

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP CHỤM TIA HÌNH NÓN
VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM
BẰNG MÁNG NHAI TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG
ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ, NĂM 2021-2022**

Nguyễn Phúc Vinh, Trần Thị Phương Đan*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: npvinh@ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn thái dương hàm (RLTDH) là bệnh lý khá thường gặp, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Để đánh giá kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai như thế nào, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh khớp thái dương hàm trên phim cắt lớp điện toán chùm tia hình nón (CBCT) ở bệnh nhân có rối loạn thái dương hàm và đánh giá kết quả điều trị bằng máng nhai ổn định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có can thiệp lâm sàng, đánh giá hiệu quả trước và sau điều trị không nhóm chứng. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ: nam có rối loạn thái dương hàm xấp xỉ 4:1. Dấu hiệu và triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là đau (100%), kế đến là tiếng kêu khớp (82,9%), giảm biên độ há chiếm 48,6%. Lỗi cấu xương hàm dưới có vị trí lui sau chiếm 65,7%. Tái khám sau 6 tháng có 34,3% giảm đau tốt; 65,7% giảm đau ở mức trung bình, 100% cải thiện biên độ há miệng ở mức tốt, 96,6% giảm tiếng kêu khớp ở mức trung bình; 3,4% giảm tiếng kêu khớp ở mức tốt. **Kết luận:** Rối loạn thái dương hàm gặp ở nữ nhiều hơn nam, triệu chứng chính

bệnh nhân đến điều trị là đau khớp. Sau 06 tháng điều trị bằng máng nhai, 100% bệnh nhân có đáp ứng với điều trị triệu chứng đau, hạn chế há miệng và tiếng kêu khớp. Lồi cầu xương hàm dưới ở nhóm có vị trí trung tâm tăng 60%.

Từ khóa: Rối loạn thái dương hàm (RLTDH), điều trị, máng nhai.

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS, THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT ON CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY (CBCT) AND ASSESSMENT OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS TREATMENTS AT THE HOSPITAL OF CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN 2021-2022

Nguyen Phuc Vinh*, Tran Thi Phuong Dan
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Temporomandibular disorder (TMD) is a fairly common disease, affecting the quality of life of patients. To evaluate the treatment outcome toward temporomandibular disorder with occlusal splint, we conducted this study. **Objectives:** Description of clinical features, images of the temporomandibular joint on cone-beam computed tomography (CBCT) in patients with temporomandibular disorders and evaluation of treatment results with stable occlusal splint. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with clinical intervention was carried out to evaluate treatment outcome before and after intervention. **Results:** The female-to-male ratio of patients with signs and symptoms of temporomandibular disorder was 4:1. The signs and symptoms occupied the highest proportion were pain (100%), followed by joints sounds (82.9%), decreased amplitude of mouth opening (48.6%). The condylar position was in posterior side with 67.5% of cases. After 6 months of treatment: 34.3% and 65.7% of patients showed a high and average reduction of pain respectively, 100% of patients showed a good improvement in mouth opening amplitude, 96.6% and 3.4% of patients showed an average and high decrease of joint sound, respectively. **Conclusion:** Temporomandibular disorder is more common in women than in men, the main symptom that patients come for treatment is joint pain. The condyle morphology on cone-beam computed tomography film is round and in posterior position. After 6 months of treatment with occlusal splint, 100% of patients responded to the treatment regarding pain, limitation in mouth opening and joint sound. The position of the mandibular condyle in the group with central position increased by 60%.

Keywords: Temporomandibular disorders (TMD), treatment, occlusal splint.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn thái dương hàm (RLTDH) hay còn gọi là hội chứng đau - rối loạn hệ thống nhai (SADAM) là một nhóm các rối loạn của khớp thái dương hàm, hệ thống các cơ nhai và các cấu trúc liên quan mà biểu hiện là triệu chứng đau, hạn chế há ngậm miệng và tiếng kêu khớp thái dương hàm [6].

