

trường hợp này, với đánh giá CT scan trước mổ và thông qua đường rạch mí mắt trên trong lúc mổ, chúng tôi kết hợp xương trực tiếp để cố định phần xương gãy của phức hợp hàm gò má, quan sát đánh giá sự cân xứng hai bên, cùng lúc với việc xử lý da thừa vùng mí mắt trên; sau mổ, khuôn mặt cân đối và bệnh nhân hài lòng.

IV. KẾT LUẬN

Gãy phức hợp hàm gò má là một trong những loại gãy xương vùng hàm mặt hay gặp nhất, thường đi kèm với các tổn thương khác nhau với các triệu chứng lâm sàng đa dạng. Tổn thương có thể đơn giản chỉ tại một vị trí và ít di lệch, nhưng cũng có thể vỡ vụn, di lệch nhiều kèm với các tổn thương hoặc biến chứng khác. Vì vậy cần đánh giá chính xác tổn thương để đưa ra quyết định can thiệp, thời điểm thích hợp và có được kế hoạch phẫu thuật hợp lý. Mặc dù có nhiều phương pháp để tiếp cận vùng tổn thương, nhưng việc lựa chọn cách tiếp cận nào tùy thuộc dạng tổn thương của mỗi cá thể và trạng bị của cơ sở điều trị. Kết hợp xương trực tiếp ở vị trí khớp trán gò má của phức hợp hàm gò má thông qua đường mí trên có thể là một chọn lựa cho các trường hợp bệnh nhân mong muốn giải quyết hình thái mí trên đơn giản đồng thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Panneerselvam, E., P. Ravi, and B. Sasikala,

- Fractures of the Zygomaticomaxillary Complex, in Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician, K. Bonanthaya, et al., Editors. 2021, Springer Nature Singapore: Singapore. p. 1151-1199.
2. Starch-Jensen, T., L.B. Linnebjerg, and J.D. Jensen, Treatment of Zygomatic Complex Fractures with Surgical or Nonsurgical Intervention: A Retrospective Study. Open Dent J, 2018. 12: p. 377-387.
3. Farber, S.J., et al., Current Management of Zygomaticomaxillary Complex Fractures: A Multidisciplinary Survey and Literature Review. Craniomaxillofac Trauma Reconstr, 2016. 9(4): p. 313-322.
4. Ji, S.Y., et al., Surgical Methods of Zygomaticomaxillary Complex Fracture. Arch Craniofac Surg, 2016. 17(4): p. 206-210.
5. Dũng, V.A., Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị gãy phức hợp gò má - cung tiếp có thoát vị tổ chức quanh nhãn cầu vào xoang hàm. 2020, Trường đại học Y Hà Nội.
6. Marinho, R.O. and B. Freire-Maia, Management of fractures of the zygomaticomaxillary complex. Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 2013. 25(4): p. 617-36.
7. Zhang, X., et al., Surgical navigation improves reductions accuracy of unilateral complicated zygomaticomaxillary complex fractures: a randomized controlled trial. Sci Rep, 2018. 8(1): p. 6890.
8. Pohlenz, P., et al., Intraoperative cone-beam computed tomography in oral and maxillofacial surgery using a C-arm prototype: first clinical experiences after treatment of zygomaticomaxillary complex fractures. J Oral Maxillofac Surg, 2009. 67(3): p. 515-21.

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ CỦA NGƯỜI BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Vũ Thị Hà Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ của người bệnh Lupus ban đỏ hệ thống tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 người bệnh được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống khám và điều trị tại Khoa Da liễu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định trong thời gian từ tháng 12/2022 đến 9/2023. **Kết quả:** 65% người bệnh Lupus ban đỏ hệ thống gặp tình trạng ngủ kém, ngủ chập chờn và dễ thức giấc. Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm của người bệnh là $5,61 \pm 1,69$ giờ với giá trị thấp nhất là 2

giờ và giá trị cao nhất là 8 giờ. Phần lớn người bệnh rối loạn giấc ngủ có triệu chứng mệt mỏi vào buổi sáng sau khi thức dậy chiếm 87% và ảnh hưởng tới công việc. **Kết luận:** Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh Lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định không cao với điểm trung bình PSQI là $8,23 \pm 4,38$ điểm trên tổng số 21 điểm.

