

(39%) vách ngăn nằm đúng trên đường giữa. Trong khi đó, nghiên cứu của Tan và cộng sự [7], sử dụng phương pháp nội soi kết hợp phẫu thuật, phân tích trên 48 trường hợp, ghi nhận 8 trường hợp (16,6%) vách chính nằm giữa, 13 trường hợp (27,1%) lệch phải và 27 trường hợp (56,3%) lệch trái. Nghiên cứu ghi nhận có 13,13% vách chính nằm ở vị trí đường giữa, lệch phải và lệch trái lần lượt chiếm tỷ lệ 50,51% và 36,36%. Điều đó chứng tỏ không thể lấy vách ngăn chính làm mốc đáng tin cậy cho các thủ thuật nội soi.

Theo y văn hiện có, tỷ lệ vách liên xoang bướm gắn vào lõi xương động mạch cảnh trong dao động từ 11% đến 87% [1,9,10]. Nghiên cứu đã ghi nhận 34 trường hợp vách ngăn xoang bướm dính vào lõi xương động mạch cảnh trong, chiếm tỷ lệ 34,34% trên tổng số. Sự khác biệt đáng chú ý loại vách gắn giữa hai bên đã được xác định rõ: vách chính chủ yếu gắn phổ biến ở động mạch cảnh trong bên phải (55,1%), trong khi vách phụ lại chiếm ưu thế ở bên trái (62,5%).

V. KẾT LUẬN

Hiện nay, chụp cắt lớp vi tính đa dãy là phương pháp hình ảnh được ưu tiên sử dụng nhằm khảo sát chi tiết đặc điểm giải phẫu xoang bướm, đặc biệt có giá trị trong việc nhận diện các biến thể giải phẫu và tổn thương bệnh lý liên quan. Nghiên cứu này cho thấy rõ ràng rằng cấu trúc vách ngăn trong xoang bướm có sự thay đổi khác nhau giữa các cá thể. Vì vậy, việc đánh giá chính xác trước phẫu thuật này đóng vai trò quan trọng trong việc lập kế hoạch và đảm bảo an toàn cho các can thiệp nội soi xoang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdullah B, Arasaratnam S, Kumar G, et al.** The sphenoid sinuses: Computed tomography assessment of septation, relationship to the internal carotid arteries, and sidewall thickness in the Malaysian population. J HK Coll Radiol. 2001;4:185-188.
2. **Koeppen AH.** Diagnosis and management of pituitary tumors: Edited by Thapar, K., Kovacs, K., Scheithauer, B.W., and Lloyd, R.V., ISBN 0-89603-403-8, Humana Press, Totowa, NJ, 2001, 479 pages, \$US 225. Journal of the Neurological Sciences. 2002;198(1):101.
3. **Mosher H.** The Anatomy of the Sphenoidal Sinus and the Method of Approaching It From the Antrum. The Laryngoscope. 2009;13:177-214.
4. **Nguyễn Hữu Dũng.** Phẫu thuật nội soi điều trị tổn thương trong xoang bướm [Luận văn Tiến sĩ y học]: Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2008.
5. **Nguyễn Phong và cs.** Phẫu thuật vi phẫu qua mũi xoang bướm trong điều trị u tuyến yên tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Báo cáo khoa học Hội nghị Ngoại Thần kinh toàn quốc 2004. 2004.
6. **Sirikci A, Bayazit YA, Bayram M, et al.** Variations of sphenoid and related structures. Eur Radiol. 2000;10(5):844-8.
7. **Tan HK, Ong YK.** Sphenoid sinus: an anatomic and endoscopic study in Asian cadavers. Clin Anat. 2007;20(7):745-50.
8. **Trần Thị Thanh Hồng.** Khảo sát tình trạng lõi thần kinh thị và động mạch cảnh trong vào xoang bướm qua lâm sàng và CT Scan. [Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú]: Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2010.
9. **Fernandez-Miranda JC, Prevedello DM, Madhok R, et al.** Sphenoid septations and their relationship with internal carotid arteries: anatomical and radiological study. Laryngoscope. 2009;119(10):1893-6.
10. **Hamid O, El Fiky L, Hassan O, et al.** Anatomic Variations of the Sphenoid Sinus and Their Impact on Trans-sphenoid Pituitary Surgery. Skull Base. 2008;18(1):9-15.

CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 MỚI CHẨN ĐOÁN TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Dương Thị Mai Phương^{1,2}, Lê Quang Toàn²,
Ngô Thị Tâm³, Nguyễn Hoàng Thanh¹

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

³Trường Đại học Đại Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Thanh

Email: nguyenhoangthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá chất lượng giấc ngủ và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường type 2 (ĐTĐ type 2) mới được chẩn đoán. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 106 bệnh nhân ĐTĐ type 2 mới chẩn đoán tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ 8/2024 đến 7/2025. Chất lượng giấc ngủ được đánh giá bằng thang đo Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Dữ liệu được xử lý bằng Stata 16.0 với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ là 67,9%, trong đó 41,5% mức độ nhẹ, 21,7% trung bình và 4,7% nặng.

Các yếu tố liên quan có ý nghĩa gồm giới tính (nam: OR = 0,25; 95% CI: 0,10–0,63; p = 0,001), nghề nghiệp (công nhân: OR = 7,69; p = 0,035; nội trợ: OR = 9,23; p = 0,018), sang chấn tâm lý từ gia đình (p = 0,022), công việc (OR = 0,17; p = 0,014) và kinh tế (OR = 0,18; p = 0,002). Đặc biệt, nhóm có rối loạn giấc ngủ ghi nhận HbA1c trung bình cao hơn ($8,77 \pm 2,07\%$ so với $7,10 \pm 0,53\%$), với OR = 4,10 (95% CI: 1,94–8,66; p < 0,01). **Kết luận:** Rối loạn giấc ngủ rất phổ biến ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 mới chẩn đoán và có liên quan chặt chẽ với kiểm soát đường huyết cũng như một số yếu tố nhân khẩu – xã hội và sang chấn tâm lý. **Từ khóa:** Đái tháo đường type 2, rối loạn giấc ngủ, HbA1c, sang chấn tâm lý.

SUMMARY

SLEEP QUALITY AND RELATED FACTORS AMONG NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

Objective: This study aimed to assess sleep quality and identify associated factors among newly diagnosed type 2 diabetes mellitus (T2DM) patients. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 106 newly diagnosed T2DM patients at the National Hospital of Endocrinology from August 2024 to July 2025. Sleep quality was evaluated using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Data were analyzed using Stata 16.0 with a significance threshold of p < 0.05. **Results:** The prevalence of poor sleep quality was 67.9%, including 41.5% with mild, 21.7% with moderate, and 4.7% with severe disturbances. Significant associated factors included gender (male: OR = 0.25; 95% CI: 0.10–0.63; p = 0.001), occupation (workers: OR = 7.69; p = 0.035; housewives: OR = 9.23; p = 0.018), family stress (p = 0.022), work-related stress (OR = 0.17; p = 0.014), and financial stress (OR = 0.18; p = 0.002). Notably, patients with sleep disturbances had significantly higher mean HbA1c levels ($8.77 \pm 2.07\%$ vs. $7.10 \pm 0.53\%$), with OR = 4.10 (95% CI: 1.94–8.66; p < 0.01). **Conclusion:** Sleep disturbances are highly prevalent among newly diagnosed T2DM patients and are strongly associated with glycemic control as well as certain sociodemographic and psychological stress factors. **Keywords:** Type 2 diabetes mellitus, sleep disturbance, HbA1c, psychological stress.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ type 2) là một bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính, đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết kéo dài do sự kết hợp giữa đề kháng insulin và suy giảm chức năng tế bào beta tuyến tụy. Nếu không được phát hiện và kiểm soát kịp thời, bệnh sẽ dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm trên tim mạch, thận, thần kinh và mắt, gây suy giảm chất lượng sống, tàn tật và tử vong sớm.^{1,2} Một trong những khía cạnh ít được chú ý nhưng có vai trò quan trọng đối với bệnh nhân ĐTĐ type 2 là chất lượng giấc ngủ. Giấc ngủ kém vừa là hậu quả của biến chứng đái tháo đường (như tiểu đêm,

