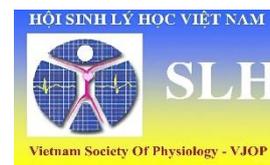


<https://tapchisinhlyhoc.com.vn/>

DOI: 10.54928/vjop.v30i1.173

Bài báo số: 173, 8 trang, 71-83.



## NGHIÊN CỨU ĐỀ XUẤT ỨNG DỤNG KẾT HỢP 3 THANG ĐO PSQI, ESS VÀ RBD-SQ TRONG ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN GIẤC NGỦ CỦA NGƯỜI BỆNH PARKINSON

Nguyễn Thị Thanh<sup>1</sup>, Trịnh Thị Giang<sup>1</sup>, Phạm Kim Ngọc<sup>1</sup>, Vũ Đức Vinh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Mai<sup>4</sup>, Đặng Tiến Hải<sup>5</sup>, Hà Việt Trung<sup>2,3</sup>, Nguyễn Thị Thanh Hương<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup> Viện Nghiên cứu Y học Đinh Tiên Hoàng

<sup>3</sup> Phòng khám Đa khoa ĐTH

<sup>4</sup> Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

<sup>5</sup> Trung tâm Y tế Gia Viễn

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Thanh Hương; Email: ntthanhhuong@hmu.edu.vn

Thông tin bài báo: Tiếp nhận: 31.12.2025; Chỉnh sửa: 29.01.2026; Chấp nhận đăng: 30.03.2026;

Công bố online: 31.03.2026.

**Đặt vấn đề:** Thang đo chất lượng giấc ngủ (PSQI), buồn ngủ vào ban ngày Epworth (ESS), hành vi rối loạn giấc ngủ REM (RBD-SQ) đã được nghiên cứu rối loạn giấc ngủ trên nhiều đối tượng khác nhau. Tuy nhiên, giá trị của 3 thang này ở người bệnh Parkinson (PD- Parkinson Disease) chưa được nghiên cứu phối hợp đầy đủ. Từ đó, chúng tôi thực hiện đề tài với **Mục tiêu:** So sánh đặc điểm giấc ngủ của người bệnh PD với nhóm chứng, qua đó đề xuất kết hợp các rối loạn giấc ngủ đặc trưng theo giới tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 161 đối tượng (66 người bệnh, 95 nhóm chứng), độ tuổi 50-80, nhận thức bình thường (MoCA  $\geq$  26). Tình trạng giấc ngủ được đánh giá bằng 3 thang đo PSQI, ESS và RBD-SQ. **Kết quả:** Nhóm PD có tỷ lệ RBD-SQ cao hơn so với nhóm chứng ở cả hai giới (Nam: 47,8% - 9,4%; Nữ: 37,2% - 4,8%). Nhóm PD có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn ở thang PSQI, ESS nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, phân tích chi tiết cho thấy rối loạn giấc ngủ ở nam PD liên quan đến tình trạng ho/ngáy to, tỉnh dậy lúc nửa đêm/sáng sớm, buồn ngủ khi ngồi và đọc; nữ PD liên quan đến rối loạn cảm giác (nóng, đau), giảm hứng thú và buồn ngủ khi xem tivi. **Kết luận:** Thang đo RBD-SQ có sự khác biệt giữa 2 nhóm, từ đó phù hợp để đánh giá rối loạn giấc ngủ trên người bệnh PD, nên phối hợp một số câu hỏi trong thang đo PSQI và ESS để phát hiện các rối loạn giấc ngủ đặc trưng theo giới tính.

**Từ khóa:** Parkinson, rối loạn giấc ngủ, PSQI, ESS, RBD-SQ.

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson (PD) là 1 bệnh lý thoái hóa thần kinh do tích tụ protein  $\alpha$ -synuclein trong tế bào neuron [1]. Trong đó, rối loạn giấc ngủ ở người bệnh Parkinson là vấn đề phổ biến (ước tính 58%) và liên quan đến

mức độ nặng của bệnh, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống [2]. Tiêu chuẩn vàng để đánh giá rối loạn giấc ngủ là dựa vào kết quả đo đa ký giấc ngủ (PSG-Polysomnography), nhưng cần có điều kiện phòng ghi và thiết bị đắt tiền mới có thể triển khai được kỹ thuật này. Hiện nay, một số thang đo như PSQI, ESS và RBD-SQ đã được phát triển để đánh giá rối loạn giấc ngủ trên nhiều đối tượng người bệnh khác nhau và cho kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu so với PSG ở mức độ chấp nhận được trên lâm sàng [3–5]. Gần đây, có xu hướng kết hợp 2 thang đo trở lên để tăng giá trị đánh giá rối loạn giấc ngủ. Ví dụ như Yu X và cộng sự đã phối hợp 3 thang đo PSQI, ESS và RBD-SQ trong đánh giá rối loạn giấc ngủ ở người cao tuổi, kết quả cho thấy sự phối hợp 3 thang đo này không chỉ thay thế cho PSG mà còn có khả năng sử dụng các thông tin giấc ngủ để dự đoán nguy cơ suy giảm nhận thức (CI) với AUC = 0,8773 (0,792–0,963) [6]. Một điểm hạn chế của các thang đo PSQI, ESS, RBD-SQ là hình thức tự báo cáo. Vì vậy, chúng tôi sử dụng thang đánh giá nhận thức Montreal (Moca) để hạn chế sai số trong kết quả của 3 thang đo. Cho tới nay, chưa có nghiên cứu nào phối hợp áp dụng cả 3 thang đo này để đánh giá tình trạng rối loạn giấc ngủ trên đối tượng người bệnh PD. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

- (1) So sánh đặc điểm giấc ngủ theo giới tính của người bệnh Parkinson với nhóm chứng qua 3 thang đo PSQI, ESS, RBD-SQ.
- (2) Đề xuất kết hợp các rối loạn giấc ngủ đặc trưng theo giới tính từ 3 thang đo PSQI, ESS, RBD-SQ.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

