TỶ LỆ TRIỆU CHỨNG MẤT NGỦ VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH GAN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2026

Võ Trần Hoàng Hà
Hoàng Thị Xuân Hương
Đỗ Vân Khanh
Lê Quỳnh Trang
Nguyễn Thị Quỳnh Trang
Lê Thanh Thảo
Nguyễn Thị Mai Hương

Đại học Phenikaa

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mất ngủ thường gặp ở người bệnh gan và có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, nhưng tại Việt Nam việc đánh giá đồng thời hai vấn đề này trên cùng một nhóm người bệnh gan còn hạn chế.

Mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ triệu chứng mất ngủ và mô tả một số yếu tố liên quan; (2) mô tả chất lượng cuộc sống; (3) phân tích mối liên quan giữa triệu chứng mất ngủ với chất lượng cuộc sống ở người bệnh gan tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2026.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 450 người bệnh gan tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 đến tháng 5 năm 2026. Triệu chứng mất ngủ được đánh giá bằng thang Insomnia Severity Index (ISI, điểm cắt ≥ 10), chất lượng cuộc sống bằng EQ-5D-5L (bộ giá trị chuẩn hóa cho Việt Nam). Phân tích gồm kiểm định Chi-square, kiểm định t có hiệu chỉnh Welch và hồi quy tuyến tính đơn.

Kết quả: Tỷ lệ người bệnh có triệu chứng mất ngủ là 35,3% (159/450), điểm ISI trung bình 7,88 ± 6,13; 16,9% có ISI ≥ 15 (mức lâm sàng trung bình – nặng). Trong phân tích đơn biến, tuổi ≥ 40, nữ giới, học vấn ≤ THCS và thể trạng gầy liên quan đến tỷ lệ mất ngủ cao hơn. Chỉ số EQ-5D-5L trung bình 0,91 ± 0,13 (trung vị 0,94); trong 5 lĩnh vực của EQ-5D-5L, đau/khó chịu (câu hỏi về đau: 32,0%) và lo lắng/u sầu (30,0%) gặp vấn đề nhiều nhất; mệt mỏi – triệu chứng khảo sát bổ sung ngoài EQ-5D-5L – gặp ở 45,6% người bệnh. Nhóm có triệu chứng mất ngủ có chỉ số EQ-5D-5L thấp hơn nhóm không có triệu chứng mất ngủ (0,837 ± 0,169 so với 0,942 ± 0,088; chênh lệch 0,105; KTC 95%: 0,077 – 0,133; $p < 0,001$). Điểm ISI liên quan nghịch chiều với chỉ số EQ-5D-5L ($B = -0,010$; $\beta = -0,458$; $R^2 = 0,210$; $p < 0,001$).

Kết luận: Triệu chứng mất ngủ gặp ở khoảng một phần ba người bệnh gan và có liên quan với chỉ số chất lượng cuộc sống thấp hơn, với mức chênh lệch vượt ngưỡng có ý nghĩa

Tác giả chịu trách nhiệm
Hoàng Thị Xuân Hương
Đại học Phenikaa
Email:
huong.hoangthixuan@phenikaa-uni.edu.vn

Ngày nhận bài: 29/08/2026
Ngày phản biện: 28/09/2026
Ngày đồng ý đăng: 16/10/2026

DOI: 10.52322/jocmbmh.155.0209

lâm sàng. Có thể cân nhắc sàng lọc mất ngủ bằng thang đo ISI trong chăm sóc người bệnh gan; cần các nghiên cứu có phân tích đa biến, theo dõi dọc và can thiệp để làm rõ hơn mối liên quan này.

Từ khóa: *Triệu chứng mất ngủ, chất lượng cuộc sống, bệnh gan, Insomnia Severity Index, EQ-5D-5L*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là một trong những rối loạn giấc ngủ phổ biến, được đặc trưng bởi tình trạng khó bắt đầu giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ hoặc thức dậy sớm hơn mong muốn, kèm theo ảnh hưởng đến hoạt động hoặc cảm giác khó chịu ban ngày dù người bệnh có đủ điều kiện để ngủ [1]. Ở người bệnh gan, mất ngủ vừa là một triệu chứng đi kèm, vừa có thể làm tăng mệt mỏi, gây giảm nhận thức, rối loạn cảm xúc và giảm chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe [2]. Vì vậy, việc xác định tỷ lệ mất ngủ, mô tả các yếu tố liên quan và xác định mối liên quan giữa mất ngủ với chất lượng cuộc sống là cần thiết để sàng lọc và can thiệp sớm cho người bệnh gan.

Rối loạn giấc ngủ ở người bệnh gan là kết quả của nhiều cơ chế đan xen. Bệnh não gan, kể cả ở thể tối thiểu chưa biểu hiện trên lâm sàng, có liên quan với tình trạng buồn ngủ ban ngày và rối loạn nhịp thức – ngủ [2, 3]. Khi chức năng gan suy giảm, quá trình thanh thải melatonin cũng chậm lại, khiến nồng độ melatonin ban ngày tăng cao và đỉnh tiết ban đêm muộn hơn; sự chênh lệch pha nhịp sinh học này làm người bệnh khó đi vào giấc ngủ [2, 3]. Giấc ngủ còn dễ bị gián đoạn bởi các triệu chứng cơ thể thường gặp như ngứa, đau, chuột rút, cổ trướng, tiểu đêm do dùng thuốc lợi tiểu, cũng như tác dụng không mong muốn của một số thuốc điều trị [2, 4]. Bên cạnh các yếu tố thực thể, lo âu và trầm cảm, vốn phổ biến ở người mắc bệnh mạn tính, có mối quan hệ hai chiều với mất ngủ: chúng vừa có thể làm khởi phát vừa có thể là hậu quả của tình trạng này [2]. Hiểu rõ các cơ chế trên là cơ sở để lý giải những mối liên quan được ghi nhận trong nghiên cứu.

