

BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

NHA KHOA THỰC HÀNH

(TÀI LIỆU DÙNG TRONG CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC Y TẾ)



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ
VỤ KHOA HỌC ĐÀO TẠO

NHA KHOA THỰC HÀNH

TÀI LIỆU DÙNG TRONG CÁC TRƯỜNG TRUNG HỌC Y TẾ

(Tái bản lần thứ ba)

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI - 2003

Tham gia biên soạn

BS. HỒ THỊ THÀNH

BS. NGUYỄN THỊ MINH BẠCH

BS. NGUYỄN THƯỢNG HIỀN

(Hiệu chỉnh tái bản)

GIỚI THIỆU MÔN HỌC

Nha khoa thực hành là Môn học tổng quát về các kỹ thuật thực hành cơ bản trong chăm sóc, điều trị và phòng bệnh nha khoa.

Môn học gồm 3 phần:

- Phần I: Chữa răng*
- Phần II: Nhổ răng*
- Phần III: Điều trị dự phòng và vệ sinh răng miệng.*

Khi giảng dạy thầy giáo căn cứ vào mục tiêu của mỗi phần học và của từng bài học, giúp học sinh hoàn thành môn học.

Học sinh cần vận dụng các quy trình kỹ thuật và phiếu thực hành trong tài liệu để tăng cường tự học tập, cũng như tự lượng giá, đánh giá sự tiến bộ của mình.

Hy vọng cuốn sách sẽ giúp các Trường y tế có thêm một tài liệu để dạy và học. Rất mong nhận được nhiều ý kiến đóng góp quý báu của thầy giáo, học sinh và các bạn đồng nghiệp, để lần tái bản sau cuốn sách được hoàn thiện hơn.

NHÓM TÁC GIẢ

PHẦN I

CHỮA RĂNG

I. GIỚI THIỆU MÔN CHỮA RĂNG

Chữa răng là môn học khoa học và nghệ thuật về cách điều trị để giữ lại các răng trong miệng, tái tạo các mô cứng của răng với mục đích chặn đứng các quá trình bệnh lý xảy ra ở răng (như sâu răng, sang chấn, mòn răng...) phục hồi lại hình dáng giải phẫu và chức năng của răng và cố gắng tạo hình thẩm mỹ tối đa cho bệnh nhân.

Để học môn này, học sinh cần có những kiến thức căn bản về Giải phẫu răng, Mô học răng, Bệnh lý răng và vật liệu nha khoa.

II. MỤC TIÊU MÔN CHỮA RĂNG

Sau khi học xong môn này, học sinh sẽ:

1. Đào và trám được các loại xoang răng trên mô hình.
2. Trình bày được chỉ định và các cách điều trị tủy răng thông thường ở trẻ em.

Từ cơ sở này, qua phần thực tập tay nghề của các năm học, học sinh sẽ thực hiện được việc chữa răng trên bệnh nhân trẻ em.

ĐẠI CƯƠNG VỀ XOANG RĂNG

2 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được mục đích việc tạo xoang trám (lỗ hàn).
2. Gọi được tên xoang răng và các thành phần của xoang răng (hay lỗ trám răng).
3. Nhận biết, phân loại được xoang răng.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. MỤC ĐÍCH VIỆC TẠO XOANG TRÁM

- Lấy đi tất cả mô răng sâu, không cho sâu răng tiến triển, phòng ngừa không để răng bị sâu lại (sâu răng tái phát bằng cách mở rộng phòng ngừa qua các hố và rãnh hoặc qua phần tiếp điểm giữa hai răng).
- Tạo lại hình dạng giải phẫu cũ của răng bằng các vật liệu trám.
- Răng sau khi trám xong phải ăn, nhai, sử dụng được.

II. CÁCH GỌI TÊN XOANG RĂNG VÀ CÁC THÀNH PHẦN CỦA XOANG RĂNG

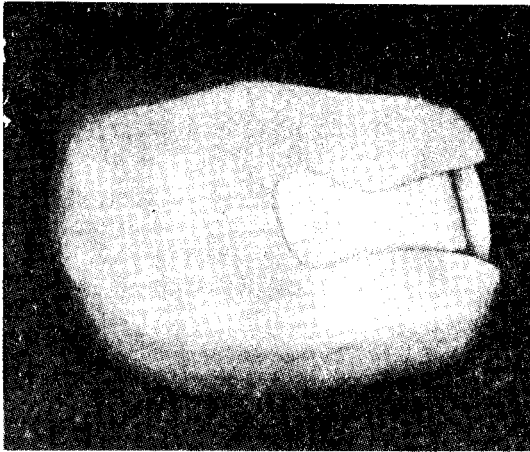
1. Cách gọi tên xoang răng.

Xoang răng có thể ở trên một hay nhiều mặt răng, thường gặp ở mặt nhai nhưng cũng có thể ở mặt má, lưỡi, gần, xa. Tùy theo xoang ở trên mặt nào của răng, tên của xoang răng được gọi theo tên của mặt răng đó.

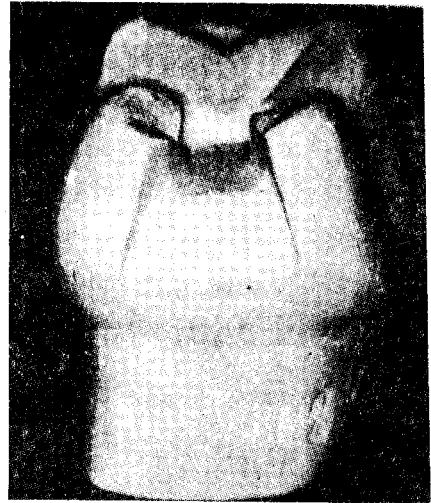
Ví dụ :

- Xoang ở mặt nhai của răng được gọi là xoang nhai.
- Xoang ở mặt nhai và má được gọi là xoang nhai má.
- Xoang ở mặt gần, xa nhai của răng được gọi là xoang gần xa nhai.

Chú ý : các xoang ở mặt xa, gần (có thể ở cả mặt nhai hay không) còn được gọi là xoang bên.



(Nhìn từ mặt nhai)



(Nhìn từ mặt gôn)

Xoang nhai gôn

2. Các thành phần của xoang răng.

Xoang răng gồm các thành phần sau :

– *Vách xoang* : là các thành bao bọc xung quanh xoang, được gọi tên theo tên của mặt răng tương ứng với vách đó.

Ví dụ :

- + Vách ở phía gôn của răng được gọi là vách gôn.
- + Vách ở phía ngoài của răng được gọi là vách ngoài hay vách má.
- + Vách ở phía trong của răng được gọi là vách trong hay vách lưỡi.
- + Vách xoang nằm về phía lợi răng (nướu răng) được gọi là vách lợi (hay vách nướu).

– *Đáy xoang* : là vách xoang nằm về phía tủy hoặc là vách xoang song song trục răng. Như vậy đáy xoang có thể là vách tủy hay vách trục.

– *Đường góc* : là đường được thành lập do hai vách xoang gặp nhau và tên của đường góc là tên của hai vách gặp nhau.

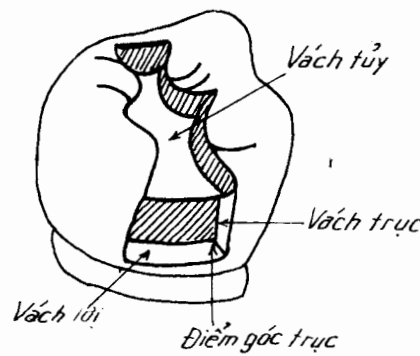
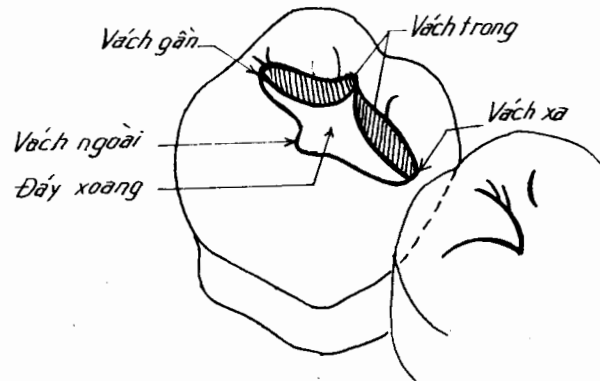
Ví dụ :

- + Vách má và vách tủy gặp nhau tại đường góc má tủy.
- + Vách lưỡi và vách trục gặp nhau tại đường góc lưỡi trục.

– *Điểm góc* : là điểm gặp nhau của ba vách xoang, được gọi tên theo tên của ba vách hợp thành.

Ví dụ :

- + Điểm góc lưỡi lợi (nướu) trực là điểm gặp nhau của 3 vách : vách lưỡi, vách lợi, vách trực.
- + Điểm góc xa tủy má là điểm gặp nhau của 3 vách : vách xa, vách tủy, vách má.



III. PHÂN LOẠI XOANG

1. Theo vị trí.

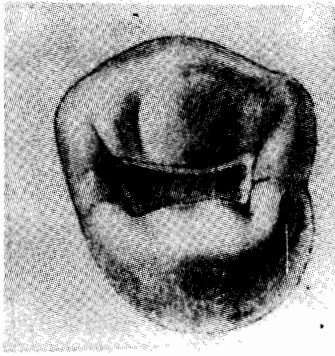
Gồm có xoang đơn và xoang kép.

– *Xoang đơn* : là xoang chỉ chiếm một mặt răng.

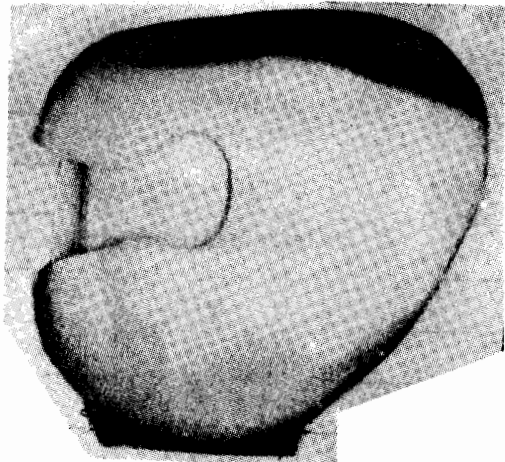
Ví dụ : xoang nhai, xoang ở hố mắt ngoài.

– *Xoang kép* : là xoang chiếm từ hai mặt răng trở lên.

Ví dụ : xoang gần nhai, xoang gần nhai xa.



Xoang đơn



Xoang kép

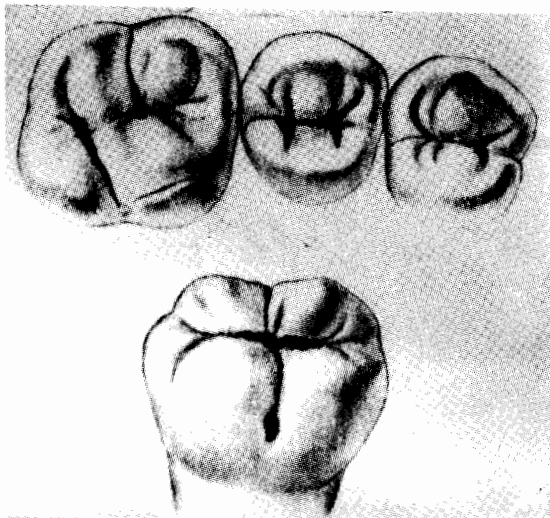
2. Theo Black.

Gồm 5 loại xoang.

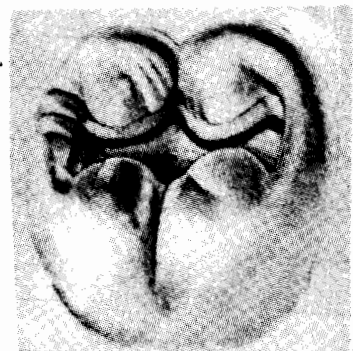
– *Xoang loại I* : là xoang sẽ đào khi sâu hoặc bệnh lý xảy ra ở trên các hố và rãnh tự nhiên của các răng hàm, tiền hàm và ở trên các hố gần u răng (cingulum) của các răng phía trước.

Ví dụ :

- Xoang nhai răng 3.6
- Xoang nhai lưỡi răng 2.6
- Xoang nhai má răng 4.7
- Xoang nhai lưỡi răng 2.2



Vị trí sâu sẽ đào xoang loại I

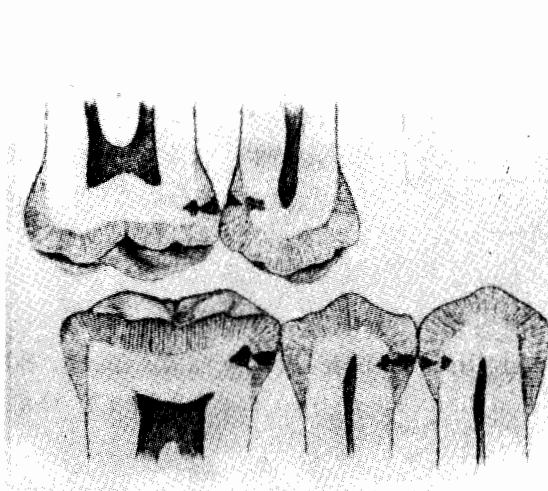


Xoang loại I

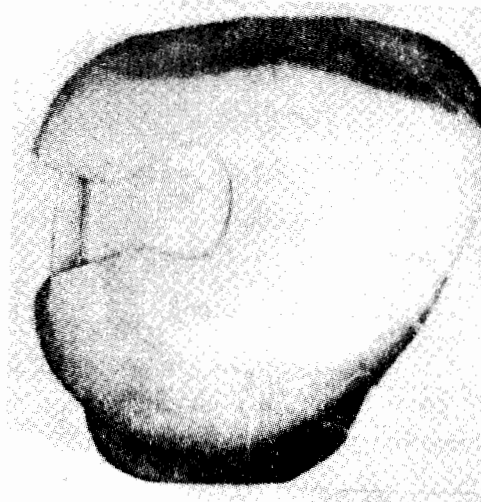
– *Xoang loại II* : là xoang sẽ đào khi sâu hoặc bệnh lý xảy ra ở mặt bên (mặt kế cận) của răng hàm và tiền hàm (có thể ở cả mặt nhai hay không).

Ví dụ :

- Xoang nhai gần răng 2.4
- Xoang nhai xa răng 1.7
- Xoang nhai gần xa nhai răng 3.6



Sâu ở mặt bên các răng

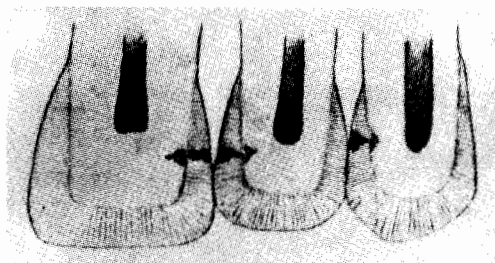


Xoang loại II

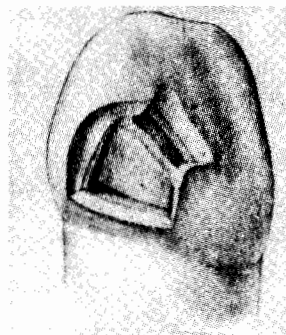
– *Xoang loại III* : là xoang sẽ đào khi sâu hoặc bệnh lý xảy ra ở mặt bên của các răng cửa và răng nanh (có thể gồm cả mặt lưỡi hay mặt môi).

Ví dụ :

- Xoang xa lưỡi răng 2.2
- Xoang xa răng 2.3
- Xoang gần răng 2.1

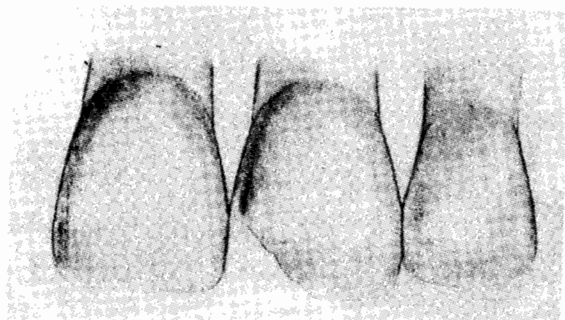


Sâu ở mặt bên các răng cửa, nanh



Xoang loại III

– *Xoang loại IV* : là xoang sẽ đào khi sâu hoặc bệnh lý xảy ra ở mặt bên của các răng cửa, răng nanh và làm mất đi một góc răng.



Sâu ở mặt bên các răng cửa và mất một góc răng

Ví dụ :

- Xoang xa lưỡi răng 2.1
- Xoang gần lưỡi môi răng 1.2

– *Xoang loại V* : là xoang sẽ đào khi sâu hoặc bệnh lý xảy ra ở 1/3 cổ răng mặt trong và ngoài của tất cả các răng.

Ví dụ :

- Xoang ở 1/3 cổ răng mặt ngoài răng 1.3
- Xoang ở 1/3 cổ răng mặt trong răng 2.6



Sâu ở 1/3 các cổ răng (đào xoang loại V)

TU LƯỢNG GIA

1. Viết mục đích việc tạo xoang trám (lỗ hàn) :

A _

B _

C _

NHỮNG QUAN ĐIỂM CƠ BẢN TRONG CHỮA RĂNG

1. Tiết kiệm mô răng.

Tiết kiệm mô răng là một trong những yếu tố quan trọng giúp duy trì thẩm mỹ và ngăn ngừa sự kích thích tủy răng và các mô nâng đỡ. Không chỉ việc đào xoang quá sâu sẽ hại tủy mà sự mở quá rộng lỗ sâu cũng ảnh hưởng nhiều đến tủy răng.

2. Thẩm mỹ.

Không có vật liệu trám nào thẩm mỹ hơn răng thật. Tuy nhiên, nếu răng được trám sớm khi lỗ sâu (hay bệnh lý) chưa tiến triển nhiều cùng với những cố gắng về kỹ thuật trám, vật liệu trám sẽ đảm bảo được sự thoải mái cho bệnh nhân về mặt thẩm mỹ lẫn chức năng.

3. Mở rộng phòng ngừa.

Một trong những mục tiêu chính của việc chữa răng là ngăn ngừa không cho sâu răng tái phát. Cần mở rộng xoang qua các hố và rãnh ở mặt nhai khi lỗ sâu ở quá gần các hố, rãnh này ; cũng như khi tạo xoang ở mặt bên của răng, cần mở rộng về phía môi (má) hoặc phía lưỡi (khẩu cái) qua phần tiếp điểm giữa hai răng để sau này bệnh nhân dễ chải sạch được bờ miếng trám và ngăn ngừa không cho sâu tái phát. Như thế bệnh nhân sẽ giữ được miếng trám lâu dài.

MÁY MÓC, DỤNG CỤ DÙNG CHỮA RĂNG

LT : 2

TH : 4

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các loại ghế máy, vật dụng, dụng cụ dùng trong chữa răng, công dụng từng loại.
2. Soạn được các loại dụng cụ chữa răng theo yêu cầu.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. CÁC LOẠI GHẾ, MÁY NHA KHOA

1. Các loại ghế nha khoa.

Gồm có ghế cho bệnh nhân và ghế ngồi cho người điều trị.

1.1. Ghế cho bệnh nhân.

Thường có hai loại :

- Loại ghế ngồi : bệnh nhân được điều trị ở tư thế ngồi, thường là ghế bơm dầu.
- Loại ghế nằm : bệnh nhân được điều trị ở tư thế nằm, loại ghế này thường có những nút bằng điện để điều khiển ghế lên xuống hoặc ngả ra phía sau nhiều hay ít.

1.2. Ghế ngồi cho người điều trị.

Thường có bánh xe, có chỗ tựa lưng và có thể điều khiển ghế lên xuống.

2. Các loại máy nha khoa.

Máy nha khoa có nhiều loại :

2.1. Máy dập chân.

Chạy chậm, chỉ tiện dùng ở những vùng chưa có điện.

2.2. Máy điện tốc độ thường.

Tốc độ máy từ 10.000 đến 15.000 vòng/phút. Sức quay được truyền qua tay khoan bằng hệ thống ròng rọc hoặc qua cần dểo.

2.3. Máy điện tốc độ cao (máy siêu tốc).

Tốc độ máy từ 300.000 đến 400.000 vòng/phút. Máy chạy bằng hơi ép, có hệ thống phun nước kèm với tay khoan.

Khi sử dụng các loại máy nha khoa trên, phải kèm theo các bộ phận sau (không cần thiết phải dính liền với máy).

- Bàn nhỏ : để khay đựng dụng cụ.

- Đèn : khoảng 100 watt, cần có bộ phận hội tụ ánh sáng (nếu không có đèn cần có đầy đủ ánh sáng tự nhiên).

- Bộ phận xịt hơi (hoặc bình xịt hơi) : để thổi khô xoang.

- Ống hút nước bọt : để giữ xoang khô và nhìn rõ khi đào.

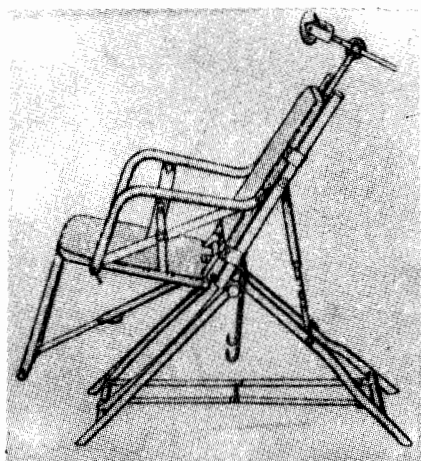
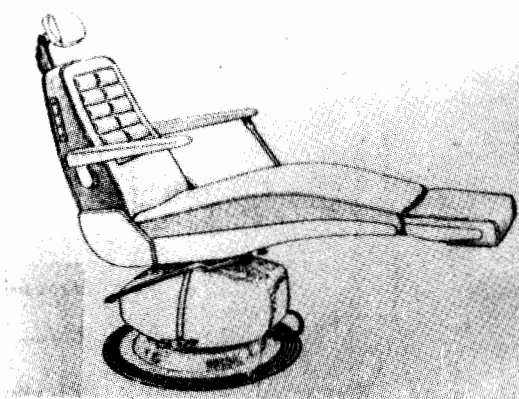
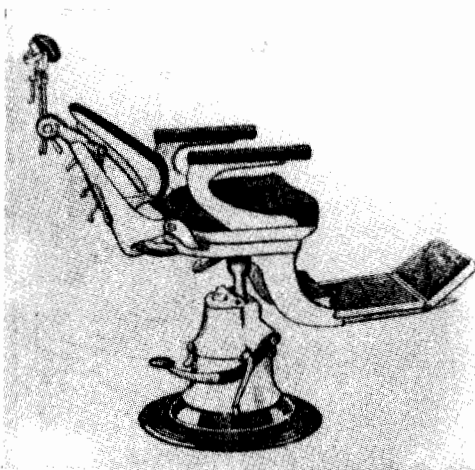
- Ống nhỏ : để bệnh nhân nhổ nước bọt hoặc súc miệng.

Ngoài ra nếu có điều kiện có thể kèm theo :

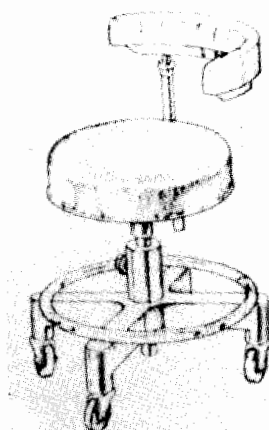
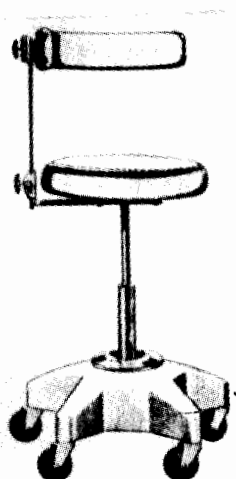
- Máy chụp phim nha khoa.

- Máy đốt điện.

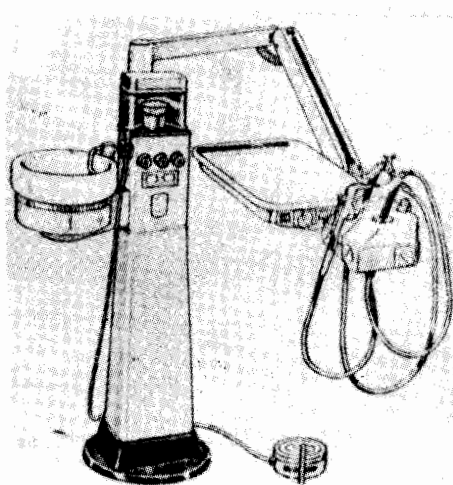
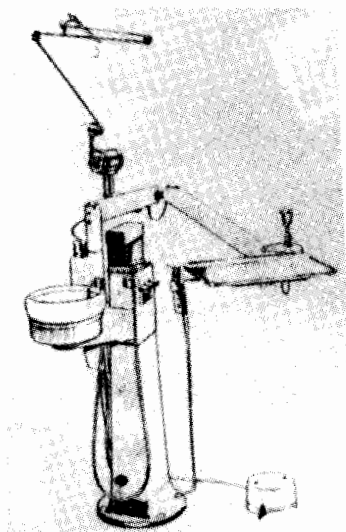
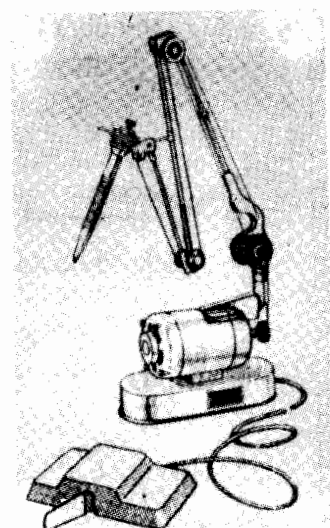
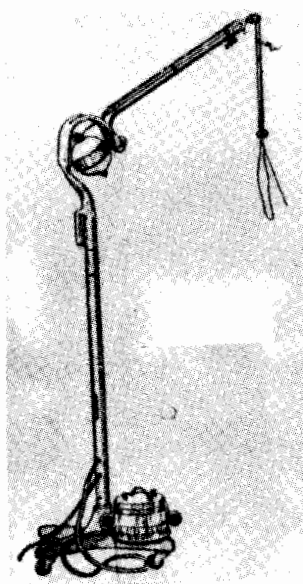
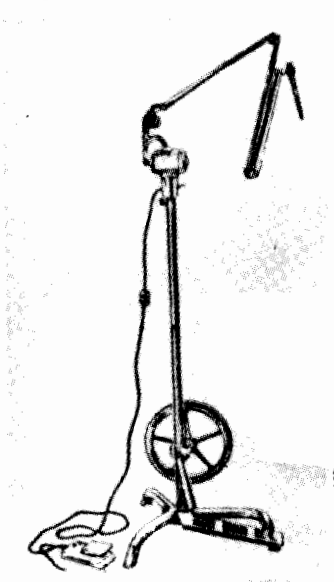
- Máy thử tủy răng (bộ phận thử tủy).



Các loại ghế nha khoa



Các loại máy nha khoa



II. DỤNG CỤ CHỮA RĂNG

I. Dụng cụ khám.

Bộ đồ khám gồm :

1.1. Gương.

Được dùng để :

- Phản chiếu ánh sáng đến răng.
- Soi rõ những nơi mắt không thấy được.
- Giữ môi, má, lưỡi bệnh nhân xa nơi điều trị.

Gương nha khoa có 2 loại : loại gương phẳng và loại gương lõm ; loại lõm có tính phóng đại làm ảnh to hơn.

1.2. Thăm trám.

Thường dùng để khám, phát hiện lỗ sâu. Có 3 loại :

- Số 17 : có móc nhỏ, để tìm lỗ sâu ở mặt bên.
- Số 6 : dùng tìm lỗ sâu ở mặt nhai, trong, ngoài.
- Số 23 : công dụng như số 6 (nếu ngắn), tìm lối vào ống tủy (nếu dài).

1.3. Kẹp gấp.

Đầu hai mũi khít chặt, trơn hoặc có khía (loại có khía dùng tiện hơn) dùng để gấp bông (gòn) cô lập răng hoặc lau khô xoang.

Ngoài ra cần có khay (men hoặc inox) để đựng dụng cụ khám.

2. Dụng cụ béc cầm tay.

2.1. *Cây đục men* : dùng cắt men, có nhiều dạng khác nhau.

2.2. *Cây nạo ngà* : dùng nạo ngà mềm, nhiều cỡ nhỏ lớn khác nhau.

Các dụng cụ này luôn luôn cần sắc (bén) nên phải mài thường xuyên.

3. Dụng cụ trám.

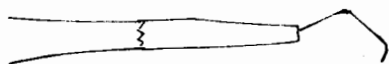
3.1. *Bay trộn thuốc* : dùng để trộn các thuốc trám như Eugenat, Zinc phosphate Cement, Silicate Cement

3.2. *Kính trộn (gương trộn)* : dùng để trộn thuốc, dày từ 1,5 đến 2 cm, gồm 2 phần : rập (nhám) và trơn.

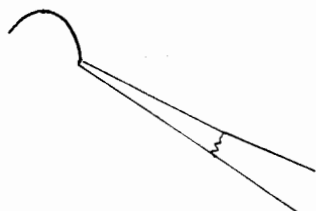
3.3. *Cây lấy Cement* : dùng lấy Cement cho vào xoang.

3.4. *Cây ép Cement* : dùng để nhét (ép) chặt thuốc trám vào xoang.

Ở một cây có thể vừa có một đầu lấy và một đầu nhét Cement.



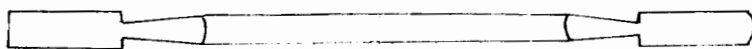
Thám trâm số 17



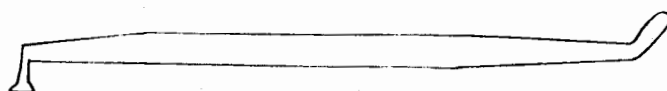
Thám trâm số 23



Thám trâm số 6



Bay trộn thuốc



Cây lấy và nhét (ém) Cement

3.5. *Dụng cụ trám Amalgam* : bộ dụng cụ trám Amalgam gồm :

- *Cây lấy Amalgam* : dùng lấy Amalgam cho vào xoang.
- *Cây nhồi Amalgam* : để nhồi Amalgam chặt vào xoang.
- *Cây điêu khắc Amalgam* : có nhiều hình dạng khác nhau dùng để điêu khắc, tạo lại hình dạng giải phẫu của răng khi trám bằng Amalgam.

Ngoài ra, để trám Amalgam cần có thêm :

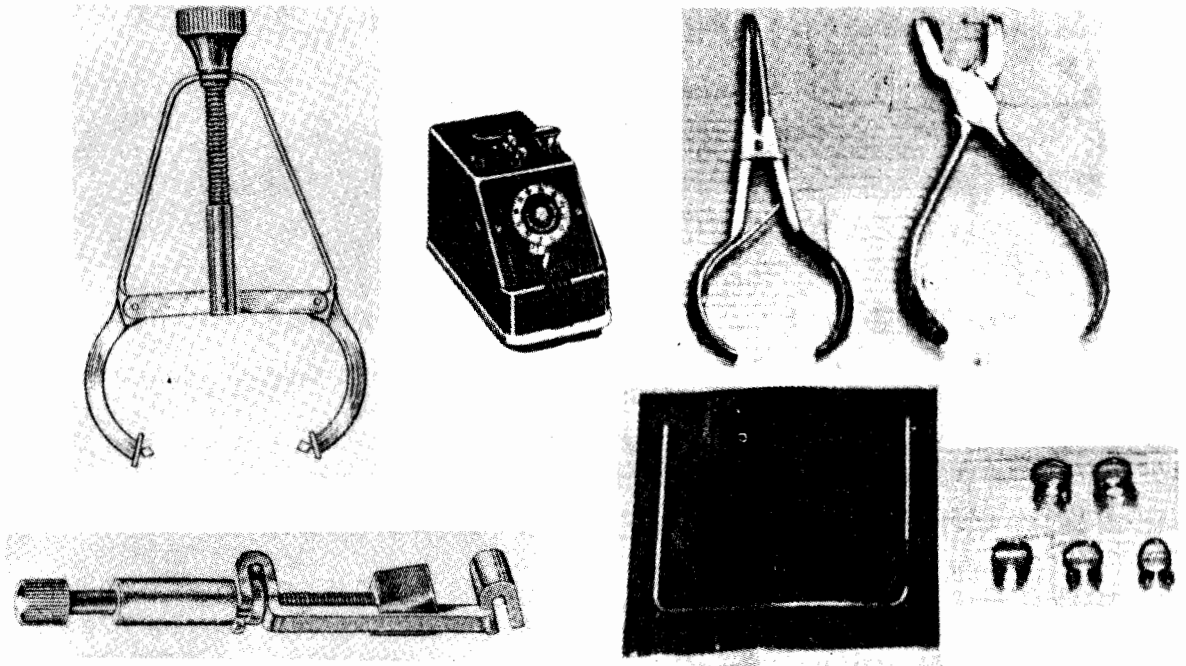
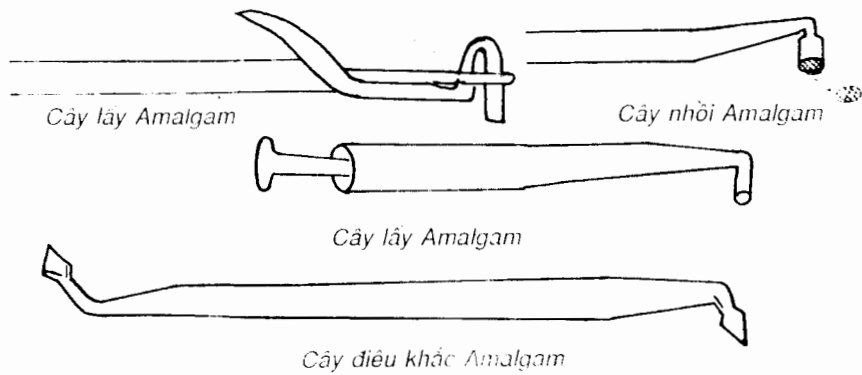
- *Cối chày Amalgam* : dùng trộn Amalgam (nếu có máy trộn thì tiện hơn).
- *Dai trám (khuôn trám)* : dùng làm khuôn khi trám các xoang loại II kép hoặc xoang vỡ lớn.
- *Dụng cụ giữ dai* : để giữ dai trám.

3.6. *Dụng cụ chữa tủy* : gồm :

- *Dụng cụ đặt ê* : bộ đặt ê gồm :
 - + Ê cao su : để cô lập răng.
 - + Kim bấm lỗ ê : dùng để tạo lỗ ở ê để cho răng vào trên ê.
 - + Móc cài (Clamps) : nhiều hình dạng tùy theo răng, để cài vào răng, chặn giữ không cho ê tuột (sút) ra khỏi răng.
 - + Kim đặt ê : dùng đặt móc cài vào răng.
 - + Giữ ê (hay khung chữ U) : dùng giữ ê.

Chú ý : ê còn được sử dụng khi chữa răng trẻ em trong những trường hợp cần thiết để bảo vệ mô mềm, không cho lưỡi, má đụng vào răng đang làm việc và ngăn ngừa vật liệu trám, dụng cụ nhỏ rơi vào miệng, đường hô hấp của bệnh nhân.

- *Kim chữa tủy* gồm :
 - + Trâm gai : để lấy tủy răng.
 - + Trâm nạo : dùng nong rộng ống tủy.
 - + Trâm dũa : dùng nong rộng và làm nhẵn thành ống tủy.
 - + Trâm trơn : dùng để quăn bông lau khô ống tủy.
- *Dụng cụ hàn ống tủy* :
 - + Cây lên : dùng để lên nón nhựa percha (cônê Gutta percha).
 - + Lentulo : dùng hàn ống tủy bằng Eugenat.



4. Dụng cụ quay (dụng cụ dùng với tay khoan).

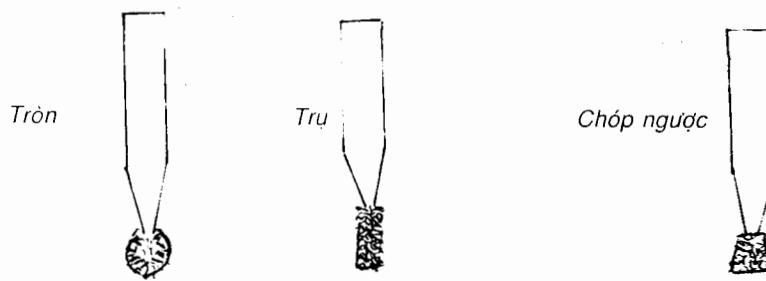
4.1. Mũi khoan răng.

Mũi khoan có thể bằng thép, Tungsten hay có kim cương, có hai loại :

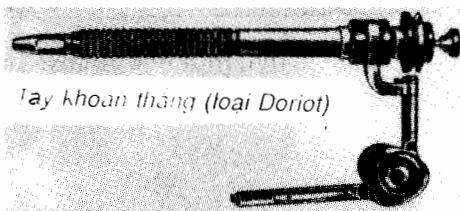
- Loại dài : dùng cho tay khoan thẳng.
- Loại ngắn : dùng cho tay khoan khuấy (có hai loại : loại dùng cho tay khoan tốc độ vừa và loại dùng cho tay khoan tốc độ cao).

Tất cả các loại mũi khoan thường có 6 số từ nhỏ đến lớn, thường có ba hình dạng :

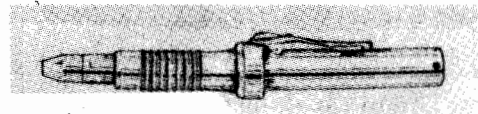
- + Tròn : dùng lấy chất ngà sâu, làm rộng lỗ sâu.
- + Trụ : làm nhẵn vách xoang, tạo vách xoang thẳng đứng.
- + Chóp cụt : làm rộng hay làm phẳng đáy xoang, tạo các đường góc điểm góc, tạo phần lưu.



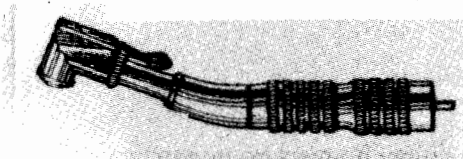
Mũi khoan răng (ngắn)



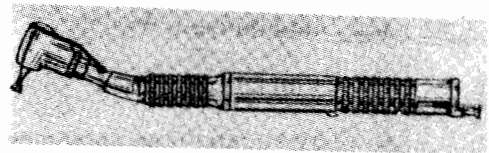
Tay khoan thẳng (loại Doriot)



Tay khoan thẳng (loại Slipjoint)



Tay khoan cong ngắn



Tay khoan cong dài

4.2. Tay khoan thẳng : dùng cho răng cửa.

4.3. Tay khoan khuỷu : dùng cho tất cả các răng.

4.4. Trục lắp (Mandrel) : có 2 loại : ngắn, dài (giống như mũi khoan) dùng để lắp các đĩa nhám, đĩa đá mài răng.

4.5. Dụng cụ kết thúc và đánh bóng.

– Mũi khoan đánh bóng : có nhiều hình dạng như mũi khoan, dùng để đánh bóng Amalgam.

– Bàn chải đánh bóng.

– Đai cao su đánh bóng.

– Đĩa giấy nhám, băng nhám.

– Đĩa đá mài răng.

– Đĩa, mũi đánh bóng silicone.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Kể tên, công dụng các loại ghế máy, dụng cụ cần cho việc chữa răng thường (không chữa tủy) theo bảng dưới :

Tên ghế máy, dụng cụ	Công dụng

2. Soạn các dụng cụ chữa răng theo yêu cầu (phần thực hành, mỗi học sinh soạn 1 - 2 yêu cầu).

- A. Dụng cụ khám và lấy ngà mềm.
- B. Dụng cụ trám Cement.
- C. Dụng cụ trám Amalgam.
- D. Dụng cụ chữa tủy.
- E. Tay khoan thẳng và các mũi khoan dùng cho tay khoan này.
- F. Tay khoan khuỷu và các mũi khoan dùng cho tay khoan này.
- G. Mũi khoan đánh bóng, trục lắp ngấn, bàn chải và đài cao su đánh bóng.

Bảng đánh giá (phần thực hành)
(Gợi ý)

Tốt	Trung bình	Kém
Soạn đủ	Thiếu 1 - 2 dụng cụ	Thiếu trên 3 dụng cụ.

TƯ THẾ VÀ SỬ DỤNG DỤNG CỤ CHỮA RĂNG

LT : 2

TH : 8

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Điều chỉnh đúng các tư thế khi chữa răng.
2. Chăm và sử dụng dụng cụ chữa răng đúng.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. TƯ THẾ KHI CHỮA RĂNG

1. Tư thế người điều trị.

Người điều trị có thể đứng hoặc ngồi ở phía trước, bên phải bệnh nhân (thường ngồi khi chữa răng). Cần chú ý dù khi đứng hay ngồi, lưng phải thẳng và phải điều chỉnh tư thế bệnh nhân thích hợp để người điều trị luôn luôn được thoải mái, không phải cúi, vẹo hay vươn cổ để tránh mệt mỏi và làm việc được lâu dài.

2. Tư thế bệnh nhân.

Bệnh nhân được mời ngồi vào ghế, quàng khăn che trước ngực (tránh vấy bẩn) yêu cầu hoặc sửa tóc bệnh nhân gọn gàng, cất bỏ kính và hàm giả nếu có (để khỏi vướng vào máy và gây trở ngại khi điều trị).

– Hàm trên :

Cho tựa lưng ngả ra phía sau (nhiều ít tùy theo vùng răng làm việc). Khi chữa các răng phía sau thường cho ghế ngả ra phía sau nhiều hơn vùng răng phía trước ; điều chỉnh độ cao của ghế thích hợp với tầm cao của người điều trị để khi điều trị khỏi phải khom lưng cúi xuống mới nhìn được vào gương nha khoa hoặc răng đang làm việc hay phải nâng cao tay quá sẽ dễ mỏi.

– Hàm dưới :

Cho tựa lưng thẳng để bệnh nhân ngồi thẳng dậy (thường sao cho khi há miệng, mặt phẳng nhai song song với nền nhà), điều chỉnh độ cao ghế vừa tầm tay với người điều trị (thường cho miệng bệnh nhân vừa tầm với khuỷu tay người điều trị).

Chú ý :

– Khi điều chỉnh tư thế bệnh nhân - dù điều trị ở hàm trên hay dưới, đầu và lưng bệnh nhân phải ở trên một đường thẳng, đèn (hoặc ánh sáng) phải rọi sáng vào vùng răng làm việc.

– Nếu có ghế nằm, có thể điều trị bệnh nhân ở tư thế nằm : bệnh nhân được cho nằm thoải mái trên ghế nha khoa, người điều trị ngồi ở phía sau bệnh nhân (tư thế 11 - 12 giờ), điều chỉnh ghế ở độ cao thích hợp vừa tầm tay người điều trị, khi điều trị có thể nhìn trực tiếp hoặc gián tiếp qua gương.

II. PHƯƠNG PHÁP CẦM DỤNG CỤ - VỊ THẾ TỰA - TAY TRÁI NGƯỜI ĐIỀU TRỊ

1. Phương pháp cầm dụng cụ.

Có hai kiểu cầm dụng cụ chính :

1.1. Kiểu cầm như cầm bút viết.

Ví dụ như cầm đầu máy (đầu tay khoan) hoặc thám trâm. Đây là cách cầm nhẹ nhàng giống hệt như cách cầm bút viết : cán của dụng cụ được cầm trực tiếp bằng ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa. Kiểu cầm này giúp dễ làm việc tỉ mỉ, tinh tế và tầm hoạt động cũng được chắc chắn.

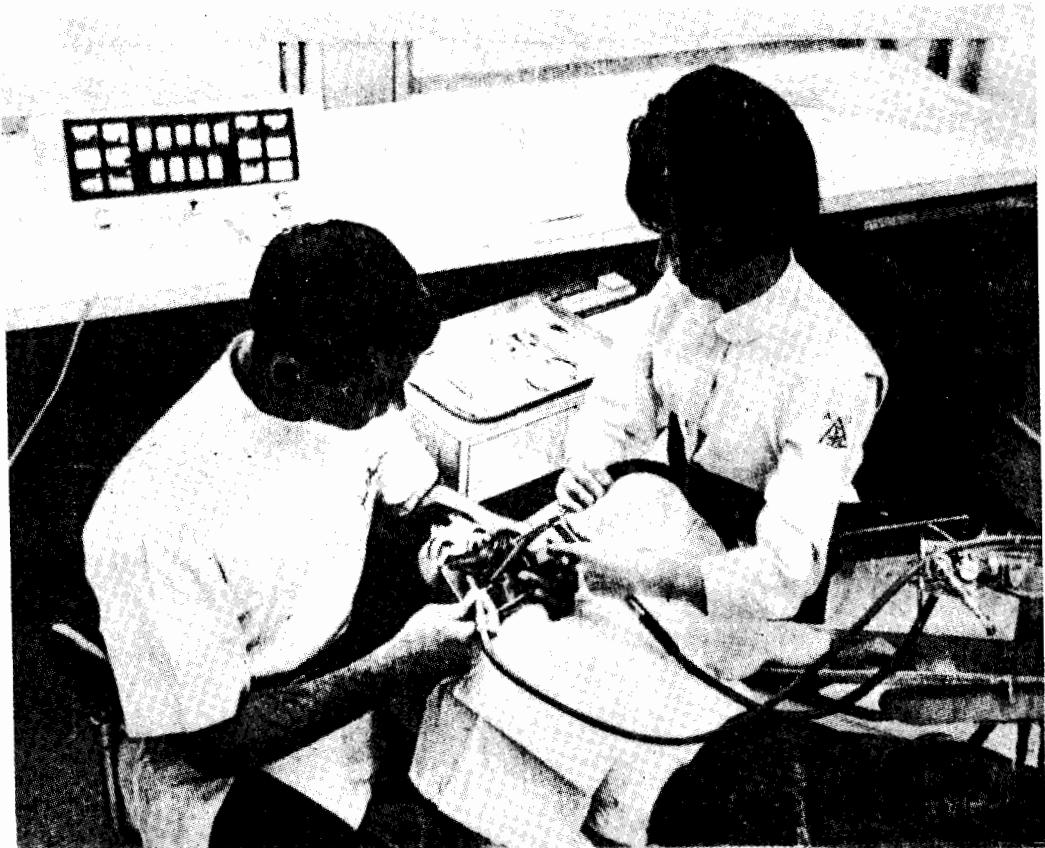
1.2. Kiểu cầm trong lòng bàn tay và ngón cái.

Ví dụ như cầm bay trộn thuốc, cây lấy Amalgam. Cán dụng cụ được cầm trong lòng bàn tay và được nắm chặt bằng cả 4 ngón tay cùng một lúc, ngón cái tỳ lên cán dụng cụ. Kiểu cầm này cho nhiều sức mạnh hơn.

2. Vị thế tựa.

– Bất cứ làm công việc gì trong miệng bệnh nhân, người điều trị phải luôn có một điểm tựa chắc chắn cho các ngón tay vì khi điều trị có thể bị trượt dụng cụ hoặc bệnh nhân vì đau hay sợ hãi, bất thần nhúc nhích đầu, mà nếu người điều trị có một điểm tựa chắc chắn và đúng phương pháp, tay khoan hay dụng cụ nha khoa sẽ di động được theo đầu bệnh nhân và giữ được đúng vị trí của nó, nếu không, sẽ không tránh được việc trượt hay đâm dụng cụ làm rách hoặc tổn thương các mô mềm trong miệng.

– Thường dùng ngón nhẫn (hoặc ngón út và ngón nhẫn) để tựa. Điểm tựa phải ở trên răng (không phải trên mô mềm) và càng gần nơi răng đang điều trị càng tốt vì khoảng cách giữa đầu dụng cụ với điểm tựa càng ngắn bao nhiêu thì hiệu lực sức mạnh của dụng cụ càng tăng lên, việc điều khiển dụng cụ càng dễ dàng bấy nhiêu.



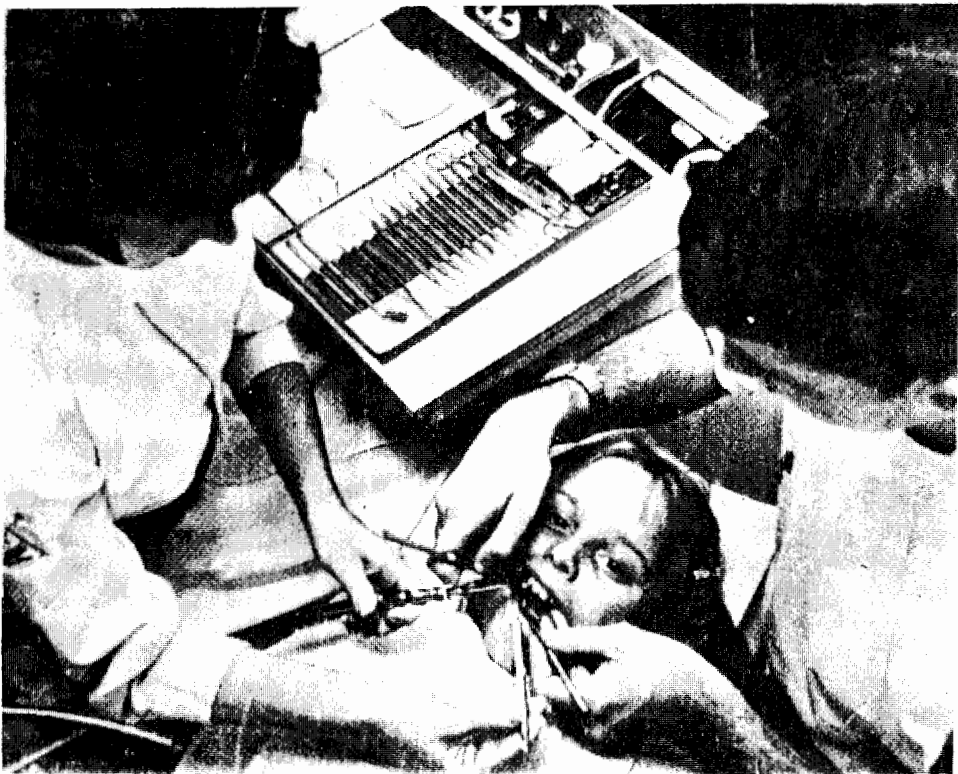
Kiểu cầm dụng cụ như cầm bút viết.

– Tùy theo răng đang làm việc ở hàm trên, dưới, bên phải hay trái mà có thể chọn các điểm tựa khác nhau (ở cùng bên, bên đối diện hoặc tựa ở hàm dưới khi điều trị ở hàm trên, ở phía gần hoặc phía xa răng đang điều trị...), sao cho khi cầm dụng cụ được thoải mái, có thể chủ động điều khiển tay khoan hay đầu dụng cụ được dễ dàng.

3. Tay trái người điều trị.

Tay trái người điều trị thường cầm gương nha khoa để rọi sáng, chặn lưỡi hay banh má, môi tách xa nơi đang làm việc. Cán gương được giữ vững tại chỗ bằng cách cầm gương bằng 3 ngón tay : ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa.

Tay trái cũng luôn luôn cần thiết để nâng đỡ hàm dưới trong trường hợp chữa trị quá lâu ở các răng hàm dưới vì sự tù mạnh, lâu trên một hàm dưới không được nâng đỡ dễ làm cho bệnh nhân bị mệt mỏi và có thể làm trật khớp hàm.



*Phương pháp cầm dụng cụ - vị thế tựa - tay phải và tay trái người điều trị
(ở tư thế 11 giờ)*

TỰ LƯỢNG GIÁ

Học sinh đóng vai bệnh nhân và người điều trị (hoặc nhờ bệnh nhân trẻ em ở phòng chờ). Yêu cầu học sinh (đóng vai người điều trị) điều chỉnh đúng các tư thế hoặc cầm và sử dụng đúng dụng cụ theo các yêu cầu gợi ý sau :

1. Tư thế người điều trị và bệnh nhân khi điều trị ở các răng hàm trên.
2. Tư thế người điều trị và bệnh nhân khi điều trị ở các răng hàm dưới.
3. Cầm, sử dụng bộ đồ khám - các vị thế tựa.
4. Cầm đầu tay khoan, các vị thế tựa khi chữa răng ở :
 - Hàm trên bên phải, trái.
 - Hàm dưới bên phải, trái
5. Cầm, sử dụng nạo ngà với các vị thế tựa.

