

Điều trị viêm xương khớp ở khớp thái dương hàm: Báo cáo ca lâm sàng

Đoàn Hồng Phượng

Trường Đại học quốc tế Hồng Bàng

TÓM TẮT

Giới thiệu: Viêm xương khớp ở khớp thái dương hàm gây ra các thay đổi vĩnh viễn trên cấu trúc xương của khớp, đau, và giới hạn vận động hàm. Nghiên cứu này nhằm chứng tỏ hiệu quả của các phương thức điều trị không xâm lấn trên viêm xương khớp tiến triển và việc loại bỏ cản trở cắn khớp gây quá tải lực lên khớp trong việc trì hoãn sự tiến triển bệnh. *Vật liệu và phương pháp:* Bài báo này mô tả trường hợp bệnh nhân nữ 42 tuổi đau ở vùng trước tai, má, cổ và vai phải. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm xương khớp khớp thái dương hàm phải, thoái hóa khớp trái; đồng cơ cơ bảo vệ ở cơ cắn, cơ thang phải; và rối loạn khớp cắn (Cắn sâu 100%, mòn nhiều các răng trước do tiếp xúc không ổn định ở vùng răng trước). Điều trị ban đầu với các phương thức không xâm lấn, sau đó phục hình cố định trên các răng dưới có nâng kích thước dọc ở tương quan trung tâm để tạo tiếp xúc ổn định cho khớp cắn. *Kết quả và kết luận:* Các phương thức điều trị không xâm lấn giúp loại bỏ đau, tăng độ há miệng. Phục hình cố định giúp tạo tiếp xúc khớp cắn ổn định, bệnh nhân ăn nhai thoải mái hơn, và tình trạng bệnh được kiểm soát trong một thời gian dài.

Từ khóa: viêm xương khớp ở khớp thái dương hàm, rối loạn khớp cắn, cản trở cắn khớp

1. MỞ ĐẦU

Viêm xương khớp, hay viêm khớp thoái hóa, là một rối loạn thoái hóa ở các khớp hoạt dịch, trong đó có khớp thái dương hàm, theo sau là quá trình viêm thứ phát, gây ra đau và giảm khả năng vận động của khớp. Quá trình thoái hóa tiến triển chậm, cuối cùng dẫn đến sự phá hủy không hồi phục của sụn khớp và xương dưới sụn. Viêm xương khớp là tình trạng cơ xương phổ biến nhất, gây ra các vấn đề có ý nghĩa về mặt sức khỏe, kinh tế và xã hội [1]. Nghiên cứu cho thấy 11% bệnh nhân rối loạn thái dương hàm có các triệu chứng của viêm xương khớp, bệnh thường gặp ở nữ nhiều hơn nam, và tỷ lệ tăng theo tuổi (tăng từ 40 tuổi, cao nhất trong khoảng 50 - 70 tuổi) [2].

Nhiều yếu tố góp phần tại chỗ và toàn thân có thể khởi phát các tổn thương ở các thành phần khác nhau của khớp. Chức năng của khớp vẫn

duy trì bình thường khi nào khả năng thích nghi của nó không bị tổn hại. Những thay đổi bên trong khớp liên quan đến quá trình thích nghi này được xem là viêm xương khớp không có triệu chứng, được gọi là “Bệnh thoái hóa khớp”, hay Osteoarthritis [3]. Trong khi những bệnh nhân khác bị đau và giới hạn vận động của khớp do sự hiện diện của các yếu tố góp phần, tình trạng này được gọi là “Viêm xương khớp” hay Osteoarthritis [3]. Các yếu tố góp phần bao gồm các yếu tố cơ học như chấn thương mạnh vào vùng hàm mặt, vi chấn thương (như nghiến răng, cắn chặt răng, cản trở cắn khớp, ...) gây quá tải lực lên khớp, đặc biệt nếu có thêm sự hiện diện của stress; và các yếu tố sinh học như tuổi, giới, hormone, di truyền, rối loạn chuyển hóa, ... có thể ảnh hưởng lên khả năng thích ứng của các cấu trúc khớp [4]. Mặc dù viêm xương

Tác giả liên hệ: ThS. BS Đoàn Hồng Phượng
Email: phuongdh@hiu.vn

khớp có thể bắt đầu bởi nhiều yếu tố, quá tải cơ học vẫn là đặc điểm chính của cơ chế bệnh sinh của nó. Viêm xương khớp có thể xuất phát từ các stress cơ học bất thường, quá mức lên sụn khớp, xương và dây chằng khỏe mạnh ban đầu hay đã có bệnh lý. Thậm chí, nếu mô khớp đã có vấn đề, thì các lực sinh lý bình thường cũng có thể gây quá tải lực lên khớp [1]. Viêm xương khớp thường gặp nhất ở bệnh nhân có đờ đũa ra trước không hồi phục hay thủng đĩa. Điều này là do mất cơ chế hấp thu shock và giảm ma sát giữa các bề mặt khớp của đĩa khớp, đã không còn nằm giữa lồng cầu và lồng khớp. Vấn đề này sẽ đặc biệt trầm trọng hơn trên người có nghiện răng hay cắn chặt răng [3].

Cho đến nay, không có phương pháp nào có thể ngăn chặn hiệu quả sự hư hỏng cấu trúc của sụn và xương, hoặc có thể đảo ngược thành công các khiếm khuyết cấu trúc. Các phương pháp điều trị hiện nay chủ yếu là loại bỏ đau, cải thiện chức năng của khớp, và cố gắng sửa đổi hay cải thiện đặc điểm cấu trúc của các mô ở khớp bị ảnh hưởng [1]. Điều trị viêm xương khớp ở khớp thái dương hàm có thể là các tiếp cận không xâm lấn, xâm lấn tối thiểu và xâm lấn. Các phương pháp không xâm lấn bao gồm hướng dẫn tự chăm sóc, điều trị nhận thức hành vi, vật lý trị liệu, điều trị nội khoa và máng nhai; điều trị xâm lấn tối thiểu gồm tiêm thuốc kháng viêm, giảm đau, acid hyaluronic, hay huyết tương giàu tiểu cầu vào khớp, chọc rửa khớp và nội soi khớp; các thủ thuật xâm lấn hơn là các can thiệp phẫu thuật mở khớp, nhằm sửa chữa đĩa khớp, các bề mặt xương của khớp, và cuối cùng là thay khớp. Hầu hết bệnh nhân được điều trị thành công với các phương pháp bảo tồn (không xâm lấn), nâng đỡ, nhằm điều trị triệu chứng và thúc đẩy quá trình thích nghi. Một số ít trường hợp nặng, không đáp ứng với các điều trị không xâm lấn, thì các thủ thuật xâm lấn hơn được xem xét [3, 5, 6]. Hiện nay, các nghiên cứu tiền lâm sàng và lâm sàng đã và đang có các tiếp cận mới trong điều trị viêm xương khớp nhằm đến hai quá trình thoái hóa

và viêm ở sụn, hoạt dịch và xương. Một số nghiên cứu cho kết quả khả quan, hứa hẹn nhiều tiếp cận mới hiệu quả hơn, ví dụ như nghiên cứu hướng về tái tạo mô để điều trị các trường hợp có sự phá hủy nghiêm trọng xương, sụn của lồng cầu [7].

