

- and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. May-Jun 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. **Schmoll HJ, Twelves C, Sun W, et al.** Effect of adjuvant capecitabine or fluorouracil, with or without oxaliplatin, on survival outcomes in stage III colon cancer and the effect of oxaliplatin on post-relapse survival: a pooled analysis of individual patient data from four randomised controlled trials. *The Lancet Oncology*. Dec 2014;15(13): 1481-1492. doi:10.1016/s1470-2045(14)70486-3
 3. **Shah MA, Renfro LA, Allegra CJ, et al.** Impact of Patient Factors on Recurrence Risk and Time Dependency of Oxaliplatin Benefit in Patients With Colon Cancer: Analysis From Modern-Era Adjuvant Studies in the Adjuvant Colon Cancer End Points (ACCENT) Database. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. Mar 10 2016;34(8):843-53. doi:10.1200/jco.2015.63.0558
 4. **Đàm Minh Sơn.** Kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ XELOX bệnh ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và giai đoạn III tại bệnh viện Đà Nẵng. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2022.
 5. **Lê Bá Tuấn Anh, Trần Thắng, Nguyễn Thị Thu Hường.** Kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ mFOLFOX6 trong ung thư đại tràng giai đoạn II nguy cơ cao và III tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;536(1)
 6. **Võ Văn Kha.** Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ XELOX trong ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn II, III. Luận án Tiến sĩ y học. 2017.
 7. **Tử Thị Thanh Hương.** Đánh giá kết quả điều trị bổ trợ phác đồ FOLFOX4 trong ung thư biểu mô tuyến đại tràng giai đoạn III. Luận án Tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
 8. **Bùi Thị Phương Thu, Đỗ Huyền Nga, Nguyễn Thành Vinh.** Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ FOLFOX4 trong điều trị ung thư đại tràng tại Bệnh viện Thanh Nhân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;Số chuyên đề:199-209.
 9. **André T, Boni C, Navarro M, et al.** Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. Jul 1 2009;27(19): 3109-16. doi:10.1200/jco.2008.20.6771
 10. **Trương Tuấn Anh, Vũ Hồng Thắng.** Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ ung thư đại tràng giai đoạn III ở người cao tuổi tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;520(2):204-208.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THỞ ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC Ở BỆNH NHÂN NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHÍ NGỦ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Lê Huệ Thảo^{1,2}, Nguyễn Thị Hồng Trân¹, Trương Thị Diệu³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ngày càng gia tăng trong cộng đồng, tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống và tăng nguy cơ biến chứng ở người bệnh. Điều trị tình trạng này bằng thở áp lực dương liên tục được chứng minh có hiệu quả nhưng dữ liệu tại Việt Nam còn khan hiếm. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bằng CPAP ở bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng trên 66 bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ ~ 2; độ tuổi trung bình là 60,23 ± 16,58, trong đó nhóm 65 tuổi trở lên chiếm 50,0%. Chỉ số khối cơ thể có trung bình là 25,76 ± 4,84 kg/m², tỷ lệ béo phì là 57,6%. Chu vi vòng cổ và vòng eo thuộc nhóm nguy cơ cao lần lượt

là 81,8% và 71,2%. Bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ từ cao tới thấp gồm tăng huyết áp (45,5%), COPD (21,2%), đái tháo đường (13,6%) và hen phế quản (7,6%). Sau điều trị CPAP, phần lớn các triệu chứng đều cải thiện. Điểm Epworth ban đầu là 11,42 ± 3,86 điểm. Sau 2 tuần, 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 10,83 ± 3,44; 8,66 ± 2,47 và 5,47 ± 1,98 điểm (p đều < 0,001). Ban đầu, trung vị AHI là 18,15. Sau 2 tuần là 18,10 (p=0,135), 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 14,80 và 12,05 (p đều < 0,001). Trung vị ODI trước điều trị là 20,90. Sau 2 tuần là 20,00 (p=0,064), sau 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 17,45 và 15,88 (p đều < 0,001). Có sự cải thiện đáng kể chỉ số SpO₂ sau điều trị CPAP ở bệnh nhân OSA ngay từ thời điểm 2 tuần, 1 tháng và 6 tháng (p < 0,05). **Kết luận:** Điều trị ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ với CPAP cho thấy hiệu quả trong cải thiện triệu chứng, điểm Epworth, các chỉ số AHI, ODI và spO₂.

