

TĐCS là phát hiện các sai lệch trên cột sống, qua đó thực hiện các thủ thuật vi chỉnh nhẹ, giúp điều chỉnh các sai lệch trên cột sống. Đây là điểm riêng biệt của TĐCS mà không có trong xoa bóp bấm huyệt. Từ đó phục hồi sự nhu nhuận của hệ cơ và sự cân bằng của cột sống; giúp bệnh nhân giảm đau, cải thiện tâm vận động.

Mức độ đau và hạn chế TVĐ cột sống cổ ở BN hội chứng cánh tay cổ biểu hiện bằng những hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Để đánh giá mức độ hạn chế sinh hoạt hàng ngày chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi Neck Disability Index (NDI) của tác giả Howard Vernon. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự cải thiện rõ rệt hạn chế trong sinh hoạt hàng ngày ở cả 2 nhóm sau điều trị ngày 21 so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ). Điều này chứng minh phương pháp của chúng tôi đã mang lại kết quả khả quan cho bệnh nhân. Các triệu chứng về các hạn chế hoạt động thường ngày, đau đầu, mất ngủ,... ảnh hưởng rất lớn đến cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân do vậy khi mức độ đau, tâm vận động được cải thiện thì các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng được cải thiện theo.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp tác động cột sống kết hợp điện

châm có tác dụng giảm đau, cải thiện hạn chế tâm vận động cột sống cổ, giảm chèn ép rễ thần kinh vùng cổ, cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày trên bệnh nhân có hội chứng cánh tay cổ do thoái hóa cột sống cổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bogduk N.** The anatomy and pathophysiology of neck pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2003;14(3): 455-472, v. doi: 10.1016/ s1047-9651(03)00041-x
2. **Bộ Y tế, Cục quản lý khám chữa bệnh** (2016). Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Bệnh Cơ Xương Khớp. Nhà xuất bản Y học.
3. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2017). Bệnh Học Nội Khoa Y Học Cổ Truyền. Nhà xuất bản Y học.
4. **Lê Thị Hiền, Nguyễn Dư Sơn.** Đánh giá tác dụng phương pháp tác động cột sống để phục hồi nguồn sữa mẹ. *Tap Chí Nghiên Cứu Học.* Published online 2007:1-4.
5. **Phùng Gia Khánh** (2011). Đánh Giá Tác Dụng Điều Trị Đau Thắt Lưng Bằng Phương Pháp Tác Động Cột Sống. Luận văn Thạc sĩ. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
6. **Trương Anh Tuấn** (2016). Nghiên cứu ảnh hưởng của phương pháp tác động cột sống trong điều trị tăng huyết áp nguyên phát độ 1 và độ 2. Luận văn Thạc sĩ. Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
7. **MacDermid JC, Walton DM, Avery S, et al.** Measurement properties of the neck disability index: a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2009;39(5): 400-417. doi:10.2519/ jospt. 2009.2930

## NHỮNG ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG Ở BỆNH NHÂN NGỪNG THỞ LÚC NGỦ DO TẮC NGHẼN

Trần Thị Nhật Lệ<sup>1</sup>, Lâm Đại Phong<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát các đặc điểm giải phẫu trên phim sọ nghiêng của những bệnh nhân được chẩn đoán mắc hội chứng ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn ở các mức độ nhẹ, trung bình và nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên phim sọ nghiêng của các bệnh nhân được chẩn đoán ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn tại phòng khám hô hấp Phổi Việt và được chỉ định đến chụp phim tại khoa Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Dược TP. HCM. **Kết quả:** Bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình 49, trong đó 11/15 là nam giới và tỉ lệ béo phì trong mẫu nghiên cứu là 60%. Mười lăm bệnh nhân thỏa điều kiện nghiên cứu được chia thành 3 nhóm mức độ: nhẹ, trung bình và nặng, tương ứng với chỉ số AHI 5-15, 15-30, > 30; mỗi nhóm có 5 người. Khoảng không

đường thở vùng mũi hầu, góc tương quan giữa nền sọ và xương hàm dưới, khoảng cách từ xương móng đến mặt phẳng hàm dưới trên phim sọ nghiêng là những thông số có sự khác biệt, tương quan với độ nặng của ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn nhưng không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Phim sọ nghiêng cung cấp những thông số liên quan đến khoảng thông đường thở bên cạnh những giá trị thường gặp trong chẩn đoán mối liên quan giữa răng, xương hàm, xương sọ trong chính nha Những thông số này có giá trị tham khảo, gợi ý cho bác sĩ răng hàm mặt trong việc tầm soát bệnh lý ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn.

