

Đánh giá kết quả điều trị loạn năng thái dương hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh

Phan Anh Chi¹, Lương Thảo Nguyên²

(1) Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: (1) Đánh giá đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân loạn năng thái dương hàm (LNTDH) tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh; (2) Đánh giá kết quả điều trị LNTDH của các đối tượng nghiên cứu trên. **Đối tượng – phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu có can thiệp lâm sàng, không đối chứng trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán LNTDH và được điều trị tại Khoa Điều trị đặc biệt – Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh, thời gian từ tháng 7/2019 đến tháng 3/2020. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân LNTDH tỷ lệ nữ: nam là 1,86:1; tập trung ở nhóm tuổi 25-44. Triệu chứng đau đầu chiếm tỷ lệ cao nhất: 77,5%, kế đến là triệu chứng đau ở hàm khi vận động và nghe tiếng kêu khớp: 70,0%. Mức độ LNTDH theo bệnh sử ở mức trung bình – nặng, chiếm ưu thế đến 85,0%. Khi khám lâm sàng trước điều trị: hạn chế vận động hàm khi há miệng tối đa là 45%, hạn chế khi vận động hàm: 55%; đau khi vận động hàm: 70%; tiếng kêu khớp và loạn năng ở khớp thái dương hàm: 85,0%; đau ở khớp khi sờ: 55,0%; đau ở cơ khi sờ là 32,5%; khớp cắn theo hạng I: 72,5% bên trái và 85% bên phải; phân loại mức độ loạn năng thái dương hàm theo thang điểm Helkimo: mức độ trung bình: 45,0%, nhẹ: 32,5%, nặng: 22,5%. Đánh giá kết quả điều trị LNTDH: các phương pháp điều trị được áp dụng chủ yếu là: Nội khoa, máng nhai và mài chỉnh khớp cắn; kết quả điều trị sau khi kết thúc điều trị sau 1 tuần và tái khám sau 3 tháng có cải thiện về tỷ lệ bệnh nhân có hạn chế vận động hàm, đau khi vận động hàm, đau ở khớp khi sờ và đau ở cơ khi sờ, loạn năng ở khớp thái dương hàm với khác biệt có ý nghĩa; tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng điều trị ở mức tốt: 17,5%, trung bình: 72,5% và xấu: 10,0% khi tái khám sau 3 tháng. **Kết luận:** Kết quả điều trị LNTDH có sự cải thiện triệu chứng và dấu chứng LNTDH trước và sau điều trị với khác biệt có ý nghĩa.

Từ khóa: loạn năng thái dương hàm.

Abstract

Evaluation of the treatment results of temporomandibular disorders at Ho Chi Minh city Hospital of Odonto-Stomatology

Phan Anh Chi¹, Luong Thao Nguyen²

(1) Faculty of Odonto-Stomatology, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Ho Chi Minh City Hospital of Odonto-Stomatology

Objectives: (1) To examine the clinical characteristics of a patient with temporomandibular disorders (TMD) at Ho Chi Minh City Hospital of Odonto-Stomatology; (2) To evaluate the treatment results of TMD of the above study subjects. **Subjects - methods:** Descriptive and prospective studies with clinical intervention, no control over 40 patients diagnosed with TMD and treated at the Special Treatment Department - Dental Hospital Ho Chi Minh City from July 2019 to March 2020. **Results:** Clinical characteristics of patients with TMD: ratio of women: men was 1.86: 1; focus on the age group 25-44. Headache symptoms accounted for the highest proportion: 77.5%, followed by pain in the jaw when moving and hearing joint sounds: 70.0%. The degree of TMD according to the history is moderate - severe, dominating up to 85.0%. On clinical examination before treatment: limit movement of the jaw when opening the mouth to a maximum of 45%, limit when moving the jaw: 55%; pain with jaw movement: 70%; synapse and dysfunction in temporal joint: 85.0%; pain in the joints when touching: 55.0%; muscle pain to the touch is 32.5%; occlusion grade I: 72.5% left and 85% right; classify the degree of TMD according to the Helkimo's scale: medium level: 45.0%, light: 32.5%, heavy: 22.5%. Evaluation of treatment results for TMD: the main applied methods are: medicine, occlusal splints and occlusal adjustment. Treatment results after 1 week of the end of treatment and follow-up after 3 months improved in the proportion of patients with limited jaw movement, jaw movement pain, joint

pain when palpation and muscle pain. palpation, dysfunction in temporal jaws with significant differences; percentage of patients with good response to treatment: 17.5%, average: 72.5% and bad: 10.0% at follow-up visit after 3 months. **Conclusion:** The TMD treatment results showed an improvement in symptoms and signs before and after treatment with significant differences.