Bài báo này báo cáo một trường hợp viêm xương khớp tiến triển ở khớp thái dương hàm trên một bệnh nhân nữ 42 tuổi, được điều trị thành công lâu dài với các phương thức điều trị không xâm lấn, kết hợp với điều trị phục hình tạo một khớp cắn ổn định.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Lý do đến khám và bệnh sử

Bệnh nhân nữ 42 tuổi đến khám tại Khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TP. HCM, với than phiền chính là đau nhiều vùng trước tai phải, má phải, vùng cổ, vai phải và đau đầu (Hình 1). Cách lúc đến khám bốn năm, bệnh nhân đau nhiều ở khớp thái dương hàm trái, há hạn chế, được điều trị ở Ý với chẩn đoán là rối loạn thái dương hàm. Bệnh nhân đã được điều trị bằng các phương thức mang máng nhai, chỉnh hình ở hàm trên và làm hàm khung dưới (thay thế R36 và R46 bị mất). Bệnh nhân hết đau sau khoảng hơn một năm điều trị. Một tuần trước khi đến khám, bệnh nhân đau nhiều ở vùng trước tai phải, má phải, đau đầu và cổ vai phải. Đau âm ỉ khi nghỉ, tăng khi ăn nhai, khi há, giảm khi nghỉ ngơi, thường xuyên mỗi hàm, cảm giác cứng hàm khi thức dậy vào buổi sáng. Bệnh nhân có thói quen nhai bên phải (khi đau khớp trái), thường có thói quen cắn chặt răng, mức độ stress trung bình. Bệnh nhân có tiền sử đau dạ dày, nhưng đã điều trị khỏi; đã nhổ các R18, 28, 36, 46 do sâu răng.

2.2. Khám lâm sàng

Khám ngoài mặt:

- Quan sát: mặt không cân xứng qua đường giữa, nửa mặt bên phải lớn hơn, cằm lệch trái, ba tầng mặt tương đối cân xứng (Hình 1), da không sưng, đỏ, tuyến mang tai sờ không đau.

- Khám vận động hàm: há hạn chế 38 mm, hơi lệch phải, đau trước tai phải khi há, test end-feel mềm; sang trái 5 mm, đau trước tai phải; sang phải 7 mm, không đau; ra trước 5 mm, đau trước tai phải.

- Khám khớp thái dương hàm: khớp phải sờ đau ở trạng thái tĩnh và trong các vận động há, sang trái và ra trước, tăng đau khi thực hiện test tải lực lên khớp (load testing); khớp trái có tiếng kêu lạo xạo khi há, sang phải và ra trước.

- Khám cơ hàm: cơ thái dương, cơ cắn và cơ thang bên phải đau khi sờ nắn.

Khám trong miệng:

- Khám răng: các R18, 28, 36, và 46 đã nhổ, R36 và 46 được phục hồi bằng phục hình tháo lắp khung bộ; R38 trời, nghiêng gần nhiều và tiếp xúc niêm mạc vùng lồi củ, R37 và 47 nghiêng

gần nhiều, các răng trước trên có trục nghiêng đứng, đặc biệt R13 và 23 nghiêng trong nhiều (thu hẹp hình bao chức năng) (Hình 2A-C, 3A, 3B); có nhiều diện mòn bất thường trên mặt chức năng của tất cả các răng, đặc biệt ở vùng răng trước (Hình 3C, 4).

- Khám khớp cắn: khớp cắn hạng II theo phân loại Angle, cắn chìa 6 mm, cắn sâu 100%, đường cong Spee sâu, các răng trước dưới trời nhiều (Hình 2, 3).

- Khám các tiếp xúc cắn khớp: Tại lồng múi tối đa không có tiếp xúc ở các răng 37, 38, 46, 47; tiếp xúc tại các răng cửa là tiếp xúc dạng diện sát cổ răng, tạo vết trượt xuống nướu (Hình 5, 11). Cản trở cắn khớp được ghi nhận ở tư thế lồng múi tối đa (vùng răng trước), tiếp xúc lui sau (tiếp xúc sớm trên R24, R26) (Hình 6) và ra trước (giữa R38 và R27).



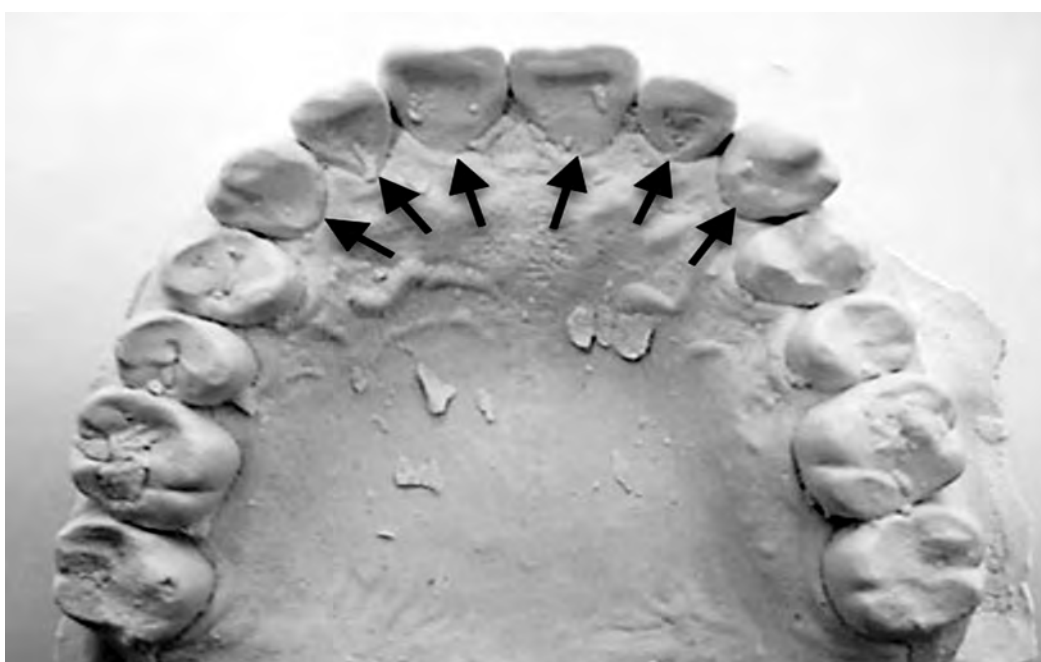
Hình 1. (A) Mặt bệnh nhân không cân xứng, nửa phải lớn hơn nửa trái, cằm lệch về bên trái. (B) Sơ đồ đau của bệnh nhân



