

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TRIỆU CHỨNG HẠN CHẾ HÁ MIỆNG VỚI CÁC ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM Ở BỆNH NHÂN CÓ RỐI LOẠN NỘI KHỚP

Đoàn Tiến Lưu^{1,2}, Trịnh Văn Duy²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tiến cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 8/2023 đến 8/2024 trên 178 bệnh nhân với 267 khớp được chẩn đoán lâm sàng mắc hội chứng rối loạn nội khớp thái dương hàm (TDH). Tất cả các bệnh nhân được khai thác triệu chứng hạn chế há miệng và đo độ há miệng tối đa, sau đó được chụp cộng hưởng từ (CHT) khớp TDH. Các bất thường trên hình ảnh CHT của khớp sẽ được đối chiếu nhằm xác định mối liên quan giữa các đặc điểm hình ảnh với triệu chứng hạn chế há miệng. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $25,8 \pm 11,5$, thấp nhất 11 tuổi, cao nhất 68 tuổi. Có mối liên quan giữa triệu chứng hạn chế há miệng với bất thường vị trí đĩa khớp ($p < 0,01$), với các biến đổi hình dạng đĩa khớp ($p = 0,015$), hình dạng lõi cầu ($p = 0,01$) trên hình ảnh CHT.

Từ khóa: Rối loạn nội khớp thái dương hàm, cộng hưởng từ, hạn chế há miệng.

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN MOUTH-OPENING LIMITATION AND MR FEATURES OF THE TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN PATIENTS WITH INTERNAL TEMPOROMANDIBULAR JOINT DERANGEMENT

A prospective descriptive study was conducted at Hanoi Medical University Hospital from August 2023 to August 2024 on 178 patients with a total of 267 temporomandibular joints (TMJs) clinically diagnosed with internal temporomandibular joint disorder. All patients underwent an assessment of mouth-opening limitation symptoms and measurement of maximum mouth opening, followed by magnetic resonance imaging (MRI) of the TMJ. MRI abnormalities of the joints were analyzed to determine the correlation between imaging features and mouth-opening limitation symptoms. The mean age of the patient group was 25.8 ± 11.5 years, with the youngest being 11 years old and the oldest 68 years old. A significant association was found between mouth-opening limitation symptoms and abnormal disc position ($p < 0.01$), disc morphology changes ($p = 0.015$), and condylar shape ($p = 0.01$) on MRI.

Keywords: Temporomandibular joint disorder, magnetic resonance imaging, limited mouth opening.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn hay loạn năng khớp thái dương hàm là một tình trạng lâm sàng liên quan đến khớp TDH, cơ nhai và các cấu trúc xung quanh ảnh hưởng đến khoảng 5% đến 12% tổng dân số.¹ Rối loạn nội khớp đề cập đến mối quan hệ bất thường giữa đĩa khớp, lõi cầu, hố hàm dưới và được cho là loại rối loạn khớp phổ biến nhất. Khoảng 80% bệnh nhân rối loạn khớp có các bất thường bên trong khớp.²

Chụp CHT là một kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh tiên tiến, rất hữu ích để phát hiện các rối loạn bên trong khớp, cho thấy hình ảnh trực tiếp đĩa khớp ở cả vị trí ngậm và há miệng tối đa. Hơn nữa, CHT cho phép phát hiện những thay đổi về hình thái đĩa khớp, các tổn thương sớm ở lõi cầu, tràn dịch ổ khớp và sự hiện diện của những thay đổi viêm ở mô sau đĩa khớp.

Có một số nghiên cứu của nước ngoài đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm hình ảnh CHT và các triệu chứng trên lâm sàng ở người bệnh mắc rối loạn nội khớp.^{3,4} Tuy vậy ở Việt Nam cho đến thời điểm này chưa có nghiên cứu nào đánh giá về mối liên quan giữa triệu chứng hạn chế há miệng với các tổn thương trên hình ảnh CHT khớp TDH, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích làm rõ mối liên quan này ở các bệnh nhân được chẩn đoán mắc hội chứng rối loạn nội khớp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên các trường hợp được chẩn đoán mắc hội chứng rối loạn nội khớp trên lâm sàng và có chụp CHT khớp TDH tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 08 năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện.

