

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN THÂN XƯƠNG CẰNG TAY BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Phạm Ngọc Thắng¹, Thái Ngọc Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay (THXCT) bằng kết xương nẹp vít (KXNV). Nhận xét về chỉ định và thời điểm phẫu thuật. **Đối tượng nghiên cứu:** 38 TH gãy kín thân hai xương cẳng tay (28 nam, 10 nữ), tuổi từ 12 - 74, tuổi trung bình là $29,39 \pm 17,50$; các BN được điều trị phẫu thuật KXNV tại Bệnh viện QY 103, trong khoảng thời gian từ 5/2019 đến 7/2021. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, mô tả cắt ngang kết hợp theo dõi dọc. Các BN được phẫu thuật mở ổ gãy nắn chỉnh và kết xương nẹp vít cả xương trụ và xương quay. **Kết quả:** Kiểm tra kết quả xa với thời gian theo dõi từ 13-26 tháng: đạt liền xương 100%; Kết quả chung đạt rất tốt 89,5%, tốt 10,5%. **Kết luận:** kết xương nẹp vít là tiêu chuẩn vàng đối với điều trị gãy kín thân xương cẳng tay. **Từ khóa:** Gãy thân xương cẳng tay, kết xương nẹp vít.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULT TREATMENT OF THE DIAPHYSEAL FOREARM FRACTURES BY PLATE FIXATION

Objectives: Evaluation of result treatment of close Diaphyseal fracture of both bones forearm by Plate fixation. Comments on surgical indication and surgical timing. Subjects: 38 patients (28 males, 10 females), from 12 to 74 aqes, average 29.39 ± 17.50 ; diagnosed with the Diaphyseal forearm fractures, were treated by plate osteosynthesis at Military Hospital 103 from January 2019 to July 2021. **Methods:** Prospective, clinical trials without control group, cross-sectional description combined with longitudinal follow-up. Patients with surgical method by ORIF for both ulnar and radial bones. **Results:** 100% patients bon healing. Far result in 38 patients after surgery from 13 to 26 months were: excellent 89.5%, good 10.5%. **Conclusions:** Plate fixation is gold standard of surgical treatment of Diaphyseal fracture of both bones forearm.

Keywords: Diaphyseal fracture of both bones forearm, plate fixation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân hai xương cẳng tay là gãy cả xương quay và xương trụ ở đoạn có màng liên cốt kết nối giữa hai xương, tức là khoảng 2cm

dưới lồi củ nhị đầu của xương quay đến vị trí trên khớp cổ tay 4cm. Đây là loại gãy xương thường gặp ở cả người lớn và trẻ em, do nhiều nguyên nhân khác nhau như: tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, tai nạn thể thao[1], [2]. Cẳng tay có chức năng sinh lý rất quan trọng là sắp ngửa cẳng tay; động tác này mang lại sự khéo léo trong phức hợp các động tác của cẳng tay, cổ tay

và bàn tay. Để thực hiện tốt chức năng này cần có sự tham gia của nhiều yếu tố bao gồm: tương quan về chiều dài của hai xương cẳng tay, độ cong sinh lý của xương quay, khớp quay trụ trên, khớp quay trụ dưới, màng liên cốt, các cơ và thần kinh chi phối [2].

Khi gãy cả hai xương cẳng tay, do sự co kéo của các nhóm cơ đối lực và màng liên cốt nên sự di lệch thường phức tạp và khó nắn chỉnh. Điều trị bảo tồn bằng nắn chỉnh bó bột dễ thực hiện nhưng có nhiều nhược điểm như không nắn chỉnh hoàn hảo, tỷ lệ di lệch thứ phát cao, thời gian bất động lâu và hay gặp các biến chứng liền xương lệch, hạn chế sắp ngửa cẳng tay...[3]

Những năm gần đây, ở nhiều bệnh viện, đối với gãy kín thân hai xương cẳng tay có di lệch, các phẫu thuật viên chỉnh hình đã chủ động mổ kết hợp xương ngay từ đầu. Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít mang lại hiệu quả hồi phục chức năng tốt hơn nhờ nắn chỉnh hết các di lệch, cố định ổ gãy vững chắc và giúp cho bệnh nhân tập vận động sớm. Tại Bệnh viện Quân y 103, những năm vừa qua, đối với các trường hợp gãy kín cả hai xương cẳng tay có di lệch, chúng tôi đã chỉ định mổ kết xương nẹp vít và thu được kết quả khả quan. Nhằm tổng kết rút kinh nghiệm và nâng cao chất lượng điều trị đối với loại gãy xương này, chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng kết xương nẹp vít" nhằm mục tiêu:

- Đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương cẳng tay bằng phẫu thuật kết xương nẹp vít.