Trên thế giới, khoảng 60 – 80% người bệnh gan mạn tính tự báo cáo có chất lượng giấc ngủ kém [2]. Nghiên cứu của Plotogea và cộng sự trên 56 người bệnh gan mạn ghi nhận 48,21% có điểm PSQI trên 5 và các chỉ số giấc ngủ tương quan có ý nghĩa với chất lượng cuộc sống đánh giá bằng SF-36 và CLDQ [5]. Trên 689 người bệnh viêm gan B tại Trung Quốc, 69,5% có ít nhất một triệu chứng mất ngủ trong vòng một tháng [6]. Sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến căn nguyên, mức độ nặng của bệnh gan và công cụ đánh giá không đồng nhất.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thành Long và cộng sự năm 2025 trên 125 người bệnh viêm gan B tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ghi nhận 56,0% người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém theo thang PSQI, trong đó nhóm từ 40 tuổi trở lên có tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém cao hơn [7]. Tuy nhiên, các nghiên cứu trong nước chủ yếu tập trung vào từng nhóm bệnh riêng lẻ và chưa phân tích đầy đủ mối liên quan giữa mức độ mất ngủ và chất lượng cuộc sống trên cùng một quần thể người bệnh gan.

Thang Insomnia Severity Index (ISI) là công cụ ngắn gọn, giúp đánh giá triệu chứng mất ngủ theo điểm cắt [8], còn EQ-5D-5L với bộ giá trị đã được chuẩn hóa cho Việt Nam cho phép đo

lường chất lượng cuộc sống có thể so sánh giữa các nhóm bệnh [9]. Là bệnh viện tuyến cuối với phổ bệnh gan đa dạng, Bệnh viện Bạch Mai là địa bàn phù hợp để cung cấp bằng chứng thực tiễn. Do đó, nghiên cứu được thực hiện với ba mục tiêu: (1) xác định tỷ lệ triệu chứng mất ngủ và mô tả một số yếu tố liên quan; (2) mô tả chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe; và (3) phân tích mối liên quan giữa triệu chứng mất ngủ và chất lượng cuộc sống ở người bệnh gan tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2026.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc các bệnh về gan đang điều trị nội trú hoặc ngoại trú tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán xác định mắc các bệnh gan (viêm gan virus B, viêm gan virus C, xơ gan, gan nhiễm mỡ không do rượu, áp xe gan, u gan, ung thư biểu mô tế bào gan hoặc bệnh lý gan mật khác có chẩn đoán trong hồ sơ bệnh án như bệnh gan do rượu, viêm gan tự miễn,…); đang điều trị hoặc theo dõi tại Bệnh viện Bạch Mai; có năng lực nhận thức tốt; đồng ý tham gia nghiên cứu; có khả năng nghe hiểu và trả lời phỏng vấn bằng tiếng Việt.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh có rối loạn tâm thần nặng, suy giảm nhận thức, không hợp tác; không đồng ý tham gia hoặc rút khỏi nghiên cứu trong quá trình thu thập số liệu. Các tình trạng này được xác định dựa trên chẩn đoán ghi trong hồ sơ bệnh án; nghiên cứu không sử dụng công cụ sàng lọc nhận thức hay trắc nghiệm thần kinh, do đó bệnh não gan tối thiểu không được đánh giá.

Phân nhóm chẩn đoán: chẩn đoán được trích lục từ hồ sơ bệnh án và xếp theo chẩn đoán chính; với người có nhiều chẩn đoán, người bệnh được xếp vào nhóm bệnh ở giai đoạn tiến triển hơn.

2.2. Thời gian và địa điểm

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 3 năm 2026 đến tháng 5 năm 2026 tại Trung tâm Tiêu hóa – Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu cần thiết (số người tham gia khảo sát);

Z: trị số phân phối chuẩn;

α: xác suất sai lầm loại 1, chọn α = 0,05 bởi vậy $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$;

d: sai số cho phép, chọn d = 0,05;

p: tỷ lệ mất ngủ ở người bệnh gan.

Nghiên cứu chọn p = 0,374 – tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém ở người bệnh gan mạn trong nghiên cứu của Kumar và cộng sự (2021) [10]. Giá trị này được chọn thay cho tỷ lệ mất ngủ theo tiêu chuẩn chặt (DSM-5 kết hợp ISI > 14; 19,8%) trong cùng nghiên cứu vì cho cỡ mẫu lớn hơn.

Thay vào công thức, ta được cỡ mẫu nghiên cứu n = 360. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu này là 360 người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận

tiện. Trong thời gian nghiên cứu, người bệnh đang điều trị nội trú và ngoại trú được tiếp cận lần lượt, đối chiếu hồ sơ để xác định người bệnh đủ tiêu chuẩn và mời tham gia. Mỗi người bệnh chỉ được phỏng vấn một lần. Phiếu thiếu thông tin ở các biến chính bị loại; phân tích dựa trên các trường hợp có số liệu đầy đủ, 450 phiếu hợp lệ được đưa vào phân tích. Phiếu khảo sát không ghi nhận hình thức điều trị (nội trú/ ngoại trú) của từng người bệnh.

2.5. Công cụ và biến số nghiên cứu

Số liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp người bệnh với bộ câu hỏi gồm ba phần, kết hợp trích lục chẩn đoán từ hồ sơ bệnh án.

Phần 1 thu thập thông tin chung: đặc điểm nhân khẩu học, chỉ số khối cơ thể, chẩn đoán. Tuổi được chia thành < 40 và ≥ 40 theo nghiên cứu trước trong nước trên người bệnh gan [7] để thuận tiện so sánh. BMI được phân loại theo WHO: gầy < 18,5; bình thường 18,5 – 24,9; thừa cân 25,0 – 29,9; béo phì ≥ 30,0 kg/m² [11]. BMI có thể bị ước lượng cao ở người có cổ trướng hoặc phù.

Phần 2: đánh giá thực trạng mất ngủ bằng thang điểm Insomnia Severity Index (ISI). Thang gồm 7 câu hỏi: khó đi vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ, thức dậy quá sớm, mức độ hài lòng với giấc ngủ hiện tại, mức độ lo lắng về giấc ngủ, ảnh hưởng của giấc ngủ đến hoạt động thường ngày và đến chất lượng cuộc sống. Mỗi câu cho điểm 0 – 4; tổng điểm 0 – 28 [8, 12]. Nghiên cứu sử dụng bản tiếng Việt của ISI đã được dùng trong các nghiên cứu trước tại Việt Nam [13, 14]. Câu hỏi về mức độ người khác nhận thấy vấn đề giấc ngủ được rút gọn thành "ảnh hưởng của giấc ngủ đến chất lượng cuộc sống", và bản sử dụng hỏi về tình trạng hiện tại thay vì 2 tuần gần nhất. Hệ số Cronbach's alpha trên 450 người bệnh của nghiên cứu là 0,92.

