

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS WITH OCCLUSAL SPLINTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL IN 2021-2022

Le Nguyen Lam*, Nguyen Phuc Vinh

Can Tho University of Medicine and Pharmacy - 179 Nguyen Van Cu, An Khanh, Ninh Kieu, Can Tho, Vietnam

Received 09/05/2023

Revised 14/06/2023; Accepted 27/07/2023

ABSTRACT

Currently, there are many methods for diagnosing and treating TMJ disorders, from conservative treatment to interventional treatment, such as medication, physical therapy, jaw movement exercises, botox injections, surgery, etc. Occlusal splints are a minimally invasive and effective treatment proven in many places. Objectives to evaluate the results of treatment of temporomandibular disorders with occlusal splints at Can Tho the University of Medicine and Pharmacy Hospital in 2021-2022”

Research Methods: Sample size 35 patients. A clinical intervention study to evaluate the effect before and after treatment, no control group. Evaluate treatment results after 1 and 6 months: maximal range of jaw movements, pain status, clicking, discomfort when moving jaw.: Take a CBCT film of the TDH joint after 6 months of treatment. Take a film when the patient is not wearing an occlusal splint. The lower jaw is in a physiological resting position to record the position of the mandibular condyle in relation to the temporal bone.

Results: VAS joint pain at time T0, T1, T2 decreased by 8.09 ± 1.15 , respectively; 3.23 ± 0.97 ; 0.97 ± 0.80 . Rate of patients responding after 6 months of treatment: For pain: 34.3% responded well, 65.7% responded well. For joint sounds: 3.4% respond well, 96.6% respond well. For maximum opening amplitude: 100% good response.

Conclusion: Stable occlusal splints help to reduce pain level, reduce clicking level, and increase the maximal opening amplitude and range of motion of the jaw to the side and anterior.

Keywords: Temporomandibular joint, occlusal splints.

*Corresponding author

Email address: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Phone number: (+84) 918 130 809

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i5.786>



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM BẰNG MÁNG NHAI TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2021 - 2022

Lê Nguyên Lâm*, Nguyễn Phúc Vinh

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ - Số 179 Đ. Nguyễn Văn Cừ, Phường An Khánh, Ninh Kiều, Cần Thơ, Việt Nam

Ngày nhận bài: 09 tháng 05 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 14 tháng 06 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 27 tháng 07 năm 2023

TÓM TẮT

Hiện nay có nhiều phương pháp để chẩn đoán và điều trị rối loạn thái dương hàm từ điều trị bảo tồn đến điều trị can thiệp như dùng thuốc, tập vật lý trị liệu, bài tập vận động hàm, tiêm botox, phẫu thuật... Trong đó máng nhai là phương pháp điều trị ít xâm lấn và mang lại kết quả tốt đã được minh chứng ở nhiều nơi.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 - 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Cỡ mẫu 35 bệnh nhân Nghiên cứu can thiệp lâm sàng đánh giá hiệu quả trước và sau điều trị, không nhóm chứng. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 và 6 tháng: biên độ các vận động hàm tối đa, tình trạng đau, tiếng kêu khớp, sự khó chịu khi vận động hàm Chụp lại phim CBCT khớp TDH sau 6 tháng điều trị, chụp phim lúc bệnh nhân không đeo máng nhai, hàm dưới ở tư thế nghỉ sinh lý để ghi nhận vị trí lồi cầu xương hàm dưới trong tương quan với xương thái dương.

Kết quả: VAS đau khớp ở thời điểm T0, T1, T2 giảm lần lượt là $8,09 \pm 1,15$; $3,23 \pm 0,97$; $0,97 \pm 0,80$. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng sau 6 tháng điều trị: Đối với biểu hiện đau: 34,3% đáp ứng tốt, 65,7% đáp ứng khá. Đối với tiếng kêu khớp: 3,4% đáp ứng tốt, 96,6% đáp ứng khá. Đối với biên độ há tối đa: 100% đáp ứng tốt.

