

computer software. *Curr Probl Surg.* 2025;62:101670. doi:10.1016/j.cpsurg.2024.101670
8. Liu Z, Ma R sheng, Jia J li, Wang T, Zuo D hong, Yin D tao. Evaluation of Autofluorescence

in Identifying Parathyroid Glands by Measuring Parathyroid Hormone in Fine-Needle Biopsy Washings. *Front Endocrinol.* 2022;12:819503. doi:10.3389/fendo.2021.819503

GIÁ TRỊ CỦA BẢNG CÂU HỎI BERLIN VÀ STOP-BANG TRONG DỰ ĐOÁN NGUY CƠ MẮC HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ

Trần Hoàng Hà¹, Nguyễn Minh Sang²,
 Nguyễn Huy Bình^{1,2}, Đinh Văn Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của bảng câu hỏi Berlin và STOP-BANG trong sàng lọc ở người bệnh có nguy cơ cao mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 107 người bệnh nghi ngờ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn tại Bệnh viện Phổi Trung Ương. **Kết quả:** 34,6% người bệnh tham gia nghiên cứu có điểm Berlin dự đoán nguy cơ cao, 56,1% số người bệnh tham gia nghiên cứu có điểm STOP-BANG dự đoán nguy cơ cao mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. Số người bệnh có mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ ở các mức độ khác nhau khi ghi đa ký hô hấp chiếm 91,6% số người bệnh tham gia nghiên cứu. Người bệnh có điểm STOP-BANG nguy cơ cao có khả năng mắc HCNTTNKN mức độ trung bình-nặng cao hơn 2,45 lần người bệnh có điểm STOP-BANG nguy cơ thấp. Giá trị chẩn đoán dương tính của hai bảng câu hỏi đều trên 90%. **Kết luận:** Bảng câu hỏi Berlin có độ đặc hiệu cao hơn, giúp định hướng chẩn đoán tốt hơn. Trong khi đó, bảng câu hỏi STOP-BANG có độ nhạy cao hơn, giúp sàng lọc tốt hơn.

Từ khoá: bảng câu hỏi, Berlin, STOP-BANG, nguy cơ cao, sàng lọc, ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ

SUMMARY

VALUE OF THE BERLIN AND STOP-BANG QUESTIONNAIRES IN PREDICTING THE RISK OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA

Objective: Evaluating the effectiveness of the Berlin and STOP-BANG questionnaires in screening patients at high risk for obstructive sleep apnea. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 107 patients suspected of having obstructive sleep apnea at the National Lung Hospital. **Results:** 34.6% of patients participating in the study had a Berlin score predicting high risk, 56.1% of patients participating in the study had a STOP-BANG score predicting high risk of obstructive sleep apnea. The

number of patients with sleep apnea at different levels when recording respiratory polygraphy accounted for 91.6% of patients participating in the study. Patients with a high-risk STOP-BANG score were 2.45 times more likely to have moderate-severe obstructive sleep apnea than patients with a low-risk STOP-BANG score. The positive diagnostic value of both questionnaires was above 90%. **Conclusion:** The Berlin questionnaire has a higher specificity, helping to better orient the diagnosis. Meanwhile, the STOP-BANG questionnaire has a higher sensitivity, helping to better screen.

Keywords: questionnaire, Berlin, STOP-BANG, high risk, screening, obstructive sleep apnea

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (HCNTTNKN) là một rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ, được đặc trưng bởi sự xuất hiện các cơn ngưng thở, giảm thở lặp đi lặp lại do tắc nghẽn đường hô hấp trên trong khi ngủ mặc dù vẫn cố gắng sức hô hấp. Đây là một hội chứng rất thường gặp và đang có xu hướng tăng lên trên toàn thế giới¹, ở Việt Nam ước tính có khoảng 9,5% dân số từ 30 tuổi đến 69 tuổi mắc ngưng thở khi ngủ². Các số liệu hiện tại cho thấy nhiều bệnh nhân mắc HCNTTNKN còn chưa được chẩn đoán và chưa được điều trị, đặc biệt ở những nước đang phát triển³.

