

giá khác nhau, nhưng cũng có kết quả trong việc cải thiện rối loạn nuốt ở bệnh nhân đột quỵ.

Ngoài ra trong quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi không ghi nhận một trường hợp bệnh nhân nào có tác dụng phụ không mong muốn. Điều này cho thấy tính an toàn của phương pháp.

V. KẾT LUẬN

Chương trình phục hồi chức năng rối loạn nuốt phối hợp kích thích điện một chiều xuyên sọ ở người bệnh nhồi máu não trên lều bước đầu mang lại hiệu quả khả quan, giúp cải thiện 18,9% (37,8 điểm) mức độ rối loạn nuốt và nguy cơ hít sặc theo thang điểm MASA ở nhóm nghiên cứu so với nhóm chứng 14,9% (29,7 điểm) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có trường hợp nào ghi nhận tác dụng không mong muốn trong và sau khi can thiệp tDCS

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** The top 10 causes of death [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Aug 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

2. **National Institute for Health and Care Excellence.** Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management [Internet]. London: NICE; 2019 May 1 [cited 2025 Aug 6]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128>
3. **Donnan GA, Fisher M, Macleod M, Davis SM.** Stroke. Lancet. 2008;371(9624):1612-23. doi:10.1016/S0140-6736(08)60694-7
4. **Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R.** Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke. 2005;36(12):2756-63. doi:10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb
5. **Cenci GI, Rocha RB, Ferreira Bomtempo F, et al.** Efficacy of transcranial direct current stimulation in patients with dysphagia after stroke: a systematic review. Neurol Sci. 2024; 45(5): 2119-25. doi:10.1007/s10072-023-07216-7
6. **Shigematsu T, Fujishima I, Ohno K.** Transcranial direct current stimulation improves swallowing function in stroke patients [Internet]. Neurorehabil Neural Repair. 2013 [cited 2025 Aug 6];27(5):363-9. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1545968312474116>
7. **Yang EJ, Baek SR, Shin J, et al.** Effects of transcranial direct current stimulation (tDCS) on post-stroke dysphagia. Restor Neurol Neurosci. 2012; 30(4): 303-11. doi:10.3233/RNN-2012-110213

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN RUNG NHĨ CÓ HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ TẮC NGHỀN

Đỗ Đức Phú^{1,2}, Nguyễn Ngọc Quang^{1,2},
Phạm Trần Linh^{1,2}, Nguyễn Văn Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân rung nhĩ (RN) có hội chứng ngừng thở khi ngủ tắc nghẽn (OSA: Obstructive Sleep Apnea). **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 54 bệnh nhân rung nhĩ. Các bệnh nhân được thực hiện đa ký hô hấp để phát hiện OSA. Đặc điểm triệu chứng và cận lâm sàng được phân tích giữa hai nhóm có và không có OSA. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân RN mắc OSA là 57,4% (nhẹ: 24,0%, trung bình: 16,7% và nặng: 16,7%). Phần lớn người bệnh trong nhóm OSA đi kèm với triệu chứng hội hấp đánh trống ngực (87,1%). Nhịp tim trung bình thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm OSA ($79,7 \pm 19,7$ với $91,8 \pm 32,5$ chu kỳ/phút; $p=0,046$). Về cận lâm sàng, nhóm mắc OSA có Kali huyết thanh cao hơn có ý nghĩa ($3,92$ với $3,69$

mmol/L; $p=0,010$), trong khi các chỉ số huyết học và sinh hóa khác không khác biệt đáng kể. Siêu âm tim cho thấy nhóm mắc OSA có kích thước thất trái cuối tâm trương lớn hơn có ý nghĩa ($96,4$ với $87,2$ mm; $p=0,039$). **Kết luận:** Bệnh nhân RN có tỷ lệ mắc OSA khá cao, OSA đi kèm với tỷ lệ cao các triệu chứng hội hấp đánh trống ngực, rối loạn nhịp và những biến đổi cấu trúc tim trên siêu âm. Việc nhận diện sớm các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng này có giá trị định hướng tầm soát OSA trên bệnh nhân rung nhĩ.