đau thần kinh, ngưng thở khi ngủ) vừa là yếu tố nguy cơ làm nặng thêm tình trạng rối loạn chuyển hóa.^{3,4} Nghiên cứu cho thấy chỉ một vài đêm thiếu ngủ cũng đủ để làm giảm độ nhạy insulin và tăng kháng insulin ở gan, từ đó làm nặng thêm vòng xoáy bệnh lý.⁵

Thực tế, nhiều nghiên cứu đã khẳng định tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 rất cao. Ở Việt Nam, một khảo sát tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế ghi nhận 55,2% bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém⁶, cho thấy giấc ngủ kém là một vấn đề phổ biến và nghiêm trọng trong nhóm bệnh nhân này. Do vậy, việc nghiên cứu chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ĐTĐ type 2, đặc biệt là nhóm mới chẩn đoán, có ý nghĩa quan trọng trong việc sàng lọc sớm, phát hiện các yếu tố nguy cơ và xây dựng chiến lược can thiệp toàn diện. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá chất lượng giấc ngủ ở người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là người bệnh đái tháo đường type 2 mới được chẩn đoán tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương trong giai đoạn 2024–2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm người bệnh được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam, tuổi từ 18 trở lên, có xét nghiệm HbA1c định lượng tại thời điểm nhập viện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các trường hợp loại trừ là người bệnh có bệnh nặng hoặc rối loạn tâm thần, mắc các bệnh ảnh hưởng đến HbA1c, có rối loạn giấc ngủ hoặc đang dùng thuốc an thần, mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ, phụ nữ mang thai hoặc cho con bú, hoặc tái điều trị trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, từ tháng 8/2024 đến tháng 7/2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Tổng số bệnh nhân mời tham gia là 106. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện được áp dụng.

2.5. Nội dung nghiên cứu. Nội dung nghiên cứu bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, hành vi sức khỏe, bệnh lý kèm theo, thông tin lâm sàng và cận lâm sàng, chỉ số HbA1c, các thành phần của rối loạn lipid máu, cùng với mức độ hỗ trợ xã hội và chất lượng cuộc sống. Biến số rối loạn giấc ngủ được xác định theo thang điểm PSQI dưới dạng biến thứ hạng, trong đó < 5 điểm được phân loại là không có rối loạn giấc

ngủ, từ 5 đến < 10 điểm là rối loạn chất lượng giấc ngủ nhẹ, từ 10 đến < 15 điểm là rối loạn chất lượng giấc ngủ trung bình và ≥ 15 điểm là rối loạn chất lượng giấc ngủ nặng. Đồng thời, biến số chất lượng giấc ngủ được phân loại nhị phân, với điểm số từ 0 đến < 10 được xem là có chất lượng giấc ngủ tốt, trong khi từ 10 đến 21 điểm được xếp vào nhóm có chất lượng giấc ngủ chưa tốt.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích trên Stata 16.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm, trong khi các biến định lượng được trình bày bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất và lớn nhất. Ngẫu cơ tương đối được sử dụng để xác định mối liên quan, với ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Những trường hợp phát hiện rối loạn giấc ngủ nặng sẽ được giới thiệu đến chuyên khoa tâm thần để quản lý kịp thời.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 106 bệnh nhân ĐTĐ type 2 mới chẩn đoán ghi nhận tuổi trung bình $48,6 \pm 8,0$ (32–67), trong đó nhóm 50–59 chiếm nhiều nhất (40,6%), tiếp đến 40–49 (34,9%); nam và nữ gần tương đương (51,9% và 48,1%). Hầu hết đã kết hôn (99,1%), trình độ từ THPT trở lên chiếm 83,0%, nghề nghiệp chủ yếu lao động tự do (43,4%).