Hiện nay có rất nhiều phương pháp để điều trị RLTDH như sử dụng thuốc, vật lý trị liệu, tập vận động hàm, tiêm botox, phẫu thuật... Trong đó máng nhai là phương pháp điều trị ít xâm lấn và mang lại kết quả tốt đã được minh chứng ở nhiều nơi. Tại Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, máng nhai và mài chỉnh khớp cắn là hai phương pháp được áp dụng nhiều nhất trong điều trị RLTDH tại khoa Răng Hàm Mặt. Trong 78 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có tái khám và có ghi nhận hiệu quả của điều trị thì có 100% bệnh nhân điều trị có hiệu quả (62,82% giảm đau, 32,05% giảm mỏi hàm, 19,23% tăng biên độ vận động, 15,38% giảm tiếng kêu khớp) [3]. Với mong muốn cung cấp thêm các bằng chứng

khoa học trong chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị RLTDH, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp điện toán chùm tia hình nón và đánh giá kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2022” với mục tiêu:

+ Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh khớp thái dương hàm trên phim cắt lớp điện toán chùm tia hình nón (CBCT) ở bệnh nhân có rối loạn thái dương hàm.

+ Đánh giá kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm trên đối tượng nghiên cứu bằng máng nhai ổn định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng RLTDH theo tiêu chuẩn của McNeil năm 1997 [4] có ít nhất một trong các biểu hiện sau:

+ Đau ở hệ thống cơ nhai, khớp thái dương hàm và/hoặc vùng quanh tai, thường tăng thêm khi sờ nắn hoặc hoạt động chức năng.

+ Lệch hàm khi há miệng có hoặc không kèm theo tiếng kêu khớp.

+ Hạn chế há miệng ($\leq 40\text{mm}$).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Đau vùng hàm mặt do biến chứng răng khôn.

+ Bệnh nhân được chẩn đoán viêm đa khớp, chấn thương cấp tính, nhiễm trùng, khiếm khuyết do quá trình phát triển và khối u, đang xạ trị vùng đầu, mặt, cổ.

+ Bệnh nhân đã đeo máng điều trị RLTDH trước đây.

+ Người chậm phát triển, nhận thức kém, khó khăn trong giao tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có can thiệp lâm sàng đánh giá hiệu quả trước và sau điều trị không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu:** Tính theo công thức: $n = \frac{Z^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$

Với độ tin cậy 95% ($Z=1,96$), ($p=0,96$) [1], sai số cho phép 7% ($d=0,07$). Tính được cỡ mẫu tối thiểu là 30,1, trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập được $n=35$.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tuổi được tính theo năm dương lịch (lấy năm nghiên cứu trừ năm sinh), chia làm 3 nhóm gồm dưới 16 tuổi/16 đến 25 tuổi/trên 25 tuổi; giới tính là nam hay nữ; nghề nghiệp, chia làm 4 nhóm gồm: Học sinh, sinh viên/Lao động chân tay/Lao động trí óc/Hết tuổi lao động.

+ Các biểu hiện kẹt hàm, cứng khớp sau ngủ, mỗi hàm đánh giá có hay không có. Đau khớp có đau hay không đau và đánh giá mức độ đau bằng thang điểm VAS. Tiếng kêu khớp có hay không có, đánh giá mức độ tiếng kêu bằng VAS. Hạn chế há miệng tối đa giảm khi biên độ há $\leq 40\text{mm}$. Hình dạng lồi cầu gồm dạng phẳng, dạng lồi, dạng tròn hoặc dạng khác.

+ Vị trí của lồi cầu được đánh giá theo trị số giá trị của “di lệch lồi cầu” theo phương pháp của Ikeda (2009): Vị trí trung tâm; vị trí ra trước và vị trí lui sau [8].

+ Kích thước lồi cầu quan sát trên phim CBCT và mô tả qua khảo sát ở cả hai chiều ngoài - trong (chiều rộng) và trước - sau (chiều dài).

+ Đánh giá kết quả theo mức độ đáp ứng điều trị tốt, trung bình, kém [5].

Bảng 1. Đánh giá kết quả đáp ứng điều trị

Kết quả \ Tiêu chí	Tốt	Trung bình	Kém
Biểu hiện đau	Không còn	Giảm hơn	Không giảm
Biểu hiện tiếng kêu	Không còn	Giảm hơn	Không giảm
Biên độ há miệng	Biên độ há trở về ≥ 40 mm	Có tăng nhưng chưa đạt	Không/giảm đi

- Phương pháp thu thập số liệu:

+ Thu thập thông tin bệnh nhân đặc điểm chung và các biểu hiện kẹt hàm, cứng khớp sau ngủ, mỗi hàm bằng bộ câu hỏi phỏng vấn.

