Paul A. Rosenberg

Đau nội nha

Chẩn đoán, nguyên nhân, phòng ngừa và điều trị

E-BACSY.COM

E-BACSY.COM

Paul A. Rosenberg, Bác sỹ giải phẫu nha khoa
Khoa nội nha
Đại học Nha khoa New York
New York, NY
USA

ISBN 978-3-642-54700-3
ISBN 978-3-642-54701-0 (S á c h điện tử).
DOI 10.1007/978-3-642-54701-0.
Springer Heidelberg New York Dordrecht London.
Thư viện số quản lý bởi Quốc hội: 2014940755.
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014.

Công trình này có bản quyền. Tất cả các quyền đều được Nhà xuất bản bảo lưu, cho dù toàn bộ hay một phần tài liệu có liên quan, cụ thể là các quyền dịch, in lại, tái sử dụng minh họa, sao chép, soạn lại, tái tạo trên vi phim hoặc theo bất kỳ cách cơ học nào khác khi truyền tải hoặc lưu trữ, truy xuất thông tin, dùng công nghệ điện tử, phần mềm máy tính hoặc bằng cách tương tự hoặc cahs khác hiện được biết đến hoặc sau này được phát triển. Miễn cho việc sao lưu đảm bảo tính pháp lý là các trích đoạn ngắn liên quan đến đánh giá hoặc phân tích học thuật hoặc tài liệu được cung cấp cụ thể cho mục đích nhập và thực hiện trên hệ thống máy tính, cho người mua sản phẩm dùng riêng. Việc sao chép ấn phẩm này hoặc các phần của nó chỉ được cho phép theo các quy định Luật bản quyền của Nhà xuất bản, trong ấn phẩm hiện tại và phải luôn được phép sử dụng từ Springer. Quyền sử dụng có thể được thông qua Liên kết quyền tại Trung tâm kiểm tra và xét duyệt bản quyền. Vi phạm có thể bị truy tố theo Luật Bản quyền tương ứng.

Việc sử dụng tên mô tả chung, tên đã đăng ký, nhãn hiệu, nhãn hiệu dịch vụ, v.v. trong xuất bản sách không bao hàm ý, thậm chí khi không có ý ban bố rõ, các tên đó được miễn trừ khỏi các luật và quy định bảo vệ có liên quan và do đó miễn phí cho dùng chung.

Mặc dù lời khuyên và thông tin trong cuốn sách này được cho là đúng và chính xác vào ngày công khai, cả tác giả lẫn biên tập viên và nhà xuất bản đều không chịu bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào đối với bất kỳ lỗi hoặc thiếu sót nào có thể được thực hiện. Nhà xuất bản không cho phép, cho in hay ngụ ý liên quan đến dữ liệu trong tài liệu này.

In trên giấy không có axit

Springer là bộ phận của Khoa học Springer + Truyền thông thương mại (www.springer.com)

Cuốn sách này dành riêng cho vợ tôi, Maxine, Người đã động viên và hỗ trợ để tôi hoàn thành việc biên tập và xuất bản, đó là điều rất cần thiết để hoàn thành cuốn sách này.

E-BACSY.COM

Lời nói đầu

Viện Y học Hoa Kỳ gần đây đã báo cáo rằng nhiều người Mỹ trải qua cơn đau mãn tính nhiều hơn tổng số bệnh nhân bị ung thư, bệnh tim và tiểu đường cộng lại. Do đó, chẩn đoán và điều trị đau hiệu quả là những yếu tố chính ảnh hưởng đến tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, theo nhiều cách khác, thì nỗi đau đớn lại là khi bị mất đi nghề đặc thù được đào tạo. Không có "Khoa đau" nào tồn tại. Thay vào đó, thường chỉ là một cán bộ ít kinh nghiệm mở một khóa điều tra về gây mê và giảm đau, với các chẩn đoán bổ sung cho các phương pháp chẩn đoán và chiến lược đánh giá nằm rải rác trong một số ngành lâm sàng khác. Kết quả là một mớ kiến thức chắp vá mà thường là rời rạc, phân tán và lạc hậu. Chủ đề hiện tại của Giáo sư Paul Rosenberg trực tiếp giải quyết vấn đề này. Dựa trên chuyên môn về lâm sàng đầy kinh nghiệm và kiến thức sâu rộng trong các kết quả nghiên cứu mới nhất của mình, Giáo sư Rosenberg đã tạo ra một bước đệm để điều trị cho bệnh nhân đang bị đau, tiền sử đau, hoặc bị cả hai ngày một gia tăng. Chủ đề này được tổ chức hợp lý và mỗi chương được trình bày cũng rất logic. Do đó, các bác sỹ điều trị dù ít thời gian cũng có thể nhanh chóng chuyển sang một chương độc lập hoặc có thể xem lại các chương liên quan. Tính năng này cho phép bác sỹ biết được hiệu quả cụ thể cho từng bệnh nhân. Chẳng hạn, bạn có bệnh nhân nào bị bệnh sùi mào gà sau khi nội nha không? Bạn có thể nhanh chóng chuyển đến Chương. 7 và xét nhanh các tiêu chí chẩn đoán, các yếu tố rủi ro và cách thức điều trị. Hơn nữa, mỗi chương có nhiều những lời khuyên lâm sàng để cung cấp những tóm tắt thiết yếu về những điểm chính có thể vận dụng thành công vào thực tiễn. Đây là một mỏ vàng về thông tin thực tế được thiết kế để dễ sử dụng trong môi trường thực hành.

Ngoài ra, toàn bộ cuốn sách có thể phục vụ như một chuyên đề thảo luận. Mặc dù mỗi chương được viết độc lập với nhau, có ít sự chồng chéo giữa các chương. Hơn nữa, nhiều chương có những nhận xét với phần tự đánh giá thường được liên hệ với bản thân của mỗi bệnh nhân. Cần khẳng định lại, tầm quan trọng ở đây chính là yếu tố thực tế, trực tiếp tham gia chẩn đoán và điều trị bệnh nhân đau. Các chuyên đề tổng quát đã cung cấp một chủ điểm vững chắc cho toàn bộ khóa học trong chẩn đoán và điều trị đau.

Hai tính năng bổ sung tăng cường đáng kể chuyên đề này. Thứ nhất, việc dùng nhiều các hình

ảnh lâm sàng và biểu đồ dòng chảy minh họa cho các khái niệm quan trong và tạo điều kiện thuận lợi cho việc áp dụng chúng vào điều trị. Điều này đặc biệt quan trọng vì một bức ảnh chất lượng thực sự thường đáng giá hơn cả ngàn lời nói. Thứ hai, DVD (là đĩa quang dùng để lưu trữ video và dữ liệu) đi kèm cung cấp nhanh chóng cho việc truy cập vào thông tin khi cần hỗ trợ để thuyết phục bệnh nhân bằng các hình ảnh lâm sàng liên quan.

Trong công việc bận rộn ngày nay, rất khó tìm thấy các nguồn thông tin tích hợp, riêng lẻ được thiết kế để áp dụng ngay lập tức trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân đau. Đây là một cuốn sách chuyên môn không phải nằm trên giá sách của bạn mà phải nằm ngay trên bàn của bạn. Tôi tin rằng nó sẽ cải thiện tính hiệu quả trong quản lý ở các bệnh lâm sàng luôn phức tạp này.

Ken M. Hargreaves
Bác sỹ giải phẫu nha khoa,
Tiến sỹ Trung tâm khoa học sức khỏe UT San Antoni San Antonio, TX USA

Lưu ý dành cho người đọc

Trong nỗ lực tạo ra cho người dùng sách được tiện lợi, thì ở mỗi chương đã trình bày một cách độc lập. Với một mức độ nhiều, nhưng người đọc không nhất thiết phải liên tục chuyển qua lại giữa các chương. Tuy nhiên, có một số lĩnh vực được giới thiệu trong mỗi chương và được phát triển thêm trong một chương khác. Tôi hy vọng rằng bạn sẽ thấy cách tiếp cận này là hữu ích.

New York, NY, USA
Paul A. Rosenberg, Bác sỹ giải phẫu nha khoa

E-BACSY.COM

Lời cảm ơn

Tôi xin chân thành cảm ơn các cộng sự của Tiến sĩ Ignatius N. và Khoa Nội nha Sally Quartararo tại Đại học Nha khoa New York vì sự cống hiến của họ cho các thế hệ sinh viên. Tôi xin ghi nhận sự đóng góp của Tiến sĩ Asgeir Sigurdsson vì đã tiếp tục hỗ trợ dự án này. Cùng với các cán bộ , Joseph Pellicciari, Nida Ahmed, Edna Afiriyie và Eugene Podborits, tôi cũng xin gửi lời cảm ơn vì sự hỗ trợ của họ trong suốt quá trình chuẩn bị bản thảo này.

Tôi xin ghi nhận sự đóng góp Tiến sĩ Paul Duncan Eleazer và Tiến sĩ Matthew Malek vì đã xem xét tỉ mỉ về các bản thảo này, cũng như về kịch bản của ông. Tiến sĩ Kenneth Hargreaves như là một người cố vấn, một người bạn có ảnh hưởng với tôi trong nhiều năm. Nghiên cứu và thành quả của anh ấy, trong lĩnh vực về sự đau đớn, đã tạo ra một tác động sâu sắc đến việc chăm sóc bệnh nhân và hết sức quan trọng với tôi trong những nỗ lực nghiên cứu của tôi.

