

PHÂN LOẠI LÂM SÀNG

BỆNH LÝ TUYẾT VÀ MÔ QUANH CHÓP

Trong nhiều năm qua, người ta đã cố gắng phát triển phân loại về bệnh lý tuyết và mô quanh chóp. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu cho thấy không có sự tương ứng tuyệt đối giữa các dấu hiệu, triệu chứng với mô bệnh học của một tình huống lâm sàng. Những thuật ngữ được dùng trước đây là những thuật ngữ sinh học và có thể không mô tả chính xác tình trạng mô học thực sự của tình trạng mô tuyết và mô quanh chóp. Để loại bỏ những thắc mắc liên quan đến mô tuyết thì cần những kiểm tra mô học, nhưng điều này không mang tính thực tế, do đó những phân loại lâm sàng được phát triển nhằm xây dựng nên những kế hoạch điều trị. Nhìn chung, việc dựa vào những phát hiện chủ quan và khách quan để phân loại bệnh lý chỉ đơn thuần dựa vào sự hiện diện của mô khoẻ mạnh hoặc bệnh lý.

Vào ngày 3 tháng 10 năm 2008, Hiệp hội Nội Nha Mỹ triệu tập hội nghị để đưa ra sự đồng thuận về Thuật ngữ Chẩn đoán, chuẩn hoá thuật ngữ dùng để phân loại các tình trạng bệnh lý tuyết và mô quanh chóp. Những thuật ngữ như cấp tính, mạn tính, có triệu chứng và không có triệu chứng, có khả năng hồi phục và không có khả năng hồi phục, tuyết sống và tuyết hoại tử, và vùng chóp, quanh chóp và quanh cuống được đưa ra nhằm mô tả những biểu hiện tương ứng trên lâm sàng. Hội nghị được tổ chức nhằm thống nhất những thuật ngữ chẩn đoán trong sách giáo khoa, thực hành lâm sàng và giảng dạy nha khoa về phân loại chẩn đoán nội nha. Mặc dù việc tiêu chuẩn hoá phân loại chẩn đoán vẫn đang còn là một vấn đề sôi nổi, người ta vẫn hy vọng rằng đây là bước đầu tiên nhằm đạt được sự đồng thuận về phân loại chẩn đoán trong tương lai. Cho đến thời điểm hiện tại, nên tránh các thuật ngữ như “viêm tuyết” hoặc “nhiễm trùng tuyết”. Những thuật ngữ này chỉ mô tả tình trạng mô bệnh học chủ quan của mô tuyết vì thật ra chúng ta không thể xác định khách quan tình trạng thật sự của mô tuyết nếu không lấy mô tuyết bị ảnh hưởng ra và

kiểm tra trực tiếp dưới kính hiển vi. Thuật ngữ và phân loại dưới đây dựa trên Ủy ban Nội nha Mỹ (ABE) vào 2007.

