

6. **Poolman RW KM, Bhandari M.** Pediatric femoral fractures: a systematic review of 2422 cases. *Journal Orthopaedic Trauma*. 2006;20(9): 648–654.
7. **Lewis RB, Hariri O, Elliott ME, Jo C-H, Ramo BA.** Financial analysis of closed femur fractures in 3-to 6-year-olds treated with immediate spica casting versus intramedullary fixation. *Journal of Pediatric Orthopaedics*. 2019;39(2):e114-e119.
8. **Trương Tấn Trung.** Góp phần điều trị gãy thân xương đùi ở trẻ em bằng phương pháp kéo qua da. Luận văn thạc sỹ y học. 2002.
9. **Dietzel M, Schöneberg LO, Schunn M, et al.** Results after skin traction for femur shaft fractures in children below the age of four years. *European Journal of Trauma Emergency Surgery*. 2022;48(5):3393-3399.
10. **Beaty JH, Kasser JR.** Rockwood and Wilkins' Fractures in Children: Text Plus Integrated Content Website (Rockwood, Green, and Wilkins' Fractures). Lippincott Williams & Wilkins; 2012.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN BỊ RỐI LOẠN KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM CÓ CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ BẰNG MÁNG NHAU ỔN ĐỊNH

Hoàng Kim Loan¹, Vũ Lê Hà¹, Nguyễn Anh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) có chỉ định điều trị bằng máng nhai ổn định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 36 bệnh nhân có rối loạn khớp thái dương hàm (TMD), từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của McNeil, từ tháng 5/2023 đến 10/2024 tại Khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** 86,1% bệnh nhân có dấu hiệu đau khớp khi vào viện, tiếp theo là tiếng kêu khớp (61,1%) và đau cơ (44,4%). Có 38,89% bệnh nhân có tiếng kêu khớp một bên và 22,22% có tiếng kêu khớp cả hai bên. 33,3% có đường há ngậm miệng lệch; 25,0% có đường há miệng zíc zắc. Có 12/36 (33,3%) bệnh nhân há miệng hạn chế (biên độ là $27,3 \pm 2,6$ mm). Yếu tố nhổ răng chiếm tỷ lệ cao nhất (38,8%), tiếp theo là tỷ lệ nhai thuận một bên (36,1%) và phục hình (27,7%). **Kết luận:** Với bệnh nhân có rối loạn thái dương hàm, dấu hiệu đau khớp, tiếng kêu khớp và đau cơ là các triệu chứng cơ năng hay gặp. Có một tỷ lệ lớn bệnh nhân có đường há ngậm miệng lệch hoặc zíc zắc và há miệng hạn chế. Nhổ răng và nhai thuận một bên là các yếu tố nguy cơ chiếm đa số. Cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá được chính xác hơn tỷ lệ và các dấu hiệu lâm sàng trên nhóm bệnh nhân này. **Từ khóa:** rối loạn thái dương hàm, máng nhai ổn định.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS INDICATED FOR STABILIZATION SPLINT TREATMENT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Kim Loan

Email: kimloan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025

Objectives: This study aimed to describe the clinical features of patients with temporomandibular joint disorders (TMD) who are indicated for stabilization splint treatment. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 36 patients (18 years and older) diagnosed with TMD according to McNeil's criteria, from May 2023 to October 2024 at the Department of Odonto-Stomatology, Hanoi Medical University Hospital, and the School of Dentistry, Hanoi Medical University. **Results:** Upon admission, 86.1% of patients presented with joint pain, followed by joint sounds (61.1%) and muscle pain (44.4%). A total of 38.89% of patients had unilateral joint sounds, while 22.22% had bilateral joint sounds. In addition, 33.3% showed a deviated opening-closing path; 25.0% had a zigzag opening path. Twelve out of 36 patients (33.3%) had restricted mouth opening (mean amplitude of 27.3 ± 2.6 mm). Tooth extraction was the most common risk factor (38.8%), followed by unilateral chewing (36.1%) and prosthetic restorations (27.7%). **Conclusions:** In patients with TMD, joint pain, joint sounds, and muscle pain are the most frequently reported symptoms. A considerable proportion also had a deviated or zigzag opening path and limited mouth opening. Tooth extraction and chewing on one side were the predominant risk factors. Further research with larger sample sizes is needed to more accurately assess the prevalence and clinical findings in this patient population.