**Từ khóa:** Phim sọ nghiêng, đặc điểm giải phẫu, ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn.

### SUMMARY

#### CEPHALOMETRIC ANATOMICAL CHARACTERISTICS IN OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA PATIENTS

**Objectives:** To determine the anatomical characteristics in patients diagnosed with mild, moderate and severe obstructive sleep apnea. **Subject and methods:** We performed a retrospective study that analyzed the cephalometric

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nhật Lệ

Email: tranhnhatle142@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

data of patients who were diagnosed Obstructive sleep apnea in the Phoi Viet Clinic and indicated to take cephalometric at Faculty of Odonto-Stomatology, Medicine and Pharmacy HCMC University, from October 2019 to February 2020. **Results:** Fifteen patients were included, 11 men, and 4 women, with a mean age of 49 years, 60% of patients with obesity. Patients were divided into three groups according to AHI demonstrated by polysomnography: mild OSAS (group 1), moderate OSAS (group 2) and severe OSAS (group 3). The number of each group was 5. SNB (represents the relative anteroposterior position of the mandible to the cranial base), SPS (superior pharyngeal space), H-MP (hyoid bone to mandibular plane distance) were three values which have correlated with apnea-hypopnea sleep index. **Conclusions:** The cephalometric variables are useful tools for understanding and diagnosing OSAS.

**Keywords:** Cephalometric, sleep apnea syndrome, craniofacial structures.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn (HCNTLNTN) là tình trạng hô hấp đặc trưng bởi các cơn tắc nghẽn đường hô hấp trên một phần hoặc toàn phần diễn ra lặp đi lặp lại trong lúc ngủ. Tại Việt Nam, tỷ lệ NTLNTN chiếm 8,4% dân số ở người trưởng thành và 16% ở các đối tượng có triệu chứng nguy cơ, ảnh hưởng lớn đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống: gây giảm lưu thông đường thở, kích thích thần kinh, giảm bão hòa oxy máu, rối loạn thần kinh cơ, rối loạn chuyển hóa Insulin, stress kéo dài[1].

Hội chứng ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn có liên quan đến các yếu tố nguy cơ như cân nặng, tuổi, giới tính, cấu trúc sọ mặt và các thói quen xấu như hút thuốc lá, uống rượu. Tuy nhiên hiện nay các hiểu biết về cơ chế bệnh sinh của NTLNTN còn nhiều hạn chế, đặc biệt là các yếu tố nguy cơ do cấu trúc giải phẫu vùng hàm mặt trong mối liên hệ với bệnh nhân NTLNTN chưa được làm rõ.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu phân tích, so sánh về đặc điểm cấu trúc giải phẫu vùng hàm mặt ở những bệnh nhân mắc hội chứng này để sàng lọc giúp chẩn đoán HCNTLNTN. Tuy nhiên các nghiên cứu này thiết kế khác nhau hay thực hiện trên các chủng tộc khác nhau nên việc áp dụng trên người Việt Nam cần nên được cân nhắc và đánh giá. Vì lý do đó, nghiên cứu này cần được thực hiện để có thể tìm ra các đặc điểm về cấu trúc giải phẫu đóng vai trò trong việc gợi ý chẩn đoán HCNTLNTN, từ đó giúp sàng lọc được những người có khả năng mắc phải, từ đó gửi đến các chuyên khoa để chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Đa ký giấc ngủ hay polysomnography hiện

được xem là chuẩn vàng để chẩn đoán HCNTLNTN nhưng chi phí còn cao, ước tính ở Mỹ chỉ có 13% bệnh nhân được đo đa ký giấc ngủ để chẩn đoán [5]. Tại Việt Nam, HCNTLNTN mới chỉ được quan tâm gần đây và phương pháp đo đa ký giấc ngủ có chi phí vẫn còn cao trong cộng đồng. Do đó, việc xác định các chỉ số trên phim sọ nghiêng để tầm soát ban đầu bởi các bác sĩ răng hàm mặt là điều cần thực hiện trước khi đo đa ký giấc ngủ [5],

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên phim sọ nghiêng của các bệnh nhân được chẩn đoán Ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn tại phòng khám hô hấp Phổi Việt và được chỉ định đến khoa Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Dược TP. HCM để chụp phim sọ nghiêng từ tháng 10/2019 đến tháng 2/2020.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, được chẩn đoán mắc hội chứng Ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn hay có chỉ số đo AHI (số lần ngưng - giảm thở trung bình/đêm)  $\geq 5$ .

