

gồm 561 bệnh nhân XCB, cho kết quả 20% bệnh nhân có chức năng thận bất thường mà không có CBTKP và 5% bệnh nhân có tiền sử bị CBTKP. Một nghiên cứu theo dõi dọc với thời gian 7,7 năm trên 461 bệnh nhân XCB, thấy mức lọc cầu thận giảm gấp ở 11% bệnh nhân XCB tổn thương xơ cứng da khu trú và 8,6% bệnh nhân XCB tổn thương xơ cứng da lan tỏa[9]. Như vậy, sự có mặt của tổn thương thận không phải CBTKP không thường gặp trong XCB và thường tiến triển chậm. Kháng thể ARN Polymerase III là loại tự kháng thể thường gặp nhất trên bệnh nhân XCB ở Bắc Mỹ có tổn thương da lan tỏa và liên quan đáng kể đến sự tiến triển của CBTKP. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm bệnh nhân XCB có tổn thương thận, tỷ lệ gặp tự kháng thể ARN- Polymerase III cao hơn rõ rệt so với nhóm bệnh nhân XCB không có tổn thương thận (chiếm 66,7% so với 9,4%,  $p < 0,05$ ). Hai bệnh nhân có CBTKP trong nghiên cứu của chúng tôi đều có kết quả dương tính với kháng thể kháng ARN- Polymerase III. Nghiên cứu của Olivier M và cộng sự trên 319 bệnh nhân XCB, 29% bệnh nhân dương tính với kháng thể kháng ARN-polymerase III, tổn thương thận chiếm tỷ lệ 14%, ngoài ra có 2,2% bệnh nhân dương tính với kháng thể kháng Scl-70 và 3,9% dương tính với kháng thể kháng Centromere.

## V. KẾT LUẬN

- Tổn thương thận gặp ở 18/82 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 22%, có 2 bệnh nhân có cơn bệnh thận kịch phát, chiếm 11,1 %. Biểu hiện hay gặp của tổn thương thận là tăng tăng huyết áp

(61,1%), phù (33,3%), tiểu ít (33,3%), protein niệu (44,4%), hồng cầu niệu (38,9%).-

- Nhóm bệnh nhân XCB có tổn thương thận gặp ở độ tuổi lớn hơn, các triệu chứng thiếu máu và tăng huyết áp cũng gặp nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân không có tổn thương thận ( $p < 0.05$ ).

- Ở nhóm có tổn thương thận, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ dày da trung bình và nặng cao hơn rõ rệt so với nhóm có mức độ dày da nhẹ (66,7% so với 13%).

- Tỷ lệ gặp tự kháng thể ARN- Polymerase III cao hơn rõ rệt ở nhóm bệnh nhân XCB có tổn thương thận, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Steen VD. Kidney involvement in systemic sclerosis. *Presse Med.* 2014;43(10 Pt 2):e305-314. doi:10.1016/j.lpm.2014.02.031
2. Lynch BM, Stern EP, Ong V, Harber M, Burns A, Denton CP. UK Scleroderma Study Group (UKSSG) guidelines on the diagnosis and management of scleroderma renal crisis. *Clin Exp Rheumatol.* 2016;34 Suppl 100(5):106-109.
3. Denton, C. P., & Khanna, D. (2017). Systemic sclerosis. *The Lancet*, 390(10103), 1685–1699. doi:10.1016/s0140-6736(17)30933-9
4. Caron M, Hudson M, Baron M, Nessim S, Steele R, Canadian Scleroderma Research Group. Longitudinal study of renal function in systemic sclerosis. *J Rheumatol.* 2012;39(9):1829-1834. doi:10.3899/jrheum.111417
5. Lischwe MA, Ochs RL, Reddy R, et al. Purification and partial characterization of a nucleolar scleroderma antigen (Mr = 34,000; pI, 8.5) rich in NG,NG-dimethylarginine - *PubMed. J Biol Chem.* 260:14304-14310.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN RỐI LOẠN KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

