

- death. World Health Organization. Accessed Jan 24th, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Ramirez JA, Wiemken TL, Peyrani P, et al.** Adults hospitalized with pneumonia in the United States: incidence, epidemiology, and mortality. *Clinical Infectious Diseases*. 2017;65(11):1806-1812.
  - Song JaeHoon SJ, Huh KyungMin HK, Chung DooRyeon CD.** Community-acquired pneumonia in the Asia-Pacific region. 2017
  - Marti C, Garin N, Grosgrurin O, et al.** Prediction of severe community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. Jul 27 2012;16(4):R141. doi:10.1186/cc11447
  - Guo Q, Song W-d, Li H-y, et al.** Scored minor criteria for severe community-acquired pneumonia predicted better. *Respiratory research*. 2019;20:1-10.
  - Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng ở người lớn (Bộ Y tế) (2020).**
  - Nguyễn Văn Tuấn.** Mô hình hồi quy và Khám phá Khoa học. vol 1. Nhà xuất bản tổng hợp TP. Hồ Chí Minh; 2022:252-253.
  - Salih W, Schembri S, Chalmers JD.** Simplification of the IDSA/ATS criteria for severe CAP using meta-analysis and observational data. *European Respiratory Journal*. 2014;43(3):842-851.
  - Chalmers JD, Taylor JK, Mandal P, et al.** Validation of the Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society minor criteria for intensive care unit admission in community-acquired pneumonia patients without major criteria or contraindications to intensive care unit care. *Clinical infectious diseases*. 2011;53(6):503-511.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI CỦA DIỆN BẮM CỦA DÂY CHẰNG CÙNG QUẠ VÀO MỖM CÙNG VAI TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN HẸP KHOANG DƯỚI MỖM CÙNG VAI ĐÃ ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI

Nguyễn Hữu Mạnh<sup>1,2</sup>, Vũ Đức Việt<sup>1,2</sup>, Trần Quyết<sup>1,2</sup>,  
Trần Trung Dũng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quốc Trung<sup>2</sup>, Trần Đại Hiệp<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Đối với các trường hợp rách chóp xoay do bệnh lý thì các tác giả ủng hộ giả thuyết bên ngoài cho rằng đây là hậu quả của tình trạng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai dẫn đến gân chóp xoay bị chèn ép chủ yếu ở góc trước ngoài mỏm cùng vai, điều này dẫn đến viêm và rách gân chóp xoay. Về mặt giải phẫu thì khu vực góc 1/3 trước ngoài mặt dưới mỏm cùng vai là nơi bám chủ yếu của dây chằng cùng quạ. Mục đích của nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm hình thái của dây chằng cùng quạ tại vị trí bám tại mỏm cùng vai dựa trên hình ảnh cận lâm sàng trước mổ và hình ảnh nội soi trong phẫu thuật. **Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu bao gồm 36 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng chèn ép khoang dưới mỏm cùng vai có hoặc không kèm theo rách chóp xoay có chỉ định phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiền cứu. Đánh giá tình trạng bề mặt dây chằng cùng quạ, chồi xương ở mặt dưới mỏm cùng vai dựa trên hình ảnh X-quang, cộng hưởng từ và hình ảnh thực tế trên nội soi khi phẫu thuật. **Kết quả:** Có 28/36 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 77,8% có hình ảnh xơ tước bề mặt dây chằng cùng quạ trên nội soi. Có 18/36 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 50 % có xuất hiện hình ảnh chồi xương trong khoang dưới mỏm cùng vai. **Kết luận:** Có sự thay đổi hình thái tại diện bám

của dây chằng cùng quạ trên các bệnh nhân bị hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai. **Từ khóa:** Rách chóp xoay, dây chằng cùng quạ, xơ hoá.

