

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI NGUYÊN

Lương Thị Kiều Diễm^{1,3}, Trần Tuấn Tú^{1,2}, Phạm Đắc Trung¹
Phạm Thu Hiền³, Nguyễn Thị Hồng Thảo³, Nguyễn Quốc Anh²*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm rối loạn giấc ngủ (RLGN) ở bệnh nhân (BN) tăng huyết áp (THA) điều trị ngoại trú bằng thang điểm PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 116 BN THA điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên từ tháng 7/2024 - 5/2025. Dữ liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** 78,4% BN phàn nàn về RLGN. 75% BN có RLGN thực sự với điểm PSQI trung bình là $10,35 \pm 3,55$. RLGN phổ biến hơn ở nữ (78,48%) so với nam (67,57%), tăng theo tuổi và thời gian mắc THA. Đa số BN đi ngủ từ 21 - 22 giờ, mất trung bình 56,82 phút để vào giấc; 67,8% thức dậy trước 5 giờ sáng; 79,3% bị phân mảnh giấc ngủ, và > 80% ngủ < 6 giờ mỗi đêm. Hiệu quả giấc ngủ trung bình là 50,65%, > 70% không hài lòng về giấc ngủ. Về rối loạn chức năng ban ngày, 33,3% khó giữ tỉnh táo; 21,8% giảm hứng thú công việc, và 52,9% sử dụng thuốc hỗ trợ giấc ngủ. **Kết luận:** RLGN là tình trạng phổ biến ở BN THA, ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng giấc ngủ (CLGN), rối loạn chức năng ban ngày và hiệu quả điều trị.

Từ khóa: Tăng huyết áp; Rối loạn giấc ngủ; Rối loạn chức năng ban ngày.

CHARACTERISTICS OF SLEEP DISORDERS IN HYPERTENSIVE OUTPATIENTS AT HOSPITAL OF THAI NGUYEN UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Abstract

Objectives: To describe the characteristics of sleep disorders (SDs) in hypertensive outpatients using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

¹Bộ môn Nội, Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

³Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

*Tác giả liên hệ: Lương Thị Kiều Diễm (diemtycb@gmail.com)

Ngày nhận bài: 30/6/2025

Ngày được chấp nhận đăng: 16/10/2025

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v50i9.1421>

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted among 116 hypertensive outpatients at Hospital of Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy from July 2024 to May 2025. Data were collected and analyzed using SPSS version 20.0. **Results:** 78.4% of patients reported sleep disorders-related complaints. 75% were confirmed to have sleep disorders with an average PSQI score of 10.35 ± 3.55 . SDs were more prevalent in females (78.48%) than in males (67.57%), and increased with age and duration of hypertension. Most patients went to bed between 9 p.m. and 10 p.m., with an average sleep latency of 56.82 minutes. 67.8% of patients woke up before 5 a.m.; 79.3% experienced sleep fragmentation, and > 80% slept less than 6 hours per night. The average sleep efficiency was 50.65%, and more than 70% of patients were dissatisfied with their sleep quality. Regarding daytime dysfunction: 33.3% of patients had difficulty staying alert, 21.8% reported reduced interest in work, and 52.9% used sleep aids. **Conclusion:** Sleep disorders are common among patients with hypertensive, negatively affecting sleep quality, daytime dysfunction, and treatment efficacy.

Keywords: Hypertension; Sleep disorders; Daytime dysfunction.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn giấc ngủ ở người mắc bệnh mạn tính nói chung và BN THA nói riêng là vấn đề ảnh hưởng lớn đến sức khỏe của người bệnh, đây là tình trạng rất phổ biến, thường ít được quan tâm và cho rằng không cần điều trị. CLGN kém được chứng minh là có mối liên quan đến THA, trầm cảm và giảm chất lượng cuộc sống. Ngủ không đủ giấc thường xuyên có thể gây THA trong vòng 24 giờ và dẫn đến sự thích nghi về cấu trúc khiến hệ thống tim mạch động

