lệ sinh viên cần điều trị chỉnh nha là 85,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lưu Văn Tường (2023) 82,4% [4] và Phạm Thanh Hải là 84,3% [2].

Nghiên cứu được thực hiện trên 250 sinh viên ghi nhận nhu cầu điều trị về mặt thẩm mỹ răng ở mức ít cần điều trị (mức 3 - 4) chiếm tỷ lệ cao nhất 38,4%. Về mặt sức khỏe răng, nhu cầu điều trị ở mức 3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 32%. Tỷ lệ sinh viên không cần điều trị về mặt sức khỏe răng và thẩm mỹ răng là 14,0%; tỷ lệ này thấp hơn khi đánh giá từng mặt riêng lẻ trong chỉ số IOTN. Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Lê Linh Chi (2024) [1] và Trần Thị An Huy (2022) [2]. Qua đó ta thấy nếu chỉ đánh giá dựa và thẩm mỹ răng để quyết định nhu cầu điều trị chỉnh nha sẽ bỏ qua một lượng lớn sinh viên có sai lệch khớp cắn không được điều trị. Sở dĩ tỷ lệ không cần điều trị về mặt thẩm mỹ răng lại cao hơn nhiều khi đánh giá về mặt sức khỏe răng vì có nhiều trường hợp nhóm răng thẩm mỹ là các răng cửa, răng nanh hàm trên và hàm dưới được sắp xếp đều đặn. Tuy nhiên, các răng phía sau ít thấy hoặc không được bộc lộ rõ thì lại ở trong tư thế bị lệch lạc, những di lệch này có thể là răng bị xoay trục, răng mọc kẹt, nghiêng gần, nghiêng xa, lệch ngoài trong, cắn chéo... gây ảnh hưởng đến khớp cắn và chức năng. Chỉ số IOTN đánh giá hai mặt sức khỏe và thẩm mỹ của răng, hai khía cạnh này bổ sung cho nhau trong khi chỉ số sức khỏe răng thể hiện tính khách quan về tình trạng khớp cắn của bệnh nhân thì thẩm mỹ răng góp phần làm đẹp cho khuôn mặt đồng thời cũng là yếu tố quan trọng giúp bệnh nhân quyết định điều trị chỉnh hình răng mặt.

V. KẾT LUẬN

Sai lệch khớp cắn chiếm tỷ lệ 89,2% trong đó sai khớp cắn loại I chiếm đa số. Nhu cầu điều trị chỉnh nha chiếm tỷ lệ cao về mặt thẩm mỹ răng 36,0% và sức khỏe răng là 63,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Linh Chi.** Thực trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của học sinh 14 tuổi tại Trường Trung học cơ sở Hoàng Long, Hà Nội năm 2023. Tạp chí y học Việt Nam. 2024: 250 - 257.
2. **Trần Thị An Huy và Phạm Thanh Hải.** Khảo sát tình trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên năm nhất Đại học Y dược Hải Phòng năm 2018. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022: 99 - 104.
3. **Lê Nguyễn Anh Minh.** Thực trạng lệch lạc khớp cắn của học sinh ở một số trường trung học cơ sở tại thành phố Thanh Hóa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023: 215-218.
4. **Lưu Văn Tường.** Thực trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên năm thứ 3 Trường Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia Hà Nội năm 2023. Tạp chí y học Việt Nam. 2024: 111 – 115.
5. **Ahmed Ibrahim El Dosoky and Mohamed Hassan El Bayomy.** Malocclusion and Orthodontic treatment needs among tanta secondary school students. Egyptian Dental Journal. 2020: Vol.66, No.4.
6. **Deepak Chauhan & et al.** A Study of malocclusion and orthodontic treatment needs according to dental aesthetic index among school children of a hilly state of India. Journal of International society of preventive and community Dentistry. 2018; Vol.3, No.1, 32-37.
7. **Habersack Marion,** "WHO-definition of health must be enforced by national law: a debate", BMC Medical Ethics, 2013: Vol 14, 24.
8. **Kataoka K & et al.** Association Between Self – Reported Bruxism and Malocclusion in University Students: A cross- sectional study. J Epidemiol. 2025;25(6):423-43.
9. **Lecturer & et al.** Prevalence of malocclusion and occlusal traits of Malay adults (18-23 years) in Shah Alam,Malaysia. Int J Dent Res.2020; 5(2):81-85.

