Khâu tạo hình khuyết hổng niêm mạc miệng.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh, các chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu, toàn bộ tổn thương được lấy bỏ, khuyết hổng được tạo hình lại.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Phù nề sàn miệng gây khó thở: đặt nội khí quản, chống phù nề.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Liệt thần kinh lưỡi: theo dõi hồi phục, nối thần kinh nếu đứt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mehanna HM, Rattay T, Smith J, McConkey CC. Treatment and follow-up of oral dysplasia-a systematic review and meta-analysis. Head Neck. 2009;31:1600–9.

2. Peralta-Mamani, M., Terrero-Pérez, Á., Tucunduva, R. M. A., Rubira, C. M. F., Santos, P. S. D. S., Honório, H. M., & Rubira-Bullen, I. R. F. (2022). Occurrence of field cancerization in clinically normal oral mucosa: A systematic review and meta-analysis. Archives of Oral Biology, 143, 105544.

3. Quadri P, McMullen C. Oral cavity reconstruction. Otolaryngol Clin North Am 2023;56:671-686.

84. PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ THỦNG VÒM MIỆNG BẰNG VẠT TẠI CHỖ

1. ĐẠI CƯƠNG

Lỗ thủng vòm miệng là dị tật bẩm sinh có thể gặp ở vùng hàm mặt. Phẫu thuật đóng lỗ thủng vòm miệng bằng vạt tại chỗ mục đích tạo hình lại về mặt cấu trúc giải phẫu nhằm phục hồi các chức năng cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có lỗ thủng vòm miệng kích thước nhỏ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.
- Người bệnh có bệnh mạn tính chưa được kiểm soát.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt hoặc có các bệnh mãn tính nhưng đã được kiểm soát.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm : gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định đường rạch hai bên lỗ thủng vòm miệng về phía hai đầu.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch có chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch niêm mạc theo đường vẽ đã được thiết kế.

6.5. Bước 5: Bóc tách mép vết mổ thành các lớp theo giải phẫu.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Khâu tạo hình theo đúng trình tự các lớp giải phẫu.

6.8. Bước 8: Băng vết thương.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về mặt giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Bục vết mổ: phẫu thuật đóng lỗ thủng lần 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sadhu P. Oronasal fistula in cleft palate surgery. Indian J Plast Surg. 2009 Oct;42 Suppl:S123-8. doi: 10.4103/0970-0358.57203. PMID: 19884667; PMCID: PMC2825081.

2. Tanabe, T., Sakata, K., Asaka, T., Ohga, N., Matsushita, K., Sato, J., Yoshimura, H., Sano, K., & Kitagawa, Y. (2023). Palatal island flap with or without hinge flap for closure of oroantral or oronasal fistula: A technical note. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology

85. PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ THỦNG VÒM MIỆNG BẰNG VẠT LƯỠI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật đóng lỗ thủng vòm miệng sử dụng các vạt tại chỗ hoặc lân cận, nhằm che phủ lỗ thông, phục hồi chức năng nuốt, nói cho người bệnh. Phẫu thuật đóng lỗ thủng vòm miệng bằng vạt lưỡi được sử dụng đóng những lỗ thủng phía trước của vòm miệng giúp phục hồi lại cấu trúc giải phẫu và chức năng ăn uống, phát âm.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có lỗ thủng vòm miệng kích thước lớn > 5 mm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.
- Người bệnh có bệnh mạn tính chưa được kiểm soát.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt hoặc có các bệnh mãn tính nhưng đã được kiểm soát.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định đường rạch hai bên lỗ thủng vòm miệng về phía hai đầu.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch có chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch niêm mạc theo đường vẽ đã được thiết kế.

6.5. Bước 5: Bóc tách mép vết mổ thành các lớp theo giải phẫu.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Thiết kế đường rạch vùng lưng lưỡi.

6.8. Bước 8: Rạch niêm mạc lưỡi theo đường đã thiết kế.

6.9. Bước 9: Bóc tách vạt niêm mạc lưng lưỡi từ trước ra sau, bảo tồn bó mạch.

6.10. Bước 10: Khâu tạo hình theo đúng trình tự các lớp giải phẫu.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về mặt giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Hoại tử vạt: tháo bỏ vạt, phẫu thuật đóng lỗ thủng lần 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, 945-964.

2. Rahpeyma, A., & Khajehahmadi, S. (2015). Posteriorly based lateral tongue flap for reconstruction of large palatal-alveolar fistulas in cleft patients. Annals of Maxillofacial Surgery, 5(2), 174–178.

3. Yao J, Xu J Atlas of Cleft Lip and Palate & Facial Deformity Surgery. Springer International Publishing; 2020; 243 – 250.

86. PHẪU THUẬT SỬA SẸO MÔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở môi là dị tật bẩm sinh thường gặp ở vùng hàm mặt. Phẫu thuật tạo hình môi một bên đôi khi để lại sẹo xấu và cần được sửa chữa nhằm tạo hình lại thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh còn sẹo mổ khe hở môi ảnh hưởng tới thẩm mỹ và chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.
- Người bệnh có bệnh mạn tính chưa được kiểm soát.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt .v.v. hoặc có các bệnh mãn tính nhưng đã được kiểm soát.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định đường rạch hai bên sẹo, có thể thiết kế thêm vạt khi cần thiết.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch có chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch da và mô dưới da theo đường vẽ đã được thiết kế.

6.5. Bước 5: Bóc tách mép vết mổ theo 3 lớp:

- Da.
- Lớp cơ.
- Niêm mạc.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Khâu tạo hình theo đúng trình tự các lớp giải phẫu.

6.8. Bước 8: Băng vết thương**.**

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về mặt giải phẫu, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Sẹo xấu sau phẫu thuật: phẫu thuật sửa sẹo lần 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, 945-964.

2. Galarza, L. I., Sudduth, J. D., Rose, A. R., Moss, C. A., Humphries, L. S., & Hoppe, I. C. (2024). The Fisher Subunit Anatomical Approach for Cleft Lip Revisions. Annals of Plastic Surgery, 92(6S), S379–S381

87. PHỤC HÌNH MÀN HẦU BẰNG MÁNG BỊT

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở vòm miệng là dị tật bẩm sinh thường gặp ở vùng hàm mặt. Sau phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng có thể để lại các khuyết hổng ở vòm miệng mà không thể đóng kín bằng phẫu thuật gây ảnh hưởng tới chức năng ăn uống và phát âm của người bệnh. Đây là kỹ thuật làm hàm che kín khuyết hổng vùng vòm miệng bằng hàm nhựa Acrylic giúp cải thiện chức năng ăn nhai và phát âm.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng vòm miệng cứng và mềm không thể đóng kín bằng phương pháp phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh dị ứng với vật liệu làm phục hình.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Thuốc tê.

5.3. Thiết bị y tế

- Thìa lấy dấu.
- Chất lấy dấu.
- Sáp cắn.
- Mũi khoan các loại.
- Vật liệu chế tạo máng bịt tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy khoan, tay khoan.
- Phương tiện chế tạo máng bịt tại Labo.

- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 3 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 5 giờ đến 6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu làm máng:

- Lấy dấu hai hàm bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao đá.
- Thiết kế làm máng trên mẫu thạch cao.

6.2. Bước 2: Làm máng bằng sáp tại Labo.

6.3. Bước 3: Thử máng bịt.

6.4. Bước 4: Hoàn thiện máng bịt tại labo.

6.5. Bước 5: Lắp máng bịt.

- Đặt thử máng trên mẫu.
- Chỉnh sửa máng cho phù hợp.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn bình thường.

+ Tại chỗ: máng bịt ổn định và khít sát.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

- Lỏng hàm hoặc gãy vỡ: chỉnh sửa hàm hoặc làm hàm khác.

7.3. Biến chứng muộn: Gãy vỡ phục hình: sửa hoặc làm lại phục hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DOMINGUES JM, CORRÊA G, Fernandes Filho RB, Hosni ES. Palatal obturator prosthesis: case series. RGO-Revista Gaúcha de Odontologia. 2016;64(04):477-83.

2. Tirelli GI, Rizzo RO, Biasotto MA, Di Lenarda R, Argenti BR, Gatto AN, Bullo FE. Obturator prostheses following palatal resection: clinical cases. ACTA otorhinolaryngologica italica. 2010 Feb;30(1):33.

3. Ohno T, Hojo K, Fujishima I. Soft obturator prosthesis for postoperative soft palate carcinoma: A clinical report. The Journal of Prosthetic Dentistry. 2018 May 1;119(5):845-7

88. LẮP PHỤC HÌNH HÀM MẶT TRÊN IMPLANT

1. ĐẠI CƯƠNG

Sau khi Implant cấy ghép để nâng đỡ phục hình hàm mặt đã được tích hợp xương, việc đặt phục hình hàm mặt trên Implant đã được cấy nhằm phục hồi về mặt thẩm mỹ cho người bệnh khuyết hổng vùng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng xương và phần mềm đã được cấy Implant lưu giữ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1.Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Người bệnh có dị ứng với vật liệu làm phục hình**.**

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phục hình Implant.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Thìa lấy dấu.
- Chất lấy dấu.
- Vật liệu làm phục hình hàm mặt.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu sơ khởi.

6.2. Bước 2: Thiết kế thìa cá nhân.

6.3. Bước 3: Lấy dấu trên Implant.

6.4. Bước 4: Thử kết nối phục hình.

6.5. Bước 5: Làm phục hình tạm bằng sáp.

6.6. Bước 6: Thử phục hình.

6.7. Bước 7: Làm phục hình hoàn thiện.

6.8. Bước 8: Lắp phục hình hàm mặt

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: phục hình khít sát và hòa hợp vè thẩm mỹ với vùng thiếu hổng.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Chấn thương mô mềm: điều trị nội khoa, trườm lạnh.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Chấn thương mô mềm: điều chỉnh phục hình nếu cản trở.
- Vỡ, gãy phục hình: sửa chữa phục hình.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm quanh implant và mô mềm quanh Implant: điều trị tại chỗ.
- Implant không tích hợp xương: lấy bỏ Implant.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leonardi A, Buonaccorsi S, Pellacchia V, Moricca LM, Indrizzi E, Fini G. Maxillofacial prosthetic rehabilitation using extraoral implants. Journal of Craniofacial Surgery. 2008 Mar 1;19(2):398-405.

2. Sadowsky SJ, Zitzmann NU. Protocols for the Maxillary Implant Overdenture: A Systematic Review. International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. 2016 May 2;31.

3. Cobein MV, Coto NP, Junior OC, Lemos JB, Vieira LM, Pimentel ML, Byrne HJ, Dias RB. Retention systems for extraoral maxillofacial prosthetic implants: a critical review. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2017 Oct 1;55(8):763-9

89. PHẪU THUẬT CẮT U MÁU VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vùng hàm mặt có hệ thống mạch máu vô cùng phong phú. U máu vùng hàm mặt là khối u bẩm sinh hoặc mắc phải, nguồn gốc xuất phát từ các tế bào mạch máu, có thể gây biến dạng, mất thẩm mỹ. Phẫu thuật cắt u máu là kỹ thuật cắt bỏ toàn bộ u máu vùng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

U máu vùng hàm mặt không có tổn thương mạch máu đi kèm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Khâu chặn các cầu nối mạch vào u, thiết kế vạt cắt u.

6.3. Bước 3: Bộc lộ và cắt bỏ u.

6.4. Bước 4: Rửa phẫu trường, cầm máu.

6.5. Bước 5: Đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ trực tiếp, băng vết mổ.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh và chăm sóc vết mổ.

7.3. Biến chứng muộn: U tái phát: phẫu thuật thì 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vascular lesions of head and neck: a literature review. Syed NM. Indian J Dent Sci. 2016;8:176–182.

2. The International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) ontology. van Damme P, Kersloot MG, dos Santos Vieira B, Schultze Kool L, Cornet R. J Web Semantics. 2022;74:100731.

90. PHẪU THUẬT CẮT U MÁU-BẠCH MẠCH VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

U bạch mạch là dị tật của hệ thống bạch mạch, có thể gặp ở mọi lứa tuổi và vị trí của cơ thể. Trong đó hay gặp ở trẻ em và vùng hàm mặt. U có thể xuất hiện bẩm sinh hoặc mắc phải. U có nguy cơ gây biến dạng, khó nuốt, dễ nhiễm trùng thứ phát gây nguy hiểm. Phẫu thuật cắt u nhằm lấy bỏ hoàn toàn tổn thương phục hồi lại thẩm mỹ và chức năng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Can thiệp tắc mạch phối hợp với phẫu thuật khi u to chèn ép cơ quan, nguy hiểm tính mạng hoặc dễ chảy máu, gây rối loạn đông máu.
- Phẫu thuật đối với bướu giai đoạn thoái triển để lại di chứng dãn da, sẹo xấu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu**.**
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Khâu chặn các cầu nối mạch vào u, thiết kế vạt cắt u.

6.3. Bước 3: Bộc lộ và cắt bỏ u

6.4. Bước 4: Rửa phẫu trường, cầm máu.

6.5. Bước 5: Đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ trực tiếp, băng vết mổ.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vascular lesions of head and neck: a literature review. Syed NM. Indian J Dent Sci. 2016;8:176–182.

2. The International Society for the Study of Vascular Anomalies (ISSVA) ontology. van Damme P, Kersloot MG, dos Santos Vieira B, Schultze Kool L, Cornet R. J Web Semantics. 2022;74:100731.

91. PHẪU THUẬT CẮT U NANG BẠCH MẠCH VÙNG CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

U bạch mạch là dị tật của hệ thống bạch mạch, có thể gặp ở mọi lứa tuổi và vị trí của cơ thể. Trong đó hay gặp ở trẻ em và vùng hàm mặt. U có thể xuất hiện bẩm sinh hoặc mắc phải. U có nguy cơ gây biến dạng, khó nuốt, dễ nhiễm trùng thứ phát. Phẫu thuật cắt u nhằm lấy bỏ hoàn toàn tổn thương phục hồi lại thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- U nang bạch mạch vùng cổ có triệu chứng viêm nhiễm nhiều lần.
- U nang bạch mạch vùng cổ gây biến dạng, hạn chế vận động vùng cổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 30 phút đến 4 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Khâu chặn các cầu nối mạch vào u, thiết kế vạt cắt u.

6.3. Bước 3: Bộc lộ và cắt bỏ u

6.4. Bước 4: Rửa phẫu trường, cầm máu.

6.5. Bước 5: Đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.6. Bước 6: Đóng vết mổ trực tiếp, băng vết mổ.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh.

7.3. Biến chứng muộn: U tái phát: phẫu thuật thì 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 873-890.

92. PHẪU THUẬT CẮT MẠCH MÁU DỊ DẠNG VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị dạng mạch máu là tổn thương thường không xác định được nguyên nhân gây bệnh. Tổn thương thường gồm các mạch máu lớn, ngoằn nghèo, với các tế bào nội mạch kém hoạt động. Tổn thương thường gây biến dạng về thẩm mỹ.

Phẫu thuật cắt dị dạng mạch máu nhằm lấy bỏ toàn bộ phần mạch máu bị tổn thương, phục hồi về thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Dị dạng mạch máu vùng hàm mặt không thể điều trị bằng các phương pháp khác gây ảnh hưởng tới chức năng-thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu**.**
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mạch máu.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 30 phút đến 4 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Khâu chặn các cầu nối mạch vào u, thiết kế vạt cắt u.

6.3. Bước 3: Bộc lộ và cắt bỏ u, rửa phẫu trường, cầm máu.

6.4. Bước 4: Đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.5. Bước 5: Đóng vết mổ trực tiếp, băng vết mổ.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 873-890.

93. PHẪU THUẬT CẮT ĐƯỜNG RÒ MÔI DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Lỗ rò môi dưới là tật bẩm sinh có đáy hình phễu, sâu trên 1cm nằm sau cơ vòng môi không chạm xương, thường có hai lỗ đối diện hai bên đường giữa ở làn môi đỏ. Phẫu thuật cắt đường rò là kỹ thuật bóc tách và cắt lọc để loại bỏ đường rò môi dưới.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có lỗ rò môi dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.

- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 30 phút đến 3 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch niêm hình múi cam quanh đường rò.

6.3. Bước 3: Dùng kéo bóc tách bộc lộ cắt lọc tới đáy của đường rò.

6.4. Bước 4: Cắt bỏ toàn bộ đường rò, nạo sạch vùng niêm mạc còn lại.

6.5. Bước 5: Bơm rửa, cầm máu.

6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.7. Bước 7: Băng vết thương.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu, toàn độ đường rò được lấy bỏ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu**.**

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Sưng nề: chườm đá.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 873-890.

94. PHẪU THUẬT CẮT SỤN THỪA NẮP TAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Sụn thừa nắp tai là tổn thương bẩm sinh, hay gặp ở vùng nắp tai gần ống tai ngoài, có thể gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ khi kích thước lớn. Phẫu thuật này nhằm lấy bỏ sụn thừa và tạo lại hình dạng nắp tai.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có sụn thừa nắp tai có ảnh hưởng tới thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.

- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ được giải thích đầy đủ, hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế.

6.4. Bước 4: Bóc tách da, lớp dưới da.

6.5. Bước 5: Lấy bỏ sụn thừa.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Bơm rửa.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu, lấy bỏ được sụn thừa.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 1245-1455.

95. PHẪU THUẬT CẮT RÒ LUÂN NHĨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Rò luân nhĩ là dị tật bẩm sinh lành tính, khi có lỗ nhỏ ở trước vành tai. Rò luân nhĩ có thể dẫn đến u bã đậu ở vùng ống tai ngoài. Phẫu thuật này nhằm lấy toàn bộ đường rò luân nhĩ và di chứng, phục hồi lại hình dạng của vành tai.

2. CHỈ ĐỊNH

Lỗ rò luân nhĩ gây triệu chứng hoặc ảnh hưởng tới thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.

- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch hình múi cam hai bên lỗ rò.

6.3. Bước 3: Rạch da theo đường thiết kế.

6.4. Bước 4: Bóc tách da, lớp dưới da.

6.5. Bước 5: Nạo lấy toàn bộ đường rò gồm cả da và đường rò.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Bơm rửa.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu, cắt được toàn bộ đường rò.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 1245-1455.

96. PHẪU THUẬT CẮT/ĐỐT TỔN THƯƠNG NIÊM MẠC MIỆNG BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

Tia laser là một nguồn ánh sáng nhân tạo thu được nhờ vào sự khuếch đại ánh sáng bằng bức xạ phát ra trong điều kiện kích hoạt cao độ các phần tử của môi trường vật chất. Laser được ứng dụng rộng rãi trong y học nói chung và nha khoa nói riêng, trong đó có điều trị các tổn thương niêm mạc miệng.

Phẫu thuật cắt/đốt tổn thương niêm mạc miệng bằng laser là kỹ thuật sử dụng tia laser để điều trị các tổn thương niêm mạc miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương niêm mạc mãn tính, tổn thương tiền ung thư.
- Các bệnh lý như u nhú, u sợi, u máu, nang niêm dịch, đau miệng mặt, hội chứng bỏng rát miệng, đau do loạn năng thái dương hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Các bệnh lý nghi ngờ ung thư niêm mạc miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.

- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy laser.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, trên ghế răng hoặc phòng thủ thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê hoặc gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Phẫu thuật cắt hoặc chiếu laser vào vùng tổn thương.

6.3. Bước 3: Cố định bệnh phẩm (nếu cần).

6.4. Bước 4: Chăm sóc, cầm máu, khâu đóng vết mổ (nếu cần).

6.5. Bước 5: Chụp ảnh bệnh phẩm, vùng mổ sau phẫu thuật (nếu cần).

6.6. Bước 6: Chăm sóc hậu phẫu, kê đơn thuốc.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn bình thường.

+ Tại chỗ: không có viêm loét.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Trong trường hợp xảy ra bỏng hoặc phồng rộp da: ngừng điều trị ngay lập tức và xử trí vết thương tại chỗ.

- Cần lưu ý ở người bệnh bị các bệnh về thần kinh mạch máu, có thể đã giảm độ nhạy cảm với cơn đau, sẽ ảnh hưởng đến phản ứng của họ với trị liệu bằng laser.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Cần lưu ý ở người bệnh bị các bệnh về thần kinh mạch máu, có thể đã giảm độ nhạy cảm với cơn đau, sẽ ảnh hưởng đến phản ứng của họ với trị liệu bằng laser.

7.3. Biến chứng muộn: Cần lưu ý ở người bệnh bị các bệnh về thần kinh mạch máu, có thể đã giảm độ nhạy cảm với cơn đau, sẽ ảnh hưởng đến phản ứng của họ với trị liệu bằng laser.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 1163-1165.

97. PHẪU THUẬT CẮT NANG RĂNG/NANG XƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang răng hoặc nang xương hàm được hình thành do nhiều nguyên nhân khác nhau. Các nang này khi được phát hiện nên được phẫu thuật sớm nhằm tránh tái phát hoặc ảnh hưởng đến các răng hoặc tổ chức xung quanh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gây tiêu chân răng.
- Gây lung lay răng.
- Gây biến dạng xương hàm.
- Gây chèn ép cấu trúc xung quanh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Nang có kích thước quá lớn, gần các cấu trúc giải phẫu quan trọng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nang răng/xương hàm có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.

- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy phẫu thuật siêu âm (nếu sử dụng).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 – 90 phút, tùy độ khó của phẫu thuật cũng như thực hiện tiểu phẫu trên ghế răng hay phẫu thuật tại Phòng phẫu thuật.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng.

6.2. Bước 2: Tạo vạt và bóc tách vạt toàn phần.

6.3. Bước 3: Mở cửa sổ xương nếu cần bằng dụng cụ thích hợp.

6.4. Bước 4: Bóc tách nang và bảo quản trong dung dịch thích hợp để làm giải phẫu bệnh nếu cần.

6.5. Bước 5: Kiểm soát và bơm rửa hốc xương hàm.

6.6. Bước 6: Khâu đóng niêm mạc.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani & Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016.

98. PHẪU THUẬT TÁI TẠO THIẾU HỔNG XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thiếu hổng xương hàm dưới sau phẫu thuật cắt u, nang vùng hàm mặt, chấn thương hàm mặt hay di tật bẩm sinh gây sai lệch khớp cắn và bất cân xứng ở xương hàm dưới. Phẫu thuật tái tạo thiếu hổng xương hàm dưới bằng ghép xương tự thân là kỹ thuật lấy xương tự thân (ngoài miệng hoặc trong miệng) thay thế vùng xương hàm dưới bị thiếu hổng để phục hồi lại thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp cắt bỏ một phần hoặc toàn phần xương hàm dưới để lại khuyết hổng lớn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ tổn thương bó mạch thần kinh răng dưới răng dưới, động mạch mặt gây chảy máu, tê bì dị cảm vùng môi dưới, cằm.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.

- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 45 phút đến 3 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm dưới, đường da dưới hàm, dưới cằm hoặc theo nếp lằn cổ hoặc theo sẹo cũ.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ xương hàm dưới vùng thiếu hổng.

6.6. Bước 6: Sửa soạn phần thiếu hổng, làm nhẵn để thuận lợi cho việc tiếp nhận xương ghép tự thân.

6.7. Bước 7: Lấy xương tự thân phù hợp với vị trí nhận.

Thường lấy từ xương chậu, xương sườn, tạo hình xương phù hợp với vùng nhận.

6.8. Bước 8: Cố định 2 hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, cung, chỉ thép.v.v.

6.9. Bước 9: Ghép xương tự thân vào vùng khuyết hổng xương hàm dưới, cố định xương bằng nẹp, vít.

6.10. Bước 10: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.11. Bước 11: Khâu đóng vạt vùng cho và vùng nhận.

6.12. Bước 12: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương hàm và xương ghép được cố định đúng vị trí.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Không liền xương: kết hợp lại xương.
- Khớp giả: lấy bỏ tổ chức xơ, kết hợp xương hoặc ghép xương nếu cần.

- Can sai: phá can, kết hợp lại xương.
- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Đào thải vật liệu ghép: tháo bỏ, nạo viêm, ghép vật liệu thay thế khác.
- Tê bì môi dưới, cằm: theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1291-1313.

99. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN ĐIỀU TRỊ KHE HỞ CUNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở cung hàm là tình trạng rối loạn phát triển đáng kể cung hàm cũng như xương cung hàm hai bên bờ khe hở thiếu về khối lượng và những rối loạn về hình thành và mọc răng ở phía bên khe hở đặc biệt là hàm trên. Ghép xương khe hở cung hàm là một phẫu thuật lâm sàng được thực hiện để đảm bảo tính toàn vẹn của cung hàm. Quy trình này giúp tạo điều kiện thuận lợi cho việc mọc răng nanh và răng cửa bên, thường được thực hiện khi trẻ 9 đến 11 tuổi. Phẫu thuật ghép xương vùng cung hàm bị khiếm khuyết sử dụng xương tự thân lấy trong miệng hoặc ngoài miệng cho trẻ có khe hở cung hàm nhằm phục hồi hình thái và cấu trúc xương cả về khối lượng và chất lượng.

2. CHỈ ĐỊNH

Trẻ trên 9 tuổi có khe hở cung hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Trẻ có tình trạng toàn thân liên quan tới các dị tật khác, thể trạng không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Trẻ đang có viêm nhiễm cấp tính tại chỗ chưa được kiểm soát.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.
- Trẻ có các dị tật bẩm sinh khác đi kèm, trẻ sinh non, thiếu tháng, suy dinh dưỡng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt đã được kiểm soát, tình trạng nghiêm trọng của khe hở.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Chỉ thép và nẹp, vít.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.
- Máy khoan xương, mũi khoan các loại.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Phẫu thuật vùng nhận:

- Xác định đường rạch đi qua cổ răng hàm trên.
- Rạch niêm mạc theo đường mổ đi qua cổ răng.
- Bóc tách mép vết mổ theo các lớp giải phẫu.
- Rạch đường giảm căng ngách tiền đình.

6.3. Bước 3: Phẫu thuật vùng lấy:

- Lựa chọn xương ghép, lấy cả xương vỏ và xương tủy.
- Xác định đường rạch.
- Rạch tạo vạt.
- Bộc lộ vùng lấy xương.
- Dùng dụng cụ lấy xương.
- Cầm máu.
- Khâu phục hồi theo giải phẫu.

6.4. Bước 4: Phẫu thuật ghép xương:

- Đặt xương ghép vào vùng khe hở vùng hàm.
- Cố định xương ghép bằng nẹp, vít.
- Khâu phục hồi trong miệng tuân thủ các mốc giải phẫu và theo trình tự.
- Băng các vết mổ.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: khe hở được tái tạo lại về mặt giải phẫu, không chảy máu.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ, hẹn cắt chỉ và tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Hoại tử xương ghép: lấy bỏ khối xương ghép, ghép xương lần 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, 965-977.

2. Muthusubramanian, V., Harish, K.M. (2021). Alveolar Bone Grafting. In: Bonanthaya. K., Panneerselvam, E., Manuel, S., Kumar, V.V., Rai, A. (eds) Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician. Springer, Singapore.https://doi.org/10.1007/978-981-15-1346-6_74.

100. PHẪU THUẬT TÁI TẠO XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương vùng hàm mặt sau chấn thương, viêm nhiễm, u bướu có thể để lại khuyết hổng ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng ăn nhai, phát âm .v.v. cần tới phẫu thuật tái tạo sử dụng vật liệu sinh học có tương hợp sinh học với cơ thể, từ đó phục hồi lại hình dạng và chức năng của xương vùng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng xương vùng hàm mặt sau chấn thương, viêm nhiễm, u bướu không bao gồm các vùng có răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Chỉ thép và nẹp, vít.
- Vật liệu thay thế.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Lưỡi cưa, mũi khoan các loại.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch da hoặc niêm mạc vùng khuyết hổng.

6.4. Bước 4: Bộc lộ khuyết hổng.

6.5. Bước 5: Đặt vật liệu sinh học

6.6. Bước 6: Cố định vật liệu sinh học (nếu cần).

6.7. Bước 7: Cầm máu, khâu đóng.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh, các chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ khô, không chảy máu, vật liệu sinh học không bị lộ thông thương với môi trường miệng.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ. Xem xét lấy bỏ vật liệu sinh học khi cần thiết.

- Vật liệu sinh học không tích hợp: tháo bỏ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Melek LN. Tissue engineering in oral and maxillofacial reconstruction. Tanta Dental Journal. 2015 Sep 1;12(3):211-23.

2. Rai R, Raval R, Khandeparker RV, Chidrawar SK, Khan AA, Ganpat MS. Tissue engineering: step ahead in maxillofacial reconstruction. Journal of international oral health: JIOH. 2015 Sep;7(9):138.

3. Moussa NT, Dym H. Maxillofacial bone grafting materials. Dent. Clin. N. Am. 2020 Apr 1;64:473-90

101. PHẪU THUẬT TÁI TẠO LỒI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG XƯƠNG-SỤN SƯỜN TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy lồi cầu xương hàm dưới gây đau, sưng nề, chảy máu, sai khớp cắn, dính khớp, ảnh hưởng đến việc há ngậm miệng.v.v.dẫn đến bất thường chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Đây là kỹ thuật lấy bỏ phần chỏm lồi cầu gãy và tái tạo, thay thế đoạn thiếu hụt bằng xương-sụn sườn tự thân để phục hồi lại giải phẫu và chức năng của lồi cầu hàm xương hàm dưới.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gãy nát vụn lồi cầu.
- Gãy lồi cầu nhưng không đủ điều kiện để phối hợp các phương pháp khác (điều trị bảo tồn, kết hợp xương, thay lồi cầu nhân tạo.v.v.).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII tăng nguy cơ chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.

- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch da trước nắp tai hoặc dưới

hàm.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch, lấy bỏ các mảnh vỡ vụn, máu tụ, lưu ý tránh tổn thương các cấu trúc như: động mạch hàm trong, dây thần kinh VII.

6.7. Bước 7: Lấy bỏ lồi cầu gãy và làm nhẵn phần lồi cầu còn lại.

6.8. Bước 8: Lấy xương-sụn sườn, tạo hình phần xương-sụn sườn phù hợp với khuyết hổng sau khi lấy bỏ phần lồi cầu.

6.9. Bước 9: Cố định hai hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép.

6.10. Bước 10: Cố định, kết hợp phần xương-sụn sườn bằng nẹp, vít.

6.11. Bước 11: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.12. Bước 12: Khâu đóng vạt.

6.13. Bước 13: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, xương ghép ổn định, đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Tiêu phần xương ghép: sử dụng vật liệu thay thế khác.
- Dính khớp: cắt khối dính hoặc tạo hình khớp bằng khớp thái dương hàm nhân tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-9.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 649-71.

102. PHẪU THUẬT LẤY BỎ LỒI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy lồi cầu xương hàm dưới gây đau, sưng nề, chảy máu, sai khớp cắn, ảnh hưởng đến việc há ngậm miệng.v.v. dẫn đến bất thường chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Trong trường hợp chỏm lồi cầu gãy không thể kết hợp xương thì cần phải phẫu thuật lấy bỏ, phòng nguy cơ dính khớp. Mục đích phẫu thuật lấy bỏ lồi cầu xương hàm dưới là phục hồi lại chức năng há ngậm miệng và phòng dính khớp thái dương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy lồi cầu xương hàm dưới không thể kết kết hợp xương, phần chỏm gãy gây cản trở đưa khớp cắn về vị trí đúng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII tăng nguy cơ chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Vít neo chặn, chỉ thép, cung Tigerstedt.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch da trước nắp tai hoặc dưới hàm.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ ổ gãy, hạn chế tổn thương dây thần kinh VII, động mạch hàm trong.

6.6. Bước 6: Kiểm soát ổ gãy, làm sạch, lấy bỏ các mảnh xương gãy vỡ, máu tụ...

6.7. Bước 7: Lấy mảnh lồi cầu vỡ và dùng cưa, khoan làm nhẵn phần lồi cầu còn lại và cố định hai hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép hoặc cung Tigerstedt.

6.8. Bước 8: Cầm máu, đặt dẫn lưu.

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.

7.3. Biến chứng muộn: Dính khớp thái dương hàm: cắt khối dính, tạo hình ổ khớp, ghép vật liệu thay thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 73-103.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 649-71.

103. PHẪU THUẬT THAY LỒI CẦU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương hàm dưới là một trong ba xương chính của vùng hàm mặt, bao gồm vùng cằm, cành ngang, góc hàm, mỏm vẹt và cành lên, lồi cầu, tạo nên tầng mặt dưới. Khi bị chấn thương hoặc bệnh lý ảnh hưởng tới lồi cầu xương hàm dưới nếu không xử trí đúng thường để lại các di chứng: sai khớp cắn, dính khớp, ảnh hưởng đến chức năng cũng như thẩm mỹ của người bệnh. Đây là kỹ thuật phẫu thuật lấy bỏ phần lồi cầu do gãy hoặc bệnh lý và thay thế bằng lồi cầu nhân tạo để phục hồi chức năng của lồi cầu và đề phòng dính khớp thái dương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dính khớp thái dương hàm.
- Gãy vụn lồi cầu xương hàm dưới có nguy cơ dính khớp cao.
- U lồi cầu xương hàm dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII tăng nguy cơ chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Bộ lồi cầu nhân tạo.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch da dưới hàm hoặc trước nắp tai.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bộc lộ phần xương bệnh lý hoặc xương gãy, lưu ý hạn chế tổn thương động mạch hàm trong, dây thần kinh VII.

6.6. Bước 6: Kiểm soát vùng lồi cầu bệnh lý hoặc ổ gãy, làm sạch, cắt bỏ hết tổn thương, máu tụ, mảnh xương gãy vụn,...

6.7. Bước 7: Lấy bỏ phần lồi cầu cần thiết và mài nhẵn phần lồi cầu còn lại.

6.8. Bước 8: Cố định hai hàm đúng khớp cắn bằng vít neo, chỉ thép.

6.9. Bước 9: Đặt và cố định lồi cầu nhân tạo đúng vị trí tương ứng với phần xương còn lại và ổ chảo bằng nẹp, vít.

6.10. Bước 10: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.11. Bước 11: Khâu đóng vạt.

6.12. Bước 12: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, lồi cầu nhân tạo được cố định đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương: nạo viêm, lấy bỏ lồi cầu nhân tạo và ghép vật liệu thay thế khác.
- Gãy nẹp lồi cầu nhân tạo: lấy bỏ và ghép bằng vật liệu thay thế khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 174-82.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 649-71.

104. PHẪU THUẬT LẤY DỊ VẬT VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật xuất hiện ở vùng hàm mặt có thể là sỏi, đá, mảnh kính, sắt, gỗ hay đạn bắn do bị chấn thương sau tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt hay tai nạn lao động. Dị vật sẽ làm nhiễm trùng vết thương ở vùng hàm mặt, làm cho vết thương khó lành. Phẫu thuật lấy dị vật ra giúp vết thương có thể lành thương tốt, phục hồi chức năng và thẩm mỹ vùng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Dị vật vùng hàm mặt do tai nạn giao thông, sinh hoạt, lao động.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Động mạch mặt, động mạch hàm trong, hệ mạch cảnh, dây thần kinh V, VII, ổ mắt.v.v..
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: rạch da hoặc niêm mạc vùng xác định có dị vật.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Dùng dụng cụ thích hợp tách bóc mô đến vị trí dị vật và lấy dị vật, dị vật có thể nằm trong xương, mô mềm.

6.6. Bước 6: Cắt lọc tổ chức viêm, mủn, mảnh vụn... lấy bỏ máu tụ kèm theo (nếu có).

6.7. Bước 7: Đặt dẫn lưu nếu cần.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, không còn dị vật.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Viêm phần mềm vùng hàm mặt, hoặc các cấu trúc giải phẫu lân cận: dẫn lưu nếu cần thiết
- Bục vết mổ: dẫn lưu dịch viêm + khâu phục hồi thì sau.
- Để lại các vết nhiễm sắc màu trên da: phẫu thuật cắt lọc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-7.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 515-39.

105. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI DÍNH VÀ TẠO HÌNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM BẰNG VẠT CÂN CƠ THÁI DƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Dính khớp thái dương hàm là bệnh lý khó điều trị và để lại hậu quả nặng nề: hạn chế há miệng, khó ăn nhai, bất cân xứng phát triển xương mặt, thiểu sản xương hàm dưới. Điều trị dính khớp thái dương hàm có nhiều phương pháp và một trong số đó là cắt khối dính và tạo hình bằng vạt cân cơ thái dương để phục hồi chức năng há ngậm miệng và đề phòng tái dính khớp thái dương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

Dính khớp thái dương hàm do bệnh lý hoặc di chứng sau chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII tăng nguy cơ chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch dưới hàm và trước nắp tai.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ khớp thái dương hàm.

6.6. Bước 6: Cắt bỏ phần phần lồi cầu tổn thương, mài nhẵn phần còn lại, sửa soạn ổ chảo phù hợp cho việc ghép vạt.

6.7. Bước 7: Lấy vạt cân cơ thái dương, giải phóng vạt khỏi hố thái dương, bờ trên cung tiếp.

6.8. Bước 8: Xoay vạt cân cơ thái dương vào nơi nhận.

6.9. Bước 9: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.10. Bước 10: Khâu đóng vạt nền cho và nền nhận vạt theo lớp giải phẫu.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, vạt được đặt đúng vị trí, vạt ghép cấp máu tốt.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Liệt mặt: theo dõi, nối dây thần kinh VII nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Hoại tử vạt: lấy bỏ vạt hoại tử, ghép vật liệu thay thế khác.
- Tái dính khớp: điều trị dính khớp bằng vật liệu thay thế khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 174-82.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 649-71.

106. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI DÍNH VÀ TẠO HÌNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM CÓ GHÉP VẬT LIỆU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Dính khớp thái dương hàm là bệnh lý khó điều trị và để lại hậu quả nặng nề: hạn chế há miệng, khó ăn nhai, bất cân xứng phát triển xương mặt, thiểu sản xương hàm dưới, ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Đây là kỹ thuật cắt bỏ khối dính, tạo hình lại ổ khớp và thay thế bằng vật liệu nhân tạo phù hợp giúp phục hồi lại giải phẫu và chức năng của khớp thái dương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

Dính khớp thái dương hàm do bệnh lý hoặc di chứng sau chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII tăng nguy cơ chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch dưới hàm và trước nắp tai.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ khớp thái dương hàm.

6.6. Bước 6: Cắt bỏ phần lồi cầu tổn thương, mài nhẵn phần còn lại, sửa soạn ổ chảo phù hợp cho việc ghép vật liệu nhân tạo.

6.7. Bước 7: Chuẩn bị vật liệu nhân tạo, cố định hai hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Ghép vật liệu nhân tạo vào nơi nhận và cố định lại bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.9. Bước 9: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.10. Bước 10: Khâu đóng theo lớp giải phẫu.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, khớp thái dương hàm được tạo hình theo giải phẫu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.

- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

- Liệt mặt: theo dõi, nối dây thần kinh VII nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương: nạo viêm, lấy bỏ vật liệu nhân tạo, ghép vật liệu thay thế khác.

- Đào thải vật liệu ghép: lấy bỏ, làm sạch, tái tạo lại khớp bằng vật liệu thay thế khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 649-71.

107. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI DÍNH VÀ TẠO HÌNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM CÓ GHÉP VẬT LIỆU TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Dính khớp thái dương hàm là bệnh lý khó điều trị và để lại hậu quả nặng nề: hạn chế há miệng, khó ăn nhai, bất cân xứng phát triển xương mặt, thiểu sản xương hàm dưới, ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Đây là kỹ thuật cắt bỏ khối dính, tạo hình lại ổ khớp và thay thế bằng ghép vật liệu tự thân giúp phục hồi lại giải phẫu và chức năng của khớp thái dương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

Dính khớp thái dương hàm do bệnh lý hoặc di chứng sau chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII tăng nguy cơ chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 4 giờ 45 phút đến 5 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch dưới hàm và trước nắp tai.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ khớp thái dương hàm.

6.6. Bước 6: Cắt bỏ phần lồi cầu tổn thương, mài nhẵn phần còn lại, sửa soạn ổ chảo phù hợp cho việc ghép vật liệu tự thân.

6.7. Bước 7: Lấy vật liệu tự thân: xương sụn-sườn, xương mào chậu... và sửa soạn cho phù hợp với phần khuyết hổng vừa cắt bỏ.

6.8. Bước 8: Cố định hai hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép.

6.9. Bước 9: Ghép vật liệu tự thân vào nơi nhận và cố định lại bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.10. Bước 10: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.11. Bước 11: Khâu đóng nơi cho và nơi nhận.

6.12. Bước 12: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, khớp thái dương hàm được tạo hình theo giải phẫu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.
- Liệt mặt: theo dõi, nối dây thần kinh VII nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Tiêu phần xương ghép: thay bằng vật liệu thay thế khác.
- Dính khớp thái dương hàm tái phát: cắt khối dính, tạo hình ổ khớp, ghép vật liệu thay thế khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 174-82.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 649-71.

108. PHẪU THUẬT CẮT KHỐI DÍNH VÀ TẠO HÌNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Dính khớp thái dương hàm là bệnh lý khó điều trị và để lại hậu quả nặng nề: hạn chế há miệng, khó ăn nhai, bất cân xứng phát triển xương mặt, thiểu sản xương hàm dưới, ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Đây là kỹ thuật cắt bỏ khối dính, tạo hình khớp thái dương hàm, giúp phục hồi chức năng của khớp thái dương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

Dính khớp thái dương hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII tăng nguy cơ chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường dùng đường rạch da trước nắp tai hoặc dưới hàm.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt và bộc lộ phần khớp thái dương hàm bệnh lý.

6.5. Bước 5: Cắt khối dính làm nhẵn phần lồi cầu còn lại, ổ chảo.

6.6. Bước 6: Đánh giá biên độ há miệng, cố định hai hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép.

6.7. Bước 7: Cầm máu và đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, biên độ há ngậm miệng được cải thiện.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Liệt mặt: theo dõi, nối dây thần kinh VII nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Tái dính khớp thái dương hàm: cắt bỏ khối dính và tạo hình bằng vật liệu thay thế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 649-71.

109. PHẪU THUẬT THAY KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM NHÂN TẠO 1 BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Những vấn đề liên quan tới khớp thái dương hàm do nguyên nhân chấn thương hay bệnh lý đều là những vấn đề khó điều trị và để lại hậu quả nặng nề: hạn chế há miệng, khó ăn nhai, bất cân xứng phát triển xương mặt, thiểu sản xương hàm dưới, ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Điều trị các vấn đề liên quan khớp thái dương hàm có nhiều phương pháp và một trong số đó là phẫu thuật thay khớp thái dương hàm nhân tạo 1 bên. Đây là kỹ thuật thay phần lồi cầu và ổ khớp bằng khớp nhân tạo để phục hồi chức năng há miệng và giúp phục hồi lại giải phẫu và chức năng của khớp thái dương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- U lồi cầu xương hàm dưới 1 bên.
- Gãy nát lồi cầu 1 bên điều trị bảo tồn thất bại.
- Dính khớp thái dương hàm 1 bên.
- Loạn năng khớp thái dương hàm không đáp ứng với các điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII tăng nguy cơ chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Khớp thái dương hàm nhân tạo.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ 45 phút đến 4 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch da dưới hàm hoặc trước nắp tai.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ khớp thái dương hàm.

6.6. Bước 6: Cắt bỏ phần tổn thương khớp thái dương hàm gồm cả lồi cầu,ổ chảo và chuẩn bị nơi nhận.

6.7. Bước 7: Cố định hai hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Đặt phức hợp lồi cầu-ổ chảo nhân tạo vào nơi nhận, cố định vào nơi nhận bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.9. Bước 9: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.10. Bước 10: Khâu đóng vạt.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, khớp thái dương hàm ổn định, đúng vị trí giải phẫu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo sau khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.

- Liệt mặt: theo dõi, nối dây thần kinh VII nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương: nạo viêm, lấy bỏ khớp nhân tạo và ghép vật liệu thay thế khác.
- Đào thải vật liệu ghép: tháo bỏ, tạo hình bằng chất liệu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 174-82.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 649-71.

110. PHẪU THUẬT THAY KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM NHÂN TẠO 2 BÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Những vấn đề liên quan tới khớp thái dương hàm do nguyên nhân chấn thương hay bệnh lý đều là những vấn đề khó điều trị và để lại hậu quả nặng nề: hạn chế há miệng, khó ăn nhai, bất cân xứng phát triển xương mặt, thiểu sản xương hàm dưới, ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Điều trị các vấn đề liên quan khớp thái dương hàm có nhiều phương pháp và một trong số đó là phẫu thuật thay khớp thái dương hàm nhân tạo 2 bên. Đây là kỹ thuật thay phần lồi cầu và ổ khớp ở cả hai bên bằng khớp nhân tạo để phục hồi chức năng há miệng và giúp phục hồi lại giải phẫu và chức năng của khớp thái dương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- U lồi cầu xương hàm dưới 2 bên.
- Gãy nát lồi cầu 2 bên điều trị bảo tồn thất bại.
- Dính khớp thái dương hàm 2 bên.
- Loạn năng khớp thái dương hàm không đáp ứng với các điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII tăng nguy cơ chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Chỉ thép, nẹp, vít, vật liệu thay thế.
- Khớp thái dương hàm nhân tạo.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 4 giờ 45 phút đến 5 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch da dưới hàm hoặc trước nắp tai.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ khớp thái dương hàm 2 bên.

6.6. Bước 6: Cắt bỏ phần tổn thương khớp thái dương hàm gồm cả lồi cầu,ổ chảo và chuẩn bị nơi nhận.

6.7. Bước 7: Cố định hai hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Đặt phức hợp lồi cầu-ổ chảo nhân tạo vào nơi nhận, cố định vào nơi nhận bằng nẹp, vít, chỉ thép.

6.9. Bước 9: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.10. Bước 10: Khâu đóng vạt.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, khớp thái dương hàm ổn định, đúng vị trí giải phẫu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Gãy nẹp, hoặc vít: lấy bỏ nếu cần.
- Liệt mặt: theo dõi, nối dây thần kinh VII nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương: nạo viêm, lấy bỏ khớp nhân tạo và ghép vật liệu thay thế khác.

- Đào thải vật liệu ghép: tháo bỏ, tạo hình bằng chất liệu khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 174-82.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 649-71.

111. NẮN TRẬT KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp thái dương là một tình trạng khớp nối giữa xương sọ và xương hàm dưới bị mất cân bằng, làm ảnh hưởng rất lớn đến quá trình sinh hoạt, ăn uống hàng ngày. Nắn trật khớp (không can thiệp phẫu thuật) nhằm mục đích là đưa khớp thái dương hàm về đúng vị trí giải phẫu, từ đó phục hồi các chức năng cơ bản: há ngậm miệng, ăn uống, sinh hoạt hàng ngày.v.v..

2. CHỈ ĐỊNH

Trật khớp thái dương hàm 1 hoặc 2 bên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Không có.

3.2. Tại chỗ: Không có.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Tái trật khớp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm, kim tiêm tê, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.

- Đèn mổ.

- Monitor theo dõi người bệnh.

- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 15 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Nắn cả hai bên một lần:

- Bác sĩ đặt hai ngón tay cái có quấn gạc lên trên mặt nhai các răng hàm, hàm dưới, các ngón tay còn lại giữ chặt góc hàm và bờ dưới cành ngang.

- Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí trong hõm khớp thái dương.

6.3. Bước 3: Nắn từng bên một:

- Dùng cả hai ngón tay cái quấn gạc đặt lên mặt nhai răng hàm một bên. Các ngón tay còn lại giữ chặt bờ dưới cành ngang.

- Dùng sức ấn mạnh hai ngón tay cái lên mặt răng hạ lồi cầu xuống thấp, sau đó đẩy hàm ra sau để đưa lồi cầu về đúng vị trí.

- Khi một bên đã vào khớp cần giữ chắc và tiếp tục đẩy cằm sang bên kia và ra sau, lồi cầu sẽ trở về vị trí cũ dễ dàng.

6.4. Bước 4: Kiểm tra khớp cắn và cố định hàm:

Dùng băng cằm – đỉnh để cố định hàm dưới hoặc bắt vít neo chặn.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, khớp thái dương hàm về đúng vị trí, khớp cắn đúng.

- Hướng dẫn dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Gãy xương hàm dưới: kết hợp xương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tuột băng cằm đỉnh, gãy vít neo: băng lại, lấy bỏ vít neo và bắt lại vít.
- Tái trật khớp: nắn lại, cố định hàm cứng chắc bằng vít neo và chỉ thép.

7.3. Biến chứng muộn: Tái trật khớp: điều trị phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 162-69.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1551-69.

112. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM CÓ CAN THIỆP KHỚP

1. ĐẠI CƯƠNG

Trật khớp thái dương là một tình trạng khớp nối giữa xương sọ và xương hàm dưới bị mất cân bằng, làm ảnh hưởng rất lớn đến quá trình sinh hoạt, ăn uống hàng ngày. Nếu việc nắn khớp không có hiệu quả hay người bệnh bị trật khớp tái phát nhiều lần thì cần phải phẫu thuật điều trị trật khớp thái dương hàm có can thiệp khớp, mục đích là đưa khớp thái dương hàm về đúng vị trí giải phẫu, từ đó phục hồi các chức năng cơ bản: há ngậm miệng, ăn uống, sinh hoạt hàng ngày.

2. CHỈ ĐỊNH

Trật khớp thái dương hàm nhiều lần**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình phẫu thuật có nguy cơ tổn thương động mạch hàm trong và dây thần kinh VII tăng nguy cơ chảy máu và liệt mặt.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.

- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Lưỡi cưa, tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch da trước nắp tai hoặc dưới hàm.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Bóc tách bộc lộ khớp thái dương hàm.

6.6. Bước 6: Can thiệp khớp: nắn chỉnh lồi cầu vào đúng trong ổ chảo hoặc điều chỉnh hệ thống dây chằng, bao khớp bị dãn hoặc điều chỉnh phần lồi khớp xương thái dương hoặc phối hợp các phương pháp.

6.7. Bước 7: Kiểm tra lại quá trình há miệng, cố định hai hàm về khớp cắn đúng bằng vít neo, chỉ thép.

6.8. Bước 8: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, khớp thái dương hàm đúng vị trí giải phẫu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.
- Sai khớp cắn: dùng chun liên hàm kéo liên tục. Nếu không đạt được khớp cắn đúng thì phẫu thuật lại.
- Liệt mặt: theo dõi, nối dây thần kinh VII nếu cần.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xương, xương chết: nạo viêm, lấy xương chết.
- Tái trật khớp thái dương hàm: phẫu thuật cắt bỏ, mài phẳng phần lồi khớp xương thái dương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 162-69.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 1569-1625.

113. PHẪU THUẬT NỘI SOI BƠM RỬA KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh lý khớp thái dương hàm là bệnh lý rối loạn khớp hàm và các cơ mặt xung quanh dẫn đến tình trạng đau có chu kỳ, co thắt cơ, mất cân bằng khớp nối giữa xương hàm và xương sọ, chức năng của khớp thái dương hàm bị suy giảm làm ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày. Nội soi bơm rửa khớp là kỹ thuật bơm rửa ổ khớp thái dương hàm bằng dụng cụ nội soi nhằm điều trị bệnh lý viêm khớp thái dương hàm mà việc điều trị kháng sinh toàn thân và các phương pháp điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh hoặc máng chỉnh khớp cắn không đáp ứng. Kỹ thuật nội soi bơm rửa khớp giúp bác sĩ quan sát rõ tình trạng tất cả các thành phần của khớp thái dương, đưa thuốc trực tiếp vào bơm rửa ổ khớp thái dương hàm với sự xâm lấn tối thiểu, gây ít đau đớn, ít sưng nề và hồi phục nhanh cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có bệnh lý viêm khớp thái dương hàm điều trị không đáp ứng với điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bơm phồng khe khớp trên.

6.3. Bước 3: Đưa Trocar vào ổ khớp.

6.4. Bước 4: Thay bằng ống nội soi.

6.5. Bước 5: Bơm rửa ổ khớp.

6.6. Bước 6: Bơm thuốc điều trị.

6.7. Bước 7: Tháo bỏ dụng cụ, khâu phục hồi đường vào dụng cụ.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về ổn định.

+ Tại chỗ: người bệnh giảm sưng đau vùng khớp thái dương hàm.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu**.**

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Sưng nề: chườm mát, băng cằm đầu.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, bơm rửa khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferrari Parabita G, Derada Troletti G, Cattaneo R, Burlini D. Diagnostica endoscopica dell'articolazione temporo-mandibolare [Endoscopic diagnosis of the temporomandibular joint]. Minerva Stomatol. 1990 Jul;39(7):593-600. Italian. PMID: 2280757.

114. BƠM RỬA NỘI KHỚP KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm khớp thái dương hàm là bệnh lý rối loạn khớp hàm và các cơ mặt xung quanh dẫn đến tình trạng đau có chu kỳ, co thắt cơ, mất cân bằng khớp nối giữa xương hàm và xương sọ, chức năng của khớp thái dương hàm bị suy giảm làm ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày. Bơm rửa nội khớp thái dương hàm là kỹ thuật điều trị bệnh lý khớp thái dương hàm bằng bơm rửa nội khớp khi việc điều trị kháng sinh toàn thân và các phương pháp điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh hoặc máng chỉnh khớp cắn không đáp ứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đau khớp thái dương hàm không rõ nguyên nhân và không đáp ứng với điều trị bảo tồn.
- Đau khớp dai dẳng có đi kèm với suy giảm chức năng không có các dấu hiệu tổn thương trên phim thường quy.
- Trật đĩa khớp.
- Viêm khớp thoái hóa.
- Giảm vận động khớp thái dương hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. **Hồ sơ bệnh án:** Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bơm phồng khe khớp trên.

6.3. Bước 3: Chọc kim bơm rửa vào ổ khớp.

6.4. Bước 4: Chọc kim thoát dịch vào ổ khớp.

6.5. Bước 5: Bơm rửa ổ khớp.

6.6. Bước 6: Bơm thuốc điều trị.

6.7. Bước 7: Tháo bỏ dụng cụ.

6.8. Bước 8: Khâu đóng.

6.9. Bước 9: Nắn khớp (nếu cần).

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: không chảy máu, không tụ dịch.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 1593-1603.

115. PHẪU THUẬT DẪN LƯU VIÊM TẤY LAN TỎA VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt là tình trạng viêm mô tế bào hoại tử lan rộng, không giới hạn, với các biểu hiện nhiễm trùng, nhiễm độc diễn biến nhanh, nguy cơ tử vong cao. Phẫu thuật dẫn lưu viêm tấy lan tỏa là phẫu thuật tạo đường vào ổ viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt để giải phóng dịch mủ và lấy bỏ tổ chức hoại tử, giải quyết nguyên nhân.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh tiểu đường, suy giảm miễn dịch, người bệnh có khối ác tính vùng hàm mặt, bệnh mạn tính giai đoạn cuối.v.v..
- Người bệnh có áp xe trung thất, cần ưu tiên điều trị dẫn lưu áp xe trung thất trước.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.

- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh.

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch da-niêm mạc theo các đường rạch sử dụng trong viêm tấy lan tỏa vùng hàm mặt.

6.3. Bước 3: Bóc tách vào tất cả các ổ mủ, lấy mẫu mủ cấy khuẩn tìm kháng sinh đồ.

6.4. Bước 4: Dẫn lưu hết mủ, kiểm soát và mở rộng các vùng hoại tử, lấy bỏ mô bị hoại tử, loại bỏ các răng nguyên nhân.

6.5. Bước 5: Đặt ống dẫn lưu từ tất cả các ổ mủ.

6.6. Bước 6: Bơm rửa các ổ mủ bằng dung dịch povidone-iodine + hydrogen peroxide + NaCl 0,9%.

6.7. Bước 7: Cầm máu.

6.8. Bước 8: Rửa vết thương, băng thấm dịch.

6.9. Bước 9: Băng vết thương.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: không chảy máu, tụ máu, tụ dịch vùng mổ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy khối máu tụ.

- Chưa hết ổ nhiễm trùng: rạch dẫn lưu mủ.

- Tê bì, liệt mặt: nối, ghép thần kinh.

- Rò nước bọt: đóng đường rò, tạo dẫn lưu nước bọt trong miệng.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng huyết: kháng sinh toàn thân, chuyển hồi sức tích cực chống độc.

- Nhiễm trùng trung thất: rạch dẫn lưu trung thất, kháng sinh toàn thân, chuyển hồi sức tích cực chống độc.

- Sẹo co kéo: sửa sẹo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

2. Malanchuk V, Sidoryako A. Vardzhapetian S. MODERN TREATMENT METHODS OF PHLEGMON IN THE MAXILLO-FACIAL AREA AND NECK. Georgian Med News. 2019 Sep;(294):57-61. PMID: 31687950.

3. Krautsevich L, Khorow O. Clinical aspects, diagnosis and treatment of the phlegmons of maxillofacial area and deep neck infections. Otolaryngol Pol. 2008;62(5):545-8. doi: 10.1016/S0030-6657(08)70311-1. PMID: 19004254.

116. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe là tình trạng chỉ chung cho các nhiễm trùng sưng viêm nặng xảy ra ở bất cứ bộ phận nào, tác nhân gây bệnh là vi khuẩn. Dẫn lưu áp xe vùng hàm mặt là kỹ thuật phẫu thuật tạo đường vào ổ áp xe vùng hàm mặt để giải phóng dịch mủ.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe vùng hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh tiểu đường, suy giảm miễn dịch, người bệnh có khối ác tính vùng hàm mặt, bệnh mạn tính giai đoạn cuối.
- Người bệnh có áp xe trung thất, cần ưu tiên điều trị dẫn lưu áp xe trung thất trước.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật, trên ghế răng hoặc phòng thủ thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch da, niêm mạc theo các đường rạch sử dụng cho giải phẫu định khu vùng hàm mặt tương ứng với ổ mủ.

6.3. Bước 3: Bóc tách vào tất cả các ổ mủ, lấy mẫu mủ cấy khuẩn tìm kháng sinh đồ.

6.4. Bước 4: Dẫn lưu hết mủ, kiểm soát và mở rộng các vùng hoại tử, lấy bỏ mô bị hoại tử, loại bỏ răng nguyên nhân.

6.5. Bước 5: Đặt ống dẫn lưu từ tất cả các ổ mủ.

6.6. Bước 6: Bơm rửa các ổ mủ bằng dung dịch povidone-iodine + hydrogen peroxide + NaCl 0,9%.

6.7. Bước 7: Cầm máu**.**

6.8. Bước 8: Rửa vết thương, băng thấm dịch**.**

6.9. Bước 9: Băng vết thương**.**

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: không chảy máu, tụ máu, tụ dịch vùng mổ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Tụ máu: lấy khối máu tụ.

- Chưa hết ổ nhiễm trùng: rạch dẫn lưu mủ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

- Nhiễm trùng huyết: kháng sinh toàn thân, chuyển hồi sức tích cực chống độc.

- Nhiễm trùng trung thất: rạch dẫn lưu trung thất, kháng sinh toàn thân, chuyển hồi sức tích cực chống độc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

2. Burczyńska A. Strużycka I, Dziewit Ł, Wróblewska M. Periapical abscess – etiology, pathogenesis and epidemiology. Przegl Epidemiol. 2017;71(3):417-428.

3. Yuvaraj V. Maxillofacial Infections of Odontogenic Origin: Epidemiological, Microbiological and Therapeutic Factors in an Indian Population. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2016 Dec;68(4):396-399. doi: 10.1007/s12070-015-0823-x. Epub 2015 Jan 20. PMID: 27833861; PMCID: PMC5083637.

117. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương phần mềm hàm mặt là tổn thương thường gặp, từ đơn giản đến phức tạp, có thể phối hợp với tổn thương xương, ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và thẩm mỹ. Để phục hồi chức năng và thẩm mỹ tối đa vết thương cần được xử trí phẫu thuật càng sớm càng tốt và đúng nguyên tắc.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương phần mềm vùng hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Động mạch mặt, động mạch hàm trong, dây thần kinh V, VII.v.v..
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 15 phút đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.3. Bước 3: Cắt lọc, làm sạch, lấy bỏ dị vật, mảnh xương, răng...(nếu có).

6.4. Bước 4: Khâu đóng vết thương theo từng lớp giải phẫu. Đối với vết thương mất tổ chức nhiều sẽ cần phải tạo hình bằng các vạt tại chỗ, vạt rời...

6.5. Bước 5: Đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, các cấu trúc giải phẫu được đặt đúng vị trí.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn: Bục vết mổ: dẫn lưu dịch viêm + khâu phục hồi thì sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 67-73.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 515-39.

118. PHẪU THUẬT KHÂU PHỤC HỒI VẾT THƯƠNG HỎA KHÍ VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương hỏa khí vùng hàm mặt là tổn thương phức tạp có thể do nguyên nhân tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, gây ra bởi đạn bắn, bom nổ..., có thể phối hợp với tổn thương xương, phần mềm, dị vật ảnh hưởng nặng nề đến chức năng và thẩm mỹ. Đối với tổn thương do hỏa khí thì phần tổ chức xung quanh đường vào của hỏa khí sẽ tổn thương rộng do bị tác động bởi nhiệt độ cao, do vậy việc điều trị vết thương hỏa khí vùng hàm mặt cần hết sức kịp thời và đúng nguyên tắc.

2. CHỈ ĐỊNH

Vết thương phần mềm vùng hàm mặt do hỏa khí.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Động mạch mặt, động mạch hàm trong, dây thần kinh V, VII.v.v..
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Bộ dụng cụ vi phẫu.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.3. Bước 3: Cắt lọc rộng, làm sạch tổn thương, máu tụ, dị vật, các mảnh vỡ xương vụn, răng kèm theo nếu có...

6.4. Bước 4: Tùy theo mức độ tổn khuyết, có thể khâu đóng thông thường theo lớp giải phẫu, hoặc nếu tổn thương rộng không thể đóng kín một cách thông thường thì cần tạo hình lại bằng các vạt tại chỗ (xoay, trượt, kéo...) hoặc vạt rời phù hợp.

6.5. Bước 5: Cầm máu, đặt dẫn lưu (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, các tổ chức giải phẫu được đặt đúng vị trí, vạt ghép sáng màu (đối với trường hợp có tạo hình bằng vạt).

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn

- Bục vết mổ: dẫn lưu dịch viêm + khâu phục hồi thì sau.
- Hoại tử vạt: phẫu thuật lấy bỏ vạt, cắt lọc, làm sạch, dẫn lưu + tạo hình lại ở thì phẫu thuật sau.
- Sót dị vật: theo dõi hoặc lấy bỏ dị vật.
- Để lại các nhiễm sắc màu trên da: cắt lọc .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 67-73.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 515-39.

119. PHẪU THUẬT DẪN LƯU MÁU TỤ VÙNG MIỆNG - HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Tụ máu vùng miệng - hàm mặt hay gặp sau chấn thương hay sau các phẫu thuật can thiệp. Mục tiêu của điều trị là dẫn lưu máu tụ nhằm tránh nguy cơ nhiễm trùng, giảm sưng nề, giảm đau, phục hồi lại chức năng và thẩm mỹ vùng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Tụ máu vùng miệng - hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Động mạch mặt, động mạch hàm trong, dây thần kinh V, VII.v.v..
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 15 phút đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.3. Bước 3: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng đường rạch da, niêm mạc phù hợp với vị trí tụ máu, thuận tiện cho việc dẫn lưu.

6.4. Bước 4: Rạch da, niêm mạc theo đường đã thiết kế.

6.5. Bước 5: Làm sạch máu tụ, tìm điểm chảy nếu có và cầm máu bằng buộc mạch, đốt điện hoặc vật liệu cầm máu.

6.6. Bước 6: Bơm rửa, đặt dẫn lưu.

6.7. Bước 7: Băng ép.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu, máu tụ được dẫn lưu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn: Bục vết mổ: dẫn lưu dịch viêm, khâu phục hồi ở thì phẫu thuật sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 61-7.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 515-39.

120. PHẪU THUẬT LẤY XƯƠNG VIÊM VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm xương là tình trạng nhiễm trùng ở xương do vi khuẩn (chủ yếu), virus hoặc vi nấm gây ra. Vi khuẩn có thể đến xương bằng cách đi qua đường máu hoặc lây lan từ các mô lân cận. Xương chết vùng hàm mặt là hậu quả của nhiều bệnh lý như viêm xương-tủy xương, hoại tử xương sau xạ hoặc hóa trị.v.v. có thể gây các triệu chứng như rò mủ, sưng đau, lộ xương trong miệng gây khó chịu và tiến triển lan rộng để lại biến dạng xương. Phẫu thuật lấy xương viêm/ hoại tử vùng hàm mặt là kỹ thuật phẫu thuật loại bỏ tổ chức viêm và hoại tử xương hàm cùng các nguyên nhân gây viêm xương.

2. CHỈ ĐỊNH

-Viêm xương tủy hàm, viêm cốt mạc, viêm xương xơ hóa lan tỏa mạn tính.

-Viêm xương hàm, hoại tử xương hàm do xạ trị, hóa chất.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Chỉ thép và nẹp, vít.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.
- Máy khoan xương.
- Mũi khoan các loại.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch da, niêm nếu cần tạo vạt bộc lộ vùng xương bị viêm.

6.3. Bước 3: Lấy bỏ hết phần bị viêm bao gồm cả xương bị hoại tử, tổ chức mô viêm, răng trên vùng tổn thương, nạo bỏ các đường rò.

6.4. Bước 4: Tiếp tục lấy bỏ xương đến vùng xương còn được cấp máu nuôi dưỡng tốt.

6.5. Bước 5: Rửa sạch phẫu trường, cầm máu.

6.6. Bước 6: Đặt dẫn lưu, meche nếu cần.

6.7. Bước 7: Khâu đóng khép mép vết thương nếu được.

6.8. Bước 8: Rửa vết thương, băng thấm dịch.

6.9. Bước 9: Băng vết thương.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: không chảy máu, tụ máu, tụ dịch vùng mổ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

- Lộ xương vùng xương chết: lấy mảnh xương chết, che phủ vùng xương viêm bằng các vạt niêm mạc (nếu được).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham.

2. Baur DA. Altay MA. Flores-Hidalgo A. Ort Y, Quereshy FA. Chronic osteomyelitis of the mandible: diagnosis and management--an institution's experience over 7 years. J Oral Maxillofac Surg. 2015 Apr;73(4):655-65. doi: 10.1016/j.joms.2014.10.017. Epub 2014 Nov 21. PMID: 25577460.

3. Rajkumar GC, Hemalatha M, Shashikala R, Kumar DV. Recurrent chronic suppurative osteomyelitis of the mandible. Indian J Dent Res. 2010 Oct-Dec;21(4):606-8. doi: 10.4103/0970-9290.74229. PMID: 21187635.

4. Krakowiak PA. Alveolar osteitis and osteomyelitis of the jaws. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2011;23:401–413. doi: 10.1016/j.coms.2011.04.005.

5. Fritz JM, McDonald JR. Osteomyelitis: approach to diagnosis and treatment. Phys Sportsmed. 2008;36(1):nihpa116823. doi: 10.3810/psm.2008.12.11.

6. Gudmundsson T, Torkov P, Thygesen TH. Diagnosis and treatment of osteomyelitis of the jaw: a systematic review (2002–2015) of the literature. J Dent Oral Disord. 2017;3(4):1066.

7. Koorbusch GF, Deatherage JR, Curé JK. How can we diagnose and treat osteomyelitis of the jaws as early as possible? Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2011;23:557–567. doi: 10.1016/j.coms.2011.07.011.

121. TIÊM XƠ U MÁU VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Vùng hàm mặt có hệ thống mạch máu vô cùng phong phú. U máu vùng hàm mặt là khối u bẩm sinh hoặc mắc phải, nguồn gốc xuất phát từ các tế bào mạch máu, có thể gây biến dạng, mất thẩm mỹ. Tiêm xơ điều trị u máu là kỹ thuật sử dụng chất xơ qua đường tiêm vào trong lòng u để điều trị thu nhỏ kích thước u máu vùng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

- U máu dưới da lan tỏa hoặc u máu lớn thể gồ, u máu có liên quan đến cơ bám da mặt khi cắt nguy cơ làm mất khả năng biểu lộ cảm xúc.
- U máu lưu lượng thấp.
- Phối hợp với các phương pháp khác như làm nghẽn mạch hay phẫu thuật cắt u.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.
- Dị ứng với các thành phần của thuốc tiêm xơ.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu**.**
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc chống viêm.
- Thuốc hồi sức khác.

- Thuốc gây xơ hóa mạch máu.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ tiêm xơ.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ được giải thích đầy đủ, hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tiêm từ vùng da lành để tránh hoại tử da trên u sau tiêm.

6.3. Bước 3: Số mũi tiêm, liều lượng, độ sâu tùy thuộc vào kích thước của u.

6.4. Bước 4: Rửa sạch.

6.5. Bước 5: Băng ép.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vùng tiêm xơ ổn định, không xuất hiện các điểm ứ trệ tuần hoàn.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 1137-1165.

122. PHẪU THUẬT MỞ XOANG HÀM LẤY DỊ VẬT/RĂNG NGẦM

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật mở mặt trước của xoang hàm để lấy các dị vật, chóp răng và răng ngầm nằm trong xoang là nguyên nhân có thể gây viêm xoang. Dị vật có thể có sau chấn thương, vết thương hỏa khí, cũng có thể là chân răng lọt vào xoang sau phẫu thuật nhổ răng hàm trên.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xoang hàm mạn tính do răng ngầm.
- Dị vật lọt vào trong xoang.
- Chóp chân răng lọt vào xoang sau nhổ răng.
- Implant lọt vào xoang sau phẫu thuật cấy ghép Implant.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy khoan xương.
- Mũi khoan các loại.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên cách ranh giới lợi dính – lợi di động 5 mm.

6.4. Bước 4: Bóc tách vạt.

6.5. Bước 5: Mở cửa sổ xương.

6.6. Bước 6: Lấy dị vật, chóp răng hoặc răng từ xoang.

6.7. Bước 7: Cầm máu, bơm rửa sạch, khâu đóng.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: dị vật được lấy bỏ.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu**.**

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

- Sưng nề: chườm đá.

- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, rạch dẫn lưu tại chỗ.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 148-157.

