

tăng tưới máu vùng hoàng điểm, biểu hiện qua sự cải thiện thị lực, giảm độ dày hoàng điểm trung tâm, thu nhỏ vùng vô mạch và tăng mật độ tưới máu lớp nông. Các biến số trong nghiên cứu có liên quan đến thị lực sau điều trị là thời gian phát hiện đái tháo đường, độ dày võng mạc hoàng điểm và diện tích vùng vô mạch. Các biến số và mối tương quan giữa các biến số này có thể giúp giải thích và dự đoán kết quả sau tiêm nội nhãn Bevacizumab điều trị BVMĐTĐ giai đoạn tăng sinh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai biến chứng do thủ thuật tiêm chủ yếu là đau và kích thích chảy nước mắt, không thấy xuất hiện các biến cố trầm trọng khác tại mắt và toàn thân sau 3 tháng điều trị, tương tự như các nghiên cứu khác<sup>8-10</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Liệu pháp Bevacizumab điều trị phù hoàng điểm bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh mang lại kết quả điều trị khả quan khi cải thiện chức năng và giải phẫu võng mạc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation.** Diabetes around the world in 2021. The IDF Diabetes Atlas 10th edition. 2022.
2. **Đỗ Như Hôn.** Bệnh lý võng mạc đái tháo đường. Nhân khoa tập 3. Nhà xuất bản y học; 2014;268-285.
3. **Avery R.L., Pearlman J., Pieramici D.J.** Intravitreal bevacizumab (Avastin) in the treatment of proliferative diabetic retinopathy. Ophthalmology. 2006;113:1695.e1-15. doi: 10.1016/j.ophtha.2006.05.064.

4. **P. Osaadon, X. J. Fagan, T. Lifshitz, et al.** A review of anti-VEGF agents for proliferative diabetic retinopathy. Eye. 2014; 28(5):510-520. doi:10.1038/eye.2014.13.
5. **Bhandari S., David S., Vuong N., et al.** Bevacizumab for diabetic macular edema: one-year treatment outcomes from the Fight Retinal Blindness! Registry. Eye (Lond). 2021;36(3):594-602.
6. **Ayman G. Elnahry, Alia M.N., Ahmed AAK., et al.** Optical Coherence Tomography Angiography Biomarkers Predict Anatomical Response to Bevacizumab in Diabetic Macular Edema. Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy. 2022;15:395-405. doi: 10.2147/DMSO.s351618.
7. **Michael T. Massengill, Samuel Cubillos, Neil Sheth, et al.** Response of diabetic macular edema to anti-VEGF medications correlates with improved macular vessel architecture measures with OCT angiography. American Academy of Ophthalmology. 2024;4:100478. doi: 10.1016/j.xops.2024.100478.
8. **Nguyễn Như Quân.** Nghiên cứu ứng dụng tiêm Bevacizumab vào buồng dịch kính trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2019.
9. **Trần thị Thu Hiền, Dương Anh Quân.** Đánh giá kết quả điều trị bệnh võng mạc đái tháo đường bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn. Tạp Chí Y Học Lâm Sàng. 2016;35/2016. [https://jcmhch.com.vn/upload/files/Tapchi/tap%20chi%20so%2035/7\(2\).pdf](https://jcmhch.com.vn/upload/files/Tapchi/tap%20chi%20so%2035/7(2).pdf)
10. **Nguyễn Diệu Thu, Đặng Trần Đạt, Mai Quốc Tung.** Đánh giá kết quả bước đầu phối hợp tra azarga và tiêm bevacizumab nội nhãn trong điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2021;Tập 508:số 1 – 2021. <https://doi.org/10.51298/vmj.v508i1.1571>.

# CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH SUY THẬN MẠN TÍNH LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN TRƯNG VƯƠNG NĂM 2024

Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh<sup>1</sup>, Mâu Văn Hiếu<sup>2</sup>, Lê Trường Vĩnh Phúc<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở người bệnh suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trưng Vương năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 85 người bệnh đang điều

trị lọc máu nhân tạo ngoại trú tại khoa Thận – Thận nhân tạo, bệnh viện Trưng Vương Thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian 04 – 05/2024. Thông tin thu thập bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học và bệnh lý, xét nghiệm cận lâm sàng, và thang đo chất lượng giấc ngủ PSQI. **Kết quả:** Kết quả của nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ cao người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém 83,5%. Người bệnh là nữ giới có tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nam giới. Chỉ số Albumin cao là yếu tố bảo vệ người bệnh khỏi tình trạng chất lượng giấc ngủ kém. **Kết luận:** Cần có những chiến lược, giải pháp, những biện pháp can thiệp để giúp người bệnh có chất lượng giấc ngủ tốt hơn. **Từ khóa:** Chất lượng giấc ngủ, suy thận mạn tính, lọc máu chu kỳ, PSQI.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Y học Cổ truyền Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh

Email: hhnquynhytcc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

**SUMMARY****QUALITY OF SLEEP AND ITS RELATED FACTORS IN CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS TREATING WITH MAINTENANCE HEMODIALYSIS**

**Objectives:** To determine the status of sleep quality and related factors in chronic renal failure patients treating with maintenance hemodialysis at Trung Vuong Hospital in 2024. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 85 patients undergoing outpatient hemodialysis at the Department of Nephrology - Hemodialysis, Trung Vuong Hospital, Ho Chi Minh City from April to May 2024. Data collected from participants included: demographic and pathological characteristics, paraclinical tests, and PSQI sleep quality scale. **Results:** A high prevalence of poor sleep quality, 83.5%, was reported among participants. Female patients had a significant higher prevalence of poor sleep quality than their male counterparts. High levels of Albumin were a factor preventing patients from having poor sleep quality. **Conclusion:** Strategies, solutions, and interventions are needed to help patients have better sleep quality.

**Keywords:** sleep quality, chronic renal failure, maintenance hemodialysis, PSQI

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hiện nay, suy thận mạn tính đã trở thành một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng trên toàn cầu và Việt Nam. Bệnh không chỉ gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cá nhân mà còn có thể tác động mạnh đến nền kinh tế và xã hội. Tại Việt Nam, suy thận mạn tính được xếp vào nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, khoảng 10,1% dân số đang mắc suy thận mạn tính, mỗi năm được phát hiện với hơn 8000 ca mắc mới [3]. Suy thận mạn tính là tình trạng mắc không thể phục hồi, ảnh hưởng nghiêm trọng đến người cao tuổi, người mắc tiểu đường và huyết áp cao. Bệnh không chỉ làm giảm chức năng thận mà còn tăng nguy cơ tử vong do các bệnh tim mạch gấp 8-10 lần [5]. Đối với những người bệnh này, chất lượng giấc ngủ (CLGN) kém thường có thể dẫn đến những biến chứng nghiêm trọng, ảnh hưởng tiêu cực đến sức khỏe tinh thần cũng như quá trình điều trị và chăm sóc. Các nghiên cứu để tìm hiểu và cải thiện CLGN của những người mắc suy thận mạn tính là rất cần thiết, giúp họ cải thiện chất lượng sống và kéo dài tuổi thọ. Tại khu vực châu Á cũng đã có những nghiên cứu về CLGN ở người bệnh suy thận mạn tính đang điều trị lọc máu [10]. Tuy nhiên, hiện tại số lượng nghiên cứu về vấn đề này tại Việt Nam vẫn còn hạn chế, điều này gây ra một khoảng trống trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe cho người bệnh suy thận mạn tính. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả thực trạng chất lượng giấc ngủ và các

yếu tố liên quan ở người bệnh suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trưng Vương năm 2024.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang.

**Đối tượng nghiên cứu:** người bệnh suy thận mạn tính đang điều trị lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trưng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 5 năm 2024, tại khoa Thận – Thận nhân tạo, bệnh viện Trưng Vương, Thành phố Hồ Chí Minh.

**Cỡ mẫu:** tính cỡ mẫu nghiên cứu theo công thức ước lượng tỷ lệ, với xác suất sai lầm loại 1 ( $\alpha$ ) ở mức 0,05, sai số cho phép ở mức 0,1, trị số ước đoán tỷ lệ ở mức 0,725, là tỷ lệ bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ có rối loạn giấc ngủ đánh giá bằng thang đo CLGN Pittsburgh (PSQI) trong nghiên cứu của Lê Việt Thăng và Đặng Quang Minh năm 2011 [4]. Dự trừ mất mẫu 10%, tính được cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu là 85 người bệnh.

**Tiêu chí chọn mẫu:**

- **Tiêu chí chọn vào:** người bệnh suy thận mạn tính từ 18 tuổi trở lên đang điều trị lọc máu chu kỳ tại bệnh viện từ 6 tháng trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chí loại ra:** tại thời điểm nghiên cứu, người bệnh đang: điều trị nội trú; điều trị cấp cứu hoặc cấp tính; thực hiện phẫu thuật hoặc thủ thuật y tế quan trọng; được theo dõi và quản lý các biến chứng nghiêm trọng của suy thận hoặc các bệnh lý liên quan khác; và bất kỳ lý do y tế nào khác yêu cầu theo dõi và can thiệp y tế liên tục tại bệnh viện. Nghiên cứu cũng loại ra những người bệnh không có khả năng nghe, đọc và trả lời câu hỏi, và người bệnh có rối loạn tâm thần và ý thức.