SỰ THAY ĐỔI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN TRƯỞNG THÀNH BỊ RỐI LOẠN KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM (TMD) ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG MÁNG ỔN ĐỊNH (SS) 6 THÁNG

Trương Đình Khởi[1], Phan Thị Hạnh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân trưởng thành bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) được điều trị bằng máng ổn định (SS) 6 tháng năm 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu có can thiệp trên 31 bệnh nhân trưởng thành (7 nam và 24 nữ) được điều trị bằng máng ổn định cứng (SS), so sánh đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị trị 6 tháng. **Kết quả:** Phân bố tỉ lệ triệu chứng lâm sàng: Đau khớp trước điều trị 90,32%; sau điều trị: 16,12%. Đau cơ trước

[1]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi
Email: bskhoirhm@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025
Ngày duyệt bài: 17.3.2025

điều trị: 80,65%; sau điều trị: 9,68%. Có tiếng kêu khớp trước điều trị: 83,87%; sau điều trị: 61,29%. Biên độ há miệng hạn chế trước điều trị: 33,62 ± 2,34mm; sau điều trị: 38,71 ± 2,65mm. Đau cơ thái dương trước điều trị: 88%; sau điều trị: 32%. **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng bao gồm đau khớp, có tiếng kêu khớp và đau cơ là những triệu chứng thường gặp nhất; vùng đau tại chỗ quanh khớp bao gồm đau khớp và đau cơ thái dương, cơ cắn thường gặp nhất. Sau điều trị các triệu chứng cơ năng giảm đáng kể có ý nghĩa thống kê sau điều trị bằng máng ổn định (SS) 6 tháng. Chỉ số đau VAS trên những bệnh nhân có biểu hiện cơ năng bao gồm đau cơ, đau khớp và có tiếng kêu khớp giảm rõ rệt trên thang đo.

Từ khoá: Rối loạn khớp thái dương hàm, máng nhai ổn định

SUMMARY

CHANGES IN CLINICAL CHARACTERISTICS IN ADULT PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS (TMD) TREATED WITH A STABILIZATION SPLINT (SS) FOR 6 MONTHS

Objective: To evaluate certain clinical characteristics in adult patients with temporomandibular disorders (TMD) treated with a stabilization splint (SS) over a 6-month period from 2022 to 2024. **Subject and methods:** This interventional study was conducted on 31 adult patients (7 males and 24 females) treated with a hard stabilization splint (SS). Clinical characteristics were compared before and after 6 months of treatment. **Results:** Joint pain (arthralgia) before treatment: 90,32%; after treatment: 16,12%. Myofascial pain before treatment: 80,65%; after treatment: 9,68%. Joint sounds before treatment: 83,87%; after treatment: 61,29%. Limited mouth opening before treatment: 33,62 ± 2,34 mm; after treatment: 38,71 ± 2,65 mm. Temporal muscle pain before treatment: 88%; after treatment: 32%. **Conclusions:** Functional symptoms, including joint pain, joint sounds, and muscle pain, were the most common. Localized pain around the joint, particularly in the temporomandibular joint, temporalis muscle, and masseter muscle, was most frequently observed. After 6 months of treatment with a stabilization splint (SS), there was a statistically significant reduction in functional symptoms. The VAS pain score in patients with functional symptoms such as muscle pain, joint pain, and joint sounds-showed a marked decrease.

