

sớm các hội chứng lão khoa nói chung và đặc biệt hội chứng dễ bị tổn thương trên nhóm bệnh nhân Parkinson.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-762.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. Mar 2001;56(3):M146-156.
3. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392-397.
4. Smith N, Brennan L, Gaunt DM, Ben-Shlomo Y, Henderson E. Frailty in Parkinson's Disease: A Systematic Review. *Journal of Parkinson's disease*. 2019;9(3):517-524.
5. Roland KP, Jakobi JM, Jones GR, Powell C. Quality of life as a determinant of frailty phenotype in community-dwelling persons with Parkinson's disease. *J Am Geriatr Soc*. Mar 2012;60(3):590-592.
6. Ahmed NN, Sherman SJ, VanWyck D. Frailty in Parkinson's disease and its clinical implications. *Parkinsonism & Related Disorders*. 2008/05/01/2008;14(4):334-337.
7. Parkinson J. An essay on the shaking palsy. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. 2002;14(2):223-236.
8. Vu HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, et al. Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. *BMC Geriatrics*. 2017/09/15 2017;17(1):216.
9. Tan AH, Hew YC, Lim S-Y, et al. Altered body composition, sarcopenia, frailty, and their clinico-biological correlates, in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*. 2018/11/01/2018;56:58-64.
10. Roland KP, Jones GR, Jakobi JM. Daily electromyography in females with Parkinson's disease: A potential indicator of frailty. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2014/01/01/2014;58(1):80-87.

RỐI LOẠN GIẤC NGỦ VÀ TÌNH TRẠNG STRESS, RỐI LOẠN LO ÂU, TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Dương Thị Ngọc Lan¹, Hà Thị Kiều Oanh²,
Hoàng Thị Phương Thảo¹, Nguyễn Thị Mỹ Diệu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá tình trạng rối loạn giấc ngủ (RLGN) và tình trạng stress, rối loạn lo âu, trầm cảm và các mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ với tình trạng stress, rối loạn lo âu, trầm cảm, một số đặc điểm ở bệnh nhân cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang này bao gồm 206 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên đang điều trị tại khoa Nội Tổng hợp – Nội tiết – Cơ xương khớp và Nội Tim mạch, bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 10/2023 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Điểm PSQI trung bình là $8,12 \pm 3,434$ điểm được phân loại ở mức độ vừa. Có 60,7% bệnh nhân có chỉ số PSQI > 5 (có rối loạn giấc ngủ) trong đó mức độ vừa chiếm 50,4%. Tình trạng stress, rối loạn lo âu (RLLA), trầm cảm chiếm tỷ lệ lần lượt là 44,2%; 53,4%; 31,6% trong đó chủ yếu stress ở mức độ nhẹ (32,5%), RLLA chủ yếu ở mức độ vừa (25,2%) và trầm cảm ở mức độ nhẹ (19,4%). Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy tuổi, nơi sinh sống, tình trạng sống, hút thuốc lá, stress và rối loạn lo âu có

liên quan đến chất lượng giấc ngủ của người bệnh cao tuổi. **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra rằng tỉ lệ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh cao tuổi khá cao. Người điều dưỡng cần có kế hoạch phát hiện những biểu hiện và các nguyên nhân gây nên giúp đảm bảo cho hiệu quả của việc điều trị, chăm sóc người bệnh tốt hơn. Đặc biệt cần chú ý chú ý hơn đến nhóm đối tượng bệnh nhân ≥80 tuổi, sống vùng nông thôn, tình trạng sống chung, có sử dụng thuốc lá, có biểu hiện trầm cảm và rối loạn lo âu. **Từ khóa:** rối loạn giấc ngủ, stress, rối loạn lo âu, trầm cảm, người cao tuổi.

