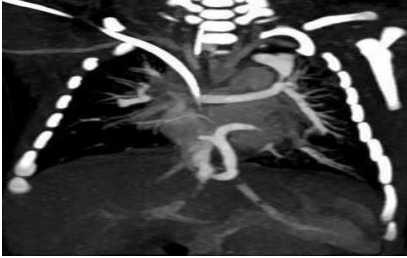


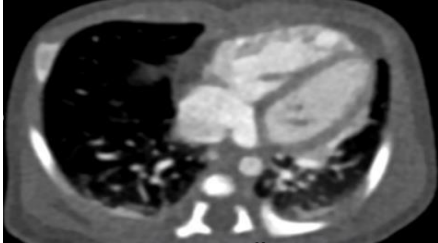
về tĩnh mạch cửa và 9 ca có tĩnh mạch phổi đổ về tĩnh mạch gan.

- 100% bệnh nhi được chẩn đoán chính xác về tắc nghẽn của bệnh TAPVC trên CLVT.

VI. HÌNH ẢNH MINH HỌA



Hình 1. Bệnh nhi Hoàng Ngọc H, 28 ngày tuổi, mã BN:230061997 – Hình TAPVC thể hỗn hợp)



Hình 2. Bệnh nhi Nguyễn Ngọc Minh A, 25 ngày tuổi, mã BN: 220783866 – Hình TAPVC thể trong tim

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Epifânio, P., Emanuel Amaral, M. & Moreira,

2. **Burroughs, J. & Edwards, J.** Total anomalous pulmonary venous connection. American Heart Journal 59, 913-931 (1960).
3. **Yanagawa, B. et al.** Primary sutureless repair for "simple" total anomalous pulmonary venous connection: midterm results in a single institution. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery 141, 1346-1354 (2011).
4. **Michielon, G. et al.** Total anomalous pulmonary venous connection: long-term appraisal with evolving technical solutions. European journal of cardio-thoracic surgery 22, 184-191 (2002).
5. **Nguyễn, M. H. et al.** Kết quả phẫu thuật bắt thường hồi lưu tĩnh mạch phổi về tim hoàn toàn với phương pháp "không khâu chỉ" tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. (2021).
6. **Grady, A. J.** Pulmonary vein anomalies in Fetal cardiology 281-292 (2018).
7. **Porres, D. V., Morenza, Ó. P., Pallisa, E., Roque, A., Andreu, J. & Martínez, M.** Learning from the pulmonary veins. Radiographics 33, 999-1022 (2013).
8. **Wang, P. Y. et al.** Significance of pulmonary venous obstruction in total anomalous pulmonary venous return. Journal-chinese medical association 67, 331-335 (2004).
9. **Jaramillo, F. A. et al.** Infracardiac type total anomalous pulmonary venous return with obstruction and dilatation of portal vein. Radiology Case Reports 12, 229-232 (2017).
10. **Shen, Q., Pa, M., Hu, X. & Wang, J.** Role of plain radiography and CT angiography in the evaluation of obstructed total anomalous pulmonary venous connection. Pediatric radiology 43, 827-835 (2013).

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

Hoàng Kim Loan¹, Hoàng Việt Hải¹, Nguyễn Anh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm cận 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:** Trên mặt phẳng

đứng ngang: hình dạng lồng cầu hình tam giác chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%), dạng tròn chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,7%). Tổn thương bất đối xứng lồng cầu hai bên thường gặp nhất (47,2%), tiếp đến là tổn thương lệch vị trí phải (27,8%) và lệch vị trí trái (19,4%); đầu lồng cầu không tổn thương ít gặp nhất là (8,3%). Khoảng gian khớp trước là $1,50 \pm 0,44\text{mm}$; khoảng gian khớp trên là $2,52 \pm 0,42\text{mm}$; khoảng gian khớp sau là $3,03 \pm 0,52\text{mm}$. **Kết luận:** Với bệnh nhân có rối loạn khớp thái dương hàm, hay gặp lồng cầu hình tam giác và tổn thương bất đối xứng lồng cầu hai bên. Hình cầu dạng tròn và đầu lồng cầu không tổn thương ít gặp. Tuy nhiên 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 cận lâm sàng trên nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: rối loạn thái dương hàm, máng nhai ổn định.

