

nền, cần điều chỉnh ổn định trước và sau phẫu thuật; đồng thời việc phục hồi chức năng sau phẫu thuật với nhóm người bệnh cao tuổi cần nhiều thời gian hơn so với người bệnh trẻ tuổi và cần thời gian hướng dẫn cho người nhà người bệnh chế độ chăm sóc phù hợp cho mỗi người bệnh, đặc biệt là chế độ vận động.

## V. KẾT LUẬN

Gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi là một chấn thương nghiêm trọng, đi kèm nhiều biến chứng và tỉ lệ tử vong cao. Phương pháp thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng là một lựa chọn tốt với những người bệnh gãy liên mấu chuyển xương đùi không vững có độ tuổi >70 kèm tình trạng loãng xương và nhiều bệnh nền phối hợp.

Nghiên cứu cho kết quả khả quan, cần được tiếp tục đánh giá với số lượng người bệnh lớn hơn và thời gian theo dõi xa hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Hồng Thiên Khanh và cs** (2008). Thay chỏm lưỡnng cực và kết hợp xương vùng mấu chuyển điều trị gãy liên mấu chuyển không vững trên bệnh nhân lớn tuổi. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 12(1):281-284.
2. **Nguyễn Mạnh Khánh** (2012). Thay khớp bán phần ở bệnh nhân gãy liên mấu chuyển không vững. Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, 1:35-38.

3. **Nguyễn Mạnh Linh** (2020), Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không xi măng điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở BN trên 80 tuổi, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Ngô Hoàng Viễn** (2016), "Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở BN lớn tuổi bằng phẫu thuật thay khớp háng lưỡnng cực chuỗi dài tại BV Thống nhất", Y Học TP. Hồ Chí Minh. 6, tr. 82-85.
5. **Vũ Văn Khoa, Nguyễn Ngọc Hân** (2021), "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần không cimente điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi người cao tuổi tại bệnh viện Việt Đức năm 2017-2020", Tạp chí y học Việt Nam. 501, tr. 124-127
6. **Khazi Syed Asif Hussain** (2022), "Influence of Risk Factors and Comorbidities on Postoperative Complications and Outcomes after Hip Fracture Surgery in the Elderly ", J Orthop Spine Trauma. 8(4), tr. 118-124.
7. **Shekhar Malve** (2022), "Primary cementless bipolar long stem hemiarthroplasty for unstable osteoporotic intertrochanteric fracture in the elderly patients", International Journal of Orthopaedics Sciences tr. 262-266.
8. **Gaski GE, Scully SP**. In brief: classifications in brief: Vancouver classification of postoperative periprosthetic femur fractures. Clin Orthop Relat Res. 2011;469(5):1507-1510.
9. **Green S., Moore T., Proano F.** (1987). Bipolar prosthetic replacement for the management of unstable intertrochanteric hip fractures in the elderly. Clin Orthop, 224:167 - 177.
10. **Philip C Noble** (1988), The anatomic basic of femoral component design, tr 157-157.

# CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH MẮC BỆNH ĐỘNG KINH

Trần Văn Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hương<sup>2,3</sup>, Nguyễn Thế Anh<sup>2,4</sup>,  
Mai Đức Thảo<sup>1</sup>, Bùi Thị Thu Hà<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

Ở Việt Nam trong những năm gần đây, bệnh động kinh ngày càng được các bác sĩ lâm sàng quan tâm nhiều hơn tuy nhiên các nghiên cứu về rối loạn giấc ngủ trên bệnh nhân động kinh còn nhiều hạn chế. Với mục đích xác định điểm chất lượng giấc ngủ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh nhằm

nâng cao kết quả điều trị, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh" với 2 mục tiêu nghiên cứu. Nghiên cứu cho thấy điểm PSQI ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh là  $6,54 \pm 4,35$ , thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 17 điểm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với điểm PSQI ở nhóm chứng ( $5,57 \pm 2,42$ ) với  $p = 0,062 > 0,05$ . Phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở người bệnh động kinh bao gồm người bệnh có lo âu ( $p=0,000$ ), trầm cảm ( $p=0,000$ ), sự tuân thủ điều trị ( $p=0,014$ ) và tình trạng hôn nhân ( $p=0,047$ ). **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết luận:** điểm PSQI ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh là  $6,54 \pm 4,35$ , các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ bao gồm lo âu, trầm cảm, sự tuân thủ điều trị và tình trạng hôn nhân. **Từ khóa:** động kinh, chất lượng giấc ngủ, PSQI.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Đức