Bảng đánh giá
(Gợi ý)

Tốt	Trung bình	Kém
– Điều chỉnh đúng tư thế – Cầm và sử dụng dụng cụ đúng – Chọn điểm tựa thích hợp	Sai từ 1 đến 2 yêu cầu	Sai trên 2 yêu cầu

TỔNG QUÁT CÁCH ĐÀO XOANG

(4 tiết)

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Trình bày được :

1. Kể được yêu cầu của một xoang lý tưởng
2. Mô tả được các giai đoạn đào xoang

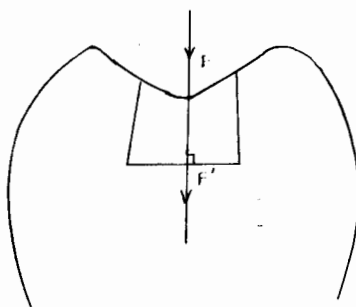
NỘI DUNG BÀI HỌC

I. YÊU CẦU XOANG LÝ TƯỞNG

Xoang lý tưởng là một xoang được đào đúng quy cách, có hình dạng thế nào để sau khi trám, bệnh nhân ăn nhai, miếng trám có thể chịu đựng được các lực nhai nghiền, không bị xô dịch hay tuột (sút) ra ngoài ; tồn tại được lâu dài. Muốn vậy xoang phải đáp ứng được các yêu cầu sau :

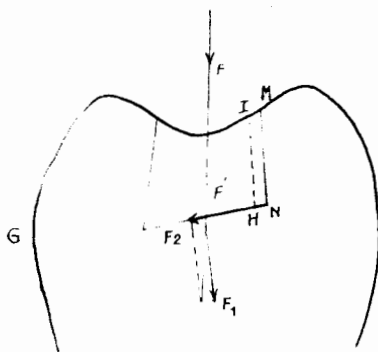
1. Đáy xoang.

Phải phẳng và thẳng góc với lực nhai. Một miếng trám chỉ được giữ vững chắc trong xoang khi nó không bị sức nhai làm xô dịch. Qua trung gian miếng trám, phần đáy xoang là phần chịu đựng sức nhai và chống lại sự xô dịch của miếng trám, do đó để miếng trám được vững chắc không rơi ra ngoài thì đáy xoang phải phẳng, thẳng góc với sức nhai, như vậy sức nhai chỉ tạo thành một lực duy nhất thẳng góc với đáy miếng trám (tức đáy xoang) và ép chặt miếng trám vào đáy xoang.



Đáy xoang phẳng và thẳng góc với lực nhai

– Nếu đáy xoang nghiêng :



Đáy xoang nghiêng

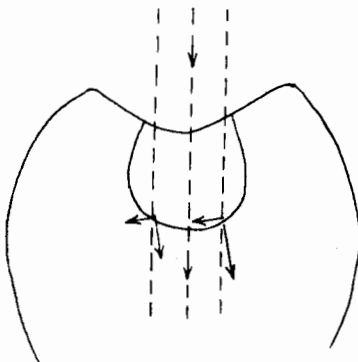
Sức nhai F đặt lên trọng tâm của miếng trám được chuyển xuống đáy xoang ở điểm F' và theo nguyên tắc phân lực sẽ phân ra làm hai lực F_1 và F_2 .

- F_1 thẳng góc đáy xoang làm cho miếng trám sát vào đáy xoang.
- F_2 kéo miếng trám về phía gần của răng (hoặc phía xa nếu đáy xoang nghiêng theo chiều ngược lại) và như thế dần dần sẽ tạo kẽ hở $ABCD$; răng sẽ bị sâu trở lại nếu vách CD còn dày, nếu vách CD mỏng thì răng sẽ bị vỡ hoặc bị nứt.

– Nếu đáy xoang hình cầu :

Đây thường là đáy tự nhiên của một lỗ sâu : sau khi mở rộng miệng lỗ sâu, nạo sạch đáy thì đáy thường có hình này. Trong trường hợp này, nếu không được tạo lại đáy thì :

- Khi nhai thức ăn mềm và khớp răng đều : sức nhai đặt lên trọng tâm của miếng trám khi xuống đáy xoang sẽ không bị phân tích ra vì mặt tiếp xúc ở đáy xoang thẳng góc với sức nhai, nên sẽ ép miếng trám chặt vào đáy.

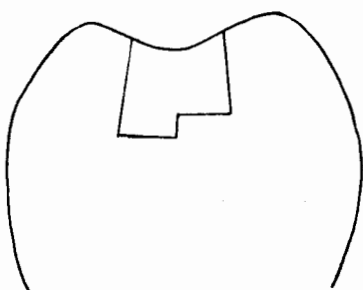


Đáy xoang hình cầu

- Khi răng cắn những vật cứng nhỏ hoặc khớp răng không đều, sức nhai đè lên mặt miếng trám không đều khi xuống đáy xoang sẽ phân lực (giống như khi đáy xoang nghiêng) sẽ dần dần làm cho miếng trám không còn dính chặt và bị xô dịch trong xoang.

– *Kết luận :*

- Muốn miếng trám được vững chắc thì đáy xoang lý tưởng phải phẳng và thẳng góc với lực nhai.
- Trường hợp xoang quá sâu, nếu làm một đáy phẳng lớn sẽ làm hại đến tủy răng, ta có thể làm một đáy với nhiều bậc phẳng (hình bậc thang) ; như vậy lực nhai cũng vẫn thẳng góc với đáy xoang và không bị phân tích.



Đáy xoang hình bậc thang

2. Phải có phần lưu.

Phần lưu là phần xoang trám giúp cho miếng trám kết hợp chặt chẽ vào xoang để miếng trám khỏi bị xô dịch và tụt ra dưới sức nhai.

Một xoang trám có phần lưu sẽ giữ vững được miếng trám theo 3 chiều thẳng góc nhau :

- Chiều thẳng đứng (hay chiều trục).
- Chiều gần xa.
- Chiều ngoài trong.

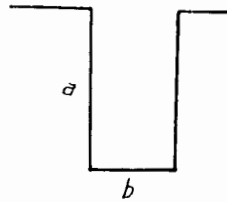
2.1. Phần lưu của xoang đơn.

Ví dụ : một xoang đơn trên mặt nhai của một răng hàm gồm có đáy xoang, thành gần, xa, ngoài, trong. Miếng trám sẽ được giữ vững chắc :

- Theo chiều gần xa nhờ thành gần, xa.
- Theo chiều ngoài trong nhờ thành ngoài, trong.

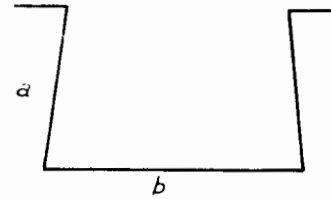
Nhưng ở chiều thẳng đứng, vì mặt nhai trống nên miếng trám chỉ có thể được giữ lại nếu :

- Chiều sâu lớn hơn chiều rộng (lỗ sâu nhỏ).
- Trường hợp chiều sâu nhỏ hơn chiều rộng (lỗ sâu lớn), phải tạo phần lưu sao cho đáy xoang lớn hơn miệng xoang (tạo thành ngoài, trong đồng quy về phía mặt nhai).



$$a > b$$

Lỗ sâu nhỏ

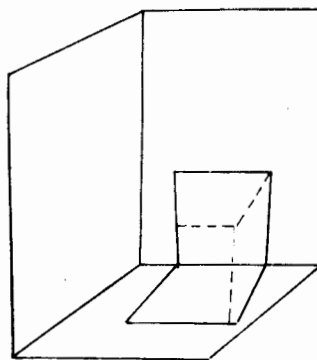


$$a < b$$

Lỗ sâu lớn

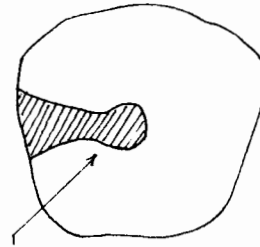
2.2. Phần lưu của xoang kép.

Ví dụ một xoang kép loại II ở mặt gần răng hàm. Trong trường hợp này miếng trám sẽ không bị tụt ra về phía mặt trong ngoài (nhờ có các thành ngoài và trong) nhưng rất dễ bị tụt ra về phía mặt gần (chiều xa gần) và về phía mặt nhai (chiều thẳng đứng). Như vậy, ta phải tạo phần lưu của xoang bằng cách tương tự như phần lưu ở xoang đơn nghĩa là phải tạo vách tủy lớn hơn miệng xoang ở mặt nhai và vách trực lớn hơn miệng xoang ở mặt gần.



Tạo xoang kép có đáy lớn hơn miệng (ở cả 2 mặt : mặt nhai và mặt bên)

– Trong trường hợp lỗ sâu đã khá lớn, nếu phải làm đáy lớn ra để tạo phần lưu như trên có thể làm hại cho tủy thì ta nối xoang chính với xoang phụ nhỏ hơn ở mặt nhai hình đuôi én gọi là *ngàm đuôi én* (phần nối nhau - chỗ thắt trên mặt nhai - gọi là eo) ; chính nhờ eo này miếng trám sẽ không bị tụt ra về phía gần (nếu xoang ở phía gần) hoặc phía xa (nếu xoang ở phía xa).



Ngàm đuôi én

3. Bờ vách xoang phải thẳng, vững chắc, được chống đỡ bằng lớp men ngà lành và nếu cần thiết phải mở rộng phòng ngừa.

Để miếng trám có thể tồn tại lâu dài trong xoang, bờ mép xoang phải được mở tới khoảng men, ngà lành mạnh, các vách xoang phải phẳng, giữa các vách cũng như bờ mép xoang không được đào có những điểm hoặc góc nhọn vì sẽ dễ gãy dưới sức nhai và khó nhồi các vật liệu trám vào, nếu như đặt các bờ mép xoang vào những vùng dễ bị sâu răng như các hố, rãnh ở mặt nhai hoặc ở vùng tiếp giáp mặt bên (mặt gần xa) của các răng, răng rất dễ bị sâu lại, do đó cần phải mở rộng phòng ngừa trong những trường hợp xoang gần các hố và rãnh hoặc ở giữa mặt tiếp cận của các răng.

II. CÁC GIAI ĐOẠN ĐÀO XOANG

Tổng quát gồm 4 giai đoạn :

1. Mở lối vào xoang.

Là giai đoạn mở đầu với mục đích có thể nhìn rõ vùng lỗ sâu, nhận định rõ độ sâu nên có thể :

– Dùng cây nạo (vừa với lỗ sâu) để nạo lấy hết thức ăn nhồi nhét và mô răng sâu trong lỗ sâu.

– Dùng khoan tròn hoặc trụ để mở rộng, lấy hết đi các bờ men không được chống đỡ bằng ngà lành (nếu như miệng lỗ sâu quá nhỏ, không thể cho cây nạo vào). Như vậy miệng lỗ sâu đã được mở rộng, bây giờ ta có thể dùng cây nạo để lấy hết chất bẩn trong xoang.

Chú ý :

Trong trường hợp những lỗ sâu ở mặt bên bị lợi tràn vào che lấp lỗ sâu, phải tiêm tê hoặc bôi tê để cắt bỏ nhanh phần lợi phủ đó (bằng dao cắt lợi hoặc cây nạo bén), sát khuẩn, cầm máu và trám tạm. Việc đào xoang sẽ được thực hiện trong lần hẹn tiếp theo.

2. Tạo xoang.

– Tùy vị trí sâu hoặc bệnh lý xảy ra ở mặt răng nào mà tạo hình dạng xoang thích hợp của từng loại xoang.

– Để sau khi trám, răng không bị sâu lại và miếng trám có sức chịu đựng bền bỉ, không bị rơi ra ngoài, trong khi tạo hình dạng xoang cần lưu ý đến các nguyên tắc sau :

- + Phải mở rộng bờ mép xoang đến khoảng men lành, không được đặt bờ mép xoang ở những vùng dễ bị sâu răng, nếu cần thiết phải mở rộng phòng ngừa.
- + Các vách xoang phải phẳng và được chống đỡ bằng ngà răng lành mạnh.
- + Phải tiết kiệm mô răng, không nên đào xoang rộng quá mức cần thiết vì nếu bờ vách xoang mỏng, xoang sẽ bị yếu ; hạn chế đến mức ít nhất việc mở xoang vào các múi răng và các gờ bên.
- + Nối hai xoang lại với nhau nếu phần men còn lại giữa hai xoang quá ít (nhỏ hơn 1,5 mm) để tránh bờ men yếu sẽ dễ bị vỡ sau này.
- + Ở mặt nhai, miếng trám phải có bề dày thích hợp để có độ cứng cần thiết. Do vậy độ sâu của xoang ở mặt nhai ít nhất phải vào đến đường ranh giới men ngà.
- + Xoang răng không được có những điểm hoặc góc nhọn, đường quanh bờ mép xoang phải tròn, điểm góc phải rõ.
- + Xoang phải có phần lưu.
- + Phải tránh việc kích thích hoặc làm tổn thương tủy răng, ví dụ khoan quá lâu (không có nước làm nguội) hoặc đào xoang sâu quá mức cần thiết.

3. Lấy hết các chất sâu.

– Trong khi tạo xoang, hầu hết các ngà sâu đã được lấy đi, nếu kiểm tra lại thấy còn chút ít mô sâu thì phải dùng nạo bén hoặc mũi khoan tròn để lấy đi cho hết (nếu dùng khoan phải cho chạy chậm).

– Sau đó dùng nạo ngà để kiểm tra độ cứng mềm của lớp ngà còn lại, nếu còn ngà mềm phải cố gắng lấy sạch, nhưng nếu thấy lớp ngà đã bị nâu sẫm hoặc đổi màu nhưng hoàn toàn cứng thì đó là ngà lành (lớp ngà thứ phát) có thể để lại - nếu không ảnh hưởng đến thẩm mỹ, ví dụ ở những răng sau.

Chú ý :

Không nên cố gắng lấy cho hết lớp ngà mềm ở đáy lỗ sâu (cũng như cố gắng làm đáy phẳng) ở những xoang quá sâu (gần sát tủy) vì có thể sẽ làm lộ tủy (hở tủy). Việc điều trị các xoang bị lộ tủy thường rất khó, nhiều khi không đạt kết quả mỹ mãn. Trong những trường hợp này, có thể tránh việc làm lộ tủy bằng cách có thể để lại chút ít phần ngà mềm - mà nếu lấy hết đi sẽ có nguy cơ bị lộ tủy - che tủy bằng một lớp $\text{Ca}(\text{OH})_2$ hoặc bằng Eugenat nhào sát dưới đáy xoang, trám tạm Eugenat đặc lên trên, sau 6 đến 8 tuần sẽ tránh được việc lộ tủy vì bấy giờ đã có lớp ngà thứ phát thành lập ngay bên dưới lớp ngà sâu (che tủy gián tiếp).

4. Hoàn tất.

Giai đoạn hoàn tất xong bao gồm :

– Vát bờ men : dùng mũi khoan trụ để vát đi phần bờ men yếu hoặc nhọn góc - vì nó sẽ rạn nứt dưới sức ép khi nhai - để tăng sức chịu đựng của xoang răng.

– Dùng nước rửa sạch xoang (cho sạch hết các chất bẩn, hoặc bụi ngà trong xoang).

– Cô lập răng (bằng bông cuộn), khử khuẩn (thường dùng Oxy già 3%) và thổi khô xoang (để chuẩn bị cho chất trám vào).

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Thế nào là một xoang răng lý tưởng ?

2. Chọn đúng, sai :

- + Các giai đoạn đào xoang gồm : mở lối vào xoang, tạo xoang, lấy hết chất sâu, hoàn tất xoang (Đúng - Sai)
- + Khi đào xoang bao giờ cũng phải lấy cho sạch hết ngà sâu (Đúng - Sai)

- + Nên nối hai xoang lại với nhau nếu phần men còn lại khoảng 2,5 mm (Đúng - Sai)
- + Mục đích của mở lối vào xoang là dùng khoan tạo hình dạng xoang (Đúng - Sai)
- + Không nên mở quá rộng miệng lỗ sâu khi tạo xoang mà chỉ mở rộng vừa đủ để có thể cho khoan và nạo vào trong xoang (Đúng - Sai)
- + Giai đoạn hoàn tất xoang gồm : vát bờ men, rửa sạch xoang, thổi khô xoang, cô lập và cuối cùng khử khuẩn xoang (Đúng - Sai)

NHỮNG LƯU Ý TRONG KỸ THUẬT ĐÀO XOANG

Để có thể tạo được một xoang răng lý tưởng và theo đó một miếng trám vững chắc, tồn tại được lâu dài, trong kỹ thuật đào xoang cần phải lưu ý những điểm sau :

- Đầu tiên phải xác định điểm khởi đầu để mở lối vào xoang (nếu phải dùng khoan) rồi đào sâu xuống ở độ sâu thích hợp (gần đúng với độ sâu cần thiết của xoang) ; từ đó mở rộng và tạo xoang.

- Trong khi đào xoang nhất thiết phải lấy đi một phần tổ chức của răng nhưng phải cố gắng hạn chế ở mức ít nhất. Đặc biệt chú ý bảo tồn các phần răng chủ yếu có tác dụng giữ độ cứng chắc của thân răng như các gờ, múi răng, cầu men.

- Không bao giờ đặt mép xoang vào đáy của một hố hay rãnh vì khi trám khó tạo được một mép xoang lý tưởng, sẽ dễ bị sâu tái phát.

- Về hình dáng, xoang răng không được có những điểm nhọn hoặc góc nhọn vì những điểm hay góc nhọn này sẽ làm cho men răng hay miếng trám dễ bị gãy và khi trám, không thể nhồi chất trám vào những điểm hay góc nhọn đó được.

- Phải lượn tròn đường góc trục tủy vì lực nhai thường tập trung vào đây và nếu đường góc này sắc nhọn thì khuynh hướng này càng tăng. Thêm vào đó, ở mặt nhai, nơi phần eo của ngàm đuôi én có kích thước nhỏ nhất. Sự kết hợp của hai yếu tố này giải thích được vì sao trên lâm sàng những miếng trám loại II thường hay bị gãy nơi eo thắt này.

- Phải cố gắng giảm kích thước của xoang ở mặt nhai, do đó sẽ giảm được gánh nặng của lực nhai trên miếng trám.

KỸ THUẬT ĐÀO XOANG ĐƠN LOẠI I

LT : 3

TH : 40

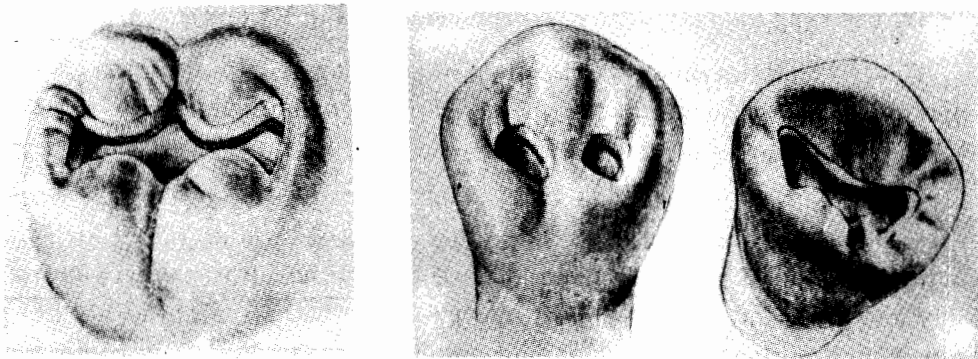
MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cấu tạo, hình dáng và cách đào xoang đơn loại I.
2. Đào được xoang đơn loại I trên các răng thực tập.

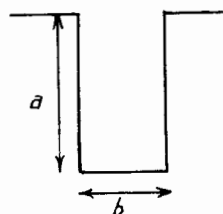
NỘI DUNG BÀI HỌC

I. CẤU TẠO, HÌNH DÁNG XOANG ĐƠN LOẠI I

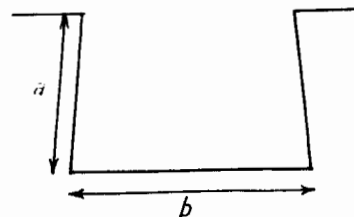
- Xoang đơn loại I là loại xoang thường gặp nhất trong việc điều trị răng. Chúng ta đào xoang loại I khi sâu hoặc bệnh lý xảy ra ở các hố, rãnh của các răng hàm, tiền hàm và trên các hố gần u răng của các răng phía trước.
- Tổng quát xoang đơn loại I gồm 5 vách :
 - + *Vách đáy* : Vách lý tưởng phải phẳng và thẳng góc với lực nhai, nếu lỗ quá sâu thì làm đáy phẳng bậc thang.



Xoang loại I trên răng hàm và tiền hàm



$a > b$
(lỗ sâu nhỏ)



$a < b$
(lỗ sâu lớn)

+ *Vách ngoài, trong, gần, xa :*

a) Luôn luôn thẳng đứng nếu chiều sâu lớn hơn chiều rộng (lỗ sâu nhỏ).

b) Thành ngoài, trong đồng quy về phía mặt nhai nếu chiều rộng lớn hơn chiều sâu (lỗ sâu lớn) và thành gần xa có thể đồng quy về phía chân răng.

II. CÁCH ĐÀO XOANG

1. Quy trình đào xoang đơn loại I trên lâm sàng.

1.1. Mở lối vào xoang.

– *Nếu lỗ sâu lớn :* dùng nạo ngà đưa qua lỗ sâu để lấy sạch thức ăn và ngà hư mục trong lỗ sâu.

– *Nếu miệng lỗ sâu nhỏ* (không thể dùng cây nạo) : dùng khoan tròn nhỏ, bắt đầu khoan từ một điểm ở trên hố hoặc rãnh sâu (không bao giờ bắt đầu khoan ở nơi mặt răng bóng (láng) vì dễ trượt) để mở rộng miệng lỗ sâu hoặc đào xuống độ sâu thích hợp.

– Vừa hết lớp ngà sâu, ít nhất phải đến đường ranh giới men ngà - rồi từ đó mở rộng miệng lỗ sâu sao cho có thể cho nạo vào nạo sạch chất bẩn trong xoang.

(Ở các răng thực tập : chạy xuống độ sâu khoảng 1,5 mm)

Chú ý : phải tìm điểm tựa thích hợp (ở các răng kế cận) để tránh trượt mũi khoan (khi khoan ở phần men) và có thể chủ động điều khiển tay khoan.

1.2. Tạo xoang.

– Đổi mũi khoan trụ hoặc chóp cụt - nếu lỗ sâu nông (chọn kích thước khoan thích hợp tùy theo độ rộng của lỗ sâu), đặt mũi khoan vào vị trí vừa mở lối và chạy khoan để mở rộng lỗ sâu ra mọi phía theo các hố, rãnh để lấy hết các phần men, ngà sâu và tạo các vách gần, xa, ngoài, trong đúng theo cấu tạo hình dáng của xoang đơn loại I. Trong khi tạo xoang cần lưu ý :

- + Bề rộng, chiều sâu của xoang phải dừng lại ở nơi vừa hết men, ngà sâu đến men, ngà lành mạnh.
- + Phải luôn giữ cho mũi khoan thẳng góc với mặt nhai của răng đang đào xoang (nếu không sàn vách xoang sẽ nghiêng); tránh không ấn mũi khoan xuống dưới vì đầu mũi khoan có thể tụt sâu xuống dưới (dễ gây lộ tủy) ; không nên để quá nửa chiều dài của khoan trụ xuống sâu trong xoang.

– Dùng khoan chóp cắt để làm phẳng vách tủy, tạo ngàm - nếu cần (tức là làm thành ngoài, trong đồng quy về phía mặt nhai) và làm rõ các đường góc.

Chú ý :

- + Chỉ làm phẳng vách tủy, tạo ngàm khi xoang có độ sâu vừa để tránh hại tủy răng.
- + Bề rộng xoang tốt nhất bằng 1/4 của khoảng cách giữa hai đỉnh mũi ngoài trong của răng, tức 1/4 khoảng liên mũi.

1.3. Lấy hết các chất sâu.

– Dùng nạo ngà để kiểm tra xem còn ngà sâu hoặc ngà mềm trong xoang không, nếu còn dùng nạo hoặc khoan tròn (chạy chậm) để loại bỏ hết các chất sâu cho đến lớp ngà cứng - một vài phần ngà đổi màu nhưng cho cảm giác ngà trơn cứng (tức là ngà thứ phát) có thể để lại.

– Đối với các răng sâu nhiều, có nhiều ngà mềm, tốt nhất dùng nạo để lấy hết chất sâu (vì dễ kiểm soát công việc làm hơn để tránh việc làm lộ tủy).

1.4. Hoàn tất xoang.

– Dùng khoan trụ vát các bờ xoang yếu hoặc nhọn góc (dùng gương nha khoa phản chiếu ánh sáng đến các vách xoang để kiểm tra kỹ các vách men).

– Rửa sạch xoang.

– Cô lập, khử khuẩn và thổi khô xoang.

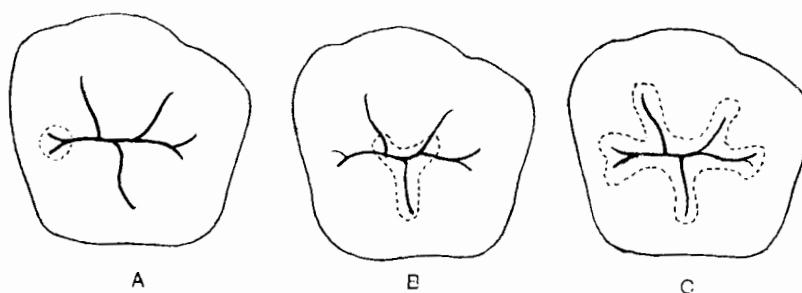
2. Quy trình đào xoang đơn loại I trên răng thực tập (răng khô hoặc răng nhựa).

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
(1)	(2)	(3)	(4)
1	Mở lối vào xoang	Khoan tròn nhỏ	Từ một điểm ở hố hoặc rãnh mặt nhai, chạy khoan đào sâu xuống một lỗ vừa ngấp đầu khoan (sâu khoảng 1,5 mm)

(1)	(2)	(3)	(4)
2	Tạo xoang	Khoan chóp cụt	- Từ lỗ vừa mở lối, đặt khoan thẳng góc mặt nhai để mở rộng lỗ sâu theo các hố và rãnh (ở cùng độ sâu 1,5 mm, bề rộng xoang # 1/4 khoảng liên múi) để tạo hình dạng xoang và các vách. + Vách ngoài trong thẳng đứng hoặc đồng quy về phía mặt nhai (nếu chiều sâu nhỏ hơn chiều rộng). + Vách gần, xa thẳng đứng. + Vách tủy phẳng, thẳng góc với lực nhai - Làm rõ các đường góc.
3	Lấy hết chất sâu	Nạo ngà	Nạo sạch chất bản trong xoang
4	Hoàn tất	Khoan trụ	- Vát bờ men yếu, nhọn góc. - Rửa xoang. - Thổi khô

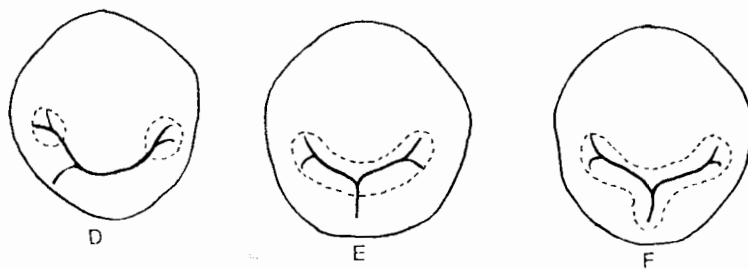
III. HÌNH DÁNG (Ở MẶT NHAİ) XOANG ĐƠN LOẠI I TRÊN CÁC RĂNG

1. Trên các răng hàm hàm dưới.



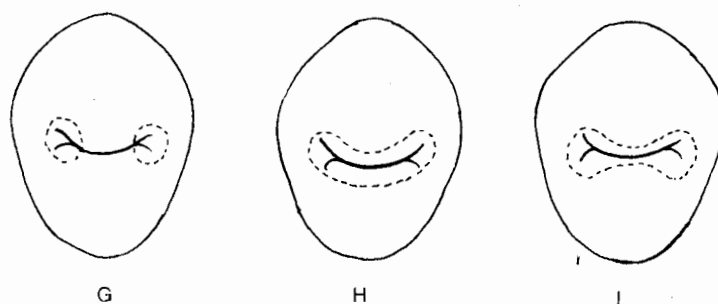
Tùy theo vị trí sâu xoang có thể được đào theo hình dạng một hố tròn nhỏ (như hình A) hoặc là một rãnh (như hình B) hoặc mở rộng theo hết các hố, rãnh trên mặt nhai (hình C).

2. Trên các răng tiền hàm hàm dưới.



Tùy vị trí sâu có thể tạo *một hoặc hai xoang riêng biệt* ở hố gần và hố xa (như hình D), hoặc xoang *hình hạt đậu* (như hình E) hoặc *hình chữ Y* (răng tiền hàm 2 dưới khi bị sâu hết ở các hố và rãnh - như hình F).

3. Trên các răng tiền hàm trên.

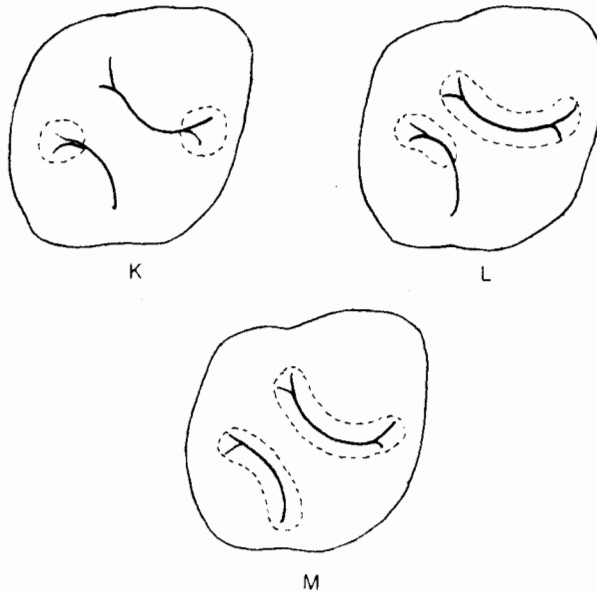


Tùy vị trí sâu có thể tạo *một hoặc hai xoang riêng biệt* ở các hố gần, xa (như hình G), hoặc hình *hạt đậu* (như hình H) hoặc hình *quả tạ* (hình I).

4. Trên các răng hàm hàm trên.

Tùy vị trí sâu có thể *một hoặc hai xoang riêng biệt* ở các hố ở mặt nhai các răng (hình K) hoặc tạo xoang theo hố và một phần rãnh (hình L) hoặc toàn bộ hố và rãnh (trong trường hợp sâu hết tất cả phần hố, rãnh (như hình M).

Chú ý : răng hàm hàm trên có hai rãnh má gần, xa lưỡi, khi tạo xoang cố gắng mở theo các hố, rãnh này.



5. Xoang ở hố mặt lưỡi (gần u răng - cingulum) các răng cửa hàm trên.

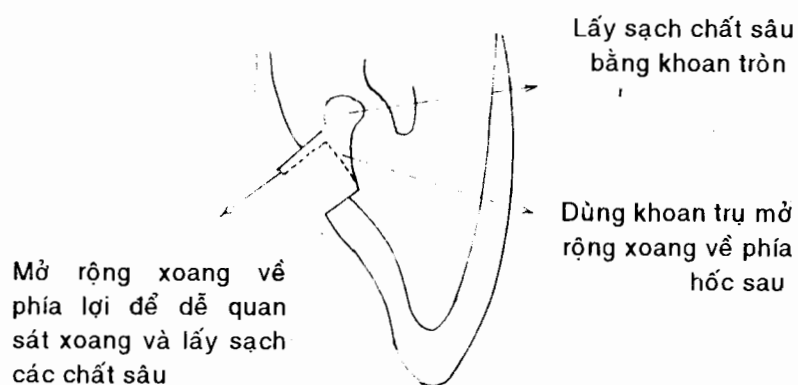
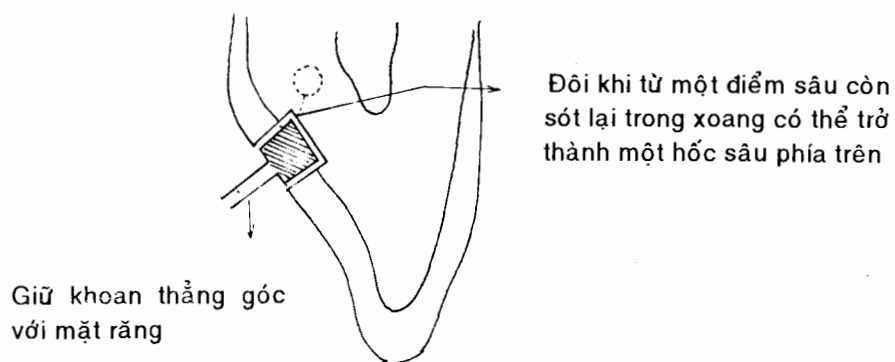


Thường đào xoang theo hình dạng một hố tròn (hình N).

Chú ý :

- + Xoang ở hố mặt lưỡi các răng cửa thường nhỏ và có chiều sâu lớn hơn chiều rộng nên có thể tạo các vách xoang thẳng đứng (giữ khoan thẳng góc với mặt răng).
- + Thường giữ độ sâu của xoang ở mức bằng chiều cao của đầu khoan chóp cụt (1,5 mm).
- + Sau khi tạo xoang xong phải kiểm tra kỹ xoang bằng cách cho đầu bệnh nhân ngả ra phía sau, dùng gương nha khoa phản chiếu ánh sáng vào xoang xem kỹ có chất sâu còn sót lại hoặc từ những điểm sâu còn lại trong xoang có thể dẫn

đến một hốc sâu ở phía trên ; trường hợp này cần mở rộng thêm xoang đến hốc sâu, lấy hết ngà mềm, cần phải chú ý khoan hoặc nạo vì rất dễ làm lộ tủy.



TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Mô tả hình dáng xoang đơn loại I.

2. Điền bổ sung nội dung vào bảng quy trình đào xoang đơn loại I trên lâm sàng

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Mở lối vào xoang	Nạo ngà hoặc khoan tròn	– Nếu lỗ sâu lớn... – Nếu lỗ sâu nhỏ...
2	Tạo xoang		– Từ lỗ vừa mở lối, đặt khoan thẳng góc mặt răng để mở rộng lỗ sâu theo các hố và rãnh để tạo hình dạng xoang và các vách. + Vách ngoài trong..... + Vách gần, xa..... + Vách tủy..... – Làm rõ đường góc.
3			
4			– Vát bờ men yếu, nhọn góc. – –

3. Học sinh thực tập đào xoang đơn loại I trên các răng thực tập (theo bảng chỉ tiêu).

Bảng thang điểm đánh giá việc đào xoang đơn loại I (trên răng thực tập)

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Mở lối vào xoang	Nhận định rõ độ sâu xoang	- Vị trí đúng : ở hố, rãnh - Độ sâu thích hợp # 1,5 mm	1		
2	Tạo xoang	Tạo hình dáng xoang	- Hình dáng xoang đẹp - Vách tủy phẳng và thẳng góc lực nhai. - Vách gần, xa phẳng, thẳng đứng - Vách ngoài, trong phẳng và thẳng đứng (hoặc đồng quy về phía mặt nhai nếu chiều rộng lớn hơn chiều sâu) - Đường góc rõ	1 2 1 2 1		
3	Lấy chất sâu	Không cho sâu tái phát	Xoang sạch	1		
4	Hoàn tất	Hoàn thành xoang và chuẩn bị cho việc trám	- Không có bờ men yếu, góc nhọn. - Xoang khô	1		

KỸ THUẬT ĐÀO XOANG KÉP LOẠI I

LT : 1

TH : 16

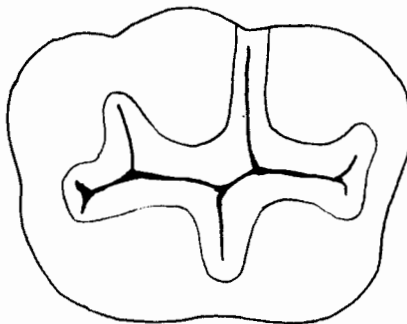
MỤC TIÊU HỌC TẬP

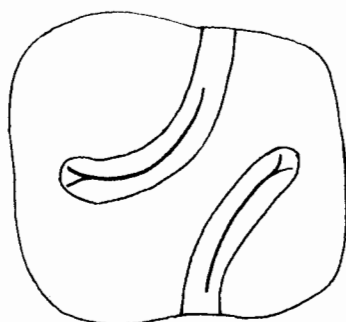
1. Trình bày được cấu tạo, hình dáng và cách đào xoang kép loại I
2. Đào được xoang kép loại I trên răng thực tập.

NỘI DUNG BÀI HỌC

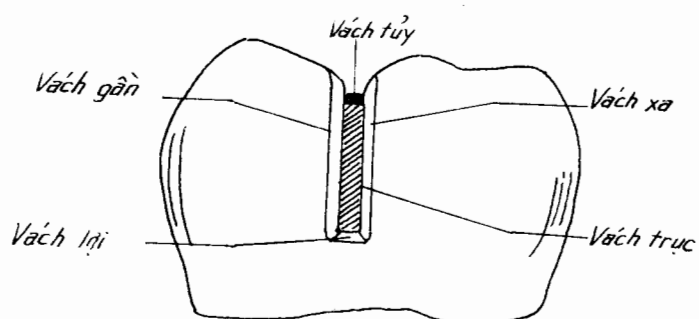
I. CẤU TẠO, HÌNH DÁNG XOANG KÉP LOẠI I

- Khi sâu xảy ra ở mặt nhai các răng hàm, chạy dọc theo các rãnh và hố ở mặt má hoặc lưỡi của răng đó thì chúng ta đào xoang kép loại I.
- Tổng quát xoang kép loại I có hình dạng :
 - + Ở mặt nhai : là hình dạng của xoang đơn loại I nhưng mở rộng ra tận đến mặt má (nếu cũng sâu ở mặt má) hoặc mặt lưỡi (nếu cũng sâu ở mặt lưỡi).
 - + Ở mặt má hoặc mặt lưỡi :
 - Vách gần, xa thẳng đứng, song song nhau nhưng phải làm tròn góc gần lợi và xa lợi.
 - Vách trực thẳng góc vách tủy nhưng phải lượn tròn đường góc trực tủy.
 - Vách lợi thẳng góc vách trực.

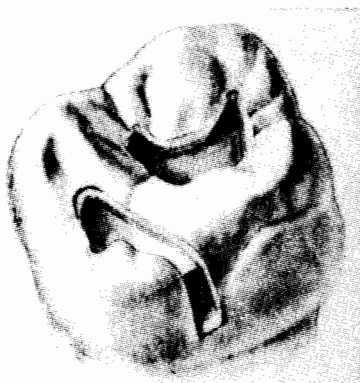




Hình dáng ở mặt nhai của xoang kép loại I



Hình dáng ở mặt ngoài (hoặc mặt trong) của xoang kép loại I



Hình dáng xoang kép loại I (nhìn từ mặt nhai và mặt trong)

II. CÁCH ĐÀO XOANG

1. Quy trình đào xoang kép loại I trên lâm sàng.

1.1. Mở lối vào xoang.

Giống mở lối vào xoang của xoang đơn loại I

1.2. Tạo xoang.

– *Phần mặt nhai* : Đào và hoàn tất phần mặt nhai của xoang răng y như đào xoang đơn loại I, sau đó dùng khoan hình trụ từ xoang này đào theo các rãnh ở mặt nhai ở cùng độ sâu của xoang nhai - để mở xoang ra tận đến rãnh sâu của mặt má (nếu sâu ở mặt má) hoặc mặt lưỡi (nếu sâu ở mặt lưỡi).

– *Phần mặt má hay mặt lưỡi* :

+ Dùng khoan trụ đặt theo rãnh sâu, theo hướng song song vách trục sẽ đào, đào từ phía ngoài (mặt má hoặc lưỡi) vào trong cho hết phần ngà sâu (nhưng ít nhất phải qua đường tiếp nối men ngà) thì dừng lại (để tạo vách trục sơ khởi).

+ Dùng khoan chóp cụt, theo hướng từ vách tủy xuống vách lợi, để tạo vách lợi phẳng và thẳng góc vách trục.

+ Dùng khoan trụ để tạo hai vách gần, xa thẳng đứng, song song nhau tạo vách trục thẳng góc với vách tủy.

+ Dùng khoan trụ lượn tròn đường góc trục tủy và hai mép phía ngoài của vách gần vách lợi, vách xa vách lợi.

+ Dùng khoan chóp cụt làm rõ các đường góc, điểm góc.

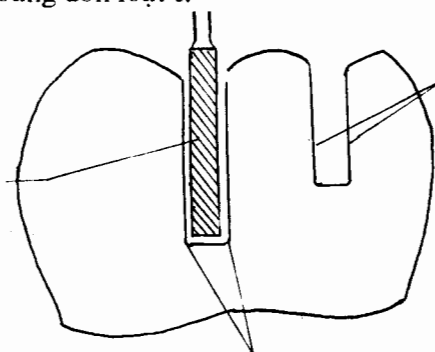
1.3. Lấy hết chất sâu.

Giống như ở đào xoang đơn loại I.

1.4. Hoàn tất.

Giống như ở đào xoang đơn loại I.

Dùng khoan hình trụ để tạo hai vách gần xa

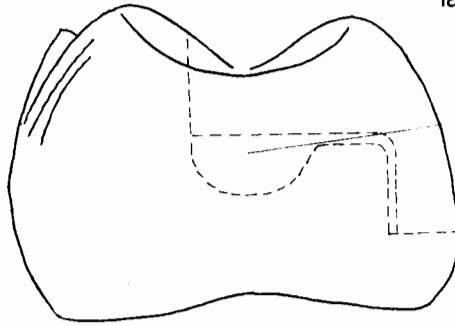


Hai vách gần xa phải thẳng đứng và song song

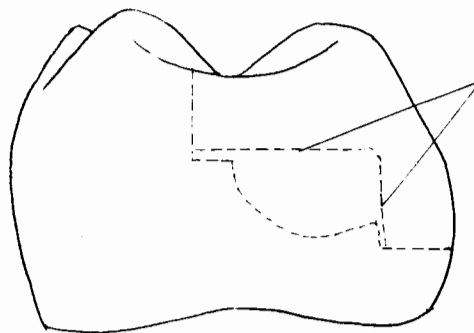
Làm tròn hai mép phía ngoài của vách gần vách lợi, vách xa vách lợi

Xoang kép loại I nhìn từ phía mặt má

Trường hợp xoang quá sâu
làm phẳng đáy bằng Eugenate



Xoang kép loại I nhìn từ phía mặt gần.



Tái tạo vách tửy
và vách trục
bằng Eugenate

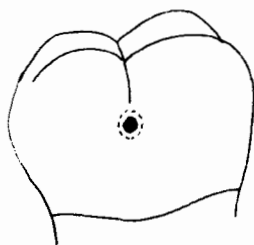
Xoang kép loại I nhìn từ phía mặt gần.

2. Quy trình đào xoang kép loại I trên răng thực tập.

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Mở lối vào xoang	Khoan tròn nhỏ	Giống như ở xoang đơn loại I
2	Tạo xoang * Phần mặt nhai	– Khoan chóp cụt – Khoan trụ	– Đặt khoan vào vị trí vừa mở lối đào xoang ở mặt nhai như đào xoang đơn loại I – Từ xoang nhai, đặt khoan thẳng góc mặt nhai, mở xoang theo các rãnh ở mặt nhai ra đến các rãnh ở mặt má (hoặc mặt lưỡi) (ở cùng độ sâu của xoang nhai # 1,5 mm).

2	* Phần mặt má (hoặc mặt lưỡi)	- Khoan trụ - Khoan chóp cụt - Khoan trụ - Khoan trụ - Khoan chóp cụt	- Đặt khoan theo rãnh răng (theo hướng song song vách trục sẽ đào), đào từ ngoài vào trong để tạo vách trục sơ khởi. - Đặt khoan theo hướng từ vách tủy đến vách lợi để tạo vách lợi phẳng, thẳng góc vách trục (bề rộng vách lợi tính từ phía ngoài vào vách trục # 1mm, từ vách gần đến vách xa # 1,5 mm). - Đặt khoan theo rãnh răng tạo hai vách gần xa thẳng đứng, song song nhau và vách trục thẳng góc vách tủy. - Lượn tròn đường góc trục tủy và hai mép phía ngoài của vách gần lợi và xa lợi. - Làm rõ đường góc, điểm góc.
3	Lấy hết chất sâu	- Nạo ngà	- Giống như ở xoang đơn loại I (trên răng thực tập)
4	Hoàn tất	- Khoan trụ	- Giống như ở xoang đơn loại I (trên răng thực tập)

Chú ý : khi sâu răng chỉ xảy ra ở phần hố của các rãnh ở mặt má hoặc mặt lưỡi của các răng hàm thì chỉ đào như xoang đơn loại I nhưng thay vì ở mặt nhai thì ở mặt má hoặc mặt lưỡi.



Xoang đơn loại I ở mặt má

TỰ LƯỢNG GIÁ

- Mô tả hình dáng xoang kép loại I
- Điền bổ sung phần dụng cụ, kỹ thuật đào xoang kép loại I ở mặt má răng 4.6 vào bảng

STT	Quy trình đào xoang	Dụng cụ	Kỹ thuật
1	Mở lối vào xoang	-	-
2	Tạo xoang * Phần mặt nhai - * Phần mặt má - Tạo vách trực sơ khởi - - Tạo vách lợi - - Tạo vách gần xa - - Tạo vách trực -	- - - - - -	- Mở rộng xoang (ở cùng độ sâu của xoang nhai) theo các rãnh mặt nhai ra đến rãnh sâu ở mặt má. - Đặt khoan dọc theo rãnh sâu, theo hướng đào từ ngoài vào trong cho hết phần men ngà sâu. - Đặt khoan theo hướng để tạo vách lợi phẳng - Đặt khoan theo để tạo hai vách gần xa thẳng đứng và - Tạo vách trực thẳng góc vách tủy.
3	Lấy hết chất sâu	-	-
4	Hoàn tất	-	-

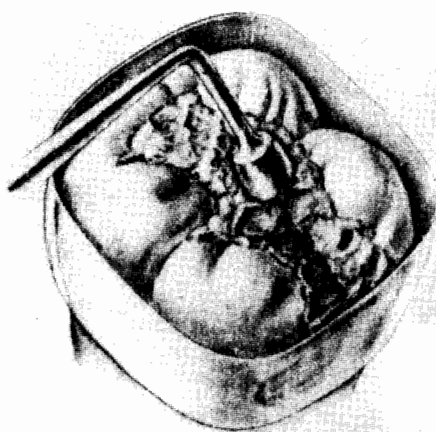
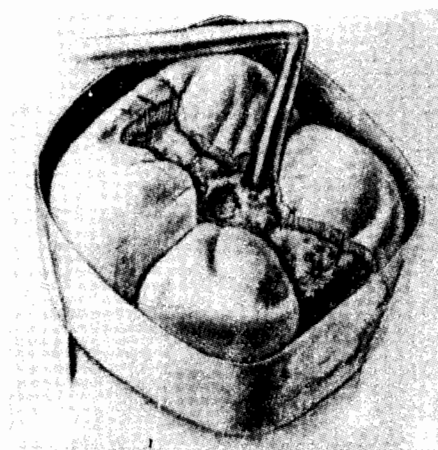
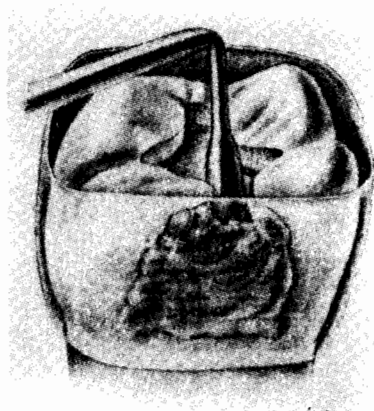
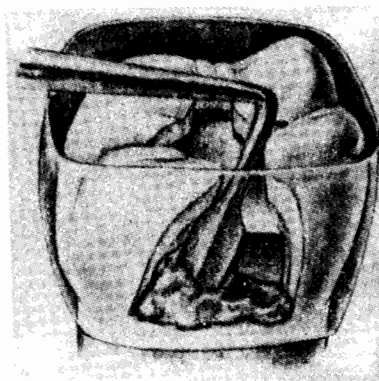
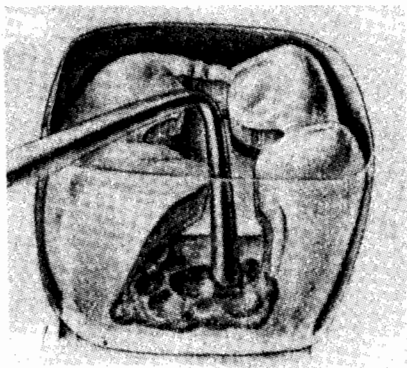
- Học sinh thực tập đào xoang kép loại I trên răng thực tập (theo bảng chỉ tiêu)

Bảng thang điểm đánh giá việc đào xoang kép loại I (trên răng thực tập).

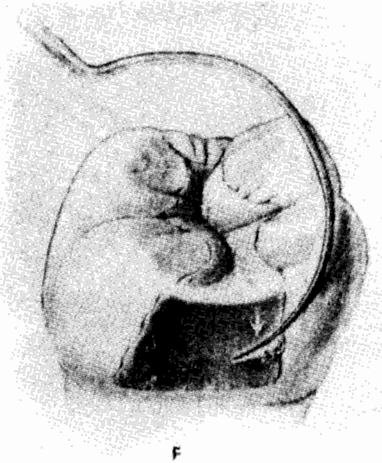
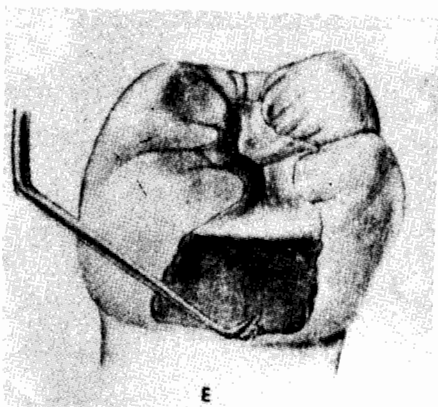
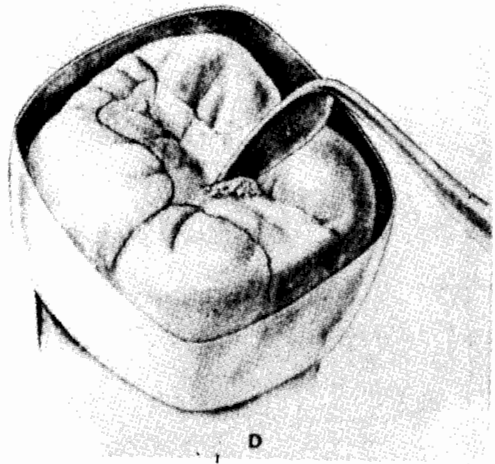
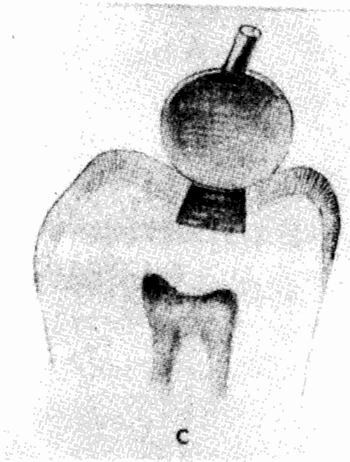
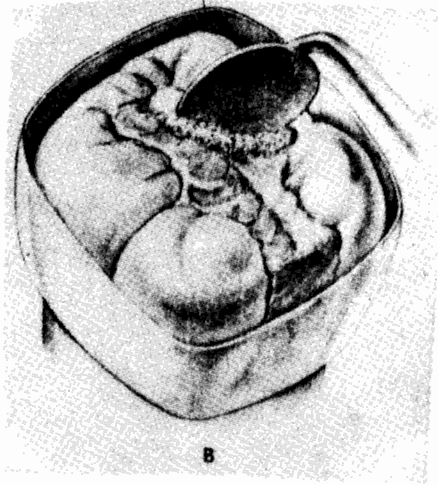
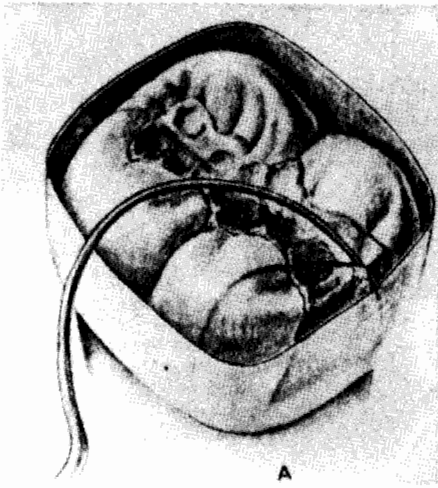
STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Mở lối vào xoang	Nhận định rõ độ sâu xoang	– Vị trí đúng : ở hố, rãnh – Độ sâu thích hợp: 1,5mm	1		
2	Tạo xoang – Phần mặt nhai – Phần mặt má	– Tạo hình dáng xoang	– Hình dáng xoang đẹp – Dáy phẳng, thẳng góc lực nhai – Vách gần, xa, thẳng đứng và vách ngoài, trong đồng quy về phía mặt nhai. – Vách gần, xa thẳng đứng và song song nhau. – Vách lợi phẳng, thẳng góc vách trục. – Vách trục phẳng, thẳng góc vách tủy – Đường góc, điểm góc rõ	1 1 1 1 1 1		
3	Lấy chất sâu	Không cho sâu tái phát	Xoang sạch	1		
4	Hoàn tất	Hoàn thành xoang và chuẩn bị cho việc trám	– Không có bờ men yếu, góc nhọn (chú ý đường góc trục tủy và 2 mép ngoài của vách gần lợi và xa lợi phải tròn) – Xoang khô	1		

– Nếu miếng trám cao quá sẽ tạo điểm cộm, gây rối loạn cắn khớp, sẽ gây bệnh lý ở răng trám (viêm khớp răng, viêm nha chu). Ngoài ra, miếng trám sẽ dễ vỡ khi ăn, nhai.