123. PHẪU THUẬT LÀM SÂU NGÁCH TIỀN ĐÌNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngách tiền đình nông phần lớn là tình trạng sống hàm bị teo do mất nhiều răng lâu ngày. Ngách tiền đình nông còn là hậu quả của chấn thương và phẫu thuật một số bệnh lý vùng hàm mặt. Phẫu thuật làm sâu ngách tiền đình là phẫu thuật làm tăng độ sâu ngách tiền đình trong các trường hợp ngách tiền đình nông.

2. CHỈ ĐỊNH

Ngách tiền đình nông**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc tại ranh giới lợi bám dính và lợi di động không rạch qua lớp màng xương.

6.3. Bước 3: Bóc tách vạt phần mềm khỏi lớp màng xương.

6.4. Bước 4: Trượt vạt phần mềm làm sâu ngách tiền đình, cố định lại vào lớp màng xương.

6.5. Bước 5: Khâu đóng phần mềm theo giải phẫu.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: ngách tiền đình đã được làm sâu, cố định, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.

7.3. Biến chứng muộn: Ngách tiền đình chưa đạt độ sâu: phẫu thuật thì 2**.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 178-181.

124. PHẪU THUẬT DỊCH CHUYỂN DÂY THẦN KINH RĂNG DƯỚI ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Người bệnh thiếu chiều cao xương hữu ích tại vùng cần đặt Implant liên quan đến thần kinh răng dưới. Đây là kỹ thuật di chuyển bó mạch thần kinh răng dưới (trong ống răng dưới) sang bên để làm tăng kích thước xương hữu ích cho việc đặt Implant để phục hình răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Sống hàm hàm dưới thiếu chiều cao xương có ích để cấy ghép implant.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Thiếu xương theo cả chiều rộng và chiều cao.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy khoan.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh.

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch vạt niêm mạc.

6.3. Bước 3: Bóc tách bộc lộ thân xương hàm dưới.

6.4. Bước 4: Mở cửa sổ xương bộc lộ dây thần kinh răng dưới.

6.5. Bước 5: Bóc tách dịch chuyển dây thần kinh răng dưới.

6.6. Bước 6: Cố định dây thần kinh răng dưới.

6.7. Bước 7: Ghép xương nếu cần.

6.8. Bước 8: Bơm rửa cầm máu.

6.9. Bước 9: Khâu đóng vạt.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: ống thần kinh đã được di chuyển, liền mạch, đủ xương để cấy ghép implant, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

- Đứt nhánh thần kinh răng dưới: khâu phục hồi vi phẫu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Nhiễm trùng: điều trị kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ

7.3. Biến chứng muộn: Tê bì: điều trị nội khoa, theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferrigno N, Laureti M, Fanali S. Inferior alveolar nerve transposition in conjunction with implant placement. International Journal of Oral & Maxillofacial Implants. 2005 Jul 1;20(4).

2. Lorean A, Kablan F, Mazor Z, Mijiritsky E, Russe P, Barbu H, Levin L. Inferior alveolar nerve transposition and reposition for dental implant placement in edentulous or partially edentulous mandibles: a multicenter retrospective study. International journal of oral and maxillofacial surgery. 2013 May 1;42(5):656-9.

3. Abayev B, Juodzbalys G. Inferior alveolar nerve lateralization and transposition for dental implant placement. Part I: a systematic review of surgical techniques. Journal of oral & maxillofacial research. 2015 Jan;6(1).

125. PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ XƯƠNG HÀM CÓ SỬ DỤNG VẬT LIỆU SINH HỌC TỰ THÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Hoại tử xương hàm là bệnh lý xương xảy ra do mất tạm thời hoặc vĩnh viễn nguồn cung cấp máu đến xương. Tình trạng này khiến cho những tế bào mô xương chết dần. Hoại tử xương hàm có thể được điều trị sử dụng chế phẩm sinh học như huyết tương giàu tiểu cầu, sợi tơ huyết giàu tiểu cầu hoặc tế bào gốc tự thân.

2. CHỈ ĐỊNH

Hoại tử xương hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Mũi khoan các loại.
- Ống đựng máu quay ly tâm.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy khoan xương.
- Máy quay ly tâm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ được giải thích đầy đủ, hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bộc lộ vùng xương bị hoại tử.

6.3. Bước 3: Lấy bỏ hết phần bị hoại tử bao gồm cả xương, tổ chức xơ, răng trên vùng tổn thương.

6.4. Bước 4: Tiếp tục lấy bỏ xương đến vùng xương còn được cấp máu nuôi dưỡng tốt.

6.5. Bước 5: Rửa phẫu trường, cầm máu, chuẩn bị ổ nhận.

6.6. Bước 6: Đặt chế phẩm sinh học vào ổ nhận.

6.7. Bước 7: Khâu đóng vết thương.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: khối xương hoại tử đã được cắt bỏ, có máu chảy ở mô xương lành, vết thương được khâu kín.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.

7.3. Biến chứng muộn: Hoại tử xương: phẫu thuật thì 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 1226-1232.

126. PHẪU THUẬT CẦM MÁU TẠI CHỖ SAU PHẪU THUẬT ĐẦU CỔ

1. ĐẠI CƯƠNG

Vùng đầu cổ là vùng có rất giàu mạch máu, xuất phát từ các nhánh bên của động mạch cảnh chung. Các phẫu thuật vùng đầu cổ cũng dễ gây chảy máu sau khi kết thúc phẫu thuật nên cần phải được cầm máu.

2. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu tại chỗ sau phẫu thuật đầu cổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Không có.

3.2. Tại chỗ: Không có.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ được giải thích đầy đủ, hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây mê nội khí quản hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc miệng hoặc da qua đường mổ cũ.

6.3. Bước 3: Bóc tách bộc lộ vùng chảy máu.

6.4. Bước 4: Xác định chảy máu do mạch máu theo điểm hay theo diện.

6.5. Bước 5: Thắt mạch máu đối với các chảy máu của mạch máu.

6.6. Bước 6: Ép gạc và đốt bằng dao điện lưỡng cực đối với các chảy máu diện.

6.7. Bước 7: Đặt các vật liệu hỗ trợ cầm máu nếu cần.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh có chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu ở vùng không cầm được: cầm máu, nút mạch.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 1137-1165.

127. PHONG BẾ DÂY THẦN KINH V

1. ĐẠI CƯƠNG

Đau dây thần kinh số V là một loại đau rất đặc thù của vùng hàm mặt. Cơn đau rất nặng, đột ngột xuất hiện và diễn ra rất nhanh, vài giây cho đến hai phút. Cơn đau có thể là tự phát hoặc khi bị kích thích vào một điểm đặc hiệu. Vị trí đau của nhánh thần kinh răng dưới nằm ở vùng lưỡi, môi dưới và vùng cằm cùng bên với tổn thương. Phong bế dây thần kinh V là kỹ thuật tiêm thuốc tê vào gần dây thần kinh hoặc nhóm dây thần kinh nhằm giảm đau.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán có cơn đau thần kinh V do nhánh thần kinh răng dưới chi phối, không xác định được nguyên nhân và điều trị nội khoa không có kết quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Đau vùng hàm mặt không điển hình chưa loại trừ nguyên nhân.
- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ tiêm vào mạch máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.

- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng thủ thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định vị trí gai Spix.

6.3. Bước 3: Đâm đầu kim tiêm vào vị trí vừa xác định.

6.4. Bước 4: Hút ngược xi lanh kiểm tra có đâm phải mạch máu không.

6.5. Bước 5: Bơm thuốc tê.

6.6. Bước 6: Rút đầu kim tiêm ra và đặt gạc vào vị trí vừa tiêm.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: người bệnh giảm đau, không có phản ứng quá mẫn.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử lý theo quy trình chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử lý theo quy trình chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng nề, tụ máu vùng tiêm: chườm đá.
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

-Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.

-Tụ máu: lấy máu tụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alaa Abd-Elsayed-Trigeminal Nerve Pain A Guide to Clinical Management. Springer International Publishing; 2022; 89-101.

128. PHẪU THUẬT CẮT BỎ DÂY THẦN KINH V

1. ĐẠI CƯƠNG

Dây thần kinh V là một trong 12 nhánh thần kinh sọ. Gồm có 3 nhánh tận là dây V1, V2 và V3. Chức năng của dây thần kinh V là chi phối cảm giác cho hầu hết da đầu, toàn bộ da mặt và một phần cổ cũng như chi phối vận động cho hệ thống cơ nhai. Trong một số trường hợp nhánh dây thần kinh V có thể bị tổn thương nguyên phát hoặc thứ phát gây nên bệnh đau dây thần kinh V. Phẫu thuật cắt bỏ dây thần kinh V là kỹ thuật cắt bỏ một phần nhánh nhằm loại bỏ các triệu chứng của đau dây thần kinh V.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có cơn đau vùng mặt do nhánh mắt dây V chi phối cảm giác mà không xác định được nguyên nhân, đã điều trị nội khoa không kết quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cưa xương, máy khoan xương.
- Lưỡi cưa, mũi khoan các loại.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch da gần phần đổ ra ngoài sọ của nhánh dây thần kinh V1.

6.3. Bước 3: Bóc tách qua da và tổ chức dưới da bộc lộ nhánh thần kinh.

6.4. Bước 4: Kéo nhánh dây thần kinh ra ngoài rồi cắt bỏ.

6.5. Bước 5: Bơm rửa, cầm máu.

6.6. Bước 6: Khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

6.7. Bước 7: Băng vết thương.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: vết mổ không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Sưng nề: chườm đá.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, rạch dẫn lưu tại chỗ.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alaa Abd-Elsayed-Trigeminal Nerve Pain A Guide to Clinical Management. Springer International Publishing; 2022; 207-214.

129. TIÊM BOTULINUM TOXINE VÀO HỆ THỐNG CƠ NHAI ĐIỀU TRỊ BỆNH LOẠN TRƯƠNG LỰC CƠ

1. ĐẠI CƯƠNG

Hệ thống cơ nhai gồm có cơ cắn, cơ chân bướm trong, chân bướm ngoài và cơ thái dương cùng một số cơ khác. Bệnh loạn trương lực cơ có thể biểu hiện trên lâm sàng bằng triệu chứng sưng, nóng vùng hệ thống cơ nhai, đau khi há ngậm miệng hoặc đau sau khi ngủ dậy .v.v.Tiêm Botulinum Toxine nhằm mục đích hỗ trợ giảm các triệu chứng có liên quan đến bệnh lý loạn trương lực cơ của hệ thống cơ nhai.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có các triệu chứng bệnh loạn năng tăng trương lực cơ như đau, sưng và căng cơ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Tiền sử dị ứng thuốc Botulinum Toxine.

- Phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Tiền sử suy gan suy thận và dị ứng với các thành phần của Botulinum Toxine.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Botulinum Toxine.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.

- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

- Ghế răng hoặc Bàn thủ thuật.

- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng thủ thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tiêm thuốc:

Tiêm một hay nhiều vị trí phụ thuộc vào chẩn đoán và triệu chứng người bệnh.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: người bệnh tỉnh táo, chỉ số sinh tồn trong giới hạn.

+ Tại chỗ: người bệnh giảm đau.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Sốc phản vệ hoặc dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Bầm tím khu vực tiêm: chườm đá, dùng thuốc chống viêm.
- Sưng vùng tiêm: chườm đá.
- Cảm giác khó chịu quanh vùng tiêm: dùng thuốc chống viêm.
- Cảm giác giảm trương lực cơ: theo dõi, hướng dẫn tập luyện

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jeffrey P. Okeson, Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, 8th edition, 2019.291-316.

130. CHỌC THĂM DÒ U/ NANG VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang vùng hàm mặt là một tổn thương bất thường trong xương hoặc mô mềm có thể chứa chất lỏng còn u là một khối rắn hoặc bán rắn trong xương hoặc mô mềm được tạo thành từ các tế bào khác với các tế bào thường được tìm thấy ở vị trí đó. Chọc thăm dò u/nang vùng hàm mặt là kỹ thuật thăm dò các khối u, nang vùng hàm mặt để có thêm dữ liệu phục vụ cho việc chẩn đoán phân biệt u với nang, đồng thời có thể lấy dịch nang hoặc tổ chức u để xét nghiệm tế bào học.

2. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh lý khối u hoặc nang vùng hàm mặt cần chẩn đoán phân biệt bằng cách lấy tổ chức bên trong tổn thương để định hướng cho chẩn đoán và điều trị.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Tổn thương nằm dưới các cấu trúc giải phẫu quan trọng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.
- Có nguy cơ chảy máu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.

- Máy hút dịch.

- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.

- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng thủ thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Dùng kim chọc vào khối u, hút dịch.

6.3. Bước 3: Rút kim tiêm.

6.4. Bước 4: Băng ép.

6.5. Bước 5: Đánh giá dịch hút ra.

6.6. Bước 6: Cố định bơm tiêm và chuyển xét nghiệm.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: tổn thương được lấy đúng vị trí và không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh, rạch dẫn lưu tại chỗ.v.v.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 935-965.

131. PHẪU THUẬT MỞ THÔNG NANG VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang là một hốc bệnh lý trong xương hàm có chứa dịch và/hoặc khí, được lót bằng lớp tế bào biểu mô nhưng không phải luôn luôn có. Nang xương hàm được tạo thành bởi nguyên nhân do răng hoặc không do răng và các loại nang bẩm sinh. Một trong các phương pháp điều trị là phẫu thuật mở thông nang, mục đích là giảm áp lực trong lòng nang, đánh giá tình trạng khối nang và xương hàm sau mở thông theo thời gian, từ đó có lựa chọn cho phương án điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

Nang xương hàm kích thước lớn**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người cao tuổi hoặc có bệnh mạn tính toàn thân (Tiểu đường, cao huyết áp, COPD.v.v.).
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu, nguy cơ thất bại do lỗ mở thông tịt lại.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật các loại.
- Mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 15 phút đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch: thường sử dụng vạt niêm mạc- màng xương.

6.3. Bước 3: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu.

6.4. Bước 4: Rạch và tạo vạt.

6.5. Bước 5: Rạch, bóc tách bộc lộ nang.

6.6. Bước 6: Mở thông nang, khâu lộn túi nếu cần.

6.7. Bước 7: Cầm máu, đặt dẫn lưu, meche.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: theo dõi chỉ số sinh tồn (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Hẹn cắt chỉ, hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo khi chỉ số sinh tồn và tại chỗ ổn định.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Tổn thương thần kinh, mạch máu và các cấu trúc liên quan: khâu phục hồi thần kinh, cấu trúc và mạch máu tổn thương, thắt mạch để cầm máu nếu cần thiết.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có.

7.3. Biến chứng muộn: Lỗ thông nang bị tịt lại: mở thông lại hoặc phẫu thuật cắt toàn bộ nang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn, (2022), Bệnh lý và Phẫu thuật hàm mặt-Tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, tr. 15-37.

2. Peterson L.J., (2022), Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. 4th ed., Springer Cham, pp. 935-65.

132. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT XƠ ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT

1. ĐẠI CƯƠNG

Tuyến nước bọt bị viêm tắc có thể do nhiều nguyên nhân, quá trình viêm lan rộng đến vùng ống tuyến tạo nên nhiều dải xơ nằm rải rác dọc thành ống tuyến làm ống tuyến nước bọt bị thu hẹp lại, cản trở đường thoát của nước bọt vào trong khoang miệng. Việc điều trị kháng sinh toàn thân đôi khi không cải thiện được việc xơ hoá dọc thành ống tuyến. Đây là kỹ thuật điều trị viêm tuyến nước bọt chính (tuyến mang tai, tuyến dưới hàm) do xơ hóa làm chít hẹp các ống tuyến (ống Stenon, Wharton) bằng phương pháp nội soi nhằm thông tắc các đoạn bị chít hẹp dọc ống tuyến, giúp nước bọt thoát nhanh hơn, không bị ứ đọng, giúp làm giảm quá trình viêm, tránh tái phát.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh viêm tuyến nước bọt cấp tính hoặc mạn tính do xơ hóa làm chít hẹp ống tuyến nước bọt chính**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.

- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ nội soi tuyến nước bọt.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tìm đường vào ống tuyến nước bọt.

6.3. Bước 3: Nong rộng lỗ ống tuyến.

6.4. Bước 4: Đặt ống nội soi vào lòng ống tuyến.

6.5. Bước 5: Lấy dải xơ dọc theo đường đi ống tuyến.

6.6. Bước 6: Bơm rửa, bơm thuốc qua ống nội soi.

6.7. Bước 7: Tháo bỏ dụng cụ.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: lấy bỏ các sợi xơ dọc ống tuyến.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu thành ống tuyến: cầm máu bằng bơm rửa.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ, bơm rửa tuyến qua kim luồn.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nahlieli O, Baruchin AM. Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of obstructive salivary gland diseases. J Oral Maxillofac Surg. 1999 Dec;57(12):1394-401; discussion 1401-2.

133. PHẪU THUẬT NỘI SOI NONG ỐNG TUYẾN NƯỚC BỌT

1. ĐẠI CƯƠNG

Có nhiều nguyên nhân gây viêm tuyến nước bọt nhưng hầu hết đều do việc ứ đọng nước bọt trong lòng tuyến lâu ngày. Việc ứ đọng nước bọt trong lòng tuyến có thể do lòng ống tuyến bị chít hẹp gây cản trở thoát nước bọt vào khoang miệng. Đây là kỹ thuật điều trị viêm tuyến nước bọt chính (tuyến mang tai, tuyến dưới hàm) cấp tính hoặc mạn tính do chít hẹp ống tuyến (ống Stenon, Wharton) bằng nội soi nhằm nong rộng lòng ống, giúp nước bọt được thoát nhanh hơn, không ứ đọng trong lòng tuyến.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh viêm tuyến nước bọt cấp tính hoặc mạn tính do chít hẹp ống tuyến nước bọt chính**.**

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ nội soi tuyến nước bọt.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh.

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tìm đường vào ống tuyến nước bọt.

6.3. Bước 3: Nong rộng lỗ ống tuyến.

6.4. Bước 4: Đặt ống nội soi vào lòng ống tuyến.

6.5. Bước 5: Nong rộng lòng ống tuyến bằng dụng cụ nong ống tuyến từ cỡ nhỏ đến cỡ lớn.

6.6. Bước 6: Bơm rửa, bơm thuốc qua ống nội soi.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: ống tuyến được nong rộng.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu thành ống tuyến: cầm máu bằng bơm rửa.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ bằng bơm rửa tuyến qua kim luồn.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nahlieli O, Baruchin AM. Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of obstructive salivary gland diseases. J Oral Maxillofac Surg. 1999 dec;57(12):1394-401; discussion 1401-2.

134. PHẪU THUẬT NỘI SOI GIẢI DÍNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật nội soi điều trị các bệnh lý khớp thái dương hàm bằng cách lấy bỏ hoặc tạo hình lại các thành phần của khớp thái dương bao gồm lồi cầu xương hàm dưới hoặc lồi khớp, đĩa khớp. Kỹ thuật nội soi khớp là kỹ thuật hiện đại, giúp bác sĩ quan sát rõ tình trạng tất cả các thành phần của khớp thái dương và có thể tạo hình lại trực tiếp các thành phần của ổ khớp thái dương hàm với sự xâm lấn tối thiểu, gây ít đau đớn, ít sưng nề và hồi phục nhanh cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh trật đĩa khớp.
- Viêm khớp thái hóa biến dạng.
- Quá phát lồi cầu vô căn.
- Thoái hoá lồi cầu.
- Thiểu sản lồi khớp.
- Dị dạng đĩa khớp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bơm phồng khe khớp trên.

6.3. Bước 3: Đưa Trocar vào ổ khớp.

6.4. Bước 4: Thay bằng ống nội soi.

6.5. Bước 5: Đưa dụng cụ vào giải dính khớp thái dương hàm.

6.6. Bước 6: Bơm rửa ổ khớp.

6.7. Bước 7: Tháo bỏ dụng cụ.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: các thành phần ổ khớp được tạo hình lại theo mục tiêu ban đầu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu**.**

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Sưng nề: chườm mát, băng cằm, đầu.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, bơm rửa khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nahlieli O, Baruchin AM. Endoscopic technique for the diagnosis and treatment of obstructive salivary gland diseases. J Oral Maxillofac Surg. 1999 Dec;57(12):1394-401; discussion 1401-2. doi: 10.1016/s0278-2391(99)90716-4. PMID: 10596658.

135. PHẪU THUẬT NỘI SOI CHẨN ĐOÁN BỆNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật nội soi xác định chẩn đoán chính xác bệnh lý vùng khớp thái dương hàm khi không thể xác định chính xác nguyên nhân bệnh lý khớp thái dương hàm thông qua thăm khám, hoặc các công cụ cận lâm sàng như chụp X-quang thường quy, CT Scanner, MRI, siêu âm khớp .v.v. Kỹ thuật nội soi khớp là kỹ thuật hiện đại, giúp bác sĩ quan sát rõ tình trạng tất cả các thành phần của khớp thái dương hàm với sự xâm lấn tối thiểu, gây ít đau đớn, ít sưng nề và hồi phục nhanh cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đau khớp thái dương hàm không xác định được nguyên nhân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi khớp thái dương hàm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bơm phồng khe khớp trên.

6.3. Bước 3: Đưa Trocar vào ổ khớp.

6.4. Bước 4: Thay bằng ống nội soi.

6.5. Bước 5: Bơm rửa đầu nội soi.

6.6. Bước 6: Thăm dò.

6.7. Bước 7: Tháo bỏ dụng cụ.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn trở về ổn định.

+ Tại chỗ: xác định được tổn thương vùng khớp thái dương hàm.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Sưng nề: chườm mát, băng cằm đầu.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, bơm rửa khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferrari Parabita G, Derada Troletti G, Cattaneo R, Burlini D. Diagnostica endoscopica dell'articolazione temporo-mandibolare [Endoscopic diagnosis of the temporomandibular joint]. Minerva Stomatol. 1990 Jul;39(7):593-600. Italian. PMID: 2280757.

136. PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠO HÌNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật nội soi điều trị các bệnh lý khớp thái dương hàm bằng cách lấy bỏ hoặc tạo hình lại các thành phần của khớp thái dương bao gồm lồi cầu xương hàm dưới hoặc lồi khớp, đĩa khớp. Kỹ thuật nội soi khớp giúp bác sĩ quan sát rõ tình trạng tất cả các thành phần của khớp thái dương và có thể tạo hình lại trực tiếp các thành phần của ổ khớp thái dương hàm với sự xâm lấn tối thiểu, gây ít đau đớn, ít sưng nề và hồi phục nhanh cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trật đĩa khớp.
- Viêm khớp thái hóa biến dạng.
- Quá phát lồi cầu vô căn.
- Thoái hoá lồi cầu.
- Thiểu sản lồi khớp.
- Dị dạng đĩa khớp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bơm phồng khe khớp trên.

6.3. Bước 3: Đưa Trocar vào ổ khớp.

6.4. Bước 4: Thay bằng ống nội soi.

6.5. Bước 5: Đưa dụng cụ vào tạo hình lồi khớp, đĩa khớp, lồi cầu xương hàm dưới.

6.6. Bước 6: Bơm rửa ổ khớp.

6.7. Bước 7: Tháo bỏ dụng cụ.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: các thành phần ổ khớp được tạo hình lại theo mục tiêu ban đầu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu**.**

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Sưng nề: chườm mát, băng cằm đầu.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, bơm rửa khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Troulis MJ, Williams WB. Kaban LB. Endoscopic mandibular condylectomy and reconstruction: early clinical results. J Oral Maxillofac Surg. 2004 Apr;62(4):460-5. doi: 10.1016/j.joms.2003.09.012. PMID: 15085514.

137. PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY DỊ VẬT VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật nội soi nhằm lấy bỏ các dị vật vùng hàm mặt sau chấn thương, đặc biệt là các vết thương do hỏa khí nằm ở vị trí sâu khó tiếp cận hoặc nằm cạnh các mốc giải phẫu quan trọng có nguy cơ tổn thương nếu tiếp cận bằng mổ mở. Nội soi là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu nhưng vẫn đạt được mục đích tối đa là tiếp cận vào vùng có dị vật, có thể quan sát rõ dị vật và lấy bỏ dị vật với các dụng cụ chuyên dụng. Kỹ thuật nội soi giúp giảm đau đớn, sưng nề và người bệnh hồi phục nhanh hơn sau phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật hàm mặt do chấn thương.
- Vết thương hỏa khí.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt gây khó khăn, chảy máu nhiều trong quá trình thăm dò tổn thương bằng nội soi**.**

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Đưa ống nội soi vào vị trí có dị vật.

6.3. Bước 3: Luồn thay bằng dụng cụ nội soi.

6.4. Bước 4: Đưa dụng cụ vào bóc tách lấy dị vật.

6.5. Bước 5: Bơm rửa.

6.6. Bước 6: Cầm máu và đặt dẫn lưu.

6.7. Bước 7: Tháo bỏ dụng cụ.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: lấy bỏ được dị vật.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Tụ máu: lấy máu tụ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, chích rạch dẫn lưu mủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

138. PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP XƯƠNG GÃY LỒI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật nội soi điều trị chấn thương gãy lồi cầu xương hàm dưới. Gãy lồi cầu xương hàm dưới là chấn thương thường gặp ở vùng hàm mặt do cổ lồi cầu là một trong các điểm yếu của xương hàm. Có nhiều đường rạch da tiếp cận được vùng này tuy nhiên có thể để lại sẹo lớn, phẫu trường rộng, chảy máu, sưng đau nhiều sau phẫu thuật. Phương pháp nội soi giúp tiếp cận kết hợp lại lồi cầu xương hàm dưới với đường sẹo ngoài da nhỏ kết hợp với đường rạch trong miệng, giảm sưng đau, chảy máu cho người bệnh trong và sau phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy lồi cầu xương hàm dưới di lệch có làm mất chiều cao xương hàm dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.

- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Mũi khoan các loại.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi.
- Máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch da kết hợp niêm mạc trong miệng.

6.3. Bước 3: Đưa dụng cụ qua các đường rạch.

6.4. Bước 4: Bóc tách bộc lộ ổ gãy lồi cầu

6.5. Bước 5: Cố định hàm ở khớp cắn đúng.

6.6. Bước 6: Nắn chỉnh đường gãy.

6.7. Bước 7: Kết hợp xương lồi cầu.

6.8. Bước 8: Tháo bỏ dụng cụ.

6.9. Bước 9: Khâu đóng các đường mổ.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn trở về ổn định.

+ Tại chỗ: kết hợp được lồi cầu xương hàm dưới.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu**.**

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

- Sưng nề: chườm đá.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, rạch dẫn lưu tại chỗ.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- Sai khớp cắn: phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Troulis MJ, Williams WB. Kaban LB. Endoscopic mandibular condylectomy and reconstruction: early clinical results. J Oral Maxillofac Surg. 2004 Apr;62(4):460-5. doi: 10.1016/j.joms.2003.09.012. PMID: 15085514.

139. PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁI TẠO SÀN Ổ MẮT

1. ĐẠI CƯƠNG

Sàn ổ mắt (thành dưới): tạo bởi xương hàm trên, xương gò má và xương khẩu cái, có rãnh và ngách dưới ổ mắt. Sàn ổ mắt mỏng, là mặt trên xoang hàm. Trong gãy xương gò má, thành này dễ bị gãy sập và tổ chức phần mềm dưới và hai bên nhãn cầu dễ bị thoát vị xuống xoang hàm làm lệch trục nhãn cầu, hoặc thụt nhãn cầu xuống dưới ra sau.

Phẫu thuật nội soi tái tạo sàn ổ mắt là phẫu thuật tái tạo sàn ổ mắt có sử dụng nội soi hỗ trợ nắn chỉnh xương gãy và đặt nẹp nằm ở vị trí sâu khó tiếp cận hoặc nằm cạnh các mốc giải phẫu quan trọng có nguy cơ tổn thương nếu tiếp cận bằng phương pháp mổ mở.

2. CHỈ ĐỊNH

Vỡ sàn ổ mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Vỡ sàn ổ mắt ít di lệch, không ảnh hưởng tới thị lực.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt gây khó khăn, chảy máu nhiều trong quá trình thăm dò sàn ổ mắt bằng nội soi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Chỉ thép và nẹp, vít.
- Mũi khoan các loại.
- Vật liệu thay thế.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi.
- Máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch da hoặc niêm mạc.

6.4. Bước 4: Bộc lộ tổn thương.

6.5. Bước 5: Sử dụng thiết bị nội soi kiểm soát, nắn chỉnh các đường gãy sàn ổ mắt.

6.6. Bước 6: Lấy bỏ các tổ chức viêm, xương vun, đặt dụng cụ tái tạo sàn ổ mắt, cố định.

6.7. Bước 7: Cầm máu, khâu đóng.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: sàn ổ mắt được tái tạo, các tổ chức ổ mắt về vị trí giải phẫu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.

7.3. Biến chứng muộn

- Hạn chế vận nhãn: phẫu thuật thì 2**.**

- Lộ nẹp, vít: tháo nẹp, vít**.**

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 731-744.

140. PHẪU THUẬT NỘI SOI KẾT HỢP XƯƠNG GÃY XƯƠNG GÒ MÁ VÀ/HOẶC CUNG TIẾP

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương gò má là một thành phần thuộc khối xương mặt. Đây là một khối xương dày và khỏe, gồm 4 cạnh khớp với 4 xương là xương trán, xương thái dương, cánh lớn của xương bướm và xương hàm trên (trán gò má, thái dương gò má và bướm gò má). Xương gò má-cung tiếp gãy có thể được kết hợp xương bằng cách sử dụng nội soi hỗ trợ nắn chỉnh xương gãy và đặt nẹp.

2. CHỈ ĐỊNH

Gãy xương gò má-cung tiếp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1.Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2.Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1.Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Mũi khoan các loại.
- Chỉ thép và nẹp, vít.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi.
- Máy khoan xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch da hoặc niêm mạc miệng.

6.4. Bước 4: Bộc lộ tổn thương.

6.5. Bước 5: Sử dụng thiết bị nội soi kiểm soát, nắn chỉnh các đường gãy.

6.6. Bước 6: Cố định các đường gãy.

6.7. Bước 7: Cầm máu, khâu đóng.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: xương gò má-cung tiếp được kết hợp về vị trí giải phẫu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Máu tụ: dẫn lưu máu tụ.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.

7.3. Biến chứng muộn

- Xương can sai: phẫu thuật thì 2.

- Lộ nẹp, vít: tháo nẹp, vít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 697-701.

141. PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U VÙNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt u vùng hàm mặt nằm ở vị trí sâu, khó tiếp cận hoặc nằm cạnh các mốc giải phẫu quan trọng có nguy cơ tổn thương nếu tiếp cận bằng phương pháp mổ mở.

2. CHỈ ĐỊNH

U lành tính vùng hàm mặt kích thước nhỏ hoặc khó tiếp cận theo đường mổ mở thông thường.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Suy gan, suy thận, suy kiệt mức độ nặng, sốt.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ.
- Kỹ thuật viên.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy nội soi.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Rạch da kết hợp niêm mạc trong miệng.

6.3. Bước 3: Đưa dụng cụ qua các đường rạch.

6.4. Bước 4: Bóc tách bộc lộ khối u.

6.5. Bước 5: Cắt khối u toàn bộ hoặc từng phần.

6.6. Bước 6: Cầm máu, bơm rửa.

6.7. Bước 7: Kiểm tra diện cắt u.

6.8. Bước 8: Tháo bỏ dụng cụ.

6.9. Bước 9: Khâu đóng các đường mổ.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường.

+ Tại chỗ: khối u đã được cắt bỏ, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

- Sưng nề: chườm đá.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, rạch dẫn lưu tại chỗ.

- Tụ máu: lấy máu tụ.

- U tái phát: phẫu thuật lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite P, eds. Peterson’s Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Springer International Publishing; 2022; 1081-1115.

142. TÁI LẬP HƯỚNG DẪN CẮN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Một hệ thống nhai lành mạnh có sự hài hòa giữa hệ thống thần kinh cơ, vị trí lồi cầu trong khớp thái dương hàm và khớp cắn. Các rối loạn khớp cắn có thể là nguyên nhân hoặc hậu quả của rối loạn thái dương hàm khi vượt quá khả năng thích nghi của một cá nhân. Điều trị tái lập khớp cắn trên người bệnh rối loạn thái dương hàm được xem xét khi có đầy đủ bằng chứng việc thay đổi tiếp xúc khớp cắn sẽ cải thiện sự ổn định của hệ thống nhai tốt hơn so với các điều trị bảo tồn và thích nghi. Kỹ thuật tái lập khớp cắn sử dụng vật liệu dán thực hiện bằng cách dán trên mặt nhai của răng các miếng phủ mặt nhai độc lập bằng composite, sứ lai nhựa hoặc sứ dán.v.v. để tái lập một mô hình tiếp xúc khớp cắn ổn định và hài hòa với hệ thống cơ thần kinh và khớp thái dương hàm tại các vị trí tiếp xúc trung tâm và lệch tâm. Kỹ thuật này có thể sử dụng độc lập hoặc phối hợp với nắn chỉnh răng, phục hình, phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi có đầy đủ bằng chứng việc thay đổi tiếp xúc khớp cắn sẽ cải thiện sự ổn định của hệ thống nhai so với các điều trị bảo tồn và thích nghi.
- Phối hợp với nắn chỉnh răng, phục hình, phẫu thuật.v.v.để tái lập khớp cắn ổn định cho người bệnh có rối loạn thái dương hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có dính khớp thái dương hàm.
- Người bệnh đang có bệnh lý viêm quanh răng tiến triển, bệnh lý tủy răng, viêm quanh thân răng cấp.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có hội chứng trào ngược dạ dày thực quản (gây tăng nguy cơ sâu răng).

4.2. Tại chỗ

- Men răng mỏng hoặc mòn hết men răng.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau: trường hợp người bệnh đang có tình trạng đau cấp, mức độ nặng.
- Thuốc giãn cơ: trường hợp người bệnh bị co cứng các cơ trong hệ thống nhai cấp tính.
- Thuốc kháng viêm: trường hợp người bệnh đang có tình trạng viêm cơ, khớp.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Dầu tra tay khoan.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Bộ vật liệu dán.
- Vật liệu làm phục hồi tạm.
- Phục hồi dán.
- Vật liệu đánh bóng răng, làm sạch răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Càng nhai và cung mặt điều chỉnh.
- Tay khoan.
- Đê cao su và bộ giữ đê.
- Cao su non.
- Chỉ co nướu.
- Bơm tiêm tê và kim gây tê nha khoa.
- Bộ so màu.
- Vật liệu chế tạo phục hồi dán tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo phục hồi dán tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 8 đến 10 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 8 đến 10 giờ (nếu thực hiện).

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình (nếu thực hiện kỹ thuật dán gián tiếp).

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu, đổ mẫu hàm trên và hàm dưới:

- Lấy dấu cung răng hai hàm.
- Đổ mẫu hàm.

6.2. Bước 2: Vào giá khớp các mẫu hàm:

- Hiệu chỉnh ban đầu cho giá khớp.
- Vào cung mặt, lên giá khớp mẫu hàm trên.
- Ghi tương quan trung tâm và vào giá khớp mẫu hàm dưới.
- Ghi nhận và thiết lập thông số giá khớp và khớp cắn.
- Chụp phim sọ nghiêng để thiết kế mẫu wax up hai hàm.

6.3. Bước 3: Chuyển mẫu hàm và thông số giá khớp, thông số thiết kế của mẫu wax up cho xưởng để tiến hành làm mẫu sáp.

6.4. Bước 4: Thử mock up mẫu sáp bằng vật liệu tạm:

- Thực hiện mock up 2 hàm với khóa silicone.
- Mài chỉnh khớp cắn trên phục hồi tạm mock up và đánh bóng
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

6.5. Bước 5: Theo dõi và tái khám:

- Hẹn tái khám sau 2 tuần- 1 tháng.
- Mài chỉnh đến khi đạt được sự thoải mái nhất về thần kinh cơ và hài hòa chức năng thẩm mỹ.
- Chuyển sang giai đoạn sửa soạn phục hồi dán sau cùng.

6.6. Bước 6: Sửa soạn phục hồi dán:

- Sửa soạn theo nguyên tắc xâm lấn tối thiểu của phục hồi dán.
- Lấy dấu sau cùng để chế tác.
- Lấy dấu khớp cắn lên giá khớp sau cùng.
- So màu răng cần phục hồi.

- Chụp hình so màu trong miệng.
- Gửi labo thực hiện phục hồi sau cùng.

6.7. Bước 7: Thử và gắn phục hồi dán sau cùng:

- Thử sự khít sát, màu sắc và tiếp xúc của phục hồi.
- Gắn phục hồi với xi măng dán.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

6.8. Bước 8: Tái khám sau gắn phục hồi: Tái khám sau 1 tuần và định kỳ.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khớp cắn ổn định, không đau.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Có điểm chạm sớm/ cản trở cắn: tái khám mài chỉnh khớp cắn

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Mẻ hoặc bể phục hồi do ăn đồ dai cứng hoặc nghiến răng: hướng dẫn giảm chế độ ăn dai cứng và cân nhắc thực hiện máng chống nghiến.

7.3. Biến chứng muộn: Thay đổi khớp cắn: đánh giá lại tình trạng khớp thái dương hàm và các cơ nhai để điều chỉnh khớp cắn phù hợp bằng các phương pháp mài chỉnh hoặc đắp thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ikeda, K. (2019). Occlusal diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. In S. Thaddeus Connelly, G. M. Tartaglia, & R. G. Silva (Eds.), Contemporary management of temporomandibular disorders: Non-surgical treatment. Springer. p. 77-126.

2. Ferraris F. (2017). Posterior indirect adhesive restorations (PIAR): preparation designs and adhesthetics clinical protocol. Int J Esthet Dent. 12(4). p.482-502

143. ĐẶT MÁNG NHAI THƯ GIÃN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn thái dương hàm là một nhóm các rối loạn miệng mặt đặc trưng bởi: đau ở vùng khớp thái dương hàm hoặc vùng cơ nhai, hạn chế biên độ chuyển động hàm dưới, tiếng kêu khớp trong quá trình hoạt động chức năng. Máng nhai thư giãn là máng đeo ở hàm trên (hoặc hàm dưới) có tác dụng đưa các cơ nhai ở tại hoặc gần với trạng thái thư giãn cơ tối đa cùng lúc với thiết lập tiếp xúc đều và đồng thời giữa bề mặt máng với mặt nhai các răng ở hàm đối diện, nhằm phục hồi sự ổn định và cân bằng của hệ thống nhai, hướng dẫn lồi cầu về vị trí cân bằng nhất về mặt cơ xương, thiết lập tương quan khớp cắn ổn định giữa hai hàm, từ đó giúp giảm đau và kiểm soát các triệu chứng của rối loạn thái dương hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nhóm rối loạn cơ.
- Nhóm rối loạn khớp.
- Người bệnh có các hoạt động cận chức năng (như nghiến răng) cần được kiểm soát.
- Người bệnh có tình trạng mất ổn định vị trí hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo máng.
- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh đang có bệnh lý viêm quanh răng tiến triển, bệnh lý tủy răng, viêm quanh thân răng cấp.
- Người bệnh có dính khớp thái dương hàm.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có hội chứng trào ngược dạ dày thực quản (gây tăng nguy cơ sâu răng).

4.2. Tại chỗ

- Trong trường hợp di lệch đĩa khớp thái dương hàm ra trước có hồi phục đang tiến triển.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau: trường hợp người bệnh đang có tình trạng đau cấp, mức độ nặng.
- Thuốc giãn cơ: trường hợp người bệnh bị co cứng các cơ trong hệ thống nhai cấp.
- Thuốc kháng viêm: trường hợp người bệnh đang có tình trạng viêm cơ, khớp.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Dầu tra tay khoan.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Vật liệu đánh bóng răng, làm sạch răng.
- Nhựa tự cứng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Càng nhai và cung mặt.
- Đèn cồn.
- Dụng cụ pha nhựa tự cứng.
- Tay khoan.
- Vật liệu chế tạo máng tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế máng tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 3 giờ đến 4 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu và đổ mẫu:

- Lấy dấu cung răng hai hàm.
- Đổ mẫu hàm.

6.2. Bước 2: Vào càng nhai các mẫu hàm:

- Hiệu chỉnh ban đầu cho càng nhai và cung mặt.
- Vào cung mặt, lên càng nhai mẫu hàm trên.
- Ghi tương quan trung tâm và vào càng nhai mẫu hàm dưới.
- Ghi nhận và thiết lập thông số càng nhai và khớp cắn.
- Ghi nhận thông số thiết kế của máng ổn định hàm.

6.3. Bước 3: Thiết kế và chế tạo máng ổn định hàm tại labo.

6.4. Bước 4: Thử và lắp máng ổn định hàm trên miệng:

- Gắn máng ổn định hàm trên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh điểm tiếp xúc và tư thế tiếp xúc.
- Đánh bóng máng ổn định hàm.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng, bảo quản máng ổn định hàm.
- Hẹn tái khám định kỳ.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: máng nhai ổn định, người bệnh giảm và ổn định các triệu chứng lâm sàng.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau răng, sang thương niêm mạc do máng ổn định hàm: mài chỉnh.
- Dị ứng với nhựa chế tạo máng ổn định hàm: dừng đeo máng, theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hạn chế há miệng: ngưng đeo máng ổn định hàm, đánh giá lại tình trạng khớp thái dương hàm để định vị lồi cầu ở vị trí thích hợp hơn.

- Đau khớp thái dương hàm: dừng đeo máng và tìm hướng xử trí phù hợp.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Okeson, J. P. (2019). Management of temporomandibular disorders and occlusion. 8th ed., p. 385-394.

2. Dawson, P. E. (2007). Functional occlusion: From TMJ to smile design. Mosby. p 379-393.

3. Ikeda, K. (2019). Occlusal diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. In S. Thaddeus Connelly, G. M. Tartaglia, & R. G. Silva (Eds.), Contemporary management of temporomandibular disorders: Non-surgical treatment. Springer. p. 77-126

144. ĐẶT MÁNG NHAI ĐỊNH VỊ LỒI CẦU ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Di lệch đĩa khớp có hồi phục là tình trạng rối loạn nội khớp phổ biến ở khớp thái dương hàm, khi lồi cầu bị di lệch khỏi vị trí bình thường bên dưới đĩa khớp ở tư thế ngậm miệng nhưng vẫn hồi phục tương quan đúng khi há miệng. Di lệch đĩa khớp có hồi phục có thể gây ra tiếng kêu ở khớp khi vận động miệng, đau, nguy cơ hạn chế độ há miệng (di lệch đĩa khớp không hồi phục), thay đổi khớp cắn. Đĩa khớp có thể di lệch theo mọi hướng, nhưng phổ biến nhất là hướng ra trước hoặc trước bên. Máng định vị ra trước là loại máng nhai đeo ở hàm trên (hoặc hàm dưới) có chức năng đưa lồi cầu ra trước tạm thời để khôi phục lại vị trí lồi cầu nằm dưới đĩa khớp ở tư thế ngậm và há miệng. Sử dụng khí cụ định vị ra trước giúp đầu lồi cầu giảm đè ép lên mô sau đĩa và giảm vướng kẹt vào bờ sau đĩa khớp, tạo điều kiện cho khớp thái dương hàm sửa chữa thích nghi, giúp giảm đau và các triệu chứng rối loạn nội khớp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị di lệch đĩa khớp ra trước có hồi phục.
- Di lệch đĩa khớp ra trước không hồi phục cấp tính (vẫn có khả năng nắn khớp về đúng vị trí).
- Viêm mô sau đĩa do chấn thương.
- Tình trạng cứng hàm không liên tục của khớp thái dương hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo máng.
- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh đang có bệnh lý viêm quanh răng tiến triển, bệnh lý tủy răng, viêm quanh thân răng cấp.
- Người bệnh có dính khớp thái dương hàm.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Trong trường hợp: di lệch đĩa khớp ra trước không hồi phục, đau, co thắt cơ nhai mức độ nặng, cắn hở răng sau.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau: trường hợp người bệnh đang có tình trạng đau cấp, mức độ nặng.
- Thuốc giãn cơ: trường hợp người bệnh bị co cứng các cơ trong hệ thống nhai cấp.
- Thuốc kháng viêm: trường hợp người bệnh đang có tình trạng viêm cơ, khớp.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Dầu tra tay khoan.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Vật liệu đánh bóng răng, làm sạch răng.
- Nhựa tự cứng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Càng nhai và cung mặt.
- Dụng cụ pha nhựa tự cứng.
- Tay khoan.
- Vật liệu chế tạo máng tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo máng tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 3 giờ đến 4 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu và đổ mẫu.

6.2. Bước 2: Vào càng nhai các mẫu hàm:

- Hiệu chỉnh ban đầu cho càng nhai.
- Vào cung mặt, lên càng nhai mẫu hàm trên.
- Ghi tương quan hai hàm tại vị trí điều trị và vào càng nhai mẫu hàm dưới.
- Ghi nhận và thiết lập thông số càng nhai và khớp cắn.
- Ghi nhận thông số thiết kế của máng định vị ra trước.

6.3. Bước 3: Thiết kế và chế tạo máng tại labo.

6.4. Bước 4: Thử và lắp máng trên miệng:

- Gắn máng trên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh điểm tiếp xúc và tư thế tiếp xúc.
- Đánh bóng máng.
- Hướng dẫn người bệnh cách sử dụng, bảo quản máng.
- Hẹn tái khám định kỳ.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: máng ổn định, người bệnh giảm và ổn định các triệu chứng lâm sàng.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau răng do máng định vị ra trước: mài chỉnh.
- Dị ứng với nhựa chế tạo máng: dừng đeo máng, theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Đau mỏi cơ: kiểm tra lại vị trí định vị.

- Cắn hở răng sau có thể xảy ra nếu người bệnh đeo máng định vị ra trước quá thời gian quy định do sự co ngắn cơ chân bướm ngoài: giới hạn thời gian điều trị khoảng 8 giờ/ngày trong thời gian không quá 6 tháng và chỉnh sửa máng để định vị hàm dưới lùi sau dần giúp cơ chân bướm ngoài dãn ra từ từ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Okeson, J. P. (2019). Management of temporomandibular disorders and occlusion . 8th ed., p.395-401.

2. Ikeda, K. (2019). Occlusal diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. In S. Thaddeus Connelly, G. M. Tartaglia, & R. G. Silva (Eds.), Contemporary management of temporomandibular disorders: Non-surgical treatment. Springer. p.77-126.

145. ĐẶT MÁNG NHAI ĐỊNH VỊ HÀM DƯỚI RA TRƯỚC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Một hệ thống nhai lành mạnh có sự hài hòa giữa hệ thống thần kinh cơ, vị trí lồi cầu trong khớp thái dương hàm và khớp cắn. Các rối loạn tiếp xúc khớp cắn và/ hoặc rối loạn vị trí lồi cầu trong hõm khớp có thể là nguyên nhân hoặc hậu quả của rối loạn thái dương hàm khi vượt quá khả năng thích nghi của một cá nhân. Tái định vị lồi cầu là một kỹ thuật thay đổi vị trí lồi cầu trong hõm khớp, từ đó thay đổi vị trí hàm dưới và mô hình tiếp xúc khớp cắn giữa hai hàm răng. Kỹ thuật này được sử dụng khi có đầy đủ bằng chứng việc thay đổi vị trí lồi cầu và tiếp xúc khớp cắn sẽ cải thiện tích cực sự ổn định của hệ thống nhai so với các điều trị bảo tồn và thích nghi. Kỹ thuật này thực hiện bằng cách đeo máng có hình thể mặt nhai hoặc sử dụng các phủ mặt nhai ở một hoặc hai hàm để tái lập một mô hình và vị trí tiếp xúc khớp cắn mới, đặt lồi cầu ở vị trí điều trị với tương quan lồi cầu-đĩa khớp phù hợp, các cơ nhai có khả năng thích nghi, cùng lúc với các răng tiếp xúc đều và đồng thời. Kỹ thuật này là bước chuyển tiếp trước khi thực hiện các phương pháp tái lập khớp cắn không hoàn nguyên bằng phục hình, nắn chỉnh răng hoặc phẫu thuật chỉnh hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi có đầy đủ bằng chứng việc thay đổi vị trí lồi cầu và tiếp xúc khớp cắn sẽ cải thiện sự ổn định của hệ thống nhai so với các điều trị bảo tồn và thích nghi.
- Giai đoạn chuyển tiếp trước tái lập khớp cắn ở vị trí lồi cầu điều trị mới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo máng/phủ mặt nhai.
- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh đang có bệnh lý viêm quanh răng tiến triển, bệnh lý tủy răng, viêm quanh thân răng cấp.
- Người bệnh có dính khớp thái dương hàm.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Các trường hợp phải định vị nhiều so với vị trí cũ có thể gây đau, mỏi cơ.
- Các trường hợp: đau, co thắt cơ nhai mức độ nặng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau: trường hợp người bệnh đang có tình trạng đau cấp, mức độ nặng.
- Thuốc giãn cơ: trường hợp người bệnh bị co cứng các cơ trong hệ thống nhai cấp.
- Thuốc kháng viêm: trường hợp người bệnh đang có tình trạng viêm cơ, khớp.

5.3. Thiết bị y tế

- Dầu tra tay khoan.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Vật liệu đánh bóng răng, làm sạch răng.
- Nhựa tự cứng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Càng nhai và cung mặt điều chỉnh.
- Thiết bị đo điện cơ.
- Thiết bị đo độ rung khớp (nếu có).
- Thiết bị ghi trục lồi cầu (nếu có).
- Dụng cụ pha nhựa tự cứng.
- Máng định vị có hình thể mặt nhai/ phủ mặt nhai (một hoặc hai hàm).
- Tay khoan.
- Vật liệu chế tạo máng/phủ mặt nhai tại labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo máng/phủ mặt nhai tại labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 6 giờ đến 7 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 5 giờ đến 6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Xác định vị trí tái định vị lồi cầu:

- Đánh giá sự thay đổi triệu chứng lâm sàng khi định vị tạm với máng nhai.
- Đánh giá sự ổn định và cải thiện triệu chứng ở khớp thái dương hàm (bằng chụp CT, MRI, đo độ rung khớp hoặc ghi trục lồi cầu nếu có).
- Đánh giá cơ (đo điện cơ các cơ nhai).

6.2. Bước 2. Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Vào càng nhai các mẫu hàm:

- Hiệu chỉnh ban đầu cho càng nhai.
- Vào cung mặt, lên càng nhai mẫu hàm trên.
- Ghi tương quan hai hàm ở vị trí lồi cầu điều trị và vào càng nhai mẫu hàm dưới.
- Ghi nhận và thiết lập thông số càng nhai và khớp cắn.
- Ghi nhận thông số thiết kế của máng/ phủ mặt nhai.

6.4. Bước 4: Thiết kế và chế tạo máng/ phủ mặt nhai tại labo.

6.5. Bước 5: Thử và lắp máng/ phủ mặt nhai trên miệng:

- Thử máng/ phủ mặt nhai trên miệng: kiểm tra sự sát khít và sự phù hợp của khí cụ trên miệng.
- Kiểm tra các răng tiếp xúc đều và đồng thời ở vị trí lồi cầu điều trị. Kiểm tra các vận động lệch tâm, đảm bảo hướng dẫn răng cửa khi ra trước và hướng dẫn răng nanh khi sang bên và có sự nhả khớp ở các răng sau.
- Gắn cố định máng/ phủ mặt nhai trên miệng.
- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng trong quá trình đeo máng/ phủ mặt nhai.

6.6. Bước 6: Đánh giá cơ thần kinh, khớp thái dương hàm và khớp cắn sau tái định vị:

- Tại các thời điểm 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau khi gắn máng/ phủ mặt nhai.

- Sử dụng các thiết bị đo điện cơ, đo độ rung khớp, ghi trục lồi cầu và giá khớp điều chỉnh.v.v.nếu có.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: người bệnh giảm và ổn định các triệu chứng lâm sàng.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.

- Chuyển sang giai đoạn hoàn thiện khớp cắn bằng nắn chỉnh răng, phục hình hoặc phẫu thuật nếu cần.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Cộm, đau răng do máng/phủ mặt nhai: mài chỉnh.

- Dị ứng với nhựa chế tạo máng/phủ mặt nhai: dừng đeo máng/phủ mặt nhai, theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Đau mỏi cơ, đau khớp: xác định lại vị trí định vị phù hợp.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát về vị trí lồi cầu và khớp cắn cũ sau điều trị định vị lồi cầu. Đánh giá lại vị trí ổn định cơ, khớp và khớp cắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Okeson, J. P. (2019). Management of temporomandibular disorders and occlusion . 8th ed., p.395-401.

2. Ikeda, K. (2019). Occlusal diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. In S. Thaddeus Connelly, G. M. Tartaglia, & R. G. Silva (Eds.), Contemporary management of temporomandibular disorders: Non-surgical treatment. Springer. p.77-126.

146. MÀI CHỈNH KHỚP CẮN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Khớp cắn chỉ mối quan hệ giữa răng hàm trên và răng hàm dưới khi chúng tiếp xúc với nhau. Mài chỉnh khớp cắn là một trong những phương pháp điều trị rối loạn thái dương hàm được thực hiện khi có cản trở cắn hoặc các điểm chạm sớm để tái lập chuyển động chức năng hàm dưới.

2. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị rối loạn thái dương hàm khi khớp cắn được xác định là một nguyên nhân.
- Điều chỉnh để khớp cắn cân bằng, ổn định hơn và nhả khớp hài hòa trong các vận động lệch tâm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Các trường hợp có khả năng phải mài chỉnh quá lớp men răng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.
- Người bệnh có hội chứng trào ngược dạ dày, thực quản (tăng nguy cơ sâu răng).

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Người bệnh bị mòn răng nhiều, trong quá trình điều trị có thể gây ê buốt răng làm người bệnh khó chịu.
- Người bệnh có nguy cơ sâu răng cao.
- Người bệnh đang có bệnh lý tủy răng, viêm quanh thân răng cấp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc giảm đau: trường hợp người bệnh đang có tình trạng đau cấp, mức độ nặng.
- Thuốc giãn cơ: trường hợp người bệnh bị co cứng các cơ trong hệ thống nhai cấp.
- Thuốc kháng viêm: trường hợp người bệnh đang có tình trạng viêm cơ, khớp.

5.3. Thiết bị y tế

- Dầu tra tay khoan.

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Khí cụ ổn định hàm.
- Vật liệu đánh bóng răng.
- Cảm biến ghi khớp cắn (nếu sử dụng hệ thống phân tích khớp cắn điện toán).
- Tấm điện cực (nếu sử dụng máy điện cơ).
- Vật liệu vào càng nhai.
- Bộ dụng cụ khám.
- Tay khoan các loại.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Càng nhai và cung mặt.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Hệ thống ghi khớp cắn điện toán và máy đo điện cơ (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Mô phỏng mài điều chỉnh khớp cắn chọn lọc trên mẫu hàm:

- Lấy dấu, đổ mẫu hàm.
- Vào càng nhai mẫu hàm, phân tích khớp cắn trên càng nhai.

- Mô phỏng mài điều chỉnh khớp cắn trên mẫu hàm.

6.2. Bước 2: Tiến hành mài chỉnh trên miệng người bệnh theo thứ tự:

- Mài chỉnh tạo sự ổn định về vị trí tiếp xúc cắn khớp giữa các răng khi lồi cầu ở vị trí điều trị (thông thường là vị trí tương quan trung tâm).

- Mài chỉnh tạo tiếp xúc răng phù hợp tại vị trí sang bên và ra trước.

- Mài điều chỉnh độ chạm khớp ở tư thế đầu thẳng đứng (tư thế cho ăn).

6.3. Bước 3: Giai đoạn hoàn thiện:

- Kiểm tra phân bố lực nhai, điều chỉnh độ mạnh tiếp xúc răng bằng hệ thống phân tích khớp cắn điện toán (nếu có).

- Điều chỉnh giảm tối đa thời gian nhả khớp sang bên bằng hệ thống phân tích khớp cắn điện toán kết hợp với máy điện cơ (nếu có).

- Đánh bóng răng.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Mài quá lớp men gây lộ ngà, ê buốt răng: điều trị chống ê buốt.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Okeson, J. P. (2019). Selective grinding. In Management of temporomandibular disorders and occlusion . 8th ed. Elsevier Mosby. p. 455-467.

2. Ikeda, K. (2019). Occlusal diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. In S. Thaddeus Connelly, G. M. Tartaglia, & R. G. Silva (Eds.), Contemporary management of temporomandibular disorders: Non-surgical treatment. Springer. p.77-126.

3. Dawson, P. E. (2007). Functional occlusion: From TMJ to smile design. Mosby. p. 393-418.

147. NHUỘM MÔ SỐNG NIÊM MẠC MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Ung thư hốc miệng là bệnh lý thường gặp, việc phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm với sự hỗ trợ của các xét nghiệm chẩn đoán giúp nâng cao hiệu quả điều trị ung thư. Xanh toluidin là một thuốc nhuộm tạm thời trên mô sống có ái tính với ADN và ARN. Sự bắt màu thuốc nhuộm đối với tổn thương ung thư là do các tế bào này có nhân to, chứa lượng acid nucleic nhiều hơn đáng kể so với tế bào bình thường. Nhuộm mô sống bằng xanh toluidin là kỹ thuật hỗ trợ nhận biết bản chất tổn thương khoang miệng và giúp hướng dẫn vị trí sinh thiết.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hướng dẫn vị trí sinh thiết.
- Tầm soát ung thư trong khoang miệng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tiền sử dị ứng dấm ăn hay axit acetic.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Dị ứng dấm ăn hay axit acetic
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt**.**

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Thuốc nhuộm niêm mạc.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa hoặc Bàn thủ thuật.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng thủ thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị người bệnh:

Loại bỏ mảng bám và nước bọt.

6.2. Bước 2: Nhuộm mô sống:

- Bôi hoặc cho người bệnh súc miệng với dung dịch nhuộm.
- Bôi hoặc cho người bệnh súc miệng lại với dung dịch axit acetic.
- Súc miệng với nước sạch.

6.3. Bước 3: Đọc kết quả nhuộm:

- Căn cứ vào màu của tổn thương sau khi nhuộm và khám lâm sàng để hỗ trợ nhận biết bản chất của tổn thương.
- Chụp ảnh lưu trữ.

6.4. Bước 4: Tái khám:

- Hẹn nhuộm lại sau 2 tuần nếu cần.
- Tái khám và sinh thiết nếu cần.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn bình thường.

+ Tại chỗ: không có viêm loét.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Dị ứng với dung dịch nhuộm: dừng thủ thuật ngày lập tức và điều trị giảm triệu chứng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Kasthuri, M., Aravindha Babu, N., Masthan, K., & Sankari, S. L. (2015). Toludine Blue Staining in the Diagnosis of Oral Precancer and Cancer :Stains,Technique and its Uses – A Review. Biomedical and Pharmacology Journal, 8, 519–522.

148. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cấy ghép Implant nha khoa là kỹ thuật đặt trụ Implant vào xương hàm vùng mất răng, thiếu răng để làm phục hình răng nhằm phục hồi chức năng ăn nhai, thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất/ thiếu răng từng phần.
- Mất răng toàn phần.
- Không có răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư, xạ trị.v.v..).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.)
- Không đủ thể tích xương hữu ích.
- Thiếu niêm mạc sừng hoá.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ khâu phẫu thuật.
- Trụ Implant.
- Bộ kit phẫu thuật Implant (có cây vặn đo lực).
- Tay khoan Implant.
- Dây nước phẫu thuật.
- Trụ liền thương.
- Vít đậy (Cover screw).
- Cây đo độ ổn định Implant sau cấy (nếu có).
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Máy phẫu thuật cấy ghép Implant.
- Máy hút phẫu thuật
- Máy đo độ ổn định Implant (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc.v.v.).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút..

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê**.**

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bộc lộ xương vùng cấy ghép bằng phương pháp lật vạt hoặc không lật vạt.

6.3. Bước 3: Tạo vị trí nhận Implant bằng cách khoan xương hoặc chẻ xương hay đục xương (sử dụng mũi khoan, máy siêu âm hoặc máy gõ.v.v.).

6.4. Bước 4: Đặt Implant (có thể dùng tay hoặc máy).

6.5. Bước 5: Đặt vít đậy Implant hoặc trụ liền thương:

Trong trường hợp đặt vít đậy Implant, ở giai đoạn 2 sau khi Implant tích hợp xương (3 đến 6 tháng), vít đậy Implant được thay thế bằng trụ liền thương theo các bước:

+ Gây tê tại chỗ.

+ Bộc lộ và tháo vít đậy Implant.

+ Đặt trụ liền thương và đóng vạt nếu cần.

+ Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.

+ Hẹn tái khám.

6.6. Bước 6: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp.v.v.).

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Tổn thương thần kinh và mạch máu ống dây thần kinh răng dưới: đặt Implant ngắn hơn hoặc dừng quy trình đặt Implant.
- Thủng màng xoang hàm trên: tùy theo mức độ mà có thể che màng xoang, khâu vá màng xoang và tiếp tục thực hiện kỹ thuật hoặc dừng phẫu thuật.
- Tổn thương chân răng lân cận: tùy trường hợp mà có thể thay đổi hướng đặt hoặc dừng đặt Implant, khâu đóng vạt niêm mạc và theo dõi.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

- Rơi Implant vào trong xoang hàm: xử trí lấy Implant.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Tổn thương dây thần kinh răng dưới: tháo Implant và theo dõi.
- Hở vạt: khâu lại vạt.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm mô mềm: điều trị viêm.
- Viêm quanh Implant: điều trị viêm.
- Implant không tích hợp xương: tháo Implant.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Resnik, R. R., & Misch, C. E. (2021). Misch's contemporary implant dentistry (Fourth edition). Elsevier; 650-662.

2. Renton T. Oral surgery: part 4. Minimising and managing nerve injuries and other complications. Br Dent J. 2013;215:393–399.

3. Cavallaro J, et al. Clinical recommendations for avoiding and managing surgical complications associated with implant dentistry: a review. J Periodontol. 2008;79:1317–1329.

149. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA TỨC THÌ SAU NHỔ RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cấy ghép Implant nha khoa tức thì là đặt trụ Implant vào xương hàm ngay sau khi nhổ răng nhằm mục đích phục hồi sớm chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thể tích xương còn lại đủ để đặt Implant.
- Nướu/ lợi còn đủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư, xạ trị...).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương...).
- Khoảng phục hình không thuận lợi.
- Thiếu vách xương mặt ngoài trên 3mm.
- Thiếu nướu/ lợi.
- Thiếu xương phía chóp (không đủ 4 mm) hoặc xương ổ răng thiếu bề dày (< 5 mm).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Trụ Implant.
- Bộ kit phẫu thuật Implant (có cây vặn đo lực).
- Tay khoan Implant.
- Dây nước phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ nhổ răng không sang chấn.
- Trụ liền thương.
- Cây đo độ ổn định Implant sau cấy (nếu có).
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Máy phẫu thuật cấy ghép Implant.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy đo độ ổn định Implant (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Nhổ răng không sang chấn. Kiểm tra tình trạng xương vách ngoài và khối lượng xương còn lại.

6.3. Bước 3: Tạo vị trí nhận Implant bằng mũi khoan.

6.4. Bước 4: Đặt Implant và kiểm soát ổn định sơ khởi.

6.5. Bước 5: Ghép xương và mô liên kết (nếu cần).

6.6. Bước 6: Đặt vít đậy Implant hoặc trụ liền thương:

Trong trường hợp đặt vít đậy Implant, ở giai đoạn 2 sau khi Implant tích hợp xương (3 đến 6 tháng), vít đậy Implant được thay thế bằng trụ liền thương theo các bước:

+ Gây tê tại chỗ.

+ Bộc lộ và tháo vít đậy Implant.

+ Đặt trụ liền thương và đóng vạt nếu cần.

+ Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.

+ Hẹn tái khám.

6.7. Bước 7: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, Implant ổn định.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Tổn thương thần kinh và mạch máu ống dây thần kinh răng dưới: đặt Implant ngắn hơn hoặc dừng quy trình đặt Implant.
- Thủng màng xoang hàm trên: khâu đóng vạt niêm mạc và theo dõi, vá màng xoang.
- Tổn thương chân răng lân cận: tùy trường hợp mà có thể thay đổi trục đặt Implant hoặc dừng đặt Implant, khâu đóng vạt niêm mạc và theo dõi.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu lấy dị vật.

- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.
- Rơi Implant vào trong xoang hàm: lấy Implant.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Tổn thương dây thần kinh răng dưới: tháo Implant và theo dõi.
- Hở vạt: khâu lại vạt.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm mô mềm: điều trị viêm.
- Viêm quanh Implant: điều trị viêm.
- Implant không tích hợp xương: tháo Implant.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gamborena, I., Sasaki, Y., & Blatz, M. B. (2020). Updated clinical and technical protocols for predictable immediate implant placement. J Cosmet Dent, 35(4), 36-51.

2. Hamilton, A., Gonzaga, L., Amorim, K., Wittneben, J. G., Martig, L., Morton, D., ... & Wismeijer, D. (2023). Selection criteria for immediate implant placement and immediate loading for single tooth replacement in the maxillary esthetic zone: A systematic review and meta-analysis. Clinical oral implants research, 34, 304-348.

150. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA CÓ SỬ DỤNG MÁNG HƯỚNG DẪN

1. ĐẠI CƯƠNG

Là phẫu thuật cấy ghép Implant vào xương hàm vùng mất hoặc thiếu răng có sử dụng máng hướng dẫn phẫu thuật nhằm tăng độ chính xác, an toàn và rút ngắn thời gian phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

Mất răng có chỉ định cấy ghép Implant cần sử dụng máng hướng dẫn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư, xạ trị...).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương...).
- Không đủ thể tích xương hữu ích.
- Thiếu niêm mạc sừng hoá.
- Khoảng phục hình không đủ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Trụ Implant.
- Bộ kit phẫu thuật Implant.
- Tay khoan.
- Dây nước phẫu thuật.
- Implant Abutment.
- Trụ liền thương.
- Cây đo độ ổn định Implant sau cấy (nếu có).
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Máy phẫu thuật cấy ghép Implant.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy đo độ ổn định Implant (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc.v.v.).
- Lấy dữ liệu và chế tạo máng hướng dẫn phẫu thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê**.**

6.1. Bước 1: Lấy dữ liệu, thiết kế máng hướng dẫn phẫu thuật.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn.

6.3. Bước 3: Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép (nếu cần).

6.4. Bước 4: Cố định máng hướng dẫn.

6.5. Bước 5: Tạo vị trí nhận Implant bằng mũi khoan.

6.6. Bước 6: Đặt Implant và kiểm soát độ ổn định sơ khởi.

6.7. Bước 7: Đặt vít đậy Implant hoặc trụ liền thương:

Trong trường hợp đặt vít đậy Implant, ở giai đoạn 2 sau khi Implant tích hợp xương (3 đến 6 tháng). Vít đậy Implant được thay thế bằng trụ liền thương theo các bước:

+ Gây tê tại chỗ.

+ Bộc lộ và tháo vít đậy Implant.

+ Đặt trụ liền thương và đóng vạt nếu cần.

+ Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.

+ Hẹn tái khám.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt niêm mạc (nếu sử dụng phương pháp lật vạt).

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Tổn thương dây thần kinh răng dưới: tháo Implant và theo dõi.
- Hở vạt: khâu lại vạt.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm mô mềm: điều trị viêm.
- Viêm quanh Implant: điều trị viêm.
- Implant không tích hợp xương: tháo Implant.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cortes, A. R. G. (2022). Digital dentistry: a step-by-step guide and case atlas (First edition). John Wiley & Sons; 28-30

2. Vercruyssen M, Laleman I, Jacobs R, Quyrynen M. Computer-supported implant planning and guided surgery: a narrative review. Clin Oral Implants Res. 2015;26(Suppl 11):69–76.

3. Oh JH, An XL, Jeong SM, Choi BH. Digital work- flow for computer-guided implant surgery in edentulous patients: a case report. J Oral Maxillofac Surg. 2017;75(12):2541–9

151. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA CÓ SỬ DỤNG TRỤ PHỤC HÌNH MULTIUNIT

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật cấy ghép Implant có sử dụng trụ phục hình multiunit để thiết lập tối đa sự song song cho các trụ phục hình nhằm nâng đỡ răng giả trên Implant một cách tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất răng toàn bộ, xương sống hàm tiêu nhiều ở vùng răng sau cần cấy 4- 6 trụ Implant để làm phục hình cố định.
- Mất răng toàn bộ cần cấy một số trụ Implant để làm trụ đỡ cho thanh ngang nâng đỡ, lưu giữ cho hàm giả tháo lắp.
- Mất răng đơn lẻ hoặc bán phần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư, xạ trị...).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.)
- Khoảng phục hình không đủ.
- Không đủ thể tích xương hữu ích.
- Thiếu niêm mạc sừng hoá.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Trụ phục hình multiunit.
- Bộ kit phẫu thuật Implant.
- Tay khoan Implant.
- Dây nước phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Máy phẫu thuật cấy ghép Implant.
- Máy hút phẫu thuật.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê**.**

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Đặt Implant và đặt multiunit abutment lên Implant:

- Lựa chọn multiunit phù hợp với chiều cao và độ nghiêng của Implant để đạt được sự song song tối đa với các trụ phục hình multiunit ở các Implant còn lại.

- Mài bớt xương quanh miệng Implant (nếu cần) để trụ phục hình multiunit kết nối thụ động.

- Vặn vít cố định trụ phục hình vào Implant với lực vặn theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Lắp trụ lành thương mô mềm lên các multiunit.

6.3. Bước 3: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, Implant ổn định.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.

- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

- Tổn thương thần kinh và mạch máu ống dây thần kinh răng dưới: đặt Implant ngắn hơn hoặc dừng quy trình đặt Implant.

- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa và đường thở: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

- Rơi Implant vào trong xoang hàm: lấy Implant.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm mô mềm: điều trị viêm.

- Viêm quanh Implant: điều trị viêm.

- Implant không tích hợp xương: tháo Implant.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kadkhodazadeh, M., Amid, R., Moscowchi, A., & Lakmazaheri, E. (2023). Short-term and long-term success and survival rates of implants supporting single-unit and multiunit fixed prostheses: A systematic review and meta-analysis. The Journal of Prosthetic Dentistry.

