

Đặc điểm lâm sàng và phân nhóm rối loạn đau trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm

Clinical characteristics and subclassification of pain in patients with temporomandibular joint disorders

Nguyễn Ngọc Hoa¹, Đỗ Thị Thanh Toàn¹,
Hoàng Việt Hải¹, Trần Thái Bình^{2*},
Tô Thành Đồng¹, Tạ Thị Tươi¹, Hoàng Thị My¹
và Nguyễn Thị Phương¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội,
²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Rối loạn khớp thái dương hàm (Temporomandibular Joint Disorders-TMD) thường gây đau cơ, hạn chế há miệng và ảnh hưởng đến chức năng hàm dưới. *Mục tiêu:* Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân nhóm rối loạn đau trên bệnh nhân TMD. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 bệnh nhân được chẩn đoán TMD theo Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn khớp thái dương hàm (DC/TMD) đến khám từ tháng 3/2023 đến tháng 7/2024. Bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau bằng thang điểm đau VAS, được khám và phân loại triệu chứng theo trục I của Tiêu chuẩn DC/TMD thành các nhóm: Không đau, chỉ đau cơ, chỉ đau khớp, đau phức hợp. Sử dụng các kiểm định Mann-Whitney U và Kruskal-Wallis để phân tích thống kê, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa. *Kết quả:* Đau cơ (88,3%), hạn chế há miệng (80,8%) và đau khớp (75%) là các triệu chứng phổ biến nhất. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm đau cấp tính (76,7%). Phân bố rối loạn đau có sự khác biệt giữa các nhóm thời gian đau ($p < 0,05$). Nhóm đau phức hợp có thang điểm đau cao nhất, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). *Kết luận:* Đau cơ mặt là triệu chứng thường gặp nhất. Nhóm đau phức hợp chiếm ưu thế và có liên quan đến mức độ đau theo thang điểm VAS.

Từ khóa: Rối loạn khớp thái dương hàm, đặc điểm lâm sàng, rối loạn đau, DC/TMD.

Summary

Temporomandibular joint disorders (TMD) commonly cause muscle pain, limited mouth opening, and impaired mandibular function. *Objective:* To describe the clinical characteristics and categorize pain-related subgroups in patients with TMD. *Subject and method:* A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 patients diagnosed with TMD according to the Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD), who attended the clinic between March 2023 and July 2024. Patients self-assessed their pain using the Visual Analog Scale (VAS). Clinical examination and symptom classification based on DC/TMD Axis I were performed, grouping patients into: No pain, Myalgia, Arthralgia, and Combined Myalgia and Arthralgia. The Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used for statistical analysis, with $p < 0.05$ considered statistically significant. *Result:* Myalgia (88.3%), limited mouth opening (80.8%), and arthralgia (75%) were the most common symptoms. The majority of patients were classified as having acute pain (76.7%). The distribution of pain subgroups significantly differed across pain duration groups ($p < 0.05$). The combined pain group had the highest VAS scores,

Ngày nhận bài: 31/7/2025, ngày chấp nhận đăng: 06/9/2025

* Tác giả liên hệ: dr.tranthaibinh@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

with statistically significant differences ($p < 0.05$). *Conclusion:* Orofacial muscle pain was the most frequently reported symptom. The combined pain subgroup was predominant and was associated with higher pain intensity on the VAS.

Keywords: Temporomandibular joint disorders, clinical characteristics, pain-related disorders, DC/TMD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn khớp thái dương hàm (Temporomandibular Joint Disorders -TMD) biểu hiện lâm sàng trên nhiều cơ quan khác nhau, có thể dẫn đến hạn chế chức năng hệ thống nhai, làm giảm chất lượng cuộc sống. Bệnh lý này có tỷ lệ mắc ngày càng cao trong cộng đồng, ước tính khoảng 31% ở người trưởng thành và 11% ở thanh thiếu niên¹. Từng cá thể khác nhau sẽ có phản ứng và biểu hiện lâm sàng không giống nhau. Việc đánh giá các triệu chứng lâm sàng, mức hạn chế chức năng và giảm khả năng vận động trên bệnh nhân TMDs có thể giúp cải thiện việc chẩn đoán và điều trị². Tiêu chuẩn chẩn đoán DC/TMD (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) là một mô hình tâm sinh lý xã hội, có giá trị và độ tin cậy cao, được ứng dụng rộng rãi.

