ASSESSMENT OF SLEEP QUALITY USING THE PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI) IN PATIENTS AFTER CARDIAC SURGERY AT HANOI HEART HOSPITAL

Tran Minh Vuong[1], Ngo Van Thanh[1], Nguyen Thi Thuy[1], Nguyen Thi Phuong[1], Bui Duc Toan[2], Hoang Thi Van Anh[2], Truong Quang Trung[2,3]*

[1]Hanoi Heart Hospital - 92 Tran Hung Dao, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam
[2]Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam
[3]Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 06/05/2026
Revised: 11/05/2026; Accepted: 15/05/2026

ABSTRACT

Background & Objectives: Sleep disturbances are prevalent yet frequently overlooked functional complications in cardiac surgery patients. This study aimed to describe sleep characteristics and assess sleep quality using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) in post-cardiac surgery patients at Hanoi Heart Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 71 elective post-cardiac surgery patients at Hanoi Heart Hospital from August 1, 2024, to February 28, 2025. Sleep quality was evaluated using the PSQI questionnaire, alongside assessments of postoperative pain (Visual Analogue Scale - VAS) and anxiety (Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety subscale - HADS-A).

Results: The overall prevalence of poor sleep quality (global PSQI score > 5) was 69.01%, including 33.80% mild, 28.17% moderate, and 5.63% severe sleep disturbance. The median global PSQI score was 9.0 (interquartile range: 4.0 – 12.0). Regarding specific components: 36.62% of patients had actual nocturnal sleep duration < 5 hours (mean: 5.45 ± 2.12 hours); 36.62% experienced prolonged sleep latency > 30 minutes (median: 30 minutes); 45.07% exhibited severely impaired sleep efficiency (< 65%) with a median sleep efficiency of 67.0% (IQR: 50.0% – 89.0%). Only 5.63% used sleep medications, and 85.92% reported minimal daytime dysfunction.

Conclusion: Poor sleep quality is highly prevalent (69.01%) among post-cardiac surgery patients, characterized by truncated sleep duration, prolonged sleep latency, and compromised sleep efficiency. Routine screening protocols and structured multi-modal sleep-promoting nursing interventions should be systematically integrated into Enhanced Recovery After Cardiac Surgery (ERAS Cardiac) pathways.

Keywords: *Sleep quality, post-cardiac surgery, PSQI, Hanoi Heart Hospital.*

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ BẰNG THANG ĐIỂM PSQI CHO NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT TIM Ở BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Trần Minh Vương[1], Ngọ Văn Thanh[1], Nguyễn Thị Thuý[1], Nguyễn Thị Phượng[1], Bùi Đức Toàn[2], Hoàng Thị Vân Anh[2], Trương Quang Trung[2,3]*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề & Mục tiêu: Rối loạn giấc ngủ là một biến chứng chức năng thường gặp nhưng chưa được quan tâm đúng mức ở người bệnh sau phẫu thuật tim mạch. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm và đánh giá chất lượng giấc ngủ ở người bệnh sau phẫu thuật tim bằng thang điểm PSQI tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 71 người bệnh sau phẫu thuật tim theo kế hoạch tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ ngày 01/08/2024 đến ngày 28/02/2025. Chất lượng giấc ngủ được đánh giá qua bộ công cụ Chỉ số Chất lượng Giấc ngủ Pittsburgh (PSQI), kết hợp đánh giá mức độ đau (VAS) và mức độ lo âu (HADS-A).

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém (PSQI > 5 điểm) sau phẫu thuật tim là 69,01%, trong đó rối loạn giấc ngủ mức độ nhẹ chiếm 33,80%, mức độ trung bình 28,17% và mức độ nặng 5,63%. Điểm PSQI trung vị toàn nhóm là 9,0 (khoảng tứ phân vị: 4,0 – 12,0). Về các thành tố: 36,62% người bệnh có thời gian ngủ thực tế ban đêm < 5 giờ (trung bình 5,45 ± 2,12 giờ); 36,62% có thời gian chờ vào giấc ngủ kéo dài > 30 phút (trung vị 30 phút); 45,07% có hiệu suất giấc ngủ kém (< 65%) với hiệu suất trung vị chỉ đạt 67,0% (50,0% – 89,0%). Có 5,63% người bệnh sử dụng thuốc ngủ và 85,92% báo cáo không bị ảnh hưởng nhiều đến hoạt động ban ngày.