SUMMARY

SLEEP DISORDERS AND THE STATUS OF STRESS, ANXIETY, AND DEPRESSION IN ELDERLY PATIENTS AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: This study aims to assess sleep disorders, as well as stress, anxiety, and depression, and to explore the associations between sleep quality and stress, anxiety, depression, and certain characteristics in elderly patients. **Methods:** This cross-sectional descriptive study included 206 patients aged 60 years and older who are receiving treatment at the General Internal Medicine—Endocrinology—Musculoskeletal and Cardiovascular Internal Medicine departments at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from October 2023 to May 2024. **Results:** The average PSQI score was 8.12 ± 3.434 ,

¹Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế

²Phòng khám Nha khoa Familydental

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Ngọc Lan

Email: dtnlan@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025

classified as moderate. 60.7% of patients had a PSQI score > 5 (indicative of sleep disorders), with 50.4% at a moderate level. The prevalence of stress, anxiety disorders, and depression was 44.2%, 53.4%, and 31.6%, respectively, with mild stress accounting for 32.5%, moderate anxiety disorders for 25.2%, and mild depression for 19.4%. Multivariate linear regression analysis showed that age, place of residence, living conditions, smoking, stress, and anxiety disorders were associated with the sleep quality of elderly patients. **Conclusions:** The study indicates a high prevalence of sleep disorders among elderly patients. Nurses must develop plans to identify symptoms and underlying causes to ensure effective treatment and patient care. Special attention should be given to patients aged ≥ 80 years, those living in rural areas, those living with family, smokers, and those exhibiting signs of depression and anxiety disorders. **Keywords:** sleep disorders, stress, anxiety disorders, depression, elderly patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng giấc ngủ (CLGN) kém được chứng minh là có mối liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc các vấn đề khác nhau chẳng hạn như trầm cảm, lo lắng [1] và giảm chất lượng cuộc sống. Nhưng vấn đề này thường bị coi nhẹ hay bỏ qua và không được chẩn đoán sớm ở người cao tuổi. Trong nhiều năm qua, các nghiên cứu riêng lẻ về những thực trạng này trên đối tượng người cao tuổi đã được nhiều tác giả trên thế giới đưa ra bàn luận. Tuy nhiên nghiên cứu đồng thời các dấu hiệu này và chỉ ra các mối liên quan giữa chúng trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi thì vẫn còn rất hạn chế ở tại Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Khảo sát tỉ lệ rối loạn giấc ngủ và tình trạng stress, rối loạn lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân cao tuổi và tìm hiểu mối liên quan giữa rối loạn giấc ngủ với tình trạng stress, rối loạn lo âu, trầm cảm, một số đặc điểm ở bệnh nhân cao tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên người bệnh từ 60 tuổi trở lên điều trị nội trú tại khoa Nội Tim Mạch và Nội Tổng Hợp - Nội Tiết - Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ người bệnh mắc các bệnh nặng hoặc trong giai đoạn cấp tính; bị rào cản bởi ngôn ngữ, giao tiếp; đã từng tham gia vào nghiên cứu này. Cỡ mẫu được tính theo công thức cỡ mẫu một tỉ lệ với $p = 0,675$ (tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ không tốt theo nghiên cứu của Trần Thị Hiếu Ngân trên 169 đối tượng nghiên cứu) [2] sai số chấp nhận được $d = 0,07$, độ tin cậy 95%. Để hạn chế tình trạng mất mẫu khi nghiên cứu, chúng tôi dự kiến thu thập thêm 20% lượng mẫu. Thu được cỡ

mẫu là 206.