Hình 2. Khớp cắn ở lồng múi tối đa: (A) Bên phải, (B) Nhìn thẳng, (C) Bên trái



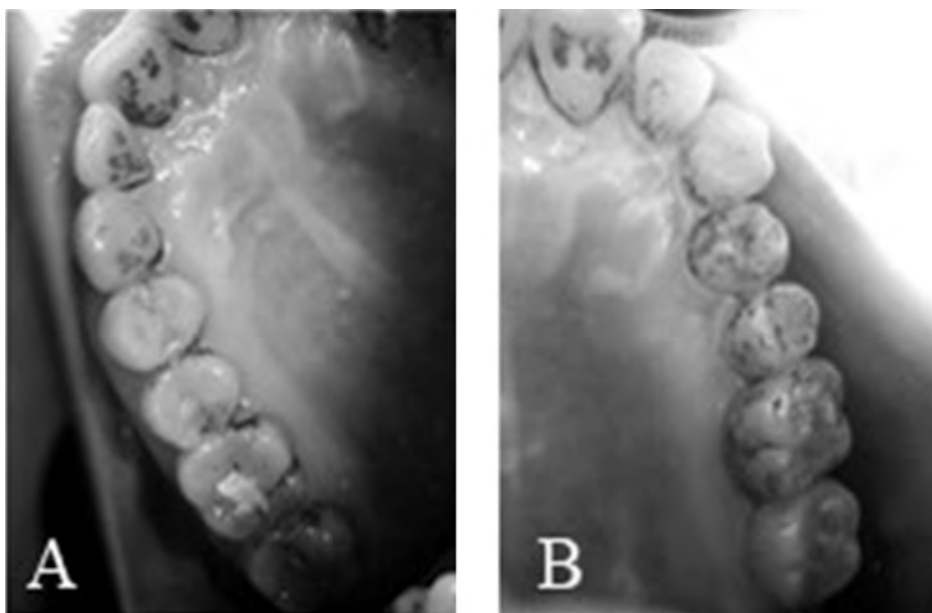
Hình 3. (A) Mất R18, 46 (R46 được thay thế bằng phục hồi trên hàm khung); R47 nghiêng gần nhiều - (B) Mất R28, 36 (R36 được thay thế bằng phục hồi trên hàm khung); R38 trời và nghiêng gần, chạm nướu vùng lồi củ, gây cản trở trong vận động ra trước với R 27; R37 nghiêng gần nhiều - (C) Đường cong Spee cong nhiều; các răng trước dưới trời nhiều; diện mòn bất thường trên cạnh cắn các răng trước và mặt ngoài răng nanh dưới (mũi tên đen)



Hình 4. Các diện mòn bất thường trên mặt chức năng của tất cả các răng, đặc biệt vùng cingulum, sát về phía nướu của các răng trước trên (mũi tên đen)



Hình 5. Tiếp xúc tại lồng mũi tối đa: không có tiếp xúc trên R37, 38, 46, 47; tiếp xúc dạng diện ở cingulum răng cửa trên, sát cổ răng, trượt về phía nướu (mũi tên đen): (A) phần hàm I, (B) phần hàm II, (C) phần hàm IV, (D) phần hàm III



Hình 6. Tiếp xúc lui sau: tiếp xúc sớm trên R 24, 26:(A) phần hàm I, (B) phần hàm II

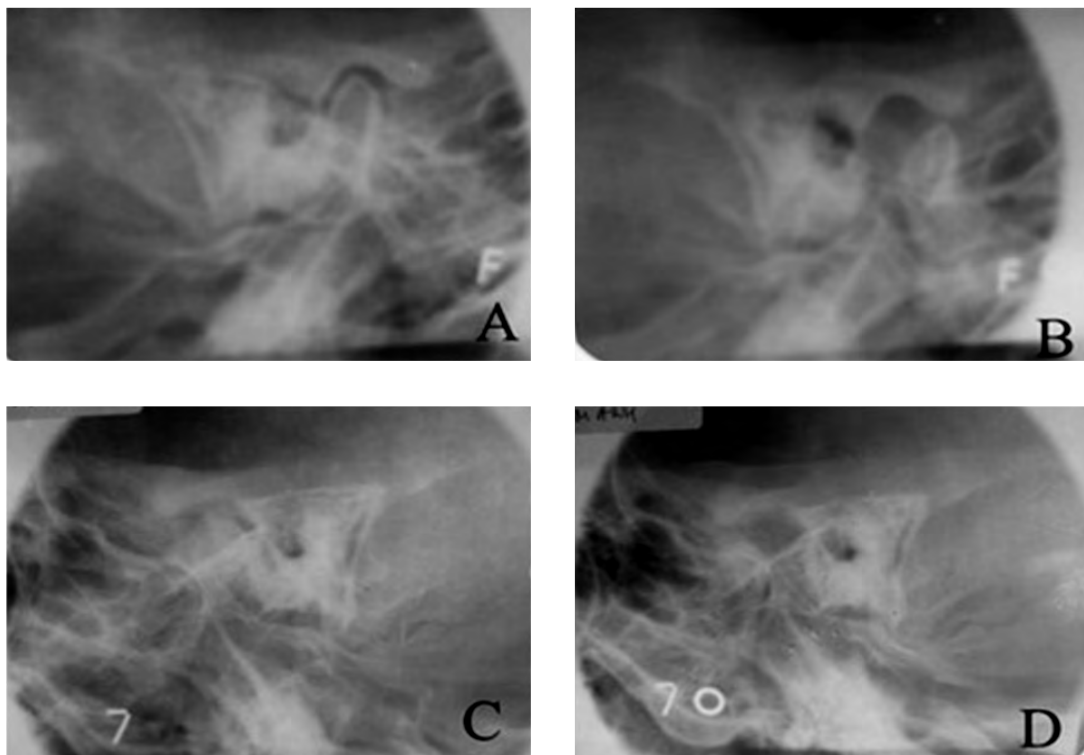
2.3. Cận lâm sàng

Phim toàn cảnh, phim Schuller và MRI cho thấy các hình ảnh thoái hóa khớp ở cả hai bên. Khớp phải có đầu lồi cầu phẳng, gần về phía thành sau hõm khớp (Hình 8A, 9A), tràn dịch ở khoang khớp trên (Hình 9A), đĩa khớp dời ra trước

không hồi phục (Hình 9A và 9B). Khớp trái có đầu lồi cầu phẳng, với gai xương phía trước (lồi cầu hình mỏ chim), lồi khớp phẳng (Hình 7, 8C, 9C), đĩa khớp biến dạng nhiều và dời ra trước không hồi phục (Hình 9C và 9D); vận động của lồi cầu bị giới hạn ở cả hai bên (Hình 9B và 9D).



Hình 7. Phim toàn cảnh: Lồi cầu trái và phải phẳng. Lồi cầu trái có gai xương phía trước (mũi tên đen), khe khớp hẹp