- Chưa từng phẫu thuật tạo hình khẩu cái mềm.
- Chưa từng phẫu thuật hàm mặt.
- Chưa từng điều trị chỉnh hình.
- Kết quả đo đa ký giấc ngủ không phải là ngưng thở do nguyên nhân trung ương.

Các bệnh nhân được phân thành 3 nhóm dựa vào AHI (chỉ số ngưng thở giảm thở) = (số lần ngưng thở+giảm thở)/giờ ngủ với AHI = 5-15: Nhóm bệnh lý mức độ nhẹ; AHI >15-30: Nhóm bệnh lý mức độ trung bình; AHI > 30: Nhóm bệnh lý mức độ nặng.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Kết quả đo giấc ngủ là ngưng thở lúc ngủ trung ương hay không ngưng thở tắc nghẽn (AHI<5).

- Đối tượng đang có tình trạng bệnh nặng phối hợp: suy hô hấp mạn cần thở oxy liên tục.
- Đối tượng đã từng chỉnh hình, phẫu thuật tạo hình khẩu cái mềm, hàm mặt trước đó.

## **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

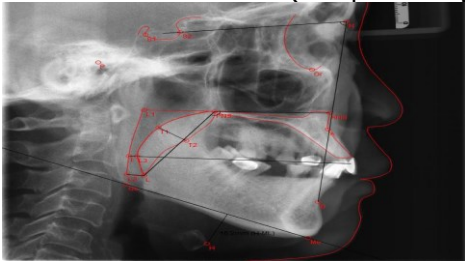
**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên phim sọ nghiêng sẵn có.

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu:** Tiến hành lấy mẫu thuận tiện hồi cứu. Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 15 bệnh nhân.

**2.2.3. Các bước tiến hành:** Đối tượng nghiên cứu được thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, phim sọ nghiêng.

**Các thông số đo trên phim:** Bệnh nhân được phân tích các chỉ số trên phim sọ nghiêng bao gồm:

- Góc tương quan xương hàm dưới và nền sọ SNB
- Khoảng không đường thở vùng mũi hầu SPS (Superior Pharyngeal Space).
- Khoảng không đường thở vùng khẩu hầu IPS (Inferior Pharyngeal Space).
- Khoảng không đường thở vùng hầu tại vị trí hẹp nhất NPS (Narrowest Pharyngeal Space).
- Khoảng cách từ xương móng đến mặt phẳng hàm dưới H-MP (hyoid bone to mandibular plane distance).
- Chiều dài khẩu cái mềm SPL (soft palate length) và bề dày khẩu cái mềm SPT (soft palate thickness).
- Góc khẩu cái mềm SPA (soft palate angle).



**Hình 2.1: Mô tả các thông số đo trên phim**

- L: điểm thấp nhất của khẩu cái mềm.
- H: điểm trước và trên nhất của xương móng.
- I: điểm sau nhất của khẩu cái mềm
- Từ các điểm PNS, I, L vẽ song song với mặt phẳng Frankfort cắt thành sau hầu tại L1, L3, L2.
- PNS-L1: khoảng không đường thở mũi hầu.
- I-L3: khoảng không đường thở trên hẹp nhất.
- L-L2: khoảng không đường thở khẩu hầu.
- H-GoMe: khoảng cách từ xương móng đến mặt phẳng hàm dưới.
- SNB: góc tương quan nền sọ và xương hàm dưới.
- ANS-PNS-L: góc tạo bởi khẩu cái cứng và khẩu cái mềm.
- PNS-L: chiều dài khẩu cái mềm.
- T1-T2: bề dày của khẩu cái mềm.

