

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 Thu<sup>1</sup>, Trương Ngọc Thạch<sup>1</sup>,  
Nguyễn Huỳnh Thiện Duyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Bảo<sup>1</sup>

### 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  $33,35 \pm 11,19$  và  $9,44 \pm 3,13$ ;  $17,51 \pm 11,4$  và  $1,08 \pm 1,27$ ; và  $35,74 \pm 16,45$  và  $14,16 \pm 6,92$  (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

<sup>1</sup>Trường 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

with type 2 diabetes mellitus. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 42 patients with type 2 diabetes mellitus diagnosed with OSA at Can Tho University Hospital from March 2023 to March 2024. **Results:** In terms of general characteristics, the moderate-to-severe OSA group significantly predominated over the mild OSA group in terms of male gender (50% vs. 10.7%,  $p = 0.008$ ) and smoking history (71.4% vs. 32.1%,  $p = 0.016$ ). Regarding clinical characteristics, the mild OSA group had a significant prevalence of morning fatigue (96.4% vs. 64.3%,  $p = 0.011$ ). Additionally, symptoms such as apnea/snoring, restless sleep, nocturnal awakenings, loud snoring, and decreased concentration were predominant in the mild OSA group, while morning headaches, daytime sleepiness, insomnia, and nocturia were more prevalent in the moderate-to-severe OSA group, although the differences were not statistically significant. Concerning polysomnographic characteristics, the moderate-to-severe OSA group had higher apnea-hypopnea index (AHI), obstructive apnea index, and oxygen desaturation index (ODI) compared to the mild OSA group, with values of  $33.35 \pm 11.19$  and  $9.44 \pm 3.13$ ;  $17.51 \pm 11.4$  and  $1.08 \pm 1.27$ ; and  $35.74 \pm 16.45$  and  $14.16 \pm 6.92$ , respectively (all  $p < 0.001$ ). However, multivariate analysis showed that only symptoms of morning fatigue were significantly associated with a higher likelihood of having moderate-to-severe OSA (OR = 13.28; 95% CI: 1.02-173.56;  $p = 0.049$ ). **Conclusion:** In patients with type 2 diabetes mellitus, there is no clear correlation between clinical symptoms and the severity of OSA. However, certain characteristics prevalent in moderate-to-severe OSA, such as male gender, smoking history, and especially symptoms of morning fatigue, should be noted for further screening and evaluation along with the aforementioned polysomnographic parameters.

**Keywords:** Obstructive sleep apnea, type 2 diabetes mellitus, severity, associated factors.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA) là bệnh lý thường gặp trong cộng đồng được chứng minh làm giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỷ lệ tử vong, đặc biệt ở người trung niên và lớn tuổi [1]. Trên thế giới, ước tính tỷ lệ mắc OSA năm 2021 là 936 triệu người, trong đó có đến một nửa ở mức trung bình-nặng [1]. Một số yếu tố được đề xuất có liên hệ với OSA về cả cơ chế và bằng chứng học như các bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp hay các bệnh lý về chuyển hóa, đặc biệt là đái tháo đường típ 2 [6]. Thật vậy, ĐTD típ 2 từ lâu đã được chứng minh là một yếu tố quan trọng liên quan đến OSA đồng thời làm trầm trọng hơn các triệu chứng của OSA sẵn có. Tại Hoa Kỳ, ước tính có hơn 80% bệnh nhân mắc OSA không được chẩn đoán cũng như lượng giá mức độ nặng của bệnh. Việc nhận định mức độ nặng của OSA để có hướng xử trí cá thể hoá cho từng bệnh nhân đã được chứng minh giúp cải

thiện kết cục điều trị, đặc biệt trên những bệnh nhân mắc ĐTD típ 2 [6]. Tại Việt Nam, hiện nay đã có một vài nghiên cứu xác định nguy cơ mắc OSA ở bệnh nhân ĐTD típ 2, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá các yếu tố liên quan đến mức độ nặng của OSA trên đối tượng có ĐTD típ 2. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "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" với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và các chỉ số đa ký hô hấp theo mức độ nặng của ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2023-2024.*

2. *Một số yếu tố liên quan đến ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức trung bình-nặng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ năm 2023-2024.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được chẩn đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ từ tháng 03 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, bất kể giới tính.

