

- 47:207-214.
- Kukreja RA.** Should mini percutaneous nephrolithotomy (MiniPNL/Miniperc) be the ideal tract for medium-sized renal calculi (15–30 mm)? *World Journal of Urology.* 2018;36:285-291.
 - Feng D, Hu X, Tang Y, Han P, Wei X.** The efficacy and safety of miniaturized percutaneous nephrolithotomy versus standard percutaneous nephrolithotomy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Investigative and Clinical Urology.* 2020;61(2):115-126.
 - Opondo D, Gravas S, Joyce A, et al.** Standardization of patient outcomes reporting in percutaneous nephrolithotomy. *Journal of endourology.* 2014;28(7):767-774.
 - Cheng F, Yu W, Zhang X, Yang S, Xia Y, Ruan Y.** Minimally invasive tract in percutaneous nephrolithotomy for renal stones. *Journal of Endourology.* 2010;24(10):1579-1582.
 - Zhong W, Zeng G, Wu W, Chen W, Wu K.** Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy with multiple mini tracts in a single session in treating staghorn calculi. *Urological research.* 2011;39(2):117-122.
 - Qin P, Zhang D, Huang T, Fang L, Cheng Y.** Comparison of mini percutaneous nephrolithotomy and standard percutaneous nephrolithotomy for renal stones > 2cm: a systematic review and meta-analysis. *International braz j urol.* 2022;48:637-648.

NỒNG ĐỘ ALPHA-1 ANTITRYPSIN HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Nguyễn Hữu Ngọc Tuấn¹, Đào Thị Thu Thảo¹, Nguyễn Minh Hà¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Định lượng alpha-1 antitrypsin (AAT) giúp phát hiện sớm bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (BPTNMT) có giảm AAT. Nồng độ AAT huyết tương trong quần thể người bệnh tại Việt Nam chưa được làm rõ. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm giá trị nồng độ AAT huyết tương ở bệnh nhân BPTNMT tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, thu mẫu tiến cứu, thuận tiện, trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT (tiêu chuẩn GOLD 2022), tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, từ 04/2022 đến 08/2022. Xét nghiệm định lượng AAT huyết tương được thực hiện tại Khoa Xét nghiệm của bệnh viện. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các test kiểm định MannWhitney và KruskalWallis với sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. **Kết quả:** 70 đối tượng tham gia nghiên cứu tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 61 – 70 và chủ yếu là nam giới. 95,7% được chẩn đoán BPTNMT từ 40 tuổi trở lên, 81,4% có hút thuốc chủ động, 26,7% có tiền sử hen suyễn, 92,9% không có tiền sử gia đình được chẩn đoán BPTNMT, 91,5% có kết quả $FEV1/FVC < 0,7$ và 40,4% có $0,5 \leq FEV1 < 0,8$. Trung vị nồng độ ATT huyết tương là 142,3 (128,3 – 156) mg/dL. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ AAT huyết tương theo tuổi, giới tính, tiền sử hen suyễn, tiền sử gia đình, kết quả hô hấp ký. Có sự gia tăng nồng độ AAT trong huyết tương ở người hút thuốc so với không hút ($p=0,017$). **Kết luận:** đã xác định được nồng độ AAT huyết tương ở đối tượng nghiên cứu. Bước đầu xác định được nồng độ AAT

huyết tương ở nhóm có hút thuốc lá cao hơn đáng kể so với nhóm không hút thuốc lá. **Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, alpha-1 antitrypsin, hút thuốc lá.