Trong nhiều năm qua đã có rất nhiều các nghiên cứu về bệnh rối loạn khớp thái dương hàm được công bố. Có khá nhiều các nghiên cứu đi sâu vào đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân TMDs. Tuy nhiên việc phân nhóm rối loạn đau khác biệt giữa các nghiên cứu dẫn đến khó so sánh các kết quả. Tại Việt Nam, mới chỉ có một số ít nghiên cứu quan tâm đến việc phân nhóm này. Trong khi đó, việc phân nhóm rối loạn đau lại có ý nghĩa rất lớn trong điều trị, nhất là rối loạn khớp thái dương hàm hiện chưa xác định chính xác yếu tố căn nguyên, việc điều trị đang chủ yếu là điều trị triệu chứng.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi triển khai nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân nhóm rối loạn đau trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân đến khám, được chẩn đoán rối loạn khớp thái dương hàm theo tiêu chuẩn DC/TMD.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, có khả năng lĩnh hội ý kiến của bác sĩ và tuân thủ quy trình khám.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tiền sử rối loạn thần kinh nghiêm trọng; bệnh tự miễn dịch khớp và cơ; ung thư ác tính tiến triển; tiền sử bệnh tâm thần; tiền sử nghiện rượu; lạm dụng ma túy và thuốc giảm đau; tiền sử chấn thương mặt hoặc đầu; gãy xương mặt hoặc sọ trong 10 năm gần đây; bệnh nhân trải qua phẫu thuật và/ hoặc xạ trị trên vùng cổ và mặt; viêm khớp dạng thấp; viêm khớp vẩy nến; bệnh gút hoặc các bệnh hệ thống khác ảnh hưởng đến hệ thống nhai; các bệnh ung thư hoặc viêm ở mặt hoặc hàm; các phương pháp điều trị khác ở vùng cổ và khớp thái dương hàm trong vòng 3 tháng; sử dụng thuốc ảnh hưởng đến hệ thần kinh cơ. Bệnh nhân mang thai³.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 120 bệnh nhân

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2023 đến tháng 7/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Cơ sở thực hành của Viện đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội: Trung tâm Kỹ thuật cao khám chữa bệnh RHM, Trung tâm Nha khoa 225 Trường Chinh, Khoa RHM - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Biến số/chỉ số nghiên cứu

Nhóm đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tên, tuổi, giới, thời gian đau.

Nhóm đặc điểm triệu chứng lâm sàng của người bệnh.

Thang điểm đau VAS (Visual Analog Scale) bao gồm một đường thẳng dài 10cm, với "không đau" được viết ở đầu bên trái và "đau không thể chịu nổi" được viết ở đầu bên phải. Bệnh nhân được hướng dẫn đánh dấu một đường dọc trên đường thẳng

ngang cho biết cường độ đau của mình. Khoảng cách từ điểm 0 đến điểm đánh dấu sau đó được đo bằng milimét bởi thước cặp ⁴.

Biên độ há tối đa: Đo từ rìa cắn răng cửa giữa hàm dưới bên phải đến rìa cắn răng cửa giữa hàm trên bên phải khi bệnh nhân há miệng tối đa mà không cảm thấy đau. Sử dụng thước đo có giá trị mm.

Biên độ há tối đa không hỗ trợ: Đo khoảng cách rìa cắn răng cửa trên và răng cửa dưới khi bệnh nhân há miệng to nhất có thể, ngay cả khi thấy đau.

Biên độ há tối đa có hỗ trợ: Bác sĩ đặt ngón tay cái lên răng cửa giữa hàm trên của bệnh nhân và bắt chéo ngón tay trở lên răng cửa giữa hàm dưới để

giúp bệnh nhân há miệng to hơn. Sau đó đo khoảng cách rìa cắn răng cửa trên và răng cửa dưới khi bệnh nhân há miệng to nhất có thể, ngay cả khi thấy đau ⁵.

Công cụ thu thập thông tin

Phương tiện dùng cho phỏng vấn: Phiếu câu hỏi phỏng vấn đau theo thang điểm VAS.