E-BACSY.COM

MỤC LỤC

Lời nói đầu.....5
Lưu ý dành cho người đọc.....6
Lời cảm ơn.....7
CHƯƠNG 1: 1.1 Giới thiệu.....15
1.2 Tiền sử bệnh.....15
1.2.1 Bệnh tiểu đường.....16
1.2.2 Bệnh gan.....17
1.2.3 Đau mặt mãn tính.....18
1.3. Tiền sử triệu chứng chính của bệnh.....18
1.3.1 Tiền sử nha khoa.....19
1.3.3 Mức độ đau.....21
1.4 Điều gì gây ra cơn đau?.....21
1.4.1 Đau không phải do răng.....22
1.4.2 Đau răng không do răng bắt nguồn từ đau cân cơ 22
1.4.3 Viêm xoang hàm trên.....23
1.5 Gây tê vùng như một công cụ hướng đến để điều trị 23
1.6 "Các từ cảnh báo đỏ" 24
1.6.1 Những từ thường dùng để miêu tả đau do răng.....24
1.6.2 Những từ thường dùng để miêu tả đau không phải do răng..25
1.7. Đau thần kinh.....25
1.7.2 Đặc điểm của đau không phải do răng.....25
1.8 Mẫn cảm với nha khoa.....26
1.9 Chẩn đoán khó xử lý.....27
1.10 Điều trị hoặc để xem xét.....27
1.11 "Khi nào thì đau sẽ nhiều hơn?".....30
1.12 Triệu chứng mô tả của bệnh nhân.....30
1.12.1 Nguồn sáng và tăng cường thị giác.....30
1.12.2 Sự bất thường.....32
1.12.3 Kiểm tra sự bất thường.....33
1.12.4 Khối u: Ý nghĩa sinh học.....33
1.12.5 Sự phức tạp giữa viêm nội nha – viêm nha chu.....35
1.12.6 Kế hoạch điều trị.....37
1.12.7 Kiểm tra mô cứng.....37
1.12.8 Răng.....38
1.13 Tổng hợp các trường hợp chẩn đoán.....40

E-DACSY.COM

1.13.1 Dự báo nguyên nhân.....40
1.14 Lý do lập kế hoạch.....41
1.14.1 Thăm khám một lần so với nhiều lần.....42
1.15 Tự mô tả.....43
1.15.1 Mô tả 1.....43
1.15.2 Mô tả 2.....44
Tài liệu tham khảo.....45
CHƯƠNG 2: Đau do răng và đau không do răng.....47
2.1 Thuật ngữ: Đau theo cơ chế sinh học.....47
2.1.1 Hệ thần kinh ngoại biên.....47
2.1.2 Các tế bào thần kinh hướng tâm nguyên phát.....47
2.1.3 Các sợi A- bêta.....48
2.1.4 Các sợi A-Delta.....48
2.1.5 Các sợi C.....48
2.1.6 Chứng loạn cảm đau và tăng cảm giác đau.....49
2.1.7 Chứng loạn cảm đau 49
2.1.8 Chứng tăng cảm giác đau.....49
2.1.9 Sự nhạy cảm hóa trung ương.....50
2.1.10 Nhạy cảm ngoại vi.....51
2.2 Nhận thức rõ "Điều gì là không đau".....51
2.2.1 Đau do răng.....52
2.2.2 Đau không do răng 53
2.2.3 Đau dây thần kinh.....60
Tài liệu tham khảo.....65
CHƯƠNG 3: Chụp X quang và các xét nghiệm chẩn đoán.....67
3.1 Chụp X quang.....67
3.1.1 Chụp X quang quanh chóp răng.....67
3.1.2 Chụp X quang chân răng cả hai hàm.....68
3.1.3 Chụp X quang toàn cảnh.....70
3.2 Chụp cắt lớp điện toán chùm tia hình nón (CBCT).....70
3.2.1 Nguyên lý ALARA.....71
3.2.2 Phạm vi quan sát (FOV) 71
3.2.3 Giới hạn phạm vi quan sát (FOV).....71
3.2.4 Bản báo cáo vị trí: Chụp cắt lớp điện toán chùm tia hình nón.....71
3.2.5 Sự thuyết minh.....71
3.2.6 Các kiến nghị.....72
3.2.7 Nghiên cứu: CBCT với Sinh thiết.....72
3.3 Nghiên cứu chẩn đoán.....72

3.3.1 Nghiên cứu chẩn đoán....73
3.3.2 Các cách kiểm tra lâm sàng....80
3.4 Công cụ hỗ trợ chẩn đoán: Lưu lượng kế Laser Doppler 86
3.5 Nứt răng....86
3.5.1 Lịch sử....86
3.5.2 Khối cắn....87
3.5.3 Phương pháp chiếu sáng qua mô....87
3.5.4 Dấu hiệu ban đầu khi răng bị rạn....87
3.5.5 Các đường rạn....89
Tài liệu tham khảo....90
CHƯƠNG 4: Thuật ngữ chẩn đoán viêm tủy răng, viêm quanh cuống răng và chọn cách điều trị....92
4.1 Thông tin tổng hợp....92
4.2 Thuật ngữ....92
4.3 Tính khả biến của thần kinh....93
4.4 Viêm tủy hồi phục....94
4.5 Nhạy cảm với lạnh sau phẫu thuật phục hồi....97
4.6 Triệu chứng viêm tủy không hồi phục....98
4.7 Tủy răng bị hoại tử....99
4.8 Răng đã điều trị trước đây....100
4.9 Triệu chứng viêm nha chu quanh chóp răng....102
4.10 Không có triệu chứng viêm nha chu quanh chóp răng....102
4.11 Áp xe mạn tính quanh chóp răng....103
4.12 Áp xe cấp tính quanh chóp răng....103
4.13 Nhập viện của bệnh nhân bị áp xe răng....106
4.13.1 Viêm mô tế bào....106
4.14 Mở kéo dài....108
4.14.1 Nguyên nhân phổ biến của mở kéo dài....108
4.15 Viêm xương tụ đặc....108
4.16 Chứng đau răng không điển hình: Hiện tượng đau thần kinh ở miệng....109
4.16.1 Mô tả ban đầu của bệnh nhân bị đau không điển hình....109
4.16.2 Tổng quan về bệnh đau thần kinh....110
4.17 Tự đánh giá....111
4.17.1 Kế hoạch điều trị....113
Tài liệu tham khảo....114
CHƯƠNG 5: Nguyên nhân gây đau nội nha và cách phòng ngừa....115

5.1 Nguyên nhân gây đau nội nha.....115
5.2 Bệnh sâu răng.....115
5.2.1 Ảnh hưởng của các vi khuẩn trong hệ thống ống tủy răng...117
5.3 Hệ thống đáp ứng chậm với đau.....118
5.3.1 Tủy răng bị hoại tử.....119
5.3.2 Khởi đầu cho một nghiên cứu.....119
5.4 Chấn thương.....120
5.4.1 Yếu tố phục hồi.....120
5.5.2 Đau: Các yếu tố ảnh hưởng.....121
5.5 Cách thức phòng ngừa đau.....121
5.5.1 Cách thức phòng ngừa.....121
5.5.3 Các bệnh đi kèm.....122
5.5.4 Dự báo đau nội nha.....122
5.6 Các yếu tố khác ảnh hưởng đến đau của bệnh nhân: di truyền, giới tính, lo âu.....123
5.6.1 Tính di truyền.....125
5.6.2 Giới tính và giống nòi.....126
5.7 Nghiên cứu gần đây: Xác suất đau.....127
5.7.1 Tỷ lệ mắc.....128
5.7.2 Hướng nghiên cứu.....129
5.7.3 Chứng lo âu.....129
5.7.4 Nghiên cứu lâm sàng.....129
5.8 Tránh điều trị.....130
5.8.1 Thay đổi hành vi.....130
5.9 Bệnh nhân lớn tuổi.....132
5.10 Liệu pháp dược bổ sung.....132
5.10.1 Oxit nitơ.....133
5.10.2 Lo âu và an thần.....133
5.11 Gây tê cục bộ.....135
5.11.2 Giảm nhai như một cách để phòng ngừa đau.....136
5.11.3 Đau trước phẫu thuật: Ảnh hưởng đến sự sống còn của răng.
5.11.4 Các biến chứng nghiêm trọng hơn sau khi bị bít lại.....140
Tài liệu tham khảo.....142
CHƯƠNG 6: Gây tê cục bộ.....146
6.1 Độ sâu của gây tê cục bộ.....146
6.1.1 Mô mềm và gây tê răng.....146
6.2 Gây tê và viêm tủy răng không hồi phục.....147

