

2020;15(2): e0229186. doi: 10.1371/journal.pone.0229186

6. **Baeza-Román A, et al.** Predictive power of the grace score in population with diabetes. *Int J Cardiol.* Dec 1 2017;248:73-76. doi:10.1016/j.ijcard.2017.06.083
7. **Baluja A, et al.** Prediction of major adverse cardiac, cerebrovascular events in patients with diabetes after acute coronary syndrome. *Diab*

*Vasc Dis Res.* Jan-Feb 2020; 17(1): 1479164119892137. doi: 10.1177/1479164119892137

8. **Neves VB, et al.** Validation of the Grace Risk Score to Predict In-Hospital and 6-Month Post-Discharge Mortality in Patients with Acute Coronary Syndrome. *International Journal of Cardiovascular Sciences.* 2021;35(2):174-180. doi:10.36660/ijcs.20210019

## CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2023

Chu Thị Hoài<sup>1</sup>, Hồ Thị Minh Thu<sup>1</sup>,  
Hoàng Thị Thanh Hoài<sup>1</sup>, Lê Thị Diệu Linh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả chất lượng giấc ngủ và phân tích mối liên quan tới chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 403 người bệnh ung thư phổi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả cho thấy tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém của bệnh nhân ung thư phổi chiếm 84,6%, tỷ lệ chất lượng giấc ngủ tốt của bệnh nhân ung thư phổi chiếm 15,4%. Có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân ung thư phổi với các yếu tố giới tính, điều kiện kinh tế, giai đoạn ung thư, phương pháp điều trị hoá trị, xạ trị, tình trạng di căn, thói quen hút thuốc lá, rượu bia ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Đánh giá chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư phổi bằng phương pháp PSQI cho thấy tỷ lệ người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém còn cao. Vì vậy, người bệnh ung thư phổi cần được quan tâm và hỗ trợ kịp thời về các phương pháp hỗ trợ giấc ngủ trong quá trình điều trị. Có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân ung thư phổi với các yếu tố giới tính, điều kiện kinh tế, giai đoạn ung thư, phương pháp điều trị hoá trị, xạ trị, tình trạng di căn, thói quen hút thuốc lá, rượu bia ( $p < 0,05$ ). **Từ khóa:** Chất lượng giấc ngủ, ung thư phổi, PSQI

### SUMMARY

#### SLEEP QUALITY AND SOME RELATED FACTORS OF LUNG CANCER PATIENTS AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2023

**Objective:** To describe the sleep quality rate and analysis of some factors related to sleep quality in lung cancer patients at Nghe An Oncology Hospital in 2023.

**Subject and method:** Descriptive cross-sectional study with analysis was conducted on 403 lung cancer

patients at Nghe An Oncology Hospital from March 2023 to July 2023. The information was collected by a set of questionnaire which were used during direct interviews and analyzing medical records. **Results:** The rate of poor sleep quality by PSQI was 84,6%, the rate of good sleep quality in lung cancer patients was 15,4%. There was a relationship between the sleep quality with gender, economic conditions, cancer stage, chemotherapy and radiotherapy treatment, metastasis, smoking and alcohol habits ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The Assessing sleep quality and providing solution to support sleep quality is especially important for lung cancer patients, contributing to improving the patient's health, quality of treatment care and limiting complications symptoms... Lung cancer patients need to be concerned about and evaluate their sleep quality regularly throughout the treatment process.

**Keywords:** Sleep quality, lung cancer, PSQI

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng giấc ngủ được định nghĩa bằng sự hài lòng của một người về trải nghiệm giấc ngủ, bao gồm khi giấc ngủ bắt đầu, cách giấc ngủ duy trì, thời lượng ngủ và sự tỉnh táo, sáng khoái sau khi thức dậy [1]. Với thời gian điều trị kéo dài, bệnh nhân ung thư thường phải đối mặt với tác dụng phụ của việc điều trị. Một trong những vấn đề được phàn nàn ở bệnh nhân ung thư đó là chất lượng giấc ngủ không tốt [2]. Các vấn đề về giấc ngủ sẽ dẫn đến sự suy giảm chức năng, nhận thức và tâm lý bao gồm: mất tập trung, mệt mỏi, đau đớn, căng thẳng, khó chịu, trầm cảm, ăn uống kém... đặc biệt là đối tượng bệnh nhân ung thư. Rối loạn giấc ngủ thường xảy ra ở người bệnh trong quá trình điều trị, sự rối loạn này gây ảnh hưởng không tích cực đến quá trình điều trị của bệnh nhân, đặc biệt là những bệnh nhân ung thư phổi... Theo nghiên cứu của tác giả Martin và cộng sự năm 2021 tỷ lệ người bệnh có rối loạn giấc ngủ sau điều trị ung thư phổi là 16,7% [3]. Chất lượng giấc ngủ