Phương tiện dùng cho khám lâm sàng: Bộ khay khám gồm gương, gắp, thám trầm, thước đo chiều dài với mức đo mm để đo biên độ há miệng, bút chì, bệnh án nghiên cứu, cân tiểu li đo hiệu chuẩn áp lực ngón tay.



Hình 1. Cân tiểu li đo hiệu chuẩn áp lực ngón tay



Hình 2. Thước cặp



Hình 3. Khám cơ nhai



Hình 4. Khám biên độ há tối đa

Các bước tiến hành

Bác sĩ tiến hành khám, ghi thông tin đầy đủ vào bệnh án nghiên cứu theo mẫu thống nhất của DC/TMD. Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn nội khớp sẽ được chỉ định chụp MRI để kiểm tra mức độ di lệch của đĩa khớp. Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hoá khớp cần chụp CT Cone Beam vùng khớp thái dương hàm để kiểm tra mức độ tổn thương xương. Như vậy MRI và CT Cone Beam sẽ

giúp bác sĩ đưa ra chẩn đoán xác định ⁶. Toàn bộ quy trình của nghiên cứu mô tả cắt ngang bao gồm: Phỏng vấn, khám, chẩn đoán sơ bộ, chẩn đoán xác định đều được thực hiện bởi chính tác giả, dưới sự giám sát của thầy hướng dẫn.

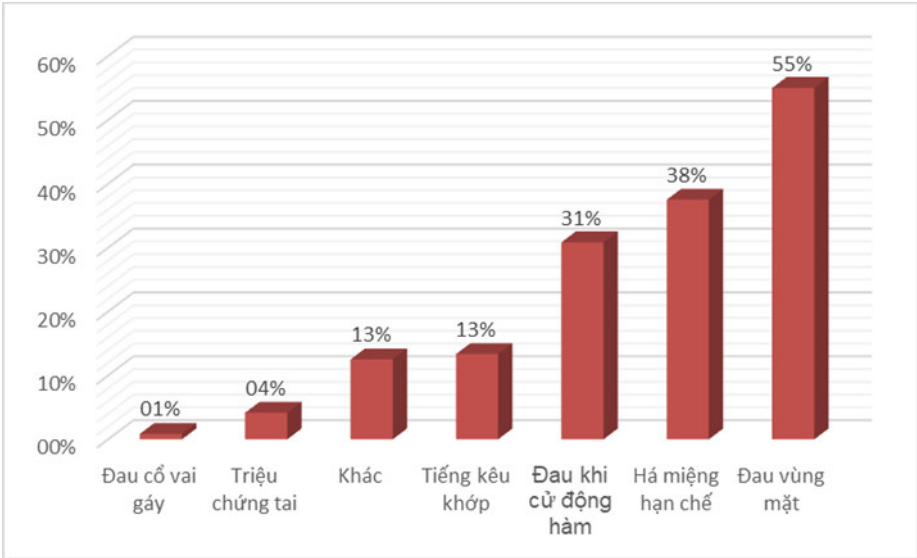
Xử lý số liệu

Dữ liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0. Các biến

định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, so sánh giữa các nhóm bằng kiểm định Chi-square (χ^2) hoặc kiểm định chính xác Fisher khi tần suất <5. Đối với các biến định lượng, kiểm định Kruskal-Wallis được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Số bệnh nhân nam là 35 (29,2%), số bệnh nhân nữ là 85 (70,8%). Sự khác biệt về tỷ lệ nam/nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ lý do bệnh nhân đến khám

Nhận xét: Lý do chủ yếu khiến bệnh nhân đến khám là đau vùng mặt (55,0%). Các triệu chứng về tai và đau cổ, vai, gáy chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 4,2% và 0,8%.

