

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐAU CƠ NGUYÊN PHÁT LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM

Nguyễn Thị Thu Hương¹, Bùi Thị Thúy Hồng¹,
Hoàng Kim Loan¹, Nguyễn Thị Hoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của người bệnh đau cơ nguyên phát liên quan đến rối loạn thái dương hàm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 người bệnh từ 18–45 tuổi, được chẩn đoán theo Phân loại quốc tế về đau miệng mặt năm 2020.

Kết quả: Nữ giới chiếm 86,96%. Đau chủ yếu tại cơ cắn (89,13%), đau mạn tính (73,91%), đau một bên (65,22%) và hạn chế há miệng (60,87%). Điểm VAS trung bình là $5,63 \pm 1,76$; biên độ há miệng trung bình là $37,26 \pm 7,62$ mm. Đau cơ đơn thuần chiếm 86,96%. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm VAS và biên độ há miệng giữa hai nhóm chẩn đoán ($p > 0,05$).

Kết luận: Đau cơ nguyên phát liên quan đến rối loạn thái dương hàm gặp chủ yếu ở nữ giới, thường biểu hiện đau mạn tính tại cơ cắn và kèm hạn chế há miệng.

Từ khóa: Rối loạn thái dương hàm; đau cơ nguyên phát; cơ cắn; hạn chế há miệng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH PRIMARY MYOGENOUS PAIN ASSOCIATED WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with primary myogenous pain associated with temporomandibular disorders.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted in 46 patients aged 18–45 years who were diagnosed according to the 2020 International Classification of Orofacial Pain.

Results: Females accounted for 86.96% of the

study population. Pain most commonly involved the masseter muscle (89.13%) and was predominantly chronic (73.91%) and unilateral (65.22%). Limited mouth opening was observed in 60.87% of patients. The mean VAS pain score was 5.63 ± 1.76 , and the mean maximum mouth opening was 37.26 ± 7.62 mm. Isolated myogenous pain accounted for 86.96% of cases. No statistically significant differences in VAS scores or maximum mouth opening were observed between the two diagnostic groups ($p > 0.05$).

Conclusion: Primary myogenous pain associated with temporomandibular disorders predominantly affected women and was commonly characterized by chronic masseter pain accompanied by limited mouth opening.

Keywords: Temporomandibular disorders; primary myogenous pain; masseter muscle; limited mouth opening.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn thái dương hàm (Temporomandibular Disorders - TMD) được định nghĩa là một thuật ngữ chung bao gồm nhiều tình trạng liên quan đến cơ nhai, khớp thái dương hàm và các cấu trúc liên quan [1]. Theo Schiffman và cộng sự (2014), khoảng 5-12% dân số gặp phải TMD [2]. Trong đó, rối loạn thái dương hàm thể đau cơ (Myogenous Disorders - MD), còn được gọi là đau cơ là dạng phổ biến nhất, ảnh hưởng đến 45,3% các trường hợp mắc TMD [3]. Đặc điểm lâm sàng nổi bật nhất của đau cơ trong rối loạn thái dương hàm là sự hiện diện của các điểm kích thích đau, đặc trưng bởi các nốt hoặc dải căng trong các sợi cơ, có thể gây ra đau tự phát hoặc đau khi bị kích thích. Cơ đau có thể khu trú tại vùng thăm khám hoặc lan đến các vị trí xa hơn theo các kiểu chuyển vị đặc trưng [4]. Điều này không chỉ ảnh hưởng đến chức năng nhai mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [5].

Mặc dù có tính chất phổ biến, việc chẩn đoán đau cơ nguyên phát tại Việt Nam vẫn đối mặt với nhiều thách thức do biểu hiện lâm sàng đa dạng, dễ trùng lặp với các bệnh lý răng miệng hoặc đau thần kinh vùng mặt. Việc phát hiện muộn khiến

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hương

Email: thuhuongnguyen@hmu.edu.vn

Mã bài: N857

Ngày nhận bài: 22/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 21/5/2026

Ngày duyệt bài: 25/6/2026

bệnh dễ tiến triển thành mạn tính, gây ra tình trạng co thắt cơ bảo vệ kéo dài và nhạy cảm hóa hệ thần kinh trung ương, làm cho các can thiệp điều trị sau này trở nên vô cùng phức tạp và kém hiệu quả. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng của đau cơ trong rối loạn thái dương hàm, từ đó cung cấp các bằng chứng thực tiễn giúp các nhà lâm sàng chẩn đoán sớm, phân loại chính xác và xây dựng phác đồ can thiệp kịp thời.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 46 người bệnh được chẩn đoán rối loạn khớp thái dương hàm đau cơ nguyên phát đến khám tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng hàm mặt, Viện Đào tạo Răng hàm mặt, trường Đại học Y Hà Nội và Khoa Răng hàm mặt, bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2025-7/2026