Bảng 1: Tình trạng rối loạn giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu (n=106)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không rối loạn	34	32,1
Rối loạn nhẹ	44	41,5
Rối loạn trung bình	23	21,7
Rối loạn nặng	5	4,7

Nhận xét: Điểm trung bình PSQI là $6,86 \pm 4,63$ (giá trị từ 0 đến 21). Trong số 106 người tham gia, có 32,1% không bị rối loạn giấc ngủ, 41,5% có rối loạn nhẹ, 21,7% rối loạn trung bình và 4,7% rối loạn nặng. Như vậy tỷ lệ người bệnh có rối loạn giấc ngủ là 67,9%.

Bảng 2: Mối liên quan giữa rối loạn giấc ngủ và một số yếu tố (n=106)

Đặc điểm	Không RLGN	Có RLGN	OR (95%CI)	p
	SL (%)	SL (%)		
Tuổi				
32–39	4 (11,8)	12 (16,7)	-	
40–49	10 (29,4)	27 (37,5)	0,90 (0,23–3,50)	0,879
50–59	16 (47,1)	27 (37,5)	0,56 (0,15–2,08)	0,383
≥60	4 (11,8)	6 (8,3)	0,50 (0,09–2,89)	0,429
Giới				
Nam	10 (29,4)	45 (62,5)	0,25 (0,10–0,63)	0,001
Nữ	24 (70,6)	27 (37,5)		
Hôn nhân				
Kết hôn	34 (100,0)	71 (98,6)	—	0,492
Độc thân	0 (0,0)	1 (1,4)		
Học vấn				
THCS	4 (11,8)	14 (19,4)	0,55 (0,17–1,85)	0,328
THPT trở lên	30 (88,2)	58 (80,6)		
Nghề nghiệp				
Tự do	20 (58,8)	26 (36,1)	-	
Công nhân	1 (2,9)	10 (13,9)	7,69 (0,81–72,72)	0,035
Hưu trí	3 (8,8)	9 (12,5)	2,31 (0,54–9,94)	0,248
Nông dân	5 (14,7)	9 (12,5)	1,38 (0,40–4,84)	0,609
Nội trợ	1 (2,9)	12 (16,7)	9,23 (0,97–87,63)	0,018
Khác	4 (11,8)	6 (8,3)	1,15 (0,28–4,71)	0,842
Uống rượu/bia				
Không uống	10 (29,4)	45 (62,5)	0,25 (0,10–0,63)	0,001
Có uống	24 (70,6)	27 (37,5)		
Hút thuốc lá				
Không hút	15 (44,1)	53 (73,6)	0,28 (0,12–0,69)	0,003
Có hút	19 (55,9)	19 (26,4)		
Tập thể dục ≥30 phút/ngày				

Không hàng ngày	7 (20,6)	14 (19,4)	1,07 (0,39–2,98)	0,891
Hàng ngày	27 (79,4)	58 (80,6)		
Sang chấn về gia đình				
Có	0 (0,0)	10 (13,9)	—	0,022
Không	34 (100,0)	62 (86,1)		
Sang chấn về công việc				
Có	2 (5,9)	19 (26,4)	0,17 (0,04–0,84)	0,014
Không	32 (94,1)	53 (73,6)		
Sang chấn về học tập				
Có	0 (0,0)	0 (0,0)	—	—
Không	34 (100,0)	72 (100,0)		
Sang chấn về xã hội				
Có	0 (0,0)	0 (0,0)	—	—
Không	34 (100,0)	72 (100,0)		
Sang chấn về bệnh tật				
Có	34 (100,0)	72 (100,0)	—	—
Không	0 (0,0)	0 (0,0)		
Sang chấn về kinh tế				
Có	4 (11,8)	31 (43,1)	0,18 (0,05–0,59)	0,002
Không	30 (88,2)	41 (56,9)		
Bệnh lý mạn tính				
Có	19 (55,9)	42 (58,3)	0,90 (0,40–2,07)	0,813
Không	15 (44,1)	30 (41,7)		

Nhận xét: Nam giới có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn (62,5%) so với nữ (37,5%), với OR = 0,25 (95% CI: 0,10–0,63), $p = 0,001$. Ở các yếu tố khác như tuổi, tình trạng hôn nhân và học vấn, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm nghề nghiệp, công nhân có OR = 7,69 (95% CI: 0,81–72,72), $p = 0,035$ và nội trợ có OR = 9,23 (95% CI: 0,97–87,63), $p = 0,018$, cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa.