Kết luận: Máng nhai ổn định giúp giảm mức độ đau, giảm mức độ tiếng kêu, tăng biên độ há tối đa, biên độ vận động hàm sang bên và ra trước.

Từ khóa: Khớp thái dương hàm, máng nhai.

*Tác giả liên hệ

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Điện thoại: (+84) 918 130 809

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i5.786>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay có nhiều phương pháp để chẩn đoán và điều trị rối loạn thái dương hàm từ điều trị bảo tồn đến điều trị can thiệp như dùng thuốc, tập vật lý trị liệu, bài tập vận động hàm, tiêm botox, phẫu thuật [7]. Trong đó máng nhai là phương pháp điều trị ít xâm lấn và mang lại kết quả tốt đã được minh chứng ở nhiều nơi. Tuy nhiên ở mỗi nơi thì kết quả điều trị được báo cáo khác nhau, không có phương pháp nào được khẳng định tối ưu. Về chẩn đoán rối loạn thái dương hàm, các chuyên gia dựa vào dấu chứng lâm sàng và cận lâm sàng như chụp MRI, ghi lỗi cầu đồ, chụp phim cắt lớp điện toán... Tuy nhiên các phương tiện này chưa phổ biến ở nước ta. Tại Việt Nam hiện có rất ít nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị bệnh lý này [2]. Với mong muốn cung cấp thêm các bằng chứng khoa học trong chẩn đoán, hình thái khớp thái dương hàm trên người bệnh loạn và đánh giá kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm, chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 - 2022” với mục tiêu nghiên cứu như sau: Đánh giá kết quả điều trị biểu hiện đau, độ há miệng, tiếng kêu khớp trên đối tượng rối loạn thái dương hàm được điều trị bằng máng nhai ổn định tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 - 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có tình trạng rối loạn thái dương hàm đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 -2022.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân bị rối loạn thái dương hàm được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn McNeil (1997) [9]. Bệnh nhân có 1 trong 3 dấu chứng sau đây:

+ Đau ở hệ thống cơ nhai, khớp thái dương hàm và/hoặc vùng quanh tai, thường tăng thêm khi sờ nắn hoặc hoạt động chức năng.

+ Lệch hàm khi há miệng có hoặc không kèm theo tiếng kêu khớp.

+ Há miệng hạn chế (≤ 40 mm).

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Đau vùng hàm mặt do biến chứng răng khôn. Bệnh

nhân được chẩn đoán viêm đa khớp, chấn thương cấp tính, nhiễm trùng, khiếm khuyết do quá trình phát triển và khối u, đang xạ trị vùng đầu, mặt, cổ. Bệnh nhân đã đeo máng điều trị rối loạn thái dương hàm trước đây. Điều trị kết hợp bằng thuốc, mài chỉnh khớp cắn, laser... Bệnh nhân mất nâng đỡ răng sau, không mang được máng nhai. Bệnh nhân mới phẫu thuật chỉnh hình, đang mang mắc cài. Người chậm phát triển, nhận thức kém, khó khăn trong giao tiếp.

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2021 đến 3/2022.

2.5. Phương pháp nghiên cứu

2.5.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng đánh giá hiệu quả trước và sau điều trị, không nhóm chứng.

2.5.2. Cỡ mẫu

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} = \frac{1,96^2 \cdot 0,96 \cdot (1-0,96)}{0,07^2} = 30,1$$

Trong đó: p: Tỷ lệ đáp ứng tốt sau điều trị ($p = 0,96$) theo nghiên cứu của Phạm Như Hải (2006) sau 1 tháng điều trị bằng máng nhai, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng tốt là 96% và không đỡ là 4% [1]. Chúng tôi chọn 35 bệnh nhân.

2.5.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu.