Việc giảm nồng độ oxy máu do ngừng thở, giảm thở trong khi ngủ dẫn đến nhiều hậu quả khác nhau. Và người bệnh mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ sẽ phải đối mặt với nhiều nguy cơ về các vấn đề sức, đặc biệt là các rối loạn chuyển hóa đường, lipid, các bệnh tim mạch, đột quỵ và nhiều bệnh nội khoa khác. Bên cạnh đó HCNTTNKN còn gây ra sự suy giảm về chất lượng giấc ngủ, chất lượng cuộc sống và một số rối loạn tâm thần kinh. Bệnh nhân mắc HCNTTNKN thường có triệu chứng buồn ngủ quá nhiều ban ngày dẫn đến tăng nguy cơ xảy ra tai nạn giao thông, tai nạn lao động⁴.

Hiện nay để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ nặng của hội chứng ngưng thở khi ngủ, người ta dựa vào triệu chứng lâm sàng và chỉ số

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Hà

Email: tranhoangha.slh@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025

ngưng thở, giảm thở khi ghi đa ký giấc ngủ, đa ký hô hấp. Kết quả đa ký cung cấp khá đầy đủ thông tin về các rối loạn xảy ra trong giấc ngủ như rối loạn hô hấp, ngưng thở khi ngủ, tình trạng giảm bão hoà oxy máu, rối loạn nhịp tim, các bất thường về vận động và hành vi, mức độ nặng, định hướng nguyên nhân của bệnh. Tuy nhiên, chi phí cho việc đo đa ký giấc ngủ còn khá cao và chưa thể phổ biến rộng rãi trong cộng đồng. Điều này đòi hỏi phải sử dụng một số bảng câu hỏi để xác định nguy cơ cho người bệnh giúp hỗ trợ trong việc chẩn đoán và điều trị sớm HCNTTNKN.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu “Đánh giá hiệu quả của bảng câu hỏi Berlin và STOP-BANG trong dự đoán nguy cơ mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 107 bệnh nhân nghi ngờ mắc HCNTTNKN từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 1 năm 2025 tại Bv Phổi Trung Ương.

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên người bệnh đến khám hoặc người bệnh điều trị nội trú nghi ngờ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn tại Bệnh viện Phổi Trung Ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân trên 18 tuổi. Có một trong các triệu chứng lâm sàng nghi ngờ hội chứng ngưng thở khi ngủ: ngủ ngáy, buồn ngủ ban ngày quá mức, có cơn ngưng thở khi ngủ được quan sát thấy bởi người ngủ cùng, béo phì, bất thường hàm mặt, tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang bị bệnh cấp tính, đợt cấp của các bệnh mạn tính, bệnh nhân suy hô hấp, suy tuần hoàn... Bệnh nhân rối loạn tâm thần không hợp tác. Bệnh nhân có bất thường hàm mặt.

Đa ký hô hấp được thực hiện trên máy đa ký SleepScout của hãng CleveMed Hoa Kỳ. Bao gồm các kênh tín hiệu: tín hiệu dòng khí qua mũi, di động lồng ngực, di động bụng và SpO₂. Kết quả đa ký hô hấp được đọc bởi các bác sĩ có kinh nghiệm của Bệnh viện Phổi Trung Ương.

Theo ICSD3⁵: Bệnh nhân được chẩn đoán HCNTTNKN khi có tiêu chuẩn A và B, hoặc tiêu chuẩn C.

Tiêu chuẩn A: Có một hoặc nhiều hơn các biểu hiện sau

1. Bệnh nhân than phiền tình trạng buồn ngủ, giấc ngủ không hồi phục, mệt mỏi sau khi ngủ dậy hoặc có cảm giác thiếu ngủ.

2. Bệnh nhân tỉnh dậy trong đêm với biểu hiện thở gấp, hoặc nghẹt thở.

3. Người ngủ chung hay ai đó thường xuyên quan sát thấy bệnh nhân ngáy, hơi thở ngắt quãng hoặc cả hai biểu hiện trên trong suốt giấc ngủ.

4. Bệnh nhân đã được chẩn đoán tăng huyết áp, rối loạn tâm lý, rối loạn chức năng nhận thức, bệnh mạch vành, đột quỵ, suy tim sung huyết, rung nhĩ hay đái tháo đường type 2.

Tiêu chuẩn B: Đa ký giấc ngủ hoặc đa ký hô hấp tại nhà

Có ít nhất 5 sự kiện hô hấp trong 1 giờ ngủ, các sự kiện bao gồm: ngưng thở tắc nghẽn hoặc hỗn hợp, giảm thở

Tiêu chuẩn C: Đa ký giấc ngủ hoặc đa ký hô hấp tại nhà

Ít nhất 15 rối loạn hô hấp trong 1 giờ, RDI= AHI+RERA ≥15.