Áp dụng phương pháp lấy mẫu thuận tiện, thực hiện lấy mẫu tại khoa Thận – Thận nhân tạo Bệnh viện Trưng Vương Thành phố Hồ Chí Minh cho đến khi đủ mẫu.

**Phương pháp thu thập dữ kiện:** Phòng vấn trực tiếp mặt đối mặt bằng bộ câu hỏi soạn sẵn.

**Công cụ thu thập dữ kiện:** Sử dụng bộ câu hỏi gồm bốn phần: đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (10 câu), bộ câu hỏi khảo sát CLGN Pittsburgh (PSQI) (19 câu), đặc điểm thói quen sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu (07 câu), và kết quả xét nghiệm cận lâm sàng (08 câu). Các câu hỏi liên quan đến kết quả xét nghiệm cận lâm sàng sẽ được thu thập bằng cách dựa vào thông tin trên hồ sơ bệnh án của người bệnh.

Thang đo CLGN Pittsburgh (PSQI) là công cụ

giúp đánh giá CLGN của đối tượng trong thời gian một tháng gần nhất. Thang đo gồm có 19 câu hỏi, được phân chia thành bảy thành phần bao gồm: Chất lượng giấc ngủ chủ quan, Khoảng thời gian đi vào giấc ngủ, Độ dài giấc ngủ, Hiệu quả của giấc ngủ theo thói quen, Các yếu tố bất lợi ảnh hưởng đến giấc ngủ, Dùng thuốc ngủ, và Bất thường hoạt động ban ngày. Mỗi thành phần có điểm số từ 0 đến 3; điểm của toàn thang đo là tổng điểm của bảy thành phần, dao động từ 0 đến 21 điểm. Điểm số PSQI từ 05 điểm trở xuống tương ứng với CLGN tốt; điểm số PSQI trên 05 điểm tương ứng với CLGN kém. Tại Việt Nam, thang đo PSQI đã được chuẩn hóa với chỉ số Cronbach's alpha là 0,789 [1].

#### Các biến số nghiên cứu:

- Biến số kết cuộc: Chất lượng giấc ngủ: là biến số nhị giá gồm 02 giá trị Kém và Tốt. Người bệnh được xác định là có CLGN kém nếu điểm số đánh giá từ thang đo PSQI trên 5 điểm.

- Biến số độc lập: các đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu được thu thập bao gồm: tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng chung sống, hoạt động thể lực, chỉ số khối cơ thể, thời gian lọc máu, ca lọc máu, chỉ số Hemoglobin, chỉ số Albumin, và nhóm các yếu tố gây rối loạn giấc ngủ (thức dậy nửa đêm hoặc quá sớm, thức dậy để vào nhà tắm, khó thở, ho/ngáy to, cảm thấy rất lạnh, cảm thấy rất nóng, gặp ác mộng, thấy đau, nguyên nhân khác).

**Phương pháp phân tích số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 17. Thống kê mô tả của các biến số được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm đối với biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến số định lượng. Phép kiểm chi bình phương và logistic đơn biến được áp dụng để xem xét mối liên quan giữa CLGN với các biến số độc lập định tính và định lượng. Hồi quy logistic đa biến được áp dụng để xác định các yếu tố thật sự có liên quan đến CLGN. Tỷ số tỷ lệ hiện mắc (PR) với khoảng tin cậy 95% được sử dụng để lượng hóa mối liên quan. Các phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi giá trị p nhỏ hơn 0,05 và khoảng tin cậy 95% của PR không chứa giá trị 1.

**Đạo đức nghiên cứu:** Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Trưng Vương số 339/BVTV- HĐĐĐ kí ngày 29/03/2024. Nghiên cứu này nhằm khảo sát CLGN và các yếu tố liên quan ở người bệnh suy thận mạn tính điều trị lọc máu tại bệnh viện Trưng Vương bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, do đó hạn chế tối thiểu nguy cơ tác

động đến tình trạng sức khỏe hay quá trình điều trị tại bệnh viện. Người tham gia có quyền từ chối trả lời bất cứ câu hỏi nào mà họ không muốn trả lời, có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào, ngay cả sau khi quyết định tham gia vào nghiên cứu và đã ký vào bản thỏa thuận tham gia nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian lấy mẫu từ tháng 05/2024 đến tháng 06/2024, nghiên cứu tiếp cận được 90 người bệnh đang điều trị lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trưng Vương thỏa tiêu chí chọn mẫu. Trong đó, có 05 đối tượng, gồm 02 nam và 03 nữ, từ chối tham gia nghiên cứu vì lý do tình trạng sức khỏe cá nhân. Do vậy, cỡ mẫu cuối cùng được đưa vào phân tích và báo cáo trong nghiên cứu là 85 người bệnh, đạt tỷ lệ phản hồi 94,4%.