Email: jackphoto92@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023

**SUMMARY****SLEEP QUALITY AND RELATED FACTORS IN ADULT PATIENTS WITH EPILEPSY**

In recent years, epilepsy has drawn attention of attending physicians, especially neurologists, in Vietnam. However, there are restricted researchs about sleep quality in adult patients are diagnosed with epilepsy. To calculate the PSQI score on those patients and identify related factors affecting directly to sleep quality which contribute to enhancing health care quality, we investigated this study named: "Sleep quality and related factors in adult patients with epilepsy" with two objects. The result showed the PSQI score in study group was  $6,54 \pm 4,35$ , with scores fluctuated from 0 to 17, and the figure in placebo group was  $5,57 \pm 2,42$ . Those number indicated no stastically significant difference between two groups. Multivariate regression analysis revealed several factors influenced sleep quality, including anxiety, depression, marital status and treatment adherence. **Research methodology:** a discriptive cross-sectional study. **Conclusion:** the PSQI score in study group was  $6,54 \pm 4,35$ , factors influenced sleep quality including stress, anxiety, marital status and treatment adherence.

**Keywords:** epilepsy, sleep quality, PSQI.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Động kinh một bệnh não mạn tính do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra với bệnh cảnh lâm sàng rất phức tạp và đa dạng, chiếm khoảng một phần tư trong tổng số bệnh lý thần kinh. Ở Việt Nam, tùy theo từng nghiên cứu, tỷ lệ mắc động kinh dao động từ 0,45% - 0,54%<sup>1</sup>. Bên cạnh trực tiếp ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân thậm chí có thể gây tử vong, động kinh còn để lại nhiều hậu quả nặng nề về kinh tế.

Ngủ là một hiện tượng sinh học hoạt động theo chu kỳ và cần thiết cho sự tồn tại. Nó chiếm một phần ba thời gian sống của con người và là một quá trình sinh lý quan trọng của não bộ. Rối loạn giấc ngủ gây ảnh hưởng tới sức khỏe thể chất, trí tuệ, làm giảm chất lượng cuộc sống, chức năng nhận thức và cảm xúc của những người bị động kinh. Mỗi quan hệ giữa giấc ngủ và bệnh động kinh là hai chiều. Rối loạn giấc ngủ kèm theo thiếu ngủ có thể làm tăng tần suất co giật. Ngược lại, co giật về đêm, tác dụng phụ của thuốc chống động kinh (AED) và các vấn đề tâm lý liên quan đến động kinh có thể ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ. Các nghiên cứu đã cho thấy nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân động kinh, bao gồm tiền sử trầm cảm và lo lắng, có cơn co giật trong một tuần trước, kiểm soát cơn động kinh kém và sử dụng nhiều loại thuốc, là nữ giới và không tuân thủ điều trị<sup>2</sup>.

Với mục đích xác định điểm chất lượng giấc ngủ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh nhằm nâng cao kết quả điều trị, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh, chúng tôi đã tiến hành đề tài: "*Chất lượng giấc ngủ ở người trưởng thành mắc động kinh*" với 2 mục tiêu nghiên cứu: Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Xác định điểm chất lượng giấc ngủ ở người trưởng thành mắc động kinh bằng thang điểm PSQI.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở người trưởng thành mắc động kinh.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1. Đối tượng nghiên cứu****Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là động kinh dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của ILAE 2014.

- Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu có chức năng nhận thức bình thường, điểm MMSE  $\geq 24$ .

**Tiêu chuẩn loại trừ**

- Động kinh do các nguyên nhân cấp tính như: tai biến mạch máu não giai đoạn cấp, viêm não, áp xe não, chấn thương sọ não, ngộ độc, rối loạn chuyển hoá.

- Các trường hợp khiếm khuyết về giác quan, không biết đọc biết viết.

- Nghiện ma túy và/hoặc nghiện rượu.

- Các trường hợp không hợp tác khám bệnh và trong khi làm trắc nghiệm.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.**

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 8/2022 tới tháng 7/2023 tại Trung tâm Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai.