2.5.4. Nội dung nghiên cứu

Thực hiện máng nhai: Máng nhai ổn định (Máng nhai Michigan) được thực hiện tại khoa Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Dược Cần Thơ bằng phương pháp gián tiếp, phủ mặt nhai hàm trên bằng nhựa nắn Acrylic trong suốt.

- Đánh giá kết quả điều trị sau 1 và 6 tháng: Ghi nhận biên độ các vận động hàm tối đa, tình trạng đau, tiếng kêu khớp, sự khó chịu khi vận động hàm: Tương tự như quy trình trước điều trị. Chụp lại phim CBCT khớp TDH sau 6 tháng điều trị, chụp phim lúc bệnh nhân không đeo máng nhai, hàm dưới ở tư thế nghỉ sinh lý để ghi nhận vị trí lỗi cầu xương hàm dưới trong tương quan với xương thái dương. Đánh giá kết quả theo tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng với điều trị tốt, trung bình, kém [4].



Bảng 2.1. Đánh giá kết quả đáp ứng điều trị rối loạn thái dương hàm

Kết quả	Tốt	Trung bình	Kém
Biểu hiện đau	Không còn	Giảm hơn	Không giảm
Biên độ há miệng	Biên độ há miệng trở về bình thường là $\geq 40\text{mm}$	Biên độ há ngậm miệng có tăng nhưng chưa đạt được ngưỡng bình thường	Biên độ há ngậm miệng không tăng hoặc giảm đi.
Biểu hiện tiếng kêu khớp	Không còn	Giảm hơn	Không giảm

2.5.5. Phương pháp thu thập số liệu

Dụng cụ và phương tiện nghiên cứu:

- Bộ đồ khám nha khoa gồm gương nha khoa, kẹp gấp và thám trâm.
- Máy chụp phim CBCT Kavo OP3D, dòng điện: 95KVp, 2 - 12.5 mA, trường ảnh FOV: 9 x 14 cm. Hình ảnh khớp TDH được đo đạc bởi phần mềm 3D Ondemand của hãng Cybermed (Phần Lan). Ống nghe tiếng kêu khớp. Thước đo chiều dài với mức đo tới mm để đo biên độ há ngậm miệng. Giấy cắn nha khoa và kẹp giấy cắn Miller. Khay lấy dấu, thạch cao cứng, thạch cao thường. Giá khớp bán điều chỉnh Quick Master. Sáp nha khoa, dao tạo hình sáp, silicon lấy dấu cắn để ghi tương quan hai hàm chuyển vào giá khớp và tạo mẫu sáp cho máng nhai ổn định.

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Khám lâm sàng, chọn bệnh nhân có rối loạn nội khớp theo tiêu chuẩn McNeil (1997), chụp phim CBCT khớp thái dương hàm. Tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu ký tên xác nhận, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Bước 2: Ghi nhận tình trạng bệnh nhân trước điều trị: các triệu chứng, dấu chứng, hình ảnh khớp TDH trên phim CBCT. Bước 3: Thực hiện

máng nhai cho bệnh nhân, chụp phim CBCT kiểm tra, hướng dẫn cách sử dụng và vệ sinh máng nhai. Bước 4: Tái khám, điều chỉnh máng nhai. Bước 5: Sau 1 tháng điều trị, ghi nhận biên độ há tối đa, tình trạng đau, tiếng kêu khớp, sự khó chịu khi vận động hàm, thời gian đeo máng nhai. Bước 6: Sau 6 tháng điều trị ghi nhận lại các giá trị như bước 5 và chụp lại phim CBCT kiểm tra tình trạng của khớp TDH.