Trong đó:

AHI (Apnea-hypopnea index): Chỉ số ngưng thở - giảm thở, là số lần ngưng thở hoặc giảm thở được ghi lại trên đa ký giấc ngủ trong 1 giờ.

RERA (respiratory effort related arousals): Thức giấc liên quan đến gắng sức hô hấp.

RDI (respiratory disturbance index): chỉ số rối loạn hô hấp.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ngưng thở và giảm thở đánh giá theo AASM 2012 như sau:

- Tiêu chuẩn xác định cơn ngưng thở: có giảm ≥90% biên độ đường ghi dòng khí qua mũi (bằng cảm biến nhiệt hoặc cảm biến khác) so với đường nền trước đó. Thời gian kéo dài ít nhất 10s.

- Ngưng thở tắc nghẽn: thỏa mãn tiêu chuẩn của ngưng thở, và có sự tiếp tục cố gắng hô hấp hoặc tăng hoạt động cố gắng hô hấp (thể hiện bằng di động ngực, bụng trên bản ghi).

- Ngưng thở trung ương: thỏa mãn tiêu chuẩn của ngưng thở, và không có sự tiếp tục cố gắng hô hấp (thể hiện bằng di động ngực, bụng trên bản ghi là đường thẳng).

- Ngưng thở hỗn hợp: thỏa mãn tiêu chuẩn của ngưng thở, và không có sự tiếp tục cố gắng hô hấp ở giai đoạn đầu và sau đó có sự cố gắng hô hấp ở giai đoạn sau (thể hiện bằng di động ngực, bụng trên bản ghi là đường thẳng ở giai đoạn đầu sau đó lại xuất hiện sóng di động ngực-bụng).

- Giảm thở: tiêu chuẩn xác định cơn giảm thở: Giảm ≥ 30% biên độ đường ghi áp lực dòng khí qua mũi so với biên độ đường nền trước đó. Thời gian kéo dài ít nhất 10s. Giảm ≥3% độ bão hòa oxy so với đường nền trước đó hoặc sự kiện này kèm theo một vi thức giấc.

- Giảm thở tắc nghẽn: Xác định cơn giảm thở tắc nghẽn khi cơn giảm thở có bất kỳ một trong các tiêu chuẩn sau: 1) Có ngáy trong suốt sự kiện. 2) Đường cảm biến áp lực dòng khí ở

mũi (nasal pressure) có hình dạng cao nguyên ở thì hít vào. 3) Di động ngực bụng ngược chiều trong suốt sự kiện mà không quan sát thấy ở trước đó.

- Giảm thở trung ương: Xác định cơn giảm thở trung ương nếu cơn giảm thở không có bất kỳ tiêu chuẩn nào trong số các tiêu chuẩn của giảm thở tắc nghẽn.

Đánh giá mức độ nặng của HCNTTNKN theo tiêu chuẩn của Hội giấc ngủ Hoa Kỳ⁶ (AASM) như sau

Mức độ ngưng thở khi ngủ	Chỉ số ngưng thở giảm thở (AHI)
Bình thường	AHI < 5
Nhẹ	5 ≤ AHI < 15
Trung bình	15 ≤ AHI ≤ 30
Nặng	AHI > 30

Bảng câu hỏi Berlin. Gồm 11 câu hỏi, được chia làm 3 phần. Phần 1 hỏi về triệu chứng ngáy, phần 2 về triệu chứng mệt mỏi và buồn ngủ ban ngày, phần 3 về tiền sử tăng huyết áp và chỉ số khối cơ thể. Mỗi phần có tiêu chí riêng để đánh giá nguy cơ cao. Bệnh nhân có ít nhất hai phần nguy cơ cao thì được đánh giá chung là có nguy cơ cao ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

Bảng câu hỏi STOP-BANG. Là một công cụ sàng lọc đơn giản, nhanh chóng và được sử dụng rộng rãi để đánh giá nguy cơ mắc HCNTTNKN. Tên gọi STOP-BANG là viết tắt của các yếu tố được đánh giá trong bảng câu hỏi, bao gồm: S (Snoring - Ngáy), T (Tired - Mệt mỏi), O (Observed Apnea - Cơn ngưng thở quan sát được), P (Blood Pressure - Huyết áp), B (BMI - Chỉ số khối cơ thể), A (Age - Tuổi), N (Neck Circumference - Chu vi cổ), G (Gender - Giới tính). Mỗi dấu hiệu "có" được tính là 1 điểm, và "không có" là 0 điểm. Từ 3 điểm trở lên là có nguy cơ cao, dưới 3 điểm là nguy cơ thấp mắc HCNTTNKN.

