

- Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med* 2018; 378:113.
6. **Ramalingam SS, Vansteenkiste J, Planchard D, et al.** Overall Survival with Osimertinib in Untreated, EGFR-Mutated Advanced NSCLC. *The New England journal of medicine*. Jan 2 2020; 382(1):41-50. doi:10.1056/NEJMoa1913662.
  7. **Planchard D, Jänne PA, Cheng Y, et al.** for the FLAURA2 Investigators. Osimertinib with or without Chemotherapy in EGFR-Mutated Advanced NSCLC. *N Engl J Med* 2023; 389:1935-1948
  8. **Saito H., Fukuhara T., Furuwa N., Watanabe K., Sugawara S., Iwasawa S., et al.** (2019). Erlotinib Plus Bevacizumab Versus Erlotinib Alone in Patients with EGFR-Positive Advanced Non-Squamous Non-Small-Cell Lung Cancer (NEJ026): Interim Analysis of An Open-Label, Randomised, Multicentre, Phase 3 Trial. *Lancet Oncol.* 20 (5), 625–635. doi:10.1016/S1470-2045(19)30035-X
  9. **Hosomi, Y., Morita, S., Sugawara, S., Kato, T., Fukuhara, T., Gemma, A., et al.** (2020). Gefitinib Alone versus Gefitinib Plus Chemotherapy for Non-small-cell Lung Cancer with Mutated Epidermal Growth Factor Receptor: NEJ009 Study. *J. Clin. Oncol.* 38 (2), 115–123. doi:10.1200/JCO.19.01488
  10. **Mok T.S., Wu Y.-L., Ahn M.-J. et al.**, Osimertinib or Platinum–Pemetrexed in EGFR T790M Positive Lung Cancer. *N Engl J Med*, 376(7), 2017, 629–640.

## ĐẶC ĐIỂM KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ 6 THÁNG BẰNG MÁNG ỔN ĐỊNH (SS) TRÊN PHIM CBCT CỦA BỆNH NHÂN TRƯỞNG THÀNH BỊ RỐI LOẠN KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM DƯỚI (TMD)

Trương Đình Khởi<sup>1</sup>, Phan Thị Hạnh<sup>1</sup>, Lê Linh Chi<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Linh Chi<sup>1</sup>, Trần Lê Giang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét một số chỉ số trên phim CBCT của các bệnh nhân trưởng thành bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) sau 6 tháng điều trị bằng máng nhai ổn định (SS) tại Thành phố Hà Nội năm 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang có mô tả trên phim CBCT ở người trưởng thành bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) điều trị bằng phương pháp máng nhai ổn định (SS), phim được chụp và phân tích ở hai thời điểm trước điều trị và sau điều trị 6 tháng. **Kết quả:** Hình thái đầu lồi cầu hình tam giác chiếm đa số (45,1%), hình thái lồi và tròn chiếm tỉ lệ thấp nhất (9,7%); kích thước khoảng gian lồi cầu sau (PS), khoảng gian lồi cầu trên (SS) trước điều trị lớn hơn sau điều trị 6 tháng; tỉ lệ không tổn thương tăng lên sau điều trị từ 12,92% lên 19,37%; tổn thương dạng mòn nhẹ còn sun giảm từ 41,93% xuống 35,48%. **Kết luận:** Phân bố tỉ lệ hình thái đầu lồi cầu không thay đổi trước và sau 6 tháng điều trị, vị trí của lồi cầu sau điều trị 6 tháng có sự dịch chuyển ra trước và về vị trí trung tâm hơn so với trước điều trị, dạng tổn thương đầu lồi cầu mòn và còn sun chiếm đa số. **Từ khóa:** Rối loạn khớp thái dương hàm, máng nhai ổn định

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT BEFORE

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi

Email: bskhoirhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

#### AND AFTER 6 MONTHS OF TREATMENT WITH STABILIZATION SPLINT (SS) ON CBCT IMAGING IN ADULT PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR JOINT DISORDERS (TMD)