Nguyễn Hữu Nhân\*, Nguyễn Hữu Ân\*, Trần Ngọc Quảng Phi\*

### TÓM TẮT

Rối loạn thái dương hàm (RLTDH) là một bệnh lý khá phổ biến nhưng phức tạp và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống. Biểu hiện lâm sàng rối loạn thái dương hàm khá đa dạng và tạo nhiều thách thức trong chẩn đoán và điều trị. Việc xác định các triệu chứng phổ biến và mang tính chỉ báo tiên lượng trong

nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng rối loạn thái dương hàm là cần thiết và ưu tiên. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 80 bệnh nhân bị RLTDH đến điều trị tại Nha khoa O'care từ 2019 đến 2021. Kết quả cho thấy số bệnh nhân nữ gấp 3 lần nam, nhóm bệnh nhân dưới 30 tuổi gấp đôi nhóm trên 30 tuổi với tuổi trung bình là 27.2 tuổi. Đối với các đặc điểm về triệu chứng cơ năng, tỷ lệ tiếng kêu khớp, đau khớp và đau cơ chiếm tỷ lệ khá cao (86.3%, 56.3%, 43.8%), trong đó có 48% trường hợp đau nhiều (7-9đ) và 8.8% đau dữ dội (10đ) cho thấy đau là yếu tố thúc đẩy mạnh mẽ nhất để bệnh nhân đến với điều trị. Nhóm cơ bị đau nhiều nhất là cơ chân bướm ngoài dưới, cơ chân bướm trong, cơ thái dương và cơ cắn có tỷ lệ từ 71.3% đến 81.3%. Ở khớp cho thấy chủ yếu là đau

\*Trường Đại học Văn Lang

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Quảng Phi

Email: tnqphi@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2022

Ngày duyệt bài: 26.8.2022

dây chằng TDH và bao khớp (53.8% và 50.0%). Có đến 86.3% có tiếng kêu khớp cho thấy có thể có mối liên quan chặt chẽ giữa rối loạn nội khớp và rối loạn thái dương hàm. Rối loạn vận động hàm chủ yếu là há miệng hạn chế và há miệng lệch dù chiếm tỉ lệ không cao (46.3%) nhưng là dấu hiệu chỉ báo tiên lượng quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân bị rối loạn thái dương hàm.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDER PATIENTS

Temporomandibular disorder (TMD) is a common and complicated disease that greatly affects quality of life. Clinical manifestations of TMD are diverse and create challenges in diagnosis and treatment. Determining the common as well as the prognostic indicating signs and symptoms in TMD is necessary and a priority. We conducted a study on 80 patients with TMD who were treated at O'care Dental Office from 2019 to 2021. The results show that the number of female patients is 3 times higher than that of male patients, and the group of patients under 30 years old is twice as high as the group above 30 years old with a mean age of 27.2 years. For the characteristics of functional symptoms, the rate of joint sounds, arthralgia and myalgia accounted for a rather high rate (86.3%, 56.3%, 43.8%), of which 48% of cases had severe pain (7- 9 points) and 8.8% unbearable pain (10 points) showed that pain was the strongest motivating factor for patients to come for treatment. The most painful muscle groups are the superior lateral pterygoid, medial pterygoid, temporal and masseter muscles with the rate from 71.3% to 81.3%. In the joints, pain was mainly shown in the TMJ ligament and capsule (53.8% and 50.0%). Up to 86.3% have joint sounds, indicating that there may be a close relationship between intra-articular disorders and TMD. Jaw movement disorders are mainly limited opening and deviated opening, although the rate is not high (46.3%) but these are important prognostic indicators in the diagnosis and treatment of patients with TMD.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn thái dương hàm (RLTDH) là một bệnh lý khá phổ biến trong dân số nói chung với tỷ lệ khá cao (từ 50% đến 75%) [1-3] ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và gây khó khăn trong điều trị bệnh răng miệng. Rối loạn thái dương hàm là một bệnh lý phức tạp, có cơ chế bệnh sinh đa yếu tố [6] với biểu hiện lâm sàng đa dạng [7] từ đau khớp,

