Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 64, Special Issue 5 (2023) 1-8

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS, CONE BEAM TOMOGRAPHY OF PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS 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 05/04/2023
Revised 10/05/2023; Accepted 20/06/2023

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics of the TMJ images of patients with temporomandibular disorders at the Hospital of Can Tho University of Medicine and Pharmacy in 2021 - 2022.

Methods: Patients with temporomandibular disorders were diagnosed according to McNeil (1997) criteria. The patient has one of three symptoms: Pain in the masticatory system, temporomandibular joint, and/or perianal region, often aggravated by palpation or functional activity. Jaw deviation when opening mouth with or without joint crackling. Limited mouth opening (≤ 40 mm). Agree to participate in the study. Sampling method: Convenience sampling over 35 patients.

Results: Temporomandibular dysfunction appeared more in the age group from 16 to 35 (mean 28.54 ± 9.08). Women are more likely to get the disease than men, with a female/male ratio of 4/ first. Temporomandibular disorders appear in many students, students, and intellectual workers due to the impact of psychological stress factors. Clinical signs according to McNeil criteria: Pain in the joint area when moving the jaw accounts for 100%, and Arthralgia accounted for 82.5%. Limited opening of the mouth accounted for 48.6%. Status of TDH joints on Cone Beam Computed Tomography (CBCT) film: Round shape is the majority, with a rate of 59.4%. The flat shape has 3/35 patients (6.8%). The average size of the condyle in the T - S direction is 8.14mm; N - T dimension is 18.27mm. The condyle position posteriorly accounted for the majority (65.7%).

Conclusion: The temporomandibular joint disorder seems to be significantly associated with depression, anxiety and stress, and the distribution of condylar position in the articular fossa has a different ratio between of the condyles in the study are round.

Key word: Temporomandibular joint, condyle, Cone Beam Computed Tomography.

*Corressponding author
Email address: lenguyenlam@ctump.edu.vn
Phone number: (+84) 918 130 809
https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.675

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP CHÙM TIA HÌNH NÓN CỦA BỆNH NHÂN RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM 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: 05 tháng 04 năm 2023
Chỉnh sửa ngày: 10 tháng 05 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 20 tháng 06 năm 2023

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh khớp thái dương hàm trên phim cắt lớp chùm tia hình nón trên bệnh nhân có rối loạn thái dương hàm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 - 2022.

Phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân bị rối loạn thái dương hàm được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn McNeil (1997). Bệnh nhân có một trong ba 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. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trên 35 bệnh nhân

Kết quả: Tình trạng rối loạn thái dương hàm xuất hiện nhiều ở nhóm tuổi từ 16 - 35 (trung bình 28,54 ± 9,08), nữ giới thường dễ mắc bệnh hơn nam giới với tỉ lệ nữ/nam là 4/1. Rối loạn thái dương hàm xuất hiện nhiều đối tượng học sinh, sinh viên, lao động trí óc do tác động của yếu tố tâm lý căng thẳng. Dấu chứng lâm sàng theo tiêu chuẩn McNeil: Đau vùng khớp khi vận động hàm chiếm tỉ lệ 100% ,Tiếng kêu khớp chiếm tỉ lệ 82,5%. Há miệng hạn chế chiếm 48,6%. Tình trạng khớp thái dương hàm trên phim Cone Beam Computed Tomography (CBCT): Hình thái lồi cầu dạng tròn chiếm đa số với tỉ lệ 59,4%, dạng phẳng có 3/35 bệnh nhân (6,8%). Kích thước lồi cầu trung bình theo chiều T - S là 8,14mm; chiều N - T là 18,27mm. Vị trí lồi cầu ra sau chiếm đa số (65,7%).

Kết luận: Rối loạn khớp thái dương hàm dường như có liên quan đáng kể với trầm cảm, lo lắng và căng thẳng, sự phân bố vị trí lồi cầu trong hõm khớp có tỉ lệ khác nhau giữa các vị trí. hầu hết lồi cầu trong nghiên cứu có dạng tròn.

Từ khóa: Khớp thái dương hàm, lồi cầu, cắt lớp chùm tia hình nón.

