

THỰC TRẠNG RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}, Vũ Sơn Tùng² và Đào Thị Thùy Trang^{1,2,3,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 255 người bệnh đái tháo đường típ 2 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2025 đến tháng 4/2026. Chúng tôi thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh đái tháo đường típ 2. Kết quả có 54,1% người bệnh đái tháo đường típ 2 có rối loạn giấc ngủ. Người bệnh có độ tuổi lớn hơn 60 chiếm tỉ lệ cao hơn là 62,3%. Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm $3,9 \pm 1,3$. Có 63,8% người bệnh có số lần thức giấc trong đêm 1 - 2 lần/đêm. 70,3% người bệnh có hiệu suất giấc ngủ rất kém ($\leq 65\%$). Thể bệnh hay gặp nhất của rối loạn giấc ngủ là mất ngủ chiếm tỉ lệ 87,0%, hội chứng chân không yên chiếm 11,6% và rối loạn nhịp thức ngủ sinh học chiếm 1,4%. Chỉ số PSQI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $8,7 \pm 5,2\%$.

Từ khóa: Rối loạn giấc ngủ, mất ngủ, đái tháo đường típ 2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hóa do tăng glucose máu mạn tính có tỉ lệ mắc gia tăng nhanh trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo ước tính, năm 2017 có 451 triệu người từ độ tuổi 18 đến 99 được chẩn đoán mắc đái tháo đường trên toàn thế giới. Dự kiến đến năm 2045, con số này sẽ tăng lên 693 triệu người.¹

Rối loạn giấc ngủ (RLGN) là một loại rối loạn tâm thần thường gặp ở người bệnh đái tháo đường típ 2. Theo nghiên cứu của GR. Sridhar và cộng sự đã chỉ ra rằng có tới một phần ba số người bệnh mắc bệnh đái tháo đường có các rối loạn giấc ngủ đi kèm so với 8,2% số người đối chứng không mắc đái tháo đường.² Bệnh viện Bạch Mai là nơi tuyến cuối của các cơ sở khám chữa bệnh, tiếp nhận

nhiều trường hợp người bệnh nặng, kháng trị, mạn tính. Trên lâm sàng nhận thấy những người bệnh này phần lớn đều có vấn đề về giấc ngủ. Dù có nhiều nghiên cứu trước đó nhưng về chuyên sâu vẫn còn nhiều khoảng trống nghiên cứu. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh đái tháo đường típ 2” với mục tiêu: Mô tả thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh đái tháo đường típ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh Đái tháo đường típ 2 do các bác sĩ chuyên khoa Nội tiết chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế năm 2020 được khám và điều trị đái tháo đường tại Bệnh viện Bạch Mai và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh có bệnh lý nội khoa nguy kịch, sa sút trí tuệ, không thể trả lời phỏng vấn.

Tác giả liên hệ: Đào Thị Thùy Trang

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thuytranglucia@gmail.com

Ngày nhận: 13/06/2026

Ngày được chấp nhận: 02/07/2026

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 nội tiết chẩn đoán ĐTĐ típ 2 hiện đang điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai. Tổng số 255 người bệnh đã tham gia nghiên cứu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Địa điểm lấy mẫu: Trung tâm khám bệnh và điều trị trong ngày, Khoa Nội tiết - đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian lấy mẫu: Từ tháng 7/2025 đến hết tháng 4/2026.

Công cụ nghiên cứu

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn giấc 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 mất ngủ trên lâm sàng. Tiêu chuẩn gồm 8 mục, trong đó người bệnh phàn nàn, không hài lòng về số lượng hoặc chất lượng giấc ngủ liên quan đến một hoặc nhiều hơn các triệu chứng (khó khăn khi bắt đầu ngủ, khó khăn trong duy trì giấc ngủ, thức dậy vào buổi sáng sớm). RLGN gây ra đau khổ hoặc suy giảm đáng kể các chức năng xã hội, nghề nghiệp, giáo dục... Tình trạng khó ngủ xảy ra ít nhất 3 đêm mỗi tuần diễn ra ít nhất 3 tháng và không được giải thích tốt hơn bởi một rối loạn tâm thần và tình trạng bệnh khác hoặc tác dụng sinh lý của một chất.³

