

- glaucoma góc mở nguyên phát bằng máy Stratus OCT. Luận án chuyên khoa 2. ĐHYD TP HCM.
- Nguyễn Quốc Đạt.** Mối tương quan giữa độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc và tổn thương thị trường trên bệnh nhân glôcôm. Tổng hội Y học Việt Nam.
  - Association. B. C. a. B. S.** (2003). Retinal Nerve Fiber Layer Analysis for the Diagnosis and Management of Glaucoma (Vol. 18), USA
  - Bagga, H. & Greenfield, D. S.** (2004). "Quantitative assessment of structural damage in eyes with localized visual field abnormalitis" Am J Ophthalmol, 137, 797-805.
  - Kapetanakis VV, Chan MPY, Foster PJ, Cook DG, Owen CG, Rudnicka AR.** Global variations and time trends in the prevalence of primary open angle glaucoma (POAG): a systematic review and meta-analysis. Br J Ophthalmol. 2016;100(1):86-93. doi:10.1136/bjophthalmol-2015-307223
  - Weinreb RN, Khaw PT.** Primary open-angle glaucoma. Lancet. 2004;363(9422):1711-1720. doi:10.1016/S0140-6736(04)16257-0

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐO ĐA KÝ HÔ HẤP CỦA BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ TẠI KHOA HÔ HẤP - BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Nguyễn Văn Ngân<sup>1,2</sup>, Phùng Thị Thơm<sup>2</sup>,  
Ngô Quý Châu<sup>2</sup>, Chu Thị Hạnh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ là một rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ, đặc trưng bởi các cơn ngừng thở và giảm thở lặp đi lặp lại do tắc nghẽn đường hô hấp trên<sup>1</sup>. Bệnh nhân mắc hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời có yếu tố nguy cơ cao đối với rất nhiều bệnh lý tim mạch và thần kinh, chuyển hóa. Tại Việt Nam, hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây nhưng tỷ lệ chẩn đoán bệnh còn hạn chế do người bệnh rất khó tự phát hiện và thiếu các trang thiết bị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả đo đa ký hô hấp của bệnh nhân mắc hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ. **Đối tượng và Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 57 bệnh nhân mắc chứng ngừng thở khi ngủ phòng khám khoa Hô hấp - Bệnh viện Tâm Anh từ 3/2021 đến 2/2023. **Kết quả:** 1. Lâm sàng, cận lâm sàng: Triệu chứng ban đêm gặp nhiều nhất là ngáy to khi ngủ (93,0%), buồn ngủ ban ngày (33,3%), 89,5% thừa cân, béo phì. Vòng cổ trung bình:  $39,85 \pm 2,98$  cm, có sự khác biệt vòng cổ giữa hai giới ( $p < 0,05$ ). Khám và nội soi Tai mũi họng ( $n = 33$ ): Mallampati độ III - IV (66,7%), phù nề cuốn mũi chiếm 30,3%. Đo chức năng hô hấp ( $n = 29$ ): 17,2% hướng tới rối loạn thông khí hạn chế, 10,3% rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục. 2. Kết quả đo đa ký hô hấp: Chỉ số ngừng giảm thở trung bình là  $35,1 \pm 24,16$ , trong đó 77,2% số bệnh nhân có AHI từ trung bình - nặng. Nồng độ bão hòa oxy trong máu trung bình là  $92,56 \pm 2,78\%$ . Giá trị thấp nhất ghi nhận được của nồng độ bão hòa oxy máu rất thấp

47%. Tỷ lệ độ bão hòa oxy máu  $< 90\%$  là  $13,88 \pm 18,93\%$ . **Kết luận:** Ngáy ngáy và buồn ngủ ban ngày, thừa cân, béo phì, vòng cổ to, Mallampati độ 3- 4 là những triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân có ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ. Đo đa ký hô hấp là thăm dò hữu ích giúp chẩn đoán và phân mức độ nặng hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

**Từ khóa:** hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ, chỉ số ngừng thở - giảm thở, đa ký hô hấp.

### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURES, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND THE RESULTS OF RESPIRATORY POLYGRAPHY IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME AT RESPIRATORY OUTPATIENT CLINICS OF TAM ANH HOSPITAL