Kết luận: Tỷ lệ rối loạn chất lượng giấc ngủ ở người bệnh sau phẫu thuật tim rất cao (69,01%), đặc trưng bởi thời lượng ngủ ngắn, khó đi vào giấc ngủ và hiệu suất giấc ngủ suy giảm trầm trọng. Cần xây dựng quy trình sàng lọc thường quy và can thiệp chăm sóc cải thiện giấc ngủ đa mô thức trong chương trình hồi phục sau phẫu thuật tim (ERAS Cardiac).

Từ khóa: *Chất lượng giấc ngủ, sau phẫu thuật tim, thang điểm PSQI, Bệnh viện Tim Hà Nội.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch tiếp tục là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu và đóng góp tỷ trọng lớn nhất vào gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Theo báo cáo từ Nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu (Global Burden of Disease – GBD), số ca mắc và tử vong do các bệnh lý tim mạch, đặc biệt là suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ và bệnh van tim thoái hóa, không ngừng gia tăng nhanh chóng tại các quốc gia phát triển cũng như đang phát triển [1]. Phẫu thuật tim hở và can thiệp ngoại khoa lồng ngực là các phương pháp điều trị triệt để giúp phục hồi cấu trúc và huyết động học tối ưu cho hệ tuần hoàn. Tuy nhiên, phẫu thuật tim mạch luôn là một sang chấn ngoại khoa lớn, đòi hỏi quá trình mở

[1]Bệnh viện Tim Hà Nội - 92 Trần Hưng Đạo, P. Cửa Nam, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[3]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
**Tác giả liên hệ: Trần Minh Vương*
Email: vuongminh006822@gmail.com - Tel: 0979664881
Ngày nhận: *07/10/2026* ***Ngày sửa:*** *22/10/2026*
Ngày chấp nhận: *26/10/2026*
DOI: *10.47972/vjcts.vi.1945*

xương ức, tuần hoàn ngoài cơ thể (Cardiopulmonary Bypass – CPB), gây mê kéo dài và chăm sóc hồi sức tích cực chuyên sâu [2].

Trong giai đoạn hậu phẫu, người bệnh không chỉ đối mặt với nguy cơ biến chứng huyết động, nhiễm trùng hay đau sau mổ, mà còn thường xuyên chịu đựng tình trạng rối loạn giấc ngủ nghiêm trọng. Rối loạn giấc ngủ sau phẫu thuật tim là sự suy giảm toàn diện về cả cấu trúc, số lượng và chất lượng giấc ngủ sinh lý, biểu hiện qua tình trạng mất ngủ, khó đi vào giấc ngủ, thức giấc nhiều lần trong đêm, giảm tỷ lệ các giai đoạn ngủ sâu (N3 và REM) và giấc ngủ không mang lại sự phục hồi năng lượng [3, 4]. Nguyên nhân của tình trạng này mang tính chất đa yếu tố, bao gồm sang chấn tâm lý chu phẫu, cơn đau từ đường rạch xương ức và các ống dẫn lưu trung thất, phản ứng viêm hệ thống do chạy máy tim phổi nhân tạo, rối loạn nhịp sinh học do ánh sáng và tiếng ồn liên tục tại đơn vị hồi sức tim mạch (ICU), cũng như tác dụng phụ của các nhóm thuốc vận mạch, chống loạn nhịp và giảm đau nhóm opioi [4-6].

Về mặt sinh lý bệnh học, giấc ngủ đóng vai trò thiết yếu trong việc duy trì ổn định hệ thần kinh tự chủ, điều hòa huyết áp, cân bằng nội tiết và kích hoạt hệ thống miễn dịch phục hồi. Giấc ngủ kém và thiếu ngủ kéo dài kích hoạt hệ thần kinh giao cảm quá mức, làm tăng nồng độ catecholamine và cortisol lưu hành, dẫn đến tăng gánh thất trái, rối loạn nhịp tim sau mổ, tăng nguy cơ thiếu máu cơ tim cục bộ và làm chậm tiến trình liền xương ức [7-9]. Đồng thời, mất ngủ làm suy giảm miễn dịch tế bào, gia tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện, suy giảm nhận thức, thúc đẩy hội chứng sảng sau mổ (postoperative delirium) và kéo dài thời gian nằm viện [4, 10, 11]). Do đó, tối ưu hóa chất lượng giấc ngủ được xem là một trụ cột then chốt trong các chương trình Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật tim (ERAS Cardiac).