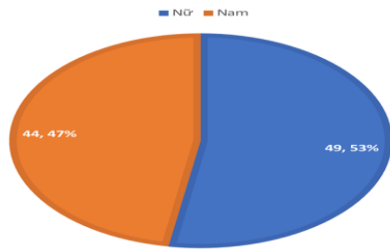
**2.3. Thiết kế nghiên cứu, chọn mẫu.**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện

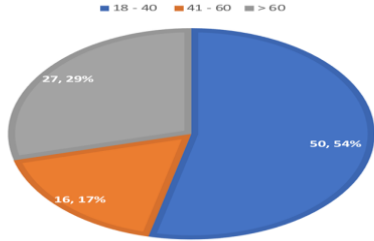
**2.4. Phương pháp xử lý số liệu.** Dựa vào mẫu bệnh án nghiên cứu và thang điểm PSQI được đính kèm trong phụ lục, sử dụng phần mềm SPSS 26.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****3.1. Chất lượng giấc ngủ ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh****3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học****Bảng 1. Tình trạng hôn nhân**

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	24	25,8
	Kết hôn	66	71
	Li dị, Góa	3	3,2
<b>Tổng</b>		<b>93</b>	<b>100</b>



Hình 1. Phân bố theo giới tính



Hình 2. Phân bố theo độ tuổi  
Bảng 2. Trình độ học vấn

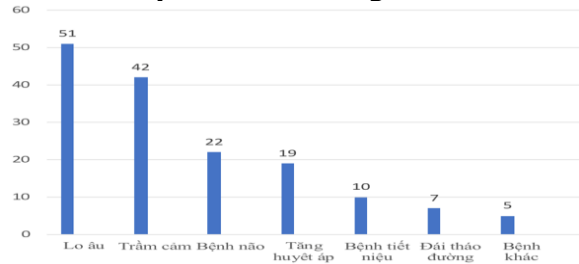
Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Trình Độ học vấn	Không đi học	8, 8,6
	Giáo dục phổ thông	50, 53,7
	Trung cấp – Cao đẳng – Đại học	34, 36,6
	Sau đại học	1, 1,1
<b>Tổng</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Bảng 3. Tình trạng nghề nghiệp

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tình trạng nghề nghiệp	Lao động phổ thông	36, 38,7
	Lao động trí óc	31, 33,3
	Hưu trí	18, 19,4
	Thất nghiệp	8, 8,6
<b>Tổng</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** số lượng người bệnh là nữ giới chiếm 53%, nhiều hơn so với nam giới. Độ tuổi gặp nhiều nhất là từ 18 đến 40 tuổi, có 50 bệnh nhân chiếm 54% thuộc nhóm này. Đa số người bệnh đã kết hôn với 66 bệnh nhân, chiếm 71%. Trình độ học vấn nhiều nhất rơi vào nhóm giáo dục phổ thông với 53,7%. Đa số người bệnh thuộc nhóm lao động phổ thông (38,7%) hoặc lao động trí óc (36,6%).

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng



Hình 3. Các bệnh đồng mắc

Bảng 4. Phân bố theo độ tuổi khởi phát

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi khởi phát	< 18	21, 22,6
	18-40	35, 37,6
	41-60	17, 18,3
	≥ 61	20, 21,5
<b>Tổng</b>	<b>93</b>	<b>100</b>
Tuổi khởi phát trung bình: 37,08 ± 21,75		
Thấp nhất – Cao nhất: 1-84		

Bảng 5. Số lượng sử dụng một số loại AED

Đặc điểm	Tần số	%
Tuân thủ điều trị	47	50,5
Không Tuân thủ điều trị	46	49,5
<b>Tổng số</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Bảng 6. Số lượng AED sử dụng

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ %
Một số AED sử dụng	Một AED	66, 71
	Hai AEA	23, 24,7
	Nhiều hơn hai AED	4, 4,3
<b>Tổng</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Bảng 7. Tình trạng tuân thủ điều trị

Biến số	Số lượng	Tỷ lệ %
Loại thuốc	Carbamazepine	29, 31,2
	Levetiracetam	45, 46,2
	Natri Valproic	45, 14
	khác	16, 17,2