*Tác giả liên hệ
Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn
Điện thoại: (+84) 918 130 809
https://doi.org/10.52163/yhc.v64i4.675

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn thái dương hàm (RLTDH) hay còn gọi là hội chứng đau – rối loạn hệ thống nhai (SADAM) là một nhóm các rối loạn của khớp thái dương hàm, hệ thống các cơ nhai và các cấu trúc liên quan mà biểu hiện triệu chứng chính là đau, hạn chế há ngậm miệng và tiếng kêu khớp thái dương hàm. Ngoài ra bệnh nhân còn có thể mắc các triệu chứng khác đi kèm như ù tai, chóng mặt, hạn chế vận động hàm, tiếng kêu khớp, mỏi hàm… Bệnh lý này tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh.

Hiện nay có nhiều phương pháp để chẩn đoán rối loạn thái dương hàm, các chuyên gia dựa vào dấu chứng lâm sàng và cận lâm sàng như chụp MRI, ghi lồi cầu đồ, chụp phim cắt lớp điện toán….Tuy nhiên các phương tiện này chưa phổ biến ở nước ta. Với mong muốn cung cấp thêm các bằng chứng khoa học trong chẩn đoán, hình thái khớp thái dương hàm trên người bệnh chúng tôi thực hiện đề tài **"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp chùm tia hình nón của bệnh nhân rối loạn thái dương hàm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021 - 2022"** với mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh khớp thái dương hàm trên phim cắt lớp chùm tia hình nón trên bệnh nhân có rối loạn thái dương hàm 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

2.1.1. 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.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân bị rối loạn thái dương hàm được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn McNeil (1997)[8]. 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.

2.1.3. 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.

2.1.4. 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu

$$N = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}.p.(1-p)}{d^2} = \frac{1{,}96^2.0{,}046.(1-0{,}046)}{0{,}07^2} = 34{,}4$$

N: cỡ mẫu.- Z (1- α/2) =1,96 là hệ số tin cậy với độ tin cậy 95%. d: sai số cho phép (chọn d = 0,07). p: Tỉ lệ rối loạn thái dương hàm theo nghiên cứu của Schiffman E (2014)[9]. Nghiên cứu thực hiện trên 35 bệnh nhân..

2.2.3. 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.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

Hỏi bệnh, khám bệnh để tiến hành thu thập thông tin về tuổi, giới tính, nghề nghiệp, lí do đến khám, thời điểm khởi phát, đặc điểm lâm sàng hình ảnh khớp thái dương hàm trên phim CBCT, tiếng kêu khớp, biên độ vận động hàm… của bệnh nhân trước điều trị. Chụp phim CBCT khớp TDH cả hai bên phải và trái ở tư thế nghỉ sinh lý (vị trí hàm dưới lúc nghỉ ngơi, với độ hở của cạnh cắn răng cửa dưới so với cạnh cắn răng cửa trên là 2mm) để ghi nhận đặc điểm hình thái khớp thái dương hàm: hình dạng, kích thước lồi cầu, vị trí của lồi cầu trong tương quan với hõm khớp xương thái dương.

Hình dạng lồi cầu được khảo sát trên mặt phẳng đứng ngang, hình dạng lồi cầu được phân thành 5 dạng: bầu dục, phẳng, tam giác, tròn và dạng khác theo Yale và cộng sự (1963)[12].

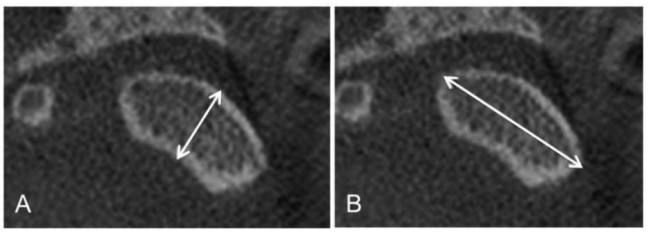
Hình 2.4: Hình dạng lồi cầu



(Nguồn: "Some observations on the classification of mandibular condyle types", 1963) [12].