**Background:** Obstructive sleep apnea is a chronic respiratory disorder characterized by repeated episodes of apnea and hypopnea due to upper airway obstruction<sup>1</sup>. Patients with sleep apnea often have high risk for medical conditions such as hypertension, diabetes, fat metabolism disorders and coronary artery disease, heart failure. In Viet Nam, the prevalence of OSA has been increasing in recent years but there are many difficulties in diagnosing due to patients' lack of serious attention to symptoms, and poor devices. **Objective:** Describe clinical features, paraclinical characteristics and the results of respiratory polygraphy in patients with obstructive sleep apnea syndrome. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was carried 57 patients with obstructive sleep apnea syndrome at Tam Anh hospital from march, 2022 to february, 2023. **Results:** The most common nighttime symptom was loud snoring (93,0%), 33,3% of the patients had excessive daytime sleepiness, 89,5% of the patients had a body mass index  $\geq 23$  (kg/m<sup>2</sup>). Mean neck circumference:  $39,85 \pm 2,98$  cm. There was statistically significant difference of neck circumference between men and women ( $p < 0,05$ ).

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ngân

Email: nguyenvanngan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 7.8.2023

66,7% of patients had Mallampati grade III - IV (n=33). ENT endoscopy (n = 33): Nasal turbinate hypertrophy (30,3%). Spirometry: signs of restrictive ventilatory disorder (17,2%), obstructive ventilatory disorder (10,3%). An average apnea-hypopnea index (AHI) of  $35,1 \pm 24,16$  (n=57). 77,2% of patients have moderate to severe AHI. Average SpO<sub>2</sub>:  $92,56 \pm 2,78\%$ . Minimum pulse oximetry SpO<sub>2</sub>: 47%. Desaturation below 90%:  $13,88 \pm 18,93\%$ . **Conclusion:** Loud snoring, excessive daytime sleepiness, overweight, obesity, large neck circumference, grade 3-4 Mallampati are common signs and symptoms in patients with obstructive sleep apnea. Respiratory polygraphy is an useful tool in diagnosis and classification of the severity of OSA.

**Keywords:** obstructive sleep apnoea syndrome; apnoea-hypopnoea index; respiratory polygraphy.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là một rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ, được đặc trưng bởi sự xuất hiện các cơn ngưng thở và giảm thở lặp đi lặp lại do tắc nghẽn đường hô hấp trên trong khi ngủ mặc dù vẫn có gắng sức hô hấp<sup>1</sup>. Bệnh nhân mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ thường dẫn đến suy giảm nhận thức, giảm độ tập trung và trí nhớ, mệt mỏi, tăng nguy cơ xảy ra tai nạn giao thông, tai nạn lao động và có nguy cơ cao đối với rất nhiều bệnh lý tim mạch và thần kinh, chuyển hóa như suy tim, bệnh mạch vành, tăng huyết áp, tai biến mạch não, đái tháo đường typ 2. Chẩn đoán hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ dựa vào triệu chứng lâm sàng và kết quả đo đa kí giấc ngủ hoặc đa ký hô hấp<sup>2</sup>. Tại Việt Nam, hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây nhưng tỷ lệ chẩn đoán bệnh còn hạn chế. Bệnh nhân mắc 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, nhiều biến chứng. Nhằm tìm hiểu rõ hơn về hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ, góp phần chẩn đoán sớm và can thiệp điều trị kịp thời cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả đo đa ký hô hấp của bệnh nhân mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu.

Mô tả cắt ngang 57 bệnh nhân mắc chứng ngưng thở khi ngủ phòng khám khoa Hô hấp - Bệnh viện Tâm Anh từ 3/2021 đến 2/2023.

### 2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.

- Chưa từng điều trị ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ trước đây.

- Bệnh nhân được đo đa kí hô hấp với chỉ số AHI  $\geq 5$ .

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

### 2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân rối loạn tâm thần không hợp tác.

- Bệnh nhân đang bị bệnh cấp tính, đợt cấp của các bệnh mạn tính, bệnh nhân suy hô hấp, suy tuần hoàn...

- Bệnh nhân có triệu chứng ngưng thở do các nguyên nhân khác như: chấn thương sọ não, dùng thuốc.

