

TỔNG QUAN ĐAU MIỆNG - MẶT

TS. Nguyễn Gia Thúc

Trưởng Đại học Hòa Bình

Tác giả liên hệ: ngthuc@daihochoabinh.edu.vn

Ngày nhận: 10/02/2025

Ngày nhận bản sửa: 11/02/2025

Ngày duyệt đăng: 24/02/2025

Tóm tắt

Đau miệng, mặt biểu hiện cấp tính hoặc mạn tính gây đau đớn hoặc kéo dài làm người bệnh suy sụp, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sinh hoạt, lao động và chất lượng cuộc sống. Các nguyên nhân gây đau cũng rất phức tạp, liên quan đến nhiều chuyên ngành khác nhau trong y học. Nhiều người bệnh đã phải chịu đựng chứng đau nhiều ngày, nhiều tháng, thậm chí nhiều năm do không được khám và điều trị đúng với chuyên ngành. Bài viết này đề cập một cách có hệ thống các nguyên nhân, triệu chứng và thái độ xử trí các chứng đau có thể gặp, góp phần giúp các thầy thuốc và người bệnh có cái nhìn toàn diện, lựa chọn giải pháp phù hợp khi tiếp nhận và điều trị những bệnh nhân mắc chứng đau vùng mặt - miệng.

Từ khóa: Đau mặt - miệng.

An Overview of Orofacial Pain

Dr. Nguyen Gia Thuc

Hoa Binh University

Corresponding Author: ngthuc@daihochoabinh.edu.vn

Abstract

Orofacial pain can present as either acute or chronic discomfort, causing pain or lasting pain, making the patient depressed, seriously affecting daily activities, work and quality of life. The causes of pain are also very complex, involving many different specialties in medicine. Many patients endure prolonged periods of pain – lasting days, months, even years - due to inadequate diagnosis and treatment by specialists. This article systematically addresses the causes, symptoms and treatment attitudes of possible pain, contributing to helping physicians and patients have a comprehensive view and choose appropriate solutions when receiving and treating patients with orofacial pain.

Keywords: Orofacial pain, causes, symptoms, management, quality of life.

1. Mở đầu

Đau miệng, mặt hay còn gọi là đau vùng mặt được Hội đồng đau vùng mặt Hoa Kỳ định nghĩa là cơn đau được cảm nhận từ mặt hoặc khoang miệng, do rối loạn chức năng của hệ thần kinh, hoặc do nguồn lan truyền từ xa. Đau thường biểu hiện dưới dạng cấp tính hoặc mạn tính. Đau cấp tính thường khởi đầu đột ngột, dữ dội và thường không kéo dài. Trong khi

đó, đau mạn tính có thể kéo dài vài tuần đến vài tháng. Đau mạn tính vùng miệng mặt gây ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tỷ lệ đau vùng miệng mặt chiếm khoảng 17-26%, trong đó 7-11% là đau mạn tính [1]. Các nguyên nhân gây đau vùng miệng, mặt lại vô cùng phức tạp, đôi khi không rõ căn nguyên. Các nguyên nhân có thể được tóm lược làm 2 nhóm: Nhóm thứ nhất là đau miệng,

mặt mạn tính (PIFP) do các tổn thương vùng răng, miệng, họng, xoang, khớp thái dương hàm hoặc các rối loạn toàn thân hoặc không rõ nguyên nhân. Nhóm thứ hai là đau do rối loạn dẫn truyền dây thần kinh số 5 còn gọi là dây thần kinh sinh ba (TN). Cả hai nhóm đã có những trường hợp mang chứng đau suốt đời. Cũng có những trường hợp người bệnh nghĩ là do đau răng và đèn nhổ răng do đau, kết cục nhổ hết răng này đến răng khác vẫn không hết đau. Việc xác định nguyên nhân gây đau vô cùng quan trọng, bởi thái độ xử trí, điều trị mỗi loại nguyên nhân đau rất khác nhau. Nhiều khi đau miệng, mặt liên quan đến rất nhiều chuyên ngành khác nhau, việc chẩn đoán và điều trị cũng gặp nhiều thách thức. Đã có nhiều nghiên cứu đề cập đến xung quanh vấn đề này ở những khía cạnh khác nhau. Bài viết này nhằm cập nhật một cách hệ thống, tổng quan các nguyên nhân, triệu chứng cũng như thái độ xử trí với các cơn đau miệng, mặt, mục đích giúp định hướng cho người bệnh cũng như các thầy thuốc chuyên khoa có cái nhìn tổng quát về chứng đau, thận trọng đánh giá để có thái độ xử trí đúng đắn.

2. Phương pháp nghiên cứu

Bài viết dựa trên các tài liệu được tìm kiếm trong và ngoài nước. Các tài liệu được tìm kiếm từ Medline Pubmed, Embase và trong đánh giá của Cochran. Các từ khóa được sử dụng bao gồm: đau mặt - miệng mạn tính vô căn, đau dây thần kinh sinh ba, đau mặt miệng PIFP, nguyên nhân gây đau mặt v.v., phương pháp điều trị đau TN v.v.. Chúng tôi đã lựa chọn 9 tài liệu trong nhiều tài liệu liên quan trong và ngoài nước được nghiên cứu, có phân tích, tổng hợp liên quan đến chủ đề và đã được in ấn để phân tích, thảo luận làm rõ các vấn đề liên quan đến đau vùng miệng, mặt. Những trường hợp đau nửa đầu hoặc đau đầu do căng thẳng, cũng như các đau do răng miệng đã được xác định sẽ không được đề cập trong bài viết này vì chúng không phải là nguyên nhân gây đau mặt, miệng mà chúng tôi muốn đề cập.