### SUMMARY

#### GEOMETRIC MORPHOLOGICAL OF THE CORACOACROMIAL LIGAMENT INSERTION TO THE ACROMION IN A GROUP OF PATIENTS WITH NARROWING SUBACROMIAL SPACE WHO UNDERWENT ARTHROSCOPIC SURGERY

**Introduction:** In cases of pathological rotator cuff tears, the authors support the extrinsic mechanism theory that this is a consequence of narrowing subacromial space, leading to compression of the rotator cuff tendon mainly in the anterolateral portion of the acromion, which leads to inflammation and tearing of the rotator cuff tendon. Anatomically, the anterior third of the inferior surface of the acromion is the main attachment site of the coracoacromial ligament. The objective of the study is to evaluate the morphological characteristics of the coracoacromial ligament at the attachment site at the acromion based on preoperative radiographic features and intraoperative arthroscopic images. **Study subjects:** A prospective study included 36 patients diagnosed with subacromial impingement syndrome with or without rotator cuff tear and having surgical indication. **Research methods:** Descriptive, prospective. Evaluate the condition of the coracoacromial ligament surface and bone spur on the inferior surface of the acromion based on X-ray images, magnetic resonance, and actual arthroscopic images during surgery. **Results:** 28/36 patients,

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa Khoa Khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>2</sup>Trường Đại Học Vinuniversity

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Mạnh

Email: manhnghuyen0901@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

accounting for 77.8%, had images of scratched fibrous coracoacromial ligament surface on arthroscopy. There were 18/36 patients, accounting for 50%, with bone spurs appearing in the subacromial space. **Conclusion:** There are morphological changes at the insertion of the coracoacromial ligament in patients with subacromial impingement syndrome. **Keywords:** rotator cuff tear, coracoacromial ligament, fibrosis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Về mặt giải phẫu, khoang dưới móm cùng vai là một khoang ảo và được xác định bởi các thành phần: ở dưới là chỏm xương cánh tay; phía trên là bờ trước và bề mặt dưới của móm cùng vai, dây chằng quạ- móm cùng vai và khớp cùng đòn [1],[2]. Tại bờ trên của khoang dưới móm cùng vai, dây chằng quạ - móm cùng vai nối giữa móm cùng vai và móm quạ của xương vai, tạo thành một dây chằng cố định giúp hạn chế chuyển động lên trên của chỏm xương cánh tay, điểm bám của dây chằng cùng quạ là ở góc một phần ba trước trước ngoài của mặt dưới móm cùng vai [3].

Đối với những trường hợp rách chóp xoay không do chấn thương thì có hai giả thuyết chính được đưa ra để giải thích nguyên nhân của dẫn tới tình trạng chèn ép khoang dưới móm cùng vai (MCV) và rách chóp xoay là thuyết nội tại và thuyết bên ngoài [1], [2]. Trong giải thuyết nguyên nhân bên ngoài thì sự chèn ép của chóp xoay và bao hoạt dịch gây ra bởi sự thay đổi bất thường về cấu trúc bên trong khoang dưới móm cùng vai được cho là nguyên nhân gây ra cơn đau chèn ép trong hội chứng hẹp khoang dưới (MCV) [2], [3]. Năm 1949 tác giả Armstrong là người đầu tiên mô tả sự chèn ép của bao hoạt dịch và gân chóp xoay ở mặt dưới móm cùng vai và dùng thuật ngữ "hội chứng gân trên gai" [4]. Kể từ đó, một vài tác giả khác cũng chỉ ra rằng sự chèn ép khoang dưới móm cùng vai này có thể xảy ra tại vị trí một phần ba trước ngoài mặt dưới của móm cùng vai, dây chằng quạ - móm cùng vai [3], [4]. Trong những trường hợp này thì một vài hoặc tất cả cấu trúc trong khoang dưới móm cùng vai như gân cơ chóp xoay, bao hoạt dịch dưới móm cùng vai, gân của đầu dài cơ nhị đầu cánh tay và bao khớp vai đều có thể bị ảnh hưởng [4].