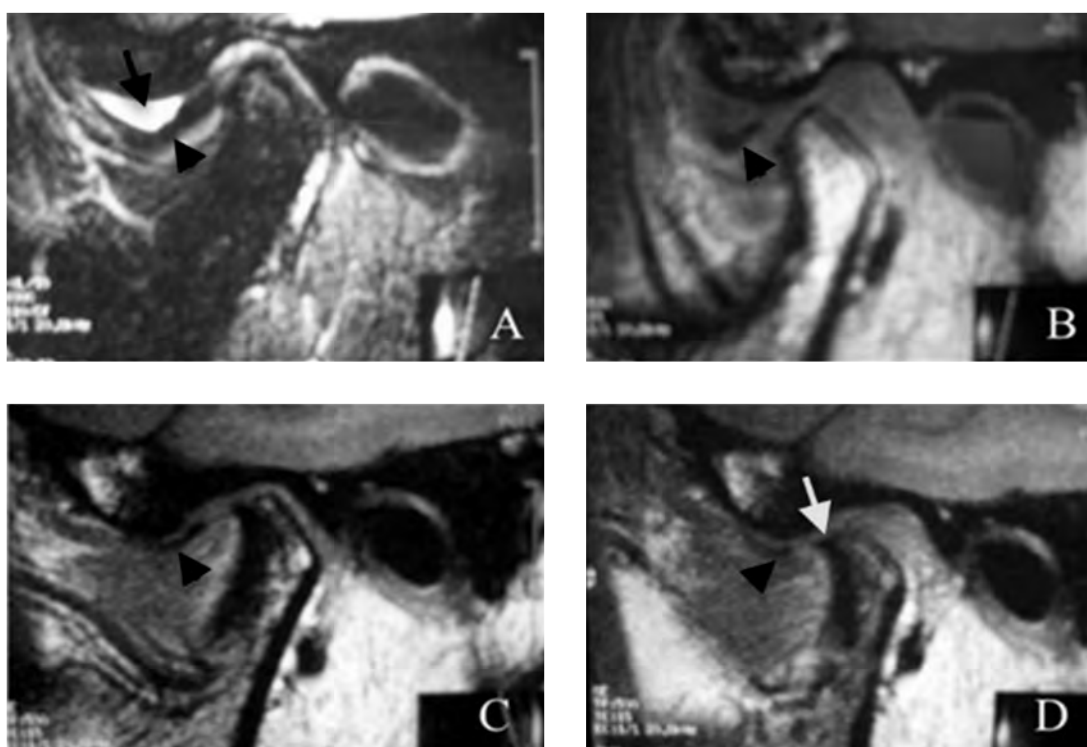


Hình 8. Phim khớp Schuller

Khớp thái dương hàm phải: (A) Tư thế miệng đóng, lồi cầu gần về phía thành sau hõm khớp. (B) Tư thế miệng há, lồi cầu gần đạt đến đỉnh mào lồi khớp.

Khớp thái dương hàm trái: (C) Tư thế miệng

đóng, lồi cầu gần về phía thành sau hõm khớp, khe khớp hẹp, lồi cầu và lồi khớp phẳng, lồi cầu có gai xương phía trước (hình mỏ chim). (D) Tư thế miệng há: lồi cầu gần đạt đến mào lồi khớp.



Hình 9. Phim MRI

Khớp thái dương hàm phải: (A) Tư thế miệng đóng, lưỡi cầu phẳng, gần về phía thành sau hàm khớp, đĩa khớp ở phía trước lưỡi cầu (tam giác đen), tràn dịch ở khoang khớp trên (mũi tên đen). (B) Tư thế miệng há, lưỡi cầu chưa đạt đến đỉnh mào lưỡi khớp, đĩa khớp ở phía trước lưỡi cầu (tam giác đen).

Khớp thái dương hàm trái: (C) Tư thế miệng đóng, lưỡi cầu gần về phía thành sau hàm khớp, khe khớp hẹp, lưỡi cầu và lưỡi khớp phẳng, lưỡi cầu có gai xương phía trước (hình mỏ chim, mũi tên vàng), đĩa khớp ở phía trước lưỡi cầu (tam giác đen). (D) Tư thế miệng há, lưỡi cầu chưa đạt đến đỉnh mào lưỡi khớp, đĩa khớp ở phía trước lưỡi cầu (tam giác đen).

2.4. Chẩn đoán

Các phát hiện từ hỏi bệnh, khám lâm sàng và cận lâm sàng cho phép đưa ra chẩn đoán sau cùng là: (1) Viêm xương khớp ở khớp thái dương hàm phải, thoái hóa khớp ở khớp trái, trên nền của dời đĩa ra trước không hồi phục ở cả hai khớp; (2) Rối loạn khớp cắn (Cắn sâu 100%, mòn các răng trước nhiều do tiếp xúc ở vùng răng trước không ổn định, có các cản trở cắn khớp).

2.5. Điều trị và kết quả điều trị

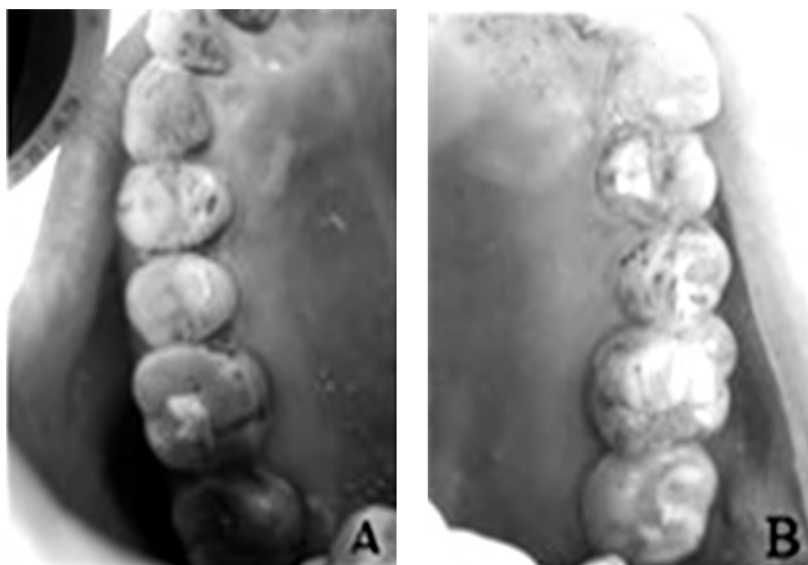
Mục tiêu điều trị trong trường hợp này là loại bỏ đau ở khớp và cơ, cải thiện chức năng của khớp, phòng ngừa sự tiến triển của bệnh, cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, và tạo sự ổn định cho khớp cắn [1, 5, 6].

Bệnh nhân đã được điều trị nội khoa với thuốc kháng viêm, giảm đau (Dicloran 100mg, uống 1 viên/lần, 1 lần/ngày, trong 7 ngày) và thuốc giãn cơ (Decontractyl 500 mg, uống 1 viên/lần, 3 lần/ngày, trong 7 ngày) để kiểm soát đau ở khớp và cơ, và tình trạng đồng cơ cơ bảo vệ ở các cơ nhai, cơ cổ. Khi đau đã giảm, bệnh nhân được hướng dẫn tập vận động hàm nhẹ nhàng (từ vị trí nghỉ, đưa hàm dưới sang bên phải, trở về vị trí nghỉ, đưa hàm sang trái) để kích thích