Từ khóa: Rung nhĩ, ngừng thở khi ngủ tắc nghẽn

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ATRIAL FIBRILLATION PATIENTS WITH

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with atrial fibrillation (AF) who have obstructive sleep apnea.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 54 patients with atrial fibrillation. All patients underwent overnight respiratory polygraphy to detect OSA. Clinical symptoms and paraclinical parameters were analyzed and compared between the

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Linh

Email: ptlinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025

OSA and non-OSA groups. **Results:** The prevalence of OSA among patients with atrial fibrillation was 57.4% (mild: 24.0%; moderate: 16.7%; severe: 16.7%). Most patients in the OSA group presented with palpitations (87.1%). The mean heart rate was significantly lower in the OSA group compared to the non-OSA group (79.7 ± 19.7 vs. 91.8 ± 32.5 beats per minute; $p = 0.046$). Regarding paraclinical findings, serum potassium levels were significantly higher in the OSA group (3.92 vs. 3.69 mmol/L; $p = 0.010$), while other hematological and biochemical indices showed no significant differences. Echocardiography revealed that patients with OSA had a significantly larger left ventricular end-diastolic dimension (96.4 vs. 87.2 mm; $p = 0.039$). **Conclusion:** The prevalence of OSA among atrial fibrillation patients was relatively high. OSA was associated with a high rate of palpitations, arrhythmias, and structural cardiac changes detected by echocardiography. Early identification of these clinical and paraclinical features is valuable for guiding OSA screening in patients with atrial fibrillation. **Keywords:** Atrial fibrillation, obstructive sleep apnea

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim trên thất với đặc trưng bởi tình trạng mất đồng bộ điện học và sự co bóp cơ tâm nhĩ với các đặc điểm điện tâm đồ như: các khoảng R-R không đều nhau, không còn dấu hiệu của sóng P, các hoạt động bất thường của sóng nhĩ. Rung nhĩ có tỷ lệ mắc tăng lên theo tuổi, với tần suất 1% ở người trưởng thành và tăng tới 9% ở những người trên 80 tuổi.¹ Gánh nặng bệnh tật liên quan đến rung nhĩ bao gồm các lần nhập viện do rối loạn huyết động, biến cố tắc mạch, suy tim, đột quỵ và tử vong. Bệnh có các triệu chứng rất khác nhau: từ không triệu chứng đến mệt mỏi, hồi hộp, khó thở hoặc các triệu chứng nặng như tụt huyết áp, ngất hoặc suy tim.

Hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn là một rối loạn hô hấp, đặc trưng bởi sự xuất hiện những cơn ngưng thở và/hoặc giảm thở lặp đi lặp lại trong khi ngủ, xảy ra khi xuất hiện xẹp đường dẫn khí, các cơ hô hấp hoạt động gắng sức để thực hiện động tác thở nhưng không thành công và nồng độ oxy trong máu giảm, gây kích thích não làm cơ thể tỉnh giấc và thực hiện động tác thở. OSA gây buồn ngủ ban ngày quá mức, đau đầu, khó tập trung. Vào ban đêm, ngáy là dấu hiệu phổ biến nhất. Trên thế giới, tỷ lệ mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ trong dân cư ngày càng tăng, đặc biệt trong nhóm đối tượng béo phì là yếu tố nguy cơ cao của OSA tỷ lệ này ở nam giới là 14% và nữ giới là 5%.²

OSA là nguy cơ đối với nhiều bệnh tim mạch, trong đó có thể gặp rối loạn nhịp tim như rung nhĩ, nhịp nhanh thất không bền bỉ, ngưng xoang, block dẫn truyền nhĩ thất...Theo nghiên cứu của Gami AS tỷ lệ OSA trên bệnh nhân mắc RN là

49%.³ Việc chẩn đoán OSA trên bệnh nhân RN đa phần dựa trên đo đa ký hô hấp, tuy nhiên thiết bị này chưa được sử dụng phổ biến, giá thành cao, việc theo dõi phân tích kết quả còn phức tạp yêu cầu trình độ bác sĩ chuyên môn cao. Nhằm đưa ra những số liệu về đặc điểm, tỷ lệ triệu chứng lâm sàng cận, cận lâm sàng của bệnh RN và OSA giúp cho các bác sĩ lâm sàng đưa ra những định hướng chẩn đoán sớm bệnh chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân rung nhĩ có hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân chẩn đoán rung nhĩ
- Bệnh nhân có tuổi >40
- Bệnh nhân được chỉ định đo đa ký hô hấp
- Chưa được chẩn đoán hoặc điều trị OSA
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý về van tim
- Bệnh nhân không thể hoàn tất đo đa ký hô hấp

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Nghiên cứu áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 P(1-P)}{d^2}$$

• n: là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu
• $Z_{(1-\alpha/2)}$: là giá trị Z thu được từ bảng Z tương ứng với giá trị α ; trong nghiên cứu này lấy $\alpha = 0,05$ với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1.96$.