Mặc dù y văn quốc tế đã công bố nhiều nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ rối loạn giấc ngủ sau phẫu thuật tim mạch dao động từ 50% đến hơn 80% [3, 6, 12], tại Việt Nam các nghiên cứu khảo sát chuyên sâu về đặc điểm giấc ngủ hậu phẫu bằng các thang điểm chuẩn hóa vẫn còn khá khiêm tốn. Nhằm cung cấp bằng chứng thực tiễn về đặc điểm và mức độ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh sau phẫu thuật tim, làm cơ sở khoa học để xây dựng các can thiệp điều dưỡng và chăm sóc sau phẫu thuật tối ưu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang điểm PSQI ở người bệnh sau phẫu thuật tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội" với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, phẫu thuật và chất lượng giấc ngủ của người bệnh sau phẫu thuật tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

2. Đánh giá các thành tố cấu thành chất lượng giấc ngủ thông qua bộ công cụ PSQI ở đối tượng nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm các người bệnh từ 18 tuổi trở lên, được chỉ định và thực hiện phẫu thuật tim theo kế hoạch (chương trình) tại Bệnh viện Tim Hà Nội trong khoảng thời gian từ ngày 01/08/2024 đến ngày 28/02/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh ≥ 18 tuổi trở lên
- Được chỉ định phẫu thuật tim theo kế hoạch
- Có khả năng giao tiếp, biết đọc, biết viết.
- Người bệnh tự nguyện đồng ý tham gia vào nghiên cứu này

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh được phẫu thuật cấp cứu.
- Người bệnh có tiền sử mắc các bệnh lý thần kinh mạn tính, sa sút trí tuệ hoặc rối loạn nhận thức.
- Được chẩn đoán mắc chứng ngưng thở khi ngủ (Sleep apnea Syndrome).
- Người bệnh mắc rối loạn tâm thần hoặc trầm cảm nặng trước phẫu thuật.
- Có chỉ định nhưng từ chối phẫu thuật

2.2. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: thu thập toàn bộ các người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu, đạt tổng số mẫu là 71 người bệnh.

2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Dữ liệu nghiên cứu được thu thập thông qua bộ phiếu điều tra có cấu trúc kết hợp trích xuất hồ sơ bệnh án, bao gồm:

2.3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng:

Tuổi, giới tính, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập, loại phẫu thuật, đường mổ, thời gian chạy máy CPB, thời gian gây mê, thời gian phẫu thuật, số ngày nằm ICU và tổng số ngày nằm viện.

2.3.2. Đánh giá mức độ đau

Sử dụng Thang điểm trực quan mức độ đau (Visual Analogue Scale – VAS) từ 0 (không đau) đến 10 điểm (đau không thể chịu nổi). Điểm VAS > 0 được phân loại là có đau.

2.3.3. Đánh giá mức độ lo âu

Sử dụng Phân thang lo âu trong Thang đo Lo âu và Trầm cảm Bệnh viện (Hospital Anxiety and Depression Scale - Anxiety subscale – HADS-A), gồm 7 câu hỏi với thang điểm từ 0 đến 21. Điểm HADS-A ≥ 8 được phân loại là có biểu hiện lo âu lâm sàng.

2.3.4. Đánh giá chất lượng giấc ngủ

Sử dụng Bộ chỉ số Chất lượng Giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) phiên bản tiếng Việt đã được chuẩn hóa. PSQI gồm 19 câu hỏi tự đánh giá, tính điểm cho 7 thành tố: (1) Chất lượng giấc ngủ chủ quan, (2) Thời gian chờ vào giấc ngủ, (3) Thời lượng ngủ thực tế, (4) Hiệu suất giấc ngủ, (5) Rối loạn giấc ngủ/thức giấc đêm, (6) Sử dụng thuốc ngủ, và (7) Rối loạn chức năng ban ngày. Mỗi thành tố có điểm từ 0 đến 3. Tổng điểm PSQI dao động từ 0 đến 21 điểm:

- Điểm tổng PSQI ≤ 5: Chất lượng giấc ngủ tốt.

- Điểm tổng PSQI > 5: Chất lượng giấc ngủ kém (trong đó: 6 – 10 điểm là rối loạn giấc ngủ mức độ nhẹ; 11 – 14 điểm là mức độ trung bình; > 15 điểm là mức độ nặng).