Keywords: Temporomandibular joint disorders, stabilization splint.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp thái dương hàm (TDH) là khớp động duy nhất ở vùng hàm mặt, kết nối xương hàm dưới với hộp sọ. Khớp được cấu tạo bởi chỏm lồi cầu xương hàm dưới ở hai bên, khớp với ổ chảo xương thái dương, ở giữa là đĩa khớp. Khớp được bao bọc bởi bao khớp và các cơ vùng má, thái dương ở mỗi bên mặt giúp vận động xương hàm dưới. Đây là khớp có cấu tạo rất phức tạp và giúp xương hàm dưới di chuyển theo 3 chiều trong không gian.

Rối loạn thái dương hàm (Temporomandibular Disorders - TMD) là tình trạng bệnh lý của hệ thống nhai tác động trực tiếp lên cấu trúc giải phẫu của khớp thái dương hàm, gây rối loạn và phá hủy các cấu trúc của bộ máy nhai, bao gồm răng, mô nha chu, cơ nhai và khớp thái dương hàm¹, gây ra các triệu chứng như đau, hạn chế há ngậm miệng, hạn chế nhai... ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bệnh nếu không được điều trị có thể dẫn tới những biến chứng thực thể nghiêm trọng không thể hồi phục ở khớp, gây khó khăn và tốn kém cho quá trình điều trị sau này.

Vì vậy, việc nắm bắt được những triệu chứng cơ năng cũng như thực thể của người bệnh sẽ giúp các bác sĩ và nhân viên y tế có những giải pháp phù hợp và kịp thời trong việc chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) có chỉ định điều trị bằng máng nhai ổn định tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 5/2023 đến 10/2024*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân rối loạn thái dương hàm theo tiêu chuẩn AAOP năm 2018 điều trị bằng máng nhai ổn định từ 18 tuổi trở lên.

- Không có tổn thương nội khớp quá nặng và phù hợp với chỉ định điều trị bằng máng cố định (SS).

- Không có các bệnh lý toàn thân hoặc bệnh toàn thân đã kiểm soát ổn định.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Những người bệnh được chẩn đoán viêm đa khớp, chấn thương cấp tính, nhiễm trùng, khiếm khuyết do quá trình phát triển và khối u nang lớn vùng hàm mặt.

- Những người bệnh đã đeo máng điều trị rối loạn khớp thái dương hàm dưới (TMD) hoặc trải qua phương pháp điều trị khác trước đây.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội, từ tháng 5/2023 đến 10/2024.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.3. Cỡ mẫu.

Đây là một nghiên cứu nằm trong đề tài: "Kết quả điều trị rối loạn thái dương

hàm bằng máng nhai ổn định có sử dụng T-scan hỗ trợ", chúng tôi đã sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện có chủ đích toàn bộ số bệnh nhân được chẩn đoán TMD theo tiêu chuẩn của AAOD (2018) đến khám và điều trị tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian nghiên cứu, thực tế chúng tôi đã lựa chọn được 36 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu.

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Lập bệnh án nghiên cứu phù hợp với đối tượng và mục đích nghiên cứu.

- Tập huấn nhóm nghiên cứu về cách khám và ghi phiếu khám.

- Liên hệ với bệnh viện và lập danh sách bệnh nhân, các bệnh nhân điền thông tin vào phiếu đăng ký đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Khám lâm sàng cho bệnh nhân, kết quả được ghi vào phiếu khám.

- Phân tích kết quả, tổng hợp và xử lý số liệu.

2.2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

- Đề cương nghiên cứu được phê duyệt và thông qua bởi Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội.

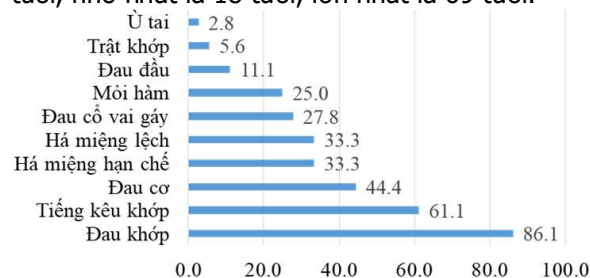
- Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật.

- Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích học tập và nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác.

- Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho bệnh viện và bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 36 bệnh nhân tham gia, có 29 bệnh nhân nữ, chiếm tỷ lệ 80,6% và 7 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 19,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/4. Độ tuổi trung bình tham gia nghiên cứu là $33,1 \pm 16,0$ tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 69 tuổi.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm cơ năng khi bệnh nhân vào viện

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có triệu chứng đau khớp khi vào viện (86,1% - 31 bệnh nhân) và có tiếng kêu khớp có tỷ lệ là 61,1% (22 bệnh nhân). Tiếp theo là đau cơ 44,4%; há miệng hạn chế 33,3%; há miệng lệch 33,3%, và đau cổ vai gáy 27,8%; mỏi hàm 25%; đau đầu 11,1%; trật khớp 5,6% và út tai 2,8%.

Bảng 3.1. Phân bố tỷ lệ tiếng kêu khớp khi thăm khám (n=36)

Tiếng kêu khớp	Số lượng	Tỷ lệ	p
Một bên	14	38,89%	p<0,05
Phải	8	22,22%	
Trái	6	16,67%	
Hai bên	8	22,22%	
Không có	14	38,89%	
Tổng	36	100%	

Nhận xét: Trong 36 đối tượng nghiên cứu, có 22 đối tượng có tiếng kêu khớp (61,1%), trong đó 14 đối tượng có tiếng kêu khớp một bên (38,89%) và 8 đối tượng có tiếng kêu khớp hai bên (22,22%); 14 đối tượng không có tiếng kêu khớp (38,89%); sự khác biệt tỷ lệ có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.2. Đặc điểm đường há ngậm miệng (n=36)

Đường há ngậm miệng	Số lượng	Tỷ lệ	p
Há ngậm miệng thẳng	15	41,7%	p<0,05

Bảng 3.4. Đặc điểm phân loại vùng đau (n=36)

Vùng đau	Nam	Nữ	Chung	18-39 tuổi	40-59 tuổi	≥60 tuổi
Vùng khớp	13,9%	72,2%	86,1%	64,0%	19,4%	2,7%
Vùng gò má - ổ mắt	2,7%	19,4%	22,1%	19,4%	2,7%	0,0%
Vùng thái dương	11,0%	36,1%	47,1%	36,1%	8,3%	2,7%
Vùng góc hàm dưới	5,5%	27,8%	33,3%	25,0%	8,3%	0,0%
Vùng cổ vai gáy	8,3%	19,4%	27,7%	19,4%	8,3%	0,0%

Nhận xét: Đau vùng khớp chiếm tỷ lệ cao nhất (86,1%) trong đó đau vùng khớp ở nam là 13,9% và ở nữ là 72,2%. Tiếp đến là tỷ lệ đau ở vùng thái dương (47,1%), ở nam là 11,0% và ở nữ là 36,1%. Tỷ lệ đau đau vùng góc xương

Há ngậm miệng lệch	12	33,3%
Há ngậm miệng zíc zắc	9	25,0%
Tổng	36	100%

Nhận xét: Trong các đối tượng nghiên cứu, có 15 đối tượng có đường há ngậm miệng thẳng (chiếm 41,7%); 12 đối tượng có đường há ngậm miệng lệch (chiếm 33,3%) và 9 đối tượng có đường há ngậm miệng zíc zắc (chiếm 25,0%); sự khác biệt tỷ lệ có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.3. Biên độ há miệng (mm) (n=36)

Biên độ há miệng	N	X±SD	Min-max	p
Há miệng hạn chế	12	27,3±2,6	23-30	p<0,01
Há miệng bình thường	24	35,6±4,1	30-45	
Chung	36	32,8±3,6	23-45	

Nhận xét: Các đối tượng há miệng hạn chế có biên độ là 27,3 ± 2,6mm và các đối tượng há miệng bình thường có biên độ là 35,6 ± 4,1mm. Sự khác biệt về biên độ há miệng giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.5. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ khác (n=36)

Yếu tố nguy cơ khác	Nam	Nữ	Chung	18-39 tuổi	40-59 tuổi	≥60 tuổi
Nhai thuận 1 bên	5,5%	30,6%	36,1%	27,8%	5,5%	2,8%
Nghiến răng	2,8%	8,3%	11,1%	8,3%	2,8%	0,0%
Nhổ răng	13,9%	24,9%	38,8%	27,8%	8,3%	2,7%
Phục hình	5,5%	22,2%	27,7%	11,1%	13,9%	2,7%
Chỉnh nha	0,0%	5,5%	5,5%	5,5%	0,0%	0,0%
Chấn thương	5,5%	0,0%	5,5%	5,5%	0,0%	0,0%
Trật khớp	2,8%	5,5%	8,3%	0,0%	8,3%	0,0%