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh từ 18-45 tuổi, được chẩn đoán rối loạn khớp thái dương hàm đau cơ nguyên phát dựa theo Phân loại về đau miệng mặt quốc tế (International Classification of Orofacial Pain - ICOP) [6] được công bố vào năm 2020 bởi Hiệp hội Nghiên cứu Đau Quốc tế (IASP); người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chí loại trừ

Đau vùng miệng mặt do nguyên nhân khác: Đau dây V, đau do viêm nhiễm, đau răng, chấn thương; người bệnh có các bệnh lý toàn thân ảnh hưởng đến việc nghe hiểu, biên độ há miệng và sức chịu đựng; có bệnh quanh răng ảnh hưởng đến sự ổn định của khớp cắn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng hàm mặt, Viện Đào tạo Răng hàm mặt, trường Đại học Y Hà Nội và Khoa Răng hàm mặt, bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 07 năm 2025 đến tháng 07 năm 2026.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp lấy mẫu liên tiếp. Tất cả người bệnh từ 18–45 tuổi đến khám tại Trung tâm Kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng

Hàm Mặt, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội và Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 7/2025 đến tháng 7/2026, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, không thuộc tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu, đều được đưa vào mẫu nghiên cứu. Tổng cộng có 46 người bệnh được đưa vào phân tích.

2.5. Các biến số nghiên cứu: Giới tính, tuổi, mức độ đau trước điều trị (VAS), vị trí đau cơ, đau lan, loại đau cơ, biên độ há miệng.

2.6. Phương pháp thu thập thông tin

Bước 1: Lập kế hoạch nghiên cứu, lựa chọn biến số nghiên cứu, hoàn thành mẫu bệnh án nghiên cứu.

Bước 2: Chọn đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 3: Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng để thu thập thông tin nghiên cứu.

- Khám toàn thân: Ghi nhận những đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu như tuổi, giới, nghề nghiệp...

- Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng để thu thập các đặc điểm tại thời điểm khám ban đầu

+ Sử dụng bệnh án nghiên cứu để thu thập thông tin. Đánh giá mức độ đau của người bệnh theo thang điểm VAS. Thang điểm dài 10 cm từ mức độ không đau đến đau không chịu được.

+ Khám đánh giá biên độ há miệng, vị trí đau cơ, đau lan, phân bố đau cơ, phân loại chẩn đoán đau cơ

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Số liệu được quản lý bằng Microsoft Excel và phân tích bằng IBM SPSS Statistics 20. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (Q1–Q3), tùy theo phân phối số liệu. Kiểm định chính xác Fisher, Mann–Whitney U và kiểm định t độc lập được sử dụng phù hợp với từng loại biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo đúng quy định của Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng hàm mặt, Viện Đào tạo Răng hàm mặt, trường Đại học Y Hà Nội và Khoa Răng hàm mặt,

bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Số liệu nghiên cứu được Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho phép sử dụng và công bố. Đề tài này đã được phê duyệt theo Quyết định số:11446/QĐ-ĐHYHN nhiệm vụ

khoa học cấp cơ sở, ngày 31/12/2025 và quyết định 655/QĐ-ĐHYHN đề tài thạc sĩ, ngày 24/ 02/ 2026 của Hiệu trưởng Trường Đại học Y Hà Nội. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới tính, n = 46.

Nhóm tuổi	Nam, n (%)	Nữ, n (%)	Tổng, n (%)	p
< 30 tuổi	1 (16,67)	19 (47,50)	20 (43,48)	0,212*
≥ 30 tuổi	5 (83,33)	21 (52,50)	26 (56,52)	
Tổng cộng	6 (100)	40 (100)	46 (100)	

* Kiểm định chính xác Fisher.

Nhận xét: Trong 46 người bệnh nghiên cứu, nữ giới chiếm 86,96% và nam giới chiếm 13,04%. Nhóm tuổi ≥ 30 chiếm 56,52%, cao hơn nhóm dưới 30 tuổi (43,48%). Phân bố nhóm tuổi giữa nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,212$).

