

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Quang (2020). "Hội chứng thân hư trẻ em". Phác đồ điều trị nhi khoa 2020, Bệnh viện Nhi Đồng 1, Nhà xuất bản Y Học TP.HCM, pp. 836-847.
2. Donatti T. L., Koch V. H. (2009). "Final height of adults with childhood-onset steroid-responsive idiopathic nephrotic syndrome". *Pediatr Nephrol*, 24 (12), pp. 2401-8.
3. Emma F., Sesto A., Rizzoni G. (2003). "Long-term linear growth of children with severe steroid-responsive nephrotic syndrome". *Pediatr Nephrol*, 18 (8), pp. 783-8.
4. Gökner N., Webb H., Waters A., et al. (2021). "Long-term obesity prevalence and linear growth in children with idiopathic nephrotic syndrome: is normal growth and weight control possible with steroid-sparing drugs and low-dose Steroid for relapses?". *Pediatr Nephrol*.
5. Hung Y. T., Yang L. Y. (2006). "Follow-up of linear growth of body height in children with nephrotic syndrome". *J Microbiol Immunol Infect*, 39 (5), pp. 422-5.
6. Ribeiro D., Zawadzinski S., Pittet L. F., et al. (2015). "Effect of glucocorticoids on growth and bone mineral density in children with nephrotic syndrome". *Eur J Pediatr*, 174 (7), pp. 911-7.
7. Simmonds J., Grundy N., Trompeter R., et al. (2010). "Long-term steroid treatment and growth: a study in steroid-dependent nephrotic syndrome". *Arch Dis Child*, 95 (2), pp. 146-9.

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ KHI NGỦ Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ỔN ĐỊNH CÓ TĂNG ÁP PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG NĂM 2023-2024

Dương Thị Chúc Linh^{1,2}, Võ Phạm Minh Thu²

Từ khóa: hội chứng overlap, tăng áp phổi, COPD.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng ngưng thở khi ngủ rất thường gặp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi nhưng do tình trạng hô hấp nổi trội nên hội chứng này thường bị bỏ qua hoặc không được quan tâm đúng mức. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kiên Giang năm 2023 – 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 112 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong giai đoạn ổn định có tăng áp phổi. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 71,60 ± 10,08 với 92,9% là nam, nghề nghiệp chủ yếu là nông dân (27,7%), hưu trí (17,9%). 93,8% bệnh nhân có hút thuốc lá với số gói thuốc lá – năm là 32,79 ± 11,13, 69,6% bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp/năm. Tỷ lệ hội chứng ngưng thở khi ngủ chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi (79,5%). Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi và số gói thuốc – năm, BMI và mức độ tăng áp phổi ($p < 0,001$). **Kết luận:** Hội chứng ngưng thở khi ngủ bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi chiếm tỷ lệ khá cao (79,5%). Cần có sự theo dõi, hỗ trợ điều trị để tránh các nguy cơ, biến chứng nguy hiểm cho nhóm bệnh nhân này.

¹Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Phạm Minh Thu

Email: vpmthu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 10.5.2024

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE WITH PULMONARY HYPERTENSION AT KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL IN 2023-2024

Background: Obstructive sleep apnea syndrome is very common in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease and pulmonary hypertension, due to the predominant respiratory condition, this syndrome is often overlooked or not noticed. **Objective:** To survey the characteristics of obstructive sleep apnea syndrome in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease with pulmonary hypertension at Kien Giang Provincial General Hospital in 2023 - 2024. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on 112 patients with chronic obstructive pulmonary disease in the stable phase with pulmonary hypertension. **Results:** The average age was 71.60 ± 10.08 years old with 92.9% male, main occupations were farmers (27.7%), pensioners (17.9%). 93.8% of patients smoked cigarettes with the number of cigarette packs-year being 32.79 ± 11.13, 69.6% of patients had ≥ 2 exacerbations/year. The rate of sleep apnea syndrome was high in stable COPD patients with pulmonary hypertension (79.5%). Statistically significant association between the rate of obstructive sleep apnea in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease with pulmonary hypertension and number of medication packs - years, BMI and severity of pulmonary hypertension ($p < 0.001$). **Conclusion:** Sleep apnea syndrome in stable chronic obstructive pulmonary disease patients with pulmonary hypertension was quite high (79.5%). Monitoring and

treatment support are needed to avoid risks and dangerous complications for this group of patients.