+ Đánh giá tỷ lệ và mức độ đau, tỷ lệ và mức độ tiếng kêu qua thăm khám lâm sàng và sử dụng thang điểm VAS. Đánh giá khi đến khám, sau điều trị 1 tháng và sau điều trị 6 tháng.

+ Đánh giá biên độ trung bình há tối đa bằng cách: Ở tư thế lỏng mũi tối đa, sau khi xác định độ cắn phủ, yêu cầu bệnh nhân há miệng tối đa, đo độ dài từ rìa cắn răng cửa trên đến rìa cắn răng cửa dưới cộng thêm độ cắn phủ. Mô tả tại thời điểm đến khám, sau điều trị 1 tháng và sau điều trị 6 tháng.

+ Hình dạng, vị trí, kích thước lồi cầu được khảo sát trên phim CBCT. Mô tả tại thời điểm đến khám, sau điều trị 1 tháng và sau điều trị 6 tháng.

- Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng test kiểm định Chi bình phương để mô tả mối liên quan đối với các biến định tính, trường hợp giá trị kỳ vọng nhỏ hơn 5 chiếm 25% trở lên thì dùng test Fisher. Sử dụng kiểm định T-Test để so sánh các giá trị trung bình đối với các biến định lượng có phân phối chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$. Vẽ các biểu đồ bằng phần mềm excel.

- Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh Trường Đại học Y Dược Cần Thơ chấp thuận theo quyết định số 120/PCT-HĐĐĐ ngày 30 tháng 3 năm 2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu trên 35 bệnh nhân, độ tuổi nhỏ nhất là 17 tuổi, độ tuổi lớn nhất là 55 tuổi, độ tuổi trung bình là $28,54 \pm 9,08$.

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	7	20,0%
	Nữ	28	80,0%
Nhóm tuổi	<16	0	0%
	16-25	17	48,6%
	>25	18	51,4%
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	12	34,3%
	Lao động chân tay	7	20%
	Lao động trí óc	16	45,7%
	Hết tuổi lao động	0	0%

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới cao gấp 4 lần so với nam giới. Tỷ lệ đối tượng trên 25 tuổi chiếm đa số là 51,4%, kể đến là nhóm từ 16 đến 25 tuổi chiếm 48,6%, không có đối tượng

dưới 16 tuổi. Tỷ lệ lao động trí óc chiếm 45,7%, nhóm học sinh, sinh viên chiếm 34,4%, lao động chân tay chiếm 20% và không có đối tượng ngoài tuổi lao động.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của RLTDH trên đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Phân bố tỷ lệ dấu chứng lâm sàng theo thời điểm khám từ khi khởi phát

Dấu chứng lâm sàng		Thời điểm khám		Tổng số	p
		Trước 6 tháng	Sau 6 tháng		
Há miệng hạn chế	Số lượng	5	12	17	0,604*
	Tỷ lệ %	29,4	70,6	100	
Tiếng kêu khớp	Số lượng	7	22	29	0,213*
	Tỷ lệ %	24,1	75,9	100	
Đau	Số lượng	10	25	35	
	Tỷ lệ %	28,6	71,4	100	

*Test Fisher

Nhận xét: Tỷ lệ biểu hiện các dấu chứng RLTDH cao hơn ở thời điểm đến khám sau 6 tháng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Hình thái và tương quan vị trí lồi cầu xương hàm dưới - xương thái dương

Tương quan	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trung tâm	9	25,7%
Ra trước	3	8,6%
Lui sau	23	65,7%
Tổng	35	100%
Hình thái lồi cầu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Lồi	8	32%
Phẳng	3	8,6%
Tròn	24	59,4%
Tổng	35	100%

Nhận xét: Vị trí của lồi cầu hay gặp nhất là vị trí lui sau chiếm 65,7%, có 25,7% đối tượng có vị trí lồi cầu đúng vị trí và 8,6% đối tượng nghiên cứu có vị trí lồi cầu ra trước. Hình thái lồi cầu hay gặp nhất là dạng hình tròn chiếm tỷ lệ 65,7%, dạng phẳng chiếm 8,6%, không có dạng bầu dục và tam giác, dạng khác chiếm 25,7%.