Nhận xét: Yếu tố nhổ răng chiếm tỷ lệ cao nhất (38,8%) trong đó tỷ lệ ở nam là 13,9% và ở nữ là 24,9%. Tiếp đến là tỷ lệ nhai thuận một bên (36,1%, ở nam là 5,5% và ở nữ là 30,6%). Chỉnh nha và chấn thương có tỷ lệ thấp nhất. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ khác ở nhóm 18-39 có tỷ lệ lớn nhất, sau đó đến nhóm 40-59 tuổi, nhóm ≥60 tuổi có tỷ lệ thấp nhất.

IV. BÀN LUẬN

Các triệu chứng cơ năng khi vào viện được sắp xếp theo thứ tự giảm dần tỷ lệ thường gặp

bao gồm đau khớp (86,1%), tiếng kêu khớp (61,1%), hạn chế há miệng (33,3%) và há miệng lệch (33,3%), đau cổ vai gáy (27,8%), mỏi hàm (25%), đau đầu (11,1%), trật khớp (5,6%) và ù tai (2,8%). So sánh với nghiên cứu của Lê Nguyên Lâm (2023)² cho thấy đau khớp (100%), tiếng kêu khớp (82,9%), hạn chế há miệng (48,6%), mỏi hàm (48,6%), kẹt hàm (11,4%) cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Đau khớp là dấu hiệu chỉ điểm trong những triệu chứng bệnh rối loạn khớp thái dương hàm, trong nghiên cứu điều trị

bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) của Dion Tik Shun Li (2021)³ và Zhe Li (2022)⁴ triệu chứng đau khớp luôn luôn được tìm thấy trong tất cả các bệnh nhân tham gia điều trị. Nghiên cứu của Phạm Thu Trang (2023)⁵ cũng có triệu chứng đau khớp là 96,7% và tiếng kêu khớp là 33,2%; nghiên cứu của Nguyễn Hữu Nhân (2022)⁶ thì triệu chứng đau khớp chỉ chiếm 56,3% trong khi tiếng kêu khớp là 86,3%; nghiên cứu của Nguyễn Phúc Vinh (2022)⁷ cho thấy tỉ lệ đau khớp là 71,4% và tiếng kêu khớp là 75,9%. Nhìn chung các tác giả tương đồng về tỷ lệ các triệu chứng cơ năng đến thăm khám bệnh, sự khác biệt về tỷ lệ có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ và độ tuổi thăm khám cũng khác nhau giữa các tác giả.

Về đặc điểm triệu chứng tiếng kêu khớp, trong nghiên cứu này chúng tôi đã thăm khám lâm sàng rất cẩn thận, thăm khám từng bên và so sánh giữa hai bên trên cùng bệnh nhân mắc bệnh rối loạn thái dương hàm (TMD), ghi nhận kết quả cao nhất cho mỗi người bệnh thăm khám. Kết quả cho thấy trong số 36 bệnh nhân tham gia điều trị có 22 đối tượng có tiếng kêu khớp (61,1%): Tiếng kêu khớp 1 bên là 38,89%; tiếng kêu khớp 2 bên là 22,22% và không có tiếng kêu khớp là 38,89%. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Lê Nguyên Lâm (2023)² và Phạm Thu Trang (2023)⁵.

Triệu chứng há ngậm miệng được đặc trưng bởi dấu hiệu hạn chế biên độ há ngậm miệng và đường di chuyển há ngậm miệng trên đồ hình. Đường há ngậm miệng thẳng chiếm tỷ lệ 41,7%; theo đường zíc zắc là 25,0% và di chuyển lệch bên là 33,3%. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Nhân (2022)¹⁶ thì há ngậm miệng zíc zắc chiếm tỷ lệ 8,8%; há ngậm lệch bên là 17,5%, sự khác biệt về kết quả có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi tiến hành thăm khám và đánh giá đường há ngậm miệng có ghi đồ hình theo phương pháp của Okeson JP (2020)⁸, do vậy tỷ lệ cao hơn so với tác giả khác nhưng không mâu thuẫn với quá trình hình thành và phát triển bệnh cảnh của tình trạng rối loạn thái dương hàm (TMD). Kết quả nghiên cứu cho thấy đường há ngậm miệng là một trong những triệu chứng sớm và ghi nhận được chính xác hơn qua đồ hình của đường di chuyển xương hàm dưới.

