

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VỀ XƯƠNG HÀM VÀ HÌNH THÁI KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM Ở NGƯỜI BỆNH CÓ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM TRÊN PHIM CONEBEAM CT

Võ Thị Thúy Hồng¹, Trương Thị Mai Anh²,
Phạm Thị Huyền², Phạm Thành Luân²

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định một số đặc điểm về xương hàm và hình thái khớp thái dương hàm ở người bệnh có rối loạn thái dương hàm. Nghiên cứu được thực hiện trên phim ConeBeam CT của 32 người bệnh đến khám và điều trị rối loạn thái dương hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Kết quả: Ở người bệnh có RLTDH, tỉ lệ tương quan xương loại I và loại II là như nhau. Hình ảnh tổn thương lồi cầu chủ yếu là mòn xương chiếm 37,5% và gai xương chiếm 3,1%. Kích thước trung bình khe khớp trên là lớn nhất ($3,13 \pm 0,75$ mm) sau đó đến khe khớp trước ($2,43 \pm 0,63$ mm) và khe khớp sau ($2,41 \pm 0,55$ mm).

Từ khóa: Tương quan xương, độ rộng khe khớp, rối loạn thái dương hàm, phim ConeBeam CT.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE MAXILLOFACIAL AND TEMPOROMANDIBULAR JOINT MORPHOLOGY IN PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS ON CONEBEAM COMPUTED TOMOGRAPHY

The study aimed to determine the morphological characteristics of the maxillofacial and temporomandibular joint in patients with temporomandibular disorders. The study was conducted on ConeBeam CT films of 32 patients who came to examined and treated temporomandibular disorders at the Orthodontic Department, National Hospital of Odonto-Stomatology in Hanoi. The results: In TMD patients, the proportion of type I and type II skeletal relationships is equal, the condyle lesions was mainly bone erosion accounting for 37.5% and bone spurs accounting for 3.1%. The average size of the upper joint space was the largest (3.13 ± 0.75 mm), followed by the anterior joint space (2.43 ± 0.63 mm) and the posterior joint space (2.41 ± 0.55 mm).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn thái dương hàm (RLTDH) là bệnh lý của bộ máy nhai, gây đau hàm mặt không do răng. RLTDH ảnh hưởng đến khớp thái dương hàm, cơ nhai và các mô liên quan, có thể dẫn

đến thoái hóa, dính khớp, hạn chế vận động hàm và tổn thương răng.

Nghiên cứu cho thấy sự có mặt của RLTDH khá phổ biến trong cộng đồng. Tại Việt Nam, Phạm Như Hải (2006) ghi nhận 64,7% bệnh nhân có biểu hiện RLTDH, phổ biến là mỏi hàm và tiếng kêu khớp. Nguyên nhân RLTDH còn tranh cãi, liên quan đến khớp cắn, chấn thương, stress... nhưng chưa thực sự có kết luận rõ ràng.

Sự ra đời của Cone Beam CT (CBCT) đánh dấu bước tiến quan trọng trong chẩn đoán hình ảnh nha khoa. Công nghệ này xuất hiện vào cuối những năm 1990, cho phép tạo ra hình ảnh 3D với độ phân giải cao, giúp khảo sát chi tiết cấu trúc xương hàm, khớp thái dương hàm và các mô lân cận. So với chụp CT thông thường, CBCT có liều bức xạ thấp hơn nhưng vẫn đảm bảo chất lượng hình ảnh rõ nét, giúp phát hiện tổn thương chính xác hơn. Nhờ đó, CBCT ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong nghiên cứu và điều trị RLTDH.

Chúng tôi với mong muốn tìm hiểu sâu hơn về RLTDH để cung cấp thông tin hữu ích cho các nhà thực hành lâm sàng nên đã thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát một số đặc điểm về xương hàm và hình thái khớp thái dương hàm ở người bệnh có rối loạn thái dương hàm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Phim ConeBeam CT của các người bệnh đủ 18 tuổi và được chẩn đoán rối loạn thái dương hàm theo bảng chẩn đoán DC/TMD năm 2020 tại Khoa Nắn chỉnh răng, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chất lượng phim chụp tốt (đánh giá về độ sáng, tối và độ phân giải). Phải bao gồm ít nhất ba đốt sống cổ ở phía dưới và đi qua bờ trên ổ mắt khi chụp. Quan sát được rõ các cấu trúc giải phẫu đáp ứng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phim của người bệnh dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt, có tiền sử chấn thương hàm mặt, có chỉ định phẫu thuật chỉnh hình xương và đã và đang trong quá trình điều trị chỉnh nha.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

²Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thúy Hồng

Email: vothuyhong71@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

ngang.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2023 đến tháng 06/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Nghiên cứu được thực hiện trên 32 người bệnh đến khám tại khoa Nắn chỉnh răng đã được chẩn đoán RLTDH và có phim ConeBeam CT, đồng ý tham gia nghiên cứu tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

Các bước tiến hành: Lấy mẫu thuận tiện, chọn bệnh nhân đến khám tại đến khám tại khoa Nắn chỉnh răng bệnh viện đạt tiêu chuẩn lựa chọn cho đến đủ 32 người bệnh.

Các chỉ số và biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm về xương: Sử dụng phần mềm Planmeca Romexis 5.0 để trích xuất phim 2D Cephalometrics từ phim CBCT và đo đặc các chỉ số về xương như sau:

+ SNA: Góc của XHT so với mặt phẳng nền sọ (°)

+ SNB: Góc của XHD so với mặt phẳng nền sọ (°)

+ ANB: Chênh lệch giữa góc SNA và góc SNB(°)

+ Chỉ số Wits: Khoảng cách giữa hình chiếu điểm A và hình chiếu B trên mặt phẳng nhai (mm)

+ Độ lồi mặt: Khoảng cách từ điểm A tới mặt phẳng mặt (mm)

+ Góc giữa nền sọ trước và nền sọ sau: Góc giữa mặt phẳng SN và điểm Ar (°)

+ AFH: Chiều cao tăng mặt trước (mm)

+ PFH: Chiều cao tăng mặt sau (mm)

+ PFH/AFH (Tỷ lệ Jarabak): Tỷ lệ chiều cao mặt sau so với chiều cao mặt trước (S-Go/Na Me) (%)

+ Góc mặt phẳng hàm dưới (FMA): Góc giữa mặt phẳng hàm dưới và mặt phẳng Frankfurt (°)

+ Góc giữa mặt phẳng SN và mặt phẳng nhai: Góc giữa mặt phẳng SN và mặt phẳng nhai (°)

+ Góc giữa mặt phẳng SN và mặt phẳng khẩu cái: Góc giữa mặt phẳng SN và mặt phẳng đi qua PNS-ANS (°)

- Đặc điểm của khớp thái dương hàm phim CBCT: xác định đo độ rộng khe khớp theo chiều trước- sau trên phim ConeBeam CT: Sử dụng mặt phẳng đứng dọc chia đôi trục dài của lồi cầu (trục đi qua cực ngoài và cực trong), sử dụng mặt phẳng ngang thực sự (THL) làm mặt phẳng tham chiếu để đo các chỉ số và biến số nghiên cứu.

+ Các thay đổi xương trên phim CBCT được đánh giá có hay không xuất hiện theo 3 đặc điểm sau đây:

• Bình thường.

• Gai xương: do sự phát triển bất thường của xương vỏ ở lồi cầu.

• Mòn xương: là một vùng giảm tỉ trọng của xương vỏ và xương dưới vỏ liền kề.

+ Đo độ rộng khe khớp theo chiều trước-sau trên phim CBCT

Cách đo: Sử dụng phương pháp đo của Ikeda và Kawamura, khe khớp được đo ở mặt phẳng đứng dọc chia đôi trục dài của lồi cầu (trục đi qua cực ngoài và cực trong), sử dụng mặt phẳng ngang thực sự (THL) làm mặt phẳng tham chiếu:

• Khoảng khe khớp trên (SS): khoảng cách từ điểm cao nhất của lồi cầu (SC) đến điểm cao nhất của hõm khớp (SF).

• Từ SF vẽ hai đường tiếp tuyến với lồi cầu về phía trước và phía sau. Tại các tiếp điểm (AC và PC) này vẽ các đường vuông góc với các tiếp tuyến tương ứng, cắt xương thái dương lần lượt tại AS và PS.

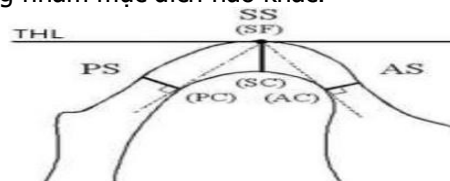
• Khoảng khe khớp trước là khoảng cách giữa AC-AS.