Bảng 1. Tỷ lệ các triệu chứng rối loạn khớp thái dương hàm theo giới

Triệu chứng	Giới		Nam (n = 35)		Nữ (n = 85)		Tổng (n = 120)	
			n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Đau cơ			31	88,6	75	88,2	106	88,3
			p=1,000					
Đau khớp			26	74,3	64	75,3	90	75,0
			p=0,908					
Đau đầu			2	5,7	20	23,5	22	18,3
			p=0,022					
Tiếng kêu khớp			16	45,7	46	54,1	62	51,7
			p=0,402					
Há miệng hạn chế			28	80,0	69	81,2	97	80,8
			p=0,882					

Triệu chứng	Giới	Nam (n = 35)		Nữ (n = 85)		Tổng (n = 120)	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Hạn chế chuyển động sang bên		7	20,0	24	28,2	31	25,8
		p=0,349					
Hạn chế chuyển động ra trước		18	51,4	60	70,6	78	65,0
		p=0,045					
Căng cơ		6	17,1	19	22,4	25	20,8
		p=0,523					
Mỗi hàm		5	14,3	32	37,6	37	30,8
		p=0,012					
Đau cổ, vai, gáy		2	5,7	19	22,4	21	17,5
		p=0,029					
Triệu chứng ở tai		4	11,4	21	24,7	25	20,8
		p=0,104					

Kiểm định χ^2 , Kiểm định Fisher.

Nhận xét: Đau cơ, há miệng hạn chế và đau khớp là các triệu chứng thường gặp trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm (tương ứng 88,3%, 80,8%, 75%). Đau cổ, vai, gáy và triệu chứng tai ít gặp nhất (lần lượt là 17,5% và 20,8%). Có sự khác biệt về tỷ lệ đau đầu, mỗi hàm, đau cổ, vai, gáy và hạn chế chuyển động hàm dưới ra trước giữa nam và nữ ($p < 0,05$).

Bảng 2. Phân bố rối loạn đau theo thời gian đau

Thời gian đau	Không đau		Cấp tính		Mạn tính		Tổng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Không đau	3	100	0	0	0	0	3	2,5
Chỉ đau cơ	0	0	22	95,7	1	4,3	23	19,2
Chỉ đau khớp	0	0	4	50,0	4	50,0	8	6,7
Đau phức hợp	0	0	66	76,7	20	23,3	86	71,6
Tổng	3	2,5	92	76,7	25	20,8	120	100
p	0,000							

Kiểm định χ^2 , Kiểm định Fisher

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp đau thuộc nhóm đau cấp tính (76,7%). Trong nhóm chỉ đau cơ, đa số bệnh nhân có thời gian đau cấp tính (95,7%). Nhóm chỉ đau khớp có tỷ lệ đau cấp tính và mạn tính tương đương nhau. Nhóm đau phức hợp (đau phối hợp cơ và khớp) chiếm tỷ lệ lớn nhất (71,6%). Một số ít bệnh nhân chỉ đau khớp (6,7%). Phân bố rối loạn đau có sự khác biệt giữa các nhóm có thời gian đau khác nhau ($p < 0,05$).

Bảng 3. So sánh trung bình thang điểm VAS, biên độ há tối đa, JFLS-8 giữa các phân nhóm rối loạn đau

	Chỉ đau cơ (n=23) (TB ± ĐLC)	Chỉ đau khớp (n = 8) (TB ± ĐLC)	Đau phức hợp (n = 86) (TB ± ĐLC)	Tổng (TB ± ĐLC)	p
VAS	5,38 ± 1,09	5,18 ± 1,29	6,07 ± 1,15	5,73 ± 1,49	0,013
Biên độ há tối đa không đau	31,43 ± 7,28	31,63 ± 9,33	29,3 ± 7,06	30,11 ± 7,39	0,353
Biên độ há tối đa không được hỗ trợ	39,65 ± 4,94	36,13 ± 7,90	37,33 ± 7,53	37,76 ± 7,14	0,433
Biên độ há tối đa được hỗ trợ	46,83 ± 4,40	39,5 ± 7,33	42,47 ± 8,45	43,04 ± 7,94	0,028

Kiểm định Kruskal-Wallis

Nhận xét: Nhóm đau phức hợp có mức độ đau theo VAS cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm chỉ đau cơ có biên độ há tối đa được hỗ trợ lớn nhất. Nhóm chỉ đau khớp có biên độ há tối đa được hỗ trợ thấp nhất ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ chiếm 70,8%, trong khi nam giới chỉ chiếm 29,2%. Kết quả này cho thấy sự chênh lệch đáng kể giữa hai giới trong tỷ lệ mắc rối loạn khớp thái dương hàm. Tỷ lệ nữ mắc TMD cao hơn từ 2 đến 4 lần nam giới cũng được ghi nhận phổ biến trong các nghiên cứu như của Angelo ⁷, Ceylan ⁸, Nguyễn Hữu Nhân ⁹. Nhiều giả thuyết đã được đưa ra để giải thích sự khác biệt về giới trong tỷ lệ mắc TMD, bao gồm yếu tố nội tiết (vai trò của estrogen), phản ứng với stress, nhận thức đau, thói quen cận chức năng, và cả mức độ tìm kiếm chăm sóc y tế ở nữ giới cao hơn ¹⁰.