**Bảng 1. Đặc điểm cá nhân ở người bệnh (n=85)**

Đặc điểm	Tần số (tỷ lệ)
<b>Tuổi*</b>	53 ± 15
<b>Giới tính</b>	
Nam	41 (48,2)
Nữ	44 (51,8)
<b>Trình độ học vấn</b>	
Cấp 1 trở xuống	43 (50,6)
Cấp 2	18 (21,2)
Cấp 3 trở lên	24 (28,2)
<b>Chỉ số khối cơ thể</b>	
Suy dinh dưỡng (dưới 18,5)	20 (23,5)
Bình thường (18,5 – 22,9)	39 (45,9)
Thừa cân/Béo phì (từ 23 trở lên)	26 (30,6)
<b>Tình trạng kinh tế</b>	
Đủ sống	40 (47,1)
Khó khăn	45 (52,9)
<b>Tình trạng hôn nhân</b>	
Đã kết hôn	66 (77,6)
Khác	19 (22,4)
<b>Vận động thể lực</b>	
Không	43 (50,6)
Ít hơn 1 lần/ngày	25 (29,4)
Hàng ngày	17 (20,0)
<b>Thời gian lọc máu</b>	
Từ 6 tháng đến dưới 2 năm	37 (43,5)
Từ 2 năm đến dưới 3 năm	15 (17,6)
Từ 3 năm trở lên	33 (38,9)
<b>Ca lọc máu</b>	
Buổi sáng	36 (42,4)
Buổi trưa/chiều	24 (28,2)
Buổi tối	25 (29,4)

\*Trung bình ± độ lệch chuẩn

Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 53 ± 15 tuổi, với tỷ lệ giới tính gần tương đương nhau giữa hai giới. Phần lớn đối tượng có trình độ học vấn từ cấp 1 trở xuống

(chiếm tỷ lệ 50,6%), tình trạng kinh tế khó khăn (45,9%), thời gian lọc máu dưới 2 năm (43,5%), (52,9%), đã kết hôn (77,6%), không vận động tham gia ca lọc máu buổi sáng (42,4%) (Bảng 1).  
thể lực (50,6%), chỉ số khối cơ thể bình thường

**Bảng 2. Xét nghiệm cận lâm sàng ở người bệnh tham gia nghiên cứu (n=85)**

Chỉ số xét nghiệm	Nam (TB ± ĐLC)	Nữ (TB ± ĐLC)	Chung (TB ± ĐLC)	Giá trị p
Hemoglobin (g/dL)	10,4 ± 2,0	9,8 ± 2,1	10,1 ± 2,1	0,178
Albumin (g/dL)	3,9 ± 0,1	3,9 ± 0,1	3,9 ± 0,8	0,762

tb: trung bình; đlc: độ lệch chuẩn

Sự khác biệt về chỉ số xét nghiệm Hemoglobin và Albumin ở 2 giới nam và nữ trong nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê (giá trị p>0,05). Hemoglobin trung bình trong nghiên cứu cho thấy nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu có tình trạng thiếu máu theo Hemoglobin (Bảng 2).

**Bảng 3. Các yếu tố gây rối loạn giấc ngủ (n=85)**

Các rối loạn giấc ngủ	Tuần suất, n (%)			
	Không có	<1 lần/tuần	1-2 lần/tuần	≥3 lần/tuần
Thức dậy vào nửa đêm hoặc quá sớm	14 (16,5)	7 (8,2)	8 (9,4)	56 (65,9)
Thức dậy để vào nhà tắm	52 (61,2)	4 (4,7)	6 (7,1)	23 (27,0)
Khó thở	47 (55,3)	10 (11,7)	14 (16,5)	14 (16,5)
Ho /ngáy to	45 (52,9)	10 (11,9)	15 (17,6)	15 (17,6)
Cảm thấy rất lạnh	70 (82,4)	4 (4,7)	9 (10,6)	2 (2,3)
Cảm thấy rất nóng	41 (48,2)	5 (5,8)	5 (5,8)	34 (40,0)
Gặp ác mộng	61 (71,7)	10 (11,8)	10 (11,8)	4 (4,7)
Thấy đau	32 (37,7)	11 (12,9)	15 (17,7)	27 (31,8)
Nguyên nhân khác	51 (60,0)	10 (11,8)	14 (16,5)	10 (11,7)

Đối với các yếu tố gây rối loạn giấc ngủ, các rối loạn thường gặp nhất là thức dậy vào nửa đêm hoặc quá sớm, với tỷ lệ 65,9% đối tượng gặp phải từ 3 lần trở lên/tuần, cảm thấy rất nóng (40,0%), hoặc thấy đau (31,8%). Đa phần đối tượng có tần suất thấp ở các rối loạn như thức dậy để vào nhà tắm, cảm thấy rất lạnh, hay gặp ác mộng (Bảng 3).