66 người bệnh Parkinson và 95 nhóm chứng trong độ tuổi từ 50 đến 80 được lựa chọn từ nghiên cứu lớn về Gen liên quan đến Parkinson ở người Việt Nam do Bệnh viện Lão Khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, Viện Nghiên cứu Y học Đinh Tiên Hoàng và Bệnh viện Việt Đức thực hiện trong thời gian từ tháng 10/2024 đến tháng 8/2025, tại Hà Nội, Ninh Bình và thành phố Hồ Chí Minh.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

##### \* Nhóm bệnh:

- Từ 50 - 80 tuổi
- Được chẩn đoán bệnh Parkinson điển hình (sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán ngân hàng não của Hiệp hội bệnh Parkinson ở Vương quốc Anh) [7]
- Tuổi khởi phát bệnh Parkinson  $\geq$  50 tuổi
- Thang điểm đánh giá MoCA  $\geq$  26 điểm

##### \* Nhóm chứng:

- Những người khỏe mạnh trong cộng đồng từ 50-80 tuổi không mắc bệnh Parkinson
- Thang điểm đánh giá MoCA  $\geq$  26 điểm

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mắc các bệnh cấp tính và ác tính (nhồi máu cơ tim cấp, suy hô hấp cấp, đột quỵ cấp, ung thư giai đoạn tiến triển,...)

- Đối tượng hoặc gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu

## 2.2. Phương pháp

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có nhóm chứng

**2.2.2. Công cụ và các biến số nghiên cứu:** Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích về đề tài sau đó được khám bởi các bác sĩ chuyên khoa thần kinh và được hỏi theo bệnh án nghiên cứu.

- Các biến số về đặc điểm chung được lựa chọn để phân tích trong nghiên cứu này: tuổi, giới.
- Đánh giá rối loạn giấc ngủ bằng các thang đo:
  - + Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI): Gồm 9 câu hỏi, 7 thành phần: Chất lượng giấc ngủ theo cảm nhận của người bệnh, độ trễ của giấc ngủ, thời gian ngủ, hiệu quả của giấc ngủ, rối loạn giấc ngủ, việc sử dụng thuốc giúp dễ ngủ, rối loạn chức năng trong ban ngày. Mỗi câu hỏi được ghi điểm từ 0 đến 3 (theo mức độ từ không khó khăn đến khó khăn cao nhất). Điểm cắt của thang điểm là 5, khi tổng điểm của thang PSQI lớn hơn 5, cho thấy bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ [3].
  - + Thang đo buồn ngủ vào ban ngày Epworth (ESS): Gồm 8 câu hỏi đánh giá khả năng ngủ gật hoặc thiếp đi vào ban ngày khi ngồi và đọc, xem tivi, ngồi yên ở nơi công cộng, lái xe như một hành khách trong 1 giờ không nghĩ, nằm nghỉ buổi chiều khi hoàn cảnh cho phép, ngồi và nói chuyện với ai đó, ngồi yên lặng sau bữa trưa không cần, ngồi trong ô tô dừng lại vài phút khi tham gia giao thông. Mỗi câu hỏi được ghi điểm từ 1 đến 4 điểm (theo mức độ từ sẽ không bao giờ ngủ gật hoặc ngủ đến cơ hội cao ngủ gật hoặc ngủ) [5].
  - + Thang đo hành vi rối loạn giấc ngủ REM (RBD- SQ): gồm 11 câu hỏi yes/no đánh giá giấc ngủ có những giấc mơ sống động không, những giấc mơ thường có nội dung gây hấn hoặc hành động không, giấc mơ có phù hợp với hành nghề về đêm không, có biết rằng tay chân mình cử động trong khi ngủ không, đã từng làm đau bạn cùng giường hoặc chính mình không, trong giấc mơ có các hiện tượng nói, la hét, chửi thề, cười to; cử động tay chân đột ngột, đánh nhau; cử chỉ, động tác phức tạp, vô ích trong khi ngủ (vẫy tay, chào, làm muối sợ, ngã khỏi giường), những thứ rơi xung quanh giường (đèn ngủ, sách, kính) không, những chuyển động có làm thức giấc không, sau khi tỉnh dậy có nhớ rõ nội dung của những giấc mơ không, giấc ngủ có thường xuyên bị xáo trộn không, có bị mắc các bệnh về thần kinh không (đột quỵ, chấn thương đầu, Parkinson, hội chứng tay chân không yên, chứng ủ rũ, trầm cảm, động kinh, bệnh viêm não). Mỗi câu trả lời yes được 1 điểm, no được 0 điểm. Điểm cắt ngang của thang điểm là 5, khi tổng điểm của thang điểm RBD lớn hơn hoặc bằng 5/11, nghi ngờ bệnh nhân có hành vi rối loạn giấc ngủ REM, cần đánh giá sâu hơn bằng đa ký giấc ngủ [4].

**2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Lão khoa Trung ương theo số 1139/HĐĐĐ ngày 07/10/2022. Tất cả các đối tượng nghiên cứu được giải thích cụ thể về mục đích nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1: Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=161)**

Đặc điểm	Nam (n= 55)			Nữ (n=106)		
	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	p value	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	p value
Giới	23 (41,8%)	32 (58,2%)	0,28	43 (40,6%)	63 (59,4%)	0,06
Tuổi	65,04 ± 7,78	62,00± 7,77	0,156	66,07± 6,45	61,73 ± 8,03	<b>0,004*</b>

**Nhận xét:** Trong cả 2 giới, tỷ lệ nhóm bệnh: nhóm chứng đều xấp xỉ là 41:59. Tuổi nhóm bệnh ở cả 2 giới đều tương tự như nhau ( $p>0,05$ ). Tuy nhiên, ở nữ tuổi nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng ( $p<0,05$ ).