**2.2.4. Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý, nhập thông tin theo các biến bằng phần mềm Excel. Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata. Thống kê mô tả tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, các biến về tuổi, giới, BMI và các số đo về hàm mặt. Thống kê phân tích sự khác biệt về trung bình các thông số hàm mặt ở

ba nhóm bệnh nhân ngưng thở lúc ngủ tắc nghẽn mức độ nhẹ, trung bình và nặng. Các thông số được kiểm tra theo phép kiểm Kruskal-Wallis.

**2.2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu hồi quy trên mẫu chẩn đoán sẵn có, không xâm lấn, đã được sự chấp thuận của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học số 459/HĐĐĐ-ĐHYD. Số liệu chỉ phục vụ nghiên cứu khoa học, không vì mục đích khác.

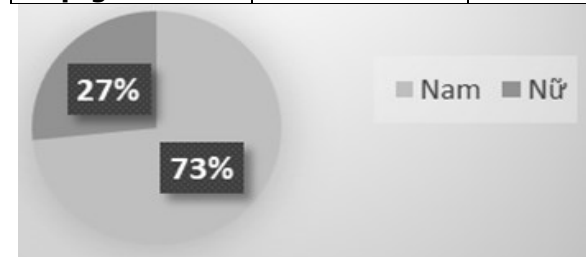
**2.3. Phân tích thống kê:** Các kết quả được mã hóa và xử lý bằng phần mềm Stata 22. Dùng phương pháp kiểm định giá trị phi tham số bằng tương quan Kruskal-Wallis.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

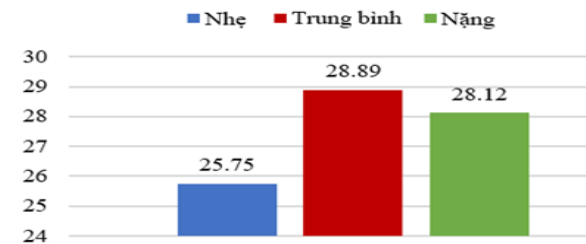
Từ 10/2019 đến 2/2020 tại phòng khám hô hấp Phổi Việt, chúng tôi đã chọn được 15 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn đưa vào phân tích nghiên cứu, trong đó tuổi trung bình 49 tuổi, nam chiếm 11/15, 60% bệnh nhân thừa cân và béo phì.

**Bảng 3.1: Các nhóm nghiên cứu**

Nhóm nghiên cứu	Giá trị TB±ĐLC	Số lượng
<b>Nhẹ</b> 5 <AHI <= 15	8.26±3.83	5
<b>Trung bình</b> 15 < AHI <= 30	24.30±5.12	5
<b>Nặng</b> AHI > 30	45.52±12.25	5



**Hình 3.1: Phân bố giới tính BMI**

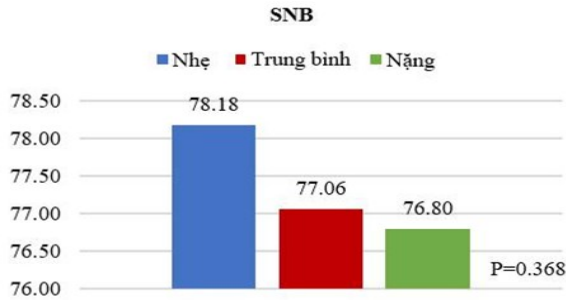


**Hình 3.2: Chỉ số BMI ở các nhóm nghiên cứu**

**Bảng 3.2: So sánh các thông số giải phẫu mô mềm, mô xương trên phim sọ nghiêng**

Thông số giải phẫu	Phân loại AHI			P
	Nhẹ (TB ± ĐLC)	Trung bình (TB ± ĐLC)	Nặng (TB ± ĐLC)	
Góc tương quan xương hàm dưới và nền sọ SNB	78.18±2.28	77.06±3.30	76.80±2.84	0.846
Góc khẩu cái cứng - mềm	121.64±5.81	125.44±2.81	124.96 ±5.67	0.298