**Objective:** Evaluation of certain indices on CBCT imaging in adult patients with temporomandibular joint disorders (TMD) after 6 months of treatment with stabilization splints (SS) in Hanoi City from 2022 to 2024. **Subject and methods:** A descriptive cross-sectional study on CBCT imaging in adults with temporomandibular joint disorders (TMD) treated with stabilization splints (SS), with imaging performed and analyzed at two time points: before treatment and 6 months after treatment. **Results:** The triangular condylar head morphology accounted for the majority (45,1%), while convex and round morphologies had the lowest proportion (9,7%). The dimensions of the posterior condylar space (PS) and superior condylar space (SS) were larger before treatment compared to 6 months after treatment. The proportion of patients without damage increased from 12,92% to 19,37% after treatment, while the prevalence of mild wear with cartilage thinning decreased from 41,93% to 35,48%. **Conclusions:** The distribution of condylar head morphology remained unchanged before and after 6 months of treatment. After 6 months of treatment, the condylar position shifted anteriorly and moved closer to the central position compared to before treatment. The majority of condylar head damage before treatment was in the form of wear with remaining cartilage.

**Keywords:** Temporomandibular joint disorders (TMD), Stabilization Splint (SS)

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn khớp thái dương hàm (Temporomandibular disorders – TMD) là một trong những bệnh đau vùng mặt – miệng phổ biến, bao gồm các triệu chứng đau và tình trạng liên quan đến sự rối loạn của khớp thái dương hàm và hệ thống cơ nhai. Đau là lý do thường xuyên gặp phải khi bệnh nhân đến khám, rối loạn chức năng hàm như hạn chế sự di chuyển của xương hàm dưới khi hoạt động chức năng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống hàng ngày của người bệnh.

Hiện nay, nguyên nhân của bệnh TMD chưa rõ ràng, tuy nhiên phương pháp điều trị ưu tiên được lựa chọn bao gồm tư vấn, dùng thuốc, vật lý trị liệu, bài tập trị liệu và liệu pháp máng nhai ổn định (Stable occlusal Splint therapy – SS). Điều trị bằng máng nhai ổn định (SS) được coi là phương pháp điều trị cơ bản cho tình trạng rối loạn khớp thái dương hàm (TMD), phương pháp này thúc đẩy sự điều chỉnh của khớp thái dương hàm dưới theo chiều dọc, định vị lại vị trí và nhận thức của khớp thái dương hàm dưới cũng như hệ thống thần kinh cơ có liên quan. Nhiều nghiên cứu cho thấy máng nhai ổn định (SS) có tác dụng tốt đối với những bệnh nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm, mặc dù vậy chưa có nhiều nghiên cứu đo đạc chính xác hoặc chỉ ra được sự thay đổi khớp thái dương hàm. Các phương pháp được sử dụng khi đo đạc trên phim X-quang chụp khớp, phim toàn cảnh hoặc phim chùm tia hình nón (CBCT) đưa ra được các chỉ số khác nhau để đánh giá hình thái, kích thước, dạng tổn thương của khớp thái dương hàm dưới, đặc biệt trong bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD).

Trên thế giới đã sử dụng dụng một số phân loại đánh giá tổn thương rối loạn khớp thái dương hàm như phân loại hình dạng đầu lồi cầu trên mặt phẳng đứng ngang của khớp thái dương hàm theo phân loại của Yale (1966)<sup>1</sup>; phân loại tổn thương đầu khớp trên mặt phẳng đứng ngang, bao gồm 7 loại theo phân loại của Peyron-Altman (1992)<sup>3</sup>; đo đạc và phân loại kích thước gian khớp lồi cầu ở mặt phẳng đứng dọc qua khớp khi ngậm miệng ở vị trí khớp cắn trung tâm, bao gồm ba kích thước theo cách đo của Kuzumi Ikeda (2009)<sup>2</sup>. Một số năm gần đây, đã có những nghiên cứu trên phim CBCT đánh giá tổn thương trên bệnh nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD)<sup>4,5,6</sup>.

