

Trong bệnh viêm phổi nặng và nhóm bệnh hô hấp, thang điểm Bedside PEWS có khả năng tiên lượng rất tốt nguy cơ ngừng tim với AUC lần lượt là 0.988 (95% CI: 0.970 – 1) với $p < 0,05$ (điểm cắt 9,5 có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 95,3%) và 0.949 (95% CI: 0.907 – 0.991) (điểm cắt là 9,5 có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 87,3%) với $p < 0,05$. Từ các kết quả này chúng ta có thể thấy thang điểm Bedside PEWS ngoài khả năng tiên lượng chung cho cả nhóm trẻ trong đơn vị hồi sức cấp cứu nhi mà còn có khả năng tiên lượng rất tốt trong bệnh viêm phổi nặng và nhóm bệnh hô hấp.

V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh hô hấp và sốc nhiễm trùng gây ra ngừng tim. Trẻ có ngừng tim hoặc nhịp tim chậm kèm dấu hiệu tưới máu kém chiếm tỷ lệ 7,8%, chủ yếu trong độ tuổi ≥ 1 tuổi – ≤ 4 tuổi và > 4 tuổi – ≤ 12 tuổi. Điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS cao nhất ở bệnh nguyên sốc nhiễm trùng. Thang điểm cảnh báo sớm Bedside PEWS có khả năng tiên lượng nguy cơ bệnh nhi xảy ra ngừng tim trong vòng 24 giờ ở trẻ bệnh nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Nhi Trường Đại học Y Dược Huế (2020), "Nhận biết trẻ bị bệnh nặng", Giáo trình Nhi khoa sau đại học tập 1, Trường Đại học Y Dược Huế, tr. 1 – 6.
2. Clinical strategy and programmes division (2016), "Paediatric early warning system - User manual 2nd edition", Paediatrics, pp. 1 - 26.
3. Parshuram C.S., Duncan H., Joffe A.R. et al (2011), "Multicentre validation of the Bedside Paediatric Early Warning System score: a severity of illness score to detect evolving critical illness in hospitalised children", Critical Care, 15, R184.
4. Reis A.G., Nadkarni V.M., Perondi M.B. et al (2002), "A prospective investigation into the epidemiology of in-hospital pediatric cardiopulmonary resuscitation using the International Utstein reporting style", Pediatrics, 109, pp. 200 – 209.
5. Rhodes J.F., Blaufoux A.D., Sieden H.S. et al (1999), "Cardiac arrest in infants after congenital heart surgery", Circulation, 100(2), pp. 194 – 199.
6. Robson M.J., Cooper C.L., Medicus L.A. et al (2013), "Comparison of three acute care pediatric early warning scoring tools", Journal of Pediatric Nursing, 28, pp. 33 – 41.
7. Sarah S.R. (2014), "Validation of a modified pediatric early warning system score", Master of science clinical and biomedical investigation, pp.7- 14.
8. Suominen P., Olkkola K.T. et al (2000), "Utstein style reporting of in-hospital paediatric cardiopulmonary resuscitation", Resuscitation, 45, pp. 17 – 25.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NHÓM BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CHỨC NĂNG KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM TẠI BỆNH VIỆN E NĂM 2024

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và khảo sát các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân rối loạn chức năng khớp thái dương hàm (TMD) tại Bệnh viện E năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện với 24 bệnh nhân trong độ tuổi từ 12 đến 80 tại bệnh viện E năm 2023, được chẩn đoán TMD theo tiêu chuẩn Schiffman và Orbach (2016). Các dữ liệu được thu thập thông qua phiếu câu hỏi và khám lâm sàng. Sử dụng phần mềm STATA 16.0 để xử lý số liệu. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân có thói quen nhai một bên (70,8%), ngủ ít hơn 8 tiếng mỗi ngày (83,3%) và 20,8% thường xuyên ăn đồ dai cứng. Các

triệu chứng lâm sàng phổ biến bao gồm đau khi ăn nhai và há miệng (66,7%), đau một bên (91,6%), tiếng kêu khớp (45,8%) và khó há miệng (41,7%). Khám thực thể cho thấy 100% bệnh nhân ghi nhận đau khi ấn vào khớp, với 87,5% bệnh nhân có chuyển động lùi cầu hai bên không đồng thời. **Từ khóa:** khớp thái dương hàm, đau, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