Điểm cắt ≥ 10 được dùng để xác định "có mất ngủ" với độ nhạy 86,1% và độ đặc hiệu 87,7% [8]. Điểm cắt này chưa được kiểm chứng trên người bệnh gan Việt Nam và không tương đương chẩn đoán theo DSM-5/ICSD-3. Trong nghiên cứu này, mức độ mất ngủ được phân loại: dưới 10 điểm là không mất ngủ; 10–14 điểm là nhẹ; 15–21 điểm là trung bình; 22–28 điểm là nặng. Cách chia này kết hợp điểm cắt 10 của tài liệu [8] với phân loại gốc của tài liệu [12] (8–14 điểm: dưới ngưỡng lâm sàng; 15–21 điểm: trung bình; 22–28 điểm: nặng). Ở các câu 1–3 và 5–7, người bệnh được tính là "có" khi trả lời từ mức 1 ("nhẹ") trở lên. Ở câu 4, nhóm "hài lòng" gồm "rất hài lòng" và "hài lòng".

Phần 3 đánh giá chất lượng cuộc sống bằng bộ công cụ EQ-5D-5L gồm 5 lĩnh vực: khả năng đi lại, tự chăm sóc, sinh hoạt thường ngày, đau/khó chịu và lo lắng/u sầu. Mỗi lĩnh vực có 5 mức, từ "không vấn đề" (mức 1) đến "rất nặng" (mức 5) [15]. Phiếu được trình bày dạng bảng, không dùng nguyên văn bản tiếng Việt chính thức. Lĩnh vực đau/khó chịu được hỏi thành hai câu riêng ("đau" và "khó chịu"). Mức của lĩnh vực này được lấy theo câu nặng hơn; ví dụ, đau mức 1 và khó chịu mức 3 thì tính là mức 3. Cách hỏi tách này không hoàn toàn tương đương câu gốc và có thể làm chỉ số thấp hơn [16], nên đây là hạn chế của nghiên cứu. Chỉ số EQ-5D-5L được tính theo bộ giá trị Việt Nam, từ –0,5115 đến 1,0; điểm càng cao thì chất lượng cuộc sống càng tốt [9]. Người bệnh được xem là "gặp vấn đề" khi trả lời từ mức 2 trở lên. Nghiên cứu hỏi thêm hai triệu chứng mệt mỏi và ngứa theo cùng thang 5 mức, chỉ để mô tả, không dùng để tính chỉ số. Nghiên cứu không thu thập EQ-VAS.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng Microsoft Excel, làm sạch, sau đó phân tích bằng SPSS 20.0. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng có phân phối chuẩn được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn. Chỉ số EQ-5D-5L có phân phối lệch, tập trung gần giá trị tối đa, nên được báo cáo thêm trung vị. Chỉ số này được làm tròn 2 chữ số thập phân khi mô tả chung và 3 chữ số khi so sánh nhóm hoặc trong hồi quy; OR và PR làm tròn 2 chữ số, giá trị p làm tròn 3 chữ số.

Mối liên quan giữa các đặc điểm và tình trạng mất ngủ được đánh giá bằng kiểm định Chi-square, hoặc kiểm định chính xác Fisher khi tần số mong đợi nhỏ hơn 5. Kết quả được trình bày bằng OR và tỷ số hiện mắc (PR) kèm KTC 95%. Nghiên cứu báo cáo thêm PR vì tỷ lệ mất ngủ khá cao (35,3%), khiến OR lớn hơn PR. Với trình độ học vấn, nghiên cứu dùng thêm kiểm định xu hướng Cochran–Armitage. Bảng kết quả ghi riêng p chung của từng biến và p của từng phân nhóm so với nhóm tham chiếu. Các yếu tố liên quan được phân tích đơn biến; nghiên cứu chưa thực hiện phân tích đa biến do không thu thập được một số yếu tố nhiễu quan trọng như mức độ nặng của bệnh, bệnh não gan.

Chỉ số EQ-5D-5L giữa nhóm có và không mất ngủ được so sánh bằng kiểm định t có hiệu chỉnh Welch, vì phương sai hai nhóm chênh lệch rõ. Mối liên quan giữa điểm ISI và chỉ số EQ-5D-5L được đánh giá bằng hệ số tương quan Pearson và hồi quy tuyến tính đơn. Giả định của mô hình hồi quy được kiểm tra bằng biểu đồ P–P và histogram phần dư, kiểm định Shapiro–Wilk, biểu đồ phần dư chuẩn hóa theo giá trị dự đoán và thống kê Durbin–Watson. Mức ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Phenikaa xét duyệt và thông qua theo Quyết định số 026-01.03/ĐHP-HĐĐĐ ngày 02/03/2026. Người bệnh được giải thích về mục đích nghiên cứu, quyền lợi và quyền rút lui, sau đó đồng ý tham gia bằng lời trước khi phỏng vấn và ký phiếu đồng ý tham gia. Thông tin được bảo mật và chỉ phục vụ nghiên cứu; nghiên cứu không can thiệp, không xâm lấn.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 450 người bệnh gan.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=450)

Biến số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Mean ± SD	51,41 ± 13,10	
	Min – Max	19 – 84	
	< 40 tuổi	84	18,7
	≥ 40 tuổi	366	81,3
Giới tính	Nam	324	72,0
	Nữ	126	28,0
Tình trạng hôn nhân	Độc thân, ly hôn, góa	27	6,0
	Đã kết hôn	423	94,0

Biến số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Trình độ học vấn	Tiểu học	56	12,4
	THCS	197	43,8
	THPT	115	25,6
	Cao đẳng	24	5,3
	Đại học	55	12,2
	Sau đại học	3	0,7
Nghề nghiệp	Nông dân	99	22,0
	Công nhân	30	6,7
	Cán bộ viên chức	29	6,4
	Kinh doanh/Tự do	164	36,4
	Hưu trí	31	6,9
	Khác	97	21,6
BMI	Mean ± SD	22,71 ± 2,91	
	Min – Max	15,05 – 34,05	
	Gầy	26	5,8
	Bình thường	338	75,1
	Thừa cân	79	17,6
	Béo phì	7	1,6

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 51,41 ± 13,10 tuổi, trong đó nhóm từ 40 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (81,3%). Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới (72,0% so với 28,0%) và phần lớn người bệnh đã kết hôn (94,0%). Về trình độ học vấn, nhóm trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (43,8%), tiếp theo là trung học phổ thông (25,6%). Nghề kinh doanh/tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (36,4%), tiếp theo là nông dân (22,0%).