• p: Lựa chọn $p = 74,6\%$, là tỷ lệ người bệnh RN mắc ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn tham khảo trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Phương Thư và cộng sự (2025).⁴

• d: Độ chính xác tuyệt đối. Trong nghiên cứu này chọn $d = 0,12$

Từ công thức trên ta tính được cỡ mẫu tối thiểu là 51, thực tế có 54 bệnh nhân tham gia

- Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

2.3. Biến số/chi số nghiên cứu

- Nhóm biến số thông tin chung: tuổi, giới, bệnh kèm theo, thói quen sinh hoạt, BMI

- Nhóm biến số triệu chứng OSA: Phân loại mức độ ngừng thở theo chỉ số AHI (Không mắc OSA: $AHI < 5$; Nhẹ: $5 \leq AHI < 15$; trung bình: $15 \leq AHI \leq 30$; nặng: $AHI > 30$), triệu chứng cơ năng, kết quả đo đa ký hô hấp

- Nhóm biến số triệu chứng lâm sàng của người bệnh RN: Hồi hộp đánh trống ngực, khó thở, đau ngực, ngất, suy tim theo NYHA

- Nhóm biến số cận lâm sàng: một số chỉ số huyết học, sinh hóa máu; siêu âm tim; điện tâm đồ

2.4. Phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	30	55,6
	Nữ	24	44,4
Tuổi	< 50	14	25,9
	50 - 69	33	61,1
	≥ 70	7	13,0
	TB $\pm$ ĐLC	57,6 $\pm$ 11,5	
Bệnh kèm theo	Tăng huyết áp	21	38,9
	Đái tháo đường	6	11,1
	Bệnh động mạch vành	7	13,0
	Suy tim	13	24,1
	Bệnh van tim	4	7,4

Bảng 3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của người bệnh mắc OSA

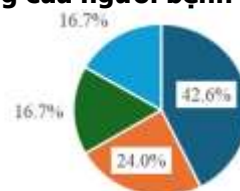
Các đặc điểm chung		Không mắc OSA (N=23)		Mắc OSA (N=31)		Chung (n=54)		p
		n	%	n	%	n	%	
Ngủ gật khi làm việc	Có	2	13,3	7	30,4	9	23,7	0,273**
	Không	13	86,7	16	69,6	29	76,3	
Buồn ngủ ban ngày	Có	15	65,2	17	54,8	32	59,3	0,443*
	Không	8	34,8	14	45,2	22	40,7	
Ngủ ngáy	Có	10	43,5	22	71,0	32	59,3	0,042*
	Không	13	56,5	9	29,0	22	40,7	
Kích thích	Có	4	17,4	6	19,4	10	18,5	1,000**
	Không	19	82,6	25	80,6	44	81,5	
Cơ ngừng thở ngắn	Có	4	17,4	10	32,3	14	25,9	0,218*
	Không	19	82,6	21	67,7	40	74,1	
Khịt mũi khi ngủ	Có	3	13,0	11	35,5	14	25,9	0,115**
	Không	20	87,0	20	64,5	20	64,5	
Thời gian TB của cơ ngừng thở (giây/cơ)		20,8 $\pm$ 5,3		22,8 $\pm$ 9,9		21,9 $\pm$ 8,3		0,389****
Thời gian cơ ngừng thở dài nhất (giây)		22,6 (13,5-36,2)		48,1 (26-66,3)		34,5 (21-55)		0,0001***
Hiệu suất giấc ngủ (%)		78,4 $\pm$ 14,5		73,8 $\pm$ 15,6		75,8 $\pm$ 15,2		0,265****
Chỉ số SpO2 thấp nhất (%)		87,9 $\pm$ 6,5		83,2 $\pm$ 7,7		85,2 $\pm$ 7,5		0,024****
Chỉ số SpO2 trung bình (%)		94,4 $\pm$ 2,8		93,8 $\pm$ 2,0		94,1 $\pm$ 2,4		0,341****

*KHI bình phương test, **Fisher Exact test, ***Mann Whitnet test, ****T-Test độc lập