Mục đích của nghiên cứu là đánh giá hình thái của dây chằng quạ - móm cùng vai tại vùng điểm bám vào mặt dưới móm cùng vai ở các bệnh nhân bị hội chứng hẹp khoang dưới MCV dựa trên các hình ảnh lâm sàng và nội soi khớp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu bao gồm 36 bệnh nhân

đã được chẩn đoán hội chứng chèn ép khoang dưới MCV có hoặc không kèm theo rách chóp xoay và đã trải qua phẫu thuật nội soi khớp trong khoảng thời gian từ tháng 6 năm 2015 tới tháng 8 năm 2016.

### ❖Chỉ định phẫu thuật:

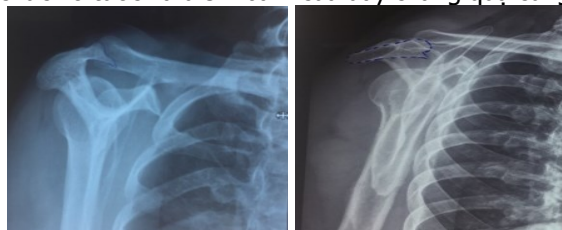
- Bệnh nhân có triệu chứng chèn ép.
- Đã được điều trị bảo tồn gồm: nghỉ ngơi, vật lý trị liệu, dùng thuốc kháng viêm không steroid và tiêm steroid vào khoang dưới móm cùng vai. Tuy nhiên không cải thiện

### ❖Thu thập các biến số:

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.
- Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh trước mổ: Dựa trên phim chụp X-quang tư thế outlet view, Cộng hưởng từ (MRI) khớp vai trước mổ để đánh giá hình dạng móm cùng vai theo phân loại của Bigliani 1986 [3] và chồi xương tại diện bám của dây chằng cùng quạ.

- Các hình ảnh nội soi được quan sát, thu thập, đánh giá trong khi thực hiện phẫu thuật:

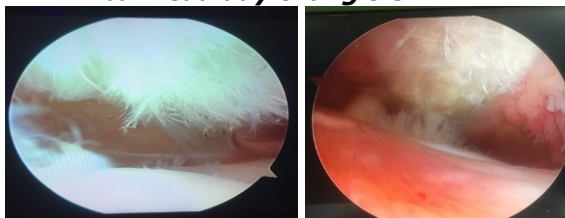
- o Khoang dưới móm cùng vai
- o Vùng điểm bám của dây chằng cùng quạ tại mặt dưới MCV
- o Gân chóp xoay
- o Hình ảnh mặt dưới của một phần ba góc trước ngoài móm cùng vai sau khi xử lý sạch các tổ chức xơ cứng và điểm bám của dây chằng cùng quạ.

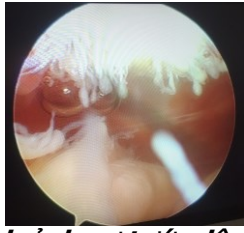


**Hình 1: Hình ảnh của gai xương trên Xquang và CT**

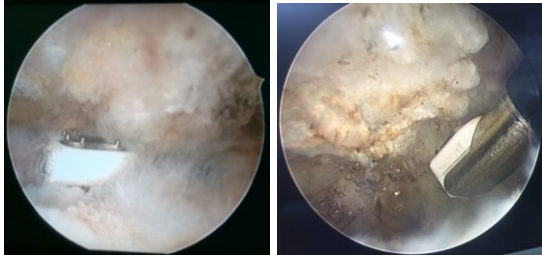


**Hình 2: Hình ảnh của gai xương tại điểm bám của dây chằng trên MRI**





**Hình 3: Hình ảnh xơ tước dây chằng cùng vai trong nội soi khớp**



**Hình 4: Hình ảnh gai xương tại điểm bám của dây chằng trong khi nội soi khớp**

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1: Các đặc điểm của bệnh nhân**

Giới	n	%
Nam	18	50
Nữ	18	50
Tổng	36	100
Tuổi trung bình	55.3 ± 10.7 (27-72)	
Vai bị ảnh hưởng	n	%
Vai phải	31	86.1
Vai trái	5	13.9
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

Có 18 nữ (50%) và 18 nam (50%). Tuổi trung bình của các bệnh nhân tại thời điểm tham gia phẫu thuật là 55.3 tuổi (khoảng dao động 27-72). Hầu hết bệnh nhân (86.1%) bị vai phải bị và đa số các bệnh nhân đều thuận tay phải.