– Phải điều khắc để khi hoàn tất, bề mặt miếng trám phải thật mịn.



Kỹ thuật trám Amalgam



Kỹ thuật điêu khắc Amalgam

KỸ THUẬT ĐÀO XOANG LOẠI II

LT : 2

TH : 30

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cấu tạo hình dáng và cách đào xoang loại II.
2. Đào được xoang loại II trên răng thực tập.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. CẤU TẠO, HÌNH DÁNG XOANG LOẠI II

Khi sâu xảy ra ở mặt bên (mặt gần, xa) của các răng hàm, tiền hàm ta đào xoang loại II.

1. Xoang đơn loại II.

– Đào xoang đơn loại II khi sâu chỉ xảy ra ở mặt bên và sát lỗ sâu không có răng kế cận.

– Xoang có cấu tạo hình dáng như xoang đơn loại I nhưng thay vì ở mặt nhai, ta đào ở mặt bên và thường đào theo dạng của hình tròn.

2. Xoang kép loại II.

Khi có răng kế cận, dù có sâu thêm ở mặt nhai hay không, ta phải đào xoang kép loại II. Như vậy, xoang kép loại II gồm 2 phần :

2.1. Xoang chính ở mặt bên.

Kiểu hình dạng như ở mặt má (hoặc mặt lưỡi) của xoang kép loại I nhưng :

- Hai vách má, lưỡi đồng quy về phía mặt nhai.
- Vách trục cong lồi theo mặt bên răng.
- Vách lợi (vách nướu) coi như thẳng góc vách trục.

2.2. Xoang phụ ở mặt nhai.

Cấu tạo, hình dáng như xoang loại I nhưng mở rộng xoang ra đến mặt bên răng và hình dáng ở mặt nhai sẽ là :

- Nếu mặt nhai không sâu : là một đuôi én không đi quá nửa mặt nhai.

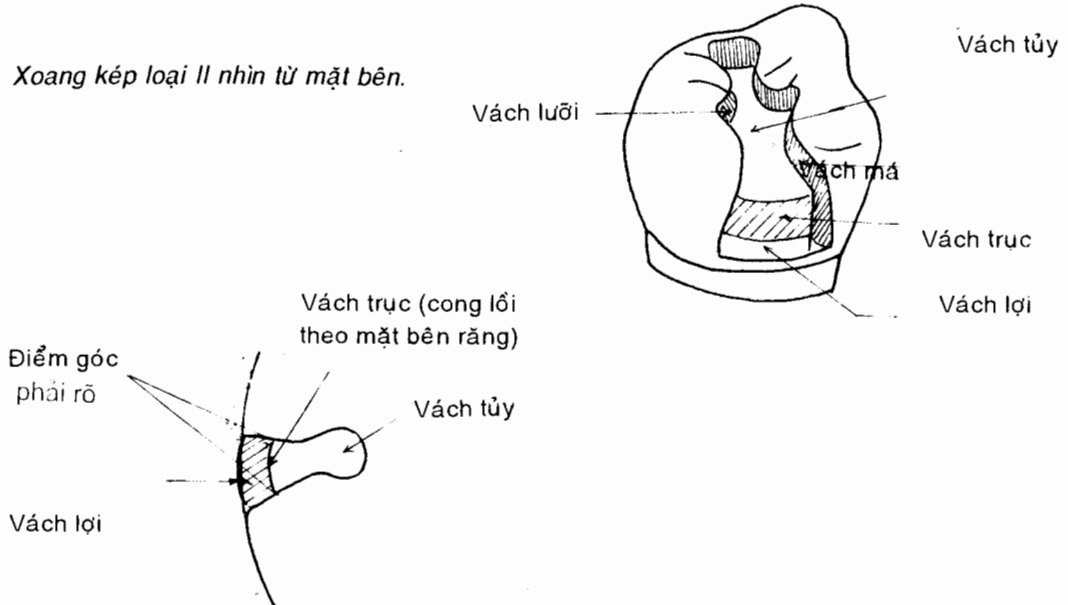
- Nếu sâu ở mặt nhai : mở hết hố và rãnh sâu như đào xoang loại I.

Chú ý :

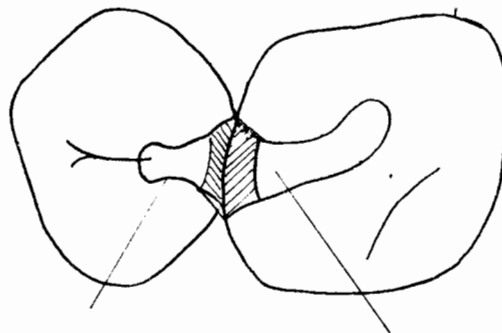
- Xoang kép loại II có thể ở trên 2 hoặc 3 mặt răng.

- Khi lỗ sâu chưa lớn, có thể phát hiện lỗ sâu bằng thăm trám số 17 đưa vào mặt bên tìm lỗ sâu, hoặc dùng chỉ tơ nha khoa (dental floss) đặt vào kẽ răng rồi kéo lên - nếu vướng là có sâu ; nếu nghi ngờ có thể chụp phim răng.

Xoang kép loại II nhìn từ mặt bên.

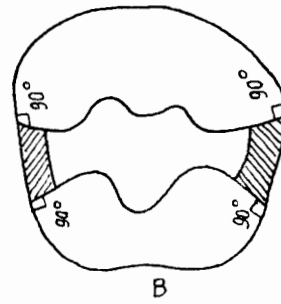
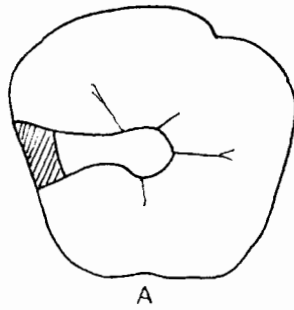


Xoang kép loại II nhìn từ mặt nhai xuống.



Hình dạng xoang kép loại II trong trường hợp không sâu ở mặt nhai .

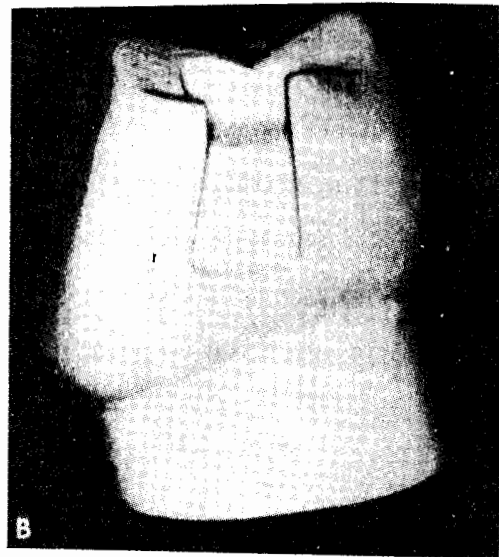
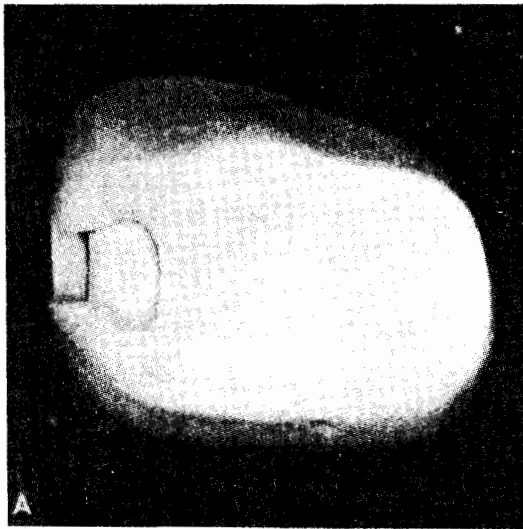
Hình dạng (nhìn từ mặt nhai) của xoang kép loại II trường hợp sâu ở mặt nhai (Răng hàm trên)



Hình dáng xoang kép loại II nhìn từ mặt nhai xuống.

A- Ổ răng hàm dưới

B- Xoang ở 3 mặt răng
(Xoang xa gần nhai)



Ngàm đuôi én không quá 1/2 mặt nhai

(Xoang kép loại II không sâu ở mặt nhai)

A. Nhìn từ mặt nhai

B. Nhìn từ mặt gần

II. CÁCH ĐÀO XOANG

1. Quy trình đào xoang kép loại II trên lâm sàng.

1.1. Mở lối vào xoang.

- Nếu có sâu ở cả mặt nhai : mở lối vào xoang giống như ở xoang loại I.
- Nếu không sâu ở mặt nhai : đặt khoan tròn nhỏ vào hố răng ở mặt nhai – cùng bên với lỗ sâu – mở rộng hố răng ra đến mặt bên và đào sâu xuống dưới cho thông với lỗ sâu, mở rộng lỗ sâu cho đến khi có thể đưa nạo vào để lấy sạch các chất bẩn và ngà sâu trong lỗ sâu.

1.2. Tạo xoang.

– Tạo xoang chính ở mặt bên:

+ Dùng khoan tròn, đặt vào hố vừa mở lối, vừa sát với mặt bên, đưa khoan theo chiều má lưỡi để mở rộng lỗ sâu cho hết phần men ngà sâu ở mặt bên (nhưng bề rộng xoang ít nhất phải qua phần tiếp xúc giữa hai răng), sâu xuống đến gần bờ cổ răng – nhờ giữ sức ấn trên tay khoan nhẹ nhàng để tạo vách trục song song theo hình dạng mặt bên của răng ; vách trục phải ở ngay chỗ tiếp giáp giữa ngà sâu và ngà lành nhưng trung bình chiều sâu từ mặt bên đến vách trục là 1mm ở răng tiền hàm và 2mm ở răng hàm (trong trường hợp lỗ sâu quá sâu, có thể tái tạo vách trục như ở xoang kép loại I).

+ Dùng khoan trụ tạo vách má và vách lưỡi hơi xòe về phía lợi răng (đồng quy về phía mặt nhai), vách má và vách lưỡi tạo với mặt bên một góc 90^0 .

+ Dùng khoan chóp cắt tạo vách lợi phẳng và nằm ngang.

+ Tiếp tục dùng khoan chóp cắt để làm rõ các đường góc, điểm góc.

– Tạo xoang phụ ở mặt nhai :

Phần xoang phụ ở mặt nhai được đào hoàn toàn giống như xoang loại I ở mặt nhai ; hình dạng trên mặt nhai như sau :

a) Trường hợp không sâu ở mặt nhai : tạo hình đuôi én không đi quá 1/2 mặt nhai.

b) Trường hợp sâu ở mặt nhai : tùy lỗ sâu, mở rộng theo hết các hố và rãnh sâu như ở xoang loại I hoặc tạo dạng đuôi én theo các hố, rãnh.

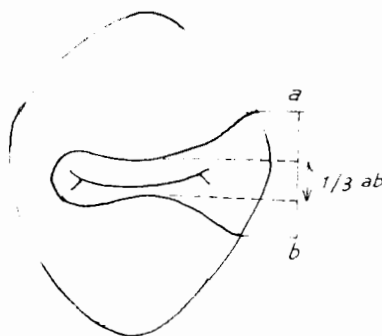
Sau đó dùng khoan trụ lượn tròn các đường góc trục tủy.

1.3. Lấy hết chất sâu : Giống như ở xoang loại I

1.4. Hoàn tất : Giống như ở xoang loại I.

Chú ý :

– Tạo chiều rộng phần eo của ngàm đuôi én vào khoảng $1/3$ chiều rộng xoang ở mặt nhai ngay nơi mặt bên (để có thể giữ được miếng trám không cho tụt ra về phía mặt bên ; nếu eo nhỏ quá, miếng trám sẽ yếu, khi nhai dễ gây ngay chỗ co nhai).



– Trên các răng đang mọc, không thể dùng bờ lợi để làm mức cho chiều sâu của xoang bên, đào xoang tạm và trám tạm cho đến khi răng mọc lên hoàn toàn đủ để đào vách lợi xuống đến cổ răng.

2. Quy trình đào xoang kép loại II trên răng thực tập

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Mở lối vào xoang	Khoan tròn nhỏ	Đặt khoan vào hố răng ở mặt nhai phía bên đào xoang, đào sâu xuống ngập mũi khoan, mở rộng hố răng ra đến mặt bên
2	Tạo xoang * Xoang chính ở mặt bên	– Khoan tròn	– Đặt khoan vào hố vừa mở lối, vừa sát với mặt bên, đưa khoan theo chiều má lưỡi để mở rộng xoang qua phần tiếp xúc giữa 2 răng (2mm ở miệng xoang, 3mm ở vách lợi tức đáy xoang), đào sâu xuống đến gần bờ cổ răng, giữ sức ấn trên tay khoan nhẹ nhàng để tạo vách trục song song theo hình dạng mặt bên (bề sâu từ mặt bên đến vách trục = bề rộng vách lợi, trung bình là 1mm ở răng tiền hàm và 2mm ở răng hàm)

2	* Xoang phụ ở mặt nhai	- Khoan trụ - Khoan chóp cụt - Khoan chóp cụt - Khoan chóp cụt - Khoan trụ	- Tạo vách má lưỡi hơi xòe về phía lợi; vách má, lưỡi tạo với mặt bên một góc 90^0. - Tạo vách lợi phẳng và nằm ngang. - Làm rõ các đường góc, điểm góc. - Đào như xoang loại I ở mặt nhai, tùy răng có thể tạo hình đuôi én không quá nửa mặt nhai hoặc đào theo các hố, rãnh ở mặt nhai. - Lượn tròn các đường góc trực tiếp.
3	Lấy hết chất sâu	- Nạo ngà	- Giống như ở xoang đơn loại I (trên răng thực tập)
4	Hoàn tất	- Khoan trụ	- Giống như ở xoang đơn loại I (trên răng thực tập)

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Mô tả cấu tạo, hình dáng xoang loại II
2. Trình bày cách đào xoang loại II
3. Thực tập đào xoang kép loại II trên răng thực tập (theo chỉ tiêu)

Bảng thang điểm đánh giá việc đào xoang kép loại II (trên răng thực tập)

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Mở lối vào xoang	Nhận định rõ độ sâu xoang	- Vị trí đúng : ở hố, rãnh - Độ sâu thích hợp # 1,5mm	1		

2	Tạo xoang	Tạo hình dáng xoang	- Hình dáng xoang đẹp	1		
	* Xoang chính ở mặt bên		- Vách trục song song hình dạng mặt bên.	1		
			- Vách má, lưỡi hơi xòe về phía lợi và tạo với mặt bên một góc 90^0 .	1		
			- Vách lợi phẳng, nằm ngang (chiều rộng = 1mm ở răng tiền hàm và 2mm ở răng hàm)	1		
	* Xoang phụ ở mặt nhai		- Hình dạng ở mặt nhai đúng: + Nếu làm ngàm đuôi én: co = 1/3 bề rộng xoang. + Nếu mở theo hố rãnh: phải giữ được miếng trám không cho sát về phía mặt bên.	1		
			- Vách đáy phẳng, thẳng góc sức nhai.	1		
			- Vách má, lưỡi đồng quy về phía mặt nhai	1		
3	Lấy hết chất sâu	Không cho sâu tái phát	Xoang sạch	1		
4	Hoàn tất	Hoàn thành xoang và chuẩn bị cho việc trám	- Không có bờ men yếu, góc nhọn (chú ý đường góc trục tủy phải tròn) - Xoang khô	1		

KỸ THUẬT ĐÀO XOANG LOẠI V

LT : 1

TH : 12

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cấu tạo hình dáng và cách đào xoang loại V.
2. Đào được xoang loại V trên răng thực tập.

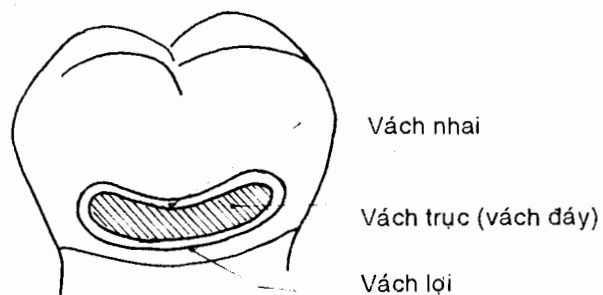
NỘI DUNG BÀI HỌC

I. CẤU TẠO, HÌNH DÁNG XOANG LOẠI V

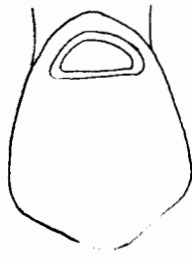
– Khi sâu hay bệnh lý (mòn ngót cổ răng quá nhiều do chải răng không đúng cách hoặc do cọ xát của móc hàm giả) xảy ra ở 1/3 cổ răng mặt trong, ngoài của các răng ta đào xoang loại V.

– Xoang loại V có cấu tạo hình dáng gần giống cấu tạo của xoang loại I đơn nhưng thay vì tạo ở mặt nhai, ta đào ở mặt trong ngoài và vách trực (vách đáy) được tạo cong lồi theo hình dạng bên ngoài của mặt trong hay ngoài của răng, tùy vị trí hình dạng lỗ sâu, xoang có thể có *hình tròn, hình bán nguyệt* hay thường nhất là *hình hạt đậu*. Như vậy, xoang loại V có các vách :

- + *Vách trực* : (vách đáy) cong lồi theo hình dạng mặt trong, ngoài của răng.
- + *Vách lợi, vách nhai* : đồng quy về phía mặt ngoài (nếu xoang ở mặt ngoài) hoặc mặt trong (nếu xoang ở mặt trong)



Xoang hình hạt đậu



Xoang loại V (Hình bán nguyệt)



Xoang hình hạt đậu



Xoang hình tròn

II. CÁCH ĐÀO XOANG

1. Quy trình đào xoang loại V trên lâm sàng.

1.1. Mở lối vào xoang.

Giống như ở đào xoang loại I.

1.2. Tạo xoang.

– Dùng khoan tròn nhỏ, đặt thẳng góc với mặt ngoài hoặc trong (tùy theo đào xoang ở mặt ngoài, trong) chạy theo rãnh sâu để lấy hết phần men, ngà hư và tạo hình dáng xoang (tùy vị trí, hình dạng lỗ sâu mà tạo xoang hình tròn, hình hạt đậu hay bán nguyệt) và tạo vách trực cong lối theo hình dạng mặt trong ngoài của răng.

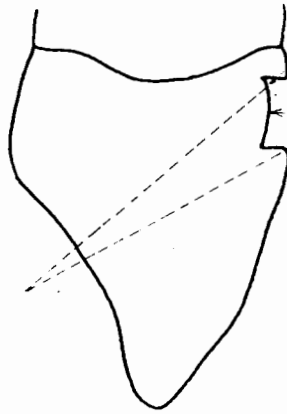
– Dùng khoan chóp cụt tạo các vách lợi, vách nhai phẳng và đồng quy về phía mặt ngoài (hay trong) ; làm rõ các đường góc.

1.3. Lấy hết chất sâu.

Giống như ở xoang loại I.

1.4. Hoàn tất.

Giống như ở xoang loại I.



Đáy (vách trực) cong lồi
theo mặt ngoài răng

Vách nhai lợi đồng
quy về phía mặt ngoài

2. Quy trình đào xoang loại V trên răng thực tập.

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Mở lối vào xoang	Khoan tròn nhỏ	Đặt thẳng góc mặt ngoài (hoặc trong) ở 1/3 cổ răng, đào một hố sâu xấp xỉ 1mm.
2	Tạo xoang	- Khoan tròn nhỏ - Khoan chóp cụt	- Từ hố vừa mở lối, tiếp tục đào ở cùng độ sâu để tạo hình dạng xoang (hạt đậu, bán nguyệt) và tạo vách trực cong lồi theo mặt ngoài (hoặc trong). - Tạo vách lợi, vách nhai phẳng, đồng quy về phía mặt ngoài (hoặc trong) - Làm rõ các đường góc.
3	Lấy hết chất sâu	- Nạo ngà	- Giống như ở xoang loại I (trên răng thực tập)
4	Hoàn tất	- Khoan chóp cụt	- Giống như ở xoang loại I (trên răng thực tập)

TỰ LUẬN GIÁ

1. Mô tả hình dáng xoang loại V.
2. Trình bày cách đào xoang loại V.
3. Thực tập đào xoang loại V trên răng thực tập (theo chỉ tiêu).

KỸ THUẬT ĐÀO XOANG LOẠI III

LT : 2

TH : 20

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được cấu tạo, hình dáng và cách đào xoang loại III đơn, kép.
2. Đào được xoang loại III đơn, kép trên răng thực tập.

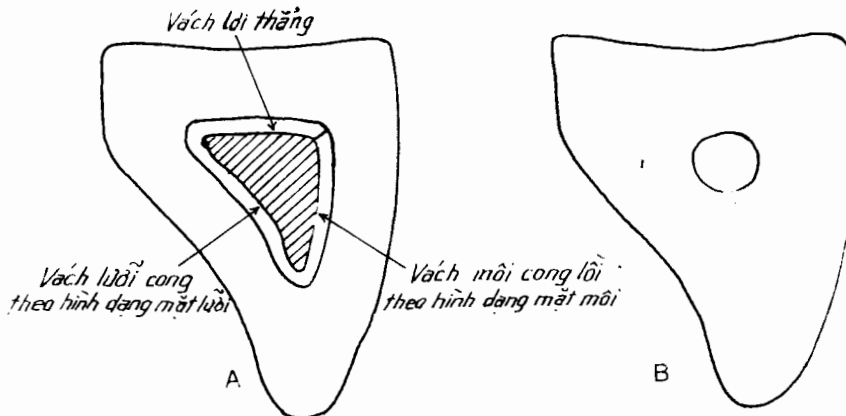
NỘI DUNG BÀI HỌC

I. CẤU TẠO, HÌNH DÁNG XOANG LOẠI III

1. Xoang loại III đơn.

– Khi sâu xảy ra ở mặt bên các răng cửa, răng nanh nhưng chưa ăn lan đến mặt môi, lưỡi và nếu không có răng kế cận ta đào xoang loại III đơn.

– Xoang có cấu tạo hình dáng như xoang đơn loại I nhưng thay vì ở mặt nhai, ta đào ở mặt bên, xoang có hình tròn – nếu lỗ sâu nhỏ – hay hình tam giác (nhưng các góc tròn, kiểu như hình trái lê) – nếu lỗ sâu lớn.



Hình dáng xoang loại III đơn

A. Trường hợp lỗ sâu lớn

B. Trường hợp lỗ sâu nhỏ

2. Xoang loại III kép.

– Khi sâu xảy ra ở mặt bên răng cửa, răng nanh mà có răng kế cận hoặc sâu đã ăn lan ra mặt môi hay mặt lưỡi, ta đào xoang kép loại III.

– Việc xác định hình dáng xoang phụ thuộc vào hình dáng, kích thước và vị trí lỗ sâu :

+ Khi răng sâu ít, thường tạo xoang như hình (C). Xoang ở hai mặt :

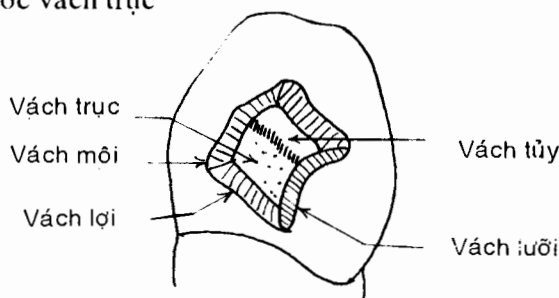
- Ở mặt lưỡi : có đáy lớn hơn miệng (để giữ miếng trám không cho tụt ra về phía mặt bên), vách tủy song song bề mặt lưỡi.

- Ở mặt bên :

Hai vách môi, lưỡi đồng quy về phía mặt lưỡi.

Vách trục thẳng góc vách tủy.

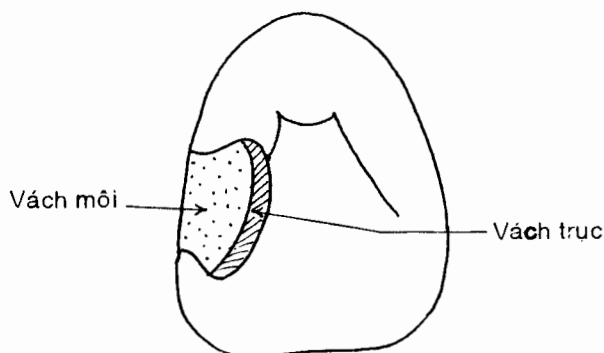
Vách lợi thẳng góc vách trục



C

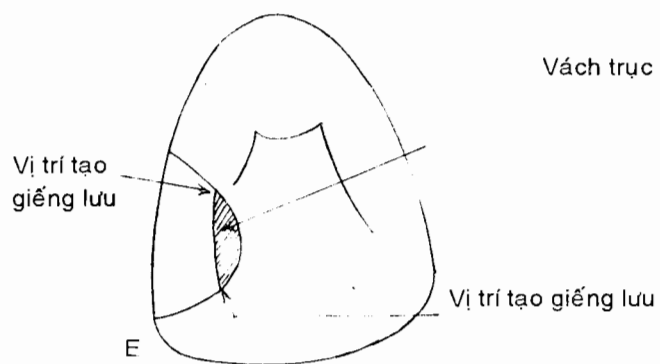
Xoang kép loại III.

+ Khi lỗ sâu lớn, hình dạng xoang tùy thuộc vào lỗ sâu thường tạo như một hốc có đáy lớn hơn miệng – chỉ cốt yếu là lấy cho được hết phần men ngà sâu (hình D). Trường hợp không thể tạo đáy lớn hơn miệng, tạo hai giếng lưu (đào một rãnh sâu nhỏ như cái chốt chốt vào phần ngà răng để gắn chặt miếng trám vào xoang) ở hai điểm : 1 ở góc bờ cắt, một ở góc môi lợi (hình E , F)

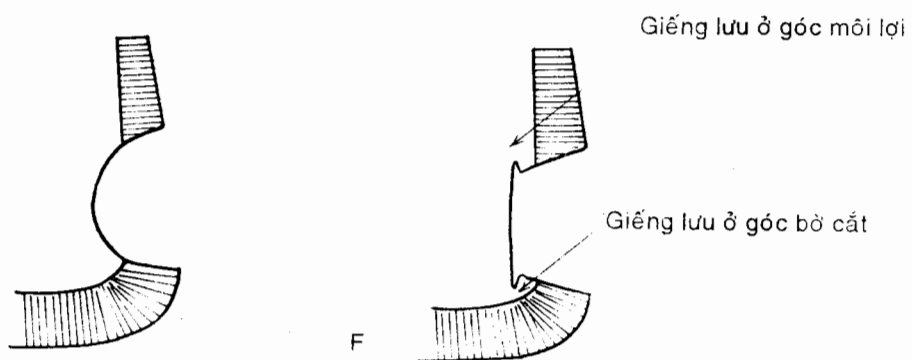


D

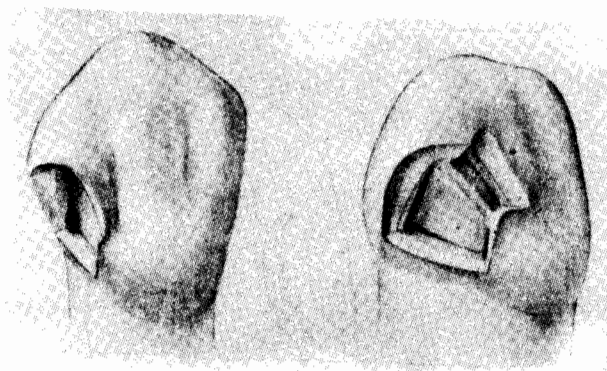
Trường hợp lỗ sâu lớn nhưng chưa ăn lan ra mặt môi.



Trường hợp lỗ sâu lớn, có thể ăn lan ra mặt môi hoặc lưỡi, hoặc cả 2 mặt môi, lưỡi, tạo xoang dạng như hình dầy chén.



Các giềng lưu được tạo theo hướng song song tủy răng.



Xoang loại III.

II. CÁCH ĐÀO XOANG

1. Quy trình đào xoang loại III trên lâm sàng.

1.1. Xoang loại III đơn.

– *Mở lối vào xoang* : giống như ở xoang loại I đơn.

– *Tạo xoang* :

Dùng khoan tròn nhỏ, từ hố vừa mở lối mở rộng xoang cho đến phần men, ngà sâu và tạo hình dạng xoang hình tròn (nếu lỗ sâu nhỏ), hình tam giác (nếu lỗ sâu lớn).

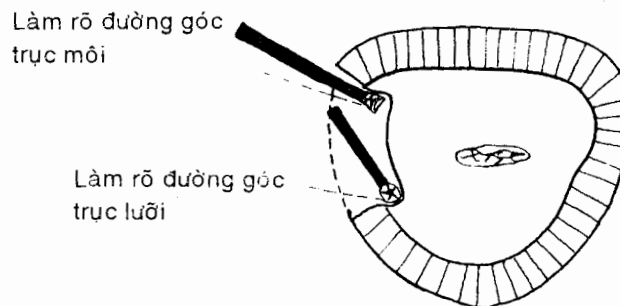
+ Xoang hình tròn : tạo xoang giống như ở xoang đơn loại I.

+ Xoang hình tam giác :

- Dùng khoan tròn tạo hình dạng tam giác ; vách môi cong lồi theo hình dạng mặt môi, vách lưỡi cong theo hình dạng mặt lưỡi, vách lợi thẳng.
- Dùng khoan chóp cụt tạo các vách xoang phẳng, hai vách môi, lưỡi đồng quy về phía mặt bên, làm rõ các đường góc.
- Dùng khoan tròn làm rõ điểm góc trục môi lưỡi và trục lưỡi lợi.
- Dùng khoan chóp cụt làm rõ điểm góc trục môi lợi.

– *Lấy hết chất sâu* : Giống như ở xoang loại I đơn.

– *Hoàn tất* : Giống như ở xoang loại I đơn.



1.2. Xoang loại III kép – kiểu xoang ở hình C.

Đào xoang kiểu này khi lỗ sâu còn nhỏ chưa ăn lan ra mặt môi, lưỡi hoặc đã ăn lan một ít ra mặt lưỡi nhưng chưa ra mặt môi.

– *Mở lối vào xoang* :

+ Nếu lỗ sâu đã ăn lan ra mặt lưỡi, dùng nạo ngà nhỏ đưa vào lỗ sâu để nạo sạch thức ăn và ngà hư mục – nếu lỗ sâu chưa lọt cây nạo, dùng khoan tròn nhỏ mở rộng miệng lỗ sâu.

+ Nếu lỗ sâu chưa ăn lan ra mặt môi, lưỡi, dùng khoan tròn để mở lối vào xoang : đặt khoan thẳng góc mặt lưỡi vào hố lưỡi sát với gờ bên, tương ứng với lỗ sâu, đào sâu xuống một lỗ ngập mũi khoan (khoảng 1 mm) và mở rộng hố này thông với lỗ sâu để có thể cho nạo vào nạo sạch các chất dơ trong xoang.

– *Tạo xoang* :

+ *Ở mặt lưỡi* :

- Dùng khoan tròn tạo hình dạng xoang ở mặt lưỡi (chú ý tạo đáy lớn hơn miệng để giữ miếng trám khỏi tụt về phía mặt bên)
- Dùng khoan chóp cụt tạo vách tủy song song kể mặt lưỡi và làm rõ các đường góc, điểm góc.

+ *Ở mặt bên* : dùng khoan chóp cụt :

- Chạy theo chiều môi lưỡi để lấy cho hết phần men ngà sâu và tạo vách trục thẳng góc vách tủy và hai vách môi lưỡi đồng quy về phía mặt lưỡi.
- Tạo vách lợi thẳng góc vách trục.

– *Lấy hết chất sâu* : giống như ở xoang loại I

– Hoàn tất : giống như ở xoang loại I

1.3. Xoang loại III kép - như hình D, E, F.

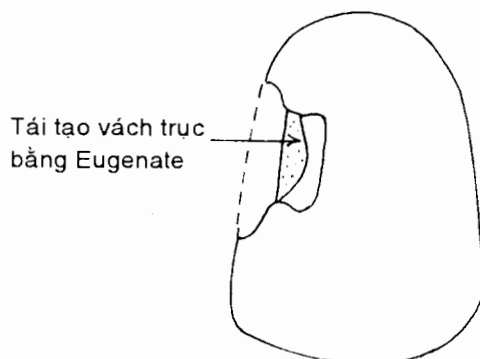
Đào xoang kiểu này trong trường hợp lỗ sâu quá lớn không thể tạo xoang như hình C hoặc lỗ sâu đã ăn ra mặt môi

– *Mở lối vào xoang và tạo xoang* :

Thường dùng nạo ngà nhỏ đưa vào lỗ sâu để làm sạch xoang nhưng nếu miệng lỗ sâu nhỏ, dùng khoan tròn để mở lối vào xoang và tạo xoang (tùy vị trí lỗ sâu để bắt đầu đi từ phía môi hoặc lưỡi sao cho thuận tiện nhưng tốt nhất nên cố gắng đi từ phía mặt lưỡi) ; dùng nạo ngà hoặc khoan tròn nhỏ chạy chậm để lấy sạch ngà sâu, nâu đen. Việc tạo hình dạng xoang thường phụ thuộc theo hình dạng lỗ sâu nhưng cố gắng tạo sao cho đáy lớn hơn miệng xoang, nếu không được có thể tạo như hình đáy chén (hình E) hoặc như hình F. Trong trường hợp không thể tạo đáy lớn hơn miệng thì phải tạo hai giếng lưu, một ở góc bờ cắt và một ở góc môi

lợi: dùng khoan tròn nhỏ đặt theo hướng song song tủy răng khoan sâu xuống (như một cái chốt) vào hai vị trí tại giếng lưu.

Nếu xoang sâu quá có thể tái tạo vách trục bằng Eugenate.



– Lấy hết chất sâu : giống như xoang loại I

– Hoàn tất : giống như xoang loại I.

Chú ý : Bảo đảm thẩm mỹ tối đa cho các răng phía trước, khi tạo xoang cần lưu ý :

- + Phải cố gắng lấy thật ít phần men, ngà răng, chỉ lấy vừa hết phần men ngà hư mục nhưng phải lấy hết phần ngà đen cứng (ngà thứ phát).
- + Có thể để lại những bờ men không được chống đỡ bằng ngà lành.
- + Chỉ dùng loại khoan nhỏ để đào xoang

2. Quy trình đào xoang loại III trên lâm sàng.

2.1. Xoang loại III đơn (hình tam giác).

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Mở lối vào xoang	Khoan tròn nhỏ	Đặt thẳng góc và vào điểm giữa của mặt bên đào sâu xuống một hố vừa ngập mũi khoan (xấp xỉ 1mm).

2	Tạo xoang	- Khoan tròn nhỏ - Khoan chóp cụt - Khoan tròn - Khoan chóp cụt	- Mở rộng hố vừa đào theo hình tam giác. + Tạo vách môi cong theo hình dạng mặt môi + Vách lưỡi cong theo hình dạng mặt lưỡi. + Vách lợi thẳng (bề rộng xoang xấp xỉ 2mm) - Tạo các vách xoang phẳng, tạo vách môi, lưỡi đồng quy về phía mặt bên, làm rõ các đường góc. - Làm rõ điểm góc trục môi lưỡi, trục lưỡi lợi. - Làm rõ điểm góc trục môi lợi.
3	Lấy hết chất sâu	- Nạo ngà	- Giống như ở xoang đơn loại I (trên răng thực tập)
4	Hoàn tất	- Khoan chóp cụt	- Giống như ở xoang đơn loại I (trên răng thực tập)

2.2. Xoang loại III kép (kiểu xoang ở hình C)

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Mở lối vào xoang	Khoan tròn nhỏ	Đặt vào hố lưỡi, sát với gờ bên, đào một hố sâu xấp xỉ 1mm và mở rộng hố ra đến mặt bên.
2	Tạo xoang • Ở mặt lưỡi • Ở mặt bên	- Khoan tròn - Khoan chóp cụt - Khoan chóp cụt	- Từ hố vừa mở lối, tạo theo hình dạng ở mặt lưỡi (đáy lớn hơn miệng xoang). - Tạo vách tủy song song mặt lưỡi và làm rõ các đường góc, điểm góc. - Đưa theo chiều môi lưỡi để tạo vách trục thẳng góc vách tủy (bề sâu xoang từ mặt bên đến vách trục xấp xỉ 1mm), tạo hai vách môi lưỡi đồng quy về phía mặt lưỡi (khoảng cách hai vách xấp xỉ 3mm ở đáy xoang tức là chiều dài vách lợi). - Tạo vách lợi thẳng góc vách trục

3	Lấy hết chất sâu	– Nạo ngà	– Giống như ở xoang đơn loại I (trên răng thực tập)
4	Hoàn tất	– Khoan chóp cụt	– Giống như ở xoang đơn loại I (trên răng thực tập)

TU LƯỢNG GIA

1. Mô tả hình dáng xoang loại III ?
2. Trình bày cách đào xoang loại III ?
3. Thực tập đào xoang loại III đơn, kép trên răng thực tập.

Bảng thang điểm đánh giá việc đào xoang loại III trên răng thực tập

+ Đào xoang loại III đơn (hình tam giác).

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Mở lối vào xoang	Nhận định rõ độ sâu xoang	– Vị trí đứng ở điểm giữa mặt bên – Độ sâu thích hợp : 1mm	1		
2	Tạo xoang	Tạo hình dáng xoang	– Hình dáng xoang đẹp, độ rộng vừa + Vách môi cong theo mặt môi + Vách lưỡi cong theo hình dáng mặt lưỡi + Vách lợi thẳng – Hai vách môi, lưỡi đồng quy về phía mặt bên. – Đường góc, điểm góc rõ.	1 1 1 2 2		
3	Lấy chất sâu	Không cho sâu tái phát	Xoang sạch	1		

4	Hoàn tất	Hoàn thành xoang và chuẩn bị cho việc trám	– Không có bờ men yếu, góc nhọn – Xoang khô	1		
---	----------	--	--	---	--	--

+ Đào xoang loại III kép (kiểu ở hình C)

STT	QUY TRÌNH ĐÀO XOANG	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Mở lối vào xoang	Nhận định rõ độ sâu xoang	– Vị trí đúng : hố lưỡi, sát gần bên phía đào xoang và mở rộng đến mặt bên – Độ sâu thích hợp : 1mm	1		
2	Tạo xoang	Tạo hình dáng xoang * Mặt lưỡi * Mặt bên	– Hình dáng xoang đẹp, đáy lớn hơn miệng – Vách tủy song song bề mặt lưỡi – Vách trục thẳng góc vách tủy – Hai vách môi, lưỡi đồng quy về 'phía mặt lưỡi, bề rộng xoang lớn nhất 3mm. – Vách lợi thẳng góc vách trục – Đường góc, điểm góc rõ.	1 1 1 2 1 1		
3	Lấy hết chất sâu	Không cho sâu tái phát	Xoang sạch	1		
4	Hoàn tất	Hoàn thành xoang và chuẩn bị cho việc trám	– Không có bờ men yếu, góc nhọn – Xoang khô	1		

KỸ THUẬT ĐÀO XOANG RĂNG Ở TRẺ EM

LT : 2

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được những đặc điểm của răng sữa.
2. Trình bày được sự khác biệt khi đào xoang ở răng sữa và răng vĩnh viễn ở trẻ em.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. ĐẶC ĐIỂM RĂNG SỮA

Khi đào xoang ở răng sữa, cần chú ý đến đặc điểm của răng sữa khác răng vĩnh viễn.

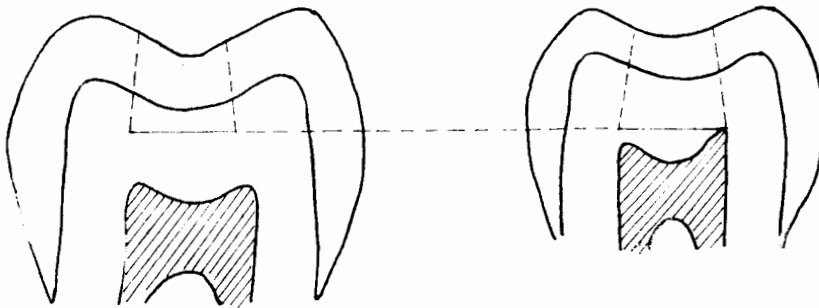
1. Răng sữa nhỏ hơn răng vĩnh viễn.

Răng sữa có kích thước chỉ bằng khoảng nửa kích thước của răng vĩnh viễn. Như vậy kích thước xoang phải giảm nhiều.

2. Men ngà răng sữa mỏng hơn răng vĩnh viễn.

Chiều dày của hai lớp men ngà răng sữa chỉ bằng khoảng một nửa kích thước của răng vĩnh viễn nên phải điều chỉnh độ sâu của xoang thích hợp để khỏi hại tủy răng.

Ví dụ : một xoang sâu khoảng 2,5mm trên mặt nhai của răng hàm vĩnh viễn chỉ qua lớp men và vừa đến lớp ngà răng, nhưng cũng một xoang sâu như vậy ở trên mặt nhai của răng hàm sữa thì đã qua lớp men, ngà, có thể vào tới lớp tủy răng.



3. Buồng tủy răng sữa lớn hơn và sát với bề mặt răng hơn buồng tủy răng vĩnh viễn.

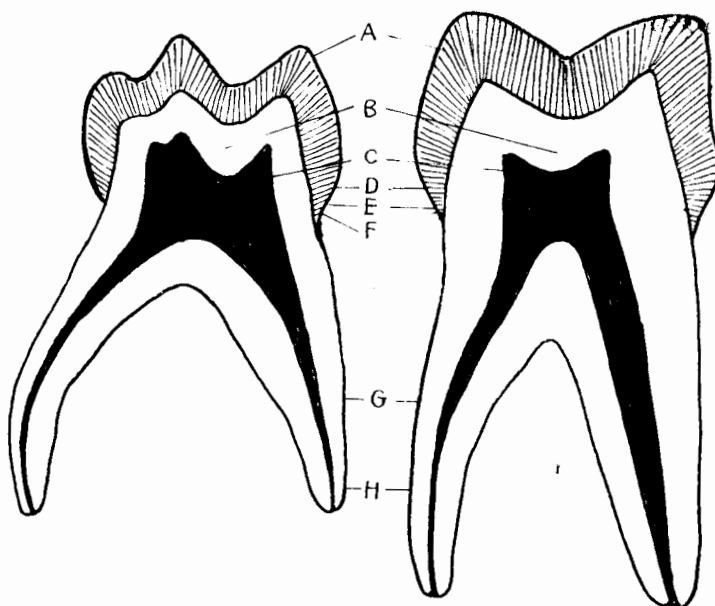
Các sừng tủy răng sữa nằm cao ở trong ngà răng, đặc biệt là các sừng phía gần cửa răng hàm sữa. Điều này giải thích được vì sao tủy răng sữa dễ bị lộ do sâu răng hay do việc đào xoang.

4. Thân răng sữa bầu hơn răng vĩnh viễn.

Ở răng sữa thân răng bầu hơn, cổ răng thụt lại hơn nên ở xoang loại II khi tạo vách lợi thường khó hơn (khi đặt khuôn trám cũng khó hơn).

5. Men ngà răng sữa mềm hơn men ngà răng vĩnh viễn.

Do men ngà mềm hơn nên rất dễ lấy đi bằng cây nạo hay mũi khoan. Khi đào xoang mũi khoan xuống rất nhanh cho nên phải cẩn thận vì dễ lộ tủy.



Sự khác biệt giữa răng sữa với răng vĩnh viễn

II. NHỮNG LƯU Ý KHI ĐÀO XOANG TRÊN RĂNG SỮA, RĂNG VĨNH VIỄN CỦA TRẺ EM

Việc đào xoang trên răng sữa và răng vĩnh viễn ở trẻ em được thực hiện theo nguyên tắc đào xoang chung, nhưng có một số thay đổi :

1. Ở răng sữa và ở trẻ quá nhỏ.

Do đặc điểm răng sữa khác răng vĩnh viễn cũng như ở trẻ quá nhỏ thường nhút nhát, sợ hãi, không chịu ngồi yên, nhất là khi chạy khoan nên phải cố gắng để

chỉ điều trị tối thiểu thật nhanh, do vậy ngoài những lưu ý ở phần đặc điểm răng sữa, trong kỹ thuật đào xoang cần lưu ý thêm :

– Theo nguyên tắc đào xoang chung, tất cả mô sâu phải được lấy đi hết, nhưng ở răng sữa vì dễ có khả năng lộ tủy hơn nên trong những trường hợp xoang quá sâu, có thể để lại chút ít phần ngà mềm sát đáy xoang, sát khuẩn kỹ, lót một lớp Eugenate nhão bên dưới trước khi trám tạm Eugenate đặc lên trên ; để vài tuần sau đó hàn vĩnh viễn (che tủy gián tiếp).

– Mở rộng xoang ở mức tối thiểu, không mở rộng phòng ngừa : chỉ đào xoang ở phần hố rãnh sâu, không mở rộng xoang qua các hố, rãnh gần đó nếu không sâu ; trong khi đào xoang phải cố gắng lấy càng ít ngà men càng tốt, chỉ cốt yếu loại bỏ phần men ngà hỏng ; có thể đào riêng từng xoang riêng biệt mà không cần phải nối lại, tránh không mở hình đuôi én lên trên các múi răng, nhất là ở những răng mới mọc. Ở các xoang loại II kép, nếu răng sâu ít, có thể tránh việc tạo ngàm đuôi én ở mặt nhai, chỉ tạo sao cho đáy lớn hơn miệng xoang.

– Ngày nay, với sự tiến bộ của vật liệu trám (Cement Glass Ionomer) cho phép không phải đào xoang. Ở răng sữa và ngay cả răng vĩnh viễn của trẻ nhỏ, nhút nhát, chỉ dùng nạo ngà, nạo sạch thức ăn, ngà hỏng, mục trong xoang, sau đó sát khuẩn, làm khô xoang, trám bằng Glass Ionomer (kỹ thuật ART : kỹ thuật điều trị răng không gây sang chấn). Nhờ tính dính tốt của Glass Ionomer, miếng trám vẫn lưu tốt.

2. Ở răng vĩnh viễn của trẻ nhỏ.

– Ở răng vĩnh viễn của trẻ nhỏ, nhất là các răng mới mọc, buồng tủy còn rộng nên phải lưu ý về độ sâu của xoang như ở răng sữa.

– Ở các răng chưa mọc lên hoàn toàn, chỉ đào xoang tạm và trám tạm chờ khi răng mọc đã hoàn toàn rồi sẽ đào xoang lý tưởng.

TỰ LUẬN GIÁ

1. Hãy viết các đặc điểm của răng sữa ?

2. Chọn câu đúng, sai

– Khi đào xoang ở răng sữa cần :

- | | |
|--|-------|
| A. Phải lấy cho hết tất cả ngà sâu. | Đ – S |
| B. Phải đào xoang thật lý tưởng. | Đ – S |
| C. Có thể nạo sạch lỗ sâu và trám với Cement Glass Ionomer mà không cần đào xoang. | Đ – S |

D. Phải nối hai xoang lại với nhau nếu phần men còn lại quá ít. Đ – S

E. Xoang loại II kép phải tạo ngàm đuôi én ở mặt nhai. Đ – S

– Ở răng vĩnh viễn trẻ nhỏ :

F. Phải đào xoang sâu như bình thường Đ – S

G. Ở răng mới mọc không đào xoang, chờ cho răng mọc hoàn toàn sẽ đào Đ – S

KỸ THUẬT LÓT VÀ TRÁM TẠM

LT : 14

TH : 20

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Thực hiện được việc trám và lót xoang răng

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. KỸ THUẬT LÓT VÀ TRÁM EUGENATE VÀ ZINC PHOSPHATE CEMENT

1. Kỹ thuật lót và trám Eugenate.

Bảng quy trình kỹ thuật trám tạm bằng Eugenate

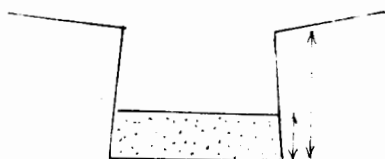
STT	QUY TRÌNH TRÁM	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Chuẩn bị chất trám và xoang răng	Gương nhám và bay trộn	– Trộn Eugenate theo đúng kỹ thuật – Cô lập, khử khuẩn, thổi khô xoang
2	Trám	Cây lấy và ém Eugenate	– Dùng cây lấy lấy lượng Eugenate vừa đủ cho vào xoang, dùng cây ém (hoặc đầu ém) ém chặt Eugenate vào đáy và thành lỗ trám. – Dùng cây lấy loại bỏ bớt phần Eugenate dư ở mặt nhai và mặt bên.
3	Hoàn tất	Kẹp gấp	Dùng bông thấm nước lau trên mặt miếng trám để làm lắng miếng trám và lấy phần dư nếu còn

Chú ý :

– Eugenate thường được dùng để trám lót các xoang sâu sát tủy, trám tạm hoặc băng thuốc.

– Khi muốn lót xoang bằng Eugenate, ta cứ trám tạm xoang bằng Eugenate, để một tuần. Kỳ hẹn sau, dùng khoan hoặc nạo sắc lấy bớt đi một lớp khoảng 2/3 chiều sâu xoang (1/3 còn lại là lớp lót) và trám chất trám vĩnh viễn lên trên.

– Eugenol cay sẽ làm bỏng lưỡi, niêm mạc bệnh nhân, vì thế khi dùng phải cẩn thận, không để đọng vào môi, miệng hoặc lưỡi, lợi bệnh nhân (nhất là bệnh nhân trẻ em, để tránh cay lưỡi, sau khi trám Eugenate có thể cho cắn bông 5 - 10 phút.



Lớp lót Eugenate bằng 1/3 chiều sâu xoang

2. Kỹ thuật trám, lót Zinc phosphate Cement.

2.1. Bảng quy trình kỹ thuật lót bằng Zinc phosphate Cement

STT	QUY TRÌNH LÓT	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Chuẩn bị chất trám và xoang răng	Gương lóng và bay trộn	– Cô lập, khử khuẩn, thổi khô xoang. – Trộn Zinc phosphate Cement theo đúng kỹ thuật trộn
2	Lót	– Que lấy Cement – Que ém (hoặc đầu ém)	– Lấy lượng Cement vừa đủ đặc vào vách xoang cần lót, lấy bớt phần Cement thừa nếu thấy thừa nhiều. – Nhúng đầu cây ém vào bột Cement khô còn thừa trên kính để khi ém khỏi dính Cement, ém nhẹ nhàng Cement vào vách lót cho đến khi vách đáy (hoặc vách trực) nhấn lún, bằng phẳng hoặc theo hình dạng ta muốn, nếu thiếu phải lấy Cement thêm cho đủ mức cần thiết (nhưng cố gắng để chỉ lấy một lần duy nhất).