Tại Việt nam đã có một số nghiên cứu về các chỉ số này trên phim CBCT như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo Vân (2022)<sup>4</sup>, Nguyễn Văn Tâm (2021)<sup>6</sup>, Võ Thị Lê Nguyên (2016)<sup>7</sup>, Trịnh Văn

Duy và CS (2024)<sup>8</sup>, tuy nhiên, số lượng nghiên cứu trên phim CBCT còn ít, chưa có đánh giá về kết quả điều trị bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) bằng máng nhai ổn định (SS) trên phim CBCT. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Nhận xét một số chỉ số trên phim CBCT trên các bệnh nhân trưởng thành bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) sau 6 tháng điều trị bằng máng nhai ổn định (SS) tại Thành phố Hà Nội năm 2022-2024"*.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Thiết kế nghiên cứu.** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên phim CBCT.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**  
**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 5/2022 đến tháng 8/2024.

**Địa điểm:** Trung tâm chụp phim CBCT Cát Linh, Hà Nội và đo đạc, xử lý số liệu tại Khoa Răng Hàm Mặt, ĐHY Dược-ĐHQGHN.

**2.3. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu bao gồm khớp thái dương hàm hai bên của toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn khớp thái dương hàm dưới (TMD) theo tiêu chuẩn chẩn đoán của McNeil (1997)<sup>1,4,5</sup> bao gồm ít nhất một trong ba triệu chứng sau: Đau khớp thái dương hàm, hệ thống cơ nhai và/hoặc vùng xung quanh, đau tăng lên khi sờ nắn hoặc hoạt động chức năng; lệch hàm khi há miệng, có thể kèm theo tiếng kêu khớp; hạn chế há miệng dưới 40mm.

**2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu.** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, có chủ đích, toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Chúng tôi thực hiện đo đạc trên 62 khớp thái dương hàm của 31 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) (bao gồm 24 nữ và 7 nam).

**2.5. Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu**

- Mỗi bệnh nhân được thăm khám và chụp phim chùm tia hình nón (CBCT) tại hai thời điểm: Trước điều trị và sau điều trị 6 tháng bằng máy chụp 1,5 Tesla CBCT Smart Plus™ (Vatech, Hàn Quốc), model: PHT-35LHS, version: 1.31; ma trận 256x256, độ dày lát cắt 1mm, cường độ tia 94 kVp và 8,7mA, FOV 10x8,5cm ở tư thế lồng múi tối đa.

- Hướng dẫn bệnh nhân tư thế chụp khớp thái dương hàm dưới từng bên trên máy CBCT, tư thế của đầu chếch nghiêng về phía đối diện chụp, mỗi bệnh nhân được chụp từng bên hai lần cách nhau 6 tháng (trước và sau điều trị 6 tháng).

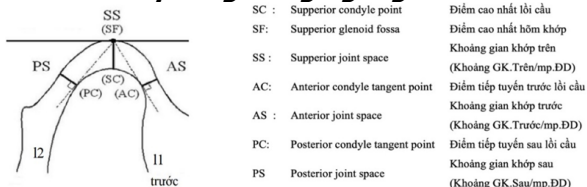
- Phân loại hình dạng đầu lồi cầu trên mặt phẳng đứng ngang của khớp thái dương hàm

theo phân loại của Yale (1966)<sup>1</sup> bao gồm 5 loại: Hình phẳng, lồi, tam giác, tròn, hình dạng khác.

- Kích thước gian khớp lồi cầu ở mặt phẳng đứng dọc qua khớp khi ngậm miệng ở vị trí khớp cắn trung tâm, bao gồm ba kích thước theo cách đo của Kuzumi Ikeda (2009)<sup>2</sup>: Khoảng gian khớp trước (Anterior Joint Space-AS), khoảng gian khớp trên (Superior Joint Space-SS), Khoảng gian khớp sau (Posterior Joint Space-PS).



