

thước 4,5 cm, đây cũng là trường hợp bệnh nhân trẻ bị polyp ung thư, điều đó cũng có nghĩa rằng polyp có kích thước lớn có thể bị ung thư kể cả ở người trẻ tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đại tràng sigma và trực tràng là 2 vị trí gặp nhiều polyp ung thư nhất với tỷ lệ 46,2% và 38,5%. Điều này cho thấy polyp ung thư thường gặp ở đại tràng sigma và trực tràng (84,7%) nhiều hơn vị trí khác, kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Quách Trọng Đức [4], với tỷ lệ ung thư đại tràng sigma – trực tràng 95%.

Về mặt đại thể trên nội soi, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổn thương sùi, loét chiếm tỷ lệ 61,5% và 30,8% (tổng 92,3%), kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Quách Trọng Đức [4], tổn thương sùi loét chiếm 90% các loại tổn thương.

## V. KẾT LUẬN

Polyp đại trực tràng được xem là tổn thương tiền ung thư, bệnh nhân  $\geq$  40 tuổi nên nội soi

đại trực tràng tầm soát ung thư, nếu có polyp đặc biệt polyp  $\geq$  10mm nên cắt. Polyp có bề mặt loét hoặc sùi chiếm tỷ lệ 92,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shussman N, Wexner SD.** Colorectal polyps and polyposis syndromes. *Gastroenterol Rep.* 2014;2(1):1-15.
2. **Øines M, Helsingen LM, Bretthauer M, Emilsson L.** Epidemiology and risk factors of colorectal polyps. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2017;31(4):419-424.
3. **Nguyễn Thúy V.** Tỷ lệ bệnh lý đại tràng của bệnh nhân Bệnh viện Hữu Nghị qua 6157 ca soi đại tràng. *Khoa Học Tiêu Hóa Việt Nam.* 2012;7(26):1735-1741.
4. **Quách Trọng Đ, Nguyễn Trường K.** Đặc điểm nội soi và mô bệnh học của ung thư đại trực tràng: nghiên cứu loạt ca trên 1033 trường hợp. *Học Thành Phố Hồ Chí Minh.* 2015;19(1):114-118.
5. **Wolf AMD, Fonstam ETH, Church TR, et al.** Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(4):250-281.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHÍ NGỦ Ở BỆNH NHÂN TRÊN 65 TUỔI

Lê Thị Hồng Thắm<sup>1,2</sup>, Ngô Quý Châu<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân trên 65 tuổi tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 tuổi chẩn đoán mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ được điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 9/2020 đến năm 7/2021. **Kết quả.** Triệu chứng ban đêm gặp nhiều nhất là ngáy to khi ngủ chiếm 92.5% và thức giấc nhiều lần trong đêm chiếm 75%. Có tới 97.6% số bệnh nhân có Mallampati độ 3-4 (n=42). Chỉ số ngưng giảm thở trung bình cả hai giới là 32.63 (n=45), trong đó 73.3% số bệnh nhân có AHI từ trung bình – nặng. Bệnh nhân mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn có có điểm Epworth > 10 và triệu chứng đau đầu buổi sáng chỉ chiếm tỉ lệ 20% trong tổng số 40 bệnh nhân. **Kết luận:** Đối tượng người > 65 tuổi mắc OSA có biểu hiện buồn ngủ ngày, hay đau đầu, khó chịu vào buổi sáng thập. Ngáy ngáy là triệu chứng ban đêm gặp nhiều nhất ở

bệnh nhân trên 65 tuổi có ngưng thở tắc nghẽn với chỉ số AHI từ trung bình đến nặng. Do vậy, cần đặc biệt khuyến cáo đối với những người có biểu hiện ngủ ngày nhằm phát hiện sớm hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn và điều trị kịp thời cho người bệnh  
**Từ khóa:** hội chứng ngưng thở khi ngủ, tắc nghẽn.