• Khoảng khe khớp sau là khoảng cách giữa PC- PS.

Kiểm soát sai số: Phim được đo bởi cùng một người. Mỗi phim được đo 2 lần bằng phần mềm Planmeca Romexis 5.0, mỗi lần đo cách nhau ít nhất 1 tuần, so sánh kết quả 2 lần đo, sự khác biệt giữa hai lần đo không có ý nghĩa thống kê.

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu phân tích và xử lý theo thuật toán thống kê y học.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận bởi lãnh đạo của Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và đề xuất can thiệp, không nhằm mục đích nào khác.



Hình 1. Độ rộng khe khớp theo chiều trước-sau trên phim ConeBeam CT

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố người bệnh theo tuổi và giới (n=32)

Giới	Nam (n=13)		Nữ (n=19)		Tổng (n=32)	%
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ		
Nhóm tuổi						

18-44	12	92,3%	18	94,7%	30	93,8%
45-60	1	7,7%	1	5,3%	2	6,2%
Tổng	13	100%	19	100%	32	100%
p			0,655*			

*Fisher exact test

Nhận xét: Người bệnh đến khám và chẩn đoán cổ rối loạn thái dương hàm gặp ở hai giới nam và nữ là tương đương, lứa tuổi chủ yếu là nhóm người trẻ từ 18-44 tuổi (93,8%).

Bảng 2. Bảng tương quan xương theo giới tính (n=32)

Giới tính	Nam (n=13)		Nữ (n=19)		Tổng (n=32)	%
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ		
Tương quan xương						
Loại I	7	21,9%	9	28,1%	16	50%
Loại II	6	18,8%	10	31,2%	16	50%
Tổng	13	40,6%	19	59,4%	32	100%
p			0,719*			

*Chi-Square Test

Nhận xét: - Tỷ lệ tương quan xương loại I và II không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Kiểm định Chi-Square Test cho thấy không có sự khác biệt về tương quan xương theo giới tính.

Bảng 3. Phân bố người bệnh theo lý do vào viện và giới (n=32)

Triệu chứng	Giới	Nam (n=13)	Nữ (n=19)	Tổng (n=32)	p
		(%)	(%)	(%)	
Đau	Có	4 (30,8%)	14 (73,7%)	18 (56,2%)	0,016*
	Không	9 (69,2%)	5 (26,3%)	14 (43,8%)	
Tiếng kêu	Có	12 (92,3%)	13 (68,4%)	25 (78,1%)	0,195**
	Không	1 (7,7%)	6 (31,6%)	7 (21,9%)	

*Chi-Square Test; **Fisher exact Test

Nhận xét: Triệu chứng đau: Có 56,2% đối tượng nghiên cứu vào viện vì đau. Số người bệnh nữ vào viện vì đau nhiều hơn nam có ý nghĩa thống kê p = 0,016.

Triệu chứng tiếng kêu: Có 78,1% đối tượng nghiên cứu vào viện vì tiếng kêu. Kiểm định Fisher exact test cho thấy không có sự khác biệt ý nghĩa giữa triệu chứng có tiếng kêu theo giới tính

Bảng 4. Các chỉ số về xương trên phim CBCT

Nhóm	Nam (n=13)		Nữ (n=19)		Tổng (n=32)		p
	X±SD	Phạm vi	X±SD	Phạm vi	X±SD	Phạm vi	
Chỉ số							
Độ lồi mắt	3,19±3,22	-1,7-10,12	3,15±3,26	-4,04-8,51	3,17±3,2	-4,04-10,12	0,977
Saddle-A	125,04±5,16	116,99-137,85	125,89±3,15	120,51-131,07	125,55±4,03	116,99-137,85	0,563
SNA	84,79±5,85	71,42-97,86	83,69±3,51	78,94-94,55	84,13±4,55	71,42-97,86	0,511
SNB	80,69±4,94	68,79-90,76	79,62±2,4	73,73-84,32	80,05±3,62	68,79-90,76	0,42
ANB	4,1±2,67	-0,38-7,77	4,18±2,77	-1,98-10,23	4,14±2,69	-1,98-10,23	0,94
Wits	2,33±3,61	-3-8,52	0,45±3	-6,33-5,86	1,22±3,34	-6,33-8,52	0,12
FMA	23,94±5,2	19,9-31,2	24,74±6,52	13-38,22	25,01±5,99	19,9-38,22	0,38
SN-Occulsal	12,04±3,55	4,24-15,96	15,44±3,05	10,03-21,84	14,06±3,63	4,24-21,84	0,007
SN-Palatal Plane	6,28±3,42	-0,69-11,27	8,09±2,24	4,18-12,74	7,35±2,88	-0,69-12,74	0,13
AFH	129,13±13,1	116-168,38	123,36±10,05	110,33-144,02	125,7±11,55	110,33-168,38	0,095
PFH	92,93±9,76	80,97-120,7	84,37±6,79	67,05-94,74	87,85±9,05	67,05-120,7	0,006
PFH/AFH	72,05±4,05	64,99-78,34	68,57±5,54	52,86-77,81	69,98±5,22	52,86-78,34	0,04