2.4. Quy trình nghiên cứu:

2.4.1. Khai thác triệu chứng hạn chế há miệng và đo độ há miệng tối đa trên lâm sàng: Bệnh nhân có triệu chứng hạn chế há to trên lâm sàng, tiến hành đo khoảng cách từ cung răng trên tới cung răng dưới khi bệnh nhân há miệng tối đa cho đến khi đau, nếu khoảng cách này $< 40\text{mm}$ thì được chẩn đoán có hạn chế

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Tiến Lưu

Email: doantienluu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025

há miệng.

2.4.2. Chụp và đọc kết quả CHT khớp TDH: Chụp CHT khớp TDH với ma trận 256×256 , độ dày lát cắt 2,5 mm, bước nhảy 3 mm bằng máy CHT 1.5 Tesla (Siemens, Essenza). Chụp với các chuỗi xung PDFS hướng cắt sagital, coronal qua khớp TDH thì ngậm miệng, các chuỗi xung T1W, T2W hướng cắt sagital thì ngậm miệng và chụp sagital chuỗi xung PDFS thì há miệng tối đa. Các đặc điểm hình ảnh CHT khớp TDH được ghi lại với các tiêu chuẩn sau.

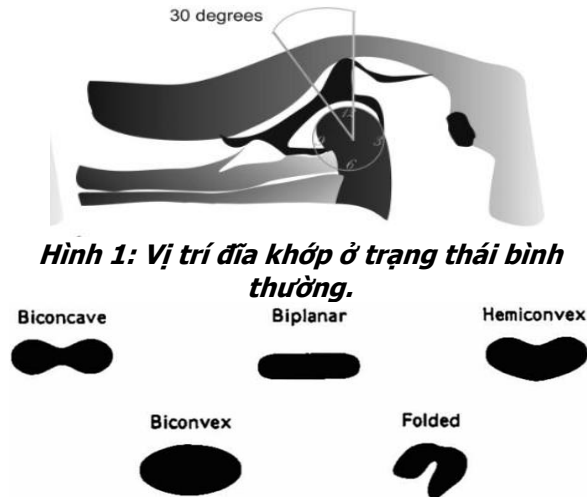
a. *Vị trí đĩa khớp được phân loại như sau:*

Bình thường: Vị trí đĩa khớp được coi là bình thường nếu phần trước nằm trong góc 30 độ hợp với đường thẳng ngang qua tâm và điểm cao nhất của lồi cầu hoặc nằm ở vị trí từ 11 đến 12 giờ theo chiều kim đồng hồ⁵ (Hình 1).

Di lệch có hồi phục (DDWR): Đĩa khớp di lệch trong thì ngậm miệng và có hồi phục trong thì há miệng tối đa.

Di lệch không hồi phục (DDWOR): Đĩa khớp di lệch trong thì ngậm miệng và không hồi phục trong thì há miệng tối đa.

b. *Hình thái đĩa khớp:* đĩa khớp được phân loại theo Murakami và cộng sự thành các hình dạng sau: dạng bình thường, dạng gập, dạng dẹt dài, dạng một mặt lồi và dạng hai mặt lồi⁶ (Hình 2).



Hình 1: Vị trí đĩa khớp ở trạng thái bình thường.

Hình 2: Các hình dạng đĩa khớp TDH theo phân loại của Murakami và cộng sự

c. Lồi cầu xương hàm dưới được chia thành 3 loại: Nhóm có hình dạng và tín hiệu bình thường. Nhóm thoái hóa nhẹ (Bao gồm phù tủy xương, các ổ khuyết xương nhỏ dưới sụn hoặc mô xương nhỏ) và nhóm thoái hóa nặng (Bao gồm các trường hợp tổn thương gây biến dạng chòm).⁷

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm SPSS 26.0. Xác định mối

liên quan giữa triệu chứng hạn chế há miệng với các đặc điểm hình ảnh CHT bằng kiểm định thống kê Fisher's Exact Test.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học trước khi triển khai. Đối tượng nghiên cứu được thông báo rõ mục đích nghiên cứu, tham gia trên tinh thần tự nguyện. Các thông tin cá nhân được mã hoá khi nhập vào máy tính và được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Tuổi, giới của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Tuổi trung bình	Tuổi nhỏ nhất	Tuổi lớn nhất
Nam	99	37,1	25,8±11,5	11	68
Nữ	168	62,9			
Tổng	267	100			