Liên quan giữa hành vi và chất lượng giấc ngủ cho thấy những người không uống rượu/bia có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn (62,5%), với OR = 0,25 (95% CI: 0,10–0,63), $p = 0,001$. Người không hút thuốc lá cũng có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn (73,6%), với OR = 0,28 (95%

CI: 0,12–0,69), $p = 0,003$. Hoạt động thể dục hàng ngày không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p = 0,891$.

Mối liên quan giữa sang chấn tâm lý và chất lượng giấc ngủ cho thấy sang chấn từ gia đình có liên quan có ý nghĩa với rối loạn giấc ngủ ($p = 0,022$). Sang chấn do công việc cũng có liên quan, với OR = 0,17 (95% CI: 0,04–0,84), $p = 0,014$. Sang chấn kinh tế có ảnh hưởng đáng kể, với OR = 0,18 (95% CI: 0,05–0,59), $p = 0,002$. Các yếu tố khác như học tập, xã hội và bệnh tật không ghi nhận sự khác biệt.

Bệnh lý mạn tính mắc kèm không có mối liên quan đáng kể với rối loạn giấc ngủ.

Bảng 3: Xét nghiệm sinh hóa theo chất lượng giấc ngủ (n=106)

Xét nghiệm	Không RLG	Có RLG	OR (95%CI)	p
	X ± SD	X ± SD		
HbA1c (%)	7,10 ± 0,53	8,77 ± 2,07	4,10 (1,94-8,66)	<0,01
Cholesterol (mmol/L)	2,76 ± 2,02	2,80 ± 2,88	1,01 (0,86-1,18)	0,935
Triglycerid (mmol/L)	5,38 ± 1,35	5,30 ± 1,34	0,96 (0,70-1,30)	0,774
HDL-C (mmol/L)	1,25 ± 0,23	1,23 ± 0,31	0,83 (0,20-3,51)	0,801
LDL-C (mmol/L)	3,22 ± 1,04	3,14 ± 0,99	0,92 (0,61-1,39)	0,705

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm sinh hóa theo chất lượng giấc ngủ cho thấy nồng độ HbA1c trung bình cao hơn rõ rệt ở nhóm có rối loạn giấc ngủ ($8,77 \pm 2,07\%$) so với nhóm không rối loạn ($7,10 \pm 0,53\%$), với OR = 4,10 (95% CI: 1,94–8,66), $p < 0,01$. Các chỉ số khác như cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-C và LDL-C không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Dữ liệu từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rối loạn giấc ngủ là một vấn đề phổ biến, 67,9% có rối loạn giấc ngủ ở các mức độ khác nhau, từ nhẹ (41,5%) đến trung bình (21,7%) và nặng (4,7%). Khi so sánh với các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ rối loạn giấc ngủ trong nghiên cứu

của chúng tôi (67,9%) nằm ở mức khá cao. Nghiên cứu tại Huế do Tôn Nữ Nam Trân (2023) thực hiện ghi nhận 55,2% bệnh nhân ĐTĐ ngoại trú có giấc ngủ kém với điểm PSQI trung bình 5,64.⁶ Trong khi đó, nghiên cứu tại Hà Nội của Dương Thị Ngọc Lan (2024) báo cáo tỷ lệ 60,7%, với điểm PSQI trung bình $6,04 \pm 2,48$.⁷ Một số nghiên cứu khác cho kết quả thậm chí cao hơn, như nghiên cứu tại TP. Hồ Chí Minh với tỷ lệ 75,4%⁸ và tại Thái Bình lên đến 82,1%.⁹ Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc điểm mẫu nghiên cứu: nhóm bệnh nhân của chúng tôi đều mới chẩn đoán, chưa trải qua nhiều năm sống chung với bệnh, nên các biến chứng thể chất nặng nề ảnh hưởng trực tiếp đến giấc ngủ như đau thần kinh, tiểu đêm do bệnh thận hay hội chứng chân không yên thường chưa xuất hiện rõ rệt.