**3.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh trước mổ:**

**Bảng 2: Hình dạng mỏm cùng vai**

Hình dạng MCV	N=36	Tỷ lệ %
Loại 1	2	5,6
Loại 2	17	47,2
Loại 3	17	47,2
Tổng số	36	100

**Nhận xét:** Số lượng bệnh nhân có hình dạng mỏm cùng vai loại 2 và 3 là như nhau, và chiếm tỷ lệ 47,2%. Tổng số bệnh nhân có mỏm cùng vai loại 2 và loại 3 chiếm tỷ lệ rất cao 94,6% (47,2%+47,2%), bệnh nhân có hình dạng mỏm cùng vai loại 1 chiếm tỷ lệ rất ít 5,6%.

**Bảng 3: Chồi xương trong khoang dưới mỏm cùng vai**

	Số lượng	Tỷ lệ %
Có chồi xương	18	50,00
Không chồi xương	18	50,00
<b>Tổng số</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Số lượng bệnh nhân có hình ảnh bất thường về chồi xương tại mặt dưới mỏm cùng vai ghi nhận trên X-quang, MRI là 18 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 50,00%.

**3.3. Đặc điểm hình ảnh dây chằng cùng vai, chồi xương trong khoang dưới mỏm cùng vai.**

**Bảng 4: Hình ảnh gai xương và sờn dây chằng**

	Số lượng bệnh nhân	Phần trăm (%)
Có cả gai xương trên chẩn đoán hình ảnh và gai xương, xơ tước dây chằng cùng vai trong nội soi khớp	18	50
Xơ tước dây chằng cùng vai trong nội soi khớp	10	27.8
Không có gai xương và không xơ tước dây chằng	8	22.2
<b>Tổng cộng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Hình ảnh xơ tước tại vị trí điểm bám của dây chằng cùng vai trong khoang dưới mỏm cùng vai chiếm tỷ lệ rất cao 77.8% trong tổng số các bệnh nhân hẹp khoang dưới mỏm cùng vai. Đối chiếu lại với X-quang cho thấy tất cả các bệnh có hình ảnh gai xương trên chẩn đoán hình ảnh trước mổ đều có hình ảnh gai xương tương ứng trực tiếp trong phẫu thuật.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.** Dựa theo kết quả của bảng số 3.1 cho thấy nhóm bệnh nhân bị hội chứng chèn ép khoang dưới MCV xảy ra chủ yếu trên bệnh nhân ở độ tuổi trung niên với tuổi trung bình là 55.3 và chủ yếu gặp ở vai thuận, không có sự khác biệt rõ rệt về giới ảnh hưởng đến bệnh. Điều này cho kết quả tương tự với những nhận định của các tác giả khác [1]. Điều này có thể giải thích bởi tỷ lệ người thuận tay phải lớn hơn, tay phải được sử dụng thường xuyên hơn trong các hoạt động sinh hoạt thường ngày.

**4.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh trước mổ.** Mỏm cùng vai loại 2 và 3 chiếm số lượng chính (dạng cong và dạng móc). Điều này rất logic vì theo lý thuyết kinh điển về nguyên nhân bên ngoài trong hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng của Neer và theo nghiên cứu của Bigliani cũng cho rằng mỏm cùng vai hạ thấp ở phần phía trước trong mặt phẳng đứng dọc có

thể dẫn đến chèn ép, viêm gân, và cuối cùng là rách chóp xoay[1-4].

