

TỶ LỆ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI SAI KHỚP CĂN Ở SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Hoàng Anh Đào, Trần Xuân Việt Anh, Nguyễn Minh Tâm

Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ các triệu chứng và dấu chứng của rối loạn thái dương hàm (RLTDH); (2) Xác định tỷ lệ những đặc điểm khớp cắn; (3) Xác định mối liên quan giữa các dấu chứng của RLTDH với tình trạng sai khớp cắn. **Đối tượng - phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 201 sinh viên răng hàm mặt từ 22 tuổi đến 24 tuổi đang học trường Đại học Y Dược Huế. Nghiên cứu gồm hai phần chính: Phỏng vấn thu thập các thông tin về các triệu chứng đau và loạn năng của hệ thống nhai trong thời gian 6 tháng trước đây. Khám lâm sàng đánh giá các dấu chứng đau và loạn năng hệ thống nhai tại thời điểm khám qua các thành phần sau: đánh giá (1) biên độ vận động hàm, (2) đường vận động há-ngậm, (3) tiếng kêu khớp, (4) và (5) đau khớp và đau cơ bằng phương pháp sờ; (6) các đặc điểm sai khớp cắn. **Kết quả:** 72,6% sinh viên có ít nhất một triệu chứng hoặc dấu chứng RLTDH. Số sinh viên có dấu chứng (24,8%) được phát hiện qua khám lâm sàng nhiều hơn số sinh viên nhận biết có triệu chứng (8,0%). Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa dấu chứng tiếng kêu khớp của RLTDH và tương quan răng cối ($p=0,049$); giữa sai lệch vị trí răng và tiếng kêu khớp ($p=0,002$). **Kết luận:** Tỷ lệ dấu chứng và triệu chứng RLTDH cao và một số đặc điểm sai khớp cắn có mối liên quan đến RLTDH.

Từ khóa: Rối loạn thái dương hàm, đặc điểm sai khớp cắn

Abstract

PREVALENCE OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS AND ITS RELATION TO MALOCCLUSION AMONG ODONTOSTOMATOLOGY STUDENTS IN HUE MEDICAL AND PHARMACEUTICAL UNIVERSITY

Hoang Anh Dao, Tran Xuan Viet Anh, Nguyen Minh Tam

Hue University of Medicine and Pharmacy

Objective: (1) To determine the percentage of symptoms and signs of temporomandibular disorders (TMD); (2) To determine the rate of occlusal traits; (3) To determine the relationship between the signs of TMD and malocclusion traits. **Methods:** A cross-sectional descriptive study on 201 22-to 24-year-old students studying in Hue University Hospital. Study consists of two main parts: Interviews collected information about symptoms of pain and dysfunction of TMD during 6 months ago. Clinical examination of pain and dysfunction signs through the following components: (1) range of jaw motion, (2) the mouth opening path, (3) temporomandibular joint (TMJ) sounds, (4) and (5), muscle and/or TMJ pain by palpation; (6) malocclusion traits. **Results:** 72.6% of students had at least one TMD symptoms or signs. There were more students having signs (24.8%) detected by clinical examination than ones being aware of symptoms (8.0%). There was significant correlation between TMJ sounds and molars relationship ($p = 0.049$); between tooth malposition and TMJ sounds ($p = 0.002$). **Conclusions:** Prevalence of TMD signs and symptoms was high and some malocclusion traits were related to TMD.

Key words: Temporomandibular disorders, malocclusion traits

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn thái dương hàm (RLTDH) là một thuật ngữ chung để chỉ những rối loạn liên quan đến cơ nhai, khớp thái dương hàm (TDH) hoặc cả hai và là một phân nhóm của rối loạn cơ xương. Biểu hiện của bệnh là gây rối loạn ở nhiều cơ quan cấu trúc, đặc biệt biểu hiện các triệu chứng, dấu chứng đau và loạn năng ở cơ, khớp TDH [17]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu dịch tễ về RLTDH cho thấy đây là một dạng bệnh lý khá phổ biến trong cộng đồng với tỷ lệ trung bình khoảng 50% đến 60% dân số có ít nhất một triệu chứng hoặc dấu chứng. Tỷ lệ các triệu chứng thay đổi từ 21% đến 57% và các dấu chứng từ 59% đến 80% [1], [3].

Quan niệm chung hiện nay cho rằng nhiều yếu tố nguyên nhân thường cùng tồn tại và tác động phối hợp với nhau để gây rối loạn trên hệ thống nhai. Sai khớp cắn là nguyên nhân quan trọng ảnh hưởng đến RLTDH. Khi khớp cắn không đạt được sự thẳng bằng có thể sẽ gây ra sự bất ổn trong các vận động của hàm dưới cũng như trong tư thế lồng múi tối đa dẫn đến sự tác động lên khớp TDH. Mohlin và cộng sự (2007) báo cáo có sự gia tăng sự bất ổn của khớp TDH ở bệnh nhân có sai khớp cắn hạng III cùng với sự đảo ngược khớp cắn và cắn hở [15]. Tương tự, Bafasa chỉ ra tương quan giữa sai khớp cắn loại II và các triệu chứng của RLTDH [7].