- Rút ra một số nhận xét về chỉ định và lựa chọn phương tiện kết xương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 38 TH (trường hợp) gãy kín thân xương cẳng tay, tuổi từ 12 - 74, tuổi trung bình $29,39 \pm 17,70$; nhóm tuổi từ 18 - 60 tuổi chiếm 55,3%. Các BN được

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Thái Ngọc Bình

Email: binhthaingoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 8.8.2023

điều trị kết xương nẹp vít tại trung tâm Chấn thương chỉnh hình BV QY 103 trong thời gian từ tháng 01/2019 đến 7/2021.

Tiêu chuẩn chọn: các bệnh nhân gãy kín cả thân xương quay và xương trụ, được phẫu thuật kết xương nẹp vít tại BV QY 103. Tuổi từ 12 trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: gãy xương bệnh lý; gãy xương cẳng tay điều trị kết xương nẹp khóa. Các TH chậm liền xương và khớp giả. Các TH gãy xương cẳng tay chỉ kết xương nẹp vít ở một xương, bên còn lại kết xương đinh nội tủy.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu tiền cứu; can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, kết hợp mô tả cắt ngang và theo dõi dọc.

2.3. Đánh giá kết quả: bao gồm kết quả gần và kết quả xa.

Đánh giá kết quả gần gồm: diễn biến tại vết mổ và kết quả kết xương.

Đánh giá kết quả xa tối thiểu là sau mổ 12 tháng, các chỉ tiêu đánh giá bao gồm:

- Tình trạng sẹo mổ (sẹo mềm mại, sẹo viêm rò, sẹo phì đại).

- Tình trạng liền xương dựa trên phim chụp X-quang cẳng tay.

- Biên độ vận động khớp cổ tay, khớp khuỷu và sấp ngửa cẳng tay dựa vào thang điểm của Anderson [3]

Kết quả	Ổ gãy	Biên độ gấp duỗi khớp khuỷu tay, cổ tay	Biên độ sấp ngửa cẳng tay
Rất tốt	Liền xương	Giảm dưới 10°	Giảm <25% biên độ
Tốt	Liền xương	Giảm từ 10-20°	Giảm từ 25-50%
Trung bình	Liền xương	Giảm trên 20°	Giảm >50%
Kém	Không liền xương	Có thể mất hoặc không mất vận động	

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu thu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

- **Tuổi và giới.** Các BN trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi từ 12 - 74 tuổi. Tuổi trung bình 29,39 ± 17,70. Độ tuổi thường gặp nhất là từ 18-60 có 21 TH (55,3%), độ tuổi từ 12-17 có 14 TH (36,8%), ≥61 tuổi có 3 TH (7,9%).

Có 26 nam và 12 nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 2,17:1.

- Nguyên nhân gãy xương

Tai nạn giao thông: 19 TH (50%); Tai nạn sinh hoạt: 12 TH (31,6%); Tai nạn lao động: 3 TH

(7,9%); Tai nạn thể thao: 4 TH (10,5%) (vật tay).

Bệnh nhân gãy hai xương cẳng tay do cơ chế gián tiếp (50,0%) và do cơ chế trực tiếp (50,0%) ngang bằng nhau.

- Vị trí gãy xương

Bảng 3.1. Vị trí gãy xương cẳng tay (n=38)

Vị trí gãy	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Gãy cùng mức	34	89,5
1/3 trên	3	7,9
1/3 giữa	22	57,9
1/3 dưới	9	23,7
Không cùng mức	4	10,5

Tay phải 19 TH (42,2%), tay trái 26 TH (57,8%).

Phân loại gãy xương cẳng tay theo AO/ OTA: gãy loại A3: 33TH (86,8%); Loại B3: 5 TH (13,2%). Không gặp TH nào gãy loại C3.