2. Cavalli, N., Barbaro, B., Spasari, D., Azzola, F., Ciatti, A., & Francetti, L. (2012). Tilted implants for full-arch rehabilitations in completely edentulous maxilla: a retrospective study. International Journal of Dentistry, 2012(1), 180379

152. PHẪU THUẬT CẤY GHÉP IMPLANT ĐỂ GIỮ PHỤC HÌNH KHUYẾT HỔNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Implant là một vít nhỏ có nhiều kích cỡ khác nhau được làm bằng titanium và đặt trong xương (thường là xương hàm) thông qua phẫu thuật. Đây là kỹ thuật đặt trụ Implant cỡ nhỏ vào vùng khuyết hổng hàm mặt để lưu giữ phục hình hàm mặt nhằm phục hồi về mặt thẩm mỹ cho người bệnh có khuyết hổng hàm mặt.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng vùng hàm mặt bao gồm phần mềm và xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1.Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Người bệnh có dị ứng với vật liệu làm phục hình**.**

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Nguy cơ chảy máu.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm vùng miệng - hàm mặt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc kháng sinh.
- Thuốc giảm đau, chống viêm.
- Dịch truyền.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Kim, chỉ khâu các loại.
- Mũi khoan các loại.
- Implant nha khoa.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy hút dịch.
- Máy cấy ghép Implant.
- Thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật hoặc trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Thiết kế đường rạch.

6.3. Bước 3: Rạch da hoặc niêm mạc miệng tạo vạt.

6.4. Bước 4: Bộc lộ vùng xương cấy ghép.

6.5. Bước 5: Khoan xương.

6.6. Bước 6: Đặt Implant.

6.7. Bước 7: Cầm máu, khâu đóng.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn về bình thường.

+ Tại chỗ: vùng cấy ghép ổn định, không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.

- Hẹn tái khám, cắt chỉ nếu cần.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Ngừng tim, co thắt khí phế quản: cấp cứu ngừng tim, co thắt khí phế quản.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc vết mổ. Dẫn lưu mủ nếu có mủ.

- Implant không tích hợp xương: tháo bỏ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dasgupta D, Das K, Singh R. Rehabilitation of an ocular defect with intraorbital implant and custom-made prosthesis using digital photography and gridded spectacle. J Indian Prosthodont Soc. 2019 Jul-Sep; 19(3): 266-271.

2. Roumanas ED, Freymiller EG, Chang TL, Aghaloo T, Beumer J., 3rd Implant-retained prostheses for facial defects: An up to 14-year follow-up report on the survival rates at UCLA. Int J Prosthodont. 2002;15:325–32

153. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG VỤN TỰ THÂN ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Ghép xương vụn tự thân là phẫu thuật lấy xương vụn từ vùng khác của người bệnh ghép vào vùng khuyết hổng làm tăng kích thước xương có ích để cấy ghép Implant đạt kết quả tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương có ích.
- Thiếu chiều rộng xương có ích.
- Thiếu kích thước xương có ích, bao gồm cả thiếu chiều cao và chiều rộng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư, xạ trị.v.v.).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương...)
- Khoảng phục hình không đủ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ khâu phẫu thuật.
- Màng che phủ xương ghép.
- Vít cố định màng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan Implant.
- Dây nước phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ lấy xương (lưỡi cưa, mũi Piezotome, mũi Trephine, nạo xương.v.v.).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Dụng cụ nghiền xương.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Máy Piezotome (nếu có).
- Máy phẫu thuật cấy ghép Implant.
- Máy hút phẫu thuật.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê**.**

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận xương ghép.

- Bộc lộ xương vùng nhận bằng một số loại vạt thường dùng (vạt bao, vạt tam giác, vạt hình thang...).
- Giải phóng vạt đủ che phủ xương ghép.
- Sửa soạn bề mặt xương nơi nhận.

6.3. Bước 3: Lấy xương tự thân:

- Trong miệng: vùng cằm, cành lên xương hàm dưới, lồi củ xương hàm trên, các lồi xương trong khoang miệng.
- Các vùng khác: xương sườn, xương mào chậu, xương mác, xương sọ.
- Xương vụn có thể được thu thập bằng phương pháp nạo hoặc lấy xương khối và nghiền nhỏ.

6.4. Bước 4: Đặt và cố định xương ghép

- Đặt xương ghép vào vị trí nhận.
- Đặt màng che phủ xương ghép (có thể dùng màng tự tiêu hoặc màng không tiêu).
- Cố định màng.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, vùng xương ghép ổn định.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Hở vạt: khâu lại vạt.

7.3. Biến chứng muộn

- Hoại tử xương ghép: lấy bỏ và điều trị lại.
- Viêm mô mềm: điều trị viêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Coyac, B. R., Sun, Q., Leahy, B., Salvi, G., Yuan, X., Brunski, J. B., & Helms, J. A. (2020). Optimizing autologous bone contribution to implant osseointegration. Journal of periodontology, 91(12), 1632-1644.

2. Zhao, R., Yang, R., Cooper, P. R., Khurshid, Z., Shavandi, A., & Ratnayake, J. (2021). Bone Grafts and Substitutes in Dentistry: A Review of Current Trends and Developments. Molecules (Basel, Switzerland), 26(10), 3007.

154. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG KHỐI TỰ THÂN ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật ghép xương khối tự thân là kỹ thuật lấy xương khối từ các vùng khác của người bệnh ghép vào vùng xương bị khuyết hổng làm tăng kích thước xương hàm vùng mất răng để cấy ghép Implant đạt kết quả tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương có ích.
- Thiếu chiều rộng xương có ích.
- Thiếu kích thước xương có ích, bao gồm cả thiếu chiều cao và chiều rộng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư, xạ trị.v.v..).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.).
- Khoảng phục hình không đủ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Vật liệu cố định xương ghép.
- Màng sinh học.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Mũi piezotome (nếu sử dụng).
- Tay khoan Implant.
- Dây nước phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy Piezotome (nếu có).
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận xương ghép:

- Bộc lộ xương vùng nhận bằng một số loại vạt thường dùng (vạt bao, vạt hình thang...).
- Giải phóng vạt đủ che phủ xương ghép.
- Sửa soạn bề mặt xương nơi nhận.
- Đo đạc vùng nhận xương để xác định khối lượng xương cần lấy và thực hiện template lấy xương.

6.3. Bước 3: Lấy xương khối tự thân:

- Bộc lộ và lấy xương khối ở trong miệng hoặc xương ngoài miệng như xương chậu, xương sườn, xương mác, xương sọ; có thể lấy xương khối kèm theo mảnh xương vụn.
- Khối lượng tương đối phù hợp với nơi nhận.
- Xương khối cần có cả phần xương vỏ và xương xốp.
- Sau khi lấy bảo quản xương khối trong môi trường ẩm với nước muối sinh lý

6.4. Bước 4: Đặt và cố định mảnh xương ghép:

- Đặt mảnh xương ghép đã sửa soạn vào bề mặt xương hàm nơi nhận.
- Có thể chèn xương vụn xung quanh xương khối.
- Cố định xương khối bằng vít.
- Đặt màng che phủ vùng xương ghép (nếu cần).
- Cố định màng bằng chỉ hoặc vít.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, vùng xương ghép ổn định.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Lộ màng: theo dõi.
- Hoại tử mảnh ghép: lấy bỏ xương ghép.

7.3. Biến chứng muộn

- Hoại tử mảnh ghép: lấy bỏ xương ghép và điều trị lại.
- Viêm mô mềm: điều trị viêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Urban, I. A., Montero, E., Amerio, E., Palombo, D., & Monje, A. (2023). Techniques on vertical ridge augmentation: Indications and effectiveness. Periodontology 2000, 93(1), 153-182.

2. 2.Toscano, N., Shumaker, N., & Holtzclaw, D. (2010). The art of block grafting: A review of the surgical protocol for reconstruction of alveolar ridge deficiency. J Implant Adv Clin Dent, 2(2), 45-66.

3. Urban, I. A., & Monje, A. (2019). Guided bone regeneration in alveolar bone reconstruction. Oral and Maxillofacial Surgery Clinics, 31(2), 331-338.

155. PHẪU THUẬT TÁCH XƯƠNG VÀ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tách xương và cấy ghép Implant nha khoa là kỹ thuật chẻ, tách và nong rộng sống hàm để tăng kích thước xương theo chiều ngang nhằm cấy ghép Implant đạt kết quả tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

Thiếu chiều rộng xương có ích.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư, xạ trị.v.v..).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v...).
- Khoảng phục hình không đủ.
- Độ rộng xương còn lại ≤ 3mm.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ khâu phẫu thuật.
- Implant.
- Vật liệu ghép (xương nhân tạo, xương tự thân).
- Màng sinh học.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật Implant.
- Tay khoan Implant.
- Dây nước phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ chẻ tách xương hàm.
- Mũi khoan, lưỡi cưa các loại.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy Piezotome (nếu sử dụng).
- Máy cưa xương (nếu sử dụng).
- Máy khoan Implant.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê**.**

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bộc lộ xương hàm vùng phẫu thuật bằng một số loại vạt thường dùng (vạt bao, vạt hình thang...).

6.3. Bước 3: Chẻ, tách và nong rộng sống hàm (sử dụng cưa hoặc Piezotome).

6.4. Bước 4: Tạo lỗ nhận Implant và đặt Implant:

Thực hiện theo quy trình đặt Implant.

6.5. Bước 5: Ghép xương và màng:

- Dùng dụng cụ thích hợp tạo các điểm chảy máu mặt ngoài xương ổ răng (nếu ghép cả mặt ngoài).
- Đặt bột xương ghép xung quanh Implant giữa hai bản xương.
- Đặt bột xương ghép mặt ngoài xương ổ răng (nếu ghép cả mặt ngoài).
- Đặt màng sinh học và cố định màng.

6.6. Bước 6: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, vùng ghép xương và Implant ổn định.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Gãy bản xương trong khi tách: cố định bản xương hoặc chỉ ghép xương, không đặt Implant.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

- Lộ màng: theo dõi.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm mô mềm: điều trị viêm.
- Viêm quanh Implant: điều trị viêm.
- Hoại tử xương ghép: lấy bỏ mảnh xương chết và tháo Implant.
- Implant không tích hợp xương: tháo Implant.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Das, M., Das, A. C., Panda, S., Nayak, R., Mohanty, R., & Satpathy, A. (2021). Ridge Split Techniques: A Literature Review. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 15(2), 3847.

2. Waechter, J., Leite, F. R., Nascimento, G. G., Carmo Filho, L. C., & Faot, F. (2017). The split crest technique and dental implants: a systematic review and meta-analysis. International journal of oral and maxillofacial surgery, 46(1), 116-128.

156. PHẪU THUẬT TÁI TẠO XƯƠNG CÓ HƯỚNG DẪN ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật sử dụng vật liệu ghép và màng nhằm tăng thể tích xương hàm để cấy ghép Implant đạt kết quả tối ưu chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương có ích.
- Thiếu chiều rộng xương có ích.
- Thiếu kích thước xương có ích, bao gồm cả thiếu chiều cao và chiều rộng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư...).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương...).
- Khoảng phục hình không đủ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ khâu phẫu thuật.
- Vật liệu ghép (xương nhân tạo, xương tự thân).
- Màng các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan Implant.
- Dây nước phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phần mềm.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy khoan Implant.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê**.**

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bộc lộ xương hàm vùng nhận bằng một số loại vạt thường dùng (vạt bao, vạt hình thang...).

6.3. Bước 3: Sửa soạn bề mặt xương nơi nhận, dùng mũi khoan tạo các điểm chảy máu.

6.4. Bước 4: Đặt bột xương nhân tạo và màng:

- Trộn bột xương với máu người bệnh hoặc nước muối sinh lý hoặc kháng sinh.
- Đặt bột xương đã trộn vào bề mặt xương hàm đã sửa soạn với khối lượng phù hợp.
- Đặt màng che phủ khối xương ghép và cố định màng.
- Khâu đóng vạt.

6.5. Bước 5: Tháo màng (nếu cần).

Trong trường hợp sử dụng màng không tiêu, sau thời gian tích hợp xương cần phải phẫu thuật tháo màng theo các bước sau:

- Gây tê tại chỗ.
- Tạo vạt niêm mạc bộc lộ màng.
- Tháo màng.
- Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, vùng xương ghép ổn định.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Lộ màng: theo dõi.

7.3. Biến chứng muộn: Hoại tử xương ghép: lấy bỏ xương ghép và điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Buser, D., Urban, I., Monje, A., Kunrath, M. F., & Dahlin, C. (2023). Guided bone regeneration in implant dentistry: Basic principle, progress over 35 years, and recent research activities. Periodontology 2000, 93(1), 9-25.

2. Milinkovic, I., & Cordaro, L. (2014). Are there specific indications for the different alveolar bone augmentation procedures for implant placement? A systematic review. International journal of oral and maxillofacial surgery, 43(5), 606-625.

157. PHẪU THUẬT NÂNG XOANG HỞ SỬ DỤNG VẬT LIỆU THAY THẾ ĐỂ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật mở cửa sổ bên xoang hàm và đặt vật liệu thay thế vào giữa màng xoang và sàn xoang nhằm tăng thể tích xương hàm để cấy ghép Implant nha khoa đạt kết quả tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

Chiều cao xương có ích ≤ 3mm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư.v.v.).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.).
- Khoảng phục hình không đủ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Vật liệu thay thế (xương nhân tạo, xương tự thân).
- Màng collagen.
- Implant (nếu sử dụng).
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Tay khoan Implant.
- Dây nước phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ nâng xoang hở.
- Bộ dụng cụ lấy xương.
- Mũi khoan các loại.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy khoan Implant.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Máy Piezotome (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép:

- Mở vạt hình thang vùng mất răng, với đường rạch ngang ở đỉnh sống hàm hoặc vạt mặt ngoài niêm mạc di động vùng ngách lợi.
- Bóc tách niêm mạc màng xương, bộc lộ mặt ngoài xoang hàm tương ứng vùng cấy ghép.

6.3. Bước 3: Mở cửa sổ xương tạo đường vào xoang hàm:

- Xác định vị trí cửa sổ xương.
- Mở cửa sổ xương, sử dụng mũi khoan kim cương tròn hoặc Piezotome.
- Dùng dụng cụ chuyên dùng tách rời cửa sổ xương.
- Bóc tách niêm mạc xoang hàm bằng bộ dụng cụ chuyên dùng; nâng niêm mạc xoang lên trên tạo đủ khoảng trống dưới niêm mạc xoang cho việc đặt xương ghép.

6.4. Bước 4: Chuẩn bị vật liệu thay thế.

6.5. Bước 5: Đặt vật liệu thay thế vào xoang hàm:

- Dùng dụng cụ thích hợp đưa vật liệu thay thế qua cửa sổ xoang vào vùng dưới màng xoang.
- Lặp lại động tác trên cho tới khi đặt đủ khối lượng xương.
- Có thể đặt lại mảnh xương đã lấy ra vào cửa sổ xương.

6.6. Bước 6: Đặt màng sinh học:

Dùng màng che cửa sổ xương, cố định bằng đinh ghim hoặc chỉ tự tiêu.

6.7. Bước 7: Đặt Implant (theo quy trình thông thường nếu có thể).

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

- Chảy máu: cầm máu.
- Rách niêm mạc xoang hàm: khâu/ lót vị trí rách bằng màng sinh học sau đó tiếp tục kỹ thuật hoặc dừng phẫu thuật.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Implant rơi vào xoang: mở xoang lấy implant.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Hở vạt sau phẫu thuật: khâu lại vạt.

7.3. Biến chứng muộn

- Hoại tử xương ghép: lấy bỏ xương ghép, theo dõi và điều trị lại
- Viêm xoang: điều trị viêm xoang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ting, M., Rice, J. G., Braid, S. M., Lee, C. Y., & Suzuki, J. B. (2017). Maxillary sinus augmentation for dental implant rehabilitation of the edentulous ridge: a comprehensive overview of systematic reviews. Implant Dentistry, 26(3), 438-464.

2. Wallace, S. S., & Froum, S. J. (2003). Effect of maxillary sinus augmentation on the survival of endosseous dental implants. A systematic review. Annals of periodontology, 8(1), 328-343.

3. Geminiani, A., Tsigarida, A., Chochlidakis, K., Papaspyridakos, P. V., Feng, C., & Ercoli, C. (2017). A meta-analysis of complications during sinus augmentation procedure. Quyntessence International, 48(3).

158. PHẪU THUẬT NÂNG XOANG KÍN VÀ CẤY GHÉP IMPLANT NHA KHOA CÓ SỬ DỤNG VẬT LIỆU THAY THẾ

1. ĐẠI CƯƠNG.

Là kỹ thuật đặt vật liệu thay thế giữa màng xoang và sàn xoang hàm qua mào sống hàm nhằm tăng khối lượng xương để cấy ghép Implant đạt kết quả tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

3 mm < Chiều cao xương có ích < 8 mm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư...).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.)
- Khoảng phục hình không đủ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Trụ Implant.
- Vật liệu thay thế (xương nhân tạo, xương tự thân).
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật Implant.
- Tay khoan Implant.
- Dây nước phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ nâng xoang kín.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy khoan Implant.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bộc lộ xương hàm vùng cấy ghép:

- Rạch niêm mạc màng xương dọc sống hàm vùng mất răng.

- Dùng dụng cụ thích hợp bóc tách niêm mạc màng xương, bộc lộ bề mặt xương hàm vùng cấy ghép.

- Trong một số trường hợp không cần rạch niêm mạc thì có thể dùng mũi cắt tròn (tissue punch) để đục lợi.

6.3. Bước 3: Khoan xương:

- Xác định vị trí.

- Khoan mũi định vị.

- Khoan mũi hướng dẫn tới vị trí cách đáy xoang 1mm.

- Kiểm tra hướng và độ sâu của lỗ khoan.

- Dùng mũi khoan chuyên dụng để mở đáy xoang (có thể dùng mũi khoan, piezotome hoặc phương pháp gõ).

- Dùng dụng cụ thích hợp tách và nâng nhẹ màng xoang.

- Khoan các mũi lớn dần đến đường kính đã chọn.

6.4. Bước 4: Chuẩn bị xương ghép:

- Có thể sử dụng xương vụn tự thân của người bệnh.

- Nếu dùng xương nhân tạo thì có thể trộn với máu của người bệnh hoặc nước muối sinh lý.

6.5. Bước 5: Đặt vật liệu ghép xương vào xoang hàm:

- Dùng dụng cụ thích hợp đưa vật liệu ghép xương đã chuẩn bị qua lỗ khoan vào vùng dưới màng xoang.

- Lặp lại động tác trên cho tới khi đặt đủ khối lượng xương.

6.6. Bước 6: Đặt Implant:

- Đặt Implant.

- Đặt vít đậy Implant hoặc trụ liền thương.

Trong trường hợp đặt vít đậy Implant, ở giai đoạn 2 sau khi Implant tích hợp xương (3 đến 6 tháng), vít đậy Implant được thay thế bằng trụ liền thương theo các bước:

+ Gây tê tại chỗ.

+ Bộc lộ và tháo vít đậy Implant.

+ Đặt trụ liền thương và đóng vạt nếu cần.

+ Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.

+ Hẹn tái khám.

6.7. Bước 7: Khâu đóng vạt.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, Implant ổn định.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Thủng màng xoang: có thể tiếp tục thực hiện kỹ thuật hoặc dừng phẫu thuật.
- Tổn thương chân răng lân cận: tùy trường hợp mà có thể thay đổi trục đặt Implant hoặc không đặt Implant, khâu đóng vạt niêm mạc và theo dõi.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Rơi Implant vào trong xoang hàm: lấy Implant.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Viêm xoang: có thể phải lấy bỏ vật liệu ghép khỏi xoang hàm.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm xoang: điều trị viêm xoang.
- Viêm mô mềm: điều trị viêm.
- Viêm quanh Implant: điều trị viêm.
- Implant không tích hợp xương: tháo Implant.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kadkhodazadeh, M., Alimardani, Y., Azadi, A., Daneshvar, A., Amid, R., & Khaleghi, A. (2024). Clinical Outcomes of Implants Placed with Transcrestal Maxillary Sinus Elevation: A Systematic Review and Meta-analysis. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.

2. Raghoebar, G. M., Onclin, P., Boven, G. C., Vissink, A., & Meijer, H. J. (2019). Long-term effectiveness of maxillary sinus floor augmentation: A systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Periodontology, 46, 307-318.

159. PHẪU THUẬT TÁI TẠO XƯƠNG Ổ RĂNG BẰNG GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN LẤY NGOÀI MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật tái tạo xương ổ răng bằng cách ghép xương tự thân lấy từ ngoài miệng của người bệnh nhằm tăng thể tích xương có ích để cấy ghép Implant đạt kết quả tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương có ích.
- Thiếu chiều rộng xương có ích.
- Thiếu kích thước xương có ích, bao gồm cả thiếu chiều cao và chiều rộng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư...).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt hoặc Bác sĩ có phạm vi hành nghề chuyên môn theo quy định.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc hồi sức khác.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ khâu phẫu thuật.
- Vật liệu cố định xương ghép.
- Màng che phủ xương ghép.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan, lưỡi cưa các loại.
- Tay khoan Implant.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Bàn mổ.
- Đèn mổ.
- Dao điện.
- Máy hút dịch.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Máy Piezotome (nếu sử dụng).
- Máy khoan, cưa xương.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 30 phút đến 3 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sử dụng dung dịch chứa chất co mạch để cầm máu (nếu cần).

6.3. Bước 3: Sửa soạn vùng nhận xương ghép:

- Bộc lộ xương vùng nhận xương ghép bằng một số loại vạt thường dùng (vạt bao, vạt hình thang...).
- Sửa soạn bề mặt xương ổ răng nơi nhận, làm sạch phần mô bị viêm, hoại tử nếu cần, tạo các điểm chảy máu.

6.4. Bước 4: Lấy xương tự thân:

- Tạo vạt bộc lộ vùng lấy xương như xương mào chậu, xương mác, xương sọ.v.v.
- Dùng dụng cụ thích hợp lấy xương.
- Có thể lấy xương khối hoặc mảnh xương vụn.
- Khối lượng phù hợp với nơi nhận.
- Nếu lấy xương khối thì cần có cả phần xương vỏ và xương xốp.
- Sau khi lấy phải bảo quản trong môi trường ẩm với nước muối sinh lý.
- Khâu đóng vạt vùng lấy xương.

6.5. Bước 5: Đặt và cố định xương ghép.

6.6. Bước 6: Đặt và cố định phần xương ghép đã sửa soạn vào bề mặt xương ổ răng nơi hoặc nghiền nhỏ mảnh xương nếu cần thiết trước khi đặt tại ổ răng nơi nhận.

6.7. Bước 7: Đặt và cố định màng che phủ vùng xương ghép.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, vùng xương ghép ổn định.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Hoại tử mảnh ghép: lấy bỏ mảnh ghép.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm nhiễm tại vùng lấy xương: điều trị viêm.
- Hoại tử mảnh ghép: lấy bỏ mảnh ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Moraschini, V., Louro, R. S., Son, A., Calasans-Maia, M. D., Sartoretto, S. C., & Shibli, J. A. (2024). Long-term survival and success rate of dental implants placed in reconstructed areas with extraoral autogenous bone grafts: A systematic review and meta-analysis. Clinical Implant Dentistry and Related Research, 26(3):469-481

2. Clementini, M., Morlupi, A., Agrestini, C., & Ottria, L. (2012). Success rate of dental implants inserted in autologous bone graft regenerated areas: a systematic review. ORAL & implantology, 4(3-4), 3.

160. PHẪU THUẬT TÁI TẠO XƯƠNG Ổ RĂNG BẰNG GHÉP VẬT LIỆU THAY THẾ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật tái tạo xương ổ răng bằng cách ghép vật liệu thay thế nhằm tăng thể tích xương có ích để cấy ghép Implant hoặc làm các phục hình khác đạt kết quả tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu chiều cao xương có ích.
- Thiếu chiều rộng xương có ích.
- Thiếu kích thước xương có ích, bao gồm cả thiếu chiều cao và chiều rộng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư...).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.

- Vật liệu thay thế (xương nhân tạo, xương tự thân).
- Màng sinh học.
- Chỉ khâu phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan.
- Dây nước phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy khoan Implant.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận xương ghép:

- Bộc lộ xương vùng nhận xương ghép bằng một số loại vạt thường dùng (vạt bao, vạt hình thang...).
- Sửa soạn bề mặt xương ổ răng nơi nhận, làm sạch phần mô bị viêm, hoại tử nếu cần, tạo các điểm chảy máu.

6.3. Bước 3: Chuẩn bị xương ghép:

- Có thể sử dụng xương vụn tự thân của người bệnh.
- Nếu dùng xương nhân tạo thì có thể trộn với máu của người bệnh hoặc nước muối sinh lý.

6.4. Bước 4: Đặt vật liệu ghép:

Đặt vật liệu ghép vào vị trí nhận, che phủ bằng màng sinh học và cố định màng.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, vùng ghép ổn định.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Hoại tử vật liệu ghép: lấy bỏ vật liệu ghép.

7.3. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng: lấy bỏ vật liệu ghép, dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Hoại tử vật liệu ghép: lấy bỏ vật liệu ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Buser, D., Urban, I., Monje, A., Kunrath, M. F., & Dahlin, C. (2023). Guided bone regeneration in implant dentistry: Basic principle, progress over 35 years, and recent research activities. Periodontology 2000, 93(1), 9-25.

2. Milinkovic, I., & Cordaro, L. (2014). Are there specific indications for the different alveolar bone augmentation procedures for implant placement? A systematic review. International journal of oral and maxillofacial surgery, 43(5), 606-625.

161.TÁI TẠO XƯƠNG CÓ HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ TIÊU XƯƠNG QUANH IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật ghép tăng thể tích mô xương xung quanh Implant trong các trường hợp viêm quanh Implant có chỉ định điều trị bảo tồn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tiêu xương quanh Implant ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ.
- Viêm quanh Implant có chỉ định bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư...).
- Người bệnh đang trong tuổi tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.

- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Vật liệu xương ghép thay thế.
- Màng sinh học.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Dụng cụ làm sạch bề mặt Implant.
- Mũi siêu âm.
- Dịch truyền.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy khoan Implant.
- Máy siêu âm.
- Máy laser (nếu có).
- Máy hút dịch.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bơm rửa bằng nước muối sinh lý trong khe niêm mạc quanh Implant.

6.3. Bước 3: Tạo vạt niêm mạc màng xương tương ứng vùng tiêu xương quanh Implant bằng một số loại vạt thường dùng (vạt bao, vạt hình thang...).

6.4. Bước 4: Làm sạch bề mặt Implant và trụ phục hình:

Có thể sử dụng phương pháp hóa học, laser, dụng cụ siêu âm, dụng cụ cầm tay hoặc dụng cụ quay bằng titanium.

6.5. Bước 5: Ghép xương và màng

- Dùng mũi khoan thích hợp tạo các điểm chảy máu vùng xương hàm quanh Implant.
- Trộn bột xương với máu của người bệnh hoặc nước muối sinh lý và đặt xung quanh Implant.
- Điều chỉnh màng sinh học và cố định màng.

6.6. Bước 6: Khâu đóng vạt.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, vùng ghép ổn định.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Hoại tử vật liệu ghép: lấy bỏ vật liệu ghép.

7.3. Biến chứng muộn: Viêm quanh Implant tiến triển: tháo bỏ Implant.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ramanauskaite, A., Becker, K., Cafferata, E. A., & Schwarz, F. (2023). Clinical efficacy of guided bone regeneration in peri-implantitis defects. A network meta-analysis. Periodontology 2000, 93(1), 236-253.

2. Mordini, L., Sun, N., Chang, N., De Guzman, J. P., Generali, L., & Consolo, U. (2021). Peri-implantitis regenerative therapy: A review. Biology, 10(8), 773.

162. PHẪU THUẬT GHÉP LỢI TỰ DO QUANH IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phẫu thuật ghép mô lợi sừng hóa tự do quanh Implant nhằm tăng kích thước mô sừng hóa để đạt kết quả tối ưu về chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Thiếu mô sừng hóa quanh Implant.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương...).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.

- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Dịch truyền (nếu cần).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mở vùng nhận ghép quanh implant với nền niêm mạc màng xương.

6.3. Bước 3: Lấy mảnh ghép mô liên kết – biểu mô tự do từ vòm miệng cứng:

- Dùng bút vẽ thiết kế vạt với kích thước và hình dạng phù hợp với nơi nhận.
- Rạch niêm mạc vòm miệng theo thiết kế.
- Bóc tách lấy mảnh mô liên kết biểu mô, để lại màng xương.
- Khâu cầm máu vùng lấy vạt (có thể phủ bằng xi măng phẫu thuật).

6.4. Bước 4: Ghép mô sừng hóa tự do:

- Đặt mảnh ghép mô liên kết biểu mô tự do vào vị trí ghép và chỉnh sửa cho phù hợp.
- Khâu cố định mảnh ghép.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, mảnh ghép ổn định.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Hoại tử mảnh ghép: lấy bỏ mảnh ghép.

7.3. Biến chứng muộn: Hoại tử mảnh ghép: lấy bỏ mảnh ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Üstündağ, Ş. D., Taşliçukur, G., Şahin, B. N., Toker, A. N., & Eminoğlu, D. Ö. (2024). Application of Free Gingiva Graft Around the Implant. International Dental Journal, 74, S288.

2. Zheng, C., Wang, S., Ye, H., Liu, Y., Hu, W., & Zhou, Y. (2021). Effect of free gingival graft before implant placement on peri-implant health and soft tissue changes: a randomized controlled trial. BMC Oral Health, 21, 1-11.

163. PHẪU THUẬT GHÉP MÔ LIÊN KẾT QUANH IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy mô liên kết từ vòm miệng ghép xung quanh Implant nha khoa để tăng thể tích mô mềm nhằm đạt kết quả tối ưu về chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu mô sừng hóa quanh Implant nha khoa.
- Thiếu mô mềm quanh Implant nha khoa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh cao huyết áp, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Dịch truyền (nếu cần).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy theo dõi người bệnh (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, dùng kháng sinh dự phòng).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc bán phần vùng nhận (vạt hình thang).

6.3. Bước 3: Lấy mảnh ghép mô liên kết từ vòm miệng:

- Lấy mảnh mô liên kết dưới biểu mô hoặc mảnh mô liên kết biểu mô (sau đó loại bỏ biểu mô) với kích thước tương ứng vùng cần ghép.
- Khâu đóng vạt sau khi lấy mảnh mô liên kết dưới biểu mô với mũi khâu chữ đệm ngang.
- Đặt chất cầm máu (surgicel hoặc spongel) và khâu cầm máu nếu lấy hoặc mảnh mô liên kết biểu mô.
- Có thể cầm máu với máng nhựa cầm máu ép sẵn.

6.4. Bước 4: Ghép mô liên kết:

- Đặt mảnh ghép mô liên kết vào vị trí ghép và chỉnh sửa cho phù hợp.
- Khâu cố định mảnh ghép và đóng vạt.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, vùng ghép ổn định.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép và lưu hồ sơ bệnh án.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Chảy máu: cầm máu.
- Hoại tử mảnh ghép: lấy bỏ mảnh ghép.

7.3. Biến chứng muộn: Hoại tử mảnh ghép: lấy bỏ mảnh ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Seyssens, L., De Lat, L., & Cosyn, J. (2021). Immediate implant placement with or without connective tissue graft: a systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Periodontology, 48(2), 284-301.

2. Poskevicius, L., Sidlauskas, A., Galindo-Moreno, P., & Juodzbalys, G. (2017). Dimensional soft tissue changes following soft tissue grafting in conjunction with implant placement or around present dental implants: a systematic review. Clinical oral implants research, 28(1), 1-8.

164. PHẪU THUẬT VẠT ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phẫu thuật tạo vạt, làm sạch bằng các phương pháp khác nhau để loại bỏ tổ chức viêm nhằm mục đích bảo tồn Implant nha khoa.

2. CHỈ ĐỊNH

Khi các phương pháp điều trị viêm quanh Implant nha khoa bằng cơ học, vật lý, hóa học không mang lại hiệu quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Dịch truyền.

- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ nạo.
- Bộ dụng cụ làm sạch bề mặt Implant.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy laser, siêu âm (nếu sử dụng).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt:

- Rạch niêm mạc màng xương vùng quanh impant bị tiêu xương.
- Dùng dụng cụ thích hợp bóc tách niêm mạc màng xương, bộc lộ bề mặt Implant vùng bị tiêu xương.
- Dùng bộ dụng cụ nạo vét làm sạch mô hạt vùng Implant bị ảnh hưởng.
- Làm sạch bề mặt Implant bị lộ (bằng siêu âm, Laser, thổi cát, chất hóa học...).
- Làm nhẵn, đánh bóng bề mặt Implant bị lộ.
- Có thể ghép tái sinh mô quanh Implant nếu có chỉ định.

6.3. Bước 3: Khâu đóng vạt.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn: Viêm quanh Implant tiến triển: tháo bỏ Implant (nếu cần).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chan, H. L., Lin, G. H., Suarez, F., MacEachern, M., & Wang, H. L. (2014). Surgical management of peri-implantitis: A systematic review and meta-analysis of treatment outcomes. Journal of periodontology, 85(8), 1027-1041.

2. Ramanauskaite, A., Obreja, K., & Schwarz, F. (2020). Surgical management of peri-implantitis. Current oral health reports, 7, 283-303

165. PHẪU THUẬT TRƯỢT VẠT CHE PHỦ IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật che phủ Implant nha khoa bằng vạt trượt sang bên là kỹ thuật sử dụng vạt lợi trượt sang bên hoặc về phía cổ Implant nhằm che phủ vùng cổ Implant bị lộ để đảm bảo chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Implant nha khoa bị hở/khuyết hổng vùng cổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.)

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.

- Tay khoan.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm quanh Implant nha khoa.
- Bộ dụng cụ xử lý bề mặt Implant nha khoa (cơ học, hóa học, laser.v.v.).
- Dịch truyền (nếu cần).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt:

- Tạo vạt thích hợp (vạt bao, vạt hình thang).
- Tách vạt: dùng dao tách vạt bán phần, để lại màng xương.
- Trượt vạt để che phủ Implant.

6.3. Bước 3: Sửa soạn bề mặt Implant:

Làm sạch bề mặt Implant bị hở (nếu có) bằng dụng cụ và vật tư thích hợp.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt.

6.5. Bước 5: Phủ xi măng phẫu thuật (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Chụp phim kiểm tra.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Chảy máu: cầm máu
- Hoại tử vạt: kháng sinh, chăm sóc toàn thân và tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm mô mềm: điều trị viêm.
- Viêm quanh Implant: điều trị viêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Plonka, A. B., Sheridan, R. A., & Wang, H. L. (2017). Flap designs for flap advancement during implant therapy: a systematic review. Implant dentistry, 26(1), 145-152.

2. De Sanctis, M., & Clementini, M. (2014). Flap approaches in plastic periodontal and implant surgery: critical elements in design and execution. Journal of clinical periodontology, 41, S108-S122.

166. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÚ LỢI QUANH IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị tạo hình nhú lợi/gai nướu quanh Implant nha khoa bằng phương pháp phẫu thuật nhằm đạt kết quả ăn nhai và thẩm mỹ tối ưu.

2. CHỈ ĐỊNH

Nhú lợi/gai nướu quanh Implant nha khoa không đảm bảo chức năng thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật (bệnh rối loạn chuyển hóa xương, đang điều trị ung thư.v.v.).

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật mô mềm.
- Dịch truyền (nếu cần).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy theo dõi người bệnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật (X-quang, xét nghiệm, đơn thuốc...).

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê**.**

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Đặt trụ lành thương.

6.3. Bước 3: Phẫu thuật tạo hình chia tách lợi sừng hóa về 2 phía gần xa để tạo thành các nhú lợi tại vùng lân cận giữa Implant và răng thật hoặc giữa các Implant.

6.4. Bước 4: Khâu cố định các nhú lợi quanh các trụ lành thương.

6.5. Bước 5: Dùng phục hình tạm hướng dẫn mô mềm.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: dùng thuốc kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Chảy máu: cầm máu

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm mô mềm: điều trị viêm.
- Viêm quanh Implant: điều trị viêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stefanini, M., Marzadori, M., Tavelli, L., Bellone, P., & Zucchelli, G. (2020). Peri-implant Papillae Reconstruction at an Esthetically Failing Implant. International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, 40(2).

2. Pradeep, A. R., & Karthikeyan, B. V. (2006). Peri-implant papilla reconstruction: Realities and limitations. Journal of periodontology, 77(3), 534-544

167. PHỤC HÌNH CẦU/CHỤP GẮN BẰNG CEMENT TRÊN IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình răng giả cố định gắn bằng cement trên Implant nha khoa nhằm tái lập chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Mất răng đã được cấy trụ Implant.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương.v.v.).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có sức khỏe toàn thân kém.
- Người bệnh kém hợp tác.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh tụt lợi, có mô nha chu kém (thận trọng khi lấy dấu bằng phương pháp truyền thống).
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê (nếu cần).
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Dụng cụ và phương tiện lấy dấu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan.

- Bộ dụng cụ phục hình Implant nha khoa.
- Vật liệu chế tạo phục hình tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy quét trong miệng (nếu cần).
- Phương tiện chế tạo phục hình tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.
- Tại Labo phục hình: từ 6 giờ đến 7 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tháo trụ lành thương.

6.3. Bước 3: Lấy dấu vị trí implant bằng phương pháp thông thường hoặc kỹ thuật số; lấy dấu cắn, lên giá khớp.

6.4. Bước 4: Chế tạo phục hình tại Labo phục hình.

6.5. Bước 5: Đặt và cố định abutment.

6.6. Bước 6: Đặt phục hình trên miệng người bệnh.

6.7. Bước 7: Kiểm tra khớp cắn, độ sát khít, mầu sắc, hình thể.v.v.

6.8. Bước 8: Gắn cố định phục hình bằng cement.

6.9. Bước 9: Lấy bỏ phần cement dư.

6.10. Bước 10: Kiểm tra lại khớp cắn và tiếp xúc.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đảm bảo thẩm mỹ và chức năng.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Bong lỏng phục hình: gắn lại

7.3. Biến chứng muộn: Bong lỏng phục hình: gắn lại

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reda, R., Zanza, A., Cicconetti, A., Bhandi, S., Guarnieri, R., Testarelli, L., & Di Nardo, D. (2022). A systematic review of cementation techniques to minimize cement excess in cement-retained implant restorations. Methods and Protocols, 5(1), 9.

2. Chaar, M. S., Att, W., & Strub, J. R. (2011). Prosthetic outcome of cement-retained implant-supported fixed dental restorations: a systematic review. Journal of oral rehabilitation, 38(9), 697-711.

168. PHỤC HÌNH CẦU/CHỤP GẮN BẰNG VÍT TRÊN IMPLANT NHA KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật phục hình răng giả kết nối bằng ốc vít trên Implant nha khoa nhằm tái lập chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Mất răng đã được cấy trụ Implant.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương...).
- Trụ Implant chưa đủ độ chắc do tích hợp xương chưa tốt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có sức khỏe toàn thân kém.
- Người bệnh kém hợp tác.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh tụt lợi, có mô nha chu kém (thận trọng khi lấy dấu bằng phương pháp truyền thống).
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê (nếu cần).
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.

- Vật liệu trám.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan.
- Bộ dụng cụ phục hình Implant nha khoa.
- Vật liệu chế tạo phục hình tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp (nếu cần).
- Phương tiện chế tạo phục hình tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.
- Tại Labo phục hình: từ 6 giờ đến 7 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tháo trụ lành thương.

6.3. Bước 3: Lấy dấu vị trí implant; lấy dấu cắn, lên giá khớp.

6.4. Bước 4: Chế tạo phục hình tại Labo.

6.5. Bước 5: Đặt phục hình trên miệng.

6.6. Bước 6: Kiểm tra khớp cắn, độ sát khít, mầu sắc, hình thể.v.v.

6.7. Bước 7: Gắn cố định phục hình bằng ốc vít.

6.8. Bước 8: Hàn phủ lỗ ốc vít bằng vật liệu thích hợp (GIC hoặc Composite).

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ.

- Chụp phim X-quang kiểm tra.
- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh sau phẫu thuật.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Lỏng vít sau gắn phục hình: vặn lại vít.

7.3. Biến chứng muộn: Lỏng vít sau gắn phục hình: vặn lại vít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hamed, M. T., Abdullah Mously, H., Khalid Alamoudi, S., Hossam Hashem, A. B., & Hussein Naguib, G. (2020). A systematic review of screw versus cement-retained fixed implant supported reconstructions. Clinical, cosmetic and investigational dentistry, 9-16.

2. 1.Sherif, S., Susarla, H. K., Kapos, T., Munoz, D., Chang, B. M., & Wright, R. F. (2014). A systematic review of screw-versus cement-retained implant-supported fixed restorations. Journal of Prosthodontics, 23(1), 1-9.

169. PHỤC HÌNH TOÀN HÀM BẮT VÍT TRÊN MULTIUNIT ABUTMENT

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị mất răng toàn hàm bằng hàm giả cố định trên các Implant sử dụng trụ phục hình bắt vít có điều hướng để phục hồi tối ưu chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mất răng toàn hàm đã được cấy ghép Implant nha khoa.
- Số trụ Implant đã được cấy ≥ 4.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương...).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, viêm quanh răng.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Chất lấy dấu
- Vật liệu lấy dấu khớp cắn.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.

- Tay khoan.
- Bộ dụng cụ phục hình trên Multiunit.
- Dụng cụ lấy tương quan tâm, kích thước dọc.
- Bộ dụng cụ phục hình trên hàm tháo lắp.
- Vật liệu chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 8 giờ đến 10 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 12 giờ đến 15 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu sơ khởi:

- Lấy dấu trên Implant.
- Đổ mẫu.
- Chọn màu răng.
- Chọn Multiunit.

6.2. Bước 2: Lắp Multiunit:

- Tháo trụ liền thương, lắp Multiunit lên miệng người bệnh.
- Lắp và cố định Coping trên Multiunit.
- Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.3. Bước 3: Lấy dấu trên Multiunit:

- Lấy dấu trên Multiunit bằng Silicone.

- Lắp vít đậy cho Multiunit.

6.4. Bước 4: Thử sát khít thụ động:

- Kiểm tra khít sát thụ động trên coping lấy dấu được cố định với nhau.
- Lấy dấu trên Multiunit lần 2 sau khi thử khít sát thụ động.

6.5. Bước 5: Đo kích thước dọc:

- Lên gối sáp.
- Đo kích thước dọc bằng phương pháp phù hợp.

6.6. Bước 6: Thử gối sáp:

- Thử gối sáp, sửa gối sáp theo cung hàm và khuôn miệng.
- Xác định tầm cắn.
- Xác định tương quan tâm.
- Đo cung mặt, lên giá khớp (nếu cần).

6.7. Bước 7: Thử răng lần 1:

- Thử răng, chỉnh sửa kích thước, hình dạng, màu sắc răng.
- Kiểm tra kích thước dọc, tầm cắn, cung răng.
- Lấy dấu tương quan hai hàm.

6.8. Bước 8: Thử răng lần 2:

Chỉnh sửa màu sắc răng, khớp cắn đảm bảo hình thể, chức năng.

6.9. Bước 9: Thử răng lần 3:

Chỉnh sửa biên giới nền hàm.

6.10. Bước 10: Thử khung sườn trên Multiunit:

- Khung sườn cho phục hình được chế tác theo phương pháp CAD/CAM.
- Thử khung sườn trên miệng người bệnh.
- Kiểm tra khít sát thụ động.

6.11. Bước 11: Hoàn thiện phục hình:

- Tháo vít đậy Multiunit.
- Lắp phục hình đã được hoàn thiện trên miệng người bệnh.
- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.
- Lưu giữ phục hình tạm thời bằng vít để theo dõi.

6.12. Bước 12: Gắn phục hình vĩnh viễn:

- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.
- Kiểm tra lực bắt vít trên Multiunit.
- Trám lỗ vít bằng chất hàn vĩnh viễn.

6.13. Bước 13: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm quanh Implant, viêm niêm mạc quanh Implant: điều trị.
- Hỏng các phụ kiện kết nối phục hình: sửa chữa.
- Gãy, vỡ phục hình: sửa chữa phục hình.

7.3. Biến chứng muộn: Gãy, vỡ phục hình: sửa chữa phục hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Patel, M. P., Anilkumar, S., Chankramath, R., & Gopalakrishnan, S. (2016). Rehabilitation of edentulous maxillary arch with implant-assisted fixed complete prosthesis using multi-unit straight and angulated abutments. European Journal of Prosthodontics, 4(2), 37.

2. Ashurko, I., Trofimov, A., Tarasenko, S., & Mekhtieva, S. (2020). Full-Mouth Screw-Retained Implant-Supported Rehabilitation with Multiunit Abutments Using Virtual Guided Surgery and Digital Prosthetics Protocol. Case Reports in Dentistry, 2020(1), 3585169.

170. PHẪU THUẬT GHÉP LỢI TỰ DO CHE PHỦ CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tụt lợi là tình trạng đường viền lợi di chuyển xuống dưới ranh giới men-xi măng và để lộ một phần chân răng. Tụt lợi do nhiều nguyên nhân và có nhiều phương pháp điều trị, trong đó có phương pháp phẫu thuật ghép lợi tự do để che phủ chân răng nhằm bảo vệ chân răng, phục hồi thẩm mỹ, giảm ê buốt răng và dự phòng sâu chân răng, mòn cổ răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng tụt lợi đơn lẻ hoặc nhiều răng liên tiếp loại II, III theo phân loại Miller (1985) hoặc loại II theo phân loại Cairo (2011).
- Thiếu mô lợi phía chóp răng và phía bên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Tụt lợi loại IV theo Miller hoặc loại III theo Cairo.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch...
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Tụt lợi liên tiếp nhiều răng, mô lợi mỏng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Bột băng phẫu thuật.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi, dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Bộ dụng cụ khám.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận mảnh ghép:

- Mở vùng nhận ghép tương ứng các răng tụt lợi, tạo vạt bán phần, giải phóng các yếu tố cản trở mô mềm.
- Xử lý cơ học bề mặt chân răng bị lộ.
- Xử lý hóa học bề mặt chân răng lộ với EDTA, sau đó rửa với nước muối.

- Xử lý sinh học với Emdogain hoặc các chất tương tự (nếu cần).

6.3. Bước 3: Lấy mảnh ghép mô liên kết biểu mô tự do:

- Lấy mảnh ghép mô liên kết biểu mô với kích thước ngang khoảng 4 mm, dài tương ứng vùng răng tụt lợi cần che phủ, để lại màng xương.
- Cầm máu vùng cho ghép với surgicel hoặc spongel với mũi khâu chữ X.
- Chỉnh sửa lại mảnh ghép cho phù hợp với vùng ghép.
- Giữ ẩm mảnh ghép.

6.4. Bước 4: Đặt mảnh ghép lợi tự do:

Đặt và khâu cố định mảnh ghép lợi tự do.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 6: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và mảnh ghép ổn định.

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng và dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Hoại tử mảnh ghép: lấy mảnh ghép hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 663.e8-663.e9

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 997- 1002

3. Zucchelli, G. *Mucogingival esthetic surgery*. Quyntessence Publishing (2013) ; ISBN: 978-88-7492-171-3; 379-402

171. PHẪU THUẬT GHÉP MÔ LIÊN KẾT CHE PHỦ CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tụt lợi là tình trạng đường viền lợi di chuyển xuống dưới ranh giới men-xi măng và để lộ một phần chân răng. Tụt lợi do nhiều nguyên nhân và có nhiều phương pháp điều trị, trong đó có phương pháp bằng phẫu thuật ghép mô liên kết dưới biểu mô để che phủ chân răng nhằm bảo vệ chân răng, phục hồi thẩm mỹ, giảm ê buốt răng và dự phòng sâu chân răng và mòn cổ răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng tụt lợi đơn lẻ hoặc nhiều răng liên tiếp loại I, II, III theo phân loại Miller (1985) hoặc loại I, II theo phân loại Cairo (2011).
- Thiếu lợi viền (< 2mm).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Tụt lợi loại IV theo Miller hoặc loại III theo Cairo.
- Vùng ghép bị cản trở bởi yếu tố mô mềm (phanh, cơ, ngách lợi).
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch...
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Tụt lợi liên tiếp nhiều răng, mô lợi mỏng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu.
- Bột băng phẫu thuật.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi, dưới lợi.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận mô ghép:

- Tạo vạt (có thể dùng bao, vạt tứ giác hoặc vạt đôi tuỳ trường hợp lâm sàng).
- Bóc tách vạt kỹ thuật hỗn hợp bán phần – toàn phần tương ứng vùng nhận ghép
- Xử lý cơ học bề mặt chân răng bị lộ.
- Xử lý hóa học bề mặt chân răng lộ với EDTA trong, sau đó rửa với nước muối.
- Xử lý sinh học với Emdogain hoặc các chất tương tự (nếu cần).

6.3. Bước 3: Lấy mảnh ghép mô liên kết:

- Lấy mảnh mô liên kết dưới biểu mô hoặc mảnh mô liên kết biểu mô (sau đó bỏ phần biểu mô) với kích thước tương ứng vùng cần ghép.
- Khâu đóng vạt sau khi lấy mảnh mô liên kết dưới biểu mô với mũi khâu chữ đệm ngang.
- Đặt chất cầm máu (surgicel hoặc spongel) và khâu cầm máu nếu lấy hoặc mảnh mô liên kết biểu mô.
- Có thể cầm máu với máng nhựa cầm máu ép sẵn.

6.4. Bước 4: Đặt mảnh ghép:

Đặt và khâu cố định mảnh ghép vào phần chân răng cần che phủ.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt niêm mạc che phủ mảnh ghép.

6.6. Bước 6: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và mảnh ghép ổn định.

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng và dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Hoại tử mảnh ghép: lấy mảnh ghép hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 663.e15-663.e17

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 1002-1007

3. Zucchelli, G. *Mucogingival esthetic surgery*. Quyntessence Publishing (2013) ; ISBN: 978-88-7492-171-3; 379-402

172. PHẪU THUẬT GHÉP BIỂU MÔ VÀ MÔ LIÊN KẾT TĂNG CHIỀU CAO LỢI DÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Lợi dính là phần lợi bám dính vào xương ổ răng và răng, có chiều cao trung bình từ 4-6 mm tùy từng vùng. Những thay đổi về giải phẫu của lợi dính có thể dẫn tới tụt lợi gây hở chân răng hoặc ảnh hưởng tới vấn đề phục hình răng. Có nhiều phương pháp phẫu thuật nhằm giải quyết tình trạng thiếu chiều cao lợi dính, trong đó kỹ thuật ghép biểu mô và mô liên kết là kỹ thuật lấy mô từ vùng vòm miệng ghép vào vị trí thiếu lợi dính để làm tăng chiều cao lợi dính.

2. CHỈ ĐỊNH

Thiếu lợi dính gây co lợi, ảnh hưởng đến chất lượng phục hình, implant.v.v.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch...
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Vùng ghép có kích thước lớn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Bột băng phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút phẫu thuật.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận mảnh ghép:

- Tạo vạt niêm mạc: rạch và bóc tách vạt niêm mạc bán phần, bộc lộ vùng phẫu thuật.
- Làm sạch bề mặt vùng nhận mảnh ghép.

6.3. Bước 3: Sửa soạn mảnh ghép:

- Lấy mảnh ghép: mảnh ghép thường được lấy ở vòm miệng.
- Chỉnh sửa lại mảnh ghép cho phù hợp với vùng ghép.

- Giữ ẩm mảnh ghép.

6.4. Bước 4: Đặt mảnh ghép:

Đặt và cố định mảnh ghép tại vùng nhận.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 6: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và mảnh ghép ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Hoại tử mảnh ghép: lấy mảnh ghép hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 663.e1-663.e3

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 979- 985

3. Zucchelli, G. *Mucogingival esthetic surgery*. Quyntessence Publishing (2013) ; ISBN: 978-88-7492-171-3; 379 – 402.

173. PHẪU THUẬT LẬT VẠT ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lật vạt là một trong các kỹ thuật điều trị túi quanh răng với mục tiêu làm tăng khả năng tiếp cận vùng chân răng để làm sạch chân răng, loại bỏ tổ chức viêm hoại tử và loại bỏ hoặc làm giảm độ sâu của túi quanh răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng sâu đang hoạt động (chảy máu nướu khi thăm dò), sâu ≥ 5mm không đáp ứng với điều trị không phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch...
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bông, gạc vô khuẩn.

- Chỉ phẫu thuật không tiêu.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Bột băng phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi, dưới lợi.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc:

Rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.

6.3. Bước 3: Làm sạch túi quanh răng:

- Lấy bỏ phần mô lợi bị viêm, hoại tử và các tổ chức hạt bằng cây nạo nha chu.
- Làm nhẵn bề mặt chân răng và thành xương ổ răng bằng dụng cụ siêu âm và tay khoan chậm.
- Bơm rửa túi quanh răng bằng dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.5. Bước 5: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh: hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng, hẹn tháo bột băng nha chu và cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Đau: dùng thuốc giảm đau.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khoa Bệnh học quanh răng, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013); ISBN 978-604-0-11023-7; 543 – 551.

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 615-626.

3. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 767-796.

174. PHẪU THUẬT LẬT VẠT ĐIỀU TRỊ ÁP XE QUANH RĂNG MẠN TÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe quanh răng mạn tính xảy ra khi ổ nhiễm trùng hình thành trong túi quanh răng sâu, không thoát ra được trong thời gian dài. Mục tiêu của phẫu thuật lật vạt là làm tăng khả năng tiếp cận ổ áp xe quanh răng, loại bỏ tổ chức viêm hoại tử, làm sạch chân răng và loại bỏ hoặc làm giảm độ sâu của túi quanh răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe quanh răng mạn tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch...
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.

- Nước súc miệng.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Bột băng phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi, dưới lợi.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Dùng thám trâm nha chu xác định vị trí ổ áp xe.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn.

6.3. Bước 3: Tạo vạt niêm mạc:

Rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.

6.4. Bước 4: Nạo ổ áp xe quanh răng mạn tính:

- Lấy hết mô hạt, tổ chức viêm thành trong và trong lòng ổ áp xe bằng cây nạo nha chu, bộc lộ chân răng.

- Lấy sạch cao răng và làm nhẵn chân răng bằng dụng cụ siêu âm.
- Bơm rửa bằng dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

6.5. Bước 6: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 7: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kết thúc quy trình

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh: hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng, hẹn tháo bột băng nha chu và cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Đau: dùng thuốc giảm đau.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khoa Bệnh học quanh răng, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013); ISBN 978-604-0-11023-7; 543 – 551.

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 615-626.

3. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 767-796

175. PHẪU THUẬT TRƯỢT VẠT CHE PHỦ CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tụt lợi là tình trạng đường viền lợi di chuyển xuống dưới ranh giới men-xi măng và để lộ một phần chân răng. Tụt lợi do nhiều nguyên nhân và có nhiều phương pháp điều trị, trong đó có phương pháp trượt vạt để che phủ chân răng nhằm bảo vệ chân răng, phục hồi thẩm mỹ, giảm ê buốt răng và dự phòng sâu chân răng và mòn cổ răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng bị tụt lợi loại I, II theo phân loại Miller (1985) hoặc loại I theo phân loại Cairo (2011).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Nhiều răng bị tụt lợi liên tiếp nhau.
- Tụt lợi loại III, IV theo phân loại Miller hoặc loại II, III theo phân loại Cairo.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch...
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Bột băng phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi, dưới lợi.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 45 phút đến 2 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận vạt ghép:

- Tạo vạt (có thể dùng vạt bao, vạt tứ giác hoặc vạt đôi tuỳ trường hợp lâm sàng).
- Bóc tách vạt kỹ thuật hỗn hợp bán phần – toàn phần tương ứng vùng nhận ghép.

- Xử lý cơ học bề mặt chân răng bị lộ.
- Xử lý hóa học bề mặt chân răng lộ với EDTA, sau đó rửa bằng nước muối.
- Xử lý sinh học với Emdogain hoặc các chất tương tự (nếu cần).

6.3. Bước 3: Tạo vạt niêm mạc:

- Rạch niêm mạc vùng tụt lợi với các đường rạch tùy theo loại vạt trượt sang bên hoặc vạt trượt về về phía thân răng.
- Bóc tách vạt niêm mạc hỗn hợp bán phần-toàn phần.
- Di chuyển vạt sang bên hoặc trượt về phía thân răng và đặt lên vùng chân răng cần che phủ, kiểm tra và điều chỉnh vạt.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt niêm mạc (vì trượt vạt sang bên không khâu treo).

6.5. Bước 5: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng và dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn tháo bột băng và cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 663.e9-663.e12.

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 988 – 996.

176. PHẪU THUẬT TRƯỢT VẠT TĂNG CHIỀU CAO LỢI DÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Lợi dính là phần lợi bám dính vào xương ổ răng và răng, có chiều cao trung bình từ 4-6 mm tùy từng vùng. Những thay đổi về giải phẫu của lợi dính có thể dẫn tới tụt lợi hở chân răng hoặc ảnh hưởng tới vấn đề phục hình răng do thiếu lợi sừng hóa. Có nhiều phương pháp phẫu thuật nhằm giải quyết tình trạng thiếu chiều cao lợi dính, trong đó phẫu thuật trượt vạt là kỹ thuật sử dụng vạt lợi có cuống để làm tăng chiều cao của lợi dính.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chiều cao lợi dính chưa đủ.
- Thiếu lợi dính ở sống hàm vùng mất răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch...
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.

- Nước súc miệng.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu.
- Bột băng phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc:

Rạch và bóc tách vạt bán phần và các đường rạch giảm căng.

6.3. Bước 3: Di chuyển vạt:

- Kéo vạt đặt về vị trí mong muốn, kiểm tra và điều chỉnh vạt.
- Khâu cố định vạt bằng mũi khâu treo.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.5. Bước 5: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và vạt ghép ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng và cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 663.e6-663.e8

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 988-996

177. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NHÚ LỢI

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhú lợi có thể bị tiêu hoặc phì đại do quá trình viêm hoặc các nguyên nhân khác. Phẫu thuật tạo hình nhú lợi là phẫu thuật thẩm mỹ nha chu giúp tái tạo lại phần nhú lợi bị tiêu bằng phương pháp ghép lợi tự do lấy từ vòm miệng hoặc tái tạo lại nhú lợi bị phì đại sau khi cắt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nhú lợi bị phì đại.
- Răng bị tụt nhú lợi loại I, II, III theo Norland và Tarnow.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Thiếu lợi sừng hóa.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch...
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.

- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ khám.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Chỉ phẫu thuật.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút dịch.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 45 phút đến 2 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo hình lợi:

- Cắt tạo hình nhú lợi phì đại (trong trường hợp phì đại nhú lợi):

+ Xác định chiều cao nhú lợi.

+ Rạch đường rạch vòng cung trong khe nướu từ 2 bên nhú lợi sao cho kích thước nhú lợi phù hợp với kẽ giữa 2 răng.

+ Lấy bỏ tổ chức lợi đã cắt rời.

- Ghép mô liên kết tạo hình nhú lợi bị tiêu (trong trường hợp tạo hình nhú lợi):

+ Tạo vạt bán phần đường hầm, bóc tách qua vị trí nhú lợi.

+ Lấy mô liên kết vòm miệng hoặc vùng lồi củ, kích thước tương đương vùng nhận.

+ Khâu cố định mô liên kết.

+ Khâu treo kéo nhú lợi về phía thân răng đến vị trí mong muốn.

+ Bơm rửa bằng nước muối sinh lý.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: sử dụng gel cầm máu. Trong một số trường hợp có thể khâu cầm máu nếu cần.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Hoại tử mảnh ghép: lấy mảnh ghép hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khoa Bệnh học quanh răng, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013); ISBN 978-604-0-11023-7

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4

178. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH LỢI

1. ĐẠI CƯƠNG

Lợi có thể bị phì đại do quá trình viêm hoặc do một số nguyên nhân khác. Phẫu thuật tạo hình lợi nhằm tạo lại đường viền lợi sinh lý, giúp cải thiện tình trạng cười hở lợi, phục hồi chức năng thẩm mỹ hoặc loại bỏ mô lợi bị nhiễm trùng/ tổn thương.

2. CHỈ ĐỊNH

- Phì đại lợi.
- Thân răng lâm sàng ngắn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Thiếu lợi sừng hóa.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch...
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Có bất thường về các cấu trúc giải phẫu liên quan.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.

- Nước súc miệng.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bột băng phẫu thuật.
- Chỉ phẫu thuật.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi, dưới lợi.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy hút phẫu thuật.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cắt tạo hình lợi:

- Đánh dấu đáy khe lợi.
- Rạch đường rạch hình bán nguyệt có độ dày bán phần và bề cong quay về phía cổ răng, cách đáy khe lợi 2-3 mm.
- Rạch đường rạch trong khe lợi cho đến khi gặp đường rạch bán nguyệt.
- Lấy bỏ tổ chức lợi đã cắt rời.
- Nạo tổ chức viêm (nếu có) và làm nhẵn bề mặt thân răng.

- Tạo hình xương ổ răng (nếu cần).
- Bơm rửa bằng nước muối sinh lý.

6.3. Bước 3: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng và cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: tháo và đắp lại bột băng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khoa Bệnh học quanh răng, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013); ISBN 978-604-0-11023-7; 538 – 541.

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 630-631.

3. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 1013 – 1016.

179. PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN VÀ MÀNG SINH HỌC TÁI TẠO MÔ QUANH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tái tạo mô quanh răng nhằm mục đích tái sinh các mô vùng quanh răng (lợi, xương ổ răng, dây chằng quanh răng, xi măng chân răng) đã bị phá hủy do viêm hoặc các nguyên nhân khác, là một trong những mục tiêu điều trị bệnh vùng quanh răng. Có nhiều phương pháp tái tạo mô quanh răng, trong đó phẫu thuật ghép xương tự thân và màng sinh học là kỹ thuật đặt xương lấy từ cơ thể người bệnh và màng sinh học vào vùng khuyết hổng quanh răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng trong xương sâu > 5mm, còn ít nhất 2 thành xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Tiêu xương ngang.
- Túi quanh răng trong xương còn ít hơn 2 thành.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có nguy cơ dị ứng màng sinh học.
- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Nước muối sinh lý.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu xử lý bề mặt chân răng.
- Màng sinh học.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Vít cố định màng và dụng cụ cố định màng (nếu có).
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng
- Bộ dụng cụ khám.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật xương.
- Dụng cụ nghiền xương.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 3 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận vật liệu ghép:

- Tạo vạt niêm mạc: rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.
- Làm sạch túi quanh răng:

+ Lấy bỏ phần mô lợi bị viêm và hoại tử.

+ Làm nhẵn bề mặt chân răng và thành xương ổ răng.

+ Bơm rửa sạch túi quanh răng bằng nước muối sinh lý.

- Xử lý bề mặt chân răng và bơm rửa bằng nước muối sinh lý.
- Tạo các điểm chảy máu ở xương ổ răng vùng nhận.

6.3. Bước 3: Lấy xương tự thân trong miệng:

- Bộc lộ vùng xương có thể lấy ở các vùng trong miệng (góc hàm, vùng cằm, lồi củ hàm trên, các lồi xương.v.v.).
- Lấy xương.
- Nghiền nhỏ phần xương vừa lấy (nếu là xương khối) và bảo quản trong nước muối sinh lý ấm.

6.4. Bước 4: Đặt vật liệu ghép:

- Đặt phần xương tự thân đã nghiền nhỏ vào vùng khuyết hổng xương.
- Đặt màng sinh học.
- Khâu cố định màng.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 6: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và vùng ghép ổn định.

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng và dặn dò người bệnh sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ và tháo bột băng phẫu thuật (nếu cần).
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ. Có thể lấy bỏ màng nếu nhiễm trùng nặng.
- Lộ màng: hướng dẫn vệ sinh răng miệng và theo dõi.

7.3. Biến chứng muộn: Thải loại màng ghép: lấy bỏ màng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 645-646

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 937-946

180. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU SINH HỌC TỰ THÂN TÁI TẠO MÔ QUANH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tái tạo mô quanh răng nhằm tái sinh các mô vùng quanh răng (lợi, xương ổ răng, dây chằng quanh răng, xi măng chân răng) bị phá hủy do viêm hoặc các nguyên nhân khác, là một trong những mục tiêu điều trị bệnh vùng quanh răng. Có nhiều phương pháp tái tạo mô quanh răng, trong đó phẫu thuật ghép vật liệu sinh học tự thân là kỹ thuật ghép màng fibrin giàu tiểu cầu (PRF) vào vùng khuyết hổng quanh răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Túi quanh răng trong xương sâu > 5mm, còn ít nhất 2 thành xương.
- Tiêu chẽ chân răng độ 1.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Tiêu xương ngang.
- Túi quanh răng trong xương còn ít hơn 2 thành.
- Tiêu chẽ chân răng độ 2, 3.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ tạo màng PRF.
- Ống nghiệm quay ly tâm.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ phẫu thuật trong miệng.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ly tâm.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 45 phút đến 2 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận vật liệu ghép:

- Tạo vạt niêm mạc: rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.
- Làm sạch túi quanh răng:

+ Lấy bỏ phần mô lợi bị viêm và hoại tử.

+ Làm nhẵn bề mặt chân răng và thành xương ổ răng.

+ Bơm rửa sạch túi quanh răng bằng nước muối sinh lý.

- Xử lý bề mặt chân răng và bơm rửa bằng nước muối sinh lý.
- Tạo các điểm chảy máu ở xương ổ răng vùng nhận

6.3. Bước 3: Tạo màng PRF:

- Lấy 10 ml máu tĩnh mạch.
- Bảo quản máu trong ống nghiệm vô trùng, không có chất chống đông.
- Ly tâm máu theo quy trình tạo PRF.
- Lấy khối PRF và ép tạo thành màng PRF.

6.4. Bước 4: Ghép PRF:

Đặt màng PRF vào vùng khuyết hổng xương.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 6: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và vùng ghép ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng và cắt chỉ (nếu cần).
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Thải loại vật liệu ghép: lấy bỏ vật liệu ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 669-670

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 642-643

181. PHẪU THUẬT ĐẶT DẪN XUẤT PROTEIN KHUÔN MEN VÀ YẾU TỐ TĂNG TRƯỞNG TÁI TẠO MÔ QUANH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tái tạo mô quanh răng nhằm tái sinh các mô vùng quanh răng (lợi, xương ổ răng, dây chằng quanh răng, xi măng chân răng) đã bị phá hủy do viêm hoặc các nguyên nhân khác, là một trong những mục tiêu điều trị bệnh vùng quanh răng. Có nhiều phương pháp tái tạo mô quanh răng, trong đó phẫu thuật đặt dẫn xuất Protein khuôn men và yếu tố tăng trưởng vào vùng khuyết hổng quanh răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Túi quanh răng trong xương sâu >5mm, còn ít nhất 2 thành xương.
- Khuyết hổng vùng chẽ chân răng độ 1,2.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Tiêu xương ngang.
- Túi quanh răng trong xương còn ít hơn 2 thành.
- Khuyết hổng chẽ chân răng độ 3,4.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh nguy cơ dị ứng với vật liệu ghép.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu xử lý bề mặt chân răng (Prefgel).
- Vật liệu sinh học (Emdogain).
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 45 phút đến 2 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận vật liệu sinh học:

- Tạo vạt niêm mạc: rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.
- Làm sạch túi quanh răng:

+ Lấy bỏ phần mô lợi bị viêm và hoại tử.

+ Làm nhẵn bề mặt chân răng và thành xương ổ răng.

+ Bơm rửa sạch túi quanh răng bằng nước muối sinh lý.

- Xử lý bề mặt chân răng và bơm rửa bằng nước muối sinh lý.
- Tạo các điểm chảy máu ở xương ổ răng vùng nhận.
- Bơm gel xử lý bề mặt chân răng.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu sinh học:

Bơm vật liệu sinh học (Emdogain) vào vùng khuyết hổng xương.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.5. Bước 5: Phủ bột băng phẫu thuật.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và vùng ghép ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Thải loại vật liệu ghép: lấy bỏ vật liệu ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 647-649

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 946-949

182. PHẪU THUẬT GHÉP MÀNG SINH HỌC ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG CHẼ CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Khuyết hổng chẽ chân răng là tình trạng mất mô quanh răng (lợi, xương ổ răng, dây chằng quanh răng, xi măng chân răng) ở vùng chẽ của các răng nhiều chân do viêm hoặc do các nguyên nhân khác. Có nhiều kỹ thuật điều trị khuyết hổng chẽ chân răng, trong đó phẫu thuật ghép màng sinh học là kỹ thuật điều trị nhằm tái sinh các mô quanh răng vùng chẽ, phục hồi chức năng, thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng vùng chẽ chân răng độ 1, 2.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Khuyết hổng vùng chẽ chân răng độ 3.
- Khuyết hổng vùng chẽ chân răng ở người bệnh viêm quanh răng tiến triển nhanh.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Thận trọng với người bệnh có nguy cơ dị ứng màng sinh học.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.

- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu xử lý bề mặt chân răng.
- Màng sinh học.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Vít cố định màng (nếu có).
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận vật liệu ghép:

- Tạo vạt niêm mạc: rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.

- Làm sạch vùng chẽ răng.

+ Lấy bỏ phần mô lợi bị viêm và hoại tử.

+ Làm nhẵn bề mặt chân răng.

+ Bơm rửa vùng chẽ chân răng.

- Xử lý bề mặt chân răng và bơm rửa bằng nước muối sinh lý.

- Tạo các điểm chảy máu ở xương ổ răng vùng nhận.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu ghép:

- Sửa soạn màng sinh học.

- Đặt màng che phủ vùng chẽ chân răng.

- Khâu cố định màng.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.5. Bước 5: Phủ bột băng phẫu thuật.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và vùng ghép ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng và cắt chỉ.

- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ, có thể lấy bỏ màng nếu nhiễm trùng nặng.

7.3. Biến chứng muộn: Thải loại màng ghép: lấy bỏ màng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 645-646

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 822-825

183. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU THAY THẾ XƯƠNG VÀ MÀNG SINH HỌC ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG CHẼ CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Khuyết hổng chẽ chân răng là tình trạng mất mô quanh răng (lợi, xương ổ răng, dây chằng quanh răng, xi măng chân răng) ở vùng chẽ của các răng nhiều chân do viêm hoặc do các nguyên nhân khác. Có nhiều kỹ thuật điều trị khuyết hổng chẽ chân răng, trong đó phẫu thuật ghép vật liệu thay thế xương và màng sinh học là kỹ thuật điều trị nhằm mục đích tái sinh các mô quanh răng vùng chẽ, phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Khuyết hổng vùng chẽ chân răng độ 1,2.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Khuyết hổng vùng chẽ chân răng độ 3.
- Khuyết hổng vùng chẽ chân răng ở người bệnh viêm quanh răng tiến triển nhanh.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Thận trọng với người bệnh có nguy cơ dị ứng màng sinh học.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.

- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu xử lý bề mặt chân răng.
- Vật liệu thay thế xương.
- Màng sinh học.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Vít cố định màng (nếu có).
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ cố định màng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận vật liệu ghép:

- Tạo vạt niêm mạc: rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.
- Làm sạch vùng chẽ răng:

+ Lấy bỏ phần mô lợi bị viêm và hoại tử.

+ Làm nhẵn bề mặt chân răng và thành xương ổ răng.

+ Bơm rửa sạch vùng chẽ.

- Xử lý bề mặt chân răng và bơm rửa bằng nước muối sinh lý.
- Tạo các điểm chảy máu ở xương ổ răng vùng nhận.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu ghép:

- Đặt vật liệu thay thế xương.
- Sửa soạn màng sinh học.
- Đặt màng che phủ vùng chẽ chân răng và vật liệu thay thế xương.
- Cố định màng.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.5. Bước 5: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và vùng ghép ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng và cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ. Có thể lấy bỏ vật liệu thay thế xương và màng nếu nhiễm trùng nặng.

7.3. Biến chứng muộn: Thải loại vật liệu thay thế xương và màng sinh học: lấy bỏ vật liệu ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 645-646

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 822-825

184. PHẪU THUẬT GHÉP VẬT LIỆU THAY THẾ XƯƠNG VÀ MÀNG SINH HỌC TÁI TẠO MÔ QUANH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tái tạo mô quanh răng nhằm tái sinh các mô vùng quanh răng (lợi, xương ổ răng, dây chằng quanh răng, xi măng chân răng) đã bị phá hủy do viêm hoặc các nguyên nhân khác, là một trong những mục tiêu điều trị bệnh vùng quanh răng. Có nhiều phương pháp tái tạo mô quanh răng, trong đó phẫu thuật ghép vật liệu thay thế xương và màng sinh học là kỹ thuật đặt những vật liệu này vào vùng khuyết hổng quanh răng, phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng trong xương sâu > 5mm, còn ít nhất 2 thành xương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Tiêu xương ngang.
- Túi quanh răng trong xương còn ít hơn 2 thành.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Thận trọng với người bệnh có nguy cơ dị ứng màng sinh học.
- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.

- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu xử lý bề mặt chân răng.
- Vật liệu thay thế xương.
- Màng sinh học.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Mũi khoan tròn nhỏ.
- Tay khoan các loại.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc trong phòng mổ.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận vật liệu ghép:

- Tạo vạt niêm mạc: rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.
- Làm sạch vùng chẽ răng.

+ Lấy bỏ phần mô lợi bị viêm và hoại tử.

+ Làm nhẵn bề mặt chân răng.

+ Bơm rửa sạch túi quanh răng bằng nước muối sinh lý.

- Xử lý bề mặt chân răng và bơm rửa bằng nước muối sinh lý.
- Tạo các điểm chảy máu ở xương ổ răng vùng nhận.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu ghép:

- Đặt vật liệu thay thế xương vào vùng khuyết hổng xương.
- Đặt màng sinh học che phủ vật liệu thay thế xương.
- Khâu cố định màng.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt niêm mạc che phủ hoàn toàn màng sinh học.

6.5. Bước 5: Phủ bột băng phẫu thuật.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và vùng ghép ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ. Trường hợp nhiễm trùng nặng thì lấy bỏ vật liệu thay thế xương và màng sinh học.

7.3. Biến chứng muộn: Thải loại vật liệu thay thế xương và mảnh ghép: lấy bỏ vật liệu ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 645-645.e3

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 937-946

185. PHẪU THUẬT GHÉP MÀNG SINH HỌC CHE PHỦ CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tụt lợi là tình trạng đường viền lợi di chuyển xuống dưới ranh giới men-xi măng và để lộ một phần chân răng. Tụt lợi do nhiều nguyên nhân và có nhiều phương pháp điều trị, trong đó có phương pháp che phủ chân răng bằng phẫu thuật ghép màng sinh học nhằm bảo vệ chân răng, phục hồi thẩm mỹ, giảm ê buốt răng và dự phòng sâu chân răng, mòn cổ răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tụt lợi nhiều răng liên tiếp loại I, II, III theo phân loại Miller hoặc loại I, II theo phân loại Cairo (2011).
- Người bệnh không có đủ mô liên kết vòm miệng để ghép hoặc không muốn có thêm phẫu thuật lấy mô vòm miệng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Tụt lợi loại IV theo Miller hoặc loại III theo Cairo.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Thận trọng với người bệnh có nguy cơ dị ứng màng sinh học.
- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu xử lý bề mặt chân răng.
- Màng sinh học (màng collagen hoặc alloderm).
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 45 phút đến 2 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc trong phòng mổ.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vùng nhận vật liệu ghép:

- Tạo vạt niêm mạc: rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.
- Làm nhẵn và xử lý bề mặt chân răng bị lộ.

6.3. Bước 3: Chuẩn bị vật liệu ghép :

Sửa soạn màng sinh học cho phù hợp với hình dáng bề mặt chân răng bị lộ.

6.4. Bước 4: Đặt vật liệu ghép:

- Đặt và khâu cố định màng vào phần chân răng cần che phủ.
- Đặt lại vạt che phủ hoàn toàn màng sinh học.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 6 : Phủ bột băng phẫu thuật.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và mảnh ghép ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng và cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ. Trường hợp nhiễm trùng nặng thì lấy bỏ vật liệu ghép.

7.3. Biến chứng muộn: Thải loại vật liệu ghép: lấy bỏ màng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 663.e14-663.e15

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 996-997

186. PHẪU THUẬT CẮT LỢI ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Túi quanh răng hình thành do sự tăng sinh biểu mô kết nối và di chuyển về phía chóp răng trong quá trình viêm. Phẫu thuật cắt lợi điều trị túi quanh răng là một trong những kỹ thuật nhằm loại bỏ hoặc làm giảm độ sâu túi quanh răng, phục hồi chức năng và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng sâu trên 5 mm sau giai đoạn điều trị khởi đầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Tiêu xương ngang.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu xử lý bề mặt chân răng.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Mũi khoan các loại.

- Tay khoan các loại.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc:

Rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.

6.3. Bước 3: Làm sạch túi quanh răng:

- Lấy bỏ phần mô lợi bị viêm và hoại tử.
- Làm nhẵn bề mặt chân răng và thành xương ổ răng.
- Bơm rửa túi quanh răng.

6.4. Bước 4: Cắt lợi để làm giảm độ sâu túi quanh răng.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 6: Phủ bột băng phẫu thuật.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng và cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khoa Bệnh học quanh răng, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013); ISBN 978-604-0-11023-7; 538 – 542.

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 615-626.

3. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 767 – 796.

187. PHẪU THUẬT CẮT U LỢI

1. ĐẠI CƯƠNG

U lợi là thuật ngữ chung cho các loại tăng sản lành tính ở lợi xuất hiện do các kích ứng và viêm nhiễm kéo dài hoặc thay đổi nội tiết ở phụ nữ có thai. Cắt u lợi là một trong những phương pháp điều trị nhằm loại bỏ u lợi, phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

U lợi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Tiêu xương ngang.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, có bệnh lý về máu.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu xử lý bề mặt chân răng.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng
- Bộ dụng cụ khám.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cắt u lợi:

Loại bỏ khối u lợi và phần cuống của u lợi, tái tạo lại đường viền lợi sinh lý cho răng tại vị trí cắt u.

6.3. Bước 3: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng phẫu thuật.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 630 – 631.

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 329 – 333.

188. PHẪU THUẬT CẮT U LỢI TOÀN HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Lợi có thể phì đại toàn bộ một hàm do một số tình trạng bệnh lý. Phẫu thuật cắt u lợi toàn hàm là một trong những kỹ thuật loại bỏ u lợi và đưa đường viền lợi về đúng vị trí giải phẫu, phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Phì đại lợi do viêm, sau chỉnh nha, sử dụng thuốc (thuốc chống động kinh, thuốc điều trị cao huyết áp, thuốc chống thải ghép.v.v.).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Tiêu xương ngang.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, có bệnh lý về máu.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu xử lý bề mặt chân răng.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.

- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cắt u lợi:

- Loại bỏ toàn bộ khối u lợi trên hàm răng và phần cuống của u.
- Tái tạo lại đường viền lợi sinh lý cho các răng trên toàn bộ cung hàm.

6.3. Bước 3: Phủ bột băng phẫu thuật.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng phẫu thuật.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 631-635

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 329-333

189. NẠO TÚI QUANH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Nạo túi quanh răng là kỹ thuật nhằm mục đích loại bỏ tổ chức viêm, giảm độ sâu túi bệnh lý hình thành do quá trình phá hủy xương trong bệnh lý viêm quanh răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng sâu từ 4 mm và đang hoạt động (chảy máu khi thăm dò).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép can thiệp phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Tiêu xương ngang.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, bệnh về máu.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu

- Bộ dụng cụ khám.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Nạo túi lợi:

- Nạo tổ chức viêm ở thành ngoài và đáy túi quanh răng.
- Làm sạch cao răng, mảng bám ở thành chân răng, làm nhẵn bề mặt chân răng.
- Bơm rửa túi quanh răng.

6.3. Bước 3: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng phẫu thuật (nếu cần).
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khoa Bệnh học quanh răng, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013); ISBN 978-604-0-11023-7;530 – 535.

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 545.e1- 545.e30.

3. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 750-753.

190. CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật cố định các răng lung lay do các nguyên nhân khác nhau bằng cách liên kết các răng sử dụng dây kim loại và cố định dây bằng composite.

2. CHỈ ĐỊNH

- Các răng lung lay do bệnh quanh răng.
- Các răng lung lay do chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Răng lung lay xen kẽ giữa các vùng mất răng.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân: Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá...

4.2 Tại chỗ

- Răng lung lay nhiều.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Composite các loại, etching, keo dán.
- Chêm gỗ, dây cung liên kết bằng thép không gỉ.
- Bột đánh bóng, chổi cước.
- Mũi khoan các loại.

- Tay khoan các loại.
- Đèn quang trùng hợp.
- Bộ dụng cụ khám.
- Dây cung kim loại.
- Kéo cắt dây cung.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sửa soạn vùng răng cần liên kết:

- Làm sạch bề mặt các răng bằng dụng cụ và vật liệu thích hợp.
- Chọn và sửa soạn dây cung.
- Sử dụng axit photphoric 37% để xoi mòn bề mặt men răng vùng đặt các dây cố định.
- Rửa sạch.
- Đặt chêm gỗ vào các kẽ răng.

6.2. Bước 2: Đặt dây cung và cố định răng:

- Cách ly các răng và thổi khô bề mặt răng.
- Phủ keo dán lên bề mặt răng và chiếu đèn quang trùng hợp.
- Đặt composite vào các răng vùng đã sửa soạn.
- Đặt dây cung vào các răng ở vị trí phù hợp.
- Phủ dây cung bằng composite.
- Cố định dây cung, chiếu đèn quang trùng hợp.
- Lấy chêm gỗ ra khỏi kẽ răng.

- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn (nếu cần).

6.3. Bước 3: Chỉnh sửa và làm nhẵn bề mặt composite.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: răng được cố định chắc, tình trạng khớp cắn ổn định.

- Hướng dẫn người bệnh kiểm soát mảng bám răng.

- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Tổn thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Vệ sinh răng miệng khó: hướng dẫn lại người bệnh vệ sinh răng miệng đúng cách. Có thể sử dụng thêm bàn chải kẽ và nước súc miệng để tăng cường hiệu quả.

- Bong cố định dây cung: cố định lại dây cung.

7.3. Biến chứng muộn: Viêm lợi và viêm quanh răng: điều trị viêm lợi và viêm quanh răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. – Trường Đại học Y Hà Nội, sách chuyên khoa Lâm sàng bệnh quanh răng và implant nha khoa, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam năm 2021; ISBN 978-604-0-24657-8; 499 – 500.

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4 Niklaus PL JL (2015). Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons; 1359 – 1360.

3. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 358 – 361.

191. LẤY CAO RĂNG VÀ LÀM NHẴN MẶT RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Cao răng bám trên bề mặt răng và chân răng là nguyên nhân gây bệnh vùng quanh răng. Lấy cao răng và làm nhẵn mặt răng là kỹ thuật lấy bỏ cao răng, mảng bám răng, các chất ngoại lai khác và làm nhẵn bề mặt chân răng, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cao răng trên lợi.
- Cao răng dưới lợi

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện điều trị.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh cao huyết áp, hút thuốc lá, đái tháo đường.v.v.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Răng tăng nhạy cảm ngà.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bột đánh bóng, chổi cước, đài cao su.

- Bộ dụng cụ khám.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Cây lấy cao răng bằng tay.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Lấy cao răng:

- Lấy sạch cao răng ở trên lợi và dưới lợi bằng đầu lấy cao siêu âm rung và làm bật các mảnh cao răng ra khỏi bề mặt răng.
- Dùng các cây lấy cao răng bằng tay lấy các phần cao răng còn lại mà đầu siêu âm không lấy được.

6.3. Bước 3: Làm nhẵn mặt răng:

Đánh bóng bề mặt răng bằng chổi cước và bột đánh bóng.

6.4. Bước 4: Bơm rửa bề mặt chân răng và rãnh lợi bằng dung dịch Oxy già 3% (nếu cần).

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, răng không ê buốt.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Ê buốt: làm sạch bằng dụng cụ cầm tay, giảm cường độ máy lấy cao răng, sử dụng dung dịch chống ê buốt.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Nhạy cảm ngà: điều trị nhạy cảm ngà.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. – Trường Đại học Y Hà Nội, sách chuyên khoa Lâm sàng bệnh quanh răng và implant nha khoa, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam năm 2021; ISBN 978-604-0-24657-8;494 – 497.

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 507-508.

3. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 753 – 754.

192. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI/MÁ

1. ĐẠI CƯƠNG

Phanh môi/ phanh má bám sai vị trí gây ra nhiều nguy cơ như co kéo tụt lợi, khe thưa giữa hai răng cửa giữa, trở ngại khi đeo hàm giả ... Có nhiều phương pháp điều trị, trong đó phẫu thuật cắt phanh môi/má là phẫu thuật điều chỉnh lại vị trí của phanh môi/má bám sai vị trí, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và dự phòng.

2. CHỈ ĐỊNH

Phanh môi/má bám sai vị trí gây ra:

- Co kéo lợi, tụt lợi.
- Cản trở vệ sinh răng miệng.
- Trở ngại đeo hàm giả.
- Khe thưa giữa hai răng cửa giữa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Tình trạng viêm nhiễm tại chỗ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Chỉ phẫu thuật.

- Bột băng phẫu thuật.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cắt phanh môi/má:

- Kéo môi lên trên (nếu cắt phanh môi trên) hoặc kéo môi dưới xuống dưới (nếu cắt phanh môi dưới) hoặc kéo bên má tương ứng với vị trí cắt phanh má.
- Cắt ngang ở chỗ bám của phanh môi/má.
- Cắt đứt mô sợi tới màng xương.
- Điều chỉnh niêm mạc của phanh môi/má sao cho môi/má vận động bình thường, không còn hiện tượng co kéo phần nhú lợi/ viền lợi.

6.3. Bước 3: Khâu định vị vị trí bám đúng của phanh môi/má.

6.4. Bước 4: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ, tháo bột băng phẫu thuật (nếu cần).
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Đau: giảm đau.
- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn: Dính lại 1 phần phanh môi/má: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 663.e17- 663.e18

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 626-627

193. PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phanh lưỡi bám sai vị trí gây ra nhiều nguy cơ như cản trở vận động của lưỡi, ảnh hưởng đến việc phát âm ... Có nhiều phương pháp điều trị, trong đó phẫu thuật cắt phanh lưỡi là phẫu thuật điều chỉnh lại vị trí của phanh lưỡi bám sai vị trí, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và dự phòng.

2. CHỈ ĐỊNH

Phanh lưỡi bám sai vị trí gây ra:

- Cản trở vận động của lưỡi.
- Ảnh hưởng đến việc phát âm
- Gây tụt lợi mặt trong răng cửa hàm dưới.
- Cản trở vệ sinh răng miệng.
- Cản trở sự ổn định của hàm tháo lắp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Tình trạng viêm nhiễm tại chỗ.

4. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bột băng phẫu thuật.

- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cắt phanh lưỡi:

- Nâng lưỡi lên làm căng phanh lưỡi sao cho bờ trước phanh lưỡi thẳng góc với trục của lưỡi.
- Cắt ngang qua phanh lưỡi.
- Kiểm soát và điều chỉnh niêm mạc của phanh lưỡi sao cho đủ để lưỡi vận động bình thường.

6.3. Bước 3: Khâu định vị vị trí bám đúng của phanh lưỡi.

6.4. Bước 4: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ, tháo bột băng phẫu thuật (nếu cần).
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Đau: giảm đau.
- Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn: Dính lại 1 phần phanh lưỡi: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 663.e17- 663.e18

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 626-627

194. BƠM RỬA QUANH THÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Viêm quanh thân răng cấp tính là tình trạng viêm cấp của tổ chức quanh răng, thường xảy ra ở răng số 8 hàm dưới. Bơm rửa quanh thân răng nhằm hỗ trợ làm giảm mức độ viêm cấp tính của tổ chức quanh răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Viêm quanh thân răng cấp tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính lan rộng trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm khác trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 40 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ (nếu cần).

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Bơm rửa quanh thân răng.

6.3. Bước 3: Chích rạch dẫn lưu trong trường hợp có mủ.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Đau: gây tê tại chỗ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống viêm toàn thân.
- Đau: giảm đau.

7.3. Biến chứng muộn: Hạn chế há miệng: tập vận động há miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 493 – 497.

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 463 – 469.

195. CHÍCH ÁP XE LỢI

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe lợi được hình thành bởi dịch viêm tạo ra do các nhiễm trùng cấp tính tích tụ trong mô lợi, gây đau và sưng. Chích áp xe lợi là kỹ thuật chích rạch và dẫn lưu mủ nhằm giảm đau và kiểm soát sự lan rộng của nhiễm trùng.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe lợi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Không có.

3.2. Tại chỗ: Không có.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Tình trạng viêm nặng cần dùng kháng sinh toàn thân.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước súc miệng.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

Từ 20 phút đến 40 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Dẫn lưu ổ áp xe:

- Rạch lợi tại vùng thấp nhất của ổ áp xe.
- Banh rộng đường rạch cho mủ chảy ra.
- Nạo sạch tổ chức viêm ở thành túi lợi.
- Bơm rửa ổ áp xe.
- Ép chặt vùng áp xe để cầm máu.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, dẫn lưu được mủ.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Chảy máu: cầm máu.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: kháng sinh, chống viêm đường toàn thân kết hợp tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 493-497

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 669-670

196. PHẪU THUẬT DẪN LƯU ÁP XE QUANH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe quanh răng là tình trạng nhiễm trùng cấp tính do các vi khuẩn gây bệnh tích tụ trong túi quanh răng sâu, không thoát được ra ngoài. Phẫu thuật để dẫn lưu mủ từ ổ áp xe quanh răng nhằm giảm đau, kiểm soát sự lan rộng của nhiễm trùng.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe quanh răng cấp tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính lan rộng trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Tránh tổn thương các cấu trúc giải phẫu lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bộ dụng cụ khám.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 40 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Xác định vùng chuyển sóng: dùng tay để xác định vùng di động nhất.

6.3. Bước 3: Dẫn lưu ổ áp xe quanh răng:

- Dùng dao rạch đường rạch đứng qua phần di động nhất của tổn thương, đường rạch đi từ lợi niêm đến bờ lợi.
- Nếu chỗ sưng phồng ở mặt lưỡi thì đường rạch bắt đầu ngay dưới chỗ sưng phồng về phía cuống răng và mở rộng về phía thân răng đến bờ lợi.
- Đường rạch phải đủ sâu và tới được vùng có mủ.

6.4. Bước 4: Làm rộng đường rạch để dẫn lưu.

6.5. Bước 5: Bơm rửa bằng nước ấm.

6.6. Bước 6: Sau khi ngừng dẫn lưu thì làm khô và chấm thuốc sát khuẩn.

6.7. Bước 7: Hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng .

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và dẫn lưu được mủ.

- Dặn dò người bệnh: tránh gắng sức, chế độ ăn lỏng hoặc cho người bệnh, dùng thuốc giảm đau, kháng sinh (nếu cần).

- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu sau phẫu thuật: ép gạc vào vùng dẫn lưu để cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống viêm đường toàn thân kết hợp tại chỗ

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 493 – 497.

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 663 – 667.

197. PHẪU THUẬT LÀM DÀI THÂN RĂNG LÂM SÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thân răng lâm sàng ngắn gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ hoặc ảnh hưởng đến phục hình. Phẫu thuật làm dài thân răng lâm sàng là kỹ thuật làm dài thân răng về phía chóp chân răng, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thân răng lâm sàng ngắn do lợi phì đại.
- Rối loạn mọc răng thụ động.
- Các tổn thương sâu răng có bờ giới hạn nằm dưới lợi hoặc dưới mào xương ổ răng.
- Thân răng lâm sàng ngắn không đủ lưu giữ phục hình.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Chiều dài chân răng sau phẫu thuật có tỉ lệ so với thân răng nhỏ hơn một.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.

- Chỉ phẫu thuật tự tiêu/ không tiêu.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Đầu lấy cao răng dưới lợi hoặc trên lợi.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy lấy cao răng siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc:

- Cắt lợi đến vị trí đường viền lợi dự kiến (nếu không cần chỉnh sửa rìa xương ổ răng và lợi sừng hóa đủ).
- Lật vạt lợi và di chuyển vạt về phía chóp răng nếu lợi sừng hóa thiếu.

6.3. Bước 3: Tạo hình xương (nếu cần).

- Cắt và tạo hình rìa xương ổ răng.

- Làm nhẵn bề mặt xương ổ răng vừa tạo hình.
- Làm nhẵn bề mặt chân răng tại vị trí răng cần tạo hình.

6.4. Bước 4: Đặt lại vạt và khâu đóng vạt (nếu lật vạt lợi).

6.5. Bước 5: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, thân răng được kéo dài.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống viêm đường toàn thân kết hợp tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 698.e1-698.e3

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 1013-1018

198. PHẪU THUẬT ĐỊNH VỊ LẠI MÔI TRÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Vị trí và trương lực cơ môi là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng đến tình trạng cười hở lợi. Phẫu thuật định vị lại môi trên là kỹ thuật đặt lại vị trí môi trên nhằm làm giảm độ sâu ngách tiền đình, môi không di chuyển quá cao khi cười, giúp cải thiện tình trạng cười hở lợi.

2. CHỈ ĐỊNH

Ngách tiền đình sâu, người bệnh cười hở lợi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Chỉ phẫu thuật tự tiêu và không tiêu.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.

- Nước súc miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 45 phút đến 2 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo đường rạch:

Rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.

- Rạch niêm mạc:

+ Đường rạch số 1 ở niêm mạc tại ranh giới lợi dính và lợi di động, bắt đầu ở 2 bên phanh môi đi về phía răng 4 mỗi bên.

+ Đường rạch số 2 bắt đầu từ 2 đầu của đường rạch số 1 đi theo hướng từ ranh giới này về phía mặt trong môi trên.

+ Đường rạch số 3 nằm trên niêm mạc mặt trong môi trên và tạo với các đường rạch trước thành hình chữ nhật.

+ Đường rạch đi hết chiều dày niêm mạc nhưng không qua màng xương.

- Bóc tách niêm mạc: dùng dao hoặc kéo để tách và loại bỏ lớp niêm mạc bên trên phía trong môi trên. Phanh môi được giữ lại để giúp cho việc tái định vị môi được chính xác. Quá trình này không nên can thiệp vào cơ nâng môi trên.

6.3. Bước 3: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, giảm độ di chuyển môi lên trên khi cười.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh, chống viêm đường toàn thân kết hợp tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khoa Lâm sàng bệnh quanh răng và implant nha khoa, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021); ISBN 978-604-0-24657-8.

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4.

199. PHẪU THUẬT LẬT VẠT ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG CÓ HỖ TRỢ LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lật vạt là một trong các kỹ thuật điều trị túi quanh răng với mục tiêu làm tăng khả năng tiếp cận vùng chân răng để làm sạch chân răng, loại bỏ tổ chức viêm hoại tử và loại bỏ hoặc làm giảm độ sâu của túi quanh răng. Sử dụng laser công suất thấp hỗ trợ trong phẫu thuật lật vạt nhằm tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn, kích thích lành thương và kiểm soát chảy máu.v.v.

2. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng đang hoạt động (chảy máu khi thăm dò), sâu ≥ 5mm không đáp ứng với điều trị không phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Tiêu xương ngang.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường, bệnh về máu.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Nước muối sinh lý.
- Oxy già.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu xử lý bề mặt chân răng.

- Chỉ phẫu thuật không tiêu và tự tiêu.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Kính loupes phẫu thuật (nếu có).
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Kính bảo hộ laser.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Thiết bị laser mô mềm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc:

Rạch, bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.

6.3. Bước 3: Làm sạch túi quanh răng:

- Lấy bỏ phần mô lợi bị viêm và hoại tử.

- Làm nhẵn bề mặt chân răng và thành xương ổ răng.
- Bơm rửa túi quanh răng

6.4. Bước 4: Chuẩn bị máy laser:

Cài đặt thông số máy laser và chuẩn bị đầu tip laser.

6.5. Bước 5: Điều trị laser:

Đưa đầu tác dụng của laser hướng về thành túi lấy đi tổ chức viêm.

6.6. Bước 6: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.7. Bước 7: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ và hẹn tháo bột băng phẫu thuật (nếu cần).
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4;694.e1-694.e2.

2. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 754-755.

200. NẠO TÚI QUANH RĂNG CÓ HỖ TRỢ LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

Túi quanh răng hình thành do sự tăng sinh biểu mô kết nối và di chuyển về phía chóp răng trong quá trình viêm. Nạo túi quanh răng nhằm mục đích lấy đi tổ chức viêm ở thành túi quanh răng là một trong những mục tiêu điều trị bệnh vùng quanh răng. Có nhiều phương pháp điều trị túi quanh răng trong đó phương pháp nạo túi quanh răng kết hợp sử dụng laser là kỹ thuật giúp tăng cường làm sạch túi quanh răng, giảm tình trạng chảy máu và kích thích sự lành thương.

2. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng sâu từ 4 mm và đang hoạt động (chảy máu khi thăm dò).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Mẫn cảm với ánh sáng laser.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Oxy già.

- Nước súc miệng.
- Đầu tip laser.
- Bột băng phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ khám.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Thiết bị laser mô mềm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2:

- Lấy sạch cao răng, mảng bám ở thành chân răng và các thành phần trong túi quanh răng.
- Nạo túi quanh răng và làm nhẵn bề mặt chân răng.

6.3. Bước 3: Chuẩn bị máy laser:

Cài đặt thông số máy laser và chuẩn bị đầu tip laser.

6.4. Bước 4: Thực hiện điều trị laser:

Đưa đầu tác dụng của laser hướng về thành túi lấy tổ chức viêm.

6.5. Bước 5: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng phẫu thuật (nếu cần).
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Bỏng niêm mạc: làm mát bằng gạc có thấm nước muối sinh lý.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Nhạy cảm ngà: điều trị nhạy cảm ngà.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Niklaus P. Lang, Jan Lindhe. Clinical Periodontology and Implant Dentistry. 6 ed, Oxford, John Wiley & Sons (2015); ISBN 978-0-470-67248-8; 754-755.

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 693-694.

201. PHẪU THUẬT CẮT PHANH MÔI/MÁ BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

Phanh môi/má bám sai vị trí gây co lợi, trở ngại đeo hàm giả, khe thưa giữa hai răng cửa giữa. Phẫu thuật cắt phanh môi/má bằng laser là kỹ thuật sử dụng laser để điều chỉnh lại vị trí của phanh môi/má bám sai vị trí, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Phanh môi/má bám sai vị trí gây co lợi, trở ngại đeo hàm giả, khe thưa giữa hai răng cửa giữa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Mẫn cảm với ánh sáng laser.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Đầu tip laser.

- Bột băng phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy laser và kính bảo vệ mắt.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị máy laser:

Cài đặt thông số máy laser và chuẩn bị đầu tip laser.

6.3. Bước 3: Cắt phanh môi/má:

- Kéo môi ra trước, đầu tip laser cắt ở chỗ bám của phanh.
- Tiếp tục cắt đứt mô sợi tới màng xương.
- Điều chỉnh niêm mạc của phanh môi sao cho môi vận động bình thường, không còn hiện tượng co kéo phần nhú lợi.

6.4. Bước 4: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng phẫu thuật.

- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Bỏng niêm mạc: làm mát bằng gạc có thấm nước muối sinh lý.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Dính lại một phần phanh môi/má: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 691-694.

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 637 – 638.

202. PHẪU THUẬT CẮT PHANH LƯỠI BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở vận động của lưỡi, gây tụt lợi mặt trong răng cửa hàm dưới hoặc cản trở sự ổn định của hàm tháo lắp. Phẫu thuật cắt phanh lưỡi bằng laser là kỹ thuật sử dụng laser để điều chỉnh lại vị trí của phanh lưỡi bám sai vị trí nhằm phục hồi chức năng, thẩm mỹ và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Phanh lưỡi bám sai vị trí cản trở vận động của lưỡi, gây tụt lợi mặt trong răng cửa hàm dưới hoặc cản trở sự ổn định của hàm tháo lắp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Mẫn cảm với ánh sáng laser.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Nước muối sinh lý.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bông, gạc vô khuẩn.

- Đầu tip laser.
- Bột băng phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy laser và kính bảo vệ mắt.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị máy laser:

Cài đặt thông số máy laser và chuẩn bị đầu tip laser.

6.3. Bước 3: Cắt phanh lưỡi:

- Nâng lưỡi lên làm căng phanh lưỡi sao cho bờ trước phanh lưỡi thẳng góc với trục của lưỡi.
- Dùng đầu laser cắt ngang qua phanh lưỡi.
- Kiểm soát và điều chỉnh niêm mạc của phanh lưỡi sao cho đủ để lưỡi vận động bình thường.

6.4. Bước 4: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lưỡi vận động tốt.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng phẫu thuật (nếu cần).
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Bỏng niêm mạc: làm mát bằng gạc có thấm nước muối sinh lý.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Dính lại một phần phanh lưỡi: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 691-694.

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 637 – 638.

203. PHẪU THUẬT CẮT U LỢI BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

U lợi là thuật ngữ chung cho các loại tăng sản lành tính ở lợi, xuất hiện do các kích ứng và viêm nhiễm kéo dài hoặc thay đổi nội tiết ở phụ nữ có thai. Cắt u lợi bằng laser là kỹ thuật sử dụng laser để loại bỏ u lợi nhằm phục hồi chức năng, thẩm mỹ và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

U ở niêm mạc lợi gây chảy máu hoặc cản trở chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Mẫn cảm với ánh sáng laser.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Đầu tip laser.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Nước muối sinh lý.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Oxy già.

- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy laser và kính bảo vệ mắt.
- Máy siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị máy laser:

Cài đặt thông số máy laser và chuẩn bị đầu tip laser.

6.3. Bước 3: Cắt u lợi:

Loại bỏ khối u lợi và phần cuống của u lợi, tái tạo lại đường viền lợi sinh lý cho răng.

6.4. Bước 4: Lấy cao răng (nếu có), bơm rửa.

6.5. Bước 5: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, u lợi được loại bỏ hoàn toàn.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng phẫu thuật.
- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Bỏng niêm mạc: làm mát bằng gạc có thấm nước muối sinh lý.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: U lợi tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 691-694.

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 637 – 638.

204. PHẪU THUẬT CẮT LỢI BẰNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

Lợi là một phần của tổ chức quanh răng có vai trò thẩm mỹ và chức năng. Khi có tình trạng bệnh lý, lợi thường thay đổi về khối lượng và cấu trúc. Cắt lợi bằng laser là kỹ thuật sử dụng laser để đưa đường viền lợi về đúng vị trí giải phẫu, phục hồi chức năng, thẩm mỹ và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Lợi phì đại.
- Thân răng lâm sàng ngắn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Mẫn cảm với ánh sáng laser.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.

- Đầu tip laser.
- Bột băng phẫu thuật.
- Đầu lấy cao răng siêu âm trên lợi và dưới lợi.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Cây đánh dấu túi lợi.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Máy laser và kính bảo vệ mắt.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 40 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Đánh dấu đáy túi lợi.

6.3. Bước 3: Chuẩn bị máy laser:

Cài đặt thông số máy laser và chuẩn bị đầu tip laser.

6.4. Bước 4: Cắt tạo hình lợi:

Dùng đầu tip laser cắt trên đường đánh dấu túi lợi 3 mm, tái tạo lại đường viền lợi sinh lý và kích thước thẩm mỹ cho thân răng.

6.5. Bước 5: Lấy cao răng (nếu có), bơm rửa.

6.6. Bước 6: Phủ bột băng phẫu thuật (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo bột băng phẫu thuật.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Bỏng niêm mạc: làm mát bằng gạc có thấm nước muối sinh lý.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Nhạy cảm ngà: điều trị nhạy cảm ngà.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. – Trường Đại học Y Hà Nội, sách chuyên khoa Lâm sàng bệnh quanh răng và implant nha khoa, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam năm 2021; ISBN 978-604-0-24657-8; 540.

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 691-694.

3. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 637 – 638.

205. PHẪU THUẬT LẤY BỎ SẮC TỐ LỢI SỬ DỤNG LASER

1. ĐẠI CƯƠNG

Lợi bị nhiễm sắc tố melanin là tình trạng khá thường gặp. Tùy vào số lượng và vùng phân bố melanin, lợi sẽ có màu sắc khác nhau từ nâu nhạt đến nâu đậm, thậm chí là đen, gây ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ nụ cười. Việc điều trị có nhiều phương pháp, trong đó có phương pháp phẫu thuật sử dụng laser để loại bỏ sắc tố lợi, phục hồi thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Lợi nhiễm sắc melanin dạng điểm hoặc mảng gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ nụ cười.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép điều trị.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Mẫn cảm với ánh sáng laser.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Kính bảo vệ mắt.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Đầu tip laser.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước muối sinh lý.

- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Nước súc miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy laser.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Chuẩn bị máy laser:

Cài đặt thông số máy laser và chuẩn bị đầu tip laser.

6.3. Bước 3: Loại bỏ phần nhiễm sắc tố ở lợi:

- Dùng đầu tip laser loại bỏ nhiễm sắc ở lớp thượng và trung bì của biểu mô lợi bằng phương pháp chấm điểm hoặc bào mỏng lớp bề mặt.
- Bơm rửa.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: vùng chiếu ổn định, lấy bỏ được sắc tố lợi.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Bỏng niêm mạc: làm mát bằng gạc có thấm nước muối sinh lý.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4; 691-694.

2. Jill S. Gehrig, Daniel E. Shin, Donald E. Willmann. Foundations of periodontics for the dental hygienist. Fifth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer (2019); ISBN 9781496384027; 637-638.

206. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE CẦM TAY VÀ LÈN NGANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng và bệnh quanh chóp hay gặp do nhiều nguyên nhân, cần điều trị nội nha trong những trường hợp không bảo tồn được mô tủy. Kỹ thuật điều trị nội nha này bao gồm loại bỏ mô tủy nhiễm khuẩn hoặc hoại tử, làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) cầm tay và hàn kín hệ thống ống tủy với phương pháp lèn ngang nhằm bảo tồn răng vĩnh viễn và dự phòng tái nhiễm khuẩn vùng chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng thoái hóa tủy.
- Răng viêm/áp xe quanh chóp cấp tính, viêm/áp xe quanh chóp mạn tính.
- Nang quanh chóp răng.
- Tổn thương nội nha-nha chu.
- Chấn thương răng:

+ Điều trị tức thì (7-14 ngày sau chấn thương).

+ Gẫy men ngà lộ tủy, gẫy thân- chân răng lộ tủy: không thực hiện được kỹ thuật điều trị tủy bảo tồn.

+ Sai khớp răng: lún răng, răng rơi khỏi ổ.

+ Điều trị trì hoãn (tại thời điểm có dấu hiệu hoại tử tủy).

+ Sai khớp răng: trật khớp sang bên, trồi răng.

- Theo chỉ định của chuyên khoa khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).
- Răng có bệnh nha chu không có khả năng điều trị bảo tồn.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện và máy định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.
- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Hệ thống file cầm tay.
- Bộ lèn ngang.
- Dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Cây mang nhiệt.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn kín hệ thống ống tủy.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.

- Đèn quang trùng hợp.
- Phương tiện định vị chóp răng.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Mở tủy:

- Mở đường vào buồng tủy.
- Lấy sạch trần buồng tủy.
- Xác định vị trí lỗ ống tủy.

6.3. Bước 3: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10, chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file cầm tay.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).
- Đặt thuốc nội tủy và vật liệu hàn tạm trong trường hợp điều trị nhiều lần hẹn.

6.4. Bước 4: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Thử cone Gutta Percha và chụp phim X-quang cận chóp.

- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.
- Đưa chất hàn ống tủy vào vùng chóp và thành hệ thống ống tủy.
- Đưa cone Gutta Percha chính vào ống tủy.
- Tạo chỗ cho cone Gutta Percha phụ bằng cây lèn ngang.
- Đưa cone Gutta Percha phụ tương ứng vào khoảng trống trong ống tủy.
- Lặp lại với cây lèn ngang và cone Gutta Percha tương ứng nhỏ dần cho đến khi kín khít ống tủy theo chiều ngang.
- Cắt Gutta Percha tại miệng ống tủy bằng cây mang nhiệt.
- Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.5. Bước 5: Phục hồi thân răng:

Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tạo khấc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.
- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:

+ Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

+ Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng họng.

- Đưa vật liệu nội tủy và vật liệu trám bít ống tủy quá chóp: phẫu thuật cắt chóp hàn ngược, phẫu thuật nạo quanh chóp răng.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng, đau giữa các lần điều trị:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Tháo trống, làm sạch hệ thống ống tủy, đặt lại thuốc nội tủy.

- Sưng, đau sau khi kết thúc điều trị:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).

- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị nội nha lại hoặc phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Chữa răng và nội nha, tập 2 (Tr47-51), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

2. Dahlkemper PE, Ang DB, Goldberg RA, Rubin RL, Schultz GB, Sheridan BA, Slingbaum JB, Stevens MG. AAE Guide to clinical endodontics, 2019.

3. Duncan HF, Kirkevang LL, Peters OA, El-Karim I, Krastl G, Del Fabbro M, Chong BS, Galler KM, Segura-Egea JJ, Kebschull M, ESE Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of pulpal and apical disease: the European Society of Endodontology (ESE) S3-level clinical practice guideline. International endodontic journal. 2023 Oct;56:238-95.

4. Berman LH, Hargreaves KM. Cohen's Pathways of the Pulp-E-Book: Cohen's Pathways of the Pulp-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2020 Sep 8.

207. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) RĂNG SỮA BẰNG FILE CẦM TAY

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng sữa có bệnh lý tủy do nguyên nhân chấn thương, biến chứng sâu răng... cần phải được điều trị nội nha. Có nhiều dụng cụ điều trị nội nha răng được sử dụng trong đó có trâm (file) cầm tay để lấy toàn bộ tủy, làm sạch, tạo hình và trám bít ống tủy bằng vật liệu thích hợp nhằm bảo tồn răng sữa, đảm bảo các chức năng đến tuổi thay.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng sữa có tủy tổn thương do:

- Viêm tủy không hồi phục.
- Tủy hoại tử.
- Viêm quanh chóp.
- Chấn thương không bảo tồn được tủy.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng sữa viêm tủy có hồi phục.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.

- Hệ thống file cầm tay.
- Dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Vật liệu điều trị tủy răng sữa.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Vật liệu hàn tạm.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

Sử dụng đê cao su hoặc phương tiện cách ly thích hợp.

6.3. Bước 3: Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy.
- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy.

6.4. Bước 4: Sửa soạn ống tủy:

- Lấy tủy buồng và tủy chân (nếu có).
- Tìm miệng ống tủy và xác định số lượng ống tủy.

- Xác định chiều dài ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy.

6.5. Bước 5: Hàn hệ thống ống tủy:

- Làm khô hệ thống ống tủy.
- Hàn hệ thống ống tủy.

6.6. Bước 6: Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.7. Bước 7: Hàn phục hồi:

Hàn phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy và điều trị tiếp.
- Sang chấn phần mềm: điều trị sang thương.
- Rơi dụng cụ vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.
- Rơi dụng cụ vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu lấy dị vật đường thở.
- Bỏng niêm mạc miệng do dung dịch rửa tuỷ: điều trị bỏng niêm mạc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng, đau.
- Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.
- Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).
- Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị nội nha lại.
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ phục hồi thân răng, nhổ răng (nếu cần).
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ phục hồi thân răng, nhổ răng (nếu cần).
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Răng Trẻ Em, (2021), Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, 216-241.

2. American Academy of Pediatric Dentistry. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill., USA: American Academy of Pediatric Dentistry; 2019:353-61. Available at: "https://www.aapd.org/research/oral-healthpolicies--recommendations/pulp-therapy-for-primary-and -immature-permanent-teeth/". Accessed June 4, 2023.

3. Jane A. Soxman (2021). Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry, 2nd Edition, Wiley-Blackwell Publisher.

208. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE MÁY VÀ LÈN NGANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng và bệnh quanh chóp là bệnh hay gặp do nhiều nguyên nhân, cần điều trị nội nha trong những trường hợp không bảo tồn được mô tủy. Kỹ thuật điều trị nội nha này bao gồm loại bỏ mô tủy nhiễm khuẩn hoặc hoại tử, làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) máy và hàn kín hệ thống ống tủy với phương pháp lèn ngang nhằm bảo tồn răng và dự phòng tái nhiễm khuẩn vùng chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng thoái hóa tủy.
- Răng viêm/ áp xe quanh chóp cấp tính, viêm/áp xe quanh chóp mạn tính.
- Nang quanh chóp răng.
- Tổn thương nội nha-nha chu.
- Chấn thương răng:

+ Điều trị nội nha tức thì (7-14 ngày sau chấn thương).

+ Gẫy men ngà lộ tủy, gẫy thân- chân răng lộ tủy: không thực hiện được kỹ thuật điều trị tủy bảo tồn.

+ Sai khớp răng: lún răng, răng rơi khỏi ổ.

+ Điều trị trì hoãn (tại thời điểm có dấu hiệu hoại tử tủy).

+ Sai khớp răng: trật khớp sang bên, trồi răng.

- Theo chỉ định của chuyên khoa khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).
- Răng có bệnh nha chu không có khả năng điều trị bảo tồn.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.v.v.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện, máy định vị chóp răng và motor nội nha tích hợp định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.
- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Hệ thống file cầm tay.
- Hệ thống file máy tạo hình ống tủy.
- Bộ lèn ngang.
- Dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Cây mang nhiệt.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn kín hệ thống ống tủy.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Tay khoan.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Phương tiện định vị chóp răng.
- Motor nội nha.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Mở tủy:

- Mở đường vào buồng tủy.
- Lấy sạch trần buồng tủy.
- Xác định vị trí lỗ ống tủy.

6.3. Bước 3: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với Người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10, chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file máy.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).

- Đặt thuốc nội tủy và vật liệu hàn tạm trong trường hợp điều trị nhiều lần hẹn.

6.4. Bước 4: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Thử cone Gutta Percha và chụp phim X-quang cận chóp.
- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.
- Đưa chất hàn ống tủy vào vùng chóp và thành hệ thống ống tủy.
- Đưa cone Gutta Percha chính vào ống tủy.
- Tạo chỗ cho cone Gutta Percha phụ bằng cây lèn ngang.
- Đưa cone Gutta Percha phụ tương ứng vào khoảng trống trong ống tủy.
- Lặp lại với cây lèn ngang và cone Gutta Percha tương ứng nhỏ dần cho đến khi kín khít ống tủy theo chiều ngang.
- Cắt Gutta Percha tại miệng ống tủy bằng cây mang nhiệt.
- Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.5. Bước 5: Phục hồi thân răng:

Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tạo khấc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.
- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:

+ Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

+ Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng họng.

- Đưa vật liệu nội tủy và vật liệu trám bít ống tủy quá chóp: phẫu thuật cắt chóp hàn ngược, phẫu thuật nạo quanh chóp răng.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng, đau giữa các lần điều trị:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Tháo trống, làm sạch hệ thống ống tủy, đặt lại thuốc nội tủy.

- Sưng, đau sau khi kết thúc điều trị:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).

- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị nội nha lại hoặc phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Chữa răng và nội nha, tập 2 (Tr47-51), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

2. Dahlkemper PE, Ang DB, Goldberg RA, Rubin RL, Schultz GB, Sheridan BA, Slingbaum JB, Stevens MG. AAE Guide to clinical endodontics, 2019.

3. Duncan HF, Kirkevang LL, Peters OA, El-Karim I, Krastl G, Del Fabbro M, Chong BS, Galler KM, Segura-Egea JJ, Kebschull M, ESE Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of pulpal and apical disease: the European Society of Endodontology (ESE) S3-level clinical practice guideline. International endodontic journal. 2023 Oct;56:238-95.

4. Berman LH, Hargreaves KM. Cohen's Pathways of the Pulp-E-Book: Cohen's Pathways of the Pulp-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2020 Sep 8.

209. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE MÁY VÀ LÈN DỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng và bệnh quanh chóp là bệnh hay gặp do nhiều nguyên nhân, cần điều trị nội nha trong những trường hợp không bảo tồn được mô tủy. Kỹ thuật điều trị nội nha này bao gồm loại bỏ mô tủy nhiễm khuẩn hoặc hoại tử, làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) máy và hàn kín hệ thống ống tủy với phương pháp lèn dọc với Gutta Percha nóng chảy, nhằm bảo tồn các răng tự nhiên và dự phòng tái nhiễm khuẩn vùng chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng thoái hóa tủy.
- Răng viêm/áp xe quanh chóp cấp tính, viêm/ áp xe quanh chóp mạn tính.
- Nang quanh chóp răng.
- Tổn thương nội nha-nha chu.
- Theo chỉ định của chuyên khoa khác.
- Chấn thương răng:

+ Điều trị tức thì (7-14 ngày sau chấn thương)

+ Gẫy men ngà lộ tủy, gẫy thân-chân răng lộ tủy: không thực hiện được kỹ thuật điều trị tủy bảo tồn.

+ Sai khớp răng: lún răng, răng rơi khỏi ổ.

+ Điều trị trì hoãn (tại thời điểm có dấu hiệu hoại tử tủy)

+ Sai khớp răng: trật khớp sang bên, trồi răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Người bệnh có nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng - hàm mặt.
- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).
- Răng có bệnh nha chu không có khả năng điều trị bảo tồn.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.v.v.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện, máy định vị chóp răng và motor nội nha tích hợp định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.
- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Hệ thống file cầm tay.
- Hệ thống file máy tạo hình ống tủy.
- Bộ lèn dọc.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Dụng cụ hàn răng.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn kín hệ thống ống tủy.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

- Ghế máy nha khoa.
- Motor nội nha.
- Máy định vị chóp.
- Đèn quang trùng hợp.
- Hệ thống lèn nhiệt.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Mở tủy:

- Mở đường vào buồng tủy.
- Lấy sạch trần buồng tủy.
- Xác định vị trí lỗ ống tủy.

6.3. Bước 3: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với Người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10, chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file máy.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).

- Đặt thuốc nội tủy và vật liệu hàn tạm trong trường hợp điều trị nhiều lần hẹn.

6.4. Bước 4: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Thử cone Gutta Percha và chụp phim X-quang cận chóp.
- Thử cây lèn dọc.
- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.
- Đưa chất hàn ống tủy vào vùng chóp và thành hệ thống ống tủy.
- Hàn kín 5-7mm vùng chóp răng bằng cone chính.
- Bơm Gutta Percha nóng chảy vào phần thân ống tủy.
- Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.5. Bước 5: Phục hồi thân răng:

Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tạo khấc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.
- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:

+ Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/ đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

+ Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng họng.

- Đưa vật liệu nội tủy và vật liệu trám bít ống tủy quá chóp: phẫu thuật cắt chóp hàn ngược, phẫu thuật nạo quanh chóp răng.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng, đau giữa các lần điều trị:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Tháo trống, làm sạch hệ thống ống tủy, đặt lại thuốc nội tủy.

- Sưng, đau sau khi kết thúc điều trị:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).

- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị nội nha lại hoặc phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Chữa răng và nội nha, tập 2 (Tr51-60), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

2. Dahlkemper PE, Ang DB, Goldberg RA, Rubin RL, Schultz GB, Sheridan BA, Slingbaum JB, Stevens MG. AAE Guide to clinical endodontics, 2019.

3. Duncan HF, Kirkevang LL, Peters OA, El-Karim I, Krastl G, Del Fabbro M, Chong BS, Galler KM, Segura-Egea JJ, Kebschull M, ESE Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of pulpal and apical disease: the European Society of Endodontology (ESE) S3-level clinical practice guideline. International endodontic journal. 2023 Oct;56:238-95.

4. Berman LH, Hargreaves KM. Cohen's Pathways of the Pulp-E-Book: Cohen's Pathways of the Pulp-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2020 Sep 8.

210. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) BẰNG FILE MÁY VÀ TRÁM BÍT BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng và bệnh quanh chóp là bệnh hay gặp do nhiều nguyên nhân, cần điều trị nội nha trong những trường hợp không bảo tồn được mô tủy. Kỹ thuật điều trị nội nha này bao gồm loại bỏ mô tủy nhiễm khuẩn hoặc hoại tử, làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) máy và hàn kín hệ thống ống tủy bằng vật liệu sinh học một khối (monoblock), nhằm bảo tồn các răng vĩnh viễn và dự phòng tái nhiễm khuẩn vùng chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nội/ngoại tiêu chân răng.
- Thủng thành ống tủy do tai biến điều trị.
- Những trường hợp có chỉ định điều trị nội nha khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt.
- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).
- Răng có chỉ định phục hồi thân răng bằng chốt ống tủy.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện, máy định vị chóp răng và motor nội nha tích hợp định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.
- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Hệ thống file cầm tay.
- Bộ file tạo hình ống tủy.
- Bộ lèn dọc.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ mang vật liệu sinh học, cây lèn vật liệu sinh học bằng tay hoặc dụng cụ nén vật liệu sinh học bằng máy.
- Dụng cụ hàn răng.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu sinh học.
- Vật liệu hàn phục hồi thân răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Motor nội nha.
- Máy định vị chóp.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.3. Bước 3: Mở tủy:

- Mở đường vào buồng tủy.
- Lấy sạch trần buồng tủy.
- Xác định vị trí lỗ ống tủy.

6.4. Bước 4: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10, chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file máy.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).
- Đặt thuốc nội tủy và vật liệu hàn tạm trong trường hợp điều trị nhiều lần hẹn.

6.5. Bước 5: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.
- Đưa vật liệu sinh học vào ống tủy.

6.6. Bước 6: Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.7. Bước 7: Phục hồi thân răng:

Phục hồi thân răng khi vật liệu sinh học đông cứng. Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: răng không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Tạo khấc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.
- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:
- Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/ đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.
- Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng, đau giữa các lần điều trị:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Tháo trống, làm sạch hệ thống ống tủy, đặt lại thuốc nội tủy.

- Sưng, đau sau khi kết thúc điều trị:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).

- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn

Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dahlkemper PE, Ang DB, Goldberg RA, Rubin RL, Schultz GB, Sheridan BA, Slingbaum JB, Stevens MG. AAE Guide to clinical endodontics, 2019.

2. Patel S, Barnes JJ, editors. The principles of endodontics. Oxford University Press, USA; 2019 Jul 4.

3. Torabinejad M, Walton RE. Endodontics: principles and practice. Elsevier Health Sciences; 2009.

211. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) MỘT THÌ

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng và bệnh quanh chóp là bệnh hay gặp do nhiều nguyên nhân, cần điều trị nội nha trong những trường hợp không bảo tồn được mô tủy. Điều trị nội nha một thì là kỹ thuật điều trị trong một lần hẹn bao gồm loại bỏ mô tủy nhiễm khuẩn hoặc hoại tử, làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) cầm tay hoặc trâm máy và hàn kín hệ thống ống tủy với phương pháp lèn ngang hoặc lèn dọc với Gutta Percha nóng chảy, nhằm bảo tồn các răng và dự phòng tái nhiễm khuẩn vùng chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng thoái hóa tủy.
- Răng viêm quanh chóp mạn tính.
- Theo chỉ định của chuyên khoa khác.
- Chấn thương răng:

+ Điều trị tức thì (7-14 ngày sau chấn thương)

+ Gẫy men ngà lộ tủy, gẫy thân- chân răng lộ tủy: không thực hiện được kỹ thuật điều trị tủy bảo tồn.

+ Điều trị trì hoãn (tại thời điểm có dấu hiệu hoại tử tủy).

+ Sai khớp răng: trồi răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt.
- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).
- Răng có bệnh nha chu không có khả năng điều trị bảo tồn.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.v.v.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện, máy định vị chóp răng và motor nội nha tích hợp định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.
- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho Người bệnh hen phế quản.
- Răng viêm quanh chóp cấp tính, abcess quanh chóp cấp tính/mạn tính.
- Nang quanh chóp răng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Hệ thống file cầm tay.
- Hệ thống file máy tạo hình ống tủy.
- Bộ lèn ngang/ lèn dọc.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Dụng cụ hàn răng.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn kín hệ thống ống tủy.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.

- Motor nội nha.
- Máy định vị chóp.
- Đèn quang trùng hợp.
- Hệ thống lèn nhiệt.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây mê (nếu thực hiện trong phòng mổ).

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Mở tủy:

- Mở đường vào buồng tủy.
- Lấy sạch trần buồng tủy.
- Xác định vị trí lỗ ống tủy.

6.3. Bước 3: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với Người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10, chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file máy.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).

6.4. Bước 4: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Thử cone Gutta Percha và chụp phim X-quang cận chóp.
- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.
- Đưa chất hàn ống tủy vào vùng chóp và thành hệ thống ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy:

6.4.1. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng phương pháp lèn ngang:

- Đưa cone Gutta Percha chính vào ống tủy.
- Tạo chỗ cho cone Gutta Percha phụ bằng cây lèn ngang.
- Đưa Gutta Percha phụ tương ứng vào khoảng trống trong ống tủy.
- Lặp lại với cây lèn ngang và cone Gutta Percha tương ứng nhỏ dần cho đến khi kín khít ống tủy theo chiều ngang.
- Cắt Gutta Percha tại miệng ống tủy bằng cây mang nhiệt.

6.4.2. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng phương pháp lèn dọc:

- Hàn kín 5-7mm vùng chóp răng bằng cone chính.
- Bơm Gutta Percha nóng chảy vào phần thân ống tủy.
- Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.5. Bước 5: Phục hồi thân răng:

Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các dấu hiệu sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tạo khấc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.
- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:

+ Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/ đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

+ Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng, đau:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).

- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị nội nha lại hoặc phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Chữa răng và nội nha, tập 2 (Tr47-60), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

2. Wong AW, Zhang C, Chu CH. A systematic review of nonsurgical single-visit versus multiple-visit endodontic treatment. Clinical, cosmetic and investigational dentistry. 2014 May 8:45-56.

3. Dahlkemper PE, Ang DB, Goldberg RA, Rubin RL, Schultz GB, Sheridan BA, Slingbaum JB, Stevens MG. AAE Guide to clinical endodontics, 2019.

4. Patel S, Barnes JJ, editors. The principles of endodontics. Oxford University Press, USA; 2019 Jul 4.

212. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN) RĂNG SỮA BẰNG FILE MÁY

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng sữa có bệnh lý tủy do nguyên nhân chấn thương, biến chứng sâu răng... cần phải được điều trị nội nha. Có nhiều dụng cụ điều trị nội nha răng được sử dụng trong đó có trâm (file) máy để lấy toàn bộ tủy, làm sạch, tạo hình và trám bít ống tủy bằng vật liệu thích hợp nhằm bảo tồn răng sữa, đảm bảo các chức năng đến tuổi thay.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng sữa có tủy tổn thương do:

- Viêm tủy không hồi phục.
- Tủy hoại tử.
- Viêm quanh chóp.
- Chấn thương không bảo tồn được tủy.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng sữa viêm tủy có hồi phục.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.

- Hệ thống file cầm tay, file máy.
- Dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Vật liệu điều trị tủy răng sữa.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Vật liệu hàn tạm.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy điều trị nội nha.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly răng: Sử dụng đê cao su hoặc phương tiện cách ly thích hợp.

6.3. Bước 3: Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy.
- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy.

6.4. Bước 4: Sửa soạn hệ thống ống tủy:

- Lấy tủy buồng và tủy chân (nếu có).
- Tìm miệng ống tủy và xác định số lượng ống tủy.

- Xác định chiều dài ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng file máy.

6.5. Bước 5: Hàn hệ thống ống tủy:

- Làm khô hệ thống ống tủy.
- Hàn ống tủy.

6.6. Bước 6: Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.7. Bước 7: Hàn phục hồi:

Hàn phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy và điều trị tiếp.
- Sang chấn phần mềm: điều trị sang thương.
- Rơi dụng cụ vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.
- Rơi dụng cụ vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu lấy dị vật đường thở.
- Bỏng niêm mạc miệng do dung dịch rửa tuỷ: điều trị bỏng niêm mạc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng, đau:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).

- Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị nội nha lại.
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ phục hồi thân răng, nhổ răng (nếu cần).
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ phục hồi thân răng, nhổ răng (nếu cần).
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Răng Trẻ Em, (2021), Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, 216-241.

2. American Academy of Pediatric Dentistry. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill., USA: American Academy of Pediatric Dentistry; 2019:353-61. Available at: "https://www.aapd.org/research/oral-healthpolicies--recommendations/pulp-therapy-for-primary-and -immature-permanent-teeth/". Accessed June 4, 2023.

3. Jane A. Soxman (2021). Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry, 2nd Edition, Wiley-Blackwell Publisher.

213. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA LẠI (LẤY TỦY, LÀM SẠCH, TẠO HÌNH VÀ HÀN KÍN)

1. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị nội nha lại là kỹ thuật bao gồm: loại bỏ dị vật và chất hàn cũ (nếu có), làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) máy và hàn kín hệ thống ống tủy với phương pháp lèn ngang hoặc lèn dọc với Gutta Percha nóng chảy, nhằm mục đích bảo tồn răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng đã điều trị nội nha có tổn thương sau:

+ Viêm quanh chóp cấp tính, viêm quanh chóp mạn tính.

+ Áp xe quanh chóp cấp tính, áp xe quanh chóp mạn tính.

+ Nang chân răng.

- Răng có chỉ định làm phục hình nhưng điều trị nội nha chưa đạt yêu cầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt.
- Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp.
- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật (trừ một số trường hợp chống chỉ định tuyệt đối nhổ răng).
- Răng có bệnh nha chu không có khả năng điều trị bảo tồn.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện, máy định vị chóp răng và motor nội nha tích hợp định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.
- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Dụng cụ tháo cầu chụp (nếu cần).
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Phương tiện, dụng cụ bơm rửa ống tủy.
- Hệ thống file cầm tay.
- Bộ file tạo hình ống tủy.
- Bộ lèn dọc/ lèn ngang.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ file máy điều trị tủy lại.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy.
- Vật liệu làm mềm Gutta Percha.
- Thuốc đặt nội tủy.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn hệ thống ống tủy.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy định vị chóp.
- Motor nội nha.
- Hệ thống lèn nhiệt.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng

- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 30 phút tới 3 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ.

6.1. Bước 1: Tháo bỏ phục hình cũ (nếu cần).

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

- Phục hồi thành răng trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.3. Bước 3: Loại bỏ chất hàn cũ:

- Lấy chất hàn cũ ở buồng tủy.
- Lấy chất hàn cũ trong ống tủy bằng dụng cụ và vật liệu thích hợp.
- Lấy hoặc lách qua dụng cụ gãy (nếu có).
- Hàn thủng sàn buồng tủy bằng vật liệu sinh học (nếu có).

6.4. Bước 4: Làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy:

- Thăm dò hệ thống ống tủy.
- Tạo đường trượt.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy bằng máy định vị chóp. Đối với người bệnh có máy tạo nhịp tim, đặt K file số 10 và chụp X-quang để xác định chiều dài làm việc.
- Tạo hình hệ thống ống tủy bằng hệ thống file máy.
- Bơm rửa hệ thống ống tủy (NaOCl và các dung dịch hỗ trợ).
- Đặt thuốc nội tủy và vật liệu hàn tạm trong trường hợp điều trị nhiều lần hẹn.

6.5. Bước 5: Hàn kín hệ thống ống tủy:

- Thử cone Gutta Percha và chụp phim X-quang cận chóp.
- Bơm rửa và thấm khô hệ thống ống tủy.

- Đưa chất hàn ống tủy vào vùng chóp và thành hệ thống ống tủy.
- Hàn kín hệ thống ống tủy:

6.5.1. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng phương pháp lèn ngang:

- Đưa cone Gutta Percha chính vào ống tủy.
- Tạo chỗ cho cone Gutta Percha phụ bằng cây lèn ngang.
- Đưa Gutta Percha phụ tương ứng vào khoảng trống trong ống tủy.
- Lặp lại với cây lèn ngang và cone Gutta Percha tương ứng nhỏ dần cho đến khi kín khít ống tủy theo chiều ngang.
- Cắt Gutta Percha tại miệng ống tủy bằng cây mang nhiệt.

6.5.2. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng phương pháp lèn dọc:

- Hàn kín 5-7mm vùng chóp răng bằng cone chính.
- Bơm Gutta Percha nóng chảy vào phần thân ống tủy.
- Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.6. Bước 6: Phục hồi thân răng:

Lựa chọn kỹ thuật phục hồi dựa vào tình trạng thân răng.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, hệ thống ống tủy được hàn kín trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tạo khấc trong ống tủy: tìm lại ống tủy bằng file cầm tay, tạo lại đường trượt.
- Thủng sàn, thành hệ thống ống tủy, di chuyển, xé rộng chóp răng: hàn kín vị trí thủng và chóp răng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy, lách qua dụng cụ gãy (bypass).
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:

+ Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/ đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

+ Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng họng.

- Đưa vật liệu nội tủy và vật liệu trám bít ống tủy quá chóp: phẫu thuật cắt chóp hàn ngược, phẫu thuật nạo quanh chóp răng.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng, đau:

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Theo dõi, chỉ định điều trị nội nha lại (nếu cần).

- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy hoặc nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Chữa răng và nội nha, tập 2 (Tr91-101), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

2. Dahlkemper PE, Ang DB, Goldberg RA, Rubin RL, Schultz GB, Sheridan BA, Slingbaum JB, Stevens MG. AAE Guide to clinical endodontics, 2019.

3. Duncan HF, Kirkevang LL, Peters OA, El-Karim I, Krastl G, Del Fabbro M, Chong BS, Galler KM, Segura-Egea JJ, Kebschull M, ESE Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of pulpal and apical disease: the European Society of Endodontology (ESE) S3-level clinical practice guideline. International endodontic journal. 2023 Oct;56:238-95.

4. Berman LH, Hargreaves KM. Cohen's Pathways of the Pulp-E-Book: Cohen's Pathways of the Pulp-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2020 Sep 8.

5. Rhodes JS. Advanced endodontics: clinical retreatment and surgery. CRC Press; 2005 Dec 22.

214. PHẪU THUẬT CẮT CHÓP RĂNG VÀ HÀN NGƯỢC BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị nội nha có thể thất bại do không loại bỏ được vi khuẩn, dị nguyên quanh chóp cần điều trị bằng phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược bằng vật liệu sinh học là kỹ thuật phẫu thuật loại bỏ tổn thương quanh chóp, cắt bỏ chóp răng và hàn kín 3mm ống tủy ngược từ chóp bằng vật liệu sinh học, nhằm tái tạo môi trường sinh lý cho quá trình liền thương và tránh tái nhiễm khuẩn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương quanh chóp răng kéo dài, điều trị không thành công bằng kỹ thuật điều trị nội nha không phẫu thuật.
- Gãy dụng cụ ở 1/3 chóp ống tủy, không lấy ra được hoặc không đi qua được trong khi điều trị.
- Tổn thương ngoại tiêu chóp răng.
- Răng có chốt kim loại có nguy cơ nứt vỡ chân răng khi lấy bỏ.
- Răng viêm quanh chóp đã được điều trị nội nha bằng kỹ thuật trám bít toàn bộ ống tủy bằng vật liệu sinh học.
- Răng có chóp răng bị xé rộng, thủng thành ống tủy vùng chóp do tai biến điều trị.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Phụ nữ có thai.

3.2. Tại chỗ

- Răng có bệnh nha chu.
- Các nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Tổn thương ở các chân răng vòm miệng của các răng hàm trên.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Có bệnh lý toàn thân chưa được kiểm soát.
- Đang sử dụng thuốc chống đông.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học
- Bộ dụng cụ hàn ngược cuống răng.
- Bộ cây nạo các loại.
- Lưỡi dao phẫu thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Vật liệu sinh học.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm và đầu siêu âm phẫu thuật nội nha
- Kính phóng đại.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 30 phút đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn khoang miệng.

6.2. Bước 2: Tạo vạt.

6.3. Bước 3: Bộc lộ, lấy sạch tổn thương quanh chóp.

6.4. Bước 4: Cắt chóp răng:

Sử dụng tay khoan nhanh hoặc dụng cụ siêu âm.

6.5. Bước 5: Sửa soạn xoang hàn kích thước khoảng 3mm ở mặt cắt chân răng.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Hàn kín xoang đã sửa soạn bằng vật liệu sinh học.

6.8. Bước 8: Khâu đóng vạt.

6.9. Bước 9: Chụp phim X-quang cận chóp kiểm tra.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: vùng phẫu thuật không chảy máu, vạt đóng kín, chóp răng được hàn kín trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Tổn thương xoang hàm: bơm rửa sạch và đóng kín.
- Chảy máu: cầm máu bằng vật liệu thích hợp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu bằng vật liệu thích hợp.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Tổn thương quanh chóp tái phát: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim S, Kratchman S, Karabucak B, Kohli M, Setzer F, editors. Microsurgery in endodontics. John Wiley & Sons; 2017 Oct 23.

2. Setzer FC, Shah SB, Kohli MR, Karabucak B, Kim S. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature—part 1: comparison of traditional root-end surgery and endodontic microsurgery. Journal of endodontics. 2010 Nov 1;36(11):1757-65.

3. Setzer FC, Kohli MR, Shah SB, Karabucak B, Kim S. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature—part 2: comparison of endodontic microsurgical techniques with and without the use of higher magnification. Journal of endodontics. 2012 Jan 1;38(1):1-0.

215. PHẪU THUẬT CẮT THÂN RĂNG BẢO TỒN CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng khôn là răng mọc ở vị trí sau nhất của cung hàm, thường mọc kẹt, lệch có thể gây biến chứng, cần loại bỏ để phòng một số biến chứng. Phẫu thuật cắt thân răng (Coronectomy) là phẫu thuật lấy bỏ phần thân răng và giữ lại phần chân răng khi răng khôn hàm dưới có liên quan gần với ống răng dưới, tránh nguy cơ gây tổn thương thần kinh răng dưới.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng khôn hàm dưới có liên quan gần với thần kinh răng dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh mắc bệnh toàn thân, không có khả năng trải qua can thiệp phẫu thuật dài.
- Người bệnh bị suy giảm hoặc ức chế miễn dịch.
- Người bệnh đã hoặc chuẩn bị trải qua liệu pháp điều trị xạ trị vùng đầu-mặt-cổ.
- Người bệnh có rối loạn thần kinh cơ.
- Người bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh không có khả năng quay trở lại để điều trị nếu có biến chứng xảy ra
- Người bệnh có ngoại tiêu thân-chân răng, chưa đến tuổi cắm ghép Implant.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Răng tủy chết/tủy hoại tử, răng lung lay, răng bị sâu nghi ngờ có liên quan tới tủy răng, răng có tổn thương chóp hoặc liên quan tới tổn thương dạng nang hay u.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh lý toàn thân chưa được kiểm soát.
- Người bệnh đang sử dụng thuốc chống đông.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Vật liệu ghép: MTA, PRF.
- Chỉ khâu tiêu chậm hoặc không tiêu.
- Ống nghiệm quay ly tâm.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ ép màng PRF.
- Mũi khoan 701, mũi khoan kim cương tròn cho tay khoan nhanh.
- Kìm, bẩy.
- Dụng cụ đưa MTA.
- Tay dao điện.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan.
- Máy quay ly tâm.
- Dao điện.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt:

Với các răng ngầm: tạo vạt tam giác, bóc tách vạt toàn bộ bộc lộ xương ổ răng che phủ thân răng, mở xương bộc lộ phần thân răng.

Với các răng đã mọc: tách niêm mạc lợi dính quanh răng, bộc lộ thân răng.

6.3. Bước 3: Cắt thân răng:

Cắt ở đường ranh giới men-xương răng với mũi khoan 701 và tay khoan chậm và lấy bỏ phần thân răng.

6.4. Bước 4: Hạ thấp phần thân răng còn lại đảm bảo lấy toàn bộ men răng và phần chân răng còn lại thấp hơn mào xương ổ răng 3mm với mũi khoan kim cương hình cầu và tay khoan nhanh.

6.5. Bước 5: Lấy bỏ toàn bộ túi thân răng (nếu có).

6.6. Bước 6: Bơm rửa với nước muối sinh lý, cuối cùng với huyết tương sau ly tâm máu, cầm máu ổ răng.

6.7. Bước 7: Bảo tồn tủy chân răng còn lại và che phủ phần chân răng hàm lớn thứ 2 bị bộc lộ:

- Đặt MTA che phủ phần chân răng được bộc lộ và giữ cho vật liệu đông cứng.
- Chuẩn bị màng và đặt màng PRF che phủ bề mặt ổ răng, chân răng liền kề bị bộc lộ.

