

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG MÁNG NHAÏ ỔN ĐỊNH

NGUYỄN THỊ THU PHƯƠNG, NGUYỄN MẠNH THÀNH, VÕ TRƯƠNG NHƯ NGỌC –
Viện ĐT Răng Hàm Mặt
BÙI MỸ HẠNH - Bộ môn Sinh Lý, Trường ĐH Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả của máng nhai ổn định trên bệnh nhân rối loạn thái dương hàm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 22 bệnh nhân có chẩn đoán rối loạn thái dương hàm. Đánh giá các chỉ số VAS (Visual Analog Scale), biên độ há ngậm miệng, tiếng kêu khớp, lệch đường há ngậm miệng, EAI (Electrography Activity Index) được ghi nhận trước và sau đeo máng nhai ổn định. **Kết quả:** Sau thời gian đeo máng 1 tháng và 3 tháng các triệu chứng lâm sàng: Đau, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp và đường há miệng lệch giảm so với trước điều trị. Chỉ số EAI trên điện cơ đồ tăng, thể hiện sự cân bằng trong hoạt động của cơ thái dương và cơ cắn khi người bệnh được đeo máng. Có mối tương quan tuyến tính ($r = -0,63$) giữa sự thay đổi chỉ số EAI và VAS. **Kết luận:** Máng nhai ổn định là phương pháp điều trị hiệu quả rối loạn thái dương hàm.

Từ khóa: Rối loạn thái dương hàm, máng nhai.

SUMMARY

Objective: The purpose of this study was to evaluate the effect of stabilization splint therapy in patients with temporomandibular disorder (TMD). **Methods:** Twenty-two patients with TMD participated in this study. The VAS, range of mouth opening, asymmetric mandibular movement, clicking sound, EAI (Electrography Activity Index) was measured before and after the use of the splint. **Result:** After using the splint one and three months, the VAS, limit of mouth opening, asymmetric mandibular movement, clicking sound reduce. The EAI increases significantly ($p < 0,05$). **Conclusions:** Stabilization Splints are

effective in treating patients with temporomandibular disorder.

Keywords: Temporomandibular disorder...

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm dưới hay loạn năng thái dương hàm dưới là một nhóm các rối loạn ở khớp thái dương hàm, các cơ và cấu trúc liên quan. Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm ngày càng được quan tâm ở các nước trên thế giới. Theo nghiên cứu của Scrinavi tỷ lệ rối loạn chức năng khớp thái dương hàm chiếm 10-20% dân số Mỹ [8]. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Linh (2003) trên 1020 công nhân dệt Phong Phú cho thấy số người có hiện rối loạn chức năng khớp thái dương hàm lên tới 60,5% [1].

Phương pháp điều trị rối loạn thái dương hàm rất đa dạng, trong đó máng nhai ổn định là phương pháp được nhiều bác sỹ sử dụng. Ở Việt Nam, máng nhai đã được sử dụng trong điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương hàm, tuy nhiên việc chỉ định, cách chế tạo, quy trình điều trị thiếu thống nhất giữa các nha sỹ và hiệu quả điều trị của máng nhai chưa được đánh giá chính xác. Vì vậy, chúng tôi đã thực hiện đề tài với mục tiêu: **Đánh giá hiệu quả của máng nhai ổn định trong điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương hàm.**

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 22 người bệnh rối loạn chức năng khớp thái dương hàm được khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo McNeil:

- Đau ở vùng cơ nhai, vùng khớp thái dương hàm và thường đau tăng lên khi ăn nhai hoặc sờ nắn
- Lệch đường há miệng có/không kèm tiếng kêu khớp

- Hạn chế há miệng (<4mm)
- Đau xuất hiện ít nhất trong 3 tháng [7]

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng đánh giá hiệu quả trước sau.

