

Điều trị không phẫu thuật hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn: Báo cáo 2 trường hợp lâm sàng

Non-surgical management of obstructive sleep apnea: 2 case reports

Nghiêm Thị Hồng Nhung^{1*}, Nguyễn Huyền Khuê¹,
và Nguyễn Minh Sang²

¹Bệnh viện Hữu Nghị
²Bệnh viện Phổi Trung Ương

Tóm tắt

Hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn (Obstructive Sleep Apnea - OSA) là bệnh lý thường gặp, có liên quan chặt chẽ đến các biến cố tim mạch, rối loạn chuyển hóa và giảm chất lượng cuộc sống. Trong các hội nghị về bệnh lý giấc ngủ ngày nay, nhấn mạnh vai trò tiếp cận đa chuyên khoa và cá thể hoá trong điều trị hội chứng OSA. Cấu trúc sọ mặt liên quan trực tiếp đến giải phẫu đường thở và ảnh hưởng tới cơ chế sinh lý bệnh. Can thiệp răng hàm mặt không phẫu thuật bao gồm nắn chỉnh răng, sử dụng khí cụ đưa hàm dưới ra trước (Mandibular Advancement Device - MAD); trong đó nắn chỉnh răng là phương pháp điều trị thay thế hiệu quả cho bệnh nhân OSA trẻ em và người trẻ có bất thường giải phẫu sọ mặt; khí cụ đưa hàm dưới ra trước thường được chỉ định cho bệnh nhân mắc OSA mức độ nhẹ đến trung bình hoặc không dung nạp CPAP. Bài báo này, chúng tôi trình bày hai ca lâm sàng, một ca trẻ em độ tuổi tăng trưởng có bất thường sọ mặt theo chiều ngang, điều trị nong rộng xương hàm trên và nắn chỉnh răng. Ca bệnh thứ hai là người bệnh độ tuổi trung niên mắc OSA mức độ trung bình, có lùi xương hàm dưới và đáp ứng với điều trị bằng khí cụ đưa hàm dưới ra trước. Từ đó, chúng tôi muốn nhắc tới vai trò của các can thiệp răng hàm mặt không phẫu thuật trong điều trị OSA và đây cũng là tiền đề cho chúng tôi tiếp tục thực hiện những nghiên cứu với quy mô lớn hơn về chủ đề này trong tương lai.

Từ khóa: Ngưng thở khi ngủ, OSA, khí cụ đưa hàm dưới ra trước, MAD, nắn chỉnh răng, nong rộng xương hàm trên.

Summary

Obstructive Sleep Apnea is a common disorder that is strongly associated with cardiovascular events, metabolic dysfunction, and impaired quality of life. In contemporary sleep disorders conferences, emphasis is increasingly placed on the role of multidisciplinary and personalized approaches in the management of obstructive sleep apnea. Craniofacial morphology is directly related to upper airway anatomy and contributes significantly to the underlying pathophysiological mechanisms of the disease. Non-surgical dentofacial interventions include orthodontic treatment and the use of Mandibular Advancement Device (MAD). Orthodontic treatment represents an effective alternative therapeutic modality for pediatric and young adult patients with OSA associated with craniofacial anatomical abnormalities, whereas MAD therapy is commonly indicated for patients with mild-to-moderate OSA or for those who are intolerant to CPAP therapy. In this paper, we present two clinical cases: the first involves a growing pediatric patient with a transverse craniofacial anomaly who underwent maxillary expansion and orthodontic treatment; the second describes a middle-aged patient with moderate OSA

Ngày nhận bài: 21/4/2026, ngày chấp nhận đăng: 02/7/2026

* Tác giả liên hệ: ngiemhongnhung87@gmail.com - Bệnh viện Hữu Nghị

and mandibular retrognathia who responded successfully to mandibular advancement device (MAD) therapy. Through these cases, we aim to highlight the vital role of non-surgical maxillofacial interventions in OSA management, which also serves as a foundation for conducting larger-scale studies on this topic in the future.