**2.4. Phương pháp nghiên cứu.** Mô tả cắt ngang

**2.5. Xử lý số liệu.** Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 57)**

Biến số	n	%
<b>Tuổi (n = 57)</b>		
< 30	3	5,3
30 – 40	13	22,8
40 – 50	13	22,8
50 – 60	9	15,8
$\geq 60$	19	33,3
Tuổi trung bình ( $X \pm SD$ )	$50,8 \pm 15,8$	
<b>Giới (n = 57)</b>		
Nam	48	84,2
Nữ	8	15,8
<b>Tiền sử và bệnh kèm theo (n = 57)</b>		
Tiền sử hút thuốc lá	30	52,6
Tiền sử uống rượu	29	50,9
Tăng huyết áp	28	49,1
Rối loạn mỡ máu	28	49,1
Đái tháo đường typ 2	10	17,5
Rối loạn nhịp tim	03	5,3
Nhồi máu cơ tim	01	1,8
Tai biến mạch não	01	1,8

**Nhận xét:** Nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm tỉ lệ cao nhất (33,3%). Tỉ lệ nam cao gấp hơn 5 lần so với nữ. Bệnh kèm theo gặp nhiều nhất là tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu (49,1%). Tiền sử hút thuốc lá 52,6%, uống rượu 50,9%.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

#### 3.2.1. Triệu chứng lâm sàng

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng (n = 57)**

Các triệu chứng	n	Tỷ lệ
<b>Triệu chứng ban đêm</b>		
Ngáy to	53	93,0
Thức giấc thường xuyên	30	52,6

Cơn ngừng thở được chứng kiến	28	49,1
Tiểu đêm nhiều lần	21	36,8
<b>Triệu chứng ban ngày</b>		
Buồn ngủ ban ngày (Epworth >10 điểm)	19	33,3
Đau đầu buổi sáng	9	15,8

**Nhận xét:** Triệu chứng ban đêm chiếm tỉ lệ cao nhất là ngáy to khi ngủ (93,0%). Triệu chứng ban ngày có tỉ lệ cao là buồn ngủ ban ngày (33,3%).

**3.2.2. Chỉ số khối cơ thể**

**Bảng 3. Kết quả chỉ số khối cơ thể (n = 57)**

Chỉ số khối (BMI)	Nam (n,%)	Nữ (n,%)	Cả hai giới (n,%)
Thiếu cân (<18,5)	1 (1,7)	0 (0)	1 (1,7)
Bình thường (18,5-22,9)	3 (5,3)	2 (3,5)	5 (8,8)
Thừa cân (23 – 27,4)	23(40,4)	5(8,8)	28(49,1)
Béo phì (≥27,5)	21(36,8)	2 (3,5)	23(40,4)
Tổng số	48(84,2)	9(15,8)	57(100)
<b>X̄ ± SD</b>	26,54 ±2,95	26,6 ±3,7	26,48 ±3,05

**Nhận xét:** Chỉ số khối trung bình của nhóm nghiên cứu là 26,48 ± 3,05. Có 89,5% bệnh nhân thừa cân, béo phì.

**3.2.3. Chu vi vòng cổ**

**Bảng 4. Chu vi vòng cổ (n = 57)**

Chu vi vòng cổ	Nam	Nữ	Cả hai giới
Giá trị nhỏ nhất (cm)	34	32	32
Giá trị lớn nhất (cm)	46	44	46
<b>X̄ ± SD</b>	40,27 ± 2,47	37,61 ±4,46	39,85±2,98
p	< 0,05		

**Nhận xét:** Vòng cổ trung bình của nhóm nghiên cứu: 39,85 ± 2,98. Có sự khác biệt vòng cổ giữa hai giới (p < 0,05).

**3.2.4. Khám và nội soi Tai – mũi - họng**

**Bảng 5. Các bất thường Tai – mũi - họng hay gặp (n = 33)**

Cơ ngừng thở được chứng kiến	28	49,1
Tiểu đêm nhiều lần	21	36,8
<b>Triệu chứng ban ngày</b>		
Buồn ngủ ban ngày (Epworth >10 điểm)	19	33,3
Đau đầu buổi sáng	9	15,8

Bất thường tai mũi họng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Mallampati độ III – IV	22	66,7
Phù nề cuốn mũi	10	30,3
Amydal quá phát	5	15,2
Polyp mũi xoang	0	0
Veo vách ngăn mũi	3	9,1

**Nhận xét:** Các bất thường hàm mặt gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là phù nề cuốn mũi chiếm 30,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có Mallampati độ III – IV là 66,7%.