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh nghiên cứu, n = 46

Đặc điểm	Phân loại	n (%)
Vị trí đau cơ	Cơ cắn	41 (89,13)
	Cơ thái dương	1 (2,17)
	Cơ cắn và cơ thái dương	4 (8,70)
Đau lan	Có	12 (26,09)
Biên độ há miệng	Hạn chế há miệng	28 (60,87)
Thời gian đau	Đau mạn tính	34 (73,91)
Phân bố đau	Đau một bên	30 (65,22)
Phân loại chẩn đoán	Đau cơ đơn thuần	40 (86,96)

Nhận xét: Trong 46 người bệnh nghiên cứu, đau khu trú tại cơ cắn chiếm tỷ lệ cao nhất (89,13%). Đa số người bệnh có đau mạn tính (73,91%), đau một bên (65,22%) và hạn chế há miệng (60,87%). Đau lan gặp ở 26,09% trường hợp. Phần lớn người bệnh được chẩn đoán đau cơ đơn thuần (86,96%).

Bảng 3.3. Một số đặc điểm lâm sàng theo nhóm tuổi

Đặc điểm	<30 tuổi n (%)	≥30 tuổi n (%)	p
Đau mạn tính	12 (60,00)	22 (84,62)	0,059
Đau lan	5 (25,00)	7 (26,92)	0,883
Hạn chế há miệng	12 (60,00)	16 (61,54)	0,916
Đau một bên	14 (70,00)	16 (61,54)	0,550
Đau cơ đơn thuần	17 (85,00)	23 (88,46)	1,000

p: kiểm định chính xác Fisher

Nhận xét: Tỷ lệ đau mạn tính ở nhóm ≥ 30 tuổi cao hơn nhóm dưới 30 tuổi (84,62% so với 60,00%), nhưng sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p = 0,059$). Các đặc điểm đau lan, hạn chế há miệng, đau một bên và phân loại chẩn đoán không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tuổi ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Điểm VAS và biên độ há miệng theo phân loại chẩn đoán đau cơ

Đặc điểm	Đau cơ đơn thuần (n = 40)	Đau cơ phối hợp đau khớp thái dương hàm (n = 6)	p
Điểm VAS, trung vị (Q1–Q3)	5,0 (4,0–7,0)	6,0 (5,0–6,0)	1,000*
Biên độ há miệng, mm, TB $\pm$ ĐLC	37,58 $\pm$ 7,45	35,17 $\pm$ 9,13	0,476**

* Kiểm định Mann–Whitney U. ** Kiểm định t độc lập.

Nhận xét: Điểm VAS trung vị ở nhóm đau cơ đơn thuần là 5,0, trong khi ở nhóm đau cơ phối hợp đau khớp thái dương hàm là 6,0. Biên độ há miệng trung bình tương ứng ở hai nhóm là 37,58 $\pm$ 7,45 mm và 35,17 $\pm$ 9,13 mm. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm VAS hoặc biên độ há miệng giữa hai nhóm chẩn đoán ($p > 0,05$).

Điểm VAS trung bình 5,63 $\pm$ 1,76 và biên độ há miệng trung bình 37,26 $\pm$ 7,62 mm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ:

Nghiên cứu ghi nhận nữ giới chiếm 86,96% số người bệnh, cho thấy đau cơ liên quan đến rối loạn thái dương hàm gặp chủ yếu ở nữ trong mẫu nghiên cứu. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, trong đó Nguyễn Hữu Nhân và cộng sự ghi nhận tỷ lệ nữ cao gấp ba lần nam [7], còn Nguyễn Ngọc Hoa và cộng sự báo cáo nữ giới chiếm 70,8% [8]. Xu hướng này cũng phù hợp với y văn quốc tế, khi nữ giới thường có tỷ lệ mắc rối loạn thái dương hàm và các thể đau liên quan đến cơ nhai cao hơn nam giới. Sự khác biệt theo giới có thể liên quan đến sự tương tác giữa yếu tố nội tiết, đặc điểm cảm nhận đau, stress tâm lý và các hành vi cận chức năng của hệ nhai.

4.2. Tính chất mạn tính và vị trí đau:

Trong nghiên cứu này, cơ cắn là vị trí đau thường gặp nhất, chiếm 89,13% số trường hợp, trong khi đau đơn thuần tại cơ thái dương chỉ gặp với tỷ lệ thấp. Kết quả này có thể liên quan đến vai trò quan trọng của cơ cắn trong hoạt động nâng hàm và duy trì lực cắn. Cơ này thường xuyên chịu tải trong quá trình ăn nhai và có thể bị tăng hoạt động trong các hành vi cận chức năng như nghiến răng hoặc siết chặt răng. Sự hoạt động kéo dài hoặc quá mức có thể góp phần làm xuất hiện và duy trì triệu chứng đau. Vì vậy, trong thực hành lâm sàng, thăm khám cơ cắn bằng sờ nắn và

đánh giá khả năng tái tạo cơ đau quen thuộc có ý nghĩa quan trọng trong nhận diện đau cơ liên quan đến rối loạn thái dương hàm. Tuy nhiên, kết quả này cần được diễn giải trong phạm vi các cơ được khảo sát và không đồng nghĩa với việc cơ cắn luôn là vị trí đau phổ biến nhất ở mọi nhóm người bệnh.