Bảng 8. Thời gian bị bệnh

Thời gian bị bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Dưới 1 năm	19	20,4
Từ 1 đến dưới 5 năm	43	46,2
Từ 5 đến dưới 10 năm	13	14
Trên 10 năm	18	19,4
<b>Tổng</b>	<b>93</b>	<b>100</b>

Thời gia mắc bệnh trung bình (X ± SD) t

**Nhận xét:** Trầm cảm và lo âu là hai bệnh đồng mắc nhiều nhất trên người bệnh động kinh với cơ sở lần lượt là 43 và 51 bệnh nhân. Nhóm tuổi khởi phát nhiều nhất là từ 18 đến 40 tuổi với 37,6% bệnh nhân thuộc nhóm này. Số lượng bệnh nhân tuân thủ và không tuân thủ điều trị là ngang nhau, lần lượt chiếm 50,5 và 49,5% tổng số bệnh nhân. Đa số bệnh nhân, chiếm 71%, chỉ dùng 1 loại AED. Tỷ lệ bệnh nhân dùng Carbamazepine, Levetiracetam và Natri Valproic lần lượt là 31,2, 46,2 và 14%. Đa số bệnh nhân, chiếm 46,2% có thời gian mắc bệnh từ 1 đến dưới 5 năm.

3.1.3. Điểm PSQI

Bảng 9. Điểm PSQI nhóm bệnh và nhóm chứng

Đặc điểm	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	P
Điểm Trung bình	6,54±4,35	5,57±2,42	0,062

PSQI	Cao nhất	17		11		
	Thấp nhất	0		0		
Phân loại điểm PSQI	Chất lượng giấc ngủ tốt (PSQI $\leq 5$ )	40	43%	51	54,8%	0,107
	Chất lượng giấc ngủ kém (PSQI $> 5$ )	53	57%	42	45,2%	

**Nhận xét:** điểm PSQI ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh là  $6,54 \pm 4,35$ , khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với điểm PSQI ở nhóm chứng ( $5,57 \pm 2,42$ ) với  $p = 0,062 > 0,05$

### 3.2. Các yếu tố tác động đến chất lượng giấc ngủ ở người bệnh động kinh

**Bảng 10. Các yếu tố tác động đến chất lượng giấc ngủ**

Yếu tố	P	P (ANOVA)	R <sup>2</sup> hiệu chỉnh
Trầm cảm	0,000	0,000	0,391
Lo âu	0,000		
Tuần thủ điều trị	0,014		
Tình trạng hôn nhân	0,047		

**Nhận xét:** Sử dụng mô hình hồi quy đa biến cho các biến độc lập có liên quan đến chất lượng giấc ngủ kém ở bệnh nhân động kinh bao gồm trầm cảm, lo âu, tuân thủ điều trị và tình trạng hôn nhân.

## IV. BÀN LUẬN

Khi so sánh điểm PSQI trung bình, nhóm bệnh nhân động kinh có điểm là  $6,54 \pm 4,35$ , trong đó bệnh nhân có điểm cao nhất là 17 điểm và thấp nhất là 0 điểm. Kết quả này của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu của Leite Neves (2015)<sup>3</sup> trung bình  $6,62 \pm 4,3$ , Nai Ching Chen (2011)<sup>4</sup> trung bình  $6,5 \pm 3,8$ , thấp hơn của Anna Staniszewska (2017)<sup>5</sup> trung bình  $9 \pm 2$  và cao hơn của Hee Jin Im (2016)<sup>6</sup> trung bình  $5,5 \pm 3,2$ .

Đối với nhóm chứng, điểm PSQI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $5,57 \pm 2,42$ . Có thể thấy điểm PSQI của nhóm chứng thấp hơn so với nhóm bệnh nhân động kinh nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, nghiên cứu của Nai Ching Chen năm 2011 cho thấy điểm PSQI của nhóm bệnh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Một quan sát khác sử dụng nhóm chứng là của Hee Jin Im năm 2016 cũng cho thấy chất lượng giấc ngủ của người bệnh động kinh giảm sút rõ rệt so với nhóm chứng. Giải thích cho sự khác biệt này, có thể thấy trong thiết kế nghiên cứu của hai tác giả trên, nhóm chứng được tuyển từ người bình thường trong quần thể dân số chung. Trong khi