- ❖ Dụng cụ và phương tiện nghiên cứu
 - Bộ khay khám nha khoa gồm gương nha khoa, gắp và thăm châm.
 - Thước đo chiều dài với mức đo tới mm để đo biên độ há ngậm miệng.
 - Giấy cắn nha khoa và kẹp giấy cắn.
 - Thìa lấy dấu, thạch cao đá, thạch cao thường.
 - Giá khớp bán thích ứng Hanau – Whipmix. Giá khớp Hanau là một loại giá khớp bán thích ứng, thuộc loại Arcon.

- Sáp nha khoa, dao tạo hình sáp, silicon lấy dấu, composiit đặc, đèn quang trùng hợp để lấy tương quan hai hàm chuyển vào giá khớp và tạo mẫu sáp cho máng nhai ổn định.

- Các thông số EMG được đo đặc và tính toán trên hệ thống máy điện cơ VikingQuest của hãng CareFusion – Mỹ. Đo điện cơ đồ bề mặt K6 – I, với hiệu điện thế 500 μV và tốc độ ghi 1cm s⁻¹

- Bệnh án nghiên cứu (phụ lục) ghi lại thông tin của người bệnh, theo dõi người bệnh trong quá trình điều trị.

❖ Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Sử dụng bệnh án nghiên cứu để thu thập thông tin, đánh giá mức độ đau theo thang điểm Visual analog scale (VAS), biên độ há ngậm miệng, tiếng kêu khớp, lệch đường há miệng một bên hoặc Ziczac.

- Lấy mẫu hàm răng bệnh nhân và đổ mẫu thạch cao đá. Dùng cung mặt của giá khớp Hanau để chuyển hàm trên vào giá khớp. Chuyển hàm dưới vào giá khớp ở vị trí tương quan tâm với hàm trên. Tại xương răng, làm sáp máng nhai ổn định sao cho các răng tiếp xúc đồng thời tại vị trí tương quan tâm. Khi hàm dưới chuyển động sang bên và ra trước, các răng sau được nhả khớp hoàn toàn bởi hướng dẫn răng nanh. Ép nhựa Acrylic trong, đánh bóng hàm.

- Lắp hàm cho bệnh nhân, khám và theo dõi bệnh nhân sau 1 tháng và 3 tháng.

- Trước khi đeo máng và sau khi đeo máng bệnh nhân được đo điện cơ đồ cơ cắn và cơ thái dương. Chỉ số điện cơ đồ hoạt động (EAI) được tính theo công thức của Quran[6]

$$EAI = \frac{EMG \text{ cơ cắn} - EMG \text{ cơ thái dương}}{EMG \text{ cơ cắn} + EMG \text{ cơ thái dương}} \times 100\%$$

❖ Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của bệnh nhân. Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác. Thông tin về hồ sơ bệnh án, tình trạng bệnh lý của người bệnh được giữ bí mật, chỉ cung cấp cho người bệnh để theo dõi quá trình điều trị, không cung cấp cho các

cá nhân, tổ chức khác. Trong khi khám nếu phát hiện các tình trạng bệnh lý về răng miệng, người bệnh sẽ được tư vấn điều trị hoặc tiến hành các biện pháp thăm khám khác để chẩn đoán chính xác. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho bệnh viện.

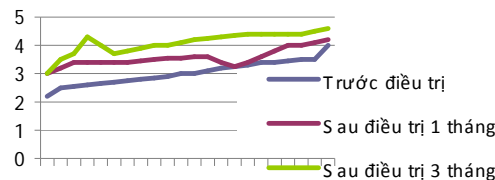
KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. So sánh sự khác biệt về chỉ số VAS trong quá trình điều trị

Triệu chứng	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	P
Chỉ số VAS	6,1±1,1	3,6±2,0	1,6±1,0	0,01

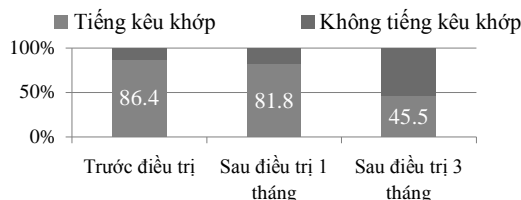
Sau 1 tháng điều trị chỉ số VAS giảm có ý nghĩa thống kê (p<0.01). Xu hướng giảm của chỉ số VAS tiếp tục khi người bệnh đeo máng đến tháng thứ 3.