- Kích thước lồi cầu:

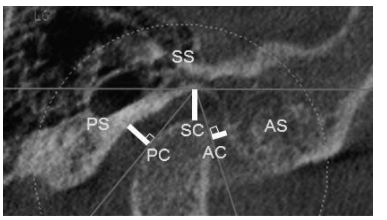
Hình 2.5: Kích thước lồi cầu



(Nguồn: "Assessment of optimal condylar position with limited cone-beam computed tomography", 2009)[5].

Vị trí lồi cầu trong tương quan với hõm khớp xương thái dương.

Hình 2.6: Khoảng gian khớp trên mặt phẳng đứng dọc



(Nguồn: "Assessment of optimal condylar position with limited cone-beam computed tomography", 2009)[5]

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đối tượng có biểu hiện rối loạn thái dương hàm ở nữ giới là 80%, nam giới là 20%.

Nhóm tuổi trên 25 tuổi chiếm 51,4%, nhóm từ 16 đến 25 tuổi chiếm 48,6%, không có đối tượng trong nhóm nhỏ hơn 16 tuổi. Độ tuổi nhỏ nhất là 17 tuổi, độ tuổi lớn nhất là 55 tuổi, độ tuổi trung bình là 28,54 ± 9,08. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu ở nam giới là 26,29 ± 3,352, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu ở nữ giới là 29,11 ± 9,983. Nhóm nghề nghiệp chiếm tỉ lệ cao nhất của đối tượng nghiên cứu là lao động trí óc (45,7%), kế đến là nhóm học sinh sinh viên (34,3%), nhóm lao động chân tay (20%), không có đối tượng thuộc nhóm hết tuổi lao động.

3.2. Đặc điểm lâm sàng - X quang của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tỉ lệ dấu chứng lâm sàng theo thời điểm khởi phát

Dấu chứng lâm sàng		Thời điểm khởi phát		Tổng số	p*
		Trước 6 tháng	Sau 6 tháng		
Há miệng hạn chế	Số lượng	5	12	17	0,604
	Tỉ lệ %	29,4	70,6	100	
Tiếng kêu khớp	Số lượng	7	22	29	0,213
	Tỉ lệ %	24,1	75,9	100	
Đau/Mỏi hàm	Số lượng	12	23	35	0,604
	Tỉ lệ %	34,2	65,8	100	
Kẹt hàm	Số lượng	1	3	4	0,681
	Tỉ lệ %	25,0	75,0	100	
Cứng khớp sau khi ngủ	Số lượng	3	3	6	0,213
	Tỉ lệ %	50,0	50,0	100	

***Test Fisher**

Nhận xét: Tỉ lệ biểu hiện các dấu chứng rối loạn thái dương hàm cao hơn ở thời điểm đến khám sau 6 tháng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.2. Phân bố tỉ lệ tương quan vị trí lồi cầu - xương thái dương

Tương quan	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Trung tâm	9	25,7%
Ra trước	3	8,6%
Lui sau	23	65,7%
Tổng	**35**	**100%**

Nhận xét: Vị trí của lồi cầu hay gặp nhất trên đối tượng nghiên cứu là vị trí lui sau chiếm 65,7%, có 25,7% đối tượng có lồi cầu đúng vị trí và 8,6% đối tượng nghiên cứu có vị trí lồi cầu ra trước

Bảng 3.3. Kích thước trung bình lồi cầu xương hàm dưới

Kích thước	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
Trước - Sau	8,14	0,24	7,13	9,02
Ngoài - Trong	18,27	0,34	17,54	19,11

Nhận xét: Kích thước theo chiều trước - sau trung bình lồi cầu của đối tượng nghiên cứu là 8,14mm, kích thước theo chiều ngoài - trong trung bình lồi cầu của đối tượng nghiên cứu là 18,27mm. Số liệu có phân phối chuẩn.