ở trạng thái cân bằng huyết áp cao, từ đó tăng nguy cơ xuất hiện cơn THA, đồng thời giảm thiểu biến chứng của THA như suy tim, nhồi máu não, bệnh động mạch ngoại vi. Ngoài ra, RLGN có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến việc tuân thủ sử dụng thuốc điều trị, dẫn tới việc kiểm soát huyết áp không hiệu quả. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: *Mô tả đặc điểm RLGN bằng thang điểm PSQI ở BN THA điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên từ năm 2024 - 2025.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 116 BN được theo dõi THA điều trị theo sổ ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược Thái Nguyên từ tháng 7/2024 - 5/2025.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN đã được chẩn đoán THA, đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thái Nguyên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN mắc bệnh lý ở giai đoạn cấp tính phải nhập viện điều trị.

* *Địa điểm và thời gian nghiên cứu*: tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược Thái Nguyên từ tháng 7/2024 - 5/2025.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

* *Cỡ mẫu nghiên cứu*: Thuận tiện.

* *Phương pháp chọn mẫu*: Thu toàn bộ ngẫu nhiên đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

* *Chỉ tiêu nghiên cứu*:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, thời gian mắc THA.

Thực trạng RLG: Phân nản về RLG, thang điểm PSQI, trong đó, BN

có PSQI > 5 điểm được coi là BN có RLG [1].

Đặc điểm về giấc ngủ: Giờ đi ngủ, thời gian vào giấc, phân mảnh giấc ngủ. Thời lượng giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ (HQN), độ hài lòng giấc ngủ. Đặc điểm rối loạn chức năng ban ngày (RLCNBN): Khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo, khó khăn duy trì hứng thú hoàn thành công việc, sử dụng thuốc ngủ và các dạng hỗ trợ giấc ngủ.

* *Xử lý số liệu*: Dữ liệu thu thập được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (n, %), và giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Mối liên quan giữa các biến được đánh giá bằng phép kiểm Chi-square và Fisher's Exact Test. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này đã được Hội đồng Y đức của Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên phê duyệt theo Quyết định số 221/DHYD-HĐĐĐ ngày 28/02/2025. Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Đại học Y Dược Thái Nguyên cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung.

Đặc điểm		Số lượng n (%)	Không RLGN (PSQI < 5) n (%)	RLGN (PSQI > 5) n (%)	p
Giới tính	Nam	37 (31,9)	12 (32,4)	25 (67,6)	0,251
	Nữ	79 (68,1)	17 (21,5)	62 (78,5)	
Tuổi	< 60	20 (17,2)	5 (25,0)	15 (75,0)	0,014
	60 - 69	41 (35,4)	17 (41,5)	24 (58,5)	
	70 - 79	52 (44,8)	7 (13,5)	45 (86,5)	
	≥ 80	3 (2,6)	0 (0)	3 (100,0)	
	Tuổi trung bình		60,7 ± 5,5		
BMI	< 18,5	19 (16,4)	7 (36,8)	12 (63,2)	< 0,01
	18,5 - 23	38 (32,8)	18 (47,4)	20 (52,6)	
	> 23	59 (50,8)	4 (6,8)	55 (93,2)	

RLGN gặp ở cả hai giới, nữ (78,5%) cao hơn nam (67,6%). Tỷ lệ RLGN tăng rõ rệt theo tuổi, từ 75,0% ở nhóm < 60 tuổi lên 100% ở nhóm ≥ 80 tuổi, và theo BMI, cao nhất ở nhóm > 23 với 93,2% ($p < 0,01$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa thời gian mắc THA, bệnh đồng mắc và các tổn thương cơ quan đích của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm		Số lượng n (%)	Không RLGN (PSQI < 5) n (%)	RLGN (PSQI > 5) n (%)	p
Thời gian mắc THA (năm)					
< 5		45 (38,8)	13 (28,9)	32 (71,1)	0,274
5 - 10		52 (44,8)	14 (26,9)	38 (73,1)	
> 10		19 (16,4)	2 (10,5)	17 (89,5)	
Bệnh đồng mắc					
ĐTĐ		82 (70,7)	15 (18,3)	67 (81,7)	0,018
RLCH lipid		68 (57,8)	12 (17,6)	56 (82,4)	0,015
Bệnh lý tự miễn		21 (18,1)	9 (42,9)	12 (57,1)	0,070
Tổn thương CQ đích					
Suy tim		81 (69,8)	19 (23,5)	62 (76,5)	0,726
Đột quy não		16 (13,8)	2 (12,5)	14 (87,5)	0,351
Bệnh thận mạn		16 (13,8)	8 (50,0)	8 (50,0)	0,030

