

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HAI PHÒNG KHÁM TIM MẠCH BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT, THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên^{1,2}, Hồ Thị Thủy Tùng³,
Nguyễn Thị Hoàng Quỳnh¹, Thân Hà Ngọc Thế¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn giấc ngủ và bệnh lý tim mạch ở người cao tuổi (NCT) ngày càng gia tăng. Chất lượng giấc ngủ (CLGN) kém có liên quan với nhiều hậu quả bất lợi như tăng huyết áp, suy tim, đột quỵ và trầm cảm. Thang Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) hiện là công cụ được sử dụng rộng rãi để đánh giá CLGN. Tuy nhiên, tại Việt Nam, các nghiên cứu về CLGN ở NCT có bệnh lý tim mạch ngoại trú, vẫn còn hạn chế.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ CLGN kém bằng thang PSQI và khảo sát một số yếu tố liên quan đến CLGN ở NCT ngoại trú có bệnh lý tim mạch.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên bệnh nhân ≥ 60 tuổi có bệnh lý tim mạch điều trị ngoại trú tại phòng khám A Nội Tim mạch và phòng khám A Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Thống Nhất, TP.HCM. Chất lượng giấc ngủ được đánh giá bằng thang PSQI, CLGN kém khi PSQI > 5 . Dùng hồi quy logistic đơn biến, đa biến để xác định các yếu tố liên quan đến CLGN.

Kết quả: Nghiên cứu trên 412 NCT ngoại trú có bệnh lý tim mạch ghi nhận tỷ lệ CLGN kém theo PSQI là 46,6%. Nghiên cứu đưa ra các yếu tố liên quan CLGN kém: nữ giới (OR = 4,46, khoảng tin cậy (KTC) 95% 2,25 – 8,82, $p < 0,001$), không tập thể dục (OR = 4,77, KTC 95% 2,57 – 8,85, $p < 0,001$), suy tim mạn (OR = 3,32, KTC 95% 1,07 – 10,26, $p = 0,037$), tiền sử đột quỵ não (OR = 3,10, KTC 95% 1,06 – 9,10, $p = 0,039$), thoái hóa khớp (OR = 1,89, KTC 95% 1,01 – 3,54, $p = 0,045$), đau mạn tính (OR = 7,60, KTC 95% 1,81 – 31,98, $p = 0,006$), trầm cảm (OR = 14,58, KTC 95% 3,72 – 57,10, $p < 0,001$).

Kết luận: Tỷ lệ CLGN kém ở NCT ngoại trú có bệnh lý tim mạch khá cao. Các yếu tố liên quan đến CLGN kém gồm nữ giới, không tập thể dục, suy tim mạn, tiền sử đột quỵ não, thoái hóa khớp, đau mạn tính và trầm cảm. Kết quả nghiên cứu cho thấy cần tăng cường đánh giá chất lượng giấc ngủ ở nhóm bệnh nhân này trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Chất lượng giấc ngủ, người cao tuổi, phòng khám tim mạch.

SUMMARY

EVALUATING SLEEP QUALITY AMONG ELDERLY AT TWO CARDIOLOGY OUTPATIENT CLINICS OF THONG NHAT HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Background: Sleep disorders and cardiovascular diseases in older adults are increasingly prevalent. Poor sleep quality (SQ) has been associated with various adverse outcomes, including hypertension, heart failure, stroke, and depression. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) is currently one of the most widely used tools for assessing sleep quality. However, in Vietnam, studies on sleep quality among older outpatients with cardiovascular diseases remain limited.

Objectives: To determine the prevalence of poor sleep quality using the PSQI and to investigate factors associated with sleep quality among older outpatients with cardiovascular diseases.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted among patients aged ≥ 60 years with cardiovascular diseases receiving outpatient care at the General Cardiology Clinic A and the Interventional Cardiology Clinic A of Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City. Sleep quality was assessed using the PSQI, with poor sleep quality defined as a PSQI score > 5 . Univariable and multivariable logistic regression analyses were performed to identify factors associated with poor sleep quality.