tiếng kêu khớp đến mỏi cơ, đau cơ, rối loạn vận động hàm...tạo ra nhiều thách thức trong chẩn đoán và điều trị. Để có chẩn đoán đúng và điều trị có hiệu quả, ngoài việc cần phải có sự hỗ trợ của chẩn đoán hình ảnh (CBCT, MRI...), các phương tiện khảo sát chức năng khớp thái dương hàm (máng kiểm nghiệm, lồi cầu đồ...) thì việc thăm khám nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng là việc cần thiết và ưu tiên, nhất là những triệu chứng mang tính tiên lượng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là mẫu thuận tiện gồm 80 bệnh nhân đến điều trị rối loạn thái dương hàm tại Trung tâm Nha khoa O'care Một Châm Sóc từ năm 2019 đến 2021, đã loại trừ các yếu tố bệnh lý khác có liên quan như tai mũi họng, nội thần kinh, tâm thần hay chấn thương và có tiền sử phẫu thuật hàm mặt trước đó. Bệnh nhân được các chuyên gia về khớp cắn khám lâm sàng được chẩn đoán rối loạn thái dương hàm (theo Schiffman [10]) khi có một trong các dấu chứng hay triệu chứng RLTDH. Việc thăm khám nhằm khảo sát các đặc điểm RLTDH bao gồm khám khớp TDH, khám hệ thống cơ nhai và khám khớp cắn (với các nghiệm pháp tải lực theo Dawson và Okeson, hay nghiệm pháp cây gỗ của Poulsen và Mahan). Khi khám khớp TDH chúng tôi khảo sát vị trí là đau ở mô sau đĩa, ở dây chằng TDH, ở lồi cầu hay ở bao khớp...; khám và phân loại tiếng kêu khớp (theo Mark Piper) là do lỏng đĩa, trật đĩa hay lỏng khớp, trật khớp hay là tiếng kêu lạo xạo khi tình trạng rối loạn nội khớp trở nên nặng hơn. Khám các cơ nhai, xác định nhóm cơ bị tổn thương từ cơ thái dương, cơ chân bướm ngoài, chân bướm trong, cơ cắn đến các cơ lân cận có liên quan như cơ nhị thân, có hàm móng, cơ ức đòn chũm, cơ vai móng, cơ gáy và cơ thang... Mức độ đau được đánh giá theo thang điểm VAS (visual analog scales) từ 0đ-10đ. Khám rối loạn vận động hàm đánh giá theo Okeson [9]

### Phân tích dữ liệu và đánh giá thống kê.

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2010, sử dụng kiểm định chi bình phương để phân tích thống kê. Mức ý nghĩa thống kê được đặt ở ngưỡng  $p < 0.05$ . Các phép kiểm được thực hiện với phần mềm SPSS Ver. 25.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu

**Bảng 1- Phân bố tuổi và giới của mẫu nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Nhóm < 30t		Nhóm > 30t		Chung		Tuổi trung bình
	N	%	N	%	N	%	
Nam	14	17.5	4	5	18	22.5	25.5 ± 8.6

Nữ	39	48.8	23	28.7	62	77.5	27.6 ± 8.9
	p = 0.24						p* = 0.37
Chung	53	66.3	27	33.7	80	100	27.2 ± 8.8

p: Kiểm định  $\chi^2$ ; p\*: Kiểm định t độc lập  
 - Trong 80 bệnh nhân, nữ (62) hơn gấp 3 lần nam (18). Tuổi trung bình là 27.2 (từ 11-57 tuổi), không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nam và nữ (p=0.37). Nhóm bệnh nhân dưới 30 tuổi (66.3%), nhiều gấp đôi nhóm từ 30 tuổi trở lên (33.7%). Phân bố tỷ lệ nam nữ trong từng nhóm tuổi không có sự khác biệt thống kê (p=0.24).