Chúng tôi nhận thấy lý do đến khám phổ biến nhất của bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm là đau vùng mặt, tiếp theo là há miệng hạn chế và đau khi cử động hàm. Tiếng kêu khớp dù là triệu chứng phổ biến nhưng chỉ chiếm 13,3% trong số lý do đến khám. Triệu chứng vùng tai như ù tai, đau tai ít khi là lý do chính đến khám của người bệnh. (Bảng 1) Kết quả này có một số điểm tương đồng với nghiên cứu của Angelo ⁷. Sự khác biệt rõ rệt được ghi nhận ở triệu chứng há miệng hạn chế. Trong

nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này là 37,5%, trong khi của Angelo ⁷ chỉ 9,72%.

Dữ liệu từ nghiên cứu cũng cho thấy triệu chứng đau cơ mặt chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là há miệng hạn chế và đau khớp. Ngược lại, các triệu chứng như đau cổ, vai, gáy và triệu chứng tai ít gặp hơn. Khi phân tích theo giới, chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa nam và nữ đối với các triệu chứng: Đau đầu, mỏi hàm, đau cổ vai gáy, và hạn chế vận động hàm dưới ra trước. (Bảng 1) Kết quả này cho thấy yếu tố giới có thể đóng vai trò trong biểu hiện và cảm nhận triệu chứng TMD, điều đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu trước đó. Tỷ lệ đau cơ mặt trong nghiên cứu của chúng tôi (88,3%) cao hơn so với báo cáo của Nguyễn Mạnh Thành ¹¹ (39,9%) và Nguyễn Hữu Nhân ⁹ (43,8%). Tỷ lệ đau khớp, đau cổ vai gáy, triệu chứng tai lại tương đồng với hai nghiên cứu trên. Nghiên cứu của Angelo ⁷ không nêu rõ tỷ lệ nhưng đã chỉ ra có sự khác biệt giữa nam và nữ trong nhóm há miệng hạn chế. Tiếng kêu khớp tuy không phải là triệu chứng chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi nhưng lại chiếm tỷ lệ cao trong các nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thành ¹¹ (86,4%) và Nguyễn Hữu Nhân ⁹ (86,3%).

Đáng chú ý, trong khi nghiên cứu của chúng tôi và nhiều nghiên cứu trên thế giới ghi nhận sự khác biệt về triệu chứng theo giới ⁷, thì Nguyễn Hữu Nhân ⁹ lại không ghi nhận sự khác biệt này. Kết quả không