Keywords: overlap syndrome, pulmonary hypertension, COPD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn giấc ngủ rất thường gặp ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) ổn định có tăng áp phổi nhưng do tình trạng rối loạn hô hấp nổi trội của COPD nên bệnh lý ngưng thở tắc nghẽn ở nhóm bệnh nhân này thường bị bỏ qua hoặc không được quan tâm đúng mức. Sự kết hợp giữa bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic obstructive pulmonary disease - COPD) và hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (Obstructive Sleep Apnea Syndrome - OSAS) được gọi với danh từ "hội chứng overlap". Hội chứng chồng lấp hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Asthma - COPD Overlap Syndrome - ACOS) là một bệnh lý phức tạp với biểu hiện triệu chứng của cả hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên một cá thể [1].

Rất nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy, bệnh nhân hội chứng chồng lấp có sự giảm độ bão hòa oxy máu ban đêm hơn so với bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính không mắc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ hay chỉ mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn đơn thuần. Tỷ lệ hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở nhóm bệnh nhân COPD không cao hơn so với nhóm dân số nói chung, nhưng trên nhóm bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến [1]. Tại Việt Nam hiện nay, việc chẩn đoán hội chứng ngưng thở khi ngủ mới được đưa vào bệnh viện từ năm 2008. Sự hiểu biết của người dân về hội chứng ngưng thở khi ngủ nói chung và hội chứng chồng lấp nói riêng còn rất hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Khảo sát một số đặc điểm của hội chứng ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kiên Giang, năm 2023 – 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân

bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi đang theo dõi ngoại trú bởi Phòng Quản lý Hen – Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Kiên Giang.

Tiêu chuẩn chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định COPD theo GOLD 2023 [2]

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định: theo tiêu chuẩn Anthonisen và GOLD 2023: Không có triệu chứng của đợt cấp theo tiêu

chuẩn Anthonisen (ho tăng, khạc đàm tăng và thay đổi màu sắc, khó thở tăng, có thể kèm theo sốt hay không). Không có tình trạng nhiễm trùng đường hô hấp dưới trong vòng 6 tuần [2].

- Bệnh nhân chẩn đoán tăng áp phổi theo khuyến cáo của Hội Tim mạch và Hội Hô hấp Châu Âu về chẩn đoán và điều trị tăng áp phổi qua siêu âm Doppler tim.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đang trong giai đoạn cấp COPD hoặc đang mắc các bệnh lý đồng mắc tác động lên tăng áp phổi.

- Bệnh nhân có các rối loạn về tâm thần không trả lời được các bảng câu hỏi.

- Bệnh nhân mắc bệnh lý tim mạch nặng.

- Bệnh nhân trong tình trạng bệnh nặng hoặc ở giai đoạn cuối không thể thực hiện đo đa ký hô hấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu ngẫu nhiên thuận tiện

Nội dung nghiên cứu:

- Tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi.

- Một số đặc điểm của hội chứng ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính như đặc điểm về nhân khẩu học, nhân trắc học, hô hấp ký, đặc điểm về giấc ngủ, mức độ tăng áp phổi.

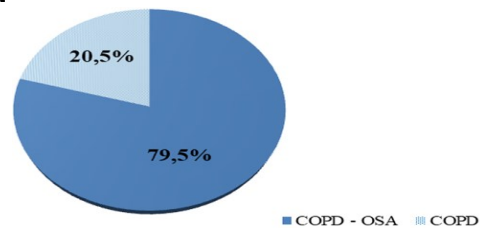
- Mối liên quan giữa chỉ số khối cơ thể với chỉ số ngưng thở - giảm thở, chỉ số giảm độ bão hòa oxy máu và hội chứng ngưng thở khi ngủ

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin. Kết quả được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ

Nhận xét: Tỷ lệ hội chứng ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi là 79,5%.