Thói quen sinh hoạt	Bệnh lý hô hấp	3	5,6
	Hội chứng cường giáp	6	11,1
	Hút thuốc lá	20	37,0
BMI	Sử dụng rượu/bia	9	16,7
	Bình thường (18,5-22,9)	21	38,9
	Tiền béo phì (23-24,9)	24	44,4
	Béo phì độ I (25-29,9)	9	16,7

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ 55,6%. Tuổi trung bình là 57,6 $\pm$ 11,5, trong đó nhóm tuổi 50 – 69 chiếm đa phần (61,1%). Tăng huyết áp là bệnh kèm theo phổ biến nhất (38,9%). Có 37,0% đối tượng hút thuốc lá và 16,7% thường xuyên sử dụng rượu bia. Có 44,4% đối tượng tiền béo phì và 16,7% béo phì độ I.

3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh mắc OSA



■ Không mắc OSA ($AHI < 5$) ■ OSA mức độ nhẹ ($5 \leq AHI < 15$) ■ OSA mức độ trung bình ($15 \leq AHI \leq 30$) ■ OSA mức độ nặng ($AHI > 30$)

Biểu đồ 3.1. Mức độ ngừng thở khi ngủ tắc nghẽn ở người bệnh rung nhĩ (n=54)

Nhận xét: Kết quả biểu đồ trên cho thấy có 57,4% đối tượng mắc OSA với mức độ nhẹ chiếm 24,0%, mức độ trung bình chiếm 16,7% và mức độ nặng chiếm 16,7%.

Nhận xét: Tỷ lệ ngủ ngáy trong nhóm mắc OSA là 71,0%, trong nhóm không mắc OSA là 43,5%; thời gian cơn ngưng thở dài nhất trong nhóm mắc OSA là 48,1 (26 – 66,3) giây, trong nhóm không mắc OSA là 22,6 (13,5 – 36,2) giây; giá trị SpO₂ thấp nhất trong nhóm mắc OSA là 83,2±7,7 và trong nhóm không mắc OSA là

87,9±6,5. sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ triệu chứng ngủ ngáy, thời gian cơn ngưng thở dài nhất và chỉ số SpO₂ thấp nhất giữa hai nhóm không mắc OSA và mắc OSA ($p<0,05$).

3.3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh rung nhĩ có hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng của người bệnh rung nhĩ có hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn

Cận lâm sàng		Không mắc OSA (N=23)		Mắc OSA (N=31)		Chung (n=54)		p
		n	%	n	%	n	%	
Hội hợp đánh trống ngực	Có	17	73,9	27	87,1	44	81,5	0,217*
	Không	6	26,1	4	12,9	10	18,5	
Khó thở	Có	5	21,7	5	16,1	10	18,5	0,600*
	Không	18	78,3	26	83,9	44	81,5	
Đau ngực	Có	5	21,7	3	9,7	8	14,8	0,264**
	Không	18	78,3	28	90,3	46	85,2	
Ngất	Có	0	0	2	6,5	2	3,7	0,502**
	Không	23	100	29	93,5	52	96,3	
Phân loại NYHA	Không suy tim	10	43,5	12	38,7	22	40,7	0,808**
	Độ I	9	39,1	15	48,4	24	44,4	
	Độ II	4	17,4	4	12,9	4	12,9	
Nhịp tim (chu kỳ/phút)		91,8±32,5		79,7±19,7		84,9±26,4		0,046***
Huyết áp tâm thu (mmHg)		118,2±9,3		123,4±16,9		121,2±14,3		0,184***
Huyết áp tâm trương (mmHg)		74,8±7,9		75,5±7,6		75,2±7,6		0,742***

*KHI bình phương test, **Fisher Exact test, ***T-Test độc lập

Nhận xét: Trong nhóm mắc OSA đa phần người bệnh có triệu chứng hội hợp đánh trống ngực (87,1%). Có 48,4% người bệnh suy tim NYHA I và 12,9% độ II. Nhịp tim trung bình trong nhóm mắc OSA là 79,7±19,7 (chu

kỳ/phút), huyết áp tối đa là 123,4±16,9 (mmHg), huyết áp tối thiểu là 75,5±7,6 (mmHg). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị nhịp tim trung bình giữa nhóm mắc và không mắc OSA ($p<0,05$).