Ở Việt Nam, nghiên cứu về lĩnh vực này còn rất giới hạn. Nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Linh (2003) [3] trên 1020 công nhân của công ty dệt Phong Phú cho thấy số người có biểu hiện RLTDH chiếm tỷ lệ cao (60,5%). Mặc dù đây là dạng bệnh lý răng hàm mặt khá phổ biến, nhưng chưa được người dân biết đến nhiều về các triệu chứng và dấu chứng liên quan để phát hiện và điều trị sớm. Bên cạnh đó bệnh lý này cũng chưa được các bác sĩ răng hàm mặt quan tâm đúng mức trong chẩn đoán, lên kế hoạch nghiên cứu và điều trị một cách thường xuyên và có hệ thống. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ các triệu chứng và dấu chứng của RLTDH ở sinh viên khoa Răng hàm mặt trường Đại học Y Dược Huế.*

2. *Xác định tỷ lệ những đặc điểm khớp cắn của*

sinh viên khoa Răng hàm mặt Trường Đại học Y Dược Huế.

3. *Xác định mối liên quan giữa các dấu chứng của RLTDH với tình trạng sai khớp cắn.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Sinh viên răng hàm mặt từ 22 tuổi đến 24 tuổi đang học trường Đại học Y Dược Huế. Tiêu chuẩn loại trừ là những sinh viên từ chối tham gia nghiên cứu; sinh viên đang có tình trạng sưng, đau do nhiễm trùng, chấn thương ở vùng miệng – mặt, mất các răng cửa và không có răng giả thay thế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế mẫu nghiên cứu nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Mẫu toàn bộ. Thời gian thu thập số liệu: năm 2014 - 2015.

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tình trạng RLTDH thông qua khai thác bệnh sử qua phỏng vấn, khám đánh giá loạn năng và tình trạng cắn khớp. Phỏng vấn thu thập các thông tin về các TC đau và loạn năng của hệ thống nhai trong thời gian 6 tháng trước đây. Khám lâm sàng đánh giá các DC đau và loạn năng hệ thống nhai tại thời điểm khám qua các thành phần sau: (1) biên độ vận động hàm, (2) đường vận động há-ngậm, (3) tiếng kêu khớp, (4) và (5) đau khớp và đau cơ bằng phương pháp sờ; (6) các đặc điểm sai khớp cắn được ghi nhận và phân loại theo sai khớp cắn của Angle [4].

2.2.3. Xử lý số liệu thống kê

Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Khi xem xét mối liên quan giữa sai khớp cắn và RLTDH để thuận tiện và đảm bảo tính thống nhất trong việc tính toán, chúng tôi chỉ sử dụng những trường hợp có tương quan răng cối và tương quan thống nhất giữa hai bên hàm.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tình trạng RLTDH

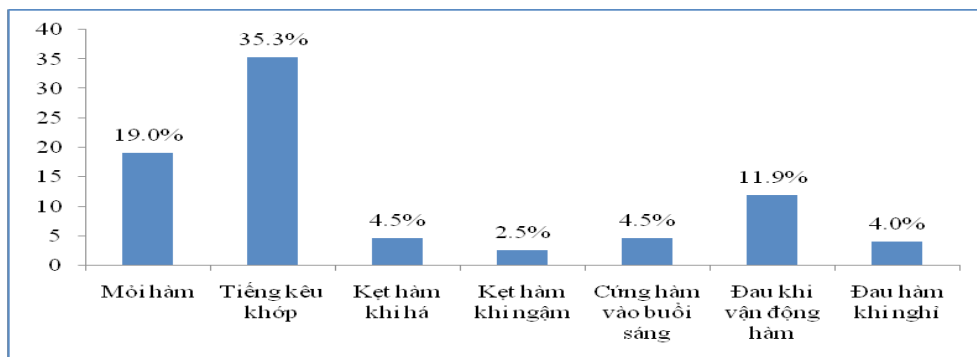
3.1.1. Mẫu nghiên cứu

Chúng tôi nghiên cứu trên 201 sinh viên răng hàm mặt kết quả phân bố mẫu theo giới được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Phân bố mẫu nghiên cứu theo giới

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	94	46,8
Nữ	107	53,2
Tổng	201	100,0

3.1.2. Tỷ lệ các triệu chứng của RLTDH



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ % các triệu chứng của RLTDH