CLINICAL SYMPTOMS AND RISK FACTORS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDER PATIENTS AT E HOSPITAL IN THE YEAR OF 2024

Objective: This study aims to describe the clinical characteristics and investigate the risk factors of temporomandibular joint disorder (TMD) patients at E Hospital in 2023. **Material and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 24 patients aged between 12 and 80 at E Hospital in 2023, diagnosed with TMD according to the Schiffman and Orbach (2016) criteria. Data were collected through questionnaires and clinical examinations. STATA 16.0 software was used for data processing.

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: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 13.6.2025

Results: The majority of patients had the habit of chewing on one side (70.8%), slept less than 8 hours daily (83.3%), and 20.8% frequently ate hard foods. Common clinical symptoms included pain during chewing and mouth opening (66.7%), pain on one side (91.6%), joint clicking (45.8%), and difficulty opening the mouth (41.7%). Physical examination revealed that 100% of patients had pain on palpation of the joint, with 87.5% showing asymmetrical condylar movement. **Keywords:** temporomandibular joint, pain, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm (Temporomandibular Joint Disorder – TMD) là một bệnh lý phổ biến với tỷ lệ trong cộng đồng từ 31% đến 35%¹, nữ nhiều hơn nam (tỷ lệ thay đổi từ 2:1 đến 3:1). Các triệu chứng lâm sàng của TMJ thường mờ nhạt khiến cho bệnh nhân chấp nhận chung sống với bệnh mà không đi khám. Vì vậy tỷ lệ thực tế có thể cao hơn nhiều so với thống kê. Chẩn đoán TMJ thường dựa trên thăm khám lâm sàng và khai thác yếu tố nguy cơ. Triệu chứng đau là phổ biến nhất vì đó là triệu chứng tạo động cơ cho bệnh nhân tìm kiếm hỗ trợ y tế, theo sau là triệu chứng khó há miệng, tiếng kêu khớp. Các yếu tố nguy cơ được cho là có liên quan tới bệnh lý này bao gồm nhai lệch một bên (tỷ lệ 36,1%), bất thường về khớp cắn (nhổ răng chiếm 36,7% hoặc phục hình chiếm 23%)² và stress tâm lý (được nhận biết trên lâm sàng nhưng chưa có thống kê cụ thể). Tại Việt Nam nói chung và tại Bệnh viện E nói riêng, chưa có phác đồ chẩn đoán và điều trị thống nhất cho bệnh lý này, chủ yếu dựa trên thói quen và quan điểm chủ quan của từng bác sĩ. Sự nhầm lẫn giữa việc TMD không thể điều trị được khỏi hoàn toàn và TMD không cần phải điều trị dẫn tới nhiều bệnh nhân không có phác đồ phù hợp và tiến triển nặng hơn. Sự hiểu biết về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ có vai trò thiết yếu trong việc đưa ra quyết định điều trị của bác sĩ lâm sàng. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện tại bệnh viện E với hai mục tiêu sau:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân TMD tại bệnh viện E năm 2024.
- Khảo sát một số yếu tố nguy cơ ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện E, Hà Nội trong thời gian từ ngày 01/7/2024 đến hết 1/10/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu: 24

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân đến khám tại bệnh viện E
- Trong độ tuổi từ 12 đến 80 tuổi.
- Được chẩn đoán TMD theo tiêu chuẩn của Schiffman và Orbach (2016) dựa trên bệnh sử và triệu chứng lâm sàng. Các triệu chứng dùng để chẩn đoán bao gồm: đau hệ thống cơ nhai hoặc đau khớp, há miệng hạn chế hoặc không há được miệng, tiếng kêu khớp (clicking), tiếng lạo xạo ở khớp khi chuyển động hàm dưới chức năng hoặc cận chức năng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã hoặc đang điều trị bệnh lý TMD trong 01 năm trở lại đây.
- Bệnh nhân có chẩn đoán kèm theo với triệu chứng gây nhầm lẫn như: viêm tuyến nước bọt mang tai, viêm hạch góc hàm, răng khôn mọc lệch biến chứng khít hàm, viêm tai giữa.