- **Tổn thương kết hợp.** 6 TH có tổn thương kết hợp (15,8%): gồm 1 trường hợp tổn thương nhánh vận động thần kinh quay; 1 trường hợp chấn động não +vết thương phần mềm vùng đỉnh chẩm và gãy rạn mâm chày cùng bên; 2 trường hợp có vết thương phần mềm kẽ ngón tay và vùng nách; 1 trường hợp gãy kín đốt 1 ngón IV tay phải và 1 trường hợp sai khớp khuỷu. Các trường hợp này đều được xử trí cùng thời điểm với mổ kết xương cẳng tay.

- **Phương pháp điều trị trước mổ.** 24 TH được sơ cứu cố định tạm thời bằng nẹp trước khi đến bệnh viện (63,2%); 14 TH còn lại đến bệnh viện trong tình trạng chi gãy chưa được cố định tạm thời (36,8%).

3.2. Phương pháp điều trị

- **Thời điểm phẫu thuật:** tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật trong tuần đầu tiên kể từ khi bị chấn thương. Trong đó, 25 trường hợp (65,8%) được mổ ngay trong vòng 24h sau khi tai nạn. 13 trường hợp còn lại được mổ từ ngày thứ 2-7.

- Đường mổ

+ Đường vào xương quay: 9 TH gãy 1/3 dưới mổ theo đường Henry, số còn lại 29 TH mổ theo đường Thompson và đặt nẹp ở mặt ngoài hoặc trước ngoài xương quay.

+ 38 trường hợp đều mổ vào xương trụ theo đường sau trong, nẹp vít đặt ở mặt trong xương trụ, không có trường hợp nào đặt ở mặt ngoài.

+ Loại nẹp được dùng để kết xương: 38 ổ gãy xương quay và 38 ổ gãy xương trụ đều được kết xương bằng nẹp DCP 3,5mm loại 6 lỗ và 8 lỗ. Số vít bắt ở mỗi đầu tối thiểu là 2 vít trở lên.

3.3. Kết quả điều trị

- Kết quả gần

+Diễn biến tại vết mổ: 97,8% liền vết mổ kỳ đầu. Có 01 TH nhiễm khuẩn nông liền vết mổ kỳ 2.

+ Kết quả nắn chỉnh xương gãy và kết xương (dựa trên phim Xquang): 38 TH có kết quả nắn chỉnh hết di lệch ổ gãy xương quay (97,36%), TH còn lại còn di lệch sang bên < 1 vỏ xương (2,64%). 38 TH có ổ gãy xương trj kết xương thẳng trục đạt (100%).

Tất cả các BN kết xương đều đạt yêu cầu về kỹ thuật đặt nẹp vít.

- Kết quả xa

+ Tất cả 38 TH đều được theo dõi kết quả xa, thời gian theo dõi trung bình là 14,52 tháng, BN theo dõi ngắn nhất là 13 tháng và lâu nhất là 26 tháng.

+ Tình trạng sẹo sau mổ. 34 TH có sẹo mổ mềm mại (68 seo), 4 TH có sẹo lồi (gấp cả bên quay và bên trụ). Không gặp trường hợp nào có sẹo viêm rồ hoặc sẹo dính xương.

+ Tình trạng liền xương. Tại thời điểm kiểm tra kết quả xa, cả 38 TH, trên phim chụp Xquang thấy ổ gãy xương quay và xương trụ đều liền xương. Trong đó có 37 TH với 74 ổ gãy liền xương không di lệch. TH còn lại ổ gãy xương trụ liền xương không di lệch, ổ gãy xương quay liền xương còn di lệch sang bên gần 1 vỏ xương và

thẳng trục.

Không gặp trường hợp nào có cốt hóa màng liền cốt.

Đã có 30 TH được mổ tháo nẹp vít, bệnh nhân mổ tháo nẹp sớm nhất là sau 10 tháng. (BN 12 tuổi).

Không gặp các biến chứng như gãy nẹp, bật vít, gãy lại can xương sau tháo nẹp vít...

- Kết quả phục hồi chức năng.

+ Kết quả phục hồi biên độ sấp ngửa cẳng tay: 34 TH (89,5%) có tổng biên độ sấp ngửa từ mức 140°-180° (giảm tối đa < 25%): đạt mức tốt. 4 TH còn lại (10,5%) đạt tổng biên độ sấp ngửa từ 100°-<140° (> 25- 50%). Không có TH nào có biên độ sấp ngửa giảm < 100°.