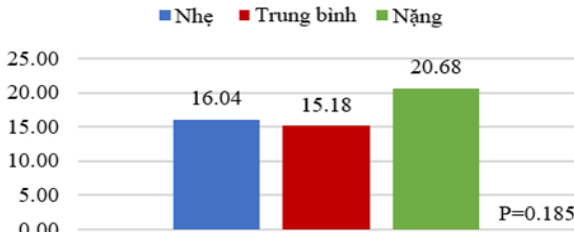
Chiều dài khẩu cái mềm	36.66 ±3.17	35.93±4.16	37.90±4.34	0.613
Chiều rộng khẩu cái mềm	8.14 ±1.90	8.512±0.84	9.80 ±1.44	0.077
Khoảng cách từ xương móng đến mặt phẳng xương hàm dưới	16.04 ±4.97	16.18±3.69	20.68±5.16	0.185
Khoảng không đường thở mũi hầu	24.94 ±3.38	24.89±2.83	24.51±2.68	0.949
Khoảng không đường thở tại vị trí sau nhất của khẩu cái mềm	8.44 ±1.51	8.57 ±2.02	7.68 ±3.05	0.675
Khoảng không đường thở tại khẩu hầu	6.14 ±1.71	6.29 ±4.22	5.12 ±2.41	0.846



**Hình 3.3: Góc tương quan xương hàm dưới và nền sọ SNB**

Góc SNB giảm dần theo độ nặng của hội chứng, lần lượt có giá trị trung bình là 78,18°; 77,06° và 76,80°.

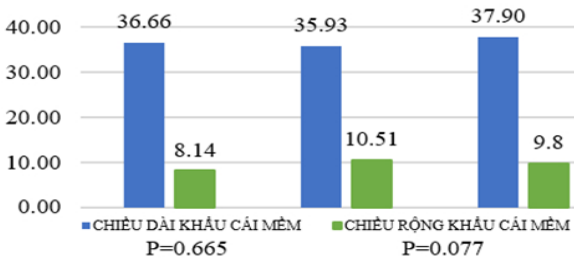
**KHOẢNG CÁCH TỪ XƯƠNG MÓNG ĐẾN MẶT PHẲNG HÀM DƯỚI**



**Hình 3.4: Khoảng cách từ xương móng đến mặt phẳng hàm dưới**

Khoảng cách từ xương móng đến mặt phẳng hàm dưới ở nhóm nhẹ và nặng có giá trị trung bình gần bằng nhau là 16,04mm và 15,18mm, còn ở nhóm bệnh nhân nặng thì khoảng cách này có giá trị lớn hơn là 20,68mm.

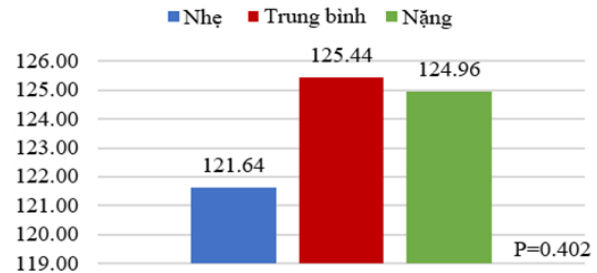
**CHIỀU DÀI VÀ CHIỀU RỘNG KHẨU CÁI MỀM**



**Hình 3.5: Chiều dài và chiều rộng khẩu cái mềm**  
Khẩu cái mềm có số đo chiều dài lớn nhất trong ba nhóm với 37,9mm. Nhóm bệnh nhân

ngưng thở nhẹ có số đo chiều dài và chiều rộng là nhỏ nhất trong ba nhóm, tương ứng 36,66mm và 8,14 mm.

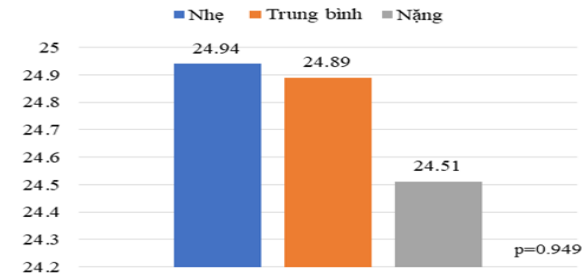
**GÓC KHẨU CÁI MỀM**



**Hình 3.6: Góc khẩu cái mềm**

Góc khẩu cái mềm có giá trị lớn ở nhóm bệnh nhân trung bình và nặng, tương ứng 125,44° và 124,96°. Số đo này thấp nhất ở nhóm bệnh nhân ngưng thở mức độ nhẹ với 121,64°

