

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH HỌNG MÀN HẦU LƯỠI GÀ CỦA BỆNH NHÂN NGỪNG THỞ KHI NGỦ DO TẮC NGHẼN VÙNG HỌNG MIỆNG

Nguyễn Việt Hưng^{1,2}, Nguyễn Quang Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà của bệnh nhân ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn vùng họng miệng. **Đối tượng và phương pháp:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng, được phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Phương pháp nghiên cứu tiền cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp. **Kết quả:** nam>nữ =9, tuổi trung bình 41,37±10,16, chủ yếu độ tuổi 40-50, triệu chứng thường gặp là ngủ ngáy (100%) và buồn ngủ ban ngày (73,3%), số bệnh nhân thừa cân béo phì chiếm 60%, Mallampati độ III-IV chiếm 56,7%, Amidan quá phát độ III-IV chiếm 66,7%, kết quả đo đa ký: AHI trung bình 57,61±21,17, ODI trung bình 55,7±20,95, không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Kết quả phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà (UPPP) các chỉ số ESS, AHI, ODI sau phẫu thuật giảm rõ rệt, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ bệnh nhân đạt tiêu chuẩn thành công dựa trên chỉ số AHI là 53,3% và ODI là 50%. **Kết luận:** Hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn thường gặp ở nam, trong độ tuổi trung niên, chủ yếu có thể trạng thừa cân béo phì, triệu chứng thường gặp là ngủ ngáy, buồn ngủ ban ngày, Mallampati độ III-IV, amidan quá phát độ III-IV, kết quả đo đa ký hô hấp tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng. Phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng ở các bệnh nhân tắc nghẽn vùng họng miệng, chỉ số AHI sau phẫu thuật giảm từ mức độ nặng về mức độ trung bình.

Từ khóa: hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn, đa ký hô hấp, phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF UVULOPALATOPHARYNGOPLASTY IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA DUE TO OROPHARYNGEAL OBSTRUCTION

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and to preliminarily evaluate the outcomes of uvulopalatopharyngoplasty (UPPP) in patients with obstructive sleep apnea syndrome (OSA) at the oropharyngeal level. **Subjects and methods:** A descriptive with intervention study was conducted on 30 patients with moderate to

severe OSA were treated by UPPP at Military Central Hospital 108. **Results:** male/female ratio = 9/1, mean age 41,37±10,16, most common symptom snoring (100%) and daytime sleepiness (73,3%), overweight/obese 60%, Mallampati class III-IV 56,7%, tonsillar hypertrophy grade III-IV 66,7%, polysomnography results: mean AHI 57,61±21,17, mean ODI 55,7±20,95, no significant difference between males and females. Postoperative results after UPPP: significant reduction in ESS, AHI, ODI, all changes statistically significant. Success rate: based on AHI 53,3%, based on ODI 50%. **Conclusion:** Obstructive sleep apnea syndrome is commonly observed in middle-aged men, predominantly with overweight or obese body habitus. The typical symptoms include snoring, excessive daytime sleepiness, Mallampati grade III-IV, and tonsillar hypertrophy grade III-IV. Polysomnography usually reveals obstructive events of moderate to severe severity. Uvulopalatopharyngoplasty helps improve clinical symptoms in patients with oropharyngeal obstruction, with the apnea-hypopnea index (AHI) decreasing from severe to moderate after surgery.

Keywords: uvulopalatopharyngoplasty, UPPP, obstructive sleep apnea syndrome, polysomnography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA) là hiện tượng co xẹp đường hô hấp trên với sự giảm hay mất những hiệu quả gắng sức của cơ hô hấp, đặc trưng bởi các cơn ngừng thở hoặc giảm thở lặp đi lặp lại trong khi ngủ. Hội chứng này biểu hiện bằng các triệu chứng ban đêm và triệu chứng ban ngày trong đó buồn ngủ ban ngày là triệu chứng chính được chú ý [1]. Trên lâm sàng, bảng câu hỏi Epworth được thiết kế để đánh giá mức độ nặng của triệu chứng này. Hiện nay OSA được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn về lâm sàng, đa ký giấc ngủ hoặc đa ký hô hấp, và phân loại mức độ nặng bằng chỉ số ngừng thở - giảm thở (AHI). Có hai nhóm phương pháp điều trị chính là điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật nhằm mục đích làm rộng đường hô hấp trên và có thể phải kết hợp nhiều phẫu thuật trên một bệnh nhân, trong đó phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà (UPPP) là phương pháp được áp dụng nhiều nhất.