SUMMARY

PLASMA ALPHA-1 ANTITRYPSIN LEVELS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Background: Quantification of alpha-1 antitrypsin (AAT) for early detection of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with reduced AAT. The plasma AAT level in Vietnamese patients has not been clarified. **Objective:** Characterization of plasma AAT concentration values in COPD patients at Nguyen Tri Phuong Hospital. **Subjects and methods:** a case series study, prospective sample collection, conveniently, on 70 patients diagnosed with COPD(GOLD 2022 criteria), at Nguyen Tri Phuong hospital, from 04/2022 to 08/2022. Plasma AAT levels were performed at the Laboratory Department of the hospital. Data is analyzed by using SPSS 20.0 software. Using the MannWhitney and KruskalWallis tests with a significant difference of $p < 0.05$. **Results:** The 70 participants were most concentrated in the age group of 61-70 and mainly men. 95.7% had a diagnosis of COPD aged 40 years or older, 81.4% had active smoking, 26.7% had a history of asthma, 92.9% had no family history of COPD diagnosis, 91.5% had an $FEV1/FVC < 0.7$, and 40.4% had a $0.5 \leq FEV1 < 0.8$. The median plasma ATT level was 142.3 (128.3 – 156) mg/dL. There was no statistically significant difference in plasma AAT levels by age, sex, asthma history, family history, respiratory outcomes. There was an increase in plasma AAT levels in smokers compared with nonsmokers ($p=0.017$). **Conclusion:** plasma AAT levels in study subjects have been determined. Plasma AAT levels were initially determined to be significantly higher in the smoker group than in the non-smoking group.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, alpha-1 antitrypsin, smoking.

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hà

Email: nguyeminhhaha@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (BPTNMT) là một bệnh phổi tiến triển ngày càng nặng và có thể đe dọa mạng sống người bệnh. Bệnh không thể chữa khỏi, nhưng có thể phòng ngừa và điều trị dự phòng để tránh các đợt cấp tính và làm chậm quá trình tiến triển của bệnh, giảm nhẹ các triệu chứng và cải thiện chất lượng sống. Một trong những nguyên nhân gây BPTNMT (1-2%) [1] chưa được khảo sát đúng mức tại Việt Nam là sự thiếu hụt α 1-antitrypsin (AATD) ở phổi gây mất cân bằng men protease và khiến phổi bị tổn thương gây ra tình trạng khí phế thũng [2]. α 1-antitrypsin (AAT) là một glycoprotein tuần hoàn, có chức năng chính là bảo vệ mô phổi chống lại sự phá hủy, phân giải protein. Những người AATD có tốc độ suy giảm chức năng phổi ngày càng nhanh và các đợt cấp BPTNMT lặp đi lặp lại [3]. Việc định lượng AAT để chẩn đoán sớm BPTNMT có AATD giúp can thiệp bằng cách ngăn ngừa sự tiếp xúc sớm với các chất ô nhiễm đặc biệt là khói thuốc lá, để hạn chế nguy cơ gây tổn thương phổi, cũng như có thể cung cấp thêm một phương pháp điều trị rối loạn chức năng phổi bằng liệu pháp thay thế AAT [4]. Tất cả góp phần giảm gánh nặng bệnh tật và chi phí điều trị.

Hiện nay, AATD được phát hiện thông qua việc xét nghiệm máu xác định nồng độ AAT trong huyết tương và xét nghiệm di truyền tìm đột biến trong gen. Định lượng AAT trong huyết tương có giá thành khiêm tốn, tiết kiệm nhiều nguồn lực và thời gian trả kết quả nhanh hơn đối với xét nghiệm gen. Cho đến hiện tại vẫn chưa có khảo sát nào xác định sự phân bố nồng độ AAT trên đối tượng BPTNMT tại Việt Nam. Nghiên cứu "*Khảo sát nồng độ α 1-antitrypsin huyết tương ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương*" được thực hiện giúp cung cấp thêm dữ liệu về nồng độ của AAT trong huyết tương ở nhóm bệnh nhân này, cũng như bước đầu tìm hiểu sự khác biệt, nếu có, về nồng độ AAT trong phân nhóm đối tượng nghiên cứu. Từ đó, tạo tiền đề cho các nghiên cứu xác định điểm cắt chẩn đoán cho các đối tượng BPTNMT có đặc điểm khác nhau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