Dấu hiệu đau là lý do đến khám thường gặp nhất của người bệnh và thường làm người bệnh lo lắng, theo James (2007) một phương pháp điều trị rối loạn thái dương hàm tốt phải có tác dụng giảm đau cho người bệnh trong thời gian điều trị, đặc biệt là giai đoạn đầu của quá trình điều trị [3]. Cũng theo James, hiệu quả giảm đau của máng ổn định là do tác dụng giãn cơ, loại bỏ thói quen xấu và xóa những phản xạ đau trước đó của hệ thống nhai [3]. Lý giải này được ủng hộ bởi hầu hết nghiên cứu của các tác giả khác [2] [6] [7].



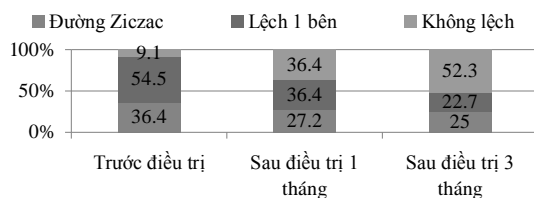
Biểu đồ 1. Sự thay đổi của biên độ há miệng trong quá trình điều trị

Biên độ há miệng của người bệnh tăng lên có ý nghĩa thống kê (p<0,05) qua quá trình điều trị 1 tháng, 3 tháng. Tăng biên độ há ngậm miệng giúp các hoạt động chức năng của hệ thống nhai diễn ra dễ dàng hơn.

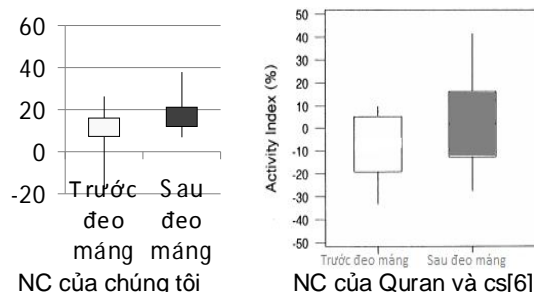


Biểu đồ 2. So sánh tiếng kêu khớp trước và sau điều trị

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 giảm so với trước điều trị (45,5% so với 86,4%).

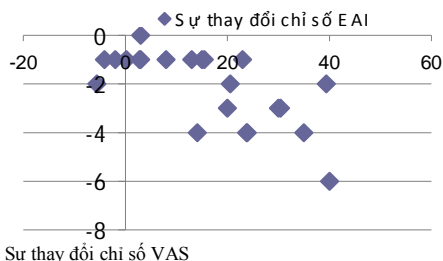


Biểu đồ 3. So sánh đường há miệng trước và sau điều trị
 Cả 2 nhóm có đường há miệng lệch 1 bên và há miệng đường Ziczac đều giảm có ý nghĩa thống kê qua quá trình điều trị ($p < 0,05$).



Biểu đồ 4. Chỉ số EAI trước và sau điều trị

Chỉ số EAI sau đeo máng tăng so với trước đeo máng ($p < 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Quran và cộng sự năm 1999[6].



Biểu đồ 5. Mối liên quan giữa sự thay đổi chỉ số EAI và chỉ số VAS

Máng nhai được thừa nhận rộng rãi như là một phương pháp điều trị hiệu quả RLTDH. Tuy nhiên cơ chế tác động của máng nhai còn chưa rõ ràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số VAS giảm trên lâm sàng có tương quan khá chặt chẽ với chỉ số EAI ($R = -0,63$). Chúng tôi đưa ra kết luận chỉ số EAI tăng khi bệnh nhân đeo máng nhai ổn định là cơ chế làm giảm đau cho người bệnh trên lâm sàng. Kết luận này được những nghiên cứu trước đây của các tác giả Quran (1999), Landupho (2004) và Savabi (2004) đưa ra [4] [6] [7].