- Mẫu của chúng tôi tỷ lệ nữ cao hơn hẳn nam so với các nghiên cứu tương tự khác trong và ngoài nước [1], [2], [8]. Tỷ lệ bệnh nhân nữ

tim đến điều trị cao có lẽ do ảnh hưởng của yếu tố estrogen [4] lên RLTDH hoặc là do ngưỡng đau của nữ thấp hơn nam [3]. Tuy nhiên tỷ lệ nữ / nam của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác là vấn đề cần lưu ý. Các nghiên cứu khác chủ yếu là nghiên cứu dịch tễ và thời gian điều trị ngắn hạn, trong khi các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian điều trị trung bình là 1,5 năm. Thông thường bệnh nhân nữ quan tâm đến bệnh tật và kiên trì điều trị hơn nên khả năng làm cho tỷ lệ nữ / nam tăng cao.

**3.2 Đặc điểm triệu chứng cơ năng**

**Bảng 2- Đặc điểm triệu chứng cơ năng theo phái và nhóm tuổi**

	Nam N(18) %		Nữ N(62) %		Nhóm < 30t N(53) %		Nhóm > 30t N(27) %		Chung N(80) %	
	Tiếng kêu khớp	18	100.0	51	82.3	45	84.9	24	88.9	69
	p = 0.70				p = 0.32					
Đau khớp	10	55.6	35	56.5	29	54.7	16	59.3	45	56.3
	p = 0.95				p = 0.70					
Đau cơ	7	38.9	28	45.2	25	47.2	10	37.0	35	43.8
	p = 0.64				p = 0.39					
Mỏi hàm	5	27.8	28	45.2%	20	37.7	13	48.1	33	41.3
	p = 0.19				p = 0.37					
Đau cổ	6	33.3	16	25.8	19	35.8	3	11.1	22	27.5
	p* = 0.56				p = 0.02					
Đau vai	3	16.7	13	21.0	11	20.8	5	18.5	16	20.0
	p* = 1				p* = 0.81					
Đau gáy	3	16.7	11	17.7	13	24.5	1	3.7	14	17.5
	p* = 1				p* = 0.03					
Đau đầu	4	22.2	16	25.8	13	24.5	7	25.9	20	25.0
	p* = 1				p = 0.89					
Ù tai	3	16.7	11	17.7	11	20.8	3	11.1	14	17.5
	p* = 1				p* = 0.36					

p: Kiểm định  $\chi^2$ . p\*: Kiểm định chính xác Fisher

- Tỷ lệ có tiếng kêu khớp cao nhất (86.3%) kể đến là nhóm đau khớp (56.3%) và đau cơ (43.8%). Thấp nhất là nhóm cứng khớp (6.3%). Tỷ lệ mỏi hàm, đau cơ và đau đầu ở nữ luôn nhiều hơn nam. Chỉ có triệu chứng tiếng kêu khớp và đau cổ là nam nhiều hơn nữ. Tuy nhiên nhìn chung không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ cũng như giữa 2 nhóm

tuổi, ngoại trừ yếu tố đau cổ và đau gáy gặp ở nhóm trẻ tuổi nhiều hơn một cách có ý nghĩa (p=0.02 và p=0.03) so với nhóm lớn tuổi.

- Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Helkimo (1974) và Solberg (1979) khi cho rằng có một số đặc điểm lâm sàng rối loạn TDH phân bố đều theo giới, trong khi một số khác cho rằng ở nữ luôn lớn hơn nam (P.N.Hải và V.Đ.Tuyến) [2, 5].

**3.3 Tình trạng đau cơ**

**Bảng 3- Tỷ lệ % nhóm cơ đau theo phái và vị trí**

Nhóm cơ bị đau	Trái (80) n %		Phải (80) n %		Chung (160) %	Nam (18) N %		Nữ (62) N %		Chung (80) %
	Chân bướm ngoài dưới	55	68.8	59		73.8	71.3	13	72.2	
	p = 0.49				p* = 0.31					
Chân bướm ngoài trên	12	15	11	13.8	14.4	4	22.2	14	22.6	22.5
	p = 0.82				p* = 1					
Chân bướm	56	70.0	37	46.3	58.1	16	88.9	41	66.1	71.3