Results: Among 412 older outpatients with cardiovascular diseases, the prevalence of poor sleep quality according to the PSQI was 46.6%. Factors associated with poor sleep quality included female sex (OR = 4.46, 95% CI: 2.25–8.82, $p < 0.001$), lack of regular exercise (OR = 4.77, 95% CI: 2.57–8.85, $p < 0.001$), chronic heart failure (OR = 3.32, 95% CI: 1.07–10.26, $p = 0.037$), history of stroke (OR = 3.10, 95% CI: 1.06–9.10, $p = 0.039$), osteoarthritis (OR = 1.89, 95% CI: 1.01–3.54, $p = 0.045$), chronic pain (OR = 7.60, 95% CI: 1.81–31.98, $p = 0.006$), and depression (OR = 14.58, 95% CI: 3.72–57.10, $p < 0.001$).

Conclusions: The prevalence of poor sleep quality among older outpatients with cardiovascular diseases was relatively high. Factors associated with poor sleep quality included female sex, lack of exercise, chronic heart failure, history of stroke, osteoarthritis, chronic pain, and depression. These findings highlight the need for enhanced sleep assessment in this patient population in routine clinical practice.

Keywords: Sleep quality, elderly, cardiology clinics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn giấc ngủ là vấn đề thường gặp ở NCT, với tỷ lệ mắc ngày càng gia tăng trong bối cảnh già

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Bệnh viện Đa khoa Bưu Điện TP.HCM

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên
Email: tien.nnhm@umc.edu.vn

Mã bài: N763

Ngày nhận bài: 11/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 11/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

hóa dân số, ảnh hưởng đến khoảng 35 – 70% NCT trên toàn thế giới [1]. CLGN kém không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất và tinh thần mà còn liên quan đến tăng nguy cơ tăng huyết áp, bệnh tim mạch, suy yếu, trầm cảm và té ngã. Nhiều nghiên cứu cho thấy giấc ngủ và bệnh lý tim mạch có mối liên quan hai chiều, trong đó rối loạn giấc ngủ có thể làm nặng thêm các biến cố tim mạch và ngược lại.

Thang đo Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) là công cụ được sử dụng rộng rãi để đánh giá CLGN chủ quan, phát triển năm 1989 bởi Buysse cùng cộng sự [2], đã chuẩn hóa sang tiếng Việt bởi Tô Minh Ngọc cùng cộng sự năm 2014 với điểm cắt 5, độ nhạy 98,7%, độ đặc hiệu 84,4% [3].

Tuy nhiên, các nghiên cứu về CLGN ở NCT ngoại trú có bệnh lý tim mạch tại Việt Nam còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ CLGN kém bằng thang PSQI và khảo sát một số yếu tố liên quan đến CLGN ở NCT ngoại trú có bệnh lý tim mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi điều trị ngoại trú tại phòng khám A Nội Tim mạch và phòng khám A Tim mạch can thiệp Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 08/2023 đến 02/2024. Có ít nhất một bệnh lý tim mạch kèm theo dựa theo thông tin hồ sơ khám bệnh theo mã ICD – 10. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tình trạng bệnh cấp tính chưa ổn định, bệnh tâm thần ảnh hưởng đến tình trạng nhận thức, khó khăn trong giao tiếp do: thính giác, thị giác, hay bệnh nền quá nặng, quá suy yếu. Bệnh nhân đang được chẩn đoán, điều trị rối loạn giấc ngủ.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, tại phòng khám A Nội Tim mạch và phòng khám A Tim mạch can thiệp ở Bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi đã thu nhận được 412 NCT (**Bảng 1**).

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (N = 412)

Đặc điểm		Tổng (n = 412)	Nam (n = 214)	Nữ (n = 198)
Tuổi (năm), TB $\pm$ ĐLC		74,2 $\pm$ 8,2	73,7 $\pm$ 8,5	74,7 $\pm$ 7,8
Nhóm tuổi, n (%)	65 – 69 tuổi	136 (33,0)	80 (37,4)	56 (28,3)
	70 – 79 tuổi	157 (38,1)	78 (36,4)	79 (39,9)
	≥ 80 tuổi	119 (28,9)	56 (26,2)	63 (31,8)

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{(\epsilon p)^2}$$

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức

Với $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (sai lầm loại I, $\alpha = 0,05$), $d = 0,05$. Chọn $p = 0,5$. Cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 385 bệnh nhân.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu liên tục.