Keywords: Temporomandibular joint disorders (TMD), Stabilization Splint (SS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn khớp thái dương hàm (Temporomandibular joint disorders - TMD) thường được chẩn đoán dựa vào thăm khám lâm sàng ban đầu bao gồm đau hệ thống nhai, có tiếng kêu khớp hoặc hạn chế há miệng khi hoạt động chức năng[1], mặc dù vậy theo dõi các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị bệnh vẫn là một thách thức đối với bác sĩ thực hành lâm sàng ngày nay. Điều này do rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) là một thuật ngữ tương đối rộng với nhiều nguyên nhân phức tạp và biểu hiện ở những mức độ lâm sàng khác nhau[1]. Một số biểu hiện lâm sàng có thể tự biến mất mà không cần điều trị, trong khi có những triệu chứng vẫn kéo dài trong thời gian dài cho dù đã áp dụng nhiều biện pháp điều trị khác nhau. Phương pháp điều trị bằng máng cứng ổn định (SS) đã được áp dụng rộng rãi, mang lại những cải thiện triệu chứng lâm sàng tốt hơn nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về những thay đổi lâm sàng trước và sau khi điều trị.

Nguyên nhân thực thể của bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) có thể được đánh giá bằng phim chụp cắt lớp tia hình nón (CBCT)[2,3], tuy nhiên nhiều trường hợp nghiên cứu cho thấy triệu chứng lâm sàng có liên quan mật thiết với các yếu tố sinh học, sinh lý và tâm lý xã hội đáng kể với những triệu chứng tâm lý đi kèm như lo âu hoặc trầm cảm. Vì vậy, việc đánh giá những thay đổi triệu chứng cơ năng trên lâm sàng vừa để theo dõi diễn biến điều trị, mặt khác cũng tạo tâm lý tích cực cho người bệnh tiếp tục tham gia điều trị ở những giai đoạn sau[1,3].

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu đánh giá triệu chứng lâm sàng như nghiên cứu của Neill Mc C (1997)[1] góp phần xây dựng tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD). Nghiên cứu của El-Moraissi A (2020)[2] đã đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) bằng máng ổn định cứng (SS) trên lâm sàng và trên phim CBCT. Nghiên cứu của Dion Tik Shun Li (2021)[3] đưa ra những đánh giá về triệu chứng lâm sàng và quản lý, theo dõi bệnh nhân khi điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau.

Tại Việt Nam cũng đã có một số nghiên cứu về triệu chứng lâm sàng như nghiên cứu của Nguyễn Phúc Vinh (2022)[4], nghiên cứu của Nguyễn Hữu Nhân(2022)[5], nghiên cứu của Phạm Thu Trang (2023)[6], nghiên cứu của Lê Nguyên Lâm(2023)[7] và nghiên cứu của Huỳnh Lê Hiệp Nghĩa (2023)[8]. bước đầu đã đánh giá được một số thay đổi triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị có sử dụng máng ổn định (SS), mặc dù vậy số lượng nghiên cứu chưa nhiều và số lượng cỡ mẫu còn nhỏ, khu trú ở một số nhóm bệnh nhân có địa dư nhất định, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Nhận xét thay đổi triệu chứng trên lâm sàng của bệnh nhân trưởng thành bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) được điều trị bằng máng ổn định dạng cứng (SS) 6 tháng", góp phần bổ sung

thêm những bằng chứng về sự cải thiện hoặc biểu hiện lâm sàng trước và sau điều trị ở những thời điểm khác nhau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu theo phương pháp nghiên can thiệp so sánh trước và sau 6 tháng điều trị bằng máng ổn định (SS).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 8 năm 2024.

Địa điểm: Trung tâm Nha khoa Hà Thuỷ và Khoa Răng Hàm Mặt BV ĐK Nông Nghiệp, xử lý số liệu tại Khoa Răng Hàm Mặt, ĐH Y Dược-ĐHQGHN.

2.3. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) theo chẩn đoán McNeil (1997)[1,2] bao gồm ít nhất một trong ba triệu chứng sau: Đau tại chỗ khớp thái dương hàm, hệ thống cơ nhai và/hoặc vùng xung quanh, đau tăng lên khi sờ nắn hoặc hoạt động chức năng; lệch hàm khi há miệng, có thể kèm theo tiếng kêu khớp hoặc hạn chế há miệng dưới 40mm.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện và có chủ đích, toàn bộ bệnh nhân tại BV và Trung tâm Nha khoa. Chúng tôi đã khám lâm sàng ở hai thời điểu trước điều trị và sau điều trị 6 tháng bằng máng ổn định (SS) trên 31 bệnh nhân (bao gồm 24 nữ và 7 nam).