3. Tổng quan nghiên cứu

3.1. Dây thần kinh V (Thần kinh sinh ba)

Dây thần kinh số năm còn gọi là dây thần kinh sinh ba là một trong 12 dây thần

kinh sọ não. Đây là dây thần kinh có 2 rễ cảm giác lớn hơn rễ vận động. Nguyên ủy thật của chúng bao gồm: rễ vận động bắt đầu từ nhân vận động trong cầu não, còn nguyên ủy thật của rễ cảm giác là các tế bào ở hạch sinh ba. Các sợi trung ương của tế bào này chui vào cầu não để tận cùng ở nhân và bó tủy gai thần kinh sinh ba và nhân cảm giác chính của thần kinh sinh ba. Một số sợi cảm giác sâu, theo rễ vận động tận hết ở trung não.

Các thành phần của thần kinh sinh ba có nguyên ủy hư ở chỗ giới hạn giữa mặt trước và mặt bên cầu não. Chúng chạy ra phía trước trên cầu não để vào xoang Meckel qua lỗ mở màng cứng (lỗ Trigemini), hạch Gasserian (hạch sinh ba) nằm trong hang và chia làm ba nhánh chính:

- Dây thần kinh mắt (CN V1);
- Dây thần kinh hàm trên (CN V2);
- Dây thần kinh hàm dưới (CN V3).

Dây thần kinh sinh ba chi phối cảm giác cho vùng đầu mặt và vận động cho các cơ nhai.

3.1.1. Dây thần kinh mắt (V1)

Đây là nhánh nhỏ nhất của dây thần kinh V. Nó tách ra ở trên cùng, chạy ra trước, chui vào thành ngoài của xoang hang, dưới thần kinh vận nhãn và dòng dọc và cùng chạy đến khe mắt ở mắt trên. Thần kinh mắt chia ra các nhánh bên là nhánh màng não và các nhánh tận là thần kinh lệ, thần kinh trán, thần kinh mũi mi, chi phối cảm giác cho nhãn cầu, giác mạc, niêm mạc trước ổ mũi và phần da lưng mũi, trán đỉnh.

3.1.2. Dây thần kinh hàm trên

Là chẽ giữa của hạch sinh ba (V2). Nó chui qua lỗ tròn để đến hố chân bướm khẩu cái. Tại đây, thần kinh hàm trên chạy qua khe ổ mắt dưới và đổi tên thành thần kinh dưới ổ mắt tận hết ở lỗ dưới ổ mắt. Trên đường đi, thần kinh hàm trên cho các nhánh bên như: Nhánh màng não, nhánh chân bướm khẩu cái, nhánh thần kinh gò má. Nhánh thần kinh gò má lại chia tiếp thành thần kinh thái dương gò má và thần kinh mặt gò má. Dây thần kinh hàm trên chi phối cảm giác cho niêm mạc phần sau dưới sàn mũi, miệng, hầu, lợi và răng trên, hố sọ giữa, da vùng gò má, mũi và môi trên.

3.1.3. Dây thần kinh hàm dưới (V3)

Đây là dây hỗn hợp gồm 2 phần vận động và cảm giác. Rễ vận động chạy dưới hạch sinh ba rồi hợp cùng nhánh lớn của hạch thành một thân cung. Thân này chui qua lỗ bầu dục, chia nhánh thành nhánh thần kinh màng não và nhánh thần kinh chân bướm trong. Chúng tiếp tục phân 2 phân nhánh là phân nhánh trước và phân nhánh sau.

Phân nhánh trước là thần kinh vận động (trừ nhánh má). Chúng tỏa ra các nhánh chi phối cảm giác cho cơ cắn, cơ thái dương, niêm mạc và da vùng má, và cơ chân bướm ngoài.

Phân nhánh sau là phân nhánh cảm giác (trừ thần kinh hàm móng). Chúng tiếp tục tỏa ra 3 nhánh chi phối cho vùng ống tai ngoài, màng nhĩ, da đầu, vùng thái dương, tuyến mang tai, khớp thái dương hàm. Một nhánh chi phối cho lưỡi và các hạch dưới hàm, một nhánh chi phối cho các ổ răng, lợi, da vùng cằm, môi dưới và niêm mạc tiền đình.

Thần kinh hàm dưới liên quan mật thiết với hạch tai. Chúng chi phối cảm giác cho hố sọ giữa, da vùng thái dương, má, môi dưới, cằm, niêm mạc miệng, lợi, răng dưới và 2/3 trước lưỡi, đồng thời, chi phối vận động cho cơ nhai [2].

3.2. Cơ chế gây đau

Hầu hết khu vực mặt - miệng đều do các nhánh cảm giác dây thần kinh V (sinh ba) chi phối cảm giác. Các rối loạn gây đau có thể được cho là các rối loạn dẫn truyền của dây thần kinh tam thoa trong nội sọ hoặc ngoại biên. Các rối loạn ở tổ chức vùng miệng, mặt nằm trong các vùng mà dây thần kinh V chi phối. Các tác nhân gây ra có nhiều, đa phần là do chèn ép từ các mạch máu lân cận, do khối u, nhiễm trùng do vi khuẩn hoặc virus. Cũng có khi do chấn thương, các bệnh toàn thân như đa xơ cứng, bệnh tự miễn v.v.. Một số trường hợp không rõ nguyên nhân.