Trong nghiên cứu hiện tại, chúng tôi ghi nhận giới tính và nghề nghiệp là hai yếu tố nhân khẩu – xã hội có liên quan đáng kể đến chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. Nam giới có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn (62,5%) so với nữ, với OR = 0,25 (95% CI: 0,10–0,63; $p = 0,001$). Ngoài ra, nhóm công nhân (OR = 7,69; $p = 0,035$) và nội trợ (OR = 9,23; $p = 0,018$) cũng có nguy cơ cao hơn so với nhóm tự do. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Dương Thị Ngọc Lan (2024), trong đó tuổi trung bình của mẫu cao hơn ($61,27 \pm 8,20$)⁷, song tuổi, giới tính và nghề nghiệp không chứng minh được mối liên quan có ý nghĩa.

Ở nhóm hành vi, chúng tôi ghi nhận rằng những bệnh nhân không uống rượu/bia có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn (62,5%), với OR = 0,25 (95% CI: 0,10–0,63; $p = 0,001$), và những người không hút thuốc lá cũng có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn (73,6%), OR = 0,28 (95% CI: 0,12–0,69; $p = 0,003$). Kết quả này đi ngược lại với kỳ vọng thông thường, nhưng phù hợp với đặc thù nhóm mới chẩn đoán, khi sang chấn tâm lý và thay đổi hành vi có thể ảnh hưởng đến giấc ngủ hơn là yếu tố hành vi cũ. Trong khi đó, nghiên cứu của Tôn Nữ Nam Trân (2023) trên 400 bệnh nhân T2DM lâu năm lại không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa với hút thuốc, uống rượu hay chế độ ăn, mà yếu tố nguy cơ chính là HbA1c không kiểm soát tốt (OR = 1,78; $p < 0,05$) và trình độ học vấn thấp (OR = 1,65; $p < 0,05$).⁶ Nghiên cứu của Dương Thị Ngọc Lan (2024) cũng không tìm thấy mối liên quan giữa hành vi sức khỏe và chất lượng giấc ngủ, nhưng xác định rối loạn giấc ngủ làm tăng khả năng kiểm soát đường huyết kém gấp 2,3 lần (OR = 2,32; $p = 0,029$).⁷

Mối liên quan giữa sang chấn tâm lý và chất

lượng giấc ngủ cho thấy sang chấn từ gia đình có liên quan có ý nghĩa với rối loạn giấc ngủ ($p = 0,022$). Sang chấn do công việc cũng có liên quan, với OR = 0,17 (95% CI: 0,04–0,84), $p = 0,014$. Sang chấn kinh tế có ảnh hưởng đáng kể, với OR = 0,18 (95% CI: 0,05–0,59), $p = 0,002$. Các yếu tố khác như học tập, xã hội và bệnh tật không ghi nhận sự khác biệt.