Quy trình làm máng nhai ổn định tại khoa Răng Hàm Mặt - Trường Đại học Y Dược Cần Thơ:

- Lấy dấu hai hàm bằng alginate và đổ mẫu bằng thạch cao cứng.
- Lên giá khớp mẫu hàm trên: dùng cung mặt để chuyển tương quan của hàm trên với nền sọ vào giá khớp bán điều chỉnh Quick Master.
- Lên giá khớp mẫu hàm dưới: mẫu hàm dưới được lên giá khớp ở vị trí tương quan trung tâm (TQTT) theo phương pháp của Dawson (2007), cùng với một khóa sáp liên hàm và miếng chặn răng cửa (jig).
- Hướng dẫn bệnh nhân đưa hàm dưới về TQTT bằng phương pháp hai tay của Dawson (2007). Điều chỉnh, lắp máng nhai và chụp lại phim CBCT kiểm tra vị trí tương quan tâm.

Hình 2.2: Lắp và kiểm tra máng nhai cho bệnh nhân



- Hướng dẫn bệnh nhân mang máng nhai: Mang máng suốt đêm, khuyến khích mang thêm ban ngày trừ lúc ăn và chải răng. Dùng bàn chải mềm vệ sinh máng, không ngâm máng vào nước nóng. Trở lại kiểm tra ngay khi có điểm đau, không lắp được máng, quá khít chặt hoặc sút gãy máng.

2.5.6 Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và phân tích bởi phần mềm SPSS phiên bản 16.0

- Thống kê phân tích: Dùng phép kiểm Chi bình phương để so sánh các tỉ lệ, dùng phép kiểm T bất cặp để kiểm định hai trung bình các chỉ số VAS, biên độ há miệng, số điểm đau cơ trước và sau điều trị.

3. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả dấu chứng lâm sàng điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai

Bảng 3.1. So sánh tỉ lệ các dấu chứng lâm sàng sau điều trị 6 tháng

Dấu chứng lâm sàng		Thời điểm	
		Khi đến khám	Sau 6 tháng điều trị
Há miệng hạn chế	Số lượng	17	0
	Tỉ lệ %	48,6	0
Tiếng kêu khớp	Số lượng	29	25
	Tỉ lệ %	82,9	74,1
Đau khớp	Số lượng	35	8
	Tỉ lệ %	100	22,9
Mỏi hàm	Số lượng	17	4
	Tỉ lệ %	48,6	11,4
Kẹt hàm	Số lượng	4	3
	Tỉ lệ %	11,4	8,6
Cứng khớp sau khi ngủ	Số lượng	6	1
	Tỉ lệ %	17,1	2,8%

Nhận xét: Tỉ lệ biểu hiện các dấu chứng sau điều trị giảm, trong đó tỉ lệ hạn chế há miệng giảm 100%, đau khớp giảm 77,1%, tỉ lệ giảm về dấu chứng tiếng kêu khớp giảm 8,8%.



Bảng 3.2. So sánh mức độ đau trung bình theo thời gian khởi phát

Thời điểm	Thời gian khởi phát	Trung bình	p*
Khi đến khám	≤ 6 tháng	8,0 ± 1,25	0,784
	> 6 tháng	8,12 ± 1,13	
Sau 1 tháng điều trị	≤ 6 tháng	2,90 ± 0,88	0,211
	> 6 tháng	3,36 ± 0,99	
Sau 6 tháng điều trị	≤ 6 tháng	0,8 ± 0,92	0,443
	> 6 tháng	1,04 ± 0,79	

***Independent sample T-Test**

Nhận xét: Mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS của nhóm đối tượng đến khám sau 6 tháng từ khi

khởi phát triệu chứng cao hơn so với nhóm đến khám trước 6 tháng từ khi khởi phát triệu chứng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3. So sánh mức độ tiếng kêu trung bình theo thời gian khởi phát

Thời điểm	Thời gian khởi phát	Trung bình	p*
Khi đến khám	≤ 6 tháng	4,5 ± 3,31	0,073
	> 6 tháng	6,48 ± 2,66	
Sau 1 tháng điều trị	≤ 6 tháng	3,60 ± 2,55	0,212
	> 6 tháng	4,68 ± 2,16	
Sau 6 tháng điều trị	≤ 6 tháng	3,2 ± 2,3	0,460
	> 6 tháng	3,8 ± 2,08	