Biến số nghiên cứu

Các biến số nghiên cứu gồm đặc điểm nhân trắc học, xã hội học, bệnh lý mạn tính và đặc điểm lão khoa, được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi chuẩn hóa. Chất lượng giấc ngủ được đánh giá bằng thang đo PSQI; CLGN kém được xác định khi PSQI > 5 . Thang đo PSQI gồm 7 thành phần: CLGN chủ quan, thời gian đi vào giấc ngủ, thời lượng giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ, rối loạn giấc ngủ, sử dụng thuốc ngủ và rối loạn hoạt động ban ngày [2,3].

Phương pháp thu thập số liệu: NCT thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được mời tham gia nghiên cứu và ký cam kết đồng thuận. Dữ liệu được thu thập bằng phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi chuẩn hóa; thông tin bệnh đồng mắc được đối chiếu từ hồ sơ khám bệnh, đơn thuốc hoặc giấy ra viện gần nhất.

Xử lý số liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị); biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến chất lượng giấc ngủ.

Y đức: Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học ĐHYD TP.HCM số 680/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/07/2023.

Đặc điểm		Tổng (n = 412)	Nam (n = 214)	Nữ (n = 198)
Hôn nhân, n (%)	Độc thân	20 (4,9)	9 (4,2)	11 (5,6)
	Còn đủ vợ hoặc chồng	301 (73,1)	165 (77,1)	136 (68,7)
	Góa hoặc ly hôn	91 (22,1)	40 (18,7)	51 (25,8)
Hoàn cảnh sống chung, n (%)	Sống chung với người thân	406 (98,5)	212 (99,1)	194 (98,0)
	Sống một mình	6 (1,5)	2 (0,9)	4 (2,0)
Nguồn thu nhập, n (%)	Độc lập/Phụ thuộc một phần	222 (53,9)	122 (57,0)	100 (50,5)
	Phụ thuộc hoàn toàn	190 (46,1)	92 (43,0)	98 (49,5)
Sử dụng rượu bia, n (%)		31 (7,5)	27 (12,6)	4 (2,0)
Tập thể dục, n (%)		227 (55,1)	133 (62,1)	94 (47,5)
CLGN kém (PSQI > 5), n (%)		192 (46,6%)	70 (32,7)	122 (61,6)

Trong 412 NCT tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $74,2 \pm 8,2$; nhóm tuổi 70–79 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,1%). Tỷ lệ nam và nữ tương đối đồng đều. Tỷ lệ sử dụng rượu bia là 7,5% và có 55,1% NCT duy trì tập thể dục thường xuyên. Tỷ lệ có CLGN kém theo thang đo 46,6% (n = 192). Tỷ lệ CLGN kém ở nữ cao gần gấp đôi nam giới và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 2: So sánh một số đặc điểm giữa nhóm CLGN kém và nhóm CLGN tốt (N = 412)

