

- Schorge JO.** Duration of human chorionic gonadotropin surveillance for partial hydatidiform moles. American journal of obstetrics and gynecology. May 2005;192(5):1362-4. doi:10.1016/j.ajog.2004.12.080
- Feltmate C.M., Growdon W.B., Wolfberg A.J., et al.** Clinical characteristics of persistent gestational trophoblastic neoplasia after partial hydatidiform molar pregnancy. The Journal of reproductive medicine. 2006;51(11):902-906.
 - Nguyễn Thị Kim Mai, Trần Lê Thuý (2020),** Diễn tiến nồng độ β HCG sau hút nạo thai trứng theo các hình thái lâm sàng của bệnh lý nguyên bào nuôi. Luận án Thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TP.HCM.
 - Nguyễn Vũ Quốc Huy.** Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của bệnh thai trứng và giá trị của β HCG trong tiên lượng bệnh thai trứng. Tạp chí Phụ Sản. 2013;11(4):45-49.
 - Bakhtiyari M., Mirzamoradi M., Kimyaiee P., et al.** Postmolar gestational trophoblastic neoplasia: beyond the traditional risk factors. Fertility and sterility. 2015;104(3):649-654.
 - Messerli M.L., A.M. L, Parmley T, Woodruff J.D., Rosenshein N.B.** Risk factors for gestational trophoblastic neoplasia. American journal of obstetrics and gynecology. 1985;153(3):294-300.
 - Parazzini F, Mangili G, La Vecchia C, et al.** Risk factors for gestational trophoblastic disease: a separate analysis of complete and partial hydatidiform moles. Obstetrics & Gynecology. 1991;78(6):1039-1045.
 - Baltazar J.C.** Epidemiological features of choriocarcinoma. Bull World Health Organ. 1976; 54(5):523.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ KHÁM NGOẠI TRÚ TẠI ĐƠN VỊ HÔ HẤP - BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Võ Phạm Minh Thư¹, Nguyễn Trung Kiên¹, Trát Quốc Trung²,
Trần Trọng Anh Tuấn², Nguyễn Ngọc Thành Long²,
Phan Việt Hưng¹, Lâm Văn Phú³, Nguyễn Thế Bảo¹,
Nguyễn Hoàng Phúc⁴, Trần Xuân Quỳnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngưng thở tắc nghẽn là tình trạng ngưng hô hấp lặp đi lặp lại xảy ra trong khi ngủ, biểu hiện thường gặp là ngủ ngáy, buồn ngủ ban ngày, được xác định bằng đa kí giấc ngủ hoặc đa kí hô hấp khi chỉ số ngưng thở - giảm thở AHI > 5/ giờ. Tại Việt Nam, ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ vẫn chưa được quan tâm và chẩn đoán đúng mức. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Khảo sát đặc điểm nhân trắc, bệnh đồng mắc ở 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 có và không có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) đồng mắc; (2) Khảo sát mức độ nặng của triệu chứng hô hấp, mức độ tắc nghẽn đường dẫn khí, đặc điểm điều trị thuốc đường phun hít ở bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ đồng mắc BPTNMT; (3) Xác định mối tương quan giữa mức độ nặng của ngưng thở tắc nghẽn và một số đặc điểm của bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đối tượng

tham gia là người có nguy cơ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (ngáy hoặc buồn ngủ ban ngày), khám ngoại trú tại Đơn vị hô hấp – Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. **Kết quả:** 48 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm: nguy cơ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ kèm BPTNMT (gọi là nhóm COSA, n = 30), nguy cơ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ đơn thuần (gọi là nhóm ROSA, n = 18). Bệnh nhân ở nhóm COSA có nhiều bệnh đồng mắc hơn nhóm ROSA (điểm Charlson lần lượt là 2,33 và 1,17). Ở nhóm COSA, 100% bệnh nhân khó thở mạn tính với mMRC trung bình là $2,83 \pm 0,75$, FEV₁ trung bình là $60,07 \pm 23,09\%$, tỉ lệ bệnh nhân có điều trị thuốc hô hấp dạng hít là 86%. Tỉ lệ OSA ở nhóm COSA là 90%, nhóm ROSA là 88,9%. AHI tương quan có ý nghĩa thống kê với chỉ số BMI, vòng cổ, điểm STOP-BANG, điểm ngáy SSS, spO₂ thấp nhất (r = 0,45, 0,43, 0,46, 0,44, -0,69). Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là yếu tố nguy cơ của OSA (OR = 1,125). **Kết luận:** Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là tình trạng cần được tầm soát ở bệnh nhân BPTNMT và có thể dự đoán bằng một số yếu tố gồm BMI, vòng cổ, điểm STOP-BANG, điểm ngáy SSS. **Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA), Đa kí hô hấp, AHI.