Bảng 3.4. Phân bố tỉ lệ các dạng hình thái lồi cầu xương hàm dưới

Hình thái lồi cầu	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Lồi	8	32
Phẳng	3	8,6
Tròn	24	59,4
Tổng	**35**	**100**

Nhận xét: Hình thái lồi cầu hay gặp nhất là dạng hình tròn chiếm tỉ lệ 59,4%, dạng lồi chiếm 25,7%, dạng phẳng chiếm 8,6%, không ghi nhận dạng khác.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nữ giới có rối loạn thái dương hàm là 80%, cao gấp 4 lần nam giới. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu trước đây. Các nghiên cứu trên thế giới cũng chỉ ra sự vượt trội của nữ so với nam trong tỉ lệ mắc bệnh, với tỉ lệ nữ cao gấp 2 đến 9 lần so với nam giới [4]. Trên phân tích đa biến của tác giả Kumar Chandan Srivastava, các đối tượng nữ được tìm thấy có nguy cơ cao hơn đáng kể (P = 0,004) (1, 94 lần) đối với biểu hiện triệu chứng của rối loạn thái dương hàm [6]. Chúng tôi cũng đồng quan điểm với tác giả Scrivani, nữ giới có ngưỡng đau thấp hơn so với nam giới, và hơn nữa những yếu tố tác động gây đau trong rối loạn thái dương hàm được làm tăng lên trong giai đoạn giảm lượng estrogen ở chu kì kinh nguyệt của phụ nữ [6]. Như vậy, căn cứ trên kết quả nghiên cứu này, cũng như các tác giả khác trong và ngoài nước cho thấy tỉ lệ mắc rối loạn thái dương hàm ở nữ cao hơn ở nam, mức độ cao hơn có thể phụ thuộc vào cở mẫu cũng như các thời điểm, địa điểm nghiên cứu khác nhau. Độ tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,54 ± 9,08. Trong đó không có đối tượng nào dưới 16 tuổi, nhóm từ 16 - 25 tuổi chiếm 48,6%, còn lại là trên 25 tuổi. Có thể thấy rằng độ tuổi mắc bệnh phân bố chủ yếu ở giai đoạn từ 16 - 25 tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới như Scrivani (2008), Komine (2004) [7,10]. Các tác giả này cũng giải thích có lẽ do lứa tuổi từ 16 - 25 là thời điểm răng cối lớn thứ 3 mọc, khớp cắn có nhiều thay đổi là những yếu tố thuận lợi cho sự xuất hiện loạn năng bộ máy nhai.

4.2. Các dấu chứng lâm sàng của rối loạn thái dương hàm theo tiêu chuẩn McNeil

Đối với dấu chứng đau, chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân đều có biểu hiện đau. Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện đau thuộc nhóm đến khám sau 6 tháng kể từ khi có triệu chứng và đau ở mức không chịu được chiếm 91,4%, tuy nhiên sự khác biệt về tỉ lệ này so với nhóm đến khám trước 6 tháng cũng chưa ghi nhận có ý nghĩa thống kê. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với tác giả Kumar Chandan Srivastava và cs (2021)[6] thì tỉ lệ đau là dấu chứng thường gặp nhất với tỉ lệ 70,32 %.Tỉ lệ biểu hiện đau trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác vì lí do tiêu chuẩn chọn mẫu của chúng tôi phải có một trong các dấu chứng chuẩn đoán rối loạn thái dương hàm, và cũng phù hợp với kết quả mô tả lí do đến khám của bệnh nhân.

Đối với dấu chứng tiếng kêu khớp, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ là 82,9%. Kết quả này của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Phan Anh Chi (2021) cũng cho kết quả tiếng kêu khớp chiếm cao nhất (85%) [1], thấp hơn so với tỉ lệ bệnh nhân có tiếng kêu khớp trước và sau điều trị lần lượt là 94,4%. Nghiên cứu của Vikram Ahuja (2018) cho thấy tiếng kêu ở khớp là dấu chứng thường thấy nhất chiếm 24,9%. Khi vận động hàm dưới, phức hợp dĩa khớp - lồi cầu có thể bị phá vỡ, gây ra các dấu chứng như tiếng kêu, kẹt hàm, hạn chế vận động. Tỉ lệ tiếng kêu có sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do sai số trong quá trình thăm khám và cho chon mẫu. Cùng đối tượng nghiên cứu với chúng tôi là bệnh nhân đã được chẩn đoán rối loạn khớp thái dương hàm nên tỉ lệ xuất hiện tiếng kêu sẽ cao hơn so với các nghiên cứu khảo sát mô tả khác [11]. Kumar Chandan Srivastava và cs (2021) cũng mô tả tỉ lệ hạn chế há miệng ở đối tượng học sinh, sinh viên cao hơn đáng kể so với các nhóm khác (OR = 1,45; P = 0,008) [6]. Tỉ lệ hạn chế há miệng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trước có thể xuất phát từ lí do đối tượng chọn mẫu là đối