trong	<b>p = 0.002</b>					p = 0.06				
Thái dương	60	75.0	55	68.8	71.9	14	77.8	48	77.4	77.5
	p = 0.38					p* = 1				
Căn	52	65	53	66.3	65.6	13	72.2	48	77.4	76.3
	p = 0.87					p* = 0.75				
Nhị thân	33	41.3	40	50	45.6	10	55.6	34	54.8	55.00
	p = 0.27					p = 0.96				
Hàm móng	15	18.8	12	15	16.9	5	27.8	14	22.6	23.8
	p = 0.53					p* = 0.75				
Úc đòn chũm	16	20.0	22	27.5	23.8	6	33.3	21	33.9	33.8
	p = 0.27					p = 0.97				
Đốt sống C1	18	22.5	20	25	23.8	6	33.3	16	25.8	27.5
	p = 0.71					p* = 0.56				
Vai móng	8	10	12	15	12.5	3	16.7	13	21.0	20.0
	p = 0.34					p* = 1				
Gáy	10	12.5	14	17.5	15.0	3	16.7	11	17.7	17.5
	p = 0.38					p = 1				
Thang	17	21.3	18	22.5	21.9	2	11.1	17	<b>27.4</b>	23.8
	p = 0.85					p* = 0.21				

p: Kiểm định  $\chi^2$ ; p\*: kiểm định Fisher  
 - Cơ chân bướm ngoài dưới, cơ chân bướm trong, cơ thái dương và cơ căn có tỷ lệ cao từ 71.3% đến 81.3%. Kể đến là nhóm cơ nhị thân (55%). Các nhóm cơ khác có tỷ lệ đau ít hơn (từ 15.5% đến 33.8%). Đặc biệt nhóm cơ chân bướm ngoài trên chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều so với cơ chân bướm ngoài dưới (22.5% << 81.3). Không có sự khác biệt giữa nam và nữ, cũng như giữa bên (P) và bên (T), ngoại trừ nhóm cơ chân bướm trong (T) cao hơn (P) với  $p < 0.002$ .  
 - Cơ chân bướm ngoài dưới chiếm tỷ lệ cao

nhất (81.3%) có lẽ là do cơ chế hoạt động đối vận với các cơ nhai còn lại như cơ thái dương, cơ căn, cơ chân bướm trong khi vận động chức năng. Trong rối loạn vận động cơ nhai, đặc biệt trong các trường hợp đồng cơ cơ bảo vệ, cơ chân bướm ngoài dưới sẽ bị tăng trương lực cơ trong cả pha há hàm và nâng hàm [4, 8] vì vậy tỷ lệ đau cao. Ngược lại với cơ chân bướm ngoài dưới, cơ chân bướm ngoài trên lại có tỷ lệ đau thấp (22.5%), có thể là do việc khám sờ nắn cơ này trên lâm sàng khó nên không chính xác [9].

**3.4 Mức độ đau**

**Bảng 4- Phân bố mức độ đau theo phái và nhóm tuổi**

Mức độ đau	Nam		Nữ		Nhóm < 30t		Nhóm > 30t		Chung	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Không đau (0đ)	0	0	3	4.8	2	3.8	1	3.7	3	3.8
	p* = 1				p* = 1					
Nhẹ (1-3đ)	6	33.3	11	17.7	12	22.6	5	18.5	17	21.3
	p* = 0.19				p* = 0.67					
Trình (4-6đ)	5	27.8	9	14.5	11	20.8	3	11.1	14	17.5
	p* = 0.29				p* = 0.36					
Nhiều (7-9đ)	6	33.3	33	53.2	23	43.4	16	59.3	39	48.8
	p = 0.14				p = 0.18					
Dữ dội (10đ)	1	5.6	6	9.7	5	9.4	2	7.4	7	8.75
	p* = 1				p* = 1					

p: Kiểm định  $\chi^2$ . p\*: Kiểm định chính xác Fisher  
 - Có đến 48.8% bệnh nhân có mức độ đau nhiều (từ 7-9 đ) và 8.75% đau dữ dội (10đ). So sánh giữa nam và nữ, ở mức từ đau nhiều đến đau dữ dội, nữ luôn nhiều hơn nam (62.9% > 38.9%). Vì vậy tỷ lệ đau từ trung bình trở xuống nam nhiều hơn nữ (61.1% > 37.1%). So sánh giữa 2 nhóm tuổi, nhóm trên 30 tuổi có tỷ lệ đau từ nhiều đến dữ dội (66.7%) cao hơn so với nhóm dưới 30 tuổi