Nghiên cứu sử dụng bộ thang đo đánh giá chất lượng giấc ngủ PSQI và thang đánh giá Lo âu – trầm cảm – stress DASS 21. Thang đo Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) đánh giá chất lượng giấc ngủ trong vòng 1 tháng qua bao gồm 18 câu hỏi được chia làm 7 phần khác nhau của chất lượng giấc ngủ. Mỗi mục được tính theo thang điểm từ 0-3 điểm. Tổng điểm PSQI dao động từ 0 đến 21 điểm. Trong nghiên cứu này, tổng điểm PSQI ≤ 5 được coi là chất lượng ngủ tốt, ngược lại PSQI > 5 được coi là chất lượng ngủ không tốt (hay RLGN) [3]. Thang đo DASS 21 dùng để đánh giá các triệu chứng trong 2 tuần trở lại gồm 21 mục nhỏ chia làm 3 phần: phần DASS trầm cảm (3, 5, 11, 13, 16, 17, 21), phần DASS lo âu (2, 4, 7, 9, 15, 19, 20), phần DASS stress (1, 6, 8, 11, 12, 14, 18). Điểm cho mỗi tiểu mục là từ 0 đến 3 điểm: 0 điểm – không đúng chút nào cả, 1 điểm – đúng phần nào hoặc thỉnh thoảng mới đúng, 2 điểm – đúng phần nhiều hoặc phần lớn thời gian là đúng, 3 điểm – hoàn toàn đúng hoặc hầu hết thời gian là đúng. Tổng điểm DASS của từng rối loạn được tính bằng cách lấy tổng điểm của 7 mục nhỏ nhân đôi sẽ ra kết quả kết luận [4].

Dữ liệu được thu thập đủ số lượng, kiểm tra và loại bỏ đi các phiếu điều tra không hợp lệ, làm sạch và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Nghiên cứu được sự đồng ý của các khoa nghiên cứu và bệnh viện. Tất cả người bệnh được giải thích rõ ràng và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	60-69	80	38,8
	70-79	66	32,0
	≥ 80	60	29,1
	Mean $\pm$ SD	73,4 $\pm$ 8,5	
Giới tính	Nam	89	43,2
	Nữ	117	56,8
BMI	$< 18,5$	44	21,4
	18,5 – 22,9	99	48,1
	23 – 24,9	38	18,4
	≥ 25	25	12,1
Nơi ở	Nông thôn	127	61,7
	Thành thị	79	38,4
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	152	73,8
	Li dị/chia tay	24	11,7
	Goá	30	14,6
Tình trạng sống	Sống 1 mình	84	40,8
	Sống với người	122	59,2

	thân		
Số người trong gia đình*	2 người	53	43,4
	3 người	22	18,0
	>4 người	47	38,5
Thu nhập cá nhân/tháng	Không	40	19,4
	Có	166	80,6
Nghề nghiệp hiện tại	Còn lao động	50	24,3
	Ngừng lao động	156	75,7
Nghề nghiệp trước đây	Nông/Lâm/Ngư nghiệp	52	25
	Công nhân	50	24
	Cán bộ công chức	38	19
	Nội trợ/ Thất nghiệp	33	16
	Buôn bán/thủ công nghiệp	26	13
	Khác	7	3

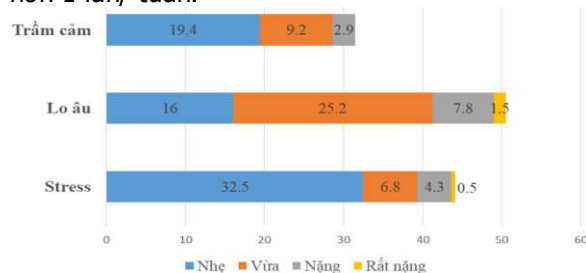
Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $73,44 \pm 8,514$ tuổi, đa số là nữ (56,8%). Hầu hết có BMI bình thường (48,1%). Tỷ lệ người bệnh cao tuổi sống ở vùng nông thôn chiếm 61,7% và có 59,2% đang sống cùng với người thân. Đa số các đối tượng trong nghiên cứu có tình trạng ngưng lao động (75,7%) trong đó nghề nghiệp trước đây chủ yếu là Nông/Lâm/Ngư nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất (25%), tiếp đến là nhóm ngành công nhân (24%).