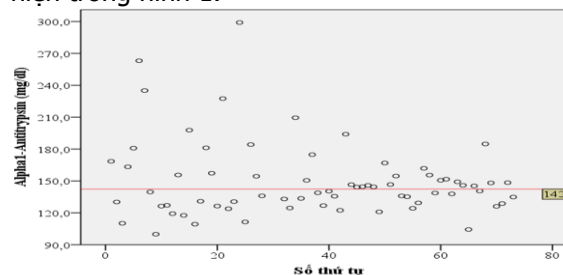
Nghiên cứu mô tả loạt ca, thu mẫu tiến cứu, thuận tiện, thực hiện trên 70 bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT theo tiêu chuẩn GOLD 2022 [5], tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, từ 04/2022 đến 08/2022. Các biến số thu thập gồm: tuổi, giới, tiền sử hút thuốc lá, hen, tiền sử gia đình mắc BPTNMT, FEV₁, FEV₁/FVC và nồng

độ AAT huyết tương. Xét nghiệm định lượng AAT huyết tương được thực hiện bằng phương pháp đo độ đục miễn dịch bằng bộ sinh phẩm OSR6163 α -1 antitrypsin trên hệ thống Beckman Coulter AU680, tại Khoa Xét nghiệm của bệnh viện. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phương pháp thống kê mô tả được sử dụng để tính số lượng và tỷ lệ phần trăm cho từng biến số. Sử dụng các test kiểm định MannWhitney và KruskalWallis với sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Đề tài được thông qua xét duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh của Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, chứng nhận chấp thuận số 611/NTP-CĐT ngày 16/05/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 70 đối tượng tham gia nghiên cứu, tập trung nhiều nhất 62,0% ở nhóm từ 61 – 70 tuổi, dưới 50 tuổi chiếm 2,9%. Độ tuổi nhỏ nhất là 48 và lớn nhất là 88, không có ai nhỏ hơn 40 tuổi hoặc lớn hơn 90 tuổi. Phân bố tuổi theo dạng phân phối chuẩn, độ tuổi trung bình là $66,5 \pm 7,8$ tuổi. Nam giới nhiều gấp 13 lần nữ giới (92,9% so với 7,1%). Các đặc điểm về tiền căn và phế dung ký được trình bày ở bảng 1 và 2, trong đó, chỉ thu thập được kết quả đo phế dung ký của 47 đối tượng (67,1%).

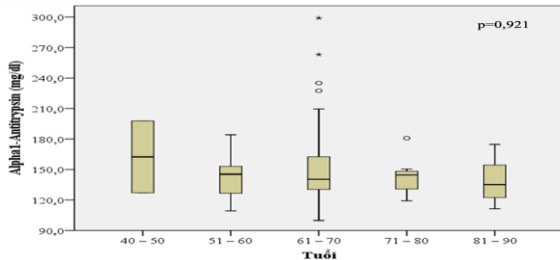
Hầu hết 70 giá trị về nồng độ AAT quan sát không nằm trên đường thẳng kỳ vọng của phân phối chuẩn, do vậy số liệu được trình bày dưới dạng số trung vị và khoảng tứ phân vị đi kèm, là 142,3 (128,3 – 156) mg/dL. Sự phân bố nồng độ AAT của toàn bộ đối tượng nghiên cứu được thể hiện trong hình 1.



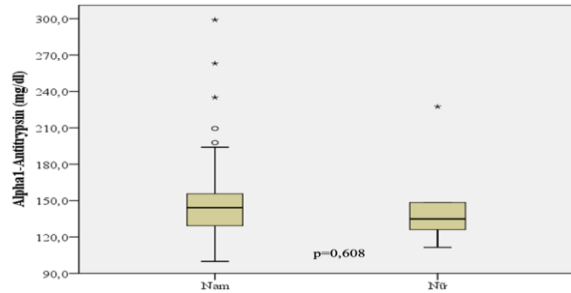
Hình 1. Sự phân bố nồng độ AAT huyết tương của quần thể nghiên cứu

Hình 2 và hình 3 lần lượt thể hiện nồng độ AAT theo nhóm tuổi và giới tính. Trung vị nồng độ AAT cao nhất là 162,4 ở nhóm 40 – 50 tuổi (2,9%), giá trị nồng độ AAT thấp nhất là 99,9 mg/dL và cao nhất là 299 mg/dL đều thuộc vào nhóm 61 – 70 tuổi. Trung vị nồng độ AAT ở nam cao hơn so với nữ khoảng 1,07 lần. Các nồng độ cao nhất và thấp nhất của tổng số đối tượng đều được ghi nhận ở nam. Sử dụng kiểm định

KruskalWallis và MannWhitney cho thấy không có sự khác biệt về nồng độ AAT trong huyết tương giữa các nhóm tuổi với nhau và giữa nam với nữ.



