

Đặc điểm nội soi đường hô hấp trên khi ngủ dưới sự kiểm soát của thuốc ở bệnh nhân có hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2025

Trần Thị Thanh Thúy^{1*}, Phùng Thị Vân Anh¹

¹ Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

*Tác giả liên hệ

Trần Thị Thanh Thúy
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng
Điện thoại: 0942199476
Email: drtranthanhthuy@gmail.com

Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 29/07/2025
Ngày phản biện: 31/07/2025
Ngày duyệt bài: 23/09/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm nội soi đường hô hấp trên khi ngủ ở bệnh nhân có hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 16 bệnh nhân có hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ tại bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Hải Phòng. Tất cả các bệnh nhân được nội soi đường hô hấp trên dưới sự kiểm soát của thuốc, được đánh giá vị trí và cấu hình hẹp. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 37.31 ± 8.68 . Tỷ lệ nữ/nam = 1/4. Chỉ số AHI trung bình là 42.89 ± 24.99 /giờ. Chỉ số BMI trung bình là 29.35 ± 6.34 kg/m². Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều có hẹp ít nhất 1 vị trí tại đường hô hấp trên. Tỷ lệ hẹp phối hợp các vị trí là 68.75%. 100% bệnh nhân có hẹp ở eo họng miệng, Tỷ lệ hẹp ở sụn nắp là 31.25%, lệch vẹo vách ngăn là 25%, quá phát V.A là 18.75%, quá phát amidan lưỡi và quá phát cuốn mũi dưới 2 bên đều là 12.5%, lệch vẹo vách ngăn kết hợp hẹp eo họng là 12.5%, hẹp eo họng kết hợp với quá phát cuốn dưới 2 bên, với quá phát V.A, với sụn nắp và với quá phát amidan lưỡi đều là 6.25%, hẹp phối hợp 3 vị trí: vách ngăn-eo họng-đáy lưỡi là 6.25%, vách ngăn-eo họng- sụn nắp là 6.25%, vòm, eo họng-sụn nắp là 12.5%. Bệnh nhân hẹp phối hợp có chỉ số AHI và BMI cao hơn bệnh nhân hẹp eo họng miệng đơn độc. **Kết luận:** DISE là một công cụ hiệu quả để đánh giá đường hô hấp trên trong điều trị OSA.

Từ khóa: Nội soi đường thở khi ngủ dưới tác dụng của thuốc, hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

Characteristics of Drug-Induced Sleep Endoscopy in the upper airway of patients with Obstructive Sleep Apnea at the ENT Department, Hai Phong International General Hospital from January 2024 to June 2025

ABSTRACT: Objective: To describe the characteristics of upper airway endoscopy during sleep in patients with obstructive sleep apnea syndrome (OSAS). **Methods:** A descriptive study was conducted on 16 patients with OSAS at Hai Phong International General Hospital. All patients underwent drug-induced sleep endoscopy (DISE) to assess the location and pattern of airway obstruction. **Results:** The mean age was 37.31 ± 8.68 years. The female-to-male ratio was 1:4. The average apnea-hypopnea index (AHI) was 42.89 ± 24.99 events/hour, and the mean body mass index (BMI) was 29.35 ± 6.34 kg/m². All patients had at least one site of upper airway obstruction. The rate of multi-level obstruction was 68.75%. All patients (100%) had oropharyngeal

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

collapse. The proportions of obstruction at other sites were: epiglottis 31.25%, nasal septal deviation 25%, adenoid hypertrophy 18.75%, lingual tonsil and inferior turbinate hypertrophy 12.5% each. Co-occurrence of septal deviation and oropharyngeal collapse, or oropharyngeal collapse with bilateral turbinate hypertrophy, adenoid hypertrophy, epiglottis collapse, or lingual tonsil hypertrophy, each accounted for 6.25%. Triple-site obstruction involving septum-oropharynx-base of tongue or septum-oropharynx-epiglottis was observed in 6.25% of patients, while velum-oropharynx-epiglottis obstruction was seen in 12.5%. Patients with multi-level collapse had higher AHI and BMI than those with isolated oropharyngeal obstruction.