### SUMMARY

#### THE CHARACTERISTICS OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME IN PATIENTS AGED

**Objective:** To determine the physical exam and diagnostic testing in patients who suffer from obstructive sleep apnea syndrome aged over 65 years old in Bach mai Hospital. **Methods:** Forty-five patients who suffer from obstructive sleep apnea syndrome aged more than 65 years old agreed to participate in our study and performed polysomnography, from 9/2020 to 7/2021. **Results.** The most common nocturnal symptom is loud snoring when sleeping, reach to 92.5%, and waking up many times during the night, reach to 75%. 97.6% of patients had Mallampati grade 3-4 (n=42) with an average apnea index of both sexes of 32.63 (n=45). Of which 73.3% of patients have moderate to severe AHI. Patients with obstructive sleep apnea syndrome have Epworth score > 10 and morning headache symptoms only accounted for 20% (n=40). **Conclusion:** Subjects over 65 years of age with OSA presented with daytime drowsiness, headache, and low morning irritability.

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quý Châu

Email: chaunq@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 4.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.9.2021

Ngày duyệt bài: 6.10.2021

Snoring is the most common nocturnal symptom in patients over 65 years of age with obstructive sleep apnea with moderate to severe AHI.

**Keywords:** Obstructive sleep apnea syndrome, polysomnography

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là một trong những rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp khá thường gặp, chiếm 5% ở nữ và 15% ở nam giới tuổi trưởng thành [1],[2],[3]. Bệnh nhân mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ có thể bị giảm trí nhớ, kém tập trung, mệt mỏi, giảm chất lượng cuộc sống thậm chí có thể gây ra tai nạn giao thông, tai nạn lao động do tình trạng buồn ngủ ban ngày gây ra [1],[2],[3]. Đồng thời các tác giả cũng nhận thấy hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ còn là yếu tố nguy cơ độc lập của rất nhiều bệnh lý tim mạch và thần kinh như THA, nhồi máu cơ tim, TBMN [3],[4],[5],[6].

Chẩn đoán xác định hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ dựa vào tiêu chuẩn vàng là đa kí giấc ngủ (Polysomnography) [7], thông qua chỉ số giảm thở, ngưng thở. Tại Việt Nam, vấn đề rối loạn giấc ngủ đặc biệt là hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ bắt đầu được quan tâm nhiều hơn. Tuy nhiên do thiếu các phương tiện chẩn đoán hiện đại nên các nghiên cứu chuyên sâu còn chưa nhiều. Bệnh nhân có hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ có thể đi khám ở rất nhiều chuyên khoa khác nhau như thần kinh, hô hấp, tim mạch và chỉ chẩn đoán ra khi bệnh đã ở giai đoạn muộn, gây tổn kém và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Tại Việt Nam hiện nay, việc chẩn đoán hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mới được đưa vào bệnh viện từ năm 2008. Sự hiểu biết của về hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ và điều trị hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ còn nhiều hạn chế, đặc biệt là trên đối tượng người lớn tuổi khi có nhiều bệnh kèm theo.

Xuất phát từ thực tế trên, để tìm hiểu rõ hơn về hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, góp phần chẩn đoán sớm, chỉ định can thiệp điều trị tốt hơn cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân trên 65 tuổi tại Bệnh viện Bạch Mai*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu và phạm vi nghiên cứu.** Bệnh nhân trên 65 tuổi chẩn đoán mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ

được điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ năm 9/2020 đến năm 7/2021.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân trên 65 tuổi
- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội giấc ngủ Hoa Kỳ. Chẩn đoán xác định nếu có tiêu chuẩn (A và B) hoặc tiêu chuẩn C:

**Bệnh nhân có ít nhất một trong các tình trạng sau:**

- + Bệnh nhân than phiền buồn ngủ ban ngày, mệt mỏi, ngủ không ngon giấc, cảm giác thiếu ngủ.
- + Bệnh nhân tỉnh giấc trong đêm với cảm giác tắc thở, thở gấp, ngộp thở.
- + Ngủ ngáy thường xuyên, gián đoạn nhịp thở trong khi ngủ hoặc cả hai biểu hiện được chứng kiến bởi người ngủ cùng.
- + Bệnh nhân đã được chẩn đoán tăng huyết áp, rối loạn khí sắc, suy giảm nhận thức, bệnh mạch vành, đột quy, suy tim sung huyết, rung nhĩ, đái tháo đường typ 2.