Phẫu thuật UPPP được chỉ định trong trường hợp hẹp ở vị trí họng miệng do màn hầu, lưỡi gà dài, amidan quá phát. Đây là phẫu thuật tạo hình họng màn hầu lưỡi gà giúp mở rộng đường thở, thường được thực hiện trên bệnh nhân bị OSA điều trị nội khoa hoặc các phương pháp

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: nguyenvietthung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025

khác thất bại. Xuất phát từ thực tế trên, để góp phần hiểu rõ hơn bệnh học hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn, giúp chẩn đoán sớm và đưa ra chỉ định điều trị đúng đắn cho bệnh nhân tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình hòm màn hầu lưỡi gà của bệnh nhân ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn vùng hòm miệng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng, được phẫu thuật chỉnh hình hòm màn hầu lưỡi gà ở khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 10/2024 đến tháng 06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Bệnh nhân có triệu chứng ngủ ngáy và/hoặc có cơn ngưng thở khi ngủ được chứng kiến

- Bệnh nhân được đo đa ký hô hấp có chỉ số AHI >15, được nội soi đường thở và phát hiện nguyên nhân gây tắc nghẽn ở vùng hòm miệng
- Bệnh nhân được phẫu thuật chỉnh hình hòm màn hầu lưỡi gà và theo dõi sau mổ 1 tháng
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân đến có triệu chứng ngủ ngáy nhưng không có cơn ngưng thở hoặc không đồng ý đo đa ký hô hấp, hoặc khám nội soi tai mũi họng

- Bệnh nhân đang có viêm nhiễm vùng tai mũi họng

- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả từng ca, có can thiệp.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:

- Máy đo đa ký hô hấp Apnealink Air của hãng Resmed
- Máy nội soi Tai Mũi Họng ống mềm Olympus
- Bộ dụng cụ phẫu thuật vùng hòm miệng của Karl Storz

2.2.3. Các chỉ tiêu đánh giá:

- Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, tiền sử bệnh tật
- Đặc điểm lâm sàng: xác định mức độ buồn ngủ qua thang điểm Epworth Sleepiness Scale (ESS)
- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp
 - + Ban ngày: ngủ gật, đau đầu, mệt mỏi, kém tập trung, thay đổi tính tình
 - + Ban đêm: ngủ ngáy, cơn ngưng thở khi ngủ, tiểu đêm, ra mồ hôi đêm, khô miệng, rối loạn tình dục
- Đặc điểm nội soi tai mũi họng: phân độ quá phát amidan, phân độ Mallampati, bất thường giải

phẩu khác, vị trí hẹp khi nội soi ống mềm

- Đặc điểm đa ký hô hấp: Chỉ số ngưng thở, giảm thở do tắc nghẽn (AHI), chỉ số giảm nồng độ bão hòa oxy trong máu (ODI)

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: các chỉ số ESS, AHI, ODI sau mổ 1 tháng

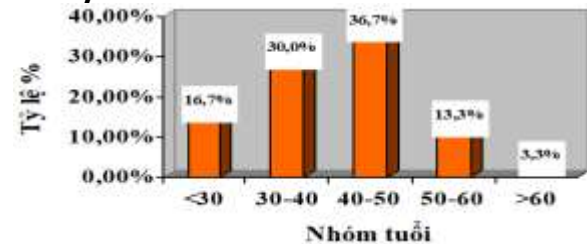
2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý bằng chương trình SPSS 27.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 30 bệnh nhân được lấy vào nghiên cứu. Chúng tôi thu được kết quả:

3.1. Đặc điểm chung

Đặc điểm nhóm tuổi



Biểu đồ 1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi (n=30)

Nhận xét: Tuổi trung bình $41,37 \pm 11,16$, nhỏ tuổi nhất là 24, cao nhất là 64, độ tuổi từ 40 đến 50 chiếm tỷ lệ cao nhất 36,7%.

Đặc điểm về giới: Phân bố người bệnh theo giới tính, nam chiếm 90% và nữ chiếm 10%. Tỷ lệ nam/nữ = 9/1.

