

VIÊM NHIỄM PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

TS.BSCKII. Vũ Anh Dũng

1. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm nhiễm phần mềm vùng hàm mặt (còn gọi là viêm mô tế bào, viêm mô liên kết) là tổn thương thường gặp do nhiều nguyên nhân. (Mô liên kết gồm 3 loại chính: Mô liên kết chính thức, mô sụn, mô xương. Mô liên kết chính thức gọi tắt là mô liên kết có thành phần cấu tạo gồm: tế bào mô liên kết, chất căn bản và sợi liên kết).

- Vùng hàm mặt được nuôi dưỡng bởi hệ thống mạch máu phong phú, giàu bạch huyết nên khả năng chống nhiễm trùng tốt, ít có nguy cơ nhiễm trùng hoại thư.

- Vùng hàm mặt có cấu tạo phức tạp, có sự liên quan giữa các vùng với nhau nên khi viêm nhiễm lan tỏa thường lan ra các vùng lân cận hoặc đi xa như từ vùng dưới hàm có thể lan đến vùng mang tai, khoang bên hậu; nhiễm khuẩn khoang sau hàm có thể lan lên nền sọ hoặc xuống trung thất... Có thể gây các biến chứng nặng như viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, nhiễm khuẩn huyết...

2. NGUYÊN NHÂN

2.1. Nguyên nhân do răng

- Viêm quanh cuống răng
- Viêm quanh răng
- Chân răng còn sót gây nhiễm khuẩn
- Biến chứng do mọc răng đặc biệt mọc răng khôn
- Biến chứng do nhổ răng
- Nang chân răng, nang răng mọc ngầm nhiễm khuẩn.

2.2. Nguyên nhân không do răng

- Nhiễm khuẩn da và niêm mạc như viêm nang lông, nhọt mặt, viêm loét niêm mạc miệng

- Chấn thương rách phần mềm, gãy xương hàm nhiễm khuẩn
- Nhiễm khuẩn tuyến nước bọt
- Viêm amidan mũ
- Viêm xoang hàm; nang xương hàm bội nhiễm
- Tai biến do gây tê, do phẫu thuật không đảm bảo vô trùng.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

3.1. Viêm mô tế bào cấp thanh dịch: Là giai đoạn đầu của viêm, có đặc điểm giãn mạch, bạch cầu xuyên mạch, thanh dịch rỉ trong tổ chức. Giai đoạn này có thể phục hồi nếu được điều trị đúng và kịp thời.

3.2. Áp xe (viêm mũ): Là giai đoạn cơ thể hình thành hàng rào bảo vệ ngăn mũ với tổ chức xung quanh. Màng ngăn mũ là tổ chức liên kết mới hình thành có thể xem như quá trình bảo vệ có ích chứng tỏ khả năng chống đỡ của cơ thể. Mủ màu vàng hay xanh, đặc hay loãng, thối hay không tùy loại vi khuẩn.

3.3. Viêm tấy (Phegmon): Là quá trình nhiễm khuẩn và hoại tử có khuynh hướng lan tỏa, không có giới hạn giữa tổ chức lành và bệnh. Tiến triển nhanh, tổ chức nề to, hoại tử và tiêu tổ chức như cơ, thần kinh, mạch máu

3.4. Viêm tế bào mạn: Có thể sau một vài lần viêm cấp điều trị không triệt để vùng viêm không khỏi hẳn mà khu trú dưới da tạo nên những mảng thâm nhiễm cứng dưới da hay quanh xương, giả u, rò mủ ra ngoài da hay niêm mạc.

4. TRIỆU CHỨNG

4.1. Thể viêm tụ cấp tính

- Giai đoạn đầu:
 - + Đau tại vùng viêm, đau liên tục lan sang vùng lân cận. Nếu nguyên nhân do răng có thể thấy đau răng nguyên nhân.
 - + Toàn thân: sốt cao trên 38°C, mạch nhanh. Nếu vùng viêm nằm ở chân bướm hàm hay thành bên họng có thể làm bệnh nhân khó nuốt, khó thở.
 - + Tại chỗ: sưng, nóng, đỏ, đau, da căng bóng ấn chắc. Tùy vị trí viêm mà gây dấu hiệu biến dạng lệch mặt, làm mờ các rãnh tự nhiên như rãnh môi má, rãnh mũi má. Nếu viêm nhiễm vùng sàn miệng thấy sưng to vùng dưới hàm lan

xuống xương móng, phía trước lan xuống vùng dưới cằm. Có thể thấy miệng há hạn chế. Nếu nguyên nhân do răng thấy răng nguyên nhân có tổn thương, lung lay. Ngách lợi tương ứng sưng nề.