Về chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu, giá trị trung bình là 22,71 ± 2,91; dao động trong khoảng từ 15,05 đến 34,05. Phần lớn người bệnh có BMI bình thường (75,1%), tiếp theo là thừa cân (17,6%), gầy (5,8%) và béo phì (1,6%).

Bảng 2. Phân bố chẩn đoán bệnh gan của đối tượng nghiên cứu (n=450)

Chẩn đoán lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm gan virus B/C	246	54,7
Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD, gồm cả NASH)	13	2,9
Xơ gan	101	22,4
Áp xe gan	2	0,4
U gan	6	1,3
Ung thư biểu mô tế bào gan (HCC)	47	10,4
Khác	35	7,8

Nhận xét: Viêm gan virus B/C là mặt bệnh phổ biến nhất, chiếm 54,7% (246 người bệnh). Đứng thứ hai là nhóm đã tiến triển sang xơ gan, chiếm 22,4% (101 người bệnh); tiếp theo là ung thư biểu mô tế bào gan với 10,4% (47 người bệnh). Các nhóm bệnh lý tổn thương gan khác xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn.

3.2. Thực trạng mất ngủ của đối tượng nghiên cứu

Kết quả đánh giá giấc ngủ trên 450 đối tượng bằng thang ISI cho thấy điểm ISI trung bình là 7,88 ± 6,13 điểm, dao động từ 1 đến 28 điểm. Theo điểm cắt ≥ 10, tỷ lệ người bệnh có mất ngủ là 35,3% (159/450; KTC 95% theo phương pháp Wald: 30,9 – 39,7%) và 64,7% người bệnh không có mất ngủ (291/450).

Bảng 3. Mức độ và triệu chứng mất ngủ theo thang ISI

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân loại mức độ mất ngủ (n=159)		
Mất ngủ nhẹ (10 – 14 điểm)	83	52,2
Mất ngủ trung bình (15 – 21 điểm)	66	41,5
Mất ngủ nặng (22 – 28 điểm)	10	6,3
Khó đi vào giấc ngủ (n=450)		
Không	229	50,9
Có (nhẹ đến rất nặng)	221	49,1
Khó duy trì giấc ngủ (n=450)		
Không	222	49,3
Có (nhẹ đến rất nặng)	228	50,7
Thức dậy quá sớm (n=450)		
Không	255	56,7
Có (nhẹ đến rất nặng)	195	43,3

Nhận xét: Trong số 159 người bệnh có mất ngủ, mất ngủ mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,2%, tiếp theo là mức độ trung bình 41,5% và mất ngủ nặng chiếm tỷ lệ thấp nhất 6,3%. Xét theo từng triệu chứng, khó duy trì giấc ngủ là triệu chứng thường gặp nhất (50,7%), tiếp theo là khó đi vào giấc ngủ (49,1%) và thức dậy quá sớm (43,3%).

Về mức độ hài lòng và ảnh hưởng của giấc ngủ, có 63,6% (286/450) người bệnh hài lòng với giấc ngủ hiện tại, trong khi 36,4% (164/450) chưa hài lòng. Đáng chú ý, 59,1% (266/450) người bệnh cho biết lo lắng về tình trạng giấc ngủ của mình; 55,8% (251/450) cho biết giấc ngủ ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày và 56,0% (252/450) nhận thấy giấc ngủ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

3.3. Thực trạng chất lượng cuộc sống của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số EQ-5D-5L trung bình của đối tượng nghiên cứu là 0,91 ± 0,13 (trung vị 0,94; dao động 0,11 – 1,00). Mặc dù phần lớn người bệnh có chỉ số ở mức tương đối cao, vẫn ghi nhận một số trường hợp có chất lượng cuộc sống thấp.

Bảng 4. Tỷ lệ gặp vấn đề ở các lĩnh vực EQ-5D-5L và các triệu chứng khảo sát bổ sung (n = 450)

Lĩnh vực / triệu chứng	Gặp vấn đề (mức 2 – 5) n (%)	Không gặp vấn đề (mức 1) n (%)
Năm lĩnh vực của EQ-5D-5L		
Đi lại	51 (11,3)	399 (88,7)
Tự chăm sóc	34 (7,6)	416 (92,4)
Sinh hoạt thường ngày	35 (7,8)	415 (92,2)
Đau	144 (32,0)	306 (68,0)
Khó chịu	117 (26,0)	333 (74,0)
Lo lắng/u sầu	135 (30,0)	315 (70,0)
Triệu chứng khảo sát bổ sung		
Mệt mỏi	205 (45,6)	245 (54,4)
Ngứa	120 (26,7)	330 (73,3)

Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ gặp vấn đề khác nhau giữa các lĩnh vực. Trong các lĩnh vực của EQ-5D-5L, thường gặp nhất là đau/khó chịu (câu hỏi về đau: 32,0%; câu hỏi về khó chịu: 26,0%) và lo lắng/u sầu (30,0%). Ở các lĩnh vực chức năng, tỷ lệ gặp vấn đề thấp hơn, gồm sự đi lại (11,3%), sinh hoạt thường ngày (7,8%) và tự chăm sóc (7,6%). Với các triệu chứng khảo sát bổ sung ngoài EQ-5D-5L, mệt mỏi gặp ở 45,6% và ngứa ở 26,7% người bệnh.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến mất ngủ

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến mất ngủ – phân tích đơn biến (n = 450)