3.2. Một số đặc điểm của hội chứng ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi

- **Đặc điểm nhân khẩu học, nhân trắc học và hô hấp ký**

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học, nhân trắc học và hô hấp ký

Đặc điểm	Tổng n = 112	COPD – OSA n = 89	COPD n = 23	p
Tuổi (năm)	71,67 ± 10,08	71,67 ± 10,06	71,30 ± 10,38	0,370*
Nam/nữ (%)	92,9/7,1	91/8	100/0	0,136*
BMI (kg/m ²)	21,42 ± 3,74	21,89 ± 3,80	19,57 ± 2,91	0,003**
Vòng cổ (cm)	37,19 ± 3,15	37,07 ± 2,96	37,65 ± 3,83	0,509**
Hút thuốc (gói – năm)	29,93 ± 12,91	32,79 ± 11,14	18,87 ± 13,58	<0,001**
Hô hấp ký				
FVC dự đoán (%)	67,73 ± 19,91	67,84 ± 20,95	67,35 ± 15,61	0,903**
FEV1 dự đoán (%)	45,66 ± 18,38	46,33 ± 19,47	43,09 ± 13,43	0,454**
FEV1/FVC (%)	50,77 ± 8,25	51,06 ± 8,00	49,65 ± 9,26	0,511**

*Kiểm định Chi Square, **Kiểm định Independent Sample T Test

Nhận xét: Bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ (COPD – OSA) có số gói thuốc lá – năm và BMI lớn hơn bệnh nhân chỉ mắc bệnh COPD ổn định có tăng áp phổi (COPD) với $p < 0,001$. Kết quả nghiên

cứu cho thấy hội chứng ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân COPD độc lập với tuổi, giới tính, vòng cổ, hô hấp ký với $p > 0,05$.

- **Đặc điểm giấc ngủ và tăng áp phổi**

Bảng 2. Đặc điểm giấc ngủ và tăng áp phổi

Đặc điểm	Tổng n = 112	COPD – OSA n = 89	COPD n = 23	p
Hiệu quả giấc ngủ	71,18 ± 12,72	70,74 ± 11,91	72,91 ± 15,63	0,467**
REM (%)	6,53 ± 5,56	6,69 ± 5,54	5,90 ± 5,72	0,545**
NREM (%)	64,35 ± 13,50	63,86 ± 13,06	66,24 ± 15,23	0,453**
AHI (lần/giờ)	106,65 ± 90,51	129,19 ± 87,88	19,43 ± 20,94	<0,001**
Tăng áp phổi				
Nhẹ (25 - 45 mmHg) (%)	21 (27,7)	19 (21,3)	12 (52,2)	0,02*
Vừa (45 – 65 mmHg) (%)	61 (54,5)	53 (59,6)	8 (34,8)	
Nặng (> 65 mmHg) (%)	20 (17,9)	17 (19,1)	3 (13,0)	

*Kiểm định Chi Square, **Kiểm định Independent Sample T Test

Nhận xét: Bệnh nhân COPD-OSA có số lần AHI và mức độ tăng áp phổi mức vừa và nặng lớn hơn bệnh nhân mắc bệnh COPD ($p < 0,001$).

- **Chỉ số khô cơ thể với chỉ số ngưng thở - giảm thở, chỉ số giảm bão hòa oxy máu và hội chứng ngưng thở khi ngủ**

Bảng 3. Chỉ số khô cơ thể và chỉ số ngưng thở - giảm thở, chỉ số giảm độ bão hòa oxy máu và hội chứng ngưng thở khi ngủ

Đặc điểm	Tổng n = 112	BMI <23 kg/m ² n = 72	BMI ≥23 kg/m ² n = 40	p
ODI (lần/giờ)	11,69 ± 10,87	10,76 ± 11,05	13,37 ± 10,47	0,226**
AHI (lần/giờ)	106,65 ± 90,51	100,75 ± 93,49	117 ± 85,01	0,357**
OSA (%)	79,5	69,4	97,5	<0,001*