Bảng 2. Đặc điểm của 7 phương diện đánh giá rối loạn giấc ngủ

Thành tố của chất lượng giấc ngủ		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Điểm trung bình PSQI		8,1 ± 3,4	
Chất lượng giấc ngủ chủ quan	Rất tốt	22	10,7
	Tương đối tốt	87	42,2
	Tương đối kém	67	32,5
	Rất kém	30	14,6
Độ trễ của giấc ngủ	≤15 phút	24	11,7
	16-30 phút	58	28,2
	31-60 phút	91	44,2
	>60 phút	33	16,0
Thời gian ngủ (giờ)	>7 giờ	10	4,9
	6-7 giờ	83	40,3
	5-6 giờ	38	18,4
	<5 giờ	75	36,4
Hiệu quả giấc ngủ (%)	>85%	56	27,2
	75-84%	42	20,4
	65-74%	31	15,0
	<65%	77	37,4
Rối loạn giấc ngủ	Không	11	5,3
	Ít hơn 1 lần/tuần	180	87,4
	1 hoặc 2 lần/tuần	15	7,3
	3 hoặc hơn 3 lần/tuần	0	0
Sử dụng thuốc ngủ	Không	182	88,3
	Ít hơn 1 lần/tuần	18	8,7

	1 hoặc 2 lần/tuần	5	2,4
	3 hoặc hơn 3 lần/tuần	1	0,5
Rối loạn chức năng hoạt động ban ngày	Không có vấn đề gì	168	81,6
	Chỉ là vấn đề nhỏ	26	12,6
	Hơi hơi có vấn đề	12	5,8
	Vấn đề lớn	0	0

Nhận xét: Có đến 60,7% người bệnh cao tuổi rối loạn giấc ngủ, trong đó đa số gặp tình trạng RLGN ở mức độ vừa (50,4%). Điểm PSQI trung bình của nghiên cứu là $8,1 \pm 3,4$ điểm. Phần lớn đối tượng nghiên cứu tự đánh giá chất lượng chủ quan giấc ngủ của mình là tương đối tốt với tỷ lệ (42,2%), độ trễ của giấc ngủ (31-60 phút) chiếm 44,2%. Hiệu quả giấc ngủ ở mức <65% chiếm tỷ lệ cao (37,4%). Đa số NCT không gặp vấn đề về rối loạn chức năng hoạt động ban ngày (81,6%) và có 11,7% người bệnh cao tuổi có sử dụng thuốc ngủ với tần suất ít hơn 1 lần/ tuần.



Biểu đồ 1. Tình trạng stress, rối loạn lo âu, trầm cảm

Nhận xét: Người bệnh cao tuổi trong nghiên cứu có tình trạng stress, RLLA, trầm cảm chiếm tỷ lệ lần lượt là 44,2%; 53,4%; 31,6% trong đó chủ yếu stress ở mức độ nhẹ (32,5%), RLLA chủ yếu ở mức độ vừa (25,2%) và trầm cảm ở mức độ nhẹ (19,4%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa CLGN với các yếu tố liên quan đến RLGN

		CLGN	Tốt n(%)	Không tốt n(%)	p
Nghề nghiệp					
Tuổi	60-69 tuổi		42(52,5)	38(47,5)	0,003
	70-79 tuổi		25(37,9)	41(62,1)	
	≥80 tuổi		14(23,3)	46(76,7)	
Giới tính	Nam		38(42,7)	51(57,3)	0,582
	Nữ		43(36,8)	74(63,2)	
BMI	<18,5 (Gầy)		8(18,2)	36(81,8)	0,006
	18,5-22,9 (Bình thường)		42(42,2)	57(57,6)	
	23-24,9 (Thừa cân)		22(57,9)	16(42,1)	
	≥25 (Béo phì)		9(36,0)	16(64,0)	
Nơi ở	Thành thị		51(64,6)	28(35,4)	< 0,001
	Nông thôn		30(23,6)	97(76,4)	