2.5. Biến số/chỉ số/ nội dung/chủ đề nghiên cứu

- Thăm khám lâm sàng trước và sau điều trị bằng máng ổn định (SS) 6 tháng, phát hiện các triệu chứng cơ năng: Đau khớp; đau cơ; tiếng kêu khớp; hạn chế há miệng; trật khớp; triệu chứng cơ năng khác (ù tai, mỏi hàm, đau cổ vai gáy).

- Đo biên độ há miệng (mm) và chỉ số đau theo thang VAS trước và sau điều trị 6 tháng; phân loại đường há ngậm miệng ghi nhận bằng đĩa ghi khớp và chuyển động xương hàm dưới bằng Quick master Seri M (xuất sứ Pháp), biên độ được đo bằng thước kẹp đo khoảng cách giữa hai điểm trong không gian.

- Phân loại vị trí đau cơ chi tiết bao gồm vị trí đau cơ thái dương, cơ cắn, cơ ức đòn chũm, cơ nhị thân và cơ khác vùng đầu-mặt.

- Phân loại vùng đau bao gồm vùng khớp thái dương hàm, vùng thái dương, vùng gò má-ổ mắt, vùng góc hàm dưới, vùng cổ vai gáy và vùng khác đầu-mặt.

2.7. Xử lý số liệu. Các số liệu đo đạc được nhập vào máy tính bằng phần mềm chuyên dụng và xử lý bằng các thuật toán xác suất thống kê thích hợp trên phần mềm SPSS 23.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Các bệnh nhân được giải thích rõ ràng về nghiên cứu này và hoàn toàn tự nguyện tham gia, thông tin nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi điều trị trên 31 đối tượng từ 24,6 đến 50,2 tuổi ở Thành phố Hà Nội, độ tuổi trung bình điều trị: 37,4±12,8 tuổi, trong đó 24 nữ (77,42%), 7 nam (22,58%).

Bảng 3.1: Phân bố tỉ lệ theo triệu chứng cơ năng trên lâm sàng (n=31)

Triệu chứng cơ năng	Trước điều trị		Sau điều trị 6 tháng		p
	n	%	n	%	
Đau khớp	28	90,32%	5	16,12%	< 0,05
Đau cơ	25	80,65%	3	9,68%	
Tiếng kêu khớp	26	83,87%	19	61,29%	
Hạn chế há miệng	14	45,16%	2	6,45%	
Trật khớp	4	12,90%	2	6,45%	
Ù tai	6	19,35%	1	3,23%	
Mỏi hàm	2	6,45%	1	3,23%	
Đau cổ vai gáy	3	9,68%	2	6,45%	

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng đau khớp (90,32%), tiếng kêu khớp (83,87%) và đau cơ (80,65%) thường gặp nhất. Sau điều trị 6 tháng, đau khớp, hạn chế há miệng và đau cơ giảm tỉ lệ lớn nhất, tiếng kêu khớp có tỉ lệ giảm ít hơn. Triệu chứng khác (ù tai, mỏi hàm, đau cổ vai gáy) có thay đổi đáng kể sau điều trị với p<0,05.

Bảng 3.2: Biên độ há miệng và chỉ số đau VAS trước và sau điều trị (n=31)

Chỉ số đo đạc	Trước điều trị		Sau điều trị 6 tháng		p
	n	(X±SD)	n	(X±SD)	
Biên độ há miệng hạn chế (mm)	14	33,62 ± 2,34	14	38,71± 2,65	<0,05
Chỉ số VAS bệnh nhân đau cơ	25	3,74 ± 0,96	25	1,87± 0,68	<0,05
Chỉ số VAS bệnh nhân đau khớp	28	5,88 ± 1,26	28	1,33 ± 0,62	<0,05
Chỉ số VAS bệnh nhân tiếng kêu khớp	26	6,12 ± 1,41	26	1,37± 0,65	<0,05
Chỉ số VAS bệnh nhân hạn chế há miệng	14	2,73 ± 1,38	14	2,26 ± 1,09	>0,05

Nhận xét: Biên độ há miệng ở những bệnh nhân có hạn chế há miệng cải thiện rõ ràng sau

6 tháng điều trị, chỉ số VAS trên bệnh nhân đau cơ, đau khớp, có tiếng kêu khớp cải thiện rõ ràng với p<0,05; tuy nhiên chỉ số VAS trên bệnh nhân hạn chế há miệng không có sự khác biệt trước và sau điều trị.