*Kiểm định Chi Square, **Kiểm định Independent Sample T Test

Nhận xét: Kết quả cho thấy BMI ≥ 23 kg/m² có tỷ lệ OSA cao hơn so với bệnh nhân có BMI < 23 kg/m² ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ. Tại các nước phương Tây, theo ước tính, tỷ lệ mắc ngưng thở khi ngủ là 2-4% ở nam giới tuổi trung niên và 1-2% nữ giới tuổi trung niên

và phần lớn đều chưa được chẩn đoán. Ngay cả tại những nước phát triển, vẫn có tỷ lệ lớn bệnh nhân không được chẩn đoán. Tại Hoa Kỳ vào năm 1997 người ta ước tính từ một cuộc khảo sát cộng đồng của 4925 người trưởng thành cho thấy khoảng 82% nam giới và 92% nữ giới có nguy cơ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ mức độ trung bình hoặc nặng mà không được chẩn

đoán. Tần suất hội chứng chõng lãp qua nhiu nghiu cùu là khoảng 0,5-1% dân số nói chung. Nghiu cùu chúng tôi ghi nhận 79,5% bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi mắc hội chứng OSA. Tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo nghiu cùu của Bradley và cộng sự (1986) cho tỷ lệ 14% và nghiu cùu của Chaouat A và cộng sự (1995) cho tỷ lệ là 11%. Nghiu cùu của Pavel Turcania và cộng sự (2014) ghi nhận tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện vì đợt cấp là 51,4%; nghiu cùu của Cherwaty K và cộng sự (2022) trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có tăng CO₂ cố định ghi nhận tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ là 82% [3], [4], [5].

4.2. Một số đặc điểm của hội chứng ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ổn định có tăng áp phổi

Hội chứng ngưng thở khi ngủ có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ ở nam giới và người cao tuổi cao hơn ở người trẻ, phụ nữ và trẻ em. Theo nghiu cùu trên 5615 đối tượng từ 40 tuổi đến 98 tuổi của Edwards và cộng sự (2017), nếu dựa theo định nghĩa AHI (Apnea Hypopnea Index: chỉ số ngưng giảm thở) từ 15 trở lên, tỷ lệ mắc rối loạn hô hấp khi ngủ ở nam giới cao gấp gần 2 -3 lần so với nữ giới và tỷ lệ này có xu hướng cân bằng sau tuổi mãn kinh. Nghiu cùu cũng chỉ ra rằng, tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ tăng theo lứa tuổi. Từ 60 tuổi, tỷ lệ mắc bệnh tăng nhanh. Các bệnh nhân trên 65 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao gấp 3 lần so với lứa tuổi 30 - 64 [6].

Nghiên cứu ghi nhận độ tuổi và BMI trung bình lần lượt là 71,60 ± 10,08, 21,38 ± 3,67 với 92,9% là nam, nghề nghiệp chủ yếu là nông dân (27,7%), hưu trí (17,9%). 93,8% bệnh nhân có hút thuốc lá với số gói thuốc lá - năm là 32,79 ± 11,13, 69,6% bệnh nhân có ≥ 2 đợt cấp/năm. Nghiu cùu của Xavier Soler thực hiện năm 2015 trên 44 bệnh nhân COPD mức độ trung bình đến nặng. Kết quả ghi nhận những người tham gia nói chung là người cao tuổi (67,2 ± 8,1 tuổi), 54% là nam giới, BMI trung bình là 26,9 ± 5,4, số gói thuốc lá - năm là 41,8 ± 24,4 [3].

Các yếu tố nguy cơ đồng mắc OSA ở bệnh nhân COPD được phân tích hồi quy đơn biến: BMI, chu vi vòng cổ, FEV1, CAT, ESS, SBQ, HADS-A, HADS-D, tăng huyết áp, bệnh mạch vành mạn và đái tháo đường được chứng minh là yếu tố nguy cơ cho bệnh nhân COPD đồng mắc OSA (p < 0,05) [4]. Nghiu cùu của nhóm

chúng tôi ghi nhận bệnh nhân COPD - OSA khi ngủ có số gói thuốc lá - năm lớn hơn bệnh nhân mắc bệnh COPD (32,79 ± 11,14 so với 18,87 ± 13,58). Nghiu cùu của Safy Zahid Kaddah thực hiện năm 2023, ghi nhận bệnh nhân COPD có hội chứng ngưng thở khi ngủ có số gói thuốc lá - năm là 31,93, trong khi đó nhóm bệnh nhân COPD đơn thuần chỉ có số gói thuốc lá - năm là 13,53 [7]. Nghiu cùu của Chaouat và cộng sự đã ghi nhận trên 26 bệnh nhân đặt catheter vào buồng tim phải, 11 bệnh nhân (42%) được ghi nhận mPAP ≥ 20 mmHg). Tỷ lệ này cao hơn so với bệnh nhân chỉ mắc OSA (19/181= 10,5%), thấp hơn so với hội chứng giảm thông khí béo phì (58%). Tác giả cũng ghi nhận trên 265 bệnh nhân OSA với tuổi trung bình 54 ± 10 có 11% mắc COPD [5].

