

INVESTIGATION OF SLEEP QUALITY BY PITTSBURGH SCORE (PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX - PSQI) ON HYPERTENSIVE PATIENTS AT THONG NHAT DONG NAI GENERAL HOSPITAL

Thai Thi Diu*, Phan Thi Ngoc Anh, Nguyen Thi Hang

*Thong Nhat general Hospital of Dong Nai province - 234 National Highway 1, Tan Bien Ward, Bien Hoa City,
Dong Nai Province, Vietnam*

Received: 12/01/2024

Revised: 03/02/2024; Accepted: 26/02/2024

ABSTRACT

Introduction: Hypertension is one of the most common chronic non-infectious diseases today. Poor sleep quality tends to increase, negatively affecting patient care and treatment. There are many studies demonstrating that poor quality of life is associated with increased risks of hypertension and other chronic diseases. In Vietnam, there have not been many studies on sleep quality in hypertensive patients.

Objective: To determine the prevalence of poor sleep quality and related factors in hypertensive patients at the Examination Department of Thong Nhat General Hospital - Dong Nai.

Research subjects and methods: Cross-sectional study on 380 hypertensive patients at Thong Nhat General Hospital - Dong Nai from April 2023 to September 2023. All subjects eligible to participate in the study were interviewed directly through a set of prepared questions; Poor sleep quality was assessed by the average PSQI score with a cutoff of >5 . Using statistical hypothesis tests to determine association, with $p < 0.05$.

Results: The prevalence of poor sleep quality was 61.8% (PSQI score >5), the average PSQI score was 12 ± 6 . After analyzing the variables: average age ($p < 0.000$), age group ($p < 0.000$), average number of medications ($p < 0.000$), hypertension grade ($p < 0.000$), depression ($p < 0.001$), cardiovascular disease ($p < 0.001$), musculoskeletal disease ($p < 0.001$) is statistically related to poor quality of life.

Conclusion: The prevalence of hypertensive patients with poor quality of life is still quite high; It is necessary to concentrate on assessing the quality of life in patients with the following characteristics: older age group, using many drugs, high blood pressure, depression, cardiovascular disease, and musculoskeletal disease.

Keywords: Patient, sleep quality, hypertension, PSQI, PHQ-9.

*Corresponding author

Email address: thang38dv@gmail.com.vn

Phone number: (+84) 946 709 734

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.964>



NGHIÊN CỨU CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ BẰNG THANG ĐIỂM PITTSBURGH (PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX - PSQI) TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỐNG NHẤT

Thái Thị Diệu*, Phạm Thị Ngọc Anh, Nguyễn Thị Hằng

Bệnh viện Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai - 234 Quốc lộ 1, phường Tân Biên, thành phố Biên Hòa, tỉnh Đồng Nai, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12 tháng 01 năm 2024

Chỉnh sửa ngày: 03 tháng 02 năm 2024; Ngày duyệt đăng: 26 tháng 02 năm 2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp (THA) là một trong những bệnh mạn tính không lây phổ biến nhất hiện nay. Chất lượng giấc ngủ (CLGN) kém có xu hướng ngày càng gia tăng, ảnh hưởng tiêu cực đến việc chăm sóc và điều trị BN. Có nhiều nghiên cứu chứng minh CLGN kém có liên quan với các nguy cơ làm tăng bệnh lý THA và các bệnh mạn tính khác. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về CLGN trên người bệnh THA.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ CLGN và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân THA tại khoa Khám bệnh bệnh viện Đa khoa Thống Nhất –Đồng Nai .

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 380 bệnh nhân THA tại bệnh viện Đa khoa Thống Nhất –Đồng Nai từ tháng 04/2023-09/2023. Tất cả đối tượng đủ điều kiện tham gia nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp qua bộ câu hỏi soạn sẵn; CLGN kém được đánh giá qua điểm trung bình PSQI với ngưỡng cắt >5. Sử dụng các phép kiểm để xác định mối liên quan, với $p < 0,05$.