2.4. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được làm sạch, kiểm tra logic, mã hóa và nhập bằng phần mềm Redcap, sau đó được xuất và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (Mean ± SD); các biến có phân phối không chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị (Median), khoảng tứ phân vị (P25 – P75) và giá trị nhỏ nhất – lớn nhất (Min – Max).

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ nghiêm ngặt các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo Tuyên ngôn Helsinki. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học – Trường Đại học Y Hà Nội thông qua (Quyết định số 4024/QĐ-ĐHYHN) và được sự chấp thuận của Ban Giám đốc Bệnh viện Tim Hà Nội. Mọi thông tin cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu được mã hóa, bảo mật tuyệt đối và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n=71)

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu		n	%
Nhóm tuổi	≥ 50	44	62.0
	< 50	27	38.0
	TB ± ĐLC	54,04 ± 12,99	
	GTLN- GTNN	21 - 74	
Giới tính	Nam	39	54.9
	Nữ	32	45.1
Tình trạng hôn nhân	Độc thân / ly thân / ly dị /goá	16	22.5
	Sống chung với vợ / chồng	55	77.5
Trình độ học vấn	Phổ thông	57	80.3
	TC/CĐ/Đại học/ cao hơn	14	19.7

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu		n	%
Nghề nghiệp	Công nhân/viên chức	19	26.8
	Nghề khác (hưu trí, HS-SV, LĐTD)	52	73.2
Thu nhập	< 5 triệu / tháng	44	62.0
	≥ 5 triệu / tháng	27	38.0

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh là 54,04 ± 12,99 tuổi (21 – 74 tuổi), nhóm tuổi ≥ 50 chiếm đa số (62,0%). Nam giới chiếm 54,9%, nữ giới chiếm 45,1%. Phần lớn người bệnh có gia đình (77,5%), học vấn phổ thông (80,3%), làm nghề tự do/hưu trí (73,2%) và có mức thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng (62,0%).

Bảng 2. Đặc điểm phương pháp điều trị và phẫu thuật (n=71)

Đặc điểm phương pháp điều trị		n	%
Loại phẫu thuật	Phẫu thuật thay van	50	70.4
	Phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành	12	16.9
	Phẫu thuật sửa chữa tim bẩm sinh	9	12.7
Cách thức phẫu thuật	Phẫu thuật qua xương ức	49	69.0
	Phẫu thuật tim ít xâm lấn	22	31.0
Thời gian chạy máy	≥ 90 phút	52	73.2
	< 90 phút	19	26.8
Trung vị (p25; p75)		113 (86; 146)	
GTLN - GTNN		0 - 220	
Thời gian gây mê	≥ 4 giờ	49	69.0
	< 4 giờ	22	31.0
TB±ĐLC		4.18 ± 0.95	
GTLN - GTNN		2.1 - 6.1	
Thời gian phẫu thuật	≥ 3 giờ	51	71.8
	< 3 giờ	20	28.2
Trung vị (p25; p75)		3.2 (2.5; 4.0)	
GTLN - GTNN		1.45 - 5.0	
Ngày nằm viện	≤ 10 ngày	12	16.9
	11- 20 ngày	32	45.1
	≥ 21 ngày	27	38.0
Trung vị (p25; p75)		17 (12; 27)	
GTLN - GTNN		8 - 61	
Ngày nằm hồi sức	≤ 2 ngày	36	50.7
	> 2 ngày	35	49.3
Trung vị (p25; p75)		2.0 (2.0; 4.0)	
GTLN - GTNN		1 - 17	

Nhận xét: Phẫu thuật van tim chiếm tỷ lệ cao nhất (70,4%), tiếp theo là bắc cầu nối chủ vành (16,9%). Đa số phẫu thuật qua đường mở xương ức (69,0%). Thời gian chạy máy CPB ≥ 90 phút chiếm 73,2%, thời gian gây mê ≥ 4 giờ chiếm 69,0%, thời gian phẫu thuật trung vị là 3,2 giờ. Thời gian nằm viện trung vị là 17,0 ngày (8 – 61 ngày) và có tới 49,3% người bệnh phải nằm hồi sức tích cực trên 2 ngày.

Bảng 3. Đặc điểm đau theo thang VAS (n=71)

Đau	Sau phẫu thuật n(%)
Không đau	29(40.85)
Có đau	42(59.15)
Trung vị điểm VAS (p25-p75)	0(0; 5)
GTLN - GTNN	0 - 9

Nhận xét:Sau phẫu thuật, tỷ lệ người bệnh có đau sau phẫu thuật chiếm 59,15%. Điểm đau trung vị theo thang VAS sau phẫu thuật là 0 (điểm VAS dao động từ 0 đến 9).