Từ khóa: ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA), thở áp lực dương liên tục (CPAP), kết quả điều trị.

SUMMARY

CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE THERAPY OUTCOMES IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang

³Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huệ Thảo

Email: lehuethao@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025

Background: The prevalence of obstructive sleep apnea (OSA) is steadily increasing in the general population, markedly compromising patients' quality of life and elevating the risk of associated complications. Although continuous positive airway pressure (CPAP) therapy has been proven effective, empirical data from Viet Nam remain limited. **Objectives:** To evaluate the therapeutic outcomes of continuous positive airway pressure in patients with obstructive sleep apnea. **Materials and methods:** A interventional study without control group enrolled 66 adults with OSA treated at Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from May 2024 to May 2025. **Results:** The male-to-female ratio was approximately 2:1. Mean age was 60.23 ± 16.58 years, with individuals ≥ 65 years accounting for 50.0%. Mean body-mass index was 25.76 ± 4.84 kg/m²; obesity prevalence was 57.6%. High-risk neck and waist circumferences were observed in 81.8% and 71.2% of participants, respectively. The most common comorbidities were hypertension (45.5%), chronic obstructive pulmonary disease (21.2%), diabetes mellitus (13.6%), and asthma (7.6%). The mean baseline ESS score was 11.42 ± 3.86 . ESS values declined to 10.83 ± 3.44 at 2 weeks, 8.66 ± 2.47 at 1 month, and 5.47 ± 1.98 at 6 months (all $p < 0.001$). Median baseline AHI was 18.15 events·h⁻¹, changing to 18.10 at 2 weeks ($p = 0.135$) and decreasing to 14.80 and 12.05 at 1 and 6 months, respectively (both $p < 0.001$). Median ODI decreased from 20.90 events·h⁻¹ at baseline to 20.00 at 2 weeks ($p = 0.064$), 17.45 at 1 month, and 15.88 at 6 months (both $p < 0.001$). SpO₂ improved significantly at all follow-up points ($p < 0.05$). **Conclusion:** CPAP therapy produced rapid and sustained improvements in daytime sleepiness, Epworth, AHI, ODI, and SpO₂ among patients with OSA. **Keywords:** obstructive sleep apnea (OSA), continuous positive airway pressure (CPAP), treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là một rối loạn giấc ngủ phổ biến, đặc trưng bởi sự lặp lại liên tiếp hiện tượng hẹp hoặc tắc nghẽn đường hô hấp khi ngủ làm giảm hoặc ngưng hoàn toàn luồng khí vào phổi mặc dù có sự gắng sức hô hấp. Tình trạng này thường kéo theo sự gián đoạn giấc ngủ và giảm oxy máu, gây ra những ảnh hưởng tiêu cực lên sức khỏe người bệnh, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân lớn tuổi mắc các bệnh lý nền về tim mạch, hô hấp và thần kinh [1]. Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ngày càng gia tăng trong cộng đồng, ở người trưởng thành dao động từ 9% đến 38%. Ở nam giới, tỷ lệ này dao động khoảng 13% đến 33%, trong khi ở phụ nữ là từ 6% đến 19%. Tuy nhiên, trên nhóm bệnh nhân cao tuổi, tỷ lệ mắc bệnh có thể lên tới 84% [2].