Đau mạn tính chiếm 73,91%, cho thấy phần lớn người bệnh trong nghiên cứu đến khám khi triệu chứng đã kéo dài. Kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hoa và cộng sự [8], trong đó đau cấp tính chiếm tỷ lệ cao hơn. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu, thời điểm người bệnh tiếp cận cơ sở chuyên khoa, tiêu chuẩn phân loại đau và phương pháp tuyển chọn đối tượng. Tỷ lệ đau mạn tính cao cũng cho thấy đau cơ liên quan đến rối loạn thái dương hàm không chỉ là biểu hiện nhất thời do quá tải cơ học, mà có thể được duy trì bởi nhiều yếu tố phối hợp. Theo quan điểm hiện nay, các yếu tố sinh học, tâm lý và hành vi có thể tương tác, góp phần làm kéo dài hoặc khuếch đại cảm nhận đau. Do đó, việc đánh giá người bệnh cần được thực hiện toàn diện, không chỉ tập trung vào vị trí đau mà còn cần khai thác thời gian xuất hiện, yếu tố khởi phát, stress tâm lý và các hành vi cận chức năng của hệ nhai.

4.3. Hạn chế há miệng và đau lan:

Tỷ lệ hạn chế há miệng trong nghiên cứu đạt 60,87%, với biên độ há miệng trung bình

37,26 ± 7,62 mm. Điều này cho thấy đau cơ không chỉ biểu hiện bằng cảm giác đau mà còn ảnh hưởng đáng kể đến chức năng vận động hàm dưới. Trên lâm sàng, hiện tượng này có thể liên quan đến cơ cứng cơ bảo vệ, tăng trương lực cơ hoặc sợ đau khi vận động. Việc hạn chế há miệng kéo dài gây ảnh hưởng trực tiếp đến ăn nhai, giao tiếp và vệ sinh răng miệng, từ đó làm tăng gánh nặng bệnh tật.

Bên cạnh đó, tỷ lệ đau lan là 26,09% cho thấy một bộ phận người bệnh có biểu hiện đau vượt ra ngoài vị trí khám ban đầu. Đây là đặc điểm phù hợp với bản chất của đau cơ và đau cân cơ, vốn có thể liên quan đến các điểm kích thích đau và hiện tượng đau quy chiếu. Việc khai thác kỹ tính chất đau lan có thể giúp hạn chế chẩn đoán nhầm với đau răng, đau xoang, đau dây thần kinh hoặc đau đầu.

V. KẾT LUẬN

Đau cơ nguyên phát liên quan đến rối loạn thái dương hàm gặp chủ yếu ở nữ giới, thường khu trú tại cơ cắn, có tính chất mạn tính, đau một bên và kèm hạn chế há miệng. Phần lớn người bệnh thuộc nhóm đau cơ đơn thuần. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm VAS và biên độ há miệng giữa nhóm đau cơ đơn thuần và nhóm phối hợp đau khớp thái dương hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kapos FP, Exposto FG, Oyarzo JF, Durham J. Temporomandibular disorders: a review of current concepts in aetiology, diagnosis and management. *Oral Surg.* 2020;13(4):321-334. doi:10.1111/ors.12473
2. 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.
3. Manfredini D, Guarda-Nardini L, Winocur E, Piccotti F, Ahlberg J, Lobbezoo F. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: a systematic review of axis I epidemiologic findings. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics.* 2011;112(4):453-462. doi:10.1016/j.tripleo.2011.04.021
4. Janet G. Travell David Simons. *Myofascial Pain And Dysfunction The Trigger Point Manual.* 3rd Edition.
5. Tournavitis A, Sandris E, Theocharidou A, et al. Effectiveness of conservative therapeutic modalities for temporomandibular disorders-related pain: a systematic review. *Acta Odontol Scand.* 2023;81(4):286-297. doi:10.1080/00016357.2022.2138967
6. International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). *Cephalgia.* 2020;40(2):129-221. doi:10.1177/0333102419893823
7. Nhân NH, Ân NH, Phi TNQ. Đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;518(1). doi:10.51298/vmj.v518i1.3372
8. Hoa NN, Toàn ĐTT, Hải HV, et al. Đặc điểm lâm sàng và phân nhóm rối loạn đau trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm. *J 108 - Clin Med Pharmacy.* Published online October 20, 2025. doi:10.52389/ydls.v20i6.2811