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD típ 2 theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường của Bộ Y tế năm 2020 hoặc có tiền sử ĐTD típ 2 đang điều trị.

Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán OSA theo Trung tâm Nghiên cứu Y học Giấc ngủ của Mỹ năm 2009 [1]: có ít nhất 1 triệu chứng lâm sàng nghi ngờ và AHI > 5.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có kèm theo các bệnh lý như suy tim cấp, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, cơn hen phế quản, ung thư, rối loạn tâm thần, nhiễm khuẩn nặng, hôn mê.

Bệnh nhân gù lưng, phẫu thuật cột sống, chấn thương cột sống, u vùng cổ, hầu họng.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Công thức tính ước lượng cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu nghiên cứu; Z: hệ số tin cậy, chọn độ tin cậy 95% vậy  $Z=1,96$ .

p là tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Theo tác giả Heffner J.E. và cộng sự thì tỷ lệ này là 90,0% [3]. Do đó, chọn  $p = 0,9$ .

d: là sai số cho phép, chọn  $d = 0,1$ .

Từ công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là  $n = 35$ . Thực tế chúng tôi đã tuyển chọn được 42 người tham gia nghiên cứu.

**Nội dung nghiên cứu:** Mức độ của OSA: nhẹ ( $5 \leq \text{AHI} < 15$ ) và trung bình-nặng ( $\text{AHI} \geq 15$ ).

Đặc điểm chung theo 2 nhóm mức độ OSA: tuổi (năm, trung bình), giới tính (nam/nữ), dân tộc (Kinh/khác), nơi sống (thành thị/nông thôn), BMI ( $\text{kg/m}^2$ , trung bình,  $\geq 25 / < 25$ ), vòng cổ (cm, trung bình,  $> 35 / < 35$ ), vòng bụng (cm, trung bình), vòng hông (cm, trung bình), tiền sử tăng huyết áp [THA] (có/không), tiền sử hút thuốc lá (có/không) và HbA1c (% , trung bình,  $\geq 7 / < 7$ ).

Đặc điểm lâm sàng theo 2 nhóm mức độ OSA: các triệu chứng buồn ngủ ban ngày (có/không), ngưng thở/nghẹt thở (có/không), thở hổn hển (có/không), mất ngủ (có/không), thức giấc về đêm (có/không), tiểu đêm (có/không), thức dậy mệt mỏi (có/không), đau đầu buổi sáng (có/không), ngáy to (có/không), giảm tập trung (có/không) và chất lượng giấc ngủ (không tốt/tạm được/tốt).

Đặc điểm các chỉ số đa ký hô hấp theo 2 nhóm mức độ OSA:

- Các chỉ số đa ký hô hấp: AHI (trung bình), ngưng thở tắc nghẽn (sự kiện/giờ, trung bình), ngưng thở trung ương (sự kiện/giờ, trung bình),

ngưng thở hỗn hợp (sự kiện/giờ, trung bình), giảm thở (sự kiện/giờ, trung bình), chỉ số giảm oxy máu (sự kiện/giờ, trung bình),  $\text{SpO}_2$  thấp nhất (% , trung bình),  $\text{SpO}_2$  trung bình (% , trung bình),  $\text{SpO}_2 < 90\%$  (phút, trung bình), tần suất ngáy (sự kiện/giờ, trung bình).

- Các chỉ số nhịp tim: nhịp tim cao nhất (lần/ phút, trung bình), nhịp tim thấp nhất (lần/ phút, trung bình), nhịp tim trung bình (lần/ phút, trung bình).