Xử lý số liệu: Nhập số liệu và làm sạch bằng phần mềm, phân tích và xử lý số liệu trên phần mềm Stata MP17. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tỷ lệ. So sánh các giá trị trung bình theo kiểm định T-test. So sánh các tỷ lệ theo kiểm định χ^2 .

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	68	63,6
	Nữ	39	36,4

Độ tuổi	<60 tuổi	54	50,5
	≥60 tuổi	53	49,5
Phân loại BMI	Thiếu cân (BMI<18,5)	1	0,9
	Bình thường (18,5≤BMI≤22,9)	48	44,9
	Thừa cân (23≤BMI≤24,9)	32	29,9
	Béo phì (BMI≥25)	26	24,3

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam tham gia nghiên cứu là 63,6%, cao hơn bệnh nhân nữ (36,4%), đa số người bệnh tham gia nghiên cứu có tình trạng thừa cân, béo phì (54,2%)

3.2. Kết quả đa ký hô hấp

3.2.1. Một số đặc điểm đa ký hô hấp

Bảng 3.2. Một số đặc điểm đa ký hô hấp

Đặc điểm	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Thời gian ghi (phút)	72,0	549,0	375,1±110,1
Nhịp tim trung bình lúc ngủ (chu kỳ/phút)	45	124	70±14
Chỉ số ngưng thở giảm thở (cơn/giờ)	0,0	69,2	25,8±17,2
% thời gian SpO ₂ >90%	0,9	100,0	91,1±18,2
Min SpO ₂ (%)	48,0	94,0	82,5±9,3

Nhận xét: Chỉ số ngưng thở giảm thở (AHI) trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 25,8 ± 17,2 cơn/giờ. Giá trị SpO₂ thấp nhất trong khi ngủ là 82,5 ± 9,3 %.

3.2.2. Phân loại mức độ ngưng thở khi ngủ

Bảng 3.3. Phân loại mức độ ngưng thở khi ngủ

Chỉ số AHI	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường (AHI < 5)	9	8,4
Nhẹ (5 ≤ AHI < 15)	23	21,5
Vừa (15 ≤ AHI ≤ 30)	36	33,6
Nặng (AHI > 30)	39	26,4
Tổng số	107	100

Nhận xét: 91,6% người bệnh có ngưng thở khi ngủ ở các mức độ khác nhau.

3.3. Điểm bảng câu hỏi Berlin và STOP-BANG

Bảng 3.4. Điểm bảng câu hỏi Berlin và STOP-BANG

		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Điểm trung bình
Berlin	Nguy cơ thấp	70	65,4	1,3
	Nguy cơ cao	37	34,6	
STOP-BANG	Nguy cơ thấp	47	43,9	3,0
	Nguy cơ cao	60	56,1	

Nhận xét: Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu được dự đoán có nguy cơ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ thấp khi dùng bảng câu hỏi Berlin (65,4%), trong khi tỷ lệ dự đoán nguy cơ cao bằng bảng câu hỏi STOP-BANG thì cao hơn nguy cơ thấp (56,1%).

3.4. So sánh mức độ mắc HCNTTNKN và

giới tính, tuổi, BMI**Bảng 3.5. So sánh mức độ mắc HCNTTNKN và giới tính, tuổi, BMI**

Mức độ HCNTTNKN	Nhẹ	Trung bình - Nặng	Tổng	P*
Giới				
Nam	17 (26,6%)	47 (73,4%)	64 (100%)	0,3216
Nữ	6 (17,6%)	28 (82,4%)	34 (100%)	
Tuổi				
≥ 60 tuổi	10 (18,5%)	41 (81,5%)	51 (100%)	0,3474
< 60 tuổi	13 (27,7%)	34 (72,3%)	47 (100%)	
Chỉ số khối cơ thể (BMI)				
Gầy, bình thường	16 (35,6%)	29 (64,4%)	45 (100%)	0,0093
Thừa cân, béo phì	7 (13,2%)	46 (86,8%)	53 (100%)	

