

CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh[✉], Huỳnh Thanh Bảo Luân,
Nguyễn Thị Như Ngân, Lê Trường Vĩnh Phúc

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 73 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp, thu thập dữ liệu bằng bộ câu hỏi tự điền, gồm thang Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), thang Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), thang Visual Analog Scale (VAS), và thông tin lâm sàng-cận lâm sàng. Mối liên quan được trình bày bằng tỷ suất hiện mắc (PR), khoảng tin cậy 95% và $p < 0,05$. Kết quả ghi nhận 69,9% bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém theo PSQI. Tỷ lệ bệnh hoạt động theo BASDAI là 65,8%. Điểm đau VAS trung bình là $45,7 \pm 12,8$, với nhóm đau nhẹ chiếm 50,7%. Chất lượng giấc ngủ kém có liên quan đến mức độ hoạt động bệnh và mức độ đau. Nhân viên y tế cần tăng cường sàng lọc chất lượng giấc ngủ, giáo dục sức khỏe và hướng dẫn các biện pháp giảm đau. Bệnh nhân viêm cột sống dính khớp cần tuân thủ điều trị để kiểm soát triệu chứng bệnh và cải thiện chất lượng giấc ngủ.

Từ khóa: Chất lượng giấc ngủ, viêm cột sống dính khớp, PSQI, BASDAI, VAS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh lý phức tạp không chỉ ảnh hưởng đến khớp đốt sống, khớp cùng chậu và các khớp ngoại vi, mà còn gây tổn thương ở nhiều cấu trúc ngoài khớp khác như đường tiết niệu, đường tiêu hóa, mô niêm mạc và mô tim.¹⁻³ Khởi phát VCSĐK thường xảy ở những người đang trong độ tuổi lao động, làm cho bệnh nhân bị hạn chế về sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần, làm giảm khả năng lao động và đồng thời ảnh hưởng chất lượng cuộc sống.¹ Vì vậy, VCSĐK được xem là một vấn đề về kinh tế xã hội và là một vấn đề sức khỏe quan trọng cần chăm sóc. Việc phải đối mặt với mệt mỏi và những đau đớn mà bệnh gây ra kèm với khoản

chi phí chữa trị lớn cũng gây ra nhiều ảnh hưởng đến mặt sức khỏe tinh thần nói chung và chất lượng giấc ngủ (CLGN) nói riêng. Nhiều nghiên cứu trên thế giới về CLGN trước đây đã chỉ ra tình trạng chất lượng giấc ngủ kém ở bệnh nhân VCSĐK.^{4,5} Tại Việt Nam, nghiên cứu về CLGN trên bệnh VCSĐK vẫn còn hạn chế, vì vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Nội cơ xương khớp hoặc tại phòng khám Nội cơ xương khớp - Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chí chọn mẫu:

- Tiêu chí chọn vào: Bệnh nhân viêm cột

Tác giả liên hệ: Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh

Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Email: hhnquynhhtcc@ump.edu.vn

Ngày nhận: 13/01/2026

Ngày được chấp nhận: 30/01/2026

sống dính khớp (ICD-10: M45) từ đủ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị tại khoa Nội cơ xương khớp hoặc tại phòng khám Nội cơ xương khớp - Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân nội trú bao gồm các trường hợp được nhập viện điều trị tại khoa Nội cơ xương khớp, được chẩn đoán viêm cột sống dính khớp (ICD-10: M45), có bệnh hoạt động (BASDAI \geq 4), phản ánh tình trạng viêm đang diễn tiến với các triệu chứng lâm sàng rõ rệt như đau, cứng khớp buổi sáng kéo dài và mệt mỏi.

Bệnh nhân ngoại trú được xác định dựa trên hồ sơ khám chữa bệnh ngoại trú tại phòng khám Nội cơ xương khớp, với ít nhất hai lần khám ngoại trú có chẩn đoán viêm cột sống dính khớp (ICD-10: M45), cách nhau trên 30 ngày và không quá 365 ngày. Các lượt khám chỉ mang tính chẩn đoán hoặc loại trừ (xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh) không được tính.

- Tiêu chí loại ra: Bệnh nhân hiện đang mắc hoặc có tiền sử mắc các bệnh khớp tự miễn, bệnh thấp khớp và viêm khớp vảy nến.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 9/2022 đến tháng 5/2023, thời gian thu thập số liệu từ 3/2023 đến 5/2023.

Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ, với trị số ước đoán tỷ lệ CLGN kém dựa trên thang đo PSQI ở bệnh nhân VCSDK ở mức 0,82 theo nghiên cứu của tác giả Hu Fanqi, với sai số ước tính là 0,09.⁶ Từ đó, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 70 bệnh nhân. Trên thực tế, nghiên cứu đã tiếp cận và mời được 73 bệnh nhân đáp ứng tiêu chí chọn mẫu tham gia vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu

Các biến số chính trong nghiên cứu bao gồm:

Biến số phụ thuộc:

- *Chất lượng giấc ngủ*: Là biến số nhị giá gồm 2 giá trị Kém và Tốt. Đối tượng được xác định là có CLGN kém nếu điểm số tính được từ thang đo Chất lượng giấc ngủ Pittsburgh Sleep Quality (PSQI) $>$ 5 (19 câu - 7 thành phần, tổng điểm: 0 - 21; độ nhạy 98,7%, đặc hiệu 84,4%).⁷

Biến số độc lập:

- Các biến số bệnh viêm cột sống dính khớp của đối tượng tham gia nghiên cứu bao gồm các biến tuổi khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh, điểm số đau, mức độ đau, mức độ hoạt động của bệnh, xét nghiệm HLA-B27, các biến số về triệu chứng tại khớp (cột sống thắt lưng, khớp cùi chày, khớp vai, khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân), các biến số về triệu chứng ngoài khớp (mắt, tim, đường tiêu hóa).

- Các đặc điểm khác của đối tượng tham gia nghiên cứu được thu thập để xét mối liên quan bao gồm: giới tính, nhóm tuổi, dân tộc, nơi sinh sống, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức thu nhập, tình trạng hôn nhân, tình trạng sống chung.

Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bởi phòng vấn viên, tiếp cận bệnh nhân thông qua giới thiệu của bác sĩ điều trị tại khoa và phòng khám Nội cơ xương khớp. Sau khi giải thích mục đích nghiên cứu và được sự đồng ý tham gia bằng văn bản, phòng vấn viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp và hướng dẫn đối tượng tự điền bộ câu hỏi.

Bộ câu hỏi tự điền gồm năm phần: (1) thông tin đặc điểm của đối tượng (11 câu); (2) bảng câu hỏi PSQI về chất lượng giấc ngủ (19 câu); (3) thang điểm BASDAI để bệnh nhân tự đánh giá triệu chứng, mức độ nghiêm trọng

của tình trạng mệt mỏi, đau khớp cột sống và ngoại vi, đau cục bộ và cứng khớp buổi sáng trong vòng 1 tuần trước (6 câu, thang 0-10 với 0: không có triệu chứng, 10: trầm trọng; bệnh hoạt động khi ≥ 4 ; (4) Thang đo trực quan VAS đánh giá về cường độ đau của bệnh nhân (bệnh nhân tự đánh dấu mức độ đau trên một thước dài 100 mm, được chia làm 4 mức độ: 0 - 4mm không đau, 5 - 44mm đau nhẹ, 45 - 74mm đau vừa, 75 - 100mm đau không chịu được); (5) phiếu trích xuất thông tin lâm sàng-cận lâm sàng (10 câu).

Phòng vấn viên hướng dẫn cách đánh giá đau theo thang VAS và ghi nhận giá trị tương ứng. Các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập từ hồ sơ bệnh án ngay sau hoặc trong vòng một ngày sau phỏng vấn.

Xử lý và phân tích số liệu

Nhập dữ liệu bằng phần mềm Epidata. Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Thống kê mô tả của các biến số được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm đối với các biến định tính, trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến định lượng có phân phối bình thường (điểm VAS), và trung vị kèm khoảng tứ phân vị đối với biến có phân phối lệch (tuổi, tuổi khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh).

Mối liên quan giữa CLGN (biến phụ thuộc nhị giá: kém/tốt) và các biến độc lập được phân tích đơn biến. Phép kiểm Chi bình phương

được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa CLGN và các biến định tính; phép kiểm chính xác Fisher được áp dụng khi có trên 20% số ô có tần suất kỳ vọng < 5 hoặc có ô có tần suất kỳ vọng < 1 .