đó, nhóm chứng của chúng tôi được tuyển từ người bệnh đang điều trị các bệnh khác tại Trung tâm Thần kinh như đau đầu, chóng mặt mà những rối loạn tâm thần và rối loạn giấc ngủ cũng là một trong những vấn đề thường gặp trên những bệnh nhân này. Vì vậy, điểm PSQI trên nhóm chứng cũng có thể cao hơn so với dân số khỏe mạnh, dẫn đến sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu các yếu tố có thể tác động đến chất lượng giấc ngủ ở người bệnh động kinh. Kết quả cho thấy các yếu tố có ảnh hưởng bao gồm lo âu, trầm cảm, sự tuân thủ điều trị và tình trạng hôn nhân.

Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi sử dụng thang điểm DASS 21 để sàng lọc bệnh nhân có lo âu – trầm cảm, kết quả cho thấy mối tương quan chặt chẽ giữa sự có mặt của hai bệnh trên với chất lượng giấc ngủ kém ở người bệnh động kinh. Nghiên cứu của Leite Neves (2015)<sup>3</sup>, Xiao Xu (2006)<sup>7</sup>, Hee Jin Im (2016)<sup>6</sup> và Kemeriyā Adem (2019)<sup>8</sup> đều cho thấy kết quả tương tự. Giấc ngủ được điều hoà bởi nhịp ngày đêm và yếu tố thể dịch. Ở người bệnh lo âu, trầm cảm nói chung và trên người bệnh bị động kinh nói riêng, cả nhịp ngày đêm và thể dịch đều bị thay đổi dẫn đến những rối loạn về giấc ngủ mà phổ biến nhất là mất nhiều thời gian hơn để chìm vào giấc ngủ. Bên cạnh đó, cả lo âu và mất ngủ đều chia sẻ chung cơ chế liên quan đến sự tăng hưng phấn gây ra bởi rối loạn điều hoà các chất dẫn truyền thần kinh như GABA và cholinergic. Cũng cần nhấn mạnh rằng mối quan hệ giữa lo âu và trầm cảm với chất lượng giấc ngủ trên người bệnh động kinh là mối quan hệ hai chiều, không chỉ lo âu, trầm cảm gây rối loạn giấc ngủ mà bản thân rối loạn giấc ngủ cũng sẽ làm nặng thêm tình trạng lo âu, trầm cảm của bệnh nhân.

Quan sát của chúng tôi cho thấy tình trạng hôn nhân có mối quan hệ mạnh mẽ với chất lượng giấc ngủ ở người bệnh động kinh. Trong phạm vi nghiên cứu, các bệnh nhân đã kết hôn và ly hôn/ly thân sẽ được chúng tôi xếp vào nhóm độc thân/hoá. Kết quả cho thấy có tới 77,8% bệnh nhân độc thân/hoá có chất lượng giấc ngủ kém trong khi con số này ở nhóm đã kết hôn chỉ là 48,5%. Chúng tôi chỉ tìm thấy duy nhất nghiên cứu của Kemeriyā Adem (2019)<sup>8</sup> có quan sát mối tương quan giữa tình trạng hôn nhân và chất lượng giấc ngủ ở người bệnh động kinh, tuy nhiên kết quả cho thấy không có mối tương quan.

Một số quan sát trên nhóm dân số bình thường không mắc bệnh động kinh cho thấy tình

trạng hôn nhân, cụ thể những người đã kết hôn và sống chung với bạn đời của mình, có chất lượng giấc ngủ tốt hơn so với nhóm độc thân. Dựa trên kết quả của nghiên cứu cũng như phỏng vấn cụ thể các bệnh nhân, chúng tôi cho rằng việc một người sống cùng với bạn đời sẽ có khả năng tuân thủ điều trị tốt hơn so với sống độc thân. Cụ thể, đa số các bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu phải uống nhiều lần thuốc trên ngày, việc sống độc thân sẽ dễ dẫn đến quên thuốc trong khi bạn đời sẽ là đối tượng nhắc nhở sử dụng thuốc hàng ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuân thủ điều trị cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh động kinh.