SUMMARY

OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN OUTPATIENTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL – AN OBSERVATIONAL STUDY

Background: Obstructive sleep apnea (OSA) is a

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Trung tâm Y tế huyện Châu Thành, tỉnh Sóc Trăng

⁴Đại học VinUni

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Quỳnh

Email: txquynh@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

condition characterized by repeated pauses in breathing during sleep, frequently accompanied by snoring, daytime sleepiness, and is diagnosed using polysomnography or respiratory polygraphy with an apnea-hypopnea index greater than 5/hour. **Objective:** (1) To evaluate some biometric characteristics, scores comorbidities on OSA outpatients at the Respiratory Units of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital; (2) To survey on respiratory symptom severity, airway obstruction and aerosol treatment characteristics in patients with OSA and COPD; (3) To determine the correlations between the severity of OSA and specific patient characteristics. **Methods:** cross-sectional, single-center descriptive study. We enrolled 48 outpatients with symptoms as snore, or daytime sleepiness at the RU-CTUMP in the study in three months. **Results:** 48 patients were divided into two groups with overlapped COPD and risk of OSA (COSA, n = 30) vs. risk of OSA-only (ROSA, n = 18). Overlapped patients had more comorbidities than ROSA patients (Charlson scores of 2.33 and 1.17, respectively). In the COSA group, 100% of the patients suffered from dyspnea with the mean mMRC scores of 2.83 ± 0.75 , mean FEV₁ was $60.07 \pm 23.09\%$, and 86% received inhaled medicine. There were significant correlations between the AHI value and the body mass index, neck circumferences, STOP-Bang score, the value of the Snoring Severity Scale, and minimum SpO₂ ($r = 0.45, 0.43, 0.46, 0.44, -0.69$, respectively). In addition, COPD was a risk factor for OSA (OR = 1.125). **Conclusions:** OSA is a condition that should be screened for in patients with COPD. Clinicians can use several predictors of obstructive sleep apnea, including BMI, neck circumference, STOP-Bang questionnaire, SSS snoring score to prognosis OSA. **Keywords:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease; Obstructive Sleep Apnea; Respiratory Polygraphy; AHI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngưng thở tắc nghẽn là tình trạng ngưng hô hấp lặp đi lặp lại xảy ra trong khi ngủ, biểu hiện thường gặp là ngủ ngáy, buồn ngủ ban ngày. Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ có thể được xác định bằng đa kí giấc ngủ hoặc đa kí hô hấp khi chỉ số ngưng thở - giảm thở AHI > 5/ giờ [3]. Tỷ lệ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) dao động từ 0,5% đến 65%, làm tăng rối loạn giấc ngủ, tăng đợt cấp và tử vong [6]. Tại Việt Nam, ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ vẫn chưa được quan tâm và chẩn đoán đúng mức. Chúng tôi bước đầu thực hiện nghiên cứu 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 với mục tiêu:

1. *Khảo sát đặc điểm nhân trắc, bệnh đồng mắc ở nhóm 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 có và không có BPTNMT đồng mắc.

2. *Khảo sát mức độ nặng của triệu chứng hô hấp, mức độ tắc nghẽn đường dẫn khí, đặc điểm điều trị thuốc đường phun hít ở bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ đồng mắc BPTNMT.*

3. *Xác định mối tương quan giữa mức độ nặng của ngưng thở tắc nghẽn và một số đặc điểm của bệnh nhân.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh có nguy cơ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (ngáy hoặc buồn ngủ ban ngày) đến khám tại Đơn vị hô hấp – Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

• Người bệnh tuổi từ 18 tuổi trở lên có triệu chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ: ngáy hoặc buồn ngủ ban ngày.

• Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ

• Các bệnh hô hấp cấp tính, lao phổi tiến triển, ung thư phổi.

• Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 48 bệnh nhân

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: tại Đơn vị Hô Hấp, BVTĐHYDCT từ 10/8/2022 – 20/12/2022.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên, thuận tiện, người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ. Người bệnh được chia thành 2 nhóm: có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đồng mắc theo GOLD 2021 (gọi là nhóm COSA), không có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đồng mắc (gọi là nhóm ROSA).