Key words: temporomandibular disorders.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loạn năng thái dương hàm là một thuật ngữ chung để chỉ một nhóm các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng liên quan đến khớp thái dương hàm, các cơ nhai và các cấu trúc liên quan. Loạn năng thái dương hàm thường được biểu hiện bằng một hoặc nhiều dấu hiệu hoặc triệu chứng sau: đau, tiếng kêu khớp, hạn chế cử động hàm, đau cơ, đau khớp kèm các triệu chứng khác ảnh hưởng đến vùng đầu và cổ như đau đầu, các triệu chứng liên quan đến tai và rối loạn cột sống cổ... [13]

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu khảo sát tình hình loạn năng thái dương hàm, nhu cầu điều trị và kết quả điều trị trên nhiều nhóm bệnh nhân như: nghiên cứu của Phan Như Hải (2006) trên 544 người dân Hà Nội cho thấy số người có biểu hiện rối loạn từ trung bình tới nặng chiếm 20,6%, điều trị bằng thuốc và máng nhai đơn thuần thành công khoảng 91,2% sau 1 năm theo dõi; nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phương (2014) trên 22 bệnh nhân điều trị bằng máng nhai, kết quả cho thấy đau, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp và đường há miệng lệch giảm hơn so với trước điều trị; nghiên cứu của Đinh Diệu Hồng (2017) trên 30 bệnh nhân điều trị bằng thuốc phối hợp massage và tập vận động hàm dưới, kết quả cho thấy hiệu quả giảm các dấu hiệu và triệu chứng loạn năng thái dương hàm; nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Nga (2018) trên 30 bệnh nhân điều trị bằng máng thư giãn, kết quả cho thấy hiệu quả cải thiện có ý nghĩa trên các triệu chứng cơ năng và thực thể loạn năng thái dương hàm [2], [3], [4], [5], [6].

Với mong muốn khảo sát tình hình điều trị loạn năng thái dương hàm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Đánh giá kết quả điều trị loạn năng thái dương hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh”** từ năm 2019 đến năm 2020 nhằm các mục tiêu sau:

1. **Đánh giá đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân loạn năng thái dương hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh.**

2. **Đánh giá kết quả điều trị loạn năng thái dương hàm của các đối tượng nghiên cứu trên.**

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán loạn năng thái dương hàm theo tiêu chuẩn McNeil và được điều trị tại Khoa Điều trị đặc biệt - Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh.

Thời gian: từ tháng 7/2019 đến tháng 3/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp nghiên cứu mô tả, tiến cứu có can thiệp lâm sàng, không đối chứng.

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tình trạng LNTDH và kết quả điều trị thông qua hỏi bệnh sử. khám đánh giá về các triệu chứng đau và loạn năng của hệ thống nhai: (1) Biên độ vận động hàm; (2) Đau khi vận động hàm; (3) loạn năng ở khớp TDH; (4) Đau ở khớp khi sờ; (5) Đau ở cơ khi sờ theo thang điểm Helkimo tại thời điểm trước điều trị, sau khi kết thúc điều trị 1 tuần và sau 3 tháng.

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 26

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân loạn năng thái dương hàm

3.1.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu:

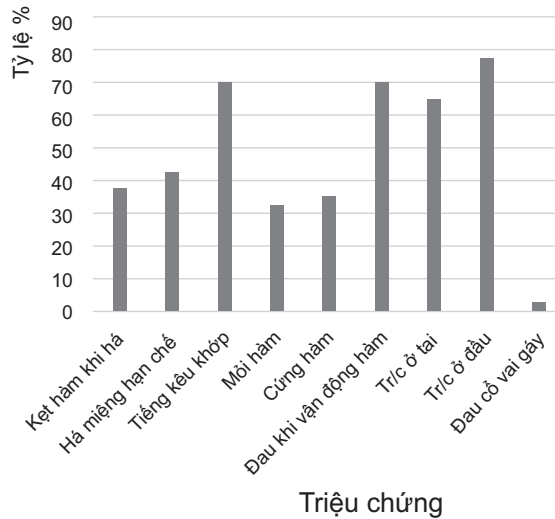
- Mẫu nghiên cứu phân bố từ 12 đến 66 tuổi, trong đó, lứa tuổi 25 - 44 chiếm 55,0%, > 44 là 30,0% và < 25 là 15,0%.

- Về giới tính: nữ chiếm 65,0% và nam chiếm 35,0%, tỷ lệ là 1,86:1.

- Về nơi ở, hầu hết những bệnh nhân đến khám và điều trị bệnh lý LNTDH đều có địa chỉ sinh sống là tại thành phố Hồ Chí Minh, chiếm tỷ lệ 77,5%, bệnh nhân đến từ các tỉnh khác là 22,5%, trong đó có các bệnh nhân đến từ các nơi xa như Đắk Lắk, Đà Nẵng, Tây Nam Bộ.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

- Về tỷ lệ triệu chứng LNTDH được khai thác qua bệnh sử được trình bày ở biểu đồ 3.1, chúng tôi phân loại mức độ LNTDH theo bệnh sử của bệnh nhân ở hai mức: (1) A1: Loạn năng nhẹ chiếm 15,0% và (2) A2: Loạn năng trung bình và nặng chiếm 85,0%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ triệu chứng loạn năng thái dương hàm trên bệnh nhân

- Khi khám lâm sàng trước điều trị, tỷ lệ các dấu chứng như sau: Hạn chế vận động hàm khi há miệng tối đa là 45%, hạn chế khi vận động hàm chiếm 55% mẫu nghiên cứu; Đau khi vận động hàm chiếm tỷ lệ 70%; Tiếng kêu khớp và loạn năng ở khớp thái dương hàm là 85,0%; Đau ở khớp khi sờ là 55,0%; Đau ở cơ khi sờ là 32,5%; Khớp cắn theo hạng I chiếm đa số là 72,5% bên trái và 85% bên phải. Phân loại mức độ loạn năng thái dương hàm theo thang điểm Helkimo: mức độ trung bình chiếm 45,0%, nhẹ chiếm 32,5%, nặng chiếm 22,5%.