Phân tích đa biến mối liên quan giữa các biến tiên lượng với nhóm OSA trung bình-nặng. Trong đó, các biến tiên lượng là các biến đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng được lựa chọn từ kết quả mô tả theo 2 nhóm mức độ OSA với  $p < 0,2$ .

**Công cụ thu thập số liệu.** Phiếu thu thập số liệu, dụng cụ thăm khám lâm sàng, hồ sơ bệnh án, máy đo đa ký hô hấp, tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

**Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0.

**2.3. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội Đồng Nghiên Cứu Khoa Học Trường Đại học Y dược Cần Thơ thông qua. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm chung theo 2 nhóm mức độ OSA

**Bảng 1. Đặc điểm chung theo hai nhóm mức độ OSA**

Đặc điểm		Nhe (n = 28)	Trung bình-nặng (n = 14)	Giá trị p
Tuổi, trung bình $\pm$ ĐLC		69,07 $\pm$ 10,38	71,14 $\pm$ 4,97	0,387†
Giới tính	Nam	3 (10,7)	7 (50,0)	<b>0,008**</b>
	Nữ	25 (89,3)	7 (50,0)	
Dân tộc	Kinh	28 (100)	13 (92,9)	0,333**
	Khmer	0 (0)	1 (7,1)	
Nơi sống	Thành thị	16 (57,1)	5 (35,7)	0,190*
	Nông thôn	12 (42,9)	9 (64,3)	
BMI	Béo phì	12 (42,9)	4 (28,6)	0,369*
	Không béo phì	16 (57,1)	10 (71,4)	
	Trung bình $\pm$ ĐLC	24,35 $\pm$ 4,31	24,53 $\pm$ 3,96	
Vòng cổ	> 35 cm	16 (57,1)	8 (57,1)	1*
	< 35 cm	12 (42,9)	6 (42,9)	
	Trung bình $\pm$ ĐLC	35,32 $\pm$ 3,62	36,36 $\pm$ 2,73	
Vòng bụng	Trung bình $\pm$ ĐLC	95,25 $\pm$ 12,14	96,86 $\pm$ 10,41	0,674†
Vòng hông	Trung bình $\pm$ ĐLC	91 $\pm$ 9,95	92,43 $\pm$ 7,47	0,638†
Tiền sử THA	Có	25 (89,3)	14 (100)	0,539*
	Không	3 (10,7)	0 (0)	
Tiền sử hút thuốc lá	Có	9 (32,1)	10 (71,4)	<b>0,016*</b>
	Không	19 (67,9)	4 (28,6)	
HbA1c	$\geq 7$	25 (89,3)	13 (92,9)	1*
	< 7	3 (10,7)	1 (7,1)	
	Trung bình $\pm$ ĐLC	9,22 $\pm$ 1,86	10,1 $\pm$ 3,08	

\*Chi-squared test, \*\*Fisher's Exact Test, †Independent Samples T-Test.

**Nhận xét:** So với nhóm OSA nhẹ, nhóm OSA trung bình-nặng có tỷ lệ nam giới cao hơn so với nhóm OSA nhẹ (50% vs. 10,7%,  $p = 0,008$ ), vì thể tiền sử hút thuốc lá cũng chiếm cao hơn (71,4% vs. 32,1%,  $p = 0,016$ ). Ngoài ra, nhóm OSA trung bình-nặng có chu vi vòng cổ, vòng bụng, vòng hông và HbA1c cao hơn so với nhóm OSA nhẹ. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**3.2. Đặc điểm lâm sàng theo 2 nhóm mức độ OSA**

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng theo hai nhóm mức độ OSA**