Vào năm 1981, Tác giả Sullivan và cộng sự công bố phương pháp điều trị ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn bằng thở máy không xâm lấn với

áp lực dương, hay gọi cách khác là thông khí áp lực dương liên tục. Từ đó, phương pháp này đã trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân OSA mức độ trung bình đến nặng [3]. CPAP là áp lực được máy tạo ra cố định cả thì hít vào và thở ra của bệnh nhân. Mức áp lực tối ưu cho điều trị sẽ được xác định trong quá trình hiệu chỉnh máy bằng cách tăng dần cho tới khi đạt được hiệu quả điều trị như mong muốn. CPAP thường được ưu tiên cho hầu hết bệnh nhân do hiệu quả đã được chứng minh, sử dụng đơn giản và ít tốn kém hơn. Các nghiên cứu cho thấy điều trị bằng CPAP giúp cải thiện các triệu chứng của bệnh, đặc biệt là chứng buồn ngủ ban ngày cũng như các biến chứng do OSA gây ra.

Tại Việt Nam, chủ đề OSA dần được quan tâm và phát triển mạnh trong những năm gần đây. Hiện tại, dữ liệu về kết quả điều trị bằng CPAP trên bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ vẫn còn khan hiếm. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm cung cấp thêm bằng chứng khoa học về hiệu quả điều trị, từ đó giúp ứng dụng rộng rãi CPAP điều trị OSA trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ theo tiêu chuẩn Viện Hàn lâm giấc ngủ Hoa Kỳ [4]:

- Buồn ngủ ban ngày không giải thích được.
- Bệnh nhân thường có ít nhất hai trong các triệu chứng sau không giải thích được: nghẹt thở khi ngủ, thức dậy nhiều lần ban đêm hoặc mệt mỏi ban ngày hoặc giấc ngủ không sảng khoái hoặc giảm tập trung.

- Kết quả đa ký hô hấp có chỉ số ngưng - giảm thở (AHI) ≥ 5 sự kiện/giờ và tổng số ngưng thở trung ương $< 50\%$.

Bệnh nhân có chỉ định điều trị OSA bằng thở máy áp lực dương theo tiêu chuẩn Viện Hàn lâm giấc ngủ Hoa Kỳ khi có ít nhất một trong các tiêu chí sau [5]:

- OSA ở người lớn có buồn ngủ quá mức.
 - OSA từ trung bình đến nặng.
 - OSA kèm giảm chất lượng cuộc sống.
 - OSA ở người lớn mắc bệnh tăng huyết áp kèm theo nhằm điều trị hỗ trợ làm giảm huyết áp.
- Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý kèm theo bao gồm đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, cơn hen phế quản, nhiễm khuẩn nặng, suy tim cấp, nhồi máu cơ tim cấp, tràn khí màng phổi.

Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật cột sống, chấn thương cột sống, gù vẹo cột sống, u vùng cổ và hầu họng.

Bệnh nhân có chống chỉ định với điều trị CPAP: Bệnh nhân không hợp tác hoặc lơ lửng quá mức, bệnh nhân giảm ý thức và không có khả năng bảo vệ đường thở, chấn thương hoặc bóng ở mặt, phẫu thuật ở mặt, thực quản, dạ dày, hội chứng rò rỉ khí (tràn khí màng phổi kèm rò phế quản màng phổi), bệnh lý hen hay COPD vào cơn cấp hay có tình trạng ứ khí phổi nặng gồm hen tăng CO₂ hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng và thoát vị hoành.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 66 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (TB ± ĐLC; ≥ 65; < 65), giới tính (nam, nữ), chỉ số khối cơ thể [BMI] (TB ± ĐLC; béo phì: ≥ 25; không béo phì < 25), chu vi vòng cổ nguy cơ cao (có: >43cm ở nam và >41cm ở nữ), chu vi vòng eo nguy cơ cao (có: ≥ 102cm ở nam và ≥ 88cm ở nữ), bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính [COPD] (có/không), hen phế quản (có/không), tăng huyết áp (có/không), đái tháo đường (có/không).