Kết quả đa kí giấc ngủ có từ 5 sự kiện hô hấp có tính chất tắc nghẽn trở lên trong một giờ ngủ, bao gồm cơn ngưng thở tắc nghẽn, cơn ngưng thở hỗn hợp, cơn giảm thở hoặc các hiện tượng hô hấp liên quan tới thức giấc (Respiratory Effort Related Arousals – RERAs).

Kết quả đa kí giấc ngủ có từ 15 sự kiện hô hấp có tính chất tắc nghẽn trở lên trong một giờ ngủ, bao gồm cơn ngưng thở tắc nghẽn, cơn ngưng thở hỗn hợp, cơn giảm thở hoặc RERAs.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân đang trong giai đoạn suy tim cấp hoặc đang mắc các bệnh cấp tính hoặc mạn tính khác không cho phép đo đa ký giấc ngủ
- Bệnh nhân có các rối loạn về tâm thần
- Bệnh nhân có triệu chứng ngưng thở do các nguyên nhân khác như: chấn thương sọ não, dùng thuốc
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

**2.1.3. Cỡ mẫu nghiên cứu.** Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{s^2}{(\bar{x} \cdot \epsilon)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu cần nghiên cứu.  
 $Z_{1-\alpha/2}$  là hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% ( $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ).  
 $s$  là độ lệch chuẩn ước tính từ nghiên cứu trước.  
 $\bar{x}$  là giá trị trung bình từ nghiên cứu trước.  
 $\epsilon$  là mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể.

Với  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ; chọn mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể là  $\epsilon$

= 0,15; từ nghiên cứu trước đây công bố, chỉ số AHI là 43,1 ± 25,0 [8]. Từ công thức trên, cỡ mẫu được ước tính ít nhất bằng n = 58 đối tượng. Để tăng tính đại diện của mẫu, chúng tôi nghiên cứu trên số lượng 60 đối tượng.

**2.1.4. Thời gian nghiên cứu**

– Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6/2020 đến tháng 9/2021.

– Tiến hành thu thập số liệu từ tháng 10/2020 đến tháng 6/2021.

**2.1.5. Địa điểm nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

**2.2.2. Phương pháp chọn mẫu.** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

**2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu**

**Bước 1:** Lựa chọn các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ

– Khai thác kỹ tiền sử bản thân và gia đình

– Khai thác kỹ bệnh sử tìm các dấu hiệu lâm sàng của OSA: bao gồm các triệu chứng ban ngày, ban đêm và phỏng vấn bằng các bảng điểm Epworth...

– Khám lâm sàng: đo chiều cao, cân nặng, tính BMI, đo vòng cổ để xác định chu vi vòng cổ, đo vòng bụng, vòng eo...

**Bước 2:** Bệnh nhân được tiến hành đo đa ký giấc ngủ

– Bệnh nhân trên 65 tuổi có yếu tố nguy cơ được tư vấn, xếp lịch đo đa ký tại Trung tâm Hô hấp bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân và gia đình được tư vấn kỹ trước khi tiến hành về thời gian, cách thức đo để bệnh nhân yên tâm hợp tác trong quá trình đo. Bệnh nhân không dùng thuốc an thần trước khi tiến hành đo đa ký giấc ngủ.

– Tiến hành đo:

+ Phòng đo đa ký được thiết kế riêng, yên

**Bảng 3.2. Chỉ số khối cơ thể**

BMI	Chung (n = 45)		Nam (n = 34)		Nữ (n = 11)	
	n	%	n	%	n	%
BMI < 18,5	0	0	0	0	0	0
18,5 ≤ BMI ≤ 22,9	5	11.1	3	8.8	2	18.2
23 ≤ BMI ≤ 24,9	14	31.1	11	32.4	3	27.3
BMI ≥ 25	26	57.8	20	58.8	6	54.5
Tổng số	45	100	34	100	11	100
$\bar{x} \pm SD$	25.9 ± 2.83		25.88 ± 0.43		25.94 ± 1.15	

**Nhận xét:** Chỉ số khối trung bình của nhóm nghiên cứu là 25.9 ± 2.83. Có 26 bệnh nhân (57.8%) trong nhóm nghiên cứu có chỉ số khối cơ thể từ 25 kg/m<sup>2</sup> trở lên (thừa cân).