Từ khóa: rối loạn giấc ngủ, Lupus ban đỏ hệ thống

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF SLEEP DISORDERS OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To Describe the current state of sleep disorders in patients with systemic lupus erythematosus at Nam Dinh Provincial General Hospital. **Method:** A Cross-sectional descriptive study on 120 patients diagnosed with systemic lupus

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hà Giang

Email: vuhagiangrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 30.5.2024

erythematosus examined and treated at the Department of Dermatology, Nam Dinh Provincial General Hospital during the period from December 2022 to September 2023. **Results:** 65% of people with systemic lupus erythematosus experience poor sleep, restless sleep, and wake up easily. The patient's average sleep time per night is $5,61 \pm 1,69$ hours with the lowest value being 2 hours and the highest value being 8 hours. The majority of patients with sleep disorders have symptoms of fatigue in the morning after waking up, accounting for 87% and affecting work. **Conclusion:** The current status of sleep disorders in patients with systemic lupus erythematosus treated at Nam Dinh Provincial General Hospital is not high with an average PSQI score of $8,23 \pm 4,38$ points out of a total of 21 points.

Keywords: Sleep disorders, systemic lupus erythematosus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là bệnh lý tự miễn hệ thống, tổn thương rất nhiều cơ quan với tần suất khác nhau. Ở Mỹ, tần số mắc mới lupus ban đỏ hệ thống là 5 trường hợp trên 100.000 dân mỗi năm. Theo thống kê của Trung tâm Kiểm soát và Phòng chống bệnh tật Mỹ năm 2005 có khoảng 161000 trường hợp chẩn đoán xác định lupus ban đỏ hệ thống và 322000 trường hợp có thể mắc, do đó tỷ lệ mắc SLE ở Mỹ khoảng 1:1000 dân [5]. Ở Việt Nam, theo thống kê của trung tâm Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai số người bệnh lupus ban đỏ hệ thống chiếm 1/3 tổng số người bệnh điều trị nội trú, tương đương với khoảng 500 lượt người bệnh mỗi năm.

Tổn thương của bệnh lupus rất đa dạng, có biểu hiện ở da, niêm mạc, thần kinh - tâm thần, tim mạch, thận, phổi - màng phổi... với nhiều mức độ khác nhau [2]. Cùng với sự tiến bộ của y học, ngày càng có nhiều bằng chứng về sự bất thường miễn dịch đã được phát hiện như kháng thể kháng nhân, kháng thể kháng DNA chuỗi kép, kháng thể kháng tế bào, kháng thể kháng phân tử, các phức hợp miễn dịch.

Việc đánh giá mức độ hoạt động của bệnh lupus ban đỏ hệ thống rất quan trọng nhằm xác định phác đồ điều trị và tiên lượng. Tuy nhiên, đây là vấn đề phức tạp do triệu chứng bệnh rất đa dạng, tổn thương tại nhiều nhiều cơ quan.

Ngủ là một quá trình hoạt động nhằm duy trì sự trao đổi chất, tái tạo tế bào và cân bằng nội môi. Do đó rối loạn giấc ngủ (RLGN) là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống của con người. Một nghiên cứu rối loạn giấc ngủ trên người bệnh SLE đã chỉ ra rằng rối loạn giấc ngủ xuất hiện ở khoảng 56 – 80,5% tổng số người bệnh [7],[8]. Tuy nhiên số

lượng nghiên cứu còn rất ít, cỡ mẫu chưa thống nhất nên số liệu về rối loạn giấc ngủ ở người bệnh lupus không đầy đủ và chưa thuyết phục nên chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích tìm hiểu thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh SLE điều trị tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng và thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 9 năm 2023 trên 120 người bệnh Lupus ban đỏ hệ thống khám điều trị tại khoa Da liễu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = \frac{Z^2 \frac{p(1-p)}{(px\varepsilon)^2}}{(1-\alpha/2)}$$

Trong đó: n: số người bệnh lupus ban đỏ hệ thống tham gia nghiên cứu

- p: Tỷ lệ RLGN ở người bệnh SLE. Theo nghiên cứu của Palagini, tỷ lệ này là 56% nên lấy $p=0,56$ [8]