6.8. Bước 8: Khâu kín bằng chỉ tự tiêu hoặc chỉ không tiêu.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định**.**

+ Tại chỗ: vùng phẫu thuật không chảy máu, vạt đóng kín**.**

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Phần chân răng còn lại không ổn định: lấy bỏ phần chân răng.
- Sang chấn răng liền kề: tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: nếu viêm tủy phần chân răng còn lại, cần phẫu thuật lấy bỏ phần chân răng đó.

7.3. Biến chứng muộn: Di lệch chân răng còn lại: lấy bỏ phần chân răng trong phẫu thuật thì hai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Landesberg R. Coronectomy. Office-Based Maxillofacial Surgical Procedures: A Step-by-step Approach. 2019:247-55.

2. Mann A, Scott JF. Coronectomy of mandibular third molars: a systematic literature review and case studies. Australian dental journal. 2021 Jun;66(2):136-49.

3. Monaco G, Vignudelli E, Diazzi M, Marchetti C, Corinaldesi G. Coronectomy of mandibular third molars: A clinical protocol to avoid inferior alveolar nerve injury. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery. 2015 Oct 1;43(8):1694-9.

216. PHẪU THUẬT CHIA THÂN/CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương sàn tủy/ chẽ chân răng những tổn thương do bệnh lý nội nha, nha chu hoặc biến chứng do điều trị. Phẫu thuật chia chân răng là kỹ thuật chia răng nhiều chân thành những đơn vị có chức năng nhai độc lập, những chân răng được bảo tồn sẽ tiếp tục được điều trị nội nha và phục hình để phục hồi chức năng thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng nhiều chân có tổn thương sàn tủy: thủng sàn do sâu răng, do tai biến của điều trị, nứt thân răng qua sàn tủy, ngoại tiêu cổ răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Răng lung lay độ III.
- Xương ổ răng không đảm bảo vững chắc cho phần chân răng còn lại.
- Chân răng còn lại có tỷ lệ thân răng/ chân răng < 1.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Có bệnh lý toàn thân chưa được kiểm soát.
- Đang sử dụng thuốc chống đông.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.

4.2. Tại chỗ

- Viêm lợi, viêm quanh răng cấp tính.
- Tổn thương các cấu trúc giải phẫu liên quan.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Mũi khoan các loại.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu.
- Nước súc miệng.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Tay khoan nhanh.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Thám trâm nha chu.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc/ và gây tê vùng.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc:

Rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.

6.3. Bước 3: Chia thân răng qua sàn tủy đối với răng hàm lớn hàm dưới, theo hướng gần xa đối với răng hàm trên:

- Bộc lộ vùng chẽ chân răng.
- Chia cắt chân răng và phần thân răng tương ứng.
- Nạo sạch tổ chức viêm vùng chẽ chân răng, bơm rửa sạch.
- Tạo hình xương ổ răng vùng chẽ chân răng.
- Làm nhẵn bề mặt thân răng và vùng ranh giới cement- men.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Tổn thương xoang hàm: bơm rửa sạch và đóng kín.
- Chảy máu: cầm máu bằng vật liệu thích hợp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu bằng vật liệu thích hợp.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

- Tổn thương quanh chóp tái phát: nhổ răng.
- Nứt dọc chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim S, Kratchman S, Karabucak B, Kohli M, Setzer F, editors. Microsurgery in endodontics. John Wiley & Sons; 2017 Oct 23.

2. Duncan HF, Kirkevang LL, Peters OA, El-Karim I, Krastl G, Del Fabbro M, Chong BS, Galler KM, Segura-Egea JJ, Kebschull M, ESE Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of pulpal and apical disease: The European Society of Endodontology (ESE) S3-level clinical practice guideline. International Endodontic Journal. 2023 Sep 29.

217. CHE TỦY RĂNG BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng là bệnh thường gặp do biến chứng của sâu răng và chấn thương răng trong đó viêm tủy hồi phục, viêm tủy không hồi phục giai đoạn sớm có khả năng điều trị bảo tồn. Che tủy răng là kỹ thuật sử dụng vật liệu sinh học che kín và bảo vệ mô tủy khỏi môi trường nhiễm khuẩn, tạo môi trường sinh lý cho sự hồi phục của tủy răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy hồi phục, viêm tủy không hồi phục giai đoạn sớm.
- Răng sâu ngà sâu sát tủy.
- Răng bị hở tủy trong khi sửa soạn xoang trám.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt
- Răng tủy đã hoại tử.
- Răng viêm quanh chóp.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác, người bệnh có rối loạn đông máu hoặc có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai .v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Thời gian đông máu kéo dài trên người bệnh sử dụng thuốc chống đông và rối loạn đông máu.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Dung dịch sát khuẩn xoang trám NaOCl (Natri hypochlorite).
- Vật liệu sinh học che tủy răng.
- Vật liệu hàn vĩnh viễn.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Sửa soạn xoang hàn:

- Làm sạch phần ngà sâu.
- Sát khuẩn xoang hàn bằng dung dịch NaOCl.
- Làm khô xoang hàn.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu sinh học che tủy:

- Đặt vật liệu sinh học vào vị trí hở tủy (chụp tủy trực tiếp) hoặc đáy xoang hàn (chụp tủy gián tiếp).
- Lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt vật liệu sinh học.

6.4. Bước 4: Hàn phục hồi xoang hàn:

- Phục hồi phần còn lại của xoang hàn bằng Composite và GIC.
- Kiểm tra khớp cắn.
- Hoàn thiện phần phục hồi thân răng.

6.5. Bước 5: Chụp phim X-quang cận chóp kiểm tra.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định

+ Tại chỗ: răng không đau, vật liệu hàn kín khít trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu tủy: tủy không cầm máu sau 5-10 phút: chụp tủy chân răng hoặc điều trị nội nha.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Viêm tủy không hồi phục: chụp tủy chân răng hoặc điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn: Tủy hoại tử, viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duncan HF, Kirkevang LL, Peters OA, El-Karim I, Krastl G, Del Fabbro M, Chong BS, Galler KM, Segura-Egea JJ, Kebschull M, ESE Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of pulpal and apical disease: The European Society of Endodontology (ESE) S3-level clinical practice guideline. International Endodontic Journal. 2023 Sep 29.

2. Shenoy A. Vital Pulp Therapy in Permanent Teeth. Endodontics: Principles and Practice E-book. 2016 Jun 1:234.

3. Bjørndal L. Vital pulp therapy for permanent molars. The guidebook to molar endodontics. 2017:93-115.

218. CHE TỦY CHÂN RĂNG BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng là bệnh thường gặp do biến chứng của sâu răng và chấn thương răng trong đó viêm tủy hồi phục, viêm tủy không hồi phục giai đoạn sớm có khả năng điều trị bảo tồn. Che tủy răng chân răng là kỹ thuật loại bỏ một phần hoặc toàn bộ mô tủy buồng, sử dụng vật liệu sinh học che kín và bảo vệ mô tủy còn lại khỏi môi trường nhiễm khuẩn, tạo môi trường sinh lý cho sự hồi phục của tủy chân răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy có hồi phục hoặc không hồi phục nhưng giới hạn ở buồng tủy.
- Răng bị làm hở tủy trong khi sửa soạn xoang hàn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Răng tủy đã hoại tử.
- Răng viêm quanh chóp.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác, người bệnh có rối loạn đông máu hoặc có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Thời gian đông máu kéo dài trên người bệnh sử dụng thuốc chống đông và rối loạn đông máu.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy NaOCl (Natri hypochlorite).
- Vật liệu sinh học che tủy răng.
- Vật liệu hàn vĩnh viễn.
- Tay khoan, mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2:

- Mở tủy, lấy một phần hoặc toàn bộ mô tủy buồng.

- Xối rửa bằng dung dịch NaOCl.
- Làm khô buồng tủy.

6.3. Bước 3: Đặt vật liệu sinh học che tủy:

- Đưa vật liệu sinh học vào vị trí miệng ống tủy, che kín mô tủy chân răng.
- Lèn nhẹ và làm phẳng bề mặt vật liệu sinh học. Đặt từng lớp với độ dày từ 2-3 mm.
- Đặt bông ẩm, hàn tạm đối với vật liệu sinh học có thời gian đông cứng dài.

6.4. Bước 4: Hàn phục hồi xoang hàn:

- Phục hồi phần còn lại của xoang hàn bằng Composite và GIC.
- Kiểm tra khớp cắn.
- Hoàn thiện phần phục hồi thân răng

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, vật liệu hàn kín khít trên X-quang.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu tủy: tủy không cầm máu sau 5-10 phút: điều trị nội nha.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Viêm tủy không hồi phục: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn: Tủy hoại tử, viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duncan HF, Kirkevang LL, Peters OA, El-Karim I, Krastl G, Del Fabbro M, Chong BS, Galler KM, Segura-Egea JJ, Kebschull M, ESE Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of pulpal and apical disease: The European Society of Endodontology (ESE) S3-level clinical practice guideline. International Endodontic Journal. 2023 Sep 29.

2. Shenoy A. Vital Pulp Therapy in Permanent Teeth. Endodontics: Principles and Practice E-book. 2016 Jun 1:234.

3. Bjørndal L. Vital pulp therapy for permanent molars. The guidebook to molar endodontics. 2017:93-115.

4. Berman LH, Hargreaves KM. Cohen's Pathways of the Pulp-E-Book: Cohen's Pathways of the Pulp-E-Book. Elsevier Health Sciences; 2020 Sep 8.

219. HÀN LỖ THỦNG SÀN BUỒNG TỦY/THÀNH ỐNG TỦY BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Thủng sàn buồng tủy/thành ống tủy là tổn thương mất cấu trúc cứng do huỷ khoáng hoặc tai biến trong điều trị nội nha gây nhiễm khuẩn từ khoang tủy ra mô nha chu tương ứng cần được sửa chữa. Hàn lỗ thủng sàn buồng tủy/thành ống tủy là kỹ thuật sử dụng vật liệu sinh học che kín lỗ thủng nhằm tái lập lại cấu trúc răng, tạo môi trường sinh lý cho sự phục hồi tổn thương mô nha chu. Kỹ thuật được thực hiện trước các quy trình điều trị nội nha hoặc nội nha lại.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng thủng sàn tủy do bệnh lý sâu răng.
- Thủng sàn buồng tủy/thành ống tủy do tai biến trong điều trị nội nha.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Răng không có khả năng tái tạo thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Răng có bệnh nha chu, tổn thương tiêu chẽ chân răng ≥ độ 2.
- Kích thước và vị trí lỗ thủng làm mất kiểm soát ống tủy chân răng, làm mất liên tục sàn tủy, chân răng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như: tiểu đường, dị ứng, tăng huyết áp.v.v.
- Phụ nữ có thai.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Dung dịch bơm rửa NaOCl (Natri hypochlorite) và các dung dịch hỗ trợ.
- Vật liệu cầm máu.
- Vật liệu sinh học.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu hàn vĩnh viễn.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy X-quang răng/phim răng
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng (nếu cần).

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Bộc lộ vị trí tổn thương:

- Đặt vật liệu cách ly lấp kín miệng ống tủy.
- Làm sạch bằng bộ nạo và bơm rửa bằng NaOCl.
- Cầm máu: bằng vật liệu cầm máu thích hợp.

6.3. Bước 3: Hàn kín lỗ thủng sàn buồng tủy bằng vật liệu sinh học:

- Làm khô sàn tủy và lỗ thủng.
- Hàn lỗ thủng sàn bằng vật liệu sinh học: sử dụng dụng cụ đưa và nhồi vật liệu sinh học.
- Hàn tạm buồng tủy bằng vật liệu thích hợp.

6.4. Bước 4: Thực hiện quy trình điều trị nội nha thông thường:

Thực hiện ở lần hẹn tiếp sau, khi vật liệu sinh học đã đông cứng hoàn toàn.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: vật liệu sinh học phục hồi hoàn toàn vị trí thủng sàn/ thùng thành ống tủy mà không bít tắc ống tủy.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Sưng, đau: điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

7.3. Biến chứng muộn: Xuất hiện tổn thương tiêu xương vùng chẽ hoặc tại vị trí lỗ thủng thành ống tủy, nứt vỡ thân- chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clauder T. Repair of Pulp Chamber and Root Perforations. Endodontic Advances and Evidence-Based Clinical Guidelines. 2022 Sep 22:475-510.

2. Mishra R, Verma A, Rai S, Singh AP, Singh SP, Nigam S. Advances in endodontics a complete guide. Book Rivers; 2022 Apr 19.

3. Peters OA, editor. The guidebook to molar endodontics. Springer; 2016 Nov 23.

220. HÀN PHỤC HỒI RĂNG BẰNG GIC

1. ĐẠI CƯƠNG

Sâu răng, mòn răng là những tổn thương mất khoáng mô cứng (men răng và ngà răng) ở thân răng hoặc cổ răng cần được phục hồi sớm bằng các vật liệu khác nhau. Hàn phục hồi thân răng bằng GIC là kỹ thuật sử dụng xi măng thủy tinh (Glass Ionomer Cement-GIC) tái tạo thân răng nhằm phục hồi chức năng ăn nhai, dự phòng sâu răng thứ phát và bệnh tủy răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sâu thân răng, chân răng
- Tổn thương mô cứng không do sâu: mòn răng, thiểu sản men/ ngà răng.
- Gãy men, gãy men-ngà không hở tủy do chấn thương.
- Mòn cổ răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Sâu răng hở tủy.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh dị ứng với GIC.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ cách ly cô lập răng.

- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ khuôn trám.
- Bộ hoàn thiện và đánh bóng.
- Vật liệu hàn GIC.
- Chất cách ly GIC (véc-ni, G-coat Plus, Cocoa butter).
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp (khi sử dụng GIC quang trùng hợp).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ (nếu cần).

6.1. Bước 1: Cách ly cô lập răng:

Đặt đê cao su hoặc các phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Sửa soạn xoang hàn:

Làm sạch ngà nhiễm khuẩn.

6.3. Bước 3: Phục hồi xoang hàn bằng GIC:

- Đặt khuôn trám mặt bên với xoang hàn loại II.
- Dùng dụng cụ đưa chất hàn GIC vào xoang hàn.
- Dùng dụng cụ lèn nhẹ GIC kín khít xoang hàn, tái tạo hình thể thân răng.
- Chiếu đèn quang trùng hợp (khi sử dụng GIC quang trùng hợp).

6.4. Bước 4: Kiểm tra tiếp xúc mặt bên.

6.5. Bước 5: Kiểm tra khớp cắn.

6.6. Bước 6: Hoàn thiện:

- Hoàn thiện hình thể, làm nhẵn bề mặt chất hàn.
- Bôi chất cách ly GIC.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: chất hàn kín khít, khớp cắn đúng, răng không đau.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương hở tủy: chụp tủy bằng vật liệu sinh học.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Bong/vỡ chất hàn: thực hiện lại quy trình.
- Viêm tủy hồi phục: chụp tủy bằng vật liệu sinh học.

7.3. Biến chứng muộn: Viêm tủy không hồi phục, hoại tử tủy, viêm quanh chóp: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mickenautsch S. High-viscosity glass-ionomer cements for direct posterior tooth restorations in permanent teeth: the evidence in brief. Journal of dentistry. 2016 Dec 1;55:121-3.

2. Devlin H. Operative dentistry. Berlin; New York: Springer; 2006.

3. Sidhu SK, editor. Glass-ionomers in dentistry. Springer; 2015 Oct 20.

221. HÀN PHỤC HỒI RĂNG BẰNG VẬT LIỆU DÁN DÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Sâu răng, mòn răng là những tổn thương mất khoáng mô cứng (men răng và ngà răng) ở thân răng hoặc cổ răng cần được phục hồi sớm bằng các vật liệu khác nhau. Hàn phục hồi thân răng bằng vật liệu dán dính là kỹ thuật sử dụng vật liệu composite dán dính trên mô cứng, tái tạo thân răng nhằm phục hồi chức năng ăn nhai, dự phòng sâu răng thứ phát và bệnh tủy răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sâu thân răng.
- Tổn thương mô cứng không do sâu: mòn răng, thiểu sản men/ngà răng.
- Gãy men, gãy men-ngà không hở tủy do chấn thương.
- Thiếu sản men, ngà.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Sâu răng hở tủy.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh dị ứng với vật liệu hàn răng composite.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ cách ly cô lập răng.

- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Bộ khuôn trám.
- Bộ hoàn thiện và đánh bóng.
- Vật liệu xói mòn men răng.
- Vật liệu bảo vệ tủy (liner).
- Vật liệu dán dính.
- Hệ thống keo dán.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây tê tại chỗ (nếu cần).

6.1. Bước 1: Cách ly cô lập răng:

Đặt đê cao su hoặc các phương tiện cách ly thay thế.

6.2. Bước 2: Sửa soạn xoang hàn:

Làm sạch ngà nhiễm khuẩn.

6.3. Bước 3: Hàn lớp bảo vệ tủy (nếu cần):

Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy.

6.4. Bước 4: Phục hồi xoang hàn bằng vật liệu dán dính:

- Đặt khuôn trám mặt bên với xoang hàn loại II.

- So màu răng, lựa chọn vật liệu có màu sắc phù hợp.
- Xoi mòn men và ngà răng.
- Rửa sạch và làm khô.
- Phủ keo dán và chiếu đèn quang trùng hợp.
- Đặt chất hàn theo từng lớp dưới 2 mm, tái tạo hình thể thân răng.
- Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp.

6.5. Bước 5: Kiểm tra tiếp xúc mặt bên.

6.6. Bước 6: Kiểm tra khớp cắn.

6.7. Bước 7: Hoàn thiện:

Hoàn thiện hình thể, làm nhẵn và đánh bóng chất hàn.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: chất hàn kín khít, khớp cắn đúng, răng không đau.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương hở tủy: chụp tủy bằng vật liệu sinh học.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Bong/vỡ chất hàn: thực hiện lại quy trình.
- Viêm tủy hồi phục: chụp tủy bằng vật liệu sinh học.

7.3. Biến chứng muộn: Viêm tủy không hồi phục, hoại tử tủy, viêm quanh chóp: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Deliperi S, Bardwell DN. Multiple cuspal-coverage direct composite restorations: functional and esthetic guidelines. Journal of Esthetic and Restorative Dentistry. 2008 Oct;20(5):300-8.

2. Deliperi S. Functional and aesthetic guidelines for stress-reduced direct posterior composite restorations. Operative Dentistry. 2012 Jul 1;37(4):425-31.

3. LeSage BP. Aesthetic anterior composite restorations: a guide to direct placement. Dental Clinics of North America. 2007 Apr 1;51(2):359-78.

222. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG VENEER COMPOSITE TRỰC TIẾP

1. ĐẠI CƯƠNG

Tổ chức cứng của răng có thể bị tổn thương do bệnh lý sâu, mòn, chấn thương, bất thường trong quá trình phát triển hoặc nhiễm màu cần điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau. Hàn phục hồi thân răng bằng veneer composite là kỹ thuật phủ một lớp composite dán dính trực tiếp lên mặt ngoài răng nhằm tái tạo mô cứng và cải thiện thẩm mỹ nhóm răng trước.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng đổi màu.
- Răng nhiễm màu nội sinh: nhiễm Tetracycline và nhiễm Fluor.
- Thiểu sản men, ngà răng.
- Gẫy men- ngà không lộ tủy.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Răng có bệnh nha chu giai đoạn cấp tính.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh dị ứng với composite.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ khám.

- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ mũi khoan sửa soạn veneer.
- Dụng cụ so màu răng.
- Bộ dụng cụ hàn composite.
- Bộ hoàn thiện và đánh bóng composite.
- Silicone đặc.
- Hệ thống keo dán.
- Vật liệu xói mòn men răng.
- Vật liệu dán dính.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ (nếu cần).

6.1. Bước 1: Lấy dấu, lên sáp, lấy dấu khóa silicone (nếu cần).

6.2. Bước 2: Sát khuẩn.

6.3. Bước 3: So màu răng, lựa chọn màu composite.

6.4. Bước 4: Cách ly cô lập răng:

Đặt đê cao su hoặc các phương tiện cách ly răng thay thế.

6.5. Bước 5: Sửa soạn mặt ngoài răng:

Mài một phần mô cứng, tạo vát men.

6.6. Bước 6: Chuẩn bị bề mặt răng:

- Xoi mòn men và ngà răng.
- Rửa sạch và thổi khô.
- Phủ keo dán và chiếu đèn quang trùng hợp.

6.7. Bước 7: Tạo veneer composite:

- Đặt khóa silicone.
- Đặt composite trên khóa silicone tái tạo mặt trong răng, chiếu đèn quang trùng hợp.
- Đặt composite opaque lên bề mặt men ngà theo lớp, chiếu đèn quang trùng hợp.
- Phủ composite màu ngà tạo lớp tiếp theo, chiếu đèn quang trùng hợp.
- Phủ composite màu men tạo lớp ngoài cùng, chiếu đèn quang trùng hợp.

6.8. Bước 8: Kiểm tra hướng dẫn cắn, tiếp xúc bên.

6.9. Bước 9: Hoàn thiện:

Hoàn thiện hình thể, tạo cấu trúc, chi tiết bề mặt, làm nhẵn và đánh bóng chất hàn.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: răng không đau, vật liệu hàn kín khít bề mặt răng, phục hồi giải phẫu và thẩm mỹ, khớp cắn đúng.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Bong, vỡ chất hàn: thực hiện lại quy trình.

7.3. Tai biến muộn: Bong, vỡ chất hàn: thực hiện lại quy trình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fahl Jr, Newton, and André V. Ritter. "Composite veneers: The direct–indirect technique revisited." Journal of esthetic and restorative dentistry 33.1 (2021): 7-19.

2. Trushkowsky RD. Composite resin: Fundamentals and direct technique restorations. Esthetic Dentistry: A Clinical Approach to Techniques and Materials. 2001;2:69-94.

223. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG CHỐT ỐNG TỦY VÀ VẬT LIỆU DÁN DÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng sau điều trị nội nha có thể mất khoáng nhiều do tổn thương mô cứng, gãy vỡ thân răng, dẫn đến không đủ tổ chức nâng đỡ để thực hiện chức năng. Hàn phục hồi thân răng bằng chốt dán dính ống tủy là kỹ thuật trong đó chốt sợi được dán dính trực tiếp trong ống tủy, sau đó phục hồi thân răng hoặc cùi răng bằng composite dán dính và chốt ống tủy và mô răng còn lại, nhằm tăng khả năng lưu giữ chất hàn và phục hình.

2. CHỈ ĐỊNH

Tổn thương mất mô cứng sau khi thực hiện kỹ thuật nội nha, mô răng còn lại không đủ khả năng lưu giữ chất hàn thông thường hoặc phục hình.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Chân răng không đủ chắc cho đặt chốt và phục hình.
- Tỷ lệ chân răng/cùi răng < 1.
- Răng có tổn thương quanh chóp chưa được điều trị.
- Răng có bệnh nha chu không có khả năng điều trị.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ:

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh dị ứng với vật liệu hàn răng composite.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Chốt sợi.

- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ tạo chốt.
- Hệ thống keo dán.
- Chất gắn chốt sợi.
- Vật liệu xoi mòn men răng.
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Cách ly răng.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vị trí đặt chốt:

- Lấy bỏ chất hàn trong 2/3 ống tủy (để lại 5-7mm chất hàn ống tủy đoạn chóp).
- Tạo hình ống tủy phần đặt chốt.
- Sửa soạn phần mô cứng còn lại ở thân răng.
- Kiểm tra chiều dài, độ thuôn của ống tủy và thử chốt.

6.3. Bước 3: Chọn chốt phù hợp với kích thước ống tủy.

6.4. Bước 4: Đặt và cố định chốt:

- Xoi mòn thành ống tủy và thân răng.
- Rửa sạch, thổi khô.
- Đặt vật liệu dán dính vào chốt sợi, thành ống tủy và thân răng.

- Chiếu đèn quang trùng hợp.
- Đưa vật liệu gắn chốt vào ống tủy.
- Đặt chốt đã chọn vào ống tủy.
- Cố định chốt trong ống tủy bằng chiếu đèn quang trùng hợp.

6.5. Bước 5: Phục hồi thân răng bằng composite.

6.6. Bước 6: Kiểm tra tiếp xúc mặt bên.

6.7. Bước 7: Kiểm tra khớp cắn.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: chốt đặt đúng trục chân răng vật liệu hàn kín khít cùi/ thân răng.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Thủng thành chân răng: hàn vị trí thủng bằng vật liệu sinh học.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Bong/vỡ chất hàn thân răng: hàn phục hồi phần bong/vỡ bằng vật liệu thích hợp.

7.3. Biến chứng muộn

- Gãy chốt: lấy chốt và chất hàn cũ, thực hiện lại quy trình.
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Meyenberg, Konrad. "The ideal restoration of endodontically treated teeth-structural and esthetic considerations: a review of the literature and clinical guidelines for the restorative clinician." Eur J Esthet Dent 8.2 (2013): 238-268.

224. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG INLAY/ONLAY/OVERLAY HỢP KIM

1. ĐẠI CƯƠNG

Tổ chức cứng của răng có thể bị tổn thương do bệnh lý gây mất khoáng mô cứng hoặc do gãy vỡ thân răng. Hàn phục hồi thân răng bằng Inlay/Onlay/Overlay hợp kim đúc là kỹ thuật phục hồi gián tiếp trong đó Inlay/Onlay/Overlay được đúc bằng hợp kim và gắn lên răng để tái tạo lại phần mô cứng của thân răng đã bị mất.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mất mô cứng thân răng do sâu răng, mòn răng ở một mặt hay nhiều mặt răng.
- Inlay: tổn thương mô cứng 1 đến 2 mặt răng.
- Onlay: tổn thương mô cứng từ 3 mặt răng trở lên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Chống chỉ định tương đối: người bệnh dưới 16 tuổi.

3.2. Tại chỗ

- Tổn thương sát tủy.
- Răng có nguy cơ nứt vỡ thân răng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có thói quen nghiến răng.
- Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ khám.

- Bộ mũi khoan sửa soạn Inlay/Onlay.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Dụng cụ đánh bóng hợp kim.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu gắn dán phục hình.
- Dung dịch khử khuẩn dấu.
- Tay khoan.
- Vật liệu chế tạo Inlay/Onlay/Overlay hợp kim tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo Inlay/Onlay/Overlay hợp kim tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.
- Tại Labo phục hình: Từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị xoang Inlay/Onlay/Overlay.

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Đổ mẫu.

6.4. Bước 4: Hàn tạm.

6.5. Bước 5: Chế tạo Inlay/Onlay/Overlay tại Labo phục hình răng.

6.6. Bước 6: Thử và gắn Inlay/Onlay/Overlay:

- Kiểm tra tiếp xúc bên.

- Kiểm tra khớp cắn, mài chỉnh.
- Đánh bóng Inlay/Onlay/Overlay.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: Inlay/Onlay/Overlay kít khít, khớp cắn đúng.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niêm mạc miệng: điều trị tổn thương niêm mạc miệng.
- Xâm phạm tủy răng khi chuẩn bị xoang Inlay/Onlay/Overlay: che tủy trực tiếp bằng vật liệu sinh học.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Bong Inlay/Onlay/Overlay: gắn lại nếu Inlay/Onlay/Overlay còn đủ tiêu chuẩn kỹ thuật, nếu không thì thực hiện lại quy trình.
- Vỡ thân răng không hở tủy: thực hiện phục hồi thân răng bằng kỹ thuật phù hợp.

7.3. Tai biến muộn: Vỡ thân răng hở tủy, viêm tủy không hồi phục, viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yamada Y, Tsubota Y, Fukushima S. Effect of restoration method on fracture resistance of endodontically treated maxillary premolars. International Journal of Prosthodontics. 2004 Jan 1;17(1).

225. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG INLAY/ONLAY/OVERLAY SỨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Tổ chức cứng của răng có thể bị tổn thương do bệnh lý gây mất khoáng mô cứng hoặc do gãy vỡ thân răng. Hàn phục hồi thân răng bằng Inlay/Onlay/Overlay sứ toàn phần là kỹ thuật phục hồi gián tiếp trong đó Inlay/Onlay/Overlay được chế tạo bằng sứ toàn phần và dán dính lên răng để tái tạo lại phần mô cứng của thân răng đã bị mất.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương mất mô cứng thân răng do sâu răng, mòn răng ở một mặt hay nhiều mặt răng.
- Inlay: tổn thương mô cứng 1 đến 2 mặt răng.
- Onlay: tổn thương mô cứng từ 3 mặt răng trở lên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Chống chỉ định tương đối: người bệnh dưới 16 tuổi.

3.2. Tại chỗ

- Tổn thương sát tủy.
- Răng có nguy cơ nứt vỡ thân răng.
- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có thói quen nghiến răng.
- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bông, gạc vô khuẩn.

- Bộ dụng cụ khám.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Mũi khoan các loại sửa soạn Inlay/Onlay/Overlay.
- Dụng cụ so màu răng.
- Bộ dụng cụ gắn và hoàn thiện.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Hệ thống keo dán.
- Vật liệu xói mòn men răng.
- Vật liệu dán dính.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu xử lý bề mặt phục hình.
- Vật liệu gắn dán phục hình.
- Tay khoan.
- Vật liệu chế tạo Inlay/Onlay/Overlay sứ toàn phần tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Phương tiện chế tạo Inlay/Onlay/Overlay sứ toàn phần tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.
- Tại Labo phục hình: từ 5 giờ đến 5 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị xoang Inlay/Onlay/Overlay.

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: So màu răng.

6.4. Bước 4: Hàn tạm.

6.5. Bước 5: Đổ mẫu.

6.6. Bước 6: Chế tạo Inlay/Onlay/Overlay sứ toàn phần tại Labo phục hình.

6.7. Bước 7: Thử Inlay/Onlay/Overlay sứ toàn phần.

6.8. Bước 8: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc các phương tiện cách ly thay thế.

6.9. Bước 9: Chuẩn bị bề mặt răng:

- Xoi mòn men, ngà răng.
- Rửa sạch và làm khô.
- Phủ keo dán dính và chiếu đèn.

6.10. Bước 10: Xử lý bề mặt Inlay/Onlay/Overlay sứ:

- Xoi mòn sứ hoặc thổi cát.
- Rửa sạch và làm khô.
- Phủ silane sứ.

6.11. Bước 11: Gắn Inlay/Onlay/Overlay:

Sử dụng vật liệu dán dính.

6.12. Bước 12: Kiểm tra tiếp xúc bên.

6.13. Bước 13: Kiểm tra khớp cắn.

6.14. Bước 14: Làm nhẵn và đánh bóng diện tiếp giáp răng-phục hình và bề mặt Inlay/Onlay sứ.

6.15. Bước 15: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: Inlay/Onlay/Overlay khít sát mô răng, khớp cắn đúng, răng không đau.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niêm mạc miệng: điều trị tổn thương niêm mạc miệng.

- Xâm phạm tủy răng khi chuẩn bị xoang Inlay/Onlay/Overlay: che tủy trực tiếp bằng vật liệu sinh học.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Bong Inlay/Onlay/Overlay: gắn lại nếu Inlay/Onlay còn đủ tiêu chuẩn kỹ thuật, nếu không thì thực hiện lại quy trình.
- Vỡ Inlay/Onlay/Overlay: thực hiện lại quy trình trên.
- Vỡ thân răng không hở tủy: phục hồi thân răng bằng kỹ thuật phù hợp.
- Vỡ thân răng hở tủy: che tủy, điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn: Viêm tủy không hồi phục, viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rocca, Giovanni Tommaso, et al. "Evidence-based concepts and procedures for bonded inlays and onlays. Part II. Guidelines for cavity preparation and restoration fabrication." Int J Esthet Dent 10.3 (2015): 392-413.

2. Filho AM, VIEIRA LC, Araujo E, Baratieri LN. Ceramic inlays and onlays: clinical procedures for predictable results. Journal of esthetic and restorative dentistry. 2003 Nov;15(6):338-52.

3. Ibbetson R, Jones IR. All-Ceramic inlays and onlays for posterior teeth. Dental Update. 2019 Jul 2;46(7):610-24.

226. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG ENDOCROWN

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng sau điều trị nội nha có thể mất khoáng nhiều do tổn thương mô cứng, gãy vỡ thân răng, dẫn đến không đủ tổ chức nâng đỡ để thực hiện chức năng. Hàn phục hồi thân răng bằng Endocrown là kỹ thuật sử dụng chụp sứ tựa một phần trong buồng tủy, dán dính lên răng đã điều trị nội nha để phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng hàm lớn đã điều trị nội nha.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Chống chỉ định tương đối: người bệnh dưới 16 tuổi.

3.2. Tại chỗ

- Độ cao của buồng tủy nhỏ hơn 3mm.
- Độ dày ngà vùng cổ răng nhỏ hơn 2mm.
- Tổn thương mô cứng dưới lợi, mất diện tiếp giáp.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Không có.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có thói quen nghiến răng.
- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ hàn composite.
- Bộ dụng cụ mài chụp.

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Dụng cụ so màu răng.
- Bộ dụng cụ hoàn thiện.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Hệ thống keo dán.
- Vật liệu hàn buồng tủy.
- Vật liệu xoi mòn men răng.
- Vật liệu dán dính.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu xử lý bề mặt phục hình.
- Vật liệu gắn dán phục hình.
- Tay khoan.
- Vật liệu chế tạo Endocrown tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Phương tiện chế tạo Endocrown tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.
- Tại Labo phục hình: từ 5 giờ đến 5 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Hàn kín sàn buồng tủy, che phủ chất hàn ống tủy:

- Xoi mòn ngà răng buồng tủy.
- Rửa sạch và làm khô.
- Phủ keo dán dính, chiếu đèn quang trùng hợp.
- Đưa 1mm chất hàn che phủ sàn tủy và chất hàn ống tủy.
- Chiếu đèn quang trùng hợp.

6.2. Bước 2: Sửa soạn cùi răng.

6.3. Bước 3: Lấy dấu.

6.4. Bước 4: Hàn tạm.

6.5. Bước 5: So màu răng.

6.6. Bước 6: Đổ mẫu.

6.7. Bước 7: Chế tạo Endocrown tại Labo.

6.8. Bước 8: Thử Endocrown.

6.9. Bước 9: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc các phương tiện cách ly thay thế.

6.10. Bước 10: Chuẩn bị bề mặt răng:

- Xoi mòn men, ngà răng buồng tủy.
- Rửa sạch và làm khô.
- Phủ keo dán dính và chiếu đèn.

6.11. Bước 11: Xử lý bề mặt Endocrown:

- Xoi mòn sứ hoặc thổi cát.
- Rửa sạch và làm khô.
- Phủ silane sứ.

6.12. Bước 12: Gắn Endocrown:

Sử dụng vật liệu dán dính.

6.13. Bước 13: Kiểm tra tiếp xúc bên.

6.14. Bước 14: Kiểm tra khớp cắn.

6.15. Bước 15: Làm sạch diện tiếp giáp răng – Endocrown.

6.16. Bước 16: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: Endocrown sát khít thân răng, khớp cắn đúng.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Vỡ thành răng: tái tạo thân răng bằng các kỹ thuật khác.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Vỡ Endocrown: tiến hành thực hiện lại quy trình trên.

7.3. Biến chứng muộn: Nứt-vỡ thân răng: tái tạo cùi răng, làm lại phục hình hoặc nhổ bỏ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sedrez-Porto, J. A., da Rosa, W. L. D. O., Da Silva, A. F., Münchow, E. A., & Pereira-Cenci, T. (2016). Endocrown restorations: A systematic review and meta-analysis. Journal of dentistry, 52, 8-14.

2. Govare N, Contrepois M. Endocrowns: A systematic review. The Journal of prosthetic dentistry. 2020 Mar 1;123(3):411-8.

3. Abu-Awwad M. A modern guide in the management of endodontically treated posterior teeth. European Journal of General Dentistry. 2019 Sep;8(03):63-70.

227. TẨY TRẮNG RĂNG SỬ DỤNG MÁNG THUỐC

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm màu là tình trạng thay đổi màu sắc của răng sang màu kém sáng, vàng hoặc ánh nâu.v.v. do nguyên nhân nội sinh trong quá trình phát triển hoặc chấn thương răng hoặc nhiễm màu ngoại sinh như thuốc lá hoặc chất hàn răng, có thể can thiệp tẩy trắng để cải thiện thẩm mỹ. Tẩy trắng răng là quy trình sử dụng thuốc có gốc peroxide có tác dụng làm sáng màu men/ngà răng có sử dụng máng cá nhân hoá.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng đổi màu do tuổi.
- Răng nhiễm màu nội sinh: nhiễm Tetracycline, nhiễm Fluor.
- Răng có chỉ định làm trắng trước khi phục hình sứ thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Phụ nữ có thai hoặc đang trong thời kỳ cho con bú.
- Người bệnh dưới 18 tuổi.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc tẩy trắng.

3.2. Tại chỗ

- Nhạy cảm ngà.
- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Không có.

4.2. Tại chỗ

- Tránh để thuốc tiếp xúc với vùng niêm mạc xung quanh.
- Người bệnh dị ứng với thuốc tẩy trắng.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Thuốc tẩy trắng răng.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.

- Dụng cụ so màu răng.
- Vật liệu đánh bóng răng.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Dung dịch khử khuẩn dấu.
- Thuốc chống nhạy cảm ngà.
- Tay khoan chậm.
- Vật liệu ép máng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ép máng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chụp ảnh, so màu răng.

6.2. Bước 2: Làm sạch, đánh bóng răng.

6.3. Bước 3: Lấy dấu.

6.4. Bước 4: Đổ mẫu.

6.5. Bước 5: Chế tạo máng tẩy trắng.

6.6. Bước 6: Thử máng.

6.7. Bước 7: Hướng dẫn người bệnh sử dụng máng và thuốc tẩy trắng:

- Nồng độ thuốc tẩy trắng phụ thuộc màu răng và tuổi người bệnh.
- Thời gian mang phụ thuộc vào nồng độ thuốc tẩy trắng và độ nhạy cảm của người bệnh.
- Có thể máng với thuốc chống nhạy cảm ngà (nếu cần).

6.8. Bước 8: Tái khám:

Chụp ảnh, so lại màu răng.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: đánh giá màu răng trước và sau khi can thiệp.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Ê buốt: giảm thời gian mang máng thuốc hoặc ngừng sử dụng, điều trị chống ê buốt.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Ê buốt kéo dài: điều trị chống ê buốt.

7.3. Tai biến muộn: Viêm tủy không hồi phục: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siew C. ADA guidelines for the acceptance of tooth-whitening products. Compendium of Continuing Education in dentistry.(Jamesburg, NJ: 1995). Supplement. 2000 Jan 1(28):S44-7.

2. Greenwall L, editor. Tooth whitening techniques. CRC Press; 2017 Apr 11.

228. TẨY TRẮNG RĂNG MỘT LẦN TRÊN GHẾ RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm màu là tình trạng thay đổi màu sắc của răng sang màu kém sáng, vàng hoặc ánh nâu.v.v. do nguyên nhân nội sinh trong qua trình phát triển hoặc chấn thương răng hoặc nhiễm màu ngoại sinh như thuốc lá hoặc chất hàn răng, có thể can thiệp tẩy trắng để cải thiện thẩm mỹ.

Tẩy trắng răng một thì là quy trình sử dụng thuốc có gốc peroxide nồng độ cao dưới sự kích hoạt oxy hoá của ánh sáng quang học, được thực hiện trên ghế răng, có tác dụng làm sáng màu men/ ngà tức thì.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng nhiễm màu nội sinh: nhiễm Tetracycline và nhiễm Fluor.
- Răng đổi màu.
- Răng có chỉ định làm trắng theo yêu cầu thẩm mỹ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân trầm trọng: bệnh máu cấp tính, mới phẫu thuật tim mạch, thể trạng kém.v.v.
- Phụ nữ có thai hoặc đang trong thời kỳ cho con bú.
- Người bệnh dưới 18 tuổi.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc tẩy trắng.

3.2. Tại chỗ

- Nhạy cảm ngà.
- Răng nhiễm màu không đồng nhất.
- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Gel bảo vệ môi- má.
- Thuốc tẩy trắng răng.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Dụng cụ so màu răng.
- Thuốc chống nhạy cảm ngà.
- Bộ cách ly nước bọt.
- Vật liệu đánh bóng răng.
- Bộ kit tẩy trắng răng.
- Vật liệu tạo đê bảo vệ lợi (opal dam).
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Đèn tẩy trắng (laser, plasma.v.v.).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Làm sạch răng hai hàm.

6.2. Bước 2: Chụp ảnh, so màu răng.

6.3. Bước 3: Đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh.

6.4. Bước 4: Cách ly cô lập răng và bảo vệ niêm mạc:

- Đặt lớp vật liệu bảo vệ lợi (Opal dam), chiếu đèn quang trùng hợp.
- Thoa gel bảo vệ niêm mạc môi, má.

6.5. Bước 5: Tẩy trắng răng 2 hàm:

- Đặt gel tẩy trắng.
- Chiếu đèn tẩy trắng theo thời gian khuyến cáo phù hợp với nồng độ thuốc tẩy trắng.
- Lấy bỏ lớp gel tẩy trắng đã chiếu đèn.
- Lặp lại chu trình đặt gel tẩy trắng và chiếu đèn tẩy trắng 3 lần.

6.6. Bước 6: Kết thúc điều trị:

- Làm sạch gel tẩy trắng bằng bông ướt.
- Chụp ảnh, so màu răng sau tẩy trắng.
- Thoa gel chống ê buốt vào bề mặt các răng đã tẩy trắng.
- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc răng sau tẩy trắng.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: đánh giá màu răng trước và sau khi can thiệp. Kiểm tra niêm mạc miệng và lợi sau khi tháo bỏ vật liệu bảo vệ lợi.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Bỏng niêm mạc lợi miệng do gel tẩy trắng: điều trị tổn thương niêm mạc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Ê buốt răng: điều trị chống ê buốt.

7.3. Biến chứng muộn: Viêm tủy không hồi phục: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Greenwall L, editor. Tooth whitening techniques. CRC Press; 2017 Apr 11.

2. Siew C. ADA guidelines for the acceptance of tooth-whitening products. Compendium of Continuing Education in dentistry.(Jamesburg, NJ: 1995). Supplement. 2000 Jan 1(28):S44-7.

229. TẨY TRẮNG RĂNG NỘI TỦY

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm màu răng sau điều trị nội nha là sự thay đổi màu của răng sau điều trị do nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó sự lắng đọng của sealer trám bít ống tủy hoặc sản phẩm của thoái hoá mô tủy xâm lấn vào ống ngà thân răng là nguyên nhân phổ biến, có thể điều trị bằng tẩy trắng nội tủy. Tẩy trắng nội tủy là kỹ thuật sử dụng thuốc tẩy trắng gốc peroxide nồng độ cao được đặt trong buồng tủy, làm sáng màu thân răng từ bên trong nhằm phục hồi thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng đổi màu sau khi thực hiện kỹ thuật nội nha.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Phụ nữ có thai hoặc đang trong thời kỳ cho con bú.
- Người bệnh dưới 18 tuổi.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc tẩy trắng.

3.2. Tại chỗ: Răng có tổn thương nội-ngoại tiêu.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ khám.
- Dụng cụ so màu răng.
- Bộ dụng cụ hàn răng.
- Thuốc tẩy trắng nội tủy.
- Mũi khoan các loại.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Vật liệu xoi mòn men răng.
- Vật liệu dán dính.
- Hệ thống keo dán.

- Vật liệu hàn buồng tủy.
- Vật liệu đánh bóng răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Lần hẹn thứ nhất:

6.1. Bước 1: So màu răng.

6.2. Bước 2: Làm sạch, đánh bóng răng.

6.3. Bước 3: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc các phương tiện cách ly thay thế.

6.4. Bước 4: Hàn kín sàn buồng tủy, che phủ chất hàn ống tủy:

- Lấy toàn bộ chất hàn trong buồng tủy và khoảng 2-3 mm chất hàn trong ống tủy.
- Đưa 1mm chất hàn che phủ sàn tủy và chất hàn ống tủy: sử dụng GIC.

6.5. Bước 5: Đặt thuốc tẩy trắng.

6.6. Bước 6: Hàn tạm bằng GIC.

Lần hẹn thứ hai (sau lần đầu 2-4 ngày):

6.7. Bước 7: Lấy bỏ GIC hàn tạm và thuốc tẩy trắng.

6.8. Bước 8: Hàn kín buồng tủy bằng vật liệu dán dính với màu răng sau tẩy trắng.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: đánh giá màu răng trước và sau khi can thiệp.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Biến chứng muộn: Ngoại tiêu sau tẩy trắng: điều trị ngoại tiêu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Perdigão J, Ballarin A, Gomes G, Ginjeira A, Oliveira F, Lopes GC. Intracoronal whitening of endodontically treated teeth. Tooth whitening: An evidence-based perspective. 2016:169-97.

2. Amer M. Intracoronal tooth bleaching–A review and treatment guidelines. Australian Dental Journal. 2023 Jun;68:S141-52.

3. European Society of Endodontology. Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. International endodontic journal. 2006 Dec;39(12):921-30.

230. ÁP GEL TRÊN KHAY CÁ NHÂN ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhạy cảm ngà là tình trạng tăng cảm giác của ngà răng bị bộc lộ với những kích thích nhiệt độ, hóa học và cơ học mà không do bất cứ nguyên nhân bệnh lý nào khác có thể điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau. Áp gel trên khay cá nhân là kỹ thuật sử dụng các thuốc chống ê buốt dạng gel với khay cá nhân hoá nhằm giảm tình trạng nhạy cảm ngà.

2. CHỈ ĐỊNH

Nhạy cảm ngà.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc chống ê buốt.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Răng viêm tủy không hồi phục.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Không có.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu chế tạo khay cá nhân.
- Thuốc chống ê buốt.
- Tay khoan chậm.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.

- Máy làm khay cá nhân.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Làm sạch, đánh bóng răng.

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Đổ mẫu.

6.4. Bước 4: Ép máng nhựa cá nhân.

6.5. Bước 5: Thử máng.

6.6. Bước 6: Hướng dẫn người bệnh sử dụng máng và thuốc chống ê buốt.

6.7. Bước 7: Tái khám.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: giảm triệu chứng ê buốt.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Mức độ ê buốt tăng nhẹ: tăng thời gian sử dụng máng thuốc.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Mức độ ê buốt không đổi hoặc tăng nhẹ: tăng thời gian sử dụng máng thuốc.
- Mức độ ê buốt tăng nhiều: chống ê buốt bằng các phương pháp khác.

7.3. Tai biến muộn: Mức độ ê buốt tăng nhiều: chống ê buốt bằng các phương pháp khác hoặc điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gangarosa Sr LP. Current strategies for dentist-applied treatment in the management of hypersensitive dentine. Archives of Oral Biology. 1994 Jan 1;39:S101-6.

2. Minkov B, Marmari I, Gedalia I, Garfunkel A. The effectiveness of sodium fluoride treatment with and without iontophoresis on the reduction of hypersensitive dentin. Journal of periodontology. 1975 Apr 1;46(4):246-9.

231. ĐẶT THUỐC ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhạy cảm ngà là tình trạng tăng cảm giác của ngà răng bị bộc lộ với những kích thích nhiệt độ, hóa học và cơ học mà không do bất cứ nguyên nhân bệnh lý nào khác. Đặt thuốc điều trị nhạy cảm ngà là kỹ thuật sử dụng các thuốc chống ê buốt lên vùng ngà bị bộc lộ, thực hiện trên ghế răng, nhằm giảm cảm giác quá mức của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Nhạy cảm ngà.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của thuốc chống ê buốt.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Răng viêm tủy không hồi phục.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Vật liệu đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Bộ dụng cụ sử dụng thuốc chống ê buốt.
- Thuốc chống ê buốt.
- Tay khoan chậm.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 đến 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Làm sạch, đánh bóng răng.

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc các phương tiện cách ly thay thế.

6.3. Bước 3: Bôi thuốc chống ê buốt:

- Bôi thuốc chống ê buốt lên các vị trí đã được xác định.
- Chiếu đèn quang trùng hợp nếu cần.
- Lặp lại 2 bước trên nếu cần.

6.4. Bước 4: Tái khám.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: giảm nhạy cảm ngà.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Mức độ ê buốt không đổi hoặc tăng nhẹ: điều trị bằng máng thuốc.

7.3. Biến chứng muộn: Mức độ ê buốt tăng nhiều: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gangarosa Sr LP. Current strategies for dentist-applied treatment in the management of hypersensitive dentine. Archives of Oral Biology. 1994 Jan 1;39:S101-6.

2. Minkov B, Marmari I, Gedalia I, Garfunkel A. The effectiveness of sodium fluoride treatment with and without iontophoresis on the reduction of hypersensitive dentin. Journal of periodontology. 1975 Apr 1;46(4):246-9.

232. CHIẾU LASER ĐIỀU TRỊ NHẠY CẢM NGÀ

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhạy cảm ngà là tình trạng tăng cảm giác của ngà răng bị bộc lộ với những kích thích nhiệt độ, hóa học và cơ học mà không do bất cứ nguyên nhân bệnh lý nào khác. Chiếu laser điều trị nhạy cảm ngà là kỹ thuật sử dụng laser có cường độ và bước sóng phù hợp lên vùng ngà bị bộc lộ nhằm giảm cảm giác quá mức của người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Nhạy cảm ngà.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.

3.2. Tại chỗ

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Sử dụng kính chống tia laser trong quá trình điều trị.
- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ dụng cụ khám.
- Phương tiện, vật liệu cách ly răng.
- Kính bảo hộ.
- Vật liệu đánh bóng răng.
- Tay khoan chậm.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

- Ghế máy nha khoa.
- Thiết bị laser.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 đến 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Làm sạch, đánh bóng răng.

6.2. Bước 2: Đeo kính bảo vệ mắt cho người bệnh, Bác sĩ và trợ thủ.

6.3. Bước 3: Cách ly răng:

Đặt đê cao su hoặc các phương tiện cách ly thay thế.

6.4. Bước 4: Chiếu đèn laser vào vị trí đã được xác định.

6.5. Bước 5: Tái khám.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: răng giảm hoặc hết nhạy cảm.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Không có tác dụng giảm nhạy cảm ngà: làm lại quy trình hoặc thực hiện phương pháp khác.
- Bỏng niêm mạc: điều trị bỏng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Mức độ nhạy cảm ngà: sử dụng các phương pháp khác

7.3. Biến chứng muộn: Mức độ nhạy cảm ngà tăng nhiều: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kimura Y, Wilder-Smith P, Yonaga K, Matsumoto K. Treatment of dentine hypersensitivity by lasers: a review. Journal of Clinical Periodontology: Review article. 2000 Oct;27(10):715-21.

2. Ipci SD, Cakar G, Kuru B, Yilmaz S. Clinical evaluation of lasers and sodium fluoride gel in the treatment of dentine hypersensitivity. Photomedicine and laser surgery. 2009 Feb 1;27(1):85-91.

233. TÁI SINH MÔ NỘI NHA RĂNG CHƯA ĐÓNG CHÓP

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng chưa đóng chóp là răng vĩnh viễn đang trong quá trình phát triển và hoàn thiện, có thể bị hoại tử tủy do nhiều nguyên nhân như sâu răng, chấn thương răng, sang chấn khớp cắn do bất thường cấu trúc (núm phụ).v.v. gây bệnh quanh chóp và dừng quá trình hoàn thiện chân răng, có thể được điều trị bằng nhiều phương pháp. Tái sinh nội nha là kỹ thuật sử dụng vật liệu sinh học kích thích sự hình thành chóp răng và phát triển chân răng thông qua sự kích thích biệt hoá cục máu đông được tạo ra trong lòng ống tủy.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp giai đoạn I, II, III, IV theo phân loại Cvek có:

- Tủy hoại tử do sâu răng, do chấn thương.
- Viêm quanh chóp cấp tính, mạn tính.
- Áp xe quanh chóp cấp tính/ mạn tính.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt.
- Răng cần được phục hồi bằng chốt trong ống tủy.
- Răng không có khả năng tái tạo thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Răng có tổn thương ngoại tiêu chân răng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh rối loạn đông máu.
- Phụ nữ có thai.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê không chứa chất co mạch.
- Thuốc đặt sát khuẩn ống tủy: $Ca(OH)_2$

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Mũi khoan các loại.
- Vật liệu cầm máu.
- Vật liệu sinh học.
- Vật liệu hàn răng.
- Vật liệu cách ly răng và bảo vệ lợi.
- Dung dịch bơm rửa ống tủy: NaOCl 1,5%, EDTA 17%
- Bộ file điều trị nội nha cầm tay.
- Bộ dụng cụ khám.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Thiết bị phóng đại.
- Thiết bị kích hoạt dung dịch bơm rửa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Lần hẹn 1:

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng.

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

Đặt đê cao su.

6.2. Bước 2: Mở tủy:

- Mở đường vào buồng tủy.
- Lấy sạch trần buồng tủy.

6.3. Bước 3: Làm sạch ống tủy:

- Lấy bỏ tủy hoại tử làm sạch bằng phương pháp ít xâm lấn: sử dụng dụng cụ làm sạch nội nha siêu âm hoặc sóng âm.
- Bơm rửa ống tủy: Sử dụng dung dịch NaOCl 1,5% và EDTA 17% (20 ml, tối thiểu 5 phút cho mỗi ống tủy).

6.4. Bước 4: Đặt thuốc nội tủy:

Đặt thuốc nội tủy bằng $Ca(OH)_2$ hoặc hỗn hợp kháng sinh trong thời gian từ 2 đến 4 tuần.

Lần hẹn 2:

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ bằng thuốc tê không chứa chất co mạch.

6.5. Bước 5: Cách ly răng:

Đặt đế cao su.

6.6. Bước 6: Làm sạch ống tủy:

- Bơm rửa bằng 20 ml dung dịch EDTA 17%, thời gian tối thiểu 5 phút.
- Kích hoạt dung dịch bơm rửa bằng thiết bị siêu âm hoặc sóng âm.
- Bơm rửa lại bằng nước muối sinh lý 0,9%.
- Thấm khô.

6.7. Bước 7: Tạo cục máu đông trong ống tủy:

- Kích thích chảy máu vùng chóp bằng K file vô khuẩn đi qua chóp răng.
- Để máu lấp đầy ống tủy đến vị trí cách ranh giới men-cement 3 mm.
- Đặt vật liệu cầm máu trên khối máu đông.
- Đặt vật liệu sinh học.

6.8. Bước 8: Hàn phục hồi thân răng:

Sử dụng GIC và composite.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, vật liệu hàn khít sát.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng sàn buồng tủy, thành hệ thống ống tủy: hàn kín vị trí thủng bằng vật liệu sinh học.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị đóng chóp bằng nút chặn MTA.
- Sưng, đau (tùy theo mức độ):

+ Điều trị nội khoa: kháng sinh, giảm đau, kháng viêm.

+ Tháo trống, làm sạch hệ thống ống tủy, đặt lại thuốc nội tủy.

7.3. Tai biến muộn: Xuất hiện tổn thương quanh chóp hoặc tổn thương cũ tiến triển: điều trị đóng chóp bằng nút chặn MTA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duncan HF, Kirkevang LL, Peters OA, El-Karim I, Krastl G, Del Fabbro M, Chong BS, Galler KM, Segura-Egea JJ, Kebschull M, ESE Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of pulpal and apical disease: The European Society of Endodontology (ESE) S3-level clinical practice guideline. International Endodontic Journal. 2023 Sep 29.

2. Ding, R.Y., et al., Pulp revascularization of immature teeth with apical periodontitis: a clinical study. Journal of endodontics, 2009. 35(5): p. 745-749

3. Wei, X., et al., Expert consensus on regenerative endodontic procedures. International Journal of Oral Science, 2022. 14(1): p. 55

234. LẤY DỊ VẬT TRONG ỐNG TỦY

1. ĐẠI CƯƠNG

Dị vật trong ống tủy là một tai biến trong điều trị nội nha cần được loại bỏ do cản trở quá trình tạo hình, làm sạch và hàn kín hệ thống ống tủy. Lấy dị vật trong ống tủy là kỹ thuật sử dụng các thiết bị phóng đại, dụng cụ siêu âm nội nha và các phương tiện lấy dụng cụ chuyên dụng để loại bỏ chốt, file gãy sau đó thực hiện tiếp quy trình điều trị thông thường.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng đã hoặc đang điều trị nội nha, có dị vật trong ống tủy.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt.
- Thân răng sâu vỡ lớn không có khả năng phục hồi.
- Dị vật lớn, nguy cơ gây thủng thành ống tủy trong quá trình loại bỏ dị vật.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân:

- Phụ nữ có thai.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Phương tiện cách ly cô lập răng
- Bộ file điều trị nội nha cầm tay.

- Bộ dụng cụ lấy dị vật chuyên dụng.
- Đầu siêu âm phẫu thuật nội nha.
- Dung dịch bơm rửa.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Kính hiển vi hoặc kính lúp.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng (nếu cần).

6.1. Bước 1: Cách ly răng:

- Tái tạo thành răng bằng composite trước khi cách ly răng (nếu cần).
- Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thay thế.
- Các bước tiếp theo được thực hiện dưới kính phóng đại (kính hiển vi hoặc kính loupes độ phóng đại lớn).

6.2. Bước 2: Mở rộng đường vào ống tủy:

- Quan sát dưới kính hiển vi hoặc kính lúp.
- Đặt vật liệu cách ly lấp kín miệng các ống tủy còn lại.
- Mở rộng từ miệng ống tủy tới vị trí dị vật bằng các dụng cụ siêu âm.

6.3. Bước 3: Loại bỏ điểm kẹt:

- Loại bỏ mô ngà tại vị trí dị vật kẹt vào thành ống tủy bằng dụng cụ siêu âm cho đến khi thấy dị vật chuyển động trong lòng ống tủy.

- Bơm rửa liên tục, loại bỏ mùn ngà.

6.4. Bước 4: Lấy dị vật:

- Dùng đầu siêu âm rung đến khi dị vật thoát kẹt hoàn toàn và đi ra khỏi ống tủy.
- Hoặc sử dụng các dụng cụ lấy file gãy chuyên dụng lấy dụng cụ ra khỏi ống tủy.

6.5. Bước 5: Chụp phim X-quang kiểm tra.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: răng không đau, không còn dị vật trên phim X-quang.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo xử lý.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng thành ống tủy: hàn kín vị trí thủng bằng vật liệu sinh học.
- Không lấy được dụng cụ gãy: tạo đường lách qua dụng cụ (bypass) để tránh mất quá nhiều mô cứng ở chân răng.
- Tai biến do không đặt đê cao su cách ly răng:

+ Người bệnh hít/nuốt phải dụng cụ nội nha vào đường thở/ đường tiêu hóa: xử trí cấp cứu dị vật đường thở, theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

+ Viêm loét niêm mạc miệng, họng do NaOCl: điều trị viêm loét niêm mạc miệng.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không lấy được dị vật dẫn đến điều trị nội nha không thành công: phẫu thuật cắt chóp, hàn ngược hoặc nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Terauchi Y, Ali WT, Abielhassan MM. Present status and future directions: Removal of fractured instruments. International Endodontic Journal. 2022 May;55:685-709.

2. Management of Fractured Endodontic Instruments A Clinical Guide (2018) Theodor Lambrianidis, Springer published

3. Broken Instruments – Clinical Decision Making Algorithm (2020) Michael Solomonov, AAE guideline

235. PHẪU THUẬT CẮT CHÓP, HÀN NGƯỢC VÀ CẤY LẠI RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Điều trị nội nha không phẫu thuật có thể thất bại do không loại bỏ được vi khuẩn, các dị nguyên ở mô quanh chóp hoặc một số vị trí mà điều trị thông thương không tiếp cận được, cần phẫu thuật để điều trị triệt để. Phẫu thuật cắt chóp, hàn ngược và cấy lại răng là kỹ thuật nhổ răng đã điều trị nội nha, cắt chóp răng ngoài cơ thể, loại bỏ hoàn toàn tổn thương quanh chóp, trám ngược tối thiểu 3mm chóp răng bằng vật liệu sinh học và cấy lại vào huyệt ổ răng vừa nhổ nhằm bảo tồn răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Những răng đã điều trị nội nha chưa thành công vì lý do:

+ Gãy dụng cụ ở 1/3 chóp ống tủy, không lấy ra được hoặc không đi qua được trong khi điều trị, gây biến chứng.

+ Tổn thương thủng thành chân răng, nứt, gãy, ngoại tiêu chóp răng.

+ Ngoại tiêu chân răng, rãnh dị dạng chân răng không tiếp cận được bằng phương pháp phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Phụ nữ có thai.

3.2. Tại chỗ

- Răng có bệnh nha chu.
- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Có bệnh lý toàn thân chưa được kiểm soát.
- Đang sử dụng thuốc chống đông.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ nhổ răng không sang chấn.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Bộ dụng cụ hàn ngược chóp răng.
- Bộ cây nạo các loại.
- Lưỡi dao phẫu thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Đầu siêu âm phẫu thuật nội nha.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Vật liệu sinh học.
- Paste phẫu thuật.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Máy X-quang răng/phim răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 30 phút đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây tê tại chỗ có/ không kết hợp gây tê vùng.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn khoang miệng.

6.2. Bước 2: Rạch lợi quanh cổ răng.

6.3. Bước 3: Cắt dây chằng quanh răng.

6.4. Bước 4: Nhổ răng sang chấn tối thiểu.

6.5. Bước 5: Cắt chóp răng, tạo hình xoang trám ngược với chiều dài tối thiểu 3mm và hàn ngược bằng vật liệu sinh học.

6.6. Bước 6: Làm sạch ổ răng.

6.7. Bước 7: Đặt lại răng vào huyệt ổ răng.

6.8. Bước 8: Cố định răng bằng phương tiện thích hợp.

6.9. Bước 9: Đặt băng phẫu thuật.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: răng không đau, được đặt về vị trí ban đầu và cố định chắc chắn.

- Dặn dò người bệnh, hẹn tháo băng phẫu thuật.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Vỡ xương ổ răng và gẫy chân răng: lấy chân răng và không cấy lại răng.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân, chống viêm.
- Viêm quanh răng, viêm quanh chóp tái phát, nứt vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Viêm quanh răng, viêm quanh chóp tái phát, nứt vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gartner AH, Dorn SO. Advances in endodontic surgery. Dental Clinics of North America. 1992 Apr 1;36(2):357-78.

2. Plotino G, Abella Sans F, Duggal MS, Grande NM, Krastl G, Nagendrababu V, Gambarini G. Clinical procedures and outcome of surgical extrusion, intentional replantation and tooth autotransplantation–a narrative review. International endodontic journal. 2020 Dec;53(12):1636-52.

3. Plotino G, Abella Sans F, Duggal MS, Grande NM, Krastl G, Nagendrababu V, Gambarini G. Present status and future directions: Surgical extrusion, intentional replantation and tooth autotransplantation. International Endodontic Journal. 2022 May;55:827-42.

236. PHẪU THUẬT NỘI NHA ĐIỀU TRỊ NGOẠI TIÊU/DỊ DẠNG CHÂN RĂNG BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Ngoại tiêu chân răng là tình trạng phá hủy cấu trúc chân răng do hệ thống miễn dịch của cơ thể phản ứng với các yếu tố ngoại lai như nhiễm khuẩn, điều trị chỉnh nha, răng ngầm hoặc di chứng của chấn thương răng. Dị dạng chân răng là tình trạng tồn tại các cấu trúc bất thường tại chân răng tạo điều kiện cho việc nhiễm trùng mô quanh răng. Phẫu thuật nội nha điều trị ngoại tiêu/dị dạng chân răng là kỹ thuật phẫu thuật bộc lộ, giúp can thiệp phục hồi tổn thương ngoại tiêu, dị dạng chân răng sử dụng vật liệu sinh học nhằm tái tạo cấu trúc chân răng và dự phòng nhiễm khuẩn vùng quanh răng tương ứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ngoại tiêu chân răng: phân loại Heithersay độ I, II.
- Rãnh khẩu cái chân răng cửa hàm trên.
- Các trường hợp dị dạng chân răng khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Phụ nữ có thai.

3.2. Tại chỗ

- Ngoại tiêu chân răng lan tỏa: Heithersay độ III, IV.
- Răng không có khả năng phục hồi thân răng sau phẫu thuật.
- Nứt dọc chân răng.
- Vùng tổn thương ngoại tiêu, dị dạng chân răng ở vị trí không thể tiếp cận phẫu thuật.
- Răng có tổn thương nha chu.
- Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Có bệnh lý toàn thân chưa được kiểm soát.
- Người bệnh đang sử dụng thuốc chống đông.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn .v.v.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Bộ lèn vật liệu sinh học.
- Bộ cây nạo các loại.
- Lưỡi dao phẫu thuật.
- Kim, chỉ khâu.
- Đầu siêu âm phẫu thuật nội nha.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Vật liệu sinh học.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy siêu âm.
- Kính phóng đại.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ và/hoặc gây tê vùng.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn khoang miệng.

6.2. Bước 2: Tạo vạt.

6.3. Bước 3: Bộc lộ tổn thương.

6.4. Bước 4: Làm sạch, nhẵn bề mặt chân răng vùng ngoại tiêu và vùng dị dạng:

Sử dụng bộ nạo và đầu siêu âm phẫu thuật nội nha.

6.5. Bước 5: Cầm máu.

6.6. Bước 6: Phục hồi bằng vật liệu sinh học.

6.7. Bước 7: Khâu đóng vạt.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá kết quả điều trị răng (trên phim và trên lâm sàng) sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu bằng vật liệu thích hợp.
- Viêm, sưng vùng phẫu thuật: bơm rửa làm sạch vết thương, dùng dung dịch súc miệng khử khuẩn có chứa Chlorhexidine 0,2%.

7.3. Biến chứng muộn: Viêm quanh răng, viêm quanh chóp tái phát, nứt vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. EUROPEAN SOCIETY OF ENDODONTOLOGY. Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. International endodontic journal, 2006, 39.12: 921-930.SINGH, Onkar, et al. Root resorption: Challenge to the endodontist. Int J Dent Res Oral Sci, 2017, 2: 31-41.

2. Kim SY, Yang SE. Surgical repair of external inflammatory root resorption with resin-modified glass ionomer cement. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 2011 Apr 1;111(4):e33-6.

237. ĐIỀU TRỊ NỘI NHA DƯỚI KÍNH HIỂN VI

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh tủy răng và bệnh quanh chóp là bệnh hay gặp do nhiều nguyên nhân, cần điều trị nội nha trong những trường hợp không bảo tồn được mô tủy. Điều trị nội nha dưới kính hiển vi là quy trình điều trị loại bỏ mô tủy nhiễm khuẩn hoặc hoại tử, làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm (file) cầm tay hoặc trâm máy và hàn kín hệ thống ống tủy với phương pháp lèn ngang hoặc lèn dọc với Gutta Percha nóng chảy, có sử dụng kính hiển vi để phóng đại vật thể hỗ trợ việc quan sát và xử trí các cấu trúc quá nhỏ bé (ống gần ngoài 2 của răng hàm lớn hàm trên, ống gần giữa của răng hàm dưới, đường nối giữa các ống tủy, ống tủy phát sinh bất thường.v.v.), nhằm bảo tồn răng và dự phòng tái nhiễm khuẩn vùng chóp răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Hỗ trợ các kỹ thuật điều trị nội nha nhằm mục đích:

+ Phát hiện các ống tủy bị bỏ sót hoặc canxi hóa.

+ Loại bỏ khỏi ống tủy các chất hàn cũ như côn bạc, Gutta Percha,

- Chốt, dị vật hay sỏi tủy:

+ Sửa chữa các lỗ thủng sàn, thủng thành ống tủy.

+ Các điều trị nội nha xâm lấn tối thiểu.

+ Phát hiện các đường nứt nằm sâu trong buồng tủy hoặc ống tủy mà không phát hiện được bằng mắt thường.

+ Dùng trong phẫu thuật cắt chóp và hàn ngược ống tủy.

- Các trường hợp điều trị nội nha khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh có dị dạng cột sống.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang điều trị tia xạ vùng hàm mặt.
- Nhiễm khuẩn cấp tính vùng miệng- hàm mặt

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Chảy máu đối với trường hợp chấn thương răng kèm theo chấn thương khác hoặc trên người bệnh có bệnh toàn thân mạn tính như tiểu đường, tăng huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, dị ứng, phụ nữ có thai .v.v.

4.2. Tại chỗ

- Không sử dụng kỹ thuật thử tủy điện, máy định vị chóp răng và motor nội nha tích hợp định vị chóp răng trên người bệnh có đặt máy tạo nhịp tim nhân tạo.

- Sử dụng thuốc cần thiết trước khi đặt đê cao su cho người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Các loại thuốc và dung dịch sử dụng trong quá trình điều trị nội nha.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ dùng cho điều trị dưới kính hiển vi.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Kính hiển vi nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ 30 phút đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Tư thế bác sĩ:

Ngồi lưng thẳng, đầu gối vuông góc, bàn chân đặt chắc chắn trên sàn, khuỷu tay tì trên bệ đỡ của ghế bác sĩ.

6.2. Bước 2: Tư thế người bệnh:

- Người bệnh nằm thoải mái trên ghế răng, ghế ngả 180 độ so với sàn nhà.
- Đầu người bệnh được điều chỉnh phụ thuộc vào vị trí răng điều trị.

6.3. Bước 3: Điều chỉnh vị trí của kính hiển vi:

- Bật đèn chiếu sáng của kính hiển vi, ánh sáng tập trung vào vùng làm việc.

- Điều chỉnh độ cao của kính sao cho thị kính ngang tầm mắt của bác sĩ (khoảng cách từ vùng làm việc đến kính ước lượng bằng tiêu cự của vật kính).

6.4. Bước 4: Điều chỉnh khoảng cách thị kính:

Điều chỉnh khoảng cách giữa hai thị kính tương đương với khoảng cách đồng tử của bác sĩ, hoặc cho đến khi mắt nhìn qua thị kính không còn hình ảnh song thị.

6.5. Bước 5: Tinh chỉnh:

- Đặt kính ở độ phóng đại thấp nhất, mắt nhìn qua thị kính, điều chỉnh độ cao ghế răng sao cho hình ảnh qua kính hiện rõ nét.

- Điều chỉnh núm xoay tinh chỉnh trên thân kính để đạt được độ nét tối ưu.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá kết quả điều trị răng (trên phim và trên lâm sàng) sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Toàn thân: ổn định.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Kính tự di chuyển trong khi làm việc: khóa chặt các khớp nối để kính ở vị trí cố định.