#### 3.2. Đặc điểm rối loạn giấc ngủ

**Bảng 2: So sánh rối loạn giấc ngủ giữa 2 nhóm dựa trên kết quả các thang đo PSQI, ESS, RBD-SQ**

Thang đo		Nam			Nữ		
		Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95%CI)	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95%CI)
PSQI	Rối loạn giấc ngủ	20 (87,0%)	24 (75,0%)	2,22 (0,52 – 9,51)	39 (90,7%)	54 (85,7%)	1,63 (0,47 – 5,66)
	Không có rối loạn giấc ngủ	3 (13,0%)	8 (25,0%)		4 (9,3%)	9 (14,3%)	
ESS	Có buồn ngủ ban ngày	11 (47,8%)	9 (28,1%)	2,34 (0,76 – 7,21)	12 (27,9%)	10 (15,9%)	2,05 (0,79 – 5,30)
	Không buồn ngủ ban ngày	12 (52,2%)	23 (71,98%)		31 (72,1%)	53 (84,1%)	
RBD-SQ	Có rối loạn giấc ngủ	11 (47,8%)	3 (9,4%)	8,86 (2,09 – 37,51)*	16 (37,2%)	3 (4,8%)	11,85 (3,19 – 44,11)*
	Không buồn ngủ	12 (52,2%)	29 (90,6%)		27 (62,8%)	60 (95,2%)	

**Nhận xét:** Rối loạn giấc ngủ ở nhóm bệnh đều cao hơn nhóm chứng ở cả 2 giới dựa trên kết quả tổng điểm của từng thang đo. Trong đó, thang đo RBD- SQ cho kết quả rối loạn giấc ngủ nhóm PD cao hơn nhóm chứng gấp 8,86 lần (95%CI: 2,09-37,51) ở nam giới và 11,85 lần (95%CI: 3,19-44,11) ở nữ giới.

**Bảng 3: Phân tích chi tiết thang đo PSQI**

Xuất hiện ít nhất 1 lần trong tuần	Nam			Nữ		
	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95%CI)	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95%CI)
Không ngủ được	13	14	1,67 (0,57 -	33	39	2,03 (0,85 -

Xuất hiện ít nhất 1 lần trong tuần	Nam			Nữ		
	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95%CI)	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95%CI)
trong vòng 30 phút	(56,52%)	(43,75%)	4,92)	(76,74%)	(61,90%)	4,85)
Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng	22 (95,65%)	17 (53,13%)	19,41 (2,33 - 161,87)*	37 (86,05%)	39 (61,90%)	3,80 (1,39 - 10,33)*
Phải thức dậy để sử dụng nhà tắm	20 (86,96%)	11 (34,38%)	12,73 (3,09 - 52,44)*	34 (79,07%)	28 (44,44%)	4,72 (1,95 - 11,47)*
Khó thở	5 (21,74%)	2 (6,25%)	4,17 (0,73 - 23,76)	12 (27,91%)	9 (14,29%)	2,32 (0,88 - 6,13)
Ho hoặc ngứa to	15 (65,22%)	10 (31,25%)	4,13 (1,32 - 12,87)*	14 (32,56%)	16 (25,40%)	1,42 (0,60 - 3,33)
Cảm thấy rất lạnh	7 (30,43%)	3 (9,38%)	4,23 (0,96 - 18,65)	15 (34,88%)	12 (19,05%)	2,28 (0,94 - 5,53)
Cảm thấy rất nóng	8 (34,78%)	4 (12,50%)	3,73 (0,96 - 14,46)	17 (39,53%)	10 (15,87%)	3,47 (1,39 - 8,62)*
Gặp ác mộng	4 (17,39%)	5 (15,63%)	1,14 (0,27 - 4,80)	8 (18,60%)	4 (6,35%)	3,37 (0,95 - 12,02)
Thấy đau	8 (34,78%)	8 (25,00%)	1,60 (0,50 - 5,17)	15 (34,88%)	10 (15,87%)	2,84 (1,13 - 7,14)*
Phải sử dụng thuốc ngủ	5 (21,74%)	0 (0,00%)		11 (25,58%)	2 (3,17%)	10,49 (2,19 - 50,20)*
Khó giữ đầu óc tỉnh táo trong các hoạt động ban ngày	10 (43,48%)	1 (3,13%)	23,85 (2,76 - 205,79)*	11 (25,58%)	5 (7,94%)	3,99 (1,27 - 12,49)*
Khó duy trì hứng thú hoàn thành các công việc	6 (26,09%)	6 (18,75%)	1,53 (0,42 - 5,54)	16 (37,21%)	11 (17,46%)	2,80 (1,14 - 6,87)*

**Nhận xét:**

- Ở nam giới: Người bệnh PD có tình trạng "Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng" cao gấp 19,4 lần (95%CI: 2,33-161,87); "Phải thức dậy để sử dụng nhà tắm" cao gấp 12,73 lần (95%CI: 3,09-52,44); "Ho hoặc ngáy to" cao gấp 4,13 lần (95%CI: 1,32-12,87) và "Khó giữ đầu óc tỉnh táo trong các hoạt động ban ngày" cao gấp 23,85 lần (95%CI: 2,76-205,79) so với nhóm chứng; còn các tình trạng khác, tương tự nhau giữa 2 nhóm nghiên cứu ( $p>0,05$ ).
- Ở nữ giới: Người bệnh PD có tình trạng "Tỉnh giấc lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng" cao gấp 3,8 lần (95%CI: 1,39 - 10,33); "Phải thức dậy để sử dụng nhà tắm cao gấp 4,72 lần (95%CI: 1,95-11,47); "Cảm thấy rất nóng" cao gấp 3,47 lần (95%CI: 1,39-8,62); "Thấy đau" cao gấp 2,84 lần (95%CI: 1,13-7,14); "Phải sử dụng thuốc ngủ" cao gấp 10,49 lần (95%CI: 2,19-50,2); "Khó giữ đầu óc tỉnh táo trong các hoạt động ban ngày" cao gấp 3,99 lần (95%CI: 1,27-12,49) và "Khó duy trì hứng thú hoàn thành công việc" cao gấp 2,8 lần (95%CI: 1,14-6,87).