Bảng 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh rung nhĩ có hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn

Chỉ số cận lâm sàng	Không mắc OSA (N=23)	Mắc OSA (N=31)	Chung (n=54)	p
Công thức máu và hóa sinh máu				
Hemoglobin (g/dL)	141,1±14,4	145±13,3	143,3±13,8	0,308*
Bạch cầu (K/ μ L)	7,6±3,5	7,0±1,6	7,3±1,6	0,450*
Tiểu cầu (K/ μ L)	222,9±68,2	238,9±62,6	232,1±64,9	0,378*
Creatinin (μ mol/l)	74,9±13,2	80,3±15,6	78,0±14,7	0,187*
Glucose (mmol/l)	6,57±2,23	5,57±2,99	6,57±2,67	0,999*
Troponin	5,75 (4,27-7,65)	7,17 (4,21-10,32)	5,98 (4,27-9,36)	0,540**
Na ⁺ (mmol/l)	140,4±2,5	140,1±2,3	140,2±2,4	0,576*
K ⁺ (mmol/l)	3,69±0,31	3,92±0,31	3,83±0,33	0,010*
Siêu âm tim				
Đường kính nhĩ trái (mm)	33,7±5,1	36,4±5,5	35,3±5,5	0,074*
Dd (mm)	42,9±4,6	45,2±4,9	44,2±4,8	0,097*
Ds (mm)	27,7±3,4	28,1±4,2	27,9±3,8	0,738*
Vd (mm)	87,2±16,2	96,4±21,3	92,4±19,6	0,039*
Áp lực động mạch phổi (mmHg)	29,5±5,8	27,3±8,9	28,2±7,8	0,295*
Dịch màng tim	Có	3 (13,0%)	4 (7,4%)	0,301***
	Không	20 (87,0%)	50 (92,6%)	

Điện tâm đồ	Nhịp xoang	11 (47,8%)	15 (48,4%)	26 (48,2%)	0,967****
	Rung nhĩ	12 (52,2%)	16 (51,6%)	28 (51,8%)	

*T-Test độc lập, **Mann Whitnet test, *** Fisher Exact test, ****KHI bình phương test

Nhận xét: Giá trị K^+ trong nhóm mắc OSA là $3,92 \pm 0,31$ và trong nhóm không mắc OSA là $3,69 \pm 0,31$; giá trị Vd trong nhóm mắc OSA là $96,4 \pm 21,3$ và trong nhóm không mắc OSA là $87,2 \pm 16,2$ mm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị K^+ và giá trị Vd (mm) giữa hai nhóm ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 54 người bệnh được chẩn đoán rung nhĩ. Kết quả cho thấy 57,3% người bệnh có tình trạng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn, trong đó OSA mức độ nhẹ chiếm 24,0%, OSA mức độ trung bình chiếm 16,7% và mức độ nặng chiếm 16,7%. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu trước đây của Balint Laczay và cộng sự (2021) cho thấy khoảng 50 – 80% bệnh nhân RN có kèm theo OSA.⁵ Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Nguyễn Ngọc Phương Thư và cộng sự (2025) với tỷ lệ OSA ở người bệnh RN không do bệnh van tim là 74,6%, với mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là 29,4%; 23% và 22,2%.⁴

Về đặc điểm triệu chứng của hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn. Chúng tôi ghi nhận triệu chứng ngủ ngáy phổ biến hơn đáng kể ở nhóm rung nhĩ có OSA (71,0%) so với nhóm không có OSA (43,5%, $p < 0,05$). Đây là kết quả phù hợp với đặc điểm lâm sàng kinh điển của hội chứng OSA: ngủ ngáy là dấu hiệu thường gặp ở các bệnh nhân tắc nghẽn đường thở trên khi ngủ. Sự khác biệt nổi bật nhất giữa hai nhóm rung nhĩ có và không có OSA được ghi nhận qua các thông số đa ký hô hấp, trong đó thời gian cơn ngưng thở dài nhất ở nhóm OSA dài hơn so với nhóm không OSA (trung vị 48,1 giây so với 22,6 giây, $p = 0,0001$). Nói cách khác, bệnh nhân rung nhĩ kèm OSA trải qua những đợt ngưng thở kéo dài hơn đáng kể, thể hiện mức độ tắc nghẽn đường thở khi ngủ trầm trọng hơn. Hệ quả của những cơn ngưng thở kéo dài được phản ánh qua độ bão hòa oxy thấp nhất: nhóm OSA có SpO_2 thấp nhất trung bình chỉ $83,2 \pm 7,7\%$, thấp hơn có ý nghĩa so với mức $87,9 \pm 6,5\%$ ở nhóm không OSA ($p = 0,024$). Kết quả này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Dương Minh Quý và cộng sự (2021) cho thấy nhóm OSA có SpO_2 thấp nhất trung bình chỉ 83%, thấp hơn có ý nghĩa so với mức 93,5% ở nhóm không OSA ($p < 0,05$).⁶