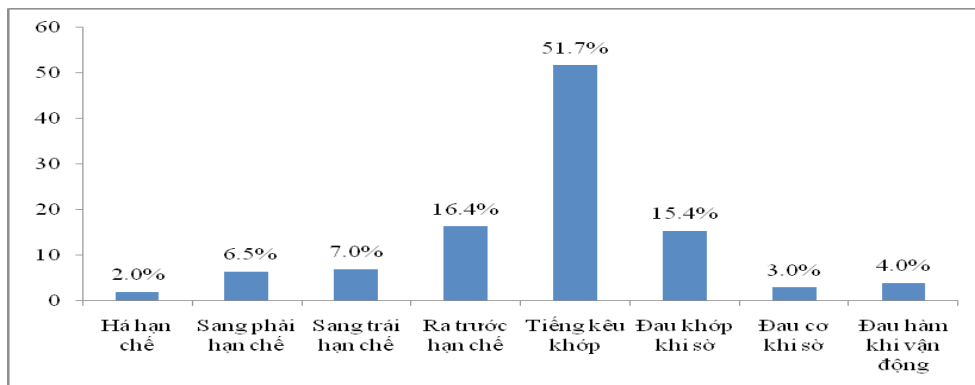
Triệu chứng tiếng kêu khớp chiếm tỷ lệ cao nhất (35,3%)

Bảng 2. Phân bố tỷ lệ % số triệu chứng (n= 201)

Số triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ có 1 TC	54	26,9
Có 2 TC	26	12,9
Có 3 TC	11	5,5
Có 4 TC	2	1,0
≥5 TC	3	1,5
Tổng	96	47,8

Tỷ lệ sinh viên có triệu chứng của RLTDH là 47,8%.

3.1.3. Tỷ lệ các dấu chứng của RLTDH



Biểu đồ 2. Phân bố tỷ lệ % các dấu chứng của RLTDH

Tỷ lệ sinh viên có dấu chứng tiếng kêu khớp là 51,7 %.

Đường vận động há- ngậm

Bảng 3. Số lượng và tỷ lệ % các kiểu đường há-ngậm (n= 201)

Kiểu đường há ngậm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thẳng	174	86,6
Lệch sang trái (zig-zag)	11	5,4
Lệch sang phải (zig-zag)	16	8,0
Tổng	201	100,0

Dấu chứng lệch hàm chiếm tỷ lệ 13,4%.

Tiếng kêu khớp

Bảng 4. Số lượng và tỷ lệ % các loại tiếng kêu khớp (n= 201)

Loại tiếng kêu khớp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiếng kêu khớp 1 bên	61	30,3
Tiếng kêu khớp 2 bên	43	21,4
Tiếng lục cục khi há	22	10,9
Tiếng lục cục khi ngậm	24	11,9
Tiếng lục cục khi há và ngậm	33	16,4
Tiếng lạo xạo	25	12,5

Dấu chứng tiếng kêu khớp chiếm tỷ lệ 51,7% trong đó tiếng lục cục chiếm tỷ lệ 39,2% và lạo xạo chiếm tỷ lệ 12,5%. Tiếng kêu khớp thường gặp ở một bên hơn là cả hai bên, tỷ lệ tương ứng là 30,3% và 21,4%.

Đau khớp khi sờ

Bảng 5. Tỷ lệ % các vị trí đau khớp khi sờ (n= 201)

Vị trí đau	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau khớp 1 bên	25	12,4
Đau khớp 2 bên	6	3,0
Đau mặt ngoài	21	10,5
Đau mặt sau	10	5,0

Đau khớp thường gặp ở một bên hơn là hai bên (12,4% và 3,0%).

Đau cơ khi sờ

Bảng 6. Tỷ lệ % các vị trí đau cơ khi sờ (n= 201)

Vị trí đau	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đau cơ 1 bên	5	2,5
Đau cơ 2 bên	1	0,5
Cơ cắn	4	2,0
Cơ thái dương	2	1,0
Cơ chân bướm trong	1	0,5
Cơ chân bướm ngoài	2	1,0

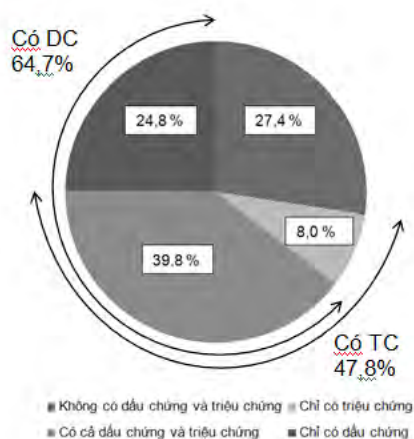
Đau cơ một bên nhiều hơn đau cả hai bên (2,5% so với 0,5%). Đau ở cơ cắn chiếm tỷ lệ 2,0%.

Bảng 7. Phân bố tỷ lệ % số dấu chứng

Số DC	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ có 1 DC	71	35,3
Có 2 DC	38	18,9
Có 3 DC	14	7,0
Có ≥4 TC	7	3,5
Tổng	130	64,7

Tỷ lệ sinh viên có DC phát hiện qua thăm khám lâm sàng là 64,7%.