Đặc điểm	Nhẹ (n = 28)	Trung bình-nặng (n = 14)	Tổng số BN (n = 42)	Giá trị p
Buồn ngủ ban ngày (có), n (%)	2 (7,1)	2 (14,3)	4 (9,5)	0,590**
Ngưng thở, nghẹt thở (có), n (%)	27 (96,4)	13 (92,9)	40 (95,2)	1**
Thở hỗn hển (có), n (%)	27 (96,4)	13 (92,9)	40 (95,2)	1**
Mất ngủ (có), n (%)	15 (53,6)	10 (71,4)	25 (59,5)	0,266*
Thức giấc về đêm (có), n (%)	5 (17,9)	1 (7,1)	6 (14,3)	0,645*
Tiểu đêm (có), n (%)	4 (14,3)	3 (21,4)	7 (16,7)	0,668*
Thức dậy mệt mỏi (có), n (%)	27 (96,4)	9 (64,3)	36 (85,7)	0,011*
Đau đầu buổi sáng (có), n (%)	26 (92,9)	14 (100)	41 (97,6)	0,545*
Ngáy to (có), n (%)	10 (35,7)	1 (7,1)	11 (26,2)	0,067**
Giảm tập trung (có), n (%)	22 (78,6)	9 (64,3)	31 (73,8)	0,459*

\*Chi-squared test, \*\*Fisher's Exact Test.

**Nhận xét:** So với nhóm OSA trung bình-nặng thì nhóm OSA nhẹ có tỷ lệ xuất hiện triệu chứng thức dậy mệt mỏi cao hơn (96,4% vs. 64,3%,  $p = 0,011$ ). Các triệu chứng ngưng thở/nghẹt thở, thở hỗn hển, thức giấc về đêm, ngáy to và giảm tập trung ở nhóm OSA nhẹ cao hơn so với nhóm OSA trung bình-nặng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đối với

nhóm OSA trung bình-nặng, toàn bộ bệnh nhân đều có đau đầu vào buổi sáng, tỷ lệ các triệu chứng buồn ngủ ban ngày, mất ngủ, tiểu đêm ở nhóm OSA trung bình-nặng cũng cao hơn nhóm OSA nhẹ. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ( $p > 0,05$ ).

**3.3. Đặc điểm các chỉ số đa ký hô hấp theo hai nhóm mức độ OSA**

**Bảng 3. Đặc điểm các chỉ số đa ký hô hấp theo hai nhóm mức độ OSA**

Đặc điểm	Nhẹ (n = 28)	Trung bình-nặng (n = 14)	Giá trị p
<b>Chỉ số đa ký hô hấp</b>			
AHI, trung bình (SD)	9,44 ± 3,13	33,35 ± 11,19	< 0,001
Ngưng thở tắc nghẽn, trung bình (SD)	1,08 ± 1,27	17,51 ± 11,4	< 0,001
Ngưng thở trung ương, trung bình (SD)	0,11 ± 0,36	2,04 ± 3,46	0,059
Ngưng thở hỗn hợp, trung bình (SD)	0 ± 0	0,22 ± 0,3	0,017
Giảm thở, trung bình (SD)	7,61 ± 3,45	13,45 ± 8,24	0,022
ODI, trung bình (SD)	14,16 ± 6,92	35,74 ± 16,45	< 0,001
SpO <sub>2</sub> thấp nhất, trung bình (SD)	77,93 ± 9,41	77,14 ± 8,62	0,795
SpO <sub>2</sub> trung bình, trung bình (SD)	91,71 ± 2,37	92,14 ± 1,79	0,555
SpO <sub>2</sub> < 90%, trung bình (SD)	109,46 ± 112,62	118,5 ± 111,26	0,807
Tần suất ngáy, trung bình (SD)	369,79 ± 343,04	721,07 ± 726,26	0,105
<b>Chỉ số nhịp tim</b>			
Nhịp tim cao nhất, trung bình (SD)	132,86 ± 47,25	119 ± 27,4	0,318
Nhịp tim thấp nhất, trung bình (SD)	60,71 ± 13,24	55,86 ± 12,01	0,255
Nhịp tim trung bình, trung bình (SD)	78,89 ± 12,05	76,43 ± 12,23	0,538

