THỰC TRẠNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI BỆNH BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024 - 2025

Nguyễn Khánh Huyền[1], Nguyễn Văn Dũng[2], Nguyễn Văn Tuấn[1,2]
Đoàn Thị Huệ[1,2], Phan Thanh Thủy[1,2] và Lê Thị Thu Hà[1,2,✉]
[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 204 người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 12/2024 đến tháng 02/2025. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và phân tích các yếu tố liên quan đến vấn đề trên. Tỉ lệ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh COPD là 67,6% trong đó hội chứng chân không yên chiếm 28,4%, mất ngủ chiếm 25,5%, hội chứng ngừng thở khi ngủ chiếm 13,7%. Tỉ lệ mắc rối loạn giấc ngủ ở nhóm đối tượng có triệu chứng ho (OR = 9,3; 95% CI: 4,3 - 20,2), có triệu chứng khó thở (OR = 4,1; 95% CI: 1,6 - 10,8), có triệu chứng khạc đờm (OR = 2,2; 95% CI: 1,0 - 4,7), có tiền sử uống rượu (OR = 2,9; 95% CI: 1,3 - 6,5) cao hơn nhóm còn lại. Kết quả cho thấy rối loạn giấc ngủ là rối loạn tâm thần phổ biến ở người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong đó mất ngủ và hội chứng chân không yên là các rối loạn giấc ngủ hay gặp nhất. Rối loạn giấc ngủ ở nhóm đối tượng này liên quan đến tình trạng ho, khó thở, khạc đờm và tiền sử dùng rượu.

Từ khóa: Rối loạn giấc ngủ, COPD, mất ngủ, RLS, OSA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là một bệnh lý hô hấp mạn tính gây ra gánh nặng ngày càng tăng cho sức khỏe và nền kinh tế trên toàn thế giới. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2021, COPD là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 4 chỉ sau thiếu máu cơ tim, COVID-19 và đột quỵ với số ca tử vong lên đến 3,5 triệu ca trên toàn cầu. Nghiên cứu về tỉ lệ mắc COPD ở một số quốc gia khu vực Châu Á – Thái Bình Dương đã đưa ra kết quả về tỉ lệ COPD ở Việt Nam là 6,7%, cao nhất trong 12 quốc gia tham gia nghiên cứu.[1] COPD thường kèm theo các bệnh lí tâm thần khác trong đó rối loạn giấc ngủ (RLGN) là thường gặp. Nghiên cứu trên đối tượng người bệnh COPD cho thấy khoảng 60 - 70% người bệnh có RLGNtrong đó mất ngủ, hội chứng chân không yên (RLS) và ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA) là các rối loạn hay gặp nhất.[2] Theo một tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp trên người bệnh COPD cho tỉ lệ OSA là 29,1% (95% CI: 27,2% - 30,9), tỉ lệ mắc hội chứng chân không yên là 21,6% (95% CI: 11,8% - 33,3%) và tỉ lệ mất ngủ là 29,5% (95% CI: 16,9% - 44,0%).[3] Các RLGN dẫn đến tình trạng mệt mỏi hoặc suy giảm các chức năng hoạt động ban ngày từ đó làm giảm sút hiệu suất làm việc và chất lượng cuộc sống của người bệnh.[4] Giấc ngủ ở người bệnh COPD bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như tuổi, mức độ bệnh, chỉ số khối cơ thể.[5]

Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về RLGN ở người bệnh COPD tuy nhiên ở

Tác giả liên hệ: Lê Thị Thu Hà
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: lethuha@hmu.edu.vn
Ngày nhận: 06/06/2025
Ngày được chấp nhận: 01/07/2025