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thị Minh Thu

Email: hothiminhthu90@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biên khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024

kém có liên quan đến sự phát triển của khối u, làm tăng mức độ cơn đau, tăng nguy cơ buồn nôn, khiến bệnh nhân mệt mỏi, tinh thần giảm sút dẫn đến điều trị không hiệu quả. Vì vậy, đánh giá chất lượng giấc ngủ để từ đó đề xuất những giải pháp hỗ trợ giấc ngủ cho người bệnh góp phần giảm mức độ nặng của bệnh, chi phí điều trị, nâng cao kết quả điều trị toàn diện và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

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

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành tại Khoa Nội lồng ngực, Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 03/2023-07/2023.

**2.3 Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư phổi thòả mãn mọi tiêu chuẩn lựa chọn.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- + Người bệnh có đầy đủ hồ sơ lưu trữ tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.
- + Người bệnh có độ tuổi trưởng thành (≥ 18 tuổi)
- + Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Bệnh nhân mắc các vấn đề sức khỏe ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp, không tỉnh táo, không thể trả lời câu hỏi phỏng vấn.

**2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu:**

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

Trong đó: n là cỡ mẫu cần có

P là tỉ lệ, lấy = 0.5

Z là hệ số tin cậy khi α= 0,05 thì Z= 1,96

d= 0,05: dự kiến sai lệch so với thực tế là 5%. Vậy cỡ mẫu nghiên cứu cần có là = 384  
Chênh lệch sai số là 5% do hao hụt mẫu, nên tổng số mẫu lấy là 403 mẫu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên đơn người bệnh ung thư phổi đang điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An theo tiêu chuẩn lựa chọn

**2.3 Phương pháp thu thập số liệu:** Tiến hành phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn bao gồm 4 phần:

Phần A: Thông tin chung của bệnh nhân bao gồm các biến: tuổi, giới tính, tôn giáo, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, kinh tế gia đình, người chăm sóc trong quá trình điều trị, bảo hiểm y tế.

Phần B: Đặc điểm lâm sàng bao gồm các biến số sau:giai đoạn, hoá trị, xạ trị, tình trạng di căn, thời gian nằm viện, bệnh lý kèm theo.

Phần C: Một số thói quen của của bệnh nhân: Hút thuốc lá, tập thể dục, sử dụng rượu bia, sử dụng caffeine.

Phần D: Đánh giá chất lượng giấc ngủ dựa trên thang đo Pittsburgh (PSQI).

**2.4. Thang đo đánh giá chất lượng giấc ngủ.** Đánh giá chất lượng giấc ngủ dựa trên thang đo Pittsburgh (PSQI) với 19 câu hỏi chia thành 7 phần đánh giá các khía cạnh khác nhau của giấc ngủ bao gồm: Chất lượng chủ quan của giấc ngủ; Độ trễ của giấc ngủ; Thời gian ngủ; Hiệu quả của giấc ngủ; Rối loạn giấc ngủ; Sử dụng thuốc ngủ; Rối loạn chức năng hoạt động ban ngày.