Tất cả 18 trường hợp xuất hiện gai xương ở mặt dưới của góc trước ngoài mỏm cùng vai đối chiếu với trong mổ đều có tình trạng biến đổi hình thái của dây chằng cùng quạ (xơ cứng) và có tổn thương gân chóp xoay, tuy nhiên hình ảnh gai xương trong phẫu thuật chỉ quan sát được sau khi đã dọn phần diện bám của dây chằng vào mặt dưới mỏm cùng vai. Điều này đặt ra câu hỏi rằng, liệu sự chèn ép, tăng áp lực có thể dẫn đến các thay đổi về hình thái của dây chằng cùng quạ không? Liệu quá trình lặp lại này có thể dẫn đến sự phát triển của gai xương ở mặt dưới của mỏm cùng vai hay không? Sự mất tổ chức sợi bên trong dây chằng cùng quạ do thoái hóa cũng liên quan đến việc tăng cốt hóa và hình thành gai xương đã được chứng minh xuất hiện bên trong cấu trúc của dây chằng này đặc biệt là tại vị trí gắn vào mỏm cùng vai [3][5]. Cũng trong nghiên cứu của Ogata và đồng nghiệp đã chỉ ra rằng, các thay đổi thoái hóa ở mặt dưới của mỏm cùng vai được phân loại thành bốn phân độ, với phân độ 2 đã có sự hình thành chồi xương và biểu hiện trên hình ảnh X-quang là sự bất thường về hình ảnh ở vị trí góc trước dưới của mỏm cùng vai. Bề mặt dưới của chồi được phủ bởi một lớp bề mặt xơ sụn biệt hoá cao, và đây chính là nơi xảy ra sự cốt hoá của dây chằng [6].

**4.3. Đặc điểm hình ảnh điểm bám dây chằng cùng quạ trong mổ.** Về mặt giải phẫu, dây chằng cùng quạ chạy từ bờ dưới của góc trước ngoài mỏm cùng vai đến bờ bên của mỏm quạ. Cùng với mặt dưới mỏm cùng vai và mỏm quạ, dây chằng cùng quạ tạo thành cung cùng quạ [7]. Theo Bigliani, dây chằng cùng quạ đóng một vai trò quan trọng trong nguyên nhân bên ngoài (nguyên nhân cơ học) của chèn ép khoang dưới MCV [1][4]. Nếu theo giả thuyết này thì khi có sự cản và cọ sát của gân chóp xoay và dây chằng cùng quạ sẽ dẫn tới những thay đổi trên cả đại thể và vi thể trên bề mặt của dây chằng quạ - mỏm cùng vai [3]. Trong nghiên cứu của giả Ecklund và cộng sự cho thấy sự cọ sát và lặp lại thường xuyên giữa gân chóp xoay và dây chằng cùng quạ có thể dẫn tới sự thay đổi về hình thái ở cả 2 cấu trúc [8]. Tác giả Sarkar và cộng sự cũng cho rằng dây chằng cùng quạ là nguyên nhân trong chèn ép khoang dưới MCV khi không có sự bất thường nào khác về xương và khớp [9]. Một số tác giả đã so sánh hình thái dây chằng cùng quạ ở giữa hai nhóm trong đây nhóm chúng là những người không triệu chứng