- Hình ảnh hiện qua kính bị mờ: điều chỉnh lại độ cao của kính, độ cao của ghế răng, điều chỉnh trên núm xoay tinh chỉnh.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Low JF, Dom TN, Baharin SA. Magnification in endodontics: A review of its application and acceptance among dental practitioners. European journal of dentistry. 2018 Oct;12(04):610-6.

2. SELDEN, Howard S. The dental-operating microscope and its slow acceptance. Journal of Endodontics, 2002, 28.3: 206-207.

3. KERSTEN, Daniel D.; MINES, Pete; SWEET, Mark. Use of the microscope in endodontics: results of a questionnaire. Journal of Endodontics, 2008, 34.7: 804-807.

238. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CẦU, CHỤP NHỰA

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng có thể bị mất mô cứng hoặc không còn do nhiều nguyên nhân. Mô cứng bị mất có thể được phục hồi bằng chụp và răng bị mất, răng thiếu có thể được phục hồi bằng cầu răng. Nhựa là một trong những loại vật liệu có thể sử dụng để làm các phục hình này.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Phục hình thân răng bằng cầu nhựa: Làm phục hình tạm thời trong trường hợp mất một hoặc một nhóm răng còn răng giới hạn.

2.2. Phục hình thân răng bằng chụp nhựa: Làm phục hình tạm thời trong trường hợp răng mất nhiều mô cứng do chấn thương, sâu răng và các nguyên nhân khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Tuổi người bệnh: Nữ <16, Nam < 18 (đối với cầu răng).

3.2. Tại chỗ

- Mất răng không còn răng giới hạn phía xa.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu hoặc có chỉ định nhổ.
- Khoảng mất răng nhiều hơn 2 răng.
- Răng trụ có bệnh lý tủy răng và bệnh lý nha chu chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.
- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.
- Răng có mô nha chu kém.
- Mất 2 răng liên tiếp, người bệnh có lực nhai mạnh.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu lấy khuôn, gắn chụp và cầu răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ gắn chụp và cầu răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo cầu/chụp nhựa tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo cầu/chụp nhựa tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật**.**

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 30 phút đến 1 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 2 đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mài sửa soạn răng làm cầu, chụp nhựa:

- Kiểm tra khớp cắn.
- Mài mặt nhai.
- Mài mặt bên.
- Mài đường hoàn tất.
- Đặt chỉ co lợi.
- Hoàn thiện cùi răng.

6.3. Bước 3: Lấy dấu:

Sử dụng vật liệu lấy dấu thông thường hoặc lấy dấu kỹ thuật số.

6.4. Bước 4: So màu răng.

6.5. Bước 5: Đổ mẫu.

6.6. Bước 6: Chế tạo cầu, chụp tại Labo.

6.7. Bước 7: Gắn cầu, chụp:

- Thử cầu, chụp trên người bệnh: màu sắc, hình thể, đường hoàn tất, độ khít sát.
- Kiểm tra và chỉnh khớp cắn (nếu cần).
- Hoàn thiện cầu, chụp.
- Gắn cầu, chụp.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Hở tủy răng: che tủy bằng vật liệu sinh học hoặc điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Viêm tủy răng: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong cầu, chụp nhựa: gắn lại.
- Vỡ chụp nhựa, gãy cầu răng nhựa: tháo và làm lại cầu chụp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 166-174), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

239. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CẦU, CHỤP HỢP KIM

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng có thể bị mất mô cứng hoặc không còn do nhiều nguyên nhân. Mô cứng bị mất có thể được phục hồi bằng chụp và răng bị mất, răng thiếu có thể được phục hồi bằng cầu răng. Hợp kim nha khoa là một trong những loại vật liệu có thể sử dụng để làm các phục hình này.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Phục hình thân răng bằng cầu hợp kim: Mất một hoặc một nhóm răng còn răng giới hạn phía xa.

2.2. Phục hình thân răng bằng chụp hợp kim

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương, sâu răng và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Tuổi người bệnh: Nữ <16, Nam < 18 (đối với cầu răng).

3.2. Tại chỗ

- Mất răng không còn răng giới hạn.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu hoặc có chỉ định nhổ.
- Khoảng mất răng quá dài mà không đủ số răng trụ.
- Răng trụ có bệnh lý tủy răng và bệnh lý nha chu chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.
- Người bệnh có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1 Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2 Tại chỗ

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.
- Răng có mô nha chu kém.
- Cầu nhiều đơn vị, người bệnh có lực nhai mạnh.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Vật liệu lấy khuôn, gắn chụp và cầu răng.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ gắn chụp và cầu răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo cầu/chụp hợp kim tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo cầu/chụp hợp kim tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 5 giờ đến 6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mài sửa soạn răng làm cầu, chụp hợp kim:

- Kiểm tra khớp cắn.
- Mài mặt nhai.
- Mài mặt bên.
- Mài đường hoàn tất.
- Đặt chỉ co lợi.
- Hoàn thiện cùi răng.

6.3. Bước 3: Lấy dấu.

6.4. Bước 4: So màu răng.

6.5. Bước 5: Đổ mẫu.

6.6. Bước 6: Chế tạo cầu, chụp hợp kim tại Labo.

6.7. Bước 7: Gắn cầu, chụp:

- Thử cầu, chụp trên người bệnh: màu sắc, hình thể, đường hoàn tất, độ khít sát.
- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.
- Hoàn thiện cầu chụp.
- Gắn cầu, chụp.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình**.**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Hở tủy răng: che tủy bằng vật liệu sinh học hoặc điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Đau, ê buốt khi ăn nhai: kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn, theo dõi.
- Viêm tủy răng: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn: Bong cầu, chụp: gắn lại hoặc chế tạo lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 65-76), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

240. TÁI TẠO CÙI RĂNG BẰNG CHỐT ĐÚC

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng có thể bị gãy hoặc mất nhiều mô cứng thân răng do nhiều nguyên nhân. Trong một số trường hợp răng đã điều trị nội nha cần phải được tái tạo cùi răng trước khi tiến hành các bước điều trị tiếp theo. Một trong các phương pháp tái tạo cùi răng là làm chốt đúc.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng đã điều trị nội nha mất nhiều tổ chức cứng cần phải tái tạo cùi răng trước khi làm phục hình.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Chân răng không đủ chắc cho đặt chốt và phục hình.
- Răng có bệnh lý nội nha chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có tật nghiến răng.

4.2. Tại chỗ

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Dung dịch khử khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn phục hình.
- Chỉ co lợi.

- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ sửa soạn ống tủy chân răng mang chốt.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Vật liệu chế tạo chốt đúc tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo chốt đúc tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 4 giờ đến 5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sửa soạn vị trí đặt cùi răng:

- Lấy bỏ chất hàn trong ống tủy khoảng 2/3 chân răng.
- Tạo hình phần ống tủy đặt chốt.
- Sửa soạn phần mô cứng còn lại ở thân răng.
- Kiểm tra chiều dài, độ thuôn của ống mang chốt.

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Đổ mẫu.

6.4. Bước 4: Chế tạo chốt- cùi đúc hợp kim tại Labo.

6.5. Bước 5: Gắn chốt- cùi đúc hợp kim.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: chốt đúc chắc chắn, hình thể đúng, khít sát với phần răng còn lại.

- Dặn dò người bệnh.
- Chuyển người bệnh sang giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Thủng thành chân răng: hàn vị trí thủng bằng vật liệu thích hợp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Tai biến muộn: Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 65-76), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

241. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CHỐT LIỀN CHỤP HỢP KIM

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng có thể bị mất mô cứng do nhiều nguyên nhân. Mô cứng bị mất có thể được phục hồi bằng nhiều phương pháp trong đó có phương pháp bằng chốt liền chụp hợp kim nhằm phục hồi chức năng và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Khoảng phục hình thấp, không đủ để lưu giữ chụp răng sau khi tái tạo cùi răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Chân răng không đủ chắc cho đặt chốt và phục hình.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng chóp răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.
- Răng có bệnh lý nha chu chưa được điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có tật nghiến răng.

4.2. Tại chỗ

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Phục hình vùng răng trước do vật liệu thiếu tính thẩm mỹ.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Đê cao su (nếu cần).
- Dung dịch sát khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.

- Vật liệu gắn chốt liền chụp hợp kim.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ sửa soạn ống tủy chân răng mang chốt.
- Bộ dụng cụ khám.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo chốt liền chụp tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo chốt liền chụp tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

-Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.

- Tại Labo phục hình: từ 5 giờ đến 6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn vị trí đặt chốt liền chụp:

- Lấy bỏ chất hàn trong ống tủy khoảng 2/3 chân răng.
- Tạo hình phần ống tủy đặt chốt.
- Sửa soạn phần mô cứng còn lại ở thân răng.
- Kiểm tra chiều dài, độ thuôn của ống mang chốt.

6.3. Bước 3: Lấy dấu.

6.4. Bước 4: Đổ mẫu.

6.5. Bước 5: Chế tạo chốt liền chụp hợp kim tại Labo.

6.6. Bước 6: Gắn chốt liền chụp hợp kim:

- Thử chốt, kiểm tra khớp cắn, chỉnh sửa (nếu cần thiết).
- Gắn chốt liền chụp.

6.7. **Bước 7:** Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: chốt liền chụp khít sát, đạt yêu cầu về chức năng.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Thủng thành chân răng: hàn vị trí thủng bằng vật liệu thích hợp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.
- Viêm quanh răng: điều trị bệnh lý quanh răng.

7.3. Tai biến muộn: Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 65-76), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

242. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CẦU, CHỤP HỢP KIM PHỦ SỨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng có thể bị mất mô cứng hoặc không còn do nhiều nguyên nhân. Mô cứng bị mất có thể được phục hồi bằng chụp và răng bị mất, răng thiếu có thể được phục hồi bằng cầu răng. Hợp kim phủ sứ là một trong những loại vật liệu có thể sử dụng để làm các phục hình này.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Phục hình thân răng bằng cầu hợp kim phủ sứ: Mất một hoặc một nhóm răng còn răng giới hạn.

2.2. Phục hình thân răng bằng chụp hợp kim phủ sứ

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương, sâu răng và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Mất răng không còn răng giới hạn phía xa.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu hoặc có chỉ định nhổ.
- Khoảng mất răng quá dài mà không đủ số răng trụ.
- Răng trụ có bệnh lý tủy răng và bệnh lý nha chu chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.
- Răng có mô nha chu kém.
- Cầu nhiều đơn vị, người bệnh có lực nhai mạnh.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Vật liệu lấy khuôn, gắn chụp và cầu răng.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ gắn chụp và cầu răng.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo cầu, chụp tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo cầu, chụp tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 6 giờ đến 7 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mài sửa soạn răng làm cầu, chụp hợp kim phủ sứ:

- Kiểm tra khớp cắn.
- Mài mặt nhai.
- Mài mặt bên.
- Mài đường hoàn tất.
- Đặt chỉ co lợi.
- Hoàn thiện cùi răng.

6.3. Bước 3: Lấy dấu.

6.4. Bước 4: So màu răng**.**

6.5. Bước 5: Đổ mẫu.

6.6. Bước 6: Chế tạo cầu, chụp tại Labo.

6.7. Bước 7: Gắn cầu, chụp:

- Thử cầu, chụp trên người bệnh: mầu sắc, hình thể, đường hoàn tất, độ khít sát.
- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.
- Hoàn thiện cầu chụp.
- Gắn cầu, chụp.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Hở tủy răng: che tủy bằng vật liệu sinh học hoặc điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Đau, ê buốt khi ăn nhai: kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn, theo dõi.
- Viêm tủy răng: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong cầu, chụp: gắn lại hoặc làm lại cầu, chụp mới.
- Vỡ sứ: tháo và làm lại cầu chụp.

- Viêm tủy, viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 65-76), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

243. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CẦU DÁN

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng có thể bị mất không còn hoặc thiếu do nhiều nguyên nhân. Răng bị mất hoặc thiếu được phục hồi bằng cầu dán. Phục hình thân răng bằng cầu dán là kỹ thuật phục hình răng mất hoặc thiếu nhờ tựa các cánh dán vào các răng ở 2 phía vùng mất răng nhằm phục hồi chức năng, thẩm mỹ và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất/thiếu một hoặc hai răng còn răng giới hạn**.**
- Làm phục hình tạm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Mất răng không còn răng giới hạn phía xa.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu.
- Khoảng mất răng quá dài mà không đủ số răng trụ.
- Răng trụ nghiêng lệch.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân (trong trường hợp cần gây tê):

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh đa sâu răng.
- Thân răng ngắn.
- Khớp cắn không thuận lợi.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Vật liệu gắn phục hình.
- Tay khoan.
- Bộ mũi khoan kim cương.
- Bộ dụng cụ khám.
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Chất chống ê buốt cùi răng.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo cầu dán tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo cầu dán tại Labo.
- Máy quét trong miệng (nếu sử dụng).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 2 giờ 30 phút.

- Tại Labo phục hình: từ 6 giờ đến 7 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mài sửa soạn răng làm cầu dán:

Mài răng ở mức độ tối thiểu hoặc không mài răng trong trường hợp làm phục hình tạm thời.

6.3. Bước 3: Lấy dấu.

6.4. Bước 4: So màu răng.

6.5. Bước 5: Đổ mẫu.

6.6. Bước 6: Chế tạo cầu, chụp tại Labo.

6.7. Bước 7: Gắn cầu, chụp:

- Thử cầu, chụp trên người bệnh: màu sắc, hình thể, độ khít sát.
- Kiểm tra và chỉnh khớp cắn.
- Hoàn thiện.
- Gắn cầu.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Nhạy cảm ngà: điều trị nhạy cảm ngà.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong cầu: gắn lại hoặc làm lại cầu mới.
- Vỡ, gãy cầu: làm lại cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-10498-6.

2. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

244. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CHỐT LIỀN CHỤP HỢP KIM PHỦ SỨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng có thể bị mất mô cứng do nhiều nguyên nhân. Mô cứng bị mất có thể được phục hồi bằng nhiều phương pháp trong đó có phương pháp bằng chốt liền chụp hợp kim phủ sứ nhằm phục hồi chức năng, thẩm mỹ và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Khoảng phục hình thấp, không đủ để lưu giữ chụp răng sau khi tái tạo cùi răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Chân răng không đủ chắc cho đặt chốt và phục hình.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng chóp răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.
- Răng có bệnh lý nha chu chưa được điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có tật nghiến răng.

4.2. Tại chỗ

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Vật liệu gắn phục hình.

- Chỉ co lợi.
- Tay khoan.
- Bộ mũi khoan kim cương.
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo chốt liền chụp tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo chốt liền chụp tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 6 giờ đến 7 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sửa soạn vị trí đặt chốt liền chụp:

- Lấy bỏ chất hàn trong ống tủy khoảng 2/3 chân răng.
- Tạo hình phần ống tủy đặt chốt.
- Sửa soạn phần mô cứng còn lại ở thân răng.
- Kiểm tra chiều dài, độ thuôn của ống mang chốt.

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Đổ mẫu.

6.4. Bước 4: So màu răng.

6.5. Bước 5: Chế tạo chốt liền chụp hợp kim phủ sứ tại Labo.

6.6. Bước 6: Gắn chốt liền chụp hợp kim phủ sứ.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Thủng thành chân răng: hàn vị trí thủng bằng vật liệu thích hợp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.
- Viêm quanh răng: điều trị bệnh lý quanh răng.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong chốt liền chụp: gắn lại hoặc làm lại chụp mới.
- Vỡ chụp: tháo và làm lại chụp.
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 65-76), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

245. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CẦU, CHỤP SỨ TOÀN PHẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng có thể bị mất mô cứng hoặc không còn do nhiều nguyên nhân. Mô cứng bị mất có thể được phục hồi bằng chụp và răng bị mất, răng thiếu có thể được phục hồi bằng cầu răng. Sứ toàn phần là một trong những loại vật liệu có thể sử dụng để làm các phục hình này.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Phục hình thân răng bằng cầu sứ toàn phần: Mất một hoặc một nhóm răng còn răng giới hạn.

2.2. Phục hình thân răng bằng chụp sứ toàn phần

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương, sâu răng và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Mất răng không còn răng giới hạn phía xa.
- Nhịp mất răng trên 2 đơn vị.
- Các răng giới hạn lung lay, không đủ vững để mang cầu hoặc có chỉ định nhổ.
- Răng trụ có bệnh lý tủy răng và bệnh lý nha chu chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân (trong trường hợp cần gây tê):

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.
- Răng có mô nha chu kém.
- Cầu răng dài trên 6 đơn vị.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Vật liệu lấy khuôn, gắn chụp và cầu răng.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ gắn chụp và cầu răng.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo cầu, chụp sứ toàn phần tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo cầu, chụp sứ toàn phần tại Labo.
- Máy quét trong miệng (nếu sử dụng).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 3 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 10 giờ đến 12 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mài sửa soạn răng làm cầu, chụp sứ toàn phần:

- Kiểm tra khớp cắn.
- Mài mặt nhai.
- Mài mặt bên.
- Mài đường hoàn tất.
- Đặt chỉ co lợi.
- Hoàn thiện cùi răng.

6.3. Bước 3: Lấy dấu:

Theo phương pháp thông thường hoặc lấy dấu kỹ thuật số.

6.4. Bước 4: So màu răng.

6.5. Bước 5: Đổ mẫu.

6.6. Bước 6: Chế tạo cầu, chụp tại Labo.

6.7. Bước 7: Gắn cầu, chụp:

- Thử cầu, chụp trên người bệnh: màu sắc, hình thể, đường hoàn tất, độ khít sát.
- Kiểm tra và chỉnh khớp cắn (nếu cần).
- Hoàn thiện cầu chụp.
- Gắn cầu, chụp.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Hở tủy răng: che tủy bằng vật liệu sinh học hoặc điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Đau, ê buốt khi ăn nhai: kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn, theo dõi.
- Viêm tủy răng: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong cầu, chụp: gắn lại hoặc làm lại cầu, chụp mới.
- Vỡ sứ: tháo và làm lại cầu chụp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 65-76), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

246. PHỤC HÌNH THẨM MỸ RĂNG BẰNG VENEER SỨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng có thể bị mất mô cứng, mẻ thân răng, khe thưa, đổi màu gây mất thẩm mỹ và ảnh hưởng đến chức năng. Có nhiều phương pháp để phục hồi trong đó kỹ thuật phục hình thẩm mỹ bằng veneer sứ toàn phần là một lựa chọn có nhiều ưu điểm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng đổi màu.
- Các trường hợp có khe thưa nhóm răng trước.
- Bất thường về hình thể các răng trước.
- Thiểu sản men răng.
- Các tổn thương mất mô cứng men răng ở mặt ngoài các răng trước.v.v..

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có tật nghiến răng.
- Răng mọc chen chúc.
- Khớp cắn sang chấn.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân:

- Người bệnh có tật nghiến răng**.**
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ:

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh
- Bơm tiêm, kim tiêm, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Vật liệu gắn phục hình.
- Chỉ co lợi.
- Tay khoan.
- Bộ mũi khoan kim cương.
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Chống ê buốt cùi răng.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo veneer sứ toàn phần tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy quét trong miệng (nếu cần).
- Đèn quang trùng hợp.
- Phương tiện chế tạo veneer sứ toàn phần tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 3 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 11 giờ đến 12 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Đặt chỉ co lợi.

6.3. Bước 3: Mài sửa soạn răng làm Veneer sứ toàn phần:

- Mài bề mặt răng.
- Mài đường hoàn tất.
- Hoàn thiện cùi răng.

6.4. Bước 4: Lấy dấu.

6.5. Bước 5: Đổ mẫu (nếu cần).

6.6. Bước 6: So màu răng.

6.7. Bước 7: Chế tạo veneer sứ toàn phần tại Labo.

6.8. Bước 8: Gắn veneer sứ toàn phần:

Sử dụng vật liệu dán dính.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tăng nhạy cảm: kiểm tra khớp cắn, theo dõi.
- Viêm tủy răng: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong veneer: gắn lại hoặc làm lại.
- Vỡ veneer: làm lại veneer.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 65-76), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

247. TẠO CHỐT CÙI ĐÚC SỨ ĐỂ PHỤC HÌNH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong một số trường hợp cần phải tái tạo cùi răng để làm phục hình. Có nhiều loại vật liệu được sử dụng để tái tạo cùi răng trong đó vật liệu toàn sứ có nhiều ưu điểm về tính thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Thân răng mất nhiều mô cứng, không đủ khả năng lưu giữ chụp răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Chân răng không đủ chắc cho đặt chốt và phục hình.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng cuống răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.
- Chân răng mất quá nhiều mô cứng dưới bờ lợi.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

Người bệnh có tật nghiến răng**.**

4.2. Tại chỗ

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Vật liệu gắn phục hình.
- Chỉ co lợi.
- Tay khoan.

- Bộ mũi khoan kim cương.
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Vật liệu chế tạo chốt cùi đúc sứ tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy lấy dấu kỹ thuật số (nếu sử dụng).
- Phương tiện chế tạo chốt cùi đúc sứ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 11 giờ đến 12 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1.**Bước 1**: Sửa soạn vị trí đặt cùi:

- Đặt chỉ co lợi.
- Lấy bỏ chất hàn trong ống tủy khoảng 2/3 chân răng.
- Tạo hình phần ống tủy đặt chốt.
- Sửa soạn phần mô cứng còn lại ở thân răng.
- Kiểm tra chiều dài, độ thuôn của ống tủy.

6.2. Bước 2: Lấy dấu ống mang chốt:

Theo phương pháp thông thường hoặc lấy dấu kỹ thuật số.

6.3. Bước 3: Đổ mẫu.

6.4. Bước 4: Chế tạo chốt cùi sứ tại Labo.

6.5. Bước 5: Gắn chốt cùi đúc sứ.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: cùi chốt ổn định, hình thể đúng, khít sát với tổ chức cứng còn lại của răng.

- Dặn dò người bệnh.
- Chuyển người bệnh sang giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Thủng thành chân răng: hàn vị trí thủng bằng vật liệu thích hợp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

7.3. Biến chứng muộn: Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 65-76), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

248. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG BẰNG CHỐT LIỀN CHỤP TOÀN SỨ

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng có thể bị mất mô cứng do nhiều nguyên nhân. Mô cứng bị mất có thể được phục hồi bằng nhiều phương pháp trong đó có phương pháp bằng chốt liền chụp toàn sứ nhằm phục hồi chức năng, thẩm mỹ và phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Khoảng phục hình thấp, không đủ để lưu giữ chụp răng sau khi tái tạo cùi răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Chân răng không đủ chắc cho đặt chốt và phục hình.
- Răng có bệnh lý tủy răng và bệnh lý vùng chóp răng chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.
- Răng có bệnh lý nha chu chưa được điều trị ổn định.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có tật nghiến răng**.**
- Hướng lực tác động lên phục hình không thuận lợi.

4.2. Tại chỗ: Vệ sinh răng miệng kém.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Vật liệu gắn phục hình.
- Chỉ co lợi.

- Tay khoan.
- Bộ mũi khoan kim cương.
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo chốt liền chụp toàn sứ tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy lấy dấu kỹ thuật số (nếu sử dụng).
- Phương tiện chế tạo chốt liền chụp toàn sứ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 11 giờ đến 12 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

- Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sửa soạn vị trí đặt chốt liền chụp:

- Lấy bỏ chất hàn trong ống tủy khoảng 2/3 chân răng.
- Tạo hình phần ống tủy đặt chốt.
- Sửa soạn phần mô cứng còn lại ở thân răng.
- Kiểm tra chiều dài, độ thuôn của ống mang chốt.

6.2. Bước 2: Lấy dấu:

Theo phương pháp thông thường hoặc lấy dấu kỹ thuật số.

6.3. Bước 3: Đổ mẫu:

6.4. Bước 4: So màu răng.

6.5. Bước 5: Chế tạo chốt liền chụp toàn sứ tại Labo.

6.6. Bước 6: Gắn chốt liền chụp toàn sứ.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Thủng thành chân răng: hàn vị trí thủng bằng vật liệu thích hợp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.
- Viêm quanh răng: điều trị bệnh quanh răng.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong chốt liền chụp: gắn lại.
- Vỡ chụp: tháo và làm lại chụp.
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 65-76), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

249. PHỤC HÌNH THÂN RĂNG MỘT THÌ BẰNG CHỤP TOÀN SỨ SỬ DỤNG CÔNG NGHỆ CAD/CAM

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng bị mất mô cứng do nhiều nguyên nhân có thể do sâu hoặc gãy thân răng. Có nhiều phương pháp để phục hồi tổ chức cứng trong đó có phương pháp phục hình một thì bằng chụp toàn sứ sử dụng công nghệ CAD/CAM trong đó chụp toàn sứ được chế tạo và gắn ngay sau khi chuẩn bị cùi răng và lấy dấu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng mất nhiều mô cứng do chấn thương, sâu răng và các nguyên nhân khác.
- Răng đã điều trị tủy có nguy cơ vỡ thân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ:

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Răng tủy sống có buồng tủy rộng.
- Răng có bệnh lý nội nha, nha chu chưa điều trị hoặc điều trị chưa tốt.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân:

- Người bệnh có tật nghiến răng**.**
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ:

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.

- Bơm tiêm, kim tiêm, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Vật liệu gắn phục hình.
- Chỉ co lợi.
- Chống ê buốt cùi răng.
- Tay khoan.
- Bộ mũi khoan kim cương.
- Bộ dụng cụ khám.
- Phôi sứ và phụ kiện đi kèm.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Máy quét trong miệng.
- Ghế máy nha khoa.
- Hệ thống CAD/CAM.
- Phương tiện và vật liệu điều chỉnh màu của phục hình.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 4 giờ đến 5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mài sửa soạn răng làm chụp sứ:

- Mài mặt nhai.
- Mài mặt bên.
- Mài đường hoàn tất.
- Hoàn thiện cùi răng.

6.3. Bước 3: Lấy dấu kỹ thuật số.

6.4. Bước 4: So màu răng.

6.5. Bước 5: Chọn phôi sứ phù hợp.

6.6. Bước 6: Thiết kế chụp sứ trên phần mềm chuyên dụng:

- Cắt chụp sứ.
- Điều chỉnh màu (nếu cần).

6.7. Bước 7: Gắn chụp sứ.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách vệ sinh răng miệng.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Hở tủy răng: che tủy bằng vật liệu sinh học hoặc điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Viêm tủy răng: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn:

- Bong chụp sứ: gắn lại.
- Vỡ chụp sứ: làm lại chụp sứ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stephen F. Rosenstiel, Martin F. Land, Robert Walter Contemporary Fixed Prosthodontics. Elsevier, 6th Edition-June 22, 2022

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định (Tr 65-76), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

250. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG BẰNG HÀM GIẢ THÁO LẮP BÁN PHẦN NỀN NHỰA

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất hoặc thiếu răng do nhiều nguyên nhân, việc phục hồi mất răng có nhiều phương pháp, trong đó kỹ thuật phục hình bằng hàm tháo lắp bán phần nền nhựa là một trong những lựa chọn để phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

Hàm giả tháo lắp bán phần nền nhựa là một loại hàm giả tháo lắp có nền hàm bằng nhựa gắn các răng giả thay thế cho các răng đã mất.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mất răng bán phần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.
- Người bệnh không hợp tác.
- Người bệnh dị ứng với thành phần nhựa nền hàm.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Khớp cắn sâu không đủ khoảng cách cho nền hàm.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh liệt, khó thao tác tháo lắp và vệ sinh hàm giả.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có mô nha chu kém.
- Người bệnh đa sâu răng.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Dung dịch khử khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Phương tiện và vật liệu ghi tương quan tâm.
- Bộ mũi khoan xưởng các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế hàm giả tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy micromotor.
- Phương tiện chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 3 giờ đến 4 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 13 giờ đến 15 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Đổ mẫu.

6.4. Bước 4: So màu răng.

6.5. Bước 5: Chế tác nền hàm tạm và gối sáp (thực hiện tại Labo).

6.6. Bước 6: Đo cắn và ghi tương quan hai hàm.

6.7. Bước 7: Vào càng nhai và lên răng trên nền hàm tạm (thực hiện tại Labo).

6.8. Bước 8: Thử răng trên miệng người bệnh:

Kiểm tra thẩm mỹ, chức năng và phát âm.

6.9. Bước 9: Chuyển nền tạm thành nền nhựa vĩnh viễn (thực hiện tại Labo).

6.10. Bước 10: Lắp hàm trên miệng người bệnh:

Kiểm tra thẩm mỹ, chức năng và phát âm.

6.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: hàm giả đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách sử dụng và vệ sinh hàm giả.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Sang chấn răng, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chấn thương niêm mạc miệng: mài chỉnh nền hàm giả và điều trị chấn thương niêm mạc miệng.
- Móc chặt quá hoặc lỏng quá gây khó lắp hàm và tổn thương niêm mạc: nắn chỉnh lại vị trí của móc trên hàm giả.
- Sai, lệch, khớp cắn cao: mài chỉnh trên hàm giả, điều chỉnh khớp cắn.

7.3. Biến chứng muộn: Đau lợi, niêm mạc môi má do chấn thương khi sử dụng hàm giả: điều chỉnh hàm giả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan B. Carr, David T. Brown (2015). McCracken's Removable Partial Prosthodontics 13th Edition-Prosthodontic Treatment Planning and Design. Elsevier.

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường đại học Y Hà Nội, Phục hình răng tháo lắp, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-10498-6.

251. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG BẰNG HÀM KHUNG HỢP KIM

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất hoặc thiếu răng do nhiều nguyên nhân, việc phục hồi mất răng có nhiều phương pháp, trong đó kỹ thuật phục hình răng bằng hàm tháo lắp bằng hàm khung hợp kim là một trong những lựa chọn nhằm phục hồi chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Mất răng từng phần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Các răng còn lại có mô nha chu kém, không đủ khả năng mang hàm khung.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có mô nha chu kém.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Dung dịch khử khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu dùng để ghi tương quan tâm.
- Bộ dụng cụ ghi tương quan tâm.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.

- Cung mặt và càng nhai.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Vật liệu chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy micromotor.
- Phương tiện chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 3 giờ đến 5 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 13 giờ đến 15 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Thiết kế sơ khởi hàm khung.

6.2. Bước 2: Sửa soạn răng đặt móc.

6.3. Bước 3: Lấy dấu và đổ mẫu.

6.4. Bước 4: So màu và chọn màu răng.

6.5. Bước 5: Sao mẫu và **t**hiết kế hàm khung.

6.6. Bước 6: Chế tạo hàm khung tại Labo.

6.7. Bước 7: Thử khung và ghi tương quan hai hàm trên miệng người bệnh.

6.8. Bước 8: Lên răng tại Labo.

6.9. Bước 9: Thử răng trên miệng.

6.10. Bước 10: Hoàn thiện hàm khung tại Labo.

6.11. Bước 11: Lắp hàm.

6.12. Bước 12: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách vệ sinh và sử dụng hàm giả.

- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Chấn thương niêm mạc miệng: mài chỉnh nền hàm giả và điều trị chấn thương niêm mạc miệng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm loét niêm mạc miệng do hàm giả:

+ Điều trị viêm loét.

+ Chỉnh sửa hàm.

- Sai, lệch, khớp cắn cao: mài chỉnh trên hàm giả, điều chỉnh khớp cắn theo chiều dọc.

7.3. Biến chứng muộn: Đau lợi, niêm mạc môi má do chấn thương bởi hàm giả: điều chỉnh hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan B. Carr, David T. Brown (2015). McCracken's Removable Partial Prosthodontics 13th Edition-Prosthodontic Treatment Planning and Design. Elsevier.

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường đại học Y Hà Nội, Phục hình răng tháo lắp, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-10498-6.

252. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG BẰNG HÀM GIẢ TOÀN PHẦN NỀN NHỰA

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất răng toàn bộ ở một hàm hay cả hai hàm có thể xảy ra do nhiều nguyên nhân, việc phục hồi mất răng có nhiều phương pháp, trong đó kỹ thuật phục hình bằng hàm tháo lắp toàn phần nền nhựa là một trong những lựa chọn để phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

Hàm giả tháo lắp toàn phần nền nhựa là một loại hàm giả tháo lắp có nền hàm bằng nhựa gắn các răng giả thay thế cho các răng đã mất.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mất răng toàn bộ một hàm hay cả hai hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.
- Người bệnh không hợp tác.
- Người bệnh dị ứng với thành phần nhựa nền hàm.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh bị liệt, khó thao tác tháo lắp và vệ sinh hàm giả.
- Người bệnh khó kiểm soát hành vi.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

4.2. Tại chỗ

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có sống hàm tiêu nhiều, phanh môi má lưỡi bám cao không thuận lợi cho sự bám dính của hàm giả tháo lắp.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Dung dịch khử khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Vật liệu dùng trong đo tương quan tâm.
- Bộ mũi khoan xưởng các loại.
- Bộ dụng cụ ghi tương quan tâm.
- Bộ dụng cụ khám.
- Các dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy micromotor.
- Phương tiện chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 4 giờ đến 5 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 16 giờ đến 18 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Lấy dấu sơ khởi.

6.3. Bước 3: Chế tác thìa lấy dấu cá nhân (thực hiện tại Labo).

6.4. Bước 4: Lấy dấu bằng thìa cá nhân.

6.5. Bước 5: Chế tác nền hàm tạm và gối sáp (thực hiện tại Labo).

6.6. Bước 6: Đo cắn và thử gối sáp, ghi tương quan hai hàm.

6.7. Bước 7: So màu răng.

6.8. Bước 8: Vào càng nhai và lên răng trên nền hàm tạm (thực hiện tại Labo).

6.9. Bước 9: Thử răng trên miệng người bệnh:

Đánh giá thẩm mỹ, chức năng và phát âm của người bệnh.

6.10. Bước 10: Chuyển nền hàm tạm thành nền nhựa vĩnh viễn (thực hiện tại Labo).

6.11. Bước 11: Lắp hàm trên miệng người bệnh:

Đánh giá thẩm mỹ, chức năng và phát âm của người bệnh.

6.12. Bước 12: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách sử dụng và vệ sinh hàm giả.

- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Rơi chất lấy dấu vào đường hô hấp: xử trí lấy dị vật.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Chấn thương niêm mạc miệng: mài chỉnh nền hàm giả và điều trị chấn thương niêm mạc miệng.

- Sai, lệch, khớp cắn cao: mài chỉnh trên hàm giả, điều chỉnh khớp cắn theo chiều dọc.

7.3. Biến chứng muộn

- Đau lợi, niêm mạc môi má do chấn thương khi sử dụng hàm giả: điều chỉnh hàm giả trong các lần hẹn tái khám.

- Nền hàm giả không khít sát với niêm mạc: đệm hàm (nên định kỳ 4-5 năm đệm lại hàm giả).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. George A. Zarb, John Hobkirk, (2012),Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients: Complete Dentures and Implant-Supported Prostheses 13th Edition. Elsevier.

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo" Phục hình Răng", (Tr179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-24649-3.

253. THÁO CẦU/CHỤP RĂNG GIẢ

1. ĐẠI CƯƠNG

Cầu chụp răng giả có thể bị vỡ, gãy, không đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ cũng như răng mang chụp có thể có các bệnh lý khác nhau cần phải được điều trị hoặc nhổ bỏ. Kỹ thuật tháo bỏ cầu, chụp răng giả nhằm mục đích làm lại phục hình hỏng hoặc để điều trị các biến chứng liên quan.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng mang cầu, chụp có bệnh lý tủy răng, viêm quanh cuống răng, nang chân răng.v.v..mà cần phải tháo cầu, chụp để điều trị bệnh lý tủy răng.
- Cầu, chụp răng vỡ, không đạt yêu cầu về thẩm mỹ.
- Người bệnh mang cầu, chụp kim loại có kế hoạch điều trị tia xạ hoặc chụp MRI vùng miệng, hàm mặt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản (trong trường hợp cần gây tê).
- Người bệnh có tiền sử dị ứng (trong trường hợp cần gây tê).

4.2. Tại chỗ

- Răng mang cầu chụp đã điều trị nội nha (nguy cơ gãy thân răng).
- Răng mang cầu, chụp có mô quanh răng kém.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Tay khoan.

- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ tháo chụp.
- Bộ dụng cụ khám.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cắt cầu, chụp:

- Dùng mũi khoan thích hợp cắt từng chụp ở các vị trí thuận lợi cho tháo phục hình.
- Dùng dụng cụ (bẩy, kìm tách chụp) thích hợp để nới lỏng chụp qua các đường cắt.

6.3. Bước 3: Tháo cầu, chụp:

- Dùng dụng cụ tháo chụp lấy chụp răng đã cắt ra khỏi răng mang chụp.
- Làm sạch bề mặt thân răng mang chụp.

6.4. Bước 4: Bảo vệ thân răng mang chụp:

Có thể làm lại cầu, chụp tạm trong khi chờ điều trị các bệnh lý liên quan và làm lại phục hình.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: đánh giá tình trạng răng trụ và các biến chứng liên quan, đưa ra kế hoạch điều trị tiếp theo.

- Dặn dò người bệnh.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Rơi dụng cụ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Rơi dụng cụ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật.
- Gãy thân răng mang chụp: điều trị bảo tồn hoặc nhổ răng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Tai biến muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường đại học Y Hà Nội, Phục hình răng cố định, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

254. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG TỪNG PHẦN BẰNG HÀM GIẢ THÁO LẮP CÓ KHỚP NỐI CHÍNH XÁC

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất hoặc thiếu răng do nhiều nguyên nhân, việc phục hồi mất răng có nhiều phương pháp, trong đó kỹ thuật phục hình bằng hàm giả tháo lắp có khớp nối chính xác là một trong những lựa chọn nhằm tăng cường sự lưu giữ cho phục hình để phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

Hàm giả tháo lắp có khớp nối chính xác là một loại hàm giả tháo lắp được lưu giữ bằng phần dương của khớp nối chính xác gắn vào răng trụ, phần âm nằm trong nền hàm giả với mục đích tăng cường sự lưu giữ và tính ổn định cho phục hình.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất/ thiếu răng từng phần có vùng mất răng trên 2 răng.
- Mất/ thiếu răng từng phần kết hợp với khuyết hổng hàm mặt cần lưu giữ thông qua liên kết giữa hai loại phục hình này.
- Mất/ thiếu răng từng phần có các răng trụ còn lại tốt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Số răng trụ và cấu trúc giải phẫu không đủ cho sự lưu giữ phục hình.
- Khoảng phục hình không cho phép đặt mối nối chính xác.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có tật nghiến răng.
- Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm, bông, gạc vô khuẩn,.v.v..
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Vật liệu gắn phục hình.
- Chỉ co lợi.
- Bộ mối nối chính xác.
- Các dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Tay khoan.
- Bộ mũi khoan kim cương.
- Bộ dụng cụ khám.
- Dụng cụ mài chỉnh hàm.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy quét trong miệng (nếu sử dụng).
- Phương tiện chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật.

- Trên ghế răng: từ 5 giờ đến 7 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 13 giờ đến 15 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn răng làm chụp mang phần dương khớp nối.

6.3. Bước 3: Lấy dấu.

6.4. Bước 4: Đổ mẫu.

6.5. Bước 5: So màu răng.

6.6. Bước 6: Chế tạo chụp răng mang phần dương khớp nối (thực hiện tại Labo).

6.7. Bước 7: Thử chụp răng.

6.8. Bước 8: Lấy dấu và đổ mẫu lần 2.

6.9. Bước 9: Chế tạo hàm khung mang phần âm khớp nối và lên gối sáp thực hiện tại Labo.

6.10. Bước 10: Thử cắn và ghi tương quan hai hàm.

6.11. Bước 11: Lên răng trên hàm khung thực hiện tại Labo.

6.12. Bước 12: Thử răng hàm khung.

6.13. Bước 13: Hoàn thiện hàm giả tại Labo.

6.14. Bước 14: Lắp chụp và hàm giả mang khớp nối trên miệng.

6.15. Bước 15: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình ổn định, đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách vệ sinh và sử dụng hàm giả.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Tổn thương tủy của các trụ răng còn sống: điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Tổn thương các răng trụ, mô nha chu do chấn thương khi ăn nhai vận động hàm điều trị tủy răng, mô nha chu các răng bị tổn thương.

7.3. Biến chứng muộn: Đau lợi, niêm mạc môi má do chấn thương bởi hàm giả, điều chỉnh hàm giả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan B. Carr, David T. Brown (2015). McCracken's Removable Partial Prosthodontics 13th Edition-Prosthodontic Treatment Planning and Design. Elsevier.

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường đại học Y Hà Nội, Phục hình răng tháo lắp, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-10498-6.

255. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG BẰNG HÀM GIẢ THÁO LẮP TỰA TRÊN THANH NGANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất hoặc thiếu răng do nhiều nguyên nhân, việc phục hồi mất răng có nhiều phương pháp, trong đó kỹ thuật phục hình bằng hàm giả tháo lắp tựa trên thanh ngang là một trong những lựa chọn.

Hàm giả tựa trên thanh ngang là một loại hàm giả tháo lắp được lưu giữ bằng thanh ngang gắn vào răng trụ còn lại của người bệnh hoặc Implant nha khoa đã được cấy, có phần âm nằm trong nền hàm giả với mục đích tăng cường sự lưu giữ và tính ổn định cho phục hình.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất/ thiếu răng từng phần kết hợp với khuyết hổng hàm mặt cần lưu giữ thông qua liên kết giữa hai loại phục hình này.
- Mất/ thiếu răng từng phần có các răng trụ còn lại tốt.
- Mất răng toàn bộ đã được cấy trụ Implant.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Số răng trụ và cấu trúc giải phẫu không đủ cho sự lưu giữ phục hình.
- Khoảng phục hình không đủ để đặt thanh ngang và phụ mối nối chính xác.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có tật nghiến răng.
- Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm, bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Nhựa tự cứng.
- Chỉ co lợi.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Dụng cụ mài chỉnh hàm.
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật.

- Trên ghế răng: từ 6 giờ đến 8 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 20 giờ đến 22 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn răng làm chụp mang thanh ngang.

6.3. Bước 3: Lấy dấu.

6.4. Bước 4: Đổ mẫu.

6.5. Bước 5: Ghi tương quan hai hàm.

6.6. Bước 6: So màu răng.

6.7. Bước 7: Chế tạo chụp răng hoặc răng chốt mang phần thanh ngang (đối với thanh ngang trên răng trụ) hoặc thanh ngang gắn trên Implant tại Labo.

6.8. Bước 8: Thử và điều chỉnh thanh ngang.

6.9. Bước 9: Gắn thanh ngang trên miệng người bệnh.

6.10. Bước 10: Lấy dấu và đổ mẫu lần 2.

6.11. Bước 11: Chế tạo hàm giả tháo lắp theo quy trình thông thường.

6.12. Bước 12: Kết nối hàm giả với thanh ngang trên miệng.

6.13. Bước 13: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách vệ sinh và sử dụng hàm giả.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật.

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Tổn thương tủy ở các trụ răng còn sống: điều trị nội nha.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật.

- Tổn thương tủy răng trụ: điều trị nội nha.
- Tổn thương niêm mạc và mô quanh răng: điều trị tổn thương.

7.3. Biến chứng muộn

- Lung lay răng trụ: điều trị hoặc nhổ bỏ răng trụ.
- Implant mất tích hợp xương: lấy bỏ Implant.
- Tổn thương niêm mạc và mô quanh răng: điều trị tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. George A. Zarb, John Hobkirk, (2012),Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients: Complete Dentures and Implant-Supported Prostheses 13th Edition. Elsevier.

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo" Phục hình Răng", (Tr179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-246493.

256. PHỤC HÌNH MẤT RĂNG BẰNG HÀM GIẢ THÁO LẮP LƯU GIỮ BẰNG NAM CHÂM/CÚC BẤM

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất hoặc thiếu răng do nhiều nguyên nhân, việc phục hồi mất răng có nhiều phương pháp, trong đó kỹ thuật phục hình bằng hàm giả tháo lắp lưu giữ bằng nam châm hoặc cúc bấm là 1 trong những lựa chọn.

Hàm giả loại này có một phần của nam châm hoặc phần dương của cúc bấm gắn vào răng trụ còn lại của người bệnh hoặc Implant nha khoa đã được cấy, phần còn lại của nam châm hoặc phần âm của cúc bấm nằm trong nền hàm giả với mục đích tăng cường sự lưu giữ và tính ổn định cho phục hình.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất/ thiếu răng từng phần kết hợp với khuyết hổng hàm mặt cần lưu giữ thông qua liên kết giữa hai loại phục hình này.
- Người bệnh có các chân răng với mô nha chu tốt, đã được điều trị nội nha.
- Mất răng toàn bộ đã được cấy trụ Implant.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Số răng trụ và cấu trúc giải phẫu không đủ cho sự lưu giữ phục hình.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.
- Người bệnh có tật nghiến răng.

4.2. Tại chỗ

- Vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc tê.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm, bông, gạc vô khuẩn,.v.v..
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Nhựa tự cứng.
- Chỉ co lợi.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Dụng cụ mài chỉnh hàm.
- Dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Cung mặt và càng nhai.
- Vật liệu chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo hàm giả tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật.

- Trên ghế răng: từ 5 giờ đến 6 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 20 giờ đến 22 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Sửa soạn chân răng mang nam châm hoặc cúc bấm.

6.3. Bước 3: Lấy dấu chân răng hoặc lấy dấu Implant đã được cấy.

6.4. Bước 4: So màu răng.

6.5. Bước 5: Ghi tương quan hai hàm.

6.6. Bước 6: Đổ mẫu.

6.7. Bước 7: Chế tạo chốt mang nam châm tại Labo hoặc chọn Abutment gắn nam châm/cúc bấm chế sẵn phù hợp.

6.8. Bước 8: Gắn chốt hoặc abutment trên miệng người bệnh.

6.9. Bước 9: Lấy dấu và đổ mẫu lần 2.

6.10. Bước 10: Chế tạo hàm giả tháo lắp theo quy trình thông thường.

6.11. Bước 11: Lắp hàm giả trên miệng người bệnh.

6.12. Bước 12: Kết nối phần còn lại của nam châm/cúc bấm vào hàm giả phù hợp với phần nam châm/cúc bấm đã có trên miệng người bệnh.

6.13. Bước 13: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình ổn định, đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn cách vệ sinh và sử dụng hàm giả.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Tổn thương niêm mạc và mô quanh răng: điều trị tổn thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Tổn thương niêm mạc và mô quanh răng: điều trị tổn thương.

7.3. Biến chứng muộn

- Lung lay răng trụ: điều trị hoặc nhổ bỏ răng trụ.
- Implant mất tích hợp xương: lấy bỏ Implant.
- Tổn thương niêm mạc và mô quanh răng: điều trị tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. George A. Zarb, John Hobkirk, (2012),Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients: Complete Dentures and Implant-Supported Prostheses 13th Edition. Elsevier.

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo" Phục hình Răng", (Tr179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-24649-3

257. LÀM MÁNG PHẪU THUẬT GÃY XƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương hàm dưới là chấn thương hay gặp ở trẻ em, việc phục hồi khớp cắn đúng là rất quan trọng và khó khăn với trường hợp trẻ còn quá nhỏ, khó hoặc không xác định được khớp cắn đúng. Việc làm máng phẫu thuật gãy xương hàm để hỗ trợ phẫu thuật gãy xương hàm nhằm phục hồi chức năng, thẩm mỹ cho trẻ em giai đoạn răng sữa và răng hỗn hợp.

2. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị cố định gãy xương hàm trẻ em giai đoạn răng sữa.
- Điều trị cố định gãy xương hàm trẻ em giai đoạn răng hỗn hợp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Không có.

3.2. Tại chỗ: Gãy xương hàm ở trẻ em chưa mọc răng, không có răng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Tình trạng không tỉnh táo.

4.2. Tại chỗ: Gãy nhiều đường.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Dung dịch khử khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám, bộ thìa lấy dấu.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu chế tạo máng tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy quét trong miệng (nếu sử dụng).
- Phương tiện chế tạo máng tại Labo.

- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật.

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu.

6.2. Bước 2: Sửa soạn mẫu và chế tạo máng hở mặt nhai tại Labo.

6.3. Bước 3: Lắp máng.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: máng phẫu thuật khít sát, xương hàm được đặt về đúng vị trí.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Rơi chất lấy dấu vào đường thở: cấp cứu lấy dị vật.
- Rơi chất lấy dấu vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Gãy máng: làm lại máng mới.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pediatric Oral and Maxillofacial Surgery.- Baumann 2004: tr441–462.

258. LÀM NÚT BỊT TRONG ĐIỀU TRỊ MỞ THÔNG NANG XƯƠNG HÀM

1. ĐẠI CƯƠNG

Người bệnh thường được mở thông nang sau phẫu thuật nang xương hàm.Việc duy trì lỗ mở thông nang và ngăn chặn nhiễm khuẩn từ khoang miệng bằng cách làm nút bịt là cần thiết. Làm nút bịt trong điều trị mở thông nang là kỹ thuật chế tạo một nền hàm nhựa tháo lắp gồm phần nhựa che kín vị trí mở thông nang và phần nền hàm có móc để lưu giữ.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau phẫu thuật mổ nang xương hàm có mở thông nang với khoang miệng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Vết thương sau phẫu thuật còn phù nề hoặc trợt loét.
- Người bệnh bị hạn chế há miệng.
- Phần phẫu thuật xoang quá lớn.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Tình trạng không tỉnh táo.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc*:* Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.v.v..
- Dung dịch sát khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.

- Bộ dụng cụ khám.
- Dụng cụ mài chỉnh hàm.
- Các dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu chế tạo nút bịt tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo nút bịt tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sát khuẩn vết thương và xoang phẫu thuật.

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Đổ mẫu.

6.4. Bước 4: Thiết kế và vẽ trên mẫu vị trí đặt móc.

6.5. Bước 5: Chế tạo nút bịt tại Labo.

6.6. Bước 6: Lắp hàm.

6.7. **Bước 7**: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: phục hình đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn vệ sinh răng miệng và tái khám định kỳ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi dị vật vào đường thở: cấp cứu lấy dị vật.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Viêm loét niêm mạc miệng do hàm giả: điều trị viêm loét, chỉnh sửa hàm.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013) ISBN: 978-604-0-10498-6.

259. ĐẶT MÁNG ĐIỀU TRỊ TẬT NGHIẾN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Nghiến răng do nhiều nguyên nhân gây nên, để lại các hậu quả như mòn răng, vỡ răng, đau mỏi khớp thái dương hàm .v.v.Có nhiều phương pháp điều trị tật nghiến răng, một trong những phương pháp điều trị nghiến răng là sử dụng máng chống nghiến.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tật nghiến răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh cấp tính chưa được kiểm soát.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.

2.2. Tại chỗ

- Đang có bệnh cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo máng chống nghiến.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh không tỉnh táo.

4.2. Tại chỗ

- Tổn thương nội khớp thái dương hàm.
- Người bệnh vệ sinh răng miệng kém.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc*:* Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Dung dịch khử khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám, bộ thìa lấy dấu.
- Vật liệu chế tạo máng tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện chế tạo máng tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật.

- Trên ghế răng: từ 1-2 giờ.
- Tại Labo phục hình: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu.

6.2. Bước 2: Sửa soạn mẫu cho làm máng.

6.3. Bước 3: Làm máng chống nghiến tại Labo.

6.4. Bước 4: Lắp và điều chỉnh máng trên miệng**.**

6.5. Bước 5: Các lần hẹn điều trị tiếp theo:

- Kiểm tra tình trạng cơ và khớp thái dương hàm của người bệnh và chỉnh sửa máng cho phù hợp.
- Hỏi, kiểm tra tình trạng nghiến răng của người bệnh.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: máng ổn định trong miệng người bệnh, khớp cắn phù hợp.

- Dặn dò người bệnh, hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Hẹn tái khám.
- Khi người bệnh đã ngừng hẳn thói quen nghiến răng, thì tháo máng và kết thúc điều trị.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm loét niêm mạc miệng: điều trị viêm loét.
- Gãy máng: làm lại máng mới.

7.3. Biến chứng muộn: Đau khớp thái dương hàm: điều chỉnh độ cao của máng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sách Khớp cắn học-Hoàng Tử Hùng tr265-273.

2. Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion-Jeffrey P. Okeson tr385-400.

260. ĐẶT KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU

1. ĐẠI CƯƠNG

Các thói quen xấu của người bệnh như mút ngón tay, mút môi, đẩy lưỡi, thở miệng có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của răng và hàm. Có nhiều phương pháp điều trị thói quen xấu, trong đó điều trị thói quen xấu bằng khí cụ cố định là kỹ thuật sử dụng khí cụ cố định nhằm loại bỏ thói quen xấu để hạn chế sự phát triển bất thường của răng và hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mút môi.
- Đẩy lưỡi.
- Mút ngón tay.
- Thở miệng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Hai răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất chưa mọc đủ chiều cao để đặt khí cụ.
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.
- Răng mang band có sâu vỡ lớn chưa được tái tạo.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Dị ứng với vật liệu làm khí cụ.

4.2. Tại chỗ

- Tình trạng vệ sinh răng miệng kém.
- Cấu trúc giải phẫu bất thường gây khó chịu, vướng víu, gây đau khi đeo khí cụ như lồi xương.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ lấy dấu.
- Vật liệu lấy dấu.
- Dụng cụ tách khe.
- Dụng cụ gắn khí cụ.
- Khí cụ cố định: Band.
- Vật liệu gắn khí cụ cố định.
- Vật liệu tách khe.
- Kìm nắn chỉnh răng các loại.
- Bộ dụng cụ đo và vẽ phim.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 3 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chọn hoặc thiết kế khí cụ.

6.2. Bước 2: Chế tạo khí cụ trong Labo (nếu là khí cụ chế tạo cá nhân).

6.3. Bước 3: Lắp khí cụ:

- Thử khí cụ trên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Gắn khí cụ lên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.4 Bước 4: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh khí cụ (nếu cần).
- Đánh giá tình trạng thói quen xấu.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định trong miệng, thói quen xấu được loại bỏ.

- Tháo khí cụ, làm sạch răng.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật.
- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương, có thể thay band khác hoặc thay khí cụ.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tái phát: điều trị lại.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). Contemporary Orthodontics. Mosby. 6th ed. p.403-407.

2. Bahreman, Ali Akbar. (2013). Early-Age Orthodontic Treatment. Quyntessence. p. 661-667.

3. Torres, F. C., De Almeida, R. R., De Almeida-Pedrin, R. R., Pedrin, F., & Paranhos, L. R (2012). Dentoalveolar comparative study between removable and fixed cribs, associated to chincup in anterior open bite treatment. J Appl Oral Sci. 20(5). p.531-537.

261. ĐẶT KHÍ CỤ THÁO LẮP ĐIỀU TRỊ THÓI QUEN XẤU

1. ĐẠI CƯƠNG

Các thói quen xấu của người bệnh như mút ngón tay, mút môi, đẩy lưỡi, thở miệng có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của răng và hàm. Có nhiều phương pháp điều trị thói quen xấu, trong đó điều trị thói quen xấu bằng khí cụ tháo lắp là kỹ thuật sử dụng khí cụ tháo lắp nhằm loại bỏ thói quen xấu để hạn chế sự phát triển bất thường của răng và hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mút môi.
- Đẩy lưỡi.
- Mút ngón tay.
- Thở miệng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Chưa mọc đủ chiều cao hai răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất để đặt khí cụ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Dị ứng với vật liệu làm khí cụ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.

- Chất sát khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Khí cụ điều trị thói quen xấu (mút môi, đẩy lưỡi, mút ngón tay) chế tạo sẵn hoặc được làm ở Labo.
- Tay khoan các loại.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.
- Tại Labo phục hình: từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu.

6.2. Bước 2: Chọn hoặc thiết kế khí cụ trên mẫu.

6.3. Bước 3: Chế tạo khí cụ tại Labo.

6.4. Bước 4: Lắp khí cụ:

- Thử khí cụ trên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Gắn khí cụ lên miệng người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.5. Bước 5: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh khí cụ.
- Đánh giá tình trạng thói quen xấu.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định trong miệng, thói quen xấu được loại bỏ.

- Tháo khí cụ.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sang thương niêm mạc miệng do khí cụ: điều trị sang thương và điều chỉnh khí cụ.
- Gãy khí cụ: sửa chữa hoặc thay khí cụ.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nếu có tái phát: điều trị lại.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). Contemporary Orthodontics. Mosby. 6th ed. p413-415.

2. Torres, F. C., De Almeida, R. R., De Almeida-Pedrin, R. R., Pedrin, F., & Paranhos, L. R (2012). Dentoalveolar comparative study between removable and fixed cribs, associated to chincup in anterior open bite treatment. J Appl Oral Sci. 20(5). p.531-537.

262. NẮN CHỈNH RĂNG HAI HÀM BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp cắn là lệch lạc tương quan giữa các răng trên một hàm và/hoặc giữa hai hàm. Có nhiều phương pháp để điều trị sai khớp cắn, trong đó điều trị sai khớp cắn bằng khí cụ cố định mặt ngoài (mắc cài và dây cung) là một trong những kỹ thuật thường dùng để nắn chỉnh răng, phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Các loại sai khớp cắn hai hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Dị ứng với vật liệu nắn chỉnh răng.
- Người bệnh là người cao tuổi.
- Người bệnh có bệnh lý rối loạn thái dương hàm.
- Người bệnh có các bệnh về máu trong những trường hợp người bệnh điều trị nắn chỉnh răng cần nhổ răng, sử dụng mini-implant, miniplate.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Thuốc giảm đau (nếu cần).

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Các dung dịch làm sạch, sát khuẩn và khử khuẩn.
- Vật liệu làm sạch và đánh bóng răng.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn band và mắc cài.
- Vật liệu nâng khớp.
- Bộ mắc cài.
- Band/ống.
- Chun các loại.
- Dây cung các loại.
- Lò xo đẩy, kéo, button, hook.
- Mũi khoan các loại.
- Vật liệu đo và vẽ phim.
- Sáp chỉnh nha.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Đèn quang trùng hợp.
- Bộ dụng cụ đo và vẽ phim.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.
- Máy thổi cát.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 15 đến 20 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị gắn khí cụ:

- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Tách khe (nếu cần).
- Thử band (nếu cần).
- Lấy dấu.
- Đổ mẫu.

6.2. Bước 2: Gắn band/ống và mắc cài:

- Lấy chun tách khe (nếu có).
- Làm sạch răng bằng chổi và chất đánh bóng.
- Gắn band hoặc gắn ống cho các răng hàm lớn hai hàm.
- Gắn mắc cài hai hàm.
- Đặt dây cung vào rãnh mắc cài. Tùy theo tình trạng răng (răng xoay, răng chen chúc và giai đoạn điều trị mà sử dụng các loại dây khác nhau cho phù hợp.
- Nâng khớp (nếu cần).

6.3. Bước 3: Tái khám định kỳ:

- Thay dây.
- Tạo khoảng hoặc đóng khoảng.
- Làm đều răng.
- Điều chỉnh các đường cong.
- Điều chỉnh tương quan răng trên một hàm và hai hàm.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định trong miệng, khớp cắn đúng, khi kết thúc điều trị đạt được mục tiêu đề ra.

- Tháo khí cụ, làm sạch răng khi kết thúc điều trị.
- Dặn dò người bệnh/người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi dị vật vào đường hô hấp: cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Tổn thương niêm mạc do khí cụ: điều trị tổn thương niêm mạc, điều chỉnh hoặc thay thế khí cụ.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tiêu chân răng: theo dõi định kỳ, điều chỉnh lực và cơ học.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). Contemporary Orthodontics. Mosby. 6th ed. p.332-333.

2. Lee W. Graber, Katherine W. L.(2023). Orthodontics: Current Principles and Techniques. 7th ed., Elsevier. p.769-811.

263. NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH CHO PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH XƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp cắn là lệch lạc tương quan giữa các răng trên một hàm và/hoặc giữa hai hàm. Đặc biệt là trường hợp sai khớp cắn kết hợp với tương quan xương hàm trên và hàm dưới bị sai lệch, gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng và thẩm mỹ. Có nhiều phương pháp để điều trị lệch lạc xương, răng ở hai hàm trong đó sử dụng khí cụ cố định mặt ngoài kết hợp với phẫu thuật chỉnh hình xương là một phương pháp phổ biến.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp lệch lạc xương, răng ở hai hàm mà điều trị chức năng hoặc điều trị bù trừ không đáp ứng yêu cầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Dị ứng với vật liệu nắn chỉnh răng.
- Người bệnh là người cao tuổi.
- Người bệnh có bệnh lý rối loạn thái dương hàm.
- Người bệnh có các bệnh về máu trong những trường hợp người bệnh điều trị nắn chỉnh răng cần nhổ răng, sử dụng mini-implant, miniplate.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Thuốc giảm đau (nếu cần).

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu gắn band và mắc cài.
- Vật liệu nâng khớp.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Bộ mắc cài.
- Band/ống.
- Các loại chun: chun tại chỗ, ligature, chun chuỗi, chun liên hàm.
- Dây cung các kích thước.
- Lò xo đẩy, kéo, button, hook.
- Sáp chỉnh nha.
- Composite lỏng/đặc.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Máy thổi cát.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 giờ đến 30 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị gắn khí cụ:

- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Tách khe (nếu cần).
- Thử band (nếu cần).
- Lấy dấu.
- Đổ mẫu.

6.2. Bước 2: Nắn chỉnh răng trước phẫu thuật:

- Gắn khí cụ.
- Điều trị nắn chỉnh răng chuẩn bị cho phẫu thuật.
- Di chuyển răng theo kế hoạch điều trị.

6.3. Bước 3: Nắn chỉnh răng sau phẫu thuật:

- Hoàn thiện khớp cắn.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.4. Bước 4: Kết thúc điều trị

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định trong miệng, khớp cắn ổn định.

- Tháo khí cụ, chuyển giai đoạn điều trị phẫu thuật.
- Dặn dò người bệnh/người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi dị vật vào đường hô hấp: cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Tổn thương niêm mạc do khí cụ: điều trị tổn thương niêm mạc, điều chỉnh hoặc thay thế khí cụ.
- Tiêu chân răng: theo dõi định kỳ, điều chỉnh lực và cơ học.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tiêu chân răng: theo dõi định kỳ, điều chỉnh lực và cơ học.
- Tái phát: điều trị lại.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). Contemporary Orthodontics. Mosby. 6th ed, p.332-333.

2. Lee W. Graber, Katherine W. L.(2023). Orthodontics: Current Principles and Techniques. 7th Edition. Elsevier. p.769-811

264. NẮN CHỈNH RĂNG MỘT HÀM BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp cắn là lệch lạc tương quan giữa các răng trên một hàm và/hoặc giữa hai hàm. Trong một số trường hợp lệch lạc chỉ có ở 1 hàm răng. Có nhiều phương pháp để điều trị lệch lạc răng hàm trên hoặc hàm dưới, trong đó sử dụng khí cụ cố định mặt ngoài một hàm là một phương pháp được lựa chọn.

2. CHỈ ĐỊNH

Lệch lạc răng chỉ ở hàm trên hoặc hàm dưới.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Dị ứng với vật liệu nắn chỉnh răng.
- Người bệnh là người cao tuổi.
- Người bệnh có bệnh lý rối loạn thái dương hàm.
- Người bệnh có các bệnh về máu trong những trường hợp người bệnh điều trị nắn chỉnh răng cần nhổ răng, sử dụng mini-implant, miniplate.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Thuốc giảm đau (nếu cần).

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Mũi khoan các loại.
- Vật liệu gắn band và mắc cài.
- Vật liệu nâng khớp.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Bộ mắc cài.
- Band/ống.
- Các loại chun: chun tại chỗ, ligature, chun chuỗi, chun liên hàm.
- Dây cung các kích thước.
- Lò xo đẩy, kéo, button, hook.
- Sáp chỉnh nha.
- Composite lỏng/ đặc.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy thổi cát.
- Đèn quang trùng hợp.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định: X-quang, ảnh, hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 8 giờ đến 10 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị gắn khí cụ:

- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Tách khe (nếu cần).
- Thử band (nếu cần).
- Lấy dấu.
- Đổ mẫu (nếu cần).

6.2. Bước 2: Gắn band/ống và mắc cài:

- Lấy chun tách kẽ (nếu có).
- Làm sạch răng bằng chổi và chất đánh bóng.
- Gắn band hoặc gắn ống cho các răng hàm lớn hàm trên/ hàm dưới.
- Gắn mắc cài hàm trên/hàm dưới.
- Đặt dây cung vào rãnh mắc cài. Tùy theo tình trạng răng (răng xoay, răng chen chúc và giai đoạn điều trị) mà sử dụng các loại dây khác nhau cho phù hợp.
- Nâng khớp (nếu cần).

6.3. Bước 3: Tái khám định kỳ:

- Thay dây.
- Tạo khoảng hoặc đóng khoảng.
- Làm đều răng.
- Điều chỉnh các đường cong.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, đạt mục tiêu ban đầu đề ra.

- Chuyển giai đoạn điều trị duy trì.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi dị vật vào đường hô hấp: cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Tổn thương niêm mạc do khí cụ: điều trị tổn thương niêm mạc, điều chỉnh hoặc thay thế khí cụ.

- Tiêu chân răng: theo dõi định kỳ, điều chỉnh lực và cơ học.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tiêu chân răng: theo dõi định kỳ, điều chỉnh lực và cơ học.
- Tái phát: điều trị lại.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). Contemporary Orthodontics. Mosby. 6th ed. p.332-333.

2. Lee W. Graber, Katherine W. L.(2023). Orthodontics: Current Principles and Techniques. 7th Edition. Elsevier. p.769-811.

265. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG MẮC CÀI MẶT LƯỠI

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp cắn là lệch lạc tương quan giữa các răng trên một hàm và/hoặc giữa hai hàm. Có nhiều phương pháp để điều trị sai khớp cắn, trong đó có sử dụng mắc cài mặt lưỡi. Điều trị sai khớp cắn bằng khí cụ cố định mặt lưỡi là kỹ thuật gắn mắc cài và dây cung vào mặt trong răng không những để nắn chỉnh răng, phục hồi chức năng mà còn đáp ứng nhu cầu về thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp cắn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Thân răng không đủ chiều cao để gắn khí cụ.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Dị ứng với vật liệu nắn chỉnh răng.
- Người bệnh là người cao tuổi.
- Người bệnh có các bệnh về máu trong những trường hợp người bệnh điều trị nắn chỉnh răng cần nhổ răng, sử dụng mini-implant, miniplate.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Mũi khoan các loại.
- Vật liệu gắn band và mắc cài.
- Vật liệu nâng khớp.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Bộ mắc cài mặt lưỡi.
- Band/ống.
- Các loại chun: chun tại chỗ, ligature, chun chuỗi, chun liên hàm.
- Dây cung các cỡ.
- Lò xo đẩy, kéo, button, hook (nếu cần).
- Sáp chỉnh nha.
- Composite.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Máy thổi cát.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 đến 30 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu, đổ mẫu và tách khe.

6.2. Bước 2: Gắn mắc cài:

- Làm sạch răng.
- Gắn band/ống cho các răng hàm.
- Gắn mắc cài hai hàm.
- Lắp dây cung.

6.3. Bước 3: Điều trị định kỳ:

- Làm đều răng, điều chỉnh tương quan hai hàm.
- Điều chỉnh khớp cắn theo chiều đứng (nếu cần).
- Đóng khoảng (nếu cần).
- Hoàn thiện khớp cắn.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.4. Bước 4: Kết thúc điều trị:

- Tháo khí cụ và làm sạch răng.
- Lấy dấu (nếu cần).
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khớp cắn đúng.

- Tháo khí cụ cố định và làm sạch răng khi kết thúc điều trị.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Tổn thương niêm mạc do khí cụ: điều trị tổn thương niêm mạc, điều chỉnh hoặc thay thế khí cụ.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: cấp cứu dị vật đường thở.

- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Tiêu chân răng: theo dõi định kỳ, điều chỉnh lực và cơ học.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi: điều trị viêm lợi.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tiêu chân răng: theo dõi định kỳ, điều chỉnh lực và cơ học.
- Tái phát: điều trị lại.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). Contemporary Orthodontics. Mosby. 6th ed. p.340-341.

2. Romano, R. (1998). Section 2: Basic Principles. In Lingual orthodontics. B.C. Decker. p. 40–71.

266. NẮN CHỈNH RĂNG SỬ DỤNG HỆ THỐNG KHAY CÁ NHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp cắn là lệch lạc tương quan giữa các răng trên một hàm và/hoặc giữa hai hàm. Có nhiều phương pháp để điều trị sai khớp cắn trong đó điều trị sai khớp cắn bằng hệ thống khay cá nhân được chế tạo riêng cho từng người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sai khớp cắn ở hai hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.

3.2. Tại chỗ

- Thân răng không đủ chiều dài để lắp khay.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh là người cao tuổi.
- Người bệnh có bệnh lý rối loạn thái dương hàm.
- Người bệnh có các bệnh về máu trong những trường hợp người bệnh điều trị nắn chỉnh răng cần nhổ răng, sử dụng mini-implant, miniplate.
- Dị ứng với các thành phần của khay.

4.2. Tại chỗ

- Tình trạng vệ sinh răng miệng kém.
- Răng đang nghiêng và xoay quá mức không lắp được khí cụ vào cung răng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.

- Bơm tiêm, bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu gắn attachment.
- Vật liệu gắn button hoặc hook.
- Bộ dụng cụ mài kẽ (nếu cần).
- Chun liên hàm.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Tay khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ gắn khay trong suốt.
- Đèn quang trùng hợp.
- Vật liệu chế tạo hệ thống khay cá nhân tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy lấy dấu kỹ thuật số.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Phương tiện chế tạo khay cá nhân tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 20 đến 30 giờ.
- Tại Labo chuyên dụng: từ 18 đến 20 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và tại Labo chuyên dụng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lập kế hoạch và thiết kế mô phỏng điều trị:

- Tạo lập hồ sơ trên hệ thống phần mềm chuyên biệt chỉnh nha.
- Lấy dấu kỹ thuật số 2 hàm (theo quy trình lấy dấu kỹ thuật số).
- Xây dựng kế hoạch điều trị trên hệ thống phần mềm và gửi Labo chuyên dụng để in khay cá nhân.