**3.1.4. Chu vi vòng cổ, vòng bụng**

**Bảng 3.3. Chu vi vòng cổ, vòng bụng**

tĩnh, tạo cảm giác thoải mái cho bệnh nhân, không phải là buồng bệnh.

+ Thời gian máy bắt đầu đo được cài đặt sao cho phù hợp với thời gian ngủ thường nhật của bệnh nhân (thông thường từ 22-23 giờ).

**Bước 3:** Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

**2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu.**

Biến định lượng được coi là có phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa (Sig.) lớn hơn 0,05. Sử dụng Student T test khi so sánh hai giá trị trung bình đối với biến phân bố chuẩn. Với p < 0,01 thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 99%; p < 0,05 thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%. Sử dụng hệ số tương quan Pearson khi xét mối tương quan giữa hai biến phân bố chuẩn. Sử dụng hệ số tương quan Spearman khi xét mối tương quan hai biến phân bố không chuẩn.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**3.1.1. Tuổi và giới**

**Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi và giới**

Tuổi	Chung (n = 45)	Nam (n = 34)	Nữ (n = 11)	p
$\bar{x} \pm SD$	75.40 ± 6.22	75.15 ± 6,06	76.09 ± 6,94	0.677

Phần lớn đối tượng nghiên cứu là nam giới chiếm 75.6 %, nữ giới chiếm 24.4%. Tuổi trung bình của hai giới khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95% với p > 0,05.

**3.1.2. Chỉ số khối cơ thể (BMI)**

Chu vi vòng cổ	Nữ	Nam	Chung
Giá trị nhỏ nhất (cm)	36	37	36
Giá trị lớn nhất (cm)	47	52	52
$\bar{x} \pm SD$	39.94 $\pm$ 3.61	42.29 $\pm$ 2.85	41.76 $\pm$ 3.15
p	0.048		
Chu vi vòng bụng	Nữ	Nam	Cả hai giới
Giá trị nhỏ nhất	90	92	90
Giá trị lớn nhất	120	114	120
$\bar{x} \pm SD$	103.00 $\pm$ 9.66	102.27 $\pm$ 6.09	102.44 $\pm$ 6.91
p	0.786		

**Nhận xét:** Vòng cổ trung bình của nhóm bệnh nhân nam là 42.29, của nhóm bệnh nhân nữ là 39.94. Có sự khác biệt giữa hai giới ( $p = 0,048$ ). Vòng bụng trung bình của nhóm nghiên cứu là 102.44  $\pm$  6.91, sự khác biệt giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0.786$ ).

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

#### 3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 3.4.** Mức độ buồn ngủ ban ngày theo điểm Epworth ( $n = 40$ )

Điểm số Epworth	Nam ( $n = 31$ )		Nữ ( $n = 9$ )		Chung ( $n = 40$ )	
	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
0 - 10	25	80.65	7	77.8	32	80
11- 15	5	16.13	2	22.2	7	17.5
Trên 15	1	3.2	0	0	1	2.5
$\bar{x} \pm SD$	7.39 $\pm$ 4.31		6 $\pm$ 4.85		7.08 $\pm$ 4.41	
p	0.413					

**Nhận xét:** Số bệnh nhân có điểm Epworth > 10 chiếm 20% số bệnh nhân nghiên cứu, trong đó có 1 bệnh nhân có điểm Epworth > 15 tương ứng với buồn ngủ ban ngày quá mức.

**Bảng 3.5.** Triệu chứng ban đêm ( $n=40$ )

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Ngáy to	37	92.5
Mất ngủ	22	55
Cơ ngừng thở được chứng kiến	14	35
Thức giấc nhiều trong đêm ( $\geq 3$ lần)	30	75

**Nhận xét:** Triệu chứng ban đêm gặp nhiều nhất là ngáy to khi ngủ chiếm 92.5%, và thức giấc nhiều lần trong đêm chiếm 75% số bệnh nhân nghiên cứu.