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy ở 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 vs. 9,44 ± 3,13 ( $p < 0,001$ ), 17,51 ± 11,4 vs. 1,08 ± 1,27 ( $p < 0,01$ ) và 35,74 ± 16,45 vs. 14,16 ± 6,92 ( $p < 0,01$ ). Ngoài ra, các chỉ số đa ký hô hấp khác như ngưng thở trung ương, ngưng thở hỗn hợp,

giảm thở, SpO<sub>2</sub> < 90%, tần suất ngáy ở nhóm OSA trung bình-nặng cũng cao hơn so với nhóm OSA nhẹ. Chỉ số SpO<sub>2</sub> trung bình khá tương đương giữa 2 nhóm. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Đối với chỉ số nhịp tim thì các chỉ số nhịp tim cao nhất, nhịp tim thấp nhất và nhịp tim trung bình ở nhóm OSA nhẹ cao hơn nhóm OSA trung bình-

nặng. Tuy nhiên, kết quả không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

### 3.4. Phân tích đa biến môi liên quan giữa các biến tiên lượng với nhóm OSA trung bình-nặng

**Bảng 4. Phân tích đa biến môi liên quan giữa các biến tiên lượng với nhóm OSA trung bình-nặng**

Yếu tố	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Giới tính (Nam)	4,19 (0,57-30,6)	0,158
Nơi sống (Nông thôn)	4,73 (0,70-31,93)	0,110
Tiền sử hút thuốc lá (có)	5,32 (0,85-33,49)	0,075
Ngủ ngáy (có)	12,13 (0,54-271,13)	0,115
Thức dậy mệt mỏi (có)	13,28 (1,02-173,56)	0,049

**Nhận xét:** Kết quả phân tích đa biến cho thấy triệu chứng thức dậy mệt mỏi có liên quan đến mắc OSA trung bình-nặng cao hơn (OR = 13,28, KTC 95%: 1,02-173,56,  $p = 0,049$ ). Đồng thời các yếu tố khác như giới tính nam, nơi sống ở nông thôn, có tiền sử hút thuốc lá, ngủ ngáy cũng làm tăng nguy cơ mắc OSA trung bình-nặng, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 42 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ, được chia thành 2 nhóm: OSA nhẹ và OSA trung bình-nặng. Kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm OSA trung bình-nặng có tỷ lệ nam giới và tiền sử hút thuốc lá cao hơn nhóm OSA nhẹ. Tương tự, nghiên cứu của Lloberes P. và cộng sự về mức độ nặng của OSA cũng ghi nhận tỷ lệ nam giới trong nhóm OSA trung bình-nặng chiếm trên 82% [8]. Kết quả này là phù hợp vì thực tế cho thấy các đối tượng hút thuốc lá chủ yếu là nam giới, đồng thời hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ mắc OSA và làm nặng hơn mức độ OSA [8]. Ngoài ra, các đặc điểm chung khác như sinh sống ở nông thôn, chu vi vòng cổ, vòng bụng, vòng hông và HbA1c chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm OSA trung bình-nặng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Về đặc điểm lâm sàng theo độ nặng của OSA, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thức dậy mệt mỏi ở nhóm OSA nhẹ cao hơn nhóm OSA trung bình-nặng. Tương tự, một số triệu chứng khác như ngưng thở/nghẹt thở, thở hỗn hển, thức giấc về đêm, thức dậy mệt mỏi, ngáy to và giảm tập trung cũng gặp ở nhóm OSA nhẹ cao hơn so với nhóm OSA trung bình-nặng. Ngược lại, tình trạng đau đầu vào buổi sáng, buồn ngủ ban ngày, mất

ngủ, tiểu đêm lại chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm OSA trung bình-nặng so với nhóm OSA nhẹ. Tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, nhưng có thể thấy được các triệu chứng lâm sàng của OSA không biểu hiện rõ theo tương quan mức độ của bệnh, một phần do các triệu chứng có thể còn mơ hồ và có tính chủ quan cao. Do đó, khi có ít nhất 1 triệu chứng lâm sàng nghi ngờ OSA và có yếu tố nguy cơ, bệnh nhân nên được tầm soát về OSA do sự ảnh hưởng của bệnh chủ yếu lên chất lượng cuộc sống nói chung, chứ không phải từng triệu chứng lâm sàng riêng lẻ. Thật vậy, theo kết quả nghiên cứu của Lopes C. và các đồng nghiệp cho thấy chất lượng cuộc sống càng giảm ở những bệnh nhân có mức độ OSA càng nặng [4].