Yếu tố	Có mất ngủ n/N (%)	OR (KTC 95%)	PR (KTC 95%)	p
Nhóm tuổi (p = 0,001)				
< 40 tuổi	17/84 (20,2)	1	1	
≥ 40 tuổi	142/366 (38,8)	2,50 (1,41 – 4,43)	1,92 (1,23 – 2,99)	0,001
Giới (p = 0,012)				
Nam	103/324 (31,8)	1	1	
Nữ	56/126 (44,4)	1,72 (1,13 – 2,62)	1,40 (1,09 – 1,80)	0,012
Tình trạng hôn nhân (p = 0,142)				
Độc thân/ly hôn/góa	6/27 (22,2)	1	1	
Đã kết hôn	153/423 (36,2)	1,98 (0,78 – 5,02)	1,63 (0,79 – 3,33)	0,142
Trình độ học vấn (p = 0,038)				
≤ THCS	102/253 (40,3)	1	1	
THPT	35/115 (30,4)	0,65 (0,40 – 1,04)	0,75 (0,55 – 1,03)	0,069
≥ Cao đẳng	22/82 (26,8)	0,54 (0,31 – 0,94)	0,67 (0,45 – 0,98)	0,028
Nghề nghiệp (p = 0,119)				
Nông dân	40/99 (40,4)	1	1	

Yếu tố	Có mất ngủ n/N (%)	OR (KTC 95%)	PR (KTC 95%)	p
Công nhân	13/30 (43,3)	1,13 (0,49 – 2,58)	1,07 (0,67 – 1,72)	0,775
Cán bộ viên chức	11/29 (37,9)	0,90 (0,39 – 2,11)	0,94 (0,56 – 1,58)	0,811
Kinh doanh/tự do	48/164 (29,3)	0,61 (0,36 – 1,03)	0,72 (0,52 – 1,02)	0,064
Hưu trí	16/31 (51,6)	1,57 (0,70 – 3,54)	1,28 (0,84 – 1,94)	0,271
Khác	31/97 (32,0)	0,69 (0,39 – 1,25)	0,79 (0,54 – 1,15)	0,219
BMI (p = 0,001)				
Bình thường	126/338 (37,3)	1	1	
Gầy	15/26 (57,7)	2,29 (1,02 – 5,15)	1,55 (1,08 – 2,21)	0,039
Thừa cân/béo phì	18/86 (20,9)	0,45 (0,25 – 0,78)	0,56 (0,36 – 0,87)	0,004
Chẩn đoán lâm sàng (p = 0,59)				
Viêm gan virus B/C	81/246 (32,9)	1	1	
Bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD)	3/13 (23,1)	0,61 (0,16 – 2,28)	0,70 (0,26 – 1,92)	0,557
Xơ gan	37/101 (36,6)	1,18 (0,73 – 1,91)	1,11 (0,81 – 1,52)	0,508
Ung thư biểu mô tế bào gan	19/47 (40,4)	1,38 (0,73 – 2,62)	1,23 (0,83 – 1,81)	0,320
U gan khác/áp xe gan	3/8 (37,5)	1,22 (0,29 – 5,24)	1,14 (0,46 – 2,84)	0,722
Khác	16/35 (45,7)	1,72 (0,84 – 3,51)	1,39 (0,93 – 2,08)	0,137

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy nhóm tuổi, giới tính, BMI và trình độ học vấn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng mất ngủ. Tỷ lệ mất ngủ cao hơn ở người ≥ 40 tuổi (PR = 1,92), nữ giới (PR = 1,40) và nhóm gầy (57,7%; PR = 1,55), thấp hơn ở nhóm thừa cân/béo phì (PR = 0,56) so với nhóm BMI bình thường. Tỷ lệ mất ngủ giảm dần khi trình độ học vấn tăng (p xu hướng = 0,013), nhóm từ cao đẳng trở lên có tỷ lệ mất ngủ thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm ≤ THCS (PR = 0,67; KTC 95%: 0,45 – 0,98; p = 0,028).

Nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mất ngủ với tình trạng hôn nhân (p = 0,142), nghề nghiệp (p = 0,119) và nhóm chẩn đoán bệnh gan (p = 0,59).

3.5. Mối liên quan giữa mất ngủ và chất lượng cuộc sống

Bảng 6. So sánh chỉ số EQ-5D-5L giữa nhóm có và không mất ngủ (n=450)

Tình trạng mất ngủ	n	Chỉ số EQ-5D-5L (Mean ± SD)	p
Không mất ngủ	291	0,942 ± 0,088	
Mất ngủ	159	0,837 ± 0,169	< 0,001
Chênh lệch trung bình (KTC 95%)		–0,105 (–0,133 đến –0,077)	

Nhận xét: Chỉ số EQ-5D-5L ở nhóm có mất ngủ thấp hơn nhóm không mất ngủ 0,105 (KTC 95%: 0,077 – 0,133; p < 0,001; kiểm định t có hiệu chỉnh Welch).

Bảng 7. Mô hình hồi quy tuyến tính đơn giữa điểm ISI và chỉ số EQ-5D-5L (n=450)

Biến số	r	B	β	KTC 95%	R^2	p
Điểm ISI	-0,458	-0,010	-0,458	-0,012 đến -0,008	0,210	< 0,001

Nhận xét: Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đơn cho thấy điểm ISI có mối tương quan nghịch chiều với chỉ số EQ-5D-5L (r = -0,458; p < 0,001). Cụ thể, người bệnh có điểm ISI cao hơn 1 điểm có chỉ số EQ-5D-5L thấp hơn trung bình 0,010 (B = -0,010; p < 0,001). Hệ số xác định R^2 = 0,210 cho thấy điểm ISI giải thích khoảng 21,0% sự biến thiên của chỉ số EQ-5D-5L.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 450 người bệnh gan với tuổi trung bình 51,41 ± 13,10 tuổi, phần lớn từ 40 tuổi trở lên (81,3%). Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (72,0% so với 28,0%), có thể liên quan đến tỷ lệ nhiễm virus viêm gan và sử dụng rượu bia, thuốc lá cao hơn ở nam giới, tuy nhiên nghiên cứu không thu thập thông tin về các yếu tố này.