Bảng 2. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng và 3 tháng

Kết quả	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	N	%	n	%
Tốt	12	54,5	15	68,2
Khá	6	27,3	4	18,2

Kém	4	18,2	3	16,3
Tổng	22	100	22	100

Kết quả điều trị sau 1 tháng, kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (54,5%), khá chiếm tỷ lệ 27,3%. Trong nghiên cứu, có 4 người bệnh (chiếm 18,2%) có kết quả kém, trong đó có 2 người bệnh sau khi đeo máng chỉ số EAI giảm và 2 bệnh nhân khó chịu không thể đeo được máng. Sau 3 tháng điều trị, kết quả điều trị tốt là 68,2%, khá 18,2% và kém chiếm 16,3%.

Bảng 3. Kết quả điều trị sau 3 tháng theo thời điểm đến khám

Kết quả sau 3 tháng	Đến khám trước 6 tháng	Đến khám sau 6 tháng	N
Tốt	9	6	15
Khá	1	3	4
Kém	0	3	3
Tổng	10	12	22

Kết quả điều trị tốt ở nhóm người bệnh đến khám sau 6 tháng xuất hiện bệnh thấp hơn so với nhóm đến khám trước 6 tháng ($p < 0,05$). Như vậy, bệnh nhân càng đến sớm, tỷ lệ điều trị thành công bằng máng nhai ổn định càng cao.

KẾT LUẬN

Sau thời gian đeo máng 1 tháng và 3 tháng các triệu chứng lâm sàng: Đau, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp và đường há miệng lệch giảm so với trước điều trị. Chỉ số EAI trên điện cơ đồ tăng, thể hiện sự cân bằng trong hoạt động của cơ thái dương và cơ cắn khi người bệnh được đeo máng. Có mối tương quan tuyến tính ($r = -0,63$) giữa sự thay đổi chỉ số EAI và VAS.

Tỷ lệ điều trị tốt sau 1 tháng là 54,5% và 3 tháng là 68,2%. Người bệnh đến điều trị trước 6 tháng khi xuất hiện bệnh có tỷ lệ điều trị tốt cao hơn so với đến điều trị sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thị Diên Thảo, Hoàng Tử Hùng. Rối loạn thái dương hàm, Tạp chí Y học Hồ Chí Minh, tập 8 số 4, trang 23-30.
2. Edward F.Wright (2010). Manual of Temporomandibular Disorder, Wiley Blackwell NewYork, p 67-89.
3. James Friction (2007). Myogenous Temporomandibular Disorders: Diagnostic and Management Considerations. Dent Clin N Am 51, 61–83.
4. Landulpho AB, Silva WA and Vitti M. (2004). Electromyography evaluation of masseter and anterior temporalis muscles in patients with temporomandibular disorders following interocclusal appliance treatment. The Journal of Oral Rehabilitation,31, p 95-98.
5. Mc Neill C (1997). Temporomandibular Disorders: Guidelines for Classification, Assessment, and Management. Quintessence Publishing (IL); 2 .
6. Quran and Lyons (1999). The immediate effect of hard and soft splints on the EMG activity of the masseter and temporalis muscles. Journal of Oral Rehabilitation 1999 26; 559–563.
7. Savabi and Nejatidanesh (2004). Effect of Occlusal Splints on the Electromyographic Activities of Masseter and Temporal Muscles During Maximum Clenching. Dental research Journal.2, p 46-78.
8. Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. (2008). Temporomandibular disorders. N Engl J Med; 359,25, p 2693-2702.