Cơ chế gây bệnh cũng không rõ ràng. Một giả thuyết cho thấy việc chèn ép gây ra thoái hóa myelin có thể tạo ra xung ngoại lai (dẫn truyền Xynap điện) hoặc thoát ức chế các đường dẫn truyền cảm giác đau trung tâm, liên quan đến nhân dây thần kinh V.

Các bệnh lý tại khu vực này có thể kể

ra 4 loại chính. Đó là: Đau đầu mặt tự chủ dây thần kinh sinh ba (TAC); Đau dây thần kinh sinh ba (TN); Đau dây thần kinh sau Zona (PHN) và đau mặt tự phát dai dẳng (PIFP) [3]. Trong các nhóm đó, đáng chú ý là nhóm đau miệng - mặt vô căn và đau dây thần kinh sinh ba, bởi sự phức tạp của chẩn đoán và điều trị.

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận

4.1. Đau vùng miệng mặt không điển hình (AFP)

Đây là những cơn đau mạn tính ở mặt, ở miệng mạn tính mà không tìm thấy nguyên nhân rõ ràng. Chúng còn được gọi là cơn đau vô căn dai dẳng (PIFP). Loại đau có thể xuất hiện bất kỳ vùng nào trên vùng hàm, tai, má, miệng... Đau này gây khó chịu cho người bệnh và khó chẩn đoán với thầy thuốc. Chúng thường gặp ở nữ nhiều hơn nam, độ tuổi thường từ 40-50 tuổi. Các triệu chứng của nó đôi khi giống đau thần kinh sinh ba.

Triệu chứng đau xuất hiện hàng ngày, kéo dài ít nhất ba tháng. Các yếu tố như nhiệt độ lạnh, hoặc chạm vào có thể gây đau. Cơn đau có thể tăng lên khi cơ thể mệt mỏi, hoặc khi có lo lắng, căng thẳng. Vị trí đau có thể xuất hiện bên phải hoặc bên trái, điểm khởi đầu có thể ở hàm hoặc ở tai. Cơn đau có thể khu trú ở một vùng hoặc có thể lan ra khắp mặt. Hướng lan cơn đau không lan theo hướng đi của dây thần kinh. Người bệnh thường mô tả đau với cảm giác như nóng rát ở sâu, đau âm ỉ, đau nhức hoặc đau nhói nhói, đôi khi thấy tiếng đập thình thịch, cũng có khi là cảm giác ngứa râm ran hoặc như kim châm [4]. Những biểu hiện tính chất đau rất đa dạng bởi những nguyên nhân của chúng có thể rất khác nhau. Một nghiên cứu kết quả chẩn đoán lâm sàng trên 557 người bệnh liên tiếp tại Croatia bị đau vùng miệng mặt, dựa trên chẩn đoán đa ngành. Có 470 người bệnh tham gia nghiên cứu từ đầu đến cuối (84,4%). Các bệnh nhân này đều được khám kỹ lưỡng về lâm sàng, làm xét nghiệm, thăm dò và chụp cộng hưởng từ (MRI). Kết quả chẩn đoán như sau:

- Dịch chuyển đĩa đệm khớp thái dương hàm chiếm: 30,6%;
- Viêm khớp thái dương hàm chiếm: 41,9%;
- Chệch khớp thái dương hàm: 5,1%;

- Viêm khớp thái dương hàm do bệnh thấp khớp: 7,5%;
- Đau cơ: 3%;
- Đau dây thần kinh sinh ba: 7,5%;
- Bệnh lý về hàm mặt: 1,9%;
- Đau vùng mặt khác chiếm: 2,5%.

Đáng chú ý là nhiều người bệnh đã từ các chuyên ngành y khoa được chuyển đến các phòng khám răng hàm mặt. Có 35 trường hợp đã được chẩn đoán thấp khớp hoặc viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, hội chứng sjogren, viêm khớp vẩy nến, bệnh mô liên kết hỗn hợp với bệnh crohn. Người ta cũng tìm thấy sự liên quan giữa đau vùng miệng mặt với chứng lo âu. Thời gian đau kéo dài, cường độ cơn đau cũng liên quan đến các độ tuổi (tuổi trung bình 41,7 tuổi - 42,82 tuổi) [4]. Cũng có nhiều rối loạn khớp thái dương hàm liên quan đến các bệnh toàn thân. Thực ra, rối loạn khớp thái dương hàm hay còn gọi là hội chứng khớp thái dương hàm (TMJ) thường biểu hiện bằng những dấu hiệu đau ở hàm, mặt, cổ. Chúng bao gồm đau ở cơ, thần kinh liên quan đến khớp thái dương hàm, cũng có thể là rối loạn tại khớp thái dương hàm. Rối loạn khớp thái dương hàm có nguồn gốc từ nhiều yếu tố như cơ nhai, dây chằng hoặc rối loạn bên trong ổ khớp.