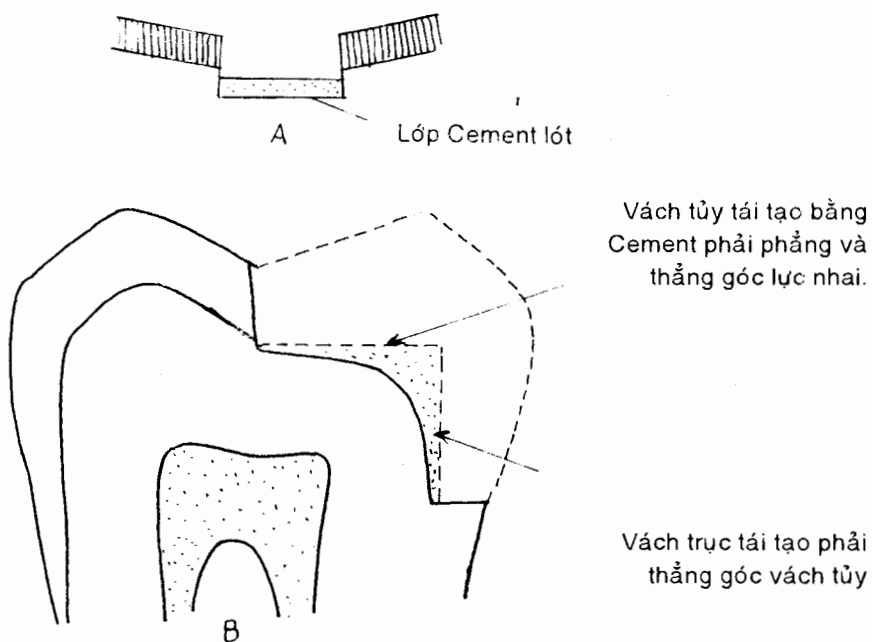
2		- Nạo hoặc thấm trám. - Nạo hoặc thấm trám	- Nếu còn dư chút ít, phải lấy đi trước khi Cement khô. - Khi Cement bắt đầu khô làm rõ đường góc điểm góc (nếu Cement đã khô, dùng khoan chóp cắt để lấy đi phần dư cũng như làm rõ đường góc điểm góc).
3	Hoàn tất	- Nạo hoặc thấm trám	- Lấy hết phần Cement dư hoặc chính ở các vách chung quanh để xoang được sạch sẽ.

Chú ý :

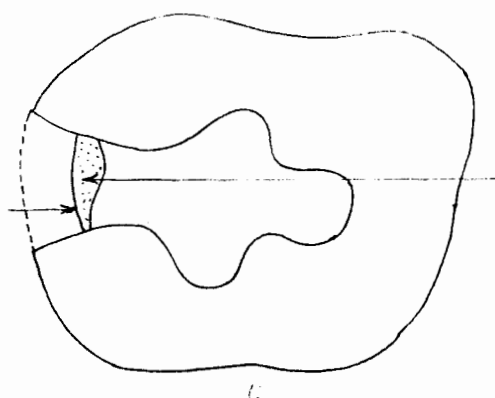
- Zinc phosphate cement được dùng để lót xoang khi đáy xoang chưa sát tủy.

- Khi lót xoang bằng Zinc phosphate cement chỉ cần lót một lớp vừa đủ, không cần thiết phải đào xoang sâu để lớp lót được dày lên (như lớp lót Engenat), không lót quá cao, lớp lót phải dưới đường tiếp nối men ngà để lớp chất trám vĩnh viễn (thường là Amalgam) được lưu tốt chắc chắn (hình A).

- Có thể dùng Zinc phosphate cement để tái tạo vách tủy hoặc vách trục (hình B , C).



Vách trực được tái tạo bằng Cement cong lồi theo hình dạng mặt bên của răng



Phần vách tủy và vách trực được tái tạo bằng Cement

2.2. Bảng quy trình kỹ thuật trám tạm bằng Zinc phosphate cement.

STT	QUY TRÌNH TRÁM	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Chuẩn bị chất trám và xoang răng	Gương lồi và bay trộn	– Giống như ở phần lót Zinc phosphate Cement

2	Trám	– Que lấy Cement – Que lấy Cement	– Lấy lượng Cement vừa đủ (ước chừng đầy xoang) cho vào xoang. – Nhúng đầu cây ém (que) vào bột Cement khô còn thừa trên kính ém cement vào sát các góc và vách xoang (đừng ấn mạnh giữa miếng trám, cement sẽ tràn ra ngoài). – Tiếp tục lấy cement cho vào xoang và cũng ém như trên đến khi xoang vừa đầy (nếu chưa đầy xoang) nhưng không để cement tràn ra ngoài. – Tạo lại bề mặt chung quanh và cách rãnh ở bề mặt miếng trám. + Khi cement còn mềm khắc từ rãnh về phía mũi răng. + Khi cement đủ cứng (vừa bắt đầu khô) khắc từ mặt răng về phía miếng trám (chiều ngược lại) + Nếu cement đã khô rồi phải làm miếng trám hoàn toàn bằng khoan hoặc đá mài
3	Hoàn tất	– Kẹp gấp	– Bôi vaselin ở mặt ngoài của miếng trám.

Chú ý : Zinc phosphate Cement được dùng để trám tạm (coi như vịnh viễn) ở răng sữa gần tuổi thay, răng mọc chưa xong.

II. KỸ THUẬT TRÁM CÁC CHẤT TRÁM VĨNH VIỄN

1. Kỹ thuật trám Silicate.

STT	QUY TRÌNH TRÁM SILICATE	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Chuẩn bị chất trám và xoang răng	Gương lóng và bay trộn	– Cô lập, khử khuẩn, thổi khô xoang (dùng chêm tách kẽ răng trước nếu hai răng quá khít). – Tùy độ sâu xoang mà bôi verni, che Ca(OH)_2 hoặc lót Zinc phosphate hay Eugenate. – Đặt đai Celluloide vào kẽ răng. – Trộn Silicate theo đúng kỹ thuật (tùy màu răng để chọn màu bột)

2	Trám	- Cây lấy và cây ém Cement - Dao cắt hoặc đá mài hoặc đĩa mài hay giấy nhám	- Lấy lượng Silicate vừa đủ cho vào xoang - Ém chặt Silicate vào trong xoang dùng thám trâm lấy bột Silicate thừa, bóp đai trám Celluloide sát theo hình dáng của răng, giữ yên 3 phút cho Cement khô. - Bỏ đai trám ra, gọt bỏ hoặc mài phần Silicate dư (khi mài phải bôi vaseline lên trên đá mài)
3	Hoàn tất	Kẹp gấp	Bôi vaseline lên mặt miếng trám

Chú ý :

- Silicate được dùng để trám vĩnh viễn cho các răng phía trước.
- Phải cố gắng để lấy lượng Silicate vừa phải, chỉ hơi dư một ít, dùng để quá dư phải gọt hoặc mài nhiều sẽ ảnh hưởng nhiều đến chất lượng miếng trám.
- Khi bóp đai trám Celluloide, chú ý để tạo lại hình dáng giải phẫu của răng đúng ngay từ đầu.
- Đừng cố gắng trộn Silicate một lần để dùng cho hai xoang khác nhau cùng một lúc, trộn và trám từng xoang một.

2. Kỹ thuật trám Amalgam.

Quy trình kỹ thuật trám Amalgam

STT	QUY TRÌNH TRÁM AMALGAM	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Chuẩn bị chất trám và xoang răng	- Cối chày Amalgam (hoặc máy trộn), vải vắt	- Trộn Amalgam theo đúng kỹ thuật, vắt thủy ngân dư - Cô lập, khử khuẩn, thổi khô xoang. - Đặt khuôn (đai trám) nếu là xoang kép loại II

2	Trám	- Cây lấy và cây nhồi Amalgam - Kẹp gấp	- Lấy Amalgam đưa vào xoang, dùng sức ấn Amalgam vào xoang theo động tác miết xuống, trải từng lớp một vào đáy xoang, tiếp tục ém và nhồi chặt từng lớp (thường cho đầy hơn xoang một ít), phải ém kỹ các vách xung quanh để Amalgam vào sát xoang (không có kẽ hở giữa miếng trám và vách xoang). - Nếu là xoang loại II, khi cho Amalgam vào xoang, phải cho vào xoang bên (xoang chính) trước, sau đó mới đến phần mặt nhai. - Dùng bông lau mặt miếng trám, khi lau ém kỹ ở quanh các bờ xoang (những nơi tiếp xúc giữa răng và Amalgam).
3	Điều khắc Amalgam	- Cây điều khắc Amalgam	Dùng cây điều khắc để điều khắc Amalgam theo các hố, rãnh, múi giải phẫu như cũ của răng. + Phải điều khắc từ bờ răng vào giữa miếng trám (<i>để có sự liên tục giữa bờ răng và miếng trám</i>) để tạo lại hố, rãnh mặt nhai cũng như các mặt của múi răng. + Với xoang kép loại II : sau khi cho Amalgam đầy xoang, dùng thám trâm tìm lên đai trám để tạo lại bờ bên của răng (giống với hình dạng cũ và tương ứng bờ cao của răng kế bên), điều khắc mặt nhai như trên, sau đó lấy dụng cụ giữ đai ra (lấy theo chiều má lưỡi), lấy phần Amalgam thừa ở mặt bên bằng thám trâm.
4	Hoàn tất	- Cây điều khắc Amalgam	- Kiểm tra khớp cắn đúng bằng cách cho bệnh nhân cắn răng lại và nhai thử (nếu vòm cao bệnh nhân sẽ thấy cộm hoặc nếu Amalgam còn mềm sẽ thấy dấu vết của răng đối diện ở bề mặt miếng trám phải điều khắc lại ở vùng có dấu vết cho đến khi bệnh nhân cắn, nhai thử mà không còn có dấu vết nữa). - Hẹn bệnh nhân đánh bóng miếng trám (kỳ hẹn sau ít nhất sau 24 giờ)

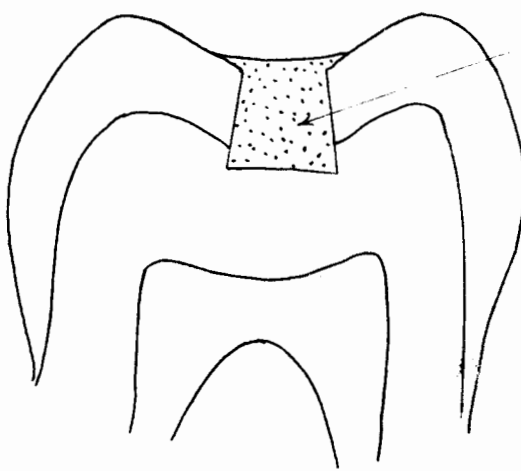
2	Trám	- Cây lấy và cây nhồi Amalgam - Kẹp gấp	- Lấy Amalgam đưa vào xoang, dùng sức ấn Amalgam vào xoang theo động tác miết xuống, trải từng lớp một vào đáy xoang, tiếp tục ém và nhồi chặt từng lớp (thường cho đầy hơn xoang một ít), phải ém kỹ các vách xung quanh để Amalgam vào sát xoang (không có kẽ hở giữa miếng trám và vách xoang). - Nếu là xoang loại II, khi cho Amalgam vào xoang, phải cho vào xoang bên (xoang chính) trước, sau đó mới đến phần mặt nhai. - Dùng bông lau mặt miếng trám, khi lau ém kỹ ở quanh các bờ xoang (những nơi tiếp xúc giữa răng và Amalgam).
3	Điều khắc Amalgam	- Cây điều khắc Amalgam	Dùng cây điều khắc để điều khắc Amalgam theo các hố, rãnh, múi giải phẫu như cũ của răng. + Phải điều khắc từ bờ răng vào giữa miếng trám (<i>để có sự liên tục giữa bờ răng và miếng trám</i>) để tạo lại hố, rãnh mặt nhai cũng như các mặt của múi răng. + Với xoang kép loại II : sau khi cho Amalgam đầy xoang, dùng thám châm tì lên đai trám để tạo lại bờ bên của răng (giống với hình dạng cũ và tương ứng bờ cao của răng kế bên), điều khắc mặt nhai như trên, sau đó lấy dụng cụ giữ đai ra (lấy theo chiều má lưỡi), lấy phần Amalgam thừa ở mặt bên bằng thám châm.
4	Hoàn tất	- Cây điều khắc Amalgam	- Kiểm tra khớp cắn đúng bằng cách cho bệnh nhân cắn răng lại và nhai thử (nếu vòm cao bệnh nhân sẽ thấy cộm hoặc nếu Amalgam còn mềm sẽ thấy dấu vết của răng đối diện ở bề mặt miếng trám phải điều khắc lại ở vùng có dấu vết cho đến khi bệnh nhân cắn, nhai thử mà không còn có dấu vết nữa). - Hẹn bệnh nhân đánh bóng miếng trám (kỳ hẹn sau ít nhất sau 24 giờ)

Chú ý :

– Amalgam được dùng để trám vĩnh viễn cho các răng, có thể trám vĩnh viễn xoang loại I ở hố mặt trong các răng cửa.

– Khi đặt khuôn trám (ở xoang kép loại II), dụng cụ giữ khuôn trám luôn đặt ở phía má, có thể đặt thêm cây chêm gỗ ở kẽ răng để đai trám ôm sát cổ răng (nếu đai trám đặt không đúng, sẽ khó tái tạo lại hình dáng giải phẫu củ của răng và Amalgam thừa sẽ dễ tràn xuống kẽ lợi gây viêm lợi có thể gây tiêu xương ở cổ răng vùng đó)

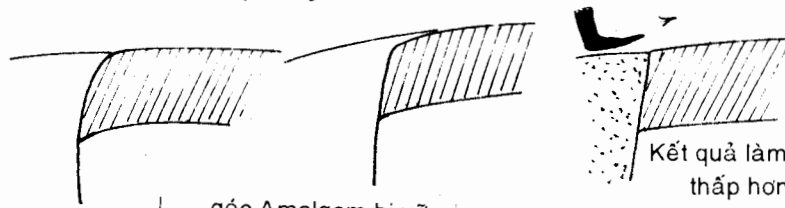
– Trước khi miếng trám khô cần điều khắc để răng có khớp cắn đúng – chỉ cho bệnh nhân rời ghế khi có khớp cắn đúng.



Ém Amalgam thật kỹ và cao hơn bờ xoang sau đó sẽ điều khắc sau

Mặt phẳng của miếng trám cao hơn mặt răng một phần Amalgam phủ lên mặt răng

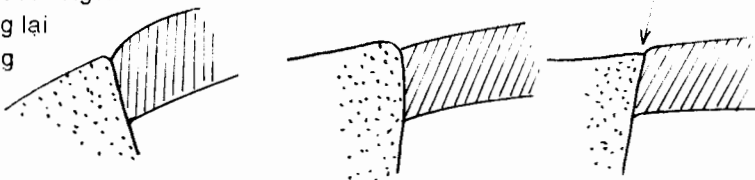
Khắc từ miếng trám về phía răng



góc Amalgam bị vỡ, thúc ấn động lại

thúc ấn động lại gây sâu răng

Bờ xoang vát quá nhiều → Góc Amalgam vỡ thúc ấn động lại gây sâu răng



3. Kỹ thuật trám Composite.

3.1. Kỹ thuật trám Composite hóa trùng hợp .

Quy trình kỹ thuật trám Composite hóa trùng hợp

STT	QUY TRÌNH TRÁM SILICATE	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Chuẩn bị chất trám và xoang răng	Giấy trộn và bay trộn plastic	- Xoang đã được lót Eugenate (không để Eugenate tiếp xúc trực tiếp lớp Composite vì Composite sẽ không đông mà phải lót Zinc phosphate lên trên), hoặc Zinc phosphate Cement, $\text{Ca}(\text{OH})_2$, verni... - Nếu xoang không lưu : phải tạo bám bằng acid (Etching) : cô lập răng, dùng bông vo nhỏ tẩm ướt acid tạo bám, đặt vào xoang răng (các thành men) để khoảng 2 phút, acid sẽ tạo ngàm ở các bờ men (thấy men răng đổi màu trắng đục như phấn), bơm nước rửa sạch acid. - So màu, chọn màu thích hợp (cùng màu với răng bên cạnh). - Cô lập, khử khuẩn, thổi khô xoang. - Trộn Composite theo đúng kỹ thuật
2	Trám	- Cây lấy và cây ém Cement - Đá mài, đĩa mài, giấy nhám	Giống như ở trám Silicate
3	Hoàn tất	- Kẹp gấp	Giống như ở trám Silicate

Chú ý : Composite được dùng để trám vĩnh viễn cho tất cả các răng, đặc biệt các răng phía trước (thẩm mỹ).

3.2. Kỹ thuật trám Composite quang trùng hợp.

Quy trình kỹ thuật trám Composite quang trùng hợp

STT	QUY TRÌNH TRÁM TRẮM SILICATE	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Chuẩn bị chất trám và xoang răng	- Đèn quang trùng hợp - Cây cọ	- Chọn màu Composite (theo bảng 10 màu) - Cô lập, khử khuẩn, thối khô xoang. - Nếu dán răng (răng bị mòn ngót, răng đổi màu do nhiễm Tetracyclin, răng bị thiếu sản men...) thì phải mài bề mặt men (dùng mũi khoan kim cương trụ thuận dài mài một lớp gần 2/10 - 4/10mm) - Tạo bám bằng acid : thoa một lớp mỏng acid lên bề mặt men, để khoảng 30 giây đến 1 phút, bơm nước rửa sạch (không cho bệnh nhân súc miệng)
2	Trám	- Cây cọ	- Thoa đều một lớp mỏng keo dán men ngà (Bonding) lên các vách xoang hoặc bề mặt men vừa tạo bám, chiếu đèn 10 giây. - Nếu có mài răng và lộ ngà thì phải bôi chất xử lý ngà (dentin conditioner hay primer) để làm sạch lớp bùn ngà (có loại phải rửa bằng nước, có loại chỉ thối khô) rồi sau đó mới bôi lớp keo dán ngà lên bề mặt ngà, chiếu đèn cho khô. - Đắp thuốc : thường đắp hai lớp : + Lớp thuốc xóa màu (nên dùng loại có opaque, tùy màu có thể dùng U.O, Y.O, G.O...) chiếu đèn 20 - 40 giây. + Lớp thuốc có màu đã chọn (tạo theo đúng hình dáng), chiếu đèn cho khô (nếu xoang sâu hoặc phải tái tạo phức tạp có thể đắp, tái tạo từng lớp, từng phần một).

		- Mũi khoan kim cương trụ dài thuận đầu - Đĩa, giấy nhám bằng plastic	- Mài phần dư (nếu có) và làm nhẵn bề mặt miếng trám.
3	Hoàn tất	- Giấy nhám từ thô đến mịn (đánh bóng với thuốc đánh bóng Composite) - Các mũi đánh bóng Silicône	Dùng giấy nhám (từ thô đến mịn) đánh với thuốc đánh bóng Composite, sau đó dùng cvác mũi đánh bóng Silicône để đánh bóng miếng trám

Chú ý :

- Composite quang trùng hợp được dùng trám vĩnh viễn cho tất cả các răng đặc biệt là các răng phía trước và trường hợp trám thẩm mỹ ở các răng bị mòn ngót cổ răng, răng bị đổi màu do nhiễm Tetracyclin hay bị thiếu sản men.

- Có nhiều loại Composite quang trùng hợp (do nhiều hãng sản xuất) nên khi dùng cần xem thêm hướng dẫn cụ thể của từng loại thuốc.

4. Kỹ thuật trám Glass Ionomer Cement (G.I.C) hóa trùng hợp.

Bảng quy trình kỹ thuật trám Glass Ionomer Cement hóa trùng hợp.

STT	QUY TRÌNH TRÁM	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Chuẩn bị chất trám và xoang răng	Giấy trộn và bay trộn plastic	- Chọn màu thích hợp - Cô lập, khử khuẩn, thổi khô xoang - Trộn GIC theo đúng kỹ thuật

2	Trám	Cây lấy và cây ém Cement (tốt nhất bằng plastic)	– Nếu ở các răng trước : cách trám như trám Silicate (dùng đai Celluloide). – Nếu trám các răng trong : lấy lượng GIC vừa đủ cho vào xoang, dùng cây ém chặt vào các vách và góc xoang, dùng cây lấy tái tạo đúng theo hình dạng răng, lấy thêm cho đủ nếu còn thiếu nhưng cố gắng lấy một lần duy nhất vì GIC mau đông cứng. Có thể bôi vaselin trên ngón tay đang mang găng cao su, lấy tay để ém GIC chặt vào xoang ; xoang loại II kép cũng dùng đai trám.
3	Hoàn tất		– Bôi verni (loại verni GIC) hoặc vaselin lên bề mặt miếng trám.

Chú ý :

– GIC được dùng trám vĩnh viễn cho các xoang loại I, III, V (đặc biệt ở răng sữa không cần phải đào xoang, chỉ dùng nạo để nạo sạch xoang, sau đó trám bằng GIC (kỹ thuật ART).

– Có loại GIC quang trùng hợp (cách trám tổng quát như Composite quang trùng hợp nhưng cần xem thêm hướng dẫn cụ thể của từng hãng sản xuất).

TỰ LUẬN GIA

1. Học sinh thực tập trám và lót trên răng thực tập (theo chỉ tiêu).

Bảng thang điểm đánh giá việc trám trên răng thực tập

STT	QUY TRÌNH TRÁM	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Chuẩn bị chất trám và xoang răng	Chuẩn bị để việc trám được dễ dàng, thuận lợi	– Trộn chất trám đúng kỹ thuật, chất trám đạt yêu cầu.	2		

2	Trám	Làm kín xoang răng theo đúng hình dạng răng	– Cách lấy chất trám, ém chất trám tốt – Hình dáng đẹp – Trám tốt (trám đủ, không thấp, không cao, có sự liên tục giữa chất trám và bờ xoang)	2 2 2		
3	Hoàn tất	Chuẩn bị kết thúc việc trám răng	Bề mặt miếng trám mịn láng, miếng trám gọn, sạch	2		

Bảng thang điểm đánh giá việc lót trên răng thực tập

STT	QUY TRÌNH LÓT	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Chuẩn bị chất trám và xoang răng	Chuẩn bị để việc lót được dễ dàng, thuận lợi	Trộn chất lót đúng kỹ thuật, chất lót đạt yêu cầu.	2		
2	Lót	Bảo vệ tủy trước khi đặt chất trám vĩnh viễn	– Cách lấy chất lót, ém chất lót tốt – Độ dày lớp lót tốt (0,5 mm) – Đường góc, điểm góc rõ – Bề mặt miếng lót mịn, láng, phẳng	1 2 2 2		
3	Hoàn tất	Chuẩn bị kết thúc việc lót	Gọn, sạch, không dính thành vách xung quanh.	1		

ĐẶT KHUÔN TRÁM VÀ TRÁM AMALGAM

1. Tại sao phải đặt khuôn trám.

Trong quá trình trám Amalgam, sau khi trộn Amalgam, đầu tiên Amalgam còn mềm, dẻo, nên khi ép và nhồi vào xoang răng thì Amalgam sẽ tràn ra theo mọi chiều.

– Ở xoang loại I và II đều có các vách xoang cứng bao quanh nên khi nhồi Amalgam vào, Amalgam sẽ được giữ lại trong xoang, sẽ dễ dàng tạo miếng trám.

– Ở xoang loại II kép, thiếu vách xoang ở mặt bên nên không thể thực hiện được việc nhồi Amalgam đúng cũng như tạo lại hình dáng đúng của răng nếu như không đặt khuôn trám. Do vậy, phải đặt khuôn trám để :

- a) Tạo một vách tạm thời để ngăn giữ Amalgam khỏi bị tụt ra ngoài khi ép, nhồi Amalgam.
- b) Tạo diện tiếp xúc lý tưởng với răng (hoặc miếng trám) bên cạnh và tạo khuôn hình dáng đúng của miếng trám ở mặt bên (giúp dễ tạo lại đúng hình dáng mặt bên của răng trám)
- c) Hạn chế nước bọt hoặc máu từ lợi xung quanh răng vào.
- d) Dự phòng sự hư hại của mặt bên răng kế cận (hay miếng trám kế cận), để tạo lại hai răng riêng biệt, không dính nhau.

2. Những yêu cầu của việc đặt khuôn trám tốt.

Một khuôn trám đặt tốt phải đạt những yêu cầu sau :

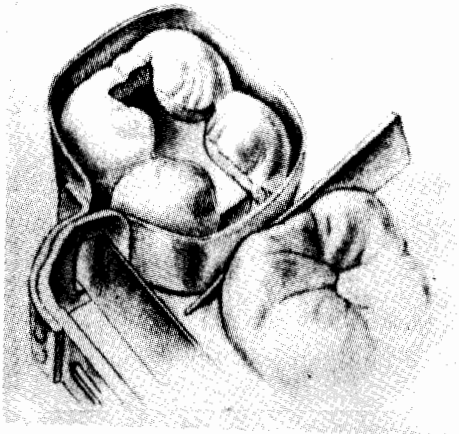
– Khuôn trám phải có chiều cao phù hợp với chiều cao của răng nghĩa là khuôn trám phải được đặt cao hơn mặt nhai một chút, không được đặt quá thấp hoặc quá cao vì sẽ khó khăn cho việc tạo lại hình dáng răng cũng như sẽ gây trở ngại khi nhồi, điêu khắc miếng trám và hạn chế tầm quan sát của người điều trị.

– Khuôn trám phải tiếp xúc với răng (hoặc miếng trám) và hơi cong theo hình dạng mặt bên của miếng trám để sau khi trám, miếng trám mới tiếp xúc tốt với mặt bên răng kế bên để khi ăn nhai thức ăn khỏi nhét vào kẽ giữa hai răng.

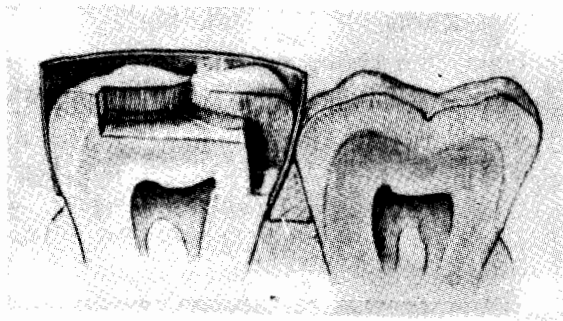
– Khuôn trám phải đặt phủ qua vách lợi và phải khít với vách lợi. Nếu đặt khuôn trám chỉ ngang vừa tới nền của vách lợi thì khi nhồi Amalgam, Amalgam sẽ dễ qua khe của khuôn trám xuống lợi (dùng đầu nhọn của thám trâm để kiểm tra, phải điều chỉnh khuôn trám sao cho không còn một khoảng trống nào giữa khuôn

trám với các bờ mép xoang nếu cần chêm thêm các chêm gỗ vào kê răng để khuôn trám ôm sát răng trám).

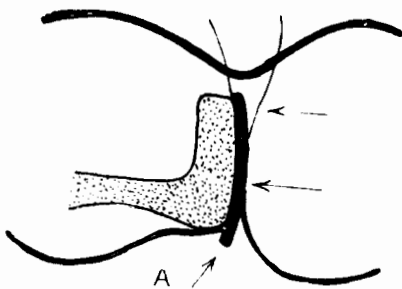
– Bề mặt khuôn trám hướng vào trong xoang phải nhấn nếu không sẽ tạo sự gồ ghề của mặt bên miếng trám. Mặt gồ ghề này sẽ tạo ra sự lưu giữ cơ học giữa khuôn trám và miếng trám làm trở ngại cho việc tháo gỡ khuôn trám – dễ bong một phần hay toàn bộ mặt bên của miếng trám.



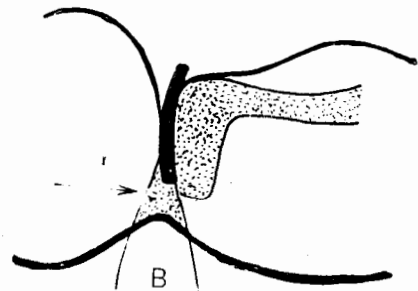
Đặt đai trám (dùng chêm gỗ để đai ôm sát răng)



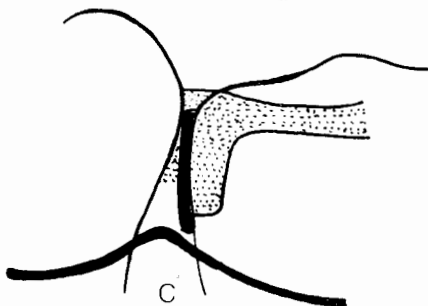
Đai trám ôm sát răng



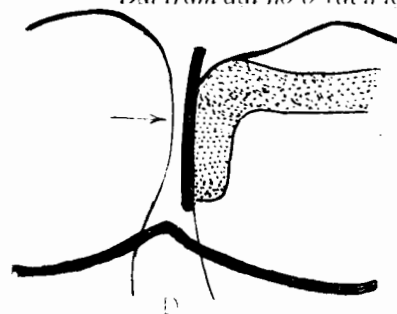
Đai trám đặt đúng



Đai trám đặt hở ở vách lợi



Đai trám đặt hở (không tiếp xúc răng kế bên)



Đai trám đặt quá sâu xuống bờ lợi

3. Những lưu ý khi trám Amalgam.

Để miếng trám Amalgam được tốt, khi nhồi, ém và trám Amalgam cần chú ý những điểm sau :

- Phải nhồi Amalgam với lực ấn mạnh để khi Amalgam đông cứng sẽ không giãn nở nhiều cũng như khi nhồi với lực mạnh thì lượng thủy ngân thừa sẽ nổi lên bề mặt miếng trám, dùng bông gòn lau mặt miếng trám sẽ lấy đi được dễ dàng, nếu không lượng thủy ngân còn thừa sẽ làm miếng trám giãn nở quá mức sẽ ảnh hưởng đến chất lượng miếng trám (giảm độ cứng của Amalgam).

- Không để cho nước bọt ngấm vào miếng trám trong quá trình nhồi Amalgam, nếu không sau này Amalgam cũng sẽ giãn nở quá mức, kéo dài (do phản ứng hóa học giữa kẽm trong Amalgam với nước gây giãn nở chậm) phản ứng này chỉ xảy ra nếu Amalgam bị ngấm nước trong thời gian đông đặc, khi Amalgam cứng rồi không bị tác dụng bởi nước bọt nữa.

- Phải nhồi, ém Amalgam từng lớp một, không được cho đầy xoang một lần rồi mới nhồi, ém để Amalgam có thể được nhồi chặt, sát vào các góc và vách xoang.

- Phải cố gắng để thời gian ngắt quãng giữa 2 lần thao tác (từ lúc trộn đến lúc trám) càng ngắn càng tốt (có nghĩa là Amalgam sau khi trộn xong phải trám ngay đừng để lâu) vì thời gian ngắt quãng này càng nhiều thì độ cứng Amalgam càng giảm.

- Dẫn bệnh nhân sau 2 giờ mới được ăn, tốt nhất trong 8 giờ đầu không ăn nhai trên miếng trám.

- Hẹn bệnh nhân trở lại ít nhất sau 48 giờ để đánh bóng miếng trám.

ĐÁNH BÓNG MIẾNG TRÁM AMALGAM

LT : 1

TH : 4

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được mục đích của việc đánh bóng Amalgam.
2. Đánh bóng được các miếng trám Amalgam trên răng thực tập.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. MỤC ĐÍCH ĐÁNH BÓNG AMALGAM

Sau khi trám (ít nhất 48 giờ) cần phải đánh bóng miếng trám Amalgam là để :

- Tăng sự thẩm mỹ do miếng trám được làm láng, bóng.
- Dễ vệ sinh răng miệng vì khi miếng trám trơn, láng thức ăn khó dính lại, dễ chải rửa sạch, tránh được sâu tái phát.
- Tăng sức bền của Amalgam.
- Làm bệnh nhân thoải mái, không khó chịu trong miệng vì bề mặt khô ráp của Amalgam.

II. KỸ THUẬT ĐÁNH BÓNG MIẾNG TRÁM AMALGAM

STT	QUY TRÌNH ĐÁNH BÓNG	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Bước 1	Mũi khoan đánh bóng	- Chạy khoan để mài mịn mặt miếng trám, tạo lại các hố, rãnh gờ múi như đã điều khắc (tùy vị trí hố, rãnh, gờ múi mà dùng nhiều hình dạng mũi khoan đánh bóng khác nhau).

2	Bước 2	Chổi đánh bóng	– Lắp chổi đánh bóng vào tay khoan cong, nhúng ướt chổi đánh bóng vào cát đánh bóng (pumice) (đã trộn với nước hoặc Glycérin) – Chạy máy chậm để chổi đánh bóng đánh bóng hết mặt miếng trám (nếu ở mặt bên, không dùng chổi mà dùng đai giấy nhám hoặc đĩa giấy nhám để đánh bóng lần thứ nhất với hạt thô, các lần sau với hạt mịn dần)
3	Bước 3	Đài cao su	– Tương tự như bước 2, tẩm ướt đài cao su vào cát đánh bóng (đã trộn với nước hoặc Glycérin), chạy máy chậm để làm láng bóng mặt miếng trám. – Cho bệnh nhân súc miệng kỹ

Chú ý :

– Khi dùng các dụng cụ đánh bóng, phải có điểm tựa thật vững để khỏi trượt vào mô mềm.

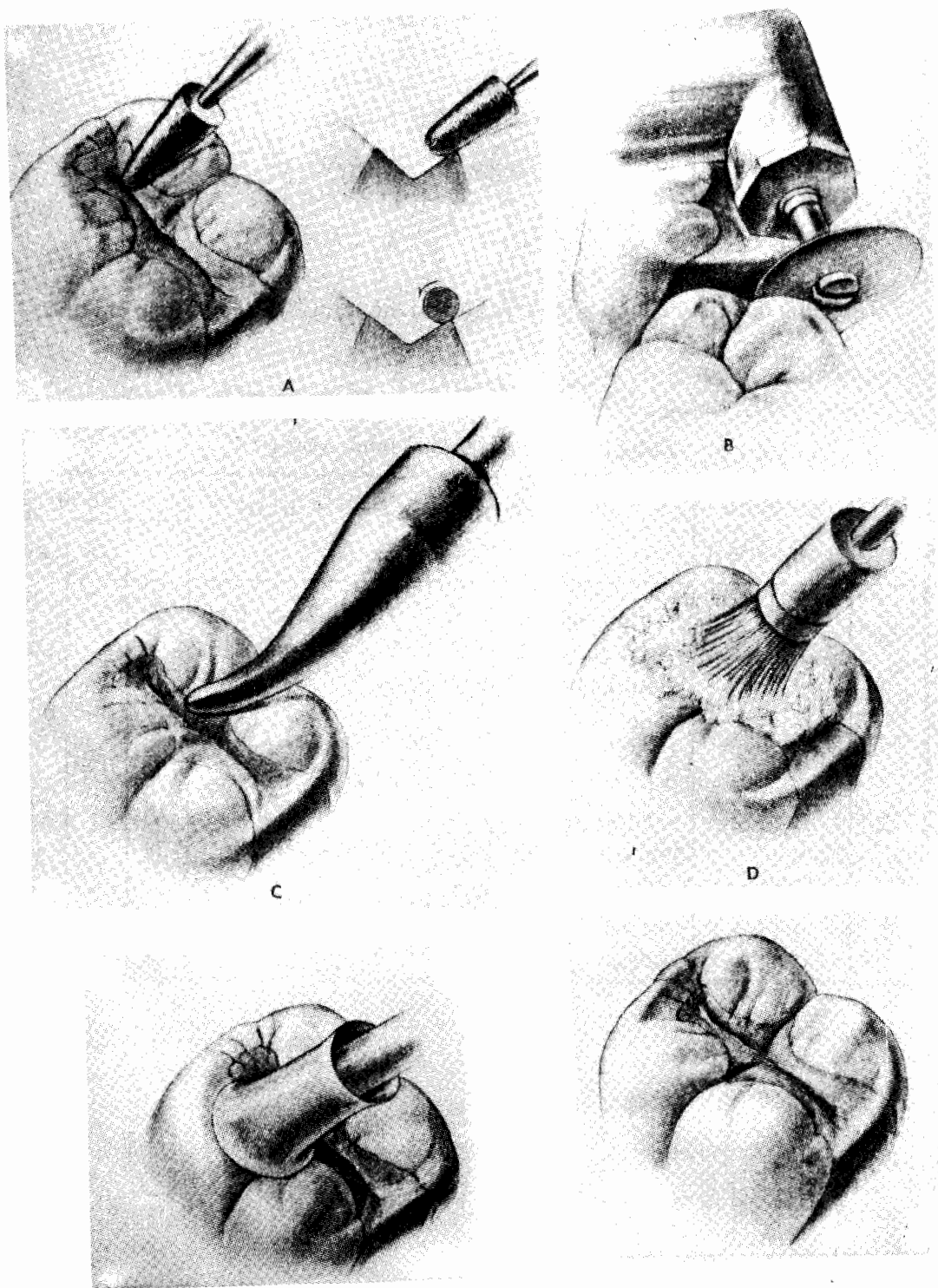
– Phải cho máy chạy chậm, giữ răng ướt (răng đang đánh bóng) để không tạo ra sức nóng làm tan Amalgam và thủy ngân chảy ra.

– Giữ để nước miếng không che lấp răng đang làm việc.

– Phải cẩn thận khi đánh bóng (chạy máy) để không cắt các mô mềm và gây đau cho bệnh nhân.

– Khi dùng đai nhám, đĩa nhám phải bôi vaselin lên đai và đĩa nhám để tránh văng các hạt cát đánh bóng, giảm bớt gây ra nhiệt, giữ để đai, đĩa nhám không bị mềm vì nước miếng.

– Trong thực tế chỉ đánh bóng mặt bên khi không có răng kế cận.



Kỹ thuật đánh bóng Amalgam

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Hãy nêu các mục đích của việc đánh bóng Amalgam ?

2. Học sinh thực hành đánh bóng trên các miếng trám Amalgam (theo chỉ tiêu)

Bảng đánh giá việc đánh bóng Amalgam

STT	QUY TRÌNH ĐÁNH BÓNG	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Bước 1	– Giữ nguyên được hình dáng răng đã điều khắc khi đánh bóng.	– Giữ được hình dáng giải phẫu rõ, đẹp	3		
2	Bước 2	– Giúp cho răng dễ làm sáng, bóng	– Bề mặt miếng trám mịn, láng	3		
3	Bước 3	– Làm miếng trám bóng, đẹp	– Bề mặt miếng trám sáng, bóng	4		

NHỮNG ĐIỂM LƯU Ý KHI CHỮA RĂNG, PHÒNG LÂY NHIỄM QUA CHỮA RĂNG

LT : 2

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Kể được những điểm cần lưu ý khi chữa răng
2. Trình bày được nguyên tắc phòng tránh lây nhiễm trong chữa răng

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. NHỮNG ĐIỂM LƯU Ý KHI KHÁM, ĐÀO XOANG VÀ HOÀN TẤT XOANG

1. Khi khám răng.

– Phải khám toàn thân, khám kỹ tất cả mô mềm trong miệng, khớp răng, tình trạng răng để có thể đánh giá được tình trạng sức khỏe chung của bệnh nhân cũng như tình trạng sức khỏe răng miệng để hướng dẫn bệnh nhân điều trị cũng như lập được một kế hoạch điều trị răng miệng toàn diện.

– Trong khi khám phải cẩn thận và tránh các việc sau :

+ Dùng gương nha khoa banh miệng mạnh quá hoặc do không chú ý đè ép mạnh trên mô mềm gây đau bệnh nhân.

+ Để bệnh nhân há miệng quá lâu.

+ Khám chọc mạnh thâm trầm vào các xoang sâu vì nơi đó có thể có ngà nhạy cảm hay lộ tủy. Với các xoang sâu nhạy cảm, trước tiên có thể lấy sạch chất sâu bằng cách rửa xoang với nước ấm, dùng bông gòn vo lại lau khô ; sau đó nếu cần thiết dùng nạo bén nạo nhẹ nhàng để lấy các chất sâu ra khỏi xoang (khi dùng bông vo nhỏ để lau xoang nên lau nhẹ nhàng, tránh dùng ấn vào xoang vì sức ép có thể gây đau nhức).

2. Khi đào xoang.

Ở những bệnh nhân có ngà nhạy cảm hoặc xoang sâu, có nhiều cách để giảm bớt đau :

– Giữ xoang khô khi đào vì sự ẩm ướt dễ làm ngà răng nhạy cảm.

– Dùng cây nạo bén.

- Khi dùng khoan hay đá mài nên chạy nhanh.
- Khi đào xoang kép nên đi từ mặt nhai đến mặt bên.
- Phải có một điểm tựa chắc chắn để tránh trượt dụng cụ.
- Khi dùng nạo để nạo ở các vách xoang chung quanh nên vo bông gòn nhỏ để trên sàn tủy để tránh trường hợp nạo có thể bị trượt xuống sàn tủy nhạy cảm.
- Đặt đai trám cẩn thận, nhẹ nhàng tránh cắt đứt các mô mềm (phải coi chừng các góc nhọn, sắc của khuôn trám).

Và phải lưu ý :

- Những xoang sâu phải lót bằng Eugenat hoặc Zinc phosphate Cement.
- Phải kiểm tra chắc chắn là mũi khoan hoặc đá mài đã được giữ chặt trong tay khoan vì nếu không khi đưa vào miệng bệnh nhân, chúng có thể rơi vào miệng bệnh nhân làm bệnh nhân nuốt hoặc rơi vào khí quản gây hóc, nguy hiểm cho bệnh nhân.
- Trong những trường hợp quá khó khăn : trẻ quá nhỏ, quá sợ hãi, không hợp tác có thể chấp nhận mức điều trị tối thiểu là cố gắng nạo bỏ lớp ngà hư mục, trám tạm, chờ trẻ lớn hơn sẽ đào xoang hoàn thiện.

3. Khi hoàn tất.

Sau khi điều trị răng được yêu cầu, nên khám tổng quát lại răng miệng bệnh nhân.

– Khám lại toàn bộ răng miệng để phát hiện các răng sâu khác hoặc bệnh lý cần được điều trị – phải chú ý khám kỹ ở vùng cổ răng hoặc các mặt bên – phải có kế hoạch điều trị hoặc hướng dẫn bệnh nhân đến đúng các tuyến khác để điều trị nếu quá khả năng của mình.

– Phải lấy vôi răng, đánh bóng răng nếu có – chú ý khám kỹ ở mặt lưỡi các răng và vùng cổ các răng hàm.

– Khám tất cả các miếng trám, đánh bóng lại (xem có sâu tái phát hoặc có kẽ hở hoặc miếng trám cao hay dư để cho điều trị lại cho đúng).

– Khi đánh bóng răng hoặc miếng trám, không chạy máy quá lâu để tránh phát sinh nhiệt quá nóng làm hại răng hoặc ảnh hưởng đến chất lượng miếng trám.

II. NGUYÊN TẮC PHÒNG TRÁNH LÂY NHIỄM TRONG CHỮA RĂNG

Việc chữa răng có thể gây lây nhiễm (vi khuẩn, virus, đặc biệt HIV, HBV) từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác hoặc từ bệnh nhân sang người điều trị và ngược lại, nhất là trong những trường hợp điều trị tủy răng hoặc do trượt dụng cụ

làm sâu xát mô mềm hoặc do sử dụng những dụng cụ bén, nhọn (kim chữa tủy, thám trám...) vô ý gây thương tích. Vì vậy, để phòng tránh tất cả những lây nhiễm khi chữa răng cần lưu ý những điểm sau :

- Phải đảm bảo vô khuẩn tất cả các dụng cụ lớn nhỏ, các đồ dùng nha khoa được sử dụng cho bệnh nhân ; ly súc miệng nên dùng loại ly giấy chỉ dùng một lần hoặc ly nhựa để nếu dùng lại, ly phải được hấp khử khuẩn hoặc luộc lại.

- Phải rửa tay và mang găng tay cao su khi điều trị cho mỗi bệnh nhân.

- Những dụng cụ khám hay chữa răng phải có nhiều bộ để thay đổi vì dụng cụ sử dụng rồi không vô khuẩn, không dùng lại ngay mà phải ngâm trong các dung dịch khử khuẩn để khử bỏ tất cả các loại vi khuẩn, virus – dung dịch thường được sử dụng là Ampholysine plus (gói 25 mg pha trong 5 lít nước máy) ngâm 15 phút, sau đó rửa sạch, hấp vô khuẩn (hấp khô $170^{\circ}\text{C}/1$ giờ, hấp ướt $130^{\circ}\text{C}/20$ phút, đun sôi $100^{\circ}\text{C}/30$ phút).

- Nếu không có nhiều đầu tay khoan để thay đổi thì phải lau ướt với dung dịch khử khuẩn và phun sương nhưng cuối buổi làm việc phải hấp vô khuẩn (thường hấp ướt).

- Phải mang khẩu trang khi điều trị (loại khẩu trang giấy hay nhựa chỉ dùng một lần hoặc khẩu trang vải đã hấp khử khuẩn). Nên thay khẩu trang sau mỗi bệnh nhân, phải rửa tay lại khi mở khẩu trang ra vì tay có thể đã nhiễm bẩn.

- Mang kính bảo vệ mắt (loại kính bằng nhựa hoặc loại kính có khẩu trang dính liền nhau) nếu khi điều trị có thể bị văng máu hay nước bọt của bệnh nhân.

- Phải rửa tay thường xuyên (khi đến phòng khám, trước và sau khi điều trị cho mỗi bệnh nhân, khi tay đụng vào các vật dụng có khả năng nhiễm bẩn, sau khi cởi găng tay, trước khi rời phòng khám).

- Phải sử dụng cẩn thận các dụng cụ quay và bén nhọn không để gây thương tích cho bệnh nhân và người điều trị.

- Nếu có thể nên dùng bao nylon hay giấy Aluminium để bao các trang thiết bị và mặt bằng có thể bị nhiễm bẩn khi sử dụng (ví dụ tay khoan, công tắc đèn, đầu máy quang tuyến) ; cởi bỏ các lớp bao này sau mỗi bệnh nhân (ngay trong khi còn mang găng tay).

- Nên sử dụng càng nhiều càng tốt các dụng cụ dùng một lần nếu có thể, nên dùng các trang thiết bị khử khuẩn có hiệu quả cao (Autoclave), phối hợp dùng hóa chất (nước Javel 0,2%, Bactilysine) để khử khuẩn các bề mặt làm việc sau mỗi khi điều trị cho bệnh nhân.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Hãy chọn câu đúng sai

Khi khám cho bệnh nhân :

- A. Chỉ khám và giải quyết răng được yêu cầu Đ – S
- B. Chỉ nên chú ý đến vùng răng miệng vì đó thuộc phạm vi chuyên khoa Đ – S
- C. Dùng gương banh miệng thật rộng và mạnh để nhìn răng cần điều trị cho rõ Đ – S
- D. Không nên chọc thám trâm vào các xoang sâu Đ – S
- E. Có thể dùng nạo ngà để lấy chất sâu một cách nhẹ nhàng ở các xoang sâu. Đ – S

2. Có thể giảm đau khi chữa răng cho bệnh nhân bằng cách :

- A. Không dùng cây nạo ngà bén Đ – S
- B. Nếu đào xoang kép nên đi từ mặt nhai trước rồi đến mặt bên sau Đ – S
- C. Chạy khoan chậm Đ – S
- D. Đặt đai trám nhẹ nhàng, tránh cắt đứt các mô mềm Đ – S
- E. Khi cần thiết phải chọn điểm tựa thật vững Đ – S

3. Sau khi đã điều trị chiếc răng được yêu cầu, nên :

- A. Hỏi bệnh nhân xem còn muốn điều trị gì khác hoặc răng nào khác không Đ – S
- B. Khám kỹ tất cả miếng trám xem có sâu tái phát hay có miếng trám dư hoặc cao không. Đ – S
- C. Chỉ lấy vôi và đánh bóng răng khi bệnh nhân có yêu cầu Đ – S
- D. Hướng dẫn bệnh nhân đến đúng các tuyến khác để điều trị nếu bệnh không thuộc phạm vi chuyên môn hoặc quá khả năng điều trị của mình. Đ – S
- E. Khi đánh bóng miếng trám cần chạy máy nhanh và thật lâu để miếng trám được láng bóng. Đ – S

4. Để phòng tránh mọi lây nhiễm trong khi chữa răng, cần :
- A. Mang găng tay cao su mỗi khi cuộc điều trị có tiếp xúc máu bệnh nhân. Đ – S
 - B. Ngâm các dụng cụ đã sử dụng trong Ampholysine plus 5 phút sau đó rửa sạch, hấp vô khuẩn. Đ – S
 - C. Rửa sạch ngay các dụng cụ đã sử dụng, hấp vô khuẩn ngay để vi khuẩn không có thời gian phát triển và kịp thời có dụng cụ làm việc. Đ – S
 - D. Rửa sạch các ly súc miệng trước khi dùng cho bệnh nhân khác. Đ – S
 - E. Lau kỹ các tay khoan với dung dịch khử khuẩn, cuối buổi phải hấp vô khuẩn. Đ – S
 - F. Sử dụng hạn chế các dụng cụ dùng một lần để đỡ tốn kém. Đ – S
 - G. Khử khuẩn các bề mặt làm việc với các hóa chất khử khuẩn sau mỗi lần điều trị cho bệnh nhân. Đ – S
 - H. Sử dụng cẩn thận các dụng cụ bén nhọn không để gây thương tích cho bệnh nhân và người điều trị. Đ – S
 - I. Rửa tay trước khi điều trị bệnh nhân đầu tiên, các lần khác không cần thiết vì đã luôn luôn mang găng tay. Đ – S

ĐIỀU TRỊ TỬY RĂNG

LT : 7

TH : 11

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- 1- Nêu được các chỉ định trong điều trị tủy răng
- 2- Thực hiện được các kỹ thuật điều trị tủy răng thông thường

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. CHE TỬY

1. Chỉ định.

Che tủy được thực hiện trong những trường hợp :

- Tủy răng bị lộ sau khi lấy hết tổ chức sâu, ngà xung quanh điểm tủy lộ còn tốt (tủy lộ do sâu răng).
- Tủy răng bị lộ do dùng khoan quá tay, trường hợp này chỗ tủy lộ sạch (tủy lộ do quá trình đào xoang)
- Tủy răng bị lộ khi răng bị gãy, chỗ tủy lộ sạch và được phát hiện sớm (15 - 20 phút) sau khi răng bị thương tổn (tủy lộ do va đập, sạm chấn).

Chú ý :

- Chỉ che tủy khi chỗ tủy lộ nhỏ, đường kính không quá 2 mm.
- Các trường hợp không nên che tủy :
 - + Ngà xung quanh chỗ tủy lộ còn sâu nhiều, chỗ tủy lộ đã nhiễm bẩn.
 - + Khi không thể cô lập răng tốt, tủy răng bị lộ đã bị nhiễm nhiều nước bọt.
 - + Khi chỗ tủy lộ chảy máu quá nhiều, khó cầm máu.
 - + Tình trạng chung của sức khỏe bệnh nhân quá yếu.

2. Kỹ thuật.

2.1. Kỹ thuật dùng Dycal hay hydroxyl calci $Ca(OH)_2$ và nước cất.

STT	CÁC BƯỚC CHE TỦY	KỸ THUẬT
1	Chuẩn bị xoang răng, chất che, trám	– Cô lập ngay chiếc răng khi bị lộ tủy, sát khuẩn xoang răng (dùng H_2O_2 3%), lau khô, đặt một miếng bông nhỏ tẩm Eugenol để che chỗ tủy lộ. – Trộn Dycal (2 phần bằng nhau) trên giấy trộn (nếu dùng $Ca(OH)_2$ và nước cất : dùng bay trộn vô khuẩn trộn bột $Ca(OH)_2$ + nước cất trên kính trộn thành một chất bột sệt ướt). – Trộn một ít Eugenate đặc để sẵn (nhớ không trộn quá đặc).
2	Che tủy và trám tạm	– Lấy bông ở xoang răng ra. – Dùng đầu thám trám hoặc cây chấm Dycal để lấy Dycal – cho Dycal chảy lên phía trên chỗ tủy lộ thành một lớp mỏng che kín chỗ tủy lộ. – Nếu dùng $Ca(OH)_2$ và nước cất : có thể dùng cây nạo vô khuẩn đặt nhẹ nhàng chất bột đã trộn lên trên chỗ tủy lộ, dùng bông vo nhỏ nhúng vào bột $Ca(OH)_2$ dư trên kính rồi dàn nhẹ nhàng chất bột che tủy thành một lớp mỏng để che kín chỗ tủy lộ (chất bột dư sẽ thấm hết nước ở chất bột che tủy làm nó khô, cứng hơn) – Trám tạm xoang răng lên trên bằng Eugenate đặc, khi trám phải ấn nhẹ nhàng Eugenate vào trong xoang, không được đè nén mạnh vì sẽ đè ép tủy, chất che tủy sẽ dễ bị xô dịch sai chỗ.
3	Hoàn tất	– Cắt xén Eugenate cho gọn gàng, sạch sẽ, cho bệnh nhân cắn thử để kiểm tra không cho chất trám tạm quá cao. – Hẹn bệnh nhân sau 4 - 6 tuần để trám vĩnh viễn và nếu có gì bất thường hoặc đau nhức phải trở lại ngay (trường hợp này phải lấy tủy).