***Independent sample T-Test**

Nhận xét: Mức độ tiếng kêu trung bình theo thang điểm VAS của nhóm đối tượng đến khám sau 6 tháng

từ khi khởi phát triệu chứng cao hơn so với nhóm đến khám trước 6 tháng từ khi khởi phát triệu chứng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4. So sánh biên độ há miệng tối đa trước và sau điều trị

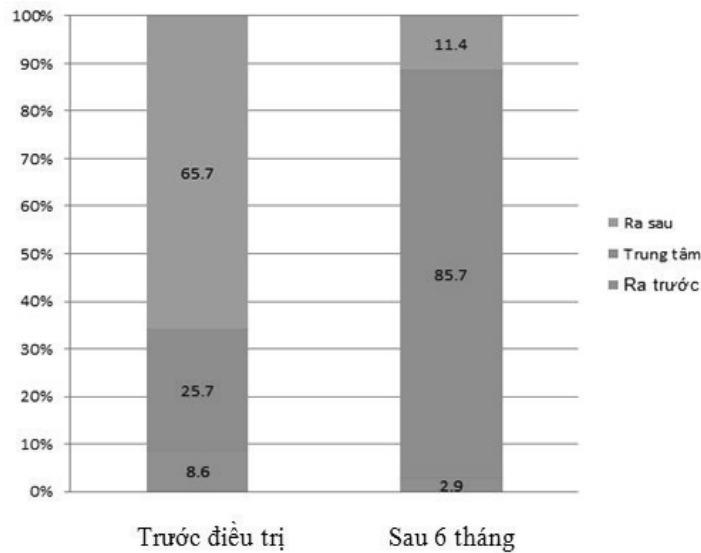
Triệu chứng	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng	p*
Biên độ há	39,54 ± 4,59	42,54 ± 3,23	44,86 ± 2,60	< 0,001

***Paired sample T-Test**

Nhận xét: Biên độ há miệng tối đa tăng theo thời gian điều trị, mức độ tăng có ý nghĩa thống kê với (p < 0,01).

3.2. Kết quả dấu chứng cận lâm sàng điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai

Biểu đồ 3.1. So sánh vị trí lồi cầu trước và sau điều trị



Nhận xét: Trước điều trị, tỉ lệ vị trí lồi cầu ra sau chiếm 65,7%, kế đến là nhóm có vị trí lồi cầu ở trung tâm chiếm 25,7%, nhóm có lồi cầu ra trước chiếm 8,6%. Tỉ lệ nhóm có lồi cầu ở vị trí trung tâm tăng lên theo thời gian điều trị bằng máng nhai, sau 6 tháng là 85,7%, các nhóm có vị trí ra sau và ra trước giảm còn 11,4% và 2,9%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Dấu chứng lâm sàng điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai

4.1.1. Đối với dấu chứng đau

Đánh giá hiệu quả điều trị bằng máng nhai đối với dấu chứng đau, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân giảm đau sau 6 tháng điều trị, trong đó có 34,3% đáp ứng tốt, tức là không còn biểu hiện đau và 65,7% bệnh nhân đáp ứng trung bình, tức là có giảm đau nhưng chưa về mức bình thường, không có bệnh nhân đáp ứng kém. Trong đó, tỉ lệ nữ giới đáp ứng điều trị tốt là 35,7%, cao hơn nam giới là 28,6%. Về mức độ đau trung bình của mẫu nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận mức độ đau ở thời điểm sau 1 tháng điều trị và sau 6 tháng điều trị đều giảm so với thời điểm đến khám và mức độ giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với Nguyễn Mạnh Thành nghiên cứu năm 2013[4]. Theo Halenur Bilir và cộng sự