Kết quả được trình bày dưới dạng tỷ suất hiện mắc (PR) cùng khoảng tin cậy 95% và giá trị p. Phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ và khoảng tin cậy 95% không chứa giá trị 1.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thông qua theo Quyết định 1231/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 01/03/2023. Đối tượng tham gia nghiên cứu được thông tin cụ thể về mục đích và các vấn đề liên quan nghiên cứu trước khi quyết định tham gia. Nghiên cứu chỉ tiến hành thu thập số liệu khi nhận được sự chấp thuận bằng văn bản của đối tượng tham gia nghiên cứu. Thông tin cá nhân của đối tượng được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 03 đến tháng 05/2023, nghiên cứu đã tiếp cận được 73 bệnh nhân VCSDK tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh thỏa tiêu chí chọn mẫu với tỷ lệ phản hồi là 100%.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu (n = 73)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới			Dân tộc		
Nam	53	72,6	Kinh	70	95,9
Nữ	20	27,4	Khác	3	4,1

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn			Tuổi*		
Tốt nghiệp cấp I	3	4,1		31 (24 - 36)	
Tốt nghiệp cấp II	12	16,4	Nơi sinh sống		
Tốt nghiệp cấp III	21	28,8	Thành thị	43	58,9
Tốt nghiệp trên cấp III	37	50,7	Nông thôn	30	41,1
Nghề nghiệp			Mức thu nhập		
Nghề tự do	21	28,8	Khá giả	8	11,0
Nghỉ hưu/Nội trợ	7	9,6	Đủ sống	51	69,9
Nhân viên văn phòng	19	26,0	Khó khăn	14	19,1
Nông dân/Công nhân	11	15,0	Tình trạng sống chung		
Khác	15	20,6	Với gia đình	55	75,3
Tình trạng hôn nhân			Khác**	18	24,7
Độc thân	29	39,7	<i>*Trung vị (khoảng tứ phân vị)</i>		
Đã kết hôn	44	60,3	<i>**Với bạn bè hoặc một mình</i>		

Kết quả phân tích cho thấy, tỷ lệ nam giới cao gấp 2 lần nữ giới, nhóm tuổi dưới 30 tuổi chiếm gần 1/2 đối tượng tham gia nghiên cứu. Hầu hết đối tượng tham gia nghiên cứu là dân tộc Kinh và sống ở thành thị. Về trình độ học vấn, các đối tượng có học vấn là trung cấp/cao đẳng/đại học/sau đại học chiếm tỷ lệ hơn 1/2,

không có đối tượng nào thuộc nhóm mù chữ và chưa tốt nghiệp cấp I. Hơn 1/2 đối tượng tham gia nghiên cứu làm nghề tự do và nhân viên văn phòng. Khoảng dưới 20% đối tượng gặp khó khăn về thu nhập. Về tình trạng hôn nhân, khoảng 60% đối tượng đã kết hôn và 2/3 hiện sống chung với gia đình.

Bảng 2. Đặc điểm về tình trạng sức khỏe liên quan đến khớp của bệnh nhân viêm cột sống dính khớp (n = 73)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
			Phân loại mức độ đau		
Tuổi khởi phát bệnh*	25 (19 - 30)		Đau nhẹ	37	50,7
Thời gian mắc bệnh* (năm)	3 (2 - 4,5)		Đau vừa phải	34	45,6
			Đau dữ dội	2	2,7

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Điểm VAS**	45,7 ± 12,8		Triệu chứng tại khớp (Có)		
			Cột sống thắt lưng	50	68,5
Mức độ hoạt động bệnh theo điểm BASDAI			Khớp vai	14	19,2
Bệnh hoạt động	48	65,8	Khớp háng	19	26,0
Bệnh không hoạt động	25	34,2	Khớp cùi chỏ	26	35,6
Xét nghiệm HLA-B27			Khớp gối	32	43,8
Dương tính	71	97,3	Khớp cổ chân	22	30,1
Âm tính	2	2,7	Triệu chứng ngoài khớp (Có)		
<i>*Trung vị (khoảng tứ phân vị)</i>			Tổn thương mắt	9	12,3
<i>**Trung bình ± độ lệch chuẩn</i>			Tổn thương hệ tiêu hóa	6	8,2