Keywords: Obstructive Sleep Apnea (OSA), Mandibular Advancement Device (MAD), dentofacial orthodontics, orthodontic treatment, maxillary expansion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA) đặc trưng bởi sự xẹp lụp đi lụp lại của đường hô hấp trên trong khi ngủ, gây giảm hoặc ngừng luồng khí thở, dẫn đến giảm oxy máu ngắt quãng lúc ngủ và các vi thức giấc¹. Tỷ lệ mắc OSA ngày càng gia tăng, song song với sự gia tăng của béo phì và lối sống ít vận động. Bên cạnh đó bất thường cấu trúc như xương hàm dưới nhỏ, lùi sau là một trong những nguyên nhân thường gặp của bệnh, đặc biệt là ở người có chỉ số khối cơ thể không cao, người châu Á.

OSA nếu không được điều trị có thể dẫn đến tăng huyết áp, đột quỵ và tai nạn do buồn ngủ ban ngày. Chẩn đoán và điều trị OSA cần có sự phối hợp nhiều chuyên khoa như hô hấp, răng hàm mặt, tai mũi họng, tim mạch, nhi khoa... trong đó cấu trúc sọ mặt có liên quan trực tiếp tới cấu trúc đường thở trên^{2, 3}. Nghiên cứu cấu trúc hàm mặt có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân và quyết định phương pháp điều trị cá thể hóa cho từng người bệnh.

CPAP được xem là điều trị tiêu chuẩn cho OSA¹. Tuy nhiên, nhiều bệnh nhân không dung nạp hoặc không tuân thủ điều trị lâu dài. Bên cạnh đó, CPAP rất kém dung nạp ở trẻ em, người trẻ và những người bệnh có bất thường giải phẫu hàm mặt. Vì vậy, ở một số người bệnh OSA nếu được phát hiện bất thường và điều trị sớm bằng can thiệp răng hàm mặt có thể là phương án điều trị hiệu quả, giúp họ không phải gắn bó với CPAP cả đời. Những can thiệp thường được áp dụng trong điều trị OSA tùy theo từng trường hợp có thể là nong rộng cung hàm nếu có bất thường hẹp cung răng theo chiều ngang; đẩy tiến xương hàm dưới ở trẻ em giai đoạn tăng trưởng hoặc điều trị bằng khí cụ đưa hàm dưới ra trước ở người trưởng thành hay phẫu thuật chỉnh hình xương hàm^{3, 4}.

Trong báo cáo này, chúng tôi tập trung đưa ra 2 trường hợp lâm sàng cụ thể và tổng quan về can thiệp răng hàm mặt không phẫu thuật trong điều trị hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn không phẫu thuật.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

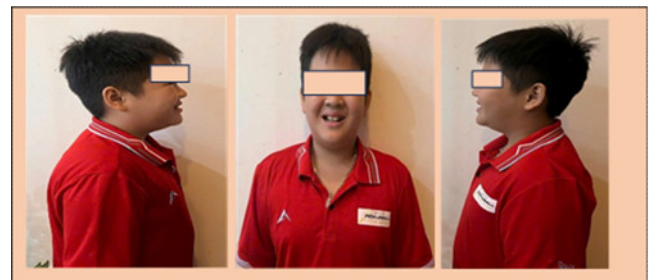
2.1. Trường hợp lâm sàng 1

Bệnh nhân nam, 10 tuổi, đến khám vì ngủ ngáy nhiều, ban ngày buồn ngủ. Tiền sử: Viêm mũi dị ứng. Trẻ cao 1,48m, nặng 55kg, BMI 25,1kg/m², Mallampati độ 2. Tim nhịp đều, tần số 83 chu kỳ/phút, phổi không có rale.

Khám lâm sàng răng hàm mặt: Bệnh nhân độ tuổi tăng trưởng

Ngoài mặt: Cân đối, ảnh nụ cười có ngách hành lang hai bên rộng. Mặt nghiêng có dạng mặt phẳng

Trong miệng: Cung răng hẹp theo chiều ngang, chen chúc, thiếu khoảng.