Đánh giá kết quả điều trị CPAP: Đánh giá tại thời điểm sau 1 tuần, 1 tháng và 6 tháng điều trị:

- Tỷ lệ các triệu chứng: ngưng thở-nghẹt thở, ngưng thở khi ngủ, đau đầu buổi sáng, giảm thở, giảm tập trung, thức dậy mệt mỏi, ngáy to, thức giấc về đêm, tình trạng buồn ngủ ban ngày.

- Điểm Epworth.
- Chỉ số AHI: sự kiện/giờ.
- Chỉ số ODI: sự kiện/giờ.
- Chỉ số SpO₂: thấp nhất và trung bình (%).

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Thống kê phân tích sử dụng phép kiểm Paired Sample T test để kiểm tra sự khác biệt về trung bình (phân phối chuẩn) trước và sau điều trị. Sử dụng phép

kiểm Wilcoxon signed ranked test để kiểm định sự khác biệt trung bình (với phân phối không chuẩn) trước và sau điều trị. Giá trị $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (24.181.HV/PCT-HĐĐĐ).

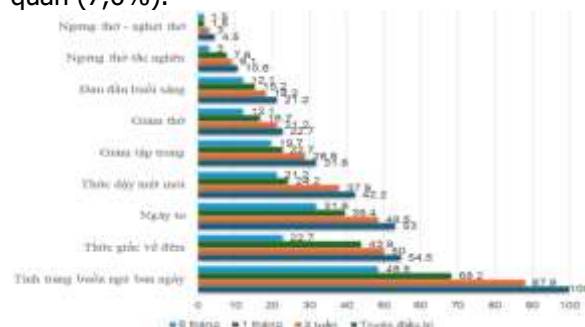
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 05/2024 đến tháng 05/2025, có tổng cộng 66 bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=66)

Đặc điểm	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≥65	33
	<65	33
Tuổi (TB ± ĐLC)	60,23 ± 16,58	
Giới tính	Nam	43
	Nữ	23
BMI (TB ± ĐLC)	25,76 ± 4,84	
Béo phì	38	57,6
Chu vi vòng cổ (nguy cơ cao)	54	81,8
Chu vi vòng eo (nguy cơ cao)	47	71,2
Đái tháo đường	9	13,6
Tăng huyết áp	30	45,5
COPD	14	21,2
Hen phế quản	5	7,6

Nhận xét: Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ ~ 2; độ tuổi trung bình là 60,23 ± 16,58, trong đó nhóm 65 tuổi trở lên chiếm 50,0%. Chỉ số khối cơ thể có trung bình là 25,76 ± 4,84 kg/m², tỷ lệ béo phì là 57,6%. Chu vi vòng cổ và vòng eo thuộc nhóm nguy cơ cao lần lượt là 81,8% và 71,2%. Bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ từ cao tới thấp gồm tăng huyết áp (45,5%), COPD (21,2%), đái tháo đường (13,6%) và hen phế quản (7,6%).



Biểu đồ 1. Biểu đồ tỷ lệ triệu chứng trước và sau điều trị CPAP

Nhận xét: Dựa vào biểu đồ, có thể thấy, phần lớn các triệu chứng đều cải thiện sau điều trị.

Bảng 2. Đặc điểm điểm Epworth trước và sau điều trị

Thời điểm	Điểm Epworth			
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	TB ± ĐLC
Ban đầu ^a (n=66)	20 (30,3)	20 (30,3)	14 (21,2)	11,42 ± 3,86
2 tuần ^b (n=66)	24 (36,4)	36 (54,5)	6 (9,1)	10,83 ± 3,44
p(a-b)		0,001*		0,001**
1 tháng ^c (n=64)	41 (64,1)	23 (35,9)	0 (0)	8,66 ± 2,47
p(a-c)		<0,001*		<0,001**
6 tháng ^d (n=60)	59 (98,3)	1 (1,7)	0 (0)	5,47 ± 1,98
p(a-d)		<0,001*		<0,001**

* Wilcoxon Signed Ranks Test, **Paired Samples Test

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận sau điều trị, điểm Epworth có cải thiện có ý nghĩa thống kê sau điều trị (tất cả p < 0,001). Cụ thể, tại thời điểm ban đầu là 11,42 ± 3,86 điểm. Sau 2 tuần, 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 10,83 ± 3,44; 8,66 ± 2,47 và 5,47 ± 1,98 điểm.