(ĐTĐ: Đái tháo đường; RLCH: Rối loạn chuyển hóa; CQ: Cơ quan)

RLGN có xu hướng tăng theo thời gian mắc THA (71,1% ở < 5 năm lên 89,5% ở > 10 năm) nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Đa số BN có đồng mắc ĐTĐ, trong đó bệnh đồng mắc liên quan RLGN chủ yếu là RLCH lipid (82,4%) và ĐTĐ (81,7%) với $p < 0,05$. Bệnh thận mạn liên quan rõ với RLGN (50,0%, $p < 0,05$), trong khi suy tim và đột quỵ não không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Thực trạng RLGN ở BN THA điều trị ngoại trú.

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phản nản về RLGN		
Không	25	21,6
< 5 năm	46	39,7
5 - 10 năm	29	25,0
> 10 năm	16	13,7
Điểm PSQI		
Có RLGN (PSQI > 5)	87	75,0
Điểm trung bình	10,35 ± 3,55	

78,4% BN có phản nản RLGN. Khảo sát thang điểm PSQI có 75% BN có RLGN thực sự với điểm trung bình là 10,35 ± 3,55.

Bảng 4. Đặc điểm về thói quen đi ngủ và thời gian vào giấc ngủ.

Đặc điểm	Số lượng (n = 87)	Tỷ lệ (%)
Giờ đi ngủ (giờ)	Trước 21	22
	21 - 22	45
	22 - 23	15
	Sau 23	5
Thời gian vào giấc ngủ (phút)	< 15	5
	16 - < 30	11
	30 - < 60	23
	≥ 60	48
	Trung bình	56,82 ± 20,52
Thời gian thức dậy (giờ)	Trước 5	57
	5 - 7	25
	Sau 7	1
Phân mảnh giấc ngủ	Có	69
	Không	18

Khung giờ đi ngủ chủ yếu là 21 - 22 giờ (51,7%), > 75% BN cần > 30 phút để vào giấc với thời gian trung bình là 56,82 ± 20,52 phút. 67,8% BN thức dậy trước 5 giờ sáng. 79,3% BN có phân mảnh giấc ngủ.

Bảng 5. Thời lượng giấc ngủ và hiệu quả giấc ngủ.

Đặc điểm	Số lượng (n = 87)	Tỷ lệ (%)
Thời lượng giấc ngủ (giờ)	< 5	52,9
	5 - < 6	34,5
	6 - < 7	9,2
	≥ 7	3,4
	Trung bình	4,16 ± 1,32
Hiệu quả giấc ngủ (%)	< 65	51,7
	65 - 74	36,8
	75 - 84	9,2
	≥ 85	2,3
	Trung bình	50,65 ± 15,32
Độ hài lòng về giấc ngủ	Hài lòng	27,6
	Không hài lòng	72,4

> 80% BN có thời lượng ngủ < 6 giờ. Nhóm < 5 giờ chiếm 52,9%; từ 5 - < 6 giờ chiếm 34,5%; > 7 giờ chiếm 3,4%. Hiệu quả giấc ngủ trung bình là 50,65 ± 15,32%. > 70% BN không hài lòng về giấc ngủ.

Bảng 6. Đặc điểm liên quan đến các rối loạn chức năng ban ngày.