- ε : Giá trị tương đối, chọn $d=0,2$

Thay vào công thức trên có $n = 76$

Chọn mẫu cho nghiên cứu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Trong thời gian tiến hành thu thập số liệu có 120 người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Bộ công cụ gồm 3 phần:

+ Phần 1: Thông tin cơ bản của đối tượng nghiên cứu. Gồm 8 câu hỏi liên quan đến đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh

+ Phần 2: Đặc điểm rối loạn giấc ngủ, gồm 12 câu hỏi liên quan đến các đặc điểm rối loạn giấc ngủ của người bệnh

+ Phần 3: Thực trạng chất lượng giấc ngủ, gồm 9 câu hỏi liên quan đến tình trạng giấc ngủ của người bệnh trong thời gian gần đây

- Các bước thu thập số liệu:

+ Bước 1: Lựa chọn các đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn.

+ Bước 2: Giới thiệu mục đích, ý nghĩa, phương pháp và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nếu đồng ý, đối tượng nghiên cứu ký vào bản đồng thuận và được phổ biến về hình thức tham gia nghiên cứu.

+ Bước 3: Đánh giá thực trạng rối loạn giấc

ngủ của người bệnh bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp người bệnh kết hợp khám lâm sàng, test tâm lý và tham khảo hồ sơ bệnh án.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo một số đặc điểm chung (n=120)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ
Tuổi	Dưới 10 tuổi	0	0
	11-20 tuổi	7	5,8
	21-30 tuổi	19	15,8
	31-40 tuổi	33	27,5
	41-50 tuổi	23	19,2
	>50 tuổi	38	31,7
Giới tính	Nam	11	9,2
	Nữ	109	90,8
Số năm mắc SLE	<1 năm	12	10
	1-3 năm	26	21,7
	>3 năm	82	68,3
Mức độ hoạt động của bệnh SLE	Không hoạt động	3	2,5
	Hoạt động nhẹ	37	30,8
	Hoạt động trung bình	42	35
	Hoạt động cao	37	30,8
	Hoạt động rất cao	1	0,8

Trong số 120 người bệnh tham gia nghiên cứu, người bệnh nữ chiếm 90,8%. Người bệnh trong độ tuổi trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 31,7%. Nhóm bệnh SLE hoạt động nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất là 30,8%.

3.2. Thực trạng rối loạn giấc ngủ của người bệnh Lupus ban đỏ hệ thống tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

Bảng 2. Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh (n=120)

Nội dung		Số lượng	Tỷ lệ
Chất lượng giấc ngủ	Ngủ bình thường	42	35
	Ngủ kém, dễ thức giấc	78	65
Rối loạn giấc ngủ	Có	80	66,7
	Không	40	33,3
Số ngày rối loạn giấc ngủ trong tuần (n=80)	1-3 ngày	29	36,2
	4-5 ngày	27	33,7
	6-7 ngày	24	30,1

Kết quả từ bảng 2 cho thấy, 65% người bệnh SLE gặp tình trạng ngủ kém, ngủ chập chờn và dễ thức giấc. Nhóm có RLGN từ 1-3 ngày/tuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,2% và có tới 30,1% người bệnh gặp RLGN tất cả các ngày

trong tuần.

Bảng 3. RLGN đánh giá qua thang điểm PSQI (n=120)

Giới tính	Điểm PSQI trung bình	Min	Max	p
Nam	7,18 ± 4,33	2	13	p>0,05
Nữ	8,34 ± 4,39	2	17	
Chung	8,23 ± 4,38	2	17	

Điểm PSQI của người bệnh Lupus ban đỏ hệ thống là 8,23 ± 4,38 điểm với giá trị thấp nhất là 2 điểm và giá trị cao nhất là 17 điểm. Trong đó, điểm PSQI của người bệnh nữ cao hơn người bệnh nam. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 4. Thời gian ngủ mỗi đêm (n=120)

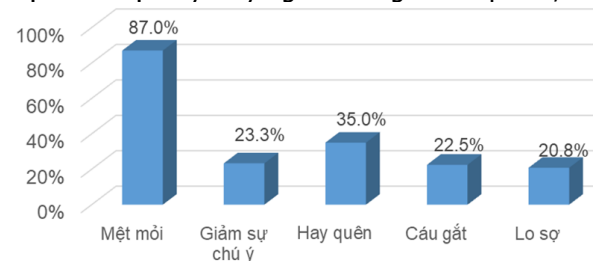
Giới tính	Thời gian ngủ mỗi đêm	Min	Max	p
Nam	6,36 ± 1,50	4	8	p>0,05
Nữ	5,53 ± 1,70	2	8	
Chung	5,61 ± 1,69	2	8	

Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm của người bệnh SLE là 5,61 ± 1,69 giờ với giá trị thấp nhất là 2 giờ và giá trị cao nhất là 8 giờ. Trong đó người bệnh nam ngủ nhiều hơn người bệnh nữ với thời gian ngủ trung bình mỗi đêm lần lượt là 6,36 ± 1,50 giờ và 5,53 ± 1,70 giờ. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 5. Mối liên quan giữa thời gian ngủ mỗi đêm và PSQI (n=120)

PSQI	Thời gian ngủ mỗi đêm	Min	Max	p
> 5	4,55 ± 0,91	2	7	p<0,05
≤ 5	7,72 ± 0,45	7	8	

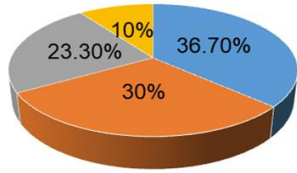
Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm của người bệnh SLE có PSQI > 5 là 4,55 ± 0,91 giờ với giá trị thấp nhất là 2 giờ và giá trị cao nhất là 7 giờ, ngắn hơn thời gian ngủ trung bình mỗi đêm của người bệnh SLE có PSQI ≤ 5 (7,72 ± 0,45 giờ). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05



Biểu đồ 1. Ảnh hưởng của RLGN tới chất lượng cuộc sống (n=120)

Phần lớn người bệnh rối loạn giấc ngủ có triệu chứng mệt mỏi vào buổi sáng sau khi thức

dậy chiếm 87%.



- Bình thường
- Chưa ảnh hưởng công việc
- Mệt ảnh hưởng công việc
- Mệt không làm được việc

Biểu đồ 2. Ảnh hưởng của RLGN tới công việc (n=120)

Người bệnh SLE có rối loạn giấc ngủ ảnh hưởng tới công việc chiếm gần 50%. Trong đó có 23,3% người bệnh mệt ảnh hưởng tới công việc và 10% người bệnh mệt, không làm được việc.

IV. BÀN LUẬN

Những yếu tố nguy cơ gây RLGN ở người bệnh SLE bao gồm bệnh mạn tính, thời gian điều trị năm viện kéo dài dẫn tới tâm lý chán nản, buồn phiền và suy giảm cảm xúc, khó đạt được trạng thái được tinh thần tốt trước giấc ngủ dẫn đến kéo dài thời gian của giai đoạn 1; tổn thương hệ cơ xương khớp dẫn tới đau chi thể làm cho người bệnh hay thức giấc về đêm hay không duy trì được giấc ngủ giai đoạn 3,4. Hơn nữa, các yếu tố như tổn thương các cơ quan chức năng như thận, tim mạch, sự hạn chế vận động do các rối loạn chức năng cũng là một trong những yếu tố nguy cơ của RLGN. Hậu quả lâu dài của RLGN chính là giảm chất lượng cuộc sống, gia tăng cảm giác mệt mỏi. Trong nghiên cứu năm 2014 của Palagini và cộng sự trên 81 người bệnh SLE, có khoảng trên 30% người bệnh có RLGN biểu hiện trầm cảm. Một số giả thuyết đưa ra để giải thích mối liên quan giữa RLGN và SLE như sự suy giảm nồng độ Melatonin, tăng nồng độ IL-6, giảm vitamin D, hay prolactin. Melatonin (hormon của giấc ngủ), được sản xuất bởi tuyến tùng và giải phóng vào trong máu, tăng sản xuất khi thiếu ánh sáng do đó có vai trò trong điều chỉnh nhịp sinh học. Melatonin đã được chứng minh có vai trò kháng viêm, chống chết theo chương trình qua con đường ức chế caspase 3, và chống các gốc oxy hoá. Những trường hợp RLGN có sự suy giảm melatonin trong máu dẫn tới gia tăng quá trình viêm, tăng chết theo chương trình và tăng các gốc oxy hoá có thể là một trong các yếu tố nguy cơ dẫn đến khởi phát SLE. Trong khi đó, IL-6 là một trong các inteleukin có vai trò kích hoạt quá trình viêm liên quan đến tăng sản xuất kháng thể của lympho bào B, tăng chuyển dạng tế bào T sang T điều hoà. Ở các người bệnh RLGN có sự