#### 3.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

**Bảng 3.6.** Kết quả đo chức năng hô hấp ( $n = 22$ )

Chức năng hô hấp	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Bình thường	15	68.2
Theo dõi RLTK hạn chế	4	18.2
RLTK tắc nghẽn	3	13.6

**Nhận xét:** 68.2% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có chức năng hô hấp trong giới hạn bình thường

**Bảng 3.7.** Các bất thường Tai- mũi- họng

**Bảng 3.9.** Phân loại mức độ nặng của ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ

Mức độ nặng	Nam		Nữ		Cả hai nhóm	
	Số lượng	Tỉ lệ	Số lượng	Tỉ lệ	Số lượng	Tỉ lệ
Nhẹ ( $5 \leq AHI < 15$ )	7	20.6	5	45.5	12	26.7
Trung bình ( $15 \leq AHI \leq 30$ )	9	26.5	2	18.2	11	24.4
Nặng ( $AHI > 30$ )	18	52.9	4	36.4	22	48.9
<b>Tổng số</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

hay gặp ( $n = 42$ )

Bất thường tai mũi họng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Mallampati độ 3- 4	41	97.6
Phù nề cuốn mũi	2	4.8
Amydal quá phát	0	0
Polyp mũi xoang	0	0
Veo vách ngăn mũi	0	0

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có Mallampati độ 3- 4 chiếm 97.6% số bệnh nhân nghiên cứu.

**Bảng 3.8.** Chỉ số ngưng, giảm thở theo giới tính ( $n = 45$ )

Chỉ số AHI	Nam ( $n=34$ )	Nữ ( $n=11$ )	Cả hai giới
Giá trị nhỏ nhất	5	5	5
Giá trị lớn nhất	103.8	58	103.8
$\bar{x} \pm SD$	35.48 $\pm$ 23.86	23.81 $\pm$ 18.31	32.63 $\pm$ 22.99
p	0.145		

**Nhận xét:** Chỉ số ngưng giảm thở trung bình của nhóm nghiên cứu là 32.63 và không có sự khác biệt giữa 2 giới.

**Nhận xét:** Số bệnh nhân có AHI từ trung bình – nặng chiếm 73.3% số bệnh nhân của nhóm nghiên cứu.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là  $75.40 \pm 6.22$  tuổi, nhân lớn đối tượng là nam giới chiếm 75.6%, nữ giới chiếm 24.4%. Chỉ số khối trung bình của nhóm nghiên cứu là  $25.9 \pm 2.83$ . Có 26 bệnh nhân (57.8%) trong nhóm nghiên cứu có chỉ số khối cơ thể từ  $25 \text{ kg/m}^2$  trở lên (thừa cân). Vòng cổ trung bình của nhóm bệnh nhân nam (42.29 cm) lớn hơn của nhóm bệnh nhân nữ (39.94 cm) có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu về mối liên quan giữa BMI và rối loạn giấc ngủ khác [9],[10] cho thấy những người có BMI vượt chuẩn có nguy cơ mắc các rối loạn như ngưng giảm thở khi ngủ, ngủ ít, chất lượng giấc ngủ kém và hội chứng chân không yên cao hơn người bình thường. Vì vậy những đối tượng là nam giới, có thừa cân béo phì, có ngủ ngáy, có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch đặc biệt có người nhà chứng kiến cơn ngưng thở khi ngủ sẽ thường được các bác sĩ đề nghị làm test đa kí giấc ngủ hơn là những người bệnh không có các triệu chứng lâm sàng trên.