Về đặc điểm các chỉ số đa ký hô hấp theo độ nặng OSA, chúng tôi ghi nhận ở nhóm OSA trung bình-nặng có chỉ số AHI, chỉ số ngưng thở tắc nghẽn cao hơn so với nhóm OSA nhẹ. Kết quả này phù hợp vì AHI và chỉ số tắc nghẽn là những chỉ số giúp lượng giá độ nặng của OSA. Tương tự, chúng tôi cũng ghi nhận chỉ số ODI ở nhóm OSA trung bình-nặng cao hơn nhóm OSA nhẹ. Kết quả này đồng nhất với nghiên cứu của Durán J. và cộng sự [2]. Bên cạnh đó, các chỉ số đa ký hô hấp khác như ngưng thở trung ương, ngưng thở hỗn hợp, giảm thở,  $SpO_2 < 90\%$ , tần suất ngáy ở nhóm OSA trung bình-nặng cũng cao hơn so với nhóm OSA nhẹ. Đây là các chỉ số trong đa ký hô hấp có liên quan đến AHI, chỉ số tắc nghẽn và ODI [9], do đó, các thông số tình trạng giảm oxy máu về đêm trầm trọng hơn ở nhóm OSA nặng hơn cũng là điều dễ hiểu. Ngược lại, các chỉ số tim mạch không có sự tương quan với mức độ của bệnh, có thể do các bệnh tim mạch đồng mắc khác.

Khi phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến OSA trung bình-nặng, chúng tôi ghi nhận triệu chứng thức dậy mệt mỏi làm tăng nguy cơ mắc OSA trung bình-nặng. Thật vậy, triệu chứng thức dậy mệt mỏi là bằng chứng cho thấy một tình trạng rối loạn giấc ngủ ảnh hưởng trực tiếp đến thời gian ngủ của bệnh nhân, đây là yếu tố ảnh hưởng đến mức độ nặng của OSA đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu [4], [5]. Tương tự, các yếu tố như giới tính nam, nơi sống ở nông thôn, có tiền sử hút thuốc lá, ngủ ngáy cũng làm tăng nguy cơ mắc OSA trung bình-nặng, mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế, trong đó, cỡ mẫu nhỏ là một trong những điểm yếu quan trọng.

**V. KẾT LUẬN**

Về đặc điểm chung so với nhóm OSA nhẹ, nhóm OSA trung bình-nặng có tỷ lệ nam giới, tiền sử hút thuốc lá cao hơn. Bên cạnh đó, các triệu chứng lâm sàng không có sự tương quan rõ với mức độ nặng của OSA. Về các thông số đa ký hô hấp, ghi nhận chỉ số AHI, chỉ số tắc nghẽn, chỉ số ODI ở nhóm OSA trung bình-nặng cao hơn nhóm OSA nhẹ. Triệu chứng thức dậy mệt mỏi làm tăng nguy cơ mắc OSA trung bình-nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Benjafield A.V., Ayas N.T., Eastwood P.R., et al.** Estimation of the global prevalence and burden of obstructive sleep apnoea: a literature-based analysis. *Lancet Respir Med.* 2019; 7(8):687-698.
2. **Durán J., Esnaola S., Rubio R., Iztueta A.** Obstructive sleep apnea-hypopnea and related clinical features in a population-based sample of subjects aged 30 to 70 yr. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001; 163(3 Pt 1):685-9.
3. **Heffner J.E., Rozenfeld Y., Kai M., Stephens**