Bảng 5. Kích thước lồi cầu

Kích thước	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Trong - Ngoài	8,14	0,24
Trước - sau	18,27	0,34

Nhận xét: Chiều rộng trung bình lồi cầu của đối tượng nghiên cứu là 8,14mm, chiều dài trung bình lồi cầu của đối tượng nghiên cứu là 18,27mm. Số liệu có phân phối chuẩn.

3.3. Kết quả điều trị bằng máng nhai ổn định

Bảng 6. So sánh sự cải thiện các triệu chứng trước và sau điều trị

Các triệu chứng		Thời điểm			p
		Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng	
Mức độ đau	Trung bình	8,09±1,15	3,23±0,97	0,97±0,80	0,000
Mức độ tiếng kêu	Trung bình	8,09±1,15	3,23±0,97	0,97±0,80	0,000
Biên độ há tối đa	Trung bình	39,54±0,78	42,54±0,54	44,86±0,44	0,000

Nhận xét: Sau 6 tháng điều trị chỉ số VAS của mức độ đau và mức độ tiếng kêu giảm so với trước và sau 1 tháng điều trị. Mức độ giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Xu hướng giảm của chỉ số VAS tiếp tục khi người bệnh đeo máng đến tháng thứ 6. Biên độ há tối đa tăng lên sau 6 tháng, mức tăng có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Đánh giá kết quả điều trị đau sau 3 tháng và 6 tháng

Kết quả điều trị	Đau				Tiếng kêu khớp				Biên độ há			
	1 tháng		6 tháng		1 tháng		6 tháng		1 tháng		6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	0	0	12	34,3	0	0	1	3,4	15	88,2	17	100
Khá	35	100	23	65,7	29	100	28	96,6	2	11,8	0	0
Kém	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	35	100	35	100	29	100	29	100	17	100	17	100

Nhận xét: Triệu chứng giảm biên độ há được cải thiện tốt nhất, kể đến là triệu chứng đau, tiếng kêu khớp đa số ở mức đáp ứng khá sau 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ gấp hơn 4 lần nam. Các nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra sự vượt trội của nữ so với nam trong tỷ lệ mắc bệnh, với tỷ lệ nam:nữ là từ 1:2 đến 1:9 [8], [10], [13]. Theo Scriveri, nữ giới có ngưỡng đau thấp hơn so với nam giới, và hơn nữa những yếu tố tác động gây đau trong RLTDH được làm tăng lên trong giai đoạn estrogen giảm ở chu kỳ kinh nguyệt của nữ giới [14].

Độ tuổi trung bình của mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,05. Trong đó, nhóm trên 25 tuổi chiếm 51,4%, không cao hơn nhiều so với nhóm từ 16 đến 25 tuổi (48,4%) và không có đối tượng dưới 16 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của như Scriveri (2008), Komine (2004), Melita (2010), và Imanimoghaddam (2016) [9], [11], [13], [14]. Chúng tôi cũng đồng quan điểm giải thích có lẽ do lứa tuổi từ 16-25 là thời điểm răng khôn mọc, khớp cắn có nhiều thay đổi là những yếu tố thuận lợi cho sự xuất hiện loạn năng bệ máy nhai. Như vậy, bệnh hay gặp ở độ tuổi thanh niên, ít gặp hơn ở trẻ em và người già.

Liên quan đến nghề nghiệp, chúng tôi ghi nhận nhóm lao động trí óc chiếm tỉ lệ cao nhất, kể đến là nhóm học sinh, sinh viên và không có đối tượng nào ngoài tuổi lao động. Tuy nhiên với cỡ mẫu là 35, chúng tôi chưa đánh giá được sự khác biệt tỷ lệ giữa các nhóm nghề nghiệp có thực sự mang ý nghĩa thống kê hay không.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của RLTDH trên đối tượng nghiên cứu