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố dấu chứng loạn năng thái dương hàm trên nhóm bệnh nhân khi khám

Dấu chứng LNTD khi khám	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có 1 dấu chứng	9	22,5
Có 2 dấu chứng	4	10,0
Có 3 dấu chứng	9	22,5
Có ≥ 4 dấu chứng	18	45,0
Tổng	40	100,0

3.2. Kết quả điều trị loạn năng thái dương hàm

Các phương pháp điều trị

Các phương pháp điều trị được áp dụng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh gồm: nội khoa, mài chỉnh khớp cắn, máng nhai và phương pháp khác là chườm nóng. Trong đó, phương pháp điều trị được áp dụng nhiều nhất là máng nhai chiếm tỷ lệ 90,0%, nội khoa cũng được dùng rộng rãi 77,5%, mài chỉnh khớp cắn thì được chỉ định ít hơn 32,5%.

Bảng 2. Tình hình áp dụng các phương pháp điều trị loạn năng thái dương hàm

Phương pháp điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Áp dụng 1 phương pháp	7	17,5
Áp dụng 2 phương pháp	29	72,5
Áp dụng 3 phương pháp	4	10,0
Tổng	40	100,0

Bảng 3. Tình hình áp dụng các phương pháp điều trị trên mức độ loạn năng thái dương hàm

Mức độ LNTDH	Áp dụng 1 phương pháp		Áp dụng 2 phương pháp		Áp dụng 3 phương pháp		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
D1	5	38,5	8	61,5	0	0,0	13	100,0
D2	2	11,1	14	77,8	2	11,1	18	100,0
D3	0	0,0	7	77,8	2	22,2	9	100,0

Kết quả điều trị sau khi kết thúc điều trị sau 1 tuần và tái khám sau 3 tháng.

+ Cải thiện về tỷ lệ bệnh nhân có hạn chế vận động hàm, đau khi vận động hàm, đau ở khớp khi sờ và đau ở cơ khi sờ, loạn năng ở khớp thái dương hàm.

+ 100% bệnh nhân không còn triệu chứng đau ở khớp khi sờ và đau ở cơ khi sờ tại thời điểm tái khám sau 3 tháng.

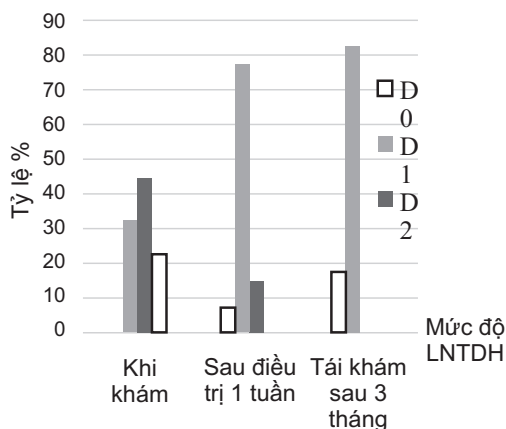
+ Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng điều trị ở mức tốt là 7,5%, trung bình là 77,5% và xấu là 15,0% khi kết thúc điều trị sau 1 tuần.

+ Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng điều trị ở mức tốt là 17,5%, trung bình là 72,5% và xấu là 10,0% khi tái khám sau 3 tháng.

- Có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê giữa các triệu chứng vận động hàm hạn chế, đau khi vận động hàm, rối loạn ở khớp, đau ở khớp khi sờ, đau ở cơ khi sờ giữa các thời điểm trước điều trị, sau điều trị 1 tuần và sau 3 tháng.

Bảng 4. Sự thay đổi các dấu chứng loạn năng thái dương hàm tại thời điểm đánh giá

Các dấu chứng lâm sàng	Trước điều trị		Sau 1 tuần		Sau 3 tháng		p
	n	%	n	%	n	%	
Hạn chế vận động hàm	25	62,5	18	45,0	2	5,0	< 0,001
Đau khi vận động hàm	28	70,0	19	47,5	8	20,0	< 0,001
Rối loạn ở khớp	34	85,0	29	72,5	27	67,5	< 0,001
Đau ở khớp khi sờ	22	55,0	19	47,5	0	0,0	< 0,001
Đau ở cơ khi sờ	13	32,5	8	20,0	0	0,0	< 0,001



Biểu đồ 2. Phân bố mức độ loạn năng thái dương hàm tại thời điểm đánh giá

4. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân LNTDH

4.1.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Về độ tuổi của mẫu nghiên cứu, kết quả cũng tương tự với nghiên cứu của Võ Đắc Tuyến (1991), cho thấy đa số bệnh nhân LNTDH tập trung ở nhóm tuổi từ 25 đến 44 (60%) [6]. Về giới tính của mẫu nghiên cứu, kết quả này cũng phù hợp với các số liệu của các nghiên cứu trên các nhóm bệnh nhân khác như: nghiên cứu của Võ Đắc Tuyến (1991) tỷ lệ nam: nữ là 1:5,5; nghiên cứu của Manfredini (2012) tỷ lệ nam: 25,6%, nữ: 74,4%, tỷ lệ nam:nữ là 1:2,9; nghiên cứu của Blanco Aguilera (2014) tỷ lệ nam: 15,6%, tỷ lệ nữ: 84,4%, tỷ lệ nam:nữ là 1:5,4 [6], [10]. Về nơi ở, mặc dù mẫu nghiên cứu là mẫu thuận tiện, chưa mang tính chất đại diện cho cộng đồng nhưng có một lượng bệnh nhân có các triệu chứng của LNTDH, có nhu cầu điều trị tại các tỉnh thành phía Nam, đã đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Tp.HCM. Nguyên nhân có thể vì việc điều trị LNTDH hiện tại vẫn chưa được quan tâm và chú trọng nhiều, các bác sĩ Răng Hàm Mặt tại địa phương chưa được đào tạo chuyên sâu về hội chứng này. Nhằm tạo điều kiện thuận lợi và đáp ứng nhu cầu điều trị tại các địa phương, chúng tôi đề nghị cần thêm các chương trình đào tạo và cập nhật thường xuyên cho các đơn vị răng hàm mặt ở các địa phương về bệnh lý này.