**Bảng 4: Phân tích chi tiết thang đo ESS**

Có cơ hội ngủ gật hoặc buồn ngủ ban ngày khi	Nam			Nữ		
	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95% CI)	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95% CI)
Ngồi và đọc	15 (65,22%)	9 (28,13%)	4,79 (1,51 - 15,18)*	20 (46,51%)	24 (38,10%)	1,41 (0,64 - 3,10)
Xem ti vi	14 (60,87%)	11 (34,38%)	2,97 (0,98 - 9,02)	22 (51,16%)	19 (30,16%)	2,43 (1,09 - 5,42)*
Ngồi yên ở một nơi công cộng	8 (34,78%)	6 (18,75%)	2,31 (0,67 - 7,94)	13 (30,23%)	17 (26,98%)	1,17 (0,50 - 2,76)
Lái xe như một hành khách trong 1h không nghỉ	5 (21,74%)	8 (25,00%)	0,83 (0,23 - 2,98)	8 (18,60%)	17 (26,98%)	0,62 (0,24 - 1,60)
Nằm nghỉ buổi chiều khi hoàn cảnh cho phép	12 (52,17%)	13 (40,63%)	1,59 (0,54 - 4,70)	20 (46,51%)	25 (39,68%)	1,32 (0,60 - 2,89)
Ngồi và nói chuyện với ai đó	4 (17,39%)	2 (6,25%)	3,16 (0,53 - 18,95)	6 (13,95%)	5 (7,94%)	1,88 (0,54 - 6,61)
Ngồi yên lặng sau bữa trưa không cồn	14 (60,87%)	12 (37,50%)	2,59 (0,86 - 7,80)	20 (46,51%)	19 (30,16%)	2,01 (0,90 - 4,51)
Ngồi trong ô tô đứng lại	6 (26,09%)	4 (12,50%)	2,47 (0,61 - 10,00)	6 (13,95%)	2 (3,17%)	4,95 (0,95 - 25,40)

Có cơ hội ngủ gật hoặc buồn ngủ ban ngày khi	Nam			Nữ		
	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95% CI)	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95% CI)
vài phút khi tham gia giao thông			- 10,03)			- 25,80)

**Nhận xét:**

- Ở nam giới: Người bệnh PD có tình trạng ngủ gật hoặc buồn ngủ ban ngày khi “Ngồi và đọc” cao gấp 4,79 lần (95%CI: 1,51-15,18) so với nhóm chứng.
- Ở nữ giới: Người bệnh PD có tình trạng ngủ gật hoặc buồn ngủ ban ngày khi “Xem tivi” cao gấp 2,43 lần (95%CI: 1,09-5,42) so với nhóm chứng.

**Bảng 5: Phân tích các biểu hiện hành vi trong giấc ngủ REM (RBD-SQ)**

Đặc điểm	Nam			Nữ		
	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95% CI)	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95% CI)
Đôi khi có những giấc mơ sống động	12 (52,17%)	11 (34,38%)	2,08 (0,70 - 6,23)	16 (37,21%)	22 (34,92%)	1,10 (0,49 - 2,74)
Những giấc mơ thường có nội dung gây hấn hoặc hành động	7 (30,43%)	3 (9,38%)	4,23 (0,96 - 18,65)	10 (23,26%)	1 (1,59%)	18,79 (2,30 - 153,21)*
Nội dung giấc mơ phù hợp với hành vi về đêm	7 (30,43%)	7 (21,88%)	1,56 (0,46 - 5,30)	13 (30,23%)	12 (19,05%)	1,84 (0,75 - 4,55)
Biết rằng tay chân mình cử động khi ngủ	6 (26,09%)	1 (3,13%)	10,94 (1,22 - 98,56)*	5 (11,63%)	4 (6,35%)	1,94 (0,49 - 7,69)
Từng làm đau bạn cùng giường hoặc chính mình	5 (21,74%)	2 (6,25%)	4,17 (0,73 - 23,76)	3 (6,98%)	0 (0,00%)	
Nói, la hét, chửi thề, cười to trong mơ	10 (43,48%)	4 (12,50%)	5,39 (1,42 - 20,42)*	15 (34,88%)	4 (6,35%)	7,90 (2,40 - 26,00)*
Cử động tay chân đột ngột, “đánh nhau” trong mơ	6 (26,09%)	2 (6,25%)	5,29 (0,96 - 29,19)	6 (13,95%)	0 (0,00%)	

Đặc điểm	Nam			Nữ		
	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95% CI)	Nhóm bệnh	Nhóm chứng	OR (95% CI)
Cử chỉ, động tác phức tạp, vô ích trong khi ngủ trong mơ	4 (17,39%)	1 (3,13%)	6,53 (0,68 - 62,83)	6 (13,95%)	0 (0,00%)	
Cảm thấy có những thứ rơi xung quanh giường trong mơ	4 (17,39%)	1 (3,13%)	6,53 (0,68 - 62,82)	3 (6,98%)	2 (3,17%)	2,29 (0,27 - 14,30)
Những chuyển động làm thức giấc	16 (69,57%)	19 (59,38%)	1,56 (0,50 - 4,86)	23 (53,49%)	30 (47,62%)	1,27 (0,58 - 2,75)
Nhớ rõ nội dung sau khi tỉnh dậy	9 (39,13%)	22 (68,75%)	0,29 (0,10 - 0,90)*	17 (39,53%)	27 (42,86%)	0,87 (0,40 - 1,92)
Giấc ngủ thường xuyên bị xáo trộn	8 (34,78%)	8 (25,00%)	1,60 (0,50 - 5,17)	24 (55,81%)	18 (28,57%)	3,16 (1,40 - 7,12)*
Mắc bệnh về thần kinh	21 (91,30%)	1 (3,13%)	p<0,001*	37 (86,05%)	2 (3,17%)	p<0,001*