Về đặc điểm xã hội, phần lớn người bệnh đã kết hôn, có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở xuống và nghề nghiệp nông dân hoặc kinh doanh/tự do, có thể phản ánh đặc điểm của bệnh viện tuyến cuối tiếp nhận người bệnh từ nhiều địa phương. Phần lớn đối tượng có BMI ở mức bình thường. Về chẩn đoán, viêm gan virus B/C chiếm tỷ lệ cao nhất (54,7%), tiếp theo là xơ gan và ung thư biểu mô tế bào gan.

4.2. Tỷ lệ triệu chứng mất ngủ và các yếu tố liên quan

Tỷ lệ có triệu chứng mất ngủ ở người bệnh gan trong nghiên cứu là 35,3%, cho thấy đây là vấn đề khá phổ biến ở người bệnh. Tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu dùng thang PSQI như Plotogea và cộng sự (48,21%) [5], Nguyễn Thành Long và cộng sự (56,0%) [7] và tổng quan của Shah và cộng sự (60 – 80%) [2], do PSQI đánh giá chất lượng giấc ngủ nói chung trong khi ISI đánh giá mức độ triệu chứng mất ngủ. Tỷ lệ này cũng thấp hơn Zhao và cộng sự (69,5%) – nghiên cứu dùng định nghĩa rộng hơn [6], nhưng cao hơn Kumar và cộng sự (19,8%) – nghiên cứu dùng tiêu chuẩn DSM-5 kết hợp ISI > 14 [10]; khi chỉ tính nhóm mất ngủ mức trung bình – nặng (ISI ≥ 15), tỷ lệ của chúng tôi là 16,9%, gần với kết quả này. Dù khác nhau theo công cụ đánh giá, các số liệu đều cho thấy rối loạn giấc ngủ thường gặp ở người bệnh gan, kể cả ở người xơ gan chưa có bệnh não gan [2].

Tỷ lệ mất ngủ cao hơn ở người ≥ 40 tuổi, phù hợp với Nguyễn Thành Long và cộng sự [7]; tuổi cao đi kèm thay đổi cấu trúc giấc ngủ và nhiều bệnh kèm hơn [17]. Nữ giới có tỷ lệ mất ngủ cao hơn, tương tự phân tích gộp của Zhang và Wing [18], có thể do yếu tố nội tiết và tỷ lệ lo âu, trầm cảm cao hơn. Tỷ lệ mất ngủ giảm dần theo trình độ học vấn, có thể liên quan đến điều kiện kinh tế – xã hội và hiểu biết về bệnh [17].

Thể trạng gầy ở người bệnh gan thường phản ánh suy dinh dưỡng và giảm khối cơ của bệnh gan tiến triển [19], nên nhóm này có thể là nhóm bệnh nặng hơn và nhiều triệu chứng hơn. Ngược lại, nhóm thừa cân/béo phì có thể có tình trạng dinh dưỡng tốt và bệnh cảnh nhẹ hơn. Tuy nhiên, BMI có thể bị ước lượng cao ở người có cổ trướng hoặc phù, và các mối liên quan trên chưa được hiệu chỉnh yếu tố nhiễu nên cần được kiểm định thêm bằng phân tích đa biến.

4.3. Chất lượng cuộc sống của người bệnh gan

Chỉ số EQ-5D-5L trung bình ở mức cao

(0,91 ± 0,13; trung vị 0,94) có thể do hơn một nửa người bệnh thuộc nhóm viêm gan virus, thường ít ảnh hưởng chức năng, và do hiệu ứng trần của EQ-5D-5L ở quần thể bệnh nhẹ – trung bình. Kết quả tương đồng với Sugimori và cộng sự tại Nhật Bản, với chỉ số 0,876 – 0,904 ở người viêm gan mạn không triệu chứng và giảm dần ở xơ gan còn bù và mất bù [20].

Người bệnh ít gặp khó khăn ở các lĩnh vực chức năng nhưng gặp vấn đề nhiều hơn ở đau/khó chịu, lo lắng/u sầu, cùng với mệt mỏi (45,6%) và ngứa (26,7%). Kết quả này phù hợp với tổng quan của Peng và cộng sự [21] và nghiên cứu của Nguyễn Phương Nhung tại Bệnh viện Bạch Mai, trong đó mệt mỏi là một trong các khía cạnh bị ảnh hưởng nhiều nhất ở người bệnh xơ gan [22].

4.4. Mối liên quan giữa mất ngủ và chất lượng cuộc sống

Nhóm có mất ngủ có chỉ số EQ-5D-5L thấp hơn nhóm không mất ngủ 0,105 (KTC 95%: 0,077 – 0,133). Mức chênh lệch nhỏ nhất của chỉ số EQ-5D-5L được coi là có ý nghĩa đối với người bệnh vào khoảng 0,037 – 0,069 [23]. Mức chênh lệch trong nghiên cứu này lớn hơn ngưỡng đó, cho thấy sự khác biệt giữa hai nhóm không chỉ có ý nghĩa thống kê mà còn có ý nghĩa trong thực tế lâm sàng.

Kết quả tương đồng với Ghabril và cộng sự trên người bệnh xơ gan tiến triển [24] và Kumar và cộng sự [10], trong đó nhóm có rối loạn giấc ngủ có chất lượng cuộc sống kém hơn. Ngược lại, Zhao và cộng sự không ghi nhận mối liên quan độc lập sau khi hiệu chỉnh yếu tố nhiễu [6]. Do kết quả của chúng tôi dựa trên phân tích đơn biến, mức độ liên quan trong nghiên cứu này có thể đã bị ước lượng cao hơn thực tế do chưa được hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu.

Bên cạnh đó, các câu 5 – 7 của ISI có nội dung trùng một phần với lĩnh vực sinh hoạt thường ngày và lo lắng/u sầu của EQ-5D-5L, nên hệ số tương quan giữa hai thang đo có thể cao hơn thực tế. Mối liên quan này cũng có thể bị nhiễu bởi lo âu, trầm cảm, đau, ngứa, mệt mỏi và mức độ nặng của bệnh, đồng thời mất ngủ và chất lượng cuộc sống có thể ảnh hưởng qua lại lẫn nhau. Ngoài ra, điểm ISI chỉ giải thích 21% biến thiên của chỉ số EQ-5D-5L, cho thấy chất lượng cuộc sống của người bệnh gan còn chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác.