2.3. Nội dung nghiên cứu

- **Đặc điểm chung:** tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI), vòng cổ, điểm Mallampati, spO₂ thấp nhất, chỉ số Charlson, điểm buồn ngủ ban ngày quá mức Epworth, điểm STOP-BANG, điểm ngáy SSS.

- **Đặc điểm nhóm bệnh nhân COSA:** triệu chứng hô hấp mạn tính, tiền sử dùng thuốc hô hấp dạng hít, số đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

- **Yếu tố liên quan với mức độ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ:** điểm Mallampati, BMI, vòng cổ, chỉ số Charlson, điểm Epworth, điểm STOP-BANG, điểm ngáy SSS, spO₂ thấp nhất.

2.4. Phương pháp thu thập và đánh giá

số liệu: Tất cả đối tượng tham gia được phỏng vấn và thăm khám, hoàn thành bộ câu hỏi gồm các nội dung về nhân trắc học, điểm buồn ngủ ban ngày quá mức theo Epworth, điểm STOP-BANG, điểm ngáy theo SSS, chỉ số bệnh đồng mắc theo Charlson, kết quả đo hô hấp ký và tiền sử dùng thuốc điều trị (đối với bệnh nhân đồng mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ), đo đa ký hô hấp bằng máy Nox T3s, ghi nhận chỉ số ngưng thở - giảm thở AHI, spO_2 thấp nhất.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: nhập liệu bằng máy tính và xử lý số liệu bằng phần mềm R. Biến định tính: thống kê tần số, tỷ lệ. Biến định lượng: giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Các kiểm định thống kê: One sample t test khi kiểm định trung bình của biến có phân phối chuẩn với một giá trị nghiên cứu khác, Chi bình phương để kiểm định mức độ tương quan của các biến định tính.

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc, bệnh đồng mắc ở hai nhóm nghiên cứu

	Tổng (n=48)	Nhóm COSA (n=30)	Nhóm ROSA (n=18)	t test/ Chi-squared test	95%CI
Tuổi (năm): Trung bình (Độ lệch chuẩn)	65,3 (16,6)	74,4 (8,53)	50,1 (15,7)	t = -6,0404 p < 0,0001	-32,635 – -15,987
Giới nam n (%)	39 (81,3%)	27 (90%)	12 (66,7%)	$\chi^2 = 2,6348$ p = 0,1045	-0,0539 – 0,5205
BMI, kg/m²: Trung bình (Độ lệch chuẩn)	24,8 (5,22)	23,5 (4,57)	27,0 (5,61)	t = 2,2401 p = 0,032	0,311 – 6,694
Vòng cổ (cm): Trung bình (Độ lệch chuẩn)	36,4 (4,78)	35,5 (4,54)	37,8 (4,94)	t = 1,6241 p = 0,1137	-0,585 – 5,229
Điểm Mallampati: Trung bình (Độ lệch chuẩn)	2,46 (1,17)	2,33 (1,21)	2,75 (1,06)	t = 1,087 p = 0,2878	-0,374 – 1,207
SpO₂ thấp nhất: Trung bình (Độ lệch chuẩn)	79,7 (9,61)	80,6 (7,55)	78,1 (12,4)	t = -0,77 p = 0,448	-9,148 – 4,170
Chỉ số Charlson's: Trung bình (Độ lệch chuẩn)	1,9 (0,805)	2,33 (0,606)	1,17 (0,51)	t = -7,1045 p < 0,0001	-1,498 – -0,834

Điểm buồn ngủ ban ngày Epworth trung bình và điểm ngáy SSS trung bình khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (t = 2,441, p = 0,022, 95% CI 0,493 – 5,914; t = 3,4368, p = 0,001, 95% CI 1,252 – 4,860).