Việt Nam vấn đề này chưa thực sự được quan tâm và chú ý trong khi RLGN gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến tình trạng sức khỏe chung và chức năng xã hội của người bệnh. Việc thực hiện nghiên cứu về chủ đề này sẽ đem lại lợi ích trong việc theo dõi, quản lý và điều trị người bệnh COPD có vấn đề RLGN. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh COPD điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2024 - 2025; (2) Phân tích các yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở nhóm người bệnh trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh COPD do các bác sĩ chuyên khoa Hô hấp chẩn đoán dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của chiến lược toàn cầu về bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (GOLD) năm 2023 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh và gia đình không đồng ý tham gia vào nghiên cứu, tự ý bỏ tham gia nghiên cứu; Người bệnh bị hạn chế khả năng giao tiếp do trình độ học vấn không biết đọc, biết viết, các tổn thương ảnh hưởng đến chức năng nghe và nói; Người bệnh đang mắc các bệnh lí nặng đe doạ tới tính mạng; Người bệnh có tiền sử mắc các bệnh lý tâm thần khác trước đây.

2. Phương pháp

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

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Người bệnh được bác sĩ chuyên khoa hô hấp chẩn đoán COPD theo tiêu chuẩn GOLD 2023 hiện đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai. Tổng số người bệnh đã tham gia nghiên cứu và hoàn thiện đầy đủ bộ câu hỏi nghiên cứu là 204.

Địa điểm lấy mẫu: Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian lấy mẫu: Từ tháng 12/2024 đến 02/2025.

Công cụ nghiên cứu

Tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ trong Sổ tay Chẩn đoán và Thống kê các Rối loạn tâm thần, tái bản lần 5 (DSM-5) được áp dụng để chẩn đoán người bệnh có mất ngủ trên lâm sàng. Tiêu chuẩn gồm 8 mục, trong đó mô tả người bệnh có các triệu chứng của mất ngủ: khó vào giấc, khó duy trì giấc, thức giấc sớm không ngủ lại được và các triệu chứng xảy ra ít nhất ba lần một tuần, kéo dài ít nhất ba tháng, gây ra tình trạng suy giảm đáng kể về các hoạt động xã hội, nghề nghiệp… và không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần khác đi kèm hoặc do việc sử dụng chất hoặc thuốc khác.[6]

Tiêu chuẩn chẩn đoán RLS theo DSM-5 được áp dụng để chẩn đoán người bệnh có RLS trên lâm sàng. Tiêu chuẩn gồm 5 mục, trong đó người bệnh có các triệu chứng của hội chứng RLS như cảm giác muốn cử động chân tăng lên hoặc khởi phát khi nghỉ ngơi, giảm bớt khi cử động, tăng nhiều về buổi tối hoặc đêm, các triệu chứng này gây ra các đau khổ và suy giảm đáng kể các chức năng xã hội, xuất hiện ít nhất ba lần mỗi tuần và kéo dài ít nhất ba tháng, và không được giải thích tốt hơn bởi các rối loạn tâm thần khác, tình trạng sử dụng chất hoặc một số bệnh lí cơ thể khác.[6]

Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI): Điểm của bộ câu hỏi được tính dựa trên 7 thành phần được thiết kế để tự trả lời nhằm đánh giá giấc ngủ trong 1 tháng qua. Điểm mỗi câu từ 0 đến 3, với 0 biểu thị tần suất không ngày nào trong tuần tăng dần đến 3 là từ 3 lần/ tuần trở lên. Điểm PSQI tính bằng tổng điểm tất cả các thành phần. Từ 5 điểm trở lên là có suy giảm chất lượng giấc ngủ, điểm càng cao chất lượng giấc ngủ càng kém. PSQI phiên bản tiếng Việt độ nhạy và độ đặc hiệu đạt 87,8%

và 75,0%.[7] Thang PSQI được sử dụng trong nghiên cứu này với mục đích đánh giá thêm đặc điểm chất lượng giấc ngủ ở người bệnh COPD.