Rối loạn chức năng ban ngày	Số lượng (n = 87)	Tỷ lệ (%)
Khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo	Có	33,3
	Không	66,7
Khó khăn duy trì hứng thú hoàn thành công việc	Có	21,8
	Không	78,2
Sử dụng thuốc ngủ và các dạng hỗ trợ giấc ngủ	Có	52,9
	Không	47,1

Trong số 87 BN THA có 33,3% có RLGN khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo; 21,8% khó khăn duy trì hứng thú hoàn thành công việc; 52,9% có sử dụng thuốc ngủ và các dạng hỗ trợ giấc ngủ.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

87/116 BN có RLGN (PSQI > 5 điểm) với điểm PSQI trung bình là $10,35 \pm 3,55$, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Hoà, RLGN chiếm 80% với điểm PSQI trung bình của là $9,54 \pm 4,57$ [2]. BN THA đa số là nữ giới (68,1%), theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn cho thấy nữ giới chiếm 70,3%, tuổi trung bình là $75,26 \pm 8,44$ [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa trên 95 BN cũng cho thấy nữ giới chiếm 70,5% và độ tuổi trung bình là $73,7 \pm 6,3$ [4]. RLGN gặp tỷ lệ cao ở BN nữ có THA, có thể do BN đang trong thời kỳ mãn kinh với sự thiếu hụt các nội tiết tố, điều này ở nam giới thường xảy ra từ từ và xuất hiện muộn hơn, hoặc có thể do nữ giới thường dễ bị stress tâm lý cao hơn nam giới. Độ tuổi trung bình của BN THA là $60,7 \pm 5,5$, trong đó gặp tỷ lệ ít BN > 80 tuổi (2,6%), đặc điểm này phù hợp với các mô tả trong y văn về THA cũng như các nghiên cứu trước đây ở BN cao tuổi mắc THA hoặc các bệnh mạn tính khác. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và Nguyễn Thị Hoa ghi nhận tuổi trung bình lần lượt là $75,26 \pm 8,44$ [3], và $73,7 \pm 6,3$ [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoa khẳng định tuổi càng cao thì tỷ lệ mất ngủ càng tăng, với $p < 0,005$ [4]. Nghiên cứu của Vương Gia Bảo cho

thấy giả thuyết sự lão hóa làm thay đổi cấu trúc giấc ngủ, thời gian ở giai đoạn giấc ngủ sóng chậm và giấc ngủ chuyển động nhanh của mắt (Rapid Eye Movement - REM) giảm xuống dẫn đến sự suy giảm thời lượng và hiệu quả của giấc ngủ [5]. Béo phì là yếu tố nguy cơ của ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (OSA), viêm mạn tính mức độ thấp và rối loạn leptin/ghrelin, gây suy giảm CLGN.

Liên quan giữa RLGN và THA, James E Gangwisch cho thấy mất ngủ kết hợp với thời lượng ngủ ngắn làm tăng đáng kể và có tác dụng hiệp đồng với nguy cơ mắc bệnh THA [6]. Huyết áp giảm khi CLGN tốt và thời gian ngủ đủ bởi chức năng cân bằng nội môi trong điều hòa huyết áp khi ngủ. Khi ngủ không đủ hoặc CLGN không tốt dẫn đến tăng hoạt hóa giao cảm và giảm hoạt hóa phó giao cảm dẫn đến huyết áp động mạch tăng lên. Theo tác giả Shi Chen, BN THA có điểm PSQI cao hơn đáng kể so với những người không bị THA với $p < 0,001$ [7], cho thấy tầm quan trọng của điều trị và kiểm soát sớm RLGN trong phòng, điều trị và làm chậm tiến triển, biến chứng của THA. Bệnh đồng mắc như RLCH lipid và ĐTĐ làm tăng viêm hệ thống, stress oxy hóa gây ảnh hưởng đến nhịp sinh học và cấu trúc giấc ngủ. Đồng thời, RLCH và THA thường duy trì nhau qua cơ chế vòng xoắn: RLCH kéo dài làm tổn thương nội mô, thúc đẩy xơ vữa và