(52.8%). Tuy nhiên tất cả các sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ).

- Mức độ đau trên mỗi bệnh nhân được tính theo vị trí đau có điểm số cao nhất, theo đó mức độ đau từ nhiều trở lên chiếm đến 57.5%. Điều đó cho thấy đau là một trong những yếu tố hàng đầu thúc đẩy bệnh nhân đến khám và theo đuổi việc điều trị đến cùng.

**3.3 Đặc điểm đau khớp**

**Bảng 5- Phân loại mô khớp bị đau theo phái và nhóm tuổi**

Phân loại đau khớp	Trái (80)		Phải (80)		Chung (160) %	Nam (18)		Nữ (62)		Chung (80) %
	n	%	n	%		N	%	N	%	
Mô sau đĩa	20	25.0	9	11.3	18.1	3	16.7	22	35.5	31.3
	<b>p = 0.024</b>					p = 0.13				
D.chăng TDH	39	48.8	36	45.0	46.9	7	38.9	36	58.1	53.8
	p = 0.64					p = 0.15				
Lỗi cầu	19	23.8	19	23.8	23.8	6	33.3	23	37.1	36.3
	p = 1					p = 0.77				
Bao khớp	25	31.3	27	33.8	32.5	9	50	31	50.0	50.0
	p = 0.74					p = 1				

p: Kiểm định  $\chi^2$   
 - Tỷ lệ bị đau nhiều nhất là dây chằng TDH (53.8%), kể đến là bao khớp (50%), lỗi cầu và mô sau đĩa có tỷ lệ đau thấp hơn (36.3% và 31.3%). Không có sự khác biệt giữa nam và nữ cũng như giữa bên (P) và bên (T), ngoại trừ đau mô sau đĩa bên (T) (25%) cao hơn bên (P) (11.3%) với  $p = 0.024$ .

- Đau dây chằng TDH có liên quan đến tình trạng bị giãn dây chằng làm cho lỗi cầu lui sau

và chèn ép và gây đau mô sau đĩa [9]. Tỷ lệ đau ở mô sau đĩa (31.3%) thấp hơn tỷ lệ đau dây chằng TDH (53.8%) có thể là phải giãn dây chằng TDH đến một mức nào đó thì mới đủ khả năng gây đau mô sau đĩa. Tỷ lệ đau bao khớp (50%), phù hợp với tỷ lệ lỏng khớp do giãn bao khớp (66.3%) (Bảng 7), điều này có thể được giải thích là phải bị lỏng khớp đến một mức nào đó thì mới cảm thấy đau.

### 3.4 Đặc điểm tiếng kêu khớp

**Bảng 6- Đặc điểm tiếng kêu khớp theo phái và vị trí**

Loại tiếng kêu	Trái (80)		Phải (80)		Chung (160) %	Nam (18)		Nữ (62)		Chung (80) %
	n	%	n	%		N	%	N	%	
Lỏng đĩa	7	8.8	6	7.5	8.13	2	11.1	9	14.5	13.8
	p = 0.77					p* = 1				
Trật đĩa	31	38.8	35	43.8	41.3	16	88.9	29	46.8	56.3
	p = 0.52					p = <b>0.002</b>				
Lạo xạo	6	7.5	4	5.0	6.3	0	0.0	6	9.7	7.5
	p = 0.51					p* = 0.33				
Lỏng khớp	42	52.5	42	52.5	52.5	13	72.2	40	64.5	66.3
	p = 1					p = 0.54				
Tổng có tiếng kêu	59	73.8	59	73.8	73.8	18	100.0	51	82.3	86.3
	p = 1					p* = 0.06				