Bảng 4. Đặc điểm lo âu theo thang đo HADS-A (n=71)

Lo âu	Sau phẫu thuật n (%)
Có lo âu	3(4.22)
Không lo âu	68(95.78)
Trung vị điểm HADS-A (p25-p75)	2 (1-3)
GTLN - GTNN	0 - 10

Nhận xét: Sau phẫu thuật, tỷ lệ người bệnh có biểu hiện lo âu theo thang đo HADS-A chiếm 4,22%, với điểm lo âu trung vị là 2 (khoảng tứ phân vị 1-3).

Bảng 5. Chi tiết 7 thành phần cấu thành chất lượng giấc ngủ theo thang đo PSQI (n=71)

Lĩnh vực		Sau phẫu thuật n (%)
PSQIDURAT (Thời gian ngủ)	≥ 7 giờ	22(30.99)
	< 7 và ≥ 6 giờ	10(14.08)
	< 6 và ≥ 5 giờ	13(18.31)
	< 5 giờ	26(36.62)
	TB ± ĐLC (giờ)	5.45 ± 2.12
	GTLN-GTNN	2 - 10
PDQISTB (Thức giấc giữa đêm giữa đêm)	Không thức giấc khi ngủ	2(2.82)
	Thức dậy ít lần	66(92.96)
	Thức dậy nhiều lần	3(4.23)
PSQILATEN (Mức độ khó ngủ)	≤ 5 phút	2(2.82)
	> 15 và ≤ 30 phút	43(60.56)
	> 30 và ≤ 60 phút	15(21.13)
	> 60 phút	11(15.49)
	Trung vị (p25; p75) (phút)	30 (20;60)
	GTLN-GTNN	5 - 360
PSQIHSE (Hiệu suất giấc ngủ)	≥85	27(38.03)
	<84 và ≥75	7(9.86)
	<74 và ≥65	5(7.04)
	<65	32(45.07)
	Trung vị (p25; p50) (%)	67 (50;89)
	GTLN-GTNN	18 - 99
PSQIS-LPQUAL (Tự đánh giá chất lượng giấc ngủ)	Rất tốt	9(12.68)
	Khá tốt	45(63.38)
	Khá tệ	13(18.31)
	Rất tệ	4(5.63)
PSQIDAYD-YS (Mức ảnh hưởng đến hoạt động ban ngày do thiếu ngủ)	Không ảnh hưởng	61(85.92)
	Ảnh hưởng	10(14.08)
PSQIMEDS (Sử dụng thuốc ngủ)	Có sử dụng	4(5.63)
	Không sử dụng	67(94.37)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có thời gian ngủ < 5 giờ/đêm chiếm 36,62% (thời gian ngủ trung bình đạt 5,45 ± 2,12 giờ). Hầu hết người bệnh có thức giấc trong đêm (97,18%). Thời gian chờ vào giấc ngủ kéo dài trên 30 phút chiếm 36,62% (trung vị 30 phút). Đáng lưu ý, có tới 45,07% người bệnh có hiệu suất giấc ngủ kém (< 65%), hiệu suất giấc ngủ trung vị toàn nhóm chỉ đạt 67,0%. Tỷ lệ sử dụng thuốc ngủ chiếm 5,63% và 85,92% người bệnh báo cáo ít bị ảnh hưởng đến hoạt động ban ngày.

Bảng 6. Phân loại chất lượng giấc ngủ tổng thể theo thang điểm PSQI (n=71)

Chất lượng giấc ngủ	Sau phẫu thuật n (%)
CLGN tốt (PSQI≤ 5 điểm)	22(30.99)
CLGN kém (PSQI > 5 điểm)	49(69.01)

Chất lượng giấc ngủ	Sau phẫu thuật n (%)
RLGN nhẹ (6-10 điểm)	24(33.8)
RLGN trung bình (11-14 điểm)	20(28.17)
RLGN nặng ≥ 15 điểm	4(5.63)