**Hình 2.1. Hình dạng đầu lồi cầu trên mặt phẳng đứng ngang<sup>1,4</sup>**



**Hình 2.2. Cách đo khoảng gian khớp lồi cầu trên mặt phẳng đứng dọc<sup>2,4</sup>**

- Phân loại tổn thương đầu khớp trên mặt phẳng đứng ngang, bao gồm 7 loại theo phân loại của Peyron-Altman (1992)<sup>3</sup>: Không tổn thương, bị mòn nhẹ còn lớp sụn, mòn phẳng, mòn lõm đáy, có xơ xương dưới sụn, gai xương, nang dưới sụn.

- Vị trí lồi cầu ở mặt phẳng đứng dọc ở hai tư thế ngậm miệng và há miệng tối đa theo phương pháp của Ikeda (2009)<sup>2</sup> bao gồm 3 vị trí: Vị trí trung tâm, vị trí ra trước và vị trí lui sau.

**2.7. Xử lý số liệu.** Các cơ sở dữ liệu nghiên cứu được nhập liệu bằng Epi data 3.0 và làm sạch, xử lý bằng các thuật toán xác suất thống kê phù hợp của phần mềm SPSS 23.0.

**2.8. Đạo đức nghiên cứu.** Các bệnh nhân nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm được giải thích rõ ràng và tự nguyện chấp nhận tham gia vào nghiên cứu này.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Chúng tôi nghiên cứu trên 31 đối tượng từ 24,6 đến 50,2 tuổi tại Thành phố Hà Nội, độ tuổi trung bình là 37,4±12,8 tuổi, trong đó 24 nữ (77,42%) và 7 nam (22,58%).

**Bảng 3.1: Tỷ lệ hình thái đầu lồi cầu theo phân loại Yale (n=62)**

Hình thái đầu lồi cầu	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	%	n	%	
Phẳng	10	16,1%	10	16,1%	>

Lồi	6	9,7%	6	9,7%	0,05
Tam giác	28	45,1%	28	45,1%	
Tròn	6	9,7%	6	9,7%	
Hình dạng khác	12	19,4%	12	19,4%	

**Nhận xét:** Tỷ lệ hình thái đầu lồi cầu theo phân loại của Yale (1966)<sup>1</sup> cho thấy trước và sau điều trị 6 tháng không có sự khác biệt về phân loại đầu lồi cầu trên phim CBCT với p>0,05. Hình thái đầu lồi cầu hình tam giác chiếm đa số (45,1%), hình thái lồi và tròn chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,7%).

**Bảng 3.2: So sánh khoảng gian khớp lồi cầu trước và sau điều trị (n=62) (mm)**

Kích thước	Trước điều trị (X̄±SD)	Sau điều trị (X̄±SD)	p
AS	3,11 ± 0,68	2,67 ± 0,55	<0,05
SS	2,62 ± 0,54	2,24 ± 0,48	
PS	1,56 ± 0,51	1,94 ± 0,53	

**Nhận xét:** Kích thước khoảng gian khớp lồi cầu sau (PS), khoảng gian khớp lồi cầu trên (SS) trước điều trị lớn hơn sau điều trị 6 tháng, khoảng gian khớp lồi cầu trước (AS) sau điều trị 6 tháng lớn hơn trước khi điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**Bảng 3.3: Phân loại tổn thương đầu lồi cầu theo Peyron-Altman (n=62)**

Hình thái tổn thương	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	%	n	%	
Không tổn thương	8	12,92%	12	19,37%	<0,05
Mòn nhẹ, còn sụn	26	41,93%	22	35,48%	<0,05
Mòn phẳng	18	29,03%	18	29,03%	>0,05
Mòn đáy lõm	6	9,68%	6	9,68%	
Xơ xương dưới sụn	2	3,22%	2	3,22%	
Gai xương	2	3,22%	2	3,22%	
Nang dưới sụn	0	0,00%	0	0,00%	

**Nhận xét:** Tỷ lệ không tổn thương tăng lên sau điều trị từ 12,92% lên 19,37%; tổn thương dạng mòn nhẹ còn sụn giảm từ 41,93% xuống 35,48%. Các dạng tổn thương khác không thay đổi khi so sánh trước và sau điều trị 6 tháng.