**Nhận xét:**

- Ở nam giới: Người bệnh PD có tình trạng “Biết rằng tay chân mình cử động khi ngủ” cao gấp 10,94 lần (95%CI: 1,22-98,56); “Nói, la hét, chửi thề, cười to trong mơ” cao gấp 5,39 lần (95%CI: 1,42-20,42); “Nhớ rõ nội dung sau khi dậy” thấp hơn gấp 0,29 lần (95%CI: 0,1-0,9) so với nhóm chứng.
- Ở nữ giới: Người bệnh PD có tình trạng “Những giấc mơ thường có nội dung gây hấn hoặc hành động” cao gấp 18,79 lần (95%CI: 2,3-153,21); “Nói, la hét, chửi thề, cười to trong mơ” cao gấp 7,9 lần (95%CI: 2,4-26) và “Giấc ngủ thường xuyên bị xáo trộn” cao gấp 3,16 lần (95%CI: 1,4-7,12) so với nhóm chứng.

**4. BÀN LUẬN**

Kết quả nghiên cứu chính mà chúng tôi tìm được là: Nhóm PD có nguy cơ mắc rối loạn hành vi giấc ngủ REM (RBD- SQ) cao hơn so với nhóm chứng ở cả hai giới (Nam: 47,8% so với 9,4%; Nữ: 37,2% so với 4,8%). Nhóm PD có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn nhóm chứng ở thang đo PSQI, ESS nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, phân tích chi tiết 2 thang đo này cho thấy: Nam giới PD có rối loạn giấc ngủ liên quan đến tình trạng “Ho hoặc ngáy to” (OR: 4,13, 95%CI: 1,32-12,87), “Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng” (OR: 19,41, 95%CI: 2,33-161,87), “Phải thức dậy để sử dụng nhà tắm” (OR: 12,73, 95%CI: 3,09-52,44), “Khó giữ đầu óc tỉnh táo trong các hoạt động ban ngày” (OR: 23,85, 95%CI: 2,76-

205,79); buồn ngủ ban ngày khi “Ngồi và đọc” (OR: 4,79, 95%CI: 1,51-15,18). Nữ giới PD có rối loạn giấc ngủ liên quan đến tình trạng “Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng” (OR: 3,8, 95%CI: 1,39-10,33), “Phải thức dậy để sử dụng nhà tắm” (OR: 4,72, 95%CI: 1,95-11,47), “Cảm giác rất nóng” (OR: 3,47, 95%CI: 1,39-8,62), “Thấy đau” (OR: 2,84, 95%CI: 1,13-7,14), “Phải sử dụng thuốc ngủ” (OR: 10,49, 95%CI: 2,19-50,2); “Khó giữ đầu óc tỉnh táo trong các hoạt động ban ngày” (OR: 3,99, 95%CI: 1,27-12,49) và “Khó duy trì hứng thú hoàn thành công việc” (OR: 2,8, 95%CI: 1,14-6,87); buồn ngủ ban ngày khi “Xem tivi” (OR: 2,43, 95%CI: 1,09-5,42).

**Sự phù hợp của thang đo RBD-SQ trong đánh giá rối loạn giấc ngủ ở người bệnh PD:** Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu tổng quan được thực hiện trên 2462 người bệnh Parkinson và 3818 nhóm chứng, chỉ ra người bệnh PD có khả năng mắc RBD-SQ gấp 5,69 lần so với nhóm chứng (95%CI: 3,60 - 9,00) [8]. Giấc ngủ REM được đặc trưng bởi tình trạng mất trương lực cơ trong giấc ngủ ở người bình thường. Ở người bệnh PD, bất thường của protein alpha-synuclein gây suy giảm các tế bào dopaminergic ở phần đặc chất đen. Ngoài ra các nghiên cứu *in vivo* cũng chỉ ra ở người bệnh PD có sự giảm ức chế glycine và GABA (liên quan đến việc ức chế hoạt động cơ bắp) trong khi ngủ góp phần gây ra rối loạn hành vi giấc ngủ REM. Từ đó giải thích được các nguyên nhân gây ra hiện tượng RBD-SQ ở người bệnh PD. Thang đo RBD-SQ phản ánh trực diện các đặc điểm giấc ngủ REM thông qua ba nhóm then chốt, bao gồm: (1) Nội dung giấc mơ như “Những giấc mơ thường có nội dung gây hấn hoặc hành động”, (2) Các biểu hiện phát âm như “Nói, la hét, chửi thề, cười to” và (3) Nhóm các vận động phức tạp như “Cử động tay chân đột ngột, đánh nhau trong mơ”, “Cử chỉ, động tác phức tạp, vô ích trong khi ngủ trong mơ” hay “Từng làm đau bạn cùng giường hoặc chính mình”. Do vậy thang đo RBD-SQ phát hiện được sự khác biệt trong rối loạn giấc ngủ REM ở người bệnh PD và nhóm chứng.

**Sử dụng PSQI trong đánh giá rối loạn giấc ngủ trên người bệnh PD:** Tỷ lệ rối loạn giấc ngủ ở người bệnh mắc PD trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nhóm chứng khi đánh giá bằng thang đo PSQI. Kết quả này của chúng tôi khác với nghiên cứu của Julia Valle Pezzini. Sự khác biệt này có thể là do trong nghiên cứu Julia Valle Pezzini, tác giả không chỉ có nhóm người cao tuổi như trong nghiên cứu của chúng tôi mà còn có cả những người bệnh dưới 50 tuổi; đồng thời tác giả cũng không nêu rõ về tình trạng rối loạn nhận thức ở các đối tượng nghiên cứu như trong nghiên cứu của chúng tôi [9]. Một điểm thú vị trong nghiên cứu của chúng tôi là phát hiện người bệnh PD ở cả 2 giới đều có rối loạn giấc ngủ liên quan đến tình trạng “Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng” (Nam: OR:19,41, 95%CI: 2,33-161,87; Nữ: OR:3,8, 95%CI: 1,39-10,33), “Phải thức dậy để sử dụng nhà tắm” (Nam: OR:12,73, 95%CI: 3,09-52,44, Nữ: OR:4,72, 95%CI: 1,95-11,47). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đan Mạch (2006), Kristian Winge cho thấy tỷ lệ mắc các rối loạn chức năng bàng quang ở người bệnh Parkinson chiếm từ 53% đến 70%, đặc biệt tiểu đêm là triệu chứng ngoài vận động phổ biến và gây phiền toái nhất [10]. Nguyên nhân gây ra tiểu đêm ở người bệnh PD được cho là do sự gián đoạn của con đường trực tiếp dopamine D1-GABAergic và nhánh GABAergic của nó đến quá trình tiểu tiện, từ đó dẫn đến mất khả năng ức chế phản