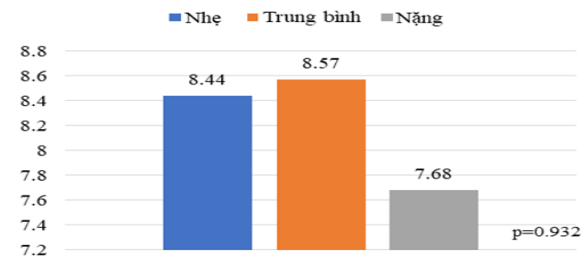
**KHOẢNG KHÔNG ĐƯỜNG THỞ MŨI HẦU**



**Hình 3.7: Khoảng không đường thở mũi hầu**

Khoảng không đường thở mũi hầu giảm dần theo độ nặng của NTLNTN. Ở nhóm bệnh nhân nặng, thông số này là thấp nhất với 24,51mm. Giá trị này ở nhóm bệnh nhân nhẹ và trung bình chênh lệch tối thiểu.

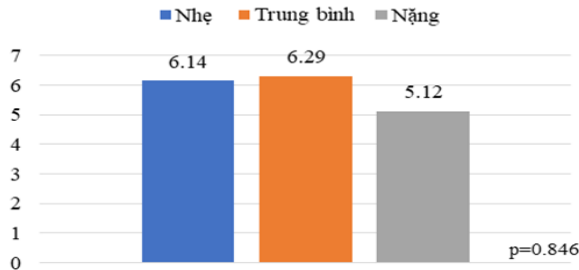
**KHOẢNG KHÔNG ĐƯỜNG THỞ KHẨU HẦU**



**Hình 3.8: Khoảng không đường thở khẩu hầu**

Ở vị trí khẩu hầu, khoảng không đường thở ở nhóm bệnh nhân nhẹ và trung bình có giá trị chênh lệch tối thiểu, tương ứng 8,44 và 8,57mm. Riêng ở nhóm bệnh nhân nặng, khoảng không đường thở khẩu hầu chỉ 7,68mm.

KHOẢNG KHÔNG ĐƯỜNG THỞ HẸP NHẤT



Khoảng không đường thở hẹp nhất có giá trị gần bằng nhau giữa nhóm nhẹ và trung bình, nhóm nặng có giá trị nhỏ hơn.

Các thông số giải phẫu trên phim sọ nghiêng giữa các nhóm có sự khác biệt, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê. Trung bình góc tương quan xương hàm dưới và nền sọ, khoảng không đường thở tại vị trí mũi hầu có sự giảm dần theo độ nặng của NTLNTN, cũng như cùng với sự tăng dần về chỉ số AHI thì khoảng cách từ xương móng đến mặt phẳng hàm dưới cũng tăng dần.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình cao, giới nam chiếm đa số phù hợp với các tác giả khác. Điều này phù hợp với ý kiến, NTLNDTN gặp nhiều ở giới nam và người lớn tuổi. Thừa cân và béo phì chiếm 60% thấp hơn so với tác giả Vũ Hoài Nam [1] 73,2%. Xương móng là vị trí bám cho cơ móng lưỡi, quyết định vị trí của lưỡi và liên kết với hầu họng. Xương móng có vai trò quan trọng duy trì sự thông thoáng khi nuốt và hô hấp. Bình thường khi nằm ngửa hàm dưới bị lùi ra sau do trọng lượng, lúc này cơ móng lưỡi sẽ tăng trương lực để kéo lưỡi ra trước theo đó hàm dưới ra trước để không cản trở đường hô hấp trên. Vị trí xương móng xuống dưới hơn do thích nghi với áp lực cơ học để duy trì thông thoáng đường thở: vị trí xương móng hạ thấp gia tăng khoảng cách giữa lưng lưỡi, khẩu cái mềm với thành hầu phía sau, làm giảm điều kiện để gây ra tắc nghẽn. Mặc dù sự khác biệt đưa ra chưa có ý nghĩa thống kê tuy nhiên sự gia tăng khoảng cách này theo độ nặng của NTLNTN cũng tương đồng với kết quả đã được nhắc đến trong các nghiên cứu Albajalan, Gungor, Svaza [3,4,8].