Tổng điểm của thang đo được tính dựa trên tổng các điểm thành phần (từ 1 đến 7), từ 0 đến 21. Thang đo PSQI là bộ công cụ đáng tin cậy để đánh giá chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89,6% và 86,5% [4]. Điểm càng cao đồng nghĩa với chất lượng giấc ngủ càng kém. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phiên bản Tiếng Việt đã được chuẩn hóa, với điểm cắt > 5 để phân loại "giấc ngủ kém" [5]

**2.5. Xử lý và phân tích số liệu.** Toàn bộ phiếu phỏng vấn được kiểm tra, làm sạch và mã hóa trước khi nhập máy bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học bệnh viện Ung bướu Nghệ An. Đối tượng có quyền từ chối tham gia, các thông tin thu thập được từ đối tượng nghiên cứu hoàn toàn được giữ bí mật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.4: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=403)**

TT	Đặc điểm ĐTNC	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	Giới tính	Nam	291	72,2%
		Nữ	112	27,8%
2	Nhóm tuổi	≤ 30 tuổi	2	0,5%
		31 – 59 tuổi	131	32,5%
		≥ 60 tuổi	270	67%
Tuổi trung bình: 63,14±10,009, Max: 86, Min: 18				
3	Trình độ học vấn	Không biết chữ	2	0,5%
		Tiểu học	72	17,9%
		Trung học cơ sở	169	41,9%
		Trung học phổ thông	121	30%
		Trung cấp, cao đẳng	37	9,2%
Đại học, sau đại học	2	0,5%		
5	Điều kiện	Nghèo, cận nghèo	269	66,8%

	kinh tế	≥ Khá	134	33,2%
6	Bệnh kèm theo	Có mắc bệnh kèm theo	249	61,8%
		Không mắc	154	38,2%

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của ĐTNC là 63.14±10,009. Tỷ lệ bệnh nhân giới tính nam (72,2%) cao hơn giới tính nữ (27,8%). Đa số đối tượng nghiên cứu là người dân tộc Kinh và không theo tôn giáo (88,1%), trình độ học vấn THCS (41,9%), làm nghề nông (66%). 66,8% đối tượng thuộc diện hộ nghèo hoặc cận nghèo.

**Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn ung thư	I	41	10,2%
	II	141	35%
	III	107	26,6%
	VI	114	28,3%
Phẫu thuật	Có	96	23,8%
	Không	307	76,2%
Xạ trị	Có	74	18,4%
	Không	329	81,6%
Hóa trị	Có	283	70,2%
	Không	120	29,8%
Tình trạng di căn	Di căn	102	25,3%
	Không di căn	301	74,7%
Thời gian nằm viện (ngày)	Trung bình ± SD Trung vị (IQR)	9,69±4,735 8,00	

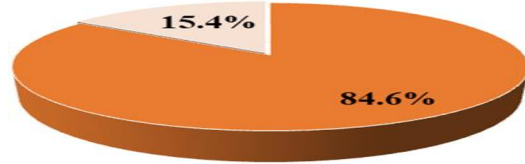
**Nhận xét:** Giai đoạn II có tỷ lệ cao nhất chiếm 35%; tiếp đến giai đoạn IV chiếm 28,3%, giai đoạn III 26,6%. Bệnh nhân phẫu thuật chiếm 23,8%, xạ trị chiếm 18,4% và hóa trị 70,2%. ĐTNC có tình trạng di căn chiếm 25,3%

**Bảng 4: Một số thói quen của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm thói quen của đối tượng nghiên cứu	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
<b>Thói quen hút thuốc lá</b>			
Hút thuốc lá	Chưa từng hút	142	35,2%
	Đã từng hút, đang hút	261	64,8%
Mức độ sử dụng	Thường xuyên (>10 điếu)	104	39,7%
	Thỉnh thoảng (≤ 10 điếu)	158	60,3%
<b>Thói quen tập thể dục</b>			
Tập thể dục/ chơi thể thao	Có	277	68,7%
	Không	126	31,3%
Tần suất tập thể dục/ chơi thể thao mỗi tuần	1 - 2 ngày/tuần	82	29,6%
	3 - 4 ngày/tuần	122	44%
	≥ 5 ngày/tuần	73	26,4%
Mỗi ngày Ông/bà tập bao nhiêu phút	<10 phút	6	2,2%
	10 - 30 phút	254	91,7%
	> 30 phút	17	6,1%
<b>Thói quen sử dụng rượu bia</b>			
Sử dụng rượu, bia trong 1	Có	190	47,1%

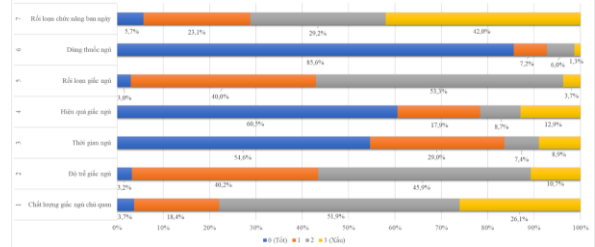
và không di căn là 74,7%. Thời gian nằm viện trung bình của đối tượng nghiên cứu là 9,69±4,735 ngày.