giống nhau giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ sự khác nhau trong phương pháp chẩn đoán, tiêu chuẩn lựa chọn, độ tuổi, đặc điểm nhân khẩu học, cũng như cách thu thập dữ liệu (tự báo cáo hay đánh giá lâm sàng) và ảnh hưởng của giới tính như đã phân tích ở trên.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đau phức hợp (đau cơ và đau khớp) là nhóm phổ biến nhất (Bảng 2). Kết quả này khác biệt rõ rệt so với phần lớn các nghiên cứu trước đó, vốn chủ yếu ghi nhận tỷ lệ đau cơ chiếm ưu thế. Nghiên cứu của Alpaslan¹² kết luận tỷ lệ đau cơ lên tới 79,7%, trong khi Angelo⁷ cũng báo cáo đau cơ chiếm 74% và đau khớp dao động trong khoảng 31 - 36%. Vegard¹³ ghi nhận sự phân bố tương đối đồng đều giữa các nhóm: Đau cơ 53,8%, đau khớp 23,1% và đau phức hợp 23,1%. Tuy nhiên tỷ lệ đau phức hợp trong nghiên cứu này vẫn thấp hơn đáng kể so với kết quả của chúng tôi. Các nghiên cứu trong nước cũng cho thấy sự phân bố đau giữa các nhóm khác nhau. Nguyễn Văn Tâm¹⁴ ghi nhận các nhóm đau có tỷ lệ tương đối cân bằng: Đau cơ chiếm 30,6%, trong khi đau khớp và đau phức hợp đều cùng chiếm 34,7%. Nguyễn Mạnh Thành¹¹ lại ghi nhận đau khớp chiếm ưu thế (59,1%) so với đau cơ mặt (31,8%). Đặc biệt, nghiên cứu của Li li Xu¹⁵ ghi nhận tỷ lệ đau cơ và đau khớp ở mức rất thấp, lần lượt là 5,8% và 2,4%, còn lại là rối loạn nội khớp. Như vậy, tỷ lệ đau phức hợp vượt trội trong nghiên cứu của chúng tôi là một điểm đáng chú ý.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân đau do rối loạn khớp thái dương hàm nằm trong nhóm đau cấp tính, chiếm 76,7%. Đau mạn tính chỉ chiếm 20,8% và một tỷ lệ nhỏ (2,5%) không có biểu hiện đau tại thời điểm thăm khám (Bảng 2). Kết quả này có điểm tương đồng với nghiên cứu của Li li Xu¹⁶, trong đó đa số bệnh nhân có thời gian đau ngắn: 10,4% dưới 1 tháng, 47% trong khoảng 1-3 tháng. Tuy nhiên, tỷ lệ đau kéo dài từ 4-6 tháng và trên 6 tháng cũng đáng kể (tương ứng 19,9% và 22,7%), cho thấy sự chuyển biến dần sang giai đoạn mạn tính ở một nhóm bệnh nhân. Ngược lại, Vrbancović¹⁷ báo cáo đa phần bệnh nhân đau mãn tính, khoảng 30% đau cấp tính. Angelo⁷ cũng chỉ ra

tỷ lệ có triệu chứng từ 1-5 năm là cao nhất (32-39%), trên 5 năm là 24-33%, trong khi dưới 3 tháng lại chiếm rất ít (5-12%). Kết quả nghiên cứu trong nước của Nguyễn Mạnh Thành¹¹ cũng phản ánh xu hướng tương tự, với tỷ lệ xuất hiện triệu chứng trên 6 tháng chiếm 54,5%, cao hơn nhóm đến khám trước 6 tháng (45,5%).

Sự khác biệt đáng chú ý cũng được ghi nhận khi phân tích mối liên hệ giữa thời gian đau và các phân nhóm rối loạn đau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm chỉ đau khớp có tỷ lệ đau cấp và mạn tính tương đương nhau (50%), cho thấy đau khớp có thể tiến triển thành mạn tính với tần suất tương đối cao. Đáng chú ý, trong nhóm chỉ đau cơ, hầu hết bệnh nhân (95,7%) có thời gian đau ngắn dưới 3 tháng, chỉ có 1 trường hợp (4,3%) bị đau mạn tính, cho thấy đau cơ đơn thuần thường biểu hiện sớm và ít tiến triển thành mạn tính. Trong khi đó, nhóm đau phức hợp chiếm tỷ lệ đau cấp tính 76,7%, và đau mạn tính 23,3%, chứng tỏ đau phức hợp có xu hướng xuất hiện sớm nhưng cũng có khả năng kéo dài hơn so với đau cơ đơn thuần. Nghiên cứu của Ohrbach¹⁸ trên bệnh nhân TMD mạn tính ghi nhận đau phức hợp chiếm ưu thế tuyệt đối (85%), trong khi đau cơ và đau khớp đơn thuần lần lượt chỉ chiếm 5% và 10%. Kết quả này cho thấy đau phức hợp có xu hướng gia tăng nếu bệnh nhân đau mạn tính, có thể do sự tương tác ngày càng phức tạp giữa các yếu tố cơ học, thần kinh và sinh lý trong quá trình bệnh mạn tính hóa.