xạ tiểu tiện và hội chứng bàng quang hoạt động quá mức (OAB) [11,12]. Chính vì thức dậy lúc nửa đêm dẫn tới tình trạng “Khó giữ đầu óc tỉnh táo trong các hoạt động ban ngày” (Nam: OR:23,85, 95%CI: 2,76-205,79, Nữ: OR:3,99, 95%CI:1,27-12,49); kết quả này tương đồng với phát hiện của Julia Valle Pezzini [9].

**Nguyên nhân mất ngủ buổi đêm trên người bệnh PD có sự khác biệt giữa nam và nữ:** Nam giới mắc PD mất ngủ do tình trạng “Ho hoặc ngáy to” cao gấp 4 lần so với nhóm chứng (OR:4,13, 95%CI:1,32-12,87). Nữ giới mắc PD mất ngủ do tình trạng “Cảm thấy rất nóng” (OR:3,47, 95%CI:1,39-8,62) và “Thấy đau” (OR:2,84, 95%CI:1,13 - 7,14). Nghiên cứu của Liancai Mu (2012) đã chứng minh sự lắng đọng alpha-synuclein ở người bệnh mắc PD đã dẫn tới teo sợi cơ tại các cơ thắt hầu họng, từ đó làm suy yếu khả năng duy trì độ mở của đường thở khi ngủ, gây ra các tình trạng ho hoặc ngáy to [13]. Cảm giác nóng, hay “bốc hỏa” là triệu chứng đặc trưng ở phụ nữ tiền mãn kinh và mãn kinh. Sự sụt giảm estrogen ở giai đoạn này làm thu hẹp đáng kể vùng trung tâm điều nhiệt. Khi đó, trung tâm điều nhiệt trở nên nhạy cảm quá mức, khiến ngay cả những gia tăng rất nhỏ của nhiệt độ lõi cơ thể (Tc) cũng đủ để kích hoạt các phản ứng thải nhiệt như bốc hỏa và đổ mồ hôi đêm [14]. Đặc biệt ở nữ giới mắc PD, sự lắng đọng thể Lewy ở vùng dưới đồi và các hạch giao cảm đã tác động và làm suy yếu khả năng điều tiết mạch máu ở ngoại biên [1]. Điều này khiến cho phụ nữ PD vừa thiếu hormone estrogen do tuổi mãn kinh, vừa bị tổn thương cấu trúc điều nhiệt, khiến cho họ cảm thấy nóng và vã mồ hôi nhiều hơn so với nhóm chứng. Đồng thời, sự thoái hóa các neuron dopaminergic tại vùng đen và các vùng xử lý tín hiệu đau ở hạch nền khiến cho nhóm người bệnh PD càng trở nên nhạy cảm quá mức với các cảm giác đau và kích thích từ cơ thể [15].

**Các tình huống hay gặp buồn ngủ ban ngày ở người bệnh PD khác nhau giữa nam và nữ:** Mức độ buồn ngủ ban ngày ở nam giới mắc PD xảy ra khi “Ngồi và đọc” (OR: 4,792, 95%CI:1,51-15,18); còn ở nữ giới mắc PD xảy ra khi “Xem tivi” (OR: 2,426, 95%CI:1,09-5,42). Jennifer Boyes (2016) và Andreja Packard (2020) chưa ghi nhận được sự khác biệt về mức độ buồn ngủ ban ngày một cách rõ rệt giữa nhóm bệnh và nhóm chứng ở cả nam và nữ trong các tình huống nói trên như trong nghiên cứu của chúng tôi [16,17]. Dopamine tại vùng thể vân (striatum) đóng vai trò quan trọng giúp não lọc bỏ các kích thích gây nhiễu và tập trung đọc chữ, phục vụ cho hành động “Ngồi và đọc” [18]. Nam giới mắc PD có sự sụt giảm dopamine nhiều hơn so với nhóm chứng, đặc biệt ở vùng nhân đuôi chịu trách nhiệm kiểm soát nhận thức và mức độ tập trung nên nam giới mắc PD dễ buồn ngủ ban ngày khi “Ngồi và đọc” [19,20]. Ngược lại, trong các hoạt động thụ động như “Xem tivi”, não bộ không yêu cầu sự tập trung lớn [21]. Do đó, sự tỉnh táo hoàn toàn phụ thuộc vào kích thích từ dưới lên được truyền từ Hệ thống lưới hoạt hóa truyền lên. Hệ thống lưới hoạt hóa truyền lên được ổn định bởi hormone Orexin [21]. Ở nữ giới mắc PD có sự sụt giảm nồng độ hormone Orexin so với nhóm chứng [22]. Do đó, nữ giới mắc PD thường cảm thấy buồn ngủ hơn so với nhóm chứng khi “Xem tivi”.