4.1.2. Đặc điểm bệnh sử

Trong nghiên cứu của Võ Đắc Tuyến trên nhóm 40 bệnh nhân đến khám tại Khoa RHM ĐHYD Tp.HCM cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ bệnh nhân có tiếng kêu khớp lục cục và lạo xạo: 75%, đau khi hoạt động chức năng: 70% [6]. Ngoài ra, cũng có tỷ lệ khá cao các bệnh nhân có triệu chứng há miệng hạn chế: 42,5%, kẹt hàm khi vận động: 37,5%, cứng hàm và mỗi hàm lần lượt là 35,0% và 32,5%. Có 2,5% bệnh nhân có triệu chứng đau cổ vai gáy, vì vậy, cần cảnh giác đến bệnh cảnh LNTDH khi bệnh nhân có triệu chứng này và cần thăm khám tìm kiếm triệu chứng tránh bỏ sót. Phân loại mức độ LNTDH theo bệnh sử của bệnh nhân ở hai mức cũng phù hợp với nghiên cứu của Rodrigues (2016), tỷ lệ A1: 50,0% và A2: 40,0% [16]. Qua các kết quả cho thấy ở trên, chúng tôi nhận ra rằng, hầu hết các bệnh nhân đến khám và điều trị LNTDH tại bệnh viện RHM Tp.HCM đều có mức độ LNTDH theo bệnh sử là trung bình hoặc nặng với tỷ lệ các triệu chứng điển hình đều cao và rất cao, như tiếng kêu khớp và đau khi vận động hàm. Có thể trên một số bệnh nhân, chỉ khi không chịu được các triệu chứng của bệnh thì mới tìm đến bệnh viện để khám và điều trị. Chúng tôi

cho rằng, mỗi người cần khám sức khỏe răng miệng định kỳ nhằm tầm soát các bệnh lý về răng hàm mặt và được tư vấn điều trị sớm để tránh các triệu chứng diễn tiến nặng nề và gây ảnh hưởng đến sinh hoạt và chất lượng cuộc sống. Theo tác giả Bitiniene (2018), có mối tương quan trực tiếp giữa các trường hợp xấu hoặc có rối loạn thái dương hàm với chất lượng cuộc sống thấp hơn [7].

4.1.3. Các dấu chứng lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Rodrigues (2016) với tỷ lệ đau khi vận động hàm: 76,7%, và nghiên cứu của Võ Đắc Tuyến (1991) trong nhóm bệnh nhân cũng cho thấy tỉ lệ bệnh nhân bị đau hàm khi hoạt động chức năng: 75% [6], [16].

Dựa vào các giai đoạn mô tả của Wilkes, các hình ảnh cận lâm sàng sẽ giúp ích rất nhiều cho việc chẩn đoán giai đoạn loạn năng của khớp, về vị trí của đĩa khớp có di chuyển ra trước so với vị trí bình thường không? Đĩa khớp có bị dày lên hay không? Các đường viền xương có bình thường hay không? Có sự hủy xương và tiêu xương, viêm xương xảy ra ở vùng khớp TDH hay không? Công cụ hỗ trợ cận lâm sàng được cho là tiêu chuẩn vàng hiện nay là sử dụng MRI để cho hình ảnh cả mô mềm và mô xương [14].

Trong nghiên cứu này chúng tôi không đánh giá hình ảnh khớp TDH nên không thể đưa ra giai đoạn rối loạn ở khớp TDH. Mức độ loạn năng ở khớp TDH được cho là nhẹ và trung bình khi bệnh nhân không có kẹt hàm, há miệng không lệch quá 2mm, có tiếng kêu khớp lục cục, tỷ lệ này trong nghiên cứu là 52,5%. Mức độ loạn năng ở khớp TDH được cho là nặng khi bệnh nhân bị kẹt hàm, há miệng lệch hơn 2mm, có tiếng kêu khớp lạo xạo, tỷ lệ này trong nghiên cứu là 32,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ở khớp TDH là 85% và khá tương đồng với kết quả trên nghiên cứu của Rodrigues (2016) cũng cho kết quả là 73,3% bệnh nhân có triệu chứng này [16].

Về khớp cắn, theo nghiên cứu của Hoàng Anh Đào (2016) tỷ lệ người có khớp cắn hạng I: 72,1%, hạng II: 4,5%, hạng III: 9,0%, cắn sâu: 5,5%, cắn chìa: 2,0% [1].