Hình 1. Sự phân bố nồng độ AAT theo các nhóm tuổi



Hình 2. Sự phân bố nồng độ AAT theo giới tính

Nam 144,2 (129 – 156,4) mg/dL
 Nữ 134,9 (118,8 – 187,9) mg/dL

Bảng 1 và bảng 2 lần lượt trình bày trung vị nồng độ AAT theo các đặc điểm tiền căn và phế dung ký của các đối tượng tham gia nghiên cứu. Ngoại trừ tiền căn hút thuốc lá, chưa tìm thấy sự khác biệt về trung vị nồng độ AAT với các đặc điểm còn lại.

Bảng 1. Đặc điểm tiền căn của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (%) (N=70)	Nồng độ AAT (Trung vị, KTPV)	p
Tuổi được chẩn đoán	< 40 tuổi	0	0	
	≥ 40 tuổi	67 (95,7)	144,2 (129,3 – 155,6)	
	Không rõ	3 (4,3)	126,4	
Tiền sử hút thuốc lá	Không	8 (11,4)	127,7 (112,2 – 135,7)	0,017*
	Có	62 (88,6)	144,9 (130,5 – 158,4)	
Tiền sử hen suyễn đã được chẩn đoán	Không	52 (74,3)	145,6 (131,4 – 160,7)	0,122*
	Có	18 (25,7)	132,9 (126,3 – 148,9)	
Tiền sử gia đình được chẩn đoán bệnh BPTNMT	Không	65 (92,9)	144,4 (128,2 – 156,4)	0,310*
	Có mẹ, cha ruột, anh chị em ruột, con ruột được chẩn đoán	5 (7,1)	130,2 (119 – 161)	

*kiểm định MannWhitney; KTPV: khoảng tứ phân vị

Bảng 2. Đặc điểm phế dung ký của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (%) (N=70)	Nồng độ AAT (Trung vị, KTPV)	p
FEV ₁ /FVC	< 0,7	43 (91,5)	145,9 (133 – 167)	0,237*
	≥ 0,7	4 (8,5)	137,3 (110,6 – 149,2)	
	Trung bình ± độ lệch chuẩn	0,6 ± 0,1		
FEV ₁	FEV ₁ ≥ 80%	4 (8,5)	135,7 (112,8 – 160,1)	0,178**
	50% ≤ FEV ₁ < 80%	19 (40,4)	144,6 (129,3 – 157,2)	
	30% ≤ FEV ₁ < 50%	16 (34)	142,5 (133,9 – 155,3)	
	FEV ₁ < 30%	8 (17)	174 (139,6 – 206,5)	
	Trung bình ± độ lệch chuẩn	49,8 ± 19,7		

*kiểm định MannWhitney; **kiểm định KruskalWallis; KTPV: khoảng tứ phân vị

IV. BÀN LUẬN

Giá trị trung vị nồng độ AAT trong quần thể nghiên cứu là 142,3 mg/dL, có sự tương đồng so với nghiên cứu của tác giả Miriam Barrecheguren và cộng sự là 147,2 mg/dL [6]. Mục tiêu của nghiên cứu là khảo sát được sự phân bố nồng độ AAT theo các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, cung cấp thêm những dữ liệu ban đầu về chỉ dấu này trên người bệnh Việt Nam. Nghiên cứu không nhằm xây dựng khoảng tham chiếu cho nồng độ AAT huyết tương cũng

như không tìm điểm cắt để chẩn đoán tình trạng AATD. Việc lựa chọn điểm cắt hiện nay vẫn chưa được thống nhất, nếu sử dụng điểm cắt thấp sẽ bỏ sót những trường hợp có nguy cơ cũng như nếu điểm cắt quá cao sẽ làm tăng số cá thể có nguy cơ dẫn tới tăng số trường hợp phải thực hiện xét nghiệm. Dù vậy, việc tìm ra được ngưỡng cắt phù hợp trong tương lai là điều cần thiết.