Bảng 3.3: Phân loại tỉ lệ vị trí đau cơ trước và sau điều trị (n=25)

Nhóm đau cơ	Trước điều trị		Sau điều trị 6 tháng		p
	n	%	n	%	
Đau cơ thái dương	22	88,00%	8	32,00%	<0,05
Đau cơ cắn	11	44,00%	3	12,00%	<0,05
Đau cơ ức đòn chũm	8	32,00%	3	12,00%	<0,05
Đau cơ nhị thân	4	16,00%	2	8,00%	<0,05
Đau cơ khác vùng mặt	4	16,00%	2	8,00%	<0,05

Nhận xét: Trong số 25 bệnh nhân có đau cơ, trước điều trị, đau cơ thái dương thường gặp nhất (88%), đau cơ cắn (44%); đau cơ nhị thân và cơ khác vùng mặt ít gặp (16%). Tỉ lệ vị trí đau cơ vùng đầu-mặt có sự khác biệt với p<0,05 trước và sau điều trị 6 tháng.

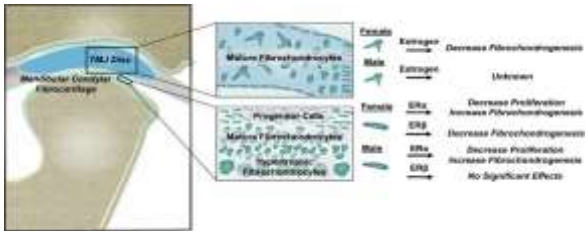
Bảng 3.4: Phân bố tỉ lệ vùng đau trước và sau điều trị (n=31)

Vùng đau	Trước điều trị		Sau điều trị 6 tháng		p
	n	%	n	%	
Khớp thái dương hàm	28	90,32%	5	16,13%	<0,05
Thái dương	22	70,97%	8	25,81%	<0,05
Gò má-ổ mắt	2	6,45%	1	3,23%	<0,05
Góc hàm dưới	15	48,39%	5	16,13%	<0,05
Vùng khác đầu-mặt	6	19,35%	4	12,90%	<0,05

Nhận xét: Trước điều trị, vùng đau khớp thái dương hàm có tỉ lệ cao nhất (90,32%), đau vùng thái dương (70,97%), vùng gò má-ổ mắt có tỉ lệ thấp nhất (6,45%). Sau điều trị 6 tháng, tỉ lệ phân bố vùng đau khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Phân bố tỉ lệ giới tính có sự chênh lệch rõ rệt, tỉ lệ 24 nữ (77,42%) mắc bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD), trong khi chỉ có 7 nam (22,58%). Nghiên cứu của Jenifer LR (2020)[9] và Grzeorz Zielínsk (2024)[10] chỉ ra rằng hormon Estrogen là một trong những yếu tố nguy cơ làm tăng triệu chứng đau vùng đầu-mặt ở nữ giới, đặc biệt bề mặt đĩa khớp của khớp thái dương hàm dưới chứa các cơ quan thụ cảm Estrogen (receptors) có vai trò thúc đẩy hoặc tăng nặng tình trạng rối loạn khớp thái dương hàm (TMD).



Hình 4.1. *Các cơ quan thụ cảm (receptors) của Estrogen ở khớp thái dương hàm dưới*[9,10]

Phân bố triệu chứng cơ năng trước điều trị trên bệnh nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) cho thấy đau khớp, đau cơ và tiếng kêu khớp thường gặp nhất, theo nghiên cứu của McNeil (1997)[1] thì đa số bệnh nhân tới khám do triệu chứng đau gây khó chịu trong quá trình sinh hoạt và hoạt động chức năng của khớp thái dương hàm gây ra, trong đó đau tại vị trí xung quanh vùng khớp thái dương hàm ở một bên hoặc cả hai bên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Nhân (2022)[5] về triệu chứng tiếng kêu khớp, tuy nhiên đau khớp và đau cơ thì tỉ lệ thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này do hầu hết các bệnh nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) khi đến khám trong nghiên cứu này đều có biểu hiện đau (bao gồm đau cơ và/hoặc đau khớp). Khi so sánh với nghiên cứu của Lê Nguyên Lâm (2023)[7] thì triệu chứng đau khớp và tiếng kêu khớp phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 4.1. So sánh tỉ lệ triệu chứng cơ năng trước điều trị của một số tác giả