3.2. Môi trường quan giữa triệu chứng đau và các đặc điểm hình ảnh CHT

Bảng 2: Môi liên quan giữa triệu chứng hạn chế há miệng và các bất thường hình ảnh trên phim CHT

	Triệu chứng hạn chế há miệng		p
	Có	Không	
1. Vị trí đĩa khớp			<0,01*
Không bất thường	18	41	
Di lệch đĩa khớp có hồi phục	46	78	
Di lệch đĩa khớp không hồi phục	51	31	
2. Hình dạng đĩa khớp			0.015*
Dạng bình thường	66	108	
Dạng dẹt	7	5	
Dạng gập	39	34	
Dạng hai mặt lồi	3	0	
Dạng một mặt lồi	0	3	
Dạng thủng	1	1	
3. Hình dạng lồi cầu			0,01*
Hình dạng bình thường	43	88	
Tổn thương lồi cầu mức độ nhẹ	21	15	
Tổn thương lồi cầu mức độ nặng	52	45	

* Giá trị p được kiểm định bằng Fisher's Exact Test

IV. BÀN LUẬN

Trong số 267 khớp được chẩn đoán mắc hội chứng rối loạn nội khớp trên lâm sàng có 116 khớp có triệu chứng hạn chế há miệng chiếm khoảng 43,4%, hạn chế há miệng ảnh hưởng

đến sinh hoạt và chất lượng cuộc sống do vậy đây cũng là một trong những lý do chính bệnh nhân phải tìm đến bác sỹ. Chúng tôi thấy rằng có mối liên quan giữa triệu chứng hạn chế há miệng và các bất thường hình ảnh CHT.

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa triệu chứng hạn chế há miệng và vị trí đĩa khớp ($p < 0,01$) đặc biệt là ở các trường hợp di lệch đĩa khớp không hồi phục. Vấn đề này đã được nghiên cứu từ lâu trên thế giới, chúng tôi tìm thấy tài liệu đầu đã xuất bản từ năm 1996 cho đến tài liệu mới nhất chúng tôi tham khảo được là năm 2015, các tài liệu đều cho thấy rằng việc hạn chế há miệng có liên quan đến các rối loạn nội khớp.^{8,9} Kết quả của chúng tôi tương tự như trong các nghiên cứu trên. Trong nghiên cứu của Maizlin và cộng sự¹⁰ năm 2010 đã kết luận rằng rối loạn cơ học do các bất thường bên trong khớp hoặc sự di lệch bất thường đĩa khớp được coi là một yếu tố chính dẫn đến hạn chế mở miệng. Ưu điểm lớn nhất của CHT là đánh giá các cấu trúc bên trong khớp, do đó đây là phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt nhất để hỗ trợ chẩn đoán cho nhóm bệnh nhân này. Tuy nhiên triệu chứng hạn chế há miệng có thể hồi phục theo thời gian do sự thích nghi bên trong khớp¹¹ do vậy trong thăm khám lâm sàng ngoài chú ý đến tình trạng hiện tại thì tiền sử của bệnh nhân cũng là một trong những dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán.

Hình dạng đĩa khớp cũng có mối liên quan với tình trạng hạn chế há miệng ($p < 0,05$), đặc biệt là ở biến dạng hình thái đĩa khớp dạng gập (trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 39 khớp có tình trạng hạn chế há miệng có biến dạng đĩa khớp dạng gập, chiếm khoảng 33,6% tổng số các trường hợp). Khi đĩa khớp bị biến dạng quá trình vận động của khớp bị xung đột do sự không đồng nhất trong chuyển động giữa lồi cầu và đĩa khớp nó dẫn tới hậu quả là giảm khả năng há miệng tối đa của bệnh nhân. Việc sử dụng CHT giúp bác sỹ chẩn đoán chính xác mức độ tổn thương và tình trạng đĩa khớp, từ đó đưa ra các phương pháp điều trị thích hợp thậm chí phẫu thuật nếu cần thiết.