Thu nhập cá nhân/tháng	Không có thu nhập	20(50,0)	20(50,0)	0,123
	Có thu nhập	61(36,7)	105(63,3)	
Tình trạng hôn nhân	Đã kết hôn	64(42,1)	88(57,9)	0,354
	Ly dị/Chia tay	7(29,2)	17(70,8)	
	Goá	10(33,3)	20(66,7)	
Tình trạng sống	Sống một mình	46(54,8)	38(45,2)	0,002
	Sống với người thân	35(28,7)	87(71,3)	
Hút thuốc lá	Không	70(43,2)	92(56,8)	<0,001
	Có	11(25)	33(75)	
RL lo âu	Không	59(61,6)	37(38,5)	0,004
	Có	22(20,0)	88(80,0)	
Stress	Không	70(60,9)	45(39,1)	<0,001
	Có	11(12,1)	80(87,9)	
Nghề nghiệp trước đây	Nông/Lâm/Ngư nghiệp	17(32,7)	35(67,3)	0,033
	Công nhân	22(44,0)	28(56,0)	
	Cán bộ công chức	13(34,2)	25(65,8)	
	Nội trợ/ Thất nghiệp	12(36,4)	21(63,6)	
	Buôn bán/thủ công nghiệp	13(50,0)	13(50,0)	
	Khác	4(57,1)	3(42,9)	
Nghề nghiệp hiện tại	Còn lao động	17(3,7)	35(67,3)	0,720
	Ngưng lao động	22(44,0)	28(56,0)	

Nhận xét: Tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa CLGN với yếu tố tuổi, BMI, nơi ở, tình trạng sống, nghề nghiệp trước đây của đối tượng nghiên cứu, hút thuốc lá, stress, rối loạn lo âu ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mô hình hồi quy logistic đa biến của các yếu tố liên quan đến RLGN

Biến độc lập	Rối loạn giấc ngủ		
	OR*	KTC 95%	p
Nhóm tuổi			
60-69 tuổi (tham chiếu)	1	-	-
70-79 tuổi	1,863	0,702 - 4,941	0,211
≥80 tuổi	4,039	1,372 - 11,888	0,011
Nhóm BMI			
<18,5 (tham chiếu)	1	-	-
18,5 - 22,9	0,295	0,093 - 0,940	0,059
23 - 24,9	0,248	0,060 - 1,031	0,055
≥ 25	0,493	0,105 - 0,338	0,371
Nơi sống			
Thành thị (tham chiếu)	1	-	-
Nông thôn	5,889	3,179 - 10,910	<0,001
Tình trạng sống			
Sống một mình (tham chiếu)	1	-	-

Sống với người thân	3,179	1,326 - 7,626	0,010
Nghề nghiệp trước đây			
Nhóm 1 (tham chiếu)	1	-	-
Nhóm 2	0,695	0,200 - 2,410	0,566
Nhóm 3	1,146	0,298 - 4,416	0,843
Nhóm 4	1,615	1,615 - 6,368	0,493
Nhóm 5	0,273	0,061 - 1,224	0,090
Nhóm 6	1,553	0,135 - 17,819	0,724
Hút thuốc			
Không (tham chiếu)	1	-	-
Có	4,690	1,448 - 15,192	0,010
Stress			
Không (tham chiếu)	1	-	-
Có	7,190	2,154 - 24,001	0,001
Rối loạn lo âu			
Không (tham chiếu)	1	-	-
Có	3,490	1,216 - 10,018	0,018

Nhận xét: Sau khi đưa các yếu tố liên quan có $p < 0,05$ vào mô hình hồi quy đa biến, nghiên cứu đã tìm được các yếu tố có mối liên quan thật sự đến tình trạng RLGN ở người cao tuổi đó là: người ≥80 tuổi (CI95%: 1,372 - 11,888; $p=0,011$); sống ở vùng nông thôn (CI95%: 3,179 - 10,910; $p < 0,001$); sống với người thân (CI95%: 1,326 - 7,626; $p=0,010$); có hút thuốc lá (CI95%: 1,448 - 15,192; $p=0,010$); stress (CI95%: 2,154 - 24,001; $p=0,001$); có rối loạn lo âu (CI95%: 1,216 - 10,018; $p=0,018$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chất lượng giấc ngủ và stress, rối loạn lo âu, trầm cảm. Trong 206 người tham gia có 60,7% người bệnh cao tuổi có rối loạn giấc ngủ, 53,4% rối loạn lo âu, 44,2% stress và trầm cảm có tỷ lệ thấp nhất với 31,6%. Các tỷ lệ trên hợp lý với sự logic của chuỗi sự kiện bệnh lý: bắt đầu là RLGN từ đó dẫn đến lo âu, căng thẳng-stress và lâu ngày sẽ khiến người bệnh trầm cảm [3]. Tương tự kết quả của chúng tôi, nghiên cứu của Trần Thị Hiếu Ngân về chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế (2023) trên 169 đối tượng có chất lượng giấc ngủ không tốt chiếm 67,5% [2].