Độ tuổi trung vị khởi phát bệnh của nghiên cứu là 25 tuổi, thời gian mắc bệnh trung vị là 3 năm. Dựa vào thang đo VAS, tất cả bệnh nhân đều có cảm nhận đau, phần lớn ở mức độ nhẹ và vừa phải với điểm trung bình là 45,7. Phần lớn các đối tượng nghiên cứu có bệnh hoạt động với điểm BASDAI từ 4 trở lên và dương tính với kháng nguyên HLA-B27.

Các triệu chứng được phân bố đa dạng ở các khớp trong đó có triệu chứng tại cột sống thắt lưng chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là khớp gối với khớp cùi chỏ và thấp nhất là ở khớp vai. Triệu chứng ngoài khớp chỉ ghi nhận được tổn thương tại mắt và hệ tiêu hóa ở một số ít bệnh nhân.

Bảng 3. Đặc điểm CLGN ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp (n = 73)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chất lượng giấc ngủ theo PSQI			Chất lượng giấc ngủ theo cảm nhận chủ quan		
Kém	51	69,9	Rất tệ	4	5,5
			Khá tệ	17	23,3
Tốt	22	30,1	Khá tốt	52	71,2
			Rất tốt	0	0

Theo kết quả phân tích đánh giá chất lượng giấc ngủ trên 73 đối tượng tham gia nghiên cứu bằng thang đo PSQI cho thấy đa số đối tượng có CLGN kém với điểm CLGN trung vị là 7 điểm. Trong nghiên cứu này, có khoảng 2/3

bệnh nhân VCSDK có CLGN kém theo thang PSQI. Tuy nhiên, theo cảm nhận chủ quan, chỉ khoảng 1/3 bệnh nhân tự đánh giá CLGN của mình là kém hoặc rất kém.

Bảng 4. Mối liên quan giữa CLGN với đặc điểm dân số - kinh tế - xã hội (n = 73)

Đặc điểm	Chất lượng giấc ngủ		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Kém (%) (n = 51)	Tốt (%) (n = 22)		
Giới tính				
Nữ	15 (75,0)	5 (25,0)		1
Nam	36 (67,9)	17 (32,1)	0,538	1,10 (0,81 - 1,51)
Tuổi			0,285	
Nơi ở hiện tại				
Nông thôn	21 (70,0)	9 (30,0)		1
Thành thị	30 (69,8)	13 (30,2)	0,983	1,00 (0,74 - 1,37)
Trình độ học vấn				
Tốt nghiệp trên cấp III	28 (75,7)	9 (24,3)		1
Tốt nghiệp cấp III	11 (52,4)	10 (47,6)	0,109	0,69 (0,44 - 1,09)
Tốt nghiệp cấp I & II	12 (80,0)	3 (20,0)	0,729	1,06 (0,77 - 1,45)
Nghề nghiệp				
Nghề tự do	15 (71,4)	6 (28,6)		1
Nghỉ hưu/Nội trợ	6 (85,7)	1 (14,3)	0,382	1,20 (0,80 - 1,81)
Nhân viên văn phòng	13 (68,4)	6 (31,6)	0,837	0,96 (0,64 - 1,44)
Nông dân/Công nhân	8 (72,7)	3 (27,3)	0,938	1,02 (0,65 - 1,60)
Khác	9 (60,0)	6 (40,0)	0,492	0,84 (0,51 - 1,38)
Mức thu nhập				
Khá giả	6 (75,0)	2 (25,0)		1
Đủ sống	34 (66,7)	17 (33,3)	0,606	0,88 (0,57 - 1,39)
Khó khăn	11 (78,6)	3 (21,4)	0,852	1,05 (0,64 - 1,71)
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân	22 (75,9)	7 (24,1)		1
Đã kết hôn	29 (65,9)	15 (34,1)	0,354	0,87 (0,65 - 1,17)
Tình trạng sống chung				
Với gia đình	36 (65,5)	19 (34,5)		1
Khác**	15 (83,3)	3 (16,7)	0,096	1,27 (0,96 - 1,69)

*Kiểm định chính xác Fisher **Với bạn bè hoặc một mình

Trong phân tích đơn biến, chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa CLGN với các đặc điểm giới tính, nhóm tuổi,

dân tộc, nơi ở hiện tại, trình độ học vấn, nghề nghiệp, mức thu nhập, tình trạng hôn nhân và tình trạng sống chung.