Các tổn thương ở bề mặt chòm lồi cầu (từ các giai đoạn tổn thương sớm cho đến các tổn thương thoái hóa và biến dạng) có liên quan với triệu chứng hạn chế há miệng ($p < 0,05$). Đánh giá tình trạng tổn thương lồi cầu là một trong những vấn đề được quan tâm nhất trong đánh giá các bất thường bên trong khớp, đa phần các tổn thương bề mặt lồi cầu trong nhóm bệnh lý rối loạn nội khớp là hậu quả của di lệch đĩa khớp, đĩa khớp mất chức năng chặn và phân tán

lực nhai dẫn đến lồi cầu xung đột trực tiếp với củ khớp và hậu quả là dẫn tới các tổn thương ở bề mặt chòm lồi cầu. Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng tổn thương gây thoái hóa chòm lồi cầu dẫn đến sự giảm khả năng di chuyển của hàm do sự thay đổi cấu trúc của khớp, đặc biệt là khi có hiện tượng xói mòn, biến dạng hoặc mất khối lượng xương ở chòm lồi cầu.¹³ Tóm lại, các tổn thương ở chòm lồi cầu trên phim CHT được coi là một yếu tố dự báo quan trọng về khả năng hạn chế há miệng trong nhóm bệnh lý rối loạn nội khớp TDH, và nó giúp tiên lượng hoặc đưa ra các yêu cầu phải có các phương pháp điều trị tương ứng với giai đoạn, điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật tùy theo mức độ tổn thương.

V. KẾT LUẬN

Từ những kết quả của nghiên cứu chúng tôi thấy rằng có mối liên quan giữa tình trạng hạn chế há miệng và hình ảnh CHT về tình trạng di lệch đĩa khớp, các biến đổi hình dạng đĩa khớp và tình trạng tổn thương chòm lồi cầu. Điều này cho thấy rằng triệu chứng hạn chế há miệng rất giá trị trong việc chẩn đoán các bất thường bên trong khớp, phối hợp với các triệu chứng khác trên lâm sàng các bác sỹ hoàn toàn có thể chẩn đoán hội chứng rối loạn nội khớp trên lâm sàng một cách tương đối chính xác, chụp CHT được đặt ra khi cần phân biệt chính xác loại di lệch, xác định tình trạng tổn thương đĩa khớp và lồi cầu giúp tiên lượng và có phương án điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, et al.** Diagnostic criteria for temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. *Journal of oral & facial pain and headache*. 2014;28(1):6.
2. **Paesani D, Westesson P-L, Hatala M, Tallents RH, Kurita K.** Prevalence of temporomandibular joint internal derangement in patients with craniomandibular disorders. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 1992;101(1):41-47.
3. **Taşkaya-Yılmaz N, Ögütçen-Toller M.** Clinical correlation of MRI findings of internal derangements of the temporomandibular joints. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2002;40(4):317-321.
4. **Li C, Chen B, Zhang R, Zhang Q.** Comparative study of clinical and MRI features of TMD patients with or without joint effusion: a retrospective study. *BMC Oral Health*. 2024;24(1):314.
5. **Rammelsberg P, Pospiech PR, Jäger L, Duc J-MP, Böhm AO, Gernet W.** Variability of disk position in asymptomatic volunteers and patients with internal derangements of the TMJ. *Oral*

- Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology. 1997;83(3):393-399.
6. **Murakami S, Takahashi A, Nishiyama H, Fujishita M, Fuchihata H.** Magnetic resonance evaluation of the temporomandibular joint disc position and configuration. *Dentomaxillofacial Radiology*. 1993;22(4):205-207.
 7. **Ege B, Kucuk AO, Koparal M, Koyuncu I, Gonel A.** Evaluation of serum prolidase activity and oxidative stress in patients with temporomandibular joint internal derangement. *CRANIO®*. 2019;
 8. **Müller-Leisse C, Augthun M, Bauer W, Roth A, Günther R.** Anterior disc displacement without reduction in the temporomandibular joint: MRI and associated clinical findings. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*. 1996;6(5):769-774.
 9. **Kumar R, Pallagatti S, Sheikh S, Mittal A, Gupta D, Gupta S.** Suppl 2: M4: Correlation Between Clinical Findings of Temporomandibular Disorders and MRI Characteristics of Disc Displacement. *The open dentistry journal*. 2015;9:273.
 10. **Maizlin ZV, Nutiu N, Dent PB, et al.** Displacement of the temporomandibular joint disk: correlation between clinical findings and MRI characteristics. *Journal (Canadian Dental Association)*. 2010;76:a3-a3.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM LOÉT ĐẠI TRỰC TRÀNG CHẢY MÁU TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