Triệu chứng cơ năng	Nghiên cứu của chúng tôi (n=31)		Nguyễn Hữu Nhân (2022)[5] (n=80)		Lê Nguyên Lâm (2023)[7] (n=35)	
	n	%	n	%	n	%
Đau khớp	28	90,32%	45	56,3%	35	100%
Đau cơ	25	80,65%	35	43,8%	NA	NA
Tiếng kêu khớp	26	83,87%	69	86,3%	29	82,9%

Sau điều trị bằng máng ổn định (SS) các triệu chứng giảm rõ rệt, đặc biệt các triệu chứng đau cơ và đau khớp hoặc cải thiện tình trạng hạn chế há miệng, tuy vậy tiếng kêu khớp vẫn còn tồn tại ở hầu hết các bệnh nhân tham gia điều trị (giảm từ 83,87% xuống còn 61,29%). Điều này phù hợp với đặc điểm của phương pháp điều trị bằng máng ổn định (SS), đóng vai trò thư giãn thần kinh-cơ liên quan, giúp khớp giảm áp lực nén khi hoạt động chức năng, cân bằng lại trạng thái của hệ thống cơ nhai. Chính vì vậy, các tổn thương nội khớp dạng thực thể thì ít có khả năng phục hồi trong thời gian điều trị 6 tháng. Điều này

cũng được El-Moraissi A et al (2020)[2] đưa ra khi nghiên cứu hệ thống hoá (meta-analysis) của 16 nghiên cứu can thiệp trên 744 bệnh nhân TMD có nguồn gốc đau khớp và 19 nghiên cứu can thiệp của 946 bệnh nhân TMD có nguồn gốc đau cơ.

Sự giảm các triệu chứng đau cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Nguyên Lâm (2023)[7] khi cho thấy các chỉ số đau VAS trên các bệnh nhân có triệu chứng đau cơ, đau khớp và có tiếng kêu khớp đều giảm rõ rệt sau 6 tháng điều trị, nhưng bệnh nhân hạn chế há miệng thì chỉ số đau VAS không thay đổi đáng kể trước và sau điều trị. Điều này có thể do tổn thương nội khớp ở bệnh nhân TMD có hạn chế há miệng nặng hơn, cùng với đó là ảnh hưởng của việc cưỡng chế hoạt động chức năng của bệnh nhân cũng có khả năng làm giảm hiệu quả điều trị. Mặc dù vậy, biên độ há miệng vẫn được cải thiện đáng kể sau điều trị, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Phúc Vinh (2022)[4], Lê Nguyên Lâm (2023)[7] và Huỳnh Hiệp Nghĩa (2023)[8].

Đau cơ thái dương và cơ cắn là cơ thường gặp ở những bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm (TMD), tương ứng vùng đau thường gặp là vùng thái dương, vùng khớp thái dương hàm dưới và vùng góc hàm dưới. Trong nghiên cứu của Phạm Thu Trang (2023) cho thấy đau vùng khớp 86,7% và đau vùng thái dương 56,7%; tuy nhiên đau vùng góc hàm chỉ chiếm 20%, sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi có thể do tỉ lệ bệnh nhân đến khám và điều trị có triệu chứng đau cơ cắn chiếm tỉ lệ cao hơn so với những nghiên cứu khác. Sau điều trị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) bằng máng ổn định (SS) cho thấy mức độ cải thiện rõ rệt khi giảm sự phân bố đau cơ và vùng đau trước và sau điều trị 6 tháng. Nghiên cứu của El-Moraissi A et al (2020)[2] cũng cho thấy máng ổn định giúp giảm triệu chứng đau, cải thiện tỉ lệ vùng gây đau khi hoạt động chức năng tốt sau điều trị 6 tháng. Kết quả giảm vị trí đau và vùng đau cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Phúc Vinh (2022) và Lê Nguyên Lâm (2023), điều này củng cố thêm rằng điều trị rối loạn khớp thái dương hàm có sử dụng máng cứng ổn định (SS) đạt hiệu quả tốt, mặc dù vậy nghiên cứu này cỡ mẫu còn nhỏ cũng là một trong những hạn chế, do đó cần có thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng cơ năng bao gồm đau khớp, có tiếng kêu khớp và đau cơ là những triệu chứng thường gặp nhất; sau điều trị 6 tháng thì triệu chứng cơ năng được cải thiện rõ rệt, triệu chứng cơ năng đau khớp (90,32%), tiếng kêu khớp (83,87%) và đau cơ (80,65%)