Tiêu chuẩn chẩn đoán RLS theo DSM-5 bao gồm 5 mục, trong đó người bệnh có các triệu chứng: sự thúc giục chân chuyển động trong lúc nghỉ hoặc khi không hoạt động, sự thúc giục này sẽ giảm bớt hoặc giảm toàn phần và tồi tệ hơn vào buổi tối hoặc ban đêm so với ban ngày, hoặc chỉ xảy ra vào buổi tối hoặc ban 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 lý cơ thể khác.³

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn nhịp sinh học theo DSM-5 bao gồm 3 mục: Một kiểu gián đoạn giấc ngủ kéo dài hoặc tái phát chủ yếu do sự thay đổi của hệ thống sinh học hoặc do sự sai lệch giữa nhịp sinh học nội sinh và lịch trình đánh thức giấc ngủ theo yêu cầu của môi trường hoặc xã hội. Sự gián đoạn giấc ngủ dẫn đến buồn ngủ quá mức hoặc mất ngủ hoặc cả hai. RLGN gây ra sự đau khổ và suy giảm đáng kể các chức năng nghề nghiệp, xã hội hoặc các lĩnh vực quan trọng khác về mặt lâm sàng.³

Trắc nghiệm tâm lý

- Thang đánh giá chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI). Đây là một công cụ để đánh giá chất lượng giấc ngủ. PSQI gồm 19 câu hỏi tự đánh giá, trong đó xem xét 7 tiêu chí chính: chất lượng giấc ngủ theo chủ quan, vào giấc ngủ, thời lượng nằm trên giường, thời lượng ngủ được thực tế, các rối loạn giấc ngủ, sử dụng thuốc ngủ, rối loạn chức năng ban ngày, theo các mức độ từ 0 (không có khó khăn gì) đến 3 (rất khó khăn). Tổng điểm của thang từ 0 - 21 điểm. Tổng điểm ≥ 5 cho thấy có sự suy giảm chất lượng giấc ngủ. Với điểm cắt là 5, thang có độ nhạy 98,7% và độ đặc hiệu là 84,4% trong sàng lọc RLGN.⁴

- Thang đo STOP-Bang: đánh giá nguy cơ mắc ngưng thở khi ngủ. Bộ câu hỏi bao gồm câu hỏi theo dạng có hoặc không liên quan đến các đặc điểm lâm sàng của ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn. Tổng điểm tối thiểu là 0, tối đa là 8. Người bệnh được phân loại nguy cơ có ngưng thở khi ngủ theo điểm (0-2 điểm: nguy cơ thấp; 3-4 điểm: nguy cơ trung bình; 5-8 điểm: nguy cơ cao). Một nghiên cứu phân tích gộp cho thấy với điểm cắt là 3, STOP-Bang phát hiện OSA mức độ trung bình đến nặng có

độ nhạy lần lượt là 93% và 100%.⁵

- Bộ câu hỏi RLSSQ: sàng lọc hội chứng chân không. Bộ câu hỏi gồm 10 mục cho người bệnh tự đánh giá với câu trả lời là có (1 điểm) hoặc không (0 điểm). Bộ câu hỏi có điểm tối đa là 10 điểm. Điểm RLSSQ dương tính từ 7 điểm trở lên. Theo một nghiên cứu của Stiasny-Kolster và CS đã cho thấy với điểm cắt là 7, thang có độ nhạy 97,9% và độ đặc hiệu là 96,2% trong việc xác định người bệnh RLS.⁶

Biến số và chỉ số

- Đặc điểm nhân khẩu xã hội học: tuổi, giới, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân.

- Đặc điểm đái tháo đường típ 2: thời gian mắc bệnh, thuốc điều trị.

- Đặc điểm rối loạn giấc ngủ: tỉ lệ rối loạn chung và cá thể rối loạn giấc ngủ cụ thể, đặc điểm chung của rối loạn giấc ngủ, đặc điểm lâm sàng của từng thể rối loạn giấc ngủ.