+ Phục hồi chức năng gấp duỗi cổ tay: cả 38 TH đều trở về biên độ vận động bình thường hoặc có tổng biên độ giảm < 10°.

+ Phục hồi chức năng khớp khuỷu: cả 38 TH đều trở về biên độ vận động bình thường hoặc có tổng biên độ giảm < 10°.

- Kết quả chung. 38 TH được đánh giá kết quả chung theo tiêu chuẩn của Anderson (1975): kết quả rất tốt chiếm tỷ lệ 89,5% (34/38 trường hợp). 4 TH đạt kết quả tốt (10,5%). Không có trường hợp nào kết quả trung bình và kém.



Hình ảnh Xquang: trước mổ, sau mổ, trước khi tháo nẹp và lần kiểm tra cuối sau 18 tháng



Hình ảnh chụp kiểm tra kết quả phục hồi chức năng ở lần kiểm tra cuối cùng

(BN Ng.Đình D. 12 Tuổi. mổ tháng 9-2019)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về chỉ định mổ. Hiện nay, đối với gãy kín thân xương cẳng tay ở người lớn, điều trị phẫu thuật nắn chỉnh mở và kết xương nẹp vít được cho là sự lựa chọn tối ưu.[3] Để phục hồi chức năng sấp ngửa cẳng tay, khi nắn chỉnh xương gãy cần phải sửa hết các biến dạng gập góc, biến dạng xoay và phục hồi lại độ cong sinh lí của xương quay. Hạn chế động tác sấp ngửa cẳng tay vĩnh viễn xảy ra nếu trục cẳng tay bị thay đổi do biến dạng gập góc và sự thay đổi về cơ học của khớp quay trụ trên và quay trụ dưới. Trục xoay cẳng tay đi từ điểm giữa của chỏm quay đến chỗ bám vào nền mỏm trâm trụ của dây chằng sụn sợi tam giác [4]. Sự chuyển động của khớp quay trụ trên và khớp quay trụ dưới bị hạn chế do biến dạng xoay vì các cơ sấp cẳng tay bám vào đoạn ngoại vi và các cơ ngửa bám vào đoạn trung tâm. Khi gãy ở 1/3 giữa xương quay trên chỗ bám của cơ sấp tròn sẽ làm cho đoạn trung tâm ngửa hoàn toàn vì có cơ nhị đầu và cơ ngửa ngăn co kéo, đoạn ngoại vi sẽ sấp hoàn toàn do có hai cơ sấp tròn và sấp vuông kéo. Điều này thấy rõ trên phim Xquang chụp cẳng tay tư thế ngửa, độ rộng của màng liên cốt đoạn trung tâm và màng liên cốt đoạn ngoài vi khác nhau hoàn toàn và độ rộng của ống tủy xương quay cũng như độ dày mỏng của vỏ xương ở hai đầu gãy là khác nhau...

Theo Naser [1], giải pháp tốt nhất cho những trường hợp gãy như vậy luôn là phẫu thuật mở ổ gãy nắn chỉnh và kết xương bên trong (ORIF), nhằm chỉnh hết di lệch và để duy trì được kết quả nắn chỉnh, tránh di lệch thứ phát... Kết xương nẹp vít là phương pháp điều trị đáp ứng tốt các yêu cầu đó.

Chúng tôi cho rằng về mặt lí thuyết gãy kín thân xương cẳng tay ở người lớn có thể điều trị bảo tồn bằng bó bột cánh bàn tay. Tuy nhiên như trên đã phân tích về đặc điểm tổn thương, cơ chế di lệch đối với gãy cả hai xương cẳng tay thì điều trị bảo tồn có nhiều nhược điểm... Đặc biệt việc cố định bằng bó bột cánh bàn tay trong thời gian từ 6-8 tuần sẽ ảnh hưởng đến sinh hoạt cá nhân và việc làm hàng ngày của người bệnh, hiện nay đó là điều khó chấp nhận. Do vậy với hầu hết các trường hợp gãy thân xương cẳng tay, chỉ định mổ kết xương ngay từ đầu là lựa chọn hợp lí [3], [4], [5].