Bảng 3. Đặc điểm AHI trước và sau điều trị

Thời điểm	Điểm AHI			
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Trung vị (Q1-Q3)
Ban đầu ^a (n=66)	0 (0)	51 (77,3)	15 (22,7)	18,15 (16,60-26,90)
2 tuần ^b (n=66)	2 (3,0)	49 (74,2)	15 (22,7)	18,10 (16,10-25,90)
p(a-b)		0,157		0,135
1 tháng ^c (n=64)	17 (26,6)	33 (51,6)	14 (21,9)	14,80 (13,20-23,45)
p(a-c)		<0,001		<0,001
6 tháng ^d (n=60)	39 (65,0)	10 (16,7)	11 (18,3)	12,05 (9,20-22,15)
p(a-d)		<0,001		<0,001

Wilcoxon Signed Ranks Test

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận, AHI có cải thiện có ý nghĩa thống kê sau điều trị tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng. Cụ thể, tại thời điểm ban đầu có trung vị AHI là 18,15. Sau 2 tuần là 18,10 (p=0,135). Sau đó, tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 14,80 và 12,05 (p đều < 0,001).

Bảng 4. Đặc điểm điểm ODI trước và sau điều trị

Thời điểm	Chỉ số ODI			
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Trung vị (Q1-Q3)
Ban đầu ^a (n=66)	0 (0)	55 (83,3)	11 (16,7)	20,90 (17,40-24,30)
2 tuần ^b (n=66)	1 (1,5)	55 (83,3)	10 (15,2)	20,00 (16,90-23,60)
p(a-b)		0,157*		0,064**
1 tháng ^c (n=64)	15 (23,4)	41 (64,1)	8 (12,5)	17,45 (15,70-21,30)
p(a-c)		<0,001*		<0,001**
6 tháng ^d (n=60)	20 (33,3)	35 (58,4)	5 (8,3)	15,88 (12,45-16,94)
p(a-d)		<0,001*		<0,001**

Wilcoxon Signed Ranks Test

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận, ODI có cải thiện có ý nghĩa thống kê sau điều trị tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng. Cụ thể, tại thời điểm ban đầu có trung vị ODI là 20,90. Sau 2 tuần là 20,00 (p=0,064). Sau đó, tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng lần lượt là 17,45 và 15,88 (p đều < 0,001).

Bảng 5. Đặc điểm SpO2 trước và sau điều trị

Thời điểm	SpO2	
	Thấp nhất	Trung bình
Ban đầu ^a (n=66)	86,23 ± 5,86	90,73 ± 4,15
2 tuần ^b (n=66)	87,44 ± 4,76	91,02 ± 3,58
p(a-b)	<0,001	0,017
1 tháng ^c (n=64)	89,80 ± 3,03	92,30 ± 2,59
p(a-c)	<0,001	<0,001