2.2. Kỹ thuật che tủy bằng Eugenate nhão.

STT	CÁC BƯỚC CHE TỦY	KỸ THUẬT
1	Chuẩn bị xoang răng, chất che, trám	- Cô lập, sát khuẩn, lau khô, che tạm chỗ tủy lộ giống như ở kỹ thuật dùng Dycal. - Trộn một ít Eugenate nhão như vaselin (để che tủy) và một ít Eugenate đặc để trám tạm.
2	Che tủy và trám tạm	- Lấy bông ở xoang răng ra. - Dùng đầu thấm trầm, cây chấm hoặc cây nạo chấm một chút Eugenate nhão để lên trên chỗ tủy lộ, nhấc lên nhấc xuống để Eugenate nhão chảy xuống chỗ tủy lộ, dùng bông khô dàn nhẹ Eugenate nhão che kín hết phần tủy lộ. - Trám tạm xoang răng lên trên bằng Eugenate đặc (giống như kỹ thuật dùng Dycal)
3	Hoàn tất	Giống như ở kỹ thuật dùng Dycal

II. LẤY TỦY BUỒNG

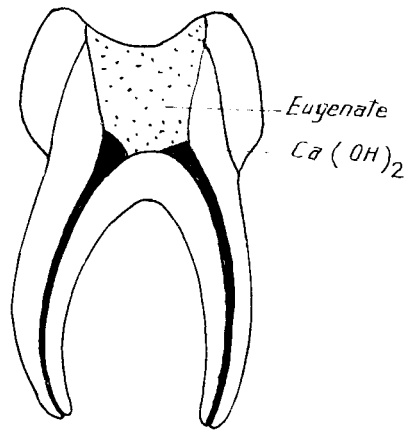
1. Chỉ định.

Lấy tủy buồng được thực hiện trong các trường hợp như che tủy nhưng khi chỗ tủy lộ lớn (hơn 2mm đường kính), che tủy không được hoặc ở các trường hợp không nên che tủy (dù chỗ tủy lộ nhỏ hơn 2 mm đường kính).

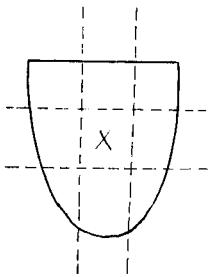
2. Kỹ thuật

STT	CÁC BƯỚC LẤY TỦY BUỒNG	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Vô cảm răng	Kim + bơm tiêm nha khoa	Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng (không được tiêm thẳng thuốc tê vào buồng tủy).
2	Lấy tủy buồng và trám tạm	- Dụng cụ đặt đê - Nạo bén hoặc khoan tròn	- Cô lập răng, tốt nhất là đặt đê. - Lấy hết phần ngà mềm.

2	Lấy tủy buồng và trám tạm	– Khoan tròn số lớn (vô khuẩn) – Nạo bén, dài – Nạo	– Chạy khoan chậm để mở vào buồng tủy cho đến khi có cảm giác rơi vào khoảng trống từ đó kéo ngang mũi khoan để mở hết trần buồng tủy. – Đưa sâu vào sát đáy buồng tủy để cắt ngang giữa phần buồng tủy và tủy chân. – Rửa sạch, cầm máu (dùng nước cất, H₂O₂ hoặc thuốc tê), lau khô (nếu còn chảy máu để bông gòn khô chặn lên trên buồng tủy khoảng 3 phút), nếu vẫn còn chảy máu có thể rửa lại với thuốc tê hoặc adrenalin. – Lấy Ca(OH)₂ và đặt một lớp dày khoảng 2mm che lên trên các ống tủy chân vừa cắt (nếu không có Ca(OH)₂ có thể dùng Eugenate nhão, phải đặt nhẹ nhàng, không được ép). – Trám tạm Eugenate đặc lên trên, khi trám cũng phải ấn nhẹ nhàng như ở kỹ thuật che tủy.
3	Hoàn tất		– Cất xén Eugenate cho gọn gàng, sạch sẽ, cho bệnh nhân cắn thử để kiểm tra không cho chất trám tạm quá cao. – Báo cho bệnh nhân biết có thể đau nhức nhẹ trong vài ngày và sau 2 - 3 tháng đến lại để trám vĩnh viễn nhưng nếu có gì bất thường hoặc đau nhức kéo dài phải trở lại ngay trong trường hợp này cũng như ở trường hợp bệnh nhân không đau nhưng thử tủy không phản ứng (tủy chết) phải lấy tủy toàn phần.



Lấy tuỷ buồng và trám tạm Eugenate



Lấy tuỷ



Đo chiều dài răng

Lấy tuỷ toàn phần răng một chân



Trâm gai



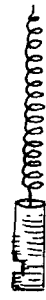
Trâm nhọn



Trâm dừa



Trâm trơn



Lentulo

Dụng cụ lấy tuỷ răng một chân

III. LẤY TỦY TOÀN PHẦN Ở RĂNG MỘT CHÂN

1. Chỉ định.

Lấy tủy toàn phần được thực hiện khi răng vĩnh viễn một chân bị tủy viêm, tủy thối hay chết mà thân và chân răng còn tốt, chưa bị hủy hoại nhiều (có thể trám lại hoặc có khả năng phục hồi bằng răng giả trên răng hoặc chân răng đó được).

2. Kỹ thuật.

STT	CÁC BƯỚC LẤY TỦY TOÀN PHẦN	DỤNG CỤ	KỸ THUẬT
1	Vô cảm răng	Kim và bơm tiêm nha khoa	Chích 1ml thuốc tê (mũi vát kim áp vào xương và kim tạo một góc 45^0 với lợi răng) vào đáy hành lang ở mặt ngoài của răng cần lấy tủy (nếu tủy đã thối, chết không cần gây tê)
2	Lấy tủy và sửa soạn ống tủy – Mở lối vào xoang – Lấy tủy – Đo chiều dài răng	– Khoan tròn – Khoan trụ thon đầu – Trâm gai (chọn số thích hợp với chiều dài ống tủy) – Trâm dừa (số nhỏ nhất), cho trâm đi qua một miếng cao su nhỏ	– Đặt khoan thẳng góc với mặt lưỡi ở vị trí 1/3 giữa thân răng, chạy đến khi ngập đầu khoan, sau đó đổi hướng cho khoan chạy sâu xuống theo chiều song song trục răng cho đến khi có cảm giác rơi vào buồng tủy thì cho khoan chạy với động tác kéo ra phía ngoài để mở hết trần buồng tủy. – Chạy khoan để sửa lỗ mở vào thành hình phễu (trên rộng dưới nhỏ). – Đưa trâm vào khoảng 1/2 - 1/3 chiều dài ống tủy, quay 1/4 vòng rồi kéo nhẹ nhàng ra phía ngoài để lấy tủy. – Dùng bơm tiêm bơm rửa nước Oxy già vào để rửa sạch máu nơi ống tủy. – Đặt trâm vào ống tủy phẳng chùng đến chóp răng (ước chừng theo chiều dài giải phẫu), đánh dấu chiều dài này trên trâm bằng cách kéo miếng cao su ngang nơi bờ cắn của răng, cho chụp phim.

2	Sửa soạn ống tuỷ	* Thước đo - Trâm nạo, dũa (từ nhỏ đến lớn, 10 - 90) - Trâm nạo số nhỏ nhất - Bơm tiêm và kim tiêm nhỏ - Trâm dũa cùng số	- Nhìn phim : + Nếu đầu trâm đã đến đúng chóp răng thì đo chiều dài răng = chiều dài trâm đã đánh dấu. + Nếu đầu trâm chưa đến chóp : đo chiều dài C của trâm đã đánh dấu rồi đo chiều dài của C' của trâm trên phim. * Nếu C = C', tức chiều dài răng trên phim không thay đổi, chỉ cần đo chiều dài của răng trên phim. * Nếu C và C' không bằng nhau, đo chiều dài R' của răng trên phim và tính chiều dài R của răng bằng công thức : $\frac{R}{R'} = \frac{C}{C'} \Rightarrow R = \frac{C \times R'}{C'}$ (nếu không có phim, phải tạm ước tính chiều dài răng theo giải phẫu học và theo cảm giác bệnh nhân). - Lấy chiều dài R trừ đi 0,5mm, đánh dấu chiều dài này (bằng các miếng cao su nhỏ) trên tất cả trâm nạo, dũa dùng để sửa soạn ống tuỷ. - Đưa trâm vào ống tuỷ cho hết chiều dài đánh dấu, quay 1/4 vòng rồi kéo ra, tiếp tục như vậy để nong rộng dần ống tuỷ cho đến khi đưa trâm vào thông suốt dễ dàng, không bị vướng. - Rửa ống tuỷ : đưa kim sâu trong ống tuỷ cho đến khi không đưa vào được nữa, kéo lui kim khoảng 2mm, bơm dung dịch sát khuẩn vào để rửa ống tuỷ (lần đầu dùng H₂O₂ 3%, lần sau dùng nước muối 5%); để miếng bông hứng nước bắn chảy từ trong răng ra, bơm rửa đến khi nào nước chảy ra trong, sạch là được - Đưa trâm vào ống tuỷ cho đến hết chiều dài đánh dấu và cũng với động tác như khi dùng trâm nạo để dũa nhẵn thành ống tuỷ (cho đến khi đưa trâm vào thông suốt, dễ dàng)
---	------------------	---	---

		- Trâm nạo lớn hơn một số - Trâm dừa cùng số - Cône giấy, hoặc trâm trơn quấn bông	- Thực hiện động tác nong rộng ống tủy như trên, sau đó bơm rửa ống tủy. - Đưa vào hết chiều dài đánh dấu và dừa nhẵn thành ống tủy (như trên), bơm rửa. - Và cứ tiếp tục như vậy để nong rộng dần ống tủy (đổi số trâm từ số nhỏ đến số lớn dần, không bỏ cách số), bơm rửa ống tủy cho đến khi trâm có số lớn nhất đưa vào thông suốt dễ dàng, thành ống tủy nhẵn, nước bơm rửa ra trong, sạch. - Cô lập răng, lau khô ống tủy. - Băng thuốc khử khuẩn, thường dùng C.P.C hoặc Tricresol Formalin (trong vòng 3 ngày đến một tuần). Với các răng bị sang chấn hoặc tủy mới bị viêm cấp lần đầu có thể không cần băng thuốc mà trám bít ống tủy ngay ; nếu băng thuốc phải thay băng thuốc nhiều lần cho đến khi nào băng thuốc trắng, sạch, không hôi, gỗ không đau mới trám bít ống tủy.
3	Trám bít ống tủy - Băng nón nhựa percha (Cône Gutta percha)	- Cây lên gutta percha - Đèn cồn	- Cô lập răng - Chọn một cây cône chính (có số thích hợp với độ rộng ống tủy), dùng kẹp gấp đánh dấu chiều dài răng trên cône và khoảng 3 cây cône phụ (số nhỏ hơn). - Dùng kẹp gấp, gấp cône chính nhúng cồn rồi thấm Eugenate nhão chung quanh cône (trộn Eugenate nhão như vaselin), đưa vào ống tủy cho hết chiều dài đã đánh dấu, dùng cây lên ép cône sát vào một bên ống tủy, tiếp tục như vậy để cho các cône phụ vào cho chặt ống tủy (tối đa 3 cône phụ). - Dùng nạo hơi nóng (trên đèn cồn) cắt các cône ngang ở đáy buồng tủy. - Trám Eugenate đặc lên trên, hẹn tuần sau sửa soạn lại xoang, và trám vĩnh viễn,

	– Trám bít bằng Eugenate	Cây lentulo	– Trộn Eugenate lỏng như vaselin. – Thử lentulo vào ống tủy, lentulo phải vào dễ dàng hết chiều dài ống tủy (nếu không phải chọn lentulo cỡ nhỏ hơn). – Lấy Eugenate dọc theo suốt chiều dài của lentulo, đưa vào ống tủy, chạy chậm (theo chiều kim đồng hồ), vừa quay vừa rút ra để Eugenate vào trong ống tủy, làm như vậy 3 lần để cho Eugenate chặt trong ống tủy. – Lấy bột Eugenate lỏng ở buồng tủy ra, trám Eugenate đặc vào đầy buồng tủy và răng. – Hẹn tuần sau, sửa lại xoang, trám vĩnh viễn
--	---------------------------------	--------------------	---



Cây lèn gutta percha

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Chọn câu đúng, sai

Che tủy được thực hiện trong những trường hợp :

- A. Tủy răng bị lộ do đào xoang lỗ tay, vết lộ nhỏ hơn 2mm đường kính. Đ – S
- B. Tủy răng bị lộ do ngã té làm gãy ngang 1/2 thân răng Đ – S
- C. Chỗ tủy lộ nhỏ và sức khỏe bệnh nhân yếu Đ – S
- D. Sau khi lấy chất sâu, do đào xoang quá sâu nên làm lộ tủy, chỗ lộ <2mm đường kính Đ – S
- E. Tủy lộ nhỏ nhưng máu chảy nhiều Đ – S
- F. Chỗ tủy lộ lại bị nhiễm bẩn do nước bọt hoặc chất sâu Đ – S

2. Cho biết cách điều trị của em trong trường hợp :

Điều trị

- A. Đào xoang lỗ tay làm lộ tủy, chỗ lộ 3mm đường kính
- B. Tủy viêm cấp tính lần đầu, lỗ sâu nhỏ
- C. Răng bị sang chấn ngày hôm trước, gãy lộ tủy nhỏ hơn 2mm
- D. Che tủy thất bại
- E. Lấy tủy buồng thất bại
- F. Răng vĩnh viễn tủy thối
- G. Răng vĩnh viễn bị tủy chết
- H. Chân răng gãy sâu dưới lợi

3. Học sinh thực hành che tủy, lấy tủy buồng, lấy tủy răng một chân trên răng thực tập (theo chỉ tiêu)

3.1. Bảng điểm đánh giá việc thực hành

STT	QUY TRÌNH CHE TỦY	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Chuẩn bị xoang và chất che tủy	– Để việc che tủy được dễ dàng, kết quả	– Xoang khô, sạch – Trộn chất che tủy và trám tạm đạt yêu cầu	1 1		
2	Che tủy và trám tạm	– Bảo vệ tủy, giữ tủy sống	– Kỹ thuật đặt chất che tủy đúng – Lớp che đủ : vừa mỏng, che kín phần tủy lộ – Kỹ thuật đặt chất trám tạm đúng (không đè ép mạnh)	2 2 2		
3	Hoàn tất	– Chuẩn bị kết thúc việc che tủy	– Chất trám tạm đạt yêu cầu (không thấp hoặc cao quá) – Miếng trám gọn, sạch	1 1		

3.2. Bảng điểm đánh giá việc lấy tủy buồng trên răng thực tập(răng khô)

STT	QUY TRÌNH LẤY TỦY BUỒNG	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Chuẩn bị răng (thay cho vô cảm răng ở răng sống)	Giúp cho việc lấy tủy buồng nhanh chóng, thuận lợi	Mở xoang sát đến trần buồng tủy và làm lộ tủy (chỗ lộ > 2mm)	1		

2	Lấy tủy buồng	Cắt bỏ tủy buồng bảo vệ tủy chân sống	- Kỹ thuật mở trần buồng tủy đúng, trần buồng tủy thoát và làm sạch buồng tủy	2		
			- Kỹ thuật đặt Ca(OH)_2 che trên tủy chân đúng (nhẹ nhàng, không đè ép)	2		
			- Lớp Ca(OH)_2 che trên các ống tủy chân đạt yêu cầu : dày 2mm, che hết lối vào tủy chân	2		
			- Kỹ thuật trám tạm Eugenate đúng : không đè nén mạnh	2		
3	Hoàn tất	Chuẩn bị kết thúc việc lấy tủy buồng	Chất trám tạm đạt yêu cầu (không thấp hoặc cao quá) và miếng trám gọn, sạch	1		

3.3. Bảng điểm đánh giá việc lấy tủy toàn phần ở răng 1 chân trên răng thực tập (răng khô)

STT	QUY TRÌNH LẤY TỦY TOÀN PHẦN (R. 1 CHÂN)	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Lấy tủy và sửa soạn ống tủy					
	- Mở lối vào xoang - Lấy tủy	- Mở lối vào ống tủy để có thể lấy sạch được hết tủy. - Lấy sạch tủy buồng và chân	- Kỹ thuật mở lối vào xoang đúng, lỗ mở hình phễu, đúng vị trí. - Kỹ thuật lấy tủy đúng, ống tủy sạch.	2		
				1		

	– Đo chiều dài răng – Sửa soạn ống tủy	– Để sửa soạn và trám được toàn bộ ống tủy – Làm sạch, nong rộng ống tủy	– Tính đúng chiều dài răng – Kỹ thuật sửa soạn ống tủy đúng – Ống tủy khô sạch, đủ độ rộng	2		
2	Trám bít ống tủy	Làm đầy buồng tủy và ống tủy với vật liệu trám bít	Trám bít đạt yêu cầu: kỹ thuật trám bít đúng, ống tủy chặt, miếng trám gọn, sạch	2		

Chú ý : Vì thực tập ở răng khô nên ở bảng quy trình đánh giá không có giai đoạn vô cảm răng.

CÁC CÁCH NGĂN NƯỚC BỌT

Khi điều trị răng, có những kỹ thuật hoặc những giai đoạn cần giữ khô chiếc răng, không được cho nước miếng tràn vào xoang hoặc che lấp chiếc răng đang làm việc chẳng hạn như khi khám, khi trám, lót xoang hoặc khi che tủy, lấy tủy buồng, tủy chân..., có thể cô lập chiếc răng bằng các phương pháp sau :

1. Dùng bông gòn (gòn cuộn) cô lập.

Ngoài việc đặt những cuộn bông vào mặt ngoài và mặt trong của răng đang làm việc ; nếu phải làm việc trong thời gian lâu, có thể để những cuộn bông để thấm nước bọt ngay từ các ống dẫn để hạn chế lượng nước bọt tràn ra khắp miệng : ở hàm trên đặt bông vào ngách má ở giữa mặt má và mặt ngoài các răng 6 , 7 hàm trên (ngay trước ống dẫn nước bọt của tuyến mang tai - ống Stenon) ; ở hàm dưới : đặt cuộn bông ngay dưới lưỡi, ngay phía sau các răng cửa (vị trí mở ra của ống nước bọt dưới lưỡi - ống Warton) và một cuộn nữa ở vị trí của ống Stenon (như trên) vì nước bọt ở đây cũng sẽ chảy xuống theo mặt trong của má.

Chú ý : kích thước các cuộn bông phải thích hợp, vừa với miệng bệnh nhân để tránh gây khó chịu và dễ được giữ tại chỗ bởi má, lưỡi.

2. Dùng ống hút nước bọt.

Đặt ống hút nước bọt ở dưới lưỡi ở ngay phía sau các răng cửa hàm dưới. Nếu nhờ bệnh nhân giữ cần cho bệnh nhân rõ làm cách nào để cho đầu ống hút không dính chặt vào sàn miệng (khi cho máy hút chạy), hướng dẫn họ giữ bằng tay đối lập với hướng đưa các dụng cụ vào miệng.

3. Đặt ê cao su.

- Dùng kim bấm lỗ trên miếng ê cao su (vị trí và kích thước lỗ phải phù hợp vị trí, kích thước răng).

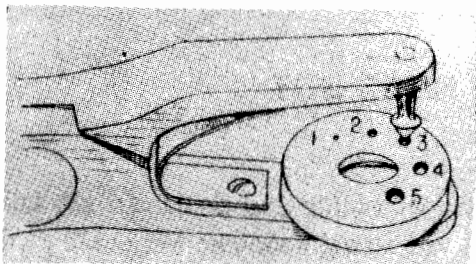
- Lồng răng cần cô lập qua lỗ bấm vào trên ê

- Dùng kim đặt ê, đặt móc cài vào để chặn giữ ê (chọn loại cài thích hợp với răng).

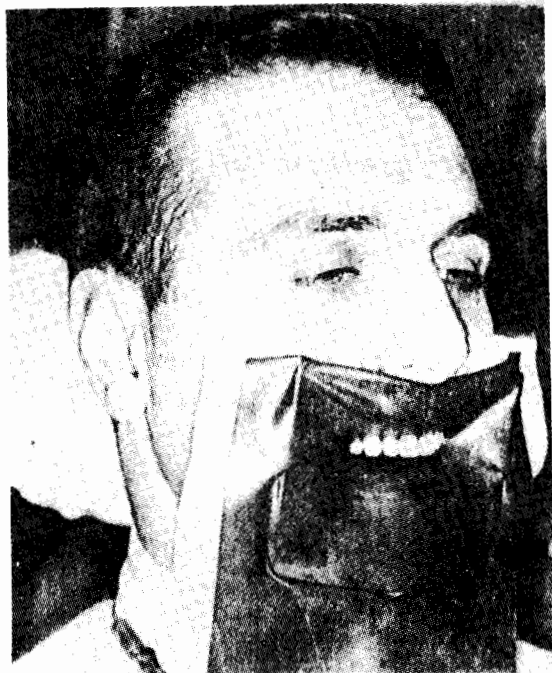
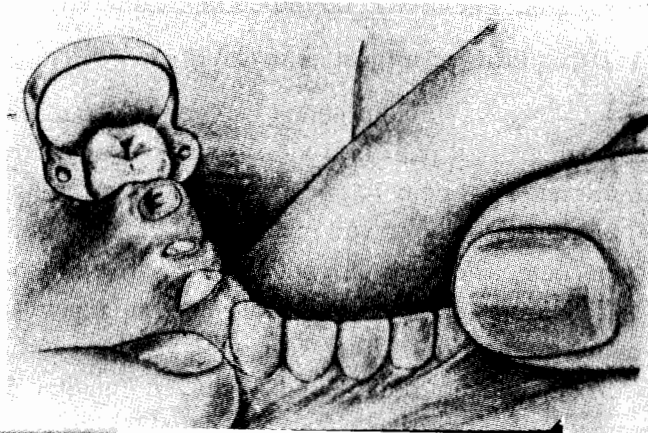
- Lấy khung căng ê (khung chữ U) để căng giữ ê.

Khi tháo ê, dùng kim đặt ê lấy móc cài giữ ê ra, tháo khung căng ê và tháo ê ra khỏi răng.

Phương pháp đặt đê giúp cô lập răng tốt, thuận tiện cho khi điều trị.



Kìm bấm lỗ đê



Dùng khung chữ U để căng đê

Móc cài đã kẹp vào răng (nằm trên đê) và đang tiếp tục lồng đê vào các răng còn lại

CÁCH TRỊ LIỆU BẰNG NITRAT BẠC (AgNO_3)

1. Mục đích.

Nitrat bạc dưới sự xúc tác của Eugenol sẽ trầm hiệu tạo thành một lớp che chở cho răng dưới tác dụng của nhiệt. Lớp này có màu xám nên không dùng cho các răng vĩnh viễn phía trước.

Thường trị liệu AgNO_3 cho các răng bị mòn ngót cổ răng gây ê buốt cho bệnh nhân nhưng độ mòn ngót nhẹ, chưa cần thiết phải đào xoang và trám (như khi bị sâu ở cổ răng).

2. Cách trị liệu tổng quát.

- Lấy vôi răng, đánh bóng răng sẽ bôi (thoa).
- Mài mịn vùng răng sẽ bôi.
- Cô lập, bôi lợi bằng vaselin để bảo vệ lợi.
- Bôi AgNO_3 , chờ một chút cho khô (khoảng 1 phút)
- Bôi Eugenol, chờ cho khô (khoảng 1 phút)

2.1. Cách bôi trên các mặt má và lưỡi.

- Dùng đá mài xanh mài mịn vùng răng cần bôi.
- Dùng bông thấm AgNO_3 bôi lên răng, tiếp đó bôi Eugenol lên trên.
- Cần phải bôi AgNO_3 ít nhất là 3 lần ; vì vậy cần phát hiện sự mòn ngót ngay lúc trám răng lần đầu để bôi AgNO_3 càng sớm càng tốt, như vậy những lần bôi sau có thể kết hợp cùng lúc với công việc điều trị khác.

2.2. Các mặt kế của răng.

- Các vết bẩn, vết bựa, đồ ăn dính trong khe răng phải được lấy đi bằng giấy nhám.
- Cô lập răng sẽ bôi bằng bông và dùng hơi thổi khô.
- Nhúng một khúc chỉ tơ nha khoa vào AgNO_3 , đưa vào khe răng, kéo qua kéo lại rồi lại nhúng khúc chỉ này vào AgNO_3 .

KẾ HOẠCH ĐIỀU TRỊ - CÁC NGUYÊN TẮC CƠ BẢN

Sau khi khám tình trạng sức khỏe chung, tình trạng sức khỏe răng miệng của bệnh nhân cần phải xây dựng một kế hoạch điều trị tổng quát theo trình tự tốt nhất phù hợp với từng bệnh nhân cũng như giải quyết các yêu cầu của họ. Bởi vì ở mỗi bệnh nhân sẽ có các tình trạng bệnh lý răng miệng khác nhau cũng như có những đặc điểm khác nhau về tâm lý, thái độ và yêu cầu, do vậy không thể áp dụng một kế hoạch điều trị chung mà phải có kế hoạch điều trị riêng, phù hợp với từng bệnh nhân. Khi xây dựng kế hoạch điều trị đó, cần chú ý đến một số nguyên tắc cơ bản sau :

1. Việc làm giảm đau cho bệnh nhân phải luôn được đưa lên hàng đầu để vừa giảm đau được cho bệnh nhân vừa bước đầu tạo được sự tin tưởng, hợp tác của bệnh nhân vì đã giải quyết được yêu cầu cấp bách của họ.

2. Đối với tất cả bệnh nhân, phải luôn bắt đầu bằng kỹ thuật điều trị đơn giản, dễ làm trước, các kỹ thuật phức tạp làm sau. Điều này cần được đặc biệt áp dụng với trẻ em - nhất là khi chúng mới tiếp xúc với nha khoa lần đầu tiên và những bệnh nhân nhút nhát, sợ hãi sẽ dần dần đạt được sự thỏa thuận hợp tác của bệnh nhân.

3. Không nhất thiết lúc nào cũng phải khoan răng, trong những trường hợp khó khăn, có thể chỉ dùng nạo ngà để lấy tổ chức ngà mềm rồi trám tạm bằng Eugenate. Như vậy sẽ làm giảm hoặc ngừng sự tiến triển của sâu răng. Đó là thủ thuật dễ được bệnh nhân chấp nhận và tạm thời hạn chế được sâu răng tiến triển, tránh sự lộ tủy trước khi răng được điều trị hoàn chỉnh.

4. Vì quá trình sâu răng ở răng sữa có thể tự ngừng nên không nên cố gắng điều trị ở những trường hợp mà khả năng duy trì miếng trám quá khó khăn, nhất là ở các răng cửa sữa.

5. Phải chú ý điều trị ưu tiên các răng còn tồn tại lâu trên cung hàm, chẳng hạn :

- Răng hàm sữa 2 quan trọng hơn răng hàm sữa 1.
- Răng nanh quan trọng hơn các răng cửa.
- Răng vĩnh viễn quan trọng hơn răng sữa.

6. Răng hàm trên nói chung dễ gây tê hơn răng hàm dưới và dễ làm bệnh nhân thoải mái khi điều trị hơn ở răng hàm dưới.

7. Khi cần phải nhổ răng, trừ những trường hợp cấp bách, còn nên để điều trị sau hoặc để đến cuối cùng của kế hoạch điều trị.

8. Cuối cùng cần phải xác định thời gian khám lại để kiểm tra - thường 6 tháng hoặc sớm hơn, nếu thấy cần thiết.

PHẦN II

NHỔ RĂNG

I. GIỚI THIỆU MÔN NHỔ RĂNG

Nhổ răng là môn học về các kỹ thuật gây tê - nhổ răng cũng như cách chuẩn bị và chăm sóc bệnh nhân để việc gây tê-nhổ răng được an toàn, thuận lợi.

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC

Sau khi học xong môn này, học sinh sẽ đạt được các mục tiêu sau:

1. Trình bày được cách chuẩn bị và chăm sóc bệnh nhân trước, sau khi nhổ răng, cách phòng ngừa, xử trí các tai biến do gây tê - nhổ răng, các phương pháp và kỹ thuật nhổ răng thông thường, kỹ thuật nhổ răng trẻ em.
2. Thực hiện thành thạo việc chọn, sử dụng dụng cụ và gây tê - nhổ răng trên mô hình.

KHỬ KHUẨN VÀ PHÒNG LÂY NHIỄM TRONG NHA KHOA

Lý thuyết : 4 tiết

Thực hành : 2 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được các nguyên tắc vô khuẩn và phòng lây nhiễm trong nhổ răng và các thủ thuật nha khoa khác.
2. Trình bày được các cách khử khuẩn dụng cụ.
3. Thực hiện được việc chuẩn bị dụng cụ để khử khuẩn, chuẩn bị cho người thầy thuốc và bệnh nhân trước lúc làm việc.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. MỞ ĐẦU

Những việc làm có dính máu hay các chất dịch đều có thể lây truyền các loại vi khuẩn sinh bệnh, đặc biệt là các loại HIV, HBV (virus viêm gan B), vi khuẩn lao, uốn ván..., rất nguy hiểm. Do vậy, tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn và có biện pháp để phòng việc lây nhiễm là việc làm tối cần thiết và luôn luôn được áp dụng cho tất cả các bệnh nhân trong thực hành nha khoa để tránh lây lan nguồn bệnh từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác, bảo vệ tính mạng cho bệnh nhân và cho người điều trị lẫn phụ tá.

Người thầy thuốc răng trẻ em phải tạo một thói quen và “phản xạ” vô khuẩn trong công tác thực hành ngay từ bước đầu thực tập.

II. NGUYÊN TẮC VÔ KHUẨN VÀ BIỆN PHÁP PHÒNG LÂY NHIỄM

1. Nguyên tắc vô khuẩn tổng quát.

- Một vật có thể vô khuẩn hay chưa, nếu *ngghi ngờ* thì coi như không vô khuẩn.
- Chỉ được cầm, gắp một vật đã khử khuẩn bằng kẹp vô khuẩn.
- Những vật đã khử khuẩn phải được giữ kín (đậy) cho đến khi dùng (mâm bệnh có sẵn trong không khí).

– Phân biệt những nơi vô khuẩn và những nơi nhiễm khuẩn để bố trí sắp xếp vùng làm việc, tránh đụng chạm tay và dụng cụ vào những nơi chứa vô khuẩn khi đang làm việc.

2. Biện pháp để phòng lây nhiễm tại phòng nha khoa.

2.1. Chuẩn bị cho người điều trị và phụ tá.

2.1.1. Mặc áo choàng trắng, sạch, đội mũ.

2.1.2. Mang khẩu trang sạch và kính bảo vệ mắt để che chở cho người điều trị không bị máu và các chất dịch bắn lên mắt và niêm mạc mũi và để phòng bệnh hô hấp lây lan.

2.1.3. Rửa tay và mang găng khi điều trị cho mỗi bệnh nhân. Móng tay phải cắt ngắn, không mang nữ trang để tránh thủng găng và khó chải rửa tay.

– Rửa tay :

Với xà phòng, nước sạch, nước sát khuẩn (cồn Iode, Chloramine), bàn chải ngâm trong nước sát khuẩn.

- + Rửa qua hai bàn tay với xà phòng và nước, nhỏ cồn iode lên 10 đầu ngón tay (càng tốt).
- + Chà với bàn chải và xà phòng lần lượt từng bàn tay (thứ tự một chiều : móng tay, ngón tay, bàn tay, cổ tay, cẳng tay 5 phút), rửa nước cũng ở tư thế này xong giờ tay cao hơn khuỷu tay (cùi chỏ).
- + Lau tay bằng khăn đã hấp rồi mang găng tay.

Chú ý : Nếu rửa tay để phụ mổ đến giai đoạn này mới mang khẩu trang và đội mũ (đã hấp) rồi tiếp tục chải rửa đôi bàn tay trong 10 phút nữa, sau đó ngâm tay vào nước sát khuẩn 2 phút rồi lau tay và mang găng.

– Mang găng tay :

Mang từng chiếc găng mở sẵn để trên bàn :

- + 5 ngón tay phải giữ lai lật của găng trái rồi xỏ tay trái vào găng.
- + 5 ngón tay trái đã mang găng luồn dưới lai lật của găng phải để giữ rồi xỏ bàn tay phải vào găng.
- + Sửa lại găng và cho các ngón tay chưa xỏ vào đúng vị trí.
- + Lật bỏ găng bằng cách nắm găng ở giữa lòng bàn tay và kéo mạnh ra khỏi lòng bàn tay, chiếc còn lại luồn tay vào trong găng..

Sau khi lật găng phải rửa tay lại - để phòng việc găng thủng.

2.2. Chuẩn bị cho bệnh nhân.

- Tư thế thoải mái.
- Choàng khăn sạch trước ngực.
- Ly súc miệng sạch cho mỗi bệnh nhân.

2.3. Chuẩn bị bề mặt vùng làm việc.

Như ghế bệnh nhân, máy nha khoa, sàn nhà phải lau chùi sạch sẽ và sát khuẩn bằng nước Iodoforme pha loãng hoặc Chlorines.

Nên có những đồ đựng chất thải để giữ vệ sinh môi trường. Kim, bơm tiêm phải đựng trong hộp cứng, rác và các chất thải phải để đúng nơi quy định.

III. PHƯƠNG PHÁP KHỬ KHUẨN DỤNG CỤ

1. Chuẩn bị dụng cụ.

Dụng cụ làm xong phải ngâm ngay vào thau đựng thuốc sát khuẩn như Chloramine hay Ampholysin trong 15 phút để khử HIV...

Rửa dụng cụ cẩn thận và tỉ mỉ với xà phòng, bàn chải và nước. Khi rửa phải mang găng.

2. Phương pháp khử khuẩn.

2.1. Khử khuẩn nóng

– *Đốt* : Bằng cách đốt dụng cụ trực tiếp dưới ngọn lửa đèn cồn, phương pháp này *không nên dùng* vì không đảm bảo vô khuẩn và còn hỏng dụng cụ.

– *Dun sôi* : phương pháp này giản tiện, rẻ tiền nhưng chưa khử khuẩn tuyệt đối. Chỉ nên dùng khi không thể dùng phương pháp hấp dưới hơi nước.

Khi dùng phải tuân theo các điều kiện sau :

- + Đun sôi 30 phút (kể từ lúc sôi)
- + Nước phải ngập tất cả dụng cụ.
- + Sự hữu hiệu có thể tăng lên bằng cách thêm vào 1 - 2 gam Carbonate Natri trong 100 ml nước.

Khuyết điểm của phương pháp này là không giết được bào tử (chịu đựng 48 giờ).

Cách này thích hợp trong những trường hợp khẩn cấp, những nơi ít dụng cụ vì sự khử khuẩn rất mau lẹ và gần như được dùng ngay.

– *Khử khuẩn bằng hơi nóng khô* (tủ poupinel) : để khử khuẩn dụng cụ, bột, dầu và những phẩm vật khác mà không khử khuẩn được bằng nước sôi hoặc hơi nước bị nén.

Ưu điểm :

- + Khử khuẩn dụng cụ là kính, thủy tinh không bị hỏng.
- + Không làm dụng cụ gỉ, ăn mòn.
- + Khử khuẩn được các loại dầu, phần dầu hỏa hữu hiệu

Nhiệt độ , thời gian khử khuẩn tốt nhất 160°C trong 6 phút, chấp nhận được ở 120°C trong 30 phút.

Khuyết điểm : làm hư hại các loại vải và cao su ở nhiệt độ cần thiết

– *Khử khuẩn bằng hơi nóng ẩm (autoclave)* : là phương pháp chắc chắn nhất tiêu hủy tất cả vi khuẩn trong một thời gian ngắn, kể cả bào tử.

Đây là phương pháp dùng hơi nước dưới sức nén là 1 Atmospher, nhiệt độ sẽ tăng lên 120°C và tất cả vi sinh vật đều chết trong khoảng 15 - 20 phút.

Dụng cụ phải được bao trong giấy xếp thành từng gói để hơi nước có thể thấm vào, nếu dụng cụ bỏ trong hộp kim loại phải mở nắp.

Sắp dụng cụ, vải, găng phải xếp chéo nhau sao cho hơi nước có thể thấm vào được.

2.2. Khử khuẩn lạnh.

Là phương pháp dùng hóa chất để khử khuẩn. Thật ra chưa có một hóa chất nào khử khuẩn được hoàn hảo và tiện lợi.

– Cồn : mau bay hơi, làm gỉ sét dụng cụ, không giết bào tử, không làm mất độc tố - Do đó không hữu hiệu.

Cần thiết có thể dùng cồn Éthyl 70% ngâm 20 phút, dụng cụ phải rửa sạch và khô.

– Chlorure benzakonium (zephiran 1%) có nhiều ưu điểm nhưng phải ngâm lâu (18 giờ).

– Hexachlorophene được dùng để chuẩn bị da trước khi phẫu thuật. Khử khuẩn dụng cụ cần ngâm trong 3 giờ.

– Các hợp chất của Chlore.

- + Sodium Hypochloride (ClONa) 1% dùng ngâm dụng cụ trước khi rửa 15 phút, để khử độc sàn nhà, ống nhỏ... Tuy nhiên, dụng cụ dễ bị ăn mòn, làm hư cao su.
- + Nước Dakin (0,43% ClONa) để rửa vết thương, rửa tay trước khi phẫu thuật

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Tại sao phải áp dụng biện pháp vô khuẩn và phòng lây nhiễm cho mọi bệnh nhân ?
2. Trước và sau khi làm việc người thầy thuốc răng trẻ em phải chuẩn bị khâu vô khuẩn trong phạm vi nào ?
3. Chọn lựa hai phương pháp khử khuẩn dụng cụ an toàn nhất và tiện lợi nhất để trang bị cho một phòng thực hành nha khoa.

ĐAU VÀ CHẾ NGỰ ĐAU

2 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Giải thích được sinh lý của sự đau.
2. Nêu được các biện pháp chế ngự đau áp dụng trong nha khoa.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

Thông thường, người ta sợ chữa răng vì sợ đau. Không những ở trẻ em sợ đau mà cả ở người lớn nữa. Chúng ta có thể gặp người bệnh đang đau răng mà đến phòng chữa răng là hết đau tuy chưa chữa. Đau thường gặp trong lúc chữa răng. Không những nhổ răng có thể làm đau mà cả chữa sâu ngà, lấy cao cũng làm đau. Cho nên người thầy thuốc nha khoa cần chú ý và biết cách để làm giảm tối đa sự đau đớn cho bệnh nhân.

II. SINH LÝ ĐAU

Đau có thể định nghĩa là một phản ứng tự vệ, là một cảm giác không thích thú do một kích thích “có hại” được truyền theo dây thần kinh cảm giác tới não, ở đó được xác định là đau.

Như vậy, sự dẫn truyền cảm giác có hại và phản ứng đối với kích thích đó là 2 mặt của sinh lý đau ta gọi là tri giác đau và phản ứng đau.

1. Tri giác đau (pain perception).

Là một quá trình sinh lý qua đó đau được ghi bởi các tổ chức thần kinh cảm thụ ngoại biên và được truyền tới vỏ não bằng dây thần kinh cảm giác. Giai đoạn này ở mỗi người đều giống nhau và có thể bị ảnh hưởng bởi bệnh tật hay khi cơ thể bị nhiễm độc. Khả năng của tri giác đau tùy thuộc ở sự nguyên vẹn của dây thần kinh cảm giác.

2. Phản ứng đau.

Là phản ứng của mỗi người khi đã tri giác đau, phản ứng đó được điều khiển bởi vỏ não và vùng sau đồi thị.

Phản ứng đau ở mỗi người một khác nhau và ở mỗi người cũng thay đổi từng ngày.

Mức độ đau chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố và tùy thuộc vào ngưỡng kích thích (mức chịu đau), người có mức chịu đau cao thì phản ứng lại đau ít và ngược lại.

Phản ứng đau chịu ảnh hưởng của một số yếu tố :

– *Trạng thái dễ xúc cảm* : Người dễ xúc cảm có phản ứng lại đau nhiều, cần tạo tin tưởng cho những bệnh nhân này.

– *Mệt mỏi* : Mệt mỏi, mất ngủ làm mức chịu đau giảm. Một người được nghỉ ngơi sau một giấc ngủ ngon chịu đau tốt hơn người mệt.

– *Lo sợ* : Người nào lo sợ nhiều thì thấy đau nhiều khi chữa, nhờ rằng. Cho nên, thầy thuốc làm cho bệnh nhân tin nhiệm mình họ sẽ chịu đau dễ dàng hơn.

– *Tuổi* : Người lớn chịu đau giỏi hơn trẻ em, người già chịu đau kém hơn người ít tuổi.

– *Giới* : Không có sự khác nhau.

III. CHẾ NGỰ ĐAU

Một trong những vấn đề quan trọng bậc nhất trong điều trị răng miệng là làm cho bệnh nhân không đau hoặc ít nhất cũng là ít đau ở mức độ có thể chịu được.

Dựa vào sinh lý cảm giác đau, ta dùng các biện pháp sau để chế ngự đau trong nha khoa :

– *Gây tê* : chặn đường dẫn truyền luồng thần kinh. Thuốc tê khi tiếp xúc với dây thần kinh sẽ ngăn cản sự dẫn truyền luồng thần kinh, tùy theo mức độ can thiệp nông hay sâu mà ta gây tê chặn luồng thần kinh.

– *Gây mê* : làm cho vỏ não không tiếp nhận được cảm giác đau do đó không phản ứng lại đau. Cách này dùng trong phẫu thuật.

– *Dùng thuốc* : để làm nâng mức chịu đau : như thuốc giảm đau, thuốc an thần.

– *Châm tê* : là phương pháp cổ truyền Á Đông, rất tốt trong những trường hợp không thể gây tê và gây mê được do bệnh nhân không chịu được thuốc tê.

– *Biện pháp tâm thể* (psychosomatic) : làm bệnh nhân tin tưởng bằng thái độ thành thật của người điều trị. Nên báo trước những gì sẽ làm và những gì khó chịu mà bệnh nhân sẽ cảm thấy giúp bệnh nhân an tâm (vì hệ thần kinh thường có những phản ứng mạnh mẽ khi gặp trường hợp đột xuất).

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Tại sao tri giác đau ở mỗi người là giống nhau mà phản ứng đau lại khác nhau ?
2. Để làm giảm đau cho bệnh nhân ta nên dùng mấy biện pháp chế ngự đau trong 5 biện pháp đã nêu ?

GÂY TÊ

Lý thuyết : 2 tiết

Thực hành : 10 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được phương pháp gây tê bề mặt và gây tê tại chỗ bằng cách tiêm.
2. Trình bày được phương pháp gây tê vùng, đặc biệt là gây tê dây thần kinh rãnh dưới.
3. Xác định được các điểm mốc và thực hiện được các bước kỹ thuật gây tê tại chỗ và vùng trên mô hình.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê có tác dụng xóa bỏ sự đau đớn do “phẫu thuật” tạo ra bằng cách làm gián đoạn sự dẫn truyền cảm giác đau của những tiểu thể thần kinh ngoại biên và những dây thần kinh cảm giác.

Có hai phương pháp gây tê phù hợp với 2 mục đích trên :

– Gây tê tại chỗ : là gây tê các tiểu thể thần kinh và những nhánh tận cùng của dây thần kinh cảm giác.

Gồm có 2 cách :

- + Gây tê bề mặt.
- + Gây tê tiêm tại chỗ.

– Gây tê vùng : là làm tê các trục dây thần kinh hay chặn đoạn các dây thần kinh chi phối cảm giác trong khu vực tương đối lớn.

Gây tê cần đạt hiệu quả tê tốt và không ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Vấn đề này có liên quan đến cách sử dụng thuốc tê, kỹ thuật thực hành gây tê và sự chuẩn bị bệnh nhân một cách chu đáo.

Phạm vi bài này chỉ nói đến kỹ thuật thực hành là chính.

II. GÂY TÊ TẠI CHỖ

1. Gây tê bề mặt.

Là gây tê bằng cách áp đặt trực tiếp vào bề mặt niêm mạc một lượng thuốc tê có khả năng thẩm thấu hay tạo lạnh làm tê đầu mút của những sợi thần

kinh ngoại biên. Tác dụng tê ngắn, để can thiệp các trường hợp dễ, nhanh như : nhổ răng lung lay nhiều, chích áp xe, rạch nhọt, lấy cao răng...

1.1. Bôi tê.

Dùng những loại thuốc có tính thẩm thấu nhanh qua niêm mạc như lidocain 5%, pontocain 2%.

Kỹ thuật : sát khuẩn, lau khô vùng định gây tê. Dùng một viên bông nhỏ thấm thuốc bôi lên vùng niêm mạc quanh chân răng nhổ. Chờ một vài phút cho thuốc tê ngấm rồi can thiệp nhanh.

1.2. Phun tê.

Có hai loại thuốc :

– Lidocain 10% đựng trong những chai có ống phun khí dung (tinh vân). Sử dụng bằng cách phun thuốc tê cho tia thuốc vào ngay vùng niêm mạc muốn gây tê, chờ vài phút rồi can thiệp.

– Etyl Clorur (chlorure d'éthyle) là loại thuốc làm tê bằng cách bay hơi thật nhanh, sự bay hơi này hạ nhiệt độ xuống thấp tạo tê.

Biệt dược là Kélène (C_2H_5Cl)

Kỹ thuật : Cầm chai thuốc, dốc ngược và đầu hướng về phía gây tê, tia thuốc xịt cách niêm mạc từ 2cm rồi dang ra từ từ đến 15cm trong lúc xịt. Chờ cho lớp này tan đi rồi xịt lần 2. Vùng gây tê sẽ trắng ra thì can thiệp nhanh.

Nhược điểm của cách này là thuốc có mùi khó chịu, nếu xịt vào mắt và răng còn sống sẽ gây rất đau đớn, và thuốc còn là chất dễ cháy.

2. Gây tê tại chỗ bằng cách tiêm.

Là làm thấm nhuận một vùng mà ta muốn can thiệp bằng một lượng dung dịch thuốc tê.

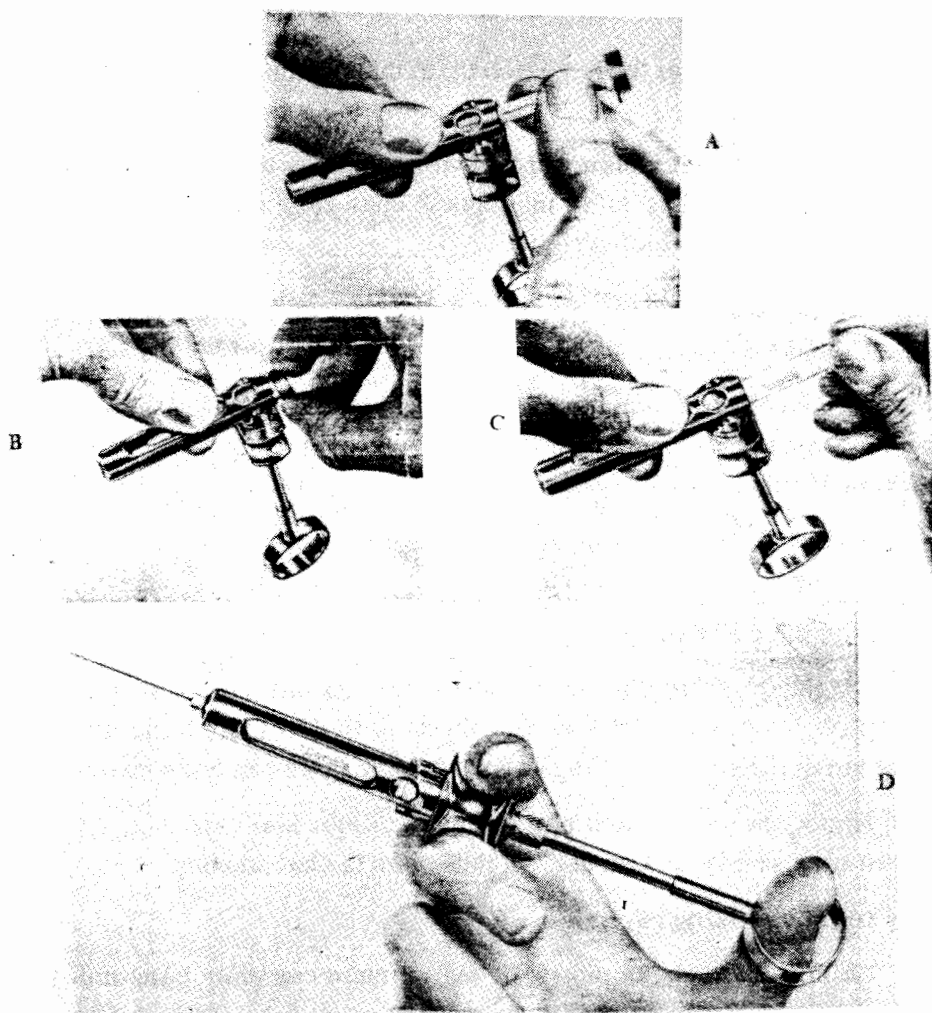
Phương pháp này phổ biến trong nha khoa vì dễ làm, mau tê và có hiệu quả.

2.1. Dụng cụ. (H.1).

Gồm có kim và bơm tiêm

– Kim : phổ biến là kim hai đầu. Có 2 cỡ : ngắn 17 - 23mm ; dài 17 - 42mm, loại ngắn để gây tê tại chỗ, dài gây tê vùng.

– Bơm tiêm (ống chích) (Séringe) bằng sắt, dùng loại “vỏ đạn” (carpules) là hoàn hảo nhất. Thuốc tê đóng sẵn trong “vỏ đạn” khi gây tê chỉ cần lắp vào, không tốn thời gian hút thuốc tê như loại bơm tiêm kiểu bơm thông thường, và cũng dễ kiểm soát lượng thuốc bơm vào cơ thể.



Hình 1. Bơm và kim tiêm để gây tê.

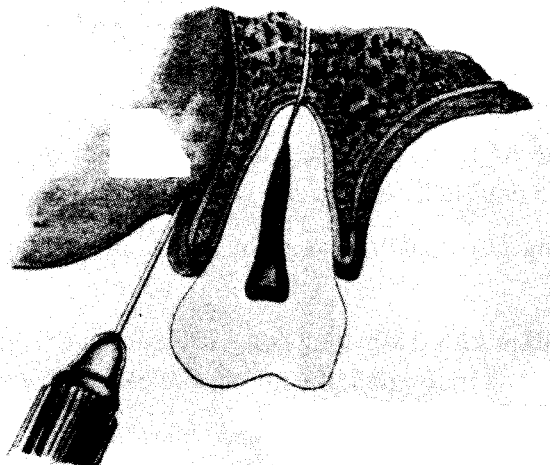
2.2. Phương pháp.

Có 3 cách :

2.2.1. Gây tê lợi (H.2).

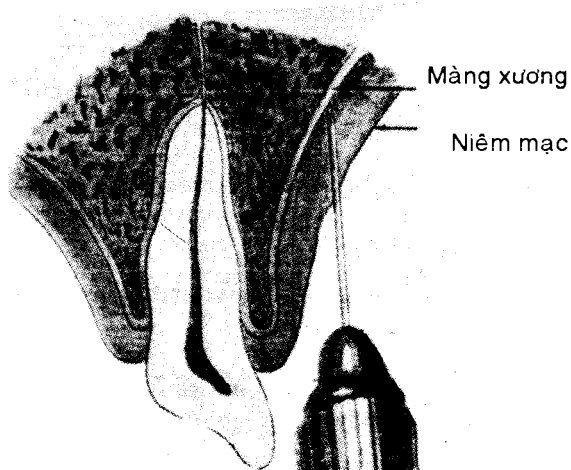
- Chủ yếu là làm tê phần niêm mạc trên màng xương.
- Chỉ định : nhổ răng lung lay, răng dễ như răng sữa, răng người già.
- Kỹ thuật : đâm kim chéo vào niêm mạc sát kim xoay về phía xương, sâu hay nông tùy theo - nếu càng gần xương hàm thì sự tê càng tốt. Bơm thuốc chậm để tránh tách niêm mạc gây đau.

Thường tiêm 2 hay 4 điểm xung quanh răng cách cổ răng 2 - 3mm.