Conclusion: Drug-induced sleep endoscopy (DISE) is an effective tool for evaluating upper airway obstruction in the management of obstructive sleep apnea.

Keywords: Drug-induced sleep endoscopy, obstructive sleep apnea syndrome.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngừng thở khi ngủ là hội chứng rối loạn giấc ngủ phổ biến gây ra tình trạng ngừng thở thường xuyên trong khi ngủ. với 3 dạng chính là ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA), ngừng thở khi ngủ trung ương (CSA) và ngừng thở khi ngủ hỗn hợp. Hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA) là một rối loạn hô hấp trên liên quan đến giấc ngủ hay gặp nhất, được xác định là sự xuất hiện các cơn ngừng thở tái diễn do tắc nghẽn đường hô hấp trên trong khi ngủ. Hội chứng này rất thường gặp nhưng không được quan tâm đúng mức, để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng về sức khỏe, có liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ tử vong do tim mạch, giảm chất lượng cuộc sống, nguy cơ tai nạn cao (tai nạn giao thông, tai nạn sản xuất) do buồn ngủ, làm giảm khả năng tập trung làm việc. Điều trị tiêu chuẩn cho OSA là phương pháp áp lực đường thở dương liên tục (CPAP); tuy nhiên, tỷ lệ tuân thủ của CPAP không cao do những bất tiện và cảm giác khó chịu mà liệu pháp này đem đến cho bệnh nhân [1][2][3][4]. Phẫu thuật là phương pháp được bệnh nhân tuân thủ 100% nếu bệnh nhân lựa chọn, các phương tiện phẫu thuật ngày càng hiện đại tuy nhiên để cuộc phẫu thuật có kết quả thành công thì phẫu thuật viên cần biết chính xác vị trí hẹp của đường thở, mức độ nghiêm trọng

và kiểu tắc nghẽn của đường hô hấp trên từ đó sẽ có phương án cải thiện cụ thể. Việc nội soi đường hô hấp trên khi bệnh nhân thức không có nhiều giá trị trừ trường hợp bệnh nhân có những nguyên nhân giải phẫu rõ ràng như quá phát amidan khẩu cái, amidan lưỡi, V.A che lấp đường thở. Các công cụ đánh giá như khám lâm sàng với nghiệm pháp Muller, đo đường kính sọ mặt, chụp CT scanner hay MRI cũng được thực hiện, nhưng đây chỉ là thăm dò tĩnh, không phản ánh được toàn bộ tình trạng đường thở trên của bệnh nhân trong thời gian ngủ kéo dài, thêm vào đó các phương tiện này không sẵn có và đắt tiền.

Gần đây, nội soi đường hô hấp trên trong giấc ngủ gây ra bằng thuốc (DISE) đã được giới thiệu như một công cụ chẩn đoán và đánh giá hữu ích cho phép xác định tình trạng hẹp đường hô hấp trên một cách toàn diện trong khi dùng thuốc an thần nhằm tạo ra giấc ngủ tự nhiên [5]. Hầu hết các bác sĩ phẫu thuật OSA đã sử dụng DISE để xác định lựa chọn phẫu thuật. Vì việc quan sát vị trí xẹp trong khi ngủ là cần thiết để xác định chính xác vị trí cần phẫu thuật, Croft và Pringle đề xuất đầu tiên "Nội soi ống mềm khi ngủ" để đánh giá bệnh nhân OSA vào năm 1991 [6]. Nhưng vì cần tác nhân dược lý để đưa bệnh nhân vào giấc ngủ, Kerzirian và Hohenhorst đã thay

đổi danh pháp thành “Nội soi đường thở trong giấc ngủ dưới tác dụng của thuốc” [3]. Các quy trình trước đây thường cung cấp các đánh giá hai chiều ở trạng thái người bệnh ngồi thẳng và tỉnh táo, phương pháp nội soi DISE cung cấp các đánh giá ba chiều về đường hô hấp trên trong quá trình an thần mô phỏng giấc ngủ tự nhiên [5]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm nội soi đường hô hấp trên khi ngủ dưới tác dụng của thuốc ở bệnh nhân có hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