Thang đo STOP – BANG: Điểm của bộ câu hỏi là tổng điểm của 8 câu, mỗi câu gồm 2 lựa chọn Có (1 điểm) và Không (0 điểm). Tổng điểm đại diện cho nguy cơ mắc OSA bao gồm nguy cơ thấp (1 - 2 điểm), nguy cơ cao (3 - 4 điểm) và nguy cơ rất cao (≥ 5 điểm). Đối với chỉ số ngưng thở - giảm thở (AHI) ≥ 5, điểm STOP - BANG phiên bản tiếng Việt (SBVN) ≥ 3 điểm có độ nhạy là 93,8% và độ đặc hiệu 25,0% (p = 0,036). Đối với AHI ≥ 15, điểm SBVN ≥ 5 có độ nhạy 54,5% và độ đặc hiệu 83,3% (p = 0,024).[8] Nghiên cứu này lấy mốc điểm SBVN ≥ 5 để phân loại người bệnh có OSA.

Biến số và chỉ số

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới (Nam/Nữ), tiền sử hút thuốc lá (Có/Không), tiền sử sử dụng rượu (Có/Không). Thêm vào đó, chỉ số khối cơ thể (BMI) được phân loại dựa theo tiêu chuẩn phân loại cho người Châu Á theo Tổ chức Y tế Thế giới với bốn nhóm phân loại: nhẹ cân (dưới 18,5), bình thường (từ 18,5 đến dưới 23), thừa cân (từ 23 đến dưới 27,5) và béo phì (từ 27,5 trở lên).[9]

- Đặc điểm triệu chứng bệnh lí: ho (Có/Không), khó thở (Có/Không), khạc đờm (Có/Không).

- Loại hình rối loạn giấc ngủ (Mất ngủ/RLS/OSA). Người bệnh sẽ được phân loại vào nhóm có mất ngủ hoặc có RLS nếu thỏa mãn các tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn tương ứng theo DSM – 5.[6] Người bệnh sẽ được phân loại vào nhóm có OSA nếu điểm STOP-BANG từ 5 trở lên.[8]

- Rối loạn giấc ngủ (Có/Không). Người bệnh sẽ được phân loại là có rối loạn giấc ngủ nếu có một trong ba loại hình rối loạn giấc ngủ kể trên.

- Ảnh hưởng của rối loạn giấc ngủ lên hoạt động ban ngày: chóng mặt (Có/Không), giảm tập trung (Có/Không), run rẩy (Có/Không), bồn chồn (Có/Không), buồn ngủ quá mức (Có/Không), căng thẳng đau đầu (Có/Không), khô miệng (Có/Không), mệt mỏi (Có/Không).

- Trắc nghiệm tâm lí: thang đo STOP – BANG (< 3 điểm: nguy cơ thấp/3 - 4 điểm: nguy cơ trung bình/5 - 8 điểm: nguy cơ cao), PSQI (< 5 điểm: không có suy giảm chất lượng giấc ngủ/≥ 5 điểm: có suy giảm chất lượng giấc ngủ).

Thu thập số liệu: Xác định các người bệnh được chẩn đoán xác định COPD đang điều trị ngoại trú theo tiêu chuẩn chẩn đoán GOLD 2023 tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Bạch Mai; Phỏng vấn trực tiếp người bệnh và người nhà về tiền sử, diễn biến bệnh cũng như hoàn cảnh sống của người bệnh. Việc hỏi bệnh và khám bệnh được thực hiện dựa trên các tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn giấc ngủ của DSM – 5 và kết hợp thêm tham khảo ý kiến của các bác sĩ hô hấp tại phòng khám của Bệnh viện và các bác sĩ chuyên khoa Tâm thần là giảng viên Bộ môn Tâm thần – Trường Đại học Y Hà Nội nhằm đảm bảo việc khám và chẩn đoán phù hợp nhất.