Hình 1. Ảnh ngoài mặt ca lâm sàng 1



Hình 2. Hình ảnh trong miệng: Cung hàm trên hẹp và răng 12,22 lệch trong. R13,23 chưa mọc

Cận lâm sàng

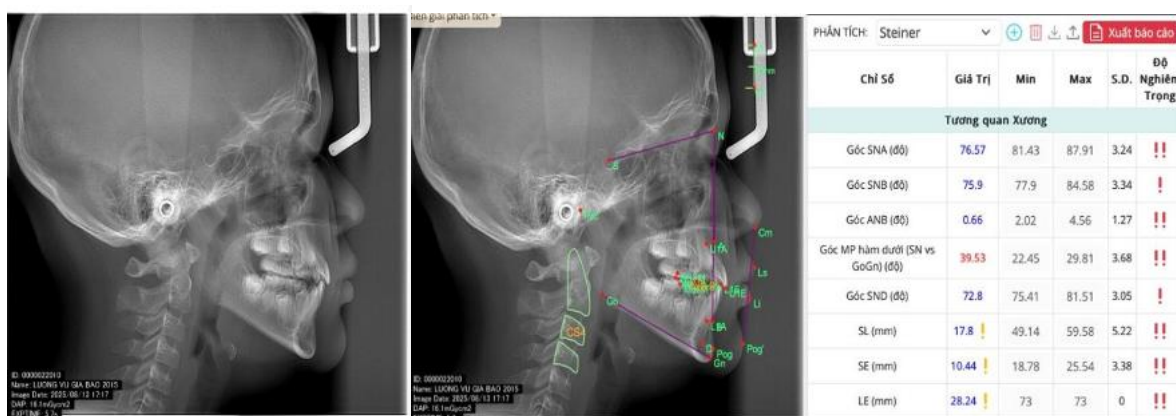
Nội soi tai mũi họng xác nhận tình trạng viêm mũi dị ứng, đo FeNO 32 ppb; đo chức năng hô hấp và test phục hồi phế quản: không có rối loạn thông khí, test phục hồi phế quản âm tính.

Kết quả đa ký giấc ngủ: ngưng thở khi ngủ mức độ nặng, AHI= 28 lần/giờ; RDI=38,4 lần/ giờ trong đó chủ yếu là giảm thở (giảm thở là 25,5 lần/giờ và RERA là 10,4 lần/ giờ).

Hình ảnh phim răng toàn cảnh và phim sọ nghiêng.



Hình 3. Phim Panorama - Bộ răng hỗn hợp, gợi ý thiếu khoảng cho răng vĩnh viễn mọc trong tương lai



Hình 4. Phim sọ nghiêng và kết quả phân tích gợi ý xương hàm trên lùi theo chiều trước sau

Từ phim sọ nghiêng, xác định tuổi tăng trưởng của bệnh nhân ở mức độ CS2 - trước đỉnh tăng trưởng 1 - 2 năm theo phân độ trưởng thành dựa trên đốt sống cổ CVM (Cervical Vertebral Maturation) của Baccetti⁵.

Chẩn đoán: Ngưng thở khi ngủ mức độ nặng, có bất thường giải phẫu sọ mặt - thừa cân, viêm mũi dị ứng.

Điều trị: Người bệnh được chẩn đoán OSA mức độ nặng kèm bất thường răng hàm mặt, do kết quả đa ký giấc ngủ chủ yếu là giảm thở, chúng tôi chưa chỉ định CPAP mà quyết định các điều trị sau:

Giảm cân, nằm nghiêng khi ngủ: Người bệnh giảm được 1kg trong vòng 2 tháng, sau đó không giảm; chưa tuân thủ nằm nghiêng.

Điều trị nội khoa viêm mũi dị ứng bằng montelukast 5mg/ngày và corticosteroid xịt tại chỗ. Sau 1 tháng điều trị triệu chứng viêm mũi giảm rõ rệt.

Điều trị nắn chỉnh răng, mở rộng xương hàm trên:

Gắn khí cụ nong rộng cung răng hàm trên loại ốc nong nhanh Hyrax. Mỗi ngày vận khí cụ theo chiều mũi tên 2 lần (sáng 1 lần, tối 1 lần vào một khung giờ cố định) trong vòng 14 ngày.



Hình 5. Hình ảnh gắn khí cụ nong nhanh hàm trên.



Hình 6. Sau 10 ngày gắn khí cụ nong hàm trên



Hình 7. Sau 14 ngày gắn khí cụ nong hàm trên

Sau 2 tháng nong rộng cung hàm trên bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng rõ: hết ngáy, không buồn ngủ ban ngày. Bệnh nhân được gắn mắc cài nắn chỉnh răng.