- Giai đoạn áp xe:

- + Đau nhức giảm dần

- + Toàn thân: Sốt giảm dần

- + Tại chỗ: Nếu làm mũ ở nông có thể nhìn thấy mũ trắng ở ngay phía dưới, sờ mềm, xung quanh cứng hơn, có dấu hiệu chuyển sóng. Nếu nung mũ ở sâu có dấu hiệu ấn lõm, in dấu ngón tay.

4.2. Thể viêm mạn

- Sau vài lần viêm tụ cấp không khỏi hay sau đợt viêm cấp không khỏi, vùng viêm không xẹp hẳn mà khu trú lại dưới da.

- Triệu chứng cơ năng và toàn thân giảm dần, có khi không rõ.

- Tại chỗ: Màu sắc da trên vùng viêm tím xám, sờ chắc. Khi có lỗ rò, miệng lỗ rò lồi, di động, ấn có mũ chảy ra.

- X quang: xương hàm bình thường; dùng chẩn đoán phân biệt viêm xương tủy hàm mạn.

4.3. Thể viêm lan tỏa (Phlegmon)

- Là một viêm mô tế bào lan rộng, tiến triển nhanh, các tổ chức viêm chịu một quá trình hoại tử lan rộng.

- Yếu tố thuận lợi:

- + Cơ thể có sức đề kháng giảm (người già, yếu, nghiện rượu, bệnh nhân đái đường)

- + Vi khuẩn có độc lực mạnh; vi khuẩn ưa khí như liên cầu khuẩn tan huyết và không tan huyết, tụ cầu khuẩn trắng và vàng; các vi khuẩn yếm khí như trực khuẩn perfringens, thoi xoắn khuẩn...

- Toàn thân có dấu hiệu nhiễm trùng, nhiễm độc nặng: Sốt cao, rét run, mệt mỏi, mất ngủ, có thể thấy khó thở nếu vùng viêm lan tỏa xuống thành bên

họng, da xanh tái. Có thể thấy dấu hiệu mạch nhiệt phân ly do nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

- Tại chỗ: Tổ chức bị thâm nhiễm cứng, không có ranh giới giữa tổ chức lành và bệnh, màu sắc da vùng viêm thay đổi ít. Miệng há hạn chế, nếu ổ viêm vùng sàn miệng sẽ gây nuốt khó. Nếu do răng sẽ thấy răng nguyên nhân lung lay, ngách lợi tương ứng nề đỏ.

- Tiên triển: bệnh tiến triển có thể gây nhiều biến chứng nặng nề: Nhiễm khuẩn huyết, chảy máu do loét mạch máu, viêm tắc tĩnh mạch, tạo ổ mủ vùng sâu.

5. CÁC THỂ LÂM SÀNG THƯỜNG GẶP

5.1. Áp xe vùng má

Sung nề đỏ vùng má, thâm nhiễm lan lên trên đến vùng mi mắt, thái dương, xuống dưới lan đến vùng dưới hàm, các rãnh tự nhiên bị xóa mờ. Sờ giai đoạn đầu thấy cứng, sau ấn lõm hoặc dấu hiệu chuyển sóng, miệng há hạn chế, ngách lợi bên bệnh đầy, niêm mạc nề đỏ.

5.2. Áp xe vùng cơ cắn

- Sung vùng góc hàm lan đến má, mi dưới, vùng thái dương, sau hàm hoặc dưới hàm. Sờ cứng nếu áp xe dưới cơ cắn, nếu ổ áp xe trên cơ cắn sờ mềm, ấn lõm, dấu hiệu chuyển sóng rõ.

- Dấu hiệu khít hàm dữ dội, niêm mạc vùng má và bờ trước ngành lên xương hàm dưới bên bệnh nề, ấn rất đau.

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Áp xe tuyến nước bọt mang tai: Lỗ stenson nề đỏ, vuốt dọc ống có mủ chảy ra.