SUMMARY

¹Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Kim Loan
Email: kimloan@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 12.5.2025
Ngày phản biện khoa học: 19.6.2025
Ngày duyệt bài: 23.7.2025

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

Objectives: This study aimed to describe the paraclinical (imaging) 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:** On the frontal (coronal) plane, the triangular condylar shape was the most common (44.4%), whereas the round shape was the least common (9.7%). Bilateral asymmetric condylar lesions were observed most frequently (47.2%), followed by right-sided deviation (27.8%) and left-sided deviation (19.4%). An unaffected condylar head was the least frequently seen (8.3%). The mean anterior joint space was 1.50 ± 0.44 mm, the superior joint space was 2.52 ± 0.42 mm, and the posterior joint space was 3.03 ± 0.52 mm. **Conclusions:** In TMD patients, triangular condylar shapes and bilateral asymmetric condylar lesions were frequently encountered, whereas round condylar shapes and unaffected condylar heads were less common. Further studies with larger sample sizes are necessary to more accurately evaluate the prevalence and paraclinical findings in this patient population. **Keywords:** Temporomandibular joint disorders, stabilization splint.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp thái dương hàm (TDH) là khớp bán động duy nhất của cơ thể. Khớp có cấu tạo rất phức tạp bao gồm chỏm lồi cầu xương hàm dưới ở hai bên, khớp với ổ chảo xương thái dương, ở giữa là đĩa khớp và toàn bộ cấu trúc này được bọc trong một bao xơ gọi là bao khớp. Xung quanh khớp còn được bao bọc bởi các cơ từ vùng má và thái dương ở mỗi bên giúp vận động xương hàm dưới. Mặc dù là khớp bán động nhưng khớp thái dương hàm giúp xương hàm dưới di chuyển được theo 3 chiều trong không gian.

Thuật ngữ rối loạn thái dương hàm (Temporomandibular Disorders-TMD) là một thuật ngữ chung cho một nhóm các tình trạng bệnh lý cơ xương khớp và thần kinh cơ liên quan đến khớp thái dương hàm (TMJ), các cơ nhai và tất cả các cấu trúc liên quan¹. Rối loạn khớp thái dương hàm (trước đây gọi là rối loạn chức năng khớp thái dương hàm hoặc hội chứng khớp thái dương hàm) thường biểu hiện bằng đau ở hàm, mặt, cổ và/hoặc rối loạn chức năng khớp hàm (thường có âm thanh ở khớp và/hoặc giảm phạm vi vận động) thường kèm theo đau đầu hoặc đau tai. 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 tổn kém cho quá trình điều trị sau này.

Vì vậy, việc nắm bắt được những triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng 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 tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu "*Mô tả đặc điểm cận 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.

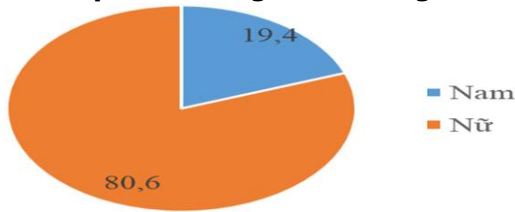
- Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu đều được đảm bảo bí mật.

- 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.

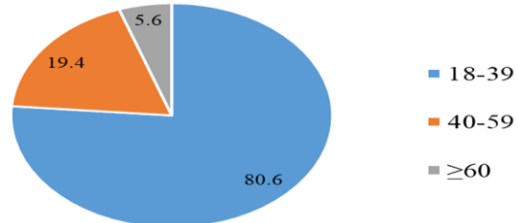
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Nhận xét: Trong 36 đối tượng, có 29 đối tượng nghiên cứu là nữ, chiếm 80,6% và 7 đối tượng nghiên cứu là nam, chiếm 19,7%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/4, sự khác biệt giữa hai giới về tỷ lệ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhận xét: Trong 36 đối tượng nghiên cứu, có 24 đối tượng (66,7%) từ 18 - 39 tuổi, 10 đối tượng (27,8%) từ 40 - 59 tuổi và 2 đối tượng (5,6%) từ 60 tuổi trở lên. Sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. 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.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm hình dạng đầu lồi cầu trên mặt phẳng đứng ngang ($n=36$, hai bên lồi cầu)

Phân loại	Bên phải		Bên trái		Chung	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phẳng	6	16,7%	7	19,4%	13	18,0%
Lồi	4	11,1%	4	11,1%	8	11,1%
Tam giác	17	47,2%	15	41,7%	32	44,4%
Tròn	4	11,1%	3	8,3%	7	9,7%
Dạng khác	5	13,9%	7	19,5%	12	16,8%
Tổng	36	100%	36	100%	72	100%