Hình 7. Hình ảnh bệnh nhân gắn mắc cài làm đều răng sau 2 tháng

Sau 3 tháng, bệnh nhân được đo lại đa ký giấc ngủ, AHI giảm 50% xuống còn 13,5 lần/giờ (trong đó chỉ số giảm thở là 13,3 lần/ giờ). Những tồn dư còn lại có thể giải thích do nhiều nguyên nhân như: quá cân, viêm mũi dị ứng chưa được kiểm soát và xương hàm vẫn đang trong quá trình tăng trưởng. Chúng tôi tiếp tục theo dõi nắn chỉnh răng, điều trị viêm mũi dị ứng, hướng dẫn bệnh nhân kiểm soát cân nặng và đánh giá lại đa ký giấc ngủ sau khi kết thúc nắn chỉnh.

Ở ca lâm sàng này chúng tôi thấy bệnh nhân đang trong lứa tuổi tăng trưởng giai đoạn CS2 - trước đỉnh tăng trưởng 1 - 2 năm theo phân độ trưởng thành dựa trên đốt sống cổ CVM (Cervical Vertebral Maturation) đánh giá trên phim đo sọ nghiêng của Baccetti⁵. Bệnh nhân có bộ răng hỗn

hợp, hẹp cung răng hàm trên theo chiều ngang. Chúng tôi lựa chọn điều trị nắn chỉnh răng nong xương hàm trên và theo dõi sự tăng trưởng của bệnh nhân, đồng thời theo dõi lâm sàng giấc ngủ cũng như mức độ đáp ứng với điều trị của bệnh nhân. Sau giai đoạn nong cung răng hàm trên, chúng tôi tiến hành nắn chỉnh răng với mục đích sắp đều răng và theo dõi quá trình phát triển, tạo chỗ cho các răng vĩnh viễn chưa mọc.

2.2. Trường hợp lâm sàng 2

Bệnh nhân nam 68 tuổi, thời điểm khám và chẩn đoán ngưng thở khi ngủ cách đây 12 năm vì có ngáy to kèm theo buồn ngủ nhiều ban ngày. Tiền sử: tăng huyết áp, rối loạn chuyển hoá lipid.

Mallampati độ 3.



Hình 8. Ca lâm sàng 2: Mặt thẳng cân đối, nhìn nghiêng kiểu mặt lõm.

Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng ban đêm gồm ngáy to, có cơn ngưng thở khi ngủ được chứng kiến, tiểu đêm. Các triệu chứng ban ngày gồm buồn ngủ quá nhiều ban ngày với điểm Epworth là 14 điểm, đau đầu buổi sáng.

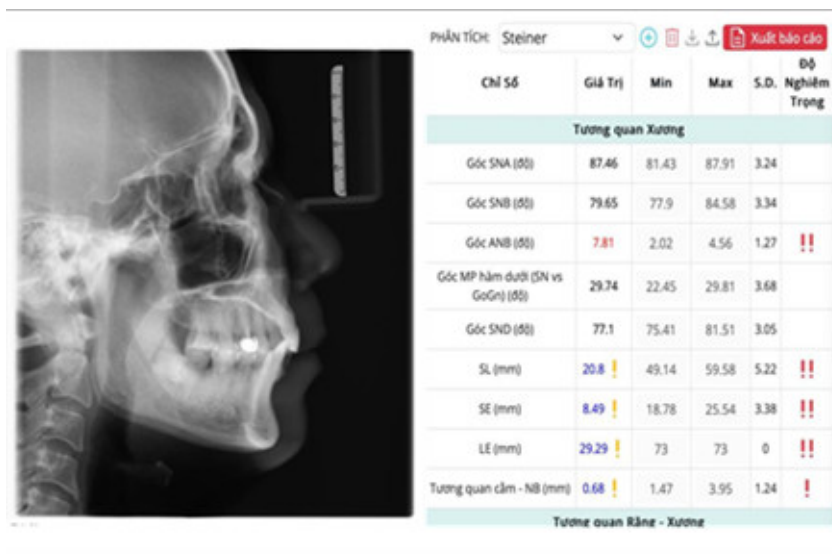
Bệnh nhân cao 1,68m, nặng 74kg, chỉ số khối cơ thể (BMI) là $26,2\text{kg/m}^2$, kích thước vòng cổ 39cm, Mallampati độ 3.

Răng Hàm Mặt: Ngoài mặt: kiểu mặt lõm, cằm lùi nhẹ. Trong miệng: 28 răng, khớp cắn răng 6 loại II theo Angle, kích thước lưỡi: Bình thường.