nghiên cứu năm 2022 trên 72 bệnh nhân cho thấy triệu chứng giảm rõ rệt sau 6 tháng điều trị bằng máng nhai ổn định, với $p < 0,05$. Chúng tôi sử dụng máng nhai ổn định có độ dày từ 1,5mm đến 3mm tùy thuộc vào vị trí lồi cầu xương hàm dưới về tương quan trung tâm bằng cách xác định theo phương pháp Dawson 2 tay trên lâm sàng, có bổ sung kiểm tra vị trí này trên phim CBCT, đây là điểm khác biệt với các nghiên cứu truyền thống trước đây và cũng cho hiệu quả tương tự. Hạn chế của nghiên cứu này là 2/35 bệnh nhân xác định hàm dưới về vị trí TQTT không đúng sau khi chụp phim CBCT kiểm tra ở giai đoạn cho bệnh nhân mang jig nhựa để ghi dấu cắn. Lúc này chỉ mài chỉnh jig mà không chụp phim lại. Điều này cho thấy có thể xác định khá chính xác vị trí TQTT bằng phương pháp Dawson trên lâm sàng. Theo nghiên cứu của tác giả Jovana Kuzmanovic Pficer và cộng sự công bố năm 2017, dựa trên 16 nghiên cứu được xác định đánh giá kết quả này, với tổng số 848 người tham gia. Phân tích phân nhóm cho thấy tác dụng tích cực trong việc giảm đau so với các phương pháp điều trị khác. Kết quả dài hạn cho thấy không có sự khác biệt trong việc giảm đau giữa các nhóm[8]. Đối với thời điểm đến khám từ khi khởi phát triệu chứng, chúng tôi nhận thấy rằng mức độ đau của nhóm đến khám sau 6 tháng cao hơn nhóm đến khám trước 6 tháng. Theo Nguyễn Mạnh Thành, kết quả điều trị tốt ở nhóm đến khám sau 6 tháng xuất hiện bệnh thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đến khám trước 6

tháng sau 3 tháng điều trị. Chúng tôi cũng ghi nhận đối tượng đến khám sớm trong 6 tháng kể từ khi phát hiện triệu chứng có tỉ lệ đáp ứng điều trị dấu chứng đau tốt cao hơn nhóm đến khám sau 6 tháng. Như vậy, càng đến sớm tỉ lệ điều trị thành công bằng máng nhai ổn định càng cao. Đây cũng là nguyên tắc phổ biến trong y học[4]. Tuy nhiên có thể với cỡ mẫu còn hạn chế, nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

4.1.2 Đối với dấu chứng tiếng kêu khớp

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ tiếng kêu khớp giảm từ 82,9% còn 71,4% sau điều trị bằng máng nhai trong vòng 6 tháng. Hiệu quả của máng nhai ổn định trong việc cải thiện triệu chứng tiếng kêu khớp đã được các nghiên cứu trước đây ghi nhận. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thành, sau 1 tháng đeo máng tiếng kêu khớp không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê so với trước khi đeo máng, nhưng sau 3 tháng điều trị tiếng kêu khớp ở người bệnh giảm so với trước điều trị (45,5% so với 86,4%)[4]. Wanman và cs chia làm 3 nhóm nghiên cứu tác dụng của máng nhai cho điều trị đối với bệnh nhân có sự thay đổi vị trí đĩa khớp có triệu chứng trong 3 tháng và cho thấy rằng cả mang máng nhai và tập luyện có tác động tích cực đến tiếng kêu khớp (tiếng click), trong nhóm sử dụng máng nhai thì khoảng 2/3 báo cáo cải thiện tiếng kêu khớp từ 30% trở lên và một nửa báo cáo cải thiện 50% hoặc hơn so với thời điểm trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [10,13]. Sau 1 tháng điều trị, 100% bệnh nhân có đáp ứng điều trị ở mức khá. Sau 6 tháng chỉ có 1 bệnh nhân không còn tiếng kêu khớp (VAS = 0). Nghiên cứu tổng hợp của El -Moraissi A năm 2020 cũng mô tả những cải thiện tiếng kêu khớp ở 789 bệnh nhân được điều trị tổng hợp từ 13 nghiên cứu khác nhau. Có một sự giảm đáng kể mức độ tiếng kêu khớp sau khi điều trị. So sánh hiệu quả giữa các phương pháp điều trị giúp giảm tiếng kêu khớp, nghiên cứu này ghi nhận phương pháp điều trị hiệu quả nhất để giảm tiếng kêu khớp ở bệnh nhân rối loạn thái dương hàm từ 1 đến 12 tháng là máng định vị hàm dưới ra trước (98,3%, bằng chứng chất lượng vừa phải), tiếp theo là nhận thức hành vi là 84,8%, máng ổn định là 42%, liệu pháp nhận thức hành vi kết hợp máng ổn định là 37% [6]. Có nhiều nguyên nhân gây ra tiếng kêu nhưng thường là do di lệch/trật đĩa khớp ra trước có hồi phục hoặc do sự cọ xát của các diện xương với nhau, gặp trong một số trường hợp như thủng đĩa khớp, thủng mô sau đĩa và viêm xương khớp thoái hóa. Trong nghiên cứu này, việc sử dụng máng