Bảng 2. Điểm Epworth, điểm STOP-BANG và điểm ngáy SSS ở hai nhóm nghiên cứu

	Tổng (n=48)	Nhóm COSA (n=30)	Nhóm ROSA (n=18)	t test	95% CI
EPWORTH					
Trung bình (Độ lệch chuẩn)	5,43 (4,1)	4,27 (3,12)	7,47 (4,87)	t = 2,441 p = 0,022	0,493 – 5,914
STOP-Bang					
Trung bình (Độ lệch chuẩn)	3,87 (1,73)	3,80 (1,83)	4,00 (1,58)	t = 0,3935 p = 0,696	-0,829 – 1,229
SSS					
Trung bình (Độ lệch chuẩn)	4,87 (3,32)	3,77 (3,09)	6,82 (2,83)	t = 3,4368 p = 0,001	1,252 – 4,860

3.2. Đặc điểm về triệu chứng hô hấp mạn tính, chức năng hô hấp, tiền sử dùng thuốc và số đợt cấp của nhóm bệnh nhân

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào điều trị, có sự thống nhất giữa nhóm nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân trắc và bệnh đồng mắc. *Đặc điểm chung:* 81,3% bệnh nhân là nam giới, tuổi trung bình là $65,3 \pm 16,6$, BMI trung bình là $24,8 \pm 5,22$ kg/m², 100% có bệnh đồng mắc (điểm Charlson lần lượt là 33,3% Charlson 1, 47,9% Charlson 2, 14,6% Charlson 3, 4,2% Charlson 4).

BMI trung bình ở nhóm COSA thấp hơn nhóm ROSA có ý nghĩa thống kê ($23,5 \pm 4,57$ kg/m² so với $27,0 \pm 5,61$ kg/m², p = 0,032, 95% CI 0,311 – 6,694). Giữa hai nhóm không có khác biệt về trung bình giới tính, vòng cổ, điểm Mallampati, pO_2 thấp nhất.

COSA. Triệu chứng hô hấp mạn tính thường gặp nhất ở nhóm COSA là khó thở (100%) và ho (86,7%). Điểm mMRC trung bình là $2,83 \pm 0,75$.

Bệnh nhân có tiền sử điều trị thuốc hít gồm LABA/ICS (13,3%), LABA hoặc LAMA (63,3%). Giá trị %FVC trung bình là $80,73 \pm 18,01\%$, %FEV₁ trung bình là $60,07 \pm 23,09\%$, FEV₁/FVC trung bình là $0,59 \pm 0,20$. Tỷ lệ bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp COPD trung bình – nặng trong vòng 12 tháng là 53,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có đợt cấp COPD nhập viện là 86,7%.

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng hô hấp mạn tính, tiền sử dùng thuốc hít và chức năng hô hấp của nhóm COSA

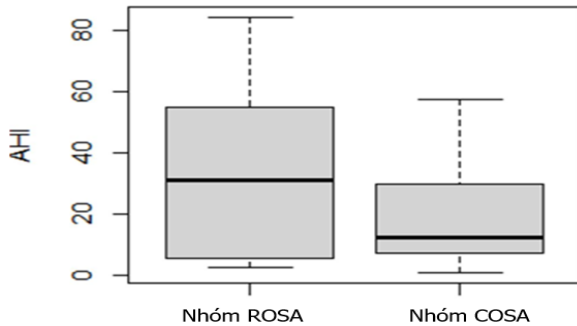
	Nhóm COSA (n=30) n (%) hoặc trung bình (độ lệch chuẩn)
Triệu chứng hô hấp mạn tính	
mMRC	2,83 (0,75)
Thuốc hít †	
ICS/LABA	4 (13,3%)
LABA or LAMA	19 (63,3%)
ICS/LABA/LAMA	3 (10%)
Chức năng hô hấp	
FEV ₁ % dự đoán	60,07 (23,09)
FEV ₁ /FVC	0,59 (0,2)

† Có sử dụng thuốc hô hấp dạng hít trong vòng 2 tuần trước khi tham gia nghiên cứu

3.3. AHI và mối tương quan với một số đặc điểm của bệnh nhân

3.3.1. AHI

Giá trị AHI trung bình ở hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($t = 2,0907$, $p = 0,04$, 95% CI: 0,202 – 28,655).