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém sau phẫu thuật tim chiếm tới 69,01%, trong khi tỷ lệ có chất lượng giấc ngủ tốt chỉ đạt 30,99%. Trong nhóm người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém, rối loạn giấc ngủ mức độ nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 33,80% và 28,17%), rối loạn giấc ngủ mức độ nặng chiếm 5,63%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 71 người bệnh sau phẫu thuật tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội với độ tuổi trung bình là 54,04 ± 12,99 tuổi (từ 21 đến 74 tuổi), trong đó nhóm tuổi ≥ 50 chiếm ưu thế với 62,0%. Về phân bố giới tính, nam giới chiếm 54,9% và nữ giới chiếm 45,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Syed Shabbir Ahmed và cộng sự (2023) tại Trung tâm Y tế Đại học Aga Khan ghi nhận tuổi trung bình người bệnh phẫu thuật tim là 57 ± 13 tuổi [12]. Tương tự, tác giả Ting-Hui Yang và cộng sự (2024) tại Đài Loan thực hiện nghiên cứu theo dõi dọc trên 95 người bệnh sau phẫu thuật tim có độ tuổi trung bình là 60,22 ± 10,39 tuổi [6]. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nữ giới nhưng ở mức cân bằng (54,9%), tương đương với khảo sát của Trần Văn Tuấn và cộng sự (2025) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức (nam 48,2%, nữ 51,8%) [13], tuy nhiên thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ nam giới 80,7% trong nghiên cứu của Syed Shabbir Ahmed và cộng sự [14]. Sự khác biệt này phản ánh mô hình bệnh tật đặc thù và cơ cấu dân số tại khác nhau tại mỗi quốc gia.

Về thực trạng chất lượng giấc ngủ, kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng có tới 69,01% người bệnh sau phẫu thuật tim có chất lượng giấc ngủ kém (tổng điểm PSQI > 5). Trong đó, rối loạn giấc ngủ mức độ nhẹ chiếm 33,80%, mức độ trung bình chiếm 28,17% và rối loạn mức độ nặng chiếm 5,63%, với điểm tổng PSQI trung vị là 9 (khoảng tứ phân vị 4 – 12). Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao trong nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với bức tranh lâm sàng sau phẫu thuật tim mạch được ghi nhận từ các nghiên cứu trên thế giới. Theo tổng quan hệ thống của Liao WC và cộng sự (2011) cũng như nghiên cứu đoàn hệ của Navarro-García M và cộng sự (2017), tỷ lệ người bệnh gặp vấn đề về giấc ngủ sau phẫu thuật tim dao động từ 65% đến 85% [3, 4]. Tác giả Ting-Hui Yang (2024) chỉ ra rằng chất lượng giấc ngủ suy giảm nghiêm trọng nhất trong tuần đầu sau phẫu thuật và điểm PSQI trung bình vẫn duy trì ở mức kém kéo dài đến một tháng sau xuất viện [6]. Điều này khẳng định rối loạn giấc ngủ không phải là một hiện tượng ngẫu nhiên thoáng qua mà là một biến chứng chức năng phổ biến, kéo dài, đòi hỏi chiến lược quản lý chủ động và can thiệp kịp thời.

Nghiên cứu này đã cung cấp những thông tin quan trọng về chất lượng giấc ngủ của người bệnh sau phẫu thuật tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội, sử dụng thang điểm Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI).

Thời gian ngủ thực tế (Sleep Duration): Thời gian ngủ trung bình ban đêm của người bệnh trong nghiên cứu đạt 5,45 ± 2,12 giờ, trong đó có đến 36,62% người bệnh ngủ dưới 5 giờ mỗi đêm. Kết quả này thấp hơn đáng kể so với khuyến cáo đồng thuận quốc tế của Hiệp hội Y học Giấc ngủ Hoa Kỳ (AASM) và Hội Nghiên cứu Giấc ngủ (SRS) về thời lượng ngủ tối ưu 7 – 9 giờ/đêm cho người trưởng thành [15]. Thời gian ngủ ngắn này tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Tuấn tại Bệnh viện Việt Đức (5,1 giờ) [13], nhưng ngắn hơn so với nhóm người bệnh phẫu thuật tim của Syed Shabbir Ahmed và cộng sự (2023) tại Trung tâm Y tế Đại học Aga Khan (7,23 giờ) [12] và người bệnh phẫu thuật lồng ngực của Hamid Mohammad (6,41 giờ) [16]. Thiếu ngủ cấp tính (< 5 giờ/đêm) sau phẫu thuật gây kích hoạt phản ứng viêm toàn thân, làm tăng nồng độ IL-6 và CRP, ức chế quá

trình phục hồi mô vết mổ và làm tăng mức tiêu thụ oxy cơ tim [7, 9, 11, 17].