Về kích thước và hình dạng lồi cầu, chúng tôi ghi nhận kích thước trung bình chiều trước sau là $18,27 \pm 0,34$, chiều trong ngoài là $8,14 \pm 0,24$. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Lâm năm 2018 với chiều trước sau là $8,2 \pm 1,1$ và chiều trong ngoài là $18,9 \pm 2,0$. Cũng trong nghiên cứu này đã mô tả hình dạng lồi cầu theo mặt phẳng đứng ngang và nhận thấy hầu hết lồi cầu người Việt có dạng tròn 43,7%, kể đến là dạng lồi 26,1% tiếp theo là dạng phẳng và 19,7% [2]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 65,7%, 25,7% và 8,6%. Khác biệt có lẽ đến từ khác biệt về cỡ mẫu và thời điểm nghiên cứu, tuy nhiên cũng cho thấy lồi cầu dạng tròn chiếm đa số. Lồi cầu điều chỉnh, thay đổi tùy thuộc vào hệ thống nhai, bao gồm cả những hậu quả từ mòn răng và mất răng. Những thay đổi hình thái này có thể bắt đầu ở giai đoạn tuổi còn nhỏ. Ngoài ra, hệ thống nhai của

mỗi cá thể hình thành nên hình dạng lồng cầu riêng, ví dụ lồng cầu dạng phẳng và dạng tam giác là dạng thay đổi của lồng cầu dạng lồng và dạng tròn ở những cá thể có lực cắn mạnh [12].

Về vị trí lồng cầu, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ở vị trí trung tâm là 25,7%, vị trí ra sau là 65,7% và ra trước là 8,6%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Lương Thảo Nguyên là 36,4%, ở vị trí lui sau là 33,3% và ở vị trí ra trước là 30,3% [3]. Imanimoghaddam (2016) lại cùng kết quả với chúng tôi khi thấy lồng cầu nằm ở vị trí hơi lui sau trong các bệnh nhân RLTDH [9]. Ikeda (2013) đã cho rằng sự di lệch đĩa khớp có thể là nguyên nhân gây ra thay đổi vị trí lồng cầu trong khớp thể hiện qua sự thay đổi khoảng gian khớp tùy theo hướng và mức độ di lệch của đĩa khớp, lồng cầu ở bệnh nhân có di lệch đĩa khớp ra trước thì ở sau hơn [8].

Về các dấu chứng lâm sàng theo tiêu chuẩn của McNeil, nghiên cứu chúng tôi cho thấy dấu chứng đau chiếm 100%, kêu đên là tiếng kêu khớp chiếm 82,9%, hạn chế há miệng chiếm 48,6%. Trong nghiên cứu của Lương Thảo Nguyên năm 2008 thì tỷ lệ tiếng kêu khớp cao nhất chiếm 66,6%, tỷ lệ đau chiếm 57,7% [3]. Đồng kết quả với chúng tôi, tác giả James Friction năm 2007 cũng cho thấy ấu hiệu đau là lý do đến khám thường gặp nhất của người bệnh và thường làm người bệnh lo lắng [10].

4.3. Kết quả điều trị

Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây như của Komine, A.Hugger (2004): Máng nhai ổn định có tác dụng làm giảm các triệu chứng của RLTDH [11], [13]. Chúng tôi thực hiện theo dõi người bệnh sau 1 tháng và 6 tháng, tỷ lệ và mức độ đau đều giảm, đa số bệnh nhân đáp ứng điều trị ở mức trung bình (65,7%), chỉ có 34,3% đáp ứng tốt. Theo Friction, hiệu quả giảm đau của máng ổn định là do giúp giãn cơ, loại bỏ thói quen xấu và xóa những phản xạ đau trước đó của hệ thống nhai [10]. Có thể thấy rằng, việc điều trị bằng máng nhai trong nghiên cứu của chúng tôi đã đáp ứng yêu cầu của một phương pháp điều trị rối loạn thái dương hàm tốt, đó là phải giảm đau cho người bệnh trong thời gian điều trị, đặc biệt là giai đoạn đầu của quá trình điều trị.

Đối với biểu hiện tiếng kêu khớp, mức độ giảm có ý nghĩa thống kê sau 6 tháng. Tuy nhiên tỷ lệ giảm đáp ứng điều trị đa số chỉ ở mức trung bình. Chỉ có 1 bệnh nhân không còn tiếng kêu sau 6 tháng. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thành là có gần 50% (9/19) người bệnh không còn tiếng kêu khớp sau 3 tháng điều trị và nghiên cứu của Komine (tiếng kêu khớp giảm ở 74% người bệnh) [5], [11]. Như vậy, theo nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có triệu chứng lâm sàng là tiếng kêu khớp nên đeo máng trong vòng 6 tháng để cải thiện dấu hiệu này. Tuy nhiên, việc giảm hẳn tiếng kêu khớp chưa đạt hiệu quả cao.