THA; THA lại gây rối loạn chức năng chuyển hóa và tổn thương vi mạch, làm nặng thêm RLCH. Sự xuất hiện của RLGN trong bối cảnh này càng làm vòng xoắn khép chặt, vì thiếu ngủ làm tăng đề kháng insulin, tăng cortisol và kích hoạt viêm, gây khó khăn cho kiểm soát cả huyết áp và chuyển hóa. Các bệnh lý khác bệnh thận mạn cho thấy tỷ lệ RLGN 50% và có liên quan thống kê ($p = 0,03$), nhiều khả năng do các yếu tố như tiểu đêm, ngứa và độc tố urê huyết. Suy tim (76,5%) và đột quỵ (87,5%) chưa cho thấy khác biệt rõ ($p > 0,05$), nhưng cỡ mẫu nhỏ có thể làm giảm khả năng phát hiện khác biệt. Kết quả nghiên cứu khẳng định RLGN ở BN THA là phổ biến, liên quan đến nhiều yếu tố nhân khẩu, lâm sàng và bệnh đồng mắc. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc định kỳ CLGN, đặc biệt ở BN ≥ 70 tuổi, BMI cao, mắc RLCH hoặc bệnh thận mạn. Các biện pháp can thiệp giấc ngủ cần được lồng ghép song song với điều trị hạ áp để cải thiện kết cục tim mạch và chuyển hóa.

2. Đặc điểm về giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, đa số BN có thói quen đi ngủ trước 22 giờ, tuy nhiên thời gian vào giấc kéo dài, phân mảnh giấc ngủ và thức dậy sớm gây ảnh hưởng trực tiếp tới thời lượng, hiệu quả và độ

hài lòng giấc ngủ cũng như gây ra các rối loạn cơ năng ban ngày ở BN THA.

Kết quả của nghiên cứu cho thấy đa số BN có thói quen đi ngủ sớm trước 21 giờ (25,3%) và ngủ trong khoảng 21 - 22 giờ (51,7%), kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hòa là $21,0 \pm 1,3$ giờ [2] do lứa tuổi này có ít hoạt động về đêm cùng với tích lũy các triệu chứng cơ năng vào ban ngày (đau, mỏi, mệt,..) và thiếu hụt năng lượng do tiêu thụ, chuyển hoá và hấp thu kém thúc đẩy BN đi ngủ sớm hơn ở người trẻ. Thời gian vào giấc ngủ trung bình là $56,82 \pm 20,52$ phút, trong đó 30 - 60 phút là 26,4%; > 60 phút là 52,2%, khác với tỷ lệ do tác giả Nguyễn Văn Tuấn cho thấy nhóm 15 - 30 phút để vào giấc là 29,7% và tương đồng ở các nhóm còn lại và thời gian vào giấc trung bình tương đương với $61,7 \pm 61,1$ phút cho thấy tình trạng khó vào giấc ở BN THA. Cùng với đó, tình trạng thức dậy quá sớm (trước 5 giờ) chiếm 67,8% và tình trạng phân mảnh giấc ngủ (thức dậy giữa giấc ngủ) chiếm 79,3% do các triệu chứng (tiểu đêm, ngưng thở khi ngủ, đau, khó thở...) trực tiếp làm giảm tới thời lượng, hiệu quả và độ hài lòng giấc ngủ cũng như gây ra các rối loạn cơ năng ban ngày ở BN THA.

Hiệu quả giấc ngủ đạt kết quả thấp với trung bình $50,65 \pm 15,32\%$, đạt $< 65\%$ (51,7%) so với thời lượng giấc

ngủ tối ưu từ 7 - 8 giờ/đêm và hiệu quả giấc ngủ cần đạt tối thiểu 70% nhằm đảm bảo các lợi ích về sức khỏe. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Hoà và Nguyễn Văn Tuấn [2, 3].