4.5. Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có cỡ mẫu tương đối lớn (450 người bệnh), được thực hiện tại bệnh viện tuyến cuối với phổ bệnh đa dạng. Việc sử dụng đồng thời hai công cụ chuẩn hóa là ISI và EQ-5D-5L cho phép đánh giá tình trạng mất ngủ, chất lượng cuộc sống và mối liên quan giữa hai yếu tố trên cùng một quần thể.

Tuy nhiên, thiết kế cắt ngang chỉ phản ánh mối liên quan tại thời điểm khảo sát, chưa xác định được quan hệ nhân quả. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện tại một bệnh viện tuyến cuối; gộp người bệnh nội trú và ngoại trú mà không ghi nhận hình thức điều trị; môi trường bệnh phòng có thể ảnh hưởng đến giấc ngủ của người bệnh nội trú; vì vậy, chưa khái quát kết quả cho người bệnh gan trong cộng đồng. Bên cạnh đó, nghiên cứu chưa thu thập các biến lâm sàng then chốt như mức độ nặng (Child-Pugh/MELD, còn bù/mất bù, cổ trướng), bệnh não gan tối thiểu, thuốc ảnh hưởng giấc ngủ (an thần, gây ngủ, lợi tiểu), sử dụng rượu bia và lo âu/trầm cảm đo bằng công cụ chuyên biệt; các thông tin về thời gian mắc bệnh, điều trị hiện tại và bệnh kèm có trong phiếu nhưng chưa được đưa vào phân tích. Các yếu tố liên quan và mối liên quan ISI – EQ-5D-5L mới được phân tích đơn biến, chưa hiệu chỉnh yếu tố nhiễu; hồi quy

tuyến tính trên chỉ số EQ-5D-5L có phân phối lệch có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của sai số chuẩn. EQ-5D-5L được điều chỉnh so với bản chuẩn (không dùng nguyên văn bản tiếng Việt chính thức, tách câu đau và khó chịu rồi quy đổi theo mức cao hơn); cách quy đổi không tương đương câu hỏi gốc và có thể làm chỉ số thấp hơn, nên chỉ số EQ-5D-5L của nghiên cứu cần được so sánh thận trọng với các nghiên cứu dùng bản chuẩn; chỉ số có hiệu ứng trần. Ngoài ra, các câu 5–7 của ISI trùng một phần nội dung với EQ-5D-5L, có thể ảnh hưởng đến mức độ liên quan quan sát được giữa hai thang đo. Số liệu do người bệnh tự đánh giá qua phỏng vấn trực tiếp, có thể chịu sai số nhớ lại, ảnh hưởng của cảm nhận chủ quan và của người phỏng vấn. Bản ISI sử dụng đã được điều chỉnh so với bản gốc (thay đổi nội dung một câu hỏi và hỏi về tình trạng hiện tại thay vì 2 tuần gần nhất) và điểm cắt ≥ 10 chưa được kiểm chứng trên người bệnh gan Việt Nam; mẫu nghiên cứu gộp nhiều nhóm bệnh gan có mức độ nặng khác nhau; số người bệnh được mời, từ chối tham gia và số phiếu bị loại chưa được trình bày.

5. KẾT LUẬN

(1) Khoảng một phần ba người bệnh gan tại Bệnh viện Bạch Mai có triệu chứng mất ngủ có ý nghĩa lâm sàng (ISI ≥ 10: 35,3%), chủ yếu ở mức nhẹ. Trong phân tích đơn biến, tuổi ≥ 40, nữ giới, trình độ học vấn thấp và thể trạng gầy liên quan với tỷ lệ mất ngủ cao hơn.

(2) Chỉ số EQ-5D-5L của người bệnh ở mức tương đối cao (trung vị 0,94); vấn đề tập trung ở đau/khó chịu và lo lắng/u sầu hơn là các lĩnh vực chức năng; mệt mỏi là triệu chứng bổ sung thường gặp.

(3) Triệu chứng mất ngủ liên quan với chỉ số EQ-5D-5L thấp hơn, với mức chênh lệch vượt ngưỡng có ý nghĩa lâm sàng; người bệnh có điểm ISI cao hơn có chỉ số EQ-5D-5L thấp hơn.

Khuyến nghị: (1) Cân nhắc lồng ghép sàng lọc triệu chứng mất ngủ bằng thang ISI vào quy trình tiếp nhận người bệnh gan, do điều dưỡng thực hiện. Người bệnh có ISI ≥ 10 nên được tư vấn vệ sinh giấc ngủ; người bệnh mất ngủ mức trung bình – nặng (ISI ≥ 15) nên được báo bác sĩ để đánh giá các nguyên nhân có thể điều chỉnh như bệnh não gan, thuốc, đau, ngứa hoặc trầm cảm. (2) Cần thêm các nghiên cứu có phân tích đa biến, theo dõi dọc và nghiên cứu can thiệp để đánh giá hiệu quả của sàng lọc và các biện pháp cải thiện giấc ngủ ở người bệnh gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Riemann D, Espie CA, Altena E, et al. The European Insomnia Guideline: an update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res.* 2023;32(6):e14035. doi:10.1111/jsr.14035
2. Shah NM, Malhotra AM, Kaltsakas G. Sleep disorder in patients with chronic liver disease: a narrative review. *J Thorac Dis.* 2020;12(Suppl 2):S248-S260. doi:10.21037/jtd-cus-2020-012
3. Montagnese S, De Pittà C, De Rui M, et al. Sleep-wake abnormalities in patients with cirrhosis. *Hepatology.* 2014;59(2):705-712. doi:10.1002/hep.26555
4. Bruyneel M, Sersté T. Sleep disturbances in patients with liver cirrhosis: prevalence, impact, and management challenges. *Nat Sci Sleep.* 2018;10:369-375. doi:10.2147/NSS.S186665
5. Plotogea OM, Gheorghe G, Stan-Ilie M, et al. Assessment of sleep among patients with chronic liver disease: association with