Cận lâm sàng

Kết quả đa ký hô hấp: OSA mức độ trung bình với $\text{AHI} = 24$ lần/giờ.

X-quang sọ nghiêng:



Hình 9. Phân tích sọ nghiêng : $\text{SNA} = 87,46^\circ$; $\text{SAB} = 79,65^\circ$; $\text{ANB} = 7,81^\circ$

Chẩn đoán: Ngưng thở khi ngủ mức độ trung bình, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hoá lipid kèm theo có bất thường sọ mặt lùi hàm dưới.

Điều trị: Bệnh nhân được tư vấn các phương pháp điều trị, bắt đầu điều trị với CPAP nhưng không dung nạp. Chúng tôi quyết định điều trị bằng khí cụ đưa

hàm dưới ra trước, kết hợp giảm cân và điều trị tư thế, lựa chọn này phù hợp với chỉ định của khí cụ. Chúng tôi lựa chọn đưa hàm dưới ra trước ban đầu là 50% mức độ đưa hàm tối đa của bệnh nhân.

Vào thời điểm năm 2014 khi hội chứng ngưng thở khi ngủ bắt đầu được quan tâm ở Việt Nam và

các loại thiết kế khí cụ đưa hàm dưới ra trước chưa được áp dụng rộng rãi. Chúng tôi lựa chọn khí cụ Oniris của Pháp là loại khí cụ được sản xuất sẵn, có nhiều thanh đẩy với các kích thước khác nhau để có

thể điều chỉnh mức độ đưa hàm ra trước. Các bước tiến hành lắp khí cụ:

Bước 1: Xác định mức độ đưa hàm ra trước tối đa, chúng tôi sử dụng thước George.



Hình 10. Thước George

Bước 2: Lắp thanh số 0 nối 2 nền hàm



Hình 11. Khí cụ Oniris trước khi cho bệnh nhân ghi dấu cắn

Bước 3: Ngâm hàm trong nước sôi 2 phút

Bước 4: Lấy ra, để 3 giây

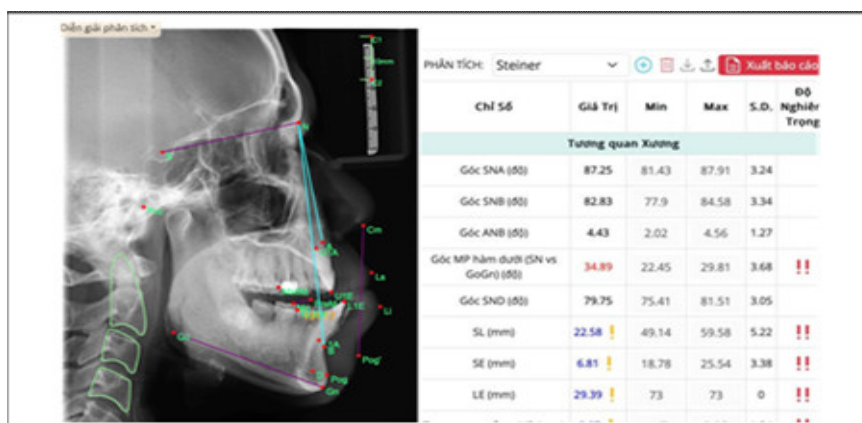
Bước 5: Cho bệnh nhân cắn đúng tư thế lỏng múi tối đa trong 2 phút

Bước 6: Lựa chọn thanh có độ dài phù hợp mức đưa hàm ra trước 50% mức tối đa của bệnh nhân

Bước 7: Hướng dẫn bệnh nhân tập đeo khí cụ: tập há ngậm nhiều lần trước và sau khi đeo khí cụ, thời gian đeo tăng dần đến khi thích nghi. Xoa nắn

cơ và khớp khi ngủ dậy, tháo khí cụ. Mím môi nếu có tăng tiết nước bọt

Kết quả tái khám sau 1 tháng điều trị điểm Epworth chỉ còn 2 điểm, người nhà xác nhận bệnh nhân hết ngáy. Các tác dụng phụ chủ yếu là tăng tiết nước bọt và tự hết sau 1 tuần, các tác dụng phụ khác không ghi nhận thấy. Bệnh nhân dung nạp tốt, đeo được dụng cụ trong suốt thời gian ngủ. Bệnh nhân được khám định kỳ mỗi 3 tháng theo dõi đáp ứng điều trị, tình trạng răng miệng và khớp thái dương hàm.