tăng nồng độ IL-6 trong máu. Một yếu tố khác là sự giảm nồng độ Vitamin D trong máu đã được chứng minh có vai trò làm gia tăng các bệnh lý tự miễn cũng như tăng hoạt động của bệnh và tổn thương cơ quan đặc biệt là thận. Ở các người bệnh RLGN có sự suy giảm nồng độ vitamin D trong máu, tuy nhiên cơ chế giảm nồng độ trong máu ở RLGN thì vẫn chưa được rõ ràng, cũng giống như prolactin [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 66,7% người bệnh SLE gặp tình trạng rối loạn giấc ngủ. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Palagini (2014) tại Italya với 55% đến 85% người bệnh SLE có rối loạn giấc ngủ [8].

Bộ câu hỏi nghiên cứu chất lượng giấc ngủ được xây dựng trên bộ câu hỏi PSQI. Chỉ số PSQI là tổng hợp điểm của một bảng câu hỏi mà người được hỏi tham gia trả lời gồm 4 câu hỏi có kết thúc mở, 14 câu hỏi khi trả lời cần dựa trên tần suất sự kiện (không, ít hơn 1 lần/ tuần, 1 - 2 lần/tuần, 3 hoặc trên 3 lần/tuần) trên 7 phương diện: Chất lượng giấc ngủ chủ quan, thời gian để đi vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ theo thói quen (tỷ lệ toàn bộ thời gian ngủ và thời gian nằm trên giường), các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ, việc sử dụng thuốc kích thích giấc ngủ (bao gồm cả thuốc được kê đơn và không kê đơn) và những bất thường về thời gian ngủ trong ngày. Với số điểm dao động từ 0 - 21 điểm, điểm càng cao thì chất lượng giấc ngủ càng kém, nếu tổng điểm PSQI lớn hơn 5 điểm thì đánh giá có chất lượng giấc ngủ kém. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, điểm PSQI của người bệnh Lupus ban đỏ hệ thống là $8,23 \pm 4,38$ điểm với giá trị thấp nhất là 2 điểm và giá trị cao nhất là 17 điểm. Kết quả này có sự khác biệt với một số nghiên cứu trên thế giới. Theo Chandrasekhara (2009), điểm PSQI là $6,4 \pm 3,8$ [3], theo Costa (2005) điểm PSQI là $6,98 \pm 4,03$ [4]. Sự khác biệt này có thể do phần lớn người bệnh SLE trong nghiên cứu của 2 tác giả trên có mức độ hoạt động bệnh nhẹ, còn trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn người bệnh có mức độ hoạt động bệnh cao và rất cao.

Lượng thời gian ngủ của hầu hết mọi người khoảng từ 7 đến 9 giờ trong ngày. Tuy nhiên, khi tuổi càng cao, số giờ ngủ trung bình của giấc ngủ giảm còn 7 đến 8 giờ, với một số người thậm chí ngủ ít giờ hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian ngủ mỗi đêm của người bệnh SLE là $5,61 \pm 1,69$ giờ. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Andrea (2006): $6,28 \pm 1,63$ [1] và nghiên cứu của Greenwood (2008): $6,59 \pm 1,73$ [6]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng

nghiên cứu của Andrea và Greenwood không ở trong đợt cấp của bệnh. Số ngày RLGN trong tuần của người bệnh SLE trong nghiên cứu của chúng tôi là $2,93 \pm 2,56$ ngày. Như vậy RLGN không phải xuất hiện thường xuyên ở người bệnh SLE. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có RLGN từ 1-3 ngày/tuần chiếm 36,2% và chỉ có 1/3 người bệnh có RLGN từ 6-7 ngày trong tuần. Phần lớn người bệnh dưới 50 tuổi có xuất hiện RLGN trong đợt cấp và không thường xuyên. Người bệnh trên 50 tuổi gặp tình trạng RLGN nhiều hơn và nặng hơn.