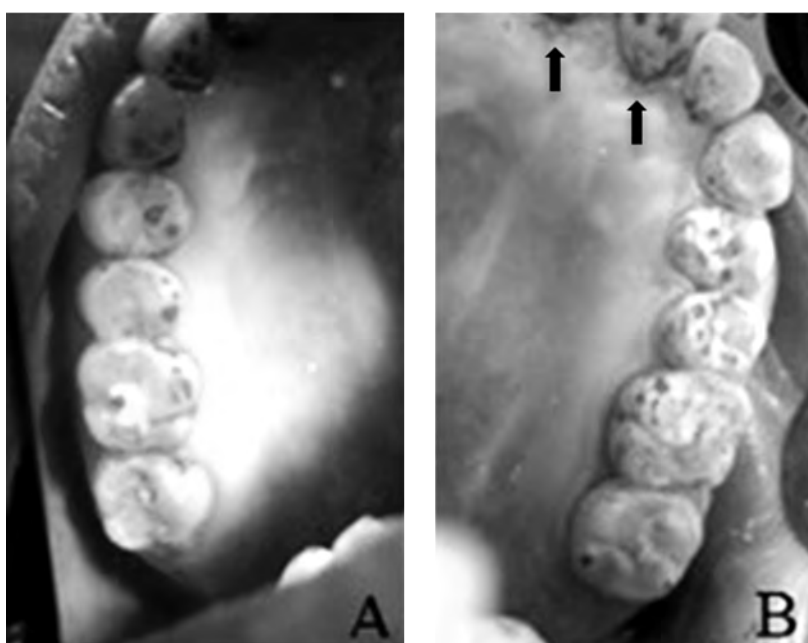
sự bôi trơn khớp và cải thiện chức năng hàm. Để kiểm soát các yếu tố cơ học góp phần, bệnh nhân được hướng dẫn tự chăm sóc và điều trị nhận thức hành vi, mục đích để tạo điều kiện cho mô được sửa chữa và lành thương, đặc biệt là mô sau đĩa. Cụ thể, bệnh nhân được giải thích tình trạng, diễn tiến tự nhiên của bệnh và ảnh hưởng của cắn chặt răng lên tình trạng bệnh; hướng dẫn nội dung tự chăm sóc và cách thức loại bỏ thói quen cắn chặt răng. Nội dung của tự chăm sóc gồm ăn thức ăn mềm, tránh các hành vi, tư thế gây tăng áp lực lên khớp, đặc biệt là cắn chặt răng, giảm stress trong công việc, tập thư giãn toàn thân. Để loại bỏ thói quen cắn chặt răng, bệnh nhân cần chú ý nhận biết hành vi này trong sinh hoạt hằng ngày để loại bỏ, bằng cách há nhẹ và đưa hàm dưới về tư thế nghỉ, tức môi khép nhẹ, các răng không chạm, lưỡi tựa lên vòm miệng phía sau các răng cửa, thư giãn cơ [8]. Việc luyện tập tư thế nghỉ của hàm dưới được thực hiện thường xuyên trong ngày, để hình thành thói quen mới thay thế cho thói quen cắn chặt răng. Đồng thời, bệnh nhân được mang máng nhai ổn định vào ban đêm để tránh quá tải lực lên khớp, cơ hàm đối với hoạt động cận chức năng (cắn chặt răng/nghiến răng ban đêm). Sau 11 ngày điều trị, bệnh nhân hết đau và được tư vấn về điều trị khớp cắn, lý tưởng là chỉnh hình răng và phục hồi răng. Do không có điều kiện kinh tế và thời gian, nên điều trị khớp cắn trong trường hợp này là nhổ R38 và mài chỉnh khớp cắn (Hình 10, 11). Bệnh nhân đau lại ở khớp phải sau hai năm điều trị, đau nhiều khi ăn nhai. Sau khi được điều trị nội khoa và điều chỉnh máng nhai, bệnh nhân hết đau và muốn làm phục hình cố định ở hàm dưới để phục hồi R36 và 46 bị mất. Bệnh nhân được đề nghị và đồng ý làm phục hình cố định ở hàm dưới có nâng kích thước dọc 1mm ở tương quan trung tâm, nhằm tạo tiếp xúc ổn định trên các răng trước. Điều này được thực hiện bằng cách di chuyển

cạnh cắn các răng cửa dưới ra trước bằng composite trám trực tiếp lên mặt ngoài và cạnh cắn (do điều kiện hạn hẹp về kinh tế), các răng nanh và răng sau dưới là cầu răng sứ-kim loại. Việc nâng kích thước dọc cũng giúp điều chỉnh mặt phẳng nhai, giảm bớt độ sâu đường cong Spee, giảm nhẹ độ cắn sâu. Sau khi gắn phục hình cố định ở hàm dưới (Hình 12, 13), bệnh

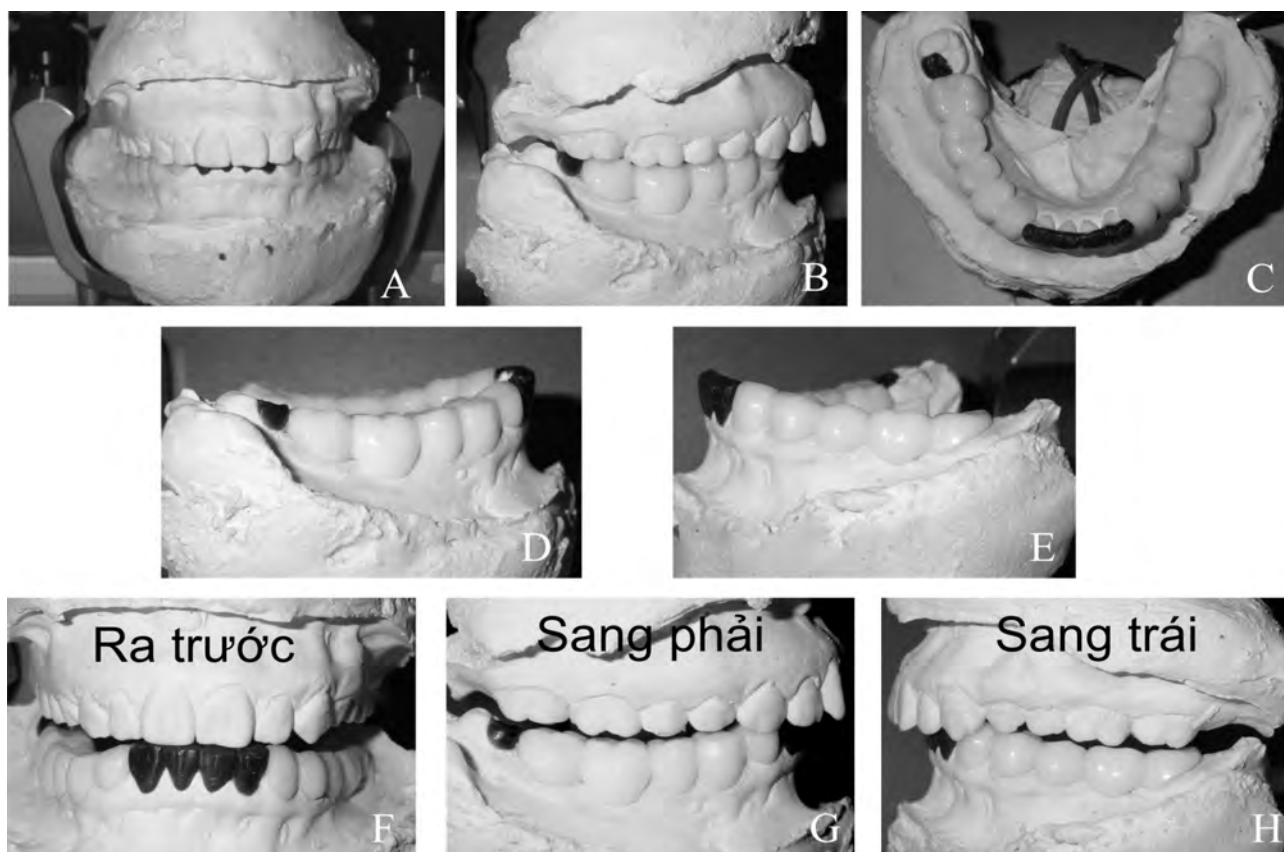
nhân ăn nhai dễ dàng, thoải mái, chất lượng cuộc sống tăng lên đáng kể. Tình trạng khớp ổn định cho đến hiện tại là tám năm. Bệnh nhân được tái khám định kỳ để kiểm soát khớp cắn, trám lại composite bị mòn ở cạnh cắn răng cửa dưới. Hiện tại, bệnh nhân đã được gắn phục hình sứ bốn răng cửa dưới thay cho miếng trám composite (Hình 14).