+ Viêm xương tủy vùng góc hàm: Có dấu hiệu vincent, cần chụp Xquang để phân biệt.

+ Viêm hạch trước tai, hạch góc hàm: Lúc đầu khối viêm đã có ranh giới rõ, mật độ chắc, sau hình thành mủ mềm hơn.

5.3. Áp xe vùng hố nanh

Má sưng to, da căng bóng nhất là vùng hố nanh. Rãnh mũi má bị xóa, mí dưới bị sưng nề làm cho mắt bị khép lại. Rãnh tiền đình bị nề, có thể có dấu hiệu chuyển sóng giữa vùng niêm mạc và da.

5.4. Áp xe các vùng sàn miệng (vùng dưới hàm, dưới cằm, dưới lưỡi):

- Sưng to vùng dưới hàm, vùng cằm lan xuống xương móng, vùng má, vùng cổ bên. Sờ lúc đầu cứng, sau mềm hoặc chuyển sóng.

- Khít hàm nhiều, nuốt khó, niêm mạc ngách lợi và sàn miệng nề, sung huyết; nếp dưới lưỡi lồi lên như mào gà, lưỡi có thể nề và bị đẩy về bên lành, cử động đau.

- Chẩn đoán phân biệt:

+ Áp xe tuyến dưới hàm: Khám thấy có mủ chảy ra qua ống Wharton

+ Viêm hạch mủ: Lúc đầu viêm nổi cục ranh giới rõ sau lan ra xung quanh.

5.5. Áp xe các vùng sâu (Khoang sau hàm, khoang bên hầu)

- Đây là vùng có chứa nhiều thành phần giải phẫu quan trọng như động mạch cảnh trong, động mạch cảnh ngoài, dây thần kinh IX, X, XI, XII, các hạch giao cảm cổ.

- Dấu hiệu toàn thân thường nặng nề: Sốt cao, thể trạng suy sụp, đau đầu, mạch nhanh nhỏ.

- Dấu hiệu cơ năng: Rất khó nuốt, khó thở, đau nửa mặt bên bệnh.

- Thực thể:

+ Sưng nóng đỏ vùng thái dương, vùng cơ cắn, vùng dưới hàm, sung lan xuống dọc cơ ức đòn chũm.

+ Nề mí dưới, phù màng tiếp hợp, lồi mắt do thông giữa khoang sau hàm với hố mắt qua khe bướm hàm; ấn nhãn cầu đau.

+ Ấn sau góc hàm và dọc bờ sau cảnh lên xương hàm dưới rất đau.

+ Miệng há hạn chế nhiều, niêm mạc vùng ngách lợi sau và trụ trước màn hầu nề, căng, có thể đẩy amidan và vòm miệng mềm vào giữa; sờ túi cùng hàm

trên và lồi củ xương hàm trên rất đau. Sờ hai tay, một ngón ở hầu, các ngón khác ở ngoài mặt sau và dưới góc hàm có thể mềm lún hay chuyển sóng.

5.6. Dấu hiệu của viêm tắc tĩnh mạch xoang hang

- Sốt cao 39- 40°C, rét run
- Đau đầu dội
- Dấu hiệu kích thích màng não: sợ tiếng động, sợ ánh sáng
- Dấu hiệu mắt: mi nề, lồi mắt, sợ ánh sáng, ấn nhãn cầu đau, rối loạn phản xạ, rối loạn vận động nhãn cầu, lác mắt
- Có thể có viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết.

6. ĐIỀU TRỊ

6.1. Nguyên tắc

- Dựa tình trạng toàn thân, tại chỗ; cần khám lâm sàng tỉ mỉ để đánh giá đúng tình trạng nhiễm trùng, nhiễm độc; các bệnh nội khoa có liên quan, đặc biệt là bệnh tiểu đường hay suy giảm miễn dịch mắc phải; vị trí và tính chất tổn thương tại chỗ.

- Cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ để tìm vi khuẩn và chọn kháng sinh cho phù hợp.

- Cấy máu khi tình trạng nhiễm khuẩn nặng nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết; người bệnh có dấu hiệu nhiễm độc nặng, hoặc khi mọi phương pháp điều trị trước đó tỏ ra ít có hiệu quả.