đau vai và nhóm chúng là nhóm các bệnh nhân có triệu chứng đau vai của hội chứng chèn ép khoang dưới mỏm cùng vai. Bằng cách đánh giá trên hình ảnh siêu âm, cho thấy bề mặt của dây chằng quạ - mỏm cùng vai thường có hình dạng nhô trước. Chúng xuất hiện nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng [9][10]. Nghiên cứu giải phẫu dây chằng quạ - mỏm cùng vai của Ogata cũng cho thấy sự có mặt của quá trình thoái hóa xảy ra, được đặc trưng bởi sự dày lên, xơ hóa của vùng dây chằng quạ - mỏm cùng vai có chèn ép [6]. Mario Gallino và cộng sự đưa ra chú ý về diện bám của dây chằng cùng quạ, nó đi từ phía đầu ngoài của mỏm cùng vai và mở rộng lên mặt dưới của mỏm cùng vai. Điều này rất có ý nghĩa lâm sàng và bác sĩ phẫu thuật nên xem xét các biến thể về vị trí bám và kích thước (độ dày) của dây chằng [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi bề mặt dây chằng cùng quạ tại vị trí bám vào mỏm cùng vai của 28 trong số 36 bệnh nhân (57.8%) có các biến đổi đại thể (xơ cứng), đi kèm theo đây đều có tình trạng rách bán phần hoặc toàn bộ gân chóp xoay. Điều này tăng thêm ủng hộ đối với lý thuyết bên ngoài của hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai nghĩa là có sự cọ sát của gân chóp xoay với vùng điểm bám của dây chằng cùng quạ và gây nên hiện tượng xơ cứng của dây chằng. Một số nghiên cứu khác cũng đã mô tả rất rõ về vai trò của dây chằng cùng quạ trong hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, ở vị trí bám vào mỏm cùng vai của dây chằng có thể đóng góp vào nguyên nhân gây rách chóp xoay [5], [7], [9], [10].

## V. KẾT LUẬN

Có sự biến đổi về hình thái bề mặt (xơ cứng) và sự xuất hiện chồi xương tại diện bám vào mỏm cùng vai của dây chằng cùng quạ trên các bệnh nhân bị hội chứng hẹp khoang dưới mỏm cùng vai, điều này cho thấy vùng điểm bám dây chằng cùng quạ là một trong những nguyên nhân bên ngoài gây ra hội chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Papadonikolakis et al** (2011), "Published evidence relevant to the diagnosis of impingement syndrome of the shoulder", *J Bone Joint Surg Am.* 93, pp. 1827 -1832.
2. **Lori A. Michener, Philip W. McClure, Andrew R. Karduna** (2003), "Anatomical and biomechanical mechanisms of subacromial impingement syndrome", *Clinical Biomechanics.* 18, pp. 369-379.
3. **Fealy S, April EW, Khazzam M, Armengol-Barallat J, Bigliani LU.** (2005), "The coracoacromial ligament: morphology and study

- of acromial enthesopathy", J Shoulder Elbow Surg. 14, pp. 542-548.
- Pekka Hyvönen** (2003), On The Pathogenesis Of Shoulder Impingement Syndrome Academic Dissertation to be presented with the assent of the Faculty of Medicine, University of Oulu.
  - Mario Gallino, Bruno Battiston, Giovanni Annaratone, Flavio Terragnoli** (1995), "Coracoacromial Ligament: A Comparative Arthroscopic and Anatomic Study", Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery. 11, No 5, pp. 564-567.
  - Ogata. S, Uhthoff. H. K** (1990), "Acromial enthesopathy and rotator cuff tear: a radiologic and histologic postmortem investigation of the coracoacromial arch.", Clin Orthop. 254(39-48).
  - J. G. EDELSON, C. TAITZ** (JULY, 1992), "Anatomy of the coraco-acromial arch relation to degeneration of the acromion", JBoneJointSurg[Br]. 74-B, pp. 589-594.
  - Ecklund KJ, Lee TQ, Tibone J, Gupta R** (2007), "Rotator cuff tear arthropathy", J Am Acad Orthop Surg. 15, pp. 340-349.
  - Sarkar K, Taine W, Uhthoff HK** (May, 1990), "The Ultrastructure of the Coracoacromial Ligament in Patients With Chronic Impingement Syndrome", Clin Orthop. 254, pp. 49-54.
  - R. Fremerey, L. Bastian, W. E. Siebert** (2000), "The coracoacromial ligament: anatomical and biomechanical properties with respect to age and rotator cuff disease", Knee Surg, Sports Traumatol, Arthrosc. 8, pp. 309-313.