6.3 Thất bại trong gây mê.....147
6.3.1 Diến biến của người bệnh.....148
6.3.2 Gây mê bổ sung.....149
6.4 Phương pháp lựa chọn.....149
6.4.1 Thẩm thấu qua niêm mạch miệng 149
6.4.2 Tiêm vào dây chằng (PDL).....150
6.4.3 Tiêm vào trong xương.....152
6.4.4 Gây tê trong tủy răng.....153
6.4.5 Ôxít Nitơ và vùng thần kinh phía dưới ổ răng.....154
6.5 "Nóng ở vùng răng".....155
6.5.1 Điều trị "Nóng ở vùng răng" 156
6.6 Quan tâm biểu hiện.....156
6.6.1 Tê môi và việc giảm đau (đau nhẹ), phản hồi về cảm giác gây khó chịu.....158
6.6.2 Tê môi và việc tăng đau (những cơn đau), phản hồi về cảm giác gây khó chịu.....158
6.6.3 Nghiên cứu lâm sàng.....158
6.6.4 Không bị tê môi.....159
6.7 Cảm nhận của bệnh nhân.....160
Tài liệu tham khảo.....161
CHƯƠNG 7: Các cơn kịch phát trong nội nha.....163
7.1 Giới thiệu.....163
7.2 Tỉ lệ các cơn kịch phát trong nội nha.....164
7.2.1 Phân tích tổng hợp.....165
7.2.2 Tỷ lệ cơn kịch phát trong nội nha.....165
7.3 Các điều kiện tạo tiền đề.....165
7.3.1 Nghiên cứu.....166
7.4 Trao đổi cơ bản.....167
7.5 Chẩn đoán bệnh.....168
7.6 Cơn kịch phát trong nội nha và kết quả của nó.....171
7.7 Các trường hợp tăng đau trong quá trình điều trị.....171
7.8 Mục tiêu của việc thăm khám khẩn cấp.....172
7.9 Tổ chức cấp cứu đau không do răng.....173
7.9.1 Phẫu thuật cấp cứu.....173
7.9.2 Khảo sát ban đầu: Hiệu quả việc lấy tủy.....173
7.9.3 Các câu hỏi chẩn đoán và các cơn đau tăng.....174
7.9.4 Làm sạch/ bơm rửa và tạo hình.....174

7.9.5 Sự giảm nhai.....175
7.9.6 Đường rạch và dẫn lưu (I&D).....177
7.9.7 Tiêm thuốc tê trong khi đang bị sưng.....178
7.9.8 Dẫn lưu với các vùng ổ răng.....180
7.9.9 Áp xe khi bị bít lại.....180
7.9.10 Khoan xương.....180
7.10 Thống kê các tai biến.....181
7.10.1 Tai biến do Natri Hypoclorit.....182
7.10.2 Tiếp cận không đầy đủ.....185
7.10.3 Thiết lập đo đạc kiểm soát.....185
7.10.4 Chụp X quang.....186
7.10.5 Thiết lập đo đạc kiểm tra.....186
7.10.6 Thiết bị dụng cụ và cơn kịch phát trong nội nha.....187
7.11 Các yếu tố khác khiến bệnh nhân đau.....188
7.11.1 Yếu tố di truyền.....189
7.12 Các câu hỏi chẩn đoán với các cơn đau tăng.....189
7.13 Các trường hợp khẩn cấp sau khi hàn kín.....190
7.13.1 Các câu hỏi liên quan đưa ra với các cơn đau khi hàn kín..190
7.13.2 Có nên loại bỏ chất hàn không?.....190
7.13.3 Hàn quá dày.....191
7.14 Các nguyên nhân xử lý.....192
7.14.1 Xử lý các vi khuẩn 193
7.15 Đau dai dẳng sau khi điều trị nội nha nhưng nghĩ là đã thành công.....194
7.15.1 Tần suất đau dai dẳng.....194
7.16 Tự đánh giá.....195
7.16.1 Trường hợp 1.....195
7.16.2 Trường hợp 2.....196
Tài liệu tham khảo.....197
CHƯƠNG 8: Phép trị liệu.....200
8.1 Dược học trong trị liệu.....200
8.1.1 Thuốc kháng sinh.....200
8.1.2 Sử dụng và lạm dụng thuốc kháng sinh.....200
8.1.3 Sự việc liên quan đến cách dùng thuốc kháng sinh.....202
8.1.4 Hiệp hội bác sĩ phẫu thuật chỉnh hình của Mỹ / Hiệp hội nha khoa Mỹ (AAOS/ADA) Hướng dẫn sử dụng kháng sinh.....205
8.1.5 Thuốc penixinin với đau răng.....205

8.1.6 Tự đánh giá.....206
8.2 Phòng ngừa (Ưu tiên) so với cách dùng thuốc giảm đau...206
8.3 Thuốc làm giảm đau.....207
8.3.1 Những trường hợp đặc biệt.....207
8.4 Thuốc giảm đau không buồn ngủ.....208
8.4.1 Thuốc giảm đau chống viêm không chứa steroid (NSAIDs) .208
8.4.2 Ảnh hưởng của NSAIDs với phụ nữ có thai và trẻ sơ sinh.....209
8.5.1 Thuốc giảm đau có an toàn không?.....210
8.5 Thuốc giảm đau (Paracetamol, APAP).....210
8.5.2 Thuốc giảm đau Acetaminophen: khi mang thai và trẻ em...213
8.5.3 Thuốc giảm đau Opioid 213
8.5.4 Nghiên cứu gần đây.....214
8.5.5 Tầm quan trọng.....215
8.5.6 Tác dụng phụ.....215
8.5.7 Một phân tích quan trọng gần đây.....215
8.5.8 Các kết quả phân tích.....215
8.5.9 Ý nghĩa lâm sàng.....216
8.6 Lạm dụng thuốc giảm đau.....216
8.7 Thuốc ức chế miễn dịch (Corticosteroid).....217
8.7.1 Quản lý hệ thống thuốc kích thích tăng cơ Steroid (Glucocorticoids) và đau sau phẫu thuật.....217
8.7.2 Dùng thuốc Steroid bằng đường uống.....219
8.8 Thuốc giảm đau và giới tính: Kết quả nghiên cứu.....219
8.9 Ảnh hưởng của giới tính trong nghiên cứu.....219
8.9.1 Sự khác biệt giới tính trong đáp ứng với thuốc giảm đau pioid.....220
Tài liệu tham khảo.....221
Lời của tác giả.....224
Phụ lục.....225

E-BACSY.COM

CHƯƠNG 1

Chẩn đoán

1.1 Giới thiệu

Hiệp hội quốc tế nghiên cứu về sự đau đã miêu tả cơn đau là "một trải nghiệm về cảm giác và cảm giác khó chịu, đã được liên hệ qua thực tế với khả năng làm tổn thương đến mô, và được mô tả trong các khái niệm như một sự tổn thương". Văn bản này xét cả hai khía cạnh là cảm giác và cảm xúc do cơn đau gây ra cùng với mối liên quan của chúng với lĩnh vực thực hành nội nha.

Ngay lúc đầu tại một cuộc thảo luận liên quan đến sự đau, có một số yếu tố khác lạ đã được xem xét. Trong số đó có yếu tố sinh học, tâm lý học và yếu tố tâm lý là có ảnh hưởng đến cơn đau của bệnh nhân và sự tác động của nó tới nha sĩ.

Quá trình chẩn đoán cần một lượng lớn thông tin được trích ra từ tư liệu y học đã được ghi lại, từ bản tra cứu điều trị bệnh nhân, chụp X quang, phép thử cảm giác và kiểm tra lâm sàng. Quá trình chẩn đoán tiến hành một cách hợp lý, mang tính hệ thống có ảnh hưởng đến sự tổng hợp của các kết quả. Cần hạn chế những nhận định sơ sài trước khi có đủ dữ liệu được thu thập.

Chương này sẽ xem xét các khía cạnh khác nhau của quá trình chẩn đoán. Một câu hỏi ban đầu hay để bắt đầu một cuộc chẩn đoán cho bệnh hơn về cơn đau của họ hoặc là không nhận được sự hỗ trợ cho chẩn đoán. Thậm chí ngay lúc đầu trong quá trình chẩn đoán, nếu chịu khó lăng nghe có thể dự đoán được nhiều manh mối có ý nghĩa về cơn đau của bệnh nhân và sẽ có hướng giải quyết khi tiến hành chẩn đoán.

1.2 Tiền sử bệnh

E-BACSY.COM

P.A. Rosenberg, Đau nội nha,
DOI 10.1007/978-3-642-54701-0_1, © *Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014*

Hồ sơ bệnh án là một bước đầu quan trọng trong quá trình chẩn đoán nội nha. Sẽ phù hợp hơn cho việc bổ sung thêm vào hồ sơ thông qua hình thức trao đổi với bệnh nhân.

Thường mỗi bệnh nhân sẽ có thể bổ sung thêm chút ít thông tin vào hồ sơ hoặc là không. Mặc dù vậy, trong khi hỏi bệnh nhân cũng có thể có thêm một vài thông tin y tế quan trọng nào đó ở thời điểm trước đấy hoặc lúc đang trao đổi về bệnh hay thuốc. Chẩn đoán của một hồ sơ bệnh án có thể bắt đầu bằng hình thức sau:

"Có điều gì trong hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, chưa được xem xét ở thời điểm trước đấy hoặc ở hiện tại?". Một số bệnh nhân đôi lúc không muốn cung cấp các thông tin về tiền sử bệnh vào hồ sơ nhưng lại sẵn sàng bộc lộ trong lúc nói chuyện.