**Bảng 4. Chất lượng giấc ngủ ở người bệnh tham gia nghiên cứu (n=85)**

Chất lượng giấc ngủ	Tần số (tỷ lệ)
Điểm số PQSI*	9,8 ± 4,2
Chất lượng giấc ngủ	
Kém	71 (83,5)
Tốt	14 (16,5)

\*trung bình ± độ lệch chuẩn

Điểm số thang đo PSQI ở đối tượng nghiên cứu đạt trung bình 9,8 ± 4,2 điểm. Tỷ lệ đối tượng có chất lượng giấc ngủ kém (điểm PSQI > 5) là 83,5% (Bảng 4).

**Bảng 5. Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với đặc điểm cá nhân (n=85)**

Đặc điểm	Chất lượng giấc ngủ, n (%)		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Kém (n=71)	Tốt (n=14)		
<b>Giới tính</b>				
Nam	30 (73,2)	11 (26,8)		1
Nữ	41 (93,2)	3 (6,8)	0,013	1,27 (1,04 - 1,6)
<b>Trình độ học vấn</b>				
Cấp 1 trở xuống	39 (90,7)	4 (9,3)		1
Cấp 2	15 (83,3)	3 (16,7)	0,411	0,9 (0,7 - 1,2)
Cấp 3 trở lên	17 (70,8)	7 (29,2)	0,035	0,8 (0,6 - 1,03)
<b>Chỉ số khối cơ thể</b>				
Bình thường	29 (74,4)	10 (25,6)		1
Suy dinh dưỡng	19 (95,0)	1 (5,0)	0,054	1,3 (1,04 - 1,6)
Thừa cân/Béo phì	23 (88,5)	3 (11,5)	0,164	1,2 (0,9 - 1,5)
<b>Tình trạng kinh tế</b>				
Đủ sống	31 (77,5)	9 (22,5)		1
Khó khăn	40 (88,9)	5 (11,1)	0,158	1,6 (0,8 - 3,3)
<b>Tình trạng hôn nhân</b>				
Đã kết hôn	54 (81,8)	12 (18,2)		1
Khác	17 (89,5)	2 (10,5)	0,428	1,7 (0,4 - 6,5)
<b>Vận động thể lực</b>				

Không	36 (83,7)	7 (16,3)		1
Ít hơn 1 lần/ngày	21 (84,0)	4 (16,0)	0,976	1,0 (0,4 – 2,4)
Hàng ngày	14 (82,3)	3 (17,7)	0,898	0,9 (0,3 – 2,7)
<b>Thời gian lọc máu</b>				
6 tháng – dưới 2 năm	31 (83,8)	6 (16,2)		1
2 năm – dưới 3 năm	12 (80,0)	3 (20,0)	0,744	0,8 (0,3 – 2,4)
3 năm trở lên	28 (84,8)	5 (15,2)	0,903	1,0 (0,5 – 2,1)
<b>Ca lọc máu</b>				
Buổi sáng	31 (86,1)	5 (13,9)		1
Buổi trưa/chiều	22 (91,7)	2 (8,3)	0,511	1,5 (0,4 – 4,9)
Buổi tối	18 (72,0)	7 (28,0)	0,173	0,6 (0,3 – 1,2)

*Kiểm định Chi bình phương*

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng giấc ngủ và giới tính. Cụ thể, người bệnh là nữ giới báo cáo chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 1,27 (1,04 – 1,6) lần so với người bệnh là nam giới (giá trị p = 0,013). Sự khác biệt về chất

lượng giấc ngủ theo các yếu tố như trình độ học vấn, chỉ số khối cơ thể, tình trạng kinh tế, tình trạng hôn nhân, vận động thể lực, thời gian lọc máu, ca lọc máu là không có ý nghĩa thống kê (giá trị p > 0,05, hoặc khoảng tin cậy 95% của PR có chứa 1) (Bảng 5).

**Bảng 4. Mối liên quan giữa xét nghiệm cận lâm sàng với chất lượng giấc ngủ ở người bệnh (n=85)**

Chỉ số xét nghiệm	Chất lượng giấc ngủ, TB ± ĐLC		Giá trị p	PR KTC (95%)
	Kém (n=71)	Tốt (n=14)		
Hemoglobin (g/dL)	9,9 ± 0,3	11,1 ± 0,5	0,056	0,7 (0,6 – 1,01)
Albumin (g/dL)	3,8 ± 0,1	4,3 ± 0,4	0,093	0,5 (0,2 – 1,1)

*Kiểm định logistic đơn biến*

Không tìm thấy mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng (giá trị p > 0,05) (Bảng 6).