**3.2. Chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu**



**Biểu đồ 1: Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ trong một tháng vừa qua của ĐTNC**

**Nhận xét:** Trong 403 ĐTNC, có 341 người bệnh (84,6%) có chất lượng giấc ngủ kém và 62 người (15,4%) ĐTNC có chất lượng giấc ngủ tốt.



**Biểu đồ 2: Điểm thành phần PSQI**

**Nhận xét:** Đánh giá về các khía cạnh về giấc ngủ có tỷ lệ kém nhất là chất lượng giấc ngủ chủ quan (51,86%), tiếp đến độ trễ giấc ngủ (45,9%) và rối loạn giấc ngủ (53,34%). Khía cạnh sử dụng thuốc ngủ được đánh giá kém thấp nhất (1,26%).

**3.3. Đặc điểm về một số thói quen của đối tượng nghiên cứu**

<b>tháng qua</b>	Không	213	52,9%
<b>Mức độ sử dụng</b>	Thường xuyên (>10 lần)	51	26,8%
	Thỉnh thoảng (≤ 10 lần)	139	73,2%
<b>Thói quen sử dụng caffeine</b>			
<b>Sử dụng caffeine trong 1 tháng qua</b>	Có	166	41,2%
	Không	237	58,8%
<b>Mức độ sử dụng</b>	Thường xuyên (>10 lần)	40	24,1%
	Thỉnh thoảng (≤ 10 lần)	126	75,9%

**Nhận xét:** Số bệnh nhân đã và đang hút thuốc lá chiếm tỷ lệ cao 64,8%, bệnh nhân chưa từng hút chiếm 35,2%. Bệnh nhân có tập thể dục, chơi thể thao chiếm 68,7%. Mức độ sử dụng rượu bia trong một tháng gần đây thường

xuyên chiếm 26,8%, thỉnh thoảng chiếm 73,2%. Bệnh nhân có sử dụng đồ uống có caffeine trong vòng 1 tháng gần đây chiếm 41,2%.

**3.3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân ung thư**

**Bảng 3: Môi liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với thông tin chung của ĐTNC**

		CLGN		P	OR (CI 95%)
		Kém n (%)	Tốt n (%)		
<b>Giới tính</b>	Nam	253 (74,2%)	38 (61,3%)	0.037	1.816 (1.031-3.197)
	Nữ	88 (25,8%)	24 (38,7%)		
<b>Điều kiện kinh tế</b>	Nghèo, Cận nghèo	236 (69,2%)	33 (53,2%)	0.014	1.975 (1.140-3.421)
	≥ Khá	105 (30,8%)	29 (46,8%)		

**Nhận xét:** Có mối liên quan giữa nhóm giới tính nam có chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 1,816 lần đối tượng nữ giới. Đối tượng nghiên cứu là hộ nghèo, cận nghèo có chất lượng giấc ngủ kém cao gần bằng 2 lần nhóm đối tượng có điều kiện kinh tế khá trở lên (95% CI: 1,140-3,421, p<0,05).

**Bảng 4: Môi liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với tình trạng bệnh của bệnh nhân**

		CLGN		P	OR(CI 95%)
		Kém n (%)	Tốt n (%)		
<b>Giai đoạn</b>	I,II	146 (42,8%)	36 (58,1%)	0.026	0.541 (0.313 -0.936)
	III, IV	195 (57,2%)	26 (41,9%)		
<b>Hóa trị</b>	Có	248 (72,7%)	35 (56,5%)	0.01	2.057 (1.180-3.586)
	Không	93 (27,3%)	27 (43,5%)		
<b>Xạ trị</b>	Có	70 (20,5%)	4 (6,5%)	0.008	3.74(1.315-10.668)
	Không	271 (79,5%)	58 (93,5)		
<b>Tình trạng di căn</b>	Có	93 (27,3%)	9 (14,5%)	0.034	2.208 (1.048-4.655)
	Không	248 (72,3%)	53 (85,5%)		