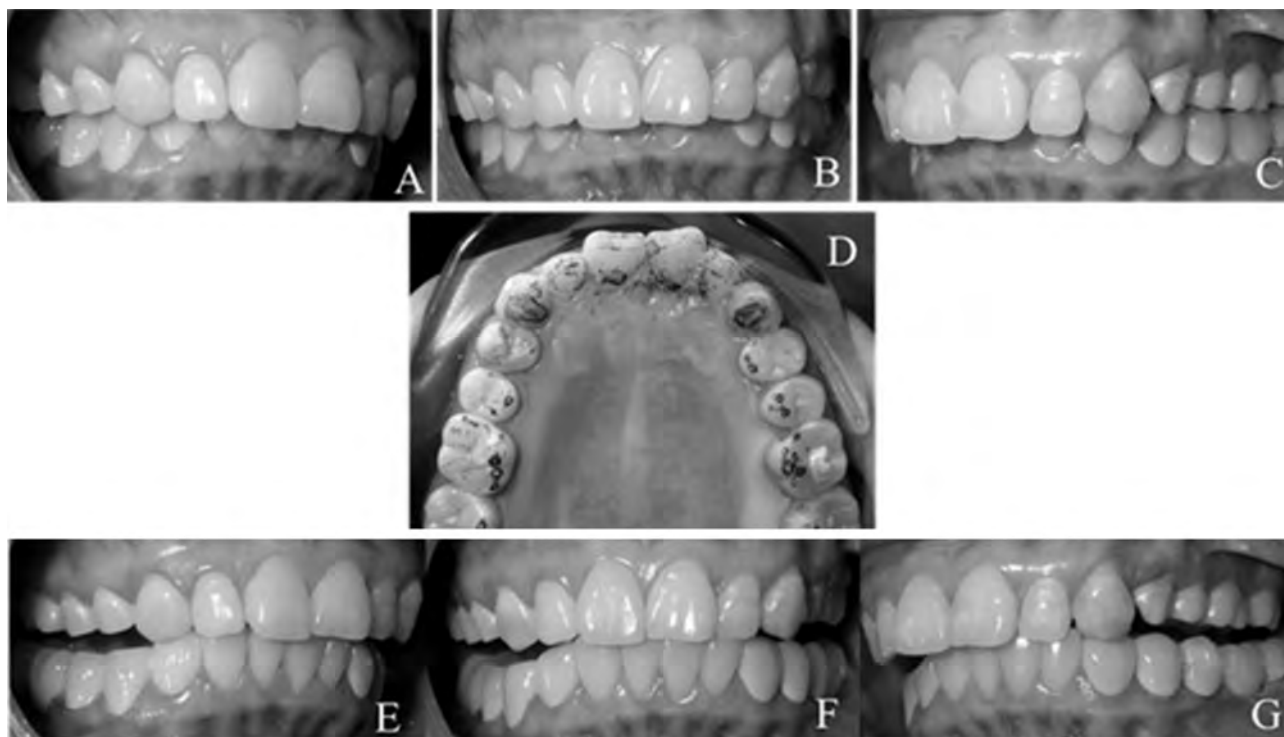
Hình 10. Tiếp xúc lui sau sau mài chỉnh, diễn ra trên răng cối nhỏ ở hai bên.
(A): phần hàm I, (B): phần hàm II



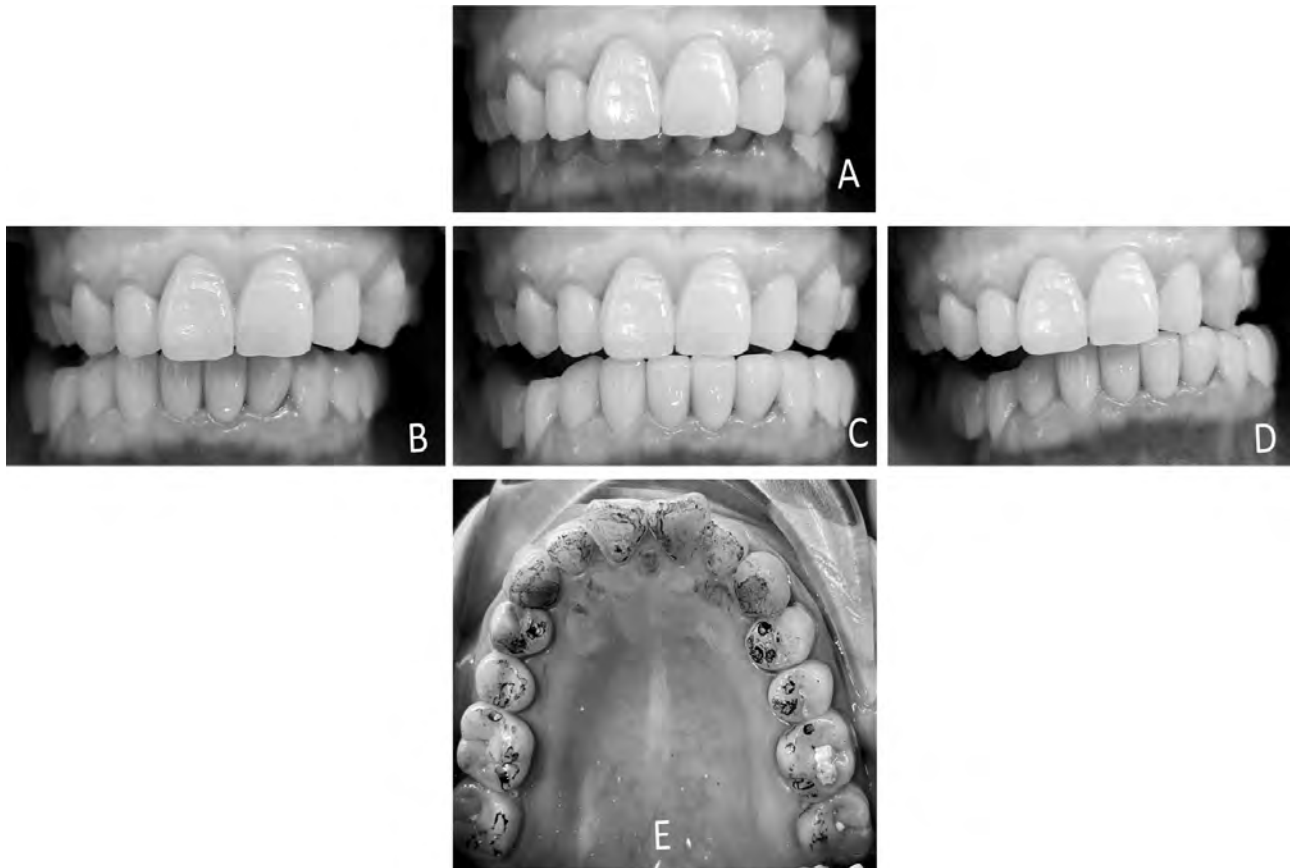
Hình 11. Lồng múi tối đa sau mài chỉnh có tiếp xúc đồng đều trên các răng sau. Tiếp xúc ở vùng răng cửa vẫn trượt về phía nướu (mũi tên đen). (A): phần hàm I, (B): phần hàm II