tượng đã được chẩn đoán rối loạn thái dương hàm. Bên cạnh đó, một số bệnh nhân có thể không quen đưa hàm ra trước và sang bên mặc dù đã được luyện tập trước khi khám, đây cũng là điểm hạn chế của việc xác định rối loạn thái dương hàm.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của rối loạn thái dương hàm trên đối tượng nghiên cứu

Về tương quan vị trí lồi cầu – xương thái dương, kết quả chúng tôi ghi nhận tỉ lệ đối tượng có lồi cầu vị trí lui sau chiếm 65,7%, có 25,7% đối tượng có lồi cầu đúng vị trí và 8,6% đối tượng nghiên cứu có vị trí lồi cầu ra trước. Tác giả Phan Anh Chi nghiên cứu năm 2019 trên 40 sinh viên cho kết quả tại vị trí lồng múi tối đa, sự phân bố vị trí lồi cầu trong hõm khớp có tỉ lệ khác nhau giữa các vị trí. Trong đó, tỉ lệ lồi cầu ở vị trí trung tâm trong hõm khớp là 51,2%, ở vị trí lui sau là 36,3% và ở vị trí ra trước là 12,5% trên đối tượng không có triệu chứng[1]. Ý nghĩa lâm sàng của vị lồi cầu trong hõm khớp vẫn còn đang gây tranh cãi. Dường như ở bệnh nhân rối loạn thái dương hàm, lồi cầu có nhiều khả năng ở vị trí lui sau. Tuy nhiên, một số nhà nghiên cứu cho rằng không có mối liên quan giữa vị trí lồi cầu với kết quả lâm sàng hoặc X quang. Ikeda đã cho rằng sự di lệch dĩa khớp có thể là nguyên nhân gây ra thay đổi vị trí lồi cầu trong hõm khớp thể hiện qua sự thay đổi khoảng gian khớp tùy theo hướng và mức độ di lệch của đĩa khớp. Như vậy, đối với đối tượng có biểu hiện triệu chứng rối loạn thái dương hàm, đa số có vị trí lồi cầu lui sau có thể do sự di lệch đĩa khớp[5].

Về kích thước chúng tôi ghi nhận kích thước trung bình chiều trước sau là 18,27 ± 0,34, chiều trong ngoài là 8,14 ± 0,24. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Lân năm 2018 với chiều trước sau là 8,2 ± 1,1 và chiều trong ngoài là 18,9 ± 2,0 [2]. Tác giả Alhammadi (2014) cũng nhận thấy kích thước trung bình lồi cầu có sự khác biệt ở nam giới đều lớn hơn nữ giới theo từng bên phải, trái theo cả chiều T - S lẫn chiều N - T ($p < 0,01$)[3] .Về hình dạng lồi cầu, y văn ghi nhận lồi cầu giữ vai trò quan trọng, là trung tâm tăng trưởng chính của xương hàm dưới. Lồi cầu trải qua quá trình tái tạo để đáp ứng với các kích thích liên tục từ thời thơ ấu đến tuổi trưởng thành. Về phân loại hình dạng lồi cầu, đa số các tác giả khảo sát trên hai mặt phẳng: mặt phẳng đứng ngang và mặt phẳng đứng dọc. Trên mặt phẳng đứng ngang thì phân loại theo Yale và cộng sự - những người tiên phong trong nghiên cứu hình thái lồi cầu, phân loại hình dạng lồi cầu thành năm loại: phẳng, lồi, tam giác, tròn, loại khác [12]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận hình dạng lồi cầu chủ yếu là dạng tròn (65,7%), dạng lồi (25,7%) và dạng phẳng (8,6%). Theo tác giả Nguyễn Văn Lân đã mô tả hình dạng lồi cầu theo mặt phẳng đứng ngang và nhận thấy hầu hết lồi cầu người Việt Nam có dạng tròn 43,7%, kế đến là dạng lồi 26,1% tiếp theo là dạng phẳng và 19,7% [2]. Hình dạng lồi cầu điều chỉnh, thay đổi tùy thuộc vào hệ thống nhai, bao gồm cả những hậu quả từ mòn răng và mất răng. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả trước đây, tuy nhiên cần các nghiên cứu sâu hơn để làm rõ mối liên quan giữa phân bố tỉ lệ các hình dạng lồi cầu với tình trạng rối loạn thái dương hàm.