Nhận xét: Hình dạng lồi cầu hai bên tương đồng nhau về phân loại đầu lồi cầu. Bên phải: Hình tam giác chiếm tỷ lệ cao nhất (47,2%), tiếp đến là hình dạng phẳng (16,7%) và hình dạng khác (13,9%); Hình lồi và tròn có tỷ lệ bằng nhau (11,1%). Bên trái: Hình tam giác cũng chiếm tỷ lệ

cao nhất (41,7), các hình dạng khác và hình dạng phẳng có tỷ lệ như nhau, thấp nhất là hình dạng tròn. Xét chung cho cả hai bên lồi cầu, hình dạng tam giác có tỷ lệ cao nhất và hình dạng tròn có tỷ lệ thấp nhất trong các bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn khớp thái dương hàm.

Bảng 3.2. Đặc điểm hình dạng tổn thương đầu lồi cầu của khớp trên mặt phẳng đứng ngang ($n=36$, hai bên lồi cầu)

Phân loại	Bên phải ($n=36$)		Bên trái ($n=36$)		Chung ($n=72$)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thoái hoá khớp	5	13,9%	6	16,7%	11	15,3%
Hẹp khe khớp	3	8,3%	4	11,1%	7	9,7%
Ổ chảo nông	4	11,1%	4	11,1%	8	11,1%
Bất đối xứng 2 bên	17	47,2%	17	47,2%	34	47,2%
Lệch vị trí trái	7	19,4%	7	19,4%	14	19,4%
Lệch vị trí phải	10	27,8%	10	27,8%	20	27,8%
Không tổn thương	3	8,3%	3	8,3%	6	8,3%

Nhận xét: Tổn thương bất đối xứng lõm cầu hai bên thường gặp nhất (47,2%), tiếp đến là tổn thương lệch vị trí phải (27,8%) và lệch vị trí trái (19,4%). Đầu lõm cầu không tổn thương ít gặp nhất là (8,3%). Tỷ lệ các tổn thương đầu lõm cầu hay gặp cũng tương ứng với cả hai bên. Tuy nhiên ở bên trái, tổn thương thoái hoá khớp và hẹp khe khớp có tỷ lệ thấp hơn so với bên phải.

Bảng 3.3. Đặc điểm kích thước khoảng gian khớp trên mặt phẳng đứng ngang (n=36, hai bên lõm cầu) (mm)

Kích thước	Bên phải (n=36)	Bên trái (n=36)	Chung (n=72)	P
AS	1,52±0,43	1,47±0,46	1,50±0,44	>0,05
SS	2,61±0,45	2,42±0,39	2,52±0,42	<0,05
PS	3,09±0,56	2,98±0,48	3,03±0,52	<0,05

Nhận xét: Kích thước khoảng gian khớp trước bên phải (AS) là $1,52 \pm 0,43\text{mm}$, khoảng gian khớp trên bên phải là $2,61 \pm 0,45\text{mm}$ và khoảng gian khớp sau bên phải là $3,09 \pm 0,56\text{mm}$. Kích thước khoảng gian khớp trước bên trái (AS) là $1,47 \pm 0,46\text{mm}$; khoảng gian khớp trên bên trái là $2,42 \pm 0,39\text{mm}$ và khoảng gian khớp sau bên trái là $2,98 \pm 0,48\text{mm}$. Sự khác biệt khoảng gian khớp phía trên và phía sau giữa hai bên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Về giới tính: Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 36 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 7 nam (chiếm tỷ lệ 19,4%) và 29 nữ (chiếm tỷ lệ 80,6%), sự khác biệt về giới có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của El-Moraissi A và cộng sự (2020)² tổng hợp các nghiên cứu về bệnh rối loạn thái dương hàm (TMD) nhận thấy rằng giới tính có ảnh hưởng tới quá trình hình thành bệnh được ghi nhận ở nhiều nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới luôn luôn được tìm thấy lớn hơn ở nam giới. TMD cho đến hiện nay vẫn chưa hiểu rõ ràng về cơ chế bệnh sinh và các yếu tố liên quan, tuy vậy Hormone Estrogen đã được thừa nhận là một trong những yếu tố nguy cơ tham gia vào quá trình biểu hiện đau mạn tính vùng đầu mặt, tác động lên nhiều nhánh dây thần kinh ngoại biên, khởi phát hoặc làm tăng thêm cơn đau liên quan đến dây thần kinh V trong bệnh cảnh của rối loạn khớp thái dương hàm dưới (TMD).