16 bệnh nhân được chẩn đoán ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng, được nội soi đường hô hấp trên khi ngủ dưới tác dụng của thuốc tại bệnh viện Đa Khoa Quốc Tế Hải Phòng từ tháng 01/2024 đến tháng 06/ 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi trở lên, có cơn ngưng thở khi ngủ, được nội soi tai mũi họng khi thức, đồng ý tham gia nghiên cứu, được đo đa ký hô hấp có chỉ số AHI mức độ trung bình và nặng

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ngưng thở khi ngủ trung ương hoặc mắc các rối loạn giấc ngủ khác, bệnh nhân được chẩn đoán ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn nhẹ, bệnh nhân đã điều trị can thiệp phẫu thuật đường hô hấp trên, bệnh nhân đang bị bệnh cấp tính, đợt cấp của các bệnh mạn tính, bệnh nhân suy hô hấp, suy tuần hoàn, bệnh nhân không hợp tác hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chòm ca bệnh

Phương pháp thu thập thông tin: Bệnh án mẫu

Tiêu chí đánh giá:

Đa ký hô hấp đánh giá: Chỉ số AHI, độ bão hòa oxy trung bình và thấp nhất, nhịp tim trung bình khi ngủ và số lần ngáy đo được

Chỉ số AHI là chỉ số tính toán số lần ngưng thở hoàn toàn và hẹp thở xảy ra trong giấc ngủ, được tính bằng cách chia tổng số lần ngưng thở và hẹp thở cho tổng số giờ đã ngủ, mỗi sự kiện phải kéo dài ít nhất 10 giây

OSA nhẹ khi $AHI \geq 5$ nhưng < 15

OSA trung bình khi $AHI \geq 15$ nhưng < 30

OSA nặng khi $AHI \geq 30$

Theo Hiệp hội giấc ngủ Hoa Kỳ (AASM 2007) Xác định cơn ngưng thở khi thỏa mãn:

a, có giảm từ 90% trở lên biên độ đường ghi tín hiệu của cảm biến nhiệt so với biên độ đường cơ bản trước khi xảy ra sự kiện; b, thời gian của sự giảm biên độ nói trên kéo dài ít nhất là 10 giây. Xác định cơn giảm thở khi thỏa mãn: a, có giảm từ 30% biên độ đường tín hiệu dòng khí thở qua mũi so với biên độ đường cơ bản trước khi xảy ra sự kiện; b, thời gian của sự giảm biên độ nói trên kéo dài ít nhất 10 giây; c, có giảm từ 3% trở lên độ bão hòa oxy máu so với độ bão hòa oxy máu nền trước đó hoặc sự kiện đi kèm với một thức giấc[5].

Nội soi hô hấp trên khi ngủ dưới tác dụng của thuốc

Thực hiện gây mê trong phòng mổ và có sự theo dõi của bác sỹ gây mê hồi sức. Monitor theo dõi độ bão hòa oxy máu, nhịp tim và huyết áp trong suốt quá trình phẫu thuật. Độ sâu của thuốc an thần được đánh giá bằng tình trạng mất ý thức, bắt đầu ngáy. Bộ đặt nội khí quản (trong trường hợp cấp cứu bệnh nhân ngưng thở, co thắt). BIS và TCI. Máy nội soi tai mũi họng

Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân được giải thích đầy đủ về sự cần thiết của kỹ thuật và các nguy cơ có thể xảy ra khi tiến hành. Bệnh nhân nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước khi tiến hành thăm dò, tháo bỏ răng giả dạng hàm tháo lắp trước khi làm thủ thuật.

Thuốc: Các thuốc được sử dụng để gây ngủ thực chất làm giảm trương lực cơ họng và để làm giảm nguy cơ tắc nghẽn đường thở hoàn toàn cần có sự can thiệp bảo vệ đường thở.như là propofol, midazolam, dexmedetomidine theo hướng dẫn của châu Âu năm 2017 về nội soi đường thở khi ngủ

(European position paper on drug-induced sleep endoscopy: 2017 Update). Theo dõi độ an thần độ mê với BIS 70-80%[1][7][8][9][10][11].