4. **E.A., Brown L.K.** Prevalence of diagnosed sleep apnea among patients with type 2 diabetes in primary care. *Chest.* 2012; 141(6):1414-1421.
5. **Lopes C., Esteves A.M., Bittencourt L.R., Tufik S., Mello M.T.** Relationship between the quality of life and the severity of obstructive sleep apnea syndrome. *Braz J Med Biol Res.* 2008; 41(10):908-913.
6. **Lal C., Weaver T.E., Bae C.J., Strohl K.P.** Excessive Daytime Sleepiness in Obstructive Sleep Apnea. *Mechanisms and Clinical Management.* *Ann Am Thorac Soc.* 2021; 18(5):757-768.
7. **Rundo J.V.** Obstructive sleep apnea basics. *Cleve Clin J Med.* 2019; 86(9 Suppl 1):2-9.
8. **Reichmuth K.J., Austin D., Skatrud J.B., Young T.** Association of sleep apnea and type II diabetes: a population-based study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005; 172(12):1590-1595.
9. **Jang Y.S., Nerobkova N., Hurh K., Park E.C., Shin J.** Association between smoking and obstructive sleep apnea based on the STOP-Bang index. *Sci Rep.* 2023; 13(1):9085.
10. **Lloberes P., Durán-Cantolla J., Martínez-García M.A., et al.** Diagnosis and treatment of sleep apnea-hypopnea syndrome. *Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery. Arch Bronconeumol.* 2011; 47(3):143-156.

## KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐI TRÊN BỆNH NHÂN LIỆT NỬA NGƯỜI DO ĐỘT QUY NÃO TẠI BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP NĂM 2022 - 2023

Phan Minh Hoàng<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Hà<sup>2</sup>

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Liệt nửa người sau đột quy não gây ảnh hưởng rất lớn và trực tiếp đến khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng như khả năng tái hội nhập vào đời sống cộng đồng. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu phục hồi chức năng đi trên bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên tổng số 102 bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não, điều trị tại Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị bệnh nghề nghiệp năm 2022 - 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 65,93 ± 9,71. Giới tính nam chiếm ưu thế với 69,6%. 45,1% bệnh nhân bị đột quy > 12 tuần, 88,2% đột quy lần đầu. 86,3% bệnh nhân là nhồi máu não. Sau 2 tuần điều trị, khả năng dồn trọng lượng lên chân liệt, vận tốc đi, nhịp bước đi, khả năng đi theo FAC đều có sự cải thiện (p < 0,05). **Kết**

**luận:** Phục hồi chức năng đi lại cho bệnh nhân liệt nửa người do đột quy não mang lại hiệu quả đáng kể, giúp bệnh nhân cải thiện chức năng đi lại, giảm các thương tật thứ phát. **Từ khóa:** đột quy, phục hồi chức năng, vật lý trị liệu

**SUMMARY**

### SHORT-TERM OUTCOMES OF WALKTHROUGH FUNCTIONAL REHABILITATION IN PATIENTS WITH HEMIPARIA DUE TO STROKE AT THE HO CHI MINH CITY HOSPITAL FOR REHABILITATION - PROFESSIONAL DISEASES IN 2022 - 2023

**Background:** Hemiplegia after stroke greatly and directly affects the ability to perform daily activities as well as the ability to reintegrate into community life. **Objectives:** Survey the current situation of hemiplegia due to cerebral stroke at the Physiotherapy and Rehabilitation Department, Ho Chi Minh city hospital for rehabilitation - professional diseases. **Materials and methods:** Cross-sectional study on a total of 102 patients with hemiplegia due to cerebral stroke, treated at the Ho Chi Minh city hospital for rehabilitation - professional diseases. **Results:** Average age is 65.93 ± 9.71. Male gender

<sup>1</sup>Bệnh viện Phục hồi Chức năng - Điều trị Bệnh Nghề nghiệp TP. Hồ Chí Minh

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

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Hoàng

Email: drhoangphan@bvpphuchoichucnanghcm.vn

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024