Xử lí số liệu: Số liệu được phân tích và xử lí bằng phần mềm Stata SE 15.0. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm, các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Mô hình hồi quy Logistic đa biến và kiểm định Wald được áp dụng để kiểm định các yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở người bệnh COPD.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, không can thiệp vào phương pháp điều trị của bác sĩ. Nghiên cứu được sự đồng ý của người bệnh và gia đình, đối tượng tham gia có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không có bất cứ trở ngại và tác hại nào. Nghiên cứu được hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu Trường

Đại học Y Hà Nội theo Quyết định số 452/QĐ-ĐHYHN, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội. Các thông tin do đối tượng nghiên cứu cung cấp được đảm bảo mã hóa và giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 204)

Đặc điểm chung		n	%
Giới	Nam	195	95,6
	Nữ	9	4,4
Nhóm tuổi	40 - 64	40	19,6
	65 - 79	138	67,7
	≥ 80	26	12,7
Tuổi trung bình (năm, TB ± ĐL)		70,9 ± 7,7	
BMI	Nhẹ cân	39	19,1
	Bình thường	106	52,0
	Thừa cân	55	26,9
	Béo phì	4	2,0

TB: Trung bình; ĐL: Độ lệch chuẩn; BMI: Chỉ số khối cơ thể

Tỉ lệ người bệnh nam chiếm đa số (95,6%). Độ tuổi trung bình của nhóm đối tượng là 70,9 ± 7,69 tuổi. Tỉ lệ người bệnh thừa cân chiếm tỉ lệ 26,9% và tỉ lệ béo phì chiếm 2,0%.

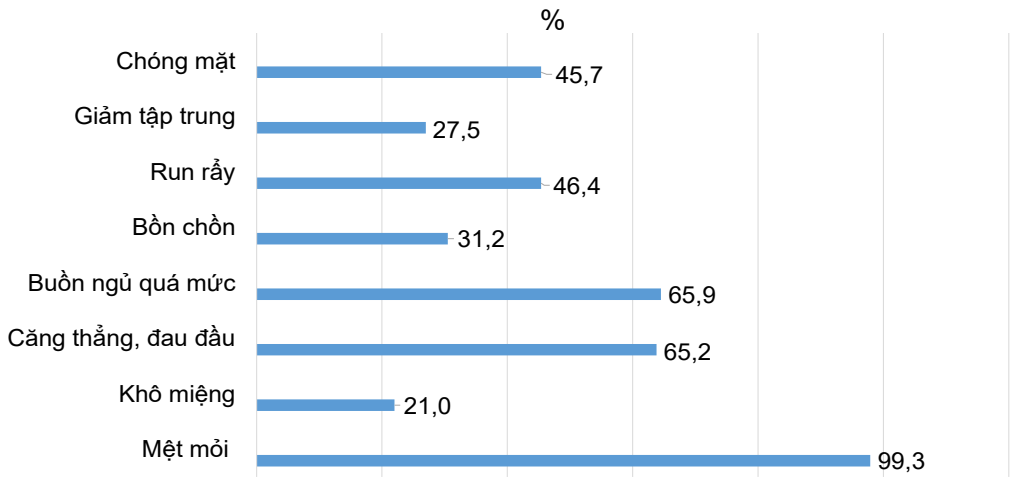
2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh COPD

Bảng 2. Tỉ lệ RLGN và các loại hình RLGN ở người bệnh COPD (n = 204)

		n	%
Đặc điểm RLGN	Có	138	67,6
	Không	66	32,4
Loại hình RLGN	Mất ngủ	52	25,5
	OSA	28	13,7
	RLS	58	28,4

OSA: Ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn; RLS: Hội chứng chân không yên; RLGN: Rối loạn giấc ngủ

Tỉ lệ người bệnh có biểu hiện của RLGN chiếm 67,6%. Loại hình mất ngủ chiếm tỉ lệ 25,5%, tỉ lệ RLS chiếm 28,4%.



Các tỉ lệ trong biểu đồ là tỉ lệ người bệnh có biểu hiện ban ngày của RLGN trên tổng số người bệnh RLGN

Biểu đồ 1. Biểu hiện ban ngày của người bệnh COPD có RLGN (n = 138)

Tỉ lệ người bệnh RLGN có biểu hiện mệt mỏi vào ban ngày chiếm 99,3%; tiếp theo là biểu hiện buồn ngủ quá mức vào ban ngày (65,9%) và căng thẳng, đau đầu (65,2%).