Thời gian vào giấc ngủ (Sleep Latency): Đa số người bệnh (60,56%) cần từ 15 đến 30 phút để có thể bắt đầu giấc ngủ, 21,13% mất từ 30 – 60 phút và 15,49% mất trên 60 phút, với thời gian đi vào giấc ngủ trung vị là 30 phút (20 – 60 phút). Khoảng thời gian đi vào giấc ngủ kéo dài phản ánh tình trạng tăng kích thích thần kinh giao cảm (sympathetic hyperarousal). Sau phẫu thuật, mặc dù điểm lo âu HADS-A trung vị thấp (2 điểm), nhưng 59,15% người bệnh vẫn còn cảm giác đau sau mổ theo thang VAS. Cơn đau do can thiệp phẫu thuật kết hợp với tư thế nằm ngửa cố định kéo dài là rào cản cơ học trực tiếp khiến người bệnh rất khó tìm được tư thế thoải mái để đi vào giấc ngủ [3, 4, 6].

Hiệu suất giấc ngủ (Sleep Efficiency): Hiệu suất giấc ngủ trung vị của người bệnh chỉ đạt 67,0% (khoảng tứ phân vị: 50,0% – 89,0%), với 45,07% người bệnh có hiệu suất giấc ngủ < 65% và chỉ có 38,03% đạt mức hiệu suất tối ưu (≥ 85%). Hiệu suất giấc ngủ phản ánh tỷ lệ giữa thời gian ngủ thực tế và tổng thời gian nằm trên giường. Chỉ số trung vị 67% cho thấy người bệnh trải qua 1/3 thời gian nằm trên giường trong trạng thái trằn trọc, thức giấc hoặc ngủ lơ mơ. Đây là đặc trưng điển hình của hội chứng phân mảnh giấc ngủ (sleep fragmentation) do tiếng ồn máy theo dõi, ánh sáng buồng bệnh, hoạt động chăm sóc điều dưỡng ban đêm và nhu cầu dùng thuốc cách quãng tại các khoa phẫu thuật tim [4, 6, 18].

Thực trạng sử dụng thuốc ngủ và mức độ ảnh hưởng ban ngày: Đáng chú ý, mặc dù có tới 69,01% người bệnh bị rối loạn giấc ngủ theo tiêu chuẩn PSQI, tỷ lệ sử dụng thuốc ngủ chỉ chiếm 5,63% và 85,92% người bệnh cho biết không cảm thấy bị ảnh hưởng nhiều vào các hoạt động ban ngày. Tỷ lệ dùng thuốc ngủ thấp phản ánh tâm lý thận trọng của người bệnh về tác dụng phụ của thuốc và phần lớn người bệnh chủ quan đánh giá giấc ngủ khá tốt (63,38%) hoặc không bị ảnh hưởng ban ngày trong khi các thông số định lượng (thời gian ngủ, hiệu suất ngủ) rất kém cho thấy hiện tượng 'thích nghi giả tạo' (maladaptive habituation) hoặc thiếu nhận thức của người bệnh về tầm quan trọng của giấc ngủ đối với quá trình phục hồi sau phẫu thuật [6, 12]

Quá trình phẫu thuật tim mạch với thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể kéo dài (≥ 90 phút chiếm 73,2%), thời gian gây mê kéo dài (≥ 4 giờ chiếm 69,0%) và thời gian phẫu thuật trung vị 3,2 giờ tạo ra một cơn bão cytokin viêm sau phẫu thuật, ảnh hưởng trực tiếp đến các trung tâm điều hòa giấc ngủ tại vùng dưới đồi và tuyến tùng [4, 6, 19].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá và quản lý chất lượng giấc ngủ ở người bệnh sau phẫu thuật tim. Các yếu tố như tuổi tác, giới tính, trình độ học vấn, yếu tố đau, lo âu, và các phương pháp điều trị đều có thể ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ. Việc cải thiện chất lượng giấc ngủ không chỉ giúp người bệnh có trạng thái tâm lý tốt hơn sau phẫu thuật mà còn có thể góp phần vào quá trình phục hồi sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém sau phẫu thuật tim tại Bệnh viện Tim Hà Nội ở mức rất cao, chiếm 69,01% (tổng điểm PSQI > 5). Trong đó, rối loạn giấc ngủ mức độ nhẹ chiếm 33,80%, mức độ trung bình chiếm 28,17% và mức độ nặng chiếm 5,63%. Điểm tổng PSQI trung vị là 9 (khoảng tứ phân vị: 4 – 12).