Tỷ lệ RLTDH



Biểu đồ 3. Tỷ lệ sinh viên có triệu chứng, dấu chứng của RLTDH

Tỷ lệ sinh viên có ít nhất một TC hay một DC 72,6%. Tỷ lệ sinh viên có cả TC và DC chiếm tỷ lệ cao nhất 39,8%.

3.3. Tình trạng khớp cắn

3.3.1. Đặc điểm khớp cắn

Bảng 8. Đặc điểm khớp cắn (n= 201)

Đặc điểm	n	%	Nam	Nữ	P
Tương quan răng cối					
Hạng I	145	72,1	65	80	0,781
Hạng II	9	4,5	4	5	
Hạng III	18	9,0	10	8	
Hạng IV Tương quan hai bên khác nhau	17	8,5	7	10	
Hạng 0 Mất răng 6 hoặc vỡ lớn	12	6,0	8	4	
Độ cắn phủ (mm)					
< 0mm	18	9,0	9	9	0,822
0-4mm	172	85,5	79	93	
>4mm	11	5,5	6	5	
Độ cắn chìa (mm)					
<0mm	18	9,0	8	10	0,119
0-4mm	179	89,0	82	97	
>4mm	4	2,0	4	0	
Cắn chéo răng sau	7	3,5	4	3	0,707
Sai lệch vị trí răng	89	44,3	39	50	0,479

Trong tương quan răng cối lớn thứ nhất, tương quan hạng I (72,1%), hạng III (9,0%) và hạng II (4,5%). Đa số sinh viên có độ cắn phủ, cắn chìa trong giới hạn bình thường. Sai lệch vị trí răng có tỷ lệ cao (44,3%).

3.3.2. Phân loại sai khớp cắn

Trong số 201 sinh viên nghiên cứu có 29 sinh

viên (14,4%) không xếp loại sai khớp cắn do mất răng 6 hoặc tương quan răng 6 khác nhau ở hai bên. Khớp cắn bình thường chiếm tỷ lệ 44,8%. Có 82 trường hợp (40,8%) ghi nhận sai khớp cắn được xếp loại sai khớp cắn theo phân loại Angle theo bảng 9.

Bảng 9. Phân loại sai khớp cắn (trên tổng số 82 sinh viên có sai khớp cắn)

Sai khớp cắn	n (%)	Nam	Nữ	p
Angle I	55 (67,0)	20	35	0,476
Angle II	9 (11,0)	4	5	
Angle III	18 (22,0)	10	8	
Tổng	82	34	48	

Sai khớp cắn hạng I Angle chiếm tỷ lệ 67,0%. Không có sự khác biệt giữa nam và nữ.

3.4. Mối liên quan giữa đặc điểm khớp cắn và RLTDH

Bảng 10. Mối liên quan giữa các đặc điểm khớp cắn và RLTDH

Đặc điểm	n	Tiếng kêu khớp		Đau/ khó vận động hàm	
		Có	Không	Có	Không
Tương quan răng cối					
Hạng I	145	69	76	49	96
Hạng II	9	8 ¹	1	3	6
Hạng III	18	13 ¹	5	8	10
Cắn sâu					
(độ cắn phủ >4mm)	11	6	5	7	4
Cắn hở					
(độ cắn phủ <0mm)	18	11	7	8	10
Tăng độ cắn chìa					
(>4mm)	4	2	2	1	3
Cắn chéo răng trước					
(độ cắn chìa <0mm)	18	11	7	7	11
Cắn chéo răng sau					
	7	6	1	3	4
Sai lệch vị trí răng					
	89	57 ²	32	41	48

¹p=0,049; ²p=0,002

Có mối liên quan giữa triệu chứng tiếng kêu khớp của RLTDH và tương quan răng cối (p=0,049); giữa sai lệch vị trí răng và tiếng kêu khớp (p=0,002).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng rối loạn thái dương hàm

4.1.1. Tỷ lệ các triệu chứng của rối loạn thái dương hàm

Qua khai thác bệnh sử, 47,8% sinh viên có triệu chứng của RLTDH. Trong đó chủ yếu sinh viên có một đến hai TC, chiếm tỷ lệ 26,9% và 12,9%, chỉ có 1,5% có nhiều hơn năm TC. Như vậy đa số có ít TC và các TC thường ở mức độ nhẹ (tiếng kêu khớp hay mỏi hàm), các TC loạn năng nặng như đau, kẹt hàm và há miệng hạn chế ít gặp hơn. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đoàn Hồng Phượng (16,8% và 10,0%) [5]. Ngược lại, theo Võ Đắc Tuyến đa số bệnh nhân RLTDH đến điều trị tại

bệnh viện đều có TC đau và thường đến ở các giai đoạn trễ nên việc điều trị trở nên phức tạp [6].