Chúng tôi sử dụng thang điểm Morisky 8 để phân nhóm Có hoặc không có tuân thủ điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan rõ rệt giữa tuân thủ điều trị và chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân động kinh. Kết quả tương tự cũng được quan sát thấy trong nghiên cứu của Kemeriya Adem (2019)<sup>8</sup>. Việc tuân thủ điều trị động kinh giúp việc kiểm soát cơn động kinh tốt hơn, từ đó gián tiếp giúp cải thiện chất lượng giấc ngủ, đặc biệt là trên các bệnh nhân có cơn động kinh thường xuất hiện vào ban đêm. Tuy nhiên, chúng tôi cũng chưa loại trừ những bệnh nhân tuân thủ điều trị dùng thuốc cũng có khả năng sử dụng thuốc hỗ trợ giấc ngủ nhiều hơn.

## V. KẾT LUẬN

- Điểm PSQI ở người trưởng thành mắc bệnh động kinh là  $6,54 \pm 4,35$ , khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với điểm chất lượng giấc ngủ ở nhóm chứng.

- Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ bao gồm lo âu, trầm cảm, sự tuân thủ điều trị và tình trạng hôn nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hướng NV**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân động kinh là người trưởng thành.," Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2012.
2. **Friedman D, Donner EJ, Stephens D, Wright C, Devinsky O**. Sudden unexpected death in epilepsy: knowledge and experience among US and Canadian neurologists. *Epilepsy & Behavior*. 2014;35:13-18.
3. **Neves GSL, Noé RA, da Mota Gomes M**. Sleep quality and quality of life in patients with epilepsy in a public teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Revista Brasileira de Neurologia*. 2016;51(2)
4. **Chen N-C, Tsai M-H, Chang C-C, et al**. Sleep quality and daytime sleepiness in patients with epilepsy. *Acta Neurol Taiwan*. 2011;20(4):249-56.
5. **Staniszewska A, Mąka A, Religioni U, Olejniczak D**. Sleep disturbances among patients with epilepsy. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2017:1797-1803.
6. **Im H-J, Park S-H, Baek S-H, et al**. Associations of impaired sleep quality, insomnia, and sleepiness with epilepsy: A questionnaire-based case-control study. *Epilepsy & Behavior*. 2016;57:55-59.
7. **Xu X, Brandenburg NA, McDermott AM, Bazil CW**. Sleep disturbances reported by refractory partial-onset epilepsy patients receiving polytherapy. *Epilepsia*. 2006;47(7):1176-1183.
8. **Adem K, Kassew T, Birhanu A, Abate A**. Sleep quality and associated factors among peoples with epilepsy who have a follow-up at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2019: an institutional based cross-sectional study. *Psychiatry journal*. 2020;2020:1-9.

## ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG LÊN HUYẾT ĐỘNG CỦA NORADRENALIN KẾT HỢP VASOPRESSIN Ở BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN

Lưu Quang Thùy<sup>1</sup>, Phạm Văn Danh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả lên huyết động khi kết hợp Noradrenalin (NE) với Vasopressin/Terlipressin (AVP/TP) ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn (SNK). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can

thIỆP, ngẫu nhiên, đơn trung tâm trên 29 bệnh nhân SNK, các bệnh nhân SNK dùng NE liều  $\geq 0.1\text{mcg/kg/phút}$  trong 1 giờ liên tục sẽ được sử dụng AVP (0.03U/phút) hoặc TP (40mcg/h) truyền liên tục, NE nhân mở chuẩn độ để đạt huyết áp mục tiêu. Các điểm cuối đánh giá là so sánh các chỉ số huyết động trước và sau khi phối hợp thuốc (AVP/TP) và tác dụng phụ ghi nhận. **Kết quả:** Sau khi phối hợp thuốc NE với AVP/TP, có sự cải thiện thông số huyết động bao gồm tăng huyết áp trung bình, giảm tần số tim, tăng chỉ số sức cản mạch hệ thống SVRI và giảm liều NE phải dùng. Tỷ lệ tác dụng phụ nghiêm trọng sau phối hợp AVP/TP là 6.8%, không khác biệt so với tỷ lệ tác dụng phụ ở các nghiên cứu dùng NE đơn độc trước đây

<sup>1</sup>Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Quang Thùy

Email: drluuquangthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2023

Ngày duyệt bài: 10.11.2023