Bệnh lý tuỷ răng

Tuỷ răng bình thường

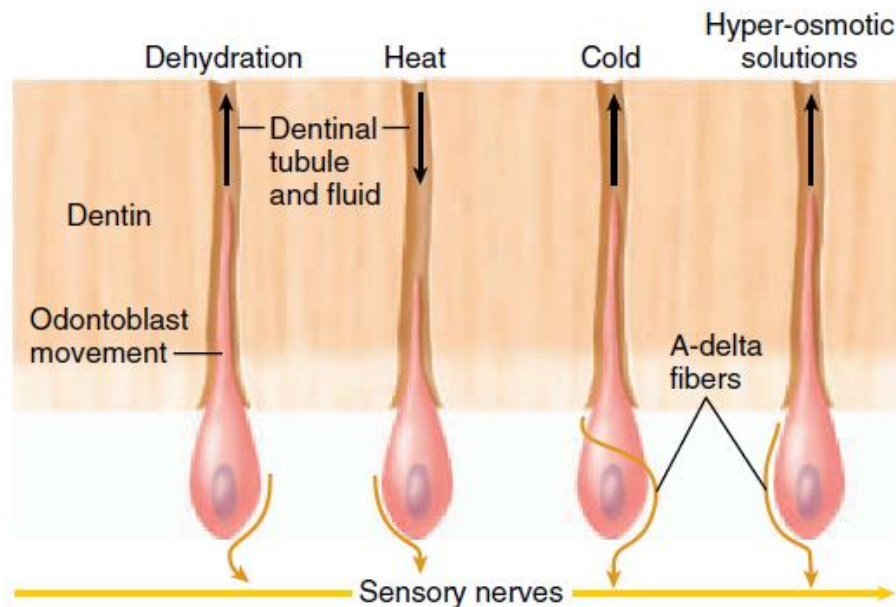
Răng có tuỷ bình thường sẽ không có bất kỳ triệu chứng tự phát nào. Tuỷ răng sẽ đáp ứng với các thử nghiệm tuỷ và triệu chứng xuất hiện do những thử nghiệm này cũng sẽ nhẹ, không làm bệnh nhân đau đớn, kết quả chỉ thoáng qua và biến mất sau một vài giây. Trên X quang, đôi lúc có thể thấy hình ảnh tuỷ răng vị vôi hoá ở nhiều mức độ khác nhau nhưng không có dấu hiệu của nội tiêu, sâu răng hoặc lộ tuỷ. Không cần chỉ định điều trị nội nha với những răng này.

Viêm tuỷ có khả năng hồi phục

Khi kích thích làm bệnh nhân thấy khó chịu, tuỷ răng bị ảnh hưởng nhưng sau đó phải phục lại nhanh chóng, tình trạng này được gọi là viêm tuỷ có khả năng hồi phục. Những yếu tố nguyên nhân bao gồm sâu răng, lộ ngà, điều trị nha khoa gần đây và những phục hồi bị lỗi. Loại bỏ những kích thích sẽ giúp giải quyết các triệu chứng. Tình trạng lộ ngà (nhưng không có dấu hiệu rõ ràng của bệnh lý tuỷ răng) đôi khi có thể gây nhầm lẫn trong quá trình chẩn đoán, nó cũng có thể biểu hiện cơn đau nhói, nhanh của viêm tuỷ có khả năng hồi phục khi bị kích thích bởi nhiệt, thổi hơi, khi bị chạm vào hay kích thích bởi cơ học, hoá học. Tình trạng này được gọi là nhạy cảm ngà. Ngà răng bị lộ ở vùng cổ răng thường gặp trong hầu hết các trường hợp bị nhạy cảm ngà.

Như được mô tả ở những chương sau này, sự di chuyển của chất lỏng trong các ống ngà kích thích các nguyên bào ngà và các sợi thần kinh A-delta dẫn truyền nhanh liên quan trong tuỷ răng, gây ra phản ứng đau nhói, nhanh, hồi phục lại ngay sau kích thích. Các ống ngà càng mở (chẳng hạn như một xoang răng vừa mới tạo, mất khoáng ngà răng, nạo túi nha chu, tẩy trắng răng hoặc nứt thân răng) dẫn đến sự di chuyển của chất lỏng trong ống ngà càng nhiều, và sau đó răng càng trở nên nhạy cảm ngà hơn khi bị kích thích. Khi chẩn đoán, điều quan trọng là cần phân biệt giữa nhạy cảm ngà và viêm tuỷ có khả năng hồi phục (thường là thứ phát sau sâu răng, chấn thương, miếng trám mới hoặc

miếng trám sai). Cần thăm hỏi bệnh nhân kỹ lưỡng về những điều trị nha khoa gần đây (mà thường bác sĩ sẽ không biết được nếu chỉ khám lâm sàng và X quang) để phân biệt giữa nhạy cảm ngà và bệnh lý tuỷ răng, vì phương thức điều trị của mỗi bệnh hoàn toàn khác nhau.