Đối với tác dụng làm cải thiện biên độ há của máng nhai, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân có giảm biên độ há đều đáp ứng tốt sau 6 tháng điều trị bằng máng nhai. Mức độ tăng biên độ há trung bình sau 6 tháng có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Thành năm 2013 [5].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận rối loạn thái dương hàm hay gặp ở nữ hơn so với nam, xấp xỉ 4:1. Tỷ lệ biểu hiện đau đều có trên các bệnh nhân, sau đó là tiếng kêu khớp và hạn chế há miệng. Sau 06 tháng điều trị, tình trạng đau, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp giảm so với trước điều trị về cả tỷ lệ biểu hiện và mức độ. Đối với việc điều trị RLTDH bằng máng nhai ổn định giúp cải thiện tốt 100% triệu chứng về giảm biên độ há. Tình trạng đau

và tiếng kêu khớp: 100% đều cải thiện sau 6 tháng, đa số cải thiện ở mức độ tốt và khá. Lòi cầu xương hàm dưới ở nhóm có vị trí trung tâm tăng 60%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Như Hải (2006), Nghiên cứu dịch tễ học loạn năng bộ máy nhai và đề xuất giải pháp can thiệp, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 2. Nguyễn Văn Lâm (2018), Đặc điểm hình thái khớp thái dương hàm không triệu chứng ở người Việt trưởng thành nghiên cứu trên hình ảnh cắt lớp điện toán chùm tia nón, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
 3. Lương Thảo Nguyên, Trần Thị Nguyên Ny và cs (2013), Tình hình điều trị rối loạn thái dương hàm tại khoa Răng Hàm Mặt – Đại học Y Dược TPHCM từ năm 2008 đến 2010, *Tạp chí Y học TPHCM*, 17, tr. 66-71.
 4. Nguyễn Phúc Diên Thảo, Hoàng Tử Hùng (2006), Rối loạn thái dương hàm, *Tạp chí Y học Hồ Chí Minh*, 8(4), tr. 23-30.
 5. Nguyễn Mạnh Thành (2013), Đánh giá kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai ổn định, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
 6. Dawson P. (2004), *The Concept of Complete Dentistry*, Mosby Elsevier.
 7. Edward F. Wright (2010). *Manual of Temporomandibular Disorder*, Wiley Blackwell New York, pp.67-89.
 8. Ikeda K., Kawamura A. (2009), Assessment of optimal condylar position with limited cone-beam computed tomography, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 135 (4), pp.495-501.
 9. Imanimoghaddam M., Madani A. S., Mahdavi P., Bagherpour A., Darijani M., *et al.* (2016), “Evaluation of condylar positions in patients with temporomandibular disorders: A cone-beam computed tomographic study”, *Imaging Science in Dentistry*, 46 (2), pp.127-31.
 10. James Friction (2007). *Myogenous Temporomandibular Disorders: Diagnostic and Management Considerations*. *Dent Clin N Am*, 51, pp.61-83.
 11. Komine, A. Hugger (2004). Efficacy of stabilization splints for the management of patients with masticatory muscle pain, *Clin Oral Invest*, 8, pp.179-195.
 12. Kijima N., Honda K., Kuroki Y., Sakabe J., Ejima K., *et al.* (2007), Relationship between patient characteristics, mandibular head morphology and thickness of the roof of the glenoid fossa in symptomatic temporomandibular joints, *Dentomaxillofacial Radiology*, 36 (5), pp.277-281.
 13. Melita VP (2010). *Temporomandibular Disorders - Problems in Diagnostics*. *Medical Science*, 34, pp.11-32.
 14. Scrivani S J., *et al.* (2008), Temporomandibular disorders. *N Engl J Med*, 359(25), pp.2693-2702.
(Ngày nhận bài: 16/8/2022 – Ngày duyệt đăng: 02/10/2022)
-