- Đặc điểm cận lâm sàng: thang điểm PSQI, STOP - Bang, RLSSQ.

Thu thập số liệu: mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế theo mục tiêu nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn giấc ngủ theo DSM V, hồ sơ bệnh án, trắc nghiệm tâm lý (PSQI, STOP - Bang, RLSSQ).

Phương pháp xử lý số liệu: số liệu định lượng được nhập, quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Sau khi hoàn thành nhập liệu, làm sạch số liệu, tiến hành phân tích bằng các thuật toán thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Số liệu được mã hóa nhằm giữ bí mật thông tin cho người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bạch Mai số văn bản: 264/BM- HĐĐĐ ngày 15/12/2025

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n = 255)	Tỉ lệ %
Đặc điểm nhân khẩu xã hội học			
<i>Tuổi</i>	≤ 60	96	37,7
	> 60	159	62,3
<i>Giới</i>	Nam	112	43,9
	Nữ	143	56,1
<i>Trình độ học vấn</i>	< Trung học phổ thông	140	54,9
	Từ trung học phổ thông trở lên	115	45,1
<i>Tình trạng hôn nhân</i>	Đã kết hôn	221	86,7
	Khác (chưa kết hôn, li dị, góa)	34	13,3
<i>Khu vực sinh sống</i>	Nông thôn, miền núi	129	50,6
	Thành phố	126	49,4

Đặc điểm		Số lượng (n = 255)	Tỉ lệ %
Đặc điểm bệnh đái tháo đường típ 2			
<i>Thời gian mắc ĐTD (năm)</i>	< 5	88	34,5
	5 - 10	72	28,2
	> 10	95	37,3
<i>Thuốc điều trị ĐTD</i>	Insulin	44	17,3
	Thuốc uống	114	44,7
	Thuốc uống + Insulin	90	35,3
	Không dùng thuốc	7	2,8

Đặc điểm nhân khẩu xã hội học: Phần lớn người bệnh có độ tuổi trên 60 (62,3%). Tỉ lệ nữ giới cao hơn (56,1%). Số người bệnh có trình độ học vấn dưới trung học phổ thông (THPT) chiếm ưu thế (54,9%). Đa số người bệnh đã kết hôn chiếm tỉ lệ 86,7%. Tỉ lệ người bệnh sống ở vùng nông thôn, miền núi và thành thị gần tương đương nhau.

Đặc điểm bệnh đái tháo đường típ 2: Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $10,6 \pm 9,0$ năm, trong đó người bệnh có thời gian mắc ĐTD > 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,3%. Phần lớn người bệnh điều trị bằng thuốc uống (44,7%).

2. Thực trạng rối loạn giấc ngủ ở người bệnh đái tháo đường típ 2

Bảng 2. Tỉ lệ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh đái tháo đường típ 2

Đặc điểm		Số lượng	Tỉ lệ (%)
<i>Tỉ lệ chung (n = 255)</i>	Có RLGN	138	54,1
	Không có RLGN	117	45,9
<i>Tỉ lệ các loại rối loạn giấc ngủ (n = 138)</i>	Mất ngủ	120	87,0
	Rối loạn nhịp thức ngủ sinh học	2	1,4
	Hội chứng chân không yên	16	11,6

Trong 255 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn có 138 người bệnh có rối loạn giấc ngủ chiếm tỉ lệ 54,1%. Trong đó thể mất ngủ chiếm

tỉ lệ cao nhất 87,0%, tiếp đến là hội chứng chân không yên chiếm 11,6%, rối loạn nhịp thức ngủ sinh học chiếm tỉ lệ 1,4%.