6 tháng ^d (n=60)	90,48 ± 2,63	92,68 ± 2,18
p(a-d)	<0,001	<0,001

Paired Samples Test

Nhận xét: Kết quả điều trị cho thấy có sự cải thiện đáng kể chỉ số SpO2 sau điều trị CPAP ở bệnh nhân OSA ngay từ thời điểm 2 tuần, 1 tháng và 6 tháng. Sự khác biệt ghi nhận đều có ý nghĩa thống kê (p đều < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 66 bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian từ tháng 05 năm 2024 đến tháng 05 năm 2025 cho thấy hiệu quả của CPAP trong điều trị OSA. Nghiên cứu ghi nhận có sự cải

thiện đáng kể các triệu chứng, chỉ số Epworth, AHI, ODI và SpO_2 của bệnh nhân sau điều trị tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 6 tháng.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,23 \pm 16,58$ tuổi, trong đó có đến 50% bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên. Y văn đã chứng minh tỷ lệ mắc OSA tăng dần theo tuổi, đạt đỉnh ở khoảng 65 tuổi và sau đó duy trì ở mức cao. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước, ví dụ như nghiên cứu của Lê Thị Hồng Thắm và Ngô Quý Châu (2021) cũng tập trung vào nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi và kết luận đây là đối tượng có gánh nặng triệu chứng OSA cao, đặc biệt là ngủ ngáy [6]. Về giới tính, nam giới chiếm ưu thế rõ rệt với tỷ lệ 65,2%, gần gấp đôi so với nữ giới (34,8%). Kết quả này đồng nhất với nhiều nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam. Cụ thể, một tổng quan hệ thống năm 2017 của Senaratna C. V. và cộng sự cho thấy, tỷ lệ mắc OSA ở nam giới cao hơn đáng kể so với nữ giới ở mọi lứa tuổi [2]. Nghiên cứu của Võ Phạm Minh Thư và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ cho thấy nam giới chiếm 81,3% [7]. Lý giải cho điều này, về mặt giải phẫu, nam giới có xu hướng có đường hô hấp trên dài hơn và diện tích hẹp hơn. Về mặt nội tiết, các hormone như progesterone và estrogen ở phụ nữ tiền mãn kinh được cho là có vai trò kích thích hô hấp và bảo vệ, giúp giảm nguy cơ xẹp đường thở. Sự khác biệt về phân bố mỡ cơ thể, với nam giới có xu hướng tích tụ mỡ ở vùng cổ và thân trên nhiều hơn, cũng là một yếu tố góp phần quan trọng. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ cao bệnh nhân bị béo phì, với BMI trung bình là $25,76 \pm 4,84 \text{ kg/m}^2$ và có đến 57,6% bệnh nhân có BMI $\geq 25 \text{ kg/m}^2$. Kết quả phù hợp với y văn khi béo phì được xem là yếu tố nguy cơ hàng đầu của OSA. Các chỉ số nhân trắc khác trong nghiên cứu của chúng tôi như chu vi vòng eo ($81,8\%$ ở nhóm nguy cơ cao) và chu vi vòng cổ ($71,2\%$ ở nhóm nguy cơ cao) cũng ở mức rất cao, phản ánh phần nào vai trò của béo phì trung tâm. Cơ chế giải thích mối liên quan này là do sự gia tăng lắng đọng mỡ ở các cấu trúc mô mềm quanh đường hô hấp trên (lưỡi, khẩu cái mềm, thành bên hầu họng) trực tiếp gây hẹp lòng đường thở, trong khi béo phì trung tâm (thể hiện qua chu vi vòng eo lớn) làm giảm thể tích giãn nở của phổi, làm giảm lực kéo dọc lên thành hầu, khiến đường thở dễ xẹp hơn trong khi ngủ. Các bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD, hen phế quản ghi nhận trong nghiên cứu cũng phù hợp với y văn bởi đây là các bệnh đồng mắc thường gặp trên

bệnh nhân mắc OSA.