Biểu đồ 1 cho thấy các đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ rối loạn lo âu chủ yếu là mức độ vừa (25,2%), tiếp theo là stress ở mức độ nhẹ (16%), trầm cảm cũng ở mức độ nhẹ (19,4%). Có 0,5% người bệnh cao tuổi bị stress rất nặng; 1,5% lo âu rất nặng và không có ai bị trầm cảm ở mức nghiêm trọng. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Ghafari và cộng sự trên người cao tuổi ở Tehran đã nhận thấy 4,8% người bệnh cao tuổi bị stress nghiêm trọng, có 11,5% lo lắng nghiêm trọng và 4,8% trầm cảm

nặng [4]. Sự khác biệt này có thể do điều kiện môi trường mà NCT sống, hệ thống chăm sóc y tế, số lượng mẫu thu nhận ở 2 nghiên cứu là khác nhau.

Các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ người cao tuổi. Kết quả tại bảng 4 cho thấy có 6 yếu tố cùng tác động làm tăng tình trạng rối loạn giấc ngủ lần lượt là: tuổi, nơi sống, hoàn cảnh sống, có hút thuốc lá, stress, rối loạn lo âu. Tương tự với một nghiên cứu của LMT Van vào năm 2019 cũng tìm thấy có 3 yếu tố có mối liên quan thực sự đến chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi đó là sử dụng chất kích thích, rối loạn lo âu và stress [5].

Nhóm tuổi ≥ 80 có tỷ lệ RLGN cao gấp 4,039 lần so với nhóm có độ tuổi từ 60 – 69. Nghiên cứu của Jianfeng Luo và các cộng sự cũng ghi nhận có xu hướng tăng tỷ lệ RLGN theo độ tuổi, từ 32,1% ở thuộc nhóm 60 – 69 tuổi lên 52,5% thuộc nhóm ≥ 80 tuổi. Điều này có thể liên quan đến quá trình suy giảm chức năng của các cơ quan ở người cao tuổi, đặc biệt là hệ thần kinh. Quá trình lão hoá dẫn đến suy giảm tế bào thần kinh, thiếu hụt hormone điều hoà giấc ngủ (melatonin) và chúng tiếp tục giảm chậm theo thời gian.

Nhóm đối tượng sống ở vùng nông thôn có tỷ lệ RLGN cao hơn so với nhóm sống ở thành thị gấp 5,889 lần (KTC95%=3,179 - 10,910; $p < 0,001$). Nghiên cứu của W. Thichumpa và cộng sự (2018), khả năng kiếm tiền, chất lượng cuộc sống cao hơn ở những người cao tuổi sống ở thành thị có thể làm giảm một số yếu tố gây ra chất lượng giấc ngủ kém [6]. Điều này có thể gợi ý rằng vị trí sống có thể ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ vì vậy các yếu tố môi trường và văn hóa phải được giải quyết trong các nghiên cứu trong tương lai [7].

Nghiên cứu của W. Thichumpa và cộng sự (2018) cũng cho rằng mối quan hệ gia đình không tốt là yếu tố dự báo quan trọng nhất về chất lượng giấc ngủ, trong đó mối quan hệ gia đình căng thẳng có liên quan đến giấc ngủ khó khăn hơn, trong khi mối quan hệ gia đình hỗ trợ có liên quan đến giấc ngủ ít rắc rối hơn [6]. Điều này giải thích cho kết quả nghiên cứu chúng tôi có nhóm đối tượng khi sống cùng người thân có RLGN cao gấp 3,179 lần so với nhóm sống một mình (OR=3,179; 95%CI=1,326 -7,626; $p=0,010$).