#### 4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

**4.2.1. Đặc điểm lâm sàng.** Số bệnh nhân có điểm Epworth > 10 chiếm 20% số bệnh nhân nghiên cứu, trong đó có 1 bệnh nhân có điểm Epworth > 15 tương ứng với buồn ngủ ban ngày quá mức. Có 20% bệnh nhân có biểu hiện đau đầu buổi sáng. Triệu chứng ban đêm gặp nhiều nhất là ngáy to khi ngủ chiếm 92.5%, và thức giấc nhiều lần trong đêm chiếm 75% số bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu trên các người bệnh có ngáy của Lưu Thu Hiền năm 2012. Theo khuyến cáo của Hội Lồng ngực Hoa Kỳ, triệu chứng buồn ngủ ban ngày là dấu hiệu để chỉ định đo đa ký hô hấp. Triệu chứng ngủ ngáy to là một trong các lí do để bệnh nhân cần thăm dò rối loạn hô hấp khi ngủ. Tỷ lệ ngáy to chung ở người trưởng thành là 38,4%, nhưng sẽ cao hơn nhiều ở người béo phì, do sự lắng đọng mỡ gây tăng kích thước mô mềm vùng hầu họng, nên luồng khí khi hít vào thở ra sẽ gây rung vùng mô mềm này và gây ra ngáy [7].

**4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi 68.2% bệnh nhân có chức năng hô hấp trong giới hạn bình thường. Tỷ

lệ bệnh nhân có Mallampati độ 3- 4 chiếm 97.6% số bệnh nhân nghiên cứu. Chỉ số ngưng giảm thở trung bình của nhóm nghiên cứu là 32.63 và không có sự khác biệt một cách có ý nghĩa giữa 2 giới. Số bệnh nhân có AHI từ trung bình – nặng chiếm 73.3% số bệnh nhân của nhóm nghiên cứu. Kết quả này cũng tương tự với kết quả về chỉ số ngưng thở -giảm thở ở độ tuổi trên 50 trong nghiên cứu của Forcelini. Ở nam và nữ còn có sự khác biệt về chỉ số ngưng thở - giảm thở có thể giải thích do những thay đổi về kích thước đường thở ở cả hai giới. Theo kết quả nghiên cứu Pinto năm 2016 tỷ lệ bệnh nhân có AHI trên 15 chiếm 84%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân mắc ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn mức độ trung bình là 34%, mức độ nặng là 50%. Hầu hết các bệnh nhân đến khám đều đã mắc mức độ nặng, chúng ta cần có các chương trình truyền thông cung cấp thông tin về bệnh cho cộng đồng, khám sàng lọc phát hiện sớm bệnh giúp hạn chế các hậu quả của bệnh.

#### V. KẾT LUẬN

Triệu chứng buồn ngủ ban ngày quá mức và đau đầu buổi sáng chiếm tỷ lệ thấp ở người lớn tuổi. Ngủ ngáy là triệu chứng ban đêm gặp nhiều nhất ở bệnh nhân trên 65 tuổi có ngưng thở tắc nghẽn với chỉ số AHI từ trung bình đến nặng. Do vậy, cần đặc biệt khuyến cáo đối với những người có biểu hiện ngủ ngáy nhằm phát hiện sớm hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn và điều trị kịp thời cho người bệnh.

**Lời cảm ơn.** Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các thầy cô và tập thể cán bộ Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai đã tạo điều kiện thuận lợi cho nghiên cứu được thực hiện.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dempsey JA, Veasey SC, Morgan BJ, et al (2010). Pathophysiology of sleep apnea", American Journal of Physiology, 90(1):47-112.
2. Young T, Peppard PE, Barnet JH, et al (2013). Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. American Journal of Epidemiology, 177(9):1006-1014.
3. 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.
4. George CF (2007). Sleep apnea, alertness, and motor vehicle crashes. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 176(10):954-956.
5. Yaffe K, Laffan AM, Harrison S, et al (2011). Sleep-disordered breathing, hypoxia, and risk of mild cognitive impairment and dementia in older women. The Journal of the American Medical Association. 306(6): 613-619.

6. **Strohl K, Bonnie R, Findley L, et al (1994).** Sleep apnea, sleepiness and driving risk. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 150:1463-1473.
7. **American Academy of Sleep Medicine (2014).** *International Classification of Sleep Disorders 3rd edition*, American Academy of Sleep Medicine, United States of America.
8. **Phạm Văn Lưu (2018).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả đo đa kí giấc ngủ của bệnh nhân ngừng thở khi ngủ, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Singareddy R, Vgontzas AN, Fernandez MJ, et al (2012).** Risk factors for incident chronic insomnia: a general population prospective study. *Sleep Med*. 13:346-353.
10. **Vgontzas AN, Lin HM, Papaliaga M, et al (2008).** Short sleep duration and obesity: the role of emotional stress and sleep disturbances. *Int J Obes (Lond)*. 32(5):801-809.