2.4. Các bước tiến hành

Hỏi bệnh: Khai thác tiền sử, bệnh sử và các triệu chứng cơ năng bằng phiếu câu hỏi. Đánh giá mức độ đau bằng nhận thức chủ quan của người bệnh theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale) với các mốc từ 1 điểm đến 10 điểm.

Khám bệnh: Khám phát hiện các triệu chứng: ấn đau tại khớp, biên độ há miệng, đường há ngậm miệng. Điền vào phiếu khám.

Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê y học STATA 16.0

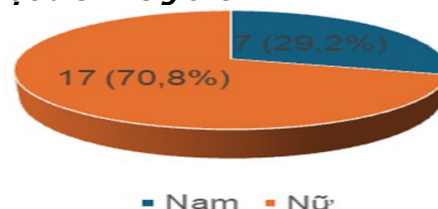
2.5. Đạo đức nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu và chỉ lấy số liệu khi đối tượng nghiên cứu chấp thuận tham gia nghiên cứu. Các số liệu được thu thập được bảo mật thông tin các nhân người bệnh và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi: Độ tuổi trung bình của các đối tượng là $35,6 \pm 18,0$. Số tuổi thấp nhất là 13, cao nhất là 76 tuổi.

Đặc điểm về giới tính



Biểu đồ 1: Phân bố giới tính

Giới tính nữ chiếm phần lớn trong các đối tượng nghiên cứu, với tỷ lệ 70,8%. Như vậy tỷ lệ

nữ: nam xấp xỉ 2,4:1.

3.2. Các yếu tố nguy cơ

Bảng 1: Một số yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian ngủ ban đêm	<6 tiếng	11	45,8
	6-8 tiếng	9	37,5
	>8 tiếng	4	16,7
Thói quen ăn đồ dai cứng	Không	9	37,5
	Thỉnh thoảng	10	41,7
	Thường xuyên	5	20,8
Thói quen nhai	Nhai một bên	17	70,8
	Nhai hai bên	7	29,2
Đã từng nắn chỉnh răng	Có	2	8,3
	Không	22	91,7
Phục hình	Không có phục hình	18	75
	Có phục hình cố định	6	25

Phần lớn bệnh nhân ngủ ít hơn 8 tiếng/ ngày (chiếm 83,3%) và có thói quen nhai một bên (chiếm 70,8%). 20,8% bệnh nhân cho biết thường xuyên ăn đồ dai cứng, 8,3% bệnh nhân từng nắn chỉnh răng và 25% có ít nhất một phục hình cố định trên cung hàm.

3.3. Các triệu chứng lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm cơn đau và các triệu chứng kèm theo

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử cơn đau trước đây	Có	11	45,8
	Không	13	54,2
Tần suất đau	< 3 lần/ năm	7	63,6
	3 – 5 lần/ năm	1	9,1
	>5 lần/năm	3	27,3
Đau liên quan đến vận động	Đau tự nhiên	3	12,5
	Chỉ đau khi ăn nhai, há miệng không đau	6	25,0
	Chỉ đau khi há miệng, ăn nhai không đau	0	0
	Chỉ đau khi há miệng và ăn nhai	16	66,7
Bên đau	Một bên	22	91,6
	Hai bên	2	8,4
Các triệu chứng kèm theo	Tiếng kêu khớp khi há/ngậm miệng	11	45,8
	Há miệng khó	10	41,7
	Đau vai gáy	13	54,2
	Đau nửa đầu	9	37,5
	Đau nhức hốc mắt	5	20,8

Số bệnh nhân xuất hiện bệnh lần đầu chiếm đa số 54,2%.