p: Kiểm định  $\chi^2$ ; p\*: Kiểm định chính xác Fisher  
 - Có đến 86.3% trường hợp có tiếng kêu khớp. Trong đó tiếng kêu do lỏng khớp chiếm tỷ lệ cao nhất (66.3%), kể đến là do trật đĩa (56.3%), lỏng đĩa (13.8%) và thấp nhất là tiếng kêu lạo xạo (7.5%). Không có sự khác biệt giữa bên (P) và bên (T) cũng như giữa nam và nữ, ngoại trừ tiếng kêu trật đĩa nữ nhiều hơn nam

với  $p = 0.002$ .

- Tỷ lệ tiếng kêu khớp (82.5%) của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác [4, 9] (từ 61% đến 74.6%). Điều này là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào việc phục hồi vị trí lỗi cầu tối ưu liên quan nhiều đến rối loạn nội khớp và tình trạng trật đĩa.

### 3.5 Đặc điểm rối loạn vận động hàm

**Bảng 7- Các dạng rối loạn vận động hàm theo phái**

Rối loạn vận động (RLVĐ)	Nam (18)		Nữ (62)		p	Chung (80)	
	N	%	N	%		N	%
Há miệng hạn chế	1	5.6	14	22.6	0.17*	15	18.8
Há miệng lệch	4	22.2	10	16.1	0.51*	14	17.5
Hạn chế vận động sang bên	1	5.6	12	19.4	0.28*	13	16.3
Há miệng zic-zac	2	11.1	5	8.1	0.65*	7	8.8
Hạn chế vận động ra trước	2	11.1	5	8.1	0.65*	7	8.8
Số bệnh nhân có RLVĐ	7	38.9	30	48.4	0.31	37	46.3
Nghiên răng	2	11.1	6	9.7	0.86*	8	10.0

p:Kiểm định  $\chi^2$ ; p\*:Kiểm định chính xác Fisher  
 - Tỷ lệ há miệng hạn chế, há miệng lệch và hạn chế vận động sang bên tương đồng nhau

(16.3% - 18.8%). Hạn chế vận động ra trước và há miệng ziczac cùng chiếm tỷ lệ thấp 8.8% và không có trường hợp nào bị rối loạn vận động

nặng. Ngoài ra khi hỏi bệnh chúng tôi ghi nhận có 10% bị nghiến răng, tỷ lệ này thấp có thể là do bệnh nhân tự khai báo không chính xác. So sánh giữa nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ).

- Có 46.3% bệnh nhân bị rối loạn vận động, tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của N.T.K.Anh (2013) và P.N.Hải (2005) [2] (44.6% và 58.4%), đặc biệt các tỷ lệ về há miệng lệch, hạn chế vận động. Còn các tỷ lệ chi tiết trong nghiên cứu của P.N.Hải (2005) đều cao hơn hẳn so với nghiên cứu của chúng tôi, có lẽ là do tiêu chí về giới hạn của P.N.Hải nhỏ hơn 1mm so với tiêu chí của chúng tôi.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 80 bệnh nhân TLTDH cho thấy số bệnh nhân nữ gấp 3 lần nam, nhóm bệnh nhân dưới 30 tuổi gấp đôi nhóm trên 30 tuổi với tuổi trung bình là 27.2 tuổi. Đối với các đặc điểm về triệu chứng cơ năng, tỷ lệ tiếng kêu khớp, đau khớp và đau cơ chiếm tỷ lệ khá cao (86.3%, 56.3%, 43.8%), trong đó có 48% trường hợp đau nhiều (7-9đ) và 8.8% đau dữ dội (10đ) cho thấy đau là yếu tố thúc đẩy mạnh mẽ nhất để bệnh nhân đến với điều trị. Nhóm cơ bị đau nhiều nhất là cơ chân bướm ngoài dưới, cơ chân bướm trong, cơ thái dương và cơ cắn có tỷ lệ cao từ 71.3% đến 81.3%. Ở khớp cho thấy chủ yếu là đau dây chằng TDH và bao khớp (53.8% và 50.0%). Có đến 86.3% có tiếng kêu khớp cho thấy mối liên quan giữa rối loạn nội khớp và rối loạn thái dương hàm.