**Bảng 3.4: Phân bố vị trí lồi cầu theo phân loại Ikeda (n=62)**

Vị trí lồi cầu	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	%	n	%	
Vị trí lồi cầu trung tâm	20	32,26%	28	45,16%	<0,05
Vị trí lồi cầu ra trước	14	22,58%	16	25,81%	>0,05
Vị trí lồi cầu ra sau	28	45,16%	18	29,03%	<0,05

**Nhận xét:** Trước điều trị vị trí lồi cầu ra trước có tỷ lệ cao nhất (45,16%), vị trí lồi cầu

trung tâm 32,26% và vị trí lùi cầu ra sau 22,58%. Sau điều trị 6 tháng, vị trí lùi cầu trung tâm chiếm tỉ lệ lớn nhất (45,16%), sự thay đổi đáng kể có ý nghĩa thống kê tỉ lệ trước và sau điều trị vị trí lùi cầu ra trước và vị trí lùi cầu trung tâm với  $p < 0,05$ .

**IV. BÀN LUẬN**

Phân bố tỉ lệ hình thái đầu lồi cầu theo phân loại của Yale (1966)<sup>1</sup> cho thấy hình thái đầu lồi cầu dạng tam giác ở bệnh nhân trưởng thành bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) chiếm đa số (45,1%); hình thái lồi và tròn chiếm tỉ lệ thấp nhất (9,7%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm tổn thương do rối loạn khớp thái dương hàm dưới thường dẫn đến nhai lệch sang một bên nhiều hơn, vì vậy trên mặt phẳng đứng ngang thì đầu lồi cầu bị mòn theo chiều ngoài-trong nhiều hơn. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thảo Vân và cộng sự (2022)<sup>4</sup> với tỉ lệ hình thái đầu lồi cầu tam giác là 51,56%. Tuy nhiên, hình thái đầu lồi cầu không thay đổi tỉ lệ phân bố trước và sau điều trị 6 tháng bằng máng ổn định (SS). Điều này có thể do tổn thương thường được hình thành trong quá trình lâu dài khi mắc bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) và hoạt động chức năng liên tục, các vùng mài mòn hai bên thì không có sụn che phủ đối với người trưởng thành, do vậy khả năng hồi phục hoặc thay đổi hình thái đầu lồi cầu ít xảy ra.

Kích thước khoảng gian khớp lồi cầu theo mặt phẳng đứng dọc theo cách đo của Kuzumi Ikeda (2009)<sup>2</sup> cho thấy trước điều trị, khoảng gian lồi cầu trước > khoảng gian lồi cầu trên > khoảng gian lồi cầu sau, điều này gợi ý rằng lồi cầu có xu hướng nghiêng ra sau nhiều hơn trên các bệnh nhân khi mắc bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD), như vậy nằm phía sau hơn trong mặt phẳng đứng dọc theo chiều trước-sau. Các kích thước khoảng gian lồi cầu trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thảo Vân và cộng sự (2022)<sup>4</sup>. Nghiên cứu của Jaime Gateno (2004)<sup>5</sup> chỉ ra rằng đĩa khớp trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm có xu hướng đưa ra trước, vị trí lồi cầu lên cao và ra sau hơn, điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

**Bảng 4.1. So sánh kích thước khoảng gian khớp trước điều trị của một số tác giả (mm)**

Kích thước	Nguyễn Thảo Vân và cộng sự (2022) <sup>4</sup> (X±SD)	Nghiên cứu của chúng tôi (X±SD)
AS	3,02 ± 0,51	3,11 ± 0,68

SS	2,41 ± 0,38	2,62 ± 0,54
PS	1,46 ± 0,32	1,56 ± 0,51

Sau điều trị 6 tháng bằng máng ổn định (SS) cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê kích thước khoảng gian khớp lồi cầu trước và sau điều trị. Khoảng gian khớp trước và khoảng gian khớp trên giảm, khoảng gian khớp sau tăng; điều này được giải thích là đĩa khớp đã di chuyển lên trên và ra sau hơn, vị trí lồi cầu đưa ra trước nhiều hơn so với trước khi điều trị, như vậy lồi cầu gần với vị trí trung tâm trong hõm khớp hơn.