Hình 2. Gây tê lợi.

2.2.2. Gây tê cận chóp chân răng (H.3)



Hình 3. Gây tê cận chóp.

– Mục đích là làm tê các nhánh tận cùng của dây thần kinh, tạo sự tê toàn bộ lợi, ổ răng, dây chằng và cả tủy răng.

– Chỉ định : nhổ răng thường không có viêm, sưng tại chỗ. Áp dụng được cho tất cả các răng hàm trên và hàm dưới.

– Kỹ thuật : gồm 2 giai đoạn :

- + Một mũi tiêm vào ngách lợi tương ứng với chóp chân răng muốn nhổ, hướng kim hợp với lợi một góc 45^0 , vát kim quay về phía xương, đẩy kim đụng xương. Bơm chậm 1 - 1,5ml thuốc tê.

- + Một mũi tiêm phía khẩu cái hay phía lưỡi đâm kim như trên, vị trí ở khoảng giữa chóp chân răng và cổ răng. Bơm 0,5 ml thuốc tê.

Sự tê sẽ bắt đầu 5 phút sau và kéo dài 30 - 40 phút.

2.2.3. Gây tê dây chằng.

– Chỉ định : để bổ túc cho gây tê cận chóp khi phương pháp này chưa có tê toàn bộ (nhổ răng còn đau) hoặc bổ túc cho gây tê lợi khi lợi sưng.

Chú ý : Không gây tê dây chằng khi nhổ răng có bệnh nha chu và khớp răng còn viêm.

– Kỹ thuật : đâm kim đứng song song với trục của răng ở phía gần và xa, mép kim áp sát chân răng muốn nhổ, len xuống sâu càng tốt.

Bơm thuốc chậm vì thuốc tuôn ra khó, bơm vài giọt thuốc tê. Coi chừng bơm quá mạnh làm vỡ ống thuốc tê.

III. GÂY TÊ VÙNG

Có tác dụng tê cả một vùng do dây thần kinh chi phối.

Thuận tiện của phương pháp là chỉ tiêm một lần với lượng thuốc tê vừa phải nhưng tê rộng và lâu. Thường dùng để nhổ răng khó, nhổ một lúc nhiều răng hoặc khi tại chỗ răng nhổ có viêm nhiễm.

Dụng cụ : tương tự gây tê tại chỗ và dùng kim dài 17 - 42mm

1. Gây tê vùng ở hàm trên.

1.1. *Gây tê dây thần kinh răng trên sau* (H.4) : Được thực hiện ở mặt sau của răng hàm trên.

1.1.1. *Giải phẫu* : Dây thần kinh răng trên sau có 2 hoặc 3 đôi tách từ dây thần kinh hàm trên lúc dây này chui vào ống dưới ổ mắt, chúng tiếp tục chạy dài xuống theo lối hàm, hướng về mé trước và chui vào xương bằng những lỗ nhỏ cách bờ ổ răng khôn 20 - 30mm phía ngoài - xa.

1.1.2. Kỹ thuật :

– Bệnh nhân nằm ngửa ở tư thế 45^0 , miệng há nhỏ, người điều trị dùng ngón tay trở dò trong miệng lối xương hàm trên, mé sau.

– Đâm kim dài 42mm vào điểm chóp chân răng khôn phía ngoài, giữ kim sát xương và luồn kim lên trên và ra sau độ 45^0 luôn luôn giữ kim sát xương, đẩy kim sâu chừng 2cm (u xương là một vòng cong).

– Vừa luồn kim vừa bơm thuốc tê và cuối đoạn bơm phần còn lại, tất cả chừng 2ml.

Cảm giác tê bắt đầu 5 phút và kéo dài 1 giờ.



Hình 4. Gây tê dây thần kinh răng trên sau.

1.1.3. Vùng tê :

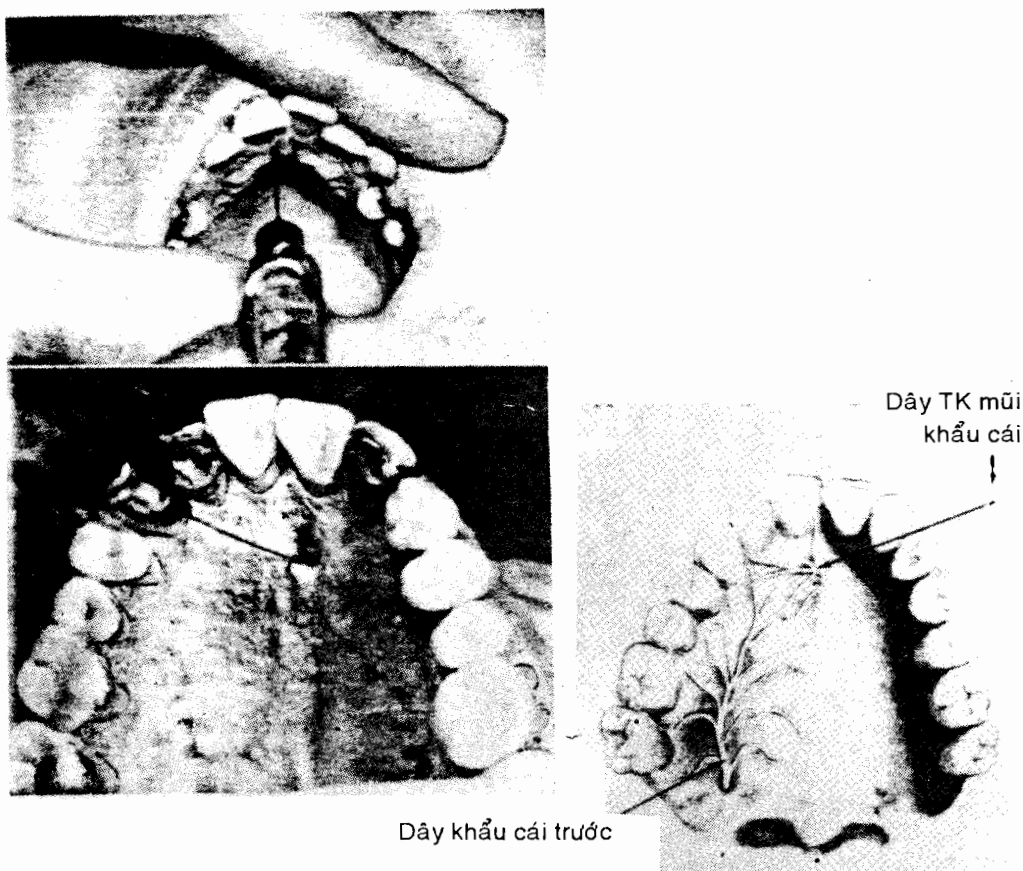
- Tủy răng số 6 , 7 , 8 hàm trên trừ chân ngoài gần răng số 6.
- Xương ổ răng và tổ chức liên kết, niêm mạc phía má.

1.2. Gây tê dây thần kinh khẩu cái trước (H.5) (ở lỗ khẩu cái sau).

1.2.1. Kỹ thuật.

- Lỗ khẩu cái sau ở mé trong răng khôn, chừng 1cm cách lợi và 0,5 cm trước ranh giới sau của khẩu cái cứng. Có thể sờ thấy lỗ thủng ở đây.
- Đâm kim sâu 1cm theo chiều từ trước ra sau và hơi nghiêng ra ngoài.
- Bơm 1/2 ml thuốc tê, cảm giác tê ngán chừng 30 phút.

1. 2.2. Vùng tê : Vòm khẩu vùng răng cối.



Hình 5. Gây tê ở lỗ khẩu cái trước (dây thần kinh mũi - khẩu cái).

1.3. Gây tê dây thần kinh mũi - khẩu cái (ở lỗ khẩu cái trước)

1.3.1. Giải phẫu học.

Là nhánh cuối cùng của dây thần kinh bướm - khẩu cái. Dây này chui vào hố mũi qua lỗ bướm - khẩu và chạy dài theo vách mũi từ sau tới trước và từ trên xuống dưới, cuối cùng chui ra ở lỗ khẩu cái trước.

1.3.2. Kỹ thuật.

– Miệng há, đầu ngửa ra sau. Lỗ khẩu cái trước ở nơi lằn giữa vòm khẩu và cách sau răng cửa giữa 1cm.

– Luồn kim tại vị trí trên hướng kim lên trên và ra sau, đi sâu từ 1/4 - 1/2 cm rồi bơm độ 0,5 - 1ml thuốc tê.

Cảm giác tê xảy ra sau 3 phút và kéo dài 30 phút.

1.3.3. Vùng tê : Vùng niêm mạc sợi của vòm khẩu cái sau răng cửa và răng nanh.

2. Gây tê vùng ổ hàm dưới.

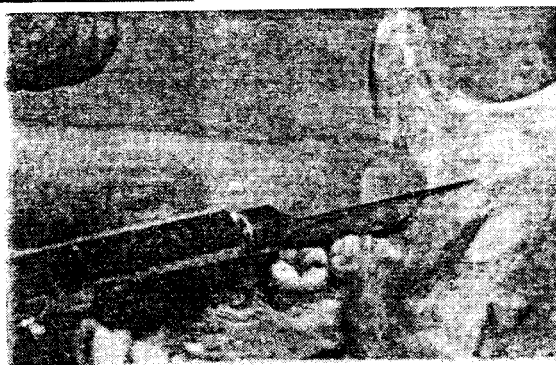
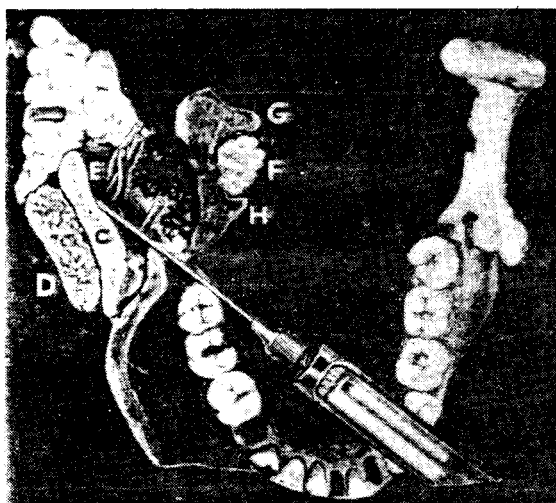
2.1. Gây tê dây thần kinh răng dưới (H.6, 7, 8, 9) (ở lỗ gai Spix)



Hình 6. Xác định điểm mổ.



Hình 7. Cách đặt ngón tay trở.



Hình 8. Cách tiêm và gây tê dây TK răng dưới.

Là phương pháp gây tê vùng cơ bản thường áp dụng trong nha khoa vì tương đối dễ thực hiện và rất có hiệu quả để nhổ răng thuộc hàm dưới.

Muốn tê tốt phải đến gần dây thần kinh ở chỗ nó sắp chui vào lỗ ống răng dưới.

2.1.1. Giải phẫu học :

– Dây thần kinh răng dưới là một nhánh của dây thần kinh hàm dưới, dây này chạy từ lỗ bầu dục sau đó chạy giữa hai cơ chân bướm cùng với động mạch răng dưới đi vào ống răng dưới ở lỗ gai Spix, phân bố cảm giác tới các răng hàm dưới. Từ lỗ cắm dây thần kinh phân ra 2 nhánh nhỏ, dây thần kinh cằm và dây thần kinh răng cửa.

– Lỗ gai Spix ở ngay trung tâm nhánh đứng xương hàm dưới. Lỗ quay lên trên và ra sau và bị che ở trên bằng gai Spix. Vị trí của lỗ này ngang với mặt nhai của răng hàm dưới nhưng muốn đến sát dây thần kinh thì phải lên cao hơn 1 cm.

– Điểm mốc :

- + Bờ trước nhánh đứng xương hàm.
- + Gò chéo trong, gò chéo ngoài.
- + Tam giác sau răng cối.
- + Dây chằng chân bướm hàm

2.1.2. Kỹ thuật gây tê bên phải

– Bệnh nhân ngồi miệng há, mặt phẳng nhai hàm dưới song song với sàn nhà.

– Người điều trị đứng trước, bên phải bệnh nhân. Dùng ngón trỏ trái đặt vào vùng niêm mạc sau răng cối, áp sát vào xương, di chuyển qua lại để xác định gò chéo ngoài và bờ trước nhánh đứng xương hàm.

– Trượt ngón tay lên xuống trên bờ trước nhánh đứng xác định điểm thấp nhất của bờ này (khoảng 1cm trên mặt nhai răng cối sau cùng). Điểm này có cùng chiều cao với gai Spix ở mặt trong nhánh đứng.

– Ở vị trí này di chuyển ngón tay về phía lưỡi sẽ ngang qua một trũng xương hơi phẳng đó là tam giác hậu hàm và đến một gờ xương tròn là đường chéo trong.

– Đặt ngón tay trong tam giác hậu hàm, nghiêng móng tay vào trong ấn vào một điểm trên đường chéo trong có chiều cao đã định như trên.

– Hướng bơm tiêm từ răng số 3 , 4 phía đối lập đâm kim vào điểm đầu, giữa và sát móng tay luồn kim sâu 1,2 - 1,5mm cho đến khi đụng xương. Trong lúc tiêm yêu cầu bệnh nhân phải giữ độ há miệng.

– Bơm chậm 1,5 - 2ml thuốc tê. Trước lúc bơm thuốc kiểm tra cẩn thận có máu tràn vào bơm tiêm không.

– Cảm giác tê sẽ bắt đầu sau 5 phút (tê môi) và kéo dài 40 - 50 phút.

Gây tê bên trái cũng tương tự, chỉ khác là người điều trị đứng bên phải và dịch ra sau bệnh nhân và quàng tay qua đầu, dùng ngón trỏ để tìm điểm mốc.

Ở trẻ em điểm gây tê thấp hơn người lớn.

2.1.3. Vùng ảnh hưởng tê :

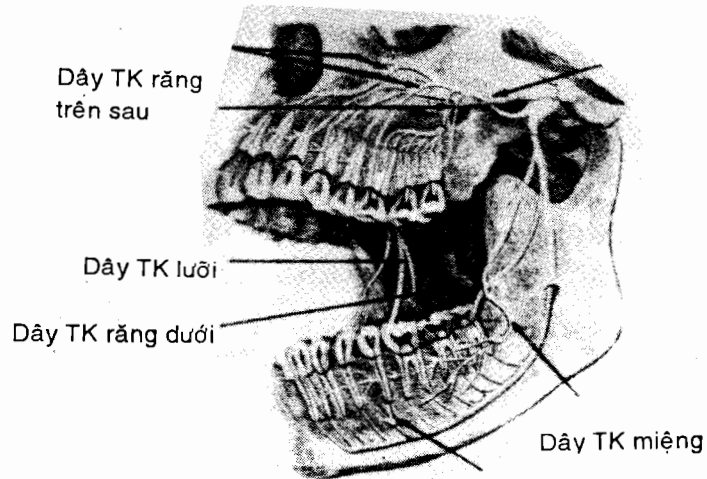
– Môi và da hàm dưới bên gây tê.

– Lợi phía ngoài từ răng cửa đến răng số 6. Từ răng số 6 đến răng số 8 do dây thần kinh miệng, nếu muốn tê vùng này phải tiêm bổ túc bằng cách đâm kim ở đáy hành lang răng cần can thiệp, tiêm 0,5ml.

- Răng : từ răng cửa đến răng khôn.
- + Nếu bơm thuốc nhiều thì vừa tê môi vừa tê lưỡi.
- + Nếu tiêm thấp thì chỉ tê lưỡi và gây tê thần kinh răng dưới thất bại.
- + Nếu tiêm quá xa, quá cao có thể tê và liệt mặt (tạm thời).

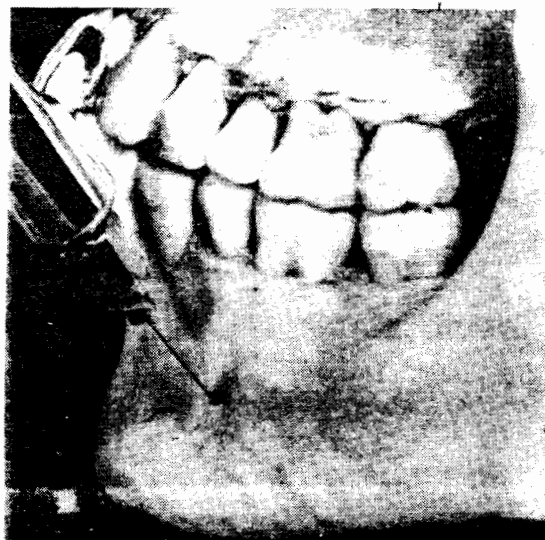
2.1.4. Chống chỉ định :

- Cứng khít hàm.
- Nhiễm khuẩn nhánh đứng xương hàm dưới.



Hình 9. Kỹ thuật gây tê và làm giảm đau vùng

2.2. Gây tê dây thần kinh cằm. (H.10)



Hình 10. Gây tê dây cằm.

2.2.1. *Giải phẫu học* : Tới lỗ cắm dây thần kinh răng dưới chia làm 2 nhánh:

- Dây thần kinh răng cửa.
- Dây thần kinh cằm.

Dây thần kinh răng cửa liên hệ đến tủy, xương ổ, niêm mạc răng nanh và răng cửa.

Dây thần kinh cằm cho cảm giác vùng lợi môi, da môi và cằm.

– Lỗ cắm to 2mm, miệng lỗ hướng lên trên và ra ngoài - vị trí ở giữa chiều cao thân xương và ở giữa hai chân răng 4 - 5 (đa số) hoặc ngay trên trục răng 5 hoặc số 4.

2.2.2. *Kỹ thuật* :

- Đầu bệnh nhân hơi cúi về phía trước.
- Tay người KTV có thể dò tìm lỗ cắm.
- Đâm vào đáy hành lang đối diện với răng số 5 nột góc 15° so với trục răng từ trước ra sau.
- Cho kim sâu 2 - 3mm vào lỗ cắm rồi bơm 1,5 - 2ml thuốc.

2.2.3. *Chỉ định* :

- Ít khi chỉ định để nhổ răng số 3, 2, 1.
- Để can thiệp những tiểu phẫu vùng cằm.

Nếu nhổ các răng trước nên chọn gây tê tại chỗ hoặc gây tê ở gai Spix.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Chọn phương pháp gây tê để nhổ răng 55 lung lay.
2. Chọn phương pháp gây tê để nhổ răng 46 bị viêm lợi.
3. Nhổ răng 11 ta gây tê ở lỗ khẩu cái trước có đủ tê không ?

CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH NHỔ RĂNG

2 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được các chỉ định nhổ răng.
2. Nêu được các chống chỉ định nhổ răng.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. CHỈ ĐỊNH NHỔ RĂNG

1. Chỉ định tại chỗ.

- Răng có thân và chân bị phá hủy nhiều, mất hết giá trị cơ năng và không thể tái tạo được.
- Răng bị bệnh nha chu nặng, tiêu xương quá nhiều.
- Răng đã chữa tủy nhiều lần không khỏi, có biến chứng.
- Răng gây biến chứng tại chỗ như viêm xoang, viêm xương, viêm tổ chức liên kết.
- Răng ngầm gây biến chứng.
- Răng thừa dị dạng.
- Răng có chân gãy do sang chấn.
- Răng sữa đến hạn kỳ rụng, đã có răng vĩnh viễn mọc lên đúng chỗ.

2. Chỉ định theo yêu cầu chỉnh hình và phục hình răng.

Răng nhổ để chỉnh hình hay phục hình.

3. Chỉ định tổng quát.

- Răng có ổ nhiễm khuẩn nghi gây nhiễm khuẩn xa như viêm thận, viêm khớp, viêm nội tâm mạc, nhổ theo yêu cầu của bác sĩ nội khoa.
- Răng nhổ trước khi điều trị tia X cho bệnh nhân ung thư hàm mặt.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tại chỗ.

Các bệnh viêm cấp tính, chờ hết giai đoạn cấp tính mới nhổ, vì dễ gây nhiễm khuẩn lan rộng.

- Viêm lợi hay viêm miệng cấp tính.

- Viêm khớp răng cấp tính.
- Viêm quanh thân răng cấp tính (như răng khôn).
- Viêm xoang cấp tính không nhỏ các răng cối trên.

2. Chống chỉ định tạm thời.

2.1. Trường hợp có các bệnh sau :

- Bệnh rối loạn về máu.
- Bệnh tim mạch
- Bệnh đái đường
- Bệnh dị ứng.

Cần có ý kiến của những bác sĩ điều trị bệnh nhân trên, khi bệnh đã ổn định hoặc nhỏ có chuẩn bị.

2.2. Bệnh động kinh và tâm thần : Phải cho dùng thuốc an thần vài ngày trước.

2.3. Tình trạng đặc biệt của phụ nữ :

– Có thai : không nên nhổ răng, nhất là 3 tháng đầu và 3 tháng cuối. Nếu cần nhổ phải có ý kiến của bác sĩ sản khoa.

– Có kinh nguyệt : có thể máu chảy kéo dài nên hoãn đến khi sạch kinh.

2.4. Không nhổ răng khi bệnh nhân chưa hiểu rõ mục đích việc nhổ răng hay thầy thuốc cảm thấy việc làm chưa phù hợp.

2.5. Khi chưa đủ các điều kiện cơ bản trong kỹ thuật nhổ răng.

3. Chống chỉ định tuyệt đối.

- Bệnh nhân bị ung thư bạch cầu (dễ bị nhiễm khuẩn và chảy máu).
- Bệnh nhân đã điều trị tia X vùng hàm mặt (dễ bị hoại tử xương hàm).

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu 8 chỉ định tại chỗ trong các chỉ định nhổ răng.
2. Tại sao không nhổ răng cho những bệnh nhân đang có bệnh cấp tính vùng miệng.
3. Kể các bệnh có chống chỉ định nhổ răng.

CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHI NHỔ RĂNG

6 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- 1- Trình bày được cách khám bệnh nhân trước khi nhổ răng về toàn trạng và tại chỗ.
- 2- Mô tả được cách chuẩn bị tại chỗ trước khi nhổ răng
- 3- Trình bày cách chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân để nhổ răng

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. KHÁM BỆNH NHÂN

Nhổ răng là một thủ thuật có quan hệ trực tiếp đến tình trạng sức khỏe người bệnh, do đó trước khi nhổ răng cần phải khám kỹ bệnh nhân về toàn thân và tại chỗ.

1. Khám toàn thân.

Nhằm phát hiện những trường hợp bệnh lý hoặc trạng thái khác thường có liên quan đến việc nhổ răng để có quyết định : bệnh nhân có thể nhổ răng trong điều kiện bình thường hay phải nhổ răng theo cách phẫu thuật tại bệnh viện và những chuẩn bị cần thiết cho quá trình nhổ răng, tránh gây tai biến cho bệnh nhân.

Phải phát hiện được các bệnh sau :

– Bệnh máu, bệnh tim mạch, bệnh thần kinh, bệnh dị ứng (hen, suyễn...), bệnh lao, bệnh đái đường, bệnh giang mai.

– Nếu nghi ngờ phải chuyển đến các khoa có liên quan để thăm khám, hoặc phải cho làm các xét nghiệm như xét nghiệm máu...

– Đối với phụ nữ phải hỏi tình trạng thai nghén, kinh nguyệt, cho con bú...

Nếu có bệnh, không nên nhổ răng ở các phòng khám răng, mà nên nhổ ở bệnh viện hoặc nhổ răng có chuẩn bị.

– Đối với những bệnh lây như bệnh viêm gan B hay nhiễm HIV hay bệnh AIDS... thì rất khó phát hiện khi thăm khám nha khoa, do đó bắt buộc phải xem mỗi bệnh nhân đều có khả năng lây nhiễm và phải áp dụng biện pháp vô khuẩn giống nhau cho toàn thể bệnh nhân khi khám và nhổ răng.

Trên thực tế, để đơn giản hóa công việc, việc khám tổng quát được thực hiện bằng một bảng câu hỏi sau đây :

1. Bệnh nhân đã nhổ răng lần nào chưa ?
2. Những lần nhổ trước có chịu được dễ dàng không ?
3. Có việc gì xảy ra khi gây tê không ?
4. Có dễ bị chảy máu hay chảy máu lâu khi nhổ răng hay đứt tay không ?
5. Bệnh nhân có khỏe mạnh không ?
6. Bệnh nhân có đang chữa bệnh gì không ? (như tim mạch, đái đường, lao, hen, bướu giáp trạng)
7. Đang dùng thuốc gì ?
8. Phụ nữ : đang có kinh nguyệt hay cho con bú, hay đang có thai ?
9. Bệnh nhân ăn gì chưa ?

2. Khám tại chỗ.

Để phát hiện răng cần nhổ, tránh nhổ nhầm, không nên tin hoàn toàn vào cảm giác bệnh nhân vì nhiều khi không đúng.

Để dự đoán răng nhổ khó hay dễ và để chọn lựa phương pháp nhổ, dụng cụ nhổ răng, cần tiến hành khám cẩn thận bệnh nhân.

Khám tại chỗ gồm có :

2.1. Khám răng.

- Răng bị sâu, bị mòn, có chứa đựng chất trám ?
- Răng sống hay chết hay đã chữa tủy.
- Kích thước, hình thể của thân hay chân răng.
- Răng mọc có bình thường không ? Quan hệ với các răng bên cạnh.
- Chân răng có xòe, chụm hay dùi trống.
- Răng có gần những vùng giải phẫu quan trọng ?

Việc đánh giá chân răng to, nhỏ, dài ngắn, mảnh thường dựa theo giải phẫu răng, những trường hợp bất thường cần có phim X quang mới phát hiện được như tăng cement ở chân răng (răng dùi trống), chân xòe hay chụm, khu vực nhiễm khuẩn, các chân răng còn sót, vật lạ, mầm răng vĩnh viễn... Những hình ảnh X quang giúp việc nhổ răng : giới hạn chấn thương, thu ngắn thời gian nhổ răng, lấy sạch vùng nhiễm khuẩn hay vật lạ trong ổ răng...

2.2. Khám xương ổ răng.

Quan sát và lấy ngón tay sờ bên ngoài và trong xương hàm răng cần nhổ để phỏng định bề dày của vùng này, có các lỗ xương bao phủ các chân răng không ?

Xương ổ răng càng dày càng khó nong rộng, càng khó nhổ. Ví dụ :

- Chân răng số 4 hàm trên.
- Chân răng 6 , 7 , 8 răng dưới.

Xương cứng hay mềm tùy theo lứa tuổi. Càng lớn tuổi xương càng đặc, càng khó nhổ. Xương hàm trên thường xốp hơn xương hàm dưới. Những người “lớn xương” là những người có răng khó nhổ.

2.3. Khám mô mềm chung quanh.

- Lợi và niêm mạc có viêm không ? - để chọn phương pháp gây tê.
- Có cao răng ở vùng trên răng nhỏ và vùng lân cận..., để làm sạch trước khi nhổ răng.

II. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

1. Chuẩn bị tâm lý.

Bệnh nhân tùy hoàn cảnh hay sự giáo dục có thể xem việc nhổ răng là một việc không quan trọng hay trái lại tỏ ra rất sợ sệt. Thêm nữa có những bệnh nhân hồi hộp do những kỷ niệm đau đớn của thời thơ ấu còn trong tiềm thức.

Bất cứ bệnh nhân nào cũng đều lo ngại cho việc nhổ răng sắp đến (sợ cái lạ, cái chưa biết) nhất là trẻ em rất sợ gây tê. Trong những trường hợp này, sự xúc động, sự sợ hãi có thể gây ảnh hưởng xấu cho cơ thể, hoặc sự chấn động của bệnh nhân trong lúc nhổ răng làm trở ngại cho việc nhổ răng.

Vì vậy, người y sĩ phải biết tạo một niềm tin tưởng cho bệnh nhân bằng cách :

- Có thái độ quan tâm và thành thực với bệnh nhân.
- Giải thích cho bệnh nhân biết mục đích của việc nhổ răng, việc nhổ răng sẽ tiến hành ra sao, gây tê sẽ có đau chút ít, cam kết sẽ nhổ răng một cách nhẹ nhàng, không đau đớn.

Đối với bệnh nhân quá nhút nhát có thể cho uống thuốc an thần như Diazepam (Seduxen, Valium) uống 1 viên (5mg) trước vài giờ, với trẻ em uống sirop phénergan 1 hay 2 thìa cà phê, 30 phút trước khi nhổ răng.

2. Chuẩn bị tại chỗ.

Gồm sự khử khuẩn miệng cho bệnh nhân càng kỹ càng tốt.

- Đối với miệng sạch chỉ cần khử khuẩn bằng nước Oxy già.
- Đối với bệnh nhân có vệ sinh răng miệng kém cần cạo đá, trám tăm các răng sâu trước khi nhổ, ngoại trừ những trường hợp khẩn cấp.

III. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN CÓ BỆNH TOÀN THÂN

1. Bệnh thần kinh.

Một số bệnh ở hệ thần kinh có quan hệ khi điều trị răng miệng đó là : nhức đầu kéo dài hoặc động kinh.

– Nhức đầu kéo dài : có thể do tâm lý hoặc bị cao huyết áp hoặc do tổn thương ở não, cần phải chuyển khám nội khoa nếu không có tổn thương đặc biệt ; có thể cho thuốc an thần và nhổ răng nhẹ nhàng, thuốc tê không nên có thuốc co mạch.

– Động kinh : phải cho barbiturat để dự phòng cơn động kinh, thuốc tê nên dùng lidocain.

2. Bệnh nhân có viêm nhiễm đường miệng.

– Viêm khớp răng, viêm xương, viêm tổ chức tế bào... cấp, mạn phải cho uống kháng sinh trước và sau khi nhổ răng.

– Tốt nhất gây tê vùng để nhổ răng.

3. Bệnh nhân có bệnh tim mạch.

Thường có những tai biến xảy ra khi gây tê và tai biến có thể khó lường. Do đó khi nhổ răng phải hỏi bệnh nhân thật kỹ vì có thể bệnh nhân đang điều trị bệnh tim hoặc bị nhẹ nhưng chưa biết, hoặc đang điều trị một loại thuốc chống đông máu. Các bệnh tim mạch thường là :

- + Bệnh tim tiên thiên (thường gặp ở trẻ em).
- + Bệnh thấp tim (thường gặp ở trẻ em)
- + Bệnh xơ vữa động mạch
- + Bệnh tăng huyết áp.
- + Bệnh van tim.

Khi nhổ răng cho những bệnh nhân này phải có ý kiến của bác sĩ nội khoa. Nếu nhổ răng phải chuẩn bị tâm lý chu đáo, cho uống thuốc an thần trước nhổ và tuyệt đối không dùng thuốc tê có Adrénalin.

4. Bệnh đái tháo đường

Cần chuyển bác sĩ nội khoa điều trị ổn định, nên nhổ răng vào buổi sáng, sau khi ăn xong.

Không gây tê với thuốc tê có adrénalin vì adrénalin dễ gây tình trạng thiếu máu cục bộ và làm tăng đường huyết, phải cho kháng sinh trước và sau khi nhổ răng vì dễ bị nhiễm khuẩn.

5. Bệnh nhân rối loạn tuyến giáp.

Bệnh nhân bị suy giáp hay cường tuyến giáp ; những bệnh nhân này có thể có những vấn đề ở tim do đó phải phối hợp với thầy thuốc nội khoa.

Nhớ rằng nên dùng lidocain không có adrénalin.

6. Bệnh dị ứng.

Cần hỏi xem bệnh nhân có cơ địa dị ứng không ? Những lần nhổ răng trước có bị những biểu hiện như ngứa, nổi mề đay hay co giật... Nếu nghi ngờ có thể làm test trong da, nếu nổi đỏ là kết quả dương tính. Thật ra test này vẫn ít giá trị và có thể nguy hiểm với người bị cảm ứng đặc biệt với thuốc tê.

Trên thực tế dị ứng với thuốc tê rất hiếm gặp. Nếu bệnh nhân khai là đã bị dị ứng trong lần nhổ răng trước thì nên chuyển đến bệnh viện và có ý kiến của bác sĩ chuyên về dị ứng.

7. Bệnh nhân bị bệnh ưa chảy máu, sinh chảy máu.

Khám bệnh nhân cần hỏi kỹ vì có những trường hợp bệnh nhân ưa chảy máu chưa được phát hiện, nhất là ở trẻ em.

Bệnh nhân bị ưa chảy máu và sinh chảy máu chỉ nhớ rằng trong trường hợp tuyệt đối cần thiết và phải nhớ rằng tại bệnh viện để được truyền máu cho đến lúc liền sẹo và theo dõi chu đáo.

Có nghi ngờ nên cho xét nghiệm máu về công thức máu, thời gian máu đông, máu chảy.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các bệnh toàn thân có liên quan đến việc nhổ răng ?
2. Để phát hiện được các bệnh và tình trạng liên quan đến việc nhổ răng cần khám như thế nào ?
3. Hãy điền vào dòng để trống về khử khuẩn chuẩn bị tại chỗ trước khi nhổ răng:
A - Đối với miệng sạch chỉ khử khuẩn bằng nước oxy già.
B -
4. Trình bày chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân trước khi nhổ răng.

PHƯƠNG PHÁP NHỎ RĂNG

Lý thuyết : 8 tiết

Thực hành : 16 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Mô tả được các loại dụng cụ nhỏ răng.
2. Trình bày được phương pháp tiến hành nhỏ răng bằng kim và bằng cây bẩy.
3. Tiến hành được các bước nhỏ răng trên mô hình.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. DỤNG CỤ ĐỂ NHỎ RĂNG

1. Cấu tạo của kim.

Kim gồm 3 phần : cán kim, cổ kim và mỏ kim. Đối với một cây kim ta cần phân biệt :

- Kim nhỏ răng hàm trên hay hàm dưới.
- Kim nhỏ răng bên phải hay bên trái.
- Kim nhỏ răng hay chân răng.

Kim nhỏ răng hàm trên : cổ thẳng hay hình lưỡi lê.

Kim nhỏ răng hàm dưới : cổ vuông giống cang cua hay mỏ chim.

Đối với kim nhỏ răng hàm, hàm trên cần phân biệt phải và trái vì hai chân ngoài đòi hỏi *mỏ ngoài của kim có mấu để kẹp vào giữa hai chân cho chặt*, do đó kim bên phải không thể nhỏ răng bên trái.

Kim nhỏ chân răng mỏ nhọn, hai mỏ khít lại với nhau khi bóp kim.

2. Bộ kim nhỏ răng.

2.1. Kim nhỏ răng vĩnh viễn.

– Kim nhỏ răng cửa hàm trên : cán, cổ mỏ thẳng, mỏ không mấu, nhỏ răng số 1, 2, 3.

– Kim nhỏ răng cửa hàm dưới : mỏ chim, mỏ thon nhỏ, hai mỏ khi bóp không sát vào nhau, để nhỏ răng 1, 2, 3 có thể nhỏ răng 4, 5.

– Kim nhỏ răng 4, 5 hàm trên : cổ thẳng, cán lượn hình chữ S, mỏ không có mấu.

– Kim nhỏ răng 6, 7 hàm trên : có hai cây, phải và trái, kim có hình chữ S. Hai mỏ to, khỏe, mỏ ngoài có mấu để kẹp giữa hai chân ngoài. Cầm giữa cán kim trong lòng bàn tay.

– Kim nhỏ răng 6, 7 hàm dưới : hình mỏ chim và cang cua (khỏe hơn), hai mỏ to, đều có mấu dùng cho cả bên phải và bên trái.

– Kim nhỏ chân răng hàm trên : hình lưỡi lê, có nhiều cỡ, chân gầy càng sâu thì mỏ kim càng cần thon và nhọn.

– Kim nhỏ chân răng hàm dưới : giống kim nhỏ răng cửa nhưng mỏ thon nhọn hơn và bóp khít vào nhau, có nhiều cỡ.

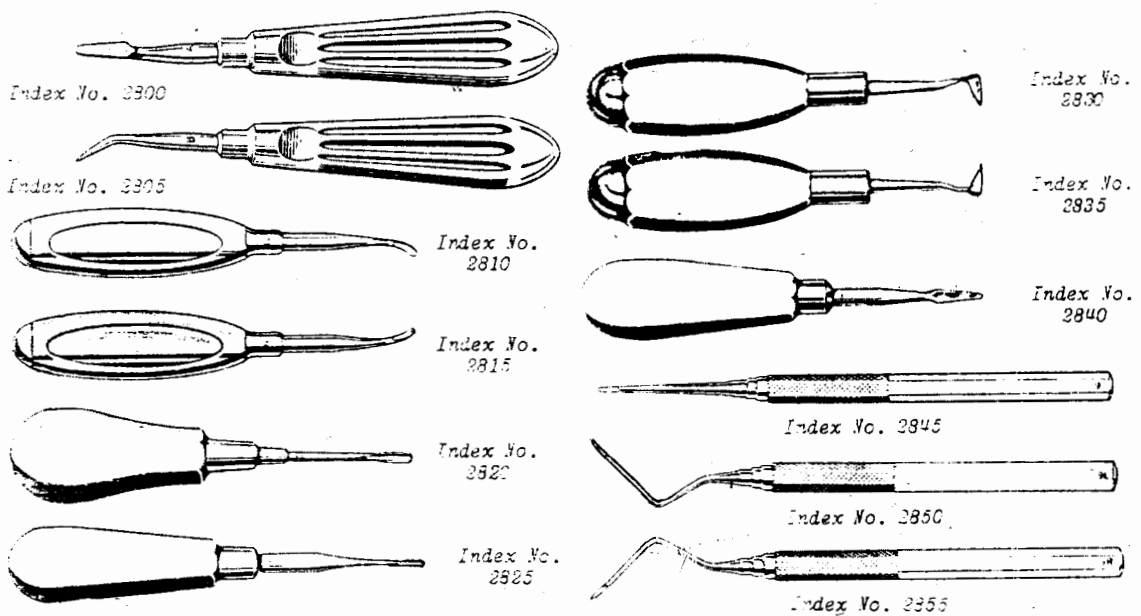
– Kim số 151 : có hình còng cua, hai mỏ không mấu, thon nhưng khỏe - là cây kim đa năng có thể nhổ được tất cả các răng thuộc hàm dưới.

2.2. Kim nhỏ răng sữa.

Kim nhỏ răng sữa có hình dáng giống kim nhỏ răng người lớn nhưng kích thước nhỏ hơn.

Mỗi hàm chỉ cần 2 cây : răng cửa và răng cối. Kim nhỏ răng người lớn có thể dùng nhổ răng sữa nhưng chú ý mỏ kim phải thích hợp với răng cần nhổ.

3. Bộ bẫy. (H.1)



Hình 1. Bộ bẫy

– Bẫy chân răng và răng hàm trên : bẫy thẳng lòng máng, có nhiều cỡ tùy độ vòng của chân răng.

– Bẫy chân và răng hàm dưới : cấu tạo từng cặp lưỡi bẫy lòng máng, cổ vuông - sở dĩ có hai chiếc là để bẫy phía ngoài gần và phía ngoài xa của răng - thông thường cần 3 cỡ : lớn, vừa và tí hơn.

4. Cây tách bóc lợi và dây chằng cổ răng.

Có hai cây :

+ Hàm trên thẳng

+ Hàm dưới cong

Giống cây bẫy nhưng yếu hơn hoặc lưỡi đẹp không có lòng máng.

Có thể dùng cây bẫy để tách bóc dây chằng thay cho cây tách bóc.

II. TƯ THẾ KHI NHỔ RĂNG

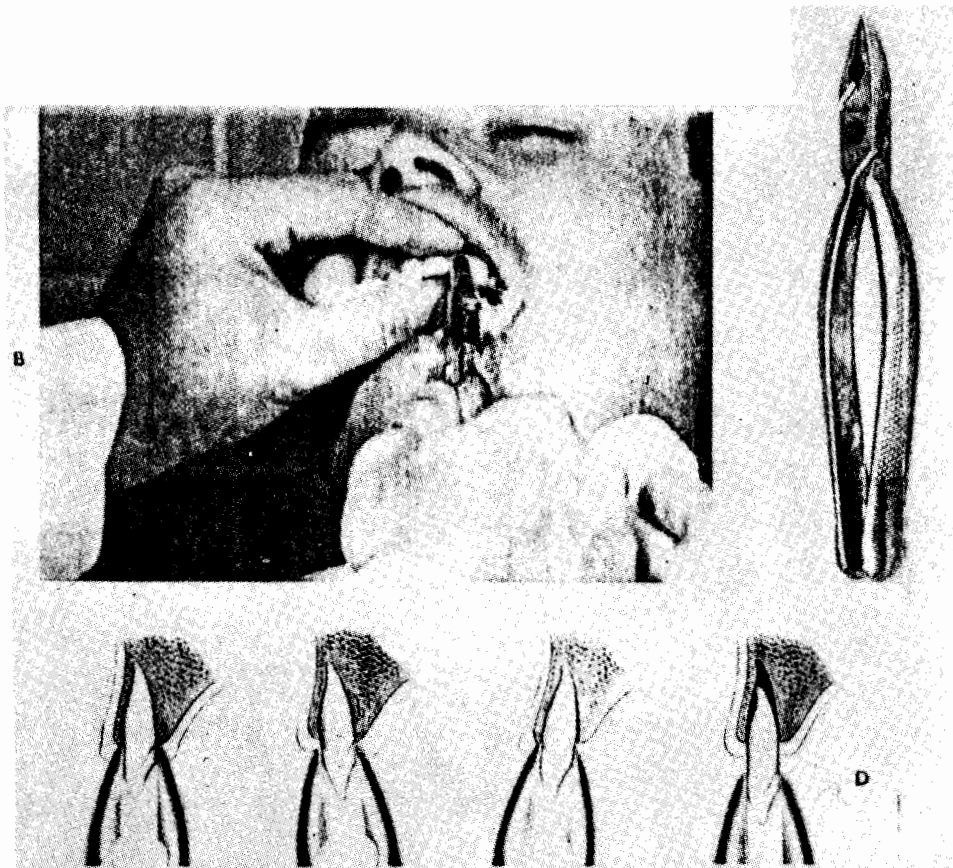
1. Tư thế bệnh nhân.

Bệnh nhân phải được ngồi thoải mái trên ghế, đầu và chân tay phải có điểm tựa.

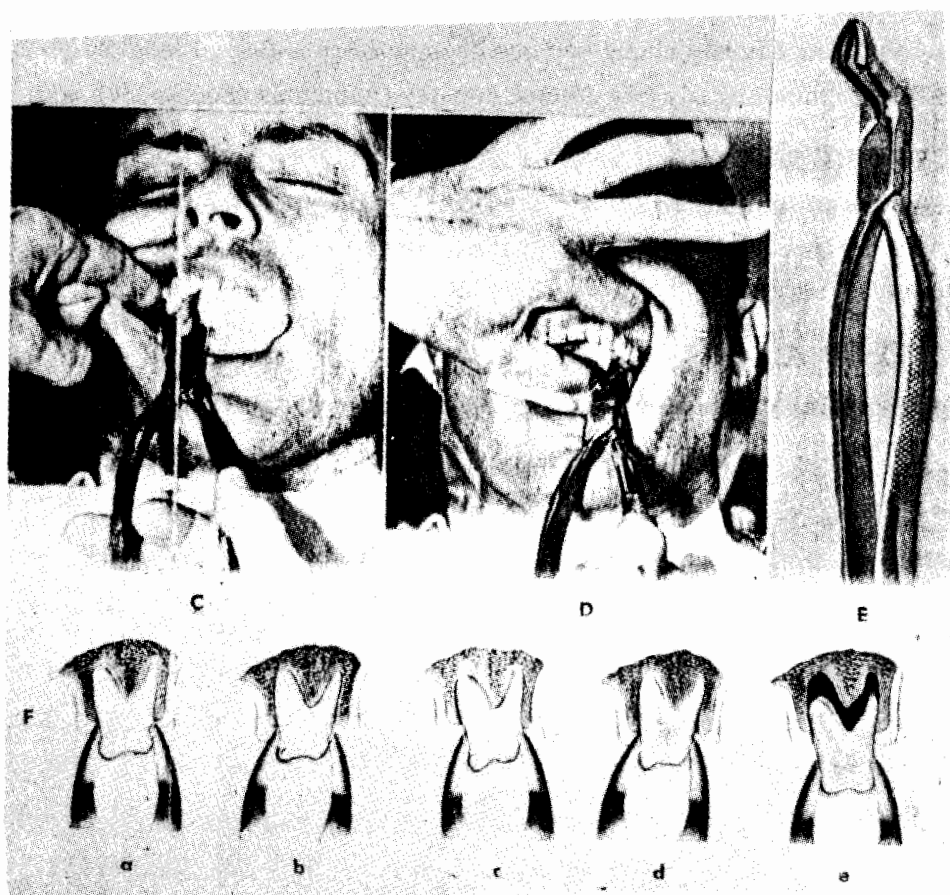
– Nhổ răng hàm trên : ghế nghiêng một góc khoảng 45^0 , đầu, cổ, lưng bệnh nhân phải thẳng để tạo sự thoải mái (đầu ngửa nhiều quá dễ gây tai biến răng lộn vào khí quản), đầu bệnh nhân ngang ngực người điều trị, ở vị trí này người điều trị có thể nhìn thấy và làm việc được lâu.

– Nhổ răng hàm dưới : bệnh nhân ngồi thẳng, hàm dưới ngang tầm khuỷu tay người điều trị.

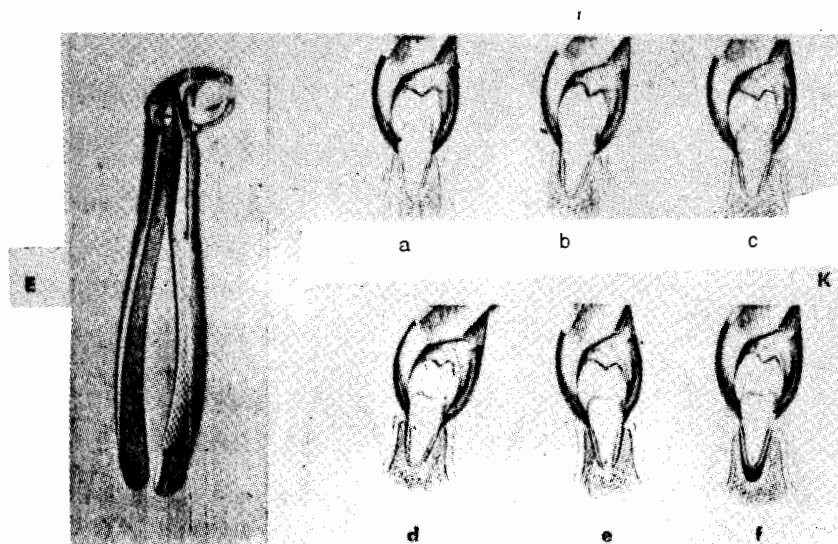
2. Tư thế người điều trị. (H.2 – H.6)



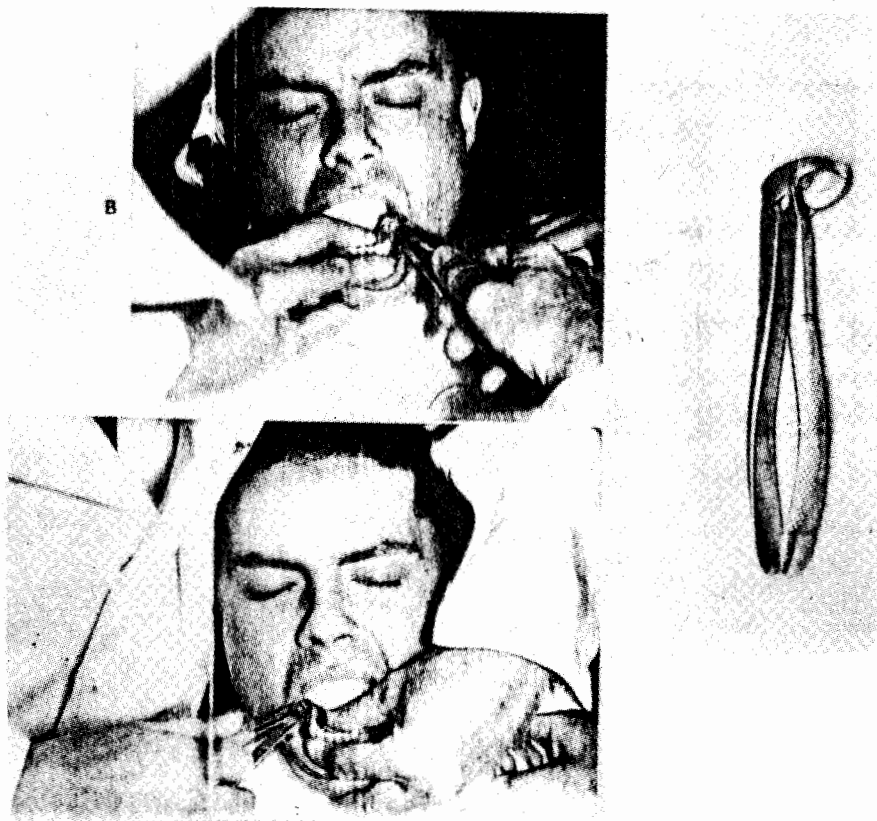
Hình 2. Lung lay răng theo chiều Ngoài - Trong



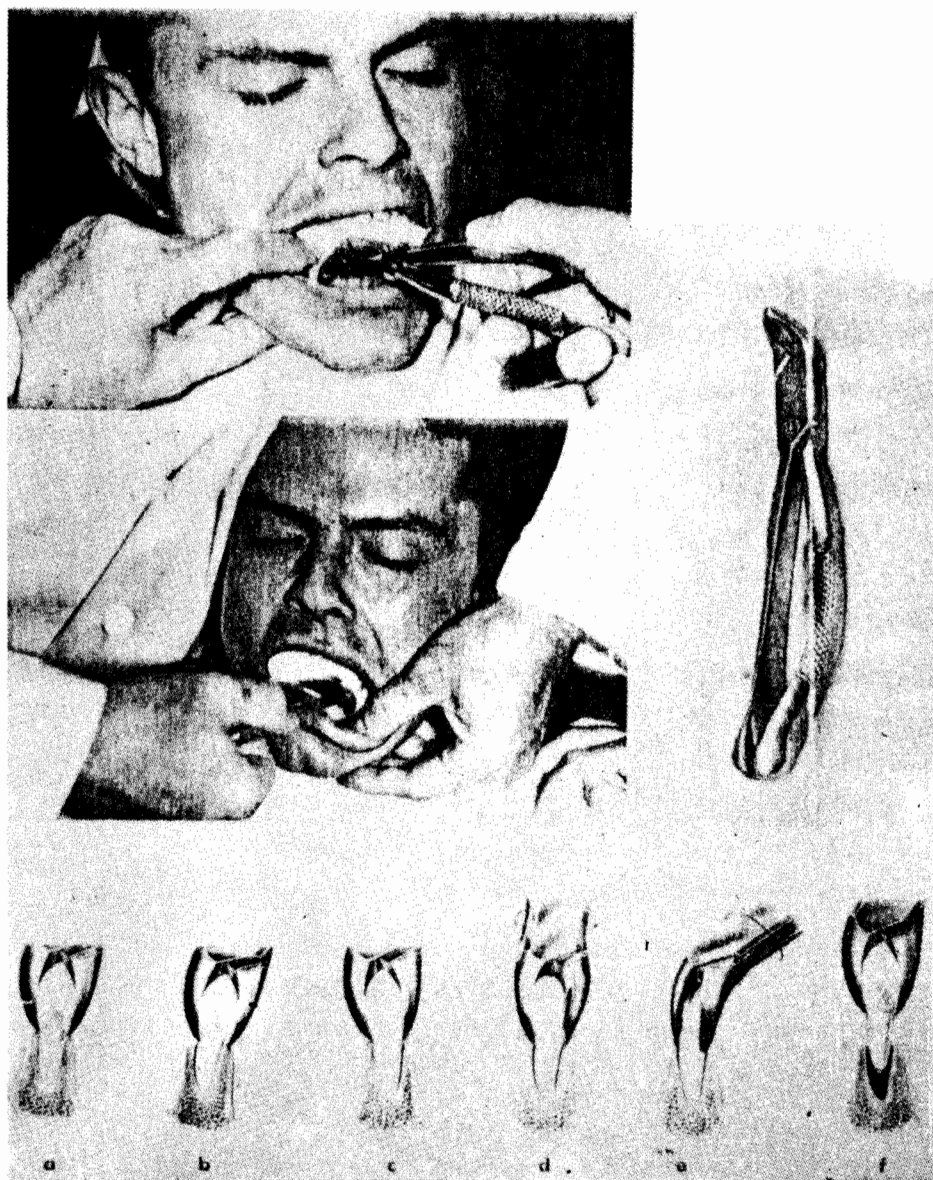
Hình 3. Tư thế nhỏ răng bằng kìm mở chìm.