Hình 1. Sự dịch chuyển của chất lỏng trong ống ngà

Viêm tuỷ không có khả năng hồi phục

Khi tình trạng bệnh lý tuỷ răng tiến triển thành viêm tuỷ không có khả năng hồi phục thì cần điều trị bằng cách loại bỏ mô bệnh đi. Hiệp hội nội nha Mỹ kiến nghị rằng nên phân tình trạng này thành hai loại là viêm tuỷ không có khả năng hồi phục có triệu chứng và không có triệu chứng.

Viêm tuỷ không có khả năng hồi phục có triệu chứng

Răng được phân vào tình trạng viêm tuỷ không có khả năng hồi phục có triệu chứng khi răng đã có biểu hiện đau liên tục hoặc đau tự phát. Khi răng bị kích thích bởi nhiệt (đặc biệt là kích thích lạnh) thì cơn đau tăng lên và kéo dài, thậm chí đau vẫn còn sau khi đã loại bỏ thích thích. Đau có thể râm rộ hoặc âm ỉ, khu trú, lan toả hoặc đau xuất chiếu. Thông thường hình ảnh X quang cho thấy xương quanh chóp không có sự thay đổi nào hoặc thay đổi tối thiểu. Với bệnh lý viêm tuỷ không có khả năng hồi phục tiến triển thì trên X quang có thể thấy được sự dày lên của dây chằng nha chu, đôi khi tuỷ răng bị kích

thích sẽ có hình ảnh canxi hoá trong buồng tuỷ hoặc ống tuỷ. Khi thăm khám lâm sàng hoặc trên X quang hoặc khai thác bệnh sử có thể thấy được sự hiện diện của xoang trám lớn, sâu răng, lộ tuỷ, hoặc bất kỳ tác nhân trực tiếp hay gián tiếp nào tác động vào mô tuỷ, vừa mới đây hoặc trước đây. Thông thường, khi viêm tuỷ không có khả năng hồi phục có triệu chứng không được điều trị thì tuỷ răng sẽ bị hoại tử.

Viêm tuỷ không có khả năng hồi phục không triệu chứng

Trong trường hợp lỗ sâu lớn nhưng không gây ra bất kỳ triệu chứng nào, thậm chí là trên lâm sàng hoặc X quang cho thấy lỗ sâu có thể đã mở rộng vào tuỷ răng. Nếu không điều trị, răng có thể xuất hiện triệu chứng hoặc tuỷ răng sẽ dần hoại tử. Trong trường hợp viêm tuỷ không có khả năng hồi phục không có triệu chứng thì nên tiến hành điều trị nội nha sớm nhất có thể nhằm để tình trạng này không phát triển lên viêm tuỷ không có khả năng hồi phục có triệu chứng khiến bệnh nhân đau đớn và căng thẳng.

Tuỷ hoại tử

Khi tuỷ răng bị hoại tử (hoặc tuỷ răng không còn sống), không còn sự cung cấp máu đến tuỷ răng và dây thần kinh tuỷ không thực hiện chức năng. Phân loại lâm sàng này nhằm mô tả tình trạng mô học của tuỷ răng. Tình trạng này theo sau tình trạng viêm tuỷ không có khả năng hồi phục có triệu chứng hoặc không có triệu chứng. Sau khi tuỷ răng hoại tử hoàn toàn, răng sẽ không có biểu hiện gì cho đến khi các triệu chứng xuất hiện trở lại do bệnh lý tiến triển đến vùng mô quanh chóp. Khi tuỷ răng hoại tử, răng sẽ không đáp ứng với thử nghiệm điện hoặc kích thích lạnh. Tuy nhiên, nếu đặt nhiệt vào răng trong một khoảng thời gian đủ lâu, răng có thể đáp ứng với kích thích. Đáp ứng này có thể liên quan đến chất lỏng hoặc khí còn lại trong ống tuỷ, chúng giãn nở và tác động vào vùng mô quanh chóp. Như được thảo luận từ trước, chấn thương răng cũng có thể làm răng không đáp ứng với các thử nghiệm tuỷ và bắt chước những triệu chứng của tuỷ hoại tử, do đó, bắt buộc phải khai thác bệnh sử nha khoa kỹ lưỡng.