Đánh giá: Sử dụng phân loại VOTE đánh giá được 4 vị trí hay gặp nhất: Velum-màn hầu, Oropharyngeal latera walls-thành bên họng miệng, Tongue base-đáy lưỡi, Epiglottis- nắp thanh thiệt. VOTE không chỉ xác định vị trí tắc nghẽn mà còn xác định mức độ tắc nghẽn và cấu hình (tức là, tắc nghẽn theo các hướng trước-sau, bên hoặc trung tâm) [5].

Bên cạnh đó, chúng tôi đánh giá mức độ hẹp tại eo họng mũi (vòm họng và phần sau lưỡi gà), hốc mũi (cuốn mũi dưới, vách ngăn)

Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân đã được giải thích những bất lợi và những lợi ích của phương pháp đem lại. Đề tài chỉ tiến hành khi có sự đồng ý của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

KẾT QUẢ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 37.31 ± 8.68 , nhỏ nhất là 28 tuổi, lớn nhất là 59 tuổi, trong đó bệnh thường gặp ở độ tuổi thanh niên và trung niên, đây đều là lứa tuổi đang lao động và cống hiến cho gia đình và xã hội nên bệnh có khả năng ảnh hưởng đến chất lượng công việc, học tập cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tỷ lệ Nữ/nam = 1/4. Sự chênh lệch về tỷ lệ giới có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$.

Chỉ số AHI trung bình là 42.89 ± 24.99 /giờ, thấp nhất là 15.4/giờ và nhiều nhất là 115/giờ. SpO2 trung bình là $92.12 \pm 3.5\%$, SpO2 thấp nhất trung bình là $74.06 \pm 13.84\%$, nhịp tim trung bình là 77.2 ± 7.8 chu kỳ/phút, số lần ngáy trung bình là 531.13 ± 310.35 , chỉ số BMI trung bình là 29.35 ± 6.34 kg/m(2).

Bảng 1. Vị trí hẹp (n=16)

Vị trí hẹp	n	%
Vách ngăn mũi	4	25
Cuốn mũi	2	12.5
Vòm họng	3	18.75
Màn hầu, lưỡi gà, amidan khẩu cái	16	100
Amidan lưỡi	2	12.5
Sụn nắp	5	31.25

Nhận xét: 100% bệnh nhân có hẹp ở eo họng miệng bao gồm màn hầu-lưỡi gà-amidan khẩu cái, tiếp theo là sụn nắp (5 trường hợp chiếm 31.25%), 4 trường hợp lệch vẹo vách ngăn gây hẹp hốc mũi (25%), 3 trường hợp quá phát V.A làm hẹp eo họng mũi (18.75%), quá phát amidan lưỡi và quá phát cuốn mũi dưới 2 bên đều có 2 trường hợp (12.5%). Trong đó có 2 trường hợp lệch vẹo vách ngăn kết hợp hẹp eo họng (12.5%), hẹp eo họng kết hợp với quá phát cuốn dưới 2 bên, với quá phát V.A, với sụn nắp và với quá phát amidan lưỡi đều có 1 trường hợp (6.25%). Có 4 trường hợp hẹp phối hợp 3 vị trí: vách ngăn-eo họng-đáy lưỡi (6.25%), vách ngăn-eo họng- sụn nắp (6.25%), vòm, eo họng-sụn nắp (12.5%)

Bảng 2. Phân bố vị trí hẹp trên đường hô hấp trên

Số lượng	n	%
Vị trí hẹp		
Hẹp eo họng miệng đơn độc	5	31.25
Hẹp eo họng miệng phối hợp	11	68.75

Tổng	16	100
-------------	----	-----

Nhận xét: Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều có ít nhất một vị trí hẹp hoàn toàn. Có 11/16 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 68.75%) có hẹp nhiều hơn 1 vị trí tại đường hô hấp trên (Hẹp eo họng miệng phổi hợp).