Bảng 5. Mối liên quan giữa CLGN với các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (n = 73)

Đặc điểm	Chất lượng giấc ngủ		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Kém (%) (n = 51)	Tốt (%) (n = 22)		
Thời gian mắc bệnh	3 (2 - 4,5)	3 (2 - 4)	0,165	1,04 (0,98 - 1,12)
Tuổi khởi phát bệnh	25 (19 - 31)	26,5 (18 - 30)	0,373	1,00 (0,99 - 1,02)
Điểm VAS	48,1 ± 12,0	40,4 ± 13,1	0,008	1,01 (1,00 - 1,02)
Mức độ hoạt động bệnh				
Bệnh không hoạt động	9 (36,0)	16 (64,0)		1
Bệnh hoạt động	42 (87,5)	6 (12,5)	0,001	2,43 (1,42 - 4,16)
Phân loại mức độ đau				
Đau nhẹ (5 - 44mm)	22 (59,5)	15 (40,5)		1
Đau vừa phải (45 - 74mm)	27 (79,4)	7 (20,6)	0,026	1,32 (1,03 - 1,69)
Đau dữ dội (75 - 100mm)	2 (100)	0 (0)	(-)	1,74 (1,06 - 2,86)

Kết quả phân tích cho thấy, chưa tìm ra được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa CLGN với thời gian mắc bệnh, và tuổi khởi phát bệnh.

Kết quả phân tích đơn biến cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa CLGN kém với mức độ hoạt động bệnh. Những bệnh nhân có mức độ bệnh hoạt động có CLGN kém hơn 2,43 lần những bệnh nhân có mức độ bệnh không hoạt động với $p = 0,001$ và KTC 95%: 1,42 - 4,16. Điểm VAS (cường độ đau) trung bình của nhóm có CLGN kém cao hơn đáng kể so với nhóm có giấc ngủ tốt, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,008$. Cụ thể, mỗi đơn vị tăng trong điểm VAS làm tăng 1% khả năng có CLGN kém (PR = 1,01; KTC 95%: 1,00 - 1,02). Kết quả cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa CLGN và mức độ đau, trong đó nhóm bệnh nhân có mức độ đau vừa

phải có CLGN kém hơn 1,32 lần so với những bệnh nhân có phân loại đau ở mức độ nhẹ, với $p = 0,026$ và KTC 95%: 1,03 - 1,69.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận khoảng 70% bệnh nhân được thang PSQI xếp loại có CLGN kém, điều này phản ánh đặc trưng bệnh VCSĐK như viêm mạn, đau kéo dài, biến dạng cột sống và tổn thương đa cơ quan, từ đó suy giảm chất lượng cuộc sống và giấc ngủ. Kết quả tương đồng nhiều nghiên cứu của các tác giả như Anliu Nie (67,6% trên 281 bệnh nhân) và Byung-Wook Song (65% trên 107 bệnh nhân).^{8,9} Ngược lại, nghiên cứu của tác giả Hu Fanqi có tỷ lệ CLGN kém cao hơn (82% trên 62 bệnh nhân).⁶ Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy chỉ khoảng một phần ba bệnh nhân tự đánh giá giấc ngủ của họ là kém, so với kết quả tính được từ thang đo

là 69,9%. Kết quả này cũng tương đồng các nghiên cứu trên, khi CLGN theo cảm nhận chủ quan thường chiếm tỷ lệ nhiều nhất ở mức khá tốt. Xu hướng này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Kirti Deshpande trên quần thể người trưởng thành, trong đó tỷ lệ CLGN kém theo PSQI cũng cao hơn so với đánh giá chủ quan.¹⁰ Việc thiếu nhận thức về CLGN kém cho thấy giấc ngủ dễ bị xem nhẹ trong thực hành tự chăm sóc, từ đó dẫn đến ít hoặc không có nỗ lực cải thiện. Điều này nhấn mạnh nhu cầu cần tăng cường sàng lọc và giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của giấc ngủ trong quản lý bệnh VCSDK.