Tiếng kêu khớp là triệu chứng loạn năng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 35,3%. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Schiffman (44,0%) [23] và của Đoàn Hồng Phượng là 25,8% [5].

Triệu chứng đau ở mặt hay hàm ít gặp hơn (15,9%), chủ yếu là đau khi vận động hàm (11,9%). Kết quả này tương đương với kết quả của Matsuka (11,0%) [12] trên 672 sinh viên từ 20 đến 92 tuổi, khác với kết quả của Võ Đắc Tuyến (đau khi hoạt động chức năng và khi tự phát lần lượt là 75,0% và 20,0%) [6].

Ít gặp các TC kẹt hàm và cứng hàm vào buổi sáng. Kẹt hàm khi há và khi ngậm chiếm 7,0%, tỷ lệ tương tự với nghiên cứu của Schiffman (8,0%), Đoàn Hồng Phượng (6,1%)[5] [23], nhưng ngược lại với nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Linh (0,7%) [3]. Cứng hàm vào buổi sáng có tỷ lệ là 4,5%, giống

với nghiên cứu của Choi (4,9%) [9] và Đoàn Hồng Phượng [5] (4,7%).

4.1.2. Tỷ lệ các dấu chứng của rối loạn thái dương hàm

Tỷ lệ sinh viên có ít nhất một dấu chứng là 64,7%. Đa số các đối tượng có một DC (35,3%) đến hai DC (18,9%), chỉ có 3,5% có từ 4 DC trở lên. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Hồng Phượng với tỷ lệ một DC, hai DC, 4 DC trở lên lần lượt là 33,7%, 13,9%, 2,8% [5].

Khi vận động bình thường của phức hợp đĩa khớp- lồng cầu bị phá vỡ có thể phát sinh các dấu chứng như: cảm giác bất thường khi há (kẹt hàm, cứng hàm); nghe tiếng kêu ở khớp hay há lệch. Trong nghiên cứu chúng tôi dấu chứng thường gặp nhất là tiếng kêu khớp (51,7%). Tiếng kêu khớp phổ biến nhất là tiếng lục cục (39,3%) và lạo xạo chiếm tỷ lệ thấp hơn là 12,5%. Ngoài ra tiếng kêu khớp thường gặp ở một bên hơn là cả hai bên, tỷ lệ tương ứng là 30,3% và 21,4%. Có nhiều nguyên nhân gây ra tiếng lục cục nhưng thường gặp do di lệch/ trật đĩa khớp ra trước có trở lại. Sự xuất hiện tiếng lạo xạo phản ánh tình trạng tổn thương của khớp như thủng đĩa khớp, thủng mô sau đĩa và viêm xương khớp thoái hóa. Tỷ lệ tiếng lục cục phù hợp với nghiên cứu của Pow EH 30,0% [20], nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Johansson [11] là 14,0%. Tỷ lệ tiếng lục cục tương tự với nghiên cứu của Đoàn Hồng Phượng (24,6%) nhưng tỷ lệ tiếng lạo xạo thì có sự khác biệt đáng kể (12,5% so với 5,0%) [5]. Nguyên nhân có thể do sai số trong quá trình thăm khám bằng ống nghe và cảm giác tay.

Đối với tình trạng vận động hàm dưới, vận động hàm hạn chế khi không có khả năng há, đưa hàm ra trước hoặc sang bên thích hợp. Vận động hạn chế có thể do nguyên nhân ở khớp hay ở cơ. Trong nghiên cứu của chúng tôi đưa hàm ra trước hạn chế chiếm tỷ lệ nhiều nhất 16,4%, sau đó là sang trái và sang phải (7,0% và 6,5%). Tuy nhiên mức độ hạn chế hầu hết là nhẹ, chỉ có 3 trường hợp bị giới hạn nhỏ hơn 5mm. Kết quả này giống với nghiên cứu của Đoàn Hồng Phượng (14,1%, 10,3% và 9,2%) [5] nhưng khác nhiều so với nghiên cứu của Otuyemi (48,1%, 35,7% và 30,5%) [18].

Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ sinh viên có DC đau khớp chiếm tỷ lệ 15,4%. Đau khớp một bên (12,4%) cao hơn so với đau khớp hai bên (3,0%). Tỷ lệ này tương tự với Torsten M (18,0%) [25] nhưng cao hơn với các nghiên cứu của Đoàn Hồng Phượng (8,9%) [5]. Tỷ lệ đau cơ chiếm tỷ lệ thấp (3,0%) thường gặp đau cơ một bên. Trong các vị trí đau cơ, cơ cắn thường là nguyên nhân

gây đau (3,0%).

4.1.3. Tỷ lệ rối loạn thái dương hàm

Tỷ lệ sinh viên có biểu hiện RLTDH cao (72,6%) trong đó tỷ lệ sinh viên có cả TC và DC chiếm tỷ lệ cao nhất là 39,8%. Kết quả này phù hợp với dịch tễ RLTDH trên sinh viên có độ tuổi từ 18 đến 25 theo nghiên cứu của Nassif (2003) là 75,0% [16].