Sử dụng thuốc lá cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ. Bệnh nhân có sử dụng thuốc lá có tỷ lệ RLGN cao hơn 4,690 lần so với những người không sử dụng thuốc lá (95%CI=1,448 – 15,192; $p=0,010$). Trong thuốc lá có nicotin là một chất kích thích làm tăng sự tỉnh táo và việc sử dụng nó quá gần giờ đi ngủ

có thể ảnh hưởng đến độ trễ của giấc ngủ. Tuy nhiên hút thuốc lá chỉ liên quan đến thời gian ngủ chứ không liên quan đến chất lượng giấc ngủ nói chung.

Ngoài những vấn đề về thể chất thì tinh thần cũng là nguyên nhân ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ. Trong nghiên cứu này, những người cao tuổi có stress có tỷ lệ RLGN cao hơn 7,190 lần so với những người không có tình trạng stress (95%CI=2,154 – 24,001; $p=0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vương Gia Bảo và cộng sự đã chỉ ra rằng những người cao tuổi bị mất ngủ thường xuyên cảm thấy căng thẳng về tình trạng sức khỏe của mình (44,4%) [8]. Đặc biệt đối với đối tượng là người bệnh cao tuổi đang điều trị nội trú tại bệnh viện là những người đang có sức khỏe thể chất và tinh thần kém thì họ càng dễ mắc chứng lo âu hơn, các bệnh mãn tính và các vấn đề kinh tế là nguyên nhân chính gây căng thẳng ở người cao tuổi. Tỷ lệ nhóm đối tượng có rối loạn lo âu có RLGN cao gấp 3,490 lần so với nhóm đối tượng không lo âu (CI 95% =1,216 - 10,018; $p=0,018$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của LMT Van (2019), nghiên cứu của Vương Gia Bảo và cộng sự (năm 2023) [6,8].

V. KẾT LUẬN

Rối loạn giấc ngủ rất phổ biến ở NCT nói chung và người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch và Nội Tổng hợp – Nội tiết – Cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế nói riêng. Người cao tuổi có tình trạng RLGN thường có các biểu hiện như khó đi vào giấc ngủ, hay trăn trở, mộng mị, mất ngủ, tỉnh giấc giữa đêm. Vì vậy trong quá trình chăm sóc người bệnh cao tuổi, người điều dưỡng cần có kế hoạch phát hiện những biểu hiện và các nguyên nhân gây nên, từ đó, giúp phát hiện và điều trị sớm những bệnh nhân có CLGN kém, đảm bảo cho hiệu quả của việc điều trị, chăm sóc người bệnh tốt hơn. Đặc biệt cần chú ý chú ý hơn đến nhóm đối tượng bệnh nhân ≥ 80 tuổi, sống vùng nông thôn, tình trạng sống chung, có sử dụng thuốc lá, có biểu hiện trầm cảm và rối loạn lo âu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Press Yan, Punchik Boris and Freud Tamar** (2018), "The association between subjectively impaired sleep and symptoms of depression and anxiety in a frail elderly population", *Aging clinical experimental research*. 30, pp. 755-765.
2. **Ngân Trần Thị Hiếu**, "Khảo sát chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế", 2023 tr. 40.
3. **Daniel J Buysse, et al.** (1989), "The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for

- psychiatric practice and research", Psychiatry research. 28(2), pp. 193-213.
4. **Sharifirah Ghaffari m, Zanjani, Hasanzada aa** (2012), "Levels of stress, anxiety and depression in elderly people referred to the Tehran Elderly Club". 8(4), pp. 47-55.
 5. **Van LMT** (2019), "Survey on sleep quality and related factors in the elderly in the community of District 08, Ho Chi Minh City." Journal of Medicine Ho Chi Minh city 23.6 (2019): 83-89.
 6. **W. Thichumpa, et al.** (2018), "Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand", Epidemiol Health. 40, pp. e2018018.
 7. **Jatin Chaudary, et al.** (2020), "Assessment of sleep habits and quality of sleep among elderly residing in rural area of Dehradun: A community-based cross-sectional survey", Natl J Community Med. 11(2), pp. 98-102.
 8. **Bảo Vương Gia và các cộng sự**, "Khảo sát các yếu tố nguy cơ gây mất ngủ ở người cao tuổi tại bệnh viện Nguyễn Trãi và Thống Nhất TPHCM", Tạp chí Y học Việt Nam. 531(1), 2023.