Rối loạn bên trong khớp thái dương hàm là kết quả dịch chuyển thay đổi, hoặc rối loạn của lõi cầu trong ổ chảo so với đĩa khớp. Đĩa khớp bao gồm mô liên kết dày đặc có hình dạng như tế bào hồng cầu trưởng thành, đóng vai trò như một lớp đệm giữa các mặt xương (đĩa đệm). (Ở những khớp khác, lớp này là một lớp sụn trong suốt). Các nguyên nhân gây rối loạn trong khớp có thể do chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp, trật khớp thái dương hàm. Cũng có khi là do các tật như nghiến răng, nhai kẹo cao su thường xuyên v.v.. Ngoài những nguyên nhân tại chỗ, còn có các nguyên nhân toàn thân như đã nêu ở trên.

Các biểu hiện trên lâm sàng của rối loạn khớp thái dương hàm thường là đau vùng hàm, mặt, cổ. Đau tăng lên khi dùng tay ấn vào khớp, khi há miệng, khi nhai. Có thể sờ vào các cơ nhai tìm điểm đau, các điểm đau sẽ lan tỏa ra xa. Khi người bệnh há tối đa có thể có tiếng kêu lách cách hoặc lục cục. Một rối loạn khá phổ biến của khớp thái dương hàm là đĩa đệm bị

dịch chuyển về phía trước so với lõi cầu. Chúng gây ra đau khớp và tiếng kêu khi cử động khớp. Một số ít có thể gây há miệng hạn chế ($\leq 30\text{mm}$) [5].

Trong khi đó, những rối loạn ở cơ nhai có thể là cơ thái dương, cơ cắn, cơ chân bướm giữa v.v.. Chúng đau cơ vùng thái dương hàm còn gọi là hội chứng đau cơ thái dương hàm, hay hội chứng đau và rối loạn chức năng cơ (MPDS hay MFPS). Nó có thể gặp cả ở những người có khớp thái dương hàm bình thường. Nguyên nhân có thể được cho là do căng cơ, mệt mỏi hoặc co thắt nhóm cơ nhai.

Những trường hợp đau cơ có cơn đau lan truyền từ một vị trí khác ít được đề cập trong tài liệu PIFP. Cơn đau lan truyền từ các cơ ức đòn chũm rất giống các cơn đau của PIFP, nhưng lại lan truyền đến một bên mặt. Các điểm kích hoạt ở cơ thang trên, cơ bướm giữa và cơ thái dương trước chỉ đau ở vùng nhánh 3 của thần kinh sinh ba. Các điểm kích hoạt ở cơ nhai sâu chỉ đau ở nhánh thứ hai và thứ ba. Điểm kích hoạt ở cơ ức đòn chũm, chỉ đau ở thứ nhất và thứ hai. Do đó, nếu kích hoạt ở một hoặc nhiều cơ đầu và cổ có thể gây ra cơn đau mặt khu trú ở một hoặc nhiều nhánh thần kinh sinh ba. Một số cơn đau này liên quan đến chức năng khớp thái dương hàm, chức năng nhai và nói. Tóm lại, hội chứng đau cơ là một tập hợp các triệu chứng và dấu hiệu xảy ra do sự xuất hiện các điểm kích hoạt các điểm trong cơ, xương. Điểm kích hoạt được cho là một điểm nhỏ có cảm giác đau tinh tế ở cơ khi bị kích thích, sẽ truyền cơn đau đến vị trí xa trong cơ thể. Đó có thể là kết quả của tình trạng quá tải cơ cấp tính hoặc mạn tính, dẫn đến cơ cơ phân đoạn và sản xuất chất dẫn truyền thần kinh và cytokin gây đau. Như vậy, cần kiểm tra những người bệnh mắc PIFP để tìm các điểm kích hoạt cơ tạo ra cơn đau cho người bệnh. Việc tìm kiếm và điều trị vô hiệu hóa các điểm kích hoạt cần, cơ cần được đặt ra [6].

Việc lựa chọn các giải pháp điều trị phụ thuộc vào chẩn đoán. Đối với tình trạng dịch chuyển đĩa đệm khớp thái dương hàm các biện pháp được lựa chọn sẽ là: giảm đau, cho hàm nghỉ ngơi, đặt dụng cụ nẹp trong miệng, kết hợp với vật lý trị liệu, châm cứu, loại bỏ răng giả sai

quy cách v.v.. Một số trường hợp đau cơ, viêm khớp có thể sử dụng các thuốc chống viêm, giảm đau. Kết hợp điều trị các bệnh toàn thân, nếu đó là nguyên nhân. Những trường hợp đã áp dụng phương pháp điều trị nội khoa không mang lại kết quả, có thể áp dụng phương pháp phẫu thuật. Đối với các trường hợp dịch chuyển đĩa đệm, có thể cắt, chỉnh sửa và rửa vùng đĩa đệm [5]. Các trường hợp nguyên nhân không rõ ràng, không có điều trị đặc hiệu mà chủ yếu điều trị triệu chứng, tuân thủ hướng dẫn quản lý cơn đau mạn tính. Thuốc chống trầm cảm ba vòng như: Amitriptyline được sử dụng trong PIFP. Một số các thuốc chống trầm cảm ức chế tái hấp thu serotonin có chọn lọc và một số các thuốc chống động kinh như gabapentoin, laze mức độ thấp cũng được sử dụng trong điều trị. Các liệu pháp sinh học tâm lý xã hội đôi khi cũng được áp dụng. Phong bế hạch sphenopalatine cũng mang lại hiệu quả giảm đau khá tốt trong trường hợp kháng thuốc. Tuy nhiên, chưa có phương pháp nào thực sự tỏ ra hiệu quả thuyết phục.