Nhận xét:

- Độ lồi mắt có giá trị = 3,17mm±3,2mm
 - Góc giữa nền sọ trước và nền sọ sau = 125,55°±4,03°
 - Góc SNA = 84,13°±4,55°
 - Góc SNB = 80,05°±3,62°
 - Góc ANB = 4,14°±2,69°, chỉ số Wits = 1,2mm±3,34mm. Các đối tượng nghiên cứu có khuynh hướng hạng I và II xương.
 - Góc FMA = 25,01°±5,99° lớn hơn khoảng bình thường (23,6°±5,5°) với giá trị lớn nhất là 38,2° (tương quan xương mở) và giá trị nhỏ nhất là 19,9° (tương quan xương đóng).
 - Góc SN và mặt phẳng cắn (SN-Occlusal) =

14,06°±3,63°

- Góc mặt phẳng cắn (SN-Occlusal) ở nữ = 15,44°±3,05° lớn hơn của nam = 12,04°±3,55°.

- Chiều cao tăng mặt trước (AFH) = 125,7mm±11,55mm, ở nam cao hơn ở nữ có ý nghĩa thống kê

- Chiều cao tăng mặt sau (PFH) = 87,85mm±9,05mm, ở nam cao hơn ở nữ có ý nghĩa thống kê

- Tỷ lệ chiều cao tăng mặt sau/chiều cao tăng mặt trước (PFH/AFH) = 69,98%±5,22%, có ý nghĩa thống kê với p = 0,04. Kiểu tăng trưởng góc hàm dưới đóng.

Bảng 5. Bảng tổn thương xương ở vị trí

lồi cầu (n=32)

Hình dạng xương ở lồi cầu	Số lượng (n=32)	Tỷ lệ (%)	p
Bình thường	19	59,4%	0,000*
Xói mòn	12	37,5%	
Gai xương	1	3,1%	
Tổng	32	100%	

*Chi-Square Test

Bảng 6. Bảng độ rộng khe khớp theo chiều trước sau và tương quan xương (n=32)

Tương quan xương	Khe khớp: X $\pm$ SD (n=32)		
	Khe khớp trước	Khe khớp trên	Khe khớp sau
Loại I	2,36 $\pm$ 0,52	3,26 $\pm$ 0,17	2,49 $\pm$ 0,55
Loại II	2,5 $\pm$ 0,73	2,99 $\pm$ 0,8	2,34 $\pm$ 0,55
P	0,53*	0,415*	0,318*

*One way Anova

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có tuổi nhỏ nhất là 18, cao nhất là 53, lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất là người trẻ, tuổi từ 18-44 chiếm đến 93,8%. Sở dĩ bệnh tập trung chủ yếu ở người trẻ là vì nhóm đối tượng này thường xuyên tiếp xúc nhiều với các áp lực hơn các nhóm tuổi khác, dễ phải chịu các sang chấn tâm lý, nhóm đối tượng này đang trong độ tuổi lao động nên tỷ lệ gặp các chấn thương cũng cao hơn các nhóm tuổi khác. Mặt khác cũng có thể do ở người già hệ thống cơ nhai đã bị giãn hơn, có hiện tượng nhược cơ sinh lý vì vậy mức độ co thắt sẽ yếu hơn người trẻ. Trong kết quả trong bài nghiên cứu này, tỉ lệ người bệnh là nam giới xấp xỉ bằng tỉ lệ người bệnh là nữ giới.

Về nguyên nhân đến khám, hai lý do chính khiến người bệnh vào viện là: đau và tiếng kêu khớp. Đau là một triệu chứng cần được lưu ý, nhất là ở nữ giới vì trong đó tỷ lệ nữ giới bị đau đi khám cao gần gấp đôi nam giới. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng đau là triệu chứng quan trọng khiến cho người bệnh muốn đi khám.