Về biên độ há miệng ở nhóm không bị hạn chế há miệng ($35,6 \pm 4,1\text{mm}$) lớn hơn so với nhóm hạn chế há miệng ($27,3 \pm 2,6\text{mm}$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cho thấy ở bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm có hạn chế há miệng rõ rệt, tuy nhiên không phải tất cả mọi bệnh nhân đều có hạn chế há miệng. Theo

nghiên cứu của Lê Nguyên Lâm (2023)² biên độ há miệng ở nhóm tham gia điều trị TMD là $39,54 \pm 4,59\text{mm}$ lớn hơn so với biên độ nhóm tham gia điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi là $32,8 \pm 3,6\text{mm}$. Nghiên cứu của Emma Beecroft (2019)⁹ chỉ ra rằng hầu hết các rối loạn khớp thái dương hàm dưới (TMD) đều gây nên tình trạng hạn chế há miệng trong thời gian đầu hoặc đợt viêm cấp của khớp, mặc dù vậy khớp có tính thích nghi rất nhanh chóng, đặc biệt ở nhóm trẻ tuổi từ 18-39 tuổi thì hạn chế há miệng khó phát hiện ở giai đoạn sớm. Đối với bệnh nhân có tình trạng hạn chế há miệng rõ rệt thì biên độ há miệng là một trong những tiêu chuẩn để chẩn đoán và đánh giá mức độ cải thiện của phương pháp điều trị.

Trong nghiên cứu này, đau vùng khớp chiếm tỷ lệ cao nhất tương ứng với tỷ lệ phân bố triệu chứng cơ năng khi vào viện của bệnh nhân. Các vùng đau thường phân bố tương đồng với triệu chứng đau cơ vùng mặt. Xét chung cho cả hai giới, đau vùng khớp chiếm tỷ lệ 86,1%; đau vùng gò má-ổ mắt là 22,1%; đau vùng thái dương là 47,1%; đau vùng góc xương hàm dưới là 33,3% và đau vùng cổ vai gáy là 27,7%. Theo nghiên cứu của Phạm Thu Trang (2023)⁵ thì đau vùng khớp chiếm cao nhất là 86,7% và đau vùng thái dương có tỷ lệ là 56,7%, đau vùng góc hàm dưới là 20,0% và đau vùng cổ vai gáy là 13,3%. Tác giả Emma Beecroft và cộng sự (2019)⁹ cũng chỉ ra rằng vị trí đau và nguồn đau đôi khi không trùng nhau, đây là một trong các yếu tố gây ra khó khăn trong chẩn đoán bệnh TMD, đặc biệt khi phân biệt với bệnh cảnh của tình trạng đau dây thần kinh V độc lập hoặc đi kèm.

Phân bố tỷ lệ theo các yếu tố nguy cơ khác bao gồm: nhai thuận một bên (36,1%), nghiến răng (11,1%), nhổ răng (38,8%), phục hình (27,7%), chỉnh nha (33,3%), chấn thương (5,5%) và trật khớp (8,3%). Trong các yếu tố trên, nhai thuận một bên có ảnh hưởng nhiều đến cấu trúc khớp, làm gia tăng lực ở một bên lõi cầu theo chiều hướng xoay lệch tâm, vì vậy gây ra những biến đổi nội khớp và nếu diễn ra trong thời gian dài có thể gây rối loạn khớp thái dương hàm (TMD). Tất nhiên rằng, chấn thương hoặc trật khớp có thể tác động lực mạnh quá mức lên khớp thái dương hàm, đôi khi làm thay đổi cấu trúc của lõi cầu, dây chằng và khớp. So sánh với nghiên cứu của Phạm Thu Trang (2023)⁵ cho thấy tỷ lệ các yếu tố tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Rối loạn thái dương hàm (TMD) là một bệnh đa yếu tố, đa nguyên nhân, do vậy các yếu tố nguy cơ có thể là nguồn khởi phát bệnh hoặc làm tăng nặng cho tình trạng bệnh cảnh.