6.2. Bước 2: Lắp khay cá nhân:

- Làm sạch bề mặt răng.
- Gắn attachment.
- Mài kẽ (nếu cần).
- Gắn các thiết bị hỗ trợ: để phục vụ mục đích điều trị như button.
- Hướng dẫn lắp khay cá nhân: cách đeo, thời gian, vệ sinh răng miệng, làm sạch khay.

6.3. Bước 3: Tái khám định kỳ:

- Làm sạch bề mặt răng.
- Kiểm tra độ khít sát của khay.
- Kiểm tra sự di chuyển thực tế của răng so với lập trình.
- Gắn button, button hook, attachment theo chỉ định.
- Sử dụng các loại kìm hỗ trợ trên khay trong suốt.
- Sử dụng các thiết bị hỗ trợ để kéo và tăng cường neo chặn khi cần thiết.
- Kiểm soát lực khi điều trị.
- Theo dõi đến khi răng di chuyển đến yêu cầu mong muốn.
- Lấy dấu kỹ thuật số lại để làm khay tinh chỉnh nếu cần thiết.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khay ổn định trong miệng, khi kết thúc điều trị khớp cắn và tương quan hai hàm đạt theo mục tiêu điều trị.

- Chụp phim X-quang, chụp ảnh, lấy dấu kỹ thuật số sau điều trị.
- Làm khí cụ duy trì và hướng dẫn người bệnh sử dụng khí cụ duy trì (theo quy trình khí cụ duy trì).
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi vật liệu và dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật đường thở.
- Rơi vật liệu và dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Sang thương lợi, niêm mạc miệng do khay: điều trị sang thương.
- Mất khay ở giai đoạn trung gian: nếu mang gần vừa khít với khay kế tiếp, thử mang trong 1-2 ngày; hoặc lấy dấu lại, in khay lại nếu không thể mang vừa.
- Tiêu chân răng: dừng đeo, điều chỉnh lực, thiết kế và in lại khay.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi: điều trị viêm lợi.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm lợi do khay: điều trị viêm lợi và hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Tiêu chân răng: xử lý tùy mức độ (bảo tồn hoặc nhổ răng).

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). “Contemporary Orthodontics”. Mosby. 6th ed, p.316-321.

2. Tai, S. (2018). “Clear Aligner Technique”. Quyntessence Publishing Company, Incorporated, p.7-22.

3. Nucera, R., et al (2022). “Effects of composite attachments on orthodontic clear aligners therapy: a systematic review”. 15(2): p.533

267. NẮN CHỈNH RĂNG TỪNG PHẦN BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp cắn có thể gặp ở các mức độ khác nhau, biểu hiện ở 2 hàm, 1 hàm hoặc 1 vùng. Điều trị sai khớp cắn bằng khí cụ cố định từng phần là kỹ thuật điều trị các lệch lạc răng ở một vùng răng, để phục hồi chức năng, thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp lệch lạc răng ở một vùng răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.

3.2. Tại chỗ

- Có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với các thành phần của khí cụ.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bơm tiêm, bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu làm sạch răng: chổi và chất đánh bóng.
- Vật liệu gắn band.
- Bộ mắc cài.

- Band hoặc ống cho các răng hàm lớn.
- Các loại dây cung.
- Lò xo đẩy, kéo.
- Chun các loại.
- Vật liệu gắn dán mắc cài và nút: acid etching, keo dán, chất gắn composite.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu (nếu cần).
- Tay khoan các loại.
- Vật tư làm sạch răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Đèn quang trùng hợp.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 4 giờ đến 6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu, đổ mẫu và tách khe.

6.2. Bước 2: Gắn band và mắc cài:

- Lấy chun tách khe (nếu có).
- Làm sạch răng bằng chổi và chất đánh bóng.
- Gắn band hoặc gắn ống cho các răng hàm lớn hàm trên/ hàm dưới.
- Gắn mắc cài hàm trên/hàm dưới.

- Đặt dây cung vào rãnh mắc cài. Tùy theo tình trạng răng (răng xoay, răng chen chúc và giai đoạn điều trị mà sử dụng các loại dây khác nhau cho phù hợp.
- Nâng khớp (nếu cần).

6.3. Bước 3: Tái khám định kỳ:

- Thay dây.
- Tạo khoảng hoặc đóng khoảng.
- Làm đều răng.
- Điều chỉnh các đường cong.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, khi kết thúc điều trị chức năng và thẩm mỹ ở vùng răng cần can thiệp đạt theo mục tiêu điều trị.

- Tháo khí cụ.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi vật liệu và dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật đường thở.
- Rơi vật liệu và dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Khí cụ không lắp được: sửa khí cụ.
- Sang thương niêm mạc lợi do lún band: tháo band và gắn lại.
- Sang thương niêm mạc miệng do đầu dây cung dài: điều trị sang thương và điều chỉnh dây cung cho thích hợp.
- Tiêu chân răng: theo dõi định kỳ, điều chỉnh lực và cơ học.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi: điều trị viêm lợi.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Tiêu chân răng: theo dõi định kỳ, điều chỉnh lực và cơ học.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). *Contemporary Orthodontics*. Mosby. 6th ed. p.332-333.

2. Choy, Kwangchul (2022). Chapter 6: Single Forces and Deep Bite Correction by Intrusion. In *Burstone's Biomechanical Foundation of Clinical Orthodontics*. Quyntessence. 2nd ed. p.90-117.

268. NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ HỖ TRỢ CỐ ĐỊNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Khí cụ hỗ trợ cố định là khí cụ cố định gắn vào hàm dưới của người bệnh, có hai loại là cung chế tạo sẵn và cung chế tạo tại Labo cho từng trường hợp. Khí cụ hỗ trợ cố định có nhiều tác dụng khác nhau như neo chặn, giữ khoảng hoặc kiểm soát xoay răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tăng cường neo chặn trong các trường hợp đóng khoảng hoặc dựng trục răng.
- Giữ khoảng trong trường hợp mất răng hàm sữa sớm.
- Dựng trục răng 6 nghiêng phía lưỡi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Các răng cửa vĩnh viễn hàm dưới chưa mọc.
- Chưa mọc đủ chiều cao các răng để khí cụ đặt vào.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Răng mang band có sâu vỡ lớn chưa tái tạo.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo khí cụ.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Các cấu trúc giải phẫu bất thường có thể bị tỳ đè khi lắp khí cụ.
- Tình trạng vệ sinh răng miệng kém gây tăng nguy cơ sâu răng và vùi khí cụ vào trong niêm mạc miệng.
- Răng mang band có sâu vỡ lớn chưa tái tạo.
- Chưa mọc đủ chiều cao hai răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất để đặt khí cụ.
- Người bệnh có phản xạ kích ứng với vật thể lạ trong khoang miệng.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Dầu tra tay khoan.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Band răng hàm 2 ống có kích thước phù hợp.
- Vật liệu gắn band.
- Chun tách khe.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Tay khoan.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Máy thổi cát.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định: X-quang, ảnh, hồ sơ bệnh án.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 30 phút đến 1 giờ

- Tại Labo phục hình: từ 2 đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Tách khe và thử band.

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Thiết kế khí cụ trên mẫu.

6.4. Bước 4: Chế tạo khí cụ tại Labo.

6.5. Bước 5: Lắp khí cụ:

- Gắn khí cụ lên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.6. Bước 6: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh khí cụ.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định trong miệng, đạt mục tiêu điều trị.

- Tháo khí cụ, làm sạch răng.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật.
- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Sang thương niêm mạc miệng do đứt gãy khí cụ: thay cung lưỡi khác và điều trị sang thương niêm mạc miệng.

- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi: điều trị viêm lợi.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm quanh răng: điều trị viêm quanh răng.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). Contemporary Orthodontics. Mosby. 6th ed. p.390-392.

2. Lee W. Graber, Katherine W. L.(2023). Orthodontics: Current Principles and Techniques. Elsevier. 7th Edition. p.527-538.

269. ĐẶT MINI-IMPLANT ĐỂ NẮN CHỈNH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Có nhiều khí cụ tăng cường neo chặn trong nắn chỉnh răng, khí cụ hỗ trợ mini-implant là một phương tiện neo chặn được đặt vào xương hàm của người bệnh để tạo điểm neo chặn chắc chắn giúp tác dụng lực kéo răng, giảm thiểu những di chuyển răng không mong muốn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trong các trường hợp cần có neo chặn tuyệt đối.
- Đóng khoảng răng.
- Làm lún răng.
- Làm trồi răng.
- Xoay răng.
- Điều chỉnh trục của răng.
- Các trường hợp dịch chuyển răng khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Không đủ xương ở vị trí đặt mini-implant.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo mini-implant và thuốc tê.
- Người bệnh có các bệnh mãn tính như tim mạch, tiểu đường, huyết áp.
- Người bệnh có các bệnh về máu, đang dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Mật độ xương hàm quá đặc hoặc quá xốp.
- Tránh các cấu trúc giải phẫu khi cắm mini-implant như phanh môi, phanh má.
- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc giảm đau (nếu cần).
- Thuốc kháng sinh (nếu cần).

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bơm tiêm, kim gây tê.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Bộ đặt mini-implant.
- Mini-implant.
- Nước súc miệng, cốc súc miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Vật liệu gắn.
- Band hoặc button.
- Các loại chun: chun chuỗi, chun tách khe.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Đặt mini-implant vòm miệng để nắn chỉnh răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Đặt mini-implant tiền đình để nắn chỉnh răng: từ 30 phút đến 1 giờ.

- Đặt mini-implant đánh lún để nắn chỉnh răng: từ 2 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Sử dụng phương pháp vô cảm nếu cần.

6.1. Bước 1: Tách khe và gắn band/button (nếu cần).

6.2. Bước 2: Xác định vị trí đặt mini-implant:

- Xác định vị trí đặt mini-implant trên X-quang.
- Xác định vị trí đặt mini-implant trên miệng.

6.3. Bước 3: Sát khuẩn.

6.4. Bước 4: Đặt mini-implant:

- Dùng tuốc-nơ-vít phù hợp lấy mini-implant.
- Đặt mini-implant.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang kiểm tra lại vị trí của mini-implant.
- Che đầu mini-implant bằng vật liệu phù hợp.
- Di chuyển răng theo kế hoạch điều trị.

6.5. Bước 5: Điều trị định kỳ:

- Điều chỉnh lực phù hợp.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: mini-implant ổn định, đúng vị trí, đạt mục tiêu điều trị.

- Tháo mini-implant, làm sạch răng.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).
- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ cấp cứu sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Gãy mini-implant: lấy ra và đặt lại.
- Sang chấn chân răng lân cận:

+ Tháo ra và đặt lại.

+ Theo dõi và có thể điều trị tủy.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Nhiễm trùng tại chỗ: bơm rửa xung quanh vị trí đặt mini-implant. Hướng dẫn người bệnh vệ sinh đúng cách. Theo dõi, nếu việc viêm tấy quanh vị trí đặt mini-implant lặp lại nên lấy mini-implant ra và đặt lại.
- Lỏng hoặc rơi mini-implant: đặt lại mini-implant.

7.3. Biến chứng muộn: Tổn thương chân răng cạnh mini-implant: theo dõi, điều trị nội nha nếu cần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). “Contemporary Orthodontics”. Mosby. 6th ed, p.345-350.

2. Jae Hyun Park (2020). “Temporary Anchorage Devices in Clinical Orthodontics”, p.77-83.

270. ĐẶT MINIPLATE ĐỂ NẮN CHỈNH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Có nhiều khí cụ tăng cường neo chặn trong nắn chỉnh răng, khí cụ hỗ trợ Miniplate là nẹp nhỏ được cố định vào trong xương hàm bằng vít để tạo điểm neo chặn tuyệt đối hoặc điểm đặt lực trong nắn chỉnh răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trường hợp cần có neo chặn tuyệt đối.
- Cần dịch chuyển nhiều răng đồng thời.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật (bệnh rối loạn chuyển hoá xương, đang điều trị ung thư).

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có các bệnh mãn tính như tim mạch, tiểu đường, huyết áp.
- Người bệnh có các bệnh về máu, đang dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Trường hợp xương vùng đặt nẹp mỏng < 2mm, không đủ để vít vững ổn, nên dời nẹp sang vùng phù hợp vị trí và mục đích sử dụng.
- Tránh các cấu trúc giải phẫu khi cắm vít như ống thần kinh răng dưới.
- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc giảm đau (nếu cần).
- Thuốc kháng sinh (nếu cần).

5.3. Thiết bị y tế

- Găng tay tiệt trùng.
- Khẩu trang tiệt trùng.
- Mũ giấy tiệt trùng.
- Kính bảo hộ nha khoa.
- Áo bảo hộ cho nhân viên y tế.
- Túi hấp vô trùng.
- Gòn cuộn.
- Gạc.
- Chổi đánh bóng.
- Ống hút.
- Cốc súc miệng.
- Bơm tiêm, bông, băng, gạc vô khuẩn.
- Nẹp và vít.
- Mũi khoan mồi.
- Tay khoan điện đầu khuỷu tốc độ chậm chuyên dụng.
- Hộp đựng bông gòn.
- Bộ kít đặt nẹp-vít.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy khoan phẫu thuật.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ và/hoặc gây tê vùng.

6.1. Bước 1: Xác định vị trí đặt nẹp:

- Xác định vị trí đặt nẹp trên phim X-quang.

- Xác định vị trí đặt nẹp trong miệng. Định vị phần lộ ra của nẹp, thường là ranh giới giữa lợi dính (nướu dính) và niêm mạc di động.

- Tạo dạng sơ khởi cho nẹp phù hợp với vùng cần đặt.

6.2. Bước 2: Sát khuẩn.

6.3. Bước 3: Đặt nẹp:

- Đường rạch thuận lợi cho đặt nẹp tuỳ thuộc hình dạng nẹp chữ I hay T.

- Bóc tách dưới màng xương.

- Thử nẹp vào vị trí, uốn tạo dạng sao cho bề mặt nẹp áp sát với mặt xương.

- Một tay cố định nẹp, đảm bảo nẹp không di chuyển khi đặt vít. Dùng tuốc nơ vít phù hợp cố định nẹp (chưa siết chặt) với một lỗ ở giữa nẹp, vẫn điều chỉnh vị trí nẹp được trong bước này.

- Đặt thêm một vít vào đúng tâm của lỗ trên nẹp, dừng lại khi chưa siết chặt để quan sát và siết đều lần lượt 2 vít cố định nẹp. Tiếp tục với vít thứ 3 nếu có sử dụng. Siết chặt đều tất cả các vít.

- Kiểm tra độ dính chắc của vít và nẹp.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt.

6.5. Bước 5: Kiểm tra:

Đầu lộ ra của nẹp không chèn ép mô mềm, thuận lợi cho việc máng thun.

6.6. Bước 6: Đặt lực tác động:

Bắt đầu cho lực tác động nhẹ.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: nẹp ổn định, đúng vị trí, không chảy máu, đạt mục tiêu điều trị.

- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.

- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.

- Hẹn tái khám.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Gãy vít: tháo và cắm lại vít khác.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu tại chỗ: cầm máu.
- Viêm tấy tại chỗ do kích ứng: bơm rửa quanh phần lộ của nẹp. Hướng dẫn người bệnh vệ sinh đúng cách. Theo dõi, nếu việc viêm tấy quanh nẹp lặp lại nên lấy nẹp ra.
- Nẹp bị lỏng: thay thế vít lớn hơn hoặc lấy nẹp ra khi tiên lượng không tốt.

7.3. Biến chứng muộn: Nẹp bị lỏng: lấy nẹp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). “Contemporary Orthodontics”. Mosby. 6th ed, p.348 -350.

2. Jae Hyun Park (2020). “Temporary Anchorage Devices in Clinical Orthodontics”, p.185-195.

271. NONG HÀM BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp hàm hay hẹp cung răng là tình trạng thiếu hụt kích thước theo chiều ngang của xương hàm hoặc cung răng hàm trên hoặc hàm dưới. Điều trị hẹp hàm trên bằng hàm nong cố định là kỹ thuật sử dụng khí cụ cố định để nong rộng xương hàm hoặc cung răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có hẹp hàm do xương và/hoặc do răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh mắc dị tật bẩm sinh cốt hoá sớm các khớp.
- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.
- Trường hợp sử dụng mini-implant: không đủ xương ở vị trí đặt mini-implant.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu làm khí cụ.
- Bệnh về xương không thuận lợi cho việc tái tạo xương.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.
- Các cấu trúc giải phẫu bất thường gây khó khăn cho việc lắp khí cụ như lồi xương.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Chất sát khuẩn.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Khí cụ nong hàm.
- Band.
- Mini-implant (với nong hàm sử dụng ốc nong xương).
- Bộ dụng cụ sửa soạn, tháo, điều chỉnh khí cụ nong hàm.
- Vật liệu gắn khí cụ nong hàm.
- Bộ dụng cụ tách khe, chun tách khe.
- Dụng cụ lấy dấu, đổ mẫu, sáp lá.
- Bộ dụng cụ phân tích phim (đèn đọc phim, thước đo phim, giấy vẽ phim, bút vẽ phim).
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Giấy cắn, kẹp giấy cắn.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Bộ dụng cụ khám.
- Vật liệu chế tạo khí cụ nong hàm tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Phương tiện chế tạo khí cụ nong hàm tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 3 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 3 giờ đến 5 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị:

- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Tách khe.
- Thử band.

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Thiết kế khí cụ trên mẫu.

6.4. Bước 4: Chế tạo khí cụ tại Labo (trừ trường hợp nong hàm sử dụng Quad Helix chế tạo sẵn).

6.5. Bước 5: Lắp khí cụ:

- Sát khuẩn (với nong hàm sử dụng ốc nong xương).
- Gây tê (với nong hàm sử dụng ốc nong xương).
- Gắn khí cụ lên miệng người bệnh.
- Đặt mini-implant (với nong hàm sử dụng ốc nong xương).
- Che đầu mini-implant bằng vật liệu phù hợp (với nong hàm sử dụng ốc nong xương).
- Điều chỉnh khí cụ.
- Nâng khớp (nếu cần).
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách nong, vệ sinh khí cụ.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.6. Bước 6: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh khí cụ (nếu cần).
- Kiểm tra kết quả nong hàm.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ nong hàm ổn định trong miệng, xương hàm đã được nong rộng.

- Tháo mini-implant (với nong hàm sử dụng ốc nong xương).
- Tháo khí cụ nong, làm sạch răng, chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Nong quá mức gây cắn kéo: nong ngược lại hoặc tháo khí cụ.
- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật.
- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Đau do khí cụ: điều trị đau, điều chỉnh lại khí cụ (nếu cần).
- Gãy khí cụ: sửa chữa hoặc thay khí cụ.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.
- Viêm, loét niêm mạc miệng do khí cụ: điều trị viêm, loét, có thể tháo bỏ khí cụ và sau khi điều trị viêm loét ổn định sẽ gắn lại khí cụ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tái phát: đeo lại khí cụ nong.
- Tiêu chân răng do nong quá mức: theo dõi xử trí tuỳ theo mức độ tiêu chân răng. Nếu tiêu chân răng mức độ nhẹ hoặc trung bình không ảnh hưởng đến độ chắc của răng thì dựng lại trục của răng và theo dõi. Nếu tiêu chân răng mức độ nhiều làm răng lung lay độ 3,4 thì cân nhắc nhổ răng và thay thế răng bằng phục hình hoặc cấy ghép răng.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anirudh A, Rinku M (2010). Maxillary expansion. Int J Clin Pediatr Dent, 3, p.139-146.

2. Moschos A. P. (2006). Orthodontic treatment of the Class II noncompliant patient Current principles and techniques. p553-556.

3. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). *Contemporary Orthodontics*. Mosby. 6th ed. p.430-440.

272. NẮN CHỈNH MẤT CÂN XỨNG HÀM THEO CHIỀU TRƯỚC SAU BẰNG KHÍ CỤ CHỨC NĂNG CỐ ĐỊNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất cân xứng xương hàm theo chiều trước sau có thể do nguyên nhân xương hàm trên, xương hàm dưới hoặc kết hợp cả hai. Điều trị mất cân xứng hàm theo chiều trước sau bằng khí cụ chức năng cố định là kỹ thuật sử dụng khí cụ chức năng cố định điều trị các trường hợp sai khớp cắn loại II chủ yếu do lùi xương hàm dưới, có thể kết hợp quá phát xương hàm trên ở mức độ nhẹ. Quy trình điều trị với khí cụ chức năng cố định được áp dụng trong giai đoạn người bệnh đang còn tăng trưởng, mục đích tạo lập tương quan răng hàm loại I do tác dụng lên xương hàm, răng và xương ổ răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp cắn loại II xương có lùi xương hàm dưới, đang trong giai đoạn tăng trưởng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh ở giai đoạn hết thời kỳ tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Sai khớp cắn loại II xương mức độ nặng cần phải phẫu thuật.
- Quá phát xương hàm dưới theo chiều đứng: khớp cắn hở, kiểu mặt dài.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.
- Đa sâu răng.
- Răng mang band có sâu vỡ lớn chưa được tái tạo.
- Chưa mọc đủ chiều cao hai răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất để đặt khí cụ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo khí cụ.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Nước súc miệng.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Dầu tra tay khoan.
- Tay khoan.
- Bộ khí cụ chức năng cố định.
- Vật liệu nâng khớp.
- Band.
- Vật liệu gắn band.
- Vật liệu tách khe.
- Vật liệu đo và vẽ phim.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ đo và vẽ phim.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.

- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị:

- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Tách khe (nếu cần).
- Thử band.

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Chọn khí cụ trên mẫu.

6.4. Bước 4: Lắp khí cụ:

- Gắn khí cụ lên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.5. Bước 5: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh khí cụ (nếu cần).
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định trong miệng, đạt được khớp cắn loại I răng hàm.

- Tháo khí cụ, chuyển giai đoạn điều trị duy trì.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật.

- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.

- Sang thương niêm mạc miệng do đứt gãy khí cụ: chờ tổn thương phục hồi rồi tiến hành thay khí cụ.

- Viêm loét niêm mạc miệng do vệ sinh răng miệng kém: điều trị viêm loét và hướng dẫn vệ sinh răng miệng. Trường hợp nặng có thể phải tháo band hoặc khí cụ, chờ cho ổn định rồi lắp lại khí cụ.

- Sâu răng: điều trị sâu răng.

- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.

- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tái phát: điều trị lại, yêu cầu đeo khí cụ duy trì và kiểm tra định kỳ đầy đủ.

- Sâu răng: điều trị sâu răng.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). “Contemporary Orthodontics”. Mosby. 6th ed, p313-315, 455-498.

2. Moschos A. P. (2006). “Orthodontic treatment of the Class II noncompliant patient Current principles and techniques”, p167-189.

273. NẮN CHỈNH RĂNG/HÀM DÙNG LỰC NGOÀI MIỆNG BẰNG KHÍ CỤ HEADGEAR

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên có thể gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng tới chức năng miệng và hàm mặt. Điều trị mất cân xứng hàm theo chiều trước sau bằng khí cụ ngoài miệng Headgear là khí cụ sử dụng lực ngoài miệng bằng khí cụ Headgear tác động vào răng và xương hàm trên nhằm tạo ra các thay đổi về răng và xương như mong muốn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị khớp cắn loại II do quá phát xương hàm trên ở các người bệnh còn trong thời kỳ đang tăng trưởng.
- Di xa răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.
- Tăng cường neo chặn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh hết thời kỳ tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Thân răng không đủ chiều cao để gắn khí cụ.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.
- Răng mang band có sâu vỡ lớn chưa được tái tạo.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo khí cụ.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Tránh rơi các vật liệu nhỏ và dụng cụ nhỏ vào đường thở và đường tiêu hóa trong quá trình thao tác.
- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Nước súc miệng, cốc súc miệng.
- Chất sát khuẩn dấu.
- Bộ Headgear.
- Band răng 6 có ống cho Headgear.
- Chất gắn band.
- Chun tách khe.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng: kìm tháo band, cây ấn band, kìm luồn dây, kìm ba mấu, thước đo lực.
- Các loại tay khoan và mũi khoan.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chọn và lắp khí cụ:

- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Lấy dấu.
- Đổ mẫu (nếu cần).
- Tách khe.
- Làm sạch bề mặt răng.
- Chọn band loại có ống dành cho Headgear.
- Chọn bộ Headgear.
- Gắn band răng 6 trên miệng.
- Lắp Headgear:

+ Lồng cung Headgear vào ống band của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên.

+ Điều chỉnh cung Headgear cho phù hợp.

- Tác động lực: điều chỉnh khớp đai để có lực tác động phù hợp ở mức.
- Hướng dẫn người bệnh cách tháo lắp khí cụ và thời gian đeo ít nhất 12 giờ/ngày và không đeo khi hoạt động thể thao.

6.2. Bước 2: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra độ khít sát của khí cụ.
- Kiểm tra sự di chuyển thực tế của răng hoặc xương.
- Sau khi răng hoặc xương hàm trên đã dịch chuyển đạt được mục đích điều trị thì ngừng điều chỉnh Headgear.
- Giữ nguyên Headgear để duy trì tương quan hai hàm trong thời gian từ 6-9 tháng hoặc lâu hơn tùy trường hợp.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định trong miệng, răng hàm trên di xa theo khoảng đã định.

- Tháo khí cụ Headgear.
- Chụp phim X-quang, chụp ảnh, sau điều trị.
- Dặn dò người bệnh.

- Chuyển sang giai đoạn điều trị tiếp theo nếu cần thiết.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.
- Răng lung lay quá mức do tác động lực mạnh quá: ngừng tác động hoặc tháo khí cụ.
- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật.
- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Sang thương niêm mạc miệng do đứt gãy khí cụ: chờ tổn thương phục hồi rồi tiến hành thay khí cụ.
- Viêm loét niêm mạc miệng do vệ sinh răng miệng kém: điều trị viêm loét và hướng dẫn vệ sinh răng miệng. Trường hợp nặng có thể phải tháo band hoặc khí cụ, chờ cho ổn định rồi lắp lại khí cụ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tái phát: điều trị lại, yêu cầu đeo khí cụ duy trì và kiểm tra định kỳ đầy đủ.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kelshaw, P.M., et al. (2022), “Headgear safety attitudes: a national survey of collegiate women’s lacrosse stakeholders”. Research in sports medicine: p.1-13.

2. Henley, S., et al. (2023), “Soft-shell headgear in rugby union: a systematic review of published studies”. Sport Sciences for Health, p.1-18.

274. ĐẶT KHÍ CỤ FACEMASK VÀ ỐC NONG NHANH ĐIỀU TRỊ MẤT CÂN XỨNG HÀM THEO CHIỀU TRƯỚC SAU

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp cắn loại III có nhiều nguyên nhân trong đó có nguyên nhân kém phát triển xương hàm trên gây lệch lạc răng và mặt. Kém phát triển xương hàm trên là một trạng thái bất cân xứng kích thước giữa hàm trên và hàm dưới theo chiều trước sau hoặc chiều ngang hoặc cả hai chiều, thường có biểu hiện là cắn chéo phía trước hoặc cắn chéo toàn bộ hàm trên. Điều trị mất cân xứng hàm theo chiều trước sau bằng khí cụ facemask và ốc nong nhanh là kỹ thuật sử dụng ốc nong nhanh để nong rộng xương hàm trên và lực ngoài miệng tác động kích thích xương hàm trên tăng trưởng ra trước và xuống dưới.

2. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp cắn loại III do kém phát triển xương hàm trên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh hết thời kỳ tăng trưởng.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm cấp tính ở vùng trán và vùng cằm.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo khí cụ.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu gắn và điều chỉnh khí cụ Facemask và ốc nong nhanh.
- Facemask.
- Band.
- Chất sát khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Chun tách khe.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Bộ dụng cụ bẻ dây.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Tay khoan.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 3 giờ đến 4 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 8 giờ đến 10 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị:

- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Tách khe (nếu cần).
- Thử band (nếu cần).

6.2. Bước 2: Lấy dấu.

6.3. Bước 3: Thiết kế khí cụ trên mẫu.

6.4. Bước 4: Chế tạo khí cụ trong Labo (nếu là khí cụ chế tạo).

6.5. Bước 5: Lắp khí cụ Facemask và ốc nong nhanh:

- Gắn khí cụ lên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.6. Bước 6: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh khí cụ (nếu cần).
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, đạt tương quan xương loại I, hết cắn ngược vùng răng cửa, hết hẹp xương hàm trên.

- Tháo khí cụ, làm sạch răng.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.
- Nong quá mức gây cắn kéo: nong ngược lại hoặc tháo khí cụ.
- Gãy khí cụ hoặc đứt mối hàn: lấy dấu làm lại khí cụ hoặc hàn lại khí cụ.
- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật.
- Rơi vật liệu nhỏ hoặc dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Sang thương niêm mạc miệng do khí cụ: điều trị sang thương, chờ tổn thương phục hồi rồi tiến hành lắp lại hoặc thay khí cụ.
- Viêm loét niêm mạc miệng do vệ sinh răng miệng kém: điều trị viêm loét và hướng dẫn vệ sinh răng miệng. Trường hợp nặng có thể phải tháo band hoặc khí cụ, chờ cho ổn định rồi lắp lại khí cụ.
- Viêm, loét da vùng cằm: tháo khí cụ và điều trị viêm, loét.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tái phát: điều trị lại, yêu cầu đeo khí cụ duy trì và kiểm tra định kỳ đầy đủ.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). Contemporary Orthodontics. Mosby. 6th ed. p.430-454.

2. Lee W. Graber, Katherine W. L.(2023). Orthodontics: Current Principles and Techniques 7th Edition. Elsevier. p.356-390.

275. ĐẶT KHÍ CỤ CHIN CUP ĐIỀU TRỊ MẤT CÂN XỨNG HÀM THEO CHIỀU TRƯỚC SAU

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp cắn loại III do quá phát xương hàm dưới gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng tới chức năng miệng và hàm mặt. Điều trị mất cân xứng hàm theo chiều trước sau bằng khí cụ ngoài miệng Chincup là kỹ thuật điều trị kiềm chế sự phát triển quá mức của xương hàm dưới sử dụng lực ngoài miệng bằng khí cụ Chincup.

2. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp cắn loại III do quá phát xương hàm dưới, kiểu mặt dài.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh ở giai đoạn hết thời kỳ tăng trưởng.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có bệnh lý rối loạn chức năng thái dương hàm đang tiến triển.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm cấp tính ở vùng cằm.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo khí cụ.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng viêm da tại chỗ vùng cằm.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bơm tiêm, bông, gạc vô khuẩn.
- Chất sát khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu thuốc, hóa chất: nước súc miệng, dung dịch sát khuẩn, dầu tra tay khoan.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.

- Khí cụ Chincup.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu và đổ mẫu.

6.2. Bước 2: Chọn khí cụ Chincup phù hợp.

6.3. Bước 3: Lắp khí cụ Chincup:

- Lắp khí cụ.
- Điều chỉnh lực phù hợp.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.4. Bước 4: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh khí cụ.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, xương hàm dưới đã đạt tương quan theo mục tiêu điều trị.

- Tháo khí cụ.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang, lấy dấu.
- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau khớp thái dương hàm: giảm lực tác động hoặc ngừng đeo khí cụ.
- Viêm, loét da vùng cằm: tháo khí cụ và điều trị viêm, loét.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Viêm da tiếp xúc tại chỗ đeo chụp cằm: dùng thuốc bôi tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Husson, A.H., et al. (2023), Evaluation of the dimensional changes in the mandible, condyles, and the temporomandibular joint following skeletal class III treatment with chin cup and bonded maxillary bite block using low-dose computed tomography: A single-center, randomized controlled trial. F1000Res.12 p.264.

2. Farhadi, M., et al. (2012) The Effect of Reverse Chin Cup on Maxillary Deficiency in Growing Patients. J Orthod. Jun;39(2). p.95-101.

276. ĐẶT KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH TRỊ DUY TRÌ KẾT QUẢ NẮN CHỈNH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Duy trì kết quả là một giai đoạn trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng nhằm tránh tái phát, được thực hiện sau khi tháo khí cụ nắn chỉnh răng. Khí cụ duy trì cố định thường được dán vào mặt trong các răng phía trước.

2. CHỈ ĐỊNH

Sau khi tháo khí cụ nắn chỉnh răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Không đủ khoảng ở các răng trước hàm trên do răng cửa dưới cắn chạm vào khí cụ duy trì cố định.
- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo khí cụ.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bơm tiêm, bông, gạc vô khuẩn.
- Chất sát khuẩn dấu.

- Nước súc miệng.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Dầu tra tay khoan.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu gắn.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Dây cung duy trì uốn sẵn hoặc dây xoắn kim loại để uốn.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại Labo (nếu sử dụng).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo (nếu sử dụng).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu.

6.2. Bước 2: Chọn hoặc thiết kế khí cụ trên mẫu.

6.3. Bước 3: Chế tạo khí cụ trong Labo (nếu cần).

6.4. Bước 4: Lắp khí cụ:

- Thử và gắn khí cụ trên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.5. Bước 5: Tái khám định kỳ:

- Hẹn người bệnh tái khám định kỳ cách nhau 2-3 tháng.
- Kiểm tra sự ổn định của khí cụ, nếu bong thì gắn lại.
- Kiểm tra tình trạng nha chu. Lấy cao răng và hướng dẫn vệ sinh răng miệng (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, khớp cắn tốt.

- Tháo khí cụ cố định và làm sạch răng.
- Chụp phim X-quang.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sang thương niêm mạc miệng do gãy cung lưu giữ: tháo khí cụ, điều trị hết tổn thương rồi gắn lại bằng khí cụ khác.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi: điều trị viêm lợi.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Bong khí cụ duy trì: gắn lại.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát răng lệch lạc do bong khí cụ: tùy mức độ có thể gắn lại khí cụ khác hoặc nắn chỉnh răng lại rồi mới gắn lại khí cụ duy trì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). *Contemporary Orthodontics*. Mosby. 6th ed. p.587-593.

2. Lee W. Graber, Katherine W. L. (2023). *Orthodontics: Current Principles and Techniques* 7th Edition. Elsevier. p.793-802.

277. ĐẶT KHÍ CỤ THÁO LẮP DUY TRÌ KẾT QUẢ NẮN CHỈNH RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Duy trì kết quả là một giai đoạn trong quá trình điều trị nắn chỉnh răng nhằm tránh tái phát, được thực hiện sau khi tháo khí cụ nắn chỉnh răng. Duy trì kết quả nắn chỉnh răng bằng khí cụ tháo lắp là kỹ thuật sử dụng khí cụ tháo lắp để duy trì kết quả nắn chỉnh răng sau khi tháo khí cụ nắn chỉnh răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Sau khi tháo khí cụ nắn chỉnh răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với vật liệu chế tạo khí cụ.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có phản xạ kích ứng với vật thể lạ trong khoang miệng.
- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Chất sát khuẩn dấu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu ghi dấu khớp cắn.
- Bộ dụng cụ khám.

- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu.

6.2. Bước 2: Thiết kế khí cụ trên mẫu.

6.3. Bước 3: Chế tạo khí cụ tại Labo.

6.4. Bước 4: Lắp khí cụ:

- Kiểm tra khí cụ.
- Lắp khí cụ lên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Hướng dẫn người nhà/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.5. Bước 5: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.

- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, khớp cắn tốt.

- Tháo khí cụ, làm sạch răng.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Sang thương niêm mạc do khí cụ chọc hoặc tì đè khi thao tác: tháo lắp nhẹ nhàng, trấn an người bệnh.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Gãy vỡ khí cụ: tùy mức độ có thể lấy dấu gửi Labo sửa lại khí cụ hoặc làm lại khí cụ khác.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát do người bệnh không hợp tác tốt khi đeo khí cụ: tùy mức độ có thể điều trị nắn chỉnh răng lại hoặc chuyển khí cụ duy trì cố định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R., Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). *Contemporary Orthodontics*. Mosby. 6th ed. p.584-586.

2. Lee W. Graber, Katherine W. L.(2023). Orthodontics: Current Principles and Techniques 7th Edition. Elsevier. p.938-942.

278. DI CHUYỂN RĂNG NGẦM

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng ngầm là răng nằm lưu trong xương hàm khi đã quá tuổi mọc răng bình thường, được bao bọc bởi túi mầm răng và không có sự thông thương với khoang miệng. Di chuyển răng ngầm là kỹ thuật phẫu thuật bộc lộ răng ngầm và sử dụng khí cụ cố định để đưa răng ngầm về đúng vị trí trên cung hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

Các răng ngầm trong xương được đánh giá có thể đưa được về cung hàm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Có các bệnh rối loạn chuyển hóa xương, các bệnh về máu gây chảy máu khó cầm.

3.2. Tại chỗ

- Các răng ngầm dị dạng nhiều.
- Các răng ngầm mọc theo hướng không thuận lợi như mọc ngược, trục răng theo hướng ngang.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng (áp xe, viêm lợi miệng cấp tính, viêm xương).
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có tiền sử dị ứng.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Trong quá trình kéo răng ngầm, các đầu dây kéo, lò xo có thể gây sang thương niêm mạc.
- Tình trạng vệ sinh răng miệng kém.
- Tránh rơi các vật liệu nhỏ và dụng cụ nhỏ vào đường thở và đường tiêu hóa trong quá trình thao tác.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Dầu tra tay khoan.
- Chất sát khuẩn dấu.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu làm sạch răng: chổi và chất đánh bóng.
- Vật liệu nắn chỉnh răng cố định: mắc cài, button, dây cung các kích thước, dây ligature, các loại chun kéo, lò xo, mini-implant.
- Vật liệu gắn mắc cài.
- Bộ dụng cụ khám.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy thổi cát.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Tách khe.

6.2. Bước 2: Gắn mắc cài:

- Làm sạch răng.
- Gắn band/ống cho các răng hàm.
- Gắn mắc cài.
- Lắp dây.

6.3. Bước 3: Điều trị định kỳ:

- Làm đều răng.
- Tạo khoảng cho răng ngầm.
- Chuyển phẫu thuật bộc lộ răng ngầm, gắn vật liệu kéo răng ngầm.
- Di chuyển răng ngầm về cung răng:

+ Tạo lực để di chuyển răng ngầm về cung răng.

+ Gắn mắc cài vào răng ngầm khi đã bộc lộ đủ thân răng.

+ Đưa răng ngầm về đúng vị trí trên cung răng.

- Giữ ổn định răng ngầm trên cung răng.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, răng ngầm đưa được về cung răng.

- Tháo khí cụ, làm sạch răng.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Lấy dấu, đổ mẫu (lưu hồ sơ).
- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi vật liệu hoặc dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật.
- Rơi vật liệu hoặc dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Lung lay, tiêu chân răng bên cạnh do sang chấn: điều chỉnh hướng kéo, lực kéo cho phù hợp.

- Sang thương, loét niêm mạc: hướng dẫn vệ sinh tại chỗ, tạm thời dừng kéo chờ tổn thương hồi phục rồi điều chỉnh dây và tiếp tục kéo răng ngầm.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi: điều trị viêm lợi.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.
- Thiếu mô nâng đỡ vùng quanh răng: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.
- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tiêu chân răng được kéo: theo dõi, trường hợp nặng tiêu nhiều cần nhổ làm phục hình.
- Thiếu mô nâng đỡ vùng quanh răng: điều trị nha chu.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.

7.3. Biến chứng muộn: Tiêu chân răng được kéo: tùy mức độ có thể theo dõi hoặc nhổ răng sau đó làm phục hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adrian Becker (2022). *Orthodontic Treatment of impacted teeth*. 4th ed, Hadassah School of Dental Medicine. p.196-255.

2. Lee W. Graber, Katherine W. L.(2023). Orthodontics: Current Principles and Techniques 7th Edition. Elsevier. p.812-825.

279. NẮN CHỈNH MŨI-XƯƠNG Ổ RĂNG TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở môi vòm miệng là dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt gây biến dạng mũi, môi, cung hàm và ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ. Điều trị trước phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng bằng khí cụ nắn chỉnh mũi-xương ổ răng là kỹ thuật sử dụng khí cụ tại chỗ làm giảm các biến dạng và tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật đóng khe hở môi-vòm miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

Khe hở môi-vòm miệng toàn bộ một bên hoặc hai bên có các đặc điểm sau:

- Bất cân xứng mũi.

- Cung hàm biến dạng với các phần xương ổ răng bị di lệch nhiều.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh mắc các bệnh lý toàn thân như tim mạch, hội chứng Pierre Robin.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh dị ứng với thành phần của khí cụ và vật liệu sử dụng.
- Rơi dị vật vào đường thở trong quá trình lấy dấu và đệm nền khí cụ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ khám.
- Bông, gạc.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Kìm nắn chỉnh răng.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Thiết bị, bộ dụng cụ, vật liệu lấy dấu.
- Bộ dụng cụ đo đạc.

- Vật liệu dán (môi, má.v.v.).
- Vật liệu lưu giữ khí cụ.
- Tăm bông.
- Kéo cắt y tế.
- Tay khoan.
- Vật liệu đệm nền khí cụ (nếu cần).
- Vật liệu đệm hàm (nếu cần).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 5 giờ đến 7 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Dán môi.

6.2. Bước 2: Lấy dấu:

- Dặn dò người bệnh/người giám hộ cho người bệnh nhịn ăn sữa ít nhất 120 phút trước khi lấy dấu.
- Chụp ảnh.

6.3. Bước 3: Thiết kế khí cụ:

- Được thực hiện trên miệng hoặc phần mềm.
- Thiết kế khí cụ theo số đo của người bệnh.

6.4. Bước 4: Chế tạo khí cụ tại Labo.

6.5. Bước 5: Lắp khí cụ:

- Đệm hàm (nếu cần).
- Lắp khí cụ.
- Hướng dẫn cho người bệnh/người giám hộ sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.6. Bước 6: Điều trị định kỳ:

- Kiểm tra kết quả điều trị.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Chụp ảnh (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc điều trị:

- Tháo khí cụ trước phẫu thuật.
- Lấy dấu.
- Chụp ảnh.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định trong miệng, khe hở môi và cung hàm giảm so với ban đầu, giảm biến dạng mũi.

- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Dặn dò người bệnh/người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Dị ứng da ở phần tiếp xúc vật liệu dán: điều trị dị ứng da và điều chỉnh vị trí dán.
- Viêm loét niêm mạc nơi tiếp xúc khí cụ: điều trị viêm loét niêm mạc mũi và điều chỉnh khí cụ, hướng dẫn lại vệ sinh khí cụ nếu cần thiết.
- Gãy, hỏng khí cụ hoặc không sử dụng được khí cụ: sửa chữa hoặc làm lại khí cụ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samuel Berkowitz (2005). Cleft Lip and palate. Diagnosis and management. Springer. p.450-458.

2. Ricardo R. Bennun, et al (2015). Chapter 6: Dynamic Presurgical nasoalveolar remodeling in unilateral and bilateral complete cleft: the DPNR Technique. In Cleft Lip and Palate Management: A Comprehensive Atlas. 1st ed. Wiley-Blackwell. p.65–78.

280. NẮN CHỈNH MŨI TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Biến dạng mũi là đặc điểm thường gặp ở khe hở môi-vòm miệng, gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng. Điều trị trước phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng bằng khí cụ nắn chỉnh mũi là kỹ thuật sử dụng khí cụ tại chỗ làm giảm các biến dạng mũi trước khi tiến hành phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp bất cân xứng mũi do khe hở môi vòm miệng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

Người bệnh mắc các bệnh lý toàn thân như tim mạch, hội chứng Pierre Robin.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh dị ứng với thành phần của khí cụ và vật liệu sử dụng.
- Rơi dị vật vào đường thở trong quá trình lấy dấu và đệm nền khí cụ.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ khám.
- Bông, gạc.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Kìm nắn chỉnh răng.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Thiết bị, bộ dụng cụ và vật liệu lấy dấu.
- Bộ dụng cụ đo đạc.
- Vật liệu lưu giữ khí cụ.
- Tăm bông.

- Kéo cắt y tế.
- Tay khoan.
- Vật liệu dán (môi, má...).
- Vật liệu đệm nền khí cụ (nếu cần).
- Vật liệu đệm hàm (nếu cần).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 5 giờ đến 6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Dán môi (nếu cần).

6.2. Bước 2: Lấy dấu:

- Dặn dò người bệnh/người giám hộ cho người bệnh nhịn ăn sữa ít nhất 120 phút trước khi lấy dấu.
- Chụp ảnh.

6.3. Bước 3: Thiết kế khí cụ:

- Được thực hiện trên miệng hoặc phần mềm.
- Thiết kế khí cụ theo số đo của người bệnh.

6.4. Bước 4: Chế tạo khí cụ tại Labo.

6.5. Bước 5: Lắp khí cụ:

- Đệm hàm (nếu cần).

- Lắp khí cụ.
- Hướng dẫn cho người bệnh/người giám hộ sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.6. Bước 6: Điều trị định kỳ:

- Kiểm tra kết quả điều trị.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Chụp ảnh (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc điều trị:

- Tháo khí cụ trước phẫu thuật.
- Lấy dấu.
- Chụp ảnh.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định trong miệng, mũi giảm biến dạng.

- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Dặn dò người bệnh/người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm loét niêm mạc mũi nơi tiếp xúc khí cụ: điều trị viêm loét niêm mạc mũi và điều chỉnh khí cụ, hướng dẫn lại vệ sinh khí cụ nếu cần thiết.
- Gãy, hỏng khí cụ hoặc không sử dụng được khí cụ: sửa chữa hoặc làm lại khí cụ.
- Dị ứng da ở phần tiếp xúc vật liệu dán (nếu sử dụng): điều trị dị ứng da và điều chỉnh vị trí dán.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samuel Berkowitz (2005). Cleft Lip and palate. Diagnosis and management, Springer. p.450-458.

2. Ricardo R. Bennun, et al (2015). Chapter 6: Dynamic Presurgical nasoalveolar remodeling in unilateral and bilateral complete cleft: the DPNR Technique. In Cleft Lip and Palate Management: A Comprehensive Atlas. 1st ed, Wiley-Blackwell. p.65–78.

281. NẮN CHỈNH MŨI TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG SỬ DỤNG KHÍ CỤ NGOÀI MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Biến dạng mũi là đặc điểm thường gặp ở khe hở môi-vòm miệng, gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng. Nắn chỉnh mũi trước phẫu thuật có thể được thực hiện bằng cách sử dụng khí cụ trong miệng hoặc ngoài miệng. Điều trị trước phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng bằng khí cụ ngoài miệng là kỹ thuật sử dụng khí cụ tựa vào đầu để làm giảm các biến dạng mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở môi-vòm miệng có các đặc điểm sau:

+ Bất cân xứng mũi.

+ Không có chỉ định khí cụ trong miệng để nắn chỉnh mũi trước phẫu thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ khám.
- Bông, gạc.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Kìm nắn chỉnh răng.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Thiết bị, bộ dụng cụ và vật liệu lấy dấu.
- Bộ dụng cụ đo đạc.
- Vật liệu lưu giữ khí cụ.
- Tay khoan.
- Vật liệu đệm nền khí cụ (nếu cần).

- Vật liệu dán môi, má.v.v.(nếu cần).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ được giải thích đầy đủ, hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 3 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 5 giờ đến 6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Dán môi (nếu cần).

6.2. Bước 2: Thiết kế khí cụ:

- Đo một số kích thước cần thiết như chiều cao của trụ mũi, chiều cao từ đỉnh mũi đến điểm nhô nhất của trán.
- Gửi số đo và thiết kế khí cụ cho Labo để chế tạo khí cụ.
- Chụp ảnh.

6.3. Bước 3: Chế tạo khí cụ tại Labo.

6.4. Bước 4: Lắp khí cụ:

- Lắp khí cụ và tác động lực.
- Hướng dẫn cho người bệnh/người giám hộ sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.5. Bước 5: Điều trị định kỳ:

- Kiểm tra kết quả điều trị.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Chụp ảnh (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc điều trị:

- Tháo khí cụ trước phẫu thuật.
- Chụp ảnh.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, mũi giảm biến dạng.

- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Dặn dò người bệnh/người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm loét niêm mạc mũi nơi tiếp xúc khí cụ: điều trị viêm loét niêm mạc mũi và điều chỉnh khí cụ, hướng dẫn lại vệ sinh khí cụ nếu cần thiết.
- Gãy, hỏng khí cụ hoặc không sử dụng được khí cụ: sửa chữa hoặc làm lại khí cụ.
- Dị ứng da ở phần tiếp xúc vật liệu dán (nếu sử dụng): điều trị dị ứng da và điều chỉnh vị trí dán.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samuel Berkowitz (2005). Cleft Lip and palate. Diagnosis and management, Springer. p.450-458.

2. Ricardo R. Bennun, et al (2015). Chapter 6: Dynamic Presurgical nasoalveolar remodeling in unilateral and bilateral complete cleft: the DPNR Technique. In Cleft Lip and Palate Management: A Comprehensive Atlas. 1st ed. Wiley-Blackwell. p.65–78.

282. ĐẶT KHÍ CỤ CÓ ỐC NONG ĐIỀU TRỊ TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Biến dạng cung hàm là đặc điểm thường gặp ở khe hở môi-vòm miệng. Nắn chỉnh cung hàm trước phẫu thuật có thể được thực hiện bằng khí cụ có ốc nong hoặc không có ốc nong. Đặt khí cụ có ốc nong là kỹ thuật sử dụng khí cụ tại chỗ để làm rộng cung hàm, giảm biến dạng cung hàm và ngăn thức ăn từ miệng lên mũi.

2. CHỈ ĐỊNH

Khe hở vòm miệng và cung hàm bị hẹp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của khí cụ.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh trong miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ khám.
- Bông, gạc.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Kìm nắn chỉnh răng.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Thiết bị, bộ dụng cụ, vật liệu lấy dấu.
- Bộ dụng cụ đo đạc.
- Ốc nong.
- Vật liệu lưu giữ khí cụ.

- Tăm bông.
- Kéo cắt y tế.
- Tay khoan.
- Vật liệu dán (môi, má.v.v.).
- Vật liệu đệm nền khí cụ (nếu cần).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 3 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 6 giờ đến 8 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Dán môi (nếu cần).

6.2. Bước 2: Lấy dấu:

- Dặn dò người bệnh/người giám hộ cho người bệnh nhịn ăn sữa ít nhất 120 phút trước khi lấy dấu.
- Chụp ảnh.

6.3. Bước 3: Thiết kế khí cụ:

- Được thực hiện trên miệng hoặc phần mềm.
- Thiết kế khí cụ theo số đo của người bệnh.

6.4. Bước 4: Chế tạo khí cụ tại Labo

6.5. Bước 5: Lắp khí cụ:

- Đệm hàm (nếu cần).

- Lắp khí cụ.
- Hướng dẫn cho người bệnh/người giám hộ sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.6. Bước 6: Điều trị định kỳ:

- Kiểm tra kết quả điều trị.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Chụp ảnh (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc điều trị:

- Tháo khí cụ trước phẫu thuật.
- Lấy dấu.
- Chụp ảnh.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, khe hở cung hàm giảm so với trước điều trị.

- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Dặn dò người bệnh/người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm loét niêm mạc nơi tiếp xúc khí cụ: điều trị viêm loét niêm mạc và điều chỉnh khí cụ, hướng dẫn lại vệ sinh khí cụ nếu cần thiết.
- Gãy, hỏng khí cụ hoặc không sử dụng được khí cụ: sửa chữa hoặc làm lại khí cụ.
- Dị ứng da ở phần tiếp xúc vật liệu dán (nếu sử dụng): điều trị dị ứng da và điều chỉnh vị trí dán.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samuel Berkowitz (2005). Cleft Lip and palate. Diagnosis and management, Springer. p.450-458.

2. Ricardo R. Bennun, et al (2015). Chapter 6: Dynamic Presurgical nasoalveolar remodeling in unilateral and bilateral complete cleft: the DPNR Technique. In Cleft Lip and Palate Management: A Comprehensive Atlas. 1st ed, Wiley-Blackwell. p.65–78.

283. ĐẶT KHÍ CỤ KHÔNG CÓ ỐC NONG ĐIỀU TRỊ TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Biến dạng cung hàm là đặc điểm thường gặp ở khe hở môi-vòm miệng. Nắn chỉnh cung hàm trước phẫu thuật có thể được thực hiện bằng khí cụ có ốc nong hoặc không có ốc nong. Đặt khí cụ không có ốc nong là kỹ thuật sử dụng khí cụ tại chỗ nhằm giảm biến dạng cung hàm và ngăn thức ăn từ miệng lên mũi trước khi phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng được thực hiện.

2. CHỈ ĐỊNH

Khe hở vòm miệng và cung hàm không bị hẹp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của khí cụ.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ khám.
- Bông, gạc.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Kìm nắn chỉnh răng.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Thiết bị, bộ dụng cụ, vật liệu lấy dấu.
- Bộ dụng cụ đo đạc.
- Vật liệu lưu giữ khí cụ.
- Tăm bông.
- Kéo cắt y tế.

- Tay khoan.
- Vật liệu dán môi, má.v.v.(nếu cần).
- Vật liệu đệm nền khí cụ (nếu cần).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 3 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 6 giờ đến 7 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Dán môi (nếu cần).

6.2. Bước 2: Lấy dấu:

- Dặn dò người bệnh/người giám hộ cho người bệnh nhịn ăn sữa ít nhất 120 phút trước khi lấy dấu.
- Chụp ảnh.

6.3. Bước 3: Thiết kế khí cụ:

- Được thực hiện trên miệng hoặc phần mềm.
- Thiết kế khí cụ theo số đo của người bệnh.

6.4. Bước 4: Chế tạo khí cụ tại Labo.

6.5. Bước 5: Lắp khí cụ:

- Đệm hàm (nếu cần).
- Lắp khí cụ.
- Hướng dẫn cho người bệnh/người giám hộ sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.6. Bước 6: Điều trị định kỳ:

- Kiểm tra kết quả điều trị.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Chụp ảnh (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc điều trị:

- Tháo khí cụ trước phẫu thuật.
- Lấy dấu.
- Chụp ảnh.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, khe hở cung hàm giảm so với trước điều trị.

- Chuyển giai đoạn điều trị tiếp theo.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm loét niêm mạc nơi tiếp xúc khí cụ: điều trị viêm loét niêm mạc và điều chỉnh khí cụ, hướng dẫn lại vệ sinh khí cụ nếu cần thiết.
- Gãy, hỏng khí cụ hoặc không sử dụng được khí cụ: sửa chữa hoặc làm lại khí cụ.
- Dị ứng da ở phần tiếp xúc vật liệu dán (nếu sử dụng): điều trị dị ứng da và điều chỉnh vị trí dán.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samuel Berkowitz (2005). *Cleft Lip and palate. Diagnosis and management*, Springer. p.450-458.

2. Ricardo R. Bennun, *et al* (2015). *Chapter 6: Dynamic Presurgical nasoalveolar remodeling in unilateral and bilateral complete cleft: the DPNR Technique*. In *Cleft Lip and Palate Management: A Comprehensive Atlas*. 1st ed, Wiley-Blackwell. p.65–78.

284. DÁN MÔI ĐIỀU TRỊ TRƯỚC PHẪU THUẬT KHE HỞ MÔI-VÒM MIỆNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Khe hở môi là dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt gây biến dạng môi và ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng. Dán môi trước phẫu thuật là kỹ thuật sử dụng vật liệu dán môi để làm giảm độ rộng khe hở môi trước khi phẫu thuật khe hở môi-vòm miệng được thực hiện.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khe hở môi toàn bộ.
- Khe hở môi không toàn bộ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm.
- Người bệnh dị ứng với các vật liệu sử dụng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Bộ dụng cụ khám.
- Bông, gạc.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Kéo cắt y tế.
- Vật liệu dán (môi, má.v.v.).
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ dán môi đúng cách cho người bệnh.

6.2. Bước 2: Điều trị định kỳ:

- Kiểm tra dán môi đúng cách.
- Kiểm tra khe hở môi có thu hẹp hay không.
- Chụp ảnh (nếu cần).

6.3. Bước 3: Kết thúc điều trị:

- Tháo vật liệu dán.
- Chụp ảnh.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khe hở môi giảm so với trước điều trị.

- Dặn dò người bệnh/người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

Dị ứng da ở phần tiếp xúc vật liệu dán: điều trị dị ứng da và điều chỉnh vị trí dán.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Không có.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samuel Berkowitz (2005). “Cleft Lip and palate. Diagnosis and management”, Springer, p.455-473.

2. Pradip R.Shetye (2023). *Cleft and Craniofacial Orthodontics*. Wiley Blackwell. p. 90-92.

285. NONG HÀM BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

1. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp hàm hay hẹp cung răng là tình trạng thiếu hụt kích thước theo chiều ngang của xương hàm hoặc cung răng hàm trên hoặc hàm dưới. Điều trị hẹp hàm bằng hàm nong tháo lắp là kỹ thuật sử dụng khí cụ tháo lắp để nong rộng xương hàm hoặc cung răng.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có hẹp hàm do xương và/hoặc do răng.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh hết tăng trưởng.
- Người bệnh mắc dị tật bẩm sinh cốt hoá sớm các khớp.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Dị ứng với vật liệu nắn chỉnh răng.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: Người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Tình trạng vệ sinh răng miệng kém.
- Các cấu trúc giải phẫu bất thường gây khó khăn cho việc lắp khí cụ như lồi xương.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ khám.

- Khí cụ nong hàm.
- Bộ dụng cụ sửa soạn, tháo, điều chỉnh khí cụ nong hàm.
- Bộ dụng cụ lấu dấu.
- Sáp lá.
- Bộ dụng cụ phân tích phim: đèn đọc phim, thước đo phim, giấy vẽ phim, bút vẽ phim.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Giấy cắn, kẹp giấy cắn.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phần mềm nắn chỉnh răng (nếu có).
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 2 giờ đến 3 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu và đổ mẫu.

6.2. Bước 2: Thiết kế khí cụ trên mẫu.

6.3. Bước 3: Chế tạo khí cụ trong Labo.

6.4. Bước 4: Lắp khí cụ:

- Lắp khí cụ lên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách nong, vệ sinh khí cụ.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.5. Bước 5: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh khí cụ (nếu cần).
- Kiểm tra kết quả nong hàm.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, hàm được nong rộng theo kế hoạch.

- Tháo khí cụ, làm sạch răng.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Đau do khí cụ: điều trị đau, điều chỉnh lại khí cụ (nếu cần).
- Gãy khí cụ: sửa chữa hoặc thay khí cụ.
- Viêm, loét niêm mạc miệng do khí cụ: điều trị trị viêm, loét, có thể dừng đeo khí cụ, sau khi điều trị viêm loét ổn định sẽ đeo lại khí cụ.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi: điều trị viêm lợi.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Tái phát: đeo lại khí cụ nong.
- Tiêu chân răng do nong quá mức: dựng lại trục răng để chân răng di chuyển vào trong xương.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Profitt W. R., Henry W. Fields and David M. Sarver (2018). Contemporary Orthodontics. 6th edition. Mosby. p.430-440.

2. Katsuya M, Chihiro K, KeiKo K (2010). Longitừdinal clinical stừdy on the effect of slow maxillary expansion with removable appliances. 20. p.78-83.

3. Anirudh A, Rinku M (2010). "Maxillary expansion". Int J Clin Pediatr Dent. 3. p.139-146

286. ĐẶT KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH GIỮ KHOẢNG RĂNG MẤT

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất răng sữa sớm là tình trạng mất răng sữa trước tuổi thay răng bình thường làm răng xung quanh xô lệch gây ra tình trạng lệch lạc răng vĩnh viễn hoặc răng sữa khác. Một số người bệnh cũng bị mất răng vĩnh viễn sớm hoặc không có mầm răng vĩnh viễn nên cần được giữ khoảng để phục hình răng cố định sau này. Khí cụ được gắn cố định vào cung răng để giữ khoảng cho các mục đích sau này.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh mất sớm các răng hàm sữa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Chưa mọc đủ chiều cao hai răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất để đặt khí cụ.
- Các răng vĩnh viễn trong khoảng mất răng sữa sớm sẽ mọc trong vòng 6 tháng (chân răng vĩnh viễn hình thành được ½ đến ⅔ chân răng).
- Răng mang band có sâu vỡ lớn chưa được tái tạo.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với các thành phần của khí cụ.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Cấu trúc giải phẫu bất thường gây khó chịu, vướng víu, gây đau khi đeo khí cụ như lồi xương.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Band răng 6.
- Chất gắn band.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ gắn band.
- Khí cụ giữ khoảng răng được làm ở Labo, band răng hàm lớn thứ nhất hai bên.
- Bộ dụng cụ bẻ dây.
- Tay khoan.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 3 giờ đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu, đổ mẫu, tách khe và thử band (nếu cần).

6.2. Bước 2: Chọn hoặc thiết kế khí cụ trên mẫu.

6.3. Bước 3: Chế tạo khí cụ tại Labo.

6.4. Bước 4: Lắp khí cụ:

- Gắn khí cụ lên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.5. Bước 5: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ và khớp cắn ổn định, sau điều trị răng vĩnh viễn mọc đúng vị trí.

- Tháo khí cụ, làm sạch răng.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi vật liệu và dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật đường thở.
- Rơi vật liệu và dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Khí cụ không lắp được: sửa khí cụ.
- Viêm lợi hoặc quanh răng các răng mang band do lún hoặc gãy band: điều trị viêm quanh răng và thay band.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi: điều trị viêm lợi.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm lợi hoặc quanh răng các răng sau khi tháo band: điều trị viêm quanh răng.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit, W. R.; Fields, H., Larson, B., & Sarver, D. M. (2018). Contemporary Orthodontics. Mosby. 6th ed. p.388-396.

2. Premkumar, S. (2020). "Essentials of Orthodontics". 4th ed. p. 437.

287. ĐẶT KHÍ CỤ THÁO LẮP GIỮ KHOẢNG RĂNG MẤT

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất răng sữa sớm là tình trạng mất răng sữa trước tuổi thay răng bình thường làm răng xung quanh xô lệch gây ra tình trạng lệch lạc răng vĩnh viễn hoặc răng sữa khác. Một số người bệnh cũng bị mất răng vĩnh viễn sớm hoặc không có mầm răng vĩnh viễn nên cần được giữ khoảng để phục hình răng cố định sau này. Khí cụ này có thể tháo lắp được để giữ khoảng cho các mục đích sau này.

2. CHỈ ĐỊNH

- Mất răng sữa sớm.
- Mất răng vĩnh viễn ở người bệnh chưa trưởng thành.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.
- Dị ứng với vật liệu làm khí cụ.

3.2. Tại chỗ

- Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có nhạy cảm hầu họng không mang được khí cụ tháo lắp trong miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Người bệnh đa sâu răng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.

- Vật liệu lấy dấu.
- Vật liệu đổ mẫu.
- Giấy thử cắn.
- Mũi mài nhựa.
- Bộ dụng cụ khám.
- Phương tiện lấy dấu và đổ mẫu.
- Tay khoan.
- Mũi khoan các loại.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy quét trong miệng (nếu sử dụng).
- Micromotor.
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 3 đến 4 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện phẫu thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Lấy dấu.

6.2. Bước 2: Đổ mẫu.

6.3. Bước 3: Ghi dấu khớp cắn.

6.4. Bước 4: Thiết kế và chế tạo khí cụ tại Labo.

6.5. Bước 5: Lắp khí cụ.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, khớp cắn ổn định.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hướng dẫn cách vệ sinh, sử dụng và bảo quản khí cụ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương.
- Rơi chất lấy dấu vào đường hô hấp: xử trí lấy dị vật.
- Rơi khí cụ vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi khí cụ vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sang thương niêm mạc miệng: điều trị sang thương, chỉnh sửa khí cụ.
- Ảnh hưởng các răng liền kề khí cụ: điều chỉnh khí cụ hoặc ngừng sử dụng khí cụ.

7.3. Biến chứng muộn

- Rơi khí cụ vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi khí cụ vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jane A. Soxman (2021). Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry, 2nd Edition, Wiley-Blackwell Publisher

2. Thực hành lâm sàng nha khoa trẻ em, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, Tr 208-220

288. NẮN CHỈNH RĂNG BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

1. ĐẠI CƯƠNG

Sai khớp cắn là lệch lạc tương quan giữa các răng trên một hàm và/hoặc giữa hai hàm. Nắn chỉnh răng bằng khí cụ tháo lắp là kỹ thuật sử dụng khí cụ tháo lắp để điều trị sai khớp cắn.

2. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp cắn.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Thân răng không đủ chiều cao để lắp khí cụ.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có thể trạng toàn thân kém.
- Người bệnh dị ứng với các thành phần của khí cụ.
- Người bệnh có rối loạn về tâm thần: người bệnh có tâm lý không ổn định dễ rơi vào trạng thái lo lắng, hồi hộp, hoảng sợ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.
- Các cấu trúc giải phẫu bất thường gây khó chịu, vướng víu, gây đau khi đeo khí cụ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ khám.

- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng.
- Bộ dụng cụ làm sạch và đánh bóng răng.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Tay khoan.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 1 giờ đến 2 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị:

- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Lấy dấu.

6.2. Bước 2: Thiết kế khí cụ trên mẫu.

6.3. Bước 3: Chế tạo khí cụ tại Labo.

6.4. Bước 4: Lắp khí cụ:

- Lắp khí cụ lên miệng người bệnh.

- Điều chỉnh khí cụ.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.5. Bước 5: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh khí cụ (nếu cần).
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ và khớp cắn ổn định, đạt mục tiêu điều trị.

- Dừng sử dụng khí cụ và làm sạch răng.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Chuyển giai đoạn điều trị duy trì.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Rơi vật liệu và dụng cụ nhỏ vào đường hô hấp: cấp cứu lấy dị vật đường thở.
- Rơi vật liệu và dụng cụ nhỏ vào đường tiêu hóa: giải thích và theo dõi.
- Sang thương niêm mạc miệng do gãy khí cụ: điều trị sang thương và thay khí cụ khác.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Tái phát: điều trị lại.

7.3. Biến chứng muộn: Tái phát: điều trị lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Profitt WR, Henry W. Fields and David M. Sarver (2018). Contemporary Orthodontics. 6th edition. Mosby. p.310-316.

2. Clemmer EJ, Hayes EW. (1979). Patient cooperation in wearing orthodontic headgear. Am J Orthod. p.517-524.

289. NẮN CHỈNH MẤT CÂN XỨNG HÀM CHIỀU TRƯỚC SAU BẰNG KHÍ CỤ THÁO LẮP

1. ĐẠI CƯƠNG

Mất cân xứng hàm theo chiều trước sau thường gặp trong lâm sàng nắn chỉnh răng, ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và chức năng. Nắn chỉnh mất cân xứng hàm chiều trước sau bằng khí cụ tháo lắp là kỹ thuật sử dụng khí cụ tháo lắp để điều trị đưa hàm dưới ra trước.

2. CHỈ ĐỊNH

Sai khớp cắn loại II xương do lùi hàm dưới, đang trong giai đoạn tăng trưởng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có tình trạng toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Thân răng không đủ chiều cao để lắp khí cụ.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có bệnh lý đang tiến triển như bệnh nha chu, rối loạn chức năng thái dương hàm.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh dị ứng với các thành phần của khí cụ.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Đa sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.
- Các cấu trúc giải phẫu bất thường gây khó chịu, vướng víu, gây đau khi đeo khí cụ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.
- Kỹ thuật viên phục hình.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bơm tiêm, bông, gạc vô khuẩn.
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Vật liệu lấy tương quan khớp cắn ra trước.
- Vật liệu điều chỉnh khí cụ.

- Nhựa tự cứng, dung dịch pha nhựa tự cứng (nếu cần).
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Dụng cụ lấy dấu cắn.
- Dụng cụ làm sạch răng.
- Bộ dụng cụ kìm điều chỉnh khí cụ tháo lắp.
- Bộ dụng cụ mài nhựa.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ chụp ảnh.
- Vật liệu chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy ảnh kỹ thuật số.
- Phương tiện chế tạo khí cụ tại Labo.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật

- Trên ghế răng: từ 4 đến 5 giờ.
- Tại Labo phục hình: từ 5 đến 6 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng và Labo phục hình.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Chuẩn bị:

- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Lấy dấu.
- Đổ mẫu (nếu cần).

6.2. Bước 2: Thiết kế khí cụ trên mẫu.

6.3. Bước 3: Chế tạo khí cụ tại Labo.

6.4. Bước 4: Lắp khí cụ:

- Lắp khí cụ lên miệng người bệnh.
- Điều chỉnh khí cụ.
- Hướng dẫn người bệnh/người giám hộ cách sử dụng và bảo quản khí cụ.

6.5. Bước 5: Tái khám định kỳ:

- Kiểm tra đánh giá tình trạng răng, khớp cắn.
- Kiểm tra tình trạng khí cụ và điều chỉnh khí cụ (nếu cần).
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: khí cụ ổn định, tương quan khớp cắn loại I, tương quan hai hàm ổn định.

- Dừng sử dụng khí cụ khi kết thúc điều trị, làm sạch răng.
- Chụp ảnh, chụp phim X-quang.
- Dặn dò người bệnh/Người giám hộ.
- Chuyển giai đoạn điều trị duy trì.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sang thương niêm mạc miệng do khí cụ: điều trị sang thương và chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ nếu cần.
- Rối loạn thái dương hàm do khí cụ: điều trị khớp thái dương hàm và tạm ngừng đeo khí cụ, chỉnh sửa hoặc làm lại khí cụ khác.
- Sâu răng: điều trị sâu răng.
- Viêm lợi, viêm quanh răng: điều trị viêm.
- Tụt lợi: phối hợp điều trị với chuyên khoa nha chu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Sâu răng: điều trị sâu răng.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Isaacson, K. G., Reed, R. T., Muir, J. D., & Reed, M. T. (2002). Removable Orthodontic Appliances. Wright. p.63-85.

2. Lee W. Graber, Katherine W. L.(2023). Orthodontics: Current Principles and Techniques 7th Edition. Elsevier. Chapter 39. p.e1-e45.

290. PHẪU THUẬT CẮT CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Chân răng không thể điều trị bảo tồn trong một số trường hợp bệnh lý (nội nha, nha chu, chấn thương.v.v.). Phẫu thuật cắt chân răng là kỹ thuật lấy bỏ chân răng bệnh lý không có khả năng bảo tồn ở răng nhiều chân, phần răng còn lại được điều trị và giữ lại để phục hồi chức năng ăn nhai và thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng có túi lợi bệnh lý ở một chân răng không bảo tồn được.
- Chân răng điều trị nội nha không thành công: gãy hoặc nứt chân răng, ống tủy tắc hoặc gãy dụng cụ không lấy ra được, thủng chân răng.
- Chấn thương gãy chân răng.
- Tổn thương bệnh lý nội tiêu, ngoại tiêu chân răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Răng lung lay độ 3 trở lên.
- Xương ổ răng không đảm bảo vững chắc cho phần chân răng còn lại.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, đái tháo đường, hút thuốc lá.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.
- Tổn thương các cấu trúc giải phẫu liên quan.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn tại chỗ.