**Nhận xét:** Đối tượng nghiên cứu thuộc giai đoạn III, IV có chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 0,541 lần so với ĐTNC giai đoạn I, II (95% CI: 0.313 -0.936); Hoá trị thì chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 2,057 lần so với đối tượng không hóa trị (95%CI = 1,180 – 3,586); Xạ trị thì chất

lượng giấc ngủ kém cao gấp 3,74 lần so với đối tượng không xạ trị (95%CI = 1,315 – 10,668); Tình trạng di căn thì chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 2,208 lần so với đối tượng không di căn (95%CI = 1,048 – 4,655).

**Bảng 5. Môi liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với các điểm về thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia, tập thể dục, đồ uống có caffeine**

<b>Đặc tính thói quen</b>	CLGN		P	OR (CI 95%)
	Kém n (%)	Tốt n (%)		
<b>Hút thuốc lá</b>				
<b>Đã từng hút, đang hút</b>	231 (67,7%)	30 (48,8%)	0.003	0.446 (0.258-0.772)
<b>Không hút</b>	110 (32,3%)	32 (51,6%)		
<b>Uống rượu bia</b>				
<b>Có</b>	171 (50,1%)	19 (30,6%)	0.005	2.276 (1.274-4.066)
<b>Không</b>	104 (30,5%)	23 (37,1%)		

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia (p<0,05). ĐTNC có thói

quen hút thuốc lá có chất lượng giấc ngủ kém hơn đối tượng không sử dụng thuốc lá gấp 0,446 lần. Nhóm đối tượng có sử dụng rượu bia có chất

lượng giấc ngủ kém hơn đối tượng không sử dụng rượu bia gấp 2,276 lần ( $p = 0,005$ ; 95%CI = 1.274 - 4.066).

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.** Đánh giá chất lượng giấc ngủ sử dụng thang điểm PSQI cho thấy có 341 người (84,6%) người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém, 62 người (15,4%) có chất lượng giấc ngủ tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Danh Nghĩa Thiên Môn và cộng sự trên 105 bệnh nhân ung thư vú từ giai đoạn 1-3 có chất lượng giấc ngủ kém là 79,1%[6]. Nghiên cứu của Nguyễn Mai Phương và CS phần lớn bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém 79,8% với điểm trung bình PSQI là  $10,6 \pm 5,2$  [7]. Từ các kết quả nghiên cứu trên, có thể thấy tỷ lệ cao bệnh nhân ung thư có chất lượng giấc ngủ kém có thể là do bệnh nhân ung thư có cùng những đặc điểm, nguyên nhân gây mất ngủ, các triệu chứng thực thể, tâm thần giống nhau, ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân.

**4.2. Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư phổi.** Trong nhóm các yếu tố cá nhân, chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với giới tính, điều kiện kinh tế, sử dụng bảo hiểm y tế. Ở nhóm giới tính nam có chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 1,816 lần đối tượng nữ giới ( $p=0,037$ ; 95%CI = 1,031 - 3,197). Tuy nhiên khi so sánh với các nghiên cứu khác chúng tôi chưa tìm thấy sự nhất quán để đưa ra kết luận về sự khác biệt này. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mai Phương và cộng sự, tiến hành nghiên cứu cắt ngang trên 104 bệnh nhân ung thư tại khoa Ung bướu, bệnh viện Đại học Y Huế. Kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém (79,8%); có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chất lượng giấc ngủ với giới tính và tình trạng trầm cảm, lo âu ( $p < 0,05$ ) [7]. Có sự tương đồng giữa 2 nghiên cứu là đều có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và giới tính của đối tượng nghiên cứu, bệnh nhân nam có chất lượng giấc ngủ kém hơn.