Bảng 1: Tiền sử (n=30)

Tiền sử và bệnh kèm theo (n=30)	n	%
Tăng huyết áp	5	16,7
Đái tháo đường	2	6,7
Rối loạn mỡ máu	3	10,0
Trào ngược dạ dày	8	26,7
Nhồi máu cơ tim	0	0
Tai biến mạch não	0	0
Tiền sử hút thuốc lá	11	36,7
Tiền sử uống rượu	14	46,7

Nhận xét: Tỷ lệ BN có sử dụng rượu bia và hút thuốc lá khá cao chiếm 36,7% và 46,7%

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Thang điểm ESS: Trong số 30 BN có chỉ số ESS trung bình $13,27 \pm 5,51$, cao nhất 24, thấp nhất 3, có 22/30 BN ESS >10 chiếm 73,3%

Bảng 2: Triệu chứng cơ năng (n=30)

Thời gian	Các triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Ban ngày	Ngủ gật khi làm việc	13	19
	Mệt mỏi khi thức dậy	19	63,3
	Đau đầu buổi sáng	4	13,3
	Giảm tập trung	15	50,0
	Thay đổi tính tình	4	13,3

Ban đêm	Ngủ ngáy	30	100
	Cơn ngừng thở được ghi nhận	27	90,0
	Tiểu đêm	9	10,0
	Ra mồ hôi đêm	5	16,7
	Khô miệng	17	56,7
	Rối loạn tình dục	3	10,0

Nhận xét: Ban ngày triệu chứng mệt mỏi khi thức dậy và ngủ gật khi làm việc thường gặp nhất chiếm 63,3% và 43,3%, triệu chứng đau đầu, thay đổi tính tình ít gặp nhất chiếm 13,3%. Ban đêm triệu chứng ngủ ngáy và cơn ngừng thở khi ngủ gặp ở đa số BN chiếm 100% và 90%, rối loạn tình dục ít gặp nhất chiếm 10%.

Bảng 3: Chỉ số BMI (n=30)

BMI	<25	Từ ≥25 đến <30	≥30
n	12	13	5
%	40,0	43,3	16,7

Nhận xét: BMI trung bình $26,65 \pm 2,98$, BN thừa cân (BMI 25-30) chiếm tỷ lệ cao nhất 43,3%

Bảng 4: Bất thường vùng hàm mặt (n=30)

Đặc điểm	Phân độ	n	Tỷ lệ %
Điểm Mallampati	I	3	10,0
	II	10	33,3
	III	12	40,0
	IV	5	16,7
Amidan quá phát	I	4	13,3
	II	6	20,0
	III	8	26,7
	IV	12	40,0
Bất thường giải phẫu	Dị hình vách ngăn	5	16,7
	Quá phát cuốn mũi dưới	3	10,0
	Polyp mũi	0	0
Nội soi ống mềm đường thở khi nằm	Hẹp khẩu cái	26	86,7
	Hẹp họng miệng	20	66,7
	Hẹp gốc lưỡi	16	53,3
	Hẹp sụn nắp	2	6,7

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Mallampati độ III cao nhất là 40,0%, nhóm bệnh nhân có amidan quá phát độ III-IV chiếm tỷ lệ cao 40% và 16,7%, vị trí hẹp thường gặp nhất khi nội soi ống mềm đường thở là khẩu cái chiếm 86,7%

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Chỉ số ngừng thở, giảm thở trung bình trong 1h ngủ (AHI):

Bảng 5: Chỉ số AHI theo giới tính (n=30)

Chỉ số AHI	Nam	Nữ	Cả hai giới
Giá trị lớn nhất	108,0	72,3	108
Giá trị nhỏ nhất	19,7	23,8	19,7

X±SD	58,2±21,2	47,23±24,3	57,61±21,17
p	p>0,05		

Nhận xét: Chỉ số AHI của nhóm nghiên cứu là $57,61 \pm 21,17$, và không có sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ

Bảng 6: Phân bố nhóm bệnh nhân theo mức độ nặng (n=30)

Mức độ	Nam		Nữ		Cả hai giới	
	n	%	n	%	n	%
Nhẹ (AHI: 5-14,9)	0	0	0	0	0	0
Trung bình (AHI: 15 – 29,9)	1	3,3	1	3,3	2	6,6
Nặng (AHI: ≥30)	26	86,7	2	6,7	28	93,4
Tổng số	27	90,0	3	10,0	30	100

Nhận xét: Số bệnh nhân ngừng thở khi ngủ mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao 93,4%

Số lần giảm bão hòa oxy máu (ODI):