Điều này cần phải các thông tin y vì cách sử dụng thuốc cũng có thể là nguyên nhân gây ảnh hưởng trực tiếp đến các triệu chứng của bệnh nhân nên sẽ làm giảm đi tính hiệu quả của chẩn đoán. Ví như về các thông tin y khoa có thể cần trao đổi với bác sĩ từng điều trị cho bệnh nhân, sau đó mới điều trị, cụ thể như gần đây có bị nhồi máu cơ tim, phẫu thuật van tim, thay khớp , bệnh gan và tình trạng biến chứng của bệnh tiểu đường . Bác sĩ lâm sàng được phép theo dõi bệnh án để sử dụng trong suốt quá trình lên kế hoạch chẩn đoán và điều trị, thông qua hồ sơ có thể cung cấp hướng dẫn cho điều trị bệnh nhân bị tổn thương về mặt y tế. Một thí dụ điển hình như một văn bản ngắn để Quản lý nha khoa về bệnh nhân bị tổn thương trong y tế của Falace [12]. Cũng hết sức quan trọng cho việc sẵn sàng tiếp cận với các bác sĩ điều trị để tham khảo ý kiến.

1.2.1 Bệnh tiểu đường

Các bệnh nhân dùng thuốc insulin cho bệnh tiểu đường phải tuân thủ chế độ ăn uống của họ. Sự tiêu thụ vừa đủ lượng calo và thuốc trong khoảng thời gian thích hợp là rất quan trọng để xác định trước khi bắt đầu điều trị. Không tuân thủ theo chế độ ăn trong phác đồ điều trị bệnh tiểu đường của bệnh nhân có thể dẫn đến việc hạ đường huyết. Phản ứng hạ đường huyết cũng có thể là do dùng quá liều insulin hoặc dùng quá liều thuốc hạ đường huyết đường [12].

Tủy răng của bệnh nhân tiểu đường có xu hướng hạn chế trao đổi mao mạch, tuần hoàn bàng hệ, đáp ứng miễn dịch bị suy giảm, tăng nguy cơ nhiễm trùng tủy răng (đặc biệt là kỵ khí), hoặc hoại tử, hơn nữa còn bị đau răng và thi thoảng có xu hướng hoại tử do thiếu máu cục bộ. Liên quan đến bệnh lý phân tử, tăng đường huyết là một yếu tố

kích thích phục hồi xương, ức chế biệt hóa tế bào tạo xương làm giảm phục hồi xương [11].

Một nghiên cứu xem xét dữ liệu từ hồ sơ điện tử của bệnh nhân. Nghiên cứu đã điều tra ảnh hưởng của bệnh đái tháo đường đến kết quả điều trị nội nha. Nó xác định rằng bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường đã tăng về bệnh nha chu qua sự đối chiếu với các bệnh nhân không bị tiểu đường. Cũng có một xu hướng gia tăng triệu chứng của các bệnh nhân bị bệnh viêm chân răng với bệnh tiểu đường khi dùng insulin, cũng như sự bùng phát ở tất cả các bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường [5].

Hai năm hoặc lâu hơn sau phẫu thuật, 68% các trường hợp đã cho thấy là thành công. Với số năm nhiều hơn nữa, sẽ không còn các tổn thương trước phẫu thuật nữa, sự xuất hiện của phục hồi vĩnh viễn với toàn thời gian đánh giá sau phẫu thuật dài hơn đã có liên quan đến một kết quả thành công. Một phân tích nhiều chiều cho thấy trong các trường hợp có tổn thương quanh thận trước phẫu thuật, tiền sử bệnh tiểu đường có liên quan đến kết quả thành công giảm đáng kể. Đã kết luận rằng bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường đã tăng bệnh nha chu ở răng cùng với các vấn đề nội nha và giảm khả năng thành công trong điều trị nội nha trong các trường hợp có viêm chân răng trước phẫu thuật [5].

Dấu hiệu và triệu chứng của phản ứng insulin:

Giai đoạn nhẹ

- Cảm thấy đói
- Yếu trong người
- Tim đập nhanh
- Xanh xao
- Đổ mồ hôi
- Bị dị ứng

Giai đoạn vừa phải

- Nói không mạch lạc
- Không sẵn sàng hợp tác
- Sự hiếu chiến
- Thiếu minh mẫn
- Định hướng kém

Giai đoạn nặng

- Vô thức
- Co cứng hoặc chuyển động co giật
- Giảm huyết áp
- Hạ nhiệt
- Mạch nhanh

1.2.2 Bệnh gan

Bệnh nhân mắc bệnh gan và hoặc nghiện rượu cần được xem xét đặc biệt về các loại thuốc được sử dụng cùng với điều trị. Ví dụ, tiền sử bệnh gan ảnh hưởng đến việc lựa chọn thuốc giảm đau và không cho phép sử dụng thuốc acetaminophen.

Bệnh nhân nghiện rượu bị xơ gan có thể cần tăng lượng thuốc gây tê tại chỗ hoặc bổ sung thuốc giảm lo lắng để ức chế men gan và ảnh hưởng lên hệ thần kinh trung

ương của rượu [12]. Các loại thuốc nha khoa được chuyển hóa chủ yếu ở gan bao gồm lidocaine (Xylocaine), mepivacaine (Carbocaine), prilocaine (Citanest) và bupivacaine (Marcaine) . Sự an toàn của chúng phụ thuộc vào liều lượng thuốc được sử dụng và mức độ nghiêm trọng của bệnh gan. Nên tránh Aspirin, acetaminophen (Tylenol), codein, meperidine (Demerol) và ibuprofen (Motrin) hoặc nếu có sử dụng thì chỉ với liều lượng giới hạn. Thuốc an thần như diazepam (Valium) và barbiturat cũng nên tránh hoặc sử dụng với số lượng hạn chế tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh gan. Các kháng sinh metronidazole và vancomycin cũng nên tránh khi có bệnh gan nặng (viêm gan và xơ gan) [12].

Lời khuyên lâm sàng

- Trước khi bắt đầu điều trị cho bệnh nhân có tiền sử bệnh gan, điều quan trọng là bác sĩ lâm sàng phải xem xét lại ảnh hưởng qua lại của các loại thuốc được sử dụng (thuốc gây tê tại chỗ, thuốc giảm đau, thuốc kháng sinh và thuốc an thần) và tác dụng của chúng đối với gan [12].
- Khi có các thắc mắc, cần có sự tham khảo trao đổi với bệnh nhân / bác sĩ điều trị trước khi điều trị luôn là thích hợp.

Lạm dụng ma túy và rượu

Lạm dụng ma túy và rượu đang gia tăng là một vấn đề về chăm sóc sức khỏe của cả cộng đồng trên toàn thế giới. Nó tác động đến nhiều lĩnh vực của cuộc sống kể cả lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Nhiều lúc, các bác sĩ chuyên ngành nha khoa sẽ gặp phải những bệnh nhân cần đến thuốc phải điều trị nhưng dường như thực tế sự thích ứng cơ thể của họ lại không đáp ứng được. Cán bộ quản lý nha khoa / y tế về các tình trạng đau và xác định mức độ đau thực tế có thể là thách thức đặc biệt ở những bệnh nhân nghiện rượu hoặc lạm dụng ma túy.

1.2.3 Đau mặt mãn tính

Tiền sử đau mặt mãn tính hoặc đau đầu cung cấp một manh mối quan trọng chỉ ra rằng bác sĩ lâm sàng sẽ phải phân biệt giữa đau do răng và đau không do răng.

Có bằng chứng gần đây cho thấy tiền sử các tình trạng đau mãn tính (ví dụ, rối loạn chức năng hàm dưới hoặc đau đầu mãn tính) có thể khiến bệnh nhân bị đau có liên quan đến điều trị nội nha. Một bệnh nhân bị tình trạng đau mãn tính đại diện có thể có ý nghĩa khi tìm thấy [16, 17].

E-BACSY.COM

1.3. Tiền sử triệu chứng chính của bệnh

Sự mô tả của bệnh nhân về sự khởi phát của cơn đau, cường

độ của nó với những điều gì làm giảm đau sẽ cung cấp manh mối quan trọng cho bác sĩ lâm sàng. Một câu hỏi quan trọng cho bệnh nhân sẽ dễ liên hệ ra nguồn gốc đau của bệnh nhân.

Khi một bệnh nhân mô tả một "cơn đau răng", thì bác sĩ lâm sàng không nên chấp nhận đó là chẩn đoán cuối cùng. Mô tả về một "cơn đau răng" được xác minh thông qua các biểu hiện trong quá khứ biểu hiện về cảm giác, các xét nghiệm lâm sàng và chụp X quang để chắc chắn rằng cơn đau thực sự có nguồn gốc từ răng.

Lời khuyên lâm sàng

Không có bất kỳ triệu chứng nào cụ thể về răng là một đầu mối có giá trị cho thấy có thể nguồn gốc đau không phải từ răng.

Tiền sử triệu chứng chính của bệnh là điểm khởi đầu trong việc phân biệt đau do răng và đau không do răng. Lắng nghe hết về tiền sử nha khoa của bệnh nhân là một phần quan trọng của quá trình chẩn đoán. Một nhà chẩn đoán sắc sảo là luôn lắng nghe, giống như một thám tử trinh thám đi thu thập thông tin và tổng hợp nó. Trên thực tế, việc thu thập thông tin bắt đầu tại thời điểm bệnh nhân vào khu vực điều trị.