**Bảng 5. Hồi quy logistic đa biến giữa các yếu tố liên quan với chất lượng giấc ngủ kém ở người bệnh (n=85)**

Yếu tố	Giá trị p <sub>thô</sub>	PR <sub>thô</sub> (KTC 95%)	Giá trị Phiệu chỉnh	PR <sub>hiệu chỉnh</sub> (KTC 95%)
<b>Giới tính</b>				
Nam		1		1
Nữ	0,013	1,27 (1,04 - 1,6)	0,012	7,3 (1,6 – 34,2)
<b>Chỉ số khối cơ thể</b>				
Bình thường		1		1
Suy dinh dưỡng	0,054	1.3 (1,04 – 1.6)	0,093	6,8 (0,7 – 62,7)
Thừa cân/Béo phì	0,164	1.2 (0,9 – 1,5)	0,075	4,4 (0,9 – 22,4)
<b>Albumin (g/dL)</b>	0,093	0,5 (0,2 – 1,1)	0,020	0,4 (0,2 – 0,9)

Các biến số độc lập có kết quả phân tích đơn biến có giá trị p < 0,2 được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến; loại bỏ dần các biến số có giá trị p > 0,05. Mô hình hồi quy đa biến cuối cùng bao gồm ba biến số: giới tính, chỉ số khối cơ thể, và chỉ số Albumin. Kết quả cho thấy chất lượng giấc ngủ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính và chỉ số Albumin. Theo đó, trong nghiên cứu này, người bệnh nữ có chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 7,3 (1,6 – 34,2) lần so với người bệnh nam (giá trị p<sub>hiệu chỉnh</sub> = 0,012). Ngoài ra, cứ mỗi một đơn vị Albumin tăng thêm, nguy cơ chất lượng giấc ngủ kém ở người bệnh giảm còn 0,4 (0,2 – 0,9) lần, giá trị p<sub>hiệu chỉnh</sub> = 0,020 (Bảng 5).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém ở người bệnh suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ.** Nghiên cứu được thực hiện trên 85 người bệnh suy thận mạn tính điều trị lọc máu chu kỳ, kết quả cho thấy tỷ lệ cao người bệnh có CLGN kém, 83,5%. Kết quả này là cao hơn so với các nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Quân y 175 (tỷ lệ CNGN kém là 55,1%) [2], hay tại Bệnh viện Bạch Mai (72,5%) [4]. Một số nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận tỷ lệ CLGN kém dao động từ 69,1% đến 75,3% [9, 10]. Dù có sự khác biệt về kết quả giữa các nghiên cứu, tỷ lệ CLGN kém ở người bệnh là khá cao (trên 60%). Tỷ lệ cao này có thể được lý giải bởi ảnh hưởng tiêu cực

của bệnh đến nhịp sinh học của cơ thể, dẫn đến sự rối loạn giấc ngủ. Ngoài ra, bệnh còn làm thay đổi nồng độ các chất trong cơ thể như urê máu, và các căng thẳng tâm lý mà người bệnh phải đối mặt khi lọc máu chu kỳ. Tuy nhiên, cũng có nghiên cứu quốc tế báo cáo tỷ lệ CLGN kém ở người bệnh suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu trong nước, ở mức 43,3% [7]. Sự khác biệt này có thể gợi ý ảnh hưởng của bối cảnh kinh tế xã hội cũng như các yếu tố liên quan đến phương thức quản lý và điều trị bệnh, phương tiện, kỹ thuật, thời gian thực hiện lọc máu đến sức khỏe nói chung và chất lượng giấc ngủ nói riêng của người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 68,2% người bệnh mất nhiều thời gian để vào giấc ngủ, 94,1% bị ảnh hưởng bởi các yếu tố bất lợi, và 65,9% thức dậy giữa đêm hoặc quá sớm ít nhất 3 lần/tuần. Nguyên nhân bao gồm nhu cầu đi vệ sinh, cảm giác lạnh, nóng, ác mộng và ngứa khi ngủ. Những yếu tố này làm giảm chất lượng giấc ngủ, dẫn đến mệt mỏi và giảm hiệu quả hoạt động trong ngày.