Bảng 7: Chỉ số ODI theo giới tính (n=30)

Chỉ số ODI	Nam	Nữ	Cả hai giới
Giá trị lớn nhất	105,6	77	105,6
Giá trị nhỏ nhất	14,5	21,9	14,5
X±SD	55,46±20,81	47,93±21,9	55,7±20,95
p	p>0,05		

Nhận xét: Chỉ số ODI của nhóm nghiên cứu là $55,7 \pm 20,95$, không có sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ, không có sự khác biệt với chỉ số AHI

3.4. Kết quả phẫu thuật

Sơ sánh các chỉ số trước và sau phẫu thuật

Bảng 8: Đánh giá sau phẫu thuật 1 tháng (n=30)

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng
ESS	13,27±5,51	6,37±3,02
AHI	57,61±21,17	28,75±16,2
ODI	55,7±20,95	26,56±15,2
p	p<0,0001	

Nhận xét: Cả 3 chỉ số ESS, AHI, ODI đều giảm rõ rệt sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,0001$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm có 30 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 41.37 ± 11.16 , trong đó độ tuổi từ 40-50 chiếm tỷ lệ cao nhất 36,7%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước và thế giới [2]. Tỷ lệ nam gấp 9 lần nữ. Có nhiều nghiên cứu cho tỷ lệ khác do có sự khác biệt về cỡ mẫu và đối tượng của chúng tôi là nhóm bệnh nhân có can thiệp phẫu thuật, tuy nhiên tất cả đều có tỷ lệ nam nhiều hơn nữ [2]. Tuổi cao đi kèm với tăng khả năng xẹp đường hô hấp trong khi ngủ do cấu trúc đường thở biến đổi

theo thời gian. Bệnh kèm theo gặp nhiều nhất là tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu, thấp hơn so với các nghiên cứu khác. Tiền sử hút thuốc là 36,7% và uống rượu bia 46,7%. Thuốc lá gây viêm đường hô hấp và chứa nicotin làm liệt phản xạ thần kinh và giãn cơ hầu họng gây hẹp đường thở, kéo dài thời gian các cơn ngừng thở.

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Tỷ lệ bệnh nhân có các triệu chứng ban ngày gồm ngủ gật khi làm việc, mệt mỏi buổi sáng, giảm tập trung lần lượt là 19%, 63,3%, 50%. Buồn ngủ ban ngày là hậu quả của giảm chất lượng giấc ngủ ban đêm và đánh giá thông qua thang điểm Epworth, điểm số từ 10 trở lên được đánh giá là có nguy cơ mắc OSA. Tỷ lệ điểm Epworth trên 15 điểm trong nghiên cứu là 43,3%, điểm thấp nhất là 3, cao nhất là 24, tương đồng với nghiên cứu của Nghiêm Thị Hồng Nhung năm 2017 [3]. Thang điểm Epworth giúp đánh giá mức độ nặng của triệu chứng buồn ngủ ban ngày và theo dõi hiệu quả điều trị.

Ngủ ngáy là triệu chứng gặp ở 100% bệnh nhân, hai triệu chứng cơn ngừng thở được ghi nhận và khô miệng gặp ở đa số, tỷ lệ lần lượt là 90,0% và 56,7%. Theo Nghiêm Thị Hồng Nhung năm 2017 tỷ lệ ngủ ngáy, tiểu đêm, khô miệng, cơn ngừng thở lần lượt là 96,7%, 63,3%, 50%, 66,7% [3]. Tác giả Lee S nhận thấy triệu chứng ngủ ngáy là triệu chứng thường xuyên nhất 91,7%, tiếp theo là cơn ngừng thở 73,9%, khô miệng 63,8%, tiểu đêm 60,2% [4]. Nguyễn Xuân Bích Huyền gặp tỷ lệ ngáy là 97,95% ở nam và 100% ở nữ [1]. Tác giả khẳng định ngủ ngáy là một trong ba triệu chứng có trong bảng tầm soát OSA và rất có giá trị trong việc phát hiện hội chứng này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có BMI trung bình: $26,65 \pm 2,98$, trong đó nhóm BMI ≥ 25 chiếm 60%. Theo Young, có mối liên quan chặt chẽ giữa OSA trung bình và nặng với BMI, kết quả nghiên cứu cho thấy 58% số BN có AHI ≥ 15 có BMI $> 25 \text{ kg/m}^2$ [5]. Béo phì là yếu tố nguy cơ quan trọng của OSA, đặc biệt là ở phần thân trên, làm tăng lắng đọng chất béo vào các cấu trúc quanh đường thở, do đó tăng nguy cơ xẹp đường hô hấp trên.