4.2. Đau đầu tự chủ dây thần kinh sinh ba (TAC)

Đây là một nhóm các rối loạn gây đau trong phạm vi phân bố dây thần kinh sinh ba. Biểu hiện phổ biến là các cơn đau đầu. Tỷ lệ đau đầu từng cơn ở người trong độ tuổi lao động tại Thụy Điển năm 2010 chiếm tỷ lệ 5,4% [6]. Đau từng cơn biểu hiện bằng cơn đau đột ngột ở một bên đầu. Chúng thường liên quan mắt, nửa sọ, kèm theo các dấu hiệu chảy nước mắt, nghẹt mũi, đỏ mô hôi trán, sụp mi và co đồng tử. Các cơn đau hay xảy ra vào đêm, giữa các cơn đau là khoảng bình thường (giúp phân biệt với đau dây thần kinh V (TN)). Thời gian mỗi cơn đau thường kéo dài 15 đến 30 phút, dài hơn so với cơn đau TN. Việc chẩn đoán cơn đau loại này, cần chú ý khai thác tính chất cơn đau. Không thấy các tác nhân kích thích. Việc chẩn đoán cần dựa trên tiền sử bệnh và loại trừ các chẩn đoán khác.

4.3. Đau dây thần kinh sinh ba (TN)

4.3.1. Khái niệm

Đau dây thần kinh sinh ba hay đau Tic Douloureux là chứng đau mạn tính, từng cơn và tái phát. Các cơn đau này, nhẹ thì gây mất tập trung, còn cơn đau nặng có thể

gây suy nhược tàn tạ cơ thể. Cơn đau bắt đầu bằng phức hợp dây thần kinh sinh ba hoặc trong khu vực mà nó chi phối. Đau dây thần kinh sinh ba (TN) có thể bị nhầm lẫn với các cơn đau mặt khác đặc biệt là PIFP. Vì vậy, người bệnh có thể đến các phòng khám khác nhau như nội khoa, bác sỹ gia đình, răng hàm mặt v.v.. Tỷ lệ đau thần kinh sinh ba trên thế giới dao động khoảng 29,5 đến 76,8 trên 100.000 dân. Tỷ lệ mắc TN thay đổi tùy theo tình trạng bệnh lý đi kèm. Đau dây thần kinh sinh ba tăng 15-20 lần ở những người đa xơ cứng. Tỷ lệ đau suốt đời người mắc TN tại Đức ước tính 0,3%, trong khi người đau trọn đời ở người mắc PIFP là 0,03% [6]. Đau dây thần kinh sinh ba gặp chủ yếu là người lớn và phổ biến hơn ở người già và phụ nữ.

4.3.2. Nguyên nhân

Nguyên nhân thường gặp là do chèn ép. Chèn ép từ một vòng động mạch trong nội sọ hoặc một vòng tĩnh mạch. Vị trí có thể là vùng tiểu não trước hoặc vùng hạch sinh ba tại rễ thoát ra của dây 5 vào thân não. Có tới 80-90% rễ thần kinh bị chèn ép bởi các mạch máu ở hố sau trong. Nhưng nó cũng có thể bị thứ phát do một số tình trạng khác như: động mạch tiểu não trên đè ép vào rễ thần kinh, động mạch tiểu não trước dưới, động mạch nền, động mạch đốt sống thân nền ngoại biên cũng có thể liên quan gây ra sự đè ép. Việc chẩn đoán cần sử dụng chụp MRI độ phân giải cao. Thần kinh sinh ba cũng có thể bị đè ép bởi các tĩnh mạch. Đó có thể là tĩnh mạch cầu não ngang, tĩnh mạch đá trên. Một số nguyên nhân ít gặp hơn có thể là một khối u, một dị dạng mạch, phình mạch, hoặc cũng có thể là một mảng xơ cứng vùng chóp răng (gặp ở người trẻ). Cũng có thể các rối loạn dọc theo các dây thần kinh gây ra bởi các bệnh tự miễn gây đa xơ cứng [7]. Bệnh đa xơ cứng (MS) là rối loạn viêm mạn tính làm suy nhược dẫn đến thoái hóa sợi trục và mất myelin ở hệ thần kinh trung ương. Mặc dù các cơ chế bệnh sinh chính xác vẫn chưa được rõ ràng, nhưng người ta thấy những người MS có tỷ lệ đau thần kinh cao. Các biểu hiện đau miệng - mặt chiếm 88,6% trong số người mắc MS. Trong số đó, tỷ lệ đau dây thần kinh sinh ba chiếm đến 7,9% [8]. Tương tự như vậy, chấn thương hoặc viêm nhiễm ở những vùng thần kinh chi

phối cũng gây ra đau. Các cơ chế hiện nay vẫn chưa thật rõ ràng. Đau TN cũng có thể do tổn thương cầu não đơn độc gây ra. Ước tính có tới 2% người bệnh đau TN có liên quan đến di truyền.