nhai ổn định kéo dài 6 tháng giúp giảm mức độ tiếng kêu, tuy nhiên tỉ lệ đáp ứng tốt chỉ đạt 3,4%. Để nâng cao hiệu quả giảm tiếng kêu khớp có thể phải kết hợp thêm một số liệu pháp điều trị khác.

4.1.3 Đối với dấu chứng giảm biên độ há tối đa

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 17 bệnh nhân được đánh giá là giảm biên độ há tối đa. Sau 1 tháng điều trị, 100% bệnh nhân đáp ứng điều trị, trong đó có tới 88,2% đáp ứng tốt và 11,8% đáp ứng khá. Sau 6 tháng thì nhận thấy 100% đều đáp ứng tốt (tức là biên độ há tối đa được đưa về mức bình thường (≥ 40 mm)). Kết quả này tương đồng với tác giả Sousa nghiên cứu năm 2020 ghi nhận kết quả biên độ há tăng có ý nghĩa thống kê sau 6 tháng điều trị bằng máng nhai, từ mức trung bình giá trị 26,8 mm và kết thúc bằng 35,6 mm [11]. Nghiên cứu năm 2017 của U Tatli để so sánh hiệu quả giữa các phương pháp điều trị rối loạn thái dương hàm ghi nhận kết quả nếu chỉ sử dụng máng nhai ổn định, biên độ há trung bình ở thời điểm sau 6 tháng tăng có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$, nhưng so với các phương pháp khác như chọc hút dịch khớp hoặc kết hợp chọc dịch và sử dụng máng nhai thì mức độ tăng thấp hơn [12]. Nghiên cứu tổng hợp dữ liệu của Jovana Kuzmanovic Pfcicer và cộng sự đánh giá kết quả từ bảy nghiên cứu với 298 người tham gia, phương pháp điều trị bằng máng nhai ổn định cho thấy hiệu quả rõ rệt so với nhóm chứng [8].

4.2. Dấu chứng cận lâm sàng điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai

Liên quan đến vị trí lồi cầu, trước điều trị, tỉ lệ vị trí lồi cầu ra sau chiếm 65,7%, kể đến là nhóm có vị trí lồi cầu ở trung tâm chiếm 25,7%, nhóm có lồi cầu ra trước chiếm 8,6%. Tỉ lệ nhóm có lồi cầu ở vị trí trung tâm tăng lên theo thời gian điều trị bằng máng nhai, sau 6 tháng là 85,7%, các nhóm có vị trí ra sau và ra trước giảm còn 11,4% và 2,9%. Đối với nhóm có vị trí lồi cầu ra trước, tỉ lệ không giảm ở thời điểm sau 6 tháng so với thời điểm sau 1 tháng. Một trong những tác dụng của máng nhai ổn định là tái lập lại vị trí lồi cầu. Trong trường hợp rối loạn chức năng tại khớp thái dương hàm thì tổ chức đĩa khớp bị di lệch (di lệch còn hồi phục) hay bị tổn thương (hư khớp). Máng nhai làm thay đổi tư thế của hàm dưới và lồi cầu, cho phép tái lập lại vị trí của đĩa khớp và duy trì nó ở vị trí mới, giải chèn ép khớp (tổ chức mô sau đĩa). Kiểm tra vị trí lồi cầu trên phim CBCT trước và sau khi mang máng nhai, cho thấy được sự thay đổi vị trí của lồi cầu.