**3.2.5. Kết quả đo chức năng hô hấp**

**Bảng 6. Kết quả đo chức năng hô hấp (n = 29)**

Chức năng hô hấp	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Bình thường	26	72,5
Theo dõi RLTK hạn chế	05	17,2
RLTK tắc nghẽn không hồi phục	03	10,3

**Nhận xét:** 10,3% bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục, 17,2% theo dõi RLTK hạn chế.

**3.3. Kết quả đo đa ký hô hấp**

**3.3.1. Chỉ số ngừng, giảm thở**

**Bảng 7. Chỉ số ngừng, giảm thở theo giới tính (n = 57)**

Chỉ số AHI	Nam	Nữ	Cả hai giới
Giá trị lớn nhất	105,4	72,9	105,4
Giá trị nhỏ nhất	6,9	6,7	6,7
<b>X ± SD</b>	35,81 ± 24,34	31,29 ± 24,20	35,1±24,16
p	p > 0,05		

**Nhận xét:** Chỉ số ngừng giảm thở trung bình của nhóm nghiên cứu là 35,1 ± 24,16 và sự khác biệt giữa 2 giới không có ý nghĩa thống kê p > 0,05.

**3.2. Mức độ nặng của hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ**

**Bảng 3.2. Phân bố nhóm bệnh nhân theo mức độ nặng (n = 57)**

Mức độ	Nam		Nữ		Tổng	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Nhẹ (AHI: 5 - 14)	11	19,3	02	3,5	13	22,8
Trung bình (AHI: 15 - 29)	13	22,8	04	7,0	17	29,8
Nặng (AHI ≥ 30)	24	42,1	03	5,3	27	47,4
<b>Tổng số</b>	<b>48</b>	<b>84,2</b>	<b>09</b>	<b>15,8</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Số bệnh nhân ngừng thở khi ngủ mức độ trung bình - nặng chiếm tỉ lệ cao: 77,2%.

**3.3. Độ bão hòa oxy trong máu**

**Bảng 3.3. Độ bão hòa oxy trong máu (n= 57)**

Chỉ số	Giá trị thấp nhất	Giá trị cao nhất	X̄ ± SD
Độ bão hòa oxy máu trung bình	83	97	92,56 ± 2,78
Độ bão hòa oxy máu thấp nhất	47	90	75,54 ± 10,1
% thời gian độ bão hòa oxy máu <90%	0	74,6	13,88 ± 18,93

**Nhận xét:** Nồng độ bão hòa oxy trong máu trung bình là  $92,56 \pm 2,78\%$ . Giá trị thấp nhất ghi nhận được của nồng độ bão hòa oxy máu rất thấp 47%. Tỷ lệ độ bão hòa oxy máu  $< 90\%$  là  $13,88 \pm 18,93\%$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.** Nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu chiếm 33,3%. Tuổi cao đi kèm với tăng khả năng xẹp đường hô hấp trong khi ngủ do cấu trúc đường thở bị biến đổi theo thời gian, tăng quá trình lắng đọng bứơu mỡ vùng quanh huyết áp và rối loạn mỡ máu (49,1%). Kết quả này phù hợp với tỉ lệ mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân tăng huyết áp được xác định khoảng 30% đến 50%<sup>3</sup>. Cơ chế gây rối loạn mỡ máu ở bệnh nhân mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là do tình trạng thiếu oxy mạn tính trong khi ngủ, dẫn đến rối loạn tổng hợp các enzyme sản xuất lipoprotein ở gan, từ đó gây ra rối loạn lipid máu. Tiền sử hút thuốc lá 52,6%, uống rượu 50,9%. Thuốc lá gây viêm đường thở và chứa nicotine có tác dụng làm liệt phản xạ thần kinh và giãn cơ hầu họng gây hẹp đường thở. Uống rượu làm đường thở dễ bị xẹp, kéo dài thời gian các cơn ngưng, giảm thở, nặng thêm tình trạng giảm độ bão hòa oxy máu trong khi ngủ ở các bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.** BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là  $26,48 \pm 3,05$ . Có 89,5% bệnh nhân thừa cân, béo phì. Điều này phù hợp với một số nghiên cứu cho thấy những người có BMI vượt chuẩn có nguy cơ mắc ngưng thở khi ngủ cao hơn bình thường. Nghiên cứu Sergio Tufik (2010)<sup>4</sup>: 71,7% nam và 89,3% thừa cân, béo phì. Vòng cổ trung bình của bệnh nhân nam là  $40,16 \pm 2,51$  cm cao hơn bệnh nhân nữ là  $35,83 \pm 2,29$  cm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Cơ chế bệnh nhân nam có vòng cổ lớn là do có sự lắng đọng mỡ quanh hầu nhiều, làm tăng tổ chức phần mềm của hầu làm tăng kích thước cổ. Nhiều nghiên cứu trên thế giới khẳng định chu vi vòng cổ là một yếu tố nguy cơ độc lập, có mối tương quan chặt chẽ với hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