Các yếu tố liên quan đến CLGN ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp

Qua mô hình tuyến tính tổng quát với phân phối Poisson, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ đau càng cao (qua điểm VAS và phân loại mức độ đau) thì khả năng có CLGN kém càng tăng, cụ thể mỗi 1 điểm VAS làm tăng khoảng 1% và mỗi 1 mức độ đau làm tăng khoảng 1,32 lần CLGN kém. Nghiên cứu có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Kaouther Maatallah và Byung Wook Song khi có điểm số đau tăng kèm theo mức độ đau tăng dần nằm trong nhóm có CLGN kém cao hơn so với nhóm có CLGN tốt hơn.^{9,11} Đau là một đặc điểm ảnh hưởng khá nhiều mặt, về vận động, các hoạt động hàng ngày lẫn tâm trạng của người bệnh. Điều này là một nguyên nhân quan trọng khiến chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân bị suy giảm ở tất cả các bệnh lý. Một nghiên cứu của Atul Deodhar và cộng sự báo cáo rằng việc giảm đau vào ban đêm ở bệnh nhân VCSDK là một biện pháp quan trọng nhất để cải thiện CLGN.¹² Vì vậy, các bệnh viện cần thực hiện các biện pháp giảm đau, đặc biệt là đau lưng về đêm để cải thiện CLGN ở bệnh nhân VCSDK.

Điểm BASDAI đánh giá mức độ hoạt động của bệnh VCSDK, trong nghiên cứu này bệnh

hoạt động (điểm BASDAI ≥ 4) có mối liên quan với CLGN ($p < 0,05$). Cụ thể những bệnh nhân có bệnh hoạt động có CLGN kém hơn 2,43 lần những bệnh nhân có mức độ bệnh không hoạt động. Kết quả này thấp hơn với nghiên cứu của Byung Wook Song khi cho thấy bệnh nhân nằm trong nhóm bệnh hoạt động có CLGN kém hơn 5,36 lần những bệnh nhân không hoạt động.⁹ Bệnh hoạt động phụ thuộc vào việc sử dụng thuốc và hiệu quả điều trị của bệnh nhân, hay còn phụ thuộc vào điều kiện thời tiết. Thuốc điều trị bao gồm kháng viêm không steroid, thuốc ức chế yếu tố hoại tử mô (anti-TNF) hoặc corticosteroid, các thuốc này đã được chứng minh có khả năng làm giảm chất lượng giấc ngủ.^{13,14}

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM ghi nhận 69,9% bệnh nhân VCSDK có CLGN kém theo thang đo PSQI và CLGN thấp có liên quan mức độ hoạt động bệnh và mức độ đau. Tuy nhiên, do hạn chế về cỡ mẫu và thời gian nghiên cứu nên chưa khai thác sâu thông tin sử dụng thuốc điều trị. Vì vậy, các nghiên cứu trong tương lai cần tìm hiểu thêm tác động thuốc điều trị lên giấc ngủ. Bên cạnh đó, nhân viên y tế cần tăng cường sàng lọc và giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức về tầm quan trọng của giấc ngủ ở bệnh nhân VCSDK, hướng dẫn bệnh nhân điều chỉnh lối sống và tuân thủ điều trị để giảm đau, cải thiện CLGN, đồng thời lồng ghép các biện pháp giảm đau đơn giản vào chăm sóc thường quy, và đẩy mạnh truyền thông giáo dục sức khỏe để người dân nhận diện sớm triệu chứng VCSDK, giảm chậm trễ chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ebrahimiadib N, Berijani S, Ghahari M, Pahlaviani FG. Ankylosing spondylitis. *J Ophthalmic Vis Res.* 2021; 16(3): 462.

doi:10.18502/jovr.v16i3.9440.

2. Lindström U, Olofsson T, Wedrén S, Qirjazo I, Askling J. Impact of extra-articular spondyloarthritis manifestations and comorbidities on drug retention of a first TNF-inhibitor in ankylosing spondylitis: a population-based nationwide study. *RMD Open*. 2018; 4(2): e000762. doi:10.1136/rmdopen-2018-000762.