Trong nghiên cứu, khi chấm điểm Mallampati thu được kết quả số bệnh nhân mức độ 3 trở lên chiếm tỷ lệ cao 56,7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Ba 2024 là 91,9% [6]. Có thể là do nhóm bệnh nhân này hạn chế lựa chọn phẫu thuật vì tiền lượng hiệu quả điều trị không cao. Điểm Mallampati thể hiện mức độ thông thoáng, điểm càng lớn độ thông thoáng càng kém. Ngoài ra trong nghiên cứu này, khi thăm khám nội soi

Tai Mũi Họng chúng tôi ghi nhận có đến 66,7% BN có quá phát amidan độ III-IV. Tỷ lệ bệnh nhân có dị hình vách ngăn là 16,7%, quá phát cuốn mũi dưới là 10%. Khi nội soi đường thở ống mềm ở tư thế nằm làm nghiệm pháp Muller đánh giá vị trí hẹp đường hô hấp trên, chúng tôi thu được kết quả có 86,7% hẹp vùng khẩu cái, 66,7% hẹp vùng họng miệng. Việc đánh giá các bất thường vùng tai mũi họng cũng là một bước quan trọng giúp đánh giá mức độ thông thoáng đường thở trên và phát hiện những bất thường kèm theo.

4.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật. Vai trò của phẫu thuật đường hô hấp trên nói chung và phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà (UPPP) nói riêng trong điều trị OSA chưa rõ ràng, vì hầu hết các nghiên cứu đều hạn chế bởi cỡ mẫu nhỏ, và chưa có tiêu chuẩn thống nhất để đánh giá thành công phẫu thuật. Theo kinh điển, một phẫu thuật UPPP được xem là thành công nếu đạt được giảm AHI $\geq 50\%$ và/hoặc AHI còn lại ≤ 20 . [7]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số AHI trung bình giảm từ $57,61 \pm 21,17$ xuống còn $28,75 \pm 16,2$, số bệnh nhân giảm AHI về mức < 5 là 10%, số bệnh nhân giảm AHI về mức < 10 là 13,3%, hai kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Akram Khan năm 2009 khi có số bệnh nhân giảm AHI về mức < 5 là 24% và < 10 là 33%, nếu theo tiêu chuẩn kinh điển, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật thành công là 53,3%, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Akram Khan 2019 với 51% bệnh nhân đạt tiêu chuẩn [7].

Chỉ số ESS trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu giảm từ $13,27 \pm 5,51$ xuống còn $6,37 \pm 3,02$, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Karin Lundkvist năm 2009 [8]. Chỉ số ODI trung bình giảm từ $55,7 \pm 20,95$ xuống còn $26,56 \pm 15,2$, trong đó tiêu chuẩn thành công (giảm $> 50\%$ và ODI sau mổ < 20) đạt được ở 50% số bệnh nhân, thấp hơn so với nghiên cứu của Karin Lundkvist năm 2009 có 76% số bệnh nhân đạt tiêu chuẩn thành công [8]. Có sự khác biệt này có thể do sự chênh lệch về cỡ mẫu và mức độ tắc nghẽn của bệnh nhân trước phẫu thuật của hai nghiên cứu khác nhau. Phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà thường kèm theo cắt amidan nếu amidan quá phát độ II trở lên, giúp làm rộng eo họng, cải thiện tình trạng tắc nghẽn đường hô hấp trên. Tuy nhiên bệnh nhân có thể bị hẹp tắc nhiều vị trí khác như hốc mũi, vòm họng, sụn nắp, gốc lưỡi, do đó có thể phải phối hợp nhiều phẫu thuật và sau khi can thiệp có thể cần nhắc chỉ định cho bệnh nhân đeo máy CPAP hỗ trợ để đạt hiệu quả điều trị tối đa.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn thường gặp ở nam, trong độ tuổi trung niên, chủ yếu có thể trạng thừa cân béo phì, triệu chứng thường gặp là ngủ ngáy, buồn ngủ ban ngày, Mallampati độ III-IV, amidan quá phát độ III-IV, kết quả đo đa ký hô hấp tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng.

Phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng ở các bệnh nhân tắc nghẽn vùng họng miệng, chỉ số AHI sau phẫu thuật giảm từ mức độ nặng về mức độ trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Xuân Bích Huyền và cộng sự** (2009). Nhận xét ban đầu về hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Thời sự y học, 41, 3-5
2. **Phạm Văn Lưu** (2018). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả đo đa ký giấc ngủ của bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Hà Nội
3. **Nghiêm Thị Hồng Nhung, Nguyễn Thanh Bình** (2017). Một số đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân có hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn. Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 9 số 1,458, tr.102-103
4. **Lee S, Kim H.J, Lee Y** (2020) Subjective nocturnal symptoms have different associations with depressive symptoms and anxiety than with daytime sleepiness patients with obstructive sleep apnea. Sleep Medicine 69: 58-64
5. **Young, T., J. Skatrud, and P.E. Peppard** (2004). Risk factors for obstructive sleep apnea in adults. Jama. 291(16): p. 2013-6.
6. **Lê Thị Ba, Vũ Văn Giáp** (2024). Đặc điểm lâm sàng và kết quả đo đa ký ở người bệnh có hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) mức độ trung bình và nặng. Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 3 số 2, tr.301-305
7. **Akram Khan et al** (2009). Uvulopalatopharyngoplasty in the Management of Obstructive Sleep Apnea: The Mayo Clinic Experience. Mayo Clin Proc. 84(9): 795-800
8. **Karin Lundkvist et al** (2009) Uvulopalatopharyngoplasty in 158 OSAS patients failing non-surgical treatment. Acta Oto-Laryngologica, 2009; 129: 1280-1286

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG CHÀY BẰNG ĐINH NỘI TỦY KHÔNG MỞ Ổ GỖ KÈM DOA ỐNG TỦY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Đình Đại¹, Đỗ Văn Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy có chốt không mở ổ gãy kèm doa ống tủy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 53 người bệnh gãy kín thân hai xương cẳng chân và gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân theo phân loại Gustilo-Anderson có độ tuổi trung bình $45,9 \pm 16,1$, với tỷ lệ nam/ nữ là 1,94/1, được phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy không mở ổ gãy kèm doa ống tủy trong thời gian từ tháng 1/2023 đến hết tháng 3/2025, đánh giá kết quả nắn chỉnh theo Larson-Bostman, đánh giá liền xương theo thang điểm RUST, chức năng cẳng chân theo Ter-Schiphort, đánh giá biên độ vận động khớp gối và cổ chân, các biến chứng trong mổ và sau mổ ở thời điểm ≥ 6 tháng. **Kết quả:** Kết quả nắn chỉnh rất tốt và tốt đạt 100%. Kết quả liền xương tốt và trung bình lần lượt là 88,7 và 11,3%, không có liền xương kém. Kết quả chức năng cẳng chân ở mức tốt và rất tốt đạt 100%, không có người bệnh nào bị hạn chế biên độ vận động khớp cổ chân trong khi có 5,7% người bệnh

bị hạn chế vận động gấp gối mức độ ít. Biến chứng thường gặp bao gồm: gãy thêm xương trong mổ (5,7%), chậm liền vết mổ (7,6%) và đau sẹo mổ trước gân bánh chè (15,1%). **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương chày bằng đinh nội tủy không mở ổ gãy kèm doa ống tủy là biện pháp an toàn và hiệu quả điều trị gãy kín và gãy hở độ I thân hai xương cẳng chân theo phân độ Gustilo-Anderson. **Từ khóa:** thân xương chày, đinh nội tủy, không mở ổ gãy, doa ống tủy.

SUMMARY

OUTCOMES OF CLOSED REDUCTION WITH REAMED INTRAMEDULLARY NAILING FOR TIBIAL SHAFT FRACTURES AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcomes of closed reduction with reamed intramedullary nailing for tibial shaft fractures at Hanoi Medical University Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 53 patients with closed fractures of the tibial and fibular shafts and grade I Gustilo-Anderson open fractures of the tibial and fibular shafts, with an average age of 45.9 ± 16.1 years and a male/female ratio of 1.94/1, undergoing closed reduction with reamed intramedullary nailing for tibial shaft fractures from January 2023 to the end of March 2025. Reduction results were evaluated according to Larson-Bostman, bone healing according to the RUST scale, lower leg function according to Ter-Schiphort, and the range of motion of the knee and ankle joints,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Đại

Email: drdaitbmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025