Bảng 3. Đặc điểm chung của rối loạn giấc ngủ ở người bệnh đái tháo đường típ 2

Đặc điểm		Số lượng (n = 138)	Tỉ lệ (%)
<i>Thời gian đi vào giấc ngủ (phút)</i>	≤ 15	15	10,9
	16 - 30	14	10,1
	31 - 60	45	32,6
	> 60	64	46,4

	Đặc điểm	Số lượng (n = 138)	Tỉ lệ (%)
<i>Số lần thức giấc trong đêm (lần)</i>	1 - 2	88	63,8
	3 - 4	48	34,8
	> 4	2	1,4
<i>Thời gian ngủ lại sau khi thức giấc (phút)</i>	≤ 15	10	7,2
	16 - 30	20	14,5
	31 - 60	45	32,6
	> 60	63	45,7
<i>Thời gian ngủ mỗi đêm (giờ)</i>	< 4	56	40,6
	Từ 4 đến dưới 5	37	26,8
	Từ 5 đến dưới 6	33	23,9
	≥ 6	12	8,7
	Giá trị trung bình	3,9 ± 1,3	
<i>Hiệu quả giấc ngủ</i>	Tốt (> 85%)	1	0,7
	Trung bình (76 - 85%)	7	5,1
	Kém (66 - 75%)	33	23,9
	Rất kém (≤ 65%)	97	70,3

Trong nhóm người bệnh có RLGN, nhóm có thời gian đi vào giấc ngủ > 60 phút chiếm tỉ lệ cao nhất là 46,4%. Đa số người bệnh có số lần thức giấc trong đêm là 1 - 2 lần (63,8%). Nhóm người bệnh có thời gian ngủ lại sau khi

thức giấc lớn hơn 60 phút chiếm tỉ lệ cao nhất là 45,7%. Có 40,6% người bệnh có thời gian ngủ mỗi đêm dưới 4 giờ. Thời gian ngủ mỗi đêm trung bình là 3,9 ± 1,3. Hiệu suất giấc ngủ của chủ yếu ở mức rất kém với tỉ lệ là 70,3%.

Bảng 4. Đặc điểm của các thể rối loạn giấc ngủ ở người bệnh đái tháo đường típ 2

	Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<i>Thể mất ngủ (n = 120)</i>	Khó đi vào giấc ngủ	107	89,2
	Khó duy trì giấc ngủ	112	93,3
	Thức giấc sớm	106	88,3
<i>Rối loạn nhịp thức ngủ sinh học (n = 2)</i>	Muốn đi ngủ vào lúc khác (không phải giờ thông thường như mọi người)	1	1/2
	Giờ đi ngủ rất khác mọi người (chênh lệch hơn 2 giờ)	1	1/2
	Loại làm việc theo ca	1	1/2

	Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
<i>Hội chứng chân không yên (n = 16)</i>	Thôi thúc muốn vận động vì cảm giác khó chịu ở chân	16	100
	Sự thôi thúc xảy ra hoặc nặng hơn vào buổi tối	16	100
	Sự thôi thúc giảm nhẹ khi vận động hoặc kích thích vật lý	16	100
	Sự thôi thúc gây khó khăn trong việc khởi đầu hoặc trở lại giấc ngủ	15	93,8

Khi nghiên cứu về đặc điểm của thể mất ngủ, khó duy trì giấc ngủ là triệu chứng phổ biến với tỉ lệ cao nhất 93,3%. Khó đi vào giấc ngủ và thức giấc sớm cũng chiếm tỉ lệ khá cao. Trong 2 người bệnh có rối loạn nhịp thức ngủ thì có 1 người bệnh có rối loạn nhịp thức ngủ không đều và 1 người bệnh có rối loạn nhịp thức ngủ loại làm việc theo ca.

Những người bệnh có hội chứng chân không yên đều có triệu chứng thôi thúc muốn vận động vì cảm giác khó chịu ở chân, sự thôi thúc xảy ra hoặc nặng hơn vào buổi tối và sự thôi thúc giảm nhẹ khi vận động hoặc kích thích vật lý, 15/16 người bệnh có sự thôi thúc gây khó khăn trong việc khởi đầu hoặc trở lại giấc ngủ.