Về triệu chứng lâm sàng, kết quả của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân rung nhĩ mắc OSA

có triệu chứng hồi hộp đánh trống ngực (87,1%), cao hơn so với nhóm không có OSA (73,9%). Thực tế, hồi hộp đánh trống ngực phản ánh các đợt rối loạn nhịp nhanh kịch phát do rung nhĩ. OSA có thể làm gia tăng tần suất và mức độ trầm trọng của các đợt rung nhĩ kịch phát, do những thay đổi sinh lý khi ngưng thở kích thích hệ thần kinh.⁵ Sự hoạt hóa giao cảm đột ngột khi kết thúc cơn ngưng thở, kết hợp với tình trạng giảm oxy máu về đêm, có thể khởi phát cơn RN và khiến bệnh nhân cảm nhận rõ triệu chứng này. Do đó, nhóm có OSA thường xuyên than phiền về triệu chứng hồi hộp đánh trống ngực hơn. Một phát hiện đáng chú ý là nhịp tim trung bình của nhóm OSA thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không OSA ($79,7 \pm 19,7$ vs $91,8 \pm 32,5$ chu kỳ/phút, $p = 0,046$). Sự khác biệt giữa hai nhóm này có thể là do OSA gây tăng trương lực dây thần kinh phế vị về đêm: khi xảy ra cơn ngưng thở, sự thiếu oxy và tăng CO_2 kích hoạt phản xạ thần kinh phế vị làm chậm nhịp tim dẫn đến bệnh nhân OSA có xu hướng nhịp tim chậm hơn, đặc biệt vào ban đêm, và có thể kéo dài ảnh hưởng đến nhịp tim ban ngày.⁵

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ K^+ huyết thanh trung bình ở nhóm OSA cao hơn rõ rệt so với nhóm không OSA ($3,92 \pm 0,31$ so với $3,69 \pm 0,31$ mmol/L, $p = 0,010$). Sự khác biệt giữa hai nhóm có thể là do người bệnh mắc OSA thường đi kèm hội chứng chuyển hóa (béo phì, đề kháng insulin) có thể ảnh hưởng đến cân bằng điện giải. Tình trạng thiếu oxy và tăng CO_2 lặp lại về đêm có thể gây toan hô hấp, làm dịch chuyển K^+ từ nội bào ra ngoại bào, dẫn đến K^+ huyết thanh tăng nhẹ. Bên cạnh đó, có sự khác biệt có ý nghĩa ở chỉ số kích thước buồng thất trái cuối tâm trương (Vd): nhóm OSA có kích thước lớn hơn so với nhóm không OSA (Vd trung bình: $96,4 \pm 21,3$ mm so với $87,2 \pm 16,2$ mm, $p = 0,039$). Sự khác biệt này phù hợp với thực tế, OSA thường đi kèm tăng gánh áp lực và thể tích lên tim trái. Mỗi đợt ngưng thở gây thiếu oxy dẫn đến co mạch hệ thống và tăng huyết áp thoáng qua, làm thất trái phải bơm máu chống lại hậu gánh cao hơn. Lâu dài, thất trái có thể phì đại và giãn ra, thể hiện qua tăng thể tích buồng thất như quan sát được. Một nghiên cứu của Ayache MB và cộng sự (2019) cũng cho thấy OSA không được điều trị liên quan với khối cơ thất trái lớn hơn (dày thất) và giãn thất nhẹ, độc lập với các yếu tố nguy cơ khác.⁷