Tính cách bệnh nhân là một yếu tố quan trọng. Có phải bệnh nhân là người nhát gan và không giỏi giao tiếp, hoặc là người can đảm và có thể mô tả rõ ràng cơn đau của họ? Làm thế nào để bệnh nhân bộ lộ hết trong quá trình chẩn đoán để điều trị dưới cái nhìn tổng quan về mức độ lo lắng của họ, và điều đó là rất quan trọng khi quá trình chẩn đoán và điều trị thực hiện.

Thông thường, bác sỹ nha khoa có thể đưa ra chẩn đoán tạm thời dựa trên thông tin bệnh nhân cung cấp. Một trong những cân nhắc đầu tiên là xác định xem có triệu trứng hoặc không có triệu chứng để chỉ ra nguyên nhân do răng hay không phải do răng. Điểm nhấn đó đại diện cho các hướng đi quan trọng để cùng đến một con đường cần giải quyết cho bác sĩ lâm sàng và bệnh nhân. Một câu hỏi quan trọng, liên quan đến nguyên nhân do răng gây ra và không phải do răng, là phải nói đến một câu hỏi liên quan đến những gì gây ra cơn đau. Những câu hỏi khác bao gồm: "Thời gian bệnh nhân bị đau là bao lâu"? "Bệnh nhân muốn dùng các từ gì để miêu tả cơn đau?" "Bao lâu thì cơn đau hết đau?" "Nó hết đau thế nào?"

1.3.1 Tiền sử nha khoa

Tiền sử nha khoa cũng nên bao hàm các chi tiết liên quan đến sự nếm trải nha khoa trong quá khứ cụ thể phục hình răng gần đây và điều trị nha chu. Một trong số đó

có thể gây ra các triệu chứng sau phẫu thuật có thể làm phức tạp khi chẩn đoán.

Quá khứ là biểu hiện cái nhìn sâu sắc về mức độ để nhận biết về bệnh nhân ở lĩnh vực nha khoa dựa vào việc họ coi trọng cách giữ gìn răng tự nhiên vốn có của họ. Ví dụ, một bệnh nhân bị mất nhiều răng và vệ sinh răng miệng kém là một đại diện không phải tiên lượng nhiều mà phải làm phức tạp trong điều trị. Tóm lại, kế hoạch điều trị phải có được sự hiểu biết và phù hợp với bệnh nhân. Sự cẩn trọng khi sử dụng các nguồn tư liệu của bệnh nhân là một cách khác trong điều trị luôn cần được lưu tâm đến.

Bệnh nhân bị đau nặng có thể là không cung cấp thông tin chính xác về tiền sử đau được do suy kiệt về thể chất và tinh thần. Họ có vẻ dường như giận dữ và chán nản, đó là tác động phổ biến của cơn đau kéo dài. Cơn đau tột cùng có thể chi phối cuộc sống của bệnh nhân và khiến tính cách của người bệnh thay đổi hoàn toàn. Emily Dickinson, nhà thơ người Mỹ, đã bày tỏ cảm xúc đó trong một phần của bài thơ:

Cơn đau là một phần tử trống rỗng
Nó không thể hồi tưởng
Khi nó bắt đầu, hoặc nếu có
Vào một ngày khi nó không.

Không có gì lạ khi một bệnh nhân bị đau cấp tính khi đi cấp cứu có vẻ giận giữ và chống đối, nhưng sau khi được giảm đau, bệnh nhân trở lại gần như một con người khác. Thấu hiểu và đồng cảm là những đặc điểm quan trọng đối với bác sĩ lâm sàng khi điều trị bệnh nhân bị đau.

Lời khuyên lâm sàng

- Nếu bệnh nhân là trẻ em, cha mẹ hoặc người lớn phải có mặt để cung cấp tiểu sử y tế / nha khoa.
- Nếu bệnh nhân là người lớn gặp khó khăn trong giao tiếp, điều cần thiết là một người có trách nhiệm khác phải có mặt để giải thích và cung cấp thông tin liên quan đến tiểu sử y tế / nha khoa.
- Các biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra do rào cản ngôn ngữ dẫn đến tiền sử bệnh không đầy đủ. Một ví dụ cụ thể về điều này xảy ra khi bệnh nhân hoặc người truyền đạt lại sai thông tin liên quan đến tiền sử bị dị ứng thuốc. Lỗi này có thể dẫn đến các biến chứng cực kỳ nghiêm trọng.

1.3.2 Khả năng của Bệnh nhân để nhận biết một chiếc răng đau

Một nghiên cứu lâm sàng đã kiểm tra 79 bệnh nhân cấp cứu nội nha. Các bệnh nhân và các nha sĩ đã đánh giá mức độ đau bằng cách sử dụng thang đánh giá bằng lời nói (VNRS.) Kết quả của nghiên cứu này chỉ ra rằng những bệnh

nhân có biểu hiện triệu chứng bị đau do răng tính cùng thời gian cảm thấy khó chịu ở vùng răng là 73,3%. Còn các bệnh nhân bị đau trực tiếp quanh răng cảm thấy khó chịu ở vùng răng xét cùng thời gian là (89%), nhiều hơn so với những người không có triệu chứng quanh chân răng (30 %, p < 0.0001.) Nó đã được kết luận rằng sự hiện diện của đau quanh răng làm tăng độ chính xác vùng khu trú đau. VNRS tương quan cao với các thang đo đau khác và là một công cụ đánh giá đau ban đầu được chấp nhận cho bệnh nhân cấp cứu nội nha [13].

Các bệnh nhân thường có phạm vị đau đạt đến một vùng thích hợp. Nghiên cứu cho thấy rằng cơn đau chỉ có thể đến phạm vi 94,6% của các trường hợp khi có cơn đau do chạm vào và 90% (p = 0,60) cho một phạm vi giới hạn của tổng thể là 92,3%.

Lời khuyên lâm sàng

- Nên suy nghĩ về việc đánh giá các góc phần tư của răng, sử dụng nhiều lần kiểm, trong cả hai hàm thay vì chỉ kiểm tra một răng nghi ngờ.
- Luôn luôn thực hiện các kiểm tra lâm sàng trong góc phần tư bình thường trước rồi mới đến góc phần tư đáng nghi để đi đến đánh giá.

1.3.3 Mức độ đau

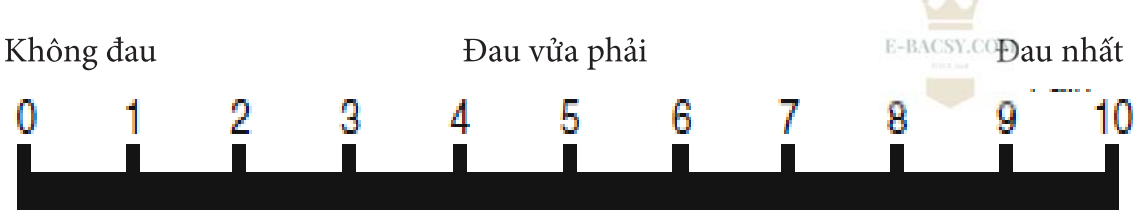
Khi đánh giá cơn đau, rất hữu ích khi bệnh nhân mô tả mức độ đau theo thang số 1 ÷ 10. Một thang đo bằng văn bản có thể được sử dụng cho bệnh nhân để tự đánh giá mức độ đau của họ. Nó rất hữu ích trong việc đo lường tiến trình hoặc hồi quy của bệnh nhân, nếu bệnh nhân phải quay lại để thăm khám thêm.

Một số bác sĩ lâm sàng thêm các mô tả vào các số như "đau nhất có thể nghĩ đến được" dành cho số 10 hoặc "vừa mới đau" dành cho con số 1 và yêu cầu bệnh nhân chỉ ra nơi họ rơi vào thang điểm đó (Hình. 1.1).

1.4 Điều gì gây ra cơn đau?

Điều quan trọng là xác định điều gì gây ra cơn đau cho bệnh

***Hình 1.1**. Thang đau*



nhân và các loại thuốc giúp giảm đau. Hiểu được khi cơn đau bắt đầu cũng cung cấp một đầu mối chẩn đoán quan trọng. Ví dụ, cơn đau bắt đầu từ cách đây vài năm hoặc cách đây vài tháng mà vẫn ở mức thấp không phù hợp với hồ sơ chung về đau nội nha. Đau tủy khi bắt đầu thường tăng trong một khoảng thời gian tương đối ngắn. Một câu trả lời không rõ của câu hỏi "Điều gì gây ra cơn đau?" 'Nên đặt ra những nghi ngờ về nguyên nhân gây bệnh.

1.4.1 Đau không phải do răng

Đau không phải do răng gây ra mà vẫn bị "đau răng" là một phát hiện ít được biết hơn đau răng do răng gây ra. Phân biệt đau do răng gây ra với đau không do răng gây ra có thể là một quá trình đầy thách thức. Có những bước cơ bản có thể phân biệt vị trí nơi đau được trải nghiệm từ nguồn đau thực sự. Điều trị dứt khoát không bao giờ nên được bắt đầu cho đến khi nguồn gốc đau là được xác định rõ ràng.

Lời khuyên lâm sàng

- Một chi tiết quan trọng là không có hiện tượng đau khi răng bị nghi ngờ hoặc một phần của răng bị nghi ngờ được kiểm tra với môi trường nóng, lạnh, gõ và sờ nắn. Chi tiết này chỉ ra một cuộc điều tra về nguyên nhân gây đau không phải từ răng.