Bảng 5. Phân loại điểm PSQI, STOP-Bang, RLSS ở người bệnh đái tháo đường típ 2

	Đặc điểm	Số lượng (n = 255)	Tỉ lệ (%)
<i>Điểm PSQI</i>	≤ 5	116	45,5
	> 5	139	54,5
	Giá trị trung bình	$8,7 \pm 5,2$	
<i>Điểm RLSSQ</i>	< 7	239	93,7
	7 - 10	16	6,3
	Giá trị trung bình	$2,1 \pm 2,1$	
<i>Điểm STOP-Bang</i>	0 - 2	154	60,4
	3 - 4	98	38,4
	5 - 8	3	1,2
	Giá trị trung bình	$2,3 \pm 1,1$	

Tỉ lệ người bệnh có điểm PSQI > 5 là 54,5% (139 người) trong khi người bệnh có điểm PSQI ≤ 5 chiếm 45,5 %. Điểm PSQI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $8,7 \pm 5,2$.

Tỉ lệ người bệnh có điểm RLSSQ ≥ 7 là

6,3%% (16 người). Điểm RLSSQ trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $2,1 \pm 2,1$.

Tỉ lệ người bệnh có điểm STOP - Bang < 3 là 60,4% (154 người) tương ứng với tỉ lệ người bệnh có nguy cơ thấp mắc OSA là 60,4%. Tỉ lệ

người bệnh có nguy cơ trung bình mắc OSA là 38,4% (98 người). Người bệnh có nguy cơ cao mắc OSA chiếm tỉ lệ thấp nhất là 1,2%. Điểm STOP - Bang trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $2,3 \pm 1,1$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $62,4 \pm 12,9$. Kết quả của nghiên cứu này gần tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Dương Thị Ngọc Lan và cộng sự với tuổi trung bình của nhóm người bệnh ĐTD tip 2 là $61,3\% \pm 8,2$.³ Chúng tôi nhận thấy nữ giới chiếm tỉ lệ cao hơn so với tỉ lệ nam giới là 56,1% so với 43,9%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Jinjin Yuan với 226 người bệnh ĐTD tip 2, tỉ lệ nữ giới cũng chiếm tỉ lệ cao hơn là 54% so với nam giới là 46%.⁷ Khi nghiên cứu về trình độ học vấn, tỉ lệ người bệnh có trình độ học vấn từ THPT trở lên là 45,1%. So sánh với nghiên cứu của Dương Thị Mai Phương tại bệnh viện nội tiết trung ương thì tỉ lệ này là 83%.⁸ Sự khác biệt này có thể do đặc điểm xã hội của nhóm đối tượng nghiên cứu khác nhau. Phần lớn các đối tượng đã kết hôn (86,7%). Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Chiến (2024) cũng cho thấy tỉ lệ người bệnh có đã kết hôn là 70% trong khi ly dị hoặc ly thân chỉ chiếm 2%.⁹ Điều này phù hợp với nền văn hóa của nước ta lấy gia đình là gốc rễ và tỉ lệ ly hôn ở dân số nói chung tương đối thấp. Bảng 1 cũng mô tả số người bệnh sống ở nông thôn, miền núi gần tương đương với số người bệnh sống ở thành thị là Điều này cho thấy có sự đa dạng vùng miền trong quần thể nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn người bệnh có thời gian mắc bệnh trung bình $10,6 \pm 9,0$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của Bing-Qian Zhu và cộng sự cho thấy thời gian mắc ĐTD tip 2 trung

bình là $9,8 \pm 6,7$ năm.¹⁰

Kết quả bảng 1 cho thấy các thuốc hạ glucose máu đường uống vẫn là loại thuốc được lựa chọn đầu tiên để chỉ định cho người bệnh. Insulin được chỉ định cho NB ĐTD tip 2 khi không đáp ứng với thuốc uống, dị ứng thuốc viên, tăng glucose máu cấp cứu và trong một số trường hợp khác. Tuy nhiên tỉ lệ điều trị insulin kết hợp với thuốc uống cũng cao. Đây có thể do nguyên nhân thời gian mắc bệnh dài tháo đường kéo dài, tỉ lệ > 5 năm chiếm ưu thế.