Hình 4. Lưng lay răng theo chiều ngoài trong



Hình 5. Tư thế khi nhổ răng bằng kìm mở chìm



Hình 6. Nhổ răng bằng kìm càng cua (kìm 151)

Người điều trị đứng, hai chân hơi dẹt để lực được phân đều khắp mình. Không khom lưng, ngoẹo đầu mới thấy vùng răng nhỏ - sẽ chóng mỏi mệt và mắc các chứng đau cột sống.

Đối với răng hàm trên, người điều trị đứng trước và bên phải bệnh nhân.

Đối với hàm dưới :

- Bên trái : đứng trước và gần bệnh nhân hơn.
- Bên phải : đứng sau và quàng tay trái qua đầu (cho kim mổ chìm). Đứng trước bệnh nhân (kim càng cua).

Tư thế bàn tay trái :

Ngón cái và trở của bàn tay trái được sử dụng như cái kim giữ mặt ngoài và mặt trong xương ổ răng muốn nhỏ để tránh sự trơn trượt dụng cụ, để banh môi, má, làm rộng vùng nhỏ răng và các ngón tay còn lại dùng để nâng hàm và giữ hàm không bị lay động khi nhổ răng.

Ở hàm trên bên phải, phải vòng tay quặt ngược trở lại cho ngón cái giữ phía ngoài xương ổ ; ngón trở ở phía trong. Nếu răng lung lay, không cần giữ hàm, chỉ cần ngón trở để banh má.

Ở hàm trên bên trái : ngón trở giữ phía ngoài, ngón cái phía trong.

Ở hàm dưới bên trái : dùng ngón trở và giữa, ngón trở đặt phía ngoài, ngón giữa ở phía trong, ngón cái cặp dưới hàm.

Ở hàm dưới bên phải : ngón cái phía trong, ngón trở phía ngoài, các ngón còn lại nâng hàm (nhỏ kim mổ chìm). Dùng ngón cái banh hàm, các ngón còn lại nâng hàm (nhỏ kim càng cua).

Khi nhổ răng hàm dưới, nếu nhổ lâu, bấp thịt dễ bị mỏi mệt hoặc do dùng sức đè quá mạnh có thể trật khớp hàm dưới do đó phải nâng hàm khi nhổ răng dưới.

Ngoài ra các ngón tay trái còn giúp hướng dẫn mỏ kim kẹp vào cổ răng, để phòng răng bật ra khỏi kim lọt vào khí quản hay thực quản.

III. PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH NHỔ RĂNG

A - NHỔ RĂNG BẰNG KÌM

1. Chỉ định.

- Nhổ răng còn nguyên thân răng hoặc vỡ ít.
- Nhổ chân răng gãy nằm cao hơn bờ xương hàm.

2. Phương pháp.

2.1. Hỏi bệnh sử.

2.2. Khám - chỉ định nhổ răng.

2.3. Chuẩn bị bệnh nhân.

- Tâm lý : giải thích động viên để bệnh nhân an tâm.
- Tư thế : điều chỉnh ghế, đèn phù hợp với răng cần nhổ. Quàng khăn cho bệnh nhân.

2.4. Chuẩn bị dụng cụ.

- Bơm tiêm, kim, thuốc tê.
- Cây tách bóc lợi (nếu có).
- Kìm nhổ răng thích hợp với răng cần nhổ.
- Bông, gạc, thuốc sát khuẩn.
- Găng tay cho người điều trị.

2.5. Rửa tay và mang găng.

2.6. Sát khuẩn vùng miệng và vùng răng nhỏ.

2.7. Gây tê.

2.8. Tách bóc lợi và dây chằng cổ răng.

Thường làm trong trường hợp răng lung lay ít, lợi bám chặt vào cổ răng. Tách bóc lợi để tạo điều kiện cho mỏ kìm ôm sát cổ răng, lèn xuống sâu dưới chân răng và không cặp vào lợi gây giập nát hoặc lợi bị tước ra theo chiếc răng nhổ. Không dùng cây tách lợi để bẩy răng vì dễ gãy.

2.9. Nhổ răng.

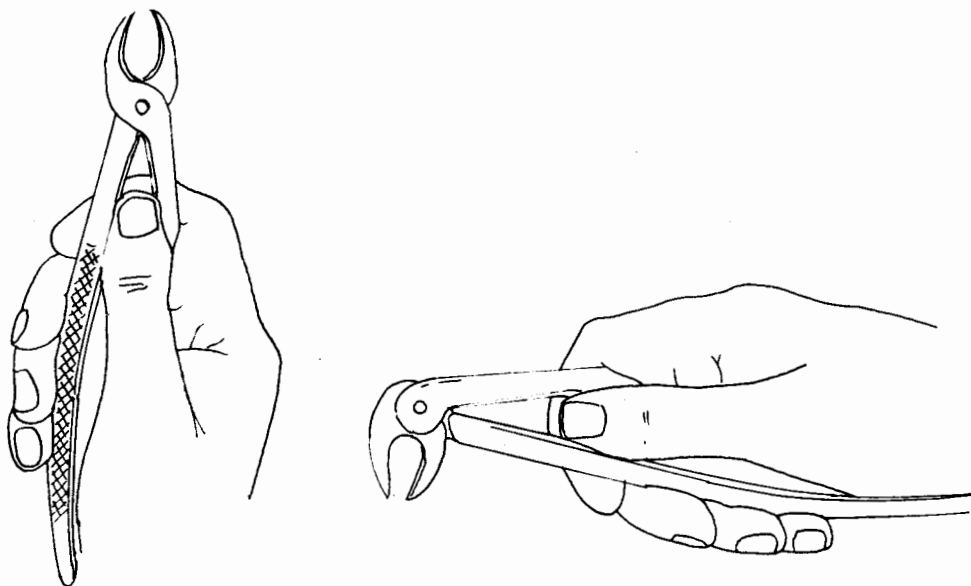
2.9.1. Kỹ thuật cầm kìm (H.7).

– Cán kìm được đặt trong lòng bàn tay phải. Đặt ngón cái vào giữa hai cán kìm phòng việc bóp cán kìm quá nhanh làm nát vỡ thân răng. Bốn ngón còn lại được giữ dưới hai cán kìm và gần cuối cán để có thể mở ra khi cần thiết (mở kìm bằng ngón út và ngón nhẫn).

– Cầm kìm nhổ răng hàm trên : cán kìm, cổ tay, cẳng tay thành một đường thẳng, hướng sức của cán kìm theo các điểm tựa trong lòng bàn tay.

– Ở răng dưới thì cổ tay gấp lại nhưng có thể giữ cán kìm, cổ tay, cẳng tay theo một đường thẳng.

– Khi bắt kìm vào răng, mỏ kìm phải xuống tới cổ răng và càng sâu càng tốt (trừ răng sữa), trục của mỏ kìm phải song song với trục của răng.



Hình 7. Cách cầm kìm

2.9.2. Tư thế người điều trị.

Người điều trị chọn một tư thế đứng đúng và dễ chịu nhất (ở trước, sau bệnh nhân - bàn tay trái giữ xương ổ răng và nâng hàm) phù hợp với cây kìm và vùng răng cần nhổ. Điều chỉnh ghế bệnh nhân nếu cần thiết.

2.9.3. Các thì nhổ răng.

- **Thì 1 - Cắm kìm** : mở mỏ kìm vừa phải, hướng trục mỏ kìm theo đúng trục thân răng, hạ kìm từ từ cho tới sát cổ răng ở mặt ngoài và mặt trong, bóp cán kìm cho mỏ kìm ôm chặt vào răng (chú ý tránh nhầm răng).

- **Thì 2 - Lung lay răng** :

Mục đích là làm đứt dây chằng và làm nở rộng ổ răng tạo điều kiện nhổ răng được dễ dàng không bị gãy chân.

Lung lay răng theo chiều ngoài - trong. Yêu cầu nhẹ nhàng, từ từ, liên tục. Biên độ lắc qua lại rộng dần, lần sau mạnh hơn lần trước. Nếu thấy chiều nào căng thì dừng cố, chân phía đó sẽ gãy. Hãy khéo léo đưa cán kìm về phía ngược lại.

Đối với răng một chân kết hợp thêm động tác xoay chân răng nhẹ nhàng để làm đứt dây chằng.

Chiều chủ yếu để lay răng là chiều ngoài - trong.

Khi răng đã lung lay nhiều thì chuyển sang động tác nhổ.

- Thì 3 - Lấy răng ra :

Ở hàm trên rút răng ra ngoài và xuống dưới. Ở hàm dưới quay cổ tay ra ngoài (bản xương). Không được rút quá mạnh đập sống kìm vào răng đối diện để làm mẻ những răng này.

Chú ý :

- + Khi răng chưa lung lay nhiều đã vội nhổ, rất dễ gãy chân.
- + Kìm và răng luôn luôn là một đơn vị thì lung lay răng mới có hiệu quả và nhổ ra được.

2.10. Sấn sóc sau nhổ (xem phần D).

3. Ưu điểm của phương pháp.

Nhổ răng bằng kìm nhanh, gọn, ít gây sang chấn và biến chứng.

B - NHỔ RĂNG BẰNG CÂY BẮY.

1. Chỉ định.

- Nhổ răng chân răng nằm ngang và thấp dưới bờ xương ổ.
- Cây bẫy còn được dùng phụ trợ hay kết hợp với kìm để nhổ những răng cứng hay thân gãy vỡ, phức tạp, chân răng dài, mảnh.

2. Phương pháp tiến hành.

Các giai đoạn tiến hành giống như nhổ răng bằng kìm, chỉ khác trong kỹ thuật nhổ răng.

Nhổ răng bằng kìm hay cây bẫy đều dựa trên nguyên tắc cơ học :

- Xương ổ răng có thể nông rộng.
- Chân răng dẹp theo chiều gần - xa và có hình bầu dục, nên dễ lấy ra theo chiều ngoài - trong và có thể xoay để nông rộng ổ răng (răng 1 chân hoặc nhiều chân đã được tách ra).
- Kìm và bẫy đều là những bẫy loại I : điểm tựa nằm giữa lực tác dụng và lực cản. Lực tác dụng ở tay người điều trị nắm dụng cụ, lực cản là xương ổ và dây chằng giữ chặt răng - điểm tựa là đoạn chân răng nằm giữa hai mỏ kìm (nếu dùng kìm) hay là bờ xương ổ răng (nếu dùng bẫy).

2.1. Dụng cụ.

- Bẫy thẳng nhổ răng hàm trên.
- Bẫy cong nhổ răng hàm dưới.

Dùng bẫy nhỏ răng hàm dưới ít nguy hiểm hơn bẫy dùng cho hàm trên vì dễ trơn trượt và dễ bẫy luôn mầm răng vĩnh viễn.

Chọn kích thước hình dạng bẫy tùy vào răng muốn nhổ, sao cho lòng máng ôm vừa với chân răng.

2.2. Tiến hành.

2.2.1. Ở giai đoạn tách lợi : Nếu lợi quanh cổ răng bị triển dướng, nở ra phủ lên mặt chân răng, phải dùng dao hay kéo cắt, lọc để dễ thấy chân răng khi nhổ, và vết thương dễ lành.

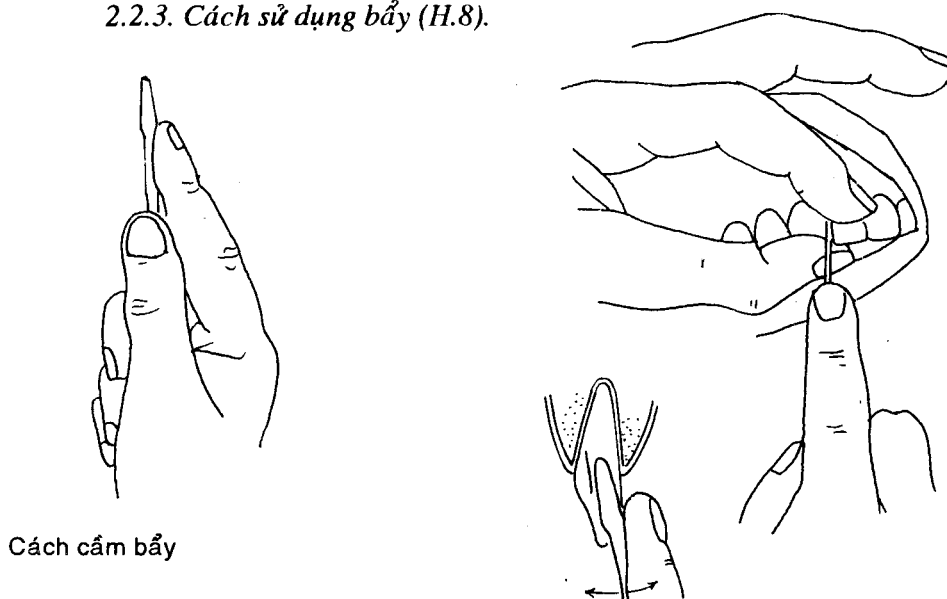
2.2.2. Tư thế bệnh nhân và thầy thuốc.

– Bệnh nhân ngồi như nhổ răng bằng kìm.

– Tư thế thầy thuốc cũng giống nhổ răng bằng kìm. Đứng trước bệnh nhân đối với hàm trên và vùng hàm dưới bên trái. Đứng sau nếu nhổ răng vùng hàm dưới bên phải.

Bàn tay trái giữ xương ổ và hàm không lay động bảo vệ niêm mạc miệng, banh môi, má, lưỡi - cây bẫy thẳng nhổ răng hàm trên dễ trơn trượt hơn hàm dưới - (nguy hiểm đối với người chưa quen việc).

2.2.3. Cách sử dụng bẫy (H.8).



Hình 8. Tư thế bàn tay và cách sử dụng bẫy

Cầm cán bẫy chặt trong lòng bàn tay, ngón cái và ngón trỏ duỗi dài theo cán và tỳ vào gần mũi bẫy. Cầm cây bẫy (lưỡi) nghiêng một góc 45° đối với trục của răng. Tìm một khe hở giữa chân răng và xương ổ phía gần (ngoài) và xa

(ngoài), thọc bẫy vào khe hở đó, mặt lõm của mũi bẫy áp vào chân răng. Với cử động qua lại từ hành lang qua lưỡi (ngoài - trong) thêm với một áp lực thọc mũi bẫy càng sâu càng tốt hướng về chóp chân răng. Lúc phía gần, lúc phía xa.

Lúc thọc bẫy, nên thọc từ từ, không đẩy tới từng hồi một và giữ cánh tay tựa vào thân mình để tránh nạn khỏi trượt.

Khi dụng cụ đã đâm khá sâu, lấy điểm tựa trên bờ xương ổ răng (không được tựa vào răng bên cạnh). Xoay cán bẫy đồng thời hạ cán bẫy xuống nếu nhổ chân răng hàm dưới hoặc nâng cán bẫy lên nếu nhổ chân răng hàm trên. Chân răng sẽ trôi dần lên khỏi ổ và bị đẩy ra ngoài.

2.2.4. Chú ý khi sử dụng bẫy.

– Nhổ răng bằng bẫy bao giờ cũng gây sang chấn xương ổ nhiều hơn là nhổ răng bằng kìm nên chỉ khi nào cần thiết mới dùng bẫy. Khi sử dụng phải hết sức thận trọng tránh gây sang chấn ổ răng càng nhiều càng tốt.

– Muốn bẫy có kết quả bao giờ cũng phải có điểm tựa tốt, đó là bờ xương ổ phía ngoài gần và ngoài xa.

– Không đặt bẫy ở phía ngoài và phía trong vì rất dễ trượt.

– Những răng nhiều chân như số 6, 7 thường lấy từng chân một, nếu không tìm thấy được điểm tựa ở phía ngoài gần và ngoài xa, có thể len mũi bẫy vào chỗ chẻ của 2 chân để tách 2 chân rồi tựa lên chân này để lấy chân kia.

– Đối với chân răng xoang nên chụp phim, nếu thấy chóp gần xoang thì nên chuyển bệnh viện nhổ theo phương pháp phẫu thuật.

C - NHỔ RĂNG BẰNG CÁCH CHIA CHÂN.

1. Chỉ định.

Nhổ răng nhiều chân, gãy sát lợi.

2. Dụng cụ.

– Mũi khoan tròn cỡ trung bình số 4.

– Bẫy chân răng hoặc kìm chân răng.

3. Phương pháp.

– Nhổ răng cối dưới : đặt mũi khoan lên tay khoan hàm dưới. Di chuyển mũi khoan theo chiều ngang để cắt rời chân phía gần khỏi chân xa, những chân này sẽ tiếp tục nhổ dễ dàng bằng cây bẫy.

– Nhổ răng cối trên : đặt mũi khoan trên tay khoan thẳng, trước hết cắt rời chân phía khẩu cái ra khỏi những chân phía ngoài bằng cách di chuyển mũi khoan

từ sau ra trước và ngược lại, kể đến cắt rời hai chân ngoài bằng cách di chuyển mũi khoan theo chiều ngang.

Sau đó nhỏ tiếp tục bằng cây bẩy hay tốt hơn bằng cây kim chân răng từng cái một. Dùng áp lực vừa phải tránh đẩy chân vào xoang hàm.

Trong lúc dùng mũi khoan để cắt, mũi khoan dễ dàng đóng nhớp và mau nóng, vì vậy nên đổi mũi khoan và làm nguội bằng cách bơm nước mát (vô khuẩn).

Khi nhổ răng xong, rửa vết thương để tránh bụi răng đóng trong xương ổ làm trở ngại việc cầm máu. Trên đây là 3 cách nhổ răng của những trường hợp nhổ răng thường (còn gọi là phương pháp nhổ răng thường), ngoài ra có phương pháp nhổ răng phẫu thuật để giải quyết những trường hợp khó hoặc do tình trạng bệnh lý đặc biệt của bệnh nhân.

D - SẴN SÓC BỆNH NHÂN SAU NHỔ RĂNG.

Sau khi lấy chiếc răng ra, công việc nhổ răng còn tiếp tục như sau :

1. Khám lại chân răng đã nhổ bằng cách chùi khô xem dưới ánh đèn thật kỹ xem có gãy, mòn hay có tổ chức nhiễm khuẩn không ?

2. Khám ổ chân răng và mô mềm tiếp cận : dùng kẹp gấp thăm dò ổ chân răng trống, nhặt hết những mảnh xương vụn, những mảnh răng gãy còn dính ở thành ổ răng và lợi. Vớt hết cao răng hay vật liệu trám đã rơi vào ổ chân răng và phía hành lang hoặc phía lưỡi.

Nếu biết chắc không có nhiễm khuẩn ở chóp (ví dụ nhờ phim X quang) thì không nên nạo ổ răng, việc thọc sâu dụng cụ vào đáy ổ răng gây thêm nguy cơ nhiễm khuẩn, chỉ nạo khi có u hạt (granulome) ở chóp mà thôi.

3. Nếu bờ xương ổ lõm chồm thì tốt nhất dùng kim găm xương (hoặc kim chân răng cũng được) găm đi những bờ nhô cao này.

Cắt mô lợi nếu lợi phát triển dư ra để dễ lành.

Bóp vuốt bờ xương ổ bằng ngón cái và trở làm sát lại gần nhau hai bờ vết thương giúp sự lành vết thương dễ dàng.

4. Đặt một cuộn bông hoặc gạc xếp (có tẩm một ít Oxy già thì tốt) lên vết thương, bảo bệnh nhân cắn chặt lại và giữ trong 20 phút.

Cuộn bông là để ngăn nước bọt vào ổ chân răng cũng như kiểm soát sự chảy máu và giúp cho sự cấu thành cục máu đông.

5. Cẩn dặn bệnh nhân trước khi ra về :

– Cắn chặt gạc trong 20 phút.

– Không rút chíp bên răng nhỏ, làm như vậy máu sẽ không đông lại và sẽ chảy máu lâu.

– Không sờ tay, không cho bông bấn vào chỗ nhỏ.

– Uống thuốc theo đơn (nếu có).

– Ăn lỏng nửa ngày hoặc một ngày sau khi nhổ.

– Súc miệng sạch sau khi ăn với nước muối ấm pha loãng (không được cho muối bột vào chỗ nhỏ).

– Nếu có bất thường như chảy máu, sưng phải đến kiểm tra lại, nếu ở xa hoặc ban đêm đến trạm y tế gần nhất.

6. Những trường hợp đặc biệt :

– Nếu có mô bệnh ở chóp chân răng thì phải lấy ra kỹ lưỡng bằng một cây nạo nhỏ (gọi là cây nạo xương ổ : alveolar curette) mô mềm ở đáy xương ổ cho cảm giác như nhung, nạo tỉ mỉ và lấy ra hết, không nên nạo xương. Sự còn lại một phần hay nguyên vẹn mô này có thể làm chậm sự lành bệnh, gây chảy máu hoặc sinh ra một nang thũng tồn tại.

– Nếu những lỗ chân răng bị chảy máu quá nhiều, cắt một miếng gelatin (nhỏ hơn lỗ chân răng) tẩm thrombin, nhét vào lỗ chân răng.

– Nếu nhổ răng lâu và khó, khuyên bệnh nhân uống thuốc giảm đau càng sớm càng tốt hoặc thêm thuốc kháng sinh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Chọn được các cây kim nhổ răng sau đây : răng 16, răng 55, răng 24, răng 11, kim chân răng trên. Răng 32, 45, 46, 75, 41.
2. Mô tả cấu tạo kim và phân biệt kim răng trên và kim răng dưới.
3. Tư thế bệnh nhân và thấy thuốc khi nhổ răng 55 và 75 (trên mô hình)
4. Kỹ thuật cầm kim và cây bẩy : nói và làm trên mô hình.
5. Các thì nhổ răng bằng kim (nói và làm trên mô hình)
6. Cách nhổ răng bằng cây bẩy (nói và làm trên mô hình)
7. Săn sóc bệnh nhân sau khi nhổ răng.
8. Các bước tiến hành nhổ răng.

Phiếu kỹ thuật cách cầm kìm nhổ răng

STT	THAO TÁC	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	THANG ĐIỂM		
				Tốt	TB	Kém
1	Chọn kìm	Thích hợp với răng nhỏ	Đúng, khít	4	3 2	0
2	Kỹ thuật					
	– Cầm cán kìm	Giữ chặt răng	Đúng, chắc	1	0.5	
	– Mở, đóng kìm	Không bóp nát	Khéo léo, tự chủ	1	0.5	
	– Cặp kìm vào răng	Để nhổ răng hiệu quả	– Mở ôm khít cổ răng ngoài trong – Trục mỏ kìm song song trục của răng	2	1	
	Tư thế căng tay, cổ tay	Tập trung lực vào cây kìm	– Thẳng với cán kìm (hơi gập cổ tay ở răng dưới)	2	1	
Tổng cộng				10		

Phiếu kỹ thuật nhổ răng

STT	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	MỤC ĐÍCH	TIÊU CHUẨN	THANG ĐIỂM	
				Tối đa	Đạt
1	Chào hỏi, hỏi bệnh sử	Phát hiện quá trình bệnh lý	Thân ái, rõ ràng, đầy đủ	1	
2	Khám và chỉ định nhổ	Xác định răng cần nhổ, phương pháp gây tê và nhổ răng	Đủ và đúng	1	
3	Chuẩn bị bệnh nhân + Tâm lý + Tư thế	Để bệnh nhân hợp tác tốt, thoải mái, dễ nhổ	Yên tâm Tin tưởng Đúng	1	
4	Chuẩn bị dụng cụ	Sử dụng đạt hiệu quả, tránh thiếu	Đúng, đủ Vô khuẩn	1	
5	Tư thế người điều trị	Dễ nhổ, tránh tai biến	Đúng	1	
6	Tiến hành kỹ thuật + Sát khuẩn, gây tê + Tách lợi + Cầm và cặp kìm + Lung lay răng + Lấy răng ra	Sát khuẩn, Giảm đau Dễ cặp kìm Đứt dây chằng làm rộng ổ răng	+ Đúng mục tiêu + Tê đủ + Bộc lộ cổ răng + Đúng chiều + Từ từ + Gọn + Đúng	1 2	
7	Săn sóc sau nhổ + Kiểm tra răng và ổ răng + Cho cắn bông, gạc + Dặn dò bệnh nhân	Tránh bỏ sót Kiểm soát việc chảy máu Phòng biến chứng	Sạch Chặt Rõ ràng Đầy đủ	0,5 0,5 1	
Cộng 10					

NHỔ RĂNG TRẺ EM

2 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Trình bày được những sự khác biệt khi nhổ răng trẻ em (so với nhổ răng người lớn) về :

1. Chỉ định.
2. Phương pháp nhổ răng.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. NHỮNG ĐIỂM CHÚ Ý KHI NHỔ RĂNG TRẺ EM

1. Răng sữa hiện diện trên xương hàm từ 6 tháng đến 9 - 10 tuổi, rất cần thiết cho sự nhai, nuôi dưỡng và phát triển cơ thể trẻ, nhổ răng sữa sớm sẽ có ảnh hưởng xấu đến chức năng này.

2. Răng sữa hiện diện, có tác dụng kích thích xương hàm phát triển đều đặn, có đủ chiều rộng để răng vĩnh viễn sau này mọc, nhổ răng sữa sớm xương hàm sẽ thiếu phát triển, các răng còn lại bị xô lệch, răng vĩnh viễn sẽ mọc lệch vì thiếu chỗ.

3. Nếu nhổ răng cửa và răng nanh sữa quá sớm (trước 5 tuổi) vùng xương hàm phía trước không nở nang đều đặn và hàm trên dễ bị lùi ra sau.

4. Nên giữ răng hàm thứ 2 sữa hay chân răng (nếu thân bị vỡ) vì chân xa của những răng này có tác dụng không cho răng số 6 di chuyển về phía gần, làm thu ngắn cung răng, các răng mọc kế tiếp phía trước nó sẽ thiếu chỗ, mọc lệch lạc khớp nhai không đều, răng dễ bị sâu và viêm nha chu về sau.

5. Các răng vĩnh viễn quan trọng nhất là răng số 6, cần chữa sớm để nhai và duy trì khớp răng vĩnh viễn tốt. Nếu đã hư vỡ không chữa tốt được thì quyết định nhổ sớm trước khi răng số 7 mọc càng sớm càng tốt, các mầm răng số 7 có thời gian di chuyển về phía gần ngay trong xương hàm và sau này sẽ mọc thế chỗ răng số 6 được.

II. CHỈ ĐỊNH NHỔ RĂNG Ở TRẺ EM

1. Nhổ răng sữa.

– Răng sữa đến tuổi thay, lung lay nhiều hoặc chưa lung lay nhưng mầm răng vĩnh viễn đã mọc.

– Những răng sữa bị nhiễm khuẩn ở chóp gốc răng (lỗ dò) nhỏ để tránh thiếu sản men cho mầm răng.

– Răng sữa đau nhiều lần đã chữa không khỏi, nhỏ để khỏi ảnh hưởng cơ thể trẻ.

– Nhổ những răng làm cản trở cho sự mọc lên của răng vĩnh viễn.

Ví dụ : nhổ răng số 3 sữa nếu răng số 2 vĩnh viễn mọc lệch do thiếu chỗ.

– Nhổ những răng sữa bị tủy thối, lâu ngày có thể gây nhiễm khuẩn, nhiễm độc cho vùng lân cận.

2. Nhổ răng vĩnh viễn.

– Răng mọc thừa trên, trong hay ngoài cùng hàm (nếu không xấu lắm có thể giữ lại).

– Nhổ răng số 6 : thường răng này bị sâu rất sớm khi có chỉ định nhổ răng này, có thể có hai hướng sau :

+ Nếu nhổ răng số 6 trước khi răng số 7 mọc thì có nhiều hy vọng là răng này sẽ di chuyển về phía trước và thay thế chỗ cho răng số 6.

Nếu khi răng số 7 chưa mọc mà cả 3 răng cối số 6 đều có chỉ định nhổ thì nên nhổ luôn chiếc răng thứ 4 (dù còn tốt) như vậy hàm răng sẽ cân đối hơn.

+ Nếu nhổ răng số 6 sau khi răng số 7 mọc thì chiếc răng này sẽ nghiêng gần gây trở ngại sự ăn khớp của hai hàm răng.

Trường hợp này tốt nhất là làm bộ phận giữ khoảng để hy vọng sau này làm cầu răng cho trẻ (chuyển bệnh nhân đến khoa chỉnh hình răng).

III. PHƯƠNG PHÁP NHỔ

1. Chuẩn bị bệnh nhân.

a) Cần phải hiểu tâm lý trẻ bởi vì sự hợp tác của trẻ là rất cần thiết.

Trẻ cần được giải thích trước khi gây tê, nên nói để trẻ biết tiêm thuốc sẽ hơi đau như kiến cắn rồi sẽ hết ngay, không nói dối với trẻ vì như thế sẽ mất lòng tin.

b) Không nên để trẻ chờ quá lâu, nghe tiếng khóc của trẻ khác, trẻ sẽ tăng thêm sợ hãi.

c) Phụ huynh của trẻ nên chờ ở phòng ngoài trừ khi sự có mặt của họ thật cần thiết cho công việc.

d) Không để cho trẻ thấy các loại dụng cụ, đặc biệt là kim tiêm nên đậy nắp.

e) Thao tác phải nhẹ nhàng, nhanh và chính xác.

2. Kỹ thuật nhổ răng sữa.

a) Thân răng tốt, chân răng tiêu, răng lung lay nhiều : bôi tê quanh lợi (bằng mỡ lidocain 5%) rồi nhổ răng bằng kìm.

b) Chiếc răng sữa có lỗ sâu quá lớn, chân răng chỉ mới có thể tiêu một phần, việc nhổ các răng hàm sữa này có thể ôm các mầm răng vĩnh viễn, do đó có thể sai lầm là nhổ luôn mầm răng vĩnh viễn. Tốt nhất là chụp một phim X quang để xem xét, nếu có phải nhổ theo cách chia chân.

Nếu bình thường thì gây tê tiêm để nhổ, nhổ răng bằng bẫy và kìm. Khi nhổ chú ý không bắt kìm hay thọc bẫy quá sâu, phải nhẹ nhàng, không thô bạo.

c) Nếu trong lúc nhổ răng gãy chân (cần phân biệt sự gãy và sự tiêu chân), chỉ nên lấy chân ra khi nhìn thấy chân gãy và chắc chắn là khi lấy không đụng chạm gì đến mầm răng.

Nếu khó quá thì nên thôi vì để một thời gian chân răng sữa sẽ chồi lên theo mầm răng vĩnh viễn.

d) Có thể dùng dụng cụ nhổ răng vĩnh viễn để nhổ răng sữa, nhưng tốt hơn là dùng kìm răng sữa vì nhổ dễ giấu trong lòng bàn tay và mở kìm thì thích hợp, nhổ bằng kìm răng vĩnh viễn phải thận trọng.

e) Động tác nhổ :

- + Áp dụng giống nhổ răng người lớn.
- + Tư thế cũng giống như nhổ răng vĩnh viễn.
- + Các răng cối dưới lung lay ngoài - trong rồi lấy ra ở phía lưỡi. Trái lại ở hàm trên lấy ra ở phía má vì xương ổ răng ở phía này mỏng
- + Các răng cửa sữa trên và dưới nhổ bằng cách xoay tròn

f) Không nên nạo gốc răng sữa khi có nhiễm khuẩn mạn tính vì dễ ảnh hưởng đến mầm răng vĩnh viễn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nhổ răng sữa sớm sẽ gây những hậu quả như :

- | | |
|---|-------|
| A. Răng vĩnh viễn dễ bị hô hàm trên | Đ - S |
| B. Răng vĩnh viễn mọc lộn xộn | Đ - S |
| C. Răng vĩnh viễn dễ bị thiếu sản men | Đ - S |
| D. Răng vĩnh viễn dễ bị sâu do khớp cắn sai | Đ - S |
| E. Răng vĩnh viễn sẽ mọc muộn | Đ - S |

2. Chăm sóc răng trẻ em cần chú ý :

- A. Giữ thân hay chân răng số 5 sữa đến tuổi thay tránh cho răng số 6 di gần Đ – S
- B. Giữ những thân hay chân răng sữa cho đến tuổi thay dù răng bị lỏng, để bảo đảm răng vĩnh viễn mọc lên đúng chỗ. Đ – S
- C. Chỉ nhổ những răng sữa nhiễm khuẩn đã thiếu sản men cho mầm răng vĩnh viễn Đ – S
- D. Có thể nhổ sớm răng sữa khi những răng này gây cản trở cho sự mọc của răng vĩnh viễn Đ – S
- E. Nhổ răng số 6 hư trước khi răng số 7 mọc sẽ có lợi Đ – S

3. Tránh được nhổ luôn mầm răng vĩnh viễn khi nhổ răng sữa trong những trường hợp sau :

- A – Nhổ răng đến tuổi thay
- B – Chụp một phim X quang như nhổ răng nhiều chân còn xa tuổi thay.
- C – Khi nhổ răng phải thấy thật rõ.
- D –

TAI BIẾN XẢY RA KHI GÂY TÊ ĐỂ NHỎ RĂNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Trình bày được cách xử trí và phòng ngừa các tai nạn xảy ra khi gây tê.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. XỈU VÀ NGẤT

Do thiếu máu ở não sau sự giãn mạch và tụt huyết áp xảy ra khi đang tiêm hoặc sau khi tiêm thuốc vài phút.

– Xỉu là tình trạng mệt lả hay ngất nhẹ rất ngắn trong đó sự mất ý thức không hoàn toàn.

– Ngất là sự gián đoạn của đời sống ngoại tiết (La vie de relation) và sự ngừng ít nhiều hoạt động dinh dưỡng (La vie végétative).

1. Nguyên nhân.

– Do bệnh nhân quá lo sợ ảnh hưởng đến thần kinh giao cảm, đây là lý do thường gặp nhất.

– Ngộ độc thuốc tê như tiêm nồng độ quá cao hay tiêm vào mạch máu.

– Bệnh nhân có cơ địa dị ứng với một loại thuốc tê.

– Bệnh nhân có bệnh tim mạch.

2. Triệu chứng.

– Xỉu : môi tái nhợt, buồn nôn, tay chân bủn rủn, thở nông, mạch nhanh, huyết áp hạ.

– Ngất : thở khó hoặc ngừng thở, tím tái, đồng tử giãn, tim loạn nhịp hoặc ngừng đập.

3. Xử trí.

3.1. Xỉu.

– Để bệnh nhân nằm đầu thấp hơn chân, nới lỏng y phục.

– Chà, vỗ vào mặt và thái dương còn 90°.

– Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, sắc mặt.

– Cho uống nước trà hoặc cà phê ấm.

- Tiêm thuốc trợ sức như : caféin 1ml dưới da hoặc long não 2ml dưới da.

3.2. Ngất.

Nếu ngừng thở và tim đập yếu, nhanh chóng :

– Hà hơi thổi ngạt : miệng thổi miệng hoặc miệng thổi mũi. Bệnh nhân nằm đầu lật ngửa, thổi nhịp 15 lần trong một phút.

- Tiêm tĩnh mạch Hydrocortison 50 - 100 mg

Nếu ngừng thở, ngừng tim, cấp cứu càng nhanh càng tốt :

– Hồi sức miệng thổi miệng và xoa bóp tim ngoài lồng ngực. Cứ 15 nén ngực (80 lần/phút) thì hai lần thổi phồng ngực nhanh với một cấp cứu viên. Hoặc 5 lần nén ngực (60 lần/phút) thì một lần thổi phồng ngực với hai cấp cứu viên.

– Tiêm tĩnh mạch Hydrocortison và Ephedrin 10 -15 mg (nếu bệnh nhân bị quá mẫn với thuốc tê gây xẹp tim nhanh).

4. Phòng ngừa.

- Chuẩn bị tâm lý và gây tin tưởng cho bệnh nhân.
- Coi chừng tiêm nhầm thuốc có nồng độ cao.
- Kiểm soát bơm tiêm tránh trúng mạch máu.
- Coi chừng các chống chỉ định của adrénalin. Trong nha khoa thường gặp xỉu, những trường hợp ngất có may mắn là rất ít gặp, nhưng người y sĩ răng trẻ em cũng luôn luôn sẵn sàng để cấp cứu bệnh nhân trong những tình huống xấu nhất.

II. GÂY KIM

- Do kim hấp, luộc nhiều lần gây giòn.
- Do bệnh nhân cử động quá mạnh, ở bệnh nhân nhút nhát hay ở trẻ em.
- Thường chỉ có một phần kim gãy đâm vào mô.

Xử trí

Đừng hốt hoảng, giữ chặt đầu bệnh nhân không để bệnh nhân ngậm miệng, dùng kẹp gấp gấp ra.

Nếu bệnh nhân ngậm miệng kim sẽ bị đẩy sâu vào mô mềm, kim rất khó lấy, cần chuyển ngay đến bệnh viện.

Dự phòng :

- Đừng châm kim quá sâu.
- Chỉ dùng kim một lần.

III. ĐAU LẠ THƯỜNG

- Do đâm kim dụng vào dây thần kinh.
- Do bơm thuốc quá mạnh, dung dịch thuốc quá lạnh.
- Do tiêm thuốc vào mô bị viêm.

Nếu tiêm dụng dây thần kinh có thể đưa đến viêm dây thần kinh hoặc đau dây thần kinh liên tục trong nhiều tuần. Nếu tiêm dụng dây thần kinh số VII (mặt) do gây tê vùng ở gai spix đâm kim quá sâu và quá cao, bệnh nhân có thể bị liệt mặt tạm thời trong vài giờ.

Xử trí

- Khi nghe bệnh nhân kêu đau nên rút kim lui vài ly.
- Bơm thuốc tê chậm và nhẹ.
- Thuốc tê ấm
- Tránh tiêm vào vùng viêm nhiễm.

IV. KHÔNG ĐỦ TÊ

Do sai kỹ thuật như gây tê tại chỗ không dụng xương hoặc gây tê vùng không đúng mục tiêu.

Mô bị viêm, thuốc tê tiêm vào sẽ bị trung hòa, thuốc tê biến chất, hết hiệu lực tê (thuốc trở màu vàng). Gây tê ở người nghiện rượu.

Xử trí

- Xem lại chỉ định và kỹ thuật gây tê.
- Tăng liều lượng thuốc tê

V. BỌC MÁU

- Do kim làm tổn thương một mạch máu.
- Thường xảy ra ở bệnh nhân nữ có bệnh sinh chảy máu (hémogenie) hay chứng giòn mao mạch, không nên gây tê vùng cho những bệnh nhân này

Lưu ý : khi gây tê vùng, kim có thể đâm trúng mạch máu.

- Nếu trúng động mạch thì máu tự tràn vào bơm tiêm.
- Nếu trúng tĩnh mạch thì phải rút kim lui mới thấy máu tràn vào.

Việc vô tình bơm thuốc tê vào mạch máu gây tai biến nguy hiểm chết người (ngộ độc thuốc tê).

Độc tính của thuốc tê tiêm vào mạch máu tăng gấp nhiều lần so với tiêm dưới da.

VI. CÁN MÔI

Thường xảy ra ở trẻ em, do thuốc tê chưa kịp tan sau khi nhổ răng, bệnh nhân hiểu kỳ muốn biết cảm giác lạ.

Thường xảy ra ở môi dưới, vết thương có thể sưng to, loét, nhiễm khuẩn.

Xử trí

– Giải thích để bệnh nhân và người nhà hiểu.

– Giữ vệ sinh.

– Cho thuốc kháng sinh nếu sưng to.

Dự phòng : cần dặn bệnh nhân khi nhổ răng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Cấp cứu bệnh nhân xỉu ngất, việc trước tiên là :

- | | |
|---|-------|
| A. Lập tức cho bệnh nhân nằm đầu thấp hơn chân để máu lên não nhanh | Đ – S |
| B. Lập tức theo dõi mạch, huyết áp trước khi làm việc khác | Đ – S |
| C. Lập tức xát cổn vào thái dương để kích thích hô hấp | Đ – S |
| D. Lập tức tiêm thuốc trợ lực | Đ – S |
| E. Lập tức lay gọi bệnh nhân | Đ – S |

2. Phòng tránh tai nạn ngất xỉu bằng cách :

- | | |
|---|-------|
| A. Động viên bệnh nhân, tránh lo sợ cho họ | Đ – S |
| B. Bệnh nhân phải có ăn chút ít trước khi nhổ răng | Đ – S |
| C. Hỏi tiền sử bệnh để phát hiện tình trạng dị ứng, các bệnh tim mạch không dùng được thuốc tê và thuốc co mạch | Đ – S |
| D. Kỹ thuật gây tê chính xác | Đ – S |
| E. Chuẩn bị sẵn một hộp cấp cứu trong tầm tay | Đ – S |

3. Kể các tai nạn có thể xảy ra khi gây tê.

TAI NẠN TRONG KHI NHỎ RĂNG

5 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Trình bày được nguyên do, biểu hiện lâm sàng, cách xử trí và phòng ngừa các tai nạn xảy ra trong lúc nhổ răng sau đây :

1. Tai nạn làm hại răng.
2. Tai nạn làm hại xương hàm.
3. Tai nạn cho phần mềm.
4. Tai nạn cho đường hô hấp và tiêu hóa.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. TAI NẠN LÀM HẠI RĂNG

1. Gãy chiếc răng đang nhỏ.

1.1. Nguyên nhân.

- Nhổ sai kỹ thuật hoặc thiếu khéo léo.
- Răng giòn như răng sữa, răng người già.
- Răng có lỗ sâu to.
- Răng có chân dị dạng.

1.2. Xử trí.

Nếu bỏ mặc, chân răng có khuynh hướng tự sa thải ra ngoài, nhưng thường hơn, những chân răng này sinh ra tai nạn nhiễm khuẩn.

Trước một chiếc răng gãy cần khám lại thật kỹ và có thể xử trí tùy trường hợp :

- Chóp chân răng nhỏ, không bị nhiễm khuẩn, việc tìm lấy chóp này có thể còn tai hại hơn là để lại, cần giải thích để bệnh nhân rõ sau vài năm chân này sẽ chồi lên.

- Mảnh gãy to hay chân răng bị nhiễm khuẩn phải cố gắng lấy ra bằng nhiều phương pháp.

Tuy nhiên, nếu nhỏ đã quá lâu, trên một giờ thì nên hẹn lại vào ngày khác, tốt nhất là một tuần.

Nên cho bệnh nhân uống kháng sinh 4 ngày, nếu được thì chụp một phim X quang để xem mảnh chân răng rồi giải quyết, có thể gửi lên tuyến trên nếu khả năng và điều kiện không cho phép.

Đối với chân răng sữa gãy, cần thấy rõ mới bẫy vì bẫy có thể làm tổn thương mầm răng vĩnh viễn. Những chân răng sữa sẽ chồi lên theo sự mọc của mầm răng vĩnh viễn.

1.3. Phòng ngừa.

Sự gãy răng có thể phòng ngừa được trong nhiều trường hợp, nếu nhổ răng được thực hiện có phương pháp, nhẹ nhàng lung lay kỹ.

2. Làm lung lay răng bên cạnh.

– Do sử dụng kìm có mỏ quá lớn hoặc do bẫy lấy điểm tựa là răng bên cạnh thay vì tựa trên bờ xương hàm.

– Trường hợp sai khớp nhẹ, ấn chiếc răng về vị trí cũ và khuyến khích không nên nhai trên răng này. Vài tháng sau phải xem mức độ sống của răng để kịp điều trị.

3. Nhổ mầm răng vĩnh viễn.

– Có thể xảy ra do nhổ một răng hàm sữa có chân chưa tiêu còn ôm chặt mầm răng vĩnh viễn.

– Xử trí : đặt lại mầm răng đúng vị trí vào hốc chân răng, khâu lại, sau đó theo dõi độ sống của răng này.

– Phòng ngừa : chụp phim và nhổ răng nhẹ nhàng.

4. Nhổ lằm răng.

– Do chẩn đoán sai, hoặc khám nhổ vội.

– Khi việc chẩn đoán nguyên nhân chưa rõ ràng thì chưa nhổ vội, nên điều trị thử hoặc chờ đợi ít hôm để theo dõi.

– Nếu răng còn nguyên phải cắm răng lại, buộc cố định và theo dõi.

II. TAI NẠN LÀM HẠI XƯƠNG HÀM

1. Gãy bờ xương ổ răng.

– Thường gãy bờ xương mặt ngoài ổ răng hơn là bờ trong.

– Mảnh xương ổ gãy phải được lấy ra vì nó không tự hàn gắn lại được mà còn có thể nhiễm khuẩn hoặc gây chảy máu.

– Sau mỗi lần nhổ răng phải khám lại xương ổ, nếu có gãy tách nó ra rồi dùng kìm bấm nhấn bờ xương để vết thương lành tốt.

2. Tổn thương xoang hàm.

Khi nhổ răng, chân răng hàm trên (răng tiền hàm và răng hàm) có thể xảy ra hai loại tổn thương sau :

a) Xoang bị vỡ vì chấn thương.

– Lỗ vỡ rất nhỏ, sẽ biểu thị bằng sự xuất huyết qua xương ổ răng và đôi khi qua mũi.

– Bệnh nhân có cảm giác có sự thông khí qua lỗ chân răng. Có thể nhận biết dấu hiệu thông khí bằng cách :

- + Bóp mũi bệnh nhân rồi yêu cầu bệnh nhân thổi mạnh như xì mũi, miệng hở, khí trời thổi qua lỗ vỡ tạo một tiếng huýt đặc biệt.
- + Nếu bệnh nhân phồng má, khí trời qua đường mũi có thể có cả nước trào qua đường mũi.

– Xử trí :

- + Xoang lành mạnh :

Dặn bệnh nhân không xì mũi mạnh, tránh kiểm soát không khí bằng cách phồng má.

Uống nước nhẹ nhàng, đừng súc miệng quá mạnh nhằm tránh sự nhiễm khuẩn vào xoang. Sự lành sẹo sẽ mau lẹ.

- + Xoang đã có bệnh viêm cấp hay mạn tính.

Ngày đầu rửa xoang qua lỗ vỡ của xương ổ răng với dung dịch muối đẳng trương có pha kháng sinh.

Khâu vết thương ở bờ xương ổ răng, cho kháng sinh trong 1 tuần.

Những ngày sau chỉ rửa xoang bằng đường mũi.

b) Chân răng bị đẩy vào xoang.

– Tai nạn này ít xảy ra, là do phần xương ngăn cách giữa những chóp chân răng cối đến xoang quá mỏng. Dưới sức đẩy của một cây kim hay bẫy, chân răng sẽ chạy vào xoang.

– Dấu hiệu thông khí y như xoang bị vỡ, kèm theo sự biến mất của mảnh chân răng.

Xử trí : chuyển ngay bệnh nhân đến khoa tai mũi họng để mổ xoang lấy răng.

– Dự phòng :

- + Chụp phim để xem xoang có sát chân răng, nếu có thì nên nhổ răng theo phương pháp phẫu thuật.
- + Cẩn thận, nhẹ nhàng khi đặt bẫy, bắt kim.

3. Trật khớp thái dương - hàm dưới.

– Xảy ra khi dùng quá nhiều sức để nhổ răng hàm dưới mà bàn tay trái không nâng đỡ cằm bệnh nhân.

– Bệnh nhân không thể ngậm miệng, miệng há không tự nhiên, không nuốt được nước bọt. Nếu trật khớp cả hai bên thì hàm dưới đưa ra trước. Nếu trật một bên, hàm răng dưới bị đẩy về bên lành.

– *Xử trí* : cần xử trí lập tức, để lâu càng khó sửa.

- + Bệnh nhân được đặt ngồi trên ghế thấp, đầu thẳng (nhờ một người giữ chặt đầu bệnh nhân hoặc tựa thật vững).
- + Người điều trị đứng trước mặt bệnh nhân, 2 chân kẹp 2 đầu gối bệnh nhân, 2 ngón tay cái quấn gạc đặt lên mặt nhai hàm dưới mỗi bên, những ngón còn lại giữ chặt xương hàm dưới nơi góc hàm.
- + Ấn mạnh xương hàm từ trên xuống rồi đẩy ra sau và lên trên, người điều trị có một cảm giác xô dịch thành linh khi xương hàm trở về vị trí cũ.
- + Nếu các cơ quá căng thẳng nên để nghỉ ngơi hoặc chà sát 2 bên xương hàm rồi làm lại.
- + Khi khớp đã trở về vị trí nên buộc cố định hàm bằng vải vài giờ.
- + Khuyến ăn thức ăn nhẹ, không há miệng lớn.

Nếu không chữa được phải chuyển đến bệnh viện càng sớm càng tốt.

4. Tổn thương phần mềm.

a) Rách lợi rìa ổ răng.

– Do kẹp kìm sâu vào lợi khi nhổ răng, một mảnh lợi rách theo.

– Hoặc do nhổ răng không tách lợi. Mảnh lợi rách hoặc sước gây chảy máu nhiều.

Xử trí :

– Mảnh lợi còn lắt lẻo ở rìa ổ răng phải cắt sạch để đỡ chảy máu và lành thương tốt.

– Cầm máu bằng Oxy già 10 thể tích trong 10 - 15 phút.

b) Rách lưỡi, má..., sàn miệng hoặc vòm miệng.

Do sử dụng bẫy bị trượt. Nếu vết xước nhỏ thì không xử trí gì.

Vết rách sâu, dài phải khâu để tránh chảy máu và nhiễm khuẩn.

Phòng ngừa bằng cách sử dụng kìm và bẫy cẩn thận với điểm tựa vững chắc.

5. Tai nạn cho đường hô hấp và tiêu hóa.

Răng và miếng trám vỡ có thể bị trượt khỏi kìm lọt vào hầu, khí quản hay thực quản.

a) Vật lạ lọt vào đường hô hấp.

Vật lạ lọt vào thanh quản thường gây ra cơn ho mạnh, nhờ thế vật lạ có thể ra ngoài.

Nếu không, để đầu bệnh nhân nghiêng về một phía, thọc ngón tay vào miệng bệnh nhân dọc theo họng rồi vuốt ra.

Nếu là trẻ em, cho bệnh nhân cúi xuống, vỗ mạnh phía sau lưng đồng thời móc vào họng gây cơn ho, làm nhiều lần động tác trên.

Nếu vật lạ lọt vào khí quản gây cơn ho dữ dội và có dấu hiệu nghẹt thở thì phải chuyển cấp cứu tai mũi họng ngay lập tức.

b) Nếu vật lạ rơi vào thực quản thì không có những triệu chứng trên, khuyên nên ăn nhiều rau dưa để đi tiêu ra ngoài.

c) Phòng ngừa :

- Cặp kìm chính xác.
- Khi bẫy từ tổn, răng sắp rơi ra nên lấy kìm để bắt dừng để rơi vào miệng.
- Nhỏ răng không nên để đầu bệnh nhân ngửa quá, nhất là trẻ em.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Xử trí các tai nạn khi nhổ răng.

- | | |
|--|-------|
| A. Nếu chân răng gãy 1/3 chóp, không nên can thiệp để lại nó sẽ tự
trồi lên | Đ – S |
| B. Nhổ răng bằng bẫy lấy điểm tựa trên xương ổ răng sẽ không làm
lung lay răng bên cạnh | Đ – S |
| C. Việc nhổ mầm răng vĩnh viễn có thể xảy ra khi nhổ răng sữa còn xa
tuổi thay | Đ – S |
| D. Nhổ mầm răng hoặc nhổ nhầm một chiếc răng còn tốt cần cắm răng
lại | Đ – S |
| E. Nhổ răng làm gãy xương ổ răng, cho kháng sinh và theo dõi | Đ – S |

2. Làm thế nào để tránh được tai biến đẩy chân răng vào xoang hàm khi nhổ răng?

3. Những biểu hiện của bệnh nhân khi có vật lạ rơi vào khí quản ? Cách xử trí.

BIẾN CHỨNG SAU KHI NHỔ RĂNG

Lý thuyết : 5 tiết

Thực hành : 2 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Trình bày được :

1. Nguyên nhân và cách xử trí bệnh nhân chảy máu sau nhổ răng.
2. Các trường hợp nhiễm khuẩn và cách xử trí nhiễm khuẩn sau nhổ răng.
3. Đặt thuốc cầm máu vào ổ răng trên mô hình.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. CHẢY MÁU SAU KHI NHỔ RĂNG

Chảy máu là một biến chứng hay gặp nhất sau khi nhổ răng. Chảy máu có thể xảy ra ngay sau khi nhổ răng hoặc xảy ra vài giờ hoặc vài ngày sau khi nhổ.