Phân loại hình thái tổn thương đầu lồi cầu theo Peyron-Altman cho thấy tổn thương mòn nhẹ và còn sụn chiếm tỉ lệ lớn nhất trước điều trị (41,93%), giảm xuống (35,48%) sau điều trị 6 tháng; hình thái không tổn thương trước điều trị (12,92%) tăng lên sau điều trị 6 tháng (19,37%); các hình thái khác không thay đổi tỉ lệ trước và sau điều trị. Trong quá trình điều trị, chúng tôi nhận thấy có 4 trường hợp tổn thương mòn nhẹ và còn sụn hồi phục tốt, trở lại trạng thái bình thường của lồi cầu, điều này có thể so sụn lồi cầu khi không bị nén trong quá trình hoạt động chức năng thì có thể tăng sinh và trở lại hình dạng bình thường, tuy vậy những loại tổn thương không còn sụn thì không thay đổi hình thái tổn thương trước và sau điều trị. Kết quả phân bố hình thái tổn thương trước điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm (2021)<sup>6</sup>; tuy nhiên khác với kết quả nghiên cứu của Võ Thị Lê Nguyễn (2016)<sup>7</sup> và Trịnh Văn Duy (2024)<sup>8</sup> khi nhận thấy hình thái tổn thương dạng phẳng chiếm tỉ lệ cao nhất, tiếp theo là dạng mòn và dạng tiêu xương. Sự khác biệt này có thể do cách chọn mẫu của chúng tôi bao gồm đa số bệnh nhân trẻ tuổi đi thăm khám sớm bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD), vì vậy mức độ tổn thương ít nghiêm trọng hơn.

Trước điều trị, vị trí lồi cầu đưa ra sau chiếm tỉ lệ cao nhất (45,16%), tiếp đến là vị trí lồi cầu trung tâm (32,26%) và thấp nhất là vị trí lồi cầu ra trước (22,58%); sự phân bố tỉ lệ này phù hợp với kết quả đo khoảng gian khớp lồi cầu trước điều trị. Tuy nhiên, khác với kết quả nghiên cứu của Võ Thị Lê Nguyễn (2016)<sup>7</sup> khi nhận thấy tỉ lệ 3 vị trí lồi cầu tương đồng nhau. Sau điều trị 6 tháng, tỉ lệ vị trí lồi cầu trung tâm tăng lên đáng kể (từ 32,26% lên 45,16%), và tỉ lệ vị trí lồi cầu ra sau giảm đáng kể (từ 45,16% xuống 29,03%). Điều này là do có sự chuyển vị trí của lồi cầu từ phía sau ra trước khi đeo máng ổn định (SS) 6 tháng. Kết quả nghiên cứu trên phim CBCT khớp thái dương hàm cho thấy điều trị

bằng máng ổn định có cải thiện rõ rệt sau 6 tháng, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Thành (2013)<sup>9</sup> và Lê Nguyên Lâm (2023)<sup>10</sup>.

**V. KẾT LUẬN**

- Hình thái đầu lồi cầu dạng tam giác chiếm đa số (45,1%); loại hình thái lồi và tròn chiếm tỉ lệ thấp nhất (9,7%), phân bố tỉ lệ hình thái đầu lồi cầu không thay đổi trước và sau 6 tháng điều trị.

- Vị trí của lồi cầu sau điều trị 6 tháng có sự dịch chuyển ra trước và về vị trí trung tâm hơn so với trước điều trị.

- Dạng tổn thương đầu lồi cầu mòn và còn sụn chiếm đa số trước điều trị, có khả năng phục hồi sau điều trị trở lại trạng thái bình thường, tuy nhiên các dạng khác thì không thể phục hồi sau điều trị 6 tháng.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Yale SH, Allison BD, Hauptfuehrer JD** (1966). An epidemiological assessment of mandibular condyle morphology, Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 21, 169-177.
2. **Kazumi Ikeda** (2009). Assessment of optimal condylar position with limited cone-beam computed tomography, Am J Dentofacial Ortho, 135, 495-501.
3. **Peyron J.G, Altman R.D** (1992). Osteoarthritis: diagnosis and medical/surgical management, Saunders, 2nd edition, 15-37.