Bảng 3. Đặc điểm kết quả STOP – BANG và PSQI ở người bệnh COPD (n = 204)

	Phân loại	n	%
STOP – BANG	Nguy cơ thấp	99	48,5
	Nguy cơ trung bình	77	37,7
	Nguy cơ cao	28	13,8
PSQI	Bình thường	66	32,4
	Suy giảm chất lượng giấc ngủ	138	67,6

37,7% người bệnh có điểm STOP – BANG ở mức nguy cơ cao và 28 người bệnh ở mức nguy cơ rất cao (13,8%). 138/204 người bệnh (67,6%) có điểm số PSQI ở mức suy giảm chất lượng.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm chung và triệu chứng của đợt bệnh với RLGN trên lâm sàng (n = 204)

		Rối loạn giấc ngủ		OR (95% CI)[b]	Giá trị p
		Có (%)	Không (%)		
Ho	Có	81,3	18,8	9,3 (4,3 - 20,2)	< 0,001[a]
	Không	35,0	65,0	TC	
Khó thở	Có	87,7	12,3	4,1 (1,6 - 10,8)	0,030[a]
	Không	58,3	41,7	TC	

		Rối loạn giấc ngủ		OR (95% CI)[b]	Giá trị p
		Có (%)	Không (%)		
Khạc đờm	Có	68,8	31,2	2,2 (1,0 - 4,7)	0,045[a]
	Không	66,3	33,7	TC	
Tiền sử hút thuốc	Có	79,4	20,6	2,0 (0,9 - 4,3)	0,066[a]
	Không	54,6	45,4	TC	
Tiền sử uống rượu	Có	84,1	15,9	2.9 (1,3 - 6,5)	0,009[a]
	Không	55,2	44,8	TC	

[a]Kiểm định Wald trong mô hình hồi quy Logistic đa biến

[b]Giá trị OR được ước tính bằng mô hình hồi quy Logistic đa biến

TC: Giá trị tham chiếu

95% CI: Khoảng tin cậy 95%

Trong mô hình hồi quy Logistic đa biến, yếu tố liên quan với tỉ lệ có RLGN ở người bệnh COPD cao hơn ở nhóm: có triệu chứng ho (OR = 9,3; 95% CI: 4,3 - 20,2), có triệu chứng khó thở (OR = 4,1; 95% CI: 1,6 - 10,8), có triệu chứng khạc đờm (OR = 2,2; 95% CI: 1,0 - 4,7), có tiền sử uống rượu (OR = 2,9; 95% CI: 1,3 - 6,5). Cụ thể, tỉ lệ người bệnh COPD có RLGN ở nhóm có triệu chứng ho cao hơn nhóm không có triệu chứng ho (81,3% so với 35,0%, p < 0,001), ở nhóm có triệu chứng khó thở cao hơn nhóm không có triệu chứng khó thở (87,7% so với 58,3%, p = 0,030), ở nhóm có triệu chứng khạc đờm cao hơn nhóm không có (68,8% so với 66,3%, p = 0,045), ở nhóm có tiền sử uống rượu cao hơn nhóm không sử dụng rượu (84,1% so với 55,2%, p = 0,009).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 70,9 ± 7,7. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Diego thực hiện năm 2023 trên 73901 người bệnh được chẩn đoán COPD từ năm 2011 đến 2021 tại Tây Ban Nha cho kết quả độ tuổi trung bình là 73 tuổi (95% CI: 72,9 - 73,1) và cao hơn nghiên cứu của Phan Thanh Thủy thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Đống Đa, Bệnh viện Phổi Thanh Hóa và Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Hải Phòng từ năm 2020 đến năm 2023 trên 352 người bệnh COPD cho kết quả về độ tuổi trung bình là 65,94 ± 8,19.[10,11] Kết quả có sự sai khác có thể do nghiên cứu của Phan Thanh Thủy lấy số liệu tại nhiều Trung tâm/Khoa Hô hấp của nhiều bệnh viện khác nhau ở Miền Bắc và Miền Trung Việt Nam, tiếp cận được nhiều nhóm đối tượng được quản lí và điều trị COPD ngoại trú hơn.