Vai trò của khớp cắn như là một yếu tố nguy cơ chính gây ra LNTDH đã được loại bỏ dần dần trong những thập kỷ qua. Một tổng quan tài liệu gần đây cung cấp câu trả lời cho câu hỏi nghiên cứu lâm sàng cơ bản là: “Có mối liên hệ nào giữa các đặc điểm của khớp cắn và LNTDH không?” Phát hiện cho thấy không có sự hiện diện của mối liên quan giữa khớp cắn và LNTDH [11]. Cũng theo kết quả của nghiên cứu Manfredini (2017) cho thấy không tồn tại mối liên quan và vai trò của sự bất cân xứng khớp cắn hai

bên với tình trạng LNTDH. Nói tóm lại, nhằm ngăn ngừa tổn thương khớp TDH, cần có những điều trị khác như phục hình hoặc chỉnh nha [12].

Về mức độ LNTDH qua các dấu chứng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trung bình - nặng là 67,5% cho thấy hầu hết người bệnh đến khám và có nhu cầu điều trị khi họ có các dấu chứng lâm sàng cho thấy mức độ trầm trọng của bệnh và gây ảnh hưởng cản trở đến hoạt động và cuộc sống. Bên cạnh đó, cũng có một tỉ lệ bệnh nhân có thái độ quan tâm đến sức khỏe khi đến khám với tình trạng nhẹ hơn.

Phân tích các đặc điểm dấu chứng LNTDH trên giới tính và nhóm tuổi cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa giữa các dấu chứng LNTDH trên giới tính và các nhóm tuổi.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân loạn năng thái dương hàm

4.2.1. Phương pháp điều trị

4.2.1.1. Nội khoa

Điều trị nội khoa kết hợp cùng các phương pháp điều trị khác thường đóng một vai trò quan trọng trong việc kiểm soát các rối loạn về đĩa khớp và khớp TDH.

Các nghiên cứu thực nghiệm có đối chứng và các nghiên cứu lâm sàng đều cho thấy rằng: điều trị nội khoa được chỉ định là một phần của kế hoạch điều trị toàn diện có thể giúp bệnh nhân thoải mái và phục hồi chức năng. Thuốc điều trị bao gồm: thuốc giảm đau, thuốc kháng viêm Nonsteroid, corticosteroid, benzodiazepin, thuốc giãn cơ và thuốc chống trầm cảm liều thấp, đã cho thấy hiệu quả điều trị nhiều triệu chứng liên quan đến đau cơ mãn tính.[8]

4.2.1.2. Máng nhai

Điều trị bằng máng nhai được chấp nhận phổ biến và được coi là một trong những phương pháp điều trị LNTDH dễ tiếp cận cho các bác sĩ nha khoa. Bốn phương pháp được áp dụng phổ biến nhất tại một phòng khám chuyên điều trị LNTDH là tư vấn, điều trị bằng thuốc, vật lý trị liệu và máng nhai. Các phương pháp điều trị được kết hợp để áp dụng trong việc điều trị các bệnh nhân mắc LNTDH và nó có tác dụng hiệp đồng, tức là sự kết hợp của máng nhai, vật lý trị liệu và nội khoa giãn cơ thường tạo ra kết quả tốt hơn bất kỳ lựa chọn điều trị riêng rẽ nào [9].

Cũng như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phương và cs (2014), nghiên cứu kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai ổn định [5], chúng tôi cũng sử dụng phương pháp điều trị bằng máng ổn định hay còn gọi tắt là máng nhai. Đây là một khí cụ mang trong miệng, được làm bằng vật liệu cứng bao lấy một phần thân răng. Khí cụ này được chế tạo cho những bệnh nhân có LNTDH, biểu

hiện dấu chứng loạn năng đau, khi cho rằng có sự cản trở khớp hoặc sự khác biệt giữa khớp cắn trung tâm và tương quan tâm là yếu tố căn nguyên. Tác dụng của máng nhai là để ổn định hàm dưới chống lại hàm trên. Một máng nhai phải được thiết kế để tạo ra một khớp cắn lý tưởng trong cả tư thế động và tĩnh, cung cấp cho bệnh nhân một khớp cắn lúc nghỉ, trong đó tiếp xúc khớp cắn lên máng nhai là tối đa và đồng thời với lực bằng nhau. [15]

4.2.1.3. Mài chỉnh khớp cắn

Mài chỉnh khớp cắn là sự mài chỉnh có chọn lọc các răng sao cho khớp cắn của răng trên và dưới hài hòa. Mài chỉnh cũng có thể được thực hiện để loại bỏ các cản trở bên không làm việc và cản trở các răng sau khi hàm dưới đưa ra trước.

Tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt TP.HCM, mài chỉnh khớp cắn vẫn là một trong những phương pháp điều trị được lựa chọn đứng sau máng nhai và nội khoa. Trong nghiên cứu này, chúng tôi mài chỉnh cho các bệnh nhân có những cản trở khớp cắn một cách rõ ràng, việc mài chỉnh được chọn lọc và hạn chế ở mức tối thiểu, kết hợp với các phương pháp điều trị khác như nội khoa hoặc máng nhai hoặc cả hai.