Giá trị nồng độ AAT có thể thay đổi qua nhiều nghiên cứu khác nhau do nhiều yếu tố: sự biến thiên kỹ thuật ở các hệ thống xét nghiệm

khác nhau, sự biến thiên sinh học ở bệnh nhân, đặc điểm của quần thể nghiên cứu. Trước hết, để tránh xảy ra những kết quả không mong muốn do quá trình lấy mẫu, xử lý mẫu và lưu trữ mẫu, nghiên cứu đã đề ra những quy định cần tuân thủ như mẫu bị tán huyết, tăng bilirubin hoặc huyết tương đục đánh giá cảm quan bằng mắt thường sẽ loại bỏ khi từ 2+ trở lên; cùng với việc bảo quản mẫu nghiêm ngặt ở -20°C và mẫu chỉ rã đông một lần, vì AAT có bản chất là protein rất dễ bị biến tính, gây sai lệch kết quả. Về kỹ thuật xét nghiệm, nghiên cứu này sử dụng phương pháp là đo độ đục miễn dịch (ImmunoTurbidimetry) dựa trên nguyên tắc kết hợp kháng nguyên – kháng thể được chuẩn hóa theo Liên đoàn Hoá Sinh lâm sàng thế giới (IFCC), được xem là nhạy hơn, chính xác hơn để định lượng protein huyết thanh so với xét nghiệm khuếch tán miễn dịch (radial immunodiffusion). Kỹ thuật được đảm bảo đường chuẩn phù hợp và nội kiểm đầy đủ trước khi phân tích mẫu.

Về mặt sinh học, AAT là một protein pha cấp tính do gan sản xuất và giải phóng vào tuần hoàn cùng với các protein pha cấp tính khác bao gồm CRP. Trong một nghiên cứu của tác giả Sabina Janciauskiene và cộng sự ở 837 người tham gia tại Tây Ban Nha cho thấy rằng khi so sánh với nhóm chứng (người khỏe mạnh có hô hấp ký bình thường và không có các triệu chứng về hô hấp) thì các đối tượng có các triệu chứng về hô hấp hoặc BPTNMT cho thấy mức AAT trong huyết tương cao hơn hẳn [7]. Các nghiên cứu khác nhau đã chứng minh rằng các tế bào biểu mô phổi đã hoạt hóa, đại thực bào phế nang và bạch cầu hạt cũng góp phần tạo ra AAT tuần hoàn, do vậy, đối với những bệnh nhân có mức AAT thấp, nồng độ AAT có thể trở nên cao hơn trong các đợt cấp của bệnh. Quan trọng là, dựa trên các phép đo CRP, chúng ta có thể kiểm soát tình trạng viêm toàn thân, như một yếu tố gây nhiễu tiềm ẩn và xác định chính xác hơn tình trạng AATD. Tuy nhiên, do hạn chế về nguồn lực và kinh phí nên nghiên cứu này không thể tiến hành kiểm tra xác định tình trạng CRP của các đối tượng nghiên cứu. Một yếu tố quan tâm khác tạo nên sự khác biệt giữa các kết quả nghiên cứu có thể chúng tộc.

Kết quả phân tích cho thấy sự khác biệt về nồng độ AAT huyết tương ở hầu hết các phân nhóm đặc điểm về tiền căn và phế dung ký là không có ý nghĩa thống kê. Nguyên nhân có thể do thiết kế nghiên cứu và số mẫu chưa đủ lớn để có thể tìm thấy được sự khác biệt, cũng như sai số do nhớ lại. Mức trung vị nồng độ AAT ở

những bệnh nhân BPTNMT có tiền sử hen suyễn là 132,9 mg/dL thấp hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có tiền sử hen suyễn là 145,6 mg/dL. Trong nghiên cứu của Miriam Barrecheguren về việc chẩn đoán AATD, kết quả nhận thấy rằng có nhiều bất thường (ngoài BPTNMT) ở đường hô hấp dẫn đến tình trạng AATD, gồm bệnh hen suyễn, viêm phế quản mãn tính, khí phế thũng... [6] Do vậy, việc phát triển nghiên cứu và mở rộng trên các đối tượng có bệnh lý về đường hô hấp có thể giúp tìm ra được những đối tượng có tình trạng AATD tại Việt Nam.