45,8% bệnh nhân cho biết có tiền sử đau tương tự trước đây. Trong đó phần lớn ghi nhận

tần suất đau dưới 3 lần/năm (63,6%). Chỉ 27,3% bệnh nhân đau trên 5 lần/ năm.

Đa số bệnh nhân chỉ đau khi ăn nhai và há miệng (66,7%). Số ít bệnh nhân đau liên tục không dừng kể cả ở tư thế nghỉ và khi vận động chức năng (12,5%). Hơn 90% bệnh nhân đau đơn lẻ một bên khớp. Chỉ 8,4% bệnh nhân có triệu chứng đau cả hai bên. Ngoài triệu chứng đau chiếm tỷ lệ tuyệt đối, triệu chứng cơ năng phổ biến thứ hai là đau vai gáy chiếm 54,2%. Tiếng kêu khớp khi há ngậm miệng và há miệng khó là hai triệu chứng thường gặp với tỷ lệ lần lượt là 45,8% và 41,7%.

Bảng 3: Triệu chứng thực thể

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ấn đau trước nắp tai bên đau	Có	24	100
	Không	0	0
Vận động lồng cầu	Hạn chế vận động một bên	3	12,5
	Vận động đều 2 bên	1	4,2
	Vận động không đều 2 bên	20	87,5
Thứ tự vận động lồng cầu (n=20)*	Bên đau chuyển động sau	16	83,3
	Bên đau chuyển động trước	4	17,7

* Chỉ quan sát trong trường hợp vận động lồng cầu hai bên không đều

Ấn đau tại khớp chiếm tỷ lệ tuyệt đối 100%. Có 87,5% bệnh nhân được ghi nhận vận động lồng cầu hai bên không đều nhau. Nghiên cứu ghi nhận 3 trường hợp có hạn chế vận động lồng cầu một bên (chiếm 12,5%). Với những trường hợp đau khớp một bên, 83,3% được ghi nhận có lồng cầu bên đau chuyển động muộn hơn bên còn lại, chiếm đa số.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu. Có thể thấy TMD gặp ở nhiều độ tuổi khác nhau từ lứa tuổi thanh thiếu niên đến người cao tuổi. Với độ tuổi trung bình tìm được là 35,6, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu năm 2024 của Maini³ cho rằng độ tuổi mắc TMD nằm trong khoảng 20 đến 40 tuổi, trong khi đó nghiên cứu năm 2020 của Jorge cho rằng độ tuổi có nguy cơ cao mắc TMD là từ 25 đến 59. Thống kê năm 2020 của J. Palmer ghi nhận độ tuổi có tỷ lệ mắc TMD cao nhất là từ 18 đến 44 tuổi.

Trong tất cả các nghiên cứu về dịch tễ học TMD, số bệnh nhân nữ đều chiếm ưu thế hơn so

với nam. Tuy nhiên chưa có nguyên nhân nào được cho là phù hợp để giải thích cho hiện tượng này. Tỷ lệ nữ:nam được ghi nhận là 2,4:1 trong nghiên cứu này, phù hợp với tỷ lệ 2:1 trong nghiên cứu năm 2018 của C H Bueno⁴, tỷ lệ 2,36:1 trong nghiên cứu năm 2012 của Bora Bagis.

4.2. Khảo sát một số yếu tố nguy cơ.

TMD được xem là bệnh lý đa dạng về nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh. Trong y văn, nhiều yếu tố nguy cơ đã được nghiên cứu tuy nhiên không có yếu tố nào được chứng minh là đóng vai trò quyết định gây ra TMD.

Nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ phần trăm của nhóm bệnh nhân ngủ ít hơn 6 tiếng một ngày là 45,8% chiếm tỷ lệ cao nhất. Trong khi đó nhóm bệnh nhân ngủ trên 8 tiếng/ ngày chỉ chiếm 16,7%. Mỗi liên quan giữa thời lượng giấc ngủ đêm và TMD đã được chứng minh qua nghiên cứu của Yang Jiang năm 2024 trên 419 bệnh nhân nữ mắc TMD, nghiên cứu của Hyungkil Choi năm 2021 trên 11782 người trưởng thành. Kết quả của nghiên cứu này cho cái nhìn sơ bộ về mối liên quan giữa thời lượng giấc ngủ ban đêm và TMD, tuy nhiên để đưa ra kết luận có ý nghĩa thống kê, cần nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn.

70,8% bệnh nhân cho biết có thói quen nhai một bên. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của Phạm Thu Trang năm 2023 là 36% (n=30)². Sự khác biệt lớn về tỷ lệ này giữa hai nghiên cứu có thể được giải thích bởi cỡ mẫu chưa đủ lớn dẫn tới tỷ lệ phần trăm không mang tính đại diện cho quần thể dân cư. Mặt khác, sai khác có thể xảy ra trong quá trình phỏng vấn, liên quan tới kỹ năng phỏng vấn, khai thác, kiểm chứng thông tin người bệnh.

Số bệnh nhân thường xuyên ăn đồ dai cứng chiếm 20,8%, có phục hình cố định chiếm 25% và đã từng chỉnh nha chiếm 8,3%. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả của Phạm Thu Trang năm 2023 (phục hình 24%, chỉnh nha 3,3%). Tuy nhiên tỷ lệ không cao chưa mang lại gợi ý rõ ràng về mối liên hệ của các yếu tố này với tình trạng TMD.

4.3. Các triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm cơn đau và các triệu chứng kèm theo. 54,2% bệnh nhân cho biết đã từng đau tương tự trước đây. Tuy nhiên sự chênh lệch tỷ lệ giữa hai nhóm không nhiều, trên một cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, chưa thể đưa ra kết luận về sự chiếm ưu thế của nhóm bệnh nhân này.

Ở nhóm bệnh nhân có tiền sử đau nhiều lần, đa số bệnh nhân cho biết tần suất đau dưới 3 lần/năm. Đau trên 3 lần/năm hoặc trên 5 lần/năm chiếm tỷ lệ ít. Cùng với mức độ đau, tần suất đau là một yếu tố hỗ trợ đưa ra quyết định điều trị. Những nghiên cứu sâu hơn trên quy mô

rộng hơn về tần suất đau khớp thái dương hàm trên nhóm bệnh nhân TMD có thể giúp đưa ra hướng dẫn cụ thể về chỉ định điều trị.

Phần lớn bệnh nhân TMD mô tả đau vùng mang tai một bên khi vận động hàm dưới bao gồm ăn nhai và há miệng. Ít gặp đau liên tục không ngừng kể cả tư thế nghỉ (12,5%) hoặc đau cả hai bên (8,4%). Đặc điểm cơn đau liên quan đến vận động có giá trị định hướng chẩn đoán trên lâm sàng, giúp chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác như viêm tai giữa, viêm tuyến nước bọt, viêm hạch góc hàm, đau dây thần kinh mặt. Đặc biệt trong một số ít trường hợp đau khớp cả hai bên, cần dựa vào đặc điểm liên quan đến vận động để chẩn đoán phân biệt. Đường nhiên, để đưa ra chẩn đoán xác định cần sự hỗ trợ của khám lâm sàng và các chỉ định cận lâm sàng liên quan.

Một nghiên cứu trên cỡ mẫu 40 cho thấy có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa hội chứng rối loạn vận động khớp thái dương hàm và rối loạn vận động cổ ($r=0,915$, $p<0,05$). Nghiên cứu năm 2014 của Silveira cũng chỉ ra rằng các bệnh nhân TMD có tỷ lệ đau các cơ nhai và các cơ cạnh cột sống cổ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các bệnh nhân không có triệu chứng TMD⁵. Trong nhiều tài liệu, đau vai gáy cũng được xếp vào danh sách các triệu chứng thường gặp trong hội chứng khớp thái dương hàm⁶. Trong nghiên cứu này, triệu chứng đau vai gáy xuất hiện với tỷ lệ 54,2% - cao nhất trong các triệu chứng kèm theo.