Về đặc điểm xương, tỉ lệ tương quan xương loại I và loại II là bằng nhau (50%), không gặp tương quan xương loại III. Chiều cao mặt trước (AFH) = 125,7mm $\pm$ 11,55mm, chiều cao mặt sau (PFH)=87,85mm $\pm$ 9,05mm, tỷ lệ PFH/AFH = 69,98% $\pm$ 5,22% đang có giá trị lớn hơn 63%, đây là kiểu tăng trưởng góc hàm dưới đóng. Nghiên cứu của Zhe-Bin Yan và cộng sự cũng đưa ra kết quả kiểu tăng trưởng góc hàm dưới đóng (tỷ lệ PFH/AFH =67,57%). Tuy nhiên đối với người bệnh có RLCTDH thường sẽ có kiểu tăng trưởng góc hàm mở, điều này đã được Hwang chứng minh trong nghiên cứu của

mình. Joy và cộng sự cũng đã chứng minh rằng người bệnh có RLTDH biểu hiện nặng có chiều cao tăng mặt trước và sau giảm. Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi và Joy có thể do bài nghiên cứu của chúng tôi có chứa những người bệnh RLCTDH có giảm kích thước dọc của khớp cắn (VDO). Thông số VDO có thể được xác định bởi chỉ số Shimbashi chính là khoảng cách giữa đường ranh giới men - xê men của răng cửa hàm trên và hàm dưới. Sự giảm kích thước VDO cũng có thể là một yếu tố nguy cơ đối với những người bệnh có RLTDH, đồng thời nó cũng gây ảnh hưởng trực tiếp tới hình dạng mặt, đặc biệt là tăng mặt dưới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh lồi cầu không có tổn thương xuất hiện nhiều nhất, chiếm 59,4%; sau đó là mòn xương chiếm 37,5% và cuối cùng là gai xương chiếm 3,1%. Kiểm định Chi-Square Test cho thấy hình dạng xương ở lồi cầu có ý nghĩa thống kê với mức ý nghĩa p = 0,000. Kết quả này không tương đồng với kết quả của các tác giả Arayasantiparb, Mani và Nguyễn Văn Tâm. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm của đối tượng được khảo sát trong các nghiên cứu này không tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi: Arayasantiparb và Mani đánh giá các thay đổi xương trên nhóm bệnh nhân thoái hóa khớp mà không đánh giá trên các nhóm rối loạn khác của TMD; trong khi nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm đánh giá các TMD ở nhóm đối tượng rộng hơn từ lứa tuổi vị thành niên trong khi nghiên cứu của chúng tôi các đối tượng đều từ 18 tuổi trở lên.

Thống kê trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả: ở đối tượng nghiên cứu có tương quan xương loại I, kích thước trung bình của khe khớp trước, khe khớp trên và khe khớp sau lần lượt là 2,36 $\pm$ 0,52 mm; 3,26 $\pm$ 0,17 mm và 2,49 $\pm$ 0,55 mm. Trong khi các kích thước này ở đối tượng có tương quan xương loại II lần lượt là 2,5 $\pm$ 0,73 mm; 2,99 $\pm$ 0,8 mm và 2,34 $\pm$ 0,55 mm. Kiểm định One way Anova không cho thấy kích thước trung bình của khe khớp và tương quan xương có ý nghĩa thống kê. Qua đó nhận thấy các đối tượng có tương quan xương loại I đang có kích thước trung bình của cả ba khe khớp lớn hơn ở đối tượng có tương quan xương loại II. Kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của tác giả Alhammadi và cộng sự, ở nhóm đối tượng nghiên cứu có tương quan xương loại I kích thước trung bình của khe khớp trước, khe khớp trên và khe khớp sau lần lượt là 2,02 $\pm$ 0,52 mm; 4,15 $\pm$ 1,01 mm và 2,66 $\pm$ 0,83 mm. Còn về nhóm đối tượng nghiên cứu có tương quan xương loại II trong nghiên cứu của tác giả

này có kích thước thước trung bình của khe khớp trước, khe khớp trên và khe khớp sau lần lượt là $2,73 \pm 1,14$ mm; $5,03 \pm 2,23$ mm và $3,34 \pm 1,9$ mm. Sự khác nhau về kết quả nghiên cứu của chúng tôi và Alhammadi có thể là do khác nhau về đối tượng nghiên cứu do Alhammadi chỉ khảo sát trên các đối tượng có độ tuổi từ 18-25 tuổi.