## ĐÁNH GIÁ MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA TRIỆU CHỨNG VÀ MỨC ĐỘ ĐAU KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM VỚI HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN CÓ RỐI LOẠN NỘI KHỚP

Trịnh Văn Duy<sup>1</sup>, Đinh Quang Chiến<sup>2</sup>, Trương Mạnh Nguyên<sup>2</sup>,  
Hoàng Kim Loan<sup>2</sup>, Lê Quang Long<sup>1</sup>, Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá mối tương quan giữa triệu chứng và mức độ đau khớp thái dương hàm (TDH) với những bất thường trên hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) ở những bệnh nhân nghi ngờ có hội chứng rối loạn nội khớp thái dương hàm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 9/2023 đến 1/2024 trên các bệnh nhân nghi ngờ có hội chứng rối loạn nội khớp TDH. Tất cả các bệnh nhân được khai thác triệu chứng đau và mức độ đau theo thang điểm VAS, sau đó được chụp CHT khớp TDH. Các bất thường trên hình ảnh CHT của khớp TDH sẽ được đối chiếu nhằm xác định mối tương quan với triệu chứng và mức độ đau trên lâm sàng. **Kết quả:** Tổng cộng có 54 bệnh nhân với 88 khớp TDH đã được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình 27±11,9, thấp nhất 11 tuổi, cao nhất 68 tuổi. Có mối tương quan mạnh giữa triệu chứng và mức độ đau với bất thường vị trí đĩa khớp ( $p<0,01$ ,  $r=0,44$ ), bất thường hình dạng lõi cầu ( $p<0,01$ ,  $r=0,5$ ) và dịch ổ khớp trên CHT ( $p<0,01$ ,  $r= -0,5$ ). Có mối tương quan yếu giữa bất thường hình dạng đĩa khớp với triệu chứng và mức độ đau ( $p<0,01$ ,  $r=0,29$ ). **Kết luận:** Có mối tương quan giữa triệu chứng và mức độ đau khớp TDH với tình trạng dị lệch đĩa khớp, thoái hoá chỏm lõi cầu và dịch trong ổ khớp trên CHT.

**Từ khóa:** Rối loạn nội khớp thái dương hàm, cộng hưởng từ, đau khớp TDH.

### SUMMARY

#### CORRELATION BETWEEN PAIN SYMPTOMS AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING FINDINGS IN PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT INTERNAL DERANGEMENT

**Objective:** The aims of this study was to evaluate the correlation between symptoms and severity of temporomandibular joint (TMJ) pain with abnormalities on magnetic resonance imaging (MRI) in patients suspected of TMJ derangement syndrome. **Material and methods:** Prospective descriptive study at Hanoi Medical University Hospital from 9/2023 to 1/2024 on patients suspected of having TMJ derangement syndrome. All patients had their pain symptoms and pain level assessed according to the VAS scale, then had a TMJ- MRI scan. Abnormalities on MRI images of the TMJ will be compared to determine the relationship with clinical symptoms and pain levels. **Results:** A total of 54 patients with 88 TMJ were included in the study, mean age of 27±11.9 years old, the lowest was 11 years old, the highest was 68 years old. There was a strong correlation between symptoms and pain level with abnormal articular disc position ( $p<0,01$ ,  $r=0,44$ ), abnormal condyle shape ( $p<0,01$ ,  $r=0,5$ ) and joint fluid ( $p<0,01$ ,  $r= -0,5$ ) on MRI. There was a weak correlation between disc shape abnormalities and symptoms and pain level ( $p<0,01$ ,  $r=0,29$ ). **Conclusion:** There was a correlation between symptoms and severity of TMJ pain with articular disc displacement, condyle degeneration and joint fluid in TMJ-MRI. **Keywords:** Temporomandibular joint

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024