Tỉ lệ người bệnh có BMI ở mức nhẹ cân chiếm 19,1%, thừa cân chiếm 26,9% và béo phì chiếm 2,0%. Tỉ lệ này có sự khác biệt với nghiên cứu của Hogan và cộng sự trên 393 đối tượng mắc COPD điều trị ngoại trú tại TP Hồ Chí Minh có tỉ lệ BMI nhẹ cân chiếm 27,6%, thừa cân chiếm 6,9% và không có người bệnh nào ở mức béo phì.[12] Sự khác biệt này đến từ việc cỡ mẫu giữa hai nghiên cứu có sự chênh lệch, địa điểm lấy mẫu khác nhau và sự khác biệt trong điểm cut-off về chỉ số BMI. Nghiên cứu của Hogan sử dụng phân loại của WHO phiên bản dành cho người châu Á công bố năm 1995 còn trong nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng phân loại mới sửa đổi năm 2004, hai phiên bản này có sự khác nhau về phân loại bình thường (18,50 - 24,99 so với 18,50

- 22,99), thừa cân (25,0 - 29,99 so với 23,0 - 27,49) và béo phì (≥ 30,0 so với ≥ 27,5). Đây là nguyên nhân chính cho sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu.[13]

Tỉ lệ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh COPD trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 67,6%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu tổng quan của Gothi và cộng sự năm 2015 đã báo cáo tỉ lệ rối loạn giấc ngủ nói chung trong COPD khoảng 60 - 70%.[2]

Tỉ lệ mất ngủ trong nghiên cứu chiếm 25,5%. Tỉ lệ này có sự tương đồng với tỉ lệ trong tổng quan hệ thống từ 12 bài báo cáo từ 2017 - 2023 của Dongru và cộng sự là 29,5%.[3] Mất ngủ ở người bệnh COPD do phần lớn đối tượng là người lớn tuổi có sự suy giảm chất lượng giấc ngủ tự nhiên do lão hóa, các triệu chứng của hệ hô hấp như ho, tiết đờm dãi và khó thở, giảm oxy máu, tăng hoạt động của hệ giao cảm.[14] Ở người bệnh COPD, có tình trạng giảm thông khí rõ rệt trong giai đoạn REM do tắc nghẽn luồng khí thở ra, giảm chức năng cơ hô hấp khiến người bệnh gặp vấn đề trong việc đi vào và duy trì giấc ngủ.[15]

Tỉ lệ OSA trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tỉ lệ trong nghiên cứu tổng quan tổng hợp từ 42 nghiên cứu từ 2003 - 2023 (13,7% so với 29,1%).[3] OSA liên quan đến tắc nghẽn đường thở hầu họng tái diễn gây thiếu oxy và gián đoạn giấc ngủ. Béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ chính của OSA tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ béo phì chỉ chiếm 2,0%.

Tỉ lệ RLS trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,4%, kết quả này tương đồng với kết quả đã báo cáo trong tổng quan hệ thống của Dongru và cộng sự (21,6%).[3] RLS gây hậu quả là sự mệt mỏi và các biểu hiện như đau đầu và buồn ngủ quá mức ban ngày cho người bệnh COPD.