Hình 12. Bốn răng cửa dưới được wax up và các răng sau dưới được thực hiện mao và cầu tạm bằng nhựa (A-H); Vận động hàm dưới: ra trước (F), sang phải (G), sang trái (H)



Hình 13. Phục hình sứ ở hàm dưới, các răng cửa dưới được trám composite ở mặt ngoài và cạnh cắn để di chuyển cạnh cắn ra phía trước tạo tiếp xúc ổn định ở vùng răng trước (A-G); Sơ đồ tiếp xúc khớp cắn: chấm xanh là tiếp xúc ở lồng múi tối đa, vạch đỏ là tiếp xúc trượt sang bên và ra trước (D); hàm dưới sang phải (E), ra trước (F), sang trái (G)



Hình 14. Phục hình sứ bốn răng cửa dưới: Khớp cắn ở lồng múi tối đa (A), Vận động trượt sang phải (B), Vận động trượt ra trước (C), Vận động trượt sang trái (D); Sơ đồ khớp cắn: chấm xanh là tiếp xúc ở lồng múi tối đa, vạch đỏ là tiếp xúc trượt sang bên và ra trước

3. BÀN LUẬN

Chẩn đoán viêm xương khớp ở khớp thái dương hàm dựa vào các phát hiện từ việc hỏi bệnh sử, khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh [3, 9]. Bệnh nhân này thể hiện đầy đủ các triệu chứng, dấu hiệu điển hình, bao gồm đau và vận động hạn chế ở khớp phải, đau cơ hàm và cơ cổ bên phải do phản xạ đồng cơ bảo vệ. Phim X quang quy ước cho thấy các dấu hiệu đầu lồi cầu phẳng, có gai xương phía trước, hẹp khe khớp, đáp ứng các tiêu chí chẩn đoán của bệnh thoái hóa khớp theo DC/TMD. Phim MRI được chỉ định thêm để khảo sát các bất thường ở mô mềm, trên bệnh nhân này, tình trạng dôi đĩa ra trước không hồi phục là điều kiện thuận lợi dẫn đến bệnh khớp thoái hóa ở cả hai khớp [10].

Trong y văn, có sự đồng thuận của các chuyên gia về việc điều trị viêm xương khớp nói riêng

và rối loạn thái dương hàm nói chung, trong đó phần lớn các trường hợp nên bắt đầu với các phương thức điều trị không xâm lấn do tỷ lệ thành công tương tự nhau, trong khi các can thiệp xâm lấn thường có các biến chứng sau thủ thuật. Khi các triệu chứng không được cải thiện với các phương pháp không xâm lấn, các thủ thuật xâm lấn sẽ được xem xét [3, 4, 5, 6]. Cản trở ở khớp cắn gây quá tải lực lên khớp là yếu tố cơ học góp phần quan trọng trong viêm xương khớp, đặc biệt khi kết hợp với nghiến hay siết chặt răng [3]. Việc điều trị khớp cắn cũng là một thủ thuật xâm lấn, thường được chỉ định khi vấn đề đau đã được kiểm soát với các biện pháp không xâm lấn. Trên ca này, triệu chứng của bệnh nhân đã được cải thiện sau khi áp dụng các phương pháp điều trị không xâm lấn, việc mài điều chỉnh khớp cắn được tiến

hành sau khi triệu chứng đau đã hết. Tuy nhiên, bệnh nhân tái phát nặng sau hai năm điều trị, chứng tỏ bệnh không ổn định, sự thích nghi của cấu trúc khớp kém và còn sự hiện diện của yếu tố góp phần.

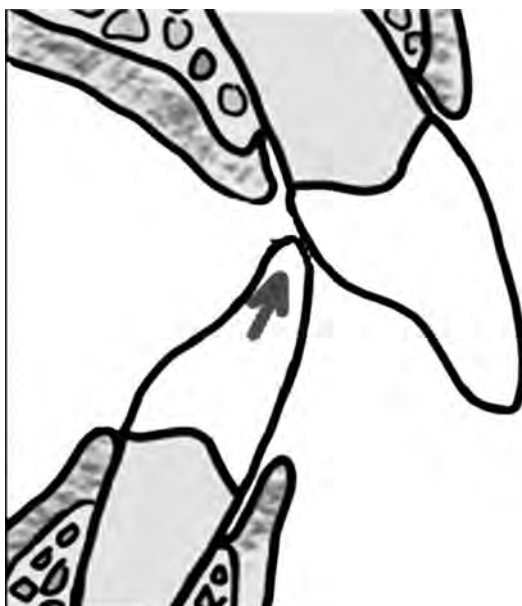
Việc nhổ răng và mài chỉnh khớp cắn chỉ giúp loại bỏ các cản trở cắn khớp, nhưng chưa giải quyết được vấn đề tiếp xúc không ổn định của các răng trước ở lồng múi tối đa. Theo Dawson, khớp cắn sâu trở thành vấn đề cần điều trị nếu như không có tiếp xúc ổn định của vùng răng trước ở lồng múi tối đa, dẫn đến sự mòn và trôi các răng cửa [11]. Bệnh nhân này có khớp cắn sâu đồng thời các răng trước có trục nghiêng đứng, làm cho các răng cửa dưới khó có điểm chịu cắn khớp vững ổn trên cingulum của các răng trước trên. Thay vào đó, rìa cắn ngoài các răng cửa dưới trượt trên mặt lưỡi của cingulum răng trên khi đóng về lồng múi tối đa, làm cho hàm dưới bị ép lên trên và ra sau (Hình 5B, 11, 15). Điều này dẫn đến (1) diện mòn quá mức trên cingulum các răng trước trên và rìa cắn các răng trước dưới, đặc biệt trên bệnh nhân có cắn chặt răng. Các răng cửa dưới trôi lên để bù trừ

cho sự mòn này (Hình 3C); và (2) sự thường xuyên quá tải lực lên mô sau đĩa, là yếu tố cơ học dẫn đến thoái hóa và viêm xương khớp ở khớp thái dương hàm.