Về tuổi: Theo kết quả nghiên cứu, trong số 36 bệnh nhân điều trị có 24 bệnh nhân từ 18-39 tuổi (chiếm tỷ lệ 66,67%), 10 bệnh nhân 40-59 tuổi (chiếm tỷ lệ 27,78%) và 2 bệnh nhân trên 60 tuổi (chiếm tỷ lệ 5,55%). Theo nghiên cứu

của của Grzeorz Zielínski và cộng sự (2024)³ thì độ tuổi thường gặp các rối loạn chức năng khớp thái dương hàm phù hợp với việc điều trị bằng vật lý trị liệu, trong đó có máng ổn định (SS) là từ 18-60 tuổi, các phân tích tổng hợp nghiên cứu về điều trị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) thường chia thành ba nhóm tuổi bao gồm 18-39, 40-59 và trên 60 tuổi phù hợp với sự thay đổi Hormone giới tính theo độ tuổi và tương đồng với các giai đoạn thực hành nghề nghiệp của người bệnh. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ali H Alrizqi và cộng sự (2024)⁴ khi nhận thấy rằng ở Ả Rập Xê út, nhóm tuổi 18-39 chiếm tỷ lệ cao nhất (66,9%), nhóm tuổi 40-59 có tỷ lệ là 17,6% và nhóm trên 60 tuổi là 15,5%.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

- Đặc điểm hình thái đầu lõm cầu theo mặt phẳng đứng ngang. Hình dạng đầu lõm cầu của bệnh nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) thường bị biến dạng tùy vào mức độ nghiêm trọng của bệnh. Trong kết quả nghiên cứu này, xét chung cho cả hai bên lõm cầu, hình dạng tam giác chiếm tỉ lệ cao nhất (có tỷ lệ là 44,4%), hình dạng tròn chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,7%) của các bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn khớp thái dương hàm. Khảo sát 72 lõm cầu trên phim CBCT của 36 bệnh nhân tham gia điều trị dựa trên phân loại Yale cho thấy có một số đầu lõm cầu bị mòn phẳng hoặc khuyết hổng nhưng vẫn được xếp vào hình dạng phẳng, hình dạng thoái hoá thường gặp là thoái hoá hai bên theo mặt phẳng đứng ngang, do đó hình dạng tam giác chiếm đa số trong kết quả nghiên cứu. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo Vân (2022)⁵, kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của tác giả cho thấy đối với bệnh lý rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) có hiện tượng biến dạng hoặc thoái hoá tương tự theo chiều đứng ngang.

Bảng 4.1. So sánh hình dạng đầu lõm cầu của các tác giả

Hình dạng đầu lõm cầu	Nguyễn Thị Thảo Vân (2022) ⁵ (n=32)	Nghiên cứu của chúng tôi (n=36)
Phẳng	17,19%	18,0%
Lõm	12,50%	11,1%
Tam giác	51,56%	44,4%
Tròn	10,93%	9,7%
Dạng khác	7,82%	16,8%

- Đặc điểm hình thái đầu lõm cầu có tổn thương khớp trong bệnh TMD theo mặt phẳng đứng ngang. Đầu lõm cầu trong rối loạn

thái dương hàm là cấu trúc rất dễ bị tổn thương, kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 8,3% hình dạng đầu lồi cầu không bị tổn thương, loại bất đối xứng lồi cầu hai bên thường gặp nhất, có tỉ lệ là 47,2%, trong đó lệch vị trí lồi cầu bên phải (27,8%) có xu hướng cao hơn so với bên trái (19,4%). So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo Vân (2022)⁵ cho rằng sự di lệch vị trí lồi cầu không có khác biệt giữa hai bên lồi cầu nhưng lệch lồi cầu trái (80%) và lệch lồi cầu phải (56,6%) thì cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Lý giải cho điều này có thể do tổn thương khớp trong rối loạn thái dương hàm (TMD) là loại tổn thương rất biến đổi, đa dạng về hình thái và phân loại, đôi khi phụ thuộc vào thói quen ăn nhai thuận một bên của nhóm bệnh nhân, tuy nhiên nhìn chung giữa hai kết quả có sự tương đồng về tỉ lệ các loại tổn thương hình dạng đầu lồi cầu trên mặt phẳng đứng ngang của phim CBCT.