Kết quả: Tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém là 61,8% (điểm PSQI >5), điểm trung bình thang điểm PSQI là 12 ± 6 . Sau khi phân tích các biến số: tuổi trung bình ($p < 0,000$), nhóm tuổi ($p < 0,000$), số lượng thuốc trung bình ($p < 0,000$), phân độ THA ($p < 0,000$), trầm cảm ($p < 0,001$), bệnh tim mạch ($p < 0,001$), bệnh cơ xương khớp ($p < 0,001$) là thật sự có liên quan đến CLGN kém.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh THA có CLGN kém còn khá cao; cần chú trọng đánh giá CLGN ở các bệnh nhân có các đặc điểm: nhóm tuổi tăng dần, sử dụng nhiều loại thuốc, phân độ THA cao, trầm cảm, bệnh tim mạch, bệnh cơ xương khớp.

Từ khóa: Bệnh nhân, chất lượng giấc ngủ, tăng huyết áp, PSQI, PHQ-9.

*Tác giả liên hệ

Email: thang38dv@gmail.com.vn

Điện thoại: (+84) 946 709 734

<https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD1.964>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh lý tim mạch phổ biến nhất, rất thường gặp trong những bệnh mạn tính không lây; là một thách thức lớn đối với công tác chăm sóc sức khỏe toàn cầu hiện nay, trong đó có Việt Nam. Chất lượng giấc ngủ được định nghĩa bằng sự hài lòng của một người về trải nghiệm giấc ngủ, bao gồm khi giấc ngủ bắt đầu, cách giấc ngủ duy trì, thời lượng ngủ và sự tỉnh táo, sáng khoái sau khi thức dậy. Như vậy, mất ngủ và chất lượng giấc ngủ kém dẫn đến các bệnh tim và THA, ngược lại THA cũng làm bệnh nhân tăng tình trạng mất ngủ [7]. Chất lượng giấc ngủ kém là một nguyên nhân quan trọng làm giảm khả năng kiểm soát huyết áp ở người mắc tăng huyết áp, ngay cả khi đã điều chỉnh các nguy cơ đã biết của tăng huyết áp [8]. Rối loạn chất lượng giấc ngủ, đặc biệt là ngủ ít gây ra tăng huyết áp vào buổi sáng góp phần vào tăng tỷ lệ bệnh tim mạch và tử vong không phụ thuộc vào huyết áp [5]. Ngược lại, thời lượng giấc ngủ dài có thể làm giảm huyết áp ở các bệnh nhân tăng huyết áp. Huyết áp tâm thu ban đêm ở nhóm có giấc ngủ tốt thấp hơn đáng kể so với nhóm mất ngủ 4,6 mmHg (KTC 95%: 1,8 – 7,5) [6]. Có nhiều chỉ số lượng giá rối loạn chất lượng giấc ngủ, trong đó chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI) được dịch và lượng giá phổ biến nhất trên thế giới [4]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả rõ hơn về đặc điểm chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân tăng huyết áp với mục tiêu: Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang điểm Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI) trên bệnh nhân tăng huyết áp tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất – Đồng Nai. Từ đó, đưa ra những giải pháp hiệu quả cho việc thay đổi các hành vi của lối sống, giúp bệnh nhân tự cải thiện CLGN; giúp giảm thiểu các nguy cơ, biến cố xấu cho người bệnh THA. Cũng như, giúp cho người bác sĩ thực hiện một cách tối ưu nhất trong công tác chẩn đoán và điều trị THA.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 04/2023 đến 09/2021 trên bệnh nhân (BN) THA đến khám tại khoa Khám bệnh bệnh viện Đa khoa Thống Nhất – Đồng Nai.

2.1.1. Tiêu chí chọn vào

Bệnh nhân tuổi đủ từ 18 trở lên; và bệnh nhân có mắc THA đã được chẩn đoán bởi bác sĩ ít nhất 01 tháng hoặc bệnh nhân đang dùng thuốc điều trị THA theo chỉ định của bác sĩ ít nhất 01 tháng.