**4.2. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ kém ở người bệnh suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ.** Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện ra sự khác biệt đáng kể giữa giới tính về CLGN. Cụ thể, người bệnh là nữ giới có khả năng có CLGN kém cao hơn 7,3 (1,6 – 34,2) lần so với người bệnh nam. Kết quả này có ý nghĩa thống kê, chỉ ra rằng yếu tố giới tính đóng một vai trò quan trọng trong CLGN của người bệnh suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ. Sự khác biệt này có thể do bắt nguồn từ nhiều yếu tố sinh lý và tâm lý khi phụ nữ thường có nguy cơ cao hơn gặp các vấn đề về giấc ngủ do các thay đổi nội tiết tố trong suốt chu kỳ kinh nguyệt, mang thai, và mãn kinh. Mỗi liên quan này cũng được ghi nhận trong y văn quốc tế [6]. Ngoài ra, phụ nữ cũng có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố căng thẳng và lo âu nhiều hơn so với nam giới, điều này có thể góp phần ảnh hưởng tiêu cực đến CLGN.

Tương đồng với các y văn đi trước, chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa chỉ số Albumin với CLGN của người bệnh [8, 10]. Cụ thể, chỉ số Albumin càng cao thì khả năng người bệnh gặp CLGN kém càng ít; nói cách khác là CLGN của họ càng tốt. Sự suy giảm Albumin có nguy cơ gây ảnh hưởng tới CLGN nói riêng và sức khỏe người bệnh nói chung. Các biện pháp cải thiện, nâng cao nồng độ Albumin có thể là một phần quan trọng giúp nâng cao CLGN và sức khỏe tổng quát của người bệnh.

Ngoài những kết quả ghi nhận được, nghiên

cứ của chúng tôi còn một số điểm hạn chế như sau. Thiết kế cắt ngang được áp dụng trong nghiên cứu, do đó chưa xác nhận được mối quan hệ nhân quả giữa CLGN và các yếu tố liên quan. Đối tượng nghiên cứu khu trú trong phạm vi của một khoa tại một bệnh viện dẫn đến giới hạn trong việc khái quát hóa kết quả thu được. Mặc dù đã áp dụng mô hình hồi quy đa biến trong phân tích mối liên quan, cỡ mẫu của nghiên cứu là khá nhỏ, phương pháp chọn mẫu thuận tiện cũng có thể ảnh hưởng kết quả của chúng tôi.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ CLGN kém ở người bệnh suy thận mạn tính điều trị lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trường Vương năm 2024 là 83,5%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa CLGN với các đặc điểm về giới tính và nồng độ Albumin ở người bệnh.

## VI. KIẾN NGHỊ

Người bệnh suy thận mạn tính điều trị lọc máu, đặc biệt là người bệnh nữ, người bệnh có nồng độ Albumin thấp, cần được quan tâm nhiều hơn trong quá trình điều trị nhằm đảm bảo CLGN của họ. Cần có các nghiên cứu sâu hơn, với thiết kế phù hợp hơn để xác định rõ mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố ảnh hưởng đến CLGN ở người bệnh, từ đó giúp xây dựng các can thiệp phù hợp giúp, qua đó cải thiện CLGN và sức khỏe của người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tô Minh Ngọc, Nguyễn Đỗ Nguyên, Phùng Khánh Lâm và cộng sự** (2014). "Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh phiên bản tiếng Việt". Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 6(S18), tr. 664-668.
2. **Đinh Vũ Ngọc Ninh, Nguyễn Xuân Trung, Hoàng Bùi Bảo và cộng sự** (2024). "Khảo sát tỉ lệ và đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính lọc máu chu kỳ". Tạp chí Nghiên cứu Y học, 183(10), tr. 72-79.
3. **Tổng hội Y học Việt Nam** (2023). Báo cáo tọa đàm "Góc nhìn đa chiều trong ứng dụng tiến bộ y khoa về quản lý bệnh thận mạn", Hà Nội, 23/9/2023.
4. **Lê Việt Thắng, Đặng Quang Minh** (2011). "Nghiên cứu đặc điểm rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ". Tạp chí Y Dược học Quân sự, 4, tr. 1-6.
5. **Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, et al** (2011). "The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases". *Kidney International*, 80(12), p. 1258-1270.
6. **Huang CH, Cheng C, Yen M** (2023). "Factors associated with poor sleep quality in patients with pre-dialysis chronic kidney disease: a systematic review" *Journal of Advanced Nursing*, 79(6), p. 2043-2057.
7. **Liu Z, Wang L, Hu Z.** (2024) "Evaluation of risk factors related to sleep disorders in patients

- undergoing hemodialysis using a nomogram model". *Medicine (Baltimore)*, 103(15): e37712.
8. **Menon.** (2015) "Sleep quality in end-stage renal disease patients on maintenance hemodialysis: a six-month prospective survey". *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Reseach*, 6(2), p. 660-668.
  9. **Mirghaed MT, Sepehrian R, Rakhshan A, et al** (2019). "Sleep Quality in Iranian Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis". *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 24(6), p. 403-9.
  10. **Shen Q, Huang X, Luo Z, et al** (2016). "Sleep quality, daytime sleepiness and health-related quality-of-life in maintenance haemodialysis patients". *Journal of International Medical Research*, 44(3), p. 698-709.