Với nhóm tuổi từ 12-17 tuổi, chúng tôi gặp 14 TH, theo lí thuyết các TH này có thể điều trị bảo tồn, tuy nhiên vì phải đi học hàng ngày nên bó bột sẽ gây khó hòa nhập với các bạn trong lớp một thời gian dài; vì vậy chúng tôi đã chọn

phương pháp kết xương nẹp vít. Tất cả 14 TH đều liền xương và phục hồi chức năng tốt, không có trường hợp nào bị biến chứng.

4.2. Về lựa chọn phương pháp kết xương. Chúng tôi chọn phẫu thuật nắn chỉnh mở và kết xương nẹp vít (ORIF) vì đây là phương pháp điều trị đáp ứng được các yêu cầu: phục hồi tốt về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc, sau mổ không cần bó bột nên người bệnh tập luyện phục hồi chức năng sớm.

Một số tác giả cho rằng giữa kết xương bằng đinh nội tủy và kết xương nẹp vít, kết quả liền xương và phục hồi chức năng khác nhau không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên kết xương bằng đinh nội tủy sau mổ vẫn phải bó bột cánh bàn tay thêm một thời gian, như vậy lại ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày, nhất là những người làm văn phòng [5],[6].

Không liền xương và cố định thất bại là những nguyên nhân không hiếm trong gập nắn chỉnh kín bó bột và đó là nguyên nhân chính gây ra can xẩu và mất chức năng. Lực co gập và lực xoay của các cơ sấp và các cơ ngửa làm cho việc nắn chỉnh và duy trì kết quả nắn chỉnh cùng lúc cả hai xương bị gãy là rất khó khăn. Để phục hồi chức năng sấp ngửa, cần phải phục hồi chính xác độ dài, tư thế cẳng tay, trục chi bình thường và trục sấp ngửa cẳng tay [5].

Trường hợp bó bột nhưng kết quả nắn chỉnh không được duy trì, ổ gãy di lệch thứ phát, lúc đó chỉ định mổ muộn. Quyết định mổ lúc ấy không phải dễ, thực tế khi có di lệch thứ phát ở những tuần sau thì theo các trích dẫn của Watson Jones, Murrey thì mổ trì hoãn sẽ gây ra cho người bệnh những khủng hoảng về tinh thần, và kỹ thuật mổ cũng gặp nhiều khó khăn hơn vì sự co ngắn của các cơ và hình thành khối can nguyên thủy... Như vậy chấp nhận điều trị nắn chỉnh kín đối với gãy xương cẳng tay có di lệch là chấp nhận kết quả điều trị không mong muốn [5].

Với những lí do như vậy, nên trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân gãy thân xương cẳng tay phần lớn chưa qua điều trị bảo tồn, do nguyện vọng bệnh nhân cần hoạt động sớm nên được chỉ định mổ ngay từ đầu.

V. KẾT LUẬN

- Điều trị gãy kín thân hai xương cẳng tay bằng phẫu thuật kết xương nẹp vít bảo đảm bảo phục hồi tốt về giải phẫu, cố định ổ gãy vững chắc và duy trì được kết quả nắn chỉnh nên sau mổ tập vận động sớm. 100% các TH đều liền xương. Kết quả chung: 34 BN (89,5%) đạt kết

quả rất tốt, 4 BN (10,5%) đạt kết quả tốt, không có kết quả trung bình và kém.

- Kỹ thuật này được chỉ định cho ba nhóm tuổi: trẻ em > 10 tuổi, người lớn và người cao tuổi.

- Thời điểm phẫu thuật trong ngày đầu tiên có 25 TH, số còn lại mổ từ ngày thứ hai đến ngày thứ 7.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Naser M.A., Patel G., Vare S. et al.,** (2021) "A study of functional outcome of fracture both bones forearm in adults treated with locking compression plate". Journal of Dental and Medical Sciences. (IOSR-JDMS). Volume 20, July: 27-34.
2. **Nguyễn Tiên Bình, Phạm Đăng Ninh.** (2020) "Gãy xương cẳng tay", Bệnh học chấn thương

chỉnh hình (tái bản), Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr: 67 - 78.