Đặc điểm		Tổng (n = 412)	CLGN kém (n = 192)	CLGN tốt (n = 220)	Giá trị p
Giới tính	Nam	214 (51,9)	70 (32,7)	144 (67,3)	<0,001
	Nữ	198 (48,1)	122 (61,6)	76 (38,4)	
Tuổi (năm), TB $\pm$ ĐLC	74,2 $\pm$ 8,2	77,9 $\pm$ 7,5	70,9 $\pm$ 7,3	<0,001	
Nhóm tuổi, n (%)	65 – 69 tuổi	136 (33,0)	29 (15,1)	107 (48,6)	<0,001
	70 – 79 tuổi	157 (38,1)	78 (40,6)	79 (35,9)	
	≥ 80 tuổi	119 (28,9)	85 (44,3)	34 (15,5)	
Hôn nhân, n (%)	Độc thân	20 (4,9)	5 (2,6)	15 (6,8)	<0,001
	Còn đủ vợ hoặc chồng	301 (73,1)	118 (61,5)	183 (83,2)	
	Góa hoặc ly hôn	91 (22,1)	69 (35,9)	22 (10,0)	
Hoàn cảnh sống chung, n (%)	Sống chung với người thân	406 (98,5)	189 (98,4)	217 (98,6)	1,000
	Sống một mình	6 (1,5)	3 (1,6)	3 (1,4)	
Nguồn thu nhập, n (%)	Độc lập/ Phụ thuộc một phần	222 (53,9)	70 (36,5)	152 (69,1)	<0,001
	Phụ thuộc hoàn toàn	190 (46,1)	122 (63,5)	68 (30,9)	
Sử dụng rượu bia, n (%)		31 (7,5)	7 (3,6)	24 (10,9)	0,005
Tập thể dục, n (%)		227 (55,1)	55 (28,6)	172 (78,2)	<0,001
Tăng huyết áp, n (%)		391 (94,9)	180 (93,8)	211 (95,9)	0,320
Suy tim mạn, n (%)		32 (7,8)	21 (10,9)	11 (5,0)	0,025
Hội chứng mạch vành mạn, n (%)		268 (65,0)	123 (64,1)	145 (65,9)	0,695
Tiền sử đột quỵ não, n (%)		43 (10,4)	28 (14,6)	15 (6,8)	0,010
Bệnh động mạch ngoại biên, n (%)		52 (12,6)	30 (15,6)	22 (10,0)	0,086
Đái tháo đường type 2, n (%)		149 (36,2)	82 (42,7)	67 (30,5)	0,010
Thoái hóa khớp, n (%)		137 (33,3)	80 (41,7)	57 (25,9)	0,001
Tiền sử té ngã, n (%)		47 (11,4)	33 (17,2)	14 (6,4)	0,001
Đau mạn tính, n (%)		37 (9,0)	31 (16,1)	6 (2,7)	<0,001

Đặc điểm	Tổng (n = 412)	CLGN kém (n = 192)	CLGN tốt (n = 220)	Giá trị p
Hạn chế ADL, n (%)	65 (15,8)	49 (25,5)	16 (7,3)	<0,001
Suy yếu theo CFS, n (%)	273 (66,3)	165 (85,9)	108 (49,1)	<0,001
Trầm cảm theo GDS-15, n (%)	58 (14,1)	54 (28,1)	4 (1,8)	<0,001

Nhóm có CLGN kém có tuổi trung bình cao hơn nhóm CLGN tốt ($77,9 \pm 7,5$ so $70,9 \pm 7,3$; $p < 0,001$), tỷ lệ CLGN kém tăng dần theo tuổi và cao nhất ở nhóm ≥ 80 tuổi (44,3%). Tỷ lệ CLGN kém ở nữ giới cao hơn nam giới (61,6% so với 32,7%; $p < 0,001$). Ngoài ra, CLGN kém liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng góa/ly hôn, phụ thuộc hoàn toàn về thu nhập, không tập thể dục, suy tim mạn, tiền sử đột quỵ não, đái tháo đường type 2, thoái hóa khớp, tiền sử té ngã, đau mạn tính, hạn chế ADL, suy yếu theo CFS và trầm cảm theo GDS-15 ($p < 0,05$).

Bảng 3: Mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến CLGN (n=412)

Biến số	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	Giá trị p
Giới tính nữ	4,46	2,25 – 8,82	<0,001
Không tập thể dục	4,77	2,57 – 8,85	<0,001
Suy tim mạn	3,32	1,07 – 10,26	0,037
Tiền sử đột quỵ não	3,10	1,06 – 9,10	0,039
Thoái hóa khớp	1,89	1,01 – 3,54	0,045
Đau mạn tính	7,60	1,81 – 31,98	0,006
Trầm cảm theo GDS-15	14,58	3,72 – 57,10	<0,001

(Chỉ các biến số có giá trị $p < 0,05$ trong hồi quy đa biến được hiển thị)