Ho, khó thở và khạc đờm là các triệu chứng thường gặp ở người bệnh COPD, làm giảm khả năng hô hấp và tăng tỉ lệ mắc RLGN và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị OR tương ứng lần lượt là: OR = 9,3; 95% CI: 4,3 - 20,2, OR = 4,1; 95% CI: 1,6 - 10,8 và OR = 2,2; 95% CI: 1,0 - 4,7. Khi người bệnh ở tư thế nằm ngửa sẽ tăng cảm giác khó thở khiến thời gian vào giấc bị kéo dài, ho rải rác trong tất cả các giai đoạn của giấc ngủ và gây ra hậu quả là tăng số lần thức giấc giữa đêm và giảm tổng thời gian ngủ. Không chỉ vậy, biểu hiện ho, khạc đờm và khó thở ban đêm còn làm nặng thêm tình trạng thiếu oxy máu và/hoặc tăng CO_2 máu khiến người bệnh phải thở gắng sức để đáp ứng với sự mất cân bằng oxy/CO_2 trên gây thức giấc giữa đêm, tăng tỉ lệ gặp RLGN ở nhóm đối tượng trên.[16] Trong nghiên cứu này, tiền sử uống rượu có liên quan có ý nghĩa thống kê với tỉ lệ có RLGN (OR = 2,9; 95% CI: 1,3 - 6,5). Rượu có tác dụng ức chế trung tâm hô hấp, đặc biệt tác dụng giãn cơ hầu họng làm tăng số lần ngưng thở khi ngủ và giảm thời gian ngủ REM.[17] Vì vậy, việc quản lí tốt bệnh COPD, giảm tần suất khởi phát các đợt cấp cũng như hướng dẫn người bệnh thực hành việc hạn chế sử dụng các chất tác động tâm thần có thể sẽ là các biện pháp giúp cải thiện chất lượng giấc ngủ, từ đó, sẽ giúp cải thiện các triệu chứng ban ngày như buồn ngủ, căng thẳng, đau đầu và giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của nhóm người bệnh này.

Nghiên cứu này đã mô tả được đặc điểm một số RLGN thường gặp ở người bệnh COPD và phân tích được các yếu tố liên quan đến RLGN ở nhóm người bệnh này. Tuy nhiên vì nguồn lực còn hạn chế, đối tượng tham gia nghiên cứu chưa được chỉ định đo đa kí giấc ngủ đầy đủ. Vì vậy, nghiên cứu đã phân loại người bệnh có OSA dựa theo thang điểm STOP-BANG. Thêm vào đó, do nguồn lực hạn chế nên cỡ mẫu nghiên cứu đối với từng nhóm RLGN cũng không quá lớn dẫn đến các phân tích riêng lẻ

trên từng nhóm RLGN còn hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Trong số 204 người bệnh tham gia nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 67,6% người bệnh có rối loạn giấc ngủ trong đó hội chứng chân không yên, mất ngủ và ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn lần lượt chiếm 28,4%; 25,5% và 13,7%. Các yếu tố ho, khó thở, khạc đờm, tiền sử uống rượu là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỉ lệ mắc RLGN ở người bệnh COPD.

Lời cảm ơn

Để hoàn thiện nghiên cứu này chúng tôi xin chân thành cảm ơn Bệnh viện Bạch Mai và các người bệnh COPD đã đồng ý tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 12/2024 đến tháng 02/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Regional Copd Working Group. COPD prevalence in 12 Asia–Pacific countries and regions: Projections based on the COPD prevalence estimation model. *Respirology*. 2003;8(2):192-198. doi:10.1046/j.1440-1843.2003.00460.x

2. Gothi D. Sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease. *Indian Journal of Sleep Medicine*. 2015;10:11-21. doi:10.5005/IJSM-10-1-11

3. Du D, Zhang G, Xu D, et al. Prevalence and clinical characteristics of sleep disorders in chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*. 2023;112:282-290. doi:10.1016/j.sleep.2023.10.034

4. Kim I, Kapella MC, Collins EG, et al. Sleep disturbance and next-day physical activity in COPD patients. *Geriatr Nurs*. 2020;41(6):872-877. doi:10.1016/j.gerinurse.2020.06.010

5. Agustiyaningsih T, Harini R, Setyowati L. Factors Affecting the Quality of Sleep in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). *Formosa Journal of Science and Technology*. 2023;2(4):1105-1114. doi:10.55927/fjst.v2i4.3508

6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Fifth Edition. Arglington, VA, American Psychiatric Association; 2013.