3. **Droll K.P., Perna P., Potter J. et al.** (2007), "Outcomes following plate fixation of fractures of both bones of the forearm in adults", JBJS, 89(12): 2619-2624.
4. **Girish S., Dimple S., Kanwaljeet S.S., et al.** (2014). "Role of Dynamic Compression Plating (DCP) In Fractures of Forearm Bones". International Journal of Science and Research (IJSR). Volume 3 Issue 12, December .
5. **Munin Borgohain., Deepika Lahon.** (2015). "A Clinical Study of Compression Plate Fixation in Diaphyseal Fracture of Radius and Ulna". Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences 2015; Vol. 4, Issue 74, September 14: 12861-12869.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHỈ SỐ NGỪNG THỞ - GIẢM THỞ (AHI) CỦA BỆNH NHÂN NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ TẠI KHOA HÔ HẤP - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Nguyễn Văn Ngân^{1,2}, Phùng Thị Thơm²,
Ngô Quý Châu², Chu Thị Hạnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ là bệnh lý phổ biến và được chẩn đoán bằng lâm sàng và đo đa ký giấc ngủ hoặc đa ký hô hấp¹. AHI là chỉ số chỉ số ngừng thở giảm thở đánh giá mức độ nặng của hội chứng ngừng thở khi ngủ. Có nhiều yếu tố tác động đến chỉ số ngừng thở - giảm thở. Việc tìm hiểu các yếu tố này có vai trò quan trọng giúp các thầy thuốc lâm sàng nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn. **Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chỉ số ngừng thở - giảm thở (AHI) của bệnh nhân ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ. **Đối tượng và Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 57 bệnh nhân mắc chứng ngừng thở khi ngủ phòng khám khoa Hô hấp - Bệnh viện Tâm Anh từ 3/2021 đến 2/2023. **Kết quả:** Chỉ số ngừng thở - giảm thở (AHI) trung bình của nhóm nghiên cứu là $35,1 \pm 24,16$. Số bệnh nhân mắc bệnh mức độ trung bình - nặng chiếm 77,2%. AHI có tương quan vừa với chu vi vòng cổ ($r = 0,523$; $p < 0,001$), chỉ số khối cơ thể ($r = 0,359$; $p < 0,01$), % thời gian độ bão hòa oxy máu $< 90\%$ ($r = 0,491$; $p < 0,01$), độ bão hòa oxy máu nền ($r = -0,425$; $p < 0,01$), độ bão hòa oxy máu thấp nhất ($r = -0,584$; $p < 0,001$). AHI có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tư thế nằm ngửa so với nằm

sấp và nằm nghiêng ($p < 0,001$). **Kết luận:** Chỉ số ngừng thở - giảm thở trong nghiên cứu có mối liên quan với nhiều yếu tố: Chu vi vòng cổ, chỉ số khối cơ thể, tư thế nằm ngủ, độ bão hòa oxy máu khi ngủ. Do vậy, cần đánh giá toàn diện hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn và điều trị kịp thời cho người bệnh.

Từ khóa: Hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ, chỉ số ngừng thở - giảm thở, OSA, AHI.

SUMMARY

FACTORS INFLUENCING THE APNEA-HYPONEA INDEX (AHI) IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA AT RESPIRATORY OUTPATIENT CLINICS OF TAM ANH HOSPITAL

Background: Obstructive sleep apnea syndrome is a common disease that is diagnosed by clinical symptoms, signs and by polysomnography or by respiratory polygraphy¹. AHI is an index used to assess the severity of sleep apnea syndrome. There are many factors affecting the apnea-hypopnea index. Understanding these factors plays an important role in helping clinicians improve the effectiveness of diagnosis and treatment of obstructive sleep apnea. **Objectives:** To assess factors influencing the apnea-hypopnea index (AHI) in patients with obstructive sleep apnea. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was carried 57 patients with obstructive sleep apnea syndrome at Tam Anh hospital from march, 2021 to february, 2023. **Results:** An average apnea-hypopnea index of $35,1 \pm 24,16$ ($n=57$). 77,2% of patients have moderate to severe AHI. AHI correlated moderately with neck circumference ($r = 0,523$; $p < 0,001$), body mass index ($r = 0,359$; $p < 0,01$), oxygen saturation below 90% in total sleep time ($r =$

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ngân

Email: nguyenvangan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 7.8.2023