Tuỷ răng hoại tử có thể bán phần hoặc toàn bộ, có thể không liên quan đến tất cả các ống tuỷ ở răng nhiều chân. Vì lý do này, răng có thể có những triệu chứng dễ nhầm lẫn chẳng hạn như thử nghiệm tuỷ ở một chân răng có thể không đáp ứng nhưng chân răng khác lại đáp ứng. Răng cũng có thể biểu hiện những triệu chứng của viêm tuỷ không có

khả năng hồi phục có triệu chứng. Sau khi tuỷ răng hoại tử, vi khuẩn có thể phát triển bên trong ống tuỷ. Khi quá trình nhiễm khuẩn (hoặc độc tố vi khuẩn từ nhiễm trùng này) lan rộng đến khoảng dây chằng quanh chóp, răng có thể biểu hiện triệu chứng khi ấn/gõ hoặc đau tự phát. Trên X quang có thể thấy những thay đổi như giãn dây chằng nha chu cho đến thấu quang quanh chóp. Răng có thể nhạy cảm với nhiệt độ nóng và thường giảm đau khi đặt nhiệt lạnh. Như đã được thảo luận trước đây, điều này có thể giúp xác định vị trí răng có tuỷ hoại tử khi cơn đau là lan toả hoặc xuất chiếu.

Răng đã được điều trị trước đây

Hiệp hội Nội nha Hoa Kỳ đề nghị phân loại những răng đã có điều trị nội nha không phẫu thuật và hệ thống các ống tuỷ được trám bít bởi vật liệu trám bít ống tuỷ vào nhóm các răng đã được điều trị trước đây. Trong trường hợp này, răng có thể có hoặc không có bất kỳ dấu hiệu, triệu chứng nào nhưng sẽ cần điều trị lại nội nha không phẫu thuật hoặc điều trị nội nha phẫu thuật để giữ được răng. Trong hầu hết các trường hợp, những răng này sẽ không còn phần mô tuỷ sống hoặc hoại tử nữa nên sẽ không đáp ứng với các thử nghiệm tuỷ răng.

Răng đã được điều trị sơ khởi

Hiệp hội chỉnh nha Hoa Kỳ kiến nghị phân loại những trường hợp răng đã được thực hiện những thủ thuật nội nha một phần vào nhóm răng đã được điều trị sơ khởi. Những trường hợp thuộc nhóm này bao gồm lấy tuỷ thân hoặc lấy tuỷ thân và chân. Trong hầu hết các ca, lấy tuỷ thân hoặc lấy tuỷ thân và chân được thực hiện khẩn cấp ở những răng viêm tuỷ không có khả năng hồi phục có triệu chứng hoặc không có triệu chứng. Trong những tình huống khác, thủ thuật này được thực hiện như một phần của thủ thuật điều trị tuỷ răng sống, răng bị chấn thương, che tuỷ chờ chân răng hoàn thiện hoặc thủ thuật kích thích sự hình thành cầu ngà ở chóp răng. Trong những trường hợp này, không thể chẩn đoán chính xác tình trạng tuỷ răng cho đến khi tất cả mô tuỷ đều được lấy sạch.

Bệnh lý mô quanh chóp

Mô quanh chóp bình thường

Đây là tiêu chuẩn để so sánh với các trường hợp bệnh lý quanh chóp khác. Trong phân loại này, bệnh nhân không có triệu chứng và răng đáp ứng bình thường với thử nghiệm ấn và gõ. Hình ảnh X quang cho thấy lamina dura và dây chằng quanh chân răng nguyên vẹn.

Viêm quanh chóp có triệu chứng

Răng bị viêm quanh chóp có triệu chứng có phản ứng đau cấp tính với lực nhai hoặc thử nghiệm gõ. Răng này có thể có hoặc không đáp ứng với thử nghiệm tuỷ răng, và trên X quang hình ảnh của răng thường biểu hiện sự giãn rộng của dây chằng nha chu, có thể có hoặc không có thấu quang quanh chóp ở một hoặc tất cả các chân răng.