Hình 1. Giá trị AHI ở hai nhóm nghiên cứu

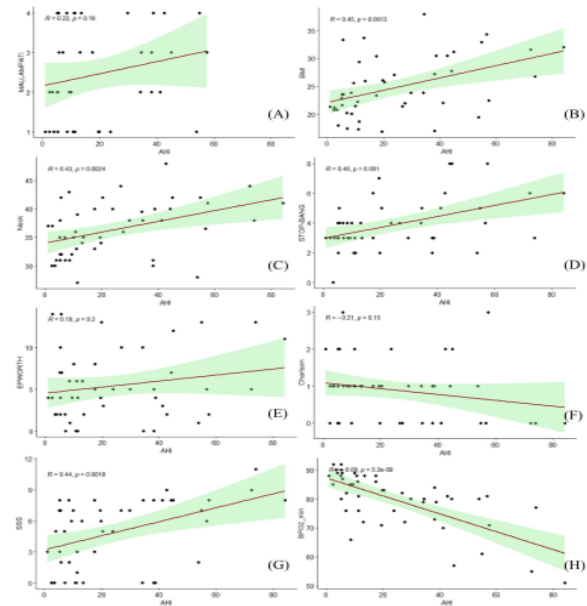
Tỷ lệ OSA mức độ trung bình – nặng ở nhóm COSA cao hơn nhóm ROSA (46,7% so với 22,2%).

Bảng 4. Mức độ nặng của OSA ở hai nhóm nghiên cứu

	Tổng (n=48)	Nhóm COSA (n=30)	Nhóm ROSA (n=18)
Bình thường n(%)	5 (10,4%)	3 (10%)	2 (11,1%)
OSA nhẹ (AHI = 5-<15) n(%)	25 (52,1%)	13 (43,3%)	12 (66,7%)

OSA trung bình-nặng (AHI ≥ 15) n(%)	18 (37,5%)	14 (46,7%)	4 (22,2%)
---	---------------	---------------	--------------

3.3.2. Mối tương quan giữa AHI và một số đặc điểm. AHI tương quan có ý nghĩa thống kê với BMI ($r = 0,45$, $p = 0,0013$), vòng cổ ($r = 0,43$, $p = 0,0024$), điểm STOP-Bang ($r = 0,46$, $p = 0,0001$), điểm ngày SSS ($r = 0,44$, $p = 0,0018$), spO₂ thấp nhất ($r = -0,69$, $p < 0,0001$). COPD là yếu tố nguy cơ của OSA (OR = 1,125).



Hình 2. Tương quan giữa AHI và một số đặc điểm

(A) Mallampati, (B) BMI, (C) Vòng cổ, (D) điểm STOP-BANG, (E) điểm Epworth, (F) điểm Charlson, (G) điểm ngày SSS, (H) spO₂ thấp nhất.

Bảng 5. Mối liên quan giữa OSA với bệnh đồng mắc

		BPTNMT		Bệnh tim mạch	
		Có	Không	Có	Không
OSA	Có	27	16	25	18
	Không	3	2	5	0
OR		1,125		-	
95% CI		0,169–7,469		-	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố tuổi, BMI, điểm buồn ngủ Epworth, điểm ngày SSS khác biệt giữa 2 nhóm COSA và ROSA. Mức độ nặng của ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ tương quan với BMI, vòng cổ, điểm STOP-BANG, điểm ngày SSS và spO₂ tối thiểu. Ngoài ra, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là yếu tố nguy cơ của ngưng thở tắc nghẽn mạn tính và nhóm COSA có nhiều bệnh đồng mắc hơn ROSA.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi và BMI là hai đặc điểm khác nhau đáng kể giữa nhóm COSA và nhóm ROSA. Ở nhóm COSA, chỉ số BMI thấp, phổ biến ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, và tuổi cao, là yếu tố bảo vệ người bệnh đối với ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có BMI thấp và tuổi cao trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của nghiên cứu ở người dân Hàn Quốc [2]. Chỉ số bệnh đồng mắc (Charlson) trong nghiên cứu của chúng tôi cao ở nhóm bệnh nhân COSA, phù hợp nghiên cứu của Lacedonia D và cộng sự [4]. Bệnh nhân COSA cũng có xu hướng mắc bệnh tim mạch kèm theo, có thể do tác động đồng thời của ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ và bệnh phổi tắc nghẽn khi ngủ vào cơ chế bệnh lý của một số bệnh tim mạch như quá trình viêm, hoạt động giao cảm quá mức, rối loạn chức năng nội mô và stress oxy hóa.