Qua kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi nhận thấy thang đo RBD-SQ được thiết kế để đánh giá rối loạn hành vi trong giai đoạn ngủ REM và cho kết quả khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa người bệnh PD và nhóm chứng trên cả 2 giới. Thang đo PSQI tuy không có sự khác biệt về tổng điểm nhưng có một số đặc

điểm khác biệt đặc trưng giữa người bệnh mắc PD và nhóm chứng ở cả 2 giới. Cụ thể là: Đặc điểm mất ngủ ban đêm do “Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng” (Nam: OR:19,41, 95%CI: 2,33-161,87; Nữ: OR:3,8, 95%CI: 1,39-10,33), “Phải thức dậy để sử dụng nhà tắm” (Nam: OR:12,73, 95%CI: 3,09-52,44, Nữ: OR:4,72, 95%CI: 1,95-11,47). Riêng ở nam giới mắc PD thường mất ngủ do “Ho và ngáy to” còn nữ giới mắc PD thường mất ngủ do “Cảm giác nóng” và “Thấy đau”. Do vậy, nên kết hợp một số câu hỏi trong thang đo PSQI để phát hiện các đặc trưng này. Đặc điểm buồn ngủ ban ngày ở nam giới mắc PD thường do “Ngồi và đọc”, nữ giới thường do “Xem tivi”. Do vậy nên kết hợp với một số câu hỏi trong ESS để phát hiện đặc trưng này.

## 5. KẾT LUẬN

Thang đo RBD-SQ có sự khác biệt giữa nhóm bệnh với nhóm chứng ở cả 2 giới. Từ đó cho thấy thang đo RBD-SQ phù hợp để đánh giá rối loạn giấc ngủ trên người bệnh PD, nên phối hợp một số câu hỏi trong thang đo PSQI và ESS để phát hiện các rối loạn giấc ngủ đặc trưng theo giới tính.

## 6. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Viện nghiên cứu Y học Đinh Tiên Hoàng, Phòng khám Đa khoa ĐTH, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình, Trung tâm Y tế Gia Viễn; điều dưỡng Vũ Hồng Nụ và điều dưỡng Dương Thị Mai Liên đã hỗ trợ thu thập số liệu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chen Z, Li G, Liu J. Autonomic dysfunction in Parkinson's disease: Implications for pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Neurobiol Dis.* 2020 Feb;134:104700. doi:10.1016/j.nbd.2019.104700 PubMed PMID: 31809788.
2. Yi Q, Yu-Peng C, Jiang-Ting L, Jing-Yi L, Qi-Xiong Q, Dan-Lei W, et al. Worse Sleep Quality Aggravates the Motor and Non-Motor Symptoms in Parkinson's Disease. *Front Aging Neurosci.* 2022 Jun 10;14:887094. doi:10.3389/fnagi.2022.887094 PubMed PMID: 35754956; PubMed Central PMCID: PMC9226540.
3. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989 May;28(2):193–213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4 PubMed PMID: 2748771.
4. Bušková J, Peřinová P, Miletínová E, Dušek P, Růžička E, Šonka K, et al. Validation of the REM sleep behavior disorder screening questionnaire in the Czech population. *BMC Neurol.* 2019 Jun 4;19:110. doi:10.1186/s12883-019-1340-4 PubMed PMID: 31164104; PubMed Central PMCID: PMC6549323.
5. Bonzelaar LB, Salapatas AM, Yang J, Friedman M. Validity of the epworth sleepiness scale as a screening tool for obstructive sleep apnea. *The Laryngoscope.* 2017 Feb;127(2):525–31. doi:10.1002/lary.26206 PubMed PMID: 27470941.
6. Yu X, Deng S, Liu J, Zhang M, Zhang L, Li R, et al. Predictive Modeling Using a Composite Index of Sleep and Cognition in the Alzheimer's Continuum: A Decade-Long Historical Cohort Study. *J Alzheimers Dis Rep.* 8(1):589–600. doi:10.3233/ADR-240001 PubMed PMID: 38746638; PubMed Central PMCID: PMC11091728.