4.2.1.4. Kết hợp các phương pháp điều trị trong loạn năng thái dương hàm

Điều trị nội khoa có thể kết hợp với điều trị vật lý trị liệu khác để tăng hiệu quả trong điều trị LNTDH. Các phương pháp vật lý trị liệu được áp dụng tại bệnh viện như: chườm nóng (sử dụng hơi nóng ẩm), tập vận động hàm (loại bỏ các thói quen xấu, giúp bệnh nhân nhai đều hai bên...). Hiện nay, các phương pháp điều trị LNTDH ngày càng được quan tâm chú ý và áp dụng nhiều kỹ thuật tiên tiến, đặc biệt là về phương diện vật lý trị liệu. Đơn cử như phương thức nhiệt trị liệu có thể gồm: nhiệt nóng (hơi nóng khô, hơi nóng ẩm) hoặc nhiệt lạnh, phonophoresis- đưa thuốc qua da bằng sóng siêu âm, iontophoresis- đưa thuốc qua da bằng dòng điện thấp, làm tăng tính thẩm thấu của da, điều trị liệu (dòng Galvanic, dòng TENS) tạo các kích thích nhỏ như kim châm, có tác dụng làm dịu các đầu dây thần kinh thụ cảm ở da và ức chế dẫn truyền đau. Ngoài ra, các kỹ thuật dùng tay tác động lên mô mềm và khớp giúp thư giãn cơ, khớp cũng rất đa dạng như: kỹ thuật khôi phục hoạt động của cơ, kỹ thuật kéo giãn, các bài tập luyện ở nhà (duỗi cơ có trợ giúp, duỗi cơ chủ động, các bài tập có lực kháng, kiểm soát vận động xoay và dịch chuyển của lồng cầu). Bên cạnh đó, việc huấn luyện tư thế không chỉ là huấn luyện các tư thế đúng của hàm dưới, môi, má, lưỡi mà còn là tư thế đúng của cơ thể như: tư thế ngồi- loại bỏ tư thế sai như đưa người ra trước, đầu ra trước; tư thế ngủ - tránh nằm sấp, nằm ngủ sai tư thế, sử dụng gối và nệm không thích

hợp; vị trí lưỡi đúng khi nghỉ và nuốt.

Ngày nay, bên cạnh mức sống tăng thì áp lực xã hội- tâm lý cũng tăng, điều này đã ảnh hưởng trực tiếp đến hành vi, thái độ và tinh thần của bệnh nhân. Do đó, xu hướng điều trị LNTDH hiện nay trên thế giới là hướng tới điều trị về thái độ và hành vi của bệnh nhân với các liệu pháp như: liệu pháp nhận thức – hành vi, tập vận động hàm... Theo đó liệu pháp nhận thức – hành vi là một chương trình luyện tập áp dụng riêng cho mỗi cá thể, chia làm nhiều phương pháp như: trấn an người bệnh, tạo niềm tin và sự lạc quan của bản thân bệnh nhân, tăng cường thảo luận là thảo luận và giải thích lặp đi, lặp lại cho bệnh nhân với những lời giải thích và lời khuyên đơn giản, giúp bệnh nhân hiểu và hợp tác điều trị. Tập vận động hàm là một phương pháp tăng cường phản hồi sinh học, cung cấp kiến thức và hướng dẫn tư thế đúng cho bệnh nhân, hướng dẫn liên quan đến các thói quen như: đẩy lưỡi, thở miệng, tập luyện vận động cơ – hàm... Đây là những phương pháp điều trị đơn giản và chi phí thấp nhưng hiệu quả lâu dài và dễ dàng cho bệnh nhân áp dụng.

Trong nghiên cứu này, có một bệnh nhân được chúng tôi hướng dẫn cho bệnh nhân chườm nóng và massage vùng cơ khớp TDH hai bên kết hợp với điều trị nội khoa. Nghiên cứu của Đinh Diệu Hồng (2017) cũng cho thấy hiệu quả đáng kể của việc kết hợp nội khoa với massage và tập vận động hàm trên việc cải thiện các triệu chứng LNTDH [3].

4.2.2. Sự thay đổi mức độ loạn năng thái dương hàm và các dấu chứng lâm sàng sau kết thúc điều trị 1 tuần và sau 3 tháng

Kết quả sau khi điều trị 1 tuần và tái khám sau 3 tháng cho thấy có sự thay đổi đáng kể về biên độ vận động hàm dưới trong các vận động há miệng tối đa, đưa hàm sang phải tối đa, đưa hàm sang trái tối đa. Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các thời điểm đánh giá, cho thấy có sự cải thiện rõ rệt biên độ vận động hàm sau điều trị trên các bệnh nhân. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của một số nghiên cứu khác như: nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Nga; nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Phương cũng có sự cải thiện biên độ há miệng sau điều trị với máng nhai [4], [5].

Về triệu chứng đau khi vận động hàm thì cũng có sự cải thiện từ trước điều trị đến khi điều trị sau 1 tuần và tái khám sau 3 tháng, với tỷ lệ bệnh nhân có đau khi vận động hàm giảm dần, lần lượt là: 70,0%; 47,5; 20,0%. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy, có 8/40 bệnh nhân mặc dù ở thời điểm tái khám sau 3 tháng nhưng vẫn còn đau. Điều này cho thấy triệu chứng đau khi vận động là khá âm ỉ lâu dài, triệu chứng đau trên các bệnh nhân có thang điểm đánh giá theo

Helkimo là 1 điểm – tức là đau ở mức độ nhẹ, trong 1 tư thế vận động hàm.