Kết quả nổi bật nhất của nghiên cứu này là mối liên hệ rất rõ ràng và có ý nghĩa thống kê cao giữa chất lượng giấc ngủ và khả năng kiểm soát đường huyết. Kết quả xét nghiệm sinh hóa theo chất lượng giấc ngủ cho thấy nồng độ HbA1c trung bình cao hơn rõ rệt ở nhóm có rối loạn giấc ngủ ($8,77 \pm 2,07\%$) so với nhóm không rối loạn ($7,10 \pm 0,53\%$), với OR = 4,10 (95% CI: 1,94–8,66), $p < 0,01$. Sự chênh lệch này có giá trị lâm sàng lớn, phản ánh khoảng cách giữa mức kiểm soát đường huyết chấp nhận được và tình trạng kiểm soát kém, đi kèm nguy cơ biến chứng cao. Kết quả này phù hợp với nhiều bằng chứng trên thế giới, vốn đã cho thấy giấc ngủ và chuyển hóa glucose có mối quan hệ hai chiều chặt chẽ. Nhiều nghiên cứu, từ khảo sát cắt ngang đến nghiên cứu theo dõi dọc, đều chứng minh rằng chất lượng giấc ngủ kém có liên quan đến HbA1c cao hơn.^{4,7} Một phân tích gộp cũng chỉ ra rằng cả việc ngủ quá ít, ngủ quá nhiều lẫn ngủ kém chất lượng đều làm tăng HbA1c¹⁰ Dương Thị Ngọc Lan và cộng sự cho thấy giấc ngủ kém còn là yếu tố dự báo độc lập của kiểm soát đường huyết kém, với OR = 2,32.⁷ Điểm quan trọng là, sự khác biệt được phát hiện ngay trên nhóm bệnh nhân mới được chẩn đoán. Điều này cho thấy chất lượng giấc ngủ có ảnh hưởng trực tiếp và mạnh mẽ đến kiểm soát đường huyết ngay từ giai đoạn đầu của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy rối loạn giấc ngủ là một vấn đề phổ biến ở người bệnh đái tháo đường type 2 ngay từ khi mới chẩn đoán, với tỷ lệ lên tới 67,9%. Các yếu tố liên quan đáng kể bao gồm giới tính, nghề nghiệp, sang chấn tâm lý (gia đình, công việc, kinh tế) và đặc biệt là kiểm soát đường huyết, khi nhóm có rối loạn giấc ngủ ghi nhận nồng độ HbA1c cao hơn rõ rệt (OR = 4,10; $p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Diabetes: Factsheet. Accessed 10-05-2025, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. **American Diabetes Association.** Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care.

- Jan 2010;33 Suppl 1(Suppl 1):S62-9. doi:10.2337/dc10-S062
3. **Darraj A.** The Link Between Sleeping and Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Cureus*. Nov 2023;15(11):e48228. doi:10.7759/cureus.48228
 4. **Mehrdad M, Azarian M, Sharafkhaneh A, Alavi A, Zare R, Hassanzadeh Rad A, Dalili S.** Association Between Poor Sleep Quality and Glycemic Control in Adult Patients with Diabetes Referred to Endocrinology Clinic of Guilan: A Cross-sectional Study. *Int J Endocrinol Metab*. Jan 2022;20(1):e118077. doi:10.5812/ijem.118077
 5. **Nedeltcheva AV, Scheer FA.** Metabolic effects of sleep disruption, links to obesity and diabetes. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. Aug 2014;21(4):293-8. doi:10.1097/med.000000000000082
 6. **Tôn NNT, Trần TN, Lê VC.** Nghiên cứu chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế. *Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology*. 07/01 2023;(61):98-105. doi:10.47122/VJDE.2023.61.10
 7. **Dương Thị Ngọc Lan, Lê Văn A.** Rối loạn giấc ngủ và mối liên quan với kiểm soát đường huyết ở người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế năm 2024. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 06/2025/06/20 2025;66(CĐ10-HNKH Trường ĐH Phenikaa)doi:10.52163/yhc.v66iCD10.2606
 8. **Hải TH, Quỳnh TT, Dương TTT, Anh TTL, Dung HTM.** Khảo sát tỉ lệ rối loạn giấc ngủ ở người cao tuổi mắc bệnh đái tháo đường típ 2 và một số yếu tố liên quan. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 2024/12/12 2024;65(CĐ 12 - Bệnh viện Thủ Đức)doi:10.52163/yhc.v65iCD12.1814
 9. **Đặng Thị Thu H, Đặng Thị Thu N, Phạm Thị B.** Tìm hiểu rối loạn giấc ngủ của người bệnh ngoại trú đái tháo đường típ 2 tại 2 xã Vũ Hội và Việt Thuận huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y Dược Thái Bình*. 2024/03/20 2024;10
 10. **Schipper S, Van Veen M, Elders P, Straten A, Werf Y, Knutson K, Rutters F.** Sleep disorders in people with type 2 diabetes and associated health outcomes: a review of the literature. *Diabetologia*. 11/01 2021;64doi:10.1007/s00125-021-05541-0