RLGN ảnh hưởng tới các hoạt động sinh hoạt và làm giảm sự hài lòng về giấc ngủ của BN. Có 63/87 BN (72,4%) không hài lòng với giấc ngủ hiện tại và có mong muốn cải thiện giấc ngủ trong đó, 46/87 BN (52,9%) đã tìm đến ít nhất một phương pháp cải thiện giấc ngủ bằng thuốc ngủ, thuốc đông y hoặc các liệu pháp thư giãn (âm nhạc, nghe kể chuyện, massage,...). Một số ít BN không có mong muốn cải thiện giấc ngủ do ý nghĩ chủ quan cho rằng mất ngủ là vấn đề tự nhiên không cần can thiệp hoặc biết là cần thiết nhưng ngại can thiệp.

Cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế và được tuyển chọn tại một cơ sở y tế, có thể làm giảm tính đại diện cho quần thể BN THA nói chung. Thiết kế cắt ngang không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả giữa RLGN và các yếu tố liên quan. Đánh giá giấc ngủ dựa trên thang điểm PSQI và khai báo của BN, chưa sử dụng các phương pháp đo khách quan như đa ký giấc ngủ (polysomnography). Một số yếu tố gây nhiễu tiềm ẩn như mức độ hoạt động thể lực, chế độ ăn, và tình trạng tâm thần chưa được kiểm soát đầy đủ.

KẾT LUẬN

Rối loạn giấc ngủ là tình trạng thường gặp, đặc biệt ở người THA, nhưng thường bị bỏ qua và cho rằng đó là biểu hiện bình thường của tình trạng lão hoá. Trong đó, khó đi vào giấc ngủ, thức dậy quá sớm và phân mảnh giấc ngủ là những đặc điểm chính trực tiếp làm giảm thời lượng giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ, mức độ hài lòng về giấc ngủ, từ đó gây ra các rối loạn chức năng ban ngày ở BN, ảnh hưởng lớn tới các thói quen có lợi, trong đó có thói quen sử dụng thuốc góp phần giảm hiệu quả điều trị THA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 1989; 28(2):193-213.
2. Trần Thị Hoà, Đỗ Thị Thu, Nguyễn Thị Hoa. Đặc điểm chất lượng giấc ngủ ở BN cao tuổi tăng huyết áp điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 529(1B). DOI: 10.51298/Vmj.V529i1b.6357.
3. Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Thắng, Vũ Sơn Tùng, Lý Lan Chi, Nguyễn Thị Kim Xuyên, Dương Huỳnh Phương Nghi, Triệu Hữu Tín, Néang Chanh Ty, Kim Thị Ngọc Yến, Nguyễn Văn Thống.

Đặc điểm lâm sàng chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp. *Tạp chí nghiên cứu Y học*. 2021; 145(9):45-54. DOI: 10.52852/Tcncyh.V145i9.257.

4. Nguyễn Thị Hoa, Đỗ Thị Thu, Trần Thị Hoà. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2023; 48(7):33-43. DOI: 10.56535/Jmpm.V48i7.389.

5. Vương Gia Bảo, Trương Thảo Nguyên, Nguyễn Như Hồ, Quách Thanh Hưng. Khảo sát các yếu tố nguy cơ gây mất ngủ ở người cao tuổi tại Bệnh viện

Nguyễn Trãi và Thống Nhất Tp. HCM. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 531(1). DOI: 10.51298/Vmj.V531i1.6939.

6. Gangwisch JE. A review of evidence for the link between sleep duration and hypertension. *Am J Hypertens*. 2014 Oct; 27(10):1235-1242. DOI: 10.1093/ajh/hpu071. Epub 2014 Apr 28. PMID: 24778107; PMCID: PMC4229731.

7. Chen S, Song X, Shi H, Li J, Ma S, Chen L, Et Al. Association between sleep quality and hypertension in Chinese adults: A cross-sectional analysis in the Tianning cohort. *Nat Sci Sleep*. 2022; 14:2097-105. DOI: 10.2147/Nss.S388535.