- Biên độ há miệng được cải thiện tốt sau điều trị: Trước điều trị: 33,62 ± 2,34mm; sau điều trị 6 tháng: 38,71 ± 2,65mm.

- Chỉ số đau VAS trên những bệnh nhân có biểu hiện cơ năng bao gồm đau cơ, đau khớp và có tiếng kêu khớp giảm rõ rệt trên thang đo, bệnh nhân há miệng hạn chế chỉ số đau VAS ít cải thiện nhất.

- Vùng đau tại chỗ quanh khớp bao gồm đau khớp và đau cơ thái dương, cơ cắn thường gặp nhất, giảm đau rõ rệt sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Neill Mc C** (1997). Temporomandibular Disorders: Guidelines for Classification, Assessment, and Management, Quintessence Publishing.
2. **El-Moraissi A et al** (2020). Effectiveness of occlusal splint therapy in the management of temporomandibular disorders: network meta-analysis of randomized controlled trials, Int J Oral Maxillofac Surg, 49(8), 1042-1056.
3. **Dion Tik Shun Li, Yiu Yan Leung** (2021). Temporomandibular Disorders: Current concepts and controversies in diagnosis and management, Diagnosis J (Basel), 11(3), 459-465.
4. **Nguyễn Phúc Vinh, Trần Thị Phương Đan** (2022). Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp chùm tia hình nón và đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm bằng máng nhai tại BV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2022, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 52, 192-198.
5. **Nguyễn Hữu Nhân, Nguyễn Hữu Ân, Trần Ngọc Quảng Phi** (2022). Đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm, Tạp chí Y học Việt Nam, 518(1), 284-289.
6. **Phạm Thu Trang, Phạm Thị Hồng Thuỳ, Trịnh Vũ Hải** (2023). Đặc điểm lâm sàng và khảo sát các yếu tố nguy cơ của rối loạn chức năng khớp thái dương hàm, Tạp chí Y học Việt Nam, 529(1), 164-168.
7. **Lê Nguyên Lâm, Nguyễn Phúc Vinh** (2023). Đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm bằng máng nhai tại BV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Vietnam Journal of Community Medicine, 64(5), 223-231.
8. **Huỳnh Lê Hiệp Nghĩa và CS** (2023). Nghiên cứu triệu chứng rối loạn khớp thái dương hàm và các yếu tố tâm lý thói quen trên sinh viên nha khoa, Trường ĐH Y Dược Cần Thơ, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 57, 30-37.
9. **Jenifer L Robinson et al** (2020). Estrogen signaling impacts temporomandibular joint and periodontal disease pathology, Odontology J, 108(2), 153-165.
10. **Grzeorz Zielínsk et al** (2024). Association between Estrogen Levels and Temporomandibular Disorders: An Updated Systematic Review, Int J Mol Sci, 25(18), 9867-9875.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM U BUỒNG TRỨNG LÀNH TÍNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Trần Thị Thu Hường[1], Lê Trí Tiến Thành[2], Đào Thị Hoa[3], Nguyễn Tuấn Minh[4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân u buồng trứng lành tính được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng nghiên cứu:** 147 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 năm 2022 – tháng 12 năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** U buồng trứng lành tính thường ở độ tuổi sinh sản. Triệu chứng cơ năng u buồng trứng làn tính thường nghèo nàn chủ yếu phát hiện khi khám phụ khoa, đau bụng và rối loạn kinh nguyệt là các nguyên nhân thường gặp tiếp theo. u chủ yếu là dễ di động (83,7%); ranh giới rõ (82,3%); Các trường hợp có nhú hoặc vách chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,6% trên siêu âm. Kích thước u trung bình là 6,6cm, khối lớn nhất là 15,1cm, khối nhỏ nhất là 3,0cm. Đa số trường hợp có u kích thước từ 5-10cm (80,3%). Nồng độ trung bình của CA 125 và HE4 trong giới hạn bình thường. **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng u buồng trứng lành tính thường nghèo nàn, chủ yếu phát hiện khi khám phụ khoa. Đa số trường hợp có u kích thước từ 5-10cm (80,3%). Nồng độ trung bình của CA 125 và HE4 trong giới hạn bình thường. ***Từ khóa:*** U buồng trứng, lâm sàng, cận lâm sàng, lành tính.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BENIGN OVARIAN TUMORS WHO UNDERWENT LAPAROSCOPIC SURGERY AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: To describe certain clinical and paraclinical characteristics of patients with benign ovarian tumors who underwent laparoscopic surgery at Thanh Nhan Hospital. **Study population:** A total of 147 patients with ovarian tumors who underwent laparoscopic surgery at Thanh Nhan Hospital from January 2022 to December 2023. **Methods:** Retrospective descriptive study. **Results:** Benign ovarian tumors were most common in reproductive-age women. The clinical symptoms of benign ovarian tumors were often nonspecific, with most cases detected during gynecological examinations. Abdominal pain and menstrual disorders were the next most frequent reasons for diagnosis. The tumors were predominantly mobile (83.7%) with well-defined margins (82.3%). Cases with papillary projections or septations accounted for the lowest proportion (11.6%) on ultrasound. The average tumor size was 6.6 cm, with the largest measuring 15.1 cm and the smallest 3.0 cm. Most tumors (80.3%) were between 5–10 cm in size. The mean concentrations of CA 125 and HE4 were within normal limits. **Conclusion:** The clinical symptoms of benign ovarian tumors are often nonspecific and are primarily detected during gynecological examinations. Most tumors were between 5–10 cm in size (80.3%), and the mean concentrations of CA 125 and HE4 were within normal limits. ***Keywords:*** Ovarian cyst benign, clinical, paraclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng lành tính là loại hay gặp nhất và cũng chiếm tỉ lệ cao nhất trong phẫu thuật nội soi u buồng trứng. U buồng trứng lành tính triệu chứng rất nghèo nàn.