2.1.2. Tiêu chí loại ra

Bệnh nhân đang có các bệnh lý cấp tính, có chỉ định phải nhập viện; BN đang mang thai sau tuần thứ 20; BN hiện gặp vấn đề về rối loạn ngôn ngữ và trí nhớ không thể trả lời phỏng vấn. BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu : Sử dụng công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong công thức trên các ký hiệu được quy ước như sau, với n : là số bệnh nhân tối thiểu cần phải điều tra để ước lượng tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có RLCLGN; trong đó α xác suất sai lầm loại I, $\alpha = 0,05$; Z là trị số từ bảng phân phối chuẩn với $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$; d là sai số biến cho phép của ước lượng trong nghiên cứu, với $d = 0,05$ và p là trị số ước đoán tỷ lệ RLCLGN của bệnh nhân THA. Theo nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Tám (2022)[2] khảo sát dựa trên thang điểm PSQI ở bệnh nhân THA tại thành phố Hồ Chí Minh, kết quả có tỷ lệ CLGN kém là 57,8%. Do đó, nhóm nghiên cứu chọn $p = 0,578$ để đạt cỡ mẫu tối thiểu, đảm bảo tính tin cậy của nghiên cứu. Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu này là 374 bệnh nhân.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Chọn mẫu thuận tiện liên tiếp theo trình tự thời gian. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn theo mẫu bệnh án thống nhất (bộ câu hỏi có sẵn) và hồ sơ bệnh án ngoại trú.

3. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian từ tháng 5/2023 đến tháng 8/2023, chúng tôi thu thập được 380 bệnh nhân trong đó nữ 227 BN chiếm 59,7% cao hơn nam 153 (40,3%).

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	67±10,2	
Nhóm 1: ≤ 60 tuổi	111	29,2%
Nhóm 2: 61-70 tuổi	138	36,3%
Nhóm 3: 71-80 tuổi	101	26,6%
Nhóm 4: > 80 tuổi	30	7,9 %
Thời gian điều trị THA		
< 1 năm	183	48,2 %
1-5 năm	125	32,9 %
> 5 năm	72	18,9 %
Phân độ THA theo JNC VII		
Bình thường	315	82,9 %
Độ I	35	9,2 %
Độ II	30	7,9 %

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu rất cao 67±10,2. Đa phần bệnh nhân cao tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 70,8 %; Thời gian điều trị THA < 1 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 183 bệnh nhân (48,2 %); Số bệnh

nhân có HA điều trị về bình thường theo JNC VII chiếm đa số 315 (82,9%); Số bệnh nhân HA chưa kiểm soát được rất thấp 65 ca (17,1%).

Bảng 3.2. Bệnh mạn tính đi kèm, số lượng thuốc sử dụng

Đặc điểm	Trung bình ± Độ lệch chuẩn
Bệnh mạn tính đi kèm trung bình	1 ±0,6
Số lượng thuốc trung bình sử dụng	6±1,9

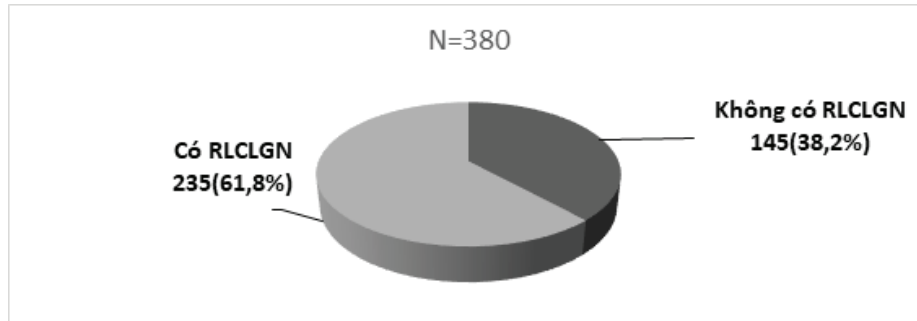
Nhận xét: Số thuốc trung bình sử dụng trên 01 bệnh nhân là 6±1,9, chiếm tỷ lệ khá cao.

Bảng 3.3. Đặc điểm các bệnh mạn tính đi kèm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất mắc	Tỷ lệ (%)
Bệnh Tim mạch	271 bệnh nhân	71,3%
Bệnh Trầm cảm	137 bệnh nhân	36%
Bệnh Đái tháo đường	87 bệnh nhân	22,8 %
Bệnh Cơ Xương Khớp	48 bệnh nhân	12,6%
Bệnh Hô hấp	17 bệnh nhân	4,47%
Không có bệnh mạn tính đi kèm	51 bệnh nhân	13,4 %

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân mắc bệnh mạn tính đi kèm khá cao, trong đó nhóm bệnh tim mạch cao nhất tần suất mắc 271 (71,3%) bệnh nhân, kể đến là bệnh trầm cảm (36%).