Số sinh viên nhận biết có TC ít hơn số sinh viên có DC được phát hiện qua khám lâm sàng, tỷ lệ tương ứng là 47,8% và 64,7%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu tương ứng của các tác giả khác như Pullinger (39,0% và 59,0%) [21], Hồ Thị Ngọc Linh [3] (20,4% và 50,8%). Theo Solberg, các dấu chứng và triệu chứng của RLTDH rất phổ biến trong dân số và các dấu chứng lâm sàng được phát hiện nhiều hơn rõ rệt so với triệu chứng chứng tỏ sự hiểu biết về triệu chứng của người dân còn thấp [22].

4.3. Tình trạng khớp cắn

4.3.1. Đặc điểm khớp cắn

Tỷ lệ tương quan răng cối hạng I, hạng II và hạng III lần lượt là 72,1%, 4,5% và 9,0%, Tương quan khác nhau giữa hai bên chiếm 8,5% và mất răng 6, vỡ lớn chiếm 6,0%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh [1] với tương quan hạng I, II, III là 66,0%, 3,6%, 11,0%, tương quan khác nhau giữa hai bên là 10,7%, không xác định do mất răng 6, vỡ lớn là 8,8%. Theo Angle, răng 6 là răng vĩnh viễn được thành lập và mọc sớm nhất, nó là răng vĩnh viễn lớn nhất, có vị trí tương đối cố định so với nền sọ, khi mọc thì được hướng dẫn bởi hệ răng sữa. Trên đối tượng trẻ tuổi (sinh viên), việc mất/ vỡ răng cối lớn sớm chiếm tỷ lệ tương đối cao chứng tỏ vấn đề về dự phòng và điều trị răng miệng còn nhiều hạn chế; hậu quả có thể dẫn đến những sai lệch khớp cắn về sau gây tác hại lên khớp TDH.

Xét tương quan răng theo chiều trước sau, tỷ lệ sinh viên có độ cắn chìa bình thường từ 0-4 mm là nhiều nhất (89,0%). Tỷ lệ sinh viên có cắn chéo răng trước là 9,0% và 2,0% sinh viên có tăng độ cắn chìa. Tỷ lệ có độ cắn chìa 0-4 mm giống với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Anh (76,0%), Perillo (83,2%) [19].

Đối với tương quan răng theo chiều đứng, đa số sinh viên có độ cắn phủ bình thường từ 0-4mm (85,5%), cắn sâu (> 4mm) là 5,5% và độ hở (<0 mm) là 9,0%. Tỷ lệ sinh viên có tương quan khớp cắn răng sau theo chiều ngang bình thường là 96,5%, cắn chéo răng sau (3,5%) và không có trường hợp nào cắn dạng kéo. Tỷ lệ cắn chéo răng sau này tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Kim Anh [1] (3,3%).

4.3.2. Phân loại sai khớp cắn

Trong số 201 sinh viên tham gia vào nghiên cứu có 29 sinh viên (14,4%) không xếp loại sai khớp cắn do mất răng 6 hoặc tương quan khác nhau giữa hai bên. Khớp cắn bình thường chiếm tỷ lệ 44,8%, có 82 trường hợp ghi nhận là sai khớp cắn trong đó sai khớp cắn hạng I chiếm tỷ lệ cao nhất 67,0%, tiếp đến là sai khớp cắn hạng III với 22,0%, cuối cùng lần lượt là sai khớp cắn hạng II chi 1 và chi 2 (9,8% và 1,2%). Kết quả này giống với nghiên cứu của Hoàng Tử Hùng (tỷ lệ sai khớp cắn ở người Việt) với hạng I, hạng II, hạng III lần lượt là 71,3%, 7,0% và 21,7% [2]. Tuy nhiên theo nghiên cứu của Mehmet và cs, tỷ lệ sai khớp cắn tương ứng là sai khớp cắn hạng I chiếm 64,0%, trong khi sai khớp cắn hạng II chi 1 chiếm 19,0%, hạng II chi 2 chiếm 5,0% và hạng III chỉ chiếm 12,0% [14]. Kết quả này có thể do sai khác về mặt chủng tộc và điều kiện tự nhiên, vị trí địa lý.

4.4. Mối liên quan giữa rối loạn thái dương hàm với sai khớp cắn

Trong phân tích mối liên quan, các DC của RLTDH được phân thành hai nhóm chính là tiếng kêu khớp và đau/hạn chế vận động hàm dưới. Nhìn chung không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các DC của RLTDH và đặc điểm khớp cắn ngoại trừ đặc điểm tương quan răng cối và sai lệch vị trí răng.