Các khối u buồng trứng được phân loại dựa theo nguồn gốc của chúng,khả năng tăng sinh, mức độ biệt hoá tế bào và có hay không sự xâm lấn cơ quan, u buồng trứng có thể được phân ra làm: u buồng trứng lành tính, u buồng trứng giáp biên,ung thư buồng trứng.[1]

Hiện nay với sự phát triển của khoa học công nghệ vào chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, MRI, CT scaner thì để chẩn đoán u nang buồng trứng thường không khó. Điều quan trọng là phải xác định được đó là nang cơ năng hay thực thể. Nếu là nang cơ năng thì cần theo dõi và chỉ can thiệp khi có biến chứng, còn nếu là u thực thể cần xác định là u lành tính, hay ung thư để từ đó sẽ có hướng xử trí thích hợp, tránh việc bỏ sót tổn thương nhất là trong trường hợp ung thư buồng trứng. Vì vậy nghiên cứu thực hiện với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm bệnh nhân u buồng trứng lành tính được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Thanh Nhàn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 147 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật nội soi Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 năm 2022 – tháng 12 năm 2023 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sau.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được khám, siêu âm chẩn đoán

[1]*Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
[2]*Bệnh viện Thanh Nhàn*
[3]*Bệnh viện Phụ Sản trung ương*
[4]*Bệnh viện phụ Sản Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh
Email: tuanminh0306@gmai.com
Ngày nhận bài: 2.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025
Ngày duyệt bài: 17.3.2025