Giấc ngủ đóng vai trò vô cùng quan trọng ảnh hưởng tới sức khỏe giúp cải thiện trí nhớ, tăng cường hệ miễn dịch. Bởi vậy, tình trạng rối loạn giấc ngủ lâu dài có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe, cụ thể: Giảm khả năng tập trung chú ý, dẫn đến giảm chất lượng công việc, cuộc sống; Giảm khả năng ghi nhớ, tư duy và suy luận logic của não bộ; Rối loạn cảm xúc, hay chán nản, vui buồn thất thường, dễ rơi vào lo âu, trầm cảm; Suy giảm hệ thống miễn dịch, tăng nguy cơ mắc nhiều bệnh lý khác như tiểu đường, các bệnh lý tim mạch,...[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn người bệnh có triệu chứng mệt mỏi vào buổi sáng sau khi thức dậy chiếm 87%. Từ đó, có 23,3% người bệnh SLE mệt mỏi ảnh hưởng tới công việc và 10% người bệnh mệt mỏi, không làm được việc. Do vậy nhân viên y tế cần tăng cường hơn nữa công tác truyền thông giáo dục sức khỏe để người bệnh

yên tâm điều trị, cải thiện chất lượng giấc ngủ cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh Lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định không cao với điểm trung bình PSQI là $8,23 \pm 4,38$ điểm trên tổng số 21 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrea I et al** (2015). Fatigue in systemic lupus erythematosus: Contributions of disordered sleep, sleepiness and depression. The journal of Rheumatology, 33(12),2453-2457.
2. **Nguyễn Năng An** (2007). Lupus ban đỏ hệ thống, Nội bệnh lý phần Di ứng – Miễn dịch lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, 104-114
3. **Chandrasekhara PK et al** (2009). The prevalence and associations of sleep disturbances in patients with systemic lupus erythematosus. Mod Rheumatol, 19, 407-415.
4. **Costa D et al** (2005). Determinants of sleep quality in women with systemic lupus erythematosus. Arthritis and Rheumatism, 53(2), 272-278.
5. **Danchenko N et al** (2006). Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. Lupus, 15(5), 308-318.
6. **Greenwood K.M et al** (2008). Self-reported sleep in systemic lupus erythematosus. Clin Rheumatol, 27, 1147-1151.
7. **Học viện Quân y** (2005). Giấc ngủ và rối loạn giấc ngủ, Bệnh học Tâm thần, 323-339
8. **Palagini L et al** (2014). Sleep disorders and systemic lupus erythematosus, Lupus, 115-123.

GHÉP THẬN ĐÀO CỰC: TẠO THUẬN LỢI CHO NỐI MẠCH MÁU TRONG MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP PHỨC TẠP

Ninh Việt Khải¹, Trần Đình Dũng¹, Đỗ Ngọc Sơn¹,
Hoàng Tuấn¹, Đỗ Hải Đăng¹, Lê Quang Thắng¹, Nguyễn Quang Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kỹ thuật ghép thận đảo cực trong một số trường hợp miệng nối động mạch phức tạp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, hồi cứu các bệnh nhân được ghép thận từ người hiến sống bằng kỹ thuật ghép thận đảo cực từ 09/2023 – 02/2024 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:**

Có 2 trường hợp được ghép thận đảo cực trong tổng số 105 bệnh nhân, chiếm (1.9%). Bệnh nhân 1 được ghép thận phải: bắt tương hợp chiều dài tĩnh mạch và động mạch thận do tĩnh mạch ngắn và động mạch chia nhánh sớm (thân chung ngắn nhưng động mạch nhánh dài). Thận ghép được đặt đảo cực để vị trí nối động mạch về phía ngoại vi, tránh gập góc. Bệnh nhân 2 được ghép thận phải: xơ vữa phía đầu trung tâm của động mạch chậu ngoài, không thuận lợi cho vị trí nối động mạch. Thận ghép được đặt đảo cực để đưa vị trí nối động mạch về phía ngoại vi, tránh xơ vữa. Thời gian ghép lần lượt là 3.5h và 4h. Diễn biến hậu phẫu hai bệnh nhân thuận lợi, không có biến chứng, ra viện sau hai tuần. **Kết luận:** Ghép thận đảo cực là kỹ thuật an toàn, làm tăng lựa chọn vị trí nối mạch phù hợp trong một số trường hợp phức tạp.

Từ khóa: ghép thận, ghép thận đảo cực

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 29.5.2024