Về triệu chứng ngáy trong ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, khi ngưng thở tắc nghẽn càng nặng thì cường độ ngáy càng tăng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm COSA có điểm ngáy SSS thấp hơn so với nhóm ROSA. Sự khác biệt này có thể do đối tượng ở nhóm ROSA đến khám chủ yếu vì triệu chứng ngáy. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả điểm Epworth ở nhóm COSA thấp hơn nhóm ROSA có ý nghĩa thống kê. Điểm Epworth trong nghiên cứu của Venkateswaran và Tee của nhóm ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, nhóm ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, nhóm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính lần lượt là 11,39, 13,89 và 4,84 [8]. Điều này cho thấy điểm Epworth có thể là một yếu tố giúp phân biệt nhóm bệnh OSA có kèm BPTNMT.

Khó thở và ho là hai triệu chứng phổ biến ở nhóm COSA; đây cũng là triệu chứng thường gặp ở bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính cũng như ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Các yếu tố như thông khí kém, bất thường cấu trúc và chức năng của cơ vùng hầu họng, giảm ngưỡng kích thích có thể độc lập hoặc phối hợp đều có thể dẫn đến ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, và có thể làm tăng thêm ảnh hưởng trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Kết quả mMRC và chức năng hô hấp trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai [1]; tuy nhiên, kết quả FEV₁/FVC trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả AHI ở nhóm ROSA cao hơn nhóm COSA, điều này cũng gợi ý AHI là một chỉ số đặc trưng của ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ chứ không phải bệnh phổi tắc

nghe mạn tính [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, AHI tương quan với trọng lượng cơ thể, vòng cổ, điểm STOP-BANG, phù hợp với một số nghiên cứu khác [5,7]. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy điểm ngáy SSS có tương quan với mức độ AHI và khác biệt giữa hai nhóm. Như vậy, giữa các bảng điểm STOP-BANG, EPWORTH, SSS dùng sàng lọc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ thì nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm ngáy SSS phân biệt ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ có kèm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hoặc không kèm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và dự đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ tốt hơn; tuy nhiên, cần có nhiều nghiên cứu để làm rõ hơn vấn đề này.

V. KẾT LUẬN

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là tình trạng cần được tầm soát ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Một số yếu tố dùng để dự đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ gồm BMI, vòng cổ, điểm STOP-BANG, điểm ngáy SSS và spO₂ thấp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Xuân Vượng, Ngô Quý Châu, Vũ Văn Giáp.** Một số yếu tố nguy cơ mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện tại trung tâm hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam (2022) 519:275–8. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/download/3667/3368>
- Choi K-M, Thomas RJ, Kim J, Lee SK, Yoon DW, Shin C.** Overlap syndrome of COPD and OSA in Koreans. *Medicine* (2017) 96:e7241. doi: 10.1097/MD.0000000000007241
- Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, Kuhlmann DC, Mehra R, Ramar K, Harrod CG.** Clinical Practice Guideline for Diagnostic Testing for Adult Obstructive Sleep Apnea: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine* (2017) 13:479–504. doi: 10.5664/jcsm.6506
- Lacedonia D, Carpagnano GE, Patricelli G, Carone M, Gallo C, Caccavo I, Sabato R, Depalo A, Aliani M, Capozzolo A, et al.** Prevalence of comorbidities in patients with obstructive sleep apnea syndrome, overlap syndrome and obesity hypoventilation syndrome. *Clin Respir J* (2018) 12:1905–1911. doi: 10.1111/crj.12754
- Oshita H, Ito N, Senoo M, Funaishi K, Mitama Y, Okusaki K.** The STOP-Bang Test Is Useful for Predicting the Severity of Obstructive Sleep Apnea. *JMA J* (2020) 3:347–352. doi: 10.31662/jmaj.2020-0002
- Shawon MSR, Perret JL, Senaratna C v., Lodge C, Hamilton GS, Dharmage SC.** Current evidence on prevalence and clinical outcomes of co-morbid obstructive sleep apnea and chronic

obstructive pulmonary disease: A systematic review. *Sleep Med Rev* (2017) 32:58–68. doi: 10.1016/j.smrv.2016.02.007

7. **Tom C, Roy B, Vig R, Kang DW, Aysola RS, Woo MA, Harper RM, Kumar R.** Correlations Between Waist and Neck Circumferences and Obstructive Sleep Apnea Characteristics. *Sleep*

Vigil (2018) 2:111–118. doi: 10.1007/s41782-018-0041-1

8. **Venkateswaran S, Tee A.** Overlap syndrome between chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnoea in a Southeast Asian teaching hospital. *Singapore Med J* (2014) 55:488–492. doi: 10.11622/smedj.2014117.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH MÀY ĐAY MẠN TÍNH CẢM ỨNG