Mô hình hồi quy logistic đa biến, các yếu tố liên quan độc lập với CLGN kém gồm: nữ giới (OR hiệu chỉnh = 4,46; KTC 95%: 2,25–8,82), không tập thể dục (OR = 4,77; KTC 95%: 2,57–8,85), suy tim mạn (OR = 3,32; KTC 95%: 1,07–10,26), tiền sử đột quỵ não (OR = 3,10; KTC 95%: 1,06–9,10), thoái hóa khớp (OR = 1,89; KTC 95%: 1,01–3,54), đau mạn tính (OR = 7,60; KTC 95%: 1,81–31,98), trầm cảm theo GDS-15 (OR = 14,58; KTC 95%: 3,72–57,10) ($p < 0,05$). Trong đó, trầm cảm theo GDS-15 là yếu tố liên quan mạnh nhất với CLGN kém.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên cỡ mẫu là 412 NCT tại hai phòng khám tim mạch Bệnh viện Thống Nhất, TP.HCM. Trong đó tỷ lệ CLGN kém theo thang đo PSQI (PSQI > 5) chiếm 46,6% với 192 bệnh nhân. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo trên NCT ≥ 60 tuổi tại phòng khám đa khoa TP.HCM theo PSQI > 5 là 87,34% [4]. Kết quả của Trần Kim Trang trên bệnh nhân ≥ 18 tuổi có tăng huyết áp tại phòng khám Tim mạch, Bệnh viện ĐHY Dược TP.HCM theo PSQI ≥ 5 là 52,6% [5]. So với nghiên cứu của Fuyue Gou ghi nhận CLGN kém là 60,4% theo PSQI > 5 [6]. Sự khác biệt về tỷ lệ CLGN kém giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu, tiêu chuẩn chọn mẫu, bệnh đồng mắc và môi trường khảo sát. Dù vậy, các kết quả đều nhấn mạnh vai trò của việc sàng lọc, đánh giá giấc ngủ trong chăm sóc toàn diện NCT có bệnh lý tim mạch.

Nghiên cứu cho thấy nữ giới có nguy cơ CLGN kém cao hơn nam giới (OR hiệu chỉnh 3,82, KTC 95% 1,79 – 8,16, $p = 0,001$), tương tự kết quả của Nguyễn Thị Phương Thảo tại TP.HCM [4], Fuyue Gou tại Trung Quốc [6]. Điều này có thể liên quan đến sự thay đổi nội tiết sau mãn kinh, đặc biệt là suy giảm estrogen ảnh hưởng đến điều hòa giấc ngủ, đồng thời nữ giới thường chịu nhiều áp lực tâm lý – xã hội, gánh nặng chăm sóc gia đình hơn nam. Kết quả này gợi ý cần quan tâm hơn đến các vấn đề giấc ngủ ở NCT nữ trong thực hành lâm sàng.

Không tập thể dục là yếu tố liên quan độc lập với CLGN kém, với OR hiệu chỉnh 4,77, KTC 95% 2,57 – 8,85, $p < 0,001$, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo [4]. Hoạt động thể lực phù hợp có thể cải thiện tuần hoàn, điều hòa thần kinh thực vật, giảm căng thẳng tâm lý và tăng hiệu quả giấc ngủ. Kết quả của nghiên cứu củng cố vai trò của tập thể dục như một biện pháp can thiệp không dùng thuốc giúp cải thiện giấc ngủ và sức khỏe tim mạch ở NCT.

Suy tim mạn làm tăng nguy cơ CLGN kém với OR hiệu chỉnh 3,32, KTC 95% 1,07 – 10,26, $p = 0,037$, tiền sử đột quỵ não làm tăng nguy cơ CLGN kém với OR hiệu chỉnh 3,10, KTC 95% 1,06 – 9,10, $p = 0,039$. Về suy tim mạn, các triệu chứng khó thở

khi nằm và khó thở kịch phát về đêm, có thể gây ra và làm trầm trọng hơn tình trạng rối loạn giấc ngủ, còn rối loạn giấc ngủ thì làm tăng hoạt động của hệ thần kinh giao cảm, làm nặng hơn suy tim. Trong khi đó, đột quỵ não có thể ảnh hưởng đến cấu trúc và cơ chế điều hòa giấc ngủ do tổn thương hệ thần kinh trung ương. Những phát hiện này cho thấy mối liên quan hai chiều giữa giấc ngủ và bệnh lý tim mạch, nhấn mạnh sự cần thiết của chiến lược quản lý phối hợp giữa kiểm soát bệnh tim mạch và cải thiện giấc ngủ NCT.