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ rối loạn chất lượng giấc ngủ



Nhận xét: Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ có RLCLGN tỷ lệ khá cao chiếm tỷ lệ 235 (61,8 %).

Bảng 3.4. Thời gian chờ ngủ và thang điểm PSQI

Đặc điểm	Trung bình ± Độ lệch chuẩn
Thời gian chờ ngủ	90±42 (phút)
Chất lượng giấc ngủ (thang điểm PSQI)	12±6,1

Nhận xét: Thời gian chờ ngủ chủ yếu > 60 phút (55,7%); thời gian chờ ngủ trung bình 90±42 phút; Điểm tổng PSQI trung bình chung 12±6,1.

Bảng 3.5. Các thành phần giấc ngủ

Thành phần giấc ngủ	Mức độ	Tần số	Tỷ lệ
Tự đánh giá chất lượng giấc ngủ (Rối loạn chức năng chủ quan)	Rất tốt	140	36,8 %
	Tương đối tốt	51	13,4 %
	Tương đối kém	163	42,8 %
	Rất kém	26	7 %
Số giờ ngủ được mỗi đêm giờ	TB ± Độ lệch chuẩn: 5,5 ±1 (giờ)		
Hiệu quả giấc ngủ (tổng thời gian ngủ/tổng số thời gian nằm trên giường)	<65%	12	3,3 %
	65-74 %	139	36,6 %
	75-84%	68	17,9 %
	>85 %	161	42,2 %
Sử dụng thuốc ngủ	Có	203	53,5 %
Khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo (Rối loạn chức năng ban ngày)	Có	239	62,9 %
Khó khăn duy trì hứng thú hoàn thành công việc (Rối loạn chức năng ban ngày)	Có	239	62,9 %

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu cho rằng chất lượng giấc ngủ của mình ở mức tương đối kém 42,8% hoặc rất tốt 36,8%, chất lượng giấc ngủ ở mức rất kém chỉ chiếm tỷ lệ thấp với 7%; Trung bình bệnh nhân ngủ được 5,5 ±1 giờ mỗi đêm, trong đó nhóm có thời gian ngủ 6-7 giờ chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 46%; Về hiệu quả của giấc ngủ, đa số bệnh nhân

có hiệu quả giấc ngủ > 85% (chiếm tỷ lệ 42,2 %); hiệu quả giấc ngủ < 65% chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,3%); Có 203 (53,5%) bệnh nhân từng sử dụng thuốc ngủ trong 1 tháng vừa qua; Về các rối loạn chức năng ban ngày 62,9% bệnh nhân gặp khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo và gặp khó khăn trong duy trì hứng thú để hoàn thành các công việc.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và các đặc điểm chung

Đặc điểm		Không RLCLG	Có RLCLGN	p
Tuổi trung bình (TB± Độ lệch chuẩn)		62,45±4,78	71,3 ±6,50	0,000***
Số thuốc (TB ± Độ lệch chuẩn)		4,53 ±1,20	7,10 ±1,73	0,000***
Nhóm tuổi (năm)	≤60	57 (51,4%)	54 (48,6 %)	0,000*
	61-70	56 (40,6%)	82 (59,4 %)	
	71-80	28 (27,7%)	73 (72,3 %)	
	≥80	4 (13,3 %)	26 (86,7 %)	
Giới	Nam	59 (38,6 %)	94 (61,4 %)	0,489**
	Nữ	86 (37,9 %)	141 (62,1 %)	
Thời gian điều trị THA	<1 năm	86 (47 %)	97 (53 %)	0,000*
	1-5 năm	51 (40,8 %)	74 (59,2 %)	
	>5 năm	8 (11,1 %)	64 (88,9 %)	
Phân độ THA theo JNC VII	HA BT	131 (41,6%)	184 (58,4 %)	0,000**
	Độ I	14 (40 %)	21 (60%)	
	Độ II	0 (0 %)	30 (100 %)	

*Kiểm định Chi bình phương; **Kiểm định Fisher, ***Kiểm định Mann-Whitney.