Nghiên cứu đã ghi nhận 54,1% có rối loạn giấc ngủ ở người bệnh ĐTD tip 2. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Abdulaziz Darraj và cộng sự (2018) cho thấy RLGN xảy ra ở 55,4% người bệnh ĐTD tip 2.¹¹ Kết quả bảng 2 cũng cho thấy các thể rối loạn giấc ngủ ghi nhận được trong nghiên cứu là mất ngủ, hội chứng chân không yên và rối loạn nhịp thức ngủ sinh học. Trong đó, thể mất ngủ chiếm tỉ lệ cao nhất là 87,0%, tỉ lệ này cao hơn với một phân tích tổng hợp lấy ngẫu nhiên 71 nghiên cứu và 84 ước tính tỉ lệ hiện mắc cho thấy tỉ lệ mất ngủ chiếm 39% với khoảng tin cậy 95% từ 34% đến 44%.¹²

Đa số người bệnh ĐTD mất thời gian hơn 60 phút để đi vào giấc ngủ trong đó 63,8% số người bệnh thức giấc 1 - 2 lần mỗi đêm. Thời gian ngủ lại sau khi thức giấc của nhóm đối tượng này thường là lớn hơn 60 phút (45,7%). Qua đó có thể thấy được sự gián đoạn giấc ngủ mỗi đêm. Điều này cũng thể hiện ở hiệu suất giấc ngủ của nhóm đối tượng nghiên cứu đa phần rất kém chiếm tỉ lệ 70,3% và thời gian ngủ mỗi đêm trung bình là $3,9 \pm 1,3$. So sánh với kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Thu Hằng (2022), người bệnh ĐTD tip 2 có thời gian ngủ trung bình mỗi đêm là $4,6 \pm 0,9$ giờ.¹³ Sự khác biệt này có thể lý giải là do người bệnh ĐTD tip 2 của tác giả chỉ tập trung ở nhóm đối tượng ngoại trú với quần thể nghiên cứu nhỏ hơn là tập trung ở một xã nhỏ của tỉnh Thái Bình (Bảng 3).

Khi nghiên cứu về đặc điểm từng thể rối loạn giấc ngủ, kết quả nghiên cứu cho thấy khó duy trì giấc ngủ là triệu chứng hay gặp nhất trong thể mất ngủ chiếm tỷ lệ 93,3%. Khó đi vào giấc ngủ và thức giấc sớm cũng chiếm tỷ lệ khá cao cho thấy có sự gián đoạn giấc ngủ ở người bệnh ĐTD tip 2 dẫn đến chất lượng rất ngủ kém. Trong số 16 người bệnh có hội chứng chân không yên, 16/16 NB đều có triệu chứng thôi thúc muốn vận động vì cảm giác khó chịu ở chân, sự thôi thúc xảy ra hoặc nặng hơn vào buổi tối, Sự thôi thúc giảm nhẹ khi vận động hoặc kích thích vật lý, 15/16 NB có sự thôi thúc gây khó khăn trọng việc khởi đầu hoặc trở lại giấc ngủ (Bảng 4). Ở những người bệnh ĐTD có hội chứng chân không yên, cảm giác khó chịu ở chân có thể dẫn đến nhiều khó khăn trong việc bắt đầu và duy trì giấc ngủ làm gián đoạn giấc ngủ và gây ra rối loạn giấc ngủ nghiêm trọng.¹⁴ Kết quả bảng 4 cũng cho thấy trong 2 người bệnh có rối loạn nhịp thức ngủ thì có 1 NB có rối loạn nhịp thức ngủ không đều và 1 NB có rối loạn nhịp thức ngủ loại làm việc theo ca. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra vai trò của sự rối loạn đồng hồ sinh học đến tình trạng kháng insulin từ đó ảnh hưởng đến sự phát triển của bệnh tiểu đường tuy nhiên mới chỉ nghiên cứu rộng rãi ở động vật và rất ít ở người.¹⁵