Nghiên cứu của Weitzenblum trên 175 bệnh nhân COPD từ trung bình đến nặng cho thấy tỷ lệ sống sót thấp hơn rõ rệt ở những người có mPAP ≥ 20 mmHg sau 4 năm và 7 năm theo dõi, tỷ lệ sống sót sau 4 năm là 71,8% ở những người có mPAP < 20 mmHg và 49,4% ở những người trên 20 mmHg. Trong nghiu cùu này, mPAP là một yếu tố mạnh để dự đoán tỷ lệ sống như PaO₂, PaCO₂ và FEV1. Gần đây hơn, cơ quan đăng ký ASPIRE đã tìm thấy tỷ lệ sống sót sau 3 năm chỉ là 33% ở bệnh nhân COPD có TAP nặng (mPAP ≥ 40 mmHg) trở lên. Ngoài khả năng sống sót chung xấu đi rõ rệt, sự hiện diện của giãn động mạch phổi trên CT, cho thấy áp lực động mạch phổi trung bình cao hơn, có liên quan đến tăng nguy cơ đợt cấp COPD nặng cần nhập viện [8].

Nhiều nghiu cùu khác cũng đã chỉ ra nguy cơ OSA trên dân số COPD tăng khi BMI tăng, buồn ngủ ban ngày quá mức qua thang điểm Epworth ≥ 10 có liên quan với OSA có thể giải thích do các triệu chứng buồn ngủ ban ngày, ngủ gật khi làm việc thường nhiều hơn ở bệnh nhân COPD do các rối loạn về hô hấp ảnh hưởng đến giấc ngủ. Trong nghiu cùu của chúng tôi, bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ có số gói thuốc lá - năm và BMI lớn hơn bệnh nhân chỉ mắc bệnh COPD ổn định có tăng áp phổi (COPD) với p < 0,001. Và có thể do hạn chế từ cỡ mẫu, kết quả nghiu cùu chưa ghi nhận mối liên quan giữa hội chứng ngưng thở khi ngủ ở bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi với tuổi, giới tính, vòng cổ, hô hấp ký (p > 0,05). Tuy nhiên, trên nhóm bệnh nhân COPD-OSA, kết quả nghiu cùu của chúng tôi chỉ ra số lần AHI và mức độ tăng áp phổi mức vừa và nặng lớn hơn bệnh nhân mắc

bệnh COPD ($p < 0,001$) và kết quả cũng cho thấy BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ có tỷ lệ OSA cao hơn so với bệnh nhân có BMI $< 23 \text{ kg/m}^2$ ($p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

Hội chứng ngưng thở khi ngủ chiếm 79,5% bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính. Bệnh nhân COPD ổn định có tăng áp phổi với chỉ số BMI, số gói thuốc – năm và mức độ tăng áp phổi thấp hơn sẽ ít có nguy cơ mắc OSA hơn. Ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ khiến chất lượng giấc ngủ bị suy giảm, lâu dài gây ra nhiều vấn đề về sức khỏe và tinh thần. Nghiêm trọng hơn, tình trạng ngưng thở này có thể tiềm ẩn các biến chứng như tăng huyết áp, đái tháo đường, nhồi máu cơ tim, đột quỵ và tử vong. Với tỷ lệ COPD - OSA khá cao trong nghiên cứu, việc theo dõi, hỗ trợ điều trị để tránh các nguy cơ, biến chứng nguy hiểm cho nhóm bệnh nhân này cần sớm được triển khai thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dương Duy Khoa** (2018). Đánh giá nguy cơ ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoại trú bằng thang điểm STOP-Bang. Luận văn Thạc sĩ Nội hô hấp, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
- Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease** (2023), Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD:

2023 report, 100-105.