Trong mối liên quan giữa tiếng kêu khớp với tương quan răng cối, kiểu tương quan có sự thay đổi vị trí lồi cầu hàm dưới trong hõm khớp (tương quan răng cối hạng II và hạng III) có tỷ lệ tiếng kêu khớp cao hơn có ý nghĩa thống kê. Tương tự, nghiên cứu của Bafasa năm 2006 cho thấy sai khớp cắn hạng II có liên quan nhiều nhất đến tiếng kêu khớp và sự khó chịu ở khớp [7]. Graber TM và cs (2000) cho thấy những người có sai khớp cắn hạng II, cắn sâu, cắn chéo nếu không được điều trị thì sẽ có nhiều khả năng để phát triển các RLTDH [10].

Sai lệch vị trí răng được xem xét qua sự mất hài hòa răng hàm gây nên các trở ngại cắn khít. Các răng không sắp xếp đều đặn trên cung răng theo một đường cong cắn khớp đúng; có một hay nhiều răng nghiêng, xoay, lệch hoặc có khoảng hở trên cung răng. Một vài trở ngại cắn khít có thể gây ra tình trạng bất lợi, hoặc gây ra sự trượt trung tâm hoặc sang bên có thể gây những tổn thương ở khớp và gây co thắt cơ. Trong nghiên cứu chúng tôi, tiếng kêu khớp xuất hiện nhiều hơn có ý nghĩa ở sinh viên có sai lệch vị trí răng.

Như vậy, tiếng kêu khớp là dấu chứng chiếm

tỷ lệ nhiều nhất trong các sinh viên có bất thường tương quan răng cối và sai lệch vị trí răng. Điều này phù hợp với thuyết bệnh sinh của RLTDH rằng sai lệch tương quan răng cối ảnh hưởng đến vị trí của lồi cầu hàm dưới trong hõm khớp. Sự lệch lạc vị trí này do hậu quả của rối loạn cắn khít đặc biệt những sai lệch vị trí răng dẫn đến những mất quân bình cắn khớp. Các yếu tố này góp phần gây ra sự mất cân bằng thần kinh cơ về lâu dài có thể gây ra những biểu hiện của bệnh lý RLTDH [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tỷ lệ nhất định xuất hiện cùng lúc các đặc điểm sai khớp cắn khác như cắn sâu, cắn hở, cắn chéo răng trước và răng sau với các dấu chứng của RLTDH dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể gợi ý một số đặc điểm sai khớp cắn nhất định ảnh hưởng đến tần suất xuất hiện RLTDH [8][15][25]. Tương tự với ý kiến đa chiều về vai trò của cắn khớp trong bệnh căn của RLTDH hiện nay.

5. KẾT LUẬN

5.1. Tình trạng rối loạn thái dương hàm

- Tỷ lệ triệu chứng: tiếng kêu khớp thường gặp nhất (35,3%), mỏi hàm (19,0%), đau hàm khi vận động (11,9%), các triệu chứng đau hàm khi nghỉ, cứng hàm vào buổi sáng chiếm tỷ lệ thấp.

- Tỷ lệ dấu chứng: tiếng kêu khớp chiếm tỷ lệ cao nhất (51,7%), khó vận động hàm (29,9%), đau khi sờ (18,4%).

- Tỷ lệ RLTDH: 72,6% sinh viên có ít nhất một TC hoặc DC, số sinh viên có DC được phát hiện qua khám lâm sàng nhiều hơn số sinh viên nhận biết có TC tỷ lệ tương ứng là 24,8% và 8,0%.

5.2. Tình trạng sai khớp cắn

- Tương quan răng cối lớn thứ nhất: Hạng I (72,1%), Hạng II (4,5%), Hạng III (9,0%).

- Tương quan theo chiều trước sau: độ cắn chia bình thường (89,0%), cắn chéo răng trước (9,0%), độ cắn chia >4 mm (2,0%). Sai lệch vị trí răng chiếm 44,3%.

- Tương quan theo chiều đứng: độ cắn phù bình thường (85,5%), cắn sâu (5,5%), cắn hở (9,0%).

- Tương quan theo chiều ngang: cắn chéo răng sau (3,5%).

- Tỷ lệ sai khớp cắn theo phân loại Angle: Angle I (67,0%), Angle II (11,0%), Angle III (22,0%).