*Kiểm định χ^2

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ (63,6% nam và 36,4% nữ). Giải thích về sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ, một số tác giả cho rằng nam giới có chỉ số khối cơ thể cao hơn nữ, nam giới cũng có xu hướng lắng đọng chất béo ở vùng hầu họng cao hơn nữ. Mặt khác nữ có khả năng tăng hoạt động thông khí, do đó giảm bớt nguy cơ đóng đường hô hấp khi ngủ hơn so với nam giới⁷.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân tuổi từ 60 trở lên là 53 bệnh nhân, chiếm 49,5%. Tỷ lệ có ngưng thở khi ngủ mức độ trung bình - nặng (AHI ≥ 15) ở nhóm từ 60 trở lên cao hơn ở nhóm dưới 60 tuổi (81,5% so với 72,3%). Theo các nghiên cứu ở Việt Nam cũng như trên thế giới tỷ lệ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn tăng dần theo tuổi. Cơ chế giải thích điều này bao gồm lắng đọng chất béo tăng lên trong khu vực hầu họng và những thay đổi trong cấu trúc xung quanh vùng hầu họng. Chính vì vậy, tuổi cao là một trong các yếu tố nguy cơ của hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn⁸.

3.5. So sánh chỉ số AHI trung bình giữa các nhóm**Bảng 3.6. So sánh chỉ số AHI trung bình theo giới, tuổi và chỉ số khối cơ thể**

	Chỉ số AHI trung bình (X ± SD)	P **
Giới		
Nam	26,9 ± 18,1	0,4006
Nữ	24,0 ± 15,6	
Tuổi		
≥ 60 tuổi	28,2 ± 16,5	0,1612
< 60 tuổi	23,5 ± 17,7	

Chỉ số khối cơ thể

Gầy, bình thường	20,3 ± 14,5	0,0018
Thừa cân, béo phì	30,5 ± 18,0	

** Kiểm định T-test hai chiều không ghép cặp

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì có chỉ số AHI trung bình cao hơn nhóm bệnh nhân gầy, bình thường (30,5 ± 18,0 so với 20,3 ± 14,5) và khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

Béo phì là yếu tố nguy cơ chính của hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn, đặc biệt là béo ở phần trên cơ thể. Béo phì làm tăng mức độ nặng của bệnh do sự lắng đọng mỡ ở vùng quanh đường hô hấp trên, mất thẳng bằng trong kiểm soát thần kinh cơ dẫn tới làm hẹp đường thở⁸. Theo Young và cộng sự, có mối liên quan mật thiết giữa hội chứng ngưng thở khi ngủ tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng với chỉ số khối cơ thể, có 58% bệnh nhân có AHI > 15 lần/giờ có chỉ số khối cơ thể lớn hơn 25kg/m².

3.6. Giá trị của bảng câu hỏi Berlin và STOP-BANG trong sàng lọc HCNTTNKN**3.6.1. Kiểm định giá trị dự đoán của bảng câu hỏi Berlin và STOP-BANG****Bảng 3.7. Kiểm định giá trị dự đoán của bảng câu hỏi Berlin và STOP-BANG**

Bảng câu hỏi		Phân loại AHI			P*
		Không NT/NH	NT trung bình - nặng	Tổng	
Berlin	Nguy cơ thấp	24	46	70	0,1771
	Nguy cơ cao	8	29	37	
	Tổng	32	75	107	
OR = 1,8913					
STOP-BANG	Nguy cơ thấp	19	28	47	0,0377
	Nguy cơ cao	13	47	60	
	Tổng	32	75	107	
OR = 2,4533					

*Kiểm định odds ratio

Nhận xét: Người bệnh có điểm Berlin nguy cơ cao có khả năng mắc HCNTTNKN mức độ trung bình - nặng cao hơn 1,89 lần người bệnh có điểm STOP-BANG nguy cơ thấp, tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, người bệnh có điểm STOP-BANG nguy cơ cao có khả năng mắc HCNTTNKN mức độ trung bình - nặng cao hơn 2,45 lần người bệnh có điểm STOP-BANG nguy cơ thấp và khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.6.2. Độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán của bảng câu hỏi Berlin và STOP-BANG**Bảng 3.8. Độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán của bảng câu hỏi Berlin và STOP-BANG**

	Berlin	STOP-BANG
Độ nhạy	34,7%	57,1%
Độ đặc hiệu	66,7%	55,6%
Giá trị chẩn đoán (+)	91,9%	93,3%
Giá trị chẩn đoán (-)	8,6%	10,6%

Nhận xét: Giá trị chẩn đoán dương tính của hai bảng câu hỏi đều trên 90% (bảng câu hỏi Berlin là 91,9%, bảng câu hỏi STOP-BANG là 93,3%). Bảng câu hỏi Berlin có độ đặc hiệu cao hơn (66,7% so với 55,6%), trong khi bảng câu hỏi STOP-BANG có độ nhạy cao hơn (57,1% so với 34,7%).

