

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**NGUYỄN THÙY DƯƠNG**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG  
PHÁP CÂY CHỈ TRONG ĐIỀU TRỊ  
MẮT NGỦ**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**Hà Nội - 2021**

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ Y TẾ**

**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**NGUYỄN THÙY DƯƠNG**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG  
PHÁP CẮY CHỈ TRONG ĐIỀU TRỊ  
MẮT NGỦ**

**Chuyên ngành : Y học cổ truyền**

**Mã số : 8720115**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**Người hướng dẫn khoa học: TS Trần Minh Hiếu**

**PGS. TS Đậu Xuân Cảnh**

**Hà Nội - 2021**

## LỜI CẢM ƠN

Trong suốt thời gian học tập và nghiên cứu, tôi đã nhận được nhiều sự giúp đỡ, tạo điều kiện của các tập thể, cá nhân, các thầy cô, gia đình, bạn bè và đồng nghiệp.

Tôi xin chân thành cảm ơn Đảng ủy, Ban giám hiệu, Phòng đào tạo sau đại học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, đã tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu.

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành cảm ơn **TS Trần Minh Hiếu** và **PGS. TS Đặng Xuân Cảnh**, hai người thầy trực tiếp dạy dỗ, đã tận tâm truyền đạt kiến thức, kinh nghiệm quý báu, giúp đỡ và hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập và làm luận văn này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến Ban giám đốc, Phòng kế hoạch tổng hợp, Khoa Lão, Khoa Châm cứu dưỡng sinh, Khoa Nội Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, là nơi đã cung cấp tư liệu, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thiện luận văn.

Cuối cùng, với tất cả lòng kính yêu và biết ơn vô bờ, tôi xin bày tỏ tới Bố, Mẹ, và những người thân trong gia đình cùng bạn bè, đồng nghiệp đã luôn động viên khích lệ tôi trong quá trình học tập và nghiên cứu.

*Hà Nội, tháng 12 năm 2021*

**Nguyễn Thùy Dương**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Thùy Dương, học viên Cao học khóa 12, Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của TS Trần Minh Hiếu và PGS.TS Đậu Xuân Cảnh.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

*Hà Nội, tháng 12 năm 2021*

**Nguyễn Thùy Dương**

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

CLGN	: Chất lượng giấc ngủ
EEG	: Electroencephalography (Điện não đồ)
HQGN	: Hiệu quả giấc ngủ
NREM	: Non Rapid Eye Movement (trạng thái ngủ không có cử động nhãn cầu nhanh)
PSQI	: The Pittsburgh Sleep Quality Index (Chỉ báo về chất lượng giấc ngủ)
REM	: Rapid Eye Movement (trạng thái ngủ có cử động nhãn cầu nhanh)
RLGN	: Rối loạn giấc ngủ
SAS	: Self – rating Anxiety Scale (Thang điểm tự đánh giá lo âu)
SCTL	: Sang chấn tâm lý
WHO	: Tổ chức y tế thế giới (World Health Organization)
YHHĐ	: Y học hiện đại
YHCT	: Y học cổ truyền

## MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....	3
1.1. Giấc ngủ bình thường.....	3
1.1.1. Sinh lý giấc ngủ.....	3
1.1.2. Các giai đoạn của giấc ngủ .....	3
1.1.3. Cấu tạo của giấc ngủ .....	4
1.1.4. Chức năng của giấc ngủ.....	5
1.2. Mất ngủ theo Y học hiện đại.....	6
1.2.1. Khái niệm.....	6
1.2.2. Dịch tễ học mất ngủ .....	6
1.2.3. Nguyên nhân .....	7
1.2.4. Chẩn đoán mất ngủ trên lâm sàng.....	7
1.2.5. Phương pháp đánh giá mất ngủ trên lâm sàng và cận lâm sàng .....	10
1.2.6. Phương pháp điều trị.....	13
1.3. Mất ngủ theo Y học cổ truyền.....	15
1.3.1. Bệnh danh .....	15
1.3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh theo YHCT .....	15
1.3.3. Điều trị mất ngủ theo YHCT .....	16
1.4. Tổng quan về phương pháp cấy chỉ.....	17
1.4.1. Định nghĩa.....	17
1.4.2. Cơ chế tác dụng của cấy chỉ.....	17
1.4.3. Chỉ định và chống chỉ định .....	19
1.4.4. Tác dụng của nhóm huyết điều trị .....	20
1.5. Một số nghiên cứu liên quan tới điều trị mất ngủ.....	21

## CHƯƠNG 2 CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN

CỨU .....	24
2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu .....	24
2.2. Đối tượng nghiên cứu .....	24
2.3. Phương pháp nghiên cứu .....	26
2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.....	26
2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu .....	26
2.3.3. Tiến hành nghiên cứu.....	26
2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu.....	27
2.3.5. Công cụ thu thập thông tin.....	28
2.3.6. Kỹ thuật thu thập thông tin .....	28
2.3.7. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả .....	29
2.4. Địa điểm nghiên cứu .....	30
2.5. Thời gian nghiên cứu .....	30
2.6. Phương pháp xử lý số liệu .....	30
2.7. Đạo đức nghiên cứu .....	31
CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	33
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu và các yếu tố ảnh hưởng giấc ngủ....	33
3.1.1. Phân bố tuổi và giới .....	33
3.1.2. Đặc điểm về nghề nghiệp, hôn nhân, hoàn cảnh gia đình, xã hội ..	34
3.1.3. Yếu tố về thời gian bị mất ngủ.....	36
3.2. Đặc điểm và yếu tố bệnh lý kèm theo.....	36
3.3. Đặc điểm và yếu tố stress.....	37
3.4. Đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ theo thang điểm PSQI .....	37
3.4.1. Kết quả cải thiện thời lượng giấc ngủ.....	38
3.4.2. Kết quả cải thiện thời gian đi vào giấc ngủ .....	39
3.4.3. Kết quả cải thiện trên hiệu quả giấc ngủ.....	39
3.4.4. Kết quả cải thiện các mức độ rối loạn trong giấc ngủ .....	40

3.4.5. Kết quả cải thiện các mức độ rối loạn trong ngày .....	41
3.4.6. Kết quả cải thiện tổng điểm PSQI trung bình.....	42
3.4.7. Kết quả điều trị chung.....	42
3.4.8. Kết quả cải thiện các triệu chứng trên bệnh nhân mất ngủ.....	44
3.5. Kết quả cải thiện giấc ngủ 2 thể Tâm Tỳ hư và Tâm Thận bất giao ....	44
3.5.1. Kết quả cải thiện thời gian đi vào giấc ngủ trên hai thể YHCT .....	44
3.5.2. Kết quả cải thiện thời lượng giấc ngủ trên hai thể YHCT.....	45
3.5.3. Kết quả cải thiện hiệu quả giấc ngủ trên hai thể YHCT.....	46
3.5.4. Kết quả cải thiện tổng điểm PSQI trung bình trên hai thể YHCT..	47
3.5.5. Kết quả điều trị chung trên hai thể YHCT.....	48
3.5.6 Theo dõi tác dụng không mong muốn .....	49
CHƯƠNG 4 BÀN LUẬN.....	52
4.1. Đặc điểm bệnh nhân và các yếu tố ảnh hưởng đến mất ngủ .....	52
4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới.....	52
4.1.2. Nghề nghiệp