7. Clarke CE, Patel S, Ives N, Rick CE, Woolley R, Wheatley K, et al. UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Diagnostic Criteria. In: Clinical effectiveness and cost-effectiveness of physiotherapy and occupational therapy versus no therapy in mild to moderate Parkinson's disease: a large pragmatic randomised controlled trial (PD REHAB) [Internet]. NIHR Journals Library; 2016 [cited 2026 Jan 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379754/>
8. Zhang J, Xu CY, Liu J. Meta-analysis on the prevalence of REM sleep behavior disorder symptoms in Parkinson's disease. *BMC Neurol*. 2017 Feb 4;17:23. doi:10.1186/s12883-017-0795-4 PubMed PMID: 28160778; PubMed Central PMCID: PMC5292147.
9. Pezzini JV, Trevisan DD, Dominiak Soares VH, Gauer LE, Lima MMS. Sleep Quality in Parkinson Disease: Clinical Insights and PSQI Reliability Assessment. *Sleep Sci*. 2024 Oct 23;18(2):e147–54. doi:10.1055/s-0044-1791235 PubMed PMID: 40672893; PubMed Central PMCID: PMC12263200.
10. Winge K, Fowler CJ. Bladder dysfunction in Parkinsonism: mechanisms, prevalence, symptoms, and management. *Mov Disord Off J Mov Disord Soc*. 2006 Jun;21(6):737–45. doi:10.1002/mds.20867 PubMed PMID: 16570299.
11. Sakakibara R, Nakazawa K, Uchiyama T, Yoshiyama M, Yamanishi T, Hattori T. Effects of subthalamic nucleus stimulation on the micturation reflex in cats. *Neuroscience*. 2003;120(3):871–5. doi:10.1016/s0306-4522(03)00319-1 PubMed PMID: 12895527.
12. Yamamoto T, Sakakibara R, Hashimoto K, Nakazawa K, Uchiyama T, Liu Z, et al. Striatal dopamine level increases in the urinary storage phase in cats: an in vivo microdialysis study. *Neuroscience*. 2005;135(1):299–303. doi:10.1016/j.neuroscience.2005.06.007 PubMed PMID: 16111828.
13. Mu L, Sobotka S, Chen J, Su H, Sanders I, Adler CH, et al. Altered Pharyngeal Muscles in Parkinson Disease. *J Neuropathol Exp Neurol*. 2012 Jun;71(6):520–30. doi:10.1097/NEN.0b013e318258381b PubMed PMID: 22588389; PubMed Central PMCID: PMC3358551.
14. Freedman RR. MENOPAUSAL HOT FLASHES: MECHANISMS, ENDOCRINOLOGY, TREATMENT. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2014 Jul;142:115–20. doi:10.1016/j.jsbmb.2013.08.010 PubMed PMID: 24012626; PubMed Central PMCID: PMC4612529.
15. Cattaneo C, Jost WH. Pain in Parkinson's Disease: Pathophysiology, Classification and Treatment. *J Integr Neurosci*. 2023 Sep 8;22(5):132. doi:10.31083/j.jin2205132 PubMed PMID: 37735139.
16. Packard A, Bautista R, Smotherman C, Gautham S. Gender differences in Epworth Sleepiness Scale revealed by paired patient-spouse scoring. *Epilepsy Behav EB*. 2021 Jan;114(Pt A):107272. doi:10.1016/j.yebeh.2020.107272 PubMed PMID: 32651121.
17. Boyes J, Drakatos P, Jarrold I, Smith J, Steier J. The use of an online Epworth Sleepiness Scale to assess excessive daytime sleepiness. *Sleep Breath Schlaf Atm*. 2017;21(2):333–40. doi:10.1007/s11325-016-1417-x PubMed PMID: 27837377; PubMed Central PMCID: PMC5399063.
18. Fornari LHT, da Silva Júnior N, Muratt Carpenedo C, Hilbig A, Rieder CR de M. Striatal dopamine correlates to memory and attention in Parkinson's disease. *Am J Nucl Med Mol Imaging*. 2021 Feb 15;11(1):10–9. PubMed PMID: 33688451; PubMed Central PMCID: PMC7936250.
19. Grahn JA, Parkinson JA, Owen AM. The cognitive functions of the caudate nucleus. *Prog Neurobiol*. 2008 Nov;86(3):141–55. doi:10.1016/j.pneurobio.2008.09.004 PubMed PMID: 18824075.
20. Zhou ZD, Yi LX, Wang DQ, Lim TM, Tan EK. Role of dopamine in the pathophysiology of Parkinson's

disease. *Transl Neurodegener.* 2023 Sep 18;12:44. doi:10.1186/s40035-023-00378-6 PubMed PMID: 37718439; PubMed Central PMCID: PMC10506345.

21. Jászberényi M, Thurzó B, Bagosi Z, Vécsei L, Tanaka M. The Orexin/Hypocretin System, the Peptidergic Regulator of Vigilance, Orchestrates Adaptation to Stress. *Biomedicines.* 2024 Feb 17;12(2):448. doi:10.3390/biomedicines12020448 PubMed PMID: 38398050; PubMed Central PMCID: PMC10886661.

22. Braun A, Manavis J, Yamanaka A, Ootsuka Y, Blumbergs P, Bobrovskaya L. The role of orexin in Parkinson's disease. *J Neurosci Res.* 2024 Mar;102(3):e25322. doi:10.1002/jnr.25322 PubMed PMID: 38520160.

## A PROPOSAL FOR INTEGRATING THE PSQI, ESS, AND RBD-SQ SCALES IN THE CLINICAL ASSESSMENT OF SLEEP DISORDERS IN PARKINSON'S DISEASE

Nguyen Thi Thanh<sup>1</sup>, Trinh Thi Giang<sup>1</sup>, Pham Kim Ngoc<sup>1</sup>, Vu Duc Vinh<sup>1</sup>, Nguyen Thi Mai<sup>4</sup>, Đàng Tien Hai<sup>5</sup>,  
Ha Viet Trung<sup>2,3</sup>, Nguyen Thi Thanh Huong<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Hanoi Medical University; <sup>2</sup> Đinh Tien Hoang Institute of Medicine; <sup>3</sup> ĐTH Medical Clinic;

<sup>4</sup> Ninh Binh General Hospital; <sup>5</sup> Gia Vien District Medical Center

\*Corresponding author: Nguyen Thi Thanh Huong; Email: ntthanhhuong@hmu.edu.vn

**Background:** The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), and REM Sleep Behavior Disorder Screening Questionnaire (RBD-SQ) have been widely used to assess sleep disorders in various populations. However, the combined value of these three scales in patients with Parkinson's disease (PD – Parkinson Disease) has not been comprehensively investigated. **Objective:** To compare sleep characteristics between patients with Parkinson's disease and healthy controls, and to propose a combination of gender-specific sleep disorder features. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted in 161 participants (66 patients, 95 health controls), aged 50–80 years, with preserved cognitive function (MoCA  $\geq$  26), in Hanoi, Ninh Binh, and Ho Chi Minh City from October 2024 to August 2025. Sleep status was assessed using the PSQI, ESS, and RBD-SQ scales. **Results:** Patients with Parkinson's disease (PD) had a higher risk of REM sleep behavior disorder (RBD) than health control in both sexes (men: 47.8% vs. 9.4%; women: 37.2% vs. 4.8%). The PD group also showed higher rates of sleep disturbances than health controls on the PSQI and ESS; however, these differences did not reach statistical significance. Nevertheless, detailed analyses of these two scales revealed sex-specific patterns: male patients with PD exhibited sleep disturbances associated with coughing/loud snoring, awakening during the night or early morning, and excessive daytime sleepiness while sitting and reading, whereas female patients with PD showed sleep disturbances related to sensory symptoms (heat, pain), reduced interest, and excessive daytime sleepiness while watching television. **Conclusion:** The RBD-SQ is an appropriate tool for assessing sleep disorders in patients with Parkinson's disease. Selected items from the PSQI and ESS should be combined to identify gender-specific sleep disturbances.

**Keywords:** Parkinson's disease, sleep disorders, PSQI, ESS, RBD- SQ.