Ở nhóm bệnh nhân HCNTLNTN xương hàm dưới thường có vị trí lui sau, giá trị SNB nhỏ hơn

so với nhóm người bình thường, giá trị SNB tương quan với độ nặng của hội chứng tắc nghẽn lúc ngủ, ghi nhận trong nghiên cứu của các tác giả Vũ Hoài Nam, Gungor, Lowe [1, 4], [6, 7]. Xương hàm dưới lùi sau, khoang miệng nhỏ, để lại ít khoảng trống cho lưỡi. Lúc ngủ, lưỡi lùi sau sẽ dễ chèn lên khẩu cái mềm và thành hầu.

Khoảng không đường thở tại vị trí mũi hầu thu hẹp thể hiện tiềm năng tắc nghẽn, thường đi kèm với sự lùi sau của xương hàm trên. Khi ngủ các cơ, mô mềm ở trạng thái thư giãn, lưỡi và xương hàm dưới lùi sau theo chiều trọng lực làm gia tăng điều kiện gây tắc nghẽn.

Chiều dài, rộng và góc độ khẩu cái mềm hay khoảng không đường thở tại mũi hầu ở các nhóm bệnh nhân nhẹ và trung bình chưa có sự khác biệt, tuy nhiên giữa nhóm nhẹ và nặng cũng có sự tương quan với độ nặng của hội chứng này. Do hạn chế của nghiên cứu tiến hành trên cỡ mẫu còn nhỏ, chưa đưa đến sự khác biệt rõ ràng như các nghiên cứu trên thế giới thực hiện trên các chủng tộc khác.

#### V. KẾT LUẬN

Ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn là hội chứng nguy hiểm diễn tiến âm thầm gây ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống và có thể gây đột tử. Phim sọ nghiêng là công cụ chẩn đoán hình ảnh thường thực hiện bởi các bác sĩ răng hàm mặt có giá trị, chỉ ra các yếu tố nguy cơ và vị trí tiềm năng tắc nghẽn, với các chỉ số giúp gợi ý để có thể thực hiện việc chẩn đoán ban đầu của hội chứng này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Hoài Nam, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của hội chứng ngưng thở lúc ngủ do tắc nghẽn". Luận án tiến sĩ y học, 2016.
2. Trần Văn Ngọc, Đặng Thị Mai Khuê, "Epsasie: khảo sát tỷ lệ hiện mắc của hội chứng ngưng thở lúc ngủ tại Việt Nam". Đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện Chợ Rẫy, 2014.
3. Albajalan, O.B., A. Samsudin, and R. Hassan, Craniofacial morphology of Malay patients with obstructive sleep apnoea. *The European Journal of Orthodontics*, 2010. 33(5): p. 509-514.
4. Gungor, A.Y., et al., Cephalometric comparison of obstructive sleep apnea patients and healthy controls. *European journal of dentistry*, 2013. 7(1): p. 48.
5. Hiestand, D.M., et al., Prevalence of symptoms and risk of sleep apnea in the US population. *Chest*, 2006. 130(3): p. 780-786.
6. Lowe, A.A. and J.A. Fleetham, Two and three dimensional analyses of tongue, airway, and soft palate size. In: Norton ML, Brown ACD (eds). *Atlas of the Difficult Airway*. Mosby-Year Book, St Louis, 1991: p. 74-82.

7. Lowe, A.A., et al., Facial morphology and obstructive sleep apnea. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 1986. 90(6): p. 484-491.

8. Svaza, J., et al., Upper airway sagittal dimensions in obstructive sleep. Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal, 2011: p. 13:123-7.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY LIÊN MẪU CHUYỂN BẰNG ĐINH NỘI TUYẾT ĐẦU TRÊN XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Minh Đức<sup>1</sup>, Đào Xuân Thành<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