Đối tượng tham gia nghiên cứu là hộ nghèo, cận nghèo có chất lượng giấc ngủ kém cao gần bằng 2 lần nhóm đối tượng có điều kiện kinh tế khá trở lên ( $p = 0,014$ ; 95%CI = 1,140 - 3,421). Bệnh nhân ung thư điều trị kéo dài trong nhiều ngày có thể ảnh hưởng đến tâm lý khi phải lo lắng đến vấn đề kinh tế trong quá trình điều trị

và chất lượng cuộc sống.

Có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với tình trạng hóa trị, xạ trị, tình trạng di căn. Đối tượng có hóa trị thì chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 2,057 lần so với đối tượng không hóa trị ( $p = 0,01$ ; 95%CI = 1,180 - 3,586). Đối tượng có xạ trị thì chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 3,74 lần so với đối tượng không xạ trị ( $p = 0,008$ ; 95%CI = 1,315 - 10,668). Đối tượng có tình trạng di căn thì chất lượng giấc ngủ kém cao gấp 2,208 lần so với đối tượng không di căn ( $p = 0,034$ ; 95%CI = 1,048 - 4,655). Theo nghiên cứu của Polanski J và cộng sự cho thấy sự thay đổi của rối loạn giấc ngủ liên quan đến hóa trị và xạ trị [8]. Bệnh nhân ung thư vú được xạ trị hoặc hóa trị cho thấy bị rối loạn giấc ngủ nhiều hơn và thời gian ngủ muộn hơn, nhưng tác động này có ý nghĩa thống kê. Hóa trị và xạ trị có thể làm rối loạn giấc ngủ trong khi điều trị, ngoài ra các yếu tố khác cũng có thể ảnh hưởng mức độ chất lượng giấc ngủ. Có sự tương đồng giữa 2 nghiên cứu, tác dụng phụ của việc hóa - xạ trị gây ảnh hưởng đến giấc ngủ rất lớn, dẫn đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân gặp khó khăn.

Có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với thói quen uống rượu bia. Nhóm sử dụng rượu bia có chất lượng giấc ngủ kém hơn đối tượng không sử dụng rượu bia gấp 2,276 lần ( $p = 0,005$ ; 95%CI = 1.274 - 4.066). Nghiên cứu của Polanski J và cộng sự, bên cạnh việc dùng các thuốc điều trị, nhiều bệnh nhân còn sử dụng nhiều sản phẩm chứa các chất kích thích gây ảnh hưởng tới giấc ngủ và có thể làm hỏng giấc ngủ, nicotin trong thuốc lá, gây khó ngủ, đồng thời gây rối loạn giấc ngủ cho một hoặc hai đêm [8] Có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới, những người có thói quen uống rượu bia có ảnh hưởng rất lớn đến việc rối loạn giấc ngủ.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ của người bệnh ung thư phổi theo phương pháp PSQI ở mức cao. Vì vậy, việc đánh giá chất lượng giấc ngủ và đưa ra các giải pháp nhằm hỗ trợ chất lượng giấc ngủ đặc biệt quan trọng với người bệnh ung thư phổi góp phần nâng cao thể trạng người bệnh, chất lượng chăm sóc điều trị, hạn chế các biến chứng. Người bệnh ung thư phổi cần được quan tâm, tìm hiểu và đánh giá về chất lượng giấc ngủ thường xuyên trong suốt quá trình điều trị.

Có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân ung thư phổi với các yếu tố giới tính, điều kiện kinh tế, giai đoạn ung thư, phương pháp điều trị hoá trị, xạ trị, tình trạng di

căn, thói quen hút thuốc lá, rượu bia ( $p < 0,05$ ).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sleep Quality C.K.** (2013). Encyclopedia of Behavioral Medicine, New York. Springer New York, 1811–1813.
2. **A M Berger** (2005). Update on the State of the Science: Sleep-Wake Disturbances in Adult Patients With Cancer. 89–93.
3. **Martin R.E., Loomis D.M., và Dean G.E.** (2021). Sleep and quality of life in lung cancer patients and survivors. J Am Assoc Nurse Pract, 34(2), 284–291.
4. **D J Buysse, C F Reynolds, T H Monk, S R Berman, and D J Kupfer.** The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric

practice and research. Psychiatry Res. 1989; 28:193-213.