Chúng tôi cũng nhận thấy có sự khác biệt rõ rệt giữa các phân nhóm rối loạn đau về mức độ đau theo thang VAS và biên độ há miệng tối đa. Mức độ đau tăng lên khi có sự kết hợp giữa đau cơ và đau khớp. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm¹⁴, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ đau VAS cao hơn ở tất cả các nhóm. Nguyễn Văn Tâm¹⁴ ghi nhận mức độ đau cơ VAS trung bình $5,6 \pm 1,2$ và đau khớp là $4,2 \pm 2,9$, thấp hơn so với kết quả tương ứng trong nghiên cứu của chúng tôi. Đặc biệt, nhóm đau phức hợp trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm¹⁴ có mức độ đau thấp hơn rõ rệt (đau cơ $3,6 \pm 2,8$ và đau khớp $2,4 \pm 3,1$). Nghiên cứu của Angelo⁷ ghi nhận mức độ đau thấp hơn với VAS

trung bình khoảng $4,25 \pm 2,83$ ở bên phải và $4,34 \pm 2,73$ bên trái. Trong khi đó, nghiên cứu của Vegard¹³ sử dụng thang điểm VAS khác (theo thang 100 thay vì 10), nhưng vẫn phản ánh xu hướng tăng mức độ đau ở nhóm đau phức hợp ($38,2 \pm 17$) so với đau cơ ($26,9 \pm 19,2$) và đau khớp ($36,2 \pm 21,3$). Trái lại, Vegard¹³ không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm, khác với phát hiện của chúng tôi.

Về biên độ há miệng tối đa, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biên độ há tối đa không đau trung bình là $30,11 \pm 7,39$. Angelo⁷ đã báo cáo biên độ há miệng không đau cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi $38,02 \pm 9,31$. Nghiên cứu của Li li Xu¹⁶ lại ghi nhận biên độ há miệng thấp hơn ($29,4 \pm 8,7$), có thể do nghiên cứu của tác giả Xu tập trung vào nhóm bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nặng hơn hoặc mạn tính kéo dài. Chúng tôi cũng nhận thấy nhóm chỉ đau cơ có khả năng há miệng lớn nhất ($46,83 \pm 4,40$), trong khi nhóm chỉ đau khớp có biên độ thấp nhất ($39,5 \pm 7,33$), và nhóm đau phức hợp há miệng ở mức $42,47 \pm 8,45$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và phù hợp với sinh lý bệnh của từng loại rối loạn. Một số tác giả cho rằng đau cơ đơn thuần ít ảnh hưởng tới cấu trúc khớp, trong khi đau khớp hoặc đau phức hợp thường gây giới hạn cơ học do khi bệnh nhân cố há to, lỗi cấu chèn vào vùng mô sau đĩa là vùng có mạch máu và thần kinh gây đau, làm bệnh nhân không dám há miệng hoặc dịch tích tụ trong khớp¹⁹.

Như vậy, dữ liệu cho thấy có sự khác biệt rõ ràng giữa các phân nhóm rối loạn đau về mức độ đau, hạn chế chức năng và khả năng vận động hàm dưới. Nhóm đau phức hợp luôn là nhóm chịu ảnh hưởng nghiêm trọng nhất về cả ba mặt. Vì vậy cần phân nhóm đúng bệnh nhân trong chẩn đoán và điều trị rối loạn TMD.

V. KẾT LUẬN

Đau cơ mặt là triệu chứng phổ biến nhất, trong khi các triệu chứng vùng cổ, vai, gáy và tai ít gặp hơn. Trong các nhóm rối loạn đau, đau phức hợp (gồm cả đau cơ và đau khớp) chiếm ưu thế rõ rệt, có liên quan đến mức độ đau theo thang điểm VAS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Valesan L, Da-Cas C, Conti Réus J et al (2021) *Prevalence of temporomandibular joint disorders: A systematic review and meta-analysis*. Clin Oral Investig 25:1-13. doi:10.1007/s00784-020-03710-w.
2. Lövgren A, Ilgunas A, Häggman-Henrikson B et al (2023) *Associations between screening for functional jaw disturbances and patient reported outcomes on jaw limitations and oral behaviours*. J Evid-Based Dent Pract 23: 101888. doi:10.1016/j.jebdp.2023.101888.
3. Winocur-Arias O, Friedman-Rubin P, Abu Ras K et al (2022) *Local myalgia compared to myofascial pain with referral according to the DC/TMD: Axis I and II results*. BMC Oral Health 22(1): 27. doi:10.1186/s12903-022-02048-x.
4. Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Balk GA, Stewart RE (2014) *Cut-off points for mild, moderate, and severe pain on the visual analogue scale for pain in patients with chronic musculoskeletal pain*. Pain 155(12):2545-2550. doi:10.1016/j.pain.2014.09.014.
5. Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E et al (2014) *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 Group†*. J Oral Facial Pain Headache 28(1): 6-27.
6. Leeuw R de, Klasser GD, American Academy of Orofacial Pain (2018) *Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis, and Management*; Leeuw, R. de, Klasser, G. D., Eds: 249-265. Sixth Edition. Quintessence Publishing; 2018.
7. Angelo DF, Mota B, João RS, Sanz D, Cardoso HJ (2013) *Prevalence of Clinical Signs and Symptoms of Temporomandibular Joint Disorders Registered in the EUOTMJ Database: A Prospective Study in a Portuguese Center*. J Clin Med 12(10): 3553. doi:10.3390/jcm12103553.
8. Medin Ceylan C, & Cigdem Karacay B (2024) *The relationship between the Oral Behavioral Checklist and the Jaw Functional Limitation Scale in temporomandibular joint pain*. J Oral Health Oral