Gãy liên mấu chuyển xương đùi có tần suất ngày càng tăng do tuổi thọ trung bình tăng. Theo thống kê của Eastell và Lambert<sup>1</sup>, trên Thế giới ước tính có trên 1,5 triệu trường hợp gãy đầu trên xương đùi, dự đoán đến năm 2025, sẽ có 2,6 triệu trường hợp. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị gãy liên mấu chuyển, điều trị bảo tồn kết quả kém, điều trị phẫu thuật được chấp nhận. Kết hợp xương cho các loại gãy liên mấu chuyển bằng đinh nội tủy xương đùi được AAOS khuyến cáo<sup>2</sup>. Nghiên cứu được thực hiện với mục đích đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển bằng đinh nội tủy đầu trên xương đùi PFNA tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, với 90 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn. Kết quả: độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $78,04 \pm 10,98$ ; tỉ lệ nữ/nam là 2,7/1; chủ yếu do tai nạn sinh hoạt chiếm 82,2%. TAD Index nhóm  $\leq 25\text{mm}$  chiếm 88,9% với giá trị trung bình là  $19,19 \pm 2,48\text{mm}$ , nhóm  $> 25\text{mm}$  chiếm 11,1% với giá trị trung bình là  $26,14 \pm 0,76\text{mm}$ . Cleveland Index vùng 5: Center – Center chiếm 61,1%, góc cổ thân xương đùi sau mổ trung bình là  $129,32^\circ$ , sau 6 tháng trung bình là  $126,75^\circ$ . Kết quả chức năng khớp háng sau mổ tại thời điểm 6 tháng theo bảng điểm Merle d'Aubigné – Postel đạt rất tốt và tốt chiếm tỷ lệ 72,2%, khá đạt 26,7%.

**Từ khóa:** gãy liên mấu chuyển, PFNA, TAD Index, Cleveland Index, Merle d'Aubigné

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT INTERTROCHANTERIC FRACTURES WITH PROXIMAL FEMUR NAIL ANTIROTATION AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

Intertrochanteric fractures are rising in frequency due to increasing average life expectancy. According to statistics by Eastell and Lambert<sup>1</sup>, there are estimated to be over 1.5 million cases of femoral head fractures in the world, and it is predicted that by 2025, there will be 2.6 million cases. Currently, there are

many methods of treating intertrochanteric fractures; conservative treatment has poor results, and surgical treatment is accepted. Implant options for intertrochanteric fracture surgery using proximal femoral intramedullary nails are recommended by the AAOS<sup>2</sup>. The study aims to evaluate the treatment results of intertrochanteric fractures using PFNA at Saint Paul General Hospital, with 90 patients meeting the selection criteria. Results: the average age of the study subjects was  $78.04 \pm 10.98$ ; The female-male ratio is approximately 2.7 to 1. Fractures are mainly due to daily life accidents, accounting for 82.2%. TAD Index group  $\leq 25\text{mm}$  accounts for 88.9% with an average value of  $19.19 \pm 2.48\text{mm}$ , group  $> 25\text{mm}$  accounts for 11.1% with an average value of  $26.14 \pm 0.76\text{mm}$ . Cleveland Index zone 5: Center - Center accounts for 61.1%; the average femoral neck-shaft angle after surgery is  $129.32^\circ$ , and after six months, the average is  $126.75^\circ$ . Postoperative hip function results at six months, according to the modified Merle d'Aubigné - Postel score, were excellent and good at 72.2%, fair at 26.7%.

**Keywords:** intertrochanteric fracture, PFNA, TAD Index, Cleveland Index, Merle d'Aubigné

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng liên mấu chuyển và cổ xương đùi chủ yếu là xương xốp, vỏ xương quanh mấu chuyển mỏng hơn rất nhiều so với vỏ thân xương đùi, nhưng có khả năng chịu tải trọng cao gấp 2 - 3 lần trọng tải cơ thể, nhờ có cấu trúc đặc biệt của các bề xương. Trong cấu trúc của hệ thống các bề xương có một điểm yếu là tam giác Ward - điểm giữa cổ xương đùi, nơi mà các bề xương chịu lực không đan qua, điểm này yếu ở mọi lứa tuổi do cấu trúc. Theo nghiên cứu đánh giá cấu trúc bề xương vùng đầu trên xương đùi bằng CT Scan của tác giả Kerr<sup>3</sup>, ở người cao tuổi, các bề xương thưa và mất dần nên ở vùng mấu chuyển trở nên giòn và dễ gãy, đôi khi chỉ với một chấn thương nhẹ.

Trước kia, khi chưa có sự phát triển của các phương tiện phẫu thuật và các phương tiện kết hợp xương, đa số các tác giả ủng hộ việc điều trị gãy liên mấu chuyển bằng bất động bảo tồn. Tuy nhiên, do tỉ lệ bệnh nhân gặp biến chứng, tử vong và tàn phế cao, chính vì thế, hiện nay,

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Đức

Email: dr.duc.nm@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023