Việc phát hiện ra cơn đau không phải từ răng thường được xác nhận bằng mô tả của bệnh nhân về cách bắt đầu của cơn đau. Nếu mô tả bỏ qua bất kỳ nguyên nhân thường thấy nhất gây ra đau răng (ví dụ như: nhạy cảm với nhiệt hoặc đau trong trong lúc nhai) thì đó là một chi tiết quan trọng khác chỉ ra nguyên nhân không phải từ răng gây ra. Mặc dù nguyên nhân chính xác của cơn đau ở giai đoạn đó vẫn chưa được biết, nhưng rõ ràng nguyên do bên trong răng là không thể.

1.4.2 Đau răng không do răng bắt nguồn từ đau cân cơ

Nguồn gốc đau cân cơ có thể là nguyên nhân của đau răng do từ đau dị nguyên. Cơn đau của đau cân cơ thường được mô tả là cơn đau sâu, âm ỉ, đau có thể liên quan tới đau dị nguyên ảnh hưởng đến mỗi răng. Dùng lực của ngón tay và sờ nắn xác định một điểm gây ra đau cân cơ kết quả có thể dẫn đến đau cả cơ và răng. Các xét nghiệm sau đó được yêu cầu để xác định nguyên nhân chính của cơn đau. Sờ nắn cơ bắp là một phần thiết yếu của quá trình chẩn đoán và được thảo luận thêm trong chương 2. Không có gì lạ khi thấy rằng một bệnh nhân đã phản ứng bình thường với sự nhạy cảm và các xét nghiệm lâm sàng trải qua cơn đau khi sờ nắn cơ bắp.

1.4.3 Viêm xoang hàm trên

Đau răng không phải từ răng gây ra mà từ viêm xoang hoặc bắt nguồn từ niêm mạc mũi có thể là do virus, vi khuẩn hoặc viêm mũi dị ứng và có thể được biểu hiện như đau dị nguyên trong hàm trên hoặc răng hàm trên của bệnh nhân giống như đau răng. Đau viêm xoang do vi khuẩn thường được đặc trưng là đau dữ dội, đau nhói với cảm giác áp lực [9].

Sau khi chẩn đoán tạm thời đau do liên quan đến xoang, nên chuyển bệnh nhân đến bác sĩ để xác nhận cho việc chẩn đoán và điều trị..

Lời khuyên lâm sàng

Những phát hiện liên quan đến chẩn đoán đau do viêm xoang:

- Một phát hiện chẩn đoán quan trọng là nhiều răng có thể nhạy cảm với kiểm tra nhiệt và bộ gõ
- Kiểm tra răng là rất quan trọng trong góc phần tư nghi ngờ.
- Răng hàm và các răng cấm (răng số 6) thường bị ảnh hưởng nhất bởi viêm xoang.
- Khó chịu có thể là cả hai bên.
- Thông thường, để tăng áp lực với cơn đau bằng cách là đưa đầu bệnh nhân cúi xuống giữa hai đầu gối.
- Gây tê vùng hàm có thể giúp giảm đau một phần.
- Viêm xoang có thể liên quan đến dị ứng theo mùa hoặc nhiễm trùng đường hô hấp trên.
- Thuốc kháng histamine có thể giúp giảm đau nếu nguyên nhân là viêm xoang.
- Giảm đau sau khi sử dụng thuốc xịt trong mũi lidocaine 4% đã được báo cáo và xem xét cho hướng điều trị [7].

1.5 Gây tê vùng như một công cụ hướng đến để điều trị

Gây tê vùng có thể có nhiều giá trị trong quá trình chẩn đoán. Gây tê một chiếc răng nghi ngờ, bằng gây tê vùng hoặc tiêm tê tại chỗ sẽ loại trừ cơn đau nếu nguyên nhân gây đau do đau từ răng.

Nếu cơn đau kéo dài mặc dù các triệu chứng cho thấy vùng gây tê tốt, đó là dấu hiệu cho thấy nguyên nhân không giống như một chiếc răng đau nằm trong góc phần tư đó. Bước tiếp theo sẽ là kiểm tra góc phần tư đối diện hoặc xét đến trường hợp đau không phải do răng gây ra.

Trong hàm măt sự ngấm của thuốc tê có thể đạt độ gây tê tốt nhưng bác sĩ lâm sàng phải nhận ra rằng răng bên cạnh vị trí tiêm cũng có thể bị ảnh hưởng bởi thuốc gây tê.

Nếu vùng thuốc gây tê xâm nhập vào không thể loại bỏ được "cơn đau răng", thì cơn đau trở nên dễ chẩn đoán hơn.

Bệnh nhân bị đau nặng hoặc

những bệnh nhân có tiền sử đau lâu trước khi đi khám răng có thể khó đạt được kết quả tốt nhất khi gây tê răng. Sự nhạy cảm ngoại biên của của những bộ phận nhận cảm và / hoặc nhạy cảm trung tâm có thể là nguyên nhân của vấn đề.

Lời khuyên lâm sàng

• Đáp ứng không đầy đủ với thuốc gây tê cục bộ có thể dẫn đến lỗi chẩn đoán.

Mặc dù xét nghiệm gây tê cung cấp thông tin có giá trị, dương tính giả là có thể xảy ra. Kết quả xét nghiệm phải được tích hợp với dữ liệu chẩn đoán khác để đưa ra kết luận về nguồn gốc của cơn đau. Ở răng hàm trên, xét nghiệm gây tê cục bộ chỉ cung cấp gần đúng nguồn gốc của cơn đau vì nhiều răng có thể được gây tê ngay cả khi sử dụng thuốc tiêm trong dây chằng hoặc tiêm qua tủy xương [10, 18]. Tầm quan trọng của nhiều xét nghiệm và chụp X quang không thể được nhấn mạnh quá mức.

Lời khuyên lâm sàng

• Đau tự phát không bị kích thích có thể chỉ ra cả hai loại đau do răng hoặc đau không phải do răng gây ra.

• Các bệnh nhân nên được hỏi "Anh/chị cảm thấy đau ở đâu?" Là cơn đau ở bên trong hay bên ngoài miệng của anh/chị?"

• Một dấu hiệu của cơn đau không do răng gây ra xảy ra khi có sự kích thích (ví dụ, dùng một kích thích lạnh hoặc gõ) nơi vị trí đau (của răng) nhưng không làm tăng thêm cơn đau.

• Một dấu hiệu đau do răng xảy ra khi sự kích thích nơi vị trí đau (của răng) làm cho răng đau hơn.

• Một bệnh nhân có thể nói rằng," xoa bóp hàm" hoặc khu vực của khớp thái dương hàm làm giảm đau. Đó sẽ là dấu hiệu của đau liên quan đến khớp hoặc cơ nhưng không phải là dấu hiệu của vấn đề nội nha.

• Xác định và điều trị đau cơ cân có thể cần sự hỗ trợ của bác sĩ lâm sàng được đào tạo chuyên sâu trong lĩnh vực đó.

1.6 "Các từ cảnh báo đỏ"

Bệnh nhân sử dụng các từ đặc biệt để mô tả nỗi đau của họ là mang lại nhiều ý nghĩa. Sau đây là những từ cung cấp manh mối quan trọng trong quá trình phân biệt đau do răng gây ra và đau không do răng gây ra.

1.6.1 Những từ thường dùng để miêu tả đau do răng

• Nhói
• Nhịp tim đập
• Đau âm ỉ
• Cảm giác căng tức

• Cảm giác dữ dội

1.6.2 Những từ thường dùng để miêu tả đau không phải do răng

• Cảm giác nóng
• Cảm giác ngứa
• Cảm giác như điện giật
• Cảm thấy rát
• Cảm thấy như bị kim châm

1.7. Đau thần kinh

Hiệp hội quốc tế nghiên cứu về sự đau đã xác định đau thần kinh như là "cách bắt đầu hoặc cách tạo ra một tổn thương hoặc rối loạn chức năng chính trong hệ thống thần kinh" [14]. Đau thần kinh với nguyên nhân bệnh của nó là trong mô thần kinh chứ không phải trong các cấu trúc có sẵn từ khi nó sinh ra [22]. Một số cơn đau thần kinh biểu hiện như đau từng cơn và một số cơn đau thì liên tục hơn. Đau răng có nguồn gốc từ thần kinh có thể là đau từng cơn hoặc đau liên tục.

Đau thần kinh theo cơn được đặc trưng bởi những cơn đau đột ngột giống như điện giật được gọi chung là đau thần kinh. Khi kiểu đau bộc phát này được cảm nhận ở răng, nó có thể đặt ra một thách thức chẩn đoán quan trọng cho bác sĩ lâm sàng.

Lời khuyên lâm sàng

• Đau dây thần kinh sinh ba là đau thần kinh theo từng cơn phổ biến nhất cảm thấy ở răng [8].

1.7.1 Đặc điểm của đau do răng

• Nguyên nhân đau răng có thể thấy dễ dàng trong lúc khám, ví dụ như sâu răng, gãy răng và làm răng thẩm mỹ.

• Phát hiện đáng quan tâm khi chụp X quang bao gồm sâu răng, phục hình răng, tổn thương quanh chóp răng và vôi hóa ống tủy khi những bệnh răng khác vẫn phát hiện bình thường.

• Các triệu chứng nha khoa: nhạy cảm với nhiệt và đau khi nhai hoặc phản ứng lại khi có áp lực lên răng.