Nguyễn Thị Thu Hiền^{1,2}, Nguyễn Thị Vân Hồng^{1,3}, Nguyễn Hoài Nam^{1,2},
Lỗ Thị Yến¹, Khúc Thu Trang¹, Nguyễn Trung Hà¹,
Trịnh Thị Hồng Nhung^{1,2}, Đoàn Thị Ngọc Hà¹, Trần Việt Thắng³,
Lê Phú Tài^{1,2}, Nguyễn Văn Hiếu¹, Nguyễn Công Long^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh Viêm loét đại trực tràng chảy máu trước và sau điều trị nội trú. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, theo dõi dọc trên 38 người bệnh được chẩn đoán viêm loét đại trực tràng chảy máu, từ 18 tuổi trở lên điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Công cụ: Bộ câu hỏi IBDQ-32 đánh giá CLCS qua bốn khía cạnh (triệu chứng ruột, sức khỏe toàn thân, chức năng xã hội, cảm xúc), thang điểm từ 32-224, CLCS được cải thiện khi tăng ≥ 16 điểm. **Kết quả:** Có 38 người bệnh VLĐTTTCM nhập viện điều trị, bao gồm 16 nam và 22 nữ, tuổi trung bình là $47,1 \pm 15,5$ tuổi. Điểm trung bình IBDQ-32 tăng từ $120,63 \pm 24,52$ (nhập viện) lên $173,34 \pm 20,74$ (sau 8 tuần), tăng $52,78 \pm 14,25$ điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Điểm chất lượng cuộc sống từng khía cạnh cũng tăng đáng kể: triệu chứng ruột (20,05 điểm), sức khỏe toàn thân (9,97 điểm), chức năng xã hội (8,02 điểm), cảm xúc (14,81 điểm), $p < 0,001$. **Kết luận:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm loét đại trực tràng chảy máu có cải thiện ở thời điểm 8 tuần so với trước điều trị. **Từ khóa:** Viêm loét đại trực tràng chảy máu, chất lượng cuộc sống, IBDQ-32

SUMMARY

THE CLINICAL, PARACLINICAL AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS BEFORE AND AFTER INPATIENT TREATMENT

Objective: To assess the quality of life of patients with Ulcerative Colitis (UC) before and after inpatient treatment. **Subjects and Methods:** A cross-sectional, longitudinal study was conducted on 38 patients aged 18 and over, diagnosed with Ulcerative Colitis, and treated at Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital. Instrument: The IBDQ-32 questionnaire was used to evaluate QoL across four dimensions (bowel symptoms, systemic health, social function, emotional function), with scores ranging from 32-224. QoL improvement was defined as an increase of ≥ 16 points. **Results:** Among the 38 UC patients hospitalized for treatment, there were 16 males and 22 females, with an average age of 47.1 ± 15.5 years. The mean IBDQ-32 score increased from 120.63 ± 24.52 (at admission) to 173.34 ± 20.74 (after 8 weeks), a difference of 52.78 ± 14.25 points. This difference was statistically significant ($p < 0.001$). Quality of life scores in each dimension also significantly increased: bowel symptoms (20.05 points), systemic health (9.97 points), social function (8.02 points), and emotional function (14.81 points), with $p < 0.001$ for all. **Conclusion:** The quality of life of patients with Ulcerative Colitis improved at the 8-week mark compared to before treatment. **Keywords:** Ulcerative colitis, quality of life, IBDQ-32

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét đại trực tràng chảy máu

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: bacsyhiem@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2025

Ngày duyệt bài: 01.4.2025