Thoái hóa khớp và đau mạn tính là các yếu tố liên quan đáng kể với CLGN kém với OR hiệu chỉnh 1,89, KTC 95% 1,01 – 3,54, $p = 0,045$, tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Phương Thảo [4]. Đau mạn tính có liên quan với CLGN kém với OR hiệu chỉnh 7,60, KTC 95% 1,81 – 31,98, $p = 0,006$, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Tường Vân [7]. Đau kéo dài không chỉ làm khó đi vào giấc ngủ mà còn gây thức giấc nhiều lần trong đêm, từ đó làm giảm chất lượng phục hồi của giấc ngủ. Ngược lại, rối loạn giấc ngủ có thể làm tăng cảm nhận đau thông qua cơ chế thần kinh – nội tiết. Điều này nhấn mạnh thêm mối quan hệ hai chiều giữa giấc ngủ và cơn đau mạn tính. Kiểm soát rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân đau mạn tính đã được chứng minh làm giảm mức độ nghiêm trọng của cơn đau. Kiểm soát tốt tình trạng đau mạn tính ở NCT có thể góp phần cải thiện CLGN cũng như nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống của bệnh nhân cao tuổi.

Trầm cảm theo GDS-15 là yếu tố liên quan mạnh nhất với CLGN kém trong nghiên cứu (OR hiệu chỉnh 14,58, KTC 95% 3,72– 57,10, $p < 0,001$). Tương tự nghiên cứu của Shan-Ai Quan [8] cũng ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trầm cảm theo GDS-15 với CLGN ($p < 0,001$), với cơ chế liên quan đến rối loạn dẫn truyền thần kinh và thay đổi cấu trúc giấc ngủ. Kết quả nhấn mạnh tầm quan trọng của sàng lọc đồng thời các vấn đề tâm thần và rối loạn giấc ngủ ở NCT có bệnh lý tim mạch nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan và CLGN. Dữ liệu giấc ngủ chủ yếu dựa trên tự khai bằng thang đo PSQI nên có thể chịu ảnh hưởng của sai lệch nhớ lại.

V. KẾT LUẬN

CLGN kém ở NCT ngoại trú có bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ khá cao (46,6%). Các yếu tố liên quan

độc lập với CLGN kém gồm nữ giới, không tập thể dục, suy tim mạn, tiền sử đột quỵ não, thoái hóa khớp, đau mạn tính và trầm cảm theo GDS-15. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của sàng lọc và đánh giá giấc ngủ trong thực hành lâm sàng nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng sống ở NCT có bệnh lý tim mạch.

LỜI CẢM ƠN

Xin trân trọng cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, “Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 403/2025/HĐ-ĐHYD, ngày 30 tháng 09 năm 2025”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Morin CM, Jarrin DC.** Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep Medicine Clinics*. 2022;17(2):173-191. doi:10.1016/j.jsmc.2022.03.003.
2. **Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ.** The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4.
3. **Tô Minh Ngọc, Nguyễn Đỗ Nguyên, Phùng Khánh Lâm, Nguyễn Xuân Bích Huyền, Trần Thị Xuân Lan.** Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh phiên bản tiếng Việt. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2014;18(6): tr.664-668.
4. **Nguyễn Thị Phương Thảo, Nguyễn Trần Tố Trân, Nguyễn Văn Trí.** Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi tại một phòng khám đa khoa. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2018;22(1): tr.199-204.
5. **Trần Kim Trang.** Chất lượng giấc ngủ ở người tăng huyết áp. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2014;18(1): tr.150-154.
6. **Gou F, Zhong X, Jiao H.** Sleep quality and related influencing factors in adult hypertensive patients in Shandong Province, China. *Medicine*. 2023;102(22):e33926. doi:10.1097/md.00000000000033926.
7. **Lê Minh Tường Vân, Nguyễn Trần Tố Trân, Nguyễn Văn Trí.** Khảo sát chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại cộng đồng quận 8 thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2018;23(6): tr.83-89.
8. **Quan SA, Li YC, Li WJ, Li Y, Jeong JY, Kim DH.** Gender Differences in Sleep Disturbance among Elderly Koreans: Hallym Aging Study. *Journal of Korean Medicine Science*. 2016;31(11):1689-1695. doi:10.3346/jkms.2016.31.11.1689.