Maged S Alhammadi khảo sát trên 91 đối tượng nghiên cứu được chia thành nhóm người bệnh có TMD và nhóm không có TMD. Kết quả nghiên cứu cho thấy kích thước trung bình của khe khớp trước, trên và sau ở các đối tượng có tương quan xương loại II có TMD đang thấp hơn ở các đối tượng có tương quan xương loại II không có TMD. Kết quả đo khe khớp trước, trên, sau của tác giả này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy có thể kết luận, độ rộng khe khớp ở cả ba vị trí trước, trên và sau ở đối tượng TMD có tương quan xương loại II đang có kích thước trung bình nhỏ hơn ở các đối tượng bình thường không có TMD và các đối tượng TMD có tương quan xương loại I.

V. KẾT LUẬN

Ở nhóm bệnh có RLTDH ở Khoa Nắn chỉnh răng, Bệnh viện RHMTW Hà Nội có đặc điểm khớp thái dương hàm trên phim CBCT như sau: Người bệnh có tương quan xương loại I và loại II có tỉ lệ như nhau, không gặp tương quan xương loại III. Đa số người bệnh không có tổn thương lồi cầu chiếm 59,4%; hình ảnh tổn thương lồi cầu chủ yếu là mòn xương chiếm 37,5% và gai xương chiếm 3,1%. Kích thước trung bình khe khớp trên là lớn nhất ($3,13 \pm 0,75$ mm) sau đó

đến khe khớp trước ($2,43 \pm 0,63$ mm) và khe khớp sau ($2,41 \pm 0,55$ mm). Độ rộng khe khớp ở cả ba vị trí trước, trên và sau ở đối tượng TMD có tương quan xương loại II đang có kích thước trung bình nhỏ hơn ở các đối tượng bình thường không có TMD và các đối tượng TMD có tương quan xương loại I.

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. J Oral Facial Pain Headache. 2014;28(1):6-27. doi:10.11607/jop.1151.
2. Phạm Như Hải. 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. 2006.
3. Gunjan S. Dhabale, Rahul R. Bhowate (2022). Cone-Beam Computed Tomography for Temporomandibular Joint Imaging. Cureus. 14(11): e31515.
4. Nguyễn Văn Tâm (2021). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến rối loạn thái dương hàm. Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
5. Arayasantiparb R, Mitrirattanakul S, Kunasarpun P, et al. Association of radiographic and clinical findings in patients with temporomandibular joints osseous alteration. Clin Oral Investig. 2020;24,221-227.
6. Alhammadi, Maged Sultan; Fayed, Mona Salah; Labib, Amr (2016). Three-dimensional assessment of temporomandibular joints in skeletal Class I, Class II, and Class III malocclusions: Cone beam computed tomography analysis. Journal of the World Federation of Orthodontists, 5(3), 80-86.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM CỦA LIỆU PHÁP ÁNH SÁNG LASER NĂNG LƯỢNG THẤP VÀ THUỐC UỐNG TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2024

Lê Văn Quý¹, Hà Lan Hương², Nguyễn Thị Mai Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương hàm (TMD) bằng liệu pháp ánh sáng laser năng lượng thấp (LLLT) và thuốc uống (celecoxib kết hợp eperisone) tại Bệnh viện E trong năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên

cứ thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên được thực hiện trên 30 bệnh nhân TMD, phân chia ngẫu nhiên thành hai nhóm điều trị. Nhóm 1 điều trị bằng LLLT, nhóm 2 điều trị bằng thuốc uống. Các dữ liệu về mức độ đau (VAS) và biên độ há miệng được thu thập trước và sau 07 ngày điều trị. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình 35,6, với tỷ lệ nữ : nam là 2,3:1. Mức độ đau trung bình 5,8/ 10, biên độ há miệng trung bình 44mm. Giảm mức độ đau: 5,8 xuống 2,3 điểm đối với LLLT và từ 5,75 xuống 2,9 điểm với thuốc uống ($p < 0,05$). Tăng biên độ há miệng tối đa: 45,8mm lên 48,8mm với thuốc uống ($p=0,0322$), từ 42,2mm lên 43 với LLLT ($p>0,05$). Khác biệt giữa hai phương pháp không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Cả LLLT và thuốc uống đều hiệu quả trong điều trị TMD. Lựa chọn phương pháp

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: dr.maihuong48@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 21.5.2025