4. **Nguyễn Thị Thảo Vân, Võ Huỳnh Trang, Nguyễn Đức Minh** (2022). Đặc điểm hình thái khớp thái dương hàm trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 49, 192-198.
5. **Jaime Gateno** (2004). A comparative assessment of mandibular condylar position in patients with anterior disc displacement of the temporomandibular joint, J Oral Maxillofac Surg, 62, 39-43.
6. **Nguyễn Văn Tâm, Nguyễn Thị Thu Phương, Nguyễn Thị Thuý Nga** (2021). Đặc điểm xương trên hình ảnh cắt lớp chùm tia hình nón của bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm và mối tương quan với triệu chứng lâm sàng, Tạp chí Y học Việt Nam, 505(1), 151-154.
7. **Võ Thị Lê Nguyên, Nguyễn Thị Kim Anh** (2016). Hình ảnh Conebeam CT khớp thái dương hàm của bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm tại khoa Răng Hàm Mặt-ĐH Y dược ĐH TP HCM, Tạp chí nghiên cứu y học TP Hồ Chí Minh, 20(2), 82-89.
8. **Trình Văn Duy và CS** (2024). Đánh giá mối tương quan giữa triệu chứng và mức độ đau khớp thái dương hàm với hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân có rối loạn nội khớp, Tạp chí Y học Việt Nam, 539(2), 317-321.
9. **Nguyễn Mạnh Thành** (2013). Đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm bằng máng ổn định, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, trường Đại học Y Hà Nội.
10. **Lê Nguyên Lâm, Nguyễn Phúc Vinh** (2023). Đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm bằng máng nhai tại BV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Vietnam Journal of Community Medicine, 64(5), 223-231.

**GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC THUỐC ĐỐI QUANG (DCE-MR) TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT TỔ CHỨC CỦA U BUỒNG ÁC TÍNH VỚI TỔ CHỨC CỦA U BUỒNG TRỨNG LẠNH TÍNH**

**Đoàn Tiên Lưu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Ngọc Cương<sup>1,2</sup>**

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** U buồng trứng cấu trúc nang đơn thuần là u lành tính, nhưng u buồng trứng có phần tổ chức trong nang có thể là u ác tính hoặc u lành tính. Tổ chức u buồng trứng ác tính có đặc điểm tăng sinh tân mạch, thể hiện trên trên xung DCE-MR là tổ chức bắt thuốc mạnh, bắt thuốc sớm. Ngược lại, tổ chức u buồng trứng lành tính có đặc điểm giàu xơ, nghèo mạch, ít bắt thuốc đối quang từ, bắt thuốc tăng dần đến thì muộn. Dựa vào đặc điểm này có thể chẩn

đoán phân biệt được u buồng trứng ác tính với u buồng trứng lành tính. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá giá trị của cộng hưởng từ động học thuốc đối quang từ DCE-MR trong chẩn đoán phân biệt tổ chức ác tính với tổ chức lành tính của u buồng trứng. **Đối tượng nghiên cứu:** 127 trường hợp ung thư buồng trứng có tổ chức đặc, trong đó 90 trường hợp u buồng trứng ác tính, 37 trường hợp u buồng trứng lành tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiền cứu. So sánh kết quả chẩn đoán xung chụp cộng hưởng từ động học DCE-MR với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. **Kết quả nghiên cứu:** Xung DCE-MR có giá trị cao trong chẩn đoán phân biệt tổ chức u buồng trứng ác tính với tổ chức u buồng trứng lành tính. **Từ khóa:** u buồng trứng lành tính, u buồng trứng ác tính, cộng hưởng từ động học thuốc đối quang từ

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và can thiệp điện quang – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Tiên Lưu

Email: doantienluu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

**SUMMARY**

**THE VALUE OF DYNAMIC CONTRAST-**