Nhận xét: Tuổi trung bình ở nhóm có RLCLGN cao hơn: 71,3 so với 62,45; Sử dụng thuốc trung bình ở nhóm có RLCLGN cao hơn: 7,10 so với 4,53; Khi phân chia theo nhóm tuổi cao dần cho thấy tỷ lệ rối loạn giấc ngủ tăng dần thấp nhất ở nhóm ≤60 tuổi (48,6 %) và cao nhất ở nhóm ≥80 (86,7 %), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,000); Không có sự khác biệt về

RLCLGN theo giới, nam – nữ có tỷ lệ tương đương nhau (61,4% so với 62,1%); Khi phân chia theo nhóm thời gian điều trị THA cho thấy tỷ lệ rối loạn giấc ngủ tăng dần thấp nhất ở nhóm < 1 năm (53 %) và cao nhất ở nhóm >5 năm (88,9 %); Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ tăng dần theo phân độ THA theo JNC VII, cao nhất là khi HA chưa kiểm soát được tại thời điểm khảo sát THA độ II (HA ≥160/90 mmHg) bệnh nhân có RLCLGN (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0,000).

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và bệnh mạn tính kèm theo

Đặc điểm	Không có RLCLGN	Có RLCLGN	p
Số bệnh mạn tính đi kèm	1 ±0,1	1,3±0.6	0,778***
Bệnh Tim Mạch	123(45,4 %)	148(54,6%)	0,000**
Bệnh Cơ Xương Khớp	1(2,1%)	47 (97,9%)	0,000**
Bệnh Trầm Cảm	0(0%)	137 (100%)	0,000**
Bệnh Đái tháo đường	34 (39,1%)	53(60,9%)	0,84*
Bệnh Hô Hấp	6(35,3%)	11(64,7%)	0,51**

*Kiểm định Chi bình phương; **Kiểm định Fisher; ***Kiểm định Mann-Whitney.

Nhận xét: Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số bệnh mạn tính đồng mắc; bệnh đái tháo đường, các bệnh hô hấp và các bệnh mạn tính khác với tình trạng RLCLGN; Ở nhóm bệnh lý Tim mạch, Cơ Xương Khớp và bệnh Trầm cảm, bệnh nhân có bệnh có RLCLGN cao hơn so với không mắc bệnh; đặc biệt là bệnh Trầm cảm tỷ lệ CLGN kém chiếm tỷ lệ cao nhất 100 %, phần hết bệnh nhân phải sử dụng thuốc ngủ nhiều lần trong 1 tháng; kể đến là các bệnh Cơ Xương Khớp những cơn đau gây tỉnh giấc làm ảnh hưởng đến giấc ngủ (97,9 %), thứ 3 là nhóm bệnh Tim Mạch (54,6%).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên 380 bệnh nhân tăng huyết áp tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất – Đồng Nai. Kết quả cho thấy bệnh nhân là nữ giới chiếm 59,7% cao hơn so với nam giới, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67 ± 10,2 tuổi. Có sự tương đồng về giới tính khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Tám [2] nghiên cứu trên 422 bệnh nhân nữ giới chiếm đa số 66,6 %; tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu cao hơn 67 ± 10,2 so với 59,3 ± 10,26;

Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Tám về phân độ THA cho thấy HA tại thời điểm khảo sát đạt giá trị bình thường có tỷ lệ cao hơn (92,9 % so với 36,5 %) còn lại 63,5 % HA chưa đạt mục tiêu theo JNC VII trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Tám. Khi so sánh về đặc điểm các bệnh mạn tính đi kèm trong nhóm nghiên cứu với nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Tám cho thấy chưa có sự tương đồng; trong nghiên

cứ của chúng tôi nhóm bệnh Tim Mạch có tỷ lệ cao nhất 71,3%, của tác giả Hoàng Văn Tám nhóm bệnh Cơ Xương Khớp có tỷ lệ mắc cao nhất 44, 8%; bệnh Trầm cảm chiếm tỷ lệ 36% cao hơn 23 % điều này ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ cụ thể là Thang điểm PSQI tăng cao khi có nhiều bệnh nhân sử dụng thuốc ngủ trong tháng.

Điểm trung bình PSQI là 12 ± 6,1; tỷ lệ có RLCLGN chiếm 61,8% (điểm PSQI >5) cao hơn nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Tám [2]: PSQI 6,9±4,28 và có RLCLGN 57,8%. Những nghiên cứu trước đây cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân THA có CLGN kém khá cao, dao động lần lượt từ **35,5% đến 87,5%** trong các nghiên cứu tại Ethiopia [3], Nigeria[8], và Vũ Thị Minh Phượng (Nam Định) [1].