## RÒ MIỆNG NỔ SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN, TẠO HÌNH THỰC QUẢN BẰNG TOÀN BỘ DẠ DÀY CÓ NONG MÔN VỊ TRƯỚC MỔ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ VẢY THỰC QUẢN

Nguyễn Hoàng<sup>1</sup>, Nguyễn Đăng Hưng<sup>1</sup>

**Từ khóa:** Cắt thực quản nội soi ngực bụng, ung thư biểu mô vảy thực quản.

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** đánh giá các yếu tố ảnh hưởng tới rò miệng nối ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thực quản, tạo hình bằng dạ dày toàn bộ có nong môn vị trước mổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 37 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thực quản, tạo hình bằng toàn bộ dạ dày điều trị ung thư biểu mô vảy thực quản tại khoa Ngoại Tiêu hóa - Gan mật Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và khoa Phẫu thuật Tiêu hóa bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2022. **Kết quả:** Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thực quản, tạo hình thực quản bằng toàn bộ dạ dày cho tổng số 37 bệnh nhân. Tuổi trung bình là  $57,1 \pm 8,68$ . Tất cả các bệnh nhân đều là nam giới. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $305,9 \pm 46,95$  phút. Tỷ lệ chuyển mổ mở thì bụng có 2 BN (5,4%), tỷ lệ làm miệng nối tận-tận là 94,6%. Thời gian thở máy trung bình là  $32,3 \pm 28,42$  phút, thời gian rút dẫn lưu màng phổi là  $9,1 \pm 5,76$  ngày, thời gian nằm viện trung bình  $13,6 \pm 6,28$  ngày. Tình trạng lưu thông dạ dày qua môn vị tốt chiếm 82,4%. Tỷ lệ biến chứng rò miệng nối có 2 BN (5,4%), viêm phổi 3 BN (8,1%), rò đường chập 4 BN (10,8%) và tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược 4 BN (10,8%). Trong 2 BN rò miệng nối có 1 BN có tiền sử bệnh lý tim mạch, cả 2 BN này đều có tình trạng dinh dưỡng bình thường trước mổ, sau mổ cả 2 trường hợp này đều có biểu hiện hẹp miệng nối và 1 BN được nong thực quản và 1 BN phải đặt Stent thực quản do nong không có hiệu quả. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt nội soi cắt thực quản, tạo hình bằng toàn bộ dạ dày là một phẫu thuật tương đối an toàn, tỷ lệ biến chứng rò miệng nối và các biến chứng khác thấp. Tuy nhiên đây là phẫu thuật đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm và trang thiết bị, dụng cụ phải đầy đủ.

### SUMMARY

#### ANASTOMOTIC LEAKAGE AFTER LAPAROSCOPIC AND THORACOSCOPIC WHOLE-STOMACH ESOPHAGECTOMY WITH PREOPERATIVE PYLORIC BALLOON DILATATION FOR ESOPHAGEAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

**Objectives:** Analysis of risk factors for postoperative anastomosis leak anastomotic in a group of patients undergoing laparoscopic and thoracoscopic whole stomach esophagectomy with preoperative pyloric balloon dilatation for esophageal squamous cell carcinoma. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study on 28 patients undergoing laparoscopic and thoracoscopic whole stomach esophagectomy with preoperative pyloric balloon dilatation at Ha Noi Medical University and Viet Duc Medical University from January 2020 to March 2023. **Results:** We performed laparoscopic and thoracoscopic whole stomach esophagectomy with preoperative pyloric balloon dilatation for 37 patients. The mean age was  $57.1 \pm 8.68$ . All patients were male. The mean surgical time was  $305.9 \pm 46.95$  minutes. The conversion rate to open abdominal surgery was 2 patients (5.4%), the rate of end-to-end anastomosis was 94.6%. The mean duration of mechanical ventilation was  $32.3 \pm 28.42$  minutes, the time to remove the pleural drain was  $9.1 \pm 5.76$  days, and the mean of hospital stay was  $13.6 \pm 6.28$  days. Among 34 post-operative cases underwent gastric transit scans, most had non-dilated stomachs with efficient pyloric drug circulation (82.4%). The rate of anastomotic leakage in 2 patients (5.4%), pneumonia in 3 patients (8.1%), chylothorax in 4 patients (10.8%) and recurrent laryngeal nerve damage occurred in 10.8% of cases. In the 2 patients with anastomotic leakage, 1 patient had a history of cardiovascular disease. Both patients had preoperative normal nutritional status. After surgery, both cases showed signs of anastomotic stenosis. There was a patient who had esophageal dilation with a balloon

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025