Ở đặc điểm tiền căn hút thuốc, có sự khác biệt về nồng độ AAT giữa nhóm có hút và không hút với giá trị p là 0,017. Giá trị trung vị ở nhóm có hút thuốc là 144,9 mg/dL, cao hơn đáng kể so với nhóm không hút thuốc là 127,7 mg/dL. Nghiên cứu của tác giả Anna Linja-Aho và cộng sự tiến hành khảo sát nồng độ AAT huyết tương với các nhóm bệnh nhân không hút thuốc, có hút thuốc và nhóm hút thuốc bị BPTNMT cho thấy có sự gia tăng nồng độ AAT trong huyết tương ở người hút thuốc và những người hút thuốc mắc BPTNMT từ nhẹ đến trung bình. Sau 2 năm, họ tiến hành khảo sát lại dân số mẫu và chọn lọc những người đã cai thuốc trong nhóm có hút thuốc và nhóm hút thuốc bị BPTNMT nhận thấy nồng độ AAT huyết tương giảm sau khi cai thuốc lá. Tác giả nhận định rằng việc giảm nồng độ AAT sau khi cai thuốc có thể có giá trị trong việc đánh giá các biểu hiện viêm toàn thân liên quan đến việc hút thuốc và cai thuốc [8].

Khi khảo sát liên quan giữa biến số FEV₁ và FEV₁/FVC với nồng độ AAT huyết tương, có 23 đối tượng (32,9%) không ghi nhận được kết quả phế dung ký, dẫn đến tình trạng số mẫu càng bị thu nhỏ. Để tìm hiểu về mối tương quan giữa nồng độ AAT và các đặc điểm phế dung ký, nghiên cứu của Sabina Janciauskiene và cộng sự đã xác định được FEV₁ có liên quan tỉ lệ nghịch và có ý nghĩa với mức AAT, nhưng không điều chỉnh đối với các yếu tố khác như CRP, giới tính, BMI và tình trạng hút thuốc. Tuy nhiên, mối liên quan tỉ lệ nghịch giữa nồng độ AAT huyết tương và chức năng phổi, được đo bằng tỉ lệ FEV₁/FVC, mạnh hơn và vẫn có ý nghĩa độc lập sau khi điều chỉnh các yếu tố liên quan khác, chẳng hạn như giới tính, tình trạng hút thuốc, CRP, TNF α , fibrinogen và albumin [7].

Đây là nghiên cứu mang tính tiên phong trong khảo sát nồng độ AAT huyết tương và mối liên quan giữa nồng độ AAT với các đặc điểm khảo sát ở bệnh nhân BPTNMT ở một bệnh viện tại Việt Nam, đóng góp một phần dữ liệu ban

đầu về chủ đề này trong dân số Việt Nam, có thể được áp dụng làm cơ sở cho các nghiên cứu mở rộng trong tương lai. Dù vậy, các kết quả còn nhiều hạn chế do không tính cỡ mẫu, chỉ mô tả loạt ca, chưa thu thập đủ các đặc điểm liên quan như CRP, phế dung ký. Việc thiếu hụt các bằng chứng khoa học liên quan tại Việt Nam để có thể so sánh, đối chiếu cũng là một điểm chưa hoàn thiện.