Rối loạn ở khớp thái dương hàm cũng được cải thiện tuy là khiêm tốn, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ở khớp trước điều trị là 85,0%, sau điều trị 1 tuần là 72,5% và sau tái khám 3 tháng là 67,5%. Mặc dù có tỷ lệ bệnh nhân giảm tiếng kêu khớp đáng kể, tuy nhiên, số lượng bệnh nhân còn rối loạn ở khớp vẫn rất cao với biểu hiện là tiếng kêu khớp. Điều này cho thấy sự hồi phục không cao khi đã bị loạn năng ở khớp TDH.

Mức độ đau ở khớp khi sờ và đau ở cơ khi sờ có cải thiện rõ rệt, 100% bệnh nhân cải thiện ở thời điểm sau 3 tháng, hầu hết các bệnh nhân này có biểu hiện đau ở mặt ngoài khớp khi sờ và đau ở cơ cắn khi sờ. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Nga cũng cho kết quả tương tự, so sánh điểm trung bình đau của tất cả các vùng ở các thời điểm vào viện, sau điều trị 1 tháng, sau điều trị 3 tháng có sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [4].

4.2.3. Đánh giá kết quả điều trị loạn năng thái dương hàm sau điều trị 1 tuần và tái khám sau 3 tháng

So sánh với những nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị của các tác giả khác cũng cho thấy được hiệu quả cải thiện rõ rệt trên kết quả điều trị, như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phương cho thấy kết quả điều trị sau 1 tháng, kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (54,5%), khá chiếm tỷ lệ 36,4%, còn lại là kém chỉ chiếm 9,1%, sau 3 tháng điều trị, kết quả điều trị tốt là 68,2%, khá 27,3% và kém chiếm 4,5% [5].

Chúng tôi nhận thấy, với các triệu chứng như vận động hàm bị hạn chế, rối loạn ở khớp TDH khi sờ, đau ở khớp khi sờ thì chưa có sự thay đổi nhiều so với trước khi điều trị tại thời điểm tái khám sau 1 tuần điều trị. Tuy nhiên, tại thời điểm tái khám sau 3 tháng, thì hầu như các triệu chứng này đã có diễn tiến tốt hơn, với mức đáp ứng điều trị cao và có hiệu quả từ trung bình đến tốt, ngoại trừ là triệu chứng rối loạn ở khớp thái dương hàm. Quan sát thấy hầu như những bệnh nhân có sự không thay đổi về đặc điểm rối loạn ở khớp này thường có biểu hiện là tiếng kêu khớp, mặc dù theo bệnh nhân thì tiếng kêu này có lúc có, có lúc không nhưng vẫn còn tồn tại là biểu hiện cho sự không ổn định của đĩa khớp trong khớp TDH, có sự trượt ra trước của đĩa khớp trong vận động há ngậm của họ, thật may mắn là trong mẫu nghiên cứu này, toàn bộ bệnh nhân có tiếng kêu khớp lúc cực chứ chưa phát hiện tiếng kêu lạo xạo, cho thấy tình trạng xương ở khớp vẫn chưa bị biến đổi nhiều.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại Khoa Điều trị đặc biệt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt

thành phố Hồ Chí Minh với sự hỗ trợ tạo điều kiện của Ban Giám Đốc và khoa phòng rất nhiều. Tuy nhiên, vì sự hạn chế trong chỉ định cận lâm sàng cũng như chi phí thực hiện cận lâm sàng nên chúng tôi chỉ thực hiện nghiên cứu đánh giá trên các triệu chứng và dấu chứng lâm sàng của bệnh nhân. Về công tác điều trị, các phương pháp điều trị chúng tôi áp dụng đều là các phương pháp đang được áp dụng tại Khoa và Bệnh viện và có thể kiểm soát trên bệnh nhân để đánh giá kết quả điều trị, chúng tôi chưa thể đánh giá và kiểm soát các phương pháp điều trị khác vì còn phụ thuộc vào mức độ phối hợp của bệnh nhân, thời gian điều trị và đánh giá khác nhau, cũng như sự chấp thuận của bệnh nhân với phương pháp khác.

Vì vậy, với những nghiên cứu đánh giá sâu hơn, chúng tôi đề nghị cần sử dụng chẩn đoán hình ảnh vào việc đánh giá và phân loại LNTDH, đánh giá sau điều trị. Và việc đánh giá phương pháp điều trị cũng nên đa dạng hơn, đánh giá được riêng lẻ trên từng phương pháp. Hiện nay, phương pháp điều trị vật lý trị liệu, điều trị tâm lý, điều chỉnh hành vi đang được chú trọng rất nhiều vì khả năng không xâm lấn của nó cũng như hiệu quả điều trị tương đồng với các phương pháp khác. Phẫu thuật điều trị LNTDH cũng là một phương pháp điều trị xâm lấn đáng quan tâm.

5. KẾT LUẬN

Đánh giá kết quả điều trị trên 40 bệnh nhân đến khám và điều trị loạn năng thái dương hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh trong năm 2019-2020 cho phép rút ra một số kết luận như sau:

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân loạn năng thái dương hàm

- Về đặc điểm mẫu nghiên cứu
- + Tỷ lệ nữ: nam là 1,86:1
- + Các bệnh nhân LNTDH tập trung ở nhóm tuổi 25-44
- Triệu chứng đau đầu chiếm tỷ lệ cao nhất,

77,5%, kể đến là triệu chứng đau ở hàm khi vận động và nghe tiếng kêu khớp, 70,0%. Mức độ loạn năng thái dương hàm theo bệnh sử ở mức trung bình – nặng, chiếm ưu thế đến 85,0%.