KHẢO SÁT MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ NATRI MÁU VÀ CÁC BIẾN CỐ NGẮN HẠN Ở BỆNH NHÂN ĐỢT MẤT BÙ CẤP SUY TIM MẠN CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM

Trần Hòa¹, Nguyễn Hồng Hà², Bùi Thế Dũng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát giá trị nồng độ natri máu trong tiên lượng các biến cố ngắn hạn ở bệnh nhân đợt mất bù cấp suy tim mạn phân suất tổng máu giảm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 03/2024 đến tháng 03/2025 được ghi nhận các biến cố gồm tái nhập viện vì suy tim và tử vong trong vòng 1 tháng sau khi xuất viện. **Kết quả:** Tổng số 85 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $64,25 \pm 13,45$ tuổi. Tỷ lệ tái nhập viện vì suy tim là 21,2% và tử vong là 14,1%. Hạ natri máu, đái tháo đường và NYHA nhập viện là các yếu tố tiên lượng sự xuất hiện biến cố ngắn hạn với giá trị HR=9,89; HR=7,54 và HR=5,29. **Kết luận:** Bệnh nhân đợt mất bù cấp suy tim mạn phân suất tổng máu giảm có tỷ lệ xuất hiện các biến cố bất lợi ngắn hạn khá cao. Hạ natri máu cùng với đái tháo đường, phân độ NYHA lúc nhập viện là các yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến cố bất lợi ngắn hạn. **Từ khóa:** Đợt mất bù cấp suy tim mạn phân suất tổng máu giảm, tiên lượng biến cố ngắn hạn, nồng độ natri máu.

SUMMARY

INVESTIGATION OF THE ASSOCIATION BETWEEN SERUM SODIUM LEVELS AND SHORT-TERM ADVERSE EVENTS IN PATIENTS WITH ACUTE DECOMPENSATED CHRONIC HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION

¹Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: btdung@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025

Ngày duyệt bài: 26.5.2025

Objectives: To evaluate the prognostic value of serum sodium levels for short-term outcomes in patients with acute decompensated heart failure with reduced ejection fraction. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted at the Can Tho Central General Hospital from March 2024 to March 2025. Patients were monitored for short-term events including rehospitalization due to heart failure and all-cause mortality within 1 month. **Results:** A total of 85 patients were enrolled, with a mean age of 64.25 ± 13.45 years. The rates of heart failure, rehospitalization and mortality were 21.2% and 14.1%. Hyponatremia, diabetes mellitus, and NYHA classification on admission were independent predictors of the composite short-term outcome with HR = 9.89, HR = 7.54, and HR = 5.29. **Conclusion:** Patients with acute decompensated chronic heart failure with reduced ejection fraction exhibited a relatively high rate of short-term adverse events. Hyponatremia, along with diabetes mellitus and NYHA functional class at admission, were independent predictors of increased risk for these short-term outcomes. **Keywords:** Acute decompensated heart failure with reduced ejection fraction, prognosis of short-term adverse outcomes, serum sodium level.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi các triệu chứng gây ra do bất thường cấu trúc và/hoặc chức năng tim, dẫn đến giảm cung lượng tim, tăng áp lực trong tim lúc nghỉ hay gắng sức [1]. Suy tim mạn có phân suất tổng máu giảm là hậu quả cuối cùng của suy tim, trong đó, đợt mất bù cấp là biến cố thường gặp nhất của bệnh. Đây là sự khởi phát nhanh chóng hoặc từ từ của triệu chứng suy tim, đủ nghiêm trọng để cần được chăm sóc y tế khẩn cấp dẫn đến nhập viện ngoài kế hoạch hoặc nhập khoa