3. Stolwijk C, van Tubergen A, Castillo-Ortiz JD, Boonen A. Prevalence of extra-articular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2015; 74(1): 65-73. doi:10.1136/annrheumdis-2013-203582.

4. Li Y, Zhang S, Zhu J, Du X, Huang F. Sleep disturbances are associated with increased pain, disease activity, depression, and anxiety in ankylosing spondylitis: a case-control study. *Arthritis Res Ther*. 2012; 14: 1-10. doi:10.1186/ar4054.

5. Urkmez B, Keskin Y. Relationship between sleep quality and physical activity level in patients with ankylosing spondylitis. *Mod Rheumatol*. 2020; 30(6): 1053-1059. doi:10.1080/14397595.2019.1702139.

6. Hu F, Song K, Hu W, et al. Improvement of Sleep Quality in Patients With Ankylosing Spondylitis Kyphosis After Corrective Surgery. *Spine*. 2020; 45(23): E1596. doi:10.1097/BRS.0000000000003676.

7. Muzur A, Pace-Schott EF, Hobson JA. The prefrontal cortex in sleep. *Trends Cogn Sci*. 2002; 6(11): 475-481. doi:10.1016/s1364-6613(02)01992-7.

8. Nie A, Wang C, Song Y, Xie X, Yang H, Chen H. Prevalence and factors associated with disturbed sleep in outpatients with ankylosing

spondylitis. *Clin Rheumatol*. 2018; 37: 2161-2168. doi:10.1007/s10067-018-4190-3.

9. Song BW, Jeong HJ, Kim BY, et al. Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index is associated with the quality of sleep in ankylosing spondylitis patients. *J Rheum Dis*. 2021; 28(3): 143-149. doi:10.4078/jrd.2021.28.3.143.

10. Deshpande K, Khardenavis A, Bhatnagar D. Sleep quality and associated risk factors among youth attending health communication centre of a medical college in a rural area of Ujjain. *Int J Community Med Public Health*. 2023; 10(11): 4344-4349. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20233475.

11. Maatallah K, Makhlof Y, Ferjani H, et al. Factors associated with the inflammatory process in pain in ankylosing spondylitis. *Pan Afr Med J*. 2022; 41(1). doi:10.11604/pamj.2022.41.331.31312.

12. Deodhar A, Braun J, Inman RD, et al. Golimumab reduces sleep disturbance in patients with active ankylosing spondylitis: results from a randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Care Res*. 2010; 62(9): 1266-1271. doi:10.1002/acr.20233.

13. İn E, Turgut T, Gülkesen A, Yolbaş S, Akgöl G, Koca SS. Sleep Quality Is Related to Disease Activity in Patients With Ankylosing Spondylitis: A Polysomnographic Study. *JCR J Clin Rheumatol*. 2016; 22(5). https://journals.lww.com/jclinrheum/fulltext/2016/08000/sleep_quality_is_related_to_disease_activity_in.3.aspx.

14. Szmyd B, Rogut M, Białasiewicz P, Gabryelska A. The impact of glucocorticoids and statins on sleep quality. *Sleep Med Rev*. 2021; 55:101380. doi:10.1016/j.smrv.2020.101380.

Summary

SLEEP QUALITY AMONG PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY AND ASSOCIATED FACTORS

This study aimed to assess sleep quality and its associated factors among patients with ankylosing spondylitis at the University Medical Center Ho Chi Minh City (UMC). A cross-sectional study was conducted at UMC on 73 patients diagnosed with ankylosing spondylitis. Data were collected using a self-administered questionnaire based on the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), the Visual Analog Scale (VAS), and a clinical-paraclinical information sheet. Associations were expressed as prevalence ratios (PR) with 95% confidence intervals, and statistical significance was defined as $p < 0.05$. PSQI results showed that 69.9% of patients had poor sleep quality. BASDAI rated of active disease at 65.8%. The average VAS pain score was 45.7 ± 12.8 , with 50.7% had mild pain. Poor sleep quality was associated with disease activity level and pain level. Health care providers should strengthen sleep quality screening, health education and guide patients on pain management strategies. Patients with ankylosing spondylitis should adhere to treatment to control disease symptoms and improve sleep quality.

Keywords: Sleep quality, ankylosing spondylitis, PSQI, BASDAI, VAS.