- Soler, X., Gaio, E., Powell, F. L., Ramsdell, J. W., Loredo, J. S., Malhotra, A., & Ries, A. L.** (2015). High prevalence of obstructive sleep apnea in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 12(8), 1219-1225.
- Bradley, T. D., Rutherford, R., Lue, F., Moldofsky, H., Grossman, R. F., Zamel, N., & Phillipson, E. A.** (1986). Role of diffuse airway obstruction in the hypercapnia of obstructive sleep apnea. *American Review of Respiratory Disease*, 134(5), 920-924.
- Chaouat, A. R. I., Weitzenblum, E., Krieger, J., Ifoundza, T., Oswald, M., & Kessler, R.** (1995). Association of chronic obstructive pulmonary disease and sleep apnea syndrome. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 151(1), 82-86.
- Joosten, S. A., Khoo, J. K., Edwards, B. A., Landry, S. A., Naughton, M. T., Dixon, J. B., & Hamilton, G. S.** (2017). Improvement in obstructive sleep apnea with weight loss is dependent on body position during sleep. *Sleep*, 40(5), zsx047.
- Kaddah, S. Z., Soliman, Y. M. A., Mousa, H., Moustafa, N., & Kamal Ibrahim, E.** (2023). Predictors of obstructive sleep apnea in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Egyptian Journal of Bronchology*, 17(1), 70.
- Weitzenblum, E., Chaouat, A., & Kessler, R.** (2013). Pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease. *Advances in Respiratory Medicine*, 81(4), 390-398.

SO SÁNH HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA TIẾP TỤC THÔNG NHÚ VỚI CẮT TRƯỚC CƠ VÒNG ODDI Ở BỆNH NHÂN THÔNG NHÚ KHÓ TRONG NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG

Nguyễn Thị Huệ¹, Nguyễn Anh Tuấn¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹, Nguyễn Xuân Quỳnh¹, Mai Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khoảng 15-30% trường hợp nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) là thông nhú khó. Quan điểm tiếp tục thông nhú thông thường hay chuyển sang cắt trước cơ vòng Oddi ở những trường hợp này chưa thống nhất. Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá so sánh tính hiệu quả và an toàn của 2 quan điểm này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 229 bệnh nhân thông nhú khó khi NSMTND điều trị sỏi đường mật, chia thành 2 nhóm: Nhóm A, bệnh nhân tiếp tục thông nhú thông thường tới khi thành công

hoặc thất bại dừng kỹ thuật; nhóm B, bệnh nhân chuyển cắt trước cơ Oddi phụ thuộc quyết định phẫu thuật viên, từ 01/2021 đến 01/2023, tại bệnh viện TWQĐ 108. So sánh kết quả điều trị sỏi, và tính an toàn giữa 2 nhóm. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công của kỹ thuật NSMTND và kết quả điều trị sỏi tương đương giữa nhóm A và B (89% vs 90,9%; 77,9% vs 75% tương ứng với tỷ lệ thông nhú thành công, và lấy hết sỏi giữa 2 nhóm). Nhưng nhóm B có tỷ lệ biến chứng thấp hơn so với nhóm A, đặc biệt là viêm tụy cấp (4,5% vs 17,2%, $P=0,01$), nguyên nhân là do tỷ lệ thông vào ống tụy, lưu guidewire tụy và bơm cản quang vào tụy ở nhóm B thấp hơn hẳn. Đồng thời, so với nhóm A, nhóm B có thời gian phục hồi ngắn hơn (3,5 ngày vs 4,8 ngày, $P = 0,03$), thời gian nằm viện ngắn hơn (7,3 ngày vs 8,7 ngày, $P = 0,07$) và tỷ lệ tái nhập viện thấp hơn (24,2% vs 39,3%). **Kết luận:** Trong trường hợp thông nhú khó khi NSMTND, nên cân nhắc chuyển cắt trước cơ vòng Oddi khi phẫu thuật viên đủ trình độ thực hiện.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Mai Thanh Bình
Email: maibinhthieuhoa108@gmail.com
Ngày nhận bài: 01.3.2024
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024
Ngày duyệt bài: 10.5.2024