5.3. Mối liên quan giữa RLTDH với tình trạng sai khớp cắn

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa triệu chứng tiếng kêu khớp của RLTDH và tương quan răng cối ($p=0,049$); giữa sai lệch vị trí răng và tiếng kêu khớp ($p=0,002$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Thị Kim Anh, Đoàn Hồng Phượng (2009), Tình trạng rối loạn thái dương hàm ở trẻ 2 tuổi, *Y Học TP. Hồ Chí Minh tập 13*, tr 38-43.
2. Hoàng Tử Hùng (2005), Khám khớp thái dương hàm và vận động hàm dưới, *Cẩn khớp Học*, tr 124-131.
3. Hồ Thị Ngọc Linh (2003), Khảo sát thăm dò rối loạn thái dương hàm ở một mẫu dân số tại thành phố Hồ Chí Minh, Tiểu luận tốt nghiệp Bác sỹ Răng Hàm Mặt, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tr 122-127.
4. Trương Văn Ngọc, Đồng Khắc Thắm (2004), Phân loại khớp cắn theo Edward H. Angle, *Chỉnh hình răng mặt, kiến thức cơ bản và điều trị dự phòng*, tr 67-76.
5. Đoàn Hồng Phượng (2005), *Trình trạng rối loạn thái dương hàm ở người lớn tại thành phố Hồ Chí Minh*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tr 42-67.
6. Võ Đắc Tuyển (1991), *Nhận xét lâm sàng về chẩn đoán và điều trị hội chứng đau loạn năng bộ máy nhai*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp một, nội trú khóa VIII 1988-1991, Khoa RHM- Đại Học Y Dược TP. HCM, tr 61-70.

TÀI LIỆU TIẾNG ANH

7. Bafasa M, Shahabee M (2006), Prevalence of temporomandibular disorders among students and its relation to malocclusion, *The Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, Vol.18, No.45, pp 53-59.
8. Brant D, Temporomandibular disorders and their association with morphologic malocclusion in children. In: Carlson DS, McNamara JA Jr, Ribbens KA (eds). *Development Aspect of Temporomandibular Joint Disorders*, Ann Arbor, MI: Univ of Michigan Center of Human Growth and Development, 1989:279-298.
9. Choi YS, Choung PH, Moon HS, Kim SG (2002), Temporomandibular disorders in 19-year-old Korea men, *J Oral Maxillofac Surg*, 60(7), pp. 797-803.
10. Graber TM, Vanarsdall RL. (2000), *Orthodontics: current principles and techniques*. 3rd ed. St. Louis: Mosby Co; p.135-136.
11. Johansson A et al (2003), Gender difference in symptoms related to temporomandibular disorders in a population of 50-year-old subjects. *J Orofac Pain*, 17, pp. 29-35.
12. Matsuka Y, Yatani H, Kuboki T, Yamashita A (1996), Temporomandibular disorders in the adult population of Okayama City, Japan, *Cranio*, 14(2), pp. 158-62.
13. McNeill C (1990), Temporomandibular disorders: diagnosis, management, education and research, *JADA*, 120(3), pp. 253-263.
14. Mehmet S, Hakan T (2003), Malocclusion and crowding in an orthodontically referred Turkish population, *The Angle Orthodontist*, 74(5), pp. 635-639.
15. Mohlin B, Thilander B (1984) The importance of the relationship between malocclusion and mandibular dysfunction and some clinical application in adults, *Eur J Orthod*, 6, pp. 192-204.
16. Nassif NJ, Al-Salleeh F, Al-Admawi M (2003) The prevalence and treatment needs of symptoms and signs of temporomandibular disorders among young adults males. *J Oral Rehabil*, 30(9), 944-50.
17. Okeson JP (1993) *Management of temporomandibular disorders and occlusion*, 3rd edition. Stratburs, Mosby Year Book.
18. Otuyemi OD, Owotade FJ, Ugboko VI (2000), Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in young Nigerian adults, *British journal of Orthodontics*, 27(1), pp. 61-6.
19. Perillo L, Masucci C, Ferro F, Apicella D, Baccetti T (2010), Prevalence of orthodontic treatment need in southern Italian schoolchildren, *Eur J Orthod*, 32(1), pp. 49-53.
20. Pow EH et al (2002), Prevalence of symptoms associated with temporomandibular disorders in Hong Kong Chinese, *J Orofac Pain*, 15(3), pp. 228-34.
21. Pullinger AG, Seligman DA (1988), Temporomandibular disorders, Part I: Functional status, dentomorphologic features, and sex differences in a nonpatient population, *J Prosthet Dent*, 59, p. 228.
22. Riolo ML, Brandt D, Ten Have TF (1987), Association between occlusal characteristics and signs and symptoms of temporomandibular dysfunction in children and young adults. *Am J Orthod Dentofac Orthop*; pp. 467-477.
23. Schiffman EL, Friction JR, Haley DP, Shapiro BL (1990), The prevalence and treatment needs of subjects with temporomandibular disorders, *J Am Dent Assoc*, 120(3), pp. 295-303.
24. Solberg WK, Flint RT, Barntner JP (1972), Temporomandibular joint pain and dysfunction: a clinical study of emotional and occlusal components. *J Prosthet Dent*, 28, pp. 432-38.
25. Torsten M, Florian M (2005), Gender differences in associations between occlusal support and signs of temporomandibular disorders: Results of the population-based study of health in Pomerania, *The international Journal of Prosthodontics*, 18, pp. 232-239.