V. KẾT LUẬN

Với bệnh nhân có rối loạn thái dương hàm, dấu hiệu đau khớp, tiếng kêu khớp và đau cơ là các triệu chứng cơ năng hay gặp. Có một tỷ lệ lớn bệnh nhân có đường há ngậm miệng lệch hoặc zíc zắc và há miệng hạn chế. Nhổ răng và nhai thuận một bên là các yếu tố nguy cơ chiếm đa số. Cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá được chính xác hơn tỷ lệ và các dấu hiệu lâm sàng trên nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Romero Reyes M, Bassiur P (2024). Temporomandibular Disorders, Bruxism and Headaches, *Neurol Clin*; 42(2), 573-584.
2. Lê Nguyễn 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.
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. Zhe Li et al (2022). Evaluation of the effect of T-Scan™ as an adjunct to stabilization splint in the treatment of temporomandibular joint disorders, *Cranio J*, 12, 1-10.
5. Phạm Thu Trang, Phạm Thị Hồng Thuý, 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.
6. 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.
7. 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.
8. Okeson JP et al (2020). Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, Mosby Elsevier, 8th Edition.
9. Emma Beecroft et al (2019). Temporomandibular Disorder for the General Dental Practitioner, *Prim Dent J*, 7(4), 62-70.

MỘT SỐ DẤU ẤN HBeAg, ANTI-HBe, HBcAg, HBV-DNA Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN B MẠN CHƯA ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Trần Thị Diễm Trang¹, Trần Ngọc Dung¹, Dương Thị Loan¹,
Trương Đan Kha², Huỳnh Thị Huỳnh Mai², Đoàn Phù Tường Vy²,
Trần Hoàng Tráng², Võ Thành Trí³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Một số dấu ấn huyết thanh đã được đánh giá có liên quan đến mức độ nghiêm trọng của bệnh và có ý nghĩa trong chẩn đoán, theo dõi điều trị bệnh nhân viêm gan B mạn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát một số dấu ấn huyết thanh HBeAg, anti-HBe, nồng độ HBcAg, HBV-DNA và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm gan B mạn chưa điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ năm 2023-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 100 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm gan siêu vi B mạn chưa điều trị đến khám tại Phòng khám tiêu hóa, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ từ tháng 07/2024-02/2025. Bệnh nhân được tiến hành xét nghiệm định tính HBeAg, anti-HBe, định lượng HBcAg, đo tải lượng vi rút HBV-DNA, thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0. **Kết quả:** tỷ lệ bệnh nhân có

HBeAg(+) là 26,0%, anti-HBe(+) là 74,0%, HBcAg(+) là 80,0% và HBV-DNA(+) là 97,0%. Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $48,44 \pm 13,1$ tuổi, nam chiếm ưu thế hơn (51,0%) so với nữ (49,0%) và phân bố chủ yếu ở vùng nông thôn (76,0%). Ở nhóm HBeAg(+) có giá trị trung bình của hoạt độ ALT là $83,5 \pm 115,7$ U/L, AST là $62,9 \pm 63,5$ U/L, nồng độ trung bình của HBcAg và HBV-DNA lần lượt là $7,45 \pm 1,45 \log U/mL$ và $5,89 \pm 2,47 \log_{10} IU/mL$. **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân viêm gan B mạn thể HBeAg(+) là 26,0%, HBeAg(-) là 74,0%. Nhóm bệnh nhân HBeAg(+) có độ tuổi thấp hơn so với HBeAg(-) với $OR=3,37$ ($p=0,01$), chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng HBeAg với giới tính, nơi cư trú và hoạt độ AST, ALT. Nồng độ trung bình của HBcAg và HBV-DNA ở nhóm bệnh nhân viêm gan B mạn có HBeAg(+) lần lượt là $7,45 \pm 1,45 \log U/mL$; $5,89 \pm 2,47 \log_{10} IU/mL$ cao hơn ở nhóm bệnh nhân có HBeAg(-) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$.

SUMMARY

SOME MARKERS OF HBeAg, ANTI-HBe, HBcAg, HBV-DNA IN UNTREATED CHRONIC HEPATITIS B PATIENTS AND RELATED FACTORS

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế S.I.S Cần Thơ

³Bệnh viện Quốc tế Phương Châu

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Diễm Trang

Email: diemtrang71@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025