Hình 12. Phim sọ nghiêng khi đeo khí cụ đưa hàm dưới ra trước, $SNA = 87,25^{\circ}$, $SNB = 82,83^{\circ}$, $ANB = 4,43^{\circ}$

Kết quả đo đa ký hô hấp kiểm tra lại sau 2 tháng điều trị (trên cùng một máy lúc chẩn đoán và đo đa ký hô hấp khi đeo khí cụ lúc ngủ) cho thấy chỉ số ngưng thở, giảm thở giảm rõ rệt chỉ còn 2.5 lần/giờ.

Từ đó đến nay là 12 năm bệnh nhân vẫn được tái khám định kỳ 6 tháng/ lần, không phát hiện triệu chứng tại khớp thái dương hàm. Bệnh nhân vẫn đeo khí cụ đều hàng đêm, mặc dù khí cụ Oniris đã không còn sử dụng được và chúng tôi đã thiết kế cho bệnh nhân sang loại khí cụ khác là Twinblock, EMA (Elastic Mandibular Advance), mỗi loại khí cụ thì có cùng mức độ đưa hàm ra trước nhưng khác nhau về mức độ thoải mái, hài lòng của bệnh nhân khi đeo. Các triệu chứng hồi bệnh ghi nhận được: Bệnh nhân hết ngáy và buồn ngủ ban ngày, huyết áp ổn định ở mức 130/80mmHg.

Ở bệnh nhân thứ 2 chúng tôi nhận thấy đây là ca bệnh tuổi trung niên, bệnh nhân mắc OSA mức độ trung bình ($AHI = 24$ lần/giờ) có kèm theo bất thường cấu trúc sọ mặt theo chiều trước sau (lùi hàm dưới nhẹ), do đó chúng tôi lựa chọn điều trị với khí cụ đưa hàm dưới ra trước. Lựa chọn điều trị này phù hợp với chỉ định của khí cụ. Bệnh nhân dung nạp và cho kết quả điều trị tốt.

III. BÀN LUẬN

Cơ sở lý thuyết cho lựa chọn điều trị : Cấu trúc đường thở trên và ảnh hưởng của giải phẫu hàm mặt đến cơ chế bệnh sinh của OSA

Giải phẫu vùng RHM liên quan đến đường thở

Đường thở vùng hầu họng là một ống cơ mềm, không có khung xương trực tiếp bao quanh, do đó cấu trúc đường thở phụ thuộc hoàn toàn vào vị trí của các cấu trúc lân cận.

Các thành phần giải phẫu liên quan đến đường thở trên gồm: Cấu trúc mũi họng được ví như cửa ngõ bắt đầu cho luồng không khí đi vào đường thở, sự bất thường cấu trúc vùng này như: lệch vẹo cách ngăn, quá phát amidan... có thể gây ra hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn⁶. Xương hàm trên liên quan đến cấu trúc phần cao nhất của đường thở. Bất thường gập chủ yếu tại xương hàm trên gây ra OSA là hẹp hàm trên⁷. Xương hàm dưới là điểm bám của các cơ lưỡi (cơ cằm lưỡi). Nếu xương hàm dưới nhỏ hoặc lùi sau, toàn bộ khối cơ lưỡi sẽ bị đẩy về phía sau. Vị trí xương móng thấp có liên quan mật thiết đến sự tăng nguy cơ OSA vì nó kéo dài khoảng cách đường thở và làm giảm trương lực cơ vùng cổ^{8,9}.

Các phương pháp can thiệp răng hàm mặt không phẫu thuật

OSA là bệnh lý đa yếu tố, trong đó yếu tố giải phẫu đóng vai trò quan trọng, đặc biệt ở các bệnh nhân có lùi hàm dưới, hẹp khẩu cái hoặc giảm thể tích đường thở hầu họng. Các khuyến cáo gần đây nhấn mạnh rằng điều trị OSA cần tiếp cận đa chuyên khoa, kết hợp giữa điều trị chức năng và điều chỉnh cấu trúc giải phẫu. Do đó, chuyên ngành Răng Hàm Mặt đóng vai trò quan trọng, không chỉ ở điều trị hỗ trợ mà còn điều trị nguyên nhân. Từ những cơ sở lý thuyết và mối liên quan giữa giải phẫu vùng sọ mặt

và cơ chế bệnh sinh của hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn trên đây, trong phạm vi chuyên ngành răng hàm mặt có một số các biện pháp điều trị được khuyến cáo.