4.3.3. Các dấu hiệu lâm sàng

Về lâm sàng, đau dây thần kinh sinh ba thường đau dọc theo hướng đi của một hay nhiều nhánh cảm giác của dây V. Con đau cấp thường kéo dài vài giây đến 2 phút. Các cơn đau có thể xảy ra nhanh chóng, có khi là hàng trăm lần/ngày, đau nhói, tăng lên và đôi khi tự hết. Không có cơn đau nhói kéo dài liên tục. Đau dây thần kinh sinh ba được mô tả đặc trưng với cơn đau dữ dội, như điện giật ở một bên mặt. Có thời gian kháng thuốc ngắn sau cơn đau dữ dội. Đau thường giảm bằng cách kích thích vào vị trí kích hoạt trên mặt, ví dụ như nhai, đánh răng hoặc cười. Người bệnh thường không thể ngủ nằm nghiêng về bên đau được. Con đau thường giới hạn trong phạm vi chi phối của ba nhánh dây thần kinh 5. Phổ biến nhất là ở nhánh V3 (hàm dưới), tiếp nữa là nhánh V2 (hàm trên) và ít ảnh hưởng nhất là nhánh V1 (nhánh mắt). Khi cơn đau nằm ở chỗ giáp ranh hai nhánh, có vẻ nó lan sang nhánh lân cận. Đau TN thường tự phát, nhưng khi có các tác nhân kích thích vào các điểm nhạy cảm hoặc điểm kích hoạt như đánh răng, nhai, nói, ăn uống thức ăn chất lỏng nóng hoặc lạnh, cơn đau có thể bùng phát. Trường hợp nhẹ, chỉ có một vài cơn đau mỗi ngày. Trong trường hợp nghiêm trọng, đau TN có thể có các đợt đau tái phát kéo dài từ vài phút đến vài giờ. Người bệnh lo sợ không dám cử động vì sợ đau khởi phát. Các cơn đau có thể kéo dài trong nhiều ngày, nhiều tuần hoặc nhiều tháng. Chúng có thể đau trở lại, tái phát thường xuyên hơn, phụ thuộc theo tuổi tác. Để chẩn đoán đau dây thần kinh sinh ba, chúng ta cần dựa trên bệnh sử đặc trưng của cơn đau, tính chất, cường độ, liên quan đến điểm kích hoạt v.v.. Các trường hợp đau TN nguyên phát cần được kiểm tra bằng chụp MRI độ phân giải cao để phát hiện nguyên nhân. Trong các trường hợp đau TN thứ phát, theo khuyến cáo của Viện Hàn lâm Thần kinh học Châu Âu cho rằng nghiệm pháp đo phản xạ dây thần kinh sinh ba có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, nhưng không đáng tin cậy khi sử dụng nó để

chẩn đoán phân biệt giữa TN nguyên phát và thứ phát [4].

4.3.4. Các phương pháp điều trị

Mục đích của điều trị là giảm tần suất, cường độ các cơn đau hoặc loại bỏ hoàn toàn cơn đau kịch phát. Có nhiều các phương pháp điều trị như: dùng thuốc, dùng độc tố Botulium, cắt rễ thần kinh qua da, đông nhiệt, xạ phẫu bằng dao gamma và giải nén vi mạch v.v.. Tùy theo bệnh cảnh và nguyên nhân cụ thể, ta sẽ lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

a) Điều trị bằng thuốc

Đây là phương pháp thường được sử dụng đầu tiên. Mục đích là làm giảm các đợt thần kinh quá kích thích. Các thuốc có thể sử dụng là các thuốc chống co giật, ví dụ như carbamazepine. Thuốc có hiệu quả trong đa số các trường hợp (60-100%), ít nhất trong một thời gian. Tuy nhiên, tỷ lệ thất bại của thuốc trong dài hạn lên đến 50%, hơn nữa, thuốc có tác dụng phụ đáng kể. Oxcarbazepine được cho là ít tác dụng phụ hơn, thường được lựa chọn. Một số các thuốc chống co giật khác có thể được sử dụng như: lamotrigine, eslicarbazepine, Gabapentin, Phenytoin...

b) Sử dụng độc tố botulinum loại A (BTxA)

Độc tố botulinum loại A sử dụng trong điều trị TN có vai trò giảm đau và chống viêm. Hai cơ chế này tách biệt nhau. Chúng hoạt động ở cả vị trí ngoại vi và trung tâm. Chúng ngăn chặn sự gắn kết giữa các túi nội bào thần kinh với màng trong đầu mút thần kinh, ức chế giải phóng neuropeptide và chất dẫn truyền thần kinh. Do đó, nồng độ ngoại bào của acetylcholine, chất P, serotonin, peptide liên quan đến gen calcitonin (CGRP), glutamate và các chất trung gian gây viêm đều giảm, nồng độ CGRP trong huyết tương giảm ở những bệnh nhân TN đối với người đáp ứng tốt với điều trị BTxA. Trong khi đó, ở những người không đáp ứng, người ta thấy nồng độ CGRP trong huyết tương không giảm. Ở trung tâm, độc tố BTxA hoạt động ở sừng sau tủy sống, do quá trình vận chuyển độc tố ngược dòng. BTxA được sử dụng trong vùng đau bằng cách tiêm dưới da, dưới niêm mạc. Tác dụng phụ là làm yếu cơ mặt thoáng qua. Không có liều lượng hoặc phương pháp tiêm chuẩn hóa. Liều

lượng tiêm BTxA dao động từ 25 đến 100 đơn vị. Thường dùng tiêm dưới da hoặc trong da ở vùng đau rõ rệt trên lâm sàng. Cường độ đau và tần suất đau giảm rõ rệt khi dùng BTxA, thời gian có thể kéo dài 3 tháng. Đã có những nghiên cứu cho thấy tác dụng kéo dài 6 tháng khi tiêm BTxA ở quanh nhánh thần kinh hàm dưới, xung quanh hạch sphenopalatine và nhánh thần kinh hàm trên gần hạch sinh ba.