Sau 6 tháng can thiệp, liệu pháp CPAP đã chứng tỏ hiệu quả trong việc cải thiện các triệu chứng của OSA. Cụ thể, tình trạng buồn ngủ ban ngày (giảm từ 100% xuống 48,5%), thức dậy mệt mỏi (giảm từ 42,2% xuống 21,2%), đau đầu buổi sáng, thức giấc về đêm, ngáy to và giảm tập trung (tất cả $p < 0,05$). Sự cải thiện này còn được phản ánh qua sự sụt giảm có ý nghĩa của cả điểm Epworth trung bình (từ $11,42 \pm 3,86$ xuống $5,47 \pm 1,98$; $p < 0,001$) và đặc điểm đa ký hô hấp như AHI, ODI, SpO_2 cũng cải thiện rõ rệt. Những kết quả này phù hợp với các bằng chứng từ y văn hiện hành. Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng và các phân tích gộp đều nhất quán cho thấy CPAP là liệu pháp hiệu quả nhất để làm giảm triệu chứng buồn ngủ và cải thiện chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân OSA. Cơ chế của sự cải thiện này do CPAP hoạt động như một nẹp khí nén, giữ cho đường thở trên luôn mở trong khi ngủ, chấm dứt các cơn ngưng thở và giảm thở giúp bình thường hóa cấu trúc giấc ngủ, loại bỏ các vi thức giấc, và khôi phục lại tình trạng oxy hóa bình thường, dẫn đến sự phục hồi về mặt thể chất và tinh thần vào ngày hôm sau. Không những có lợi về mặt cải thiện triệu chứng, phân tích tổng hợp của tác giả XiaoMei Xie và cộng sự còn ghi nhận CPAP có khả năng cải thiện tình trạng viêm hệ thống ở bệnh nhân mắc OSA, góp phần cải thiện tiên lượng về chuỗi bệnh lý tim mạch trên nhóm đối tượng này [8].

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế. Việc thiếu nhóm chứng khiến không thể đánh giá một cách trực tiếp tác động của CPAP ở bệnh nhân mắc OSA, mặc dù hiệu quả của liệu pháp này đã được chứng minh rộng rãi. Thứ hai, nghiên cứu được tiến hành đơn trung tâm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, với cỡ mẫu tương đối nhỏ ($n=66$). Điều này có thể giới hạn khả năng khái quát hóa kết quả cho các quần thể bệnh nhân OSA ở các vùng miền khác hoặc các tuyến y tế khác nhau. Tuy nhiên, với những phát hiện bước đầu của nghiên cứu, có thể mang lại những định hướng cho các nghiên cứu trong tương lai với thiết kế cao cấp hơn, tiền cứu, đa trung tâm, với cỡ mẫu lớn hơn và có nhóm chứng, nhằm xác định rõ ràng hơn hiệu quả dài hạn của CPAP trên kết cục lâm sàng ở bệnh nhân OSA.

V. KẾT LUẬN

Điều trị ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ với thông khí áp lực dương liên tục cho thấy hiệu quả trong cải thiện triệu chứng, điểm Epworth,

các chỉ số AHI, ODI và spO₂.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Salman L. A., Shulman R., Cohen J. B.** (2020). "Obstructive Sleep Apnea, Hypertension, and Cardiovascular Risk: Epidemiology, Pathophysiology, and Management". *Curr Cardiol Rep.* 22(2): 6.
2. **Senaratna C. V., Perret J. L., Lodge C. J., et al** (2017). "Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: A systematic review". *Sleep Med Rev.* 34: 70-81.
3. **Basner R. C.** (2007). "Continuous positive airway pressure for obstructive sleep apnea". *N Engl J Med.* 356(17): 1751-8.
4. **Kapur V. K., Auckley D. H., Chowdhuri S., et al** (2017). "Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline". *J Clin Sleep Med.* 13(3): 479-504.
5. **Patil S. P., Ayappa I. A., Caples S. M., et al** (2019). "Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea with Positive Airway Pressure: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline". *J Clin Sleep Med.* 15(2): 335-343.
6. **Lê Thị Hồng Thắm, Ngô Quý Châu** (2021). "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân trên 65 tuổi". *Tạp chí Y học Việt Nam.* 507(2): 126-131.
7. **Võ Phạm Minh Thư, Nguyễn Trung Kiên, Trát Quốc Trung** (2023). "Đặc điểm bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ khám ngoại trú tại Đơn vị Hô hấp - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ". *Tạp chí Y học Việt Nam.* 527(1B): 1-7.
8. **Xie X., Pan L., Ren D., et al** (2013). "Effects of continuous positive airway pressure therapy on systemic inflammation in obstructive sleep apnea: a meta-analysis". *Sleep Med.* 14(11): 1139-50.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN SAU PHẪU THUẬT