Có đến 46.3% bệnh nhân bị rối loạn vận động hàm, chủ yếu là há miệng hạn chế, há

miệng lệch và giới hạn vận động sang bên (từ 16.3% đến 18.8%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Anh, Trần Thị Nguyên Ny, Nguyễn Lương Thảo (2013)** "Tình hình điều trị RL TDH tại khoa RHM – ĐH YD TP.HCM từ 2008 đến 2010". Y học TPHCM, Tập 17-Phụ bản số 2, 66-71.
2. **Phạm Như Hải (2006)** 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, 121.
3. **Hoàng Tử Hùng, Đoàn Hồng Phượng (2006)** "Tình trạng rối loạn thái dương hàm ở người lớn (18-54 tuổi) tại Thành phố Hồ Chí Minh". Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt 2006, 37-46.
4. **Trần Ngọc Quảng Phi (2018)** Căn khớp lâm sàng và rối loạn hệ thống nhai- Tập 1, Nhà Xuất Bản Y học Chi nhánh TPHCM,
5. **Võ Đắc Tuyển, Hồ Thị Ngọc Linh (2007)** "Rối loạn TDH ở một mẫu dân số tại TPHCM". Y học TPHCM, 11 (Phụ bản số 2), 122-127.
6. **Alkader M., Ohbayashi N., Tetsumura A., Nakamura S., Okochi K., Momin M. A., et al. (2010)** "Diagnostic performance of magnetic resonance imaging for detecting osseous abnormalities of the temporomandibular joint and its correlation with cone beam computed tomography". Dentomaxillofac Radiol, 39 (5), 270-6.
7. **De Boever Jan A, Nilner Maria, Orthlieb J-D, Steenks MH (2008)** "Recommendations by the EACD for examination, diagnosis, and management of patients with temporomandibular disorders and orofacial pain by the general dental practitioner". Journal of Orofacial Pain, 22 (3)
8. **LeResche L (1997)** "Epidemiology of temporomandibular disorders: implications for the investigation of etiologic factors". Critical Reviews in Oral Biology & Medicine, 8 (3), 291-305.
9. **Okeson JP (2020)** Management of Temporomandibular Disorders and Occlusion, Mosby Elsevier, 8th Edition,

## STRESS HẬU COVID19 VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÂN VIÊN Y TẾ TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ VĨNH CHÂU, TỈNH SÓC TRĂNG 2021

Lâm Ngọc Huyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Bình<sup>2\*</sup>, Lê Thị Diễm Trinh<sup>3</sup>, Vương Văn Quang<sup>1</sup>, Dư Trung Kiên<sup>1</sup>, Trần Văn Việt<sup>1</sup>, Huỳnh Nên Thọ<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trung tâm y tế Thị xã Vĩnh Châu,

<sup>2</sup>Đại học Trà Vinh,

<sup>3</sup>Đại học Y dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: ntbinh@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 26.8.2022

Mục tiêu nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ, mức độ nguy cơ stress hậu covid-19 và xác định một số yếu tố liên quan đến stress ở nhân viên y tế trung tâm y tế thị xã Vĩnh Châu, tỉnh Sóc Trăng năm 2021. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang. Kết quả cho thấy tỷ lệ nguy cơ stress ở nhân viên y tế là 4,6%, trong đó nguy cơ stress ở mức độ vừa 3,1%, nặng 1,2% và rất nặng chỉ chiếm 0,3%. Nguy cơ stress ở nhân viên y tế có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với các yếu tố nhóm tuổi dưới 31 tuổi có tỷ lệ nguy cơ stress cao hơn gấp 0,25 lần so từ 31 tuổi trở lên với ( $p=0,005$ ), KTC 95% từ 0,09 đến 0,71;