Cấu trúc giấc ngủ của người bệnh sau phẫu thuật bị rối loạn nghiêm trọng trên nhiều phương diện: thời gian ngủ trung bình ban đêm chỉ đạt 5,45 ± 2,12 giờ (với 36,62% người bệnh ngủ dưới 5 giờ/đêm), thời gian chờ vào giấc ngủ kéo dài trên 30 phút chiếm 36,62% (trung vị 30 phút) và hiệu suất giấc ngủ trung vị rất thấp, chỉ đạt 67,0% (khoảng tứ phân vị: 50,0% – 89,0%) với 45,07% người bệnh có hiệu suất giấc ngủ dưới 65%. Tỷ lệ sử dụng thuốc ngủ hỗ trợ chỉ chiếm 5,63%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ran J, Zhou P, Wang J, Zhao X, Huang Y,

Zhou Q, et al. Global, regional, and national burden of heart failure and its underlying causes, 1990–2021: results from the global burden of disease study 2021. Biomarker Research. 2025;13(1):16.

2. Senst B, Kumar A, Diaz RR. Cardiac surgery. StatPearls [Internet]: StatPearls Publishing; 2024.

3. Liao WC, Huang CY, Huang TY, Hwang SL. A systematic review of sleep patterns and factors that disturb sleep after heart surgery. J Nurs Res. 2011;19(4):275-88.

4. Navarro-García M, de Carlos Alegre V, Martinez-Oroz A, Irigoyen-Aristorena M, Elizondo-Sotro A, Indurain-Fernández S, et al. Quality of sleep in patients undergoing cardiac surgery during the postoperative period in intensive care. Enfermería Intensiva (English ed). 2017;28(3):114-24.

5. Liao W-C, Huang C-Y, Huang T-Y, Hwang S-L. A systematic review of sleep patterns and factors that disturb sleep after heart surgery. Journal of Nursing Research. 2011;19(4):275-88.

6. Yang TH, Lin HH, Hsu HL, Chiou AF. Factors associated with sleep quality in patients undergoing cardiac surgery: A longitudinal study. Nursing in Critical Care. 2024;29(3):477-85.

7. Besedovsky L, Lange T, Born J. Sleep and immune function. Pflügers Archiv-European Journal of Physiology. 2012;463(1):121-37.

8. Yilmaz M, Sayin Y, Gurler H, editors. Sleep quality of hospitalized patients in surgical units. Nursing forum; 2012: Wiley Online Library.

9. Nagai M, Hoshide S, Kario K. Sleep duration as a risk factor for cardiovascular disease-a review of the recent literature. Current cardiology reviews. 2010;6(1):54-61.

10. Tully PJ, Baker RA. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. Journal of geriatric cardiology: JGC. 2012;9(2):197.

11. Benca RM, Quintans J. Sleep and host defenses: a review. Sleep. 1997;20(11):1027-37.

12. Ahmed SS, Hamid M, Yousuf MS, Tahir S. Sleep Pattern Changes in Patients Who Are Scheduled for Cardiac Surgery. Cureus. 2023;15(11):e48543.

13. Tuấn TV, Mạnh BH, Anh NT, Hương HTX. 7. CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ CỦA NGƯỜI BỆNH TRONG ĐÊM TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2025;66(CĐ10-HNKH Trường ĐH Phenikaa).

14. Ahmed SS, Hamid M, Yousuf MS, Tahir S. Sleep Pattern Changes in Patients Who Are Scheduled for Cardiac Surgery. Cureus. 2023;15(11).

15. Watson NF, Badr MS, Belenky G, Bliwise DL, Buxton OM, Buysse D, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: a joint consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. Journal of Clinical Sleep Medicine. 2015;11(6):591-2.

16. Mohammad H, Mohammad AI, Saba A. Sleeping pattern before thoracic surgery: A comparison of baseline and night before surgery. Heliyon. 2019;5(3).

17. Tully PJ, Baker RA, Turnbull D, Winefield H. The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. Journal of behavioral medicine. 2008;31:281-90.

18. Nguyễn QH, Hoàng LV, Hoàng TV, Ngô TPO. CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH TẠI BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024.

19. Senst B, Kumar A, Diaz RR. Cardiac Surgery. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2025, StatPearls Publishing LLC.; 2025.