Nguyễn Thị Thuý Nga¹, Trịnh Quang Điện², Tạ Văn Tò^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là gánh nặng bệnh tật ung thư trên thế giới, tiên lượng sau phẫu thuật cắt gan khá kém. Nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm giải phẫu bệnh UTBMTBG theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG) năm 2019 và đánh giá mối liên quan giữa chúng với khả năng sống sót. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, có theo dõi dọc được thực hiện trên 330 bệnh nhân UTBMTG được phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Các đặc điểm mô bệnh học được ghi nhận và phân tích. Phương pháp Kaplan-Meier được sử dụng để đánh giá tỷ lệ sống sót, phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố tiên lượng. **Kết quả:** Giai đoạn IB và II lần lượt là 45.8% và 39.4%, mức độ xơ hoá của gan lành chủ yếu là F2, F3. Típ mô bệnh học chủ yếu là típ thông thường (82.4%), típ bè lớn (12.4%). Biệt hóa vừa chiếm ưu thế (62.7%), trong khi kém biệt hóa chiếm 31.8%. 45.8% xâm nhập mạch, 2.1% xâm nhập thần kinh, 51.5% hoại tử u. Có 66/263 trường hợp tử vong, thời gian sống trung bình là 35.6 ± 15.2 tháng. Tỷ lệ sống sót sau 1, 2, 3 năm là 90.9%, 82.5% và 74.5%. Qua phân tích đơn biến, các yếu tố tiên lượng khả năng sống sót của bệnh nhân UTBMTBG là tuổi, kích thước u, giai đoạn TNM, típ bè lớn, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u và mức độ xơ hoá của gan lành. Qua phân tích đa biến, biệt hoá

kém và xơ hoá nặng (F4-6) là yếu tố tiên lượng độc lập. **Kết luận:** Típ thông thường là típ mô bệnh học phổ biến nhất. Tình trạng xâm nhập mạch và hoại tử u được ghi nhận khá nhiều. Một số đặc điểm giải phẫu bệnh như mức độ xơ hoá của gan lành, típ mô bệnh học, độ mô học, xâm nhập mạch, hoại tử u là những yếu tố liên quan đến tiên lượng khả năng sống sót, trong đó, biệt hoá kém và mức độ xơ hoá gan nặng (F4-6) là những yếu tố tiên lượng độc lập.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, đặc điểm giải phẫu bệnh, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND PROGNOSTIC FACTORS OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA AFTER RESECTION

Objective: Hepatocellular carcinoma (HCC) represents a significant global cancer burden, with relatively poor prognosis following hepatic resection. This study aimed to describe certain histopathological characteristics of HCC according to the 2019 World Health Organization (WHO) classification and to evaluate their association with patient survival. **Methods:** A retrospective, cross-sectional study with longitudinal follow-up was conducted on 330 HCC patients who underwent liver resection at K Hospital, Tan Trieu branch. Histopathological features were recorded and analyzed. Kaplan-Meier method was used to estimate survival rates; univariate and multivariate analyses were performed. **Results:** Stage IB and II accounted for 45.8% and 39.4% of cases, respectively. Liver fibrosis in non-tumorous tissue was mainly F2-F3. The predominant histological subtype was the conventional type (82.4%), followed by macrotrabecular (12.4%). Moderate differentiation

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Nga

Email: ngamit1111@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 6.10.2025