• Gây tê vùng sẽ giảm đau.
• Unilateral pain.
• Đau một bên [8].

1.7.2 Đặc điểm của đau không phải do răng

• Không có nguyên nhân nha khoa điển hình trên phim chụp X quang hoặc khám lâm sàng.
• Gây tê vùng không giảm đau.
• Thiếu tiền sử nguyên nhân gây ra đau.
• Đau vượt qua đường giữa.
• Đau được mô tả là ngứa ran, nhức nhối và nóng.
• Đau không khu trú.
• Đau liên quan đến đau đầu.
• Sờ nắn khớp hoặc cơ bắp gây đau.
• Đau liên quan đến căng thẳng cảm xúc
• Xuất hiện nhiều răng đã điều trị nội nha trong cùng một góc phần tư

[8].

Nghiên cứu lâm sàng liên quan đến đau dị nguyên

Trong một loạt 230 trường hợp được chẩn đoán rối loạn chức năng khớp thái dương hàm, 85,0% cho thấy đau liên quan đến sờ nắn cơ hoặc điểm kích thích và 11,6% trong số những bệnh nhân này bị đau khi nói đến đau dị nguyên trong răng [23]. Các răng hàm cấm thường xuyên nhận được đau dị nguyên từ sờ nắn cơ hoặc sờ nắn điểm kích thích, và cơ cắn là nguồn phổ biến nhất. Sờ nắn cơ trong khi kiểm tra có thể cung cấp thông tin có ý nghĩa.

1.8 Mẫn cảm với nha khoa

Mỗi bệnh nhân có thể bày tỏ lời than phiền chính về một cơn đau nhói gây ra trong khi đánh răng hoặc trong khi ăn đồ ngọt. Bệnh nhân nói họ có thể tái hiện cơn đau bằng cách chà móng tay vào một khu vực cụ thể của răng. Ấn tượng ban đầu có thể là một trong những vấn đề về nội nha, nhưng kiểm tra kỹ hơn có thể chỉ ra rằng quá mẫn cảm ở răng có thể là nguyên nhân khiến bệnh nhân đau. Những phát hiện lâm sàng điển hình bao gồm sự sống của một chiếc răng, tụt lợi lộ ngà răng, nhạy cảm với không khí và đau liên quan đến việc bị lộ chân răng khi lấy cạo răng.

Có hai lý thuyết liên quan đến nguyên nhân của vấn đề. Một liên quan đến sự di chuyển chất lỏng thông qua các ống ngà dẫn đến sự kích thích của các thể nhận cảm giác đau trong ngà răng và tủy [24].

Ngược lại, ngà răng không nhạy cảm rất có thể do ống ngà bị tắc. Các chất bao gồm các ống ngà răng, trong ngà răng nhạy cảm, được sử dụng để loại bỏ hoặc giảm độ nhạy cảm. Một giả thuyết thứ hai cho sự mẫn cảm của răng là một số chất có thể khuếch tán qua ngà răng và tác động trực tiếp lên các dây thần kinh trong tủy răng. Những giả thuyết này có thể xảy ra độc lập hoặc cùng nhau [8].

Một cuộc khảo sát của các nha sĩ xác định rằng một loạt các phương pháp điều trị được sử dụng để điều trị các trường quá mẫn cảm với nha khoa [1]. Điều trị thành công nhất đã được tìm thấy là ứng dụng chất florua. Cũng được sử dụng rộng rãi là glutaraldehyd / Hema, chất kết dính, chất kali nitrat và phương pháp điều trị phục hồi. Cuộc khảo sát cũng xác định rằng sự theo dõi, lời khuyên liên quan đến đánh răng, chế độ ăn uống và liệu pháp laser là ít thành công nhất.

Mặc dù liệu pháp điều trị được sử dụng, một số răng vẫn cực kỳ nhạy cảm với việc kích thích. Trong những trường hợp đó, việc phá hủy răng là cách điều trị cuối cùng.

1.9 Chẩn đoán khó xử lý

Có một số trường hợp để đưa ra được vấn đề chẩn đoán không thể giải quyết trong lần khám đầu tiên. Sau khi kiểm tra xong, nghi vấn về cơn đau vẫn có thể tồn tại có nguồn gốc do răng hoặc không do răng. Trong các trường hợp khác, cơn đau dễ thấy là do răng gây ra, nhưng việc xác định vấn đề răng vẫn còn là dấu hỏi. Trong những tình huống đó, cuộc đối thoại của bệnh nhân với nha sĩ có thể giống như thế này: *"Tôi chưa có bằng chứng rõ ràng để xác định được nguồn gốc cơn đau của bạn. Trong khi đó có một chiếc răng cối của hàm dưới hình như là nguyên nhân gây ra, tuy nhiên vẫn còn một số nghi ngờ. Tôi đã sử dụng một số xét nghiệm nhưng vẫn còn đặt nghi ngờ về nguồn gốc cơn đau của bạn. Nếu chúng tôi ta chỉ dùng những bằng chứng đó, nó sẽ dẫn đến khả năng điều trị sai răng. Tôi đề nghị chúng ta đợi cho đến khi có hình ảnh cụ thể. Nếu cần, tôi có thể cung cấp thuốc giảm đau trong vài ngày tới, theo dõi tình trạng của bạn và sau đó đánh giá lại".*

Mục đích là để truyền đạt cho bệnh nhân hình dung rõ hơn về phương hướng, đưa ra các lựa chọn hợp lý và góp phần trách nhiệm cho một quyết định quan trọng. Không để ý đến vấn đề này sẽ khiến nha sĩ rơi vào tình huống rủi ro cao với trách nhiệm duy nhất của mình trong chẩn đoán và điều trị. Cách tiếp cận này cũng tránh được mối quan hệ bất đồng giữa nha sĩ và bệnh nhân trong giai đoạn điều trị căng thẳng.

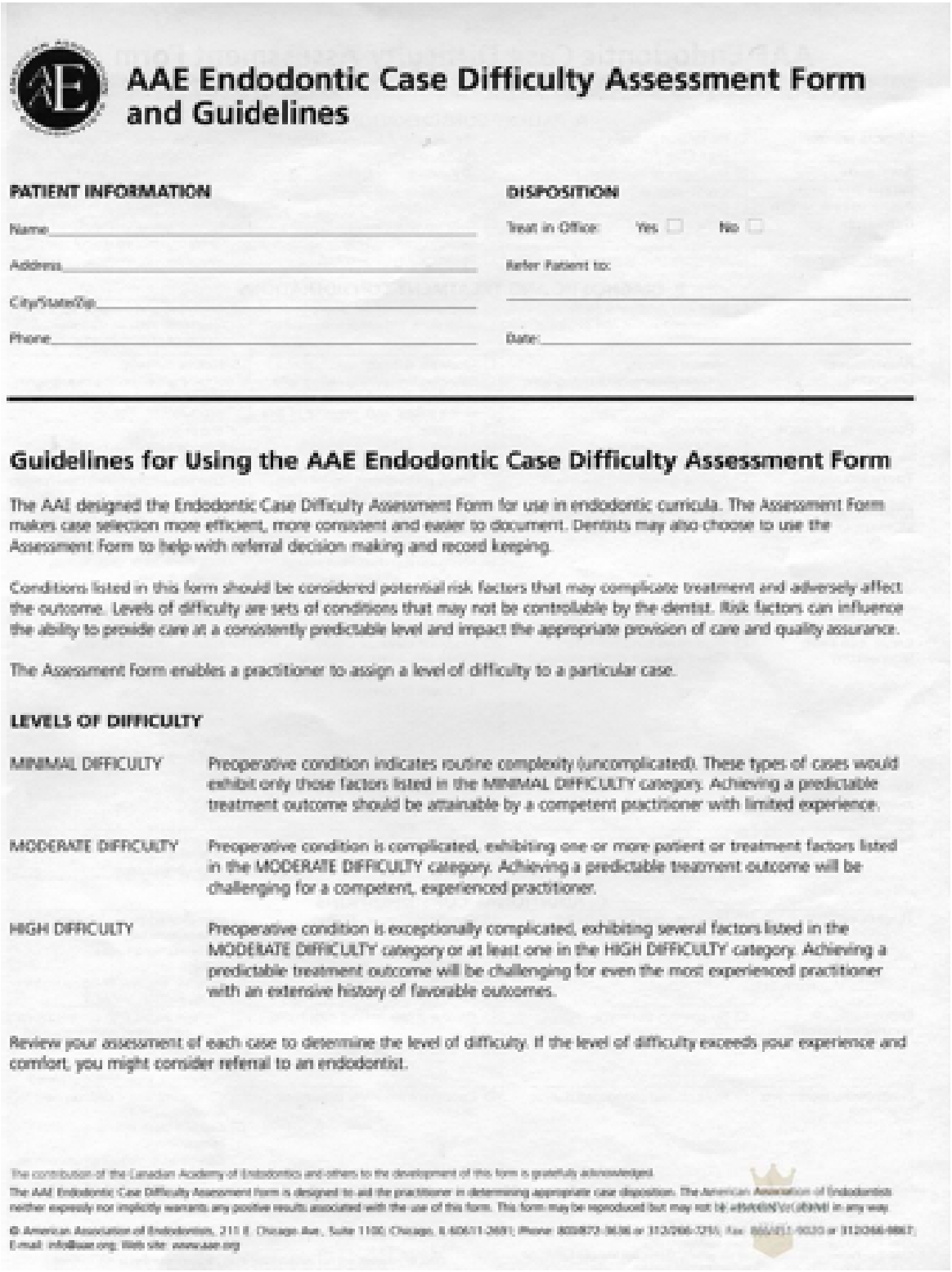
Bác sĩ giỏi giao tiếp với bệnh nhân là rất cần thiết trong quá trình chẩn đoán. Thông tin liên lạc nên cởi mở, thẳng thắn và không được giữ kín. Hầu hết các bệnh nhân đều đánh giá cao cách tiếp cận thận trọng và chu đáo trong việc chăm sóc bệnh nhân của Bác sĩ.