5.3. Thiết bị y tế

- Bông, gạc vô khuẩn.
- Mũi khoan kim cương.
- Mũi khoan tungsten.
- Tay khoan các loại.
- Chỉ phẫu thuật không tiêu.
- Bột băng phẫu thuật.
- Nước súc miệng.
- Nước muối sinh lý.
- Cồn 70 độ.
- Oxy già.
- Đầu cao răng trên lợi, dưới lợi
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật trong miệng
- Bộ dụng cụ nhổ răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy lấy cao răng siêu âm
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn..

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.v.v.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Tạo vạt niêm mạc:

Rạch và bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ vùng phẫu thuật.

6.3. Bước 3: Lấy bỏ chân răng:

- Bộc lộ chân răng cần cắt.
- Chia cắt chân răng và phần thân răng tương ứng.
- Lấy bỏ phần thân và chân răng đã chia tách.
- Làm nhẵn bề mặt vừa cắt.
- Làm nhẵn bề mặt chân răng còn lại.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt niêm mạc

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật.

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu và lấy hết chân răng bệnh lý.

- Dặn dò người bệnh, hẹn cắt chỉ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: băng ép hoặc khâu cầm máu thêm nếu cần.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.-Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khoa Bệnh học quanh răng, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2013); ISBN 978-604-0-11023-7

2. Newman and Carranza's Clinical Periodontology E-Book. Elsevier Health Sciences (2019); ISBN 978-0-323-52300-4

291. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG/CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nhổ răng/chân răng vĩnh viễn là kỹ thuật lấy bỏ những răng/chân răng bệnh lý không có khả năng bảo tồn hoặc bảo tồn thất bại hoặc khi cần phải phối hợp với các điều trị khác.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng/chân răng không có khả năng bảo tồn:

+ Viêm quanh răng nặng.

+ Răng sâu mất nhiều mô cứng do các nguyên nhân.

+ Răng lung lay độ 3, 4.

- Răng thừa.
- Răng mọc lạc chỗ.
- Răng có chỉ định nhổ để nắn chỉnh răng, phục hình răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Hình thể răng hoặc chân răng bất thường có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.

- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Mũi khoan (nếu cần).
- Kìm, bẩy nhổ răng.
- Tay khoan (nếu cần).
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tách dây chằng quanh răng.

6.3. Bước 3: Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.

6.4. Bước 4: Lấy răng ra khỏi ổ răng.

6.5. Bước 5: Kiểm soát huyệt ổ răng.

6.6. Bước 6: Tạo hình huyệt ổ răng (nếu cần).

6.7. Bước 7: Cầm máu.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.

- Hẹn tái khám.

- Kê đơn thuốc.

- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và đóng lỗ thông xoang.
- Sang chấn tổ chức lân cận (răng hoặc dây thần kinh): theo dõi.
- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

292. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN CÓ CHIA CẮT THÂN/CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nhổ răng vĩnh viễn là kỹ thuật lấy bỏ những răng bệnh lý không có khả năng bảo tồn hoặc bảo tồn thất bại hoặc phối hợp với các điều trị khác.

Răng có chỉ định nhổ khi bị lệch, kẹt thì có thể cần thêm bước chia cắt thân răng và/hoặc chân răng khi nhổ so với nhổ răng vĩnh viễn thông thường.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng không có khả năng bảo tồn:

+ Viêm quanh răng nặng.

+ Răng sâu mất nhiều mô cứng do các nguyên nhân.

- Răng thừa.

- Răng mọc lạc chỗ.

- Răng có chỉ định nhổ để nắn chỉnh răng, phục hình răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.

- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.

- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Hình thể răng hoặc chân răng bất thường có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Mũi khoan các loại.
- Kìm, bẩy nhổ răng.
- Tay khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tách dây chằng quanh răng.

6.3. Bước 3: Cắt điểm kẹt thân răng/chia cắt thân/chân răng.

6.4. Bước 4: Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.

6.5. Bước 5: Lấy răng ra khỏi ổ răng.

6.6. Bước 6: Kiểm soát huyệt ổ răng.

6.7. Bước 7: Tạo hình huyệt ổ răng (nếu cần).

6.8. Bước 8: Cầm máu.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và đóng lỗ thông xoang.
- Sang chấn tổ chức lân cận (răng hoặc dây thần kinh): theo dõi.
- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

293. PHẪU THUẬT LẤY RĂNG/CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN NGẦM

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng/chân răng ngầm là răng/chân răng bị kẹt hoàn toàn trong xương hàm. Các răng/chân răng ngầm này có thể gây biến chứng nang thân răng, tiêu chân răng bên cạnh hoặc các biến chứng khác. Phẫu thuật lấy răng/chân răng ngầm giúp loại bỏ các biến chứng hoặc các yếu tố nguy cơ đồng thời hỗ trợ các điều trị nha khoa khác.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng ngầm gây cản trở các răng khác mọc.
- Răng ngầm gây di lệch răng bên cạnh.
- Răng/chân răng ngầm gây nang thân răng.
- Răng/chân răng ngầm chèn ép dây thần kinh gây đau.
- Răng/chân răng ngầm gây tổn thương răng kế cận.
- Răng/chân răng ngầm gây rối loạn chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Hình thể răng hoặc chân răng bất thường có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Kìm, bẩy nhổ răng.
- Tay khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tạo vạt toàn phần và mở xương.

6.3. Bước 3: Chia cắt thân, chân răng bằng dụng cụ thích hợp (nếu cần).

6.4. Bước 4: Dùng bẩy tách răng/chân răng với xương ổ răng.

6.5. Bước 5: Lấy răng/chân răng ra khỏi ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

6.6. Bước 6: Kiểm soát huyệt ổ răng.

6.7. Bước 7: Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.

6.8. Bước 8: Khâu cầm máu nếu cần.

6.9. Bước 9: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Sang chấn răng liền kề: tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định.
- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và đóng lỗ thông xoang.
- Tổn thương thần kinh: điều trị tổn thương thần kinh.
- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân, đặt dẫn lưu và chăm sóc tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

294. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG/CHÂN RĂNG VĨNH VIỄN CÓ MỞ XƯƠNG VÀ CHIA CẮT THÂN/CHÂN RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nhổ răng vĩnh viễn là kỹ thuật lấy bỏ những răng bệnh lý không có khả năng bảo tồn hoặc bảo tồn thất bại hoặc phối hợp với các điều trị khác.

Răng có chỉ định nhổ khi bị lệch, kẹt thì có thể cần thêm bước chia cắt răng và mở xương khi nhổ so với nhổ răng vĩnh viễn thông thường.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng không có khả năng bảo tồn:

+ Viêm quanh răng nặng.

+ Răng sâu mất nhiều mô cứng do các nguyên nhân.

- Răng thừa.

- Răng mọc lạc chỗ.

- Răng có chỉ định nhổ để nắn chỉnh răng, phục hình răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.

- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.

- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.

- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Hình thể răng hoặc chân răng bất thường có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.

- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.

- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Mũi khoan các loại.
- Kìm, bẩy nhổ răng.
- Tay khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tách dây chằng quanh răng.

6.3. Bước 3: Cắt điểm kẹt thân răng, chia cắt chân răng.

6.4. Bước 4: Mở xương để bộc lộ răng và tạo điểm bẩy.

6.5. Bước 5: Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.

6.6. Bước 6: Lấy răng ra khỏi ổ răng.

6.7. Bước 7: Kiểm soát huyệt ổ răng.

6.8. Bước 8: Tạo hình huyệt ổ răng (nếu cần)..

6.9. Bước 9: Cầm máu.

6.10. Bước 10: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Chân răng lọt vào xoang hàm hoặc thông đáy xoang: lấy chân răng và đóng lỗ thông xoang.
- Sang chấn tổ chức lân cận (răng hoặc dây thần kinh): theo dõi.
- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

295. PHẪU THUẬT MỞ XƯƠNG CHO RĂNG MỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Các răng mọc chậm do nhiều nguyên nhân khác nhau trong đó có nguyên nhân do xương. Phẫu thuật mở xương cho răng mọc là kỹ thuật lấy bỏ một phần xương bao quanh thân răng để bộc lộ phần thân răng. Việc lấy bỏ xương tạo điều kiện cho răng mọc về đúng vị trí trong cung hàm.

2. CHỈ ĐỊNH

Các răng vĩnh viễn còn nằm toàn bộ trong xương hàm mà đã đến tuổi hoặc quá tuổi mọc răng đó.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Hình thể răng hoặc chân răng bất thường có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Kìm, bẩy nhổ răng.
- Tay khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng.

6.2. Bước 2: Tạo vạt toàn bộ và mở xương quanh thân răng .

6.3. Bước 3: Gắn button để kéo răng nếu cần.

6.4. Bước 4: Khâu đóng vạt và cầm máu.

6.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Tổn thương răng lân cận: kiểm tra khớp cắn, cố định (nếu cần) và theo dõi tủy răng lân cận.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

296. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM TRÊN MỌC LỆCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng khôn hàm trên mọc lệch thường không có chức năng ăn nhai và còn có thể gây ra các biến chứng khác. Phẫu thuật nhổ các răng khôn mọc lệch giúp quá trình ăn nhai bình thường và tránh được các biến chứng về sau.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gây cản trở các răng khác mọc.
- Gây lệch lạc răng phải nhổ để nắn chỉnh răng.
- Có nang quanh thân răng.
- Gây tổn thương răng kế cận.
- Gây rối loạn chức năng.
- Có tình trạng viêm quanh thân răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Hình thể răng hoặc chân răng bất thường có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.

- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Kìm, bẩy nhổ răng.
- Tay khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tạo vạt toàn bộ và mở xương quanh thân răng nếu cần.

6.3. Bước 3: Lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

6.4. Bước 4: Kiểm soát huyệt ổ răng.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt và cầm máu.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.

- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Tổn thương răng lân cận: kiểm tra khớp cắn, cố định (nếu cần) và theo dõi tủy răng lân cận.
- Gãy chân răng: cân nhắc lấy mảnh chân răng.
- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.
- Gãy vỡ lồi củ: theo dõi, cố định nếu cần
- Thủng xoang hàm/ răng chui vào xoang hàm: mở xoang hàm lấy răng.
- Đẩy răng cần nhổ vào vùng má, cơ cắn: lấy răng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Chảy máu: cầm máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

297. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỌC LỆCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Các răng khôn hàm dưới mọc lệch không có chức năng ăn nhai và có thể hoặc gây ra các biến chứng tại chỗ và toàn thân. Việc nhổ răng khôn mọc lệch sẽ loại trừ nguyên nhân gây viêm nhiễm và giúp cho các điều trị nha khoa khác được thuận lợi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Gây cản trở các răng khác mọc.
- Cản trở quá trình di chuyển các răng khi nắn chỉnh.
- Có nang quanh thân răng.
- Gây tổn thương răng kế cận.
- Gây rối loạn chức năng.
- Có tình trạng viêm quanh thân răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Có các bệnh toàn thân chưa được kiểm soát như: tiểu đường, huyết áp cao, đang dùng thuốc chống đông.v.v..

4.2. Tại chỗ: Hình thể răng hoặc chân răng có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tạo vạt toàn phần và mở xương quanh thân răng bằng tay khoan nếu cần.

6.3. Bước 3: Lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

6.4. Bước 4: Kiểm soát huyệt ổ răng.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt và cầm máu.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

- Tổn thương răng lân cận: kiểm tra khớp cắn, cố định (nếu cần) và theo dõi tủy răng lân cận.
- Gãy chân răng: cân nhắc lấy mảnh chân răng.
- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.
- Tổn thương dây thần kinh: theo dõi hoặc điều trị tổn thương dây thần kinh.
- Vỡ xương (bản trong): theo dõi hoặc cố định lại xương.
- Tổn thương các thành phần trong ống răng dưới: theo dõi.
- Đẩy răng/chóp chân răng vào sàn miệng: lấy răng/chóp răng.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Chảy máu: cầm máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

298. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CHIA CẮT RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong một số trường hợp thân răng khôn mọc lệch bị kẹt dưới thân răng liền kề hoặc xương hàm gây cản trở đường di chuyển của răng khỏi xương ổ. Phẫu thuật nhổ răng khôn mọc lệch có cắt răng giúp việc nhổ răng được thuận lợi đồng thời giảm sang chấn răng liền kề.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng khôn mọc lệch có phần thân răng bị kẹt dưới thân răng liền kề.
- Răng khôn mọc lệch có chân răng không đồng hướng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Hình thể răng hoặc chân răng bất thường có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.

- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Mũi khoan các loại.
- Kìm, bẩy nhổ răng.
- Tay khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tách niêm mạc, dây chằng quanh răng.

6.3. Bước 3: Cắt điểm kẹt thân răng, chia cắt chân răng nếu cần.

6.4. Bước 4: Dùng bẩy tách chân răng với xương ổ răng.

6.5. Bước 5: Lấy răng ra khỏi ổ răng.

6.6. Bước 6: Kiểm soát huyệt ổ răng.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.

- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Sang chấn răng liền kề: tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định.
- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Chảy máu: cầm máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

299. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN MỌC LỆCH CÓ CHIA CẮT RĂNG VÀ MỞ XƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng khôn mọc lệch có chân răng dị dạng hoặc chân răng sát ống thần kinh hàm dưới hoặc xoang hàm thì cần phải cắt và chia tách chân răng, mở xương tạo điểm bẩy. Phẫu thuật cắt thân, chia chân răng, mở xương tạo điểm bẩy giúp cho quá trình nhổ răng thuận lợi đồng thời hạn chế tổn thương các cấu trúc giải phẫu lân cận.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng khôn mọc lệch có phần thân răng bị kẹt và răng có nhiều chân hoặc chân dị dạng sát các cấu trúc giải phẫu quan trọng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Hình thể răng hoặc chân răng bất thường có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Kìm, bẩy nhổ răng.
- Tay khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 15 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tạo vạt toàn phần bộc lộ phần thân răng nếu cần.

6.3. Bước 3: Cắt điểm kẹt thân răng nếu cần bằng tay khoan.

6.4. Bước 4: Lấy phần thân răng ra khỏi huyệt ổ răng.

6.5. Bước 5: Cắt và chia tách chân răng bằng tay khoan.

6.6. Bước 6: Mở xương tạo điểm bẩy.

6.7. Bước 7: Lấy phần chân răng ra khỏi huyệt ổ răng bằng dụng cụ thích hợp.

6.8. Bước 8: Kiểm soát huyệt ổ răng.

6.9. Bước 9: Khâu đóng phần mềm trong trường hợp có tạo vạt.

6.10. Bước 10: Cắn gạc.

6.11. **Bước 11:** Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Gãy chân răng: cân nhắc lấy mảnh chân răng.
- Sang chấn răng liền kề: tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định.
- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.
- Tổn thương dây thần kinh: theo dõi hoặc điều trị thần kinh.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân, đặt dẫn lưu và chăm sóc tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

300. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong một số trường hợp xương ổ răng có hình dạng và kích thước bất thường gây ảnh hưởng đến việc lành thương, thẩm mỹ hoặc các điều trị khác. Các xương ổ răng này cần được phẫu thuật tạo hình lại để phù hợp với các tổ chức xung quanh đồng thời tạo thuận lợi cho các điều trị tiếp theo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sống hàm vùng răng trước sau khi mất răng phát triển ra trước quá mức.
- Sống hàm biến dạng hình thể làm trở ngại mang hàm giả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Xương ổ răng liên quan các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.

- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Rạch niêm mạc màng xương.

6.3. Bước 3: Bóc tách bộc lộ sống hàm.

6.4. Bước 4: Tạo hình sống hàm bằng dụng cụ thích hợp.

6.5. Bước 5: Bơm rửa, làm sạch vùng phẫu thuật.

6.6. Bước 6: Khâu đóng niêm mạc màng xương.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

301. PHẪU THUẬT CẮT/NẠO XƯƠNG Ổ RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Xương ổ răng bị viêm nhiễm do bệnh lý hoặc tai biến điều trị sẽ không lành thương được. Việc phẫu thuật cắt/nạo xương ổ răng nhằm loại bỏ phần tổ chức viêm nhiễm, tạo thuận lợi cho quá trình lành thương.

2. CHỈ ĐỊNH

Viêm hoại tử xương ổ răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Xương ổ răng liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.

- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tạo vạt toàn phần bộc lộ vùng xương chết.

6.3. Bước 3: Lấy toàn bộ vùng xương chết đến vùng xương bình thường.

6.4. Bước 4: Làm sạch vùng phẫu thuật.

6.5. Bước 5: Khâu đóng vạt niêm mạc.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

302. PHẪU THUẬT CẤY CHUYỂN RĂNG/ MẦM RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Một số răng vĩnh viễn có chỉ định nhổ trong khi người bệnh lại có một số răng còn nguyên vẹn nhưng không có chức năng (răng khôn, răng mọc ngoài cung hàm). Đây là kỹ thuật chuyển răng/ mầm răng từ vị trí này sang vị trí khác trên cung hàm của người bệnh đó nhằm thay thế răng đã có chỉ định nhổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có răng có chỉ định nhổ, đồng thời có một răng thừa hoặc răng/ mầm răng khôn không có chức năng hoặc ít chức năng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Răng được cấy ghép khác nhiều về kích thước và hình thể với răng có chỉ định nhổ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Hình thể răng hoặc chân răng có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.

- Nẹp cố định, chất gắn nẹp.
- Xi măng phẫu thuật.
- Composite.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Tay khoan các loại.
- Đèn quang trùng hợp.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ và gây tê vùng.

6.1. Bước 1: Nhổ răng/ mầm răng cấy chuyển:

- Sát khuẩn.
- Tách bóc nếp niêm mạc
- Dùng kìm và bẩy thích hợp làm lỏng răng với huyệt ổ răng.
- Chưa lấy răng ra khỏi huyệt ổ răng.

6.2. Bước 2: Nhổ răng có chỉ định nhổ:

- Tách bóc nếp niêm mạc
- Dùng kìm và bẩy thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát và sửa soạn huyệt ổ răng cho phù hợp với răng cấy chuyển.
- Đảm bảo huyệt ổ răng sẵn sàng tiếp nhận răng cấy chuyển.

6.3. Bước 3: Cấy răng/ mầm răng mới nhổ vào huyệt ổ răng nhận:

- Nhổ răng cấy chuyển: dùng kìm lấy răng cấy chuyển ra khỏi huyệt ổ răng. Lưu ý không được làm sang chấn thân răng và chân răng.
- Đặt răng/ mầm răng vừa nhổ vào huyệt ổ răng nhận.
- Kiểm soát và điều chỉnh để đạt mức độ phù hợp giữa răng cấy và ổ răng nhận.
- Kiểm tra khớp cắn, đảm bảo răng cấy chuyển cách mặt phẳng cắn khoảng 2mm.
- Cố định răng.
- Đắp xi măng phẫu thuật.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, răng được cấy chuyển ổn định trên cung hàm.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Tổn thương răng lân cận: kiểm tra khớp cắn, cố định (nếu cần) và theo dõi tủy răng lân cận.
- Gãy chân răng cấy chuyển: nhổ chân răng
- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.
- Răng lung lay: cố định lại.
- Sang chấn khớp cắn: điều chỉnh khớp cắn.

7.3. Biến chứng muộn: Răng cấy chuyển bị viêm nhiễm và lung lay: lấy bỏ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

303. PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG SANG CHẤN TỐI THIỂU

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhổ răng sang chấn tối thiểu là phương pháp lấy bỏ răng bằng lực tối thiểu và gây ra ít sang chấn nhất cho mô và tổ chức xung quanh với mục đích cuối cùng là giảm đau, giảm biến chứng sau phẫu thuật và bảo tồn tính toàn vẹn của cấu trúc xương và mô mềm xung quanh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nhổ răng tổng quát.
- Nhổ răng để cấy implant.
- Nhổ răng để cấy chuyển răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện phẫu thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh huyết áp cao, hút thuốc lá, bệnh đái tháo đường.
- Người bệnh dùng thuốc chống đông máu và thuốc ức chế miễn dịch.v.v.
- Người bệnh có bệnh tim mạch, hen phế quản.
- Người bệnh có tiền sử dị ứng.

4.2. Tại chỗ

- Hình thể răng hoặc chân răng có liên quan đến các cấu trúc giải phẫu lân cận.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tê, bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Vật liệu cầm máu.
- Chỉ phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ khám.
- Tay khoan các loại.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng.
- Bộ dụng cụ nhổ răng không sang chấn.
- Bộ dụng cụ cắt răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy phẫu thuật siêu âm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 45 phút đến 60 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ kết hợp với tê vùng nếu cần.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn trong và ngoài miệng bằng dung dịch sát khuẩn thích hợp.

6.2. Bước 2: Tạo đường rạch tối thiểu (nếu cần).

6.3. Bước 3: Cắt dây chằng quanh răng bằng máy phẫu thuật siêu âm hoặc dụng cụ periotome.

6.4. Bước 4: Cắt thân hoặc chia chân răng (nếu cần) và lấy răng bằng dụng cụ thích hợp.

6.5. Bước 5: Bảo tồn ổ răng bằng các vật liệu ghép và kiểm soát huyệt ổ răng.

6.6. Bước 6: Cầm máu.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Sai khớp thái dương hàm: nắn khớp.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oral Surgery, Fragiskos D. Fragiskos, SpringerLink, 2007.

2. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani&Paul Tiwan, Saunder Elsevier Inc, 2016

304. ĐẶT VẬT LIỆU TỰ THÂN (PRP, PRF, PDGF.V.V.) TRONG ĐIỀU TRỊ RĂNG HÀM MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Có nhiều phương thức để đẩy nhanh quá trình lành thương trong đó có kỹ thuật ghép vật liệu tự thân có nguồn gốc từ máu. Đây là kỹ thuật ly tâm máu nhằm tạo ra các sản phẩm có nồng độ tiểu cầu và yếu tố tăng trưởng cao sau đó ghép vào vùng phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Cấy ghép implant nha khoa.
- Phẫu thuật và tiểu phẫu thuật vùng hàm mặt.
- Ghép xương.
- Phẫu thuật nha chu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Có các bệnh toàn thân chưa được kiểm soát như: các bệnh lý về máu, đang dùng thuốc chống đông.v.v..

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bông, gạc vô khuẩn.v.v.
- Găng tay khám.
- Dây garo.
- Thuốc sát khuẩn.
- Ống thuỷ tinh chân không 10 ml vô khuẩn, không có chất chống đông.

- Kim bướm lấy máu.
- Bộ dụng cụ khám.
- Hộp bảo quản khối vật liệu tự thân.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa hoặc Bàn thủ thuật.
- Monitor theo dõi người bệnh.
- Máy ly tâm.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 45 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Lấy máu tĩnh mạch vào ống nghiệm.

6.3. Bước 3: Tạo khối PRP, PRF .v.v.

- Ly tâm máu theo quy trình.
- Bảo quản khối vật liệu.
- Sử dụng khối vật liệu theo mục đích điều trị.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi kết thúc quy trình:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định.

+ Tại chỗ: không chảy máu, lấy hết răng/chân răng.

- Hướng dẫn người bệnh chăm sóc sau phẫu thuật, hẹn cắt chỉ nếu cần.
- Hẹn tái khám.
- Kê đơn thuốc.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Lấy máu không được: thực hiện lại quy trình.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani & Paul Tiwana, Saunder Elsevier Inc, 2016.

2. JIACD Continuing Education Introduccing Choukroun's Platelet Rich Fibrin (PRF) to the Reconstructive Surgery Milieu. 2009.

Michael Toffler, DDS.Nicholas Toscano, DDS, MS.Dan Holtzclaw, DDS,MS Marco Del Corso, DDS,DIU. David Dohan Ehrenfest, DDS, MS, PhD.

3. Atlas of Oral and Maxillofacial Surgery, Deepak Kademani & Paul Tiwana, Saunder Elsevier Inc, 2016.

305. TRÁM BÍT HỐ RÃNH DỰ PHÒNG SÂU RĂNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Hố rãnh trên răng là những vị trí có nguy cơ sâu răng. Có nhiều phương pháp dự phòng sâu răng, trong đó trám bít hố rãnh răng là kỹ thuật sử dụng vật liệu thích hợp phủ kín các hố rãnh trên bề mặt răng nhằm để giảm nguy cơ gây sâu răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng mới mọc có cấu trúc hố rãnh phức tạp.
- Đốm trắng vùng hố rãnh răng.
- Người bệnh có nguy cơ sâu răng cao.
- Người bệnh mang khí cụ nắn chỉnh răng.
- Người bệnh cần chăm sóc đặc biệt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Dị ứng với các thành phần của vật liệu trám bít.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh đang có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ khám.
- Ống hút nước bọt.
- Chổi đánh bóng răng.
- Vật liệu trám bít.
- Bột đánh bóng không có Fluor.
- Dung dịch xử lý bề mặt.
- Tay khoan.

- Mũi khoan các loại.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp (nếu cần).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Bác sỹ giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 40 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Làm sạch răng và chuẩn bị bề mặt :

- Dùng chổi làm sạch răng.
- Rửa sạch răng.

6.3. Bước 3: Cách ly răng:

Cách ly răng bằng phương tiện thích hợp.

6.4. Bước 4: Sửa soạn răng:

- Đối với chất trám bít là Glass ionomer cement:

+ Dùng chất xử lý conditioner.

+ Rửa sạch với nước.

+ Làm khô.

- Đối với vật liệu dán dính:

+ Xoi mòn men bằng acid phosphoric 37%.

+ Rửa sạch với nước.

+ Làm khô.

+ Bôi keo dán, chiếu đèn.

6.5. Bước 5: Đặt vật liệu trám bít :

- Đặt chất trám bít che phủ kín các bề mặt cần trám bít.
- Bôi chất cách ly bề mặt (nếu cần).
- Chiếu đèn quang trùng hợp (nếu cần).
- Rửa sạch miếng trám với nước trong 60 giây.

6.6. Bước 6: Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn

- Sử dụng giấy cắn kiểm tra khớp cắn.
- Sử dụng chỉ tơ nha khoa lấy đi vật liệu thừa giữa các răng.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: vết trám kín khít, khớp cắn bình thường.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sang chấn phần mềm: điều trị sang thương.
- Rơi dụng cụ vào đường tiêu hoá: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hoá.
- Rơi dụng cụ vào đường hô hấp: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường thở.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Bong/vỡ chất trám bít: trám bít lại.

7.3. Biến chứng muộn: Sâu răng: điều trị sâu răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thực hành lâm sàng nha khoa trẻ em, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, Tr 37-40

2. Dentistry for child and adolescent, 9th edition, Mosby, Ralph E Mc Donald, David R. Avery, Jeffrey A. Dean (2011).

306. HÀN RĂNG KHÔNG SANG CHẤN BẰNG GIC

1. ĐẠI CƯƠNG

Sâu răng là một bệnh nhiễm khuẩn phổ biến gây phá vỡ tổ chức cứng của răng. Có nhiều phương pháp để điều trị, trong đó hàn răng không sang chấn bằng Glass Ionomer Cement (GIC) là kỹ thuật điều trị nhằm phục hồi tổn thương men, ngà răng bằng GIC với dụng cụ cầm tay.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng sâu men, ngà.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với GIC.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện thủ thuật.

3.2. Tại chỗ.

- Sâu răng có nguy cơ tổn thương tủy.
- Răng có chỉ định nhổ.
- Xoang sâu có miệng bé không đưa dụng cụ cầm tay vào được.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ khám.
- Ống hút nước bọt.
- Cây nạo ngà.
- Cây vạt men.
- Glass ionomer cement (GIC).
- Dung dịch xử lý bề mặt xoang trám.

- Chất cách ly.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Bác sỹ giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 15 phút đến 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Làm sạch răng và chuẩn bị bề mặt:

- Loại trừ mảng bám trên bề mặt răng bằng phương tiện thích hợp.
- Dùng cây vạt men thích hợp để mở rộng xoang sâu.
- Dùng cây nạo ngà thích hợp để lấy mô ngà bệnh lý và hoại tử.
- Rửa sạch xoang trám.

6.3. Bước 3: Cách ly răng:

- Cách ly răng bằng phương tiện thích hợp.
- Làm khô xoang trám.

6.4. Bước 4: Sửa soạn xoang trám:

- Đặt dung dịch xử lý bề mặt vào xoang trám.
- Rửa sạch và làm khô xoang trám.

6.5. Bước 5: Đặt vật liệu trám:

- Trộn GIC.
- Dùng dụng cụ đưa GIC lấp đầy xoang trám.
- Chỉnh sửa bề mặt khối phục hồi trước khi vật liệu đông cứng.
- Phủ chất cách ly lên bề mặt miếng trám.

6.6. Bước 6: Điều chỉnh khớp cắn:

- Kiểm tra khớp cắn, tiếp tục lấy vật liệu thừa nếu có.
- Phủ lại chất cách ly lên bề mặt miếng trám.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: vết trám kín khít, đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Sang chấn phần mềm: điều trị sang thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sang chấn khớp cắn: điều chỉnh khớp cắn.
- Bong, vỡ khối vật liệu trám: trám lại.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong, vỡ khối vật liệu trám: trám lại.
- Viêm tủy: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thực hành lâm sàng nha khoa trẻ em, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, Tr 104-109.

2. The atraumatic restorative treatment approach for primary teeth, Smales RJ, Yip HK (2002), Pediatr Dent, vol 22, pp 294-298.

307. PHỤC HỒI THÂN RĂNG SỮA BẰNG GIC

1. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương mất mô cứng của răng sữa do nhiều nguyên nhân, có nhiều phương pháp để điều trị, trong đó kỹ thuật phục hồi thân răng sữa bằng Glass Ionomer Cement (GIC) nhằm phục hồi thân răng sữa được sử dụng phổ biến.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa sâu men, ngà.
- Răng sữa có tổn thương mô cứng do nguyên nhân khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Dị ứng với GIC.

3.2. Tại chỗ

Răng sữa:

- Viêm tủy không hồi phục.
- Tủy hoại tử.
- Viêm quanh chóp răng.
- Có chỉ định nhổ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.

- Dung dịch xử lý bề mặt xoang trám.
- GIC.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 15 phút đến 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly cô lập răng:

Sử dụng đê cao su hoặc phương tiện cách ly thích hợp (nếu cần).

6.3. Bước 3: Chuẩn bị xoang trám:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.
- Làm sạch mô ngà bệnh lý và hoại tử bằng dụng cụ thích hợp.
- Làm khô xoang trám.
- Xử lý bề mặt xoang trám.
- Rửa sạch và làm khô xoang trám.

6.4. Bước 4: Trám phục hồi:

- Dùng dụng cụ thích hợp đưa GIC lấp đầy xoang trám.
- Nén nhẹ và sửa bề mặt khối phục hồi trước khi vật liệu đông cứng.
- Bôi cách ly lên bề mặt miếng trám.

6.5. Bước 5: Kiểm tra khớp cắn:

- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

- Bôi lại chất cách ly lên bề mặt miếng trám.

6.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: phục hồi đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Tổn thương hở tủy: che tủy hoặc điều trị nội nha.
- Sang thương lợi, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Bong, vỡ khối vật liệu: trám lại.
- Viêm tủy: điều trị nội nha.
- Viêm lợi: điều trị viêm lợi và hướng dẫn vệ sinh răng miệng.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong, vỡ khối vật liệu: trám lại.
- Tủy hoại tử: điều trị nội nha.
- Viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr 179-186), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-24649-3.

2. American Academy of Pediatric Dentistry, Jenny Stigers, The Reference Manual of Pediatric Dentistry: Definitions, Oral Health Policies, Recommendations, Endorsements, Resources, (Tr401-414) (2019), ISBN 1733497811.

308. PHỤC HỒI THÂN RĂNG SỮA BẰNG VẬT LIỆU DÁN DÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Tổn thương mất mô cứng của răng sữa do nhiều nguyên nhân, có nhiều loại vật liệu được sử dụng để điều trị, trong đó có vật liệu dán dính.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng sữa:

- Sâu men, sâu ngà.
- Gãy men, ngà do chấn thương.
- Mất men, ngà do những nguyên nhân khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh dị ứng với vật liệu trám phục hồi.

3.2 Tại chỗ

Răng sữa:

- Viêm tủy không hồi phục.
- Tủy hoại tử, răng viêm quanh chóp.
- Có chỉ định nhổ.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có viêm nhiễm trong miệng.
- Tổn thương mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.

- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ vật liệu dán dính.
- Dung dịch làm sạch lỗ sâu.
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Bộ hoàn thiện và đánh bóng.
- Bộ phương tiện cách ly (nếu cần).
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 15 phút đến 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly cô lập răng :

Sử dụng đê cao su hoặc phương tiện cách ly thích hợp (nếu cần).

6.3. Bước 3: Chuẩn bị xoang trám

- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.
- Làm sạch mô ngà bệnh lý và hoại tử bằng dụng cụ thích hợp.
- Làm khô xoang trám.

6.4. Bước 4: Phục hồi xoang trám bằng vật liệu dán dính:

- Đặt khuôn trám (nếu cần).

- So màu răng để chọn vật liệu có màu sắc phù hợp.
- Etching men và ngà răng bằng axít phosphoric 37%.
- Rửa sạch và làm khô xoang trám.
- Phủ keo dán dính và chiếu đèn.
- Đặt vật liệu trám theo từng lớp dưới 2mm và tái tại hình thể thân răng.
- Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp.

6.5. Bước 5: Kiểm tra tiếp xúc mặt bên và khớp cắn.

6.6. Bước 6: Hoàn thiện và đánh bóng sau trám:

- Kiểm tra và mài chỉnh khớp cắn.
- Đánh bóng bề mặt miếng trám.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: vết trám kín khít, đạt yêu cầu về chức năng và thẩm mỹ, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Sang thương lợi, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.
- Tổn thương hở tủy: che tủy.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm lợi: điều trị viêm lợi và hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Sang chấn khớp cắn: điều chỉnh khớp cắn.
- Viêm tủy: điều trị nội nha.
- Bong, gãy khối vật liệu phục hồi: trám lại.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong, gãy khối vật liệu phục hồi: trám lại.
- Tủy hoại tử: điều trị nội nha.
- Viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr 179-186), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-24649-3

2. American Academy of Pediatric Dentistry, Jenny Stigers, The Reference Manual of Pediatric Dentistry: Definitions, Oral Health Policies, Recommendations, Endorsements, Resources, (Tr401-414) (2019), ISBN 1733497811.

309. PHỤC HỒI MEN RĂNG KÉM KHOÁNG HÓA BẰNG VẬT LIỆU VI XÂM LẤN

1. ĐẠI CƯƠNG

Men răng kém khoáng hóa do nhiều nguyên nhân. Có nhiều phương pháp điều trị bệnh lý này, trong đó có kỹ thuật điều trị sâu răng sớm/ kém khoáng hóa men răng bằng vật liệu vi xâm lấn nhằm che phủ các khuyết hổng cấu trúc men răng và cải thiện thẩm mỹ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đốm trắng do sâu răng giai đoạn sớm.
- Đốm trắng do nhiễm Fluor.
- Đốm trắng do chấn thương.
- Men răng kém khoáng hóa do các nguyên nhân khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có dị ứng với thành phần của vật liệu.

3.2. Tại chỗ

- Răng có kết hợp các tổn thương mất mô cứng.
- Răng nhạy cảm ngà.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ khám.
- Tay khoan chậm và chổi đánh bóng.

- Bộ vật liệu vi xâm lấn.
- Chỉ co lợi.
- Bột đánh bóng.
- Dung dịch làm sạch.
- Bộ phương tiện cách ly cô lập răng.
- Đầu lấy cao răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Máy lấy cao răng.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ (nếu cần).

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Làm sạch bề mặt răng:

- Lấy cao răng bằng đầu siêu âm.
- Làm sạch bề mặt răng.

6.3. Bước 3: Cách ly răng :

Đặt đê cao su hoặc phương tiện cách ly thích hợp.

6.4. Bước 4: Xói mòn men răng:

- Đặt chất xử lý men răng lên bề mặt tổn thương trong 2 phút.
- Rửa sạch với nước trong ít nhất 30 giây.
- Thổi khô.

6.5. Bước 5: Đánh giá kết quả bước 4:

- Phủ chất làm khô trên bề mặt răng đã sửa soạn trong 30 giây.
- Theo dõi sự thay đổi về màu sắc quang học của đốm trắng.
- Nếu chưa hết hẳn đốm trắng thì lặp lại bước 5.

6.6. Bước 6: Đặt vật liệu vi xâm lấn 2 lần :

- Lần 1:

+ Tắt đèn ghế răng.

+ Phủ nhựa vi xâm lấn lên bề mặt răng.

+ Dùng chổi xoay tròn trên bề mặt răng 3 phút để nhựa thẩm thấu vào lớp men răng đã được xử lý.

+ Lấy bỏ vật liệu dư bằng chỉ tơ.

+ Chiếu đèn quang trùng hợp.

- Lần 2:

+ Tiếp tục thẩm thấu nhựa trong thời gian 1 phút bằng chổi.

+ Lấy bỏ vật liệu dư bằng chỉ tơ nha khoa.

+ Chiếu đèn quang trùng hợp.

6.7. Bước 7: Hoàn thiện:

- Đánh bóng bề mặt răng.
- Tháo bỏ phương tiện cách ly răng.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: men răng có độ bóng, cấu trúc được khôi phục.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Sang thương lợi, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.
- Nhạy cảm răng: giảm thời gian xói mòn bề mặt.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Hủy khoáng, sâu răng: điều trị hủy khoáng, sâu răng.
- Viêm lợi do vật liệu dư: loại bỏ vật liệu dư, điều trị viêm lợi.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thực Hành Lâm Sàng Nha Khoa Trẻ Em (2021), Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Hà Nội, 52-64.

2. Jane A. Soxman (2021). Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry, 2nd Edition, Wiley-Blackwell Publisher, 6-9.

310. CHE TỦY RĂNG SỮA BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Tủy răng sữa có thể bị lộ hoặc gần lộ do nhiều nguyên nhân (chấn thương, sâu răng, trong quá trình điều trị) và có thể được điều trị bảo tồn. Che tủy răng sữa bằng vật liệu sinh học là phương pháp sử dụng vật liệu sinh học nhằm bảo tồn tủy răng trong các trường hợp trên.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa bị lộ tủy hoặc gần lộ tủy trong các trường hợp:
- Chấn thương răng hoặc sâu răng.
- Trong quá trình làm sạch lỗ sâu để trám răng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh dị ứng với vật liệu sinh học.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng có viêm tủy không hồi phục.
- Răng có tủy hoại tử hoặc viêm quanh chóp.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Bộ dụng cụ đưa vật liệu sinh học.
- Dụng cụ hàn răng.

- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Dung dịch làm sạch xoang trám.
- Vật liệu sinh học.
- Vật liệu trám phục hồi.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp (nếu cần).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật**.**

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm**:** gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

Sử dụng đê cao su hoặc phương tiện thích hợp để cách ly răng.

6.3. Bước 3: Sửa soạn xoang trám:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ các thành bên và đáy lỗ sâu.
- Dùng dụng cụ thích hợp lấy bỏ mô ngà bệnh lý và hoại tử.
- Làm sạch xoang trám bằng dung dịch thích hợp.
- Làm khô xoang trám.
- Cầm máu (nếu lộ tủy và có chảy máu).

6.4. Bước 4: Đặt vật liệu sinh học.

6.5. Bước 5: Trám phục hồi xoang trám:

- Phục hồi xoang trám bằng vật liệu phục hồi thích hợp.
- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: không đau, mối hàn phục hồi khít sát, khớp cắn ổn định.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử lý theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Sang thương lợi, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.
- Chảy máu không cầm: lấy tủy buồng hoặc điều trị tủy toàn bộ.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Sưng, đau: điều trị tủy toàn bộ.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm tủy không hồi phục: điều trị nội nha.
- Hoại tử tủy: điều trị nội nha.
- Viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr220-222), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-24649-3.

2. American Academy of Pediatric Dentistry. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill., USA: American Academy of Pediatric Dentistry; 2019.

311. CHE TỦY CHÂN RĂNG SỮA BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Tủy răng sữa bị tổn thương do nhiều nguyên nhân (chấn thương, sâu răng.v.v.) cần phải được điều trị. Có nhiều phương pháp điều trị giúp bảo tồn tối đa tủy răng, trong đó có kỹ thuật che tủy chân răng bằng vật liệu sinh học nhằm bảo tồn sự sống cho tủy chân răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy có hồi phục.
- Hở tủy do thầy thuốc gây ra trong quá trình sửa soạn xoang trám điều trị sâu ngà.
- Gãy thân răng hở tủy do chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng viêm quanh chóp.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn
- Bộ khuôn trám (nếu cần).
- Phương tiện vật liệu cách ly răng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ đặt vật liệu che tủy.

- Vật liệu hàn tạm.
- Vật liệu sinh học
- Vật liệu phục hồi thân răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người bệnh/người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 2 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

Sử dụng đê cao su cách ly cô lập răng cần điều trị (nếu cần).

6.3. Bước 3: Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp lấy bỏ ngà mủn ở lỗ sâu.
- Bơm rửa, làm sạch lỗ sâu bằng dung dịch thích hợp.
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

6.4. Bước 4: Lấy tủy buồng:

- Dùng dụng cụ thích hợp để lấy một phần hoặc toàn bộ tủy buồng.
- Cầm máu bằng viên bông vô trùng.

6.5. Bước 5: Che tủy chân:

- Đặt vật liệu sinh học chụp/che tủy sao cho phủ kín được toàn bộ tủy răng và buồng tủy.
- Chờ vật liệu sinh học đông cứng, có thể hàn tạm và hẹn lần điều trị sau. Nếu vật liệu sinh học có thể đông cứng bằng quang trùng hợp thì chiếu đèn.

6.6. Bước 6: Phục hồi thân răng:

Hàn phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: không đau, vật liệu phục hồi khít sát.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Trong khi thực hiện phẫu thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu mặt cắt tủy: cầm máu, nếu không cầm máu thì phải lấy tủy toàn bộ.
- Tổn thương tủy chân: điều trị nội nha.
- Sang thương phần mềm: điều trị sang thương.

7.2. Sau khi thực hiện phẫu thuật

- Bong, vỡ vật liệu phục hồi: đánh giá lại tình trạng tủy răng, phục hồi lại thân răng nếu tình trạng tủy ổn định.
- Viêm tủy không hồi phục: điều trị nội nha.
- Hoại tử tủy: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn

- Bong, vỡ vật liệu phục hồi: đánh giá lại tình trạng tủy răng, phục hồi lại thân răng nếu tình trạng tủy ổn định.
- Viêm tủy không hồi phục: điều trị nội nha.
- Hoại tử tủy: điều trị nội nha.
- Viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr 179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021**)**.

2. American Academy of Pediatric Dentistry. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, III: American Academy of Pediatric Dentistry; 2022:415-23.

3. Jane A. Soxman (2021). Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry, 2nd Edition, Wiley-Blackwell Publisher.

312. ĐÓNG CHÓP RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG CALCIUM HYDROXIDE

1. ĐẠI CƯƠNG

Quá trình đóng chóp của răng vĩnh viễn có thể bị ảnh hưởng do bệnh lý tủy răng hoặc chấn thương. Có nhiều phương pháp điều trị đóng chóp răng trong đó có phương pháp sử dụng Calcium Hydroxide nhằm hỗ trợ cho quá trình điều trị nội nha.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng chưa đóng chóp có tủy tổn thương do:

- Viêm tủy.
- Tủy hoại tử.
- Viêm quanh chóp.
- Chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh dị ứng với Calcium Hydroxide.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Không có khả năng tái tạo thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Ngoại tiêu chân răng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ điều trị nội nha.
- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Dung dịch bơm rửa.
- Calcium Hydroxide.
- Vật liệu trám tạm.
- Vật liệu trám phục hồi.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy điều trị nội nha.
- Đèn quang trùng hợp.
- Phương tiện định vị chóp răng.
- Máy X-Quang/ Phim răng.
- Máy hỗ trợ làm sạch hệ thống ống tủy.
- Máy hàn nhiệt ống tủy.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: Mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng răng cần điều trị.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Lần hẹn 1:

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

Dùng đê cao su hoặc phương tiện cách ly thích hợp.

6.3. Bước 3: Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở tủy.
- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy.

6.4. Bước 4: Sửa soạn ống tủy:

- Lấy tủy buồng và tủy chân (nếu có).
- Tìm miệng các ống tủy và xác định số lượng ống tủy.
- Xác định chiều dài hệ thống ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy.

6.5. Bước 5: Đặt Calcium Hydroxide vào ống tuỷ:

- Làm khô hệ thống ống tủy bằng côn giấy.
- Bơm canxi hydroxit vào các ống tủy cho đến hết chiều dài ống tủy.
- Lấy canxi hydroxit thừa trên miệng ống tủy.
- Hàn tạm.
- Đánh giá kết quả trên phim X-quang.

6.6. Bước 6: Hàn kín buồng tủy và có thể hàn phục hồi thân răng.

Lần hẹn 2: Khám lại sau 03 tháng.

Chụp phim X-quang, đánh giá tình trạng chóp răng:

- Nếu chóp răng chưa đóng: tùy từng trường hợp, có thể theo dõi thêm hoặc thực hiện lại quy trình đóng chóp vài lần cho đến khi chóp răng đóng hẳn.
- Nếu chóp răng đã đóng:

+ Bơm rửa, làm sạch Calcium Hydroxide còn lại trong ống tủy.

+ Hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta Percha và phục hồi thân răng theo quy trình điều trị nội nha răng đã đóng chóp.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: không đau, vật liệu phục hồi khít sát, sau khi kết thúc điều trị chóp răng được đóng lại trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng sàn buồng tủy, thành ống tủy: hàn kín vị trí thủng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy và điều trị tiếp.
- Sang chấn phần mềm: điều trị sang thương.

- Tắc ống tủy: thông ống tủy và điều trị tiếp.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng, đau: điều trị nội khoa (kháng sinh, giảm đau, kháng viêm) và theo dõi.
- Nhiễm trùng: tháo trống và điều trị nội khoa.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm quanh chóp răng: điều trị viêm quanh chóp.
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr 179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam **(2021)** ISBN: 978-604-0-246493.

2. American Academy of Pediatric Dentistry. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill., USA: American Academy of Pediatric Dentistry; 2019:353-61.

3. Jane A. Soxman (2021). Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry, 2nd Edition, Wiley-Blackwell Publisher.

313. ĐÓNG CHÓP RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG VẬT LIỆU SINH HỌC

1. ĐẠI CƯƠNG

Quá trình đóng chóp của răng vĩnh viễn có thể bị ảnh hưởng do bệnh lý tủy răng hoặc chấn thương. Có nhiều phương pháp điều trị đóng chóp răng trong đó có phương pháp sử dụng vật liệu sinh học.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng chưa đóng chóp có tủy tổn thương do:

- Viêm tủy.
- Tủy hoại tử.
- Viêm quanh chóp.
- Chấn thương.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh dị ứng với vật liệu sinh học.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Không có khả năng tái tạo thân răng sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Ngoại tiêu chân răng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ điều trị nội nha.

- Bộ dụng cụ khám.
- Mũi khoan các loại.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu sinh học.
- Vật liệu trám tạm.
- Vật liệu trám phục hồi.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Máy điều trị nội nha.
- Đèn quang trùng hợp.
- Phương tiện định vị chóp.
- Máy X-Quang/ Phim răng.
- Thiết bị hỗ trợ làm sạch hệ thống ống tủy.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 2 giờ đến 3 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuậ: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng răng cần điều trị.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly răng:

Dùng đê cao su hoặc phương tiện cách ly thích hợp.

6.3. Bước 3: Mở tủy:

- Dùng mũi khoan thích hợp mở tủy.
- Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng trần buồng tủy.

6.4. Bước 4: Sửa soạn ống tủy:

- Lấy tủy buồng và tủy chân (nếu có).
- Tìm miệng các ống tủy và xác định số lượng ống tủy.
- Xác định chiều dài hệ thống ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy.

6.5. Bước 5: Đặt vật liệu sinh học vào ống tuỷ:

- Làm khô hệ thống ống tủy bằng côn giấy.
- Đưa vật liệu sinh học vào các ống tủy bằng dụng cụ thích hợp.
- Dùng bộ lèn để đặt vật liệu sinh học đến ngang mức dưới cùng chân răng, độ dày lớp vật liệu sinh học từ 3-5mm.
- Đánh giá kết quả trên phim X-quang.
- Chờ vật liệu sinh học đông cứng. Có thể hàn tạm chờ đến lần hẹn sau.

6.6. Bước 6: Hàn kín hệ thống ống tủy:

Hàn kín hệ thống ống tủy bằng vật liệu thích hợp (vật liệu sinh học, gutta percha, composite, GIC).

6.7. Bước 7: Phục hồi thân răng:

Phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

6.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: không đau, vật liệu phục hồi khít sát, sau khi kết thúc điều trị chóp răng được đóng lại trên phim X-quang.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Thủng sàn buồng tủy, thành ống tủy: hàn kín vị trí thủng bằng vật liệu sinh học.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy và điều trị tiếp.
- Sang chấn phần mềm: điều trị sang thương.
- Tắc ống tủy: thông ống tủy và điều trị tiếp.
- Rơi dị vật vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi dị vật vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hóa.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Sưng, đau: điều trị nội khoa (kháng sinh, giảm đau, kháng viêm) và theo dõi.

- Nhiễm trùng: tháo trống và điều trị nội khoa.

7.3. Biến chứng muộn

- Viêm quanh chóp răng: điều trị viêm quanh chóp.
- Nứt, vỡ thân răng: nhổ mảnh vỡ, phục hồi thân răng.
- Nứt, vỡ chân răng: nhổ răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr 179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-246493.

2. American Academy of Pediatric Dentistry. Pulp therapy for primary and immature permanent teeth. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill., USA: American Academy of Pediatric Dentistry; 2019:353-61.

3. Jane A. Soxman (2021). Handbook of Clinical Techniques in Pediatric Dentistry, 2nd Edition, Wiley-Blackwell Publisher.

314. TÁI KHOÁNG HÓA MEN RĂNG BẰNG THUỐC BÔI BỀ MẶT

1. ĐẠI CƯƠNG

Men răng mất khoáng là hậu quả của quá trình hủy khoáng men răng. Có nhiều phương pháp điều trị, trong đó có kỹ thuật điều trị tái khoáng hóa men răng bằng vật liệu bôi bề mặt là kỹ thuật dùng thuốc tái khoáng hóa nồng độ cao bôi lên bề mặt răng để dự phòng sâu răng, cải thiện tình trạng mất khoáng của men răng, giảm tình trạng ê buốt răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sâu răng giai đoạn sớm, giai đoạn tiến triển.
- Răng vĩnh viễn mới mọc có nguy cơ sâu răng cao.
- Người bệnh có nguy cơ sâu răng cao.
- Dự phòng sâu răng.
- Nhạy cảm ngà.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh dị ứng với vật liệu khoáng hóa.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh dị ứng với fluoride.
- Người bệnh đang điều trị với thuốc có phản ứng chéo với fluoride.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm fluor răng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có sử dụng fluoride từ nguồn khác, có nguy cơ nhiễm fluoride.
- Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bông gòn, gạc vô khuẩn.
- Tăm bông.
- Banh miệng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ làm sạch răng.
- Chổi cước/ đài cao su.
- Vật liệu tái khoáng hóa.
- Nước muối sinh lý.
- Chất đánh bóng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.

Ghế máy nha khoa.

- Máy lấy cao răng siêu âm (nếu cần).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh/người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

6.1. Bước 1: Làm sạch bề mặt răng:

- Lấy cao răng bằng dụng cụ thích hợp (nếu có).
- Làm sạch răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng.
- Làm khô răng.

6.2. Bước 2: Cách ly và cô lập răng:

Cách ly răng bằng phương tiện cách ly thích hợp.

6.3. Bước 3: Đặt thuốc tái khoáng hóa:

- Dùng tăm bông có vật liệu phủ một lớp mỏng lên bề mặt răng.
- Chờ trong 1-2 phút để vật liệu bám tối đa lên mặt răng.
- Bỏ cách ly răng.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: men răng cải thiện độ bóng và độ đồng nhất trên bề mặt.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Nôn, buồn nôn, chảy nhiều nước bọt do nhạy cảm hầu họng: giải thích và hướng dẫn người bệnh thư giãn, nghỉ ngơi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Nôn, buồn nôn, chảy nhiều nước bọt do nhạy cảm hầu họng: giải thích và hướng dẫn người bệnh thư giãn, nghỉ ngơi.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr 179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021**)** ISBN: 978-604-0-24649-3

2. American Academy of Pediatric Dentistry. Fluoride therapy. Pediatr Dent 2018;40(6):250-3

315. TÁI KHOÁNG HÓA MEN RĂNG BẰNG MÁNG GEL FLUOR

1. ĐẠI CƯƠNG

Men răng mất khoáng là hậu quả của quá trình hủy khoáng men răng. Có nhiều phương pháp điều trị trong đó có kỹ thuật điều trị tái khoáng hóa men răng bằng máng chứa Gel Flour để điều trị dự phòng sâu răng, cải thiện tình trạng men răng, giảm tình trạng ê buốt răng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sâu răng giai đoạn sớm, giai đoạn tiến triển.
- Người bệnh có nguy cơ sâu răng cao.
- Dự phòng sâu răng.
- Nhạy cảm ngà.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh dị ứng với fluoride.
- Người bệnh đang điều trị với thuốc có phản ứng chéo với fluoride.
- Trẻ em dưới 6 tuổi.
- Người bệnh không kiểm soát được hành vi.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh có tình trạng nhiễm fluor.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân

- Người bệnh có sử dụng fluoride từ nguồn khác, có nguy cơ nhiễm fluoride.
- Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc: Không có.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bông gòn, gạc vô khuẩn.

- Lá làm máng.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ làm sạch răng.
- Chổi cước/ đài cao su.
- Gel Fluor.
- Chất đánh bóng.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu (nếu sử dụng máng chế tạo cá nhân).
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Phương tiện ép máng (nếu sử dụng máng chế tạo cá nhân).
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ 30 phút đến 2 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Lần hẹn 1:

6.1. Bước 1: Làm sạch bề mặt răng:

- Lấy cao răng bằng dụng cụ thích hợp (nếu có).
- Làm sạch răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng.
- Rửa sạch và làm khô răng.

6.2. Bước 2: Đặt gel fluor:

- Thử và chọn máng phù hợp với cung răng (có thể chế tạo máng cá nhân).
- Đặt gel fluor vào máng đã chọn với lượng phù hợp.
- Làm khô mặt răng.
- Đặt máng có gel fluor lên cung răng và ép nhẹ để thuốc dàn đều trên mặt răng.

- Lấy bỏ gel fluor thừa.
- Giữ máng trong thời gian khoảng 5 phút.
- Sử dụng ống hút nước bọt (nếu cần).
- Lấy máng ra khỏi hàm răng.
- Hướng dẫn người bệnh nhổ nước bọt và thuốc dư trong miệng.
- Không súc miệng trong khoảng 30 phút.
- Lấy hết gel fluor trên bề mặt răng.

Các lần điều trị tiếp theo :

Lặp lại các bước điều trị trên trong thời gian 5 ngày liên tiếp, mỗi ngày 1 lần.

6.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: ổn định.

+ Tại chỗ: men răng cải thiện độ bóng và độ đồng nhất trên bề mặt.

- Hướng dẫn, dặn dò người bệnh/người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật: Nôn, buồn nôn, chảy nhiều nước bọt do nhạy cảm họng: giải thích và hướng dẫn người bệnh thư giãn, nghỉ ngơi.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật: Nôn, buồn nôn, chảy nhiều nước bọt do nhạy cảm hầu họng: giải thích và hướng dẫn người bệnh thư giãn, nghỉ ngơi.

7.3. Biến chứng muộn: Ngộ độc fluor: điều trị ngộ độc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr 179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-24649-3

2. American Academy of Pediatric Dentistry. Fluoride therapy. Pediatr Dent 2018;40(6):250-3

316. PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG CHỤP THÉP LÀM SẴN

1. ĐẠI CƯƠNG

Thân răng sữa và răng vĩnh viễn có thể bị tổn thương do nhiều nguyên nhân (sâu răng, chấn thương). Có nhiều phương pháp phục hồi thân răng trong đó có kỹ thuật phục hồi thân răng sữa bằng chụp thép làm sẵn để bảo vệ những răng hàm sữa và phục hồi chức năng ăn nhai, thẩm mỹ, phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng sau điều trị nội nha.
- Các lỗ sâu răng lưu giữ vật liệu hàn kém: lỗ sâu mặt bên, lỗ sâu kích thước lớn.
- Rối loạn phát triển mô cứng của răng: sinh men, ngà bất toàn, kém khoáng hóa men răng.
- Nguy cơ sâu răng cao.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.
- Người bệnh dị ứng với vật liệu làm phục hình.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Chân răng sữa tiêu quá ½ chiều dài.
- Thân răng hàm sữa mất quá ⅔ chiều dài.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.

- Phương tiện cách ly thích hợp.
- Chụp thép chế sẵn.
- Bộ dụng cụ sửa soạn chụp.
- Bộ dụng cụ gắn chụp.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Vật liệu gắn chụp.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly cô lập răng (nếu cần).

6.3. Bước 3: Sửa soạn thân răng:

- Sửa soạn mặt nhai.
- Sửa soạn các mặt bên.

6.4. Bước 4: Thử chụp:

- Thử trực tiếp trên răng.
- Sửa chụp: dùng kìm thích hợp uốn bờ và thành chụp cho phù hợp với thân răng đã sửa soạn.
- Kiểm tra khớp cắn.
- Làm nhẵn và đánh bóng chụp thép.

6.5. Bước 5: Gắn chụp:

- Sát khuẩn bề mặt thân răng.
- Sát khuẩn chụp.
- Làm khô bề mặt thân răng và chụp.
- Gắn chụp vào thân răng đã sửa soạn bằng vật liệu gắn chụp.
- Lấy chất gắn thừa.

6.6. Bước 6: Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá kết quả điều trị:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: chụp thép ổn định, khít sát, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Sang thương lợi, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.
- Rơi chụp vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi chụp vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hoá.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm lợi: điều trị viêm lợi và hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Bong chụp: gắn lại chụp.

7.3. Biến chứng muộn

- Thủng chụp: làm lại chụp mới.
- Viêm tủy răng: điều trị nội nha.
- Viêm quanh chóp răng: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr 179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-246493.

2. American Academy of Pediatric Dentistry, Jenny Stigers, The Reference Manual of Pediatric Dentistry: Definitions, Oral Health Policies, Recommendations, Endorsements, Resources, (Tr401-414) **(**2019**)**, ISBN 1733497811.

3. N Sue Seale, The use of stainless steel crowns, Pediatr Dent, 24(5):501-5, (2002)

317. PHỤC HỒI THÂN RĂNG SỮA BẰNG CHỤP NHỰA LÀM SẴN

1. ĐẠI CƯƠNG

Có nhiều phương pháp phục hồi thân răng sữa trong đó có kỹ thuật phục hồi thân răng sữa bằng chụp nhựa làm sẵn để bảo vệ răng và phục hồi chức năng ăn nhai, thẩm mỹ, phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa sau điều trị nội nha.
- Các lỗ sâu răng lưu giữ vật liệu hàn kém như lỗ sâu mặt bên.
- Rối loạn phát triển mô cứng của răng: sinh men, ngà bất toàn, kém khoáng hóa men răng.
- Nguy cơ sâu răng cao.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Người bệnh dị ứng với vật liệu làm phục hình.
- Chân răng sữa tiêu quá ½ chiều dài.
- Thân răng sữa mất quá 2/3 chiều dài.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ

- Người bệnh có vệ sinh răng miệng kém.
- Người bệnh có tình trạng viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện cách ly thích hợp.
- Chụp nhựa làm sẵn.
- Composite và vật liệu đi kèm.

- Vật liệu gắn chụp.
- Bộ dụng cụ hàn composite.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ sửa soạn chụp.
- Bộ dụng cụ khám.
- Vật liệu gắn chụp.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Đèn quang trùng hợp.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 30 phút đến 1 giờ.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly cô lập răng (nếu cần).

6.3. Bước 3: Sửa soạn thân răng:

- Sửa soạn mặt nhai, rìa cắn.
- Sửa soạn các mặt bên.

6.4. Bước 4: Thử chụp:

- Thử trực tiếp trên răng.
- Chỉnh sửa chụp cho phù hợp.
- Sử dụng Composite để điều chỉnh độ khít sát của chụp (nếu cần).

6.5. Bước 5: Gắn chụp:

- Sát khuẩn bề mặt thân răng.

- Sát khuẩn chụp.
- Làm khô bề mặt thân răng và chụp.
- Gắn chụp vào thân răng đã sửa soạn bằng vật liệu gắn chụp.
- Lấy chất gắn dư.
- Chiếu đèn quang trùng hợp (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá kết quả điều trị:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: chụp nhựa ổn định, khít sát, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Sang thương lợi, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.
- Rơi chụp vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi chụp vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hoá.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm lợi: điều trị viêm lợi và hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Bong chụp: gắn lại chụp.

7.3. Biến chứng muộn

- Thủng chụp: làm lại chụp mới.
- Viêm tủy răng: điều trị nội nha.
- Viêm quanh chóp: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr 179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam **(2021)** ISBN: 978-604-0-24649-3

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Thực hành lâm sàng nha khoa trẻ em, (Tr 129-139), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021).

3. Nischal M, Gupta T, Mehra M, Sadana G. Clinical Comparison of Three Tooth-colored Full-coronal Restorations in Primary Maxillary Incisors. Int J Clin Pediatr Dent. 2020 Nov-Dec;13(6):622-629. doi: 10,5005/jp-journals-10005-1842. PMID: 33976486; PMCID: PMC8060937.

318. PHỤC HỒI THÂN RĂNG SỮA BẰNG CHỤP SỨ LÀM SẴN

1. ĐẠI CƯƠNG

Có nhiều phương pháp phục hồi thân răng sữa trong đó có kỹ thuật phục hồi thân răng sữa bằng chụp sứ làm sẵn để bảo vệ những răng sữa và phục hồi chức năng ăn nhai, thẩm mỹ, phòng bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sau điều trị nội nha.
- Các lỗ sâu răng lưu giữ vật liệu hàn kém: lỗ sâu mặt bên, lỗ sâu kích thước lớn.v.v.
- Rối loạn phát triển mô cứng của răng: sinh men, ngà bất toàn, kém khoáng hóa men răng.
- Nguy cơ sâu răng cao.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ

- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng sữa có chân tiêu quá ½ chiều dài.
- Thân răng sữa không còn khả năng lưu giữ phục hình.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Phương tiện cách ly thích hợp.
- Chụp sứ chế sẵn.
- Bộ dụng cụ gắn chụp.
- Mũi khoan các loại.

- Bộ dụng cụ khám.
- Vật liệu gắn chụp.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Cách ly cô lập răng (nếu cần).

6.3. Bước 3: Sửa soạn thân răng:

- Đặt chỉ co lợi.
- Mài sửa soạn mặt nhai, rìa cắn theo hình thể giải phẫu.
- Mài sửa soạn các mặt bên

6.4. Bước 4: Thử chụp:

- Thử trực tiếp trên răng.
- Chỉnh sửa chụp cho phù hợp.
- Kiểm tra khớp cắn.

6.5. Bước 5: Gắn chụp:

- Sát khuẩn bề mặt thân răng.
- Sát khuẩn chụp.
- Làm khô bề mặt thân răng và chụp.
- Gắn chụp vào thân răng đã sửa soạn bằng vật liệu gắn chụp.

- Lấy chất gắn thừa.
- Chiếu đèn quang trùng hợp (nếu cần).

6.6. Bước 6: Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn (nếu cần).

6.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá kết quả điều trị:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: chụp sứ ổn định, khít sát, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Sang thương lợi, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.
- Rơi chụp vào đường hô hấp: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Rơi chụp vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hoá.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm lợi: điều trị viêm lợi và hướng dẫn vệ sinh răng miệng.
- Bong chụp: gắn lại chụp.

7.3. Biến chứng muộn

- Thủng, vỡ chụp: làm lại chụp mới.
- Viêm tủy răng: điều trị nội nha.
- Viêm quanh chóp: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, (Tr 179-191), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam **(**2021**)** ISBN: 978-604-0-24649-3

2. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Thực hành lâm sàng nha khoa trẻ em, (Tr 129-139), Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021).

319. NHỔ RĂNG SỮA/ CHÂN RĂNG SỮA

1. ĐẠI CƯƠNG

Răng sữa là bộ răng đầu tiên trong quá trình phát triển tăng trưởng ở người, răng sữa được thay thế bằng răng vĩnh viễn trong giai đoạn trẻ từ 5 tuổi đến 12 tuổi. Răng sữa/ chân răng sữa đến tuổi thay hoặc bệnh lý, chấn thương không có khả năng bảo tồn cần được nhổ nhằm tạo chỗ cho răng vĩnh viễn mọc đúng thời kỳ sinh lý và vị trí trên cung hàm, đảm bảo chức năng ăn nhai cho trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

Răng sữa/chân răng sữa:

- Đến tuổi thay.
- Gây cản trở sự mọc răng vĩnh viễn.
- Bệnh lý không có khả năng điều trị bảo tồn.
- Chấn thương không có khả năng điều trị bảo tồn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Người bệnh có viêm nhiễm trong khoang miệng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ khám.
- Bộ dụng cụ nhổ răng.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.
- Người bệnh và người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 30 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây tê hoặc gây mê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Nhổ răng sữa/ chân răng sữa:

- Tách lợi.
- Dùng kìm hoặc bẩy thích hợp lấy chân răng ra khỏi ổ răng.
- Kiểm soát huyệt ổ răng.

6.3. Bước 3: Cắn gạc cầm máu.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi thực hiện kỹ thuật:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: không đaum không chảy máu.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Chảy máu: cầm máu.
- Gãy chân răng: lấy chân răng.
- Răng rơi vào đường thở: xử trí cấp cứu dị vật đường thở.
- Răng rơi vào đường tiêu hóa: theo dõi và xử trí phù hợp dị vật đường tiêu hoá.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chảy máu: cầm máu.
- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

7.3. Biến chứng muộn: Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường ĐH Y Hà Nội, sách chuyên khảo Răng trẻ em, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam (2021) ISBN: 978-604-0-24649-3.

2. American Academy on Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs, Guideline on pediatric oral surgery, Pediatr Dent (2008), 30(7 Suppl):205-11.

320. MÀI CHỈNH NÚM PHỤ MẶT NHAI RĂNG VĨNH VIỄN

1. ĐẠI CƯƠNG

Núm phụ mặt nhai răng vĩnh viễn là một bất thường về cấu trúc hình thể răng, có thể gây biến chứng viêm tủy và viêm quanh chóp răng. Kỹ thuật mài chỉnh núm phụ mặt nhai răng vĩnh viễn nhằm loại bỏ núm phụ trên mặt răng tránh nguy cơ gây ra biến chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

Núm phụ mặt nhai răng vĩnh viễn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tại chỗ: Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

4. THẬN TRỌNG

4.1. Toàn thân: Người bệnh có bệnh toàn thân chưa được kiểm soát.

4.2. Tại chỗ: Núm phụ lớn, việc mài chỉnh có thể gây tổn thương tủy răng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt.
- Điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.

5.3. Thiết bị y tế

- Phương tiện bảo hộ cá nhân cho nhân viên y tế và người bệnh.
- Bơm tiêm, kim tiêm tê, bông, gạc vô khuẩn.
- Mũi khoan các loại.
- Bộ dụng cụ khám.
- Vật liệu bảo vệ bề mặt răng.
- Tay khoan.
- Các vật tư làm sạch và khử khuẩn.
- Ghế máy nha khoa.
- Các thiết bị làm sạch và khử khuẩn.

5.4. Người bệnh

- Bác sĩ giải thích cho người giám hộ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng.

- Người giám hộ hiểu và đồng ý thực hiện kỹ thuật.
- Chuẩn bị người bệnh trước khi thực hiện kỹ thuật.

5.5. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định.

5.6. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Từ 20 phút đến 40 phút.

5.7. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Trên ghế răng hoặc phòng phẫu thuật.

5.8. Kiểm tra hồ sơ và người bệnh

a. Kiểm tra người bệnh, đánh giá tính chính xác: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

6. TIẾN HÀNH QTKT

Phương pháp vô cảm: gây mê hoặc gây tê.

6.1. Bước 1: Sát khuẩn.

6.2. Bước 2: Mài chỉnh núm phụ:

- Hạ thấp dần núm phụ bằng mũi khoan.
- Làm nhẵn núm phụ bằng mũi khoan mịn.
- Nếu núm phụ lớn, việc mài chỉnh có thể gây nhạy cảm răng, cần chia ra thành hai đến ba lần mài, mỗi lần cách nhau tối thiểu 2 tuần, mỗi lần mài thực hiện lần lượt các bước như trên.

6.3. Bước 3: Bảo vệ bề mặt mài chỉnh.

6.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá kết quả điều trị:

+ Toàn thân: các chỉ số sinh tồn ổn định (mạch, nhiệt độ, huyết áp).

+ Tại chỗ: răng không ê buốt, khớp cắn ổn định.

- Dặn dò người bệnh và người giám hộ.
- Hẹn tái khám.
- Hoàn thiện ghi chép bệnh án, lưu hồ sơ.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật

- Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ chống sốc phản vệ.
- Ngộ độc thuốc tê: xử trí theo phác đồ chống ngộ độc thuốc tê.
- Sang thương lợi, niêm mạc miệng: điều trị sang thương.
- Hở tủy: che tủy.

7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật

- Viêm tủy không hồi phục: điều trị nội nha.
- Hoại tử tủy: điều trị nội nha.

7.3. Biến chứng muộn

- Sâu răng: hàn răng.
- Hoại tử tủy: điều trị nội nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thực hành lâm sàng nha khoa trẻ em, Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội, 71-74.

2. Conservative Management of Dens Evaginatus, 2010 May-Aug; 3(2): 121–124.