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số người bệnh có điểm PSQI > 5 là chiếm tỷ lệ 54,5%. Điểm PSQI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $8,7 \pm 5,2$. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Faith trên 300 người bệnh ĐTD tip 2 cho thấy có 55% người tham gia có chỉ số PSQI > 5.¹⁶ Một nghiên cứu khác tại Singapore (2014) cho kết quả điểm PSQI trung bình là $8,30 \pm 4,12$ (Bảng 5).¹⁰

Điểm RLSSQ trung bình ở người bệnh ĐTD tip 2 là $2,1 \pm 2,1$. Trong đó, tỉ lệ người bệnh có

điểm RLSSQ ≥ 7 là 6,3%. Tỉ lệ người bệnh mắc hội chứng chân không yên chiếm 11,6%. Kết quả này thấp hơn so với một nghiên cứu cắt ngang thực hiện tại khoa đái tháo đường và nội tiết của Bệnh viện Đại học Mega Medipol ghi nhận có 22,8% người bệnh ĐTD tip 2 mắc hội chứng chân không yên.¹⁷ Một nghiên cứu khác tại Ý về mối liên hệ giữa RLS với bệnh ĐTD tip 2 có đối chứng cho kết quả là 17,7%.¹⁴ Sự khác biệt này có thể do khác biệt trong đặc điểm lấy mẫu nghiên cứu cũng như khác biệt về nền văn hóa ở mỗi quốc gia. Thang STOP - Bang là thang đánh giá nguy cơ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ. Điểm STOP - Bang trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $2,29 \pm 1,095$. Tỉ lệ người bệnh có điểm STOP - Bang < 3 là 60,4% tương ứng với tỉ lệ người bệnh có nguy cơ thấp mắc OSA là 60,4%. Tỉ lệ người bệnh có nguy cơ trung bình mắc OSA là 38,4%. Chỉ có 1,2% người bệnh có nguy cơ cao mắc OSA (Bảng 5).