Tiếng kêu khớp xuất hiện ở bệnh nhân TMD thể trật đĩa khớp ra trước có hồi phục. Tiếng "clicking" hoặc "popping" xuất hiện khi lùi cầu di chuyển ra trước nén vào đĩa khớp và đĩa khớp đột ngột trượt từ trước ra sau.

Theo nghiên cứu tổng quan hệ thống trên 11 tài liệu, hơn 1700 đối tượng nghiên cứu cho thấy tiếng "click" tại khớp thái dương hàm xuất hiện ở 10% đối tượng nghiên cứu. Đây là triệu chứng khá phổ biến trong cộng đồng. Với nhóm đối tượng là những bệnh nhân được chẩn đoán TMD, triệu chứng này chiếm tỷ lệ cao hơn nữa. Nghiên cứu năm 2022 tại Đức trên cỡ mẫu 192 người cao tuổi có TMD đã ghi nhận tỷ lệ 35,5% đối tượng nghiên cứu có tiếng kêu khớp, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các triệu chứng cơ năng⁷. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 45,3% cao hơn tương đối so với các nghiên cứu kể trên. Phần lớn bệnh nhân chung sống với triệu chứng này cho tới khi triệu chứng đau xuất hiện. Điều trị TMD cũng không hướng tới mục đích làm giảm hoặc mất tiếng kêu khớp bởi các điều trị không xâm lấn không làm thay đổi vị trí đĩa khớp một cách chủ động.

Các triệu chứng kèm theo khác bao gồm há miệng khó, đau nửa đầu, đau nhức hốc mắt cũng xuất hiện với tỷ lệ đáng kể, lần lượt là 41,7%, 37,5% và 20,8%. Các bác sĩ lâm sàng cần có tư duy liên hệ giữa các triệu chứng này với bệnh lý khớp thái dương hàm, đặc biệt là khi bệnh nhân có thể được gửi đến các chuyên khoa khác do triệu chứng tương tự, thay vì chuyên khoa Răng Hàm Mặt.

Triệu chứng thực thể. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân có dấu hiệu đau khi ấn tại vị trí lõm cầu bên đau. Dấu hiệu ấn đau dương tính định hướng tới một tổn thương thực thể trong bao khớp. Các tổn thương thực thể này có thể là viêm xương khớp, thoái hóa khớp, tiêu chỏm lõm cầu. Tuy nhiên tổn thương thực thể chỉ có thể được ghi nhận chắc chắn thông qua chẩn đoán hình ảnh (phim toàn cảnh, phim cộng hưởng từ). Trong giới hạn của nghiên cứu này, chúng tôi không đề cập đến các triệu chứng trên phim X quang.

Vì vậy mối liên hệ giữa dấu hiệu ấn đau và các biến đổi mô bệnh học bên trong khớp chưa được xác định. Với tỷ lệ tuyệt đối của triệu chứng ấn đau tại lõm cầu, câu hỏi được đặt ra về mức độ phổ biến của các tổn thương thực thể tại khớp cần được làm rõ thông qua những nghiên cứu sâu hơn. Dấu hiệu bất cân xứng chuyển động lõm cầu hai bên được ghi nhận rất phổ biến, chiếm 87,5%. Trong đó, lõm cầu bên đau có thể chuyển động sau (chiếm đa số - 83,3%), không chuyển động (chiếm 12,5%), hoặc chuyển động trước so với bên còn lại (chiếm 17,7%).

Lõm cầu hai bên vận động không đều nhau luôn kèm theo biến đổi đường há ngậm miệng. Với tỷ lệ 100% các trường hợp lõm cầu một bên chuyển động sau hoặc hạn chế chuyển động đều kèm theo dấu hiệu đường há ngậm miệng lệch sang bên tương ứng.