IV. KẾT LUẬN

- **Một số đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu và mối liên quan với kết quả đa ký hô hấp:** Tỷ lệ bệnh nhân nam, có thừa cân-béo phì tham gia nghiên cứu cao hơn bệnh nhân nữ, thể trạng gầy-bình thường. Có 91,6% số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có ngưng thở khi ngủ ở các mức độ khác nhau. Nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì có chỉ số AHI trung bình cao hơn nhóm bệnh nhân gầy, bình thường.

- **Giá trị của bảng câu hỏi Berlin và STOP-BANG trong sàng lọc:** Người bệnh có điểm STOP-BANG nguy cơ cao có khả năng mắc HCNTTKN mức độ trung bình - nặng cao hơn 2,45 lần người bệnh có điểm STOP-BANG nguy cơ thấp. Bảng câu hỏi Berlin có độ đặc hiệu cao hơn nên có tính định hướng chẩn đoán hơn, trong khi bảng câu hỏi STOP-BANG có độ nhạy cao hơn nên có tính sàng lọc cao hơn.

V. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Khoa Y học

giấc ngủ và Bệnh lý hô hấp, Phòng Kế hoạch tổng hợp, Phòng Hành chính Quản trị và các cán bộ, bệnh nhân Bệnh viện Phổi Trung Ương đã giúp đỡ và tạo điều kiện cho chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dempsey, J. A., Veasey, S. C., Morgan, B. J. & O'Donnell, C. P.** Pathophysiology of Sleep Apnea. *Physiological Reviews* 90, 47-112 (2010). <https://doi.org/10.1152/physrev.00043.2008>
2. **Young T, P. P., Barnet JH, et al.** Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults. *American Journal of Epidemiology* 177, 1006-1014 (2013).
3. **Palta M, Y. T., Dempsey J, et al.** Burden of sleep apnea: rationale, design, and major findings of the Wisconsin Sleep Cohort study. *Wisconsin Medical Journal* 108, 246-249 (2009).
4. **CF, G.** Sleep apnea, alertness, and motor vehicle crashes. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 176, 954-956 (2007).
5. **Medicine, A. A. o. S.** International classification of sleep disorders—third edition (ICSD-3). *AASM Resour Libr* 281, 2313 (2014).
6. **Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research.** The Report of an American Academy of Sleep Medicine Task Force. *Sleep* 22, 667-689 (1999).
7. **Amy S. Jordan, P., David G. McSharry, MB, and Prof. Atul Malhotra, MD.** Adult obstructive sleep apnoea. *Lancet* 383, 736-747 (2014).
8. **Young, T., et al.** The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 328, 1230-1235 (1993).
9. **Young T1, P. P., Taheri S.** Excess weight and sleep-disordered breathing. *J Appl Physiol* 99, 1592-1594 (2005).

LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG TRẺ BỊ ĐỘNG KINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN GIAI ĐOẠN 2023-2024

Trần Thị Kiều Anh¹, Nguyễn Ngọc Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, điện não đồ và hình ảnh cộng hưởng từ ở trẻ động kinh tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An giai đoạn 2023 - 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu 83 bệnh nhân được chẩn đoán động kinh tại khoa Thần kinh -

Phục hồi chức năng Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Thông tin được thu thập bằng thăm khám và mẫu bệnh án thiết kế sẵn. Kết quả động kinh trẻ em gặp nhiều hơn ở trẻ nam, nhiều nhất ở nhóm 2 tuổi - 12 tuổi. Các yếu tố về tiền sử liên quan xuất hiện động kinh bao gồm sốt cao co giật 28,9%; tiền sử trong gia đình có người bị động kinh 21,7% và tiền sử đẻ non 20,5%. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là cơn động kinh toàn thể (57,8%) trong đó: cơn toàn thể vận động là 43,4% và cơn cục bộ không vận động là 27,7%. Tần suất lên cơn động kinh < 10 cơn/tháng chiếm phần lớn (90,4%). Trong số trẻ động kinh có 41,0% chậm phát triển tinh thần vận động, chủ yếu là chậm phát triển ở mức độ nhẹ chiếm 20,5%. Hình ảnh điện não đồ có sóng động kinh chiếm tỷ lệ 30,1%, vị

¹ Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều Anh

Email: kieuanh@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025