Bảng 4.2. So sánh dạng tổn thương đầu lồi cầu của các tác giả

Hình dạng đầu lồi cầu	Nguyễn Thị Thảo Vân (2022) ⁵ (n=32)	Nghiên cứu của chúng tôi (n=36)
Thoái hoá khớp	26,7%	15,3%
Hẹp khe khớp	10,0%	9,7%
Ổ chảo nông	10,0%	11,1%
Bất đối xứng 2 bên	40,0%	47,2%
Lệch vị trí trái	80,0%	19,4%
Lệch vị trí phải	56,6%	27,8%

- **Đặc điểm kích thước khoảng gian khớp.** Kích thước khoảng gian khớp có liên quan đến tổn thương và độ di lệch của khoảng của bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD). Kết quả nghiên cứu cho thấy khoảng gian khớp trước (AS) là $1,50 \pm 0,44\text{mm}$; khoảng gian khớp trên (SS) là $2,52 \pm 0,42\text{mm}$; khoảng gian khớp sau (PS) là $3,03 \pm 0,52\text{mm}$; so sánh kết quả hai bên lồi cầu của nhóm nghiên cứu, khoảng gian khớp trước không có sự khác biệt giữa hai bên lồi cầu, tuy nhiên khoảng gian khớp trên và khoảng gian khớp sau ở bên phải lớn hơn bên trái có ý nghĩa thống kê. Nhìn lại kết quả vị trí tổn thương đầu lồi cầu thấy rằng vị trí lồi cầu phải lệch nhiều hơn và nghiêng về bên trái (bảng 3.2); do đó khoảng gian khớp trên và sau ở bên phải bị kéo giãn hơn bên trái thì phù hợp với hình dạng của đầu lồi cầu xương hàm dưới khi ở vị trí lệch bên. Kích thước khoảng gian khớp trong nghiên cứu này cũng tương đồng với

nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo Vân và cộng sự (2022)⁵, nghiên cứu của Wanman (2020)⁶ và Okeson JP (2020)⁷ cũng chỉ ra rằng khoảng gian khớp giữa hai bên lồi cầu thì không hoàn toàn giống nhau ở các bệnh nhân bị rối loạn thái dương hàm (TMD) do thường xuất hiện đường há ngậm lệch bên do khớp cắn hoặc tổn thương ở một bên lồi cầu nhiều hơn bên còn lại.

Bảng 4.3. So sánh kích thước khoảng gian khớp của các tác giả (mm)

Các kích thước	Nguyễn Thị Thảo Vân (2022) ² (n=32)	Nghiên cứu của chúng tôi (n=36)	p
AS	$1,46 \pm 0,32$	$1,50 \pm 0,44$	$>0,05$
SS	$2,41 \pm 0,38$	$2,52 \pm 0,42$	$>0,05$
PS	$3,02 \pm 0,51$	$3,03 \pm 0,52$	$>0,05$

V. KẾT LUẬN

Với bệnh nhân có rối loạn khớp thái dương hàm, hay gặp lồi cầu hình tam giác và tổn thương bất đối xứng lồi cầu hai bên. Hình cầu dạng tròn và đầu lồi cầu không tổn thương ít gặp. Tuy nhiên 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 cận 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. 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. Grzeorz Zielinski et al (2024). A Meta-Analysis of the Global Prevalence of Temporomandibular Disorders, J Clin Med, 13(5), 1365-1374.
4. Ali H Alrizqi et al (2024). Prevalence of Temporomandibular Disorders Between 2015-2021: A Literature Review, Cureus J dent, 15(4):e37028.
5. Nguyễn Thị Thảo Vân, Võ Huỳnh Trang, Nguyễn Đức Minh (2022). Đặc điểm hình thái khớp thái dương hàm trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 49, 192-198.
6. Wanman A et al (2020). Treatment outcome of supervised exercise, home exercise and home exercise and bite splint therapy, respectively, in patients with symptomatic disc displacement with reduction: A randomised clinical trial, J Oral Rehabil, 47(2), 143 – 149.
7. Okeson JP et al (2020). Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, Mosby Elsevier, 8th Edition.