5. **N T and N Nguyen**, Validity of the Vietnamese version of the Pittsburgh sleep quality index. Sleep Medicine 2015; 1(16): 52.
6. **Danh Nghĩa Thiên Môn.** Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư vú tại bệnh viện ung bướu thành phố Hồ Chí Minh
7. **Nguyễn Mai Phương** (2021). Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. 56–63.
8. **Polanski J, Jankowska-Polanska B., Rosinczuk J. và cộng sự.** (2016). Quality of life of patients with lung cancer. Onco Targets Ther, 9, 1023–1028.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ ĐỘ AN TOÀN CỦA DAPAGLIFLOZIN SO VỚI EMPAGLIFLOZIN TRONG ĐIỀU TRỊ SUY TIM MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Thu Hằng<sup>1</sup>, Đặng Thị Soa<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Long<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Empagliflozin và dapagliflozin là hai thuốc thuộc nhóm SGLT2i được sử dụng trong điều trị suy tim, chứng minh được lợi ích giảm tử vong và giảm tỷ lệ nhập viện so với giả dược qua các thử nghiệm lâm sàng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 90 bệnh nhân chia làm 3 nhóm: nhóm chứng, nhóm sử dụng dapagliflozin 10mg và nhóm sử dụng empagliflozin 10mg nhằm đánh giá hiệu quả và độ an toàn của dapagliflozin so với empagliflozin trong điều trị suy tim mạn tính tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. 2 nhóm dapagliflozin 10mg và empagliflozin 10mg ghi nhận tỷ lệ tử vong thấp hơn nhóm chứng ( $p < 0,05$ ); dapagliflozin 10mg cải thiện về tần suất triệu chứng cao hơn nhóm empagliflozin 10mg ( $p < 0,05$ ) và empagliflozin 10mg cải thiện về chất lượng cuộc sống cao hơn nhóm dapagliflozin 10mg ( $p < 0,05$ ).

**Từ khóa:** suy tim, KCCQ-12, dapagliflozin, empagliflozin, hiệu quả, an toàn

### SUMMARY

#### EFFECTIVENESS AND SAFETY OF DAPAGLIFLOZIN VERSUS EMPAGLIFLOZIN IN TREATMENT HFrEF

Empagliflozin and dapagliflozin are SGLT2i drugs used in the treatment of heart failure, demonstrating benefits in reducing mortality and admission rates compared to placebo in clinical trials. A cross-sectional descriptive study was conducted on 90 patients

divided into 3 groups: control group, group using dapagliflozin 10mg and group using empagliflozin 10mg to evaluate the effectiveness and safety of dapagliflozin compared with empagliflozin in treatment. chronic heart failure at Nghe An General Friendship Hospital. The two groups dapagliflozin 10mg and empagliflozin 10mg recorded lower mortality risks than the control group ( $p < 0,05$ ); dapagliflozin 10mg improved symptom frequency higher than the empagliflozin 10mg group ( $p < 0,05$ ) and empagliflozin 10mg improved quality of life higher than the dapagliflozin 10mg group ( $p < 0,05$ ).

**Keywords:** heart failure, KCCQ-12, dapagliflozin, empagliflozin, effectiveness, safety

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến nhập viện và tử vong trên toàn thế giới [1]. Tiên lượng của suy tim cải thiện hơn trong những năm gần đây, nhờ tiến bộ trong chẩn đoán nguyên nhân và điều trị. Điều trị nội khoa được coi là điều trị nền tảng đối với tất cả các bệnh nhân suy tim. Các nhóm thuốc nền tảng được khuyến cáo trong điều trị suy tim là thuốc ức chế renin-angiotensin, chẹn beta giao cảm, thuốc đối kháng aldosteron, lợi tiểu quai nếu quá tải dịch và thuốc ức chế đồng vận chuyển natri-glucose 2 (dapagliflozin/empagliflozin). Empagliflozin và dapagliflozin là hai thuốc thuộc nhóm SGLT2i ban đầu được sử dụng trong điều trị đái tháo đường sau đó được chấp thuận thêm vào phác đồ tiêu chuẩn điều trị suy tim nhằm góp phần làm giảm gánh nặng cũng như chi phí điều trị theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn năm 2022" của Bộ Y tế [2].

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Vinh

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Hằng

Email: thuhang@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024