5. KẾT LUẬN

Tình trạng rối loạn thái dương hàm xuất hiện nhiều ở nhóm tuổi từ 16 - 35 (trung bình 28,54 ± 9,08), nữ giới thường dễ mắc bệnh hơn nam giới với tỉ lệ nữ/nam là 4/1. Rối loạn thái dương hàm xuất hiện nhiều đối tượng học sinh, sinh viên, lao động trí óc do tác động của yếu tố tâm lý căng thẳng. Dấu chứng lâm sàng theo tiêu chuẩn McNeil: Đau vùng khớp khi vận động hàm chiếm tỉ lệ 100%; tiếng kêu khớp chiếm tỉ lệ 82,5%. Há miệng hạn chế chiếm 48,6%. Tình trạng khớp TDH trên phim CBCT: Hình thái lồi cầu dạng tròn chiếm đa số với tỉ lệ 59,4%, dạng phẳng có 3/35 bệnh nhân (6,8%) Kích thước lồi cầu trung bình theo chiều T - S là 8,14mm; chiều N - T là 18,27mm. Vị trí lồi cầu ra sau chiếm đa số (65,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Phan Anh Chi, "Nghiên cứu vị trí lồi cầu ở tương quan trung tâm và ở lồng múi tối đa trên hình ảnh cắt lớp vi tính hình nón", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, 9(2), tr. 98 -99, 2019.

[2] Nguyễn Văn Lân, Đặc điểm hình thái khớp thái dương hàm không triệu chứng ở người Việt trưởng thành nghiên cứu trên hình ảnh cắt lớp điện toán chùm tia hình nón, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, 2018.

[3] Alhammadi, "Temporomandibular joint measurements in normal occlusion: A three-dimensional cone beam computed tomography

analysis", Journal of the World Federation of Orthodontists, 3, pp. 155 – 162, 2014.

[4] Edward F, Manual of Temporomandibular Disorder, Wiley Blackwell NewYork, pp. 67 – 89, 2010.

[5] Ikeda K, Kawamura A, "Assessment of optimal condylar position with limited cone-beam computed tomography ", American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 135 (4), pp. 495 – 501, 2009.

[6] Kumar CS, "Evaluation of temporomandibular disorders among dental students of Saudi Arabia using Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD): a cross-sectional study", BMC Oral Health, 21(1), pp. 211, 2021.

[7] Komine A, "Efficacy of stabilization splints for the management of patients with masticatory muscle pain", Clin Oral Invest, 8, pp. 179 – 195, 2004.

[8] Neill Mc C, "Temporomandibular Disorders: Guidelines for Classification, Assessment, and Management" Quintessence Publishing, 2, p. 121, 1997.

[9] Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E et al., Diagnostic criteria for Temporomandibular disorders (DC/TMD) for clinical and research applications: recommendations of the international RDC/TMD consortium network* and Orofacial pain special interest Groupdagger, J Oral Facial Pain Headache. 2014;28(1):6–27.

[10] Scrivani SJ, "Temporomandibular disorders", N Engl J Med, 359(25), pp. 2693 - 2702, 2008.

[11] Vikram A, "Study of stress-induced temporomandibular disorders among dental students: An institutional study", Natl J Maxillofac Surg, 9(2), pp. 147 - 154, 2018.

[12] Yale SH, "Some observations on the classification of mandibular condyle types", Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, and Oral Radiology, 16, pp. 572-577, 1963.