Số bệnh nhân trong nghiên cứu có điểm Epworth  $> 10$  chiếm 33,3%, trong đó có 5 bệnh nhân có điểm Epworth  $> 15$  tương ứng với buồn ngủ ban ngày quá mức. Có 15,8% bệnh nhân có biểu hiện đau đầu buổi sáng. Triệu chứng ban đêm gặp nhiều nhất là ngáy to khi ngủ chiếm 93,0%, và thức giấc nhiều lần trong đêm chiếm

52,6% số bệnh nhân nghiên cứu. Các nghiên cứu cộng đồng ước tính có khoảng 8% - 30% dân số có triệu chứng buồn ngủ ban ngày quá mức. Các nghiên cứu tại phòng khám giấc ngủ ghi nhận khoảng 50% bệnh nhân buồn ngủ quá mức ban ngày. Theo khuyến cáo của Hội Lồng ngực Hoa Kỳ<sup>2</sup>, triệu chứng buồn ngủ ban ngày là dấu hiệu để chỉ định đo đa ký hô hấp. Triệu chứng ngủ ngáy to là triệu chứng hay gặp nhất trong hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Triệu chứng này có độ nhạy cao 79 - 97% nhưng độ đặc hiệu thấp 27 - 46%.

Hẹp đường thở trên đóng một vai trò quan trọng trong sinh lý bệnh của hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Việc thăm khám lâm sàng và nội soi tai mũi họng giúp đánh giá mức độ thông thoáng của đường thở trên và phát những bất thường khác kèm theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có Mallampati độ III - IV chiếm 66,7%. Như vậy đa số bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ đều có tình trạng hẹp đường thở vùng hầu miệng. Adriane (2015)<sup>5</sup> ghi nhận có 78,8% bệnh nhân OSA được phân độ Mallampati độ III - IV. Về kết quả đo chức năng thông khí, trong 29 bệnh nhân được đo chức năng hô hấp, có 3 bệnh nhân (10,3%) rối loạn thông khí tắc nghẽn không hồi phục. Đây là hội chứng chổng lấp ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Hội chứng này làm tăng nguy cơ gây suy hô hấp và nguy cơ tử vong cao hơn. Do đó khi một bệnh nhân được nghi ngờ mắc hội chứng chổng lấp, cần thiết phải chẩn đoán xác định để điều trị kịp thời.

#### 4.3. Kết quả đo đa ký hô hấp

Chỉ số ngưng thở - giảm thở (AHI) trung bình của nhóm nghiên cứu là  $35,1 \pm 24,16$ , nam:  $35,81 \pm 24,34$  và nữ:  $31,29 \pm 24,20$  và không có sự khác biệt giữa 2 giới. Kết quả này cao hơn trong nghiên cứu của Forcelini<sup>6</sup>:  $n = 471$ , AHI: nam: 29,7 [18.1-47.8], nữ: 21,9 [11.5-36.1] có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn ( $n = 57$ ). Chỉ số ngưng thở, giảm thở được tính bằng số sự kiện hô hấp có tính chất tắc nghẽn trong 1 giờ ngủ, AHI trên 5 là điều kiện cần để chẩn đoán mắc ngưng thở khi ngủ. Dựa vào AHI, bệnh nhân được phân chia làm 3 nhóm nhẹ, trung bình và nặng. Kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân mắc ngưng thở khi ngủ mức độ trung bình - nặng chiếm 77,2% tương tự nghiên cứu của Pinto năm 2016 tỷ lệ bệnh nhân mắc ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn mức độ trung bình - nặng là 84%<sup>7</sup>.

Kết quả thu được của chúng tôi về nồng độ oxy bão hòa trong máu trung bình là  $92,56 \pm$

2,78, nồng độ oxy bão hòa oxy máu thấp nhất là  $75,54 \pm 10,1$  (%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình và cộng sự (2012), tác giả ghi nhận độ bão hòa oxy máu thấp nhất là  $79,65 \pm 8,28$  (%), điều này là do tỉ lệ bệnh nhân mắc hội chứng mức độ nặng trong nghiên cứu của chúng tôi tới 47,4%, trong khi Nguyễn Thanh Bình và cộng sự (2012) ghi nhận tỉ lệ này là 38,3%<sup>8</sup>. Độ bão hòa oxy máu là một thông số rất quan trọng trong đánh giá mức độ nặng của hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ vì rất nhiều bệnh nhân có chỉ số ngừng, giảm thở như nhau nhưng mức độ giảm độ bão hòa oxy máu lại rất khác nhau. Tỉ lệ thời gian có độ bão hòa oxy máu dưới 90% (T90) một chỉ số đáng tin cậy được nhiều tác giả sử dụng để đánh giá mức độ nặng của hội chứng ngừng thở khi ngủ. Thời gian T90 được xác định bằng tỉ lệ thời gian bệnh nhân ngủ có độ bão hòa oxy máu dưới 90% chia cho tổng thời gian ngủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian T90 trung bình:  $13,88 \pm 18,93\%$ . T90 > 20 % có liên quan đến mức độ nặng của hội chứng ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ, T90 càng tăng thì ngừng thở càng nặng.