Kết quả nghiên cứu có tìm thấy mối liên quan giữa: Tuổi trung bình ở nhóm có RLCLGN cao hơn: 71,3 so với 62,45; Khi phân chia theo nhóm tuổi cao dần cho thấy tỷ lệ rối loạn giấc ngủ tăng dần, thấp nhất ở nhóm ≤60 tuổi (48,6 %) và cao nhất ở nhóm ≥80 (86,7 %); Sử dụng thuốc trung bình ở nhóm có RLCLGN cao hơn: 7,10 so với 4,53; Phân độ THA theo JNC VII với RLCLGN, tỷ lệ rối loạn giấc ngủ tăng dần theo phân độ THA theo JNC VII, cao nhất là khi HA chưa kiểm soát được tại thời điểm khảo sát THA độ II (HA ≥160/90 mmHg) bệnh nhân có RLCLGN (ngủ kém khó đi vào giấc ngủ và các vấn đề về gián đoạn giấc ngủ đi kèm). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu trước đó của tác giả Hoàng Văn Tám [2].

Ngoài ra, nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan giữa việc mắc ít nhất một bệnh mạn tính kèm THA (cơ xương khớp, đái tháo đường, tim mạch, hô hấp) có liên quan với RLCLGN, kết quả này cũng tương đồng với tác giả Hoàng Văn Tám (TPHCM: rằng bệnh khớp/thoái hóa khớp có liên quan đến CLGN kém ở người bệnh THA;

nhóm bệnh Tim Mạch đặc biệt là Đau thắt ngực có liên quan đến RLCLGN; trầm cảm cũng thực sự có mối liên quan với CLGN kém.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 380 bệnh nhân tăng huyết áp khám ngoại trú tại khoa Khám bệnh, chúng tôi ghi nhận một số kết luận như sau: Có RLCLGN tỷ lệ khá cao chiếm tỷ lệ 235 (61,8 %); Thang điểm PSQI trung bình $12 \pm 6,1$; có RLCLGN tăng cao theo tuổi, theo số lượng thuốc sử dụng; Thời gian điều trị THA càng dài cho thấy tỷ lệ rối loạn giấc ngủ tăng dần; Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ tăng dần theo phân độ THA; Ở nhóm bệnh lý Tim mạch, Cơ Xương Khớp và bệnh Trầm cảm, bệnh nhân có bệnh có RLCLGN cao hơn so với không mắc bệnh sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,000$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vũ Thị Minh Phượng, Chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan của người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016, Luận văn Thạc sỹ điều dưỡng, Trường Đại học điều dưỡng Nam Định, 2016.
- [2] Hoàng Văn Tám, Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân tăng huyết áp tại phòng khám bác sĩ gia đình bệnh viện quận 2, thành phố Hồ Chí Minh, Tạp chí Nghiên cứu y học, 26, (2022).
- [3] Birhanu TE, Getachew B, Gerbi A et al., Prevalence of poor sleep quality and its associated factors among hypertensive patients on follow up at Jimma University Medical Center; Journal of Human Hypertension, 35:94-100, 2020.
- [4] Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH et al., 14 The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. Psychiatry research. 1989; 28(2): 193-213.
- [5] Słomko J, Zawadka-Kunikowska M, Kujawski S et al., Do Changes in Hemodynamic Parameters Depend Upon Length of Sleep Deprivation? Comparison Between Subjects With Normal Blood Pressure, Prehypertension, and Hypertension. Frontiers in physiology; 2018; 9: 1374.
- [6] Oume M, Obayashi K, Asai Y et al., Objective sleep quality and night-time blood pressure in the general elderly population: a cross-sectional study of the HEIJO-KYO cohort. J Hypertens; 2018; 36(3): 601-607.
- [7] Laura P, Rosa MB, Angelo G et al., Sleep loss and hypertension: a systematic review. Curr Pharm Des. 2013;19(13):2409-19.
- [8] Shittu RO, Issa BA, Olanrewaju GT, Association between Subjective Sleep Quality, Hypertension, Depression and Body Mass Index in a Nigerian Family Practice Setting; Journal of Sleep Disorders and Therapy, 3(2):157, 2020.