Viêm quanh chóp không triệu chứng

Một răng viêm quanh chóp không có triệu chứng thường không biểu hiện triệu chứng gì trên lâm sàng. Răng này không đáp ứng với thử nghiệm độ sống tuỷ, và hình ảnh X quang biểu hiện thấu quang quanh chóp. Răng thường không nhạy cảm với lực cắn nhưng khi gõ bệnh nhân có thể có “cảm giác khác” so với các răng khác.

Áp xe quanh chóp cấp tính

Răng bị áp xe quanh chóp cấp tính sẽ đau dữ dội khi cắn, gõ hoặc lay răng. Răng không đáp ứng với bất kỳ thử nghiệm độ sống tuỷ nào và sẽ lung lay ở những mức độ khác nhau. Hình ảnh X quang biểu hiện sự giãn rộng của dây chằng nha chu cho đến thấu quang quanh chóp. Sưng trong miệng và mô ngoài mặt gần với răng bệnh lý với những mức độ khác nhau. Bệnh nhân thường sẽ bị sốt, các hạch bạch huyết cổ và dưới hàm sẽ nhạy cảm khi sờ nắn.

Áp xe quanh chóp mạn tính

Răng bị áp xe quanh chóp mạn tính thường sẽ không có triệu chứng lâm sàng. Răng sẽ không đáp ứng với thử nghiệm độ sống tuỷ và hình ảnh X quang sẽ biểu hiện thấu quang quanh chóp. Răng thường không nhạy cảm khi cắn nhưng có thể bệnh nhân sẽ “cảm thấy

khác” khi gõ. Bệnh lý này có thể được phân biệt với viêm quanh chóp không triệu chứng vì nó có sự thoát mủ qua lỗ dò.

Đau không có nguồn gốc do răng

Nếu sau khi tất cả các thử nghiệm được thực hiện mà thấy rằng đau không có nguồn gốc do răng thì nên chuyển bệnh nhân đến phòng khám liên quan đến các cơn đau vùng đầu mặt để thử nghiệm thêm.

TÓM TẮT

Nội nha là một chuyên khoa có tính đa dạng cao, trong đó chú trọng nhiều đến cách thức điều trị lâm sàng. Các bác sĩ cần cải thiện khả năng thao tác điều trị nội nha bằng cách tập quan sát dưới kính hiển vi, xác định chính xác lỗ chóp bằng máy định vị lỗ chóp điện tử, sử dụng X quang kỹ thuật số để nâng cao chất lượng hình ảnh,... Thực hành phối hợp giữa việc làm sạch và tạo hình ống tuỷ với dụng cụ siêu âm và trâm quay Niken-titanium dưới sự hỗ trợ của vi tính và tay khoan điện tử. Có rất nhiều tiến bộ trong nội nha gần đây được giới thiệu nhằm đạt được mục tiêu điều trị tối ưu. Tuy nhiên những thành tựu này cũng vô ích nếu như việc chẩn đoán không chính xác. Trước khi bác sĩ cân nhắc việc thực hiện điều trị nội nha thì cần trả lời những câu hỏi sau:

- Liệu vấn đề bệnh nhân mắc phải có nguồn gốc do răng không?
- Liệu mô tuỷ có liên quan đến tình trạng bệnh lý của răng hay không?
- Tại sao răng lại biểu hiện bệnh lý tuỷ răng?
- Phương thức điều trị thích hợp là gì?

Tiến hành các thử nghiệm, dùng bảng câu hỏi, lập luận để đưa ra được chẩn đoán chính xác và cuối cùng là đưa ra được kế hoạch điều trị thích hợp. Nghệ thuật và khoa học chẩn đoán là bước đầu tiên cần thực hiện trước khi bắt đầu bất kỳ điều trị nào.

Nguồn: *Kenneth M. Hargreaves, Stephen Cohen. 2011. “Cohen’s Pathways of the pulp”*
.10th edition. Mosby, Inc.