- Epidemiol. 12(3): 112-117. doi:10.34172/JOHOE.2023.19.
9. Nguyễn Hữu Nhân, Nguyễn Hữu Ân, Trần Ngọc Quảng Phi (2022) *Đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm*. Tạp chí Học Việt Nam, 518(1). doi:10.51298/vmj.v518i1.3372.
 10. Nguyễn Anh Tùng, Hoàng Việt Hải, Hoàng Kim Loan, Đinh Hoàng Anh (2025) *Kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm bằng máng nhai ổn định có sử dụng T-Scan hỗ trợ*. Tạp chí Học Việt Nam, 546(3). doi:10.51298/vmj.v546i3.12685.
 11. Nguyễn Mạnh Thành (2014) *Đánh giá kết quả điều trị rối loạn thái dương hàm dưới bằng máng nhai ổn định*. Tạp chí Y học thực hành.
 12. Alpaslan C, Yaman D (2020) *Clinical evaluation and classification of patients with temporomandibular disorders using 'Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders.'* Acta Odontol Turc 37(1): 1-6. doi:10.17214/gaziaot.567544.
 13. Østensjø V, Moen K, Storesund T, Rosén A (2017) *Prevalence of Painful Temporomandibular Disorders and Correlation to Lifestyle Factors among Adolescents in Norway*. Pain Res Manag 2017: 1-10. doi:10.1155/2017/2164825.
 14. Nguyễn Văn Tâm (2021) *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến rối loạn thái dương hàm*. Trường Đại học Y Hà Nội.
 15. Xu L, Cai B, Lu S, Fan S, Dai K (2021) *The Impact of Education and Physical Therapy on Oral Behaviour in Patients with Temporomandibular Disorder: A Preliminary Study*. Grassia V, ed. BioMed Res Int:1-7. doi:10.1155/2021/6666680.
 16. Xu L, Cai B, Fan S, Lu S, Dai K (2021) *Association of Oral Behaviors with Anxiety, Depression, and Jaw Function in Patients with Temporomandibular Disorders in China: A Cross-Sectional Study*. Med Sci Monit: 27. doi:10.12659/MSM.929985.
 17. Vrbanović E, Dešković K, Zlendić M, Alajbeg IZ (2021) *Profiling of Patients with Temporomandibular Disorders: Experience of One Tertiary Care Center*. Acta Stomatol Croat 55(2): 147-158. doi:10.15644/asc55/2/4.
 18. Ohrbach R, Fillingim RB, Mulkey F et al (2011) *Clinical Findings and Pain Symptoms as Potential Risk Factors for Chronic TMD: Descriptive Data and Empirically Identified Domains from the OPPERA Case-Control Study*. J Pain 12(11, Supplement):T27-T45. doi:10.1016/j.jpain.2011.09.001.
 19. Christidis N, Doepel M, Ekberg E, Ernberg M, Le Bell Y, Nilner M (2014) *Effectiveness of a prefabricated occlusal appliance in patients with temporomandibular joint pain: a randomized controlled multicenter study*. J Oral Facial Pain Headache 28(2): 128-137. doi:10.11607/ofph.1216.