Các phương pháp điều trị trong trường hợp này gồm: (1) mài tạo lại hình dạng cingulum răng cửa trên, (2) chỉnh hình răng, (3) phục hình răng, và (4) phẫu thuật chỉnh hình [11]. Trên bệnh nhân này, lý tưởng là kết hợp chỉnh hình và phục hình răng, tuy nhiên do bệnh nhân không có điều kiện kinh tế và thời gian, nên phương án được chọn là phục hình cố định các răng dưới, có nâng nhẹ kích thước dọc ở vị trí tương quan trung tâm. Điều này giúp tạo tiếp xúc ổn định trên răng trước bằng cách di chuyển bờ cắn các răng cửa dưới ra trước bằng các phục hồi [11], giúp chuyển hướng lực cắn đặt lên răng cửa trên, loại bỏ sự trượt hàm lên trên và ra sau khi đóng hàm (Hình 16). Lồng múi tối đa mới có tiếp xúc ổn định ở vùng răng trước và răng sau, với vận động sang bên và ra trước hài hòa (Hình 13D, 14). Chức năng nhai của bệnh nhân được cải thiện rất nhiều, khớp và cơ không còn đau cho đến nay.



Hình 15. Cắn sâu và trục răng cửa trên đứng làm cho răng cửa dưới khó có tiếp xúc ổn định trên cingulum răng cửa trên, làm hàm dưới bị ép lên trên và ra sau khi đóng hàm



Hình 16. Bằng cách nâng kích thước dọc khớp cắn, có thể di chuyển cạnh cắn răng cửa dưới ra trước bằng miếng trám composite ở mặt ngoài và cạnh cắn các răng cửa dưới, giúp tạo tiếp xúc ổn định cho các răng trước

4. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị thành công lâu dài viêm xương khớp tiến triển ở khớp thái dương hàm này cho phép rút ra một số nhận xét như sau:

- Các phương thức điều trị không xâm lấn giúp kiểm soát thành công tình trạng bệnh. Chìa khóa của sự thành công là ngoài việc điều trị triệu chứng, cần phải kiểm soát tốt các yếu tố góp phần riêng biệt trên mỗi người bệnh, đặc biệt là stress, thói quen cắn chặt răng, nghiến răng, cản trở cắn khớp. Mục tiêu là tạo môi trường thuận lợi cho các mô lành thương và thích nghi. Do đó, việc chẩn đoán chính xác có ý nghĩa rất quan trọng, bao gồm chẩn đoán viêm xương khớp và liệt kê được các yếu tố góp phần [12].

- Cản trở cắn khớp là vấn đề rất quan trọng cần lưu ý khi chẩn đoán và điều trị viêm xương khớp ở khớp thái dương hàm. Cắn sâu 100% với trực

răng cửa trên đứng thường là nguyên nhân của tiếp xúc không ổn định ở vùng răng trước, gây ép lồi cầu lên trên và ra sau, gây quá tải lực lên mô khớp, đặc biệt là khớp đã có tình trạng dờn đĩa ra trước không hồi phục. Giải quyết được tình trạng này, tức tạo tiếp xúc ổn định trên vùng răng trước khi đóng hàm về lồng múi tối đa, đồng thời với loại bỏ các cản trở cắn khớp đã giúp cho tình trạng viêm xương khớp của bệnh nhân được ổn định trong một thời gian dài.

Cho dù các tiếp cận mới đã và đang phát triển nhằm vào quá trình tái tạo mô ở khớp hay quá trình viêm, thì các yếu tố cơ học gây ra viêm xương khớp cũng cần phải được tính đến trong kế hoạch điều trị. Nếu cơ học ở khớp không được bình thường hóa, thì các tiếp cận điều trị nhằm vào sụn khớp hay quá trình viêm sẽ không đạt hiệu quả [1].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] S. Grässel and D. Muschter, "Recent advances in the treatment of osteoarthritis [version 1; peer review: 3 approved]", *F1000 Research* 2020, 9(F1000 Faculty Rev: 325. doi.org/

10.12688/f1000research.22115.1

[2] Z. Al-Ani, "Temporomandibular Joint Osteoarthrosis: a review of clinical aspects

and management", *Prim Dent J.*, 10, 1, 132-140, 2021.

[3] J.P. Okeson, *Management of temporomandibular disorders and occlusion*, 8ed. Elsevier Inc, 2019.

[4] D. Manfredini, *Current concepts on temporomandibular disorders*. Quintessence Publishing Co. Ltd, 2010.

[5] A. Alzahrani, S. Yadav, V. Gandhi, A.G. Lurie, and A. Tadinada, "Incidental findings of temporomandibular joint osteoarthritis and its variability based on age and sex", *Imaging Science in Dentistry*, 50, 245-53, 2020.

[6] M. Derwich, M. Mitus-Kenig and E. Pawlowska, "Interdisciplinary Approach to the Temporomandibular Joint Osteoarthritis-Review of the Literature", *Medicina*, 56, 225, 2020. doi:10.3390/medicina56050225.

[7] M. Wu, J. Cai, Y. Yu, S. Hu, Y. Wang and M. Wu, "Therapeutic Agents for the Treatment of Temporomandibular Joint Disorders: Progress and Perspective", *Frontiers in Pharmacology*, Volume 11, 2021, Article 596099. DOI:

10.3389/fphar.2020.596099.

[8] J.D. Orthlieb., T.T.N. Ny, A. Camoin and B. Mantout, "Propositions for a cognitive behavioral approach to bruxism management", *J. Stomat. Occ. Med.*, 6, 6-15, 2013.

[9] E. Schiffman, R. Ohrbach, E. Truelove, ... and S.F. Dworkin, "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, 2014. doi: 10.11607/jop.1151.

[10] K.J. Jeon, C. Lee, Y.J. Choi and S.S. Han, "Comparison of the Usefulness of CBCT and MRI in TMD Patients according to clinical symptoms and age", *Applied Sciences*, 10, 3599, 2020.

[11] P.E. Dawson, *Functional occlusion from TMJ to smile design*. Mosby, Inc., 2007.

[12] S.T. Connelly, G.M. Tartaglia, and R.G. Silva, *Contemporary management of temporomandibular disorders*. Springer, 2019.

Treatment of temporomandibular joint steoarthritis: Case report

Doan Hong Phuong

ABSTRACT

Introduction: Temporomandibular joint osteoarthritis causes permanent changes in the bony structure of the joint, pain and limits jaw mobility. This study aims to demonstrate the efficacy of (1) non-invasive treatment modalities in progressive osteoarthritis, and (2) the removal of occlusal interferences that cause excessive force on the joint in delaying disease progression. Materials and Methods: This article describes the case of a 42-year-old female patient, with pain in front of the right ear, cheek, neck, and shoulder. The diagnoses were osteoarthritis in the right temporomandibular joint, osteoarthrosis in the left joint, protective co-contraction in the right masseter and trapezius muscle; and occlusal disorder (100% deep bite, severe anterior tooth wear due to unstable contacts in the anterior teeth). Initial treatment with non-invasive modalities, followed by fixed restorations on the lower teeth with 1mm vertical dimension increase in centric

relation to provide stable occlusal contacts. Results and conclusion: Non-invasive treatment methods helped to eliminate pain and increase the range of opening. Fixed restorations in the lower jaw created stable tooth contacts, the patient's chewing has been more comfortable, and the condition was controlled for a long time.

Keywords: *temporomandibular joint osteoarthritis, occlusal disorder, occlusal interference*

Received: 03/05/2022

Revised: 15/05/2022

Accepted for publication: 16/05/2022