- Khi khám lâm sàng trước điều trị
- + Hạn chế vận động hàm khi há miệng tối đa là 45%, hạn chế khi vận động hàm chiếm 55% mẫu nghiên cứu
- + Đau khi vận động hàm chiếm tỷ lệ 70%
- + Tiếng kêu khớp và loạn năng ở khớp thái dương hàm là 85,0%
- + Đau ở khớp khi sờ là 55,0%
- + Đau ở cơ khi sờ là 32,5%
- + Khớp cắn theo hạng I chiếm đa số là 72,5% bên trái và 85% bên phải

- Phân loại mức độ loạn năng thái dương hàm theo thang điểm Helkimo: mức độ trung bình chiếm 45,0%, nhẹ chiếm 32,5%, nặng chiếm 22,5%.

Đánh giá kết quả điều trị loạn năng thái dương hàm

- Các phương pháp điều trị được áp dụng chủ yếu là: Nội khoa, máng nhai và mài chỉnh khớp cắn.
- Kết quả điều trị sau khi kết thúc điều trị sau 1 tuần và tái khám sau 3 tháng.
- + Cải thiện về tỷ lệ bệnh nhân có hạn chế vận động hàm, đau khi vận động hàm, đau ở khớp khi sờ và đau ở cơ khi sờ, loạn năng ở khớp thái dương hàm.
- + 100% bệnh nhân không còn triệu chứng đau ở khớp khi sờ và đau ở cơ khi sờ tại thời điểm tái khám sau 3 tháng.
- + Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng điều trị ở mức tốt là 7,5%, trung bình là 77,5% và xấu là 15,0% khi kết thúc điều trị sau 1 tuần.
- + Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng điều trị ở mức tốt là 17,5%, trung bình là 72,5% và xấu là 10,0% khi tái khám sau 3 tháng.
- Có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê giữa các triệu chứng vận động hàm hạn chế, đau khi vận động hàm, rối loạn ở khớp, đau ở khớp khi sờ, đau ở cơ khi sờ giữa các thời điểm trước điều trị, sau điều trị 1 tuần và sau 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Anh Đào, Trần Xuân Việt Anh, Nguyễn Minh Tâm (2016), "Tỷ lệ rối loạn thái dương hàm và mối liên quan với sai khớp cắn ở sinh viên Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Dược Huế", *Tạp chí Y Dược học*, Trường Đại học Y Dược Huế, Tập 6, số 3, tr.85-93.
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 sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Đinh Diệu Hồng (2017), *Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn thái dương bằng thuốc phối hợp massage và tập vận động hàm dưới*, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
4. Nguyễn Thị Thúy Nga (2018), *Đánh giá hiệu quả của máng MAGO trong điều trị rối loạn chức năng khớp*

thái dương hàm, Đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện Răng Hàm Mặt trung ương Hà Nội

5. Nguyễn Thị Thu Phương, Nguyễn Mạnh Thành, Võ Trương Như Ngọc (2014), “Đánh giá kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai ổn định”, *Tạp chí Y học thực hành*, Số 902, tr.69-72

6. Võ Đức 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 sĩ CKI, Nội trú khóa VIII (1988-1991), Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Tp.HCM.

7. Bitiniene D, Zamaliauskiene R, Kubilius R, et al. (2018), “Quality of life in patients with temporomandibular disorders. A systematic review”, *Stomatologija*, 20 (1), pp. 3-9.

8. De Rossi SS, Greenberg MS, Liu F, et al. (2014), “Temporomandibular disorders: evaluation and management”, *Medical Clinics*, 98 (6), pp. 1353-1384.

9. Gray RJM, Davies SJ (2001), “Occlusal splints and temporomandibular disorders: why, when, how?”, *Dental update*, 28 (4), pp. 194-199.

10. Jiménez-Silva A, Peña-Durán C, Tobar-Reyes J, et al. (2017), “Sleep and awake bruxism in adults and its relationship with temporomandibular disorders: A

systematic review from 2003 to 2014”, *Acta Odontol Scand*, 75 (1), pp. 36-58.

11. Manfredini D (2018), “Occlusal Equilibration for the Management of Temporomandibular Disorders”, *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 30 (3), pp. 257-264.

12. Manfredini D, Lombardo L, Siciliani G (2017), “Dental Angle class asymmetry and temporomandibular disorders”, *J Orofac Orthop*, 78 (3), pp. 253-258.

13. McNeely ML, Armijo OS, Magee DJ (2006), “A systematic review of the effectiveness of physical therapy interventions for temporomandibular disorders”, *Phys Ther*, 86 (5), pp. 710-725.

14. Murphy MK, MacBarb RF, Wong ME, et al. (2013), “Temporomandibular disorders: a review of etiology, clinical management, and tissue engineering strategies”, *Int J Oral Maxillofac Implants*, 28 (6), pp. 393-414.

15. Ré JP, Chossegros C, El Zoghby A, et al. (2009), “Review occlusal splint: why, how, when?”, *Rev Stomatol Chir Maxillofac*, 110 (3), pp. 159-176.

16. Rodrigues A, Kondo CA, Procópio ASF, et al. (2016), “Helkimo and Craniomandibular Indices in the Classification of Temporomandibular Disorders. A Comparative Study”, *Myopain*, A Journal of Myofascial Pain and Fibromyalgia, 2470, pp. 1-6.