Nghiên cứu của chúng tôi đã mô tả được đặc điểm của một số RLGN ở người bệnh ĐTD tip 2. Tuy nhiên vì nguồn lực còn hạn chế, đối tượng tham gia nghiên cứu chưa được chỉ định đo đa kí giấc ngủ. Vì vậy, hội chứng ngưng thở khi ngủ chỉ đánh giá được trên lâm sàng và dựa vào thang điểm STOP - Bang đánh giá nguy cơ mắc loại RLGN này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về thực trạng RLGN ở người bệnh ĐTD tip 2 tại bệnh viện Bạch Mai cho thấy rối loạn giấc ngủ là vấn đề hay gặp ở người bệnh ĐTD tip 2 với tỉ lệ 54,1% trong đó thể mất ngủ chiếm tỉ lệ cao nhất (87,0%). Hội chứng chân không yên và rối loạn nhịp sinh học lần lượt chiếm 11,6% và 1,4%. Chỉ có 1,2% người bệnh có nguy cơ mắc ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Trong thực hành lâm sàng, bác sĩ cần đánh giá toàn diện các đặc điểm của rối loạn giấc ngủ ở người bệnh đặc biệt là mất ngủ, hội chứng chân không yên, rối loạn nhịp thức ngủ sinh học để phát hiện kịp thời và nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice*. Published online 2018. doi:10.1016/j.diabres.2018.02.023
2. Sridhar GR, Madhu K. Prevalence of sleep disturbances in diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 1994;23(3):183-186. doi:10.1016/0168-8227(94)90103-1
3. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. 5th ed. American psychiatric association; 2013.
4. Backhaus Jutta, Junghanns Klaus, Broocks Andreas, Riemann D, Hohagen Fritz. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res*. 2002;53(3):737-740. doi:10.1016/s0022-3999(02)00330-6
5. Chung Frances, Abdullah Hairil R, Liao Pu. STOP-Bang Questionnaire: A Practical Approach to Screen for Obstructive Sleep Apnea. *Chest*. 2016;149(3):631-638. doi:10.1378/chest.15-0903
6. Stiasny-Kolster K, Möller JC, Heinzel-Gutenbrunner M, et al. Validation of the restless legs syndrome screening questionnaire (RLSSQ). *Somnologie*. 2009;13(1):37-42. doi:10.1007/s11818-009-0402-z
7. Yuan Jinjin, Wang Jinle, Chen Yingdan, et al. The relationship between daytime napping and glycemic control in people with type 2 diabetes. *Front Endocrinol*. 2024;15:1361906. doi:10.3389/fendo.2024.1361906
8. Dương Thị Mai Phương, Lê Quang Toàn, Ngô Thị Tâm và cộng sự. Chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường típ 2 mới chẩn đoán tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025;557(3). Accessed May 18, 2026.
9. Nguyễn Hữu Chiến, Nguyễn Trọng Quân, Đỗ Thị Hải Yến. Thực trạng chất lượng giấc ngủ theo PSQI và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Khoa nội tổng hợp, Bệnh viện E năm 2024. *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 2025;66(15):309-314.
10. Zhu Bing-Qian, Li Xiao-Mei, Wang Dan, Yu Xing-Feng. Sleep quality and its impact on glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Int J Nurs Sci*. 2014;1(3):260-265. doi:10.1016/j.ijnss.2014.05.020
11. Darraj Abdulaziz, Mahfouz Mohamed Salih, Alsabaani Abdullah, Sani Mubarak, Alameer Anwar. Assessment of sleep quality and its predictors among patients with diabetes in Jazan, Saudi Arabia. *Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther*. 2018;11:523-531. doi:10.2147/DMSO.S178674
12. Schipper Samantha B.J, Van Veen Maaïke M, Elders Petra J.M, et al. Sleep disorders in people with type 2 diabetes and associated health outcomes: a review of the literature. *Diabetologia*. 2021;64(11):2367-2377. doi:10.1007/s00125-021-05541-0
13. Đặng Thị Thu Hằng, Đặng Thị Thu Nga, Phạm Thị Bích. 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;(10). Accessed May 18, 2026. <https://thaibinhjmp.vn/index.php/ojstbump/article/view/51/42>
14. Merlino Giovanni, Fratticci Lara, Valente Mariarosaria, et al. Association of Restless Legs Syndrome in Type 2 Diabetes: A Case-Control Study. *Sleep*. 2007;30(7):866-871. doi:10.1093/sleep/30.7.866

15. Stenvers Dink Jan, Scheer Frank A.J.L., Schrauwen Patrick, et al. Circadian clocks and insulin resistance. *Nat Rev Endocrinol*. 2019;15(2):75-89. doi:10.1038/s41574-018-0122-1
16. Luyster Faith S, Dunbar-Jacob Jacqueline. Sleep Quality and Quality of Life in Adults With Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ*. 2011;37(3):347-355. doi:10.1177/0145721711400663
17. Bener Abdulbari, Al-Hamaq Abdulla O.A.A, Ağan Ahmet Faruk, Öztürk Mustafa, Ömer Abdulkadir. The prevalence of restless legs syndrome and comorbid condition among patient with type 2 diabetic mellitus visiting primary healthcare. *J Fam Med Prim Care*. 2019;8(12):3814-3820. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc_463_19

Summary

SLEEP DISORDERS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

A cross-sectional descriptive study was conducted on 255 patients with type 2 diabetes mellitus treated at Bach Mai Hospital from July 2025 to April 2026. We aimed to describe sleep disorders condition of type 2 diabetes mellitus patients. 54.1% of patients with type 2 diabetes mellitus had sleep disorders. 62.3% of patients over 60 years old had sleep. The average night-time sleep duration was 3.9 ± 1.3 hours. There were 63.8% of patients had sleep interruption 1 - 2 times per night. Very poor sleep efficiency ($\leq 65\%$) was recorded in 70.3% of patients. The most common clinical phenotype of sleep disorders was insomnia, representing 87.0%, followed by restless legs syndrome at 11.6%, and circadian rhythm sleep-wake disorders at 1.4%. The mean PSQI score of the study population was 8.7 ± 5.2 .

Keywords: Sleep disorders, insomnia, type 2 diabetes mellitus.