Nắn chỉnh hình răng mặt

Các khuyến cáo gần đây của Hội Y học giấc ngủ Nha khoa Hoa Kỳ (American Academy of Dental Sleep Medicine - AADSM) ghi nhận rằng các can thiệp chỉnh nha và chỉnh hình sọ mặt có thể có vai trò ở một số nhóm bệnh nhân chọn lọc, đặc biệt ở trẻ em, các can thiệp chỉnh hình tăng trưởng đóng vai trò quan trọng^{2,3}.

Nong rộng cung răng hàm trên góp phần làm tăng thể tích vòm miệng, tăng giữa mặt, cải thiện thông khí đường thở dẫn tới giảm chỉ số ngưng thở, giảm thở. Do đó, nhiều khuyến cáo xem nong rộng khẩu cái là can thiệp sớm có khả năng thay đổi tiến triển OSA.

Ca bệnh thứ nhất của chúng tôi được chẩn đoán OSA mức độ nặng do kết hợp nhiều yếu tố nguy cơ như thừa cân, viêm mũi dị ứng và bất thường cấu trúc hàm mặt. Vì vậy, chiến lược điều trị tổng thể phải kết hợp điều trị giảm cân, điều trị viêm mũi dị ứng và nắn chỉnh răng, trong đó nắn chỉnh răng đóng vai trò quan trọng trong điều chỉnh các cấu trúc cứng liên quan đến đường thở trên nhưng cũng không thể bỏ qua các điều trị liên quan đến cấu trúc mềm như giảm cân và điều trị viêm mũi dị ứng.

Bên cạnh đó, các can thiệp răng hàm mặt khác như khí cụ chức năng được chỉ định ở trẻ có lùi hàm dưới với các khí cụ như Twin-block hoặc Herbst giúp đưa hàm dưới ra trước và cải thiện cấu trúc đường thở trong một số trường hợp.

Ở người lớn các hướng dẫn hiện tại đồng thuận rằng không có đủ bằng chứng để sử dụng chỉnh nha đơn thuần như một phương pháp điều trị chính cho OSA ở người lớn. Vai trò chủ yếu là của các can thiệp này là hỗ trợ trước phẫu thuật và nắn chỉnh răng cũng như điều trị sai khớp cắn sau phẫu thuật đưa xương hàm ra trước.

Sử dụng khí cụ đưa hàm dưới ra trước

Chỉ định và vị trí điều trị: Theo hướng dẫn phối hợp giữa Hội Y học giấc ngủ Hoa Kỳ (American Academy of Sleep Medicine - AASM) và Hội Y học giấc ngủ nha khoa Hoa Kỳ (American Academy of

Dental Sleep Medicine-AADSM), khí cụ đưa hàm dưới ra trước (Mandibular Advancement Device – MAD) được khuyến cáo điều trị cho bệnh nhân OSA trưởng thành không dung nạp CPAP hoặc là phương pháp điều trị thay thế ưu tiên của CPAP trong một số trường hợp. MAD có thể được sử dụng như lựa chọn đầu tay trong OSA mức độ nhẹ và trung bình hoặc trường hợp bệnh nhân mắc OSA mức độ nặng nhưng không dung nạp CPAP^{2,3}.

Bệnh nhân thứ 2 của chúng tôi là người trưởng thành 68 tuổi mắc ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn mức độ trung bình, có lùi hàm dưới, vì vậy chúng tôi đã quyết định điều trị bằng MAD, bên cạnh đó bệnh nhân vẫn được tư vấn điều trị tư thế và giảm cân. Kết quả cho thấy bệnh nhân dung nạp tốt với MAD và đo lại đa ký hô hấp sau 2 tháng có cải thiện rõ, chỉ số ngưng thở giảm thở giảm từ 24 sự kiện/giờ xuống còn 2,5 sự kiện/giờ.

Tiêu chuẩn kỹ thuật của MAD: Các khuyến cáo của AADSM nhấn mạnh nên sử dụng khí cụ MAD thiết kế riêng và có khả năng điều chỉnh biên độ đưa hàm dưới ra trước hơn là những loại khí cụ MAD được thiết kế sẵn, dùng cho nhiều đối tượng bệnh nhân.