## XÂY DỰNG MÔ HÌNH PHÂN TÍCH CHI PHÍ - HIỆU QUẢ CỦA PEMBROLIZUMAB SO VỚI CÁC PHÁC ĐỒ CHUẨN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI VIỆT NAM

Võ Thị Thu Hà<sup>1</sup>, Lê Đỗ Thành Đạt<sup>2</sup>,  
Nguyễn Cao Đức Huy<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thu Thủy<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Phân tích chi phí – hiệu quả là một công cụ không thể thiếu khi ra quyết định đánh giá tính hợp lý của các can thiệp y tế, trong đó xây dựng mô hình được xem là một trong những bước quan trọng nhất. Pembrolizumab (PEM) được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration - FDA) công nhận vào năm 2016 như thuốc đầu tay trong điều trị bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN). Tuy nhiên giá thành cao của thuốc là rào cản rất lớn khi chỉ định thuốc trên thực tế lâm sàng, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam. Do đó cần phải xem xét tính khả thi của việc lựa chọn thuốc trên lâm sàng dựa trên phân tích chi phí – hiệu quả. Với phương pháp mô hình hóa kết hợp với tổng quan tài liệu và tham vấn ý kiến các chuyên gia lâm sàng, nghiên cứu đã xây dựng được mô hình phân tích chi phí – hiệu quả dựa trên phần mềm Microsoft Excel 2013 với cấu trúc mô hình gồm các trang tính toán cho các tham số đầu ra (chỉ số gia tăng chi phí – hiệu quả, độ nhạy). Mô hình cho phép phân tích chi phí – hiệu quả của PEM so với hóa trị trong điều trị UTPKTBN giai đoạn tiến xa tại Việt Nam.

**Từ khóa:** Chi phí-hiệu quả, mô hình, pembrolizumab, ung thư phổi không tế bào nhỏ.

### SUMMARY

#### CONSTRUCT THE MODEL OF COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF PEMBROLIZUMAB VERSUS STANDARD THERAPY IN THE TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER IN VIETNAM

Cost-effectiveness analysis is a tool used to aid decisions about which medical care should be offered, in which constructing model is considered one of the most important steps. Pembrolizumab (PEM) was recognized by the Food and Drug Administration (FDA) in 2016 as the first-line drug in the treatment of non-small cell lung cancer (NSCLC). However, the high price of drug has been creating a large barrier in using this drug in practice, especially in developing countries like Vietnam. It is necessary to consider the feasibility of drug selection in clinical practice based on cost-effectiveness analysis. With modeling research method combined with literature review and indepth-interview with clinical experts, the cost – effectiveness analysis model has been built based on Microsoft Excel 2013 software with model structure including calculation pages for outcome parameters (Incremental cost – effectiveness ratio (ICER), Sensitivity analysis). The model allows to evaluate the cost – effectiveness of PEM monotherapy versus chemotherapy in the treatment of NSCLC in Vietnam.

**Keywords:** Cost-effectiveness, model, pembrolizumab, non-small cell lung cancer.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu phân tích chi phí – hiệu quả là một trong những công cụ hỗ trợ trong quá trình ra quyết định giúp lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân. Trong đó xây dựng mô hình phân tích chi phí – hiệu quả được xem là một trong những bước quan trọng đầu tiên của nghiên cứu. Pembrolizumab (PEM) (dưới tên biệt dược là KEYTRUDA®) được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) công nhận vào năm 2016 như liệu pháp đầu tay trong điều trị bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) di căn. Tuy nhiên giá thành cao của PEM là rào cản rất lớn khi chỉ định thuốc cho bệnh nhân, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam. Do đó cần phải xem xét tính

<sup>1</sup>Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: nguyenthuthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.9.2021

Ngày duyệt bài: 1.10.2021