Trật đĩa khớp ra trước có hồi phục (Disc Displacement with Reduction - DDWR) được thống kê chiếm tỷ lệ 41% ở các bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng có TMD, 33% trong cộng đồng (Poluha RL, 2019)⁸. DDWR được cho là tình trạng không cần điều trị bởi trong phần lớn trường hợp nó không gây phiền toái cho bệnh nhân, và là tình trạng mạn tính mà các mô liên quan trong khớp có khả năng thích nghi tốt. DDWR cũng được cho là giai đoạn sớm và có khả năng tiến triển thành trật đĩa khớp ra trước không hồi phục (non - DDWR) với những triệu chứng rõ rệt và gây khó chịu nhiều hơn.

87,3% bệnh nhân có lõm cầu bên đau chuyển động chậm hơn bên còn lại, trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân có tiếng kêu khớp thông qua khai thác

bệnh sử là 45,3%. Cần thêm những nghiên cứu liên quan để xác định mối liên hệ giữa các triệu chứng này với DDWR cũng như với vị trí đĩa khớp trên phim cộng hưởng từ. Từ đó đưa ra những khuyến cáo về tính đặc hiệu của từng triệu chứng lâm sàng trong chẩn đoán phân loại TMD.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm (TMD) là bệnh lý phổ biến, với tỷ lệ mắc cao hơn ở nữ giới với độ tuổi trung bình 35,6. Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm thói quen nhai một bên, thời gian ngủ không đủ và thói quen ăn đồ dai cứng.

Đặc điểm cơn đau chủ yếu xảy ra khi ăn nhai và há miệng, với phần lớn bệnh nhân đau một bên và ít gặp đau liên tục. Các triệu chứng kèm theo như tiếng kêu khớp, khó há miệng và đau vai gáy chiếm tỷ lệ cao. Triệu chứng thực thể bao gồm đau khi ấn vào khớp và sự bất cân xứng trong chuyển động của lõm cầu, là những chỉ số quan trọng trong chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bordoni B, Varacallo M.** Anatomy, Head and Neck, Temporomandibular Joint. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024. Accessed October 25, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538486/>
2. **Trang PT, Hải TV, Thùy PTH.** Đặc điểm lâm sàng và khảo sát các yếu tố nguy cơ của rối loạn chức năng khớp thái dương hàm. VMJ. 2023;529(1). doi:10.51298/vmj.v529i1.6266
3. **Maini K, Dua A.** Temporomandibular Syndrome. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024. Accessed October 27, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551612/>
4. **Bueno CH, Pereira DD, Pattussi MP, Grossi PK, Grossi ML.** Gender differences in temporomandibular disorders in adult populational studies: A systematic review and meta-analysis. J Oral Rehabil. 2018;45(9):720-729. doi:10.1111/joor.12661
5. **Silveira A, Armijo-Olivo S, Gadotti IC, Magee D.** Masticatory and Cervical Muscle Tenderness and Pain Sensitivity in a Remote Area in Subjects with a Temporomandibular Disorder and Neck Disability. | EBSCOhost. doi:10.11607/ofph.1112
6. **Palmer J, Durham J.** Temporomandibular disorders. BJA Education. 2021;21(2):44-50. doi:10.1016/j.bjae.2020.11.001
7. **Rauch A, Angrik C, Zenthöfer A, et al.** Prävalenz kraniomandibulärer Dysfunktionen bei Senioren – symptombezogene Analysen bei jüngeren und älteren Senioren. Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie. 2021;55(6):482. doi:10.1007/s00391-021-01954-z
8. **Poluha RI, Canales Gd La T, Costa Ym, Grossmann E, Bonjardim Lr, Conti Pcr.** Temporomandibular joint disc displacement with reduction: a review of mechanisms and clinical presentation. J Appl Oral Sci. 2019;27:e20180433. doi:10.1590/1678-7757-2018-0433