Theo dõi và đánh giá hiệu quả: AADSM khuyến cáo cần thực hiện lại đánh giá giấc ngủ để xác nhận hiệu quả điều trị. Ngoài ra, bệnh nhân cần được theo dõi lâu dài để phát hiện sự thay đổi khớp cắn và những rối loạn khớp thái dương hàm nếu có trong quá trình điều trị với MAD.

Xu hướng cập nhật gần đây

Nhấn mạnh phối hợp đa chuyên khoa trong chẩn đoán và điều trị OSA, trong đó các can thiệp răng hàm mặt phẫu thuật và không phẫu thuật đóng vai trò quan trọng.

Mở rộng vai trò của nha sĩ trong sàng lọc OSA.

Nhấn mạnh cá thể hóa điều trị.

Đề cập các liệu pháp mới như: nắn chỉnh răng, nong rộng cung hàm và sử dụng các khí cụ chức năng.

Phẫu thuật đưa xương hàm ra trước được chứng minh có hiệu quả cao trong trường hợp người lớn có kiểu hình hàm dưới lùi sau.

Một bệnh nhân có thể phối hợp nhiều can thiệp điều trị khác nhau để đạt đến hiệu quả tối đa, lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Các nghiên cứu hiện nay cho thấy điều trị OSA bằng các can thiệp răng hàm mặt là một mắt xích quan trọng trong hành trình hướng tới mục tiêu đem lại chất lượng giấc ngủ tốt nhất cho người bệnh. Trong đó những can thiệp ít xâm lấn không phẫu thuật được kể đến như nắn chỉnh răng, mở rộng cung hàm được ưu tiên ứng dụng ở nhóm bệnh nhân trẻ em. Khí cụ đưa hàm dưới ra trước là phương pháp điều trị có hiệu quả tốt ở nhóm bệnh nhân chọn lọc, mắc bệnh mức độ nhẹ, trung bình hoặc bệnh nhân không dung nạp với CPAP. Qua đây chúng tôi cũng muốn khuyến cáo rằng, lựa chọn điều trị OSA nên được xem xét theo cách cá thể hoá cho từng ca bệnh cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ramar K, Dort LC, Katz SG et al (2015) *Clinical practice guideline for the treatment of obstructive sleep apnea and snoring with oral appliance therapy*. J Clin Sleep Med 11(7): 773-827.
2. American Academy of Dental Sleep Medicine (AADSM). Standards for Oral Appliance Therapy. AADSM Guidelines. 2020.
3. Levine M, Bennett K, Cantwell M, Postol K, Schwartz D (2018) *Dental sleep medicine standards for screening, treating and managing adult patients with sleep-related breathing disorders*. J Dent Sleep Med 5(3): 61-68.
4. Schwartz AR et al (2025) *Continuous positive airway pressure vs mandibular advancement device in reducing obstructive sleep apnea symptoms: A systematic review and meta-analysis*. Am J Respir Crit Care Med 211(3): 245-255.
5. Baccetti T, Franchi L, McNamara JA (2005) *The cervical vertebral maturation (CVM) method for the assessment of optimal treatment timing in dentofacial orthopedics*. Seminars in Orthodontics 11(3): 119-129. doi:10.1053/j.sodo.2005.04.005
6. Dahhas FY, Baqer AA, Mitwalli ME et al (2025) *Orthodontics and obstructive sleep apnoea: Evaluating the evidence on airway changes*. Cureus 17(8): 90594. doi: 10.7759/cureus.90594. PMID: 40978847; PMCID: PMC12448261.
7. Schwab RJ, Kryger MH, Roth T, Dement WC (2017) *Anatomy of the upper airway and pathophysiology of obstructive sleep apnea*. Principles and Practice of Sleep Medicine. 6th Elsevier: 1115-1125.
8. Ciavarella D, Lorusso M, Campobasso A et al (2023) *Craniofacial morphology in obstructive sleep apnea patients*. J Clin Exp Dent 15(12):999-1006.
9. Yong CW, Quah B, Colpani JT et al (2025) *Effectiveness of mandibular advancement devices in obstructive sleep apnea therapy for East Asian patients: a systematic review and meta-analysis*. J Clin Sleep Med 21(7): 1261-1271.