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân rung nhĩ có tỷ lệ mắc OSA khá cao, OSA đi kèm với tỷ lệ cao các triệu chứng hội hộp đánh trống ngực, rối loạn nhịp và những biến đổi cấu trúc tim trên siêu âm. Việc nhận diện sớm các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng này có giá trị định hướng tầm soát OSA trên bệnh nhân RN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al.** Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *Jama*. May 9 2001; 285(18): 2370-5. doi:10.1001/jama.285. 18.2370
2. **Ryan S.** Mechanisms of cardiovascular disease in obstructive sleep apnoea. *J Thorac Dis*. Dec 2018;10(Suppl 34):S4201-s4211. doi:10.21037/

jtd.2018.08.56

3. **Gami AS, Pressman G, Caples SM, et al.** Association of atrial fibrillation and obstructive sleep apnea. *Circulation*. Jul 27 2004;110(4):364-7. doi:10.1161/01.Cir.0000136587.68725.8e
4. **Nguyễn Ngọc Phương Thư, Dương Hiệp Hồ và cộng sự.** Tần suất ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở người bệnh rung nhĩ không do bệnh van tim. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;548(Số 2 tháng 3):388-391.
5. **Laczay B, Faulx MD.** Obstructive Sleep Apnea and Cardiac Arrhythmias: A Contemporary Review. *J Clin Med*. Aug 24 2021;10(17)doi: 10.3390/jcm10173785
6. **Dương Minh Quý và Hoàng Anh Tiến.** Nghiên cứu hội chứng ngưng thở khi ngủ dạng tắc nghẽn ở bệnh nhân nhồi máu não. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2021;93:57-63.
7. **Ayache MB, Mehra R, Mayuga KA.** Should I evaluate my patient with atrial fibrillation for sleep apnea? *Cleve Clin J Med*. Nov 2019;86(11):709-712. doi:10.3949/ccjm.86a.19033

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT SAU PHẪU THUẬT TIÊU HÓA

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Dương Trọng Hiền³,
Trương Ngọc Sơn⁴, Nguyễn Văn Biển^{4,5}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, an toàn và một số yếu tố liên quan đến hiệu quả của phương pháp can thiệp nút mạch cầm máu trong điều trị chảy máu sau phẫu thuật tiêu hóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu, thực hiện từ tháng 09/2019 đến tháng 06/2025. 28 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán chảy máu trong ổ bụng hoặc xuất huyết tiêu hóa (XHTH) sau phẫu thuật tiêu hóa – gan mật tụy và can thiệp nút mạch cầm máu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Trong số 28 BN có 18 nam và 10 nữ, độ tuổi trung bình là 65,82 trong đó thấp nhất là 33 tuổi, cao nhất 92 tuổi. Tiền sử phẫu thuật bao gồm cắt đoạn ống tiêu hóa (28,6%), cắt khối tá tụy (28,6%), phẫu thuật gan mật (21,4%), khâu lỗ thủng dạ dày – tá tràng (14,3%) và phẫu thuật rò tiêu hóa (7,1%). Sau can thiệp, tỷ lệ

thành công về kỹ thuật đạt 100% (28/28), tỷ lệ thành công lâm sàng đạt 82,8% (23/28). Các yếu tố có thể liên quan đến thất bại lâm sàng bao gồm việc mắc từ 02 bệnh lý phổi hợp trở lên, giảm Hemoglobin (Hb) đáng kể (giảm > 30 g/l) và tuổi cao (> 70 tuổi) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Không có bệnh nhân nào có biến chứng liên quan trực tiếp đến can thiệp. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau nút mạch là 17,85% (5/28), trong đó 3 BN tử vong do chảy máu tái phát kết hợp với các yếu tố tăng nặng khác như viêm phổi, suy kiệt và bệnh lý mạn tính, 2 BN tử vong do nhiễm trùng nặng và suy đa tạng mà không liên quan đến chảy máu tái phát. **Kết luận:** Can thiệp nút mạch cầm máu là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị chảy máu sau phẫu thuật tiêu hóa. Đặc biệt là những bệnh nhân có kết hợp cả chảy máu tiêu hóa và chảy máu trong ổ bụng, thất bại với nội soi. **Từ khóa:** chảy máu sau mổ, can thiệp nội mạch, phẫu thuật tiêu hóa

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT AND SOME RELATED FACTORS OF ENDOVASCULAR INTERVENTION IN THE MANAGEMENT OF POSTOPERATIVE HEMORRHAGE IN

GASTROENTEROLOGICAL SURGERY

Objective: To assess the effectiveness, safety, and some related factors of endovascular embolization in the treatment of postoperative bleeding in

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Khoa Phẫu thuật cấp cứu tiêu hóa

⁴Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

⁵Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Biển

Email: nguyenvanbien@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025