7. Ngoc TM, Nguyen ND, Lam PK, et al. Validity of the Vietnamese Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (V-PSQI). *Vietnam Journal of Preventive Medicine*. 2017;27(4):50-56. doi:10.5281/zenodo.13879050

8. Duong K d, Le V t, Nguyen V n, et al. Translation and Validation of Vietnamese Version of STOP-Bang Questionnaire. In: *B65. SRN: Diagnosis And Monitoring Of Sleep And Sleep Disorders*. American Thoracic Society International Conference Abstracts. American Thoracic Society; 2019:A3882-A3882. doi:10.1164/ajrccm-conference.2019.199.1_MeetingAbstracts.A3882

9. Amiri S. Body mass index and sleep disturbances: a systematic review and meta-analysis. *Postep Psychiatr Neurol*. 2023;32(2):96-109. doi:10.5114/ppn.2023.129067

10. Morena D, Izquierdo JL, Rodríguez J, et al. The Clinical Profile of Patients with COPD Is Conditioned by Age. *J Clin Med*. 2023;12(24):7595. doi:10.3390/jcm12247595

11. Phan TT, Vu GV, Ngo CQ. Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Vietnam during the COVID-19 Period: Current Situation and Challenges. *Tuberc Respir Dis*. 2025;88(2):322-333. doi:10.4046/trd.2024.0140

12. Hogan D, Lan LTT, Diep DTN, et al. Nutritional status of Vietnamese outpatients with chronic obstructive pulmonary disease.

J Human Nutrition Diet. 2017;30(1):83-89. doi:10.1111/jhn.12402

13. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363(9403):157-163. doi:10.1016/S0140-6736(03)15268-3

14. Budhiraja R, Siddiqi TA, Quan SF. Sleep Disorders in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Etiology, Impact, and Management. *J Clin Sleep Med*. 2015;11(3):259-270. doi:10.5664/jcsm.4540

15. McNicholas WT, Verbraecken J, Marin JM. Sleep disorders in COPD: the forgotten dimension. *European Respiratory Review*. 2013;22(129):365-375. doi:10.1183/09059180.00003213

16. Stege G, Vos PJE, van den Elshout FJJ, et al. Sleep, hypnotics and chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine*. 2008;102(6):801-814. doi:10.1016/j.rmed.2007.12.026

17. Holmedahl NH, Øverland B, Fondenes O, et al. Alcohol at bedtime induces minor changes in sleep stages and blood gases in stable chronic obstructive pulmonary disease. *Sleep Breath*. 2015;19(1):307-314. doi:10.1007/s11325-014-1020-y

Summary

THE PREVALENCE OF SLEEP DISORDERS AMONG OUTPATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE TREATED AT BACH MAI HOSPITAL, 2024 - 2025

This cross-sectional study was conducted on 204 outpatients with chronic obstructive pulmonary disease treated at Bach Mai Hospital, from December 2024 to February 2025 to describe the characteristics of sleep disorders and analyze associated factors. The prevalence of sleep disorders in COPD patients was 67.6%, of which restless legs syndrome accounted for 28.4%, insomnia accounted for 25.5%, and sleep apnea syndrome accounted for 13.7%. The prevalence of sleep disorders among those with cough symptoms (OR = 9.3; 95% CI: 4.3 - 20.2), with dyspnea symptoms (OR = 4.1; 95% CI: 1.6 - 10.8), with phlegm symptoms (OR = 2.2; 95% CI: 1.0 - 4.7), and with a history of alcohol use (OR = 2.9; 95% CI: 1.3 - 6.5) was higher than in the other group. The results showed that sleep disorders were common mental disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease, of which insomnia and restless legs syndrome are the most common sleep disorders. Sleep disorders in this group of subjects are related to cough, dyspnea, phlegm and a history of alcohol consumption.

Keywords: Sleep disorders, COPD, Insomnia, RLS, OSA.