1.10 Điều trị hoặc để xem xét

Trong một cuộc thăm khám cấp cứu hoặc chẩn đoán, sau khi nha sĩ xác định rằng bệnh nhân đau / sưng là do vấn đề nội nha, quyết định tiếp theo của họ là xác định xem sẽ điều trị cho bệnh nhân hay tham khảo bác sĩ chuyên khoa.

Hiệp hội các bác sĩ nội nha Hoa Kỳ (AAE) đã phát triển các hướng dẫn để đánh giá những khó khăn trong nội nha. Các tài liệu có sẵn tại *http://www.aae.org/ guidelines/.*

Mẫu đánh giá độ khó của ca phẫu thuật nội nha của AAE cho phép bác sĩ lâm sàng chỉ định mức độ khó cho từng trường hợp. Biểu mẫu mô tả các đặc điểm của các trường hợp có độ khó tối thiểu, trung bình và cao. Biểu mẫu này liệt kê các tiêu chí có thể được sử dụng để xác định các trường hợp và nên được



AAE Endodontic Case Difficulty Assessment Form and Guidelines

PATIENT INFORMATION

Name_____

Address_____

City/State/Zip_____

Phone_____

DISPOSITION

Treat in Office: Yes ☐ No ☐

Refer Patient to:

_____

Date:_____

Guidelines for Using the AAE Endodontic Case Difficulty Assessment Form

The AAE designed the Endodontic Case Difficulty Assessment Form for use in endodontic curricula. The Assessment Form makes case selection more efficient, more consistent and easier to document. Dentists may also choose to use the Assessment Form to help with referral decision making and record keeping.

Conditions listed in this form should be considered potential risk factors that may complicate treatment and adversely affect the outcome. Levels of difficulty are sets of conditions that may not be controllable by the dentist. Risk factors can influence the ability to provide care at a consistently predictable level and impact the appropriate provision of care and quality assurance.

The Assessment form enables a practitioner to assign a level of difficulty to a particular case.

LEVELS OF DIFFICULTY

MINIMAL DIFFICULTY	Preoperative condition indicates routine complexity (uncomplicated). These types of cases would exhibit only those factors listed in the MINIMAL DIFFICULTY category. Achieving a predictable treatment outcome should be attainable by a competent practitioner with limited experience.
MODERATE DIFFICULTY	Preoperative condition is complicated, exhibiting one or more patient or treatment factors listed in the MODERATE DIFFICULTY category. Achieving a predictable treatment outcome will be challenging for a competent, experienced practitioner.
HIGH DIFFICULTY	Preoperative condition is exceptionally complicated, exhibiting several factors listed in the MODERATE DIFFICULTY category or at least one in the HIGH DIFFICULTY category. Achieving a predictable treatment outcome will be challenging for even the most experienced practitioner with an extensive history of favorable outcomes.

Review your assessment of each case to determine the level of difficulty. If the level of difficulty exceeds your experience and comfort, you might consider referral to an endodontist.

The contribution of the Canadian Academy of Endodontics and others to the development of this form is gratefully acknowledged.

The AAE Endodontic Case Difficulty Assessment Form is designed to aid the practitioner in determining appropriate case disposition. The American Association of Endodontists neither expressly nor implicitly warrants any positive results associated with the use of this form. This form may be reproduced but may not be [illegible] in any way.

© American Association of Endodontists, 211 E. Chicago Ave., Suite 1100, Chicago, IL 60611-2691; Phone: 800/872-3636 or 312/266-7255; Fax: 866/451-9020 or 312/266-9867; E-mail: info@aae.org; Web site: www.aae.org

Hình. 1.2 *Mẫu đánh giá những khó khăn về nội nha của AAE*

AAE Endodontic Case Difficulty Assessment Form

Criteria and Subcriteria	Minimal Difficulty	Moderate Difficulty	High Difficulty
A. PATIENT CONSIDERATIONS			
Medical history	☐ No medical problem (ASA Class 1*)	☐ One or more medical problems (ASA Class 2*)	☐ Complex medical history/serious illness/disability (ASA Classes 3-5*)
Anesthesia	☐ No history of anesthesia problems	☐ Vasoconstrictor intolerance	☐ Difficulty achieving anesthesia
Patient disposition	☐ Cooperative and compliant	☐ Anxious but cooperative	☐ Uncooperative
Ability to open mouth	☐ No limitation	☐ Slight limitation in opening	☐ Significant limitation in opening
Gag reflex	☐ None	☐ Gags occasionally with radiographs/treatment	☐ Extreme gag reflex which has compromised past dental care
Emergency condition	☐ Minimum pain or swelling	☐ Moderate pain or swelling	☐ Severe pain or swelling
B. DIAGNOSTIC AND TREATMENT CONSIDERATIONS			
Diagnosis	☐ Signs and symptoms consistent with recognized pulpal and periapical conditions	☐ Extensive differential diagnosis of usual signs and symptoms required	☐ Confusing and complex signs and symptoms; difficult diagnosis ☐ History of chronic orofacial pain
Radiographic difficulties	☐ Minimal difficulty obtaining/interpreting radiographs	☐ Moderate difficulty obtaining/interpreting radiographs (e.g., high floor of mouth, narrow or low palatal vault, presence of tori)	☐ Extreme difficulty obtaining/interpreting radiographs (e.g., superimposed anatomical structures)
Position in the arch	☐ Anterior/premolar ☐ Slight inclination (≤10°) ☐ Slight rotation (≤10°)	☐ 1st molar ☐ Moderate inclination (10-30°) ☐ Moderate rotation (10-30°)	☐ 2nd or 3rd molar ☐ Extreme inclination (>30°) ☐ Extreme rotation (>30°)
Tooth isolation	☐ Routine rubber dam placement	☐ Simple pretreatment modification required for rubber dam isolation	☐ Extensive pretreatment modification required for rubber dam isolation
Morphologic aberrations of crown	☐ Normal original crown morphology	☐ Full coverage restoration ☐ Porcelain restoration ☐ Bridge abutment ☐ Moderate deviation from normal tooth/root form (e.g., taurodontism, microdens) ☐ Teeth with extensive coronal destruction	☐ Restoration does not reflect original anatomy/alignment ☐ Significant deviation from normal tooth/root form (e.g., fusion, dens in dente)
Canal and root morphology	☐ Slight or no curvature (≤10°) ☐ Closed apex (<1 mm in diameter)	☐ Moderate curvature (10-30°) ☐ Crown axis differs moderately from root axis. Apical opening 1-1.5 mm in diameter	☐ Extreme curvature (>30°) or S-shaped curve ☐ Mandibular premolar or anterior with 2 roots ☐ Maxillary premolar with 3 roots ☐ Canal divides in the middle or apical third ☐ Very long tooth (>25 mm) ☐ Open apex (>1.5 mm in diameter)
Radiographic appearance of canal(s)	☐ Canal(s) visible and not reduced in size	☐ Canal(s) and chamber visible but reduced in size ☐ Pulp stones	☐ Indistinct canal path ☐ Canal(s) not visible
Resorption	☐ No resorption evident	☐ Minimal apical resorption	☐ Extensive apical resorption ☐ Internal resorption ☐ External resorption
C. ADDITIONAL CONSIDERATIONS			
Trauma history	☐ Uncomplicated crown fracture of mature or immature teeth	☐ Complicated crown fracture of mature teeth ☐ Subluxation	☐ Complicated crown fracture of immature teeth ☐ Horizontal root fracture ☐ Alveolar fracture ☐ Intrusive, extrusive or lateral luxation ☐ Avulsion
Endodontic treatment history	☐ No previous treatment	☐ Previous access without complications	☐ Previous access with complications (e.g., perforation, non-negotiated canal, ledge, separated instrument) ☐ Previous surgical or nonsurgical endodontic treatment completed
Periodontal-endodontic condition	☐ None or mild periodontal disease	☐ Concurrent moderate periodontal disease	☐ Concurrent severe periodontal disease ☐ Cracked teeth with periodontal complications ☐ Combined endodontic/periodontic lesion ☐ Root amputation prior to endodontic treatment

*American Society of Anesthesiologists (ASA) Classification System

Class 1: No systemic illness. Patient healthy.
Class 2: Patient with mild degree of systemic illness, but without functional restrictions, e.g., well-controlled hypertension.
Class 3: Patient with severe degree of systemic illness which limits activities, but does not immobilize the patient.
Class 4: Patient with severe systemic illness that immobilizes and is sometimes life threatening.
Class 5: Patient will not survive more than 24 hours (whether or not surgical intervention takes place.

www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm

E-BACSY.COM

Hình 1.2 *(tiếp theo)*