c) Các phương pháp điều trị qua da

Đây là các thủ thuật tiến hành cắt các rễ thần kinh gây đau từ hạch (Gassarian hoặc bán nguyệt) nằm trong hang Meckel trở ra. Mục đích là phá hủy có chọn lọc các sợi A delta và C không có myelin truyền đạt cơn đau, đồng thời, bảo tồn các sợi A alpha và beta truyền đạt cảm giác chạm. Các thủ thuật có thể sử dụng glycerol (hóa học), nén bóng (cơ học), đông nhiệt tần số vô tuyến (nhiệt học), hoặc phẫu thuật cắt các nhánh ngoại vi chọn lọc bằng vi phẫu. Về kinh điển, phương pháp sử dụng hóa học là tiêm cồn hoặc thuốc tê vào hạch thần kinh hoặc các nhánh của nó. Thuốc sẽ phá hủy các sợi thần kinh không chỉ làm giảm đau mà còn gây tê cả vùng mà nhánh đó chi phối. Phương pháp đông nhiệt phá hủy thần kinh qua da cho phép phá hủy có chọn lọc các sợi đau nhỏ. Thông thường, một điện cực có cảm biến nhiệt độ được đưa vào qua kim 18-gauge dưới sự hướng dẫn của màn huỳnh quang, kim đâm qua lỗ bầu dục. Vị trí của điện cực trong hạch thần kinh được kiểm tra bằng phản ứng của bệnh nhân với kích thích điện, gây ra chứng tê bì ở vùng liên quan. Áp dụng đông nhiệt tần số vô tuyến được áp dụng từng đợt cho đến khi thuyên giảm cơn đau ổn định. Nhìn chung, các kỹ thuật này có tác dụng giảm đau ban đầu chấp nhận được, nhưng kết quả giảm dần theo thời gian. Các tác động phụ có thể gặp ở các phương pháp này là yếu cơ mặt, cơ nhai, tê mặt v.v.. Các thủ thuật thường được vô cảm bằng gây tê hoặc gây mê.

d) Phương pháp xạ phẫu định vị bằng dao Gama

Xạ phẫu định vị bằng dao Gama (GKRS) là phương pháp xâm lấn tối thiểu để điều trị đau TN, khi điều trị thuốc không đáp ứng. Phương pháp này gây thoái hóa sợi trục, phá hủy kênh ion và chặn điện

sinh lý làm giảm đầu vào cảm giác đau. Có thể nhắm một cách chính xác vào dây thần kinh sinh ba hoặc hạch thần kinh sinh ba và hạn chế các tác dụng phụ. Khu vực thích hợp sử dụng GKRS là từ hạch thần kinh sinh ba và các vùng rễ thần kinh đi vào. Đã có những nghiên cứu công bố, kết quả GKRS làm giảm đau 69-85% sau một năm và 38-52% sau 5 năm, 30-45,3% sau 10 năm [6].

e) Phẫu thuật giải áp vi mạch

Giải áp vi mạch (MVD) hay giải nén vi mạch được áp dụng khá phổ biến ở các nước phát triển. Phẫu thuật giải nén có hai phương pháp là vi phẫu thuật và phẫu thuật nội soi. Vi phẫu thuật có nhược điểm khó kiểm soát ở các vị trí khuất như: vùng góc cầu não, mặt trước dây 5, thân não, mặt sau hố meckel. Phẫu thuật nội soi cho phép quan sát các vị trí rõ ràng hơn. Phẫu thuật được chỉ định trong các trường hợp có hình ảnh chèn ép mạch máu nội sọ trên phim MRI, điều trị nội khoa và các thủ thuật can thiệp như nhiệt đông, xạ trị, tiêm diệt hạch, v.v. thất bại. Đặc điểm của phương pháp này là phải mở hộp sọ, bộc lộ góc cầu tiểu não, đánh giá chi tiết cấu trúc vùng này, xác định và đánh giá chính xác vị trí, tình trạng chèn ép mạch máu và dây V. Phẫu thuật nội soi sẽ giúp đánh giá rõ nét các vị trí khó như: mặt trước dây V, nơi dây V xuất phát từ cầu não, và mặt sau hố Meckel. Giải nén bằng phẫu tích tách thần kinh khỏi mạch máu, đặt một vật liệu nhân tạo (neuro pach, teflon) hoặc cân cơ vào giữa mạch máu và thần kinh [8]. Phương pháp phẫu thuật giải nén đem lại kết quả tốt cho người bệnh. Một phân tích tổng hợp 46 nghiên cứu với 3.897 bệnh nhân sau phẫu thuật cho thấy: 76% người bệnh không còn đau trong thời gian dài. Những trường hợp có tiền sử đau dưới 5 năm, khả năng thành công cao hơn. Các tác động phụ sau phẫu thuật ít hơn so với các kỹ thuật cắt bỏ qua da hoặc GKRS. Các tác động phụ bao gồm: tê mặt nhẹ 5,5%-13,9%, loạn cảm mặt: 5,3%-5,7%, khiếm thính nhẹ: 2,7%, và chóng mặt chiếm 1,8%. Các biến chứng nghiêm trọng hơn có thể gặp như: dò nước não tủy và nhiễm trùng hiếm gặp. Tỷ lệ tử vong khá thấp từ 0,0 đến 0,4% [9].