Bảng 3. Phân bố tắc nghẽn đường thở theo hướng và vị trí tắc nghẽn (N=16)

Vị trí	Eo họng miệng	Eo họng mũi	Amidan lưỡi	Sụn nắp
Cấu hình				
Trước – sau	2 (12.5)	3 (18.75)	3 (18.75)	0
Bên	8 (50)	0	0	1 (6.25)
Trung tâm	6 (37.5)	0	1 (6.25)	4 (25)
Không	0	13 (81.25)	12 (75)	11 (68.75)

Nhận xét: Sự phân bố tắc nghẽn đường thở trên theo các cấu hình và vị trí có đặc điểm khác nhau. Tại vị trí eo họng miệng tắc nghẽn theo kiểu bên chiếm tỉ lệ cao nhất (50%), kiểu trước – sau chiếm tỉ lệ thấp nhất (12.5%). Eo họng mũi đa số không tắc nghẽn, có 3 trường hợp hẹp theo kiểu trước sau (18.75%), không ghi nhận hẹp bên và trung tâm. Amidan lưỡi quá phát gây hẹp trước sau có 3 trường hợp (18.75%), không ghi nhận hẹp bên. Sụn nắp hẹp kiểu trung tâm có 4 trường hợp (25%), và 1 trường hợp hẹp bên (6.25%), không ghi nhận trường hợp hẹp trước – sau.

Bảng 4. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Nhóm	Chỉ số AHI trung bình	Chỉ số BMI trung bình
Hẹp eo họng miệng đơn độc (n=5)	40.33±22.17	27.36±2.33
Hẹp eo họng miệng phổi hợp (n=11)	64.30±23.46	32.00±5.11
p	0.0498	0.0263

Nhận xét: Bệnh nhân hẹp nhiều vị trí có chỉ số AHI và BMI cao hơn bệnh nhân hẹp eo họng miệng đơn độc với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

BÀN LUẬN

Trong 16 bệnh nhân nghiên cứu được chẩn đoán hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng, kết quả chỉ ra tất cả bệnh nhân đều có ít nhất 1 vị trí hẹp tại đường hô hấp trên. 100% bệnh nhân có hẹp ở eo họng miệng với sự quá phát của amidan khẩu cái, màn hầu và lưỡi gà rủ thấp. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hoa và Vanderveken OM [5][12]. Hẹp nhiều vị trí trong nghiên cứu của chúng tôi là 68.75%, cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Hoa là 58.3%[5] và thấp hơn nghiên cứu của Vanderveken OM là 91%

[12]. Nghiên cứu của chúng tôi có đưa thêm đánh giá về hốc mũi bao gồm có những trường hợp lệch vẹo vách ngăn và quá phát cuốn mũi dưới 2 bên, trong khi các nghiên cứu trước đó chỉ tập trung khảo sát từ eo họng mũi đến nắp thanh thiệt. Thực tế những cấu trúc trong hốc mũi không thay đổi khi ngủ. Nhưng tình trạng hẹp đường thở đoạn hốc mũi cũng đóng vai trò trong tình trạng giảm thể tích khí lưu thông, ảnh hưởng đến ngủ ngáy và tăng mức độ rối loạn chức năng đường thở. Đây cũng là 1 yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn phẫu thuật giải phóng đường thở cho bệnh nhân. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì có 4 trường hợp dị hình vách

ngăn (25%) và 2 trường hợp quá phát cuốn mũi dưới (12.5%) có chỉ định can thiệp.