Ngô Thị Hồng Hạnh¹, Lê Văn Đức¹, Lê Huyền My²,
Lê Hữu Doanh^{1,2}, Vũ Hải Yến², Vũ Nguyệt Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh mày đay mạn tính cảm ứng (chronic inducible urticaria-CIndU). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên dữ liệu của 142 bệnh nhân được chẩn đoán xác định CIndU, tới khám tại bệnh viện Da liễu Trung Ương từ tháng 07/2021 tới 07/2022. **Kết quả:** Trong các thể lâm sàng của CIndU, chúng da vẽ nổi là thể bệnh phổ biến nhất, chiếm 46,5%, mày đay do choline đứng thứ hai, chiếm 38,7%, mày đay do lạnh chiếm 12,7% và các thể lâm sàng khác như mày đay do áp lực chàm, mày đay do rung,...chiếm 2,1%. Có 25,4% bệnh nhân CIndU đồng mắc mày đay mạn tính tự phát (chronic spontaneous urticaria-CSU). Tỷ lệ nam:nữ tương đương nhau với $p > 0,05$, lứa tuổi khởi phát nhiều nhất là 11-30 tuổi, chiếm 45,8% các trường hợp. Có 64,8% bệnh nhân có chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng nặng (Dermatology Life Quality Index-DLQI > 10). Giá trị trung bình của tất cả các chỉ số cận lâm sàng đều nằm trong giới hạn bình thường. **Kết luận:** Chúng da vẽ nổi là thể bệnh phổ biến nhất của CIndU, tiếp theo là mày đay do choline và mày đay do lạnh. Bệnh khởi phát sớm, ở độ tuổi khá trẻ, thường đồng mắc với CSU. CIndU ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Từ khóa: mày đay mạn tính cảm ứng, mày đay do choline, chất lượng cuộc sống, mày đay mạn tính tự phát, chúng da vẽ nổi

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC INDUCIBLE URTICARIA

Objectives: To study patients' clinical features and common laboratory characteristics with chronic inducible urticaria (chronic inducible urticaria-CIndU).

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Nguyệt Minh

Email: minhnguyet93@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

Subjects and methods: This was a cross-sectional descriptive study based on data from 142 patients with a confirmed diagnosis of CIndU, who visited the National Hospital of Dermatology and Venereology (NHDV) from July 2021 to July 2022. **Results:** A total of 142 patients were identified. Symptomatic dermographism (SD) was the most common form, accounting for 46.5% (n=66), followed by choline urticaria (n=55, 38.7%) and cold urticaria (n=18, 12.7%), respectively. Other forms of CIndU such as delayed pressure urticaria, vibratory urticaria,... accounted for 2.1% (n=3). 25.4% of patients had associated chronic spontaneous urticaria (chronic spontaneous urticaria-CSU). CIndU equally affected men and women with $p > 0,05$. The most common age of onset was in the 2nd and 3rd decade, accounting for 45.8% of cases. 64.8% of patients reported a severe impact on their quality of life (Dermatology Life Quality Index-DLQI > 10). The mean values of all laboratory parameters were within the normal range. **Conclusion:** SD was the most common form of CIndU, followed by choline urticaria and cold urticaria. The disease had an early onset at a relatively young age and often associated with CSU. CIndU seriously affects the quality of life of patients.

Keywords: Chronic inducible urticaria, chronic spontaneous urticaria, choline urticaria, symptomatic dermographism

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay là tình trạng bệnh lý thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau, đặc trưng bởi sự xuất hiện của sẩn phù hoặc phù mạch hoặc cả hai. Dựa trên thời gian diễn biến bệnh, mày đay được phân loại thành mày đay cấp tính và mày đay mạn tính. Mày đay mạn tính là mày đay mà triệu chứng sẩn phù hoặc phù mạch hoặc cả hai xuất hiện hàng ngày hoặc gần như hàng ngày trong thời gian trên 6 tuần. Dựa trên yếu tố gây khởi phát đặc hiệu, mày đay mạn tính lại được chia thành mày đay mạn tính tự phát (chronic spontaneous urticaria-CSU) và mày đay mạn tính cảm ứng (chronic inducible urticaria-CIndU).¹

Mày đay mạn tính cảm ứng đặc trưng bởi sự