V. KẾT LUẬN

Giá trị trung vị nồng độ AAT huyết tương trong quần thể nghiên cứu là 142,3 mg/dL, cao nhất là 299 mg/dL và thấp nhất là 99,9 mg/dL. Không có sự khác biệt về nồng độ AAT huyết tương ở các phân nhóm đối tượng khác nhau trừ tình trạng hút thuốc lá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. G. Foreman, M. Campos and J. C. Celedón (2012).** Genes and chronic obstructive pulmonary disease. *Med Clin North Am*, 96(4), pp. 699-711.
2. **R. Gurvinder (2018),** Alpha-1 Antitrypsin

Deficiency. <https://patient.info/chest-lungs/alpha-1-antitrypsin-deficiency-leaflet>.

3. **World Health Organization (2022),** Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính ở Việt Nam, <https://www.who.int/vietnam/vi/health-topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd>.
4. **R. G. Edgar, et al. (2017).** Treatment of lung disease in alpha-1 antitrypsin deficiency: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 12, pp. 1295-1308.
5. **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2022).** Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. <https://goldcopd.org/>
6. **M. Barrecheguren, et al. (2016).** Diagnosis of alpha-1 antitrypsin deficiency: a population-based study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 11, pp. 999-1004.
7. **S. Janciauskiene, et al. (2020).** Serum Levels of Alpha1-antitrypsin and Their Relationship With COPD in the General Spanish Population. *Archivos de Bronconeumología*, 56(2), pp. 76-83.
8. **Linja-aho, et al. (2013).** Distribution and levels of alpha-1-antitrypsin in the lung and plasma in smokers and chronic obstructive pulmonary disease. *Apmis*, 121(1), pp. 11-21.

ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ NẶNG CỦA NGƯNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Võ Phạm Minh Thu¹, Trương Ngọc Thạch¹,
Nguyễn Huỳnh Thiện Duyên¹, Nguyễn Thế Bảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm xác định đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng của ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 42 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được chẩn đoán OSA tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 03 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, nhóm OSA trung bình-nặng chiếm ưu thế đáng kể so với nhóm OSA nhẹ về tỷ lệ nam giới (50% vs. 10,7%, p = 0,008) và tiền sử hút thuốc lá (71,4% vs. 32,1%, p = 0,016). Về đặc điểm lâm sàng, nhóm OSA nhẹ ưu thế hơn về triệu chứng thức dậy mệt mỏi (96,4% vs. 64,3%, p = 0,011). Bên cạnh đó, các triệu chứng ngưng thở/nghẹt thở, thở hỗn hển, thức giấc về đêm, ngáy to và giảm tập trung ưu thế ở nhóm OSA nhẹ, trong khi tình trạng đau đầu buổi sáng, buồn ngủ ban ngày, mất ngủ, tiểu đêm lại hay gặp ở nhóm OSA

trung bình-nặng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Về đặc điểm đa ký hô hấp, kết quả ghi nhận nhóm OSA trung bình-nặng có chỉ số AHI, chỉ số ngưng thở tắc nghẽn và chỉ số ODI cao hơn so với nhóm OSA nhẹ lần lượt là 33,35 ± 11,19 và 9,44 ± 3,13; 17,51 ± 11,4 và 1,08 ± 1,27; và 35,74 ± 16,45 và 14,16 ± 6,92 (tất cả p < 0,001). Tuy nhiên, phân tích đa biến cho thấy chỉ có triệu chứng thức dậy mệt mỏi có liên quan đến khả năng mắc OSA trung bình-nặng cao hơn (OR = 13,28; KTC 95%: 1,02-173,56; p = 0,049). **Kết luận:** Ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, không có sự tương quan rõ giữa triệu chứng lâm sàng và mức độ nặng của OSA. Tuy nhiên, một số đặc điểm ưu thế ở OSA trung bình-nặng cần lưu ý như giới tính nam, tiền sử hút thuốc lá, đặc biệt là triệu chứng thức dậy mệt mỏi nhằm tầm soát và đánh giá thêm với các thông số trên đa ký hô hấp.

Từ khóa: Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, đái tháo đường típ 2, mức độ nặng, yếu tố liên quan.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO THE SEVERITY OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Objective: The study aims to identify the characteristics and some factors associated with the severity of obstructive sleep apnea (OSA) in patients

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Phạm Minh Thu

Email: vpmthu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024