1. Nguyên nhân.

1.1. Nguyên nhân tại chỗ.

Đa số chảy máu là ở tại chỗ, máu có thể chảy từ một mạch máu nhỏ ở niêm mạc hay chảy từ màng xương, xương ổ hay tổ chức hạt của vết thương, do còn sót lại của những chóp chân răng gãy, mảnh xương ổ gãy hoặc tổ chức hạt ở vùng cuống răng.

Thường chảy máu nặng là từ những tổ chức VIÊM, mạch máu bị giãn ra do những thành mạch biến đổi.

Những vết thương rộng và rách nát thường chảy máu lâu, hoặc do vận động mạnh hoặc mút chíp ở răng nhổ.

1.2. Nguyên nhân toàn thân.

Đa số trường hợp có liên quan đến bệnh máu : bệnh ưa chảy máu (hemophylyie), bệnh sinh chảy máu (hemogénie) và các bệnh khác (thiếu vitamin K, xơ gan), các bệnh nhiễm khuẩn như sốt phát ban, viêm nội tâm mạc, viêm đa tủy xương.

Chảy máu có thể gặp khi có u máu ở ổ răng. Do thiếu vitamin C, thời kỳ kinh nguyệt.

2. Xử trí.

2.1. Khám.

Cần khám kỹ để xác định nguyên nhân chảy máu. Hỏi bệnh nhân có cắn bông kỹ trong 20 phút, có vi phạm những điều dặn dò sau nhổ vì có thể bệnh nhân mút chíp, súc miệng mạnh, vận động mạnh ngay sau nhổ răng.

Khám vết thương phải lấy hết máu cục trong miệng và ổ răng, xem chảy máu ổ răng hay ở niêm mạc (nếu chảy ở niêm mạc chỉ cần khâu lại là đủ), nên gây tê để khám kỹ được. Nếu cần phải chụp một phim X quang.

Sau khi xác định nguyên nhân, sử dụng các biện pháp sau :

2.2. Biện pháp tại chỗ.

– Nạo lại ổ răng thật kỹ, lấy sạch các tổ chức lạ, tổ chức viêm, lau khô ổ răng và cho bệnh nhân cắn gạc tẩm Oxy già 10 thể tích thật chặt trong 30 phút.

Trước khi cắn gạc có thể xử trí thêm :

– Đặt vào ổ răng một miếng gelatin tẩm dung dịch thrombin hoặc một miếng oxydized cellulose rồi cắn gạc.

– Nếu ổ răng nhiễm khuẩn cho thêm viên penicillin 200.000 đơn vị bẻ nhỏ bỏ vào ổ răng (đôi khi không cần thiết vì vết thương sẽ chậm lành).

– Nếu chảy máu tiếp tục cần xử trí như trên và khâu vết thương lại, khuyên bệnh nhân nằm đầu cao và nghỉ ngơi.

Đa số các trường hợp chảy máu do nguyên nhân tại chỗ xử trí như trên đều cầm máu được trong mọi trường hợp.

2.3. Biện pháp toàn thân.

Nếu máu vẫn tiếp tục chảy, sau khi xử trí tại chỗ, lập tức cho làm xét nghiệm máu : như số lượng tiểu cầu, thời gian chảy máu và đông máu, thời gian Quick.

Bình thường :

- + Số lượng tiểu cầu 200.000 - 300.000/mm³ máu. Bất thường <100.000/mm³
- + Thời gian đông máu 7 - 12 phút Bất thường > 15 phút
- + Thời gian chảy máu 2 - 4 phút Bất thường > 7 phút
- + Thời gian Quick 12 - 15 phút # 75% - 100% Prothrombin nếu lượng prothrombin < 50% thì gây chảy máu

Nếu là bất thường phải chuyển ngay đến bệnh viện để chăm sóc và truyền máu.

Nếu ở trong mức bình thường tức là không có bệnh về máu nhưng cũng có ít rối loạn về cầm máu, cần hỗ trợ thêm bằng thuốc như :

- Tiêm vitamin K₁ giúp gan sản xuất thêm prothrombin tiêm bắp 50 - 100 mg hay tiêm tĩnh mạch chậm

- Vitamin C : tăng sức bền mao mạch : uống hay tiêm.

- Carbazochrome (Adrénoxyl) 1.500 µg, tiêm bắp ngày 1 - 3 ống. Trẻ em từ 1/2 đến 2 ống một ngày có tác dụng cầm máu.

3. Dự phòng.

Cần hỏi kỹ trước khi nhổ răng, đặc biệt trẻ em có thể chưa phát hiện bệnh về máu, tình trạng phụ nữ, hoặc các bệnh nhân có bệnh nhiễm khuẩn. Dùng thuốc chống đông máu hay dùng nhiều acid salicilique (Aspirine) một thời gian trước khi nhổ răng làm máu chảy kéo dài. Nếu cần thiết nên cho uống hay tiêm các loại thuốc hỗ trợ cầm máu trước khi nhổ vài ngày.

II. NHIỄM KHUẨN SAU KHI NHỔ RĂNG

Sự nhiễm khuẩn xảy ra sau khi nhổ răng có thể liên hệ đến xương ổ răng, xương lân cận hay tổ chức tế bào.

1. Viêm ổ răng (Alveolitis).

Đây là biến chứng thông thường trong nhổ răng, là một sự viêm xương có giới hạn. Cần phân biệt hai loại :

- + Viêm ổ răng khô.
- + Viêm ổ răng có mủ.

1.1. Viêm ổ răng khô.

Được cho là một sự rối loạn vận mạch, trong đó cục máu đông không thành lập được.

Bệnh nhân đau cực kỳ dữ dội, khám hốc răng thấy trống hoặc có cục máu đông nhưng lấy ra dễ dàng, để lộ những thành xương hơi trắng và không có máu, không có mủ, mùi hơi khó chịu.

Chứng viêm này xảy ra một vài ngày sau khi nhổ răng và tình trạng kéo dài 2 - 3 tuần lễ, bệnh nhân đau đớn không làm việc được.

1.2. Viêm ổ răng có mủ.

Khám thấy bờ lợi sưng có thể che phủ ổ răng, còn ổ răng được lấp bởi những nụ tổ chức hạt rơm máu và có mủ chảy ra. Trái với viêm ổ răng khô, bệnh nhân ít đau đớn. Có thể sốt và nổi hạch.

Chụp X quang hay khám ổ răng sẽ phát hiện được những thành phần còn sót lại sau khi nhổ răng, và chính chúng gây nhiễm khuẩn ổ răng.

1.3. Cách xử trí.

– Viêm ổ răng khô : CẤM NẠO Ổ RĂNG

Chỉ được nhét gạc tẩm Eugenol hay Iodoform vào ổ răng để giảm đau trong vài giờ.

Cho uống kháng sinh và giảm đau.

– Viêm ổ răng có mủ : gây tê vùng, nạo sạch ổ răng lấy hết vật còn sót. Rửa ổ răng bằng Oxy già 5 thể tích lau khô, có thể đặt vào đó Sulfamid hay penicillin G để chống nhiễm khuẩn. Cho cắn bông, gạc.

Cho uống kháng sinh, giảm đau (nếu cần).

1.4. Dự phòng.

Kiểm tra ổ răng cẩn thận sau khi nhổ răng

2. Viêm xương (Osteitis).

Là sự tiếp xúc lan rộng của viêm xương ổ răng có mủ không chữa khỏi. Hoặc do viêm xương đã có sẵn mặc dù có nhổ răng hay không.

Viêm xương biểu hiện có xương mục và tạo lỗ dò ra ngoài da hay niêm mạc, toàn trạng có ảnh hưởng.

Xử trí : Chuyển đến khoa răng hàm mặt có đủ điều kiện điều trị, nạo xương, theo dõi

3. Viêm tổ chức tế bào (Cellulitis).

Thông thường là do sự tiến triển của bệnh trước khi nhổ răng.

Tuy nhiên, sự nhổ răng tạo nên những bục máu có thể đó là nguyên nhân dẫn đến viêm mô tế bào.

4. Sưng.

Có thể xảy ra ít hay nhiều tiếp theo gần như bất cứ một sự nhổ răng nào.

Sưng có thể chỉ do đụng dập chấn thương sau nhổ răng mà không phải do nhiễm khuẩn nếu không đau nhức và không sốt.

Trường hợp nhổ răng khó, lâu, bấy nhiêu thường bị sưng, sự sưng bắt đầu ngày thứ hai, thứ ba, ngày thứ tư bắt đầu xẹp dần.

Thông thường, khi nhổ một răng hơi khó, lâu hoặc đã có nhiễm khuẩn từ trước việc cho kháng sinh là điều cần thiết và có thể báo trước tình trạng sưng có thể xảy ra để bệnh nhân an tâm.

5. Đau.

Thường do nhổ răng khó, nhất là khi nhổ có sự đè ép nhiều lên đáy xương ổ (do đó nên tránh động tác này càng nhiều càng tốt).

Đau còn do nhổ răng bị viêm khớp chưa khỏi hoặc do viêm ổ răng khô.

Sau nhổ răng, cần cho uống thuốc giảm đau như Aspirin, Analgin..., và dặn bệnh nhân nếu đau nhiều cần trở lại khám.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Làm gì để xác định nguyên nhân chảy máu sau nhổ răng ?
2. Việc nạo ổ răng thật kỹ có mục đích gì ?
3. Trường hợp nào nên nạo và không nên nạo ổ răng trong xử trí nhiễm khuẩn ổ răng.

PHẦN III

ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG VÀ VỆ SINH RĂNG MIỆNG

I. GIỚI THIỆU MÔN HỌC

Đây là môn học về các kỹ thuật điều trị dự phòng và vệ sinh răng miệng, giúp học sinh áp dụng trong các phòng chăm sóc răng miệng cũng như thực hiện trong thực tế cộng đồng

II. MỤC TIÊU MÔN HỌC

Sau khi học xong môn này học sinh đạt được các mục tiêu sau:

1. Sử dụng được các dụng cụ cạo đá (cao răng) , đánh bóng và thực hiện được việc cạo đá–đánh bóng răng trên mô hình và thực tập trên bạn học.
2. Thực hiện được các kỹ thuật dự phòng (trám bít hố rãnh, bôi fluor lên răng và trám răng phòng ngừa bằng Glass Ionomer) ở răng trên mô hình.

CẠO CAO RĂNG (ĐÁ) - ĐÁNH BÓNG RĂNG

Lý thuyết : 5 tiết

Thực hành : 16 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được sự tạo thành cao răng và vết dính.
2. Nêu được các nguyên tắc lấy cao có hiệu quả.
3. Sử dụng được bộ jacquette để lấy cao (đá) răng 6 vùng trên mô hình.
4. Thực hiện được quy trình cạo đá, đánh bóng răng trên bạn học.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

Các biện pháp vệ sinh răng miệng do cá nhân thực hiện như chải răng..., là biện pháp nhẹ nhàng nhưng có hiệu quả để kiểm soát mảng bám răng và là mấu chốt của sự duy trì sức khỏe của mô nha chu lành mạnh.

Tuy vậy phần lớn người ta trong cuộc đời ai cũng có lần bị viêm lợi dù đã chải răng thật kỹ còn những ai chểnh mảng vệ sinh răng miệng thì viêm lợi là đương nhiên.

Người ta thấy viêm lợi thường đi kèm với cao răng và một khi được tạo thành thì cao răng sẽ làm giảm hiệu quả của việc chăm sóc cá nhân. Do đó để tạo một hiệu quả cao hơn trong phòng và trị bệnh nha chu phải có sự tham gia làm sạch răng do người chuyên môn thực hiện đó là cạo đá, đánh bóng răng.

Trong chương trình nha học đường, cạo đá, đánh bóng răng là việc làm đầu tiên, định kỳ (6 tháng) và không thể thiếu được trong chương trình chăm sóc và điều trị răng miệng cho trẻ em, do đó đòi hỏi người y sĩ răng trẻ em phải thành thạo công việc này.

II. SỰ THÀNH LẬP CAO RĂNG - VẾT DÍNH

1. Cao răng (Calculus deposits ; Tartar).

Cao răng, đá răng hay vôi răng là một chất rắn calci hóa bám dính trên các mặt răng, nhất là vùng cổ răng trên và dưới lợi. Cao răng được hình thành từ mảng bám răng. Mảng bám răng trưởng thành sau 7 ngày và từ ngày 14 trở đi có sự vôi hóa xảy ra trong mảng bám. Những tinh thể muối vô cơ cung cấp chủ yếu từ nước bọt và nếu pH môi trường miệng tăng (kiềm) thì sự thành lập cao răng càng nhanh.

Cao răng cấu tạo gồm 50% - 70% là chất vô cơ, đa số dưới dạng những tinh thể hydroxy apatid $\text{Ca}_{10}(\text{OH})_2(\text{PO}_4)_6$, phần còn lại là chất hữu cơ gồm có chất khuôn mucoprotein, những xác tế bào vi khuẩn, tế bào biểu mô, mảnh vụn thức ăn.

Cao răng là chất không sống (non-vital) có thể độc là do chứa độc tố của vi khuẩn nhưng vai trò chính gây ra bệnh nha chu của nó là tạo bề mặt lưu giữ rất tốt cho những mảng bám răng mới hoạt động.

Cao răng có màu sắc thay đổi như vàng nhạt, nâu đen tùy chất cặn lắng và chất dính tạo thành.

Cao răng gồm có hai loại :

- Cao răng trên lợi được tạo bởi nước bọt còn gọi là cao răng nước bọt. Vùng cao răng trên lợi nhiều nhất là mặt trong răng cửa hàm dưới và mặt ngoài răng hàm trên (số 6 , 7). Cao răng trên lợi thường mềm, dễ thấy và dễ lấy.

- Cao răng dưới lợi hay cao răng huyết thanh nhận chất khoáng từ chất tiết của lợi , do đó lợi càng viêm nhiễm thì cao răng dưới lợi càng nhiều.

Cao răng dưới lợi cứng, màu đen, khó lấy hơn do không thấy bằng mắt mà phải dò qua dụng cụ, kỹ thuật lấy cao cần tỉ mỉ chính xác hơn. Cao dưới lợi ít thấy ở trẻ em.

2. Vết dính (stain).

Là những vết hay những chấm trên mặt răng có thể lấy ra dễ dàng bằng dụng cụ mài mòn. Cần phân biệt vết dính với sự rối loạn cấu tạo của răng.

Vết dính có thể có màu sắc khác nhau.

- Màu xanh lá cây : thường thấy trên răng trẻ em có vệ sinh răng miệng kém, do vi khuẩn sinh và bám lên mảng bám răng ở 1/3 cổ răng của thân răng.

- Màu đen : thường thấy đóng thành viên theo thân răng ở đường viền lợi trên người có vệ sinh răng miệng hoặc đóng thành mảng trong trường hợp người nghiện thuốc lá hoặc uống nước chè đặc.

III. DỤNG CỤ LẤY CAO

Có rất nhiều loại dụng cụ lấy cao, những dụng cụ này có những kích thước, hình dạng thích hợp cho việc lấy cao trên những mặt răng khác nhau, ở trên hay ở dưới lợi.

1. Cây đục.

Dụng cụ này giống như cây đục của người thợ mộc, có một lưỡi bén (sắc) ở đầu dụng cụ, dùng để lấy cao ở kẽ răng cửa, đặc biệt là những kẽ răng rất hẹp.

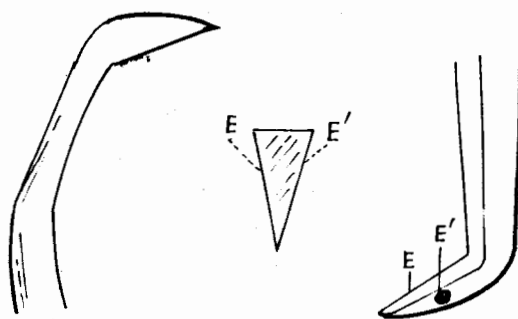
2. Bộ jacquette.

Gồm có ba cây, số 1 , 2 , 3 có ghi số trên cán dụng cụ. Dùng để lấy cao trên lợi ở mặt ngoài, kẽ răng và mặt trong. Đây là bộ dụng cụ thường dùng nhất để lấy cao.

- Cây số 1 : Lưỡi dụng cụ ở trên mặt phẳng với cán dụng cụ. Thích hợp cho việc lấy cao cho các răng phía trước.

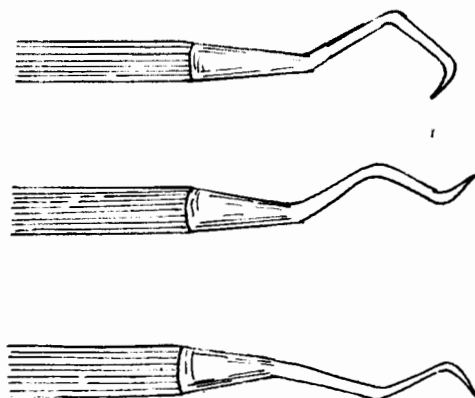
– Cây số 2 và 3 : Có lưỡi không nằm trên mặt phẳng với cán dụng cụ, cây số 3 có chiều ngược lại với cây số 2 để phù hợp khi lấy cao mặt ngoài và phía trong hoặc phía gần, phía xa của răng. Thích hợp để lấy cao răng ở mặt ngoài, mặt trong và đặc biệt kể răng của các răng phía sau.

Lưỡi của các cây jacquette đều có cấu tạo bởi hai cạnh sắc (bén), khi dùng cạnh này khi dùng cạnh kia ở phía xa và gần mặt răng



Hình 1. Cây jacquette lấy cao trên lợi.

E, E' là những cạnh sắc (bén) của dụng cụ



Hình 2. Bộ lấy cao răng.

3. Cây younger - good số 7 và số 8.

Để lấy cao dưới lợi, lưỡi dụng cụ mỏng, chỉ có một cạnh sắc và cong theo mặt răng. Một cây dùng phía gần, một cây dùng phía xa của răng.

IV. PHƯƠNG PHÁP LẤY CAO RĂNG - ĐÁNH BÓNG RĂNG

1. Nguyên tắc.

Lấy cao, đánh bóng răng là lấy đi hết những chất bám dính lên răng gồm có cao răng và vết dính.

Để thực hiện việc cạo cao (đá), đánh bóng có hiệu quả nên nhớ những nguyên tắc sau :

– Khám và chẩn đoán được các tình trạng bình thường hay bệnh lý của mô răng và mô quanh răng. Biết khả năng chữa trị hoặc báo bác sĩ biết hay gửi lên tuyến trên nếu tình trạng nặng khó chữa trị.

– Xác định được có cao răng và thành thạo cách sử dụng dụng cụ lấy cao.

– Sau khi lấy cao mặt răng phải sạch, trơn láng, không gây tổn thương cho lợi thì công việc lấy cao mới có hiệu quả.

2. Quy trình lấy cao đánh bóng.

2.1. Chuẩn bị dụng cụ thuốc men.

- Bộ đồ khám.
- Bộ lấy cao.
- Thuốc sát khuẩn.
- Đài cao su hay bàn chải đánh bóng.
- Trục lắp (mandrin), tay khoan, máy nha khoa.
- Thuốc đánh bóng.
- Bông, gạc.
- Thuốc tê bôi (nếu cần).
- Ly và nước súc miệng.

2.2. Chuẩn bị cho bệnh nhân và người điều trị.

- Bệnh nhân ngồi trên ghế có độ cao ngang tầm tay. Quàng khăn cho bệnh nhân.
- Người điều trị mang găng tay, đeo kính...

2.3. Kỹ thuật lấy cao.

2.3.1. Phân vùng.

Để thuận tiện việc sử dụng dụng cụ lấy cao, hàm răng được chia làm sáu vùng.

Hàm trên

Vùng I : nhóm răng bên phải.

Vùng II : nhóm răng phía trước.

Vùng III : nhóm răng bên trái.

Hàm dưới

Vùng IV : nhóm răng bên phải.

Vùng V : nhóm răng phía trước.

Vùng VI : nhóm răng bên trái.

2.3.2. Thứ tự lấy cao.

Để việc lấy cao được nhanh chóng và tránh bỏ sót, việc lấy cao được thực hiện theo thứ tự từ vùng I đến vùng VI.

Trong mỗi vùng cũng nên theo một thứ tự : mặt ngoài, kẽ răng, mặt trong, mặt nhai.

Vùng này xong, mới làm tiếp vùng kế cận.

2.3.3. Ánh sáng.

Phải điều chỉnh đèn rọi trúng vào vùng lấy cao, nếu ánh sáng không đủ việc lấy cao dễ gây tổn thương mô mềm do điều khiển dụng cụ thiếu chính xác.

2.3.4. Tư thế người điều trị.

Lấy cao vùng I

– Mặt ngoài và kẽ răng : đứng phía trước bên phải bệnh nhân, ngón tay tựa vào mặt ngoài của răng.

– Mặt trong : đứng sau lưng bệnh nhân, dùng gương nha khoa để rọi vào chỗ cạo đá, ngón tay tỳ vào mặt nhai.

Lấy cao vùng II

Mặt ngoài và mặt trong : đứng trước hoặc sau bệnh nhân, ngón tay tựa vào mặt cắt. Mặt trong dùng gương để rọi.

Lấy cao vùng III

– Mặt ngoài và kẽ răng : đứng trước bệnh nhân, ngón tay tựa vào mặt nhai, mặt cắt.

– Mặt trong : đứng phía sau, ngón tay tựa vào mặt nhai, dùng gương để rọi.

Lấy cao vùng IV

– Mặt ngoài và kẽ răng : đứng phía sau bệnh nhân, ngón tay tựa vào mặt nhai.

– Mặt trong : đứng phía trước bên phải, ngón tay tựa vào mặt cắt răng trước.

Lấy cao vùng V

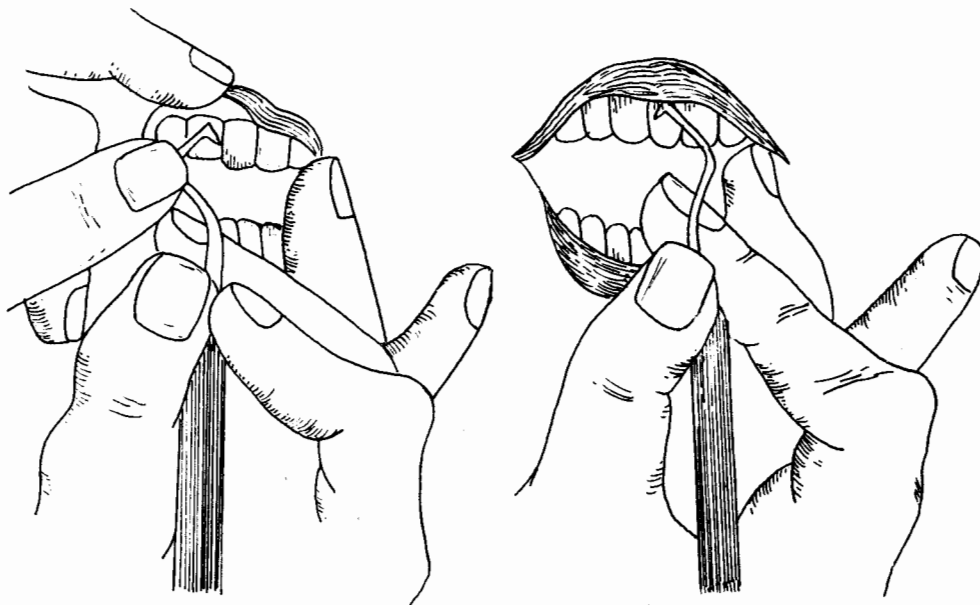
Mặt ngoài và trong đứng trước hay sau, ngón tay tựa vào mặt cắt, phía trong dùng gương để rọi.

Lấy cao vùng VI

– Mặt ngoài và kẽ răng : đứng phía trước bệnh nhân, ngón tay tựa vào mặt nhai.

– Mặt trong : đứng phía sau lưng, ngón tay tựa vào mặt nhai.

2.3.5. Cầm dụng cụ (H.4)



Hình 4. Cách cầm dụng cụ lấy cao.

Tay phải cầm dụng cụ như cầm bút, ba ngón cái, trỏ, giữa cầm giữ chặt dụng cụ nhưng chuyển động dễ dàng, 2 ngón còn lại để tựa.

Tay trái cầm gương nha khoa hoặc cầm gạc để thấm máu. Tay trái có khi sử dụng để hướng dẫn dụng cụ lấy cao được chính xác.

Chọn điểm tựa trên răng, khô ráo để tránh trơn trượt. Tỳ tay trên điểm tựa vừa phải đủ để lấy bột miếng cao.

2.3.6. Động tác lấy cao.

– Với cây đục : Đặt thẳng góc lưỡi sắc của dụng cụ với mặt răng ở kẽ răng, sử dụng bằng cách đẩy tới. Để tránh đùn đẩy cao răng vào sâu bên trong khe lợi, hướng di chuyển của cây đục là về phía mũ răng.

Với các dụng cụ khác :

Áp lưỡi sắc (cạnh bén) của dụng cụ sát vào mặt răng ngay bờ dưới của mảng đá. Với động tác kéo, kéo dụng cụ về phía mũ răng với một lực đủ mạnh để tách miếng cao bong ra thành từng mảng. Trong khi kéo dụng cụ, tay không rời điểm tựa, đoạn đường di chuyển của dụng cụ ngắn để tránh tổn thương đến mô lân cận.

Khi áp dụng cụ vào răng cần chú ý tránh các miếng trám (nếu có).

Tránh đào bới, bào mòn mảnh cao vì như thế sẽ mất nhiều thời gian.

Dụng cụ lấy cao phải sắc, nếu không sẽ lấy cao không sạch mà còn dễ trơn trượt dụng cụ.

2.3.7. Thẩm máu và kiểm soát cao răng.

Trong khi lấy cao, máu có thể chảy nhiều. Phải luôn luôn thẩm máu bằng gạc để thấy rõ vùng lấy cao và đặt dụng cụ chính xác.

Sau khi lấy cao, để kiểm tra cao răng đã lấy sạch hay chưa, nhất là cao răng dưới lợi và kẽ răng dùng thám châm để kiểm tra rất tốt. Cảm giác dưới cây thám châm trơn láng là cao răng đã được lấy sạch.

2.3.8. Đánh bóng răng.

Sau khi lấy cao, cần tiến hành đánh bóng để lấy thật sạch cao răng còn sót, mảng bám răng, vết dính giúp mặt răng trơn láng dễ chải rửa.

Lắp đài cao su hay chổi đánh bóng vào trục lắp và gắn lên tay khoan.

Áp đầu cao su có bôi thuốc đánh bóng lên trên mặt răng, tay có điểm tựa, cho máy chạy chậm và di chuyển đều trên mặt răng.

2.3.9. Cho bệnh nhân súc miệng thật kỹ.

Chấm thuốc sát khuẩn

2.3.10. Dẫn dò bệnh nhân cách giữ gìn vệ sinh răng miệng.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Cao răng trên lợi và dưới lợi có đặc tính sau :

- | | |
|--|-------|
| A. Thành lập từ mảng bám răng | Đ – S |
| B. pH của miệng càng giảm thì cao răng càng thành lập nhanh | Đ – S |
| C. Cao răng dưới lợi mềm và dễ lấy hơn | Đ – S |
| D. Cao răng gây viêm lợi vì nó lưu giữ mảng bám tốt hơn men răng | Đ – S |
| E. Chất apatid của cao răng do nước bọt và nước lợi cung cấp | Đ – S |

2. Chọn dụng cụ phù hợp để lấy cao răng
 - A. Cây đục để lấy cao răng ở kẽ răng phía sau Đ – S
 - B. Cây jacquette số 1 để lấy cao kẽ răng, mặt ngoài và trong ở các răng phía trước Đ – S
 - C. Cây jacquette số 2 để lấy cao trên lợi vùng phía trong Đ – S
 - D. Cây jacquette số 3 để lấy cao dưới lợi Đ – S
 - E. Cây younger good để lấy cao răng dưới lợi ở tất cả các răng Đ – S
3. Cách đặt dụng cụ lên răng khi lấy cao ?
4. Điểm tựa có tác dụng gì khi lấy cao ?
5. Để tránh gây tổn thương mô mềm khi lấy cao răng cần chú ý đến những điểm nào ?

Phiếu kỹ thuật (lấy cao, đánh bóng răng)

STT	QUY TRÌNH	MỤC ĐÍCH THAO TÁC	TIÊU CHUẨN	ĐIỂM
1	Chuẩn bị dụng cụ	Thuận tiện khi làm việc	Đầy đủ	1
2	Chuẩn bị bệnh nhân	Dễ làm, bệnh nhân thoải mái	Đúng	1
3	Phân vùng và thứ tự lấy cao	Không bỏ sót hoặc làm lại	Chính xác	0.5
4	Điều chỉnh nguồn sáng	Nhìn rõ	Ánh sáng tập trung	0.5
5	Tư thế người điều trị	Giúp lấy cao sạch, dễ, mau	Đúng theo từng vùng	1
6	Cầm và tựa dụng cụ	An toàn	Chắc, vững	1
7	Động tác lấy cao	Không dễ sai sót	Chính xác, an toàn	2
8	Kiểm soát cao răng và thẩm máu	Thấy rõ, không dễ sót	Sạch	1
9	Đánh bóng, súc miệng, sát khuẩn	Giúp bệnh nhân dễ chải rửa	Mặt răng trơn nhẵn, sạch	1
10	Dặn dò bệnh nhân	Duy trì kết quả điều trị	Rõ ràng, dễ hiểu	1

TRÁM BÍT HỐ VÀ RÃNH NGỪA SÂU RĂNG

Lý thuyết : 3 tiết

Thực hành : 8 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được mục đích và chỉ định răng trám bít hố và rãnh.
2. Trình bày được nguyên tắc và các bước kỹ thuật tiến hành trám bít.
3. Thực hiện được bôi Sealant trên răng mô hình và bạn học

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

Sâu răng có thể xảy ra ở bất cứ mặt nào của răng nhưng thường xảy ra sớm ở mặt hố và rãnh, do hố và rãnh là nơi dễ lưu giữ thức ăn, mảng bám và khó chải sạch.

Sự sử dụng fluor đã rất có hiệu quả trong phòng ngừa sâu răng, nhưng ảnh hưởng chủ yếu của fluor là làm giảm sâu răng ở các mặt nhẵn, còn ở mặt nhai thì kém hiệu quả.

Do đó, trám bít hố và rãnh để ngừa sâu răng là việc làm cần thiết cho cộng đồng.

Trám bít hố và rãnh là một kỹ thuật điều trị dự phòng đã có từ lâu, trước đây người ta đã sử dụng cement, Amalgam để trám hoặc là mài mở rộng rãnh để làm giảm sự lưu giữ thức ăn..., nhưng các kỹ thuật này không mang lại kết quả lâu dài khả quan mà còn có nguy cơ làm hư răng do có sự mài bỏ mô răng lành.

Ngày nay nhờ có sự khám phá ra kỹ thuật tạo bám bằng acid phosphoric (do Buonocore giới thiệu 1955) và các loại resin đặc biệt có tính dính và độ cứng cao đã giúp cho kỹ thuật trám bít hố rãnh thuận lợi hơn là không mài bỏ mô răng mà kết quả cũng rất tốt và đáng khích lệ.

Ở Việt Nam, trám bít hố rãnh bằng sealant đã được đưa vào chương trình nha học đường để ngừa sâu răng cho trẻ em.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chia làm ba nhóm tùy theo khả năng phát triển của bệnh sâu răng.

– *Nhóm 1* : Những bệnh nhân không có răng sâu và có lẽ sẽ không bị sâu. Rãnh mặt nhai cạn (nông) và tròn.

– **Nhóm 2** : Những bệnh nhân phát hiện không bị sâu hoặc **những răng** bị sâu chớm phát hoặc có miếng trám ở mặt nhai hoặc hố trũng **rãnh hẹp và sâu** dễ mắc thức ăn là những người dễ bị sâu răng nếu không bôi sealant.

– **Nhóm 3** : Những bệnh nhân đã có nhiều răng sâu và sâu răng mặt bên có khả năng phát triển.

So sánh 3 nhóm với hiệu quả kinh tế thì nên bôi sealant ở nhóm 2.

Trong chương trình nha học đường, việc chọn lọc bệnh nhân thì không cần thiết mà nên áp dụng cho mọi học sinh (nếu điều kiện thuốc men trang bị đầy đủ)

2. Chọn răng.

2.1. Theo thứ tự ưu tiên sau đây.

- Răng cối lớn vĩnh viễn mới mọc (răng số 6 , 7)
- Răng tiền cối mới mọc.
- Hố các răng cửa vĩnh viễn.
- Răng hàm sữa ở trẻ em 3 - 4 tuổi.

2.2. Tiêu chuẩn.

- Răng không bị sâu, lành mạnh.
- Răng nghi ngờ bị sâu, có nghĩa là răng có mắc thâm trầm nhưng không có sự mất men, đổi màu hay có sự mềm ở đầu thâm trầm, những răng này thường chưa có kế hoạch chữa trị.

Đối với răng đã chẩn đoán là sâu (S_1 , S_2 ...) thì không được bôi mà phải trám.

III. TRANG BỊ VÀ THUỐC MEN

1. Thuốc trám.

Gồm có :

- Acid etching để tạo bám là acid phosphoric 37%.
- Thuốc trám là nhựa BIS - GMA loại tự cứng gồm có 2 chất : part A là Bisphenol A và part B là glycidyl methacrylate, hai chất này khi trộn với nhau một lượng tương đương sẽ xảy ra phản ứng trùng hợp và nhựa sẽ cứng sau 2 phút .

2. Trang bị dụng cụ

1. Máy nén hơi đơn giản.
2. Máy nha khoa đơn giản .

3. Đầu tay khoan cong để đánh bóng.
4. Đầu cao su hay chổi để đánh bóng gắn trên trục lắp (mandrin).
5. Khay dụng cụ - bộ đồ khám.
6. Vỉ trộn thuốc.
7. Cây trộn thuốc.
8. Chổi quét.
9. Bột đánh bóng không chứa fluor.

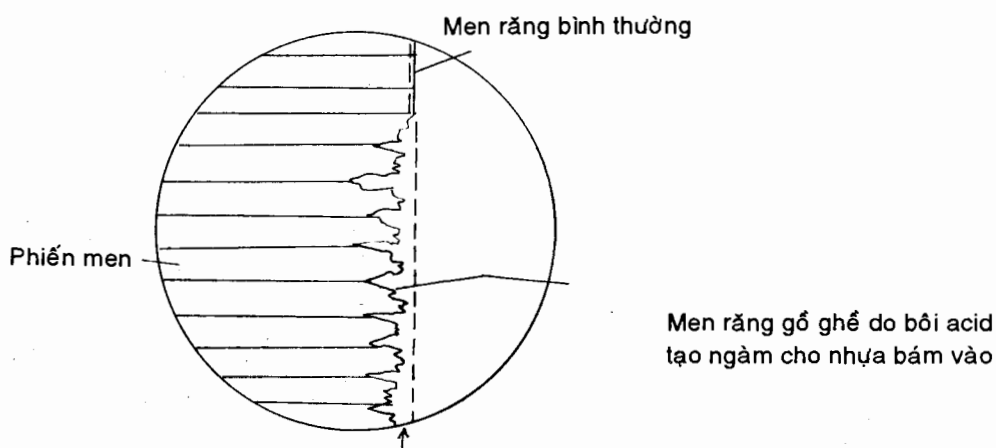
Tất cả trang bị thuốc men yêu cầu phải đầy đủ trước khi bắt đầu công việc vì trong suốt thời gian trám một tay người điều trị phải giữ trong miệng, còn một tay hoạt động.

IV. NGUYÊN TẮC ĐỂ THÀNH CÔNG

Hiệu quả của trám bít hố rãnh tùy thuộc vào độ bám dính và lưu giữ chất trám trong hố và rãnh theo thời gian (trên 5 năm gọi là thành công). Những nguyên tắc đó như sau:

1. Hố và rãnh phải thật sạch.
2. Răng phải khô ráo suốt quá trình bôi .
3. Acid tạo bám phải đúng chỗ - và tráng đục men răng
4. Sealant phải phủ hết phần tạo bám và hố rãnh không phủ lên múi và gờ bên của răng .
5. Sealant phải cứng hoàn toàn.

Muốn đạt được hiệu quả cao phải tuân thủ các bước của kỹ thuật trám bít.



Hình ảnh của men răng sau khi bôi acid tạo bám (nhìn qua kính hiển vi)

V. KỸ THUẬT TIỀN HÀNH

Cho em bé lên ghế, điều chỉnh ghế ở tư thế thoải mái và ngang tầm làm việc.

1. Xếp tất cả các loại dụng cụ cần thiết trên bàn làm việc.
 - Cho sẵn một giọt acid etching trên khay.
 - Cho sẵn một giọt của part A vào vĩ trộn
2. Đánh bóng mặt răng với bột đánh bóng không có fluor.
3. Rửa sạch mặt răng và cho bé súc miệng. Dùng tăm trà vớt những mảnh còn sót trong rãnh răng ra.
4. Cô lập vùng răng cần bôi bằng bông cuộn để thấm nước.
5. Thổi khô mặt răng bằng hơi sạch không lẫn dầu và hơi nước.
6. Thấm acid etching lên một viên bông nhỏ. Bôi acid tạo bám lên hố rãnh mặt nhai (cẩn thận chỉ bôi acid chung quanh rãnh khoảng 1mm không bôi lên gờ bên và đỉnh múi răng).

Để trong 60 giây

Thay bông cuộn nếu bông đã thấm ướt.

7. Rửa kỹ acid bằng nước sạch (dùng bơm tiêm để xịt) trong 30 giây (rửa kỹ mới bộc lộ ngàm của men răng). Trong khi rửa phải chú ý thay bông khi bông vừa thấm ướt.
8. Thổi khô răng trong 30 giây - mặt răng phần đã bôi acid sẽ trắng đục ra - nếu không phải bôi acid lại trong 15 giây.

Tuyệt đối không cho nước bọt dính vào vùng răng đã etching vì nó sẽ làm giảm sự bền chắc của miếng trám.

9. Trộn thuốc :

- Thêm một giọt của phần B vào với giọt phần A đã chuẩn bị sẵn.
- Dùng cây trộn, trộn đều hai phần này trong 10 giây.

10. Dùng cây chổi lấy Sealant bôi lên phần men và hố rãnh đã bôi acid - chú ý đừng bôi quá phần này - lượng thuốc tương đối dày, nếu hơi cộm sẽ tự mòn trong vài ngày, nếu không mài bớt với mũi khoan đá mịn hoặc mũi kim cương.
11. Chờ 2 phút sealant đông cứng - kiểm tra ở vĩ trộn - đã cứng rồi thì kiểm tra sealant trên răng. Nhớ giữ không cho nước bọt thấm vào, nếu sealant phủ chưa đủ, tiếp tục làm acid etching lại trong 10 giây. Rửa, thổi khô và bôi thêm sealant

12. Dùng viên bông thấm nước lau bề mặt đã trám (vì lớp bên trên của sealant không trùng hợp hoàn toàn và cho một cảm giác hơi khó chịu) và cho em bé súc miệng.

VI. SỰ LƯU GIỮ SEALANT

Tác dụng phòng ngừa của sealant là do tính dính của nó trên men và bít các hố và rãnh. Chứng nào sealant còn nguyên vẹn thì sâu răng không phát triển bên dưới, do đó sự giảm tỷ lệ sâu răng tùy thuộc vào sự lưu giữ của sealant.

Sealant dễ bị bong nhất là trong 12 tháng đầu. Những răng đã qua giai đoạn trên thường chịu được từ 5 đến 10 năm và có thể còn hơn nữa.

Những răng dễ bị bong nhất thường xảy ra ở trẻ em càng nhỏ và ở những răng khó cô lập khi bôi.

Tất cả những răng có trám bít hố rãnh cần theo dõi độ lưu giữ của nó trong những lần khám điều trị hoặc kiểm tra định kỳ. Để trám lại trước khi sâu răng xảy ra.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Nêu các răng được chọn để bôi sealant ở trường học :

A.

B.

C.

2. Acid tạo bám tác dụng lên bề mặt men răng như thế nào ?
3. Làm thế nào để giữ răng luôn luôn khô khi trám bít ?
4. Nếu sau khi bôi acid tạo bám, nước bọt tràn vào phải làm thế nào ?

Phiếu kỹ thuật. Trám bít hố và rãnh

Trang bị dụng cụ			
Thuốc, vật liệu			
Răng bôi Học sinh :	Ngày tháng : Giáo viên :		
	Học sinh tự đánh giá	Giáo viên đánh giá	
		Đạt	Không đạt
1. Chuẩn bị và sắp đặt dụng cụ			
2. Đánh bóng răng			
3. Súc miệng sạch			
4. Cô lập bông cuộn			
5. Thổi khô 30 giây			
6. Bôi acid một phút			
7. Đổi bông cô lập			
8. Xịt rửa răng			
9. Đổi bông cô lập			
10. Thổi khô răng 30 giây			
11. Trộn thuốc 15 giây			
12. Bôi thuốc lên răng			
13. Chờ 2 phút. Kiểm tra trên vĩ trộn			
14. Kiểm tra trên răng			
15. Lau với bông ướt			
16. Ghi chép			

Chú ý : Một y sinh phải bôi được 2 răng (1 trên 1 dưới) trên răng mô hình và một răng trên bạn học.

BÔI FLUOR LÊN RĂNG

Lý thuyết : 1 tiết

Thực hành : 2 tiết

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Nêu được cách thực hiện bôi fluor lên răng.
2. Bôi fluor tại chỗ lên răng bạn học.

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. ĐẠI CƯƠNG

Bôi fluor lên răng là một cách dùng fluor tại chỗ để ngừa sâu răng như súc miệng với nước pha fluor hoặc dùng kem đánh răng có fluor.

Bôi fluor là một biện pháp fluor tại chỗ do nhân viên nha khoa thực hiện, biện pháp này có hiệu quả cao hơn các biện pháp tại chỗ khác là giảm sâu răng từ 30 - 40%. Nhưng đây là cách khó thực hiện rộng rãi cho cộng đồng vì tốn nhiều thời gian.

Tuy vậy, việc bôi fluor cũng có thể áp dụng ở trường học và thực hiện phối hợp trong những lần lấy cao đánh bóng răng chẳng hạn.

II. CHỈ ĐỊNH

Dùng NaF 2% bôi một năm 2 - 3 lần.

III. CÁCH THỰC HIỆN

1. Chuẩn bị dụng cụ.

- Bộ đồ khám.
- Dụng cụ cạo cao, đánh bóng.
- Đài cao su, bông.
- Thuốc NaF 2% (pha 20g/một lít nước)

Thuốc này không nên để lâu quá hai tuần, do đó chỉ pha một lượng vừa phải. hoặc dùng thuốc do nhà sản xuất pha chế sẵn.

2. Tiến hành.

- Lấy cao, đánh bóng các mặt răng cho sạch, chia răng ra làm nhiều vùng như lấy cao răng.
- Cô lập từng vùng răng, thổi khô.

- Lấy bông thấm dung dịch NaF 2% lên các mặt răng.
- Để trong 3 phút.
- Cho bệnh nhân súc miệng. Rồi bôi vùng khác.

3. Tác dụng.

Fluor bôi lên răng làm thay đổi apatid của men răng thành fluoroapatid ở lớp ngoài cùng của men răng chừng 8 - 10 micron. Fluor có tác dụng làm chậm sự hình thành mảng bám trên răng, làm men răng cứng chắc hơn để chống đỡ acid phá hủy men răng.

Sử dụng fluor bôi lên răng làm giảm sâu răng 30 - 40%.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Tại sao phải cạo cao (đá), đánh bóng răng trước khi bôi fluor.
2. Ưu và khuyết điểm của phương pháp bôi fluor ?
3. Hãy điền vào các dòng để trống trong tiến hành bôi fluor lên răng:
 - A - Lấy cao, đánh bóng các mặt răng cho sạch
 - B -
 - C -
 - D - Để trong 3 phút
 - E - Cho bệnh nhân súc miệng, rồi bôi vùng khác

PHÒNG BỆNH RĂNG LỢI

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Trình bày được các phương pháp phòng ngừa bệnh răng lợi.
2. Nêu lợi ích của phòng bệnh răng lợi.
3. Hướng dẫn cho cộng đồng chải răng đúng phương pháp trong điều kiện cụ thể.

ĐỒ DÙNG DẠY HỌC

1. Mẫu thạch cao
2. Bàn chải đúng quy cách

NỘI DUNG BÀI HỌC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh sâu răng và viêm lợi rất phổ biến ở nước ta, và các nước trên thế giới.

- Bệnh mắc rất sớm ở mọi lứa tuổi.
- Có tới 90% - 99% dân số toàn cầu sâu răng và sâu nhiều răng
- Tốn phí chữa răng rất lớn, mất nhiều ngày công lao động.

Nếu phòng ngừa tốt có 3 lợi ích sau;

- Nâng cao sức khỏe cho mọi người, giảm tỷ lệ bệnh.
- Giảm được tốn phí của bệnh.
- Tăng được giờ công lao động.

Ngày nay sâu răng và viêm quanh răng người ta phát hiện được nguyên nhân và đã tìm ra biện pháp phòng ngừa có kết quả.

Sâu răng do 3 yếu tố kết hợp với nhau:

Vi khuẩn - Thức ăn - Men răng

Việc phòng ngừa tập trung giải quyết 3 yếu tố trên.

II. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA BỆNH RĂNG LỢI

1. Làm sạch mảng bám răng

1.1 Chải răng:

* Mục đích:

- Lấy sạch mảng bám răng ở mặt ngoài, mặt trong và mặt nhai của răng.
- Xoa nắn lợi nhẹ nhàng, làm sạch khe lợi.
- Làm sạch lợi



Súc miệng bằng nước muối...

Dùng bàn chải đánh răng

* Cách chọn bàn chải và giữ gìn bàn chải:

Bàn chải đúng quy cách:

- Đầu bàn chải tròn, bóng, đủ nhỏ để đến được các vùng trong miệng.
- Lông bàn chải phải đủ mềm nhưng không quá mềm, bằng nylon, có nhiều chùy, lông bàn chải phải cao bằng nhau.
- Cán bàn chải thẳng.

Mỗi người nên có một bàn chải đúng quy cách sau khi chải răng, để nơi thoáng mát, không nên ngâm bàn chải vào nước nóng, nếu lông bàn chải đã toè quần phải thay.

* Phương pháp chải răng:

Chải răng đúng phương pháp là chải răng sau khi ăn, trước khi ngủ và chải răng đủ 3 mặt răng ngoài, trong và mặt nhai.

- Chải mặt ngoài: đặt bàn chải dọc theo răng, đầu lông bàn chải hướng về phía đường viền lợi, lông bàn chải làm thành góc 45° so với mặt răng, di chuyển lông bàn chải ra trước sau trên một đoạn ngắn (nửa chiều rộng của răng) gần giống như rung lông bàn chải tại chỗ. Chải răng mặt ngoài mỗi răng ở cả hai hàm trên và dưới, giữ lông bàn chải 45° so với đường viền lợi.

- Chải mặt nhai: chải tới lui từng chỗ.

- Chải mặt trong: để lông bàn chải nghiêng 45°

Chải lần lượt từ phải sang trái, cả hai hàm, tránh bỏ sót, thời gian 3 đến 5 phút.

Chải răng với kem chải răng có fluor là tốt nhất, nếu không có thể chải với muối hoặc nước sạch.

Trường hợp không có bàn chải ta có thể chải răng bằng một mảnh cau khô đập xòe ngâm nước, hoặc một mảnh cau tươi.

1.2. Dùng tăm xỉa răng

Không nên dùng tăm xỉa răng, có chăng chỉ dùng để khều nhẹ các mảnh thức ăn ở kẽ răng

1.3. Súc miệng sau khi ăn làm sạch mảng bám răng.

2. Hạn chế việc dùng đường

- Hạn chế việc dùng đường đối với mọi người .

- Đối với phụ nữ mang thai và cho con bú ăn uống đủ chất bổ dưỡng tránh kiêng khem, tăng cường thức ăn giàu vitamin và có calci, hạn chế việc dùng đường trong khẩu phần ăn.

- Đối với trẻ em: không nên ăn bánh kẹo trước lúc đi ngủ, không ăn quà vặt mà phải ăn thành bữa, ăn xong phải súc miệng ngay.

3. Làm cho men răng trở nên chắc hơn bằng sử dụng fluor

Trẻ từ 6 - 15 tuổi có thể súc miệng với dung dịch 2gam natri fluor trong một lít nước. Mỗi tuần súc miệng 1 lần trong 2 phút. Mỗi lần súc miệng mỗi trẻ em cần từ 5 - 7 ml natri fluor 0, 2%. Súc miệng thật kỹ rồi nhổ ra, không được nuốt, ăn uống trong vòng 30 phút.

4. Khám định kỳ

6 tháng khám 1 lần để phát hiện những răng chớm bị sâu hay bắt đầu viêm lợi để điều trị kịp thời.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Kể các biện pháp phòng ngừa bệnh răng lợi (Điền vào các dòng để trống)
A
B Hạn chế việc dùng đường
C
D Khám định kỳ
2. Phòng ngừa tốt bệnh răng miệng có ích lợi gì (Điền vào các dòng để trống)
A
B
C Tăng được giờ công lao động
3. Hãy trình bày cách chải răng đúng phương pháp ?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- GS Ainamo (Phần Lan) - Tài liệu dịch về nha chu
- 2- GustaVO. Kruger - Oral Surgery
- 3- Leonard Monheim - Local Anesthesia and paincontroldental practice
- 4- Trường THPTYTTHW 1 và 3 - Giáo trình gây tê nhỏ răng
- 5- Trường ĐHYDTPHCM - Giáo trình gây tê nhỏ răng
- 6- Viện RHM - Tài liệu dịch về nha chu
- 7- GS. Võ Thế Quang - Phẫu thuật Miệng - Hàm
- 8- Răng hàm mặt tập I và III

MỤC LỤC

<i>Giới thiệu môn học</i>	3
PHẦN I. CHỮA RĂNG	
Giới thiệu và mục tiêu môn chữa răng	5
Đại cương về xoang răng	6
Những quan điểm cơ bản trong chữa răng	13
Máy móc dụng cụ dùng chữa răng	14
Tư thế và sử dụng dụng cụ chữa răng	23
Tổng quát cách đào xoang	28
Những lưu ý trong kỹ thuật đào xoang	36
Kỹ thuật đào xoang đơn loại I	37
Kỹ thuật đào xoang kép loại I	46
Kỹ thuật đào xoang loại II	55
Kỹ thuật đào xoang loại V	62
Kỹ thuật đào xoang loại III	66
Kỹ thuật đào xoang răng ở trẻ em	75
Kỹ thuật lót và trám tạm	79
Đặt khuôn trám và trám amalgam	92
Đánh bóng miếng trám amalgam	95
Những điểm lưu ý khi chữa răng, phòng lây nhiễm qua chữa răng	99
Điều trị tủy răng	104
Các cách ngăn nước bọt	117
Cách trị liệu bằng nitrat bạc	119
Kế hoạch điều trị - Các nguyên tắc cơ bản	120
PHẦN II. NHỔ RĂNG	
Giới thiệu và mục tiêu môn nhổ răng	122
Khử khuẩn và phòng lây nhiễm trong nha khoa	123
Đau và chế ngự đau	128
Gây tê	130
Chỉ định và chống chỉ định nhổ răng	142
Chuẩn trị bệnh nhân trước khi nhổ răng	144
Phương pháp nhổ răng	149
Nhổ răng trẻ em	165
Tai biến xảy ra khi gây tê để nhổ răng	169

Tai nạn trong khi nhổ răng	173
Biến chứng sau khi nhổ răng	178
PHẦN III. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG VÀ VỆ SINH RĂNG MIỆNG	
Giới thiệu và mục tiêu môn học	183
Cạo cao răng (đá) - Đánh bóng răng	184
Trám bít hố và rãnh ngừa sâu răng	192
Bôi fluor lên răng	198
Phòng bệnh răng lợi	200
Tài liệu tham khảo	

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

NHA KHOA THỰC HÀNH

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

Biên tập:

BS. TRẦN TRUNG BẮC

Sửa bản in:

TRẦN TRUNG BẮC

Trình bày bìa:

DOÃN VƯỢNG

In 1.000 cuốn, khổ 19x27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Giấy phép xuất bản số: 106-1522/XB-QLXB ngày 20/12/2002.

In xong và nộp lưu chiểu quý IV năm 2003.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

Địa chỉ: 352 Đội Cấn - Ba Đình - Hà Nội

Điện thoại: 04.7625934 - 7627819 - Fax: 84.4.7625923

E-mail: xuatbanyhoc@netnam.vn



MS 61 - 617.5 1522 - 2002
YH - 2003

GIÁ: 23.000Đ