SO SÁNH CÁC CHỈ SỐ TRÊN SIÊU ÂM SINH HIỂN VI Ở MẮT CÓ CƠN GÓC ĐÓNG CẤP VÀ MẮT ĐỐI BÊN

Trịnh Xuân Trang¹, Trịnh Đăng Tuấn Dũng¹,
Nguyễn Thị Thu Tâm¹, Võ Thị Hoàng Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và so sánh các thông số trên siêu âm sinh hiển vi của mắt góc đóng cấp và mắt đối bên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 mắt (30 mắt góc đóng cấp và 30 mắt đối bên được thực hiện tại khoa Glaucoma và khoa Chẩn đoán hình ảnh của bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân lên cơn góc đóng cấp nguyên phát 1 mắt. Thực hiện siêu âm sinh hiển vi cả 2 mắt sau khi qua cơn cấp. Các chỉ số phân tích gồm: độ sâu tiền phòng (ACD), độ dày thủy tinh thể (LT), vị trí thủy tinh thể (LP), góc bè - mỏng mắt (TIA), độ dày mỏng (IT750/IT2000), khoảng cách mỏng mắt - thể mi (ICPD), độ vòng mỏng (IC). **Kết quả:** Nữ giới chiếm đa số (80%), tuổi trung bình 57,7 ± 7,41 tuổi. Tất cả bệnh nhân đều có đau nhức mắt; 36,7% kèm nôn ói và 43,3% có quang sáng. Các dấu hiệu thực thể điển hình gồm cương tụ kết mạc, phù giác mạc, đồng tử giãn và góc hẹp toàn bộ. Về thị lực, 80% mắt bệnh có thị lực dưới 1/10, trong đó 41,7% chỉ còn phân biệt được bóng bàn tay; chỉ 20% đạt thị lực ≥ 1/10. Nhấn áp trung bình ở mắt bệnh là 47,74 ± 13,40 mmHg. So với mắt đối bên, mắt bệnh có ACD nông hơn (1,84 ±

0,17 so với 1,98 ± 0,16 mm; p < 0,001), LP thấp hơn (4,088 ± 0,24 so với 4,211 ± 0,229; p < 0,001) và TIA hẹp hơn rõ rệt (1,98 ± 1,99° so với 7,95 ± 5,72°; p < 0,001). Các chỉ số khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Tiền phòng nông, thủy tinh thể nằm về phía trước nhãn cầu hơn, và góc bè - mỏng mắt hẹp là đặc điểm hình thái nổi bật ở mắt có cơn góc đóng cấp. **Từ khóa:** cơn góc đóng cấp; UBM; tiền phòng; góc bè - mỏng mắt; vị trí thủy tinh thể.

SUMMARY

COMPAIRSION OF UBM PARAMETERS BETWEEN ACUTE ANGLE CLOSURE EYES AND FELLOW EYES

Objective: To describe and compare ultrasound biomicroscopy (UBM) parameters between eyes with acute primary angle closure (AAC) and fellow eyes. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 60 eyes (30 AAC eyes and 30 fellow eyes) at the Glaucoma Department and the Imaging Department of Ho Chi Minh City Eye Hospital. Eligible subjects were patients presenting with unilateral acute primary angle closure. UBM was performed in both eyes after the acute episode had resolved. Parameters analyzed included anterior chamber depth (ACD), lens thickness (LT), lens position (LP), trabecular-iris angle (TIA), iris thickness at 750 μm and 2000 μm from the scleral spur (IT750, IT2000), iris-ciliary process distance (ICPD), and iris convexity (IC). **Results:** Female patients predominated, accounting for 80%, with a mean age

¹Trường Y - Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Đăng Tuấn Dũng
Email: trịnhdangtuandung99@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025
Ngày duyệt bài: 11.12.2025