quality of life. *J Pers Med.* 2021;11(12):1387. doi:10.3390/jpm11121387

6. Zhao J, Liu M, Ungvari GS, et al. Prevalence and clinical correlates of insomnia symptoms and their association with quality of life in Chinese patients with HBV-related liver disease. *PeerJ.* 2021;9:e10956. doi:10.7717/peerj.10956
7. Nguyễn Thành Long, Vũ Quang Đạo, Phạm Thị Nguyệt Nga. Chất lượng giấc ngủ và một số yếu tố liên quan ở người bệnh viêm gan B điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2025. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2025;197(12):663-669. doi:10.52852/tcncyh.v197i12.4168
8. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep.* 2011;34(5):601-608. doi:10.1093/sleep/34.5.601
9. Mai VQ, Sun S, Minh HV, et al. An EQ-5D-5L value set for Vietnam. *Qual Life Res.* 2020;29(7):1923-1933. doi:10.1007/s11136-020-02469-7
10. Kumar A, Gupta R, Gupta R. Prevalence and correlates of poor sleep quality in chronic liver disease patients. *Sleep Sci.* 2021;14(3):266-272. doi:10.5935/1984-0063.20200060
11. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO Technical Report Series 894. Geneva: WHO; 2000.
12. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med.* 2001;2(4):297-307. doi:10.1016/s1389-9457(00)00065-4
13. Bùi Thị Huyền Trang, Lê Quỳnh Trang, Lê Thanh Thảo, Nguyễn Ngọc Ánh, Hoàng Thị Xuân Hương. Tình trạng mất ngủ và sức khỏe tâm thần của người lao động tại Trường Đại học Phenikaa. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2025;66(CĐ10-HNKH Trường ĐH Phenikaa):1-6. doi:10.52163/yhc.v66iCD10.2604
14. Hoang Thi Xuan Huong, Pham Do Nhat Vi, Nguyen Truong Giang, et al. Prevalence of insomnia and its association in COVID-19-recovered healthcare workers in some hospitals of Vietnam. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2024;177(4E14):185-195. doi:10.52852/tcncyh.v177i4e14.2417
15. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Qual Life Res.* 2011;20(10):1727-1736. doi:10.1007/s11136-011-9903-x
16. Engel L, Whitehurst DGT, Haagsma J, Janssen MF, Mulhern B. What is measured by the composite, single-item pain/discomfort dimension of the EQ-5D-5L? An exploratory analysis. *Qual Life Res.* 2023;32(4):1175-1186. doi:10.1007/s11136-022-03312-x
17. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* 2002;6(2):97-111. doi:10.1053/smrv.2002.0186
18. Zhang B, Wing YK. Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep.* 2006;29(1):85-93. doi:10.1093/sleep/29.1.85
19. European Association for the Study of the

Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. *J Hepatol.* 2019;70(1):172-193. doi:10.1016/j.jhep.2018.06.024

20. Sugimori H, Hirao M, Igarashi A, et al. Health state utilities of patients with hepatitis B and C and hepatitis-related conditions in Japan. *Sci Rep.* 2022;12(1):17139. doi:10.1038/s41598-022-21470-3

21. Peng JK, Hepgul N, Higginson IJ, Gao W. Symptom prevalence and quality of life of patients with end-stage liver disease: a systematic review and meta-analysis. *Palliat Med.* 2019;33(1):24-36. doi:10.1177/0269216318807051

22. Nguyễn Phương Nhung. Mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh xơ gan điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2024;65(CĐ5-NCKH):1-7. doi:10.52163/yhc.v65iCD5.1239

23. McClure NS, Al Sayah F, Xie F, Luo N, Johnson JA. Instrument-defined estimates of the minimally important difference for EQ-5D-5L index scores. *Value Health.* 2017;20(4):644-650. doi:10.1016/j.jval.2016.11.015

24. Ghabril M, Jackson M, Gotur R, et al. Most individuals with advanced cirrhosis have sleep disturbances, which are associated with poor quality of life. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2017;15(8):1271-1278.e6. doi:10.1016/j.cgh.2017.01.027

ABSTRACT

PREVALENCE OF INSOMNIA SYMPTOMS AND THEIR ASSOCIATION WITH QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH LIVER DISEASE AT BACH MAI HOSPITAL IN 2026

Background: Insomnia is common in patients with liver disease and may affect quality of life, yet in Vietnam the simultaneous assessment of both in the same liver-disease population remains limited.

Objectives: (1) To determine the prevalence of insomnia symptoms and describe associated factors; (2) to describe health-related quality of life; and (3) to analyze the association between insomnia symptoms and quality of life among patients with liver disease at Bach Mai Hospital in 2026.

Subjects and methods: A cross-sectional study of 450 inpatients and outpatients with liver disease at the Center for Gastroenterology and Hepatology, Bach Mai Hospital, from March to May 2026. Insomnia symptoms were assessed with the Insomnia Severity Index (ISI, cut-off ≥ 10) and quality of life with the EQ-5D-5L using the Vietnamese value set. Analyses included the chi-square test, Welch's t-test and simple linear regression.

Results: The prevalence of clinically relevant insomnia symptoms was 35.3% (159/450); mean ISI score 7.88 ± 6.13; 16.9% scored ≥ 15 (moderate–severe clinical insomnia). In univariate analysis, age ≥ 40 years, female sex, lower secondary education or below, and underweight were associated with higher prevalence. The mean EQ-5D-5L index was 0.91 ± 0.13 (median 0.94); among EQ-5D-5L dimensions, pain/discomfort (pain item: 32.0%) and anxiety/depression (30.0%) were most frequently

affected; fatigue, assessed as an additional symptom outside the EQ-5D-5L, was reported by 45.6%. Patients with insomnia symptoms had a lower index (0.837 ± 0.169 vs. 0.942 ± 0.088; difference 0.105; 95% CI: 0.077–0.133; $p < 0.001$). The ISI score was inversely associated with the EQ-5D-5L index ($B = -0.010$; $\beta = -0.458$; $R^2 = 0.210$; $p < 0.001$).

Conclusion: Insomnia symptoms affected about one third of patients with liver disease and were associated with a clinically meaningful lower quality of life. Screening with the ISI may be considered in liver disease care; studies with multivariable, longitudinal and interventional designs are needed to clarify this association.

Keywords: *Insomnia symptoms, quality of life, liver disease, Insomnia Severity Index, EQ-5D-5L*