Sự phân bố tắc nghẽn đường thở trên theo các cấu hình và vị trí có đặc điểm khác nhau. Tại vị trí eo họng miệng tắc nghẽn theo kiểu bên chiếm tỉ lệ cao nhất (50%), kiểu trước – sau chiếm tỉ lệ thấp nhất (12.5%). Eo họng mũi đa số không tắc nghẽn, có 3 trường hợp hẹp theo kiểu trước sau (18.75%), không ghi nhận hẹp bên và trung tâm. Amidan lưỡi quá phát gây hẹp trước sau có 3 trường hợp (18.75%), không ghi nhận hẹp bên. Sụn nắp hẹp kiểu trung tâm có 4 trường hợp (25%), và 1 trường hợp hẹp bên (6.25%), không ghi nhận trường hợp hẹp trước – sau. Nghiên cứu của Trần Thị Hoa chia các vị trí khảo sát là màn hầu, eo họng, đáy lưỡi và sụn nắp với kết quả: vị trí màn hầu đa số không tắc nghẽn (chiếm 41,6%), và tỷ lệ các cấu hình tắc nghẽn đường thở trên khá đồng đều nhau (từ 16,7% đến 25%). Tại vị trí eo họng, không ghi nhận trường hợp tắc nghẽn theo cấu hình trung tâm hay trước sau, cấu hình tắc nghẽn tại eo họng phía bên chiếm tỷ lệ cao (chiếm 83,3%). Tại vị trí đáy lưỡi và nắp thanh thiệt đa số không tắc nghẽn (lần lượt chiếm 83,3% và 75%), không ghi nhận trường hợp cấu hình tắc nghẽn trung tâm và bên, cấu hình tắc nghẽn trước sau chiếm tỉ lệ cao (lần lượt 16,7% và 25%)[5]. Nhìn chung sự phân bố tắc nghẽn phụ thuộc vào từng bệnh nhân, cần có thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để cho cái nhìn tổng quan hơn về các hình thái hẹp đường thở.

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân hẹp phối hợp có chỉ số AHI và BMI cao hơn bệnh nhân hẹp eo họng miệng đơn độc (40.33 ± 22.17 , $n=5$ so với 64.30 ± 23.46 , $n=11$ và 27.36 ± 2.33 , $n=5$ so với 32.00 ± 5.11 , $n=11$) cho thấy những bệnh nhân có chỉ số AHI và BMI càng cao thì càng có nguy cơ bị hẹp nhiều vị trí. Kết quả này tương đương với kết quả của Trần Thị Hoa với các chỉ số lần lượt

là 56.54 ± 16.67 , $n=7$ so với 51.64 ± 16.39 , $n=5$ và 25.83 ± 1.75 so với 24.98 ± 2.14 [5]

Hiện nay, điều trị chứng ngưng thở khi ngủ đang được quan tâm nhiều hơn, trong đó, ngoài phương pháp sử dụng CPAP đã phổ biến từ trước đó thì nội soi đường hô hấp trên dưới tác dụng của thuốc đang khẳng định được vai trò là 1 phương tiện có giá trị để đánh giá đường hô hấp trên một cách khách quan và toàn diện. Phương pháp này cũng có một vài hạn chế như chưa thống nhất được phác đồ sử dụng thuốc gây ngủ giữa các nghiên cứu, việc đánh giá đường hô hấp khi nội soi mang tính chủ quan và đòi hỏi những nhà tai mũi họng có kinh nghiệm; thêm vào đó, phương pháp này chỉ được đánh giá ở tư thế nằm ngửa trong khi lý tưởng nhất là các cấu hình xẹp trên đường hô hấp nên được đánh giá ở cả tư thế nằm ngửa, nằm sấp và ngồi[5]. Tuy nhiên, giá trị của phương pháp đem lại trong việc lựa chọn phẫu thuật và đánh giá đáp ứng điều trị là điều mà các thầy thuốc Tai Mũi Họng quan tâm và ưu tiên sử dụng trong thời gian gần đây. Do vậy, cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và các thử nghiệm đa trung tâm lớn hơn để phân tích giá trị của phương pháp nội soi đường hô hấp khi ngủ trên dưới tác dụng của thuốc.

KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là 37.31 ± 8.68 , nhỏ nhất là 28 tuổi, lớn nhất là 59 tuổi. Tỉ lệ Nữ/nam = 1/4. Chỉ số AHI trung bình là 42.89 ± 24.99 /giờ. Chỉ số BMI trung bình là 29.35 ± 6.34 kg/m². Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều có hẹp ít nhất 1 vị trí tại đường hô hấp trên. Tỷ lệ hẹp nhiều vị trí là 68.75%. 100% bệnh nhân có hẹp ở eo họng. Tỷ lệ hẹp ở sụn nắp là 31.25%, lệch vẹo vách ngăn là 25%, quá phát V.A là 18.75%, quá phát amidan lưỡi và quá phát cuốn mũi dưới 2 bên đều là 12.5%, lệch vẹo vách ngăn kết hợp hẹp eo họng là 12.5%, hẹp eo họng kết hợp với quá phát cuốn mũi dưới 2 bên, với quá phát V.A, với sụn nắp và với quá phát amidan lưỡi đều

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

là 6.25%, hẹp phối hợp 3 vị trí: vách ngăn-eo họng-đáy lưỡi là 6.25%, vách ngăn-eo họng- sụn nắp là 6.25%, vòm, eo họng-sụn nắp là 12.5%. Bệnh nhân hẹp phối hợp có chỉ số AHI và BMI cao hơn bệnh nhân hẹp eo họng miệng đơn độc. Nội soi đường hô hấp trên khi ngủ dưới tác dụng của thuốc là một trong những công cụ hiệu quả có thể sử dụng để đánh giá đường hô hấp trên trong điều trị ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Hùng Sơn (2025). Nội soi đường hô hấp trên khi ngủ dưới sự kiểm soát của thuốc trong chẩn đoán tắc nghẽn đường thở ở bệnh nhân OSA. Hội thi sáng tạo kỹ thuật thành phố Hải Phòng lần thứ 5 năm 2024-2025
2. Kezirian EJ, Hohenhorst W, de Vries N (2011). Drug-induced sleep endoscopy: the VOTE classification. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2011;268:1233.
3. Seppälä JM, Tuomilehto HP, Partinen MM, et al (2009). Lifestyle intervention with weight reduction: first-line treatment in mild obstructive sleep apnea. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, 179(4):320.
4. Zaghi S, Certal VF, Riaz M, et al (2015). Hypoglossal nerve stimulation in the treatment of obstructive sleep apnea: A systematic review and meta-analysis. *Laryngoscope*, 125:1254-1264.
5. Trần Thị Hoa, Phạm Trần Anh, Nguyễn Trung Anh và cs (2021). Đặc điểm nội soi đường hô hấp trên trong giấc ngủ tạo ra bằng thuốc trong hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ. *Tạp chí y học Việt Nam.* 2021;506(1):80-85
6. Blumen M, Bequignon E, Chabolle F (2017). Drug-induced sleep endoscopy: A new gold standard for evaluating OSAS? Part I: Technique. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2017 Apr;134(2):101-107.
7. Blumen M, Bequignon E, Chabolle F (2017). Drug-induced sleep endoscopy: A new gold standard for evaluating OSAS? Part II: Results. *European Annals of Otorhinolaryngol Head Neck Diseases.* 134(2): 109-115.
8. Guidelines of the French Society of ENT (SFORL): Drug-induced sleep endoscopy in adult obstructive sleep apnea syndrome 2022
9. Dempsey JA, Veasey SC, Morgan BJ, O'Donnell CP (2010). Pathophysiology of sleep apnea. *Physiol Rev.* 2010;90:47.
10. Kushida C, Li KK, Powell NB, et al (2000). Obstructive sleep apnea syndrome: a comparison between Far-East Asian and white men. *Laryngoscope*, 110,1689-1693.
11. Palta M, Young T, Dempsey J, et al (2009). Burden of sleep apnea: rationale, design, and major findings of the Wisconsin Sleep Cohort study. *Wisconsin Medical Journal*, 108(5), 246-249.
12. Vanderveken OM, Maurer JT, Hohenhorst W, et al (2013). Evaluation of drug-induced sleep endoscopy as a patient selection tool for implanted upper airway stimulation for obstructive sleep apnea. *J Clin Sleep Med.* 2013;9(5):433-438.