## V. KẾT LUẬN

Ngủ ngáy và buồn ngủ ban ngày, thừa cân, béo phì, vòng cổ to, Mallampati độ 3- 4 là những triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân có ngừng thở tắc nghẽn khi ngủ. Đo đa ký hô hấp là thăm dò hữu ích giúp chẩn đoán và phân mức độ nặng

hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eckert DJ, Malhotra A.** Pathophysiology of adult obstructive sleep apnea. Proc Am Thorac Soc. 2008;5(2):144-153.
2. **Ito E, Inoue Y.** [The International Classification of Sleep Disorders, third edition. American Academy of Sleep Medicine. Includes bibliographies and index]. Nihon Rinsho. 2015;73(6):916-923.
3. **Silverberg DS, Oksenberg A.** Are sleep-related breathing disorders important contributing factors to the production of essential hypertension? Current hypertension reports. 2001;3(3):209-215.
4. **Tufik S, Santos-Silva R, Taddei JA, Bittencourt LR.** Obstructive sleep apnea syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. Sleep medicine. 2010;11(5):441-446.
5. **Zonato AI, Martinho FL, Bittencourt LR, de Oliveira Camponês Brasil O, Gregório LC, Tufik S.** Head and neck physical examination: comparison between nonapneic and obstructive sleep apnea patients. The Laryngoscope. 2005;115(6):1030-1034.
6. **Forcelini CM, Buligon CM, Costa GJK, et al.** Age-dependent influence of gender on symptoms of obstructive sleep apnea in adults. Sleep science (Sao Paulo, Brazil). 2019;12(3):132-137.
7. **Pinto JA, Ribeiro DK, Cavallini AF, Duarte C, Freitas GS.** Comorbidities Associated with Obstructive Sleep Apnea: a Retrospective Study. International archives of otorhinolaryngology. 2016;20(2):145-150.
8. **Nguyễn Thanh Bình.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đa ký giấc ngủ và hiệu quả của thở áp lực dương liên tục trong điều trị hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU NÃO CẤP TRONG GIAI ĐOẠN TỪ 3 ĐẾN 4,5 GIỜ BẰNG THUỐC TIÊU HUYẾT KHỐI ALTEPLASE LIỀU THẤP

Trần Văn Sóng<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Hà<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đột quỵ não được coi là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị nhồi máu não cấp giai đoạn từ 3 đến 4,5 giờ bằng thuốc tiêu huyết khối Alteplase liều thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên

cứu theo dõi dọc, tiến cứu, không nhóm chứng trên 105 bệnh nhân nhồi máu não cấp tại bệnh viện nhân dân 115, từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2022. **Kết quả:** Điểm NIHSS trung bình sau tiêm Alteplase 24 giờ giảm trên 5 điểm và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với  $p < 0,05$ . Tuy nhiên, điểm NIHSS từ thời điểm sau tiêm 1 giờ cho đến 24 giờ giảm không đáng kể, chỉ gần 1 điểm. Khi xuất viện, điểm NIHSS tiếp tục giảm thêm trung bình gần 0,2 điểm. Theo phân độ Mori, tỉ lệ không tái thông (vẫn tắc hoàn toàn) trong nghiên cứu chiếm 39,0%, tái thông tối thiểu 7,6%, tái thông mức trung bình là 10,5% và tái thông hoàn toàn là 15,2%. Tỉ lệ bệnh nhân phục hồi tốt, các hoạt động hàng ngày độc lập hoàn toàn (mRS từ 0 đến 1) đạt 58,1%. Mức tàn tật trung bình (mRS từ 2 đến 3), tức phải phụ thuộc một phần vào người chăm sóc, chiếm 31,4%. Số bệnh nhân tử vong trong vòng 3 tháng, đa

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân 115

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hà

Email: nhha@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023