6.2. Điều trị cụ thể

6.2.1. Toàn thân

- Kháng sinh: Tốt nhất theo kháng sinh đồ, khi không có kháng sinh đồ thì nên chọn kháng sinh có phổ rộng. Khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn kỵ khí (tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc nặng, mũ thối) nên dùng kết hợp kháng sinh. Dùng kháng sinh kịp thời, đủ liều lượng là rất quan trọng để dập tắt quá trình viêm và ngăn ngừa biến chứng.

- Giảm đau, kháng viêm: Nên sử dụng thuốc giảm đau kháng viêm không Steroid. Trong một số trường hợp nặng, cơ thể phản ứng mạnh, vùng viêm lan tỏa rộng có thể sử dụng Corticoid.

- Sử dụng dịch điện giải: Cơ thể sốt cao, bệnh nhân ăn uống kém do đau, do khát hàm có thể đưa đến tình trạng mất nước điện giải nên việc bồi phụ lại dịch điện giải là rất cần thiết giúp nhanh phục hồi tổn thương và tăng sức đề kháng của cơ thể. Dung dịch cao phân tử có tác dụng có tác dụng rất lớn để tăng sức đề kháng chống lại nhiễm trùng nhiễm độc vì thế có thể truyền Plasma nếu cần.

- Truyền máu: Được chỉ định khi lượng hemoglobin hoặc hồng cầu giảm; truyền máu có tác dụng tăng protein và tăng đề kháng miễn dịch của cơ thể; có thể truyền máu trong trường hợp nhiễm khuẩn huyết, điều trị kéo.

- Các loại vitamin, chế độ ăn uống giàu dinh dưỡng;

- Điều trị kết hợp: Dùng thuốc điều trị kết hợp theo hội chẩn của các chuyên khoa.

6.2.2. Tại chỗ

- Giai đoạn đầu: Khi vùng viêm lan tỏa có ý kiến cho rằng nên chườm lạnh có tác dụng khu trú ổ áp xe, nhưng gây co mạch ngăn cản tưới máu tổ chức và giảm nồng độ kháng sinh đến ổ viêm. Ngược lại, chườm nóng bằng gạc, khăn tay thấm nước nóng, chạy tia hồng ngoại... làm tăng cường cung cấp máu tại chỗ do đó kích thích thực bào tham gia vào quá trình hồi phục tổ chức viêm.

- Giai đoạn hình thành mũ: Chính rạch dẫn lưu mũ; có thể rạch đường trong miệng hay ngoài tùy theo vị trí ổ áp xe.

Khi rạch đường trong miệng nên chọn chỗ phòng lớn nhất và thấp nhất của ổ áp xe. Khi chọn đường rạch ngoài miệng cần chú ý đến vấn đề thẩm mỹ vì vậy cần rạch ở vị trí kín che dấu sẹo, đường rạch trùng các nếp nhăn tự nhiên; đường rạch cạnh ổ mũ sẽ tránh được hiện tượng co kéo sẹo. Dùng kẹp Kocher tách rộng đường rạch, vuốt hoặc nạo hết mũ, bơm rửa bằng dung dịch nước muối 0,9% hoặc dung dịch betadin pha loãng; đặt dẫn lưu 48 giờ. Chú ý tránh

làm tổn thương các nhánh thần kinh mặt, động mạch, tuyến và ống tuyến nước bọt.

Những trường hợp ổ mủ nằm sâu cần thăm khám kỹ để chọn đường đường rạch phù hợp, có thể dùng kim chọc dò để xác định hướng bóc tách dẫn lưu, tránh làm tổn thương nhiều tổ chức. Trường hợp viêm tấy lan tỏa hình thành nhiều ổ mủ hoặc mủ thối cần rạch nhiều vị trí, bơm rửa bằng nước oxy già, phun oxy vào vết thương có tác dụng chống vi khuẩn yếm khí, tẩy mùi thối, trung hòa độc tố, kích thích tuần hoàn tại chỗ.

6.2.3. Điều trị nguyên nhân

- Nhổ răng nguyên nhân khi có chỉ định, nên nhổ sau khi đã dùng kháng sinh 2- 3 ngày;
- Xử trí vết thương phần mềm, phẫu thuật nang...khi điều kiện cho phép.