5. KẾT LUẬN

VAS đau khớp ở thời điểm T0, T1, T2 giảm lần lượt là $8,09 \pm 1,15$; $3,23 \pm 0,97$; $0,97 \pm 0,80$. VAS tiếng kêu khớp ở thời điểm T0, T1, T2 giảm lần lượt là $5,91 \pm 2,95$; $4,37 \pm 2,29$; $3,63 \pm 2,13$. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng sau 6 tháng điều trị: Đối với biểu hiện đau: 34,3% đáp ứng tốt, 65,7% đáp ứng khá. Đối với tiếng kêu khớp: 3,4% đáp ứng tốt, 96,6% đáp ứng khá. Đối với biên độ há tối đa: 100% đáp ứng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phạm Như Hải, 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, 2006.
- [2] Lương Thảo Nguyên, Trần Thị Nguyên Ny và cs, “Tình hình điều trị rối loạn thái dương hàm tại khoa Răng Hàm Mặt – Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh từ năm 2008 đến 2010”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 17, 2013, tr. 66 - 71.
- [3] Nguyễn Phúc Diên Thảo, Hoàng Tử Hùng, “Rối loạn thái dương hàm”, Tạp chí Y học Hồ Chí Minh, 8(4), 2006, tr. 23-30.
- [4] Nguyễn Mạnh Thành, Đánh giá kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai ổn định, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.
- [5] Dawson P, Functional Occlusion: From TMJ to Smile design, Mosby Elsevier, 2007, pp. 450 - 489.
- [6] El-Moraissi A, “Effectiveness of occlusal splint therapy in the management of temporomandibular disorders: network meta-analysis of randomized controlled trials”, Int J Oral Maxillofac Surg, 49(8), 2020, pp. 1042 - 1056.
- [7] Emma Beecroft et al., “Temporomandibular Disorder for the General Dental Practitioner”, Prim Dent J, 7(4), 2019, pp. 62 - 70.
- [8] Jovana KP, “Occlusal stabilization splint for patients with temporomandibular disorders: Meta-analysis of short and long term effects”, PLoS One, 12(2), 2017, pp. 69 - 71.
- [9] Neill Mc C, “Temporomandibular Disorders: Guidelines for Classification, Assessment, and Management” Quintessence Publishing, 2, 1997, p. 121.
- [10] Si-Hui Zhang et al., “Efficacy of occlusal splints in the treatment of temporomandibular disorders: a systematic review of randomized controlled trials”, Acta Odontol Scand, 78(8), 2020, pp. 580-589.
- [11] Sousa et al., “Different Treatments in Patients with Temporomandibular Joint Disorders: A Comparative Randomized Study”, Medicina (Kaunas), 56(3), 2020, p. 113.
- [12] U Tatli et al., “Comparison of the effectiveness of three different treatment methods for temporomandibular joint disc displacement without reduction”, Int J Oral Maxillofac Surg, 46(5), 2017, pp. 603 - 609.
- [13] Wanman A et al., “Treatment outcome of supervised exercise, home exercise and bite splint therapy, respectively, in patients with symptomatic disc displacement with reduction: A randomised clinical trial”, J Oral Rehabil, 47(2), 2020, pp. 143 - 149.