5. Kết luận

- Đau mặt miệng là bệnh lý gây nhiều đau khổ cho người bệnh, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống. Nguyên nhân gây đau có nhiều yếu tố, liên quan đến nhiều chuyên ngành, và thái độ xử trí cũng rất khác nhau. Có hai nhóm đau chính là: đau thần kinh sinh ba (TN) và các cơn đau vô căn (PIFP). Cần khám xét kỹ lưỡng để phân biệt hai nhóm bệnh lý này. Kết hợp khám lâm sàng toàn diện với chẩn đoán hình ảnh (chụp MRI) để xác định chẩn đoán chính xác.

- Về điều trị: Cần xác định các nguyên nhân gây đau, chỉ định phẫu thuật khi điều trị nội khoa không kết quả và hình ảnh tổn thương đã rõ. Những trường hợp có nguyên nhân từ bệnh toàn thân phải được điều trị kết hợp.

6. Khuyến nghị

- Đối với các tuyến y tế cơ sở, trước hết, người bệnh đau mặt miệng, cần khám xét toàn diện, khai thác bệnh sử tỉ mỉ, chú ý đến các điểm kích hoạt, tính chất và cường độ, hướng lan của cơn đau. Cần định hướng chẩn đoán đến hai nhóm đau chính là: đau thần kinh sinh ba (TN) hay rối loạn bệnh lý tại chỗ răng miệng hàm mặt (PIFP) để chuyển cơ sở điều trị phù hợp.

- Đối với các cơ sở chuyên ngành, cần chụp MRI khi nghi ngờ đau dây V (TN), khi có hình ảnh chèn ép dây V nội sọ, phương pháp phẫu thuật giải nén là hiệu quả nhất.

- Các trường hợp đau PIFP nên được điều trị tại cơ sở chuyên ngành răng miệng hàm mặt. Nếu có các nguyên nhân toàn thân như đa xơ cứng, tiểu đường, cần phối hợp với các chuyên ngành để điều trị hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

[1] R. Benoliel, R. A. Pertes, and E. Eliav, *Current Therapy in Pain*. Philadelphia, PA, USA: Elsevier, 2009, pp. 121-127. doi: 10.1016/B978-1-4160-4836-7.00017-1.

[2] P. Đ. Diệu, *Giải phẫu đầu mặt cổ*. Hà Nội, Việt Nam: Nxb Y học, 2001, pp. 388-399.

[3] Cleveland Clinic, "Atypical Facial Pain (AFP)," 12/2/2025. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/21822-atypical-face-pain>.

[4] T. Badel, D. Zdravec, V. Basic Kes et al., "Orofacial pain – Diagnostic and therapeutic challenges," *Acta Clin. Croat.*, vol. 58, suppl. 1, pp. 82-89, Jun. 2019. doi: 10.20471/acc.2019.58.S1.12. PMID: 31741564; PMCID: PMC6813472.

[5] G. D. Klasser, "Overview of Temporomandibular Disorders (TMDs)," 2023. [Online]. Available: <https://www.professional.dentaldisorders/tmds>.

[6] R. Gerwin, "Chronic facial pain: Trigeminal neuralgia, persistent idiopathic facial pain, and myofascial pain syndrome - An evidence-based narrative review and etiological hypothesis," *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 17, no. 19, p. 7012, 2020. doi: 10.3390/ijerph17197012.

[7] MSD Manual "Đau dây thần kinh sinh ba," 11/2023. [Online]. Available: <https://www.msmanuals.com/vi/professional/rối-loạn-thần-kinh/bệnh-lý-thần-kinh-thị-giác-và-dây-thần-kinh-sọ-não/đau-dây-thần-kinh-sinh-ba>.

[8] S. Singh, R. George, M. Kalladka, and J. Khan, "Orofacial pain considerations in autoimmune disorders: narrative review," *Front. Oral Maxillofac. Med.*, vol. 6, p. 18, 2024.

[9] Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, "Quy trình phẫu thuật nội soi hỗ trợ giải ép thần kinh số V," [Online]. Available: <https://bvnguyentriphuong.com.vn/ngoai-than-kinh/quy-trinh-phau-thuat-noi-soi-ho-tro-giai-ep-than-kinh-so-v>.

[7] Michael Rubil MDCM (2023), Đau dây thần kinh sinh ba; nguồn: Các cẩm nang MSD dành cho chuyên gia/Rối loạn thần kinh/Bệnh lý thần kinh thị giác và dây thần kinh sọ não/Đau dây thần kinh sinh ba.

[8] Singh S, George R, Kalladka M, Khan J, *Những cân nhắc về đau vùng mặt trong các rối loạn tự miễn: Tổng quan tương thuật*, *From Oral Maxillofac Med* 2024,6,18.

[9] Quy trình phẫu thuật nội soi hỗ trợ giải ép thần kinh 5, <https://bvnguyentriphuong.com.vn/ngoaithanhkinh>.