

các cơ sở y tế để cung cấp điều trị tốt hơn cho bệnh nhân UTV. Đồng thời, thông qua kết quả bước đầu phân tích điểm nóng Getis- Ord Gi dựa trên số liệu ung thư ghi nhận tại Bệnh viện K cho thấy rằng: Khu vực nội thành Hà Nội thực sự là những "điểm nóng" về ghi nhận ung thư vú khi so sánh sự khác biệt giữa các cụm điểm nóng ($p < 0,01$).

VI. KIẾN NGHỊ

Để phát triển bước đánh giá sâu hơn và toàn diện hơn, nhóm nghiên cứu đề xuất bệnh viện tạo điều kiện, bổ sung thêm nhiều nguồn lực và mở rộng quy mô nghiên cứu cũng như thời gian nghiên cứu để kết quả phân tích và đánh giá các yếu tố liên quan thực sự có ý nghĩa trong việc giảm thiểu nguy cơ ung thư vú tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F. Bray, J. Ferlay, I. Soerjomataram, R. L. Siegel, L. A. Torre, and A. Jemal, "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries," CA. Cancer J. Clin., vol. 68, no. 6, pp. 394–424, Nov. 2018, doi: 10.3322/caac.21492.
2. Bùi Diệu, Nguyễn Thị Hoài Nga, và Trần Văn

- Thuần, "Xu hướng của bệnh ung thư vú tại Việt Nam, Tạp chí Ung thư học Việt Nam," vol. 4, pp. 34–38.
3. T. Pd, M.-T. C, and B. Pc, "Female breast cancer in Vietnam: a comparison across Asian specific regions," Cancer Biol. Med., vol. 12, no. 3, Sep. 2015, doi: 10.7497/j.issn.2095-3941.2015.0034.
4. D. S. G. Eugênio, J. A. Souza, R. Chojniak, A. G. V. Bitencourt, L. Graziano, and E. F. Souza, "Breast cancer features in women under the age of 40 years," Rev. Assoc. Medica Bras. 1992, vol. 62, no. 8, pp. 755–761, Nov. 2016, doi: 10.1590/1806-9282.62.08.755.
5. B. H. Son et al., "Young women with breast cancer in the United States and South Korea: comparison of demographics, pathology and management," Asian Pac. J. Cancer Prev. APJCP, vol. 16, no. 6, pp. 2531–2535, 2015, doi: 10.7314/apjcp.2015.16.6.2531.
6. DeVita V.T., Lawrence T.S., và Rosenberg S.A, DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer: Principles & practice of oncology., Tenth edition. 2015.
7. Gregorio D.I., Samociuk H., DeChello L. và cộng sự, "Effects of study area size on geographic characterizations of health events: Prostate cancer incidence in Southern New England, USA, 1994-1998. International Journal of Health Geographics.," 2016.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐO ĐA KÝ Ở NGƯỜI BỆNH CÓ HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ (OSA) MỨC ĐỘ TRUNG BÌNH VÀ NẶNG

Lê Thị Ba¹, Vũ Văn Giáp¹

TÓM TẮT

Tổng quan: OSA là một trong những rối loạn hô hấp thường gặp nhất khi ngủ. Bệnh nếu không được điều trị sẽ để lại những hậu quả nặng nề như buồn ngủ ban ngày và các hậu quả do buồn ngủ (như tai nạn giao thông, tai nạn lao động,...), hậu quả tim mạch (như rối loạn nhịp tim, THA kháng trị, NMCT,...) và chuyển hoá (như ĐTD, rối loạn mỡ máu,...). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu 105 bệnh nhân được chẩn đoán OSA trung bình và nặng tại Trung tâm Hô hấp Bv Bạch Mai từ tháng 1/8/2022 đến tháng 30/8/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 51.2 ± 12.7 ; tỷ lệ nam gấp 8.5 lần nữ. Triệu chứng lâm sàng hay gặp: ngủ ngáy (100%), cơn ngừng thở (97.1%), ngộp thở ban đêm (68%), mệt mỏi (83%), tiểu đêm (75%), buồn ngủ ban ngày

Epworth 13.25 ± 5.96 , Kết quả đa ký: AHI trung bình 52.9 ± 23.3 , AHI trung bình của nhóm nam 53.5 ± 22.6 cơn/h, AHI trung bình nữ 47.5 ± 29.7 cơn/h, SpO2 trung bình 90.8 ± 6.2 , SpO2 trung bình của nhóm OSA nặng 90.2 ± 6.6 thấp hơn có ý nghĩa so với SpO2 trung bình của nhóm OSA trung bình (93.5 ± 1.8), nhịp tim trung bình 70.8 ± 10.23 . **Từ khóa:** Hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ, đa ký hô hấp, đa ký giấc ngủ.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF POLYGRAPHY IN PATIENTS WITH MODERATE AND SEVERE OBSTRUCTIVE SLEEP APNOEA SYNDROME (OSA)

Overview: OSA is one of the most common sleep-related breathing disorders. If the disease is not treated, it will leave serious consequences such as daytime sleepiness and consequences due to sleepiness (such as traffic accidents, work accidents, etc.), cardiovascular consequences (such as arrhythmias), heart disease, resistant hypertension, MI,...) and metabolism (such as diabetes, dyslipidemia,...). **Subjects and methods:**

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Ba

Email: thubahmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

Prospective cross-sectional descriptive study of 105 patients diagnosed with moderate and severe OSA at Bach Mai Hospital Respiratory Center from August 1, 2022 to August 30, 2023. **Results:** Average age 51.2±12.7; The ratio of men is 8.5 times higher than that of women. Common clinical symptoms: snoring (100%), apnea (97.1%), nighttime suffocation(68%), fatigue (83%), nocturia (75%), daytime sleepiness Epworth 13.25± 5.96, Polygraph results: Average AHI 52.9±23.3, average AHI of the male group 53.5±22.6, average AHI of the female group 47.5±29.7, average SpO₂ 90.8±6.2, average SpO₂ of the group severe OSA 90.2±6.6 is significantly lower than the average SpO₂ of the average OSA group (93.5± 1.8), average heart rate 70.8±10.23. **Keywords:** Obstructive sleep apnea syndrome, polygraphy, polysomnography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ được mô tả ban đầu vào năm 1976 bởi GUILLEMINAULT [1]. Tỷ lệ mắc trong dân số nói chung thay đổi tùy nghiên cứu nhưng nó khoảng 2% ở nữ và 4% ở nam giới. Tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi và sau 65 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất. Bệnh được đặc trưng bởi những cơn ngưng thở (tắc nghẽn hoàn toàn) hoặc giảm thở (tắc nghẽn một phần biểu hiện là ngủ ngáy) lặp lại trong thời gian ít nhất 10 giây do sự tắc nghẽn của đường hô hấp trên trong khi ngủ, hậu quả của sự tắc nghẽn này là làm giảm oxy máu từng cơn, dẫn đến những vi thức lặp lại trong khi ngủ. Từ đó làm cho người bệnh cảm thấy dù ngủ rất nhiều nhưng thường xuyên trong trạng thái buồn ngủ, mệt mỏi, đau đầu buổi sáng, giảm tập trung trí nhớ, tiểu đêm, suy giảm chức năng tình dục,... Bệnh về lâu về dài, nếu không được điều trị sẽ gây ra các hậu quả nghiêm trọng như rối loạn nhịp tim, tăng huyết áp, tăng huyết áp kháng trị, nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, đái tháo đường, đề kháng insuline,... Mặc dù hội chứng ngưng thở khi ngủ đã được mô tả trong các tài liệu phi khoa học trong vài thập kỷ, nhưng bệnh lý của chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ vẫn còn là một lĩnh vực tương đối mới, nhiều bệnh nhân được chẩn đoán OSA khi mắc những biến chứng của bệnh như NMCT, đột quỵ não,... nghĩa là vẫn nhiều người còn chưa biết đến hội chứng này hoặc biết không đầy đủ vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả đo đa ký ở người bệnh có hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức độ trung bình và nặng tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán OSA mức độ trung bình và nặng

tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- ✓ BN trên 18 tuổi
- ✓ Chẩn đoán OSA theo tiêu chuẩn của AASM 2021 mức độ trung bình đến nặng
- ✓ Người bệnh có chỉ định và được điều trị thở máy tại nhà
- ✓ Tự nguyện tham gia nghiên cứu, tái khám ít nhất 1 lần

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- ✓ BN đang ở tình trạng cấp cứu
- ✓ Người bệnh được chẩn đoán hội chứng ngưng thở trung ương khi ngủ hoặc mắc các rối loạn giấc ngủ khác.

- ✓ Người bệnh bị bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính GOLD C, D

- ✓ BN từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Mô tả cắt ngang tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện

2.3. Các biến số và các chỉ số nghiên cứu chính

- ✓ Nhân trắc học: tuổi, giới, BMI, chu vi vòng cổ, chu vi vòng bụng, thói quen: hút thuốc, uống rượu, Tiền sử và bệnh đồng mắc.

- ✓ Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng cơ năng, Triệu chứng thực thể

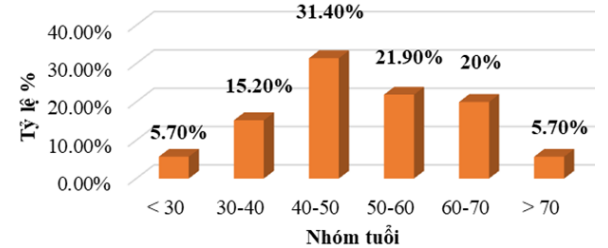
- ✓ Kết quả đa ký: AHI, SpO₂ máu trung bình thấp nhất, cao nhất, Tần số tim trung bình, tần số tim thấp nhất và cao nhất

2.4. Xử lý số liệu. Các bệnh án nghiên cứu được chẩn hóa và mã hóa, nhập dữ liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và Epi Data

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

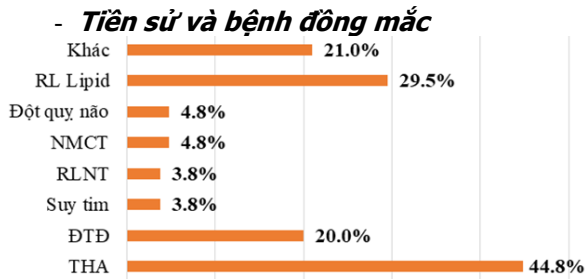
- Đặc điểm nhóm tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi (n=105)

Nhận xét: Tuổi trung bình 51.2 ± 12.7 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi, cao nhất 82 tuổi, độ tuổi từ 40 đến 50 chiếm tỷ lệ cao nhất 31.4%.

Đặc điểm về giới: Phân bố người bệnh theo giới tính (n = 105). Giới nam chiếm 89.5% và giới nữ chiếm 10.5%. Tỷ lệ Nam/ nữ = 8.5/1



Biểu đồ 3.2. Tiền sử/ bệnh đồng mắc (n=105)

Tăng huyết áp (chiếm 44.8%) và rối loạn mỡ máu (chiếm 29.5%) và đái tháo đường (chiếm 20%) là những bệnh đồng mắc hay gặp nhất

- Triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng trước khi điều trị (n=105)

Triệu chứng	Chung (n=105)		Nam (n=94)		Nữ (n=11)	
	N	%	N	%	N	%
Ngủ ngáy	105	100	94	100	11	100
Ngừng thở khi ngủ	102	97.1	91	96.8	11	100
Ngộp thở ban đêm	68	64.8	62	66	6	54.5
Mệt mỏi	83	79	75	79.8	8	72.7
Giảm tập trung chú ý	29	27.6	27	28.7	2	18.2
Tiểu đêm	75	71.4	65	69.1	10	90.9

100% BN trong nhóm nghiên cứu đều có triệu chứng ngủ ngáy, sau đó là cơn ngừng thở khi ngủ chiếm 97.1%, mệt mỏi chiếm 83%.

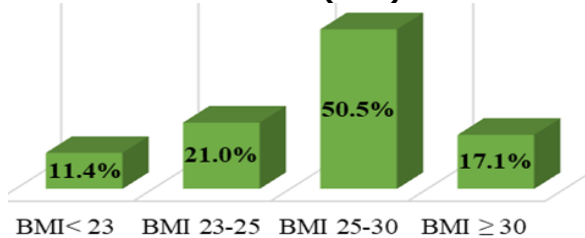
- Mức độ buồn ngủ ban ngày với mức độ nặng của OSA

Bảng 3.2. Mức độ buồn ngủ ban ngày với mức độ nặng của OSA (n=105)

Epworth	OSA TB (n=18)		OSA nặng (n=87)		p
	N	%	N	%	
Epworth <10	9	50	21	24.1	0.005
Epworth ≥10	9	50	66	75.9	
Tổng	18	100%	87	100%	
X ± s	8.72 ± 5.07		12.98 ± 5.9		

Trong nhóm OSA nặng, BN có thang điểm Epworth ≥ 10 chiếm 75.9%. Điểm Epworth trung bình của nhóm OSA nặng 12.98 ± 5.9 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm OSA trung bình 8.72 ± 5.07.

- Chỉ số khối cơ thể (BMI)



Biểu đồ 3.3. Phân bố người bệnh theo BMI (n=105)

BMI trung bình: 26.97 ± 4.31. Trong đó BMI từ 25 kg/m² đến 30 chiếm 50.5%.

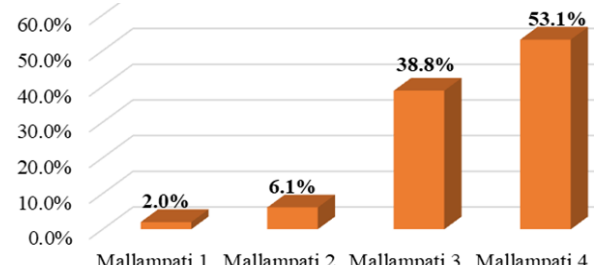
- Chu vi vòng cổ và vòng bụng

Bảng 3.3. Chu vi vòng cổ và vòng bụng (n= 43)

Biến	Chung (n=43)	Nam (n=37)	Nữ (n=6)
Chu vi vòng cổ (cm)	39.4 ± 2.9	39.86 ± 2.65	36.3 ± 2.73
Chu vi vòng bụng (cm)	97.65 ± 11.09	98.46 ± 11.64	92.67 ± 4.68

Chu vi vòng cổ TB 39.4 ± 2.9 cm, chu vi vòng cổ của nam là 39.86 ± 2.65 cm, nữ là 36.3 ± 2.73. Chu vi vòng bụng TB 97.65 ± 11.09 cm, chu vi vòng bụng của nam 98.46 ± 11.64 cm, của nữ là 92.67 ± 4.68. Trong đó người bệnh có chu vi vòng bụng lớn nhất 130 cm, thấp nhất 72cm.

- Thang điểm Mallampati đánh giá khẩu cái mềm

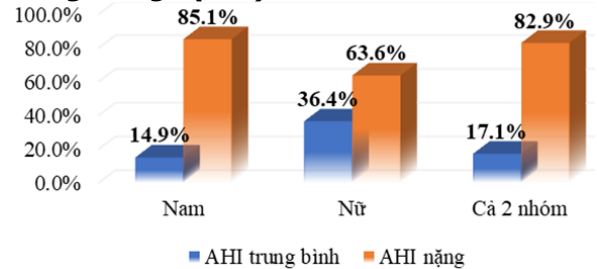


Biểu đồ 3.4. Thang điểm Mallampati của nhóm nghiên cứu (n = 49)

Điểm Mallampati 4 chiếm 53.1%, Mallampati 3 chiếm tỷ lệ 38.8%

3.2. Kết quả đo đa ký

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



Biểu đồ 3.5. Phân bố người bệnh theo mức độ ngừng thở (n=105)

Trong số nam, OSA nặng chiếm 85.1%. AHI TB 53.5 ± 22.6. Trong số nữ, OSA nặng chiếm 63.6%. AHI TB 47.5 ± 29.7. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

- Độ bão hòa oxy máu (SpO2) và mức độ ngừng thở

Bảng 3.4. Độ bão hòa oxy máu (SpO2) và mức độ ngưng thở (n=105)

SpO2	OSA TB (n=18)	OSA nặng (n=87)
Trung bình SpO2 TB	93.5±1.8	90.2±6.6
Trung bình SpO2 thấp nhất	78.1±9.3	70.2±0.7

Trung bình SpO2 TB trong nhóm OSA nặng 90.2 ± 6.6% thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm OSA TB 93.5 ± 1.8%. Trung bình SpO2 thấp nhất trong nhóm OSA nặng 70.2 ± 10.7% thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trung bình SpO2 thấp nhất trong nhóm OSA trung bình 78.1 ± 9.3%.

- Nhịp tim và mức độ ngưng thở

Bảng 3.5. Nhịp tim và mức độ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (n=105)

Nhịp tim	OSA TB (n=18)	OSA nặng (n=87)	
Nhịp tim trung bình	65.4±7.1	71.9±10.5	0.014
Nhịp tim cao nhất	92.9±6.6	104.3±21.7	0.000

Nhịp tim TB 70.8 ± 10.23 nhịp/phút. Nhịp tim TB của nhóm OSA nặng 71.9 ± 10.5 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm OSA TB 65.4 ± 7.1. Nhịp tim cao nhất của nhóm OSA nặng 104.3 ± 21.7 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm OSA TB 92.9 ± 6.6.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 105 người bệnh OSA mức độ trung bình và nặng tại Trung tâm Hô hấp BV Bạch Mai cho thấy: tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 51.2 ± 12.7, Trong đó độ tuổi từ 40-50 chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 31.4%, sau đó nhóm từ 50-60 tuổi chiếm 21.9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước và trên thế giới [2], [3]. Tỷ lệ nam gấp 8.5 lần nữ. Có nhiều nghiên cứu cho các tỷ lệ khác với nghiên cứu của chúng tôi do sự khác biệt về cỡ mẫu và đối tượng của chúng tôi là nhóm OSA trung bình và nặng, tuy nhiên tất cả đều có tỷ lệ nam nhiều hơn nữ [3], [4]. Có thể giải thích kết quả này do tuổi trung niên sớm với các thay đổi về nội tiết tố và quá trình chuyển hoá nghiêng về phía tích lũy, gây dễ tăng cân cũng như ở lứa tuổi trung niên có sự tăng các bệnh lý mạn tính khác như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu... đặc biệt ở nam.

Tiền sử và bệnh đồng mắc chính của đối tượng nghiên cứu là THA (42.9%), rối loạn mỡ máu (29.5%) và ĐTĐ (20%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Văn Lưu [2]. Trên thế giới, tỷ lệ mắc THA ở BN OSA từ 30-70% tùy theo từng nghiên cứu và mức độ bệnh, bệnh càng nặng tỷ

lệ THA càng cao. Lavie và cs (2000) nhận thấy AHI tăng thêm 1 cơn/h thì chỉ số HATT tăng thêm 0.1 mmHg và HATTr tăng thêm 0.04 mmHg [5].

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ngủ ngáy, 100% BN đều có ngủ ngáy, sau đó là cơn ngưng thở (97.1%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự với nghiên cứu của Chu Văn Vinh và Đinh Thị Thanh Hồng [3], [4]. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy triệu chứng ngủ ngáy có độ nhạy khá cao (90%), tuy nhiên độ đặc hiệu chỉ dưới 50% trong chẩn đoán OSA, tức là tỷ lệ dương tính giả khá cao. Tuy nhiên nếu kết hợp cả hai triệu chứng ngủ ngáy và cơn ngưng thở được chứng kiến sẽ cải thiện độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán OSA lần lượt là 78% và 67%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Epworth trung bình của đối tượng nghiên cứu là 12.25 ± 5.96. BN có điểm Epworth ≥ 10 chiếm 71.4%. Trong nhóm OSA nặng, điểm Epworth ≥ 10 chiếm 75.9%. Tỷ lệ này cao hơn nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Phạm Văn Lưu [2] tỷ lệ BN có điểm Epworth > 10 chiếm 47.1%, Nguyễn Thanh Bình [6] là 51.7% có lẽ vì nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều là những BN OSA trung bình và nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có BMI TB: 26.97 ± 4.31, trong đó nhóm BMI ≥ 25 chiếm 67.6%. Theo Young, có mối liên quan chặt chẽ giữa OSA TB và nặng với BMI, kết quả nghiên cứu cho thấy 58% số BN có AHI ≥ 15 cơn/giờ có BMI > 25 kg/m² [7]. Béo phì là yếu tố nguy cơ quan trọng của OSA, đặc biệt là béo phì ở phần trên cơ thể, béo phì làm tăng lắng đọng chất béo vào các cấu trúc xung quanh đường thở, do đó tăng nguy cơ xẹp đường hô hấp trên khi ngủ. Vòng cổ lớn là một yếu tố dự đoán quan trọng của OSA. BN có chu vi vòng cổ > 42,5 cm ở nam và > 40 cm ở nữ thì nguy cơ cao mắc OSA. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả chu vi vòng cổ TB 39.4 ± 2.9, ở nam là 39.86 ± 2.65 cm ở nam và ở nữ là 36.3 ± 2.73 cm.

Đánh giá bất thường hầu họng, trong nghiên cứu của chúng tôi số BN có Mallamapati III- IV chiếm tỷ lệ cao nhất 91.9%. Đây là dấu hiệu cho thấy phần lớn BN có nguyên nhân làm tắc nghẽn đường hô hấp trên trong khi ngủ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự nghiên cứu của Phạm Văn Lưu với số BN có Mallampati III- IV chiếm tỷ lệ cao nhất 75.7% [2].

Về chỉ số AHI, trong nghiên cứu của chúng tôi, BN OSA nặng chiếm 82.9%, OSA TB chiếm 17.1%. Kết quả này cũng cao hơn so với các kết quả của các tác giả khác ở Việt Nam và trên thế giới như tác giả Nguyễn Thanh Bình và Ip (2004)

ghi nhận AHI TB lần lượt là 29.9 ± 17.96 và 28.1 ± 1.3 [6],[8]. Có thể giải thích rằng do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm OSA trung bình và nặng.

Độ bão hoà oxy máu (SpO₂) là một thông số rất quan trọng trong đánh giá mức độ nặng của OSA. SpO₂ TB trong nghiên cứu của chúng tôi là 90.0 ± 6.2 , trong đó SpO₂ TB và SpO₂ thấp nhất của nhóm OSA thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm OSA mức độ trung bình. Như vậy, OSA càng nặng thì mức độ ảnh hưởng đến độ bão hoà oxy máu nền và độ bão hoà oxy máu thấp nhất càng tăng.

Nhịp tim trong khi ngủ: nhịp tim TB của đối tượng nghiên cứu là 70.8 ± 10.23 . từ bảng kết quả cho thấy nhịp tim trung bình và nhịp tim cao nhất của nhóm OSA nặng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm OSA. Điều này có thể lý giải là do khi cơn ngừng thở, giảm thở xảy ra, oxy trong máu có xu hướng giảm thấp nên cơ thể BN thường có phản ứng bằng cách tăng nhịp tim để làm tăng oxy cung cấp cho cơ thể vì thế nên mức độ OSA càng nặng thì nhịp tim càng có xu hướng tăng.

V. KẾT LUẬN

OSA là rối loạn hô hấp thường gặp nhất trong khi ngủ. Bệnh cần được chẩn đoán và điều trị sớm để tránh những hậu quả nặng nề do bệnh gây ra. Cần nghĩ đến OSA ở những người ngủ ngáy, cơn ngừng thở, buồn ngủ ban ngày,

béo phì, cổ to và ngắn. BN cần được đo đa ký, xác định chỉ số AHI để đánh giá mức độ nặng từ đó điều trị kịp thời cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Guilleminault C., Tilkian A., và Dement W.C.** (1976). The sleep apnea syndromes. *Annu Rev Med*, 27, 465–484.
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 ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ., Hà Nội.
3. **Đinh Thị Thanh Hồng** (2014), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả đo đa ký hô hấp của bệnh nhân có hội chứng ngừng thở khi ngủ tại Trung tâm Hô hấp BV Bạch Mai, luận văn tốt nghiệp BSNT, Hà Nội.
4. **Chu Văn Vinh** (2019), Hiệu quả của phương pháp thở áp lực dương liên tục trong điều trị hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn, Hà Nội.
5. **Lavie P., Herer P., và Hoffstein V.** (2000). Obstructive sleep apnoea syndrome as a risk factor for hypertension: population study. *BMJ*, 320(7233), 479–482.
6. **Nguyễn Thanh Bình** (2012), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng đa ký giấc ngủ và hiệu quả của thở áp lực dương liên tục trong điều trị hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, Đại học Y Hà Nội.
7. **Young T., Skatrud J., và Peppard P.E.** (2004). Risk factors for obstructive sleep apnea in adults. *JAMA*, 291(16), 2013–2016.
8. **Ip M.S.M., Lam B., Tang L.C.H. và cộng sự.** (2004). A community study of sleep-disordered breathing in middle-aged Chinese women in Hong Kong: prevalence and gender differences. *Chest*, 125(1), 127–134.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY U NĂM XOANG

Hoàng Đình Âu¹, Hoàng Thị Quyên²

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, nội soi và hình ảnh cắt lớp vi tính đa dây u năm xoang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 70 bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 07 năm 2023. Các bệnh nhân này đều được nội soi và chụp CLVT đa dây mũi xoang, sau đó được phẫu thuật

nội soi xoang và chẩn đoán xác định VXDN bằng xét nghiệm nấm sau mổ. Các thể bệnh của VXDN được phân loại dựa vào kết quả soi tươi, nuôi cấy hoặc giải phẫu bệnh sau mổ. Thể u năm xoang sẽ được mô tả các đặc điểm lâm sàng, nội soi mũi xoang và cắt lớp vi tính. **Kết quả:** U năm xoang được chẩn đoán trên 46/70 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 66%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân u năm xoang là $51 \pm 12,7$, thấp nhất là 30 tuổi, cao nhất là 78 tuổi. Có 37 nữ (chiếm 80,4%) và 9 nam (chiếm 19,6%). Phần lớn bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh (chiếm 45,7%) sau đó là có bệnh lý về răng đã điều trị nội nha (chiếm 32,6%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là chảy mũi (91,3%), ngạt mũi (73,9%) và đau nửa mặt (65,2%). Triệu chứng thực thể trên nội soi chủ yếu là dịch mũi sần - khe mũi (chiếm 89,1%) và phù nề niêm mạc (chiếm 69,6%). Các hình ảnh CLVT hay gặp nhất của u năm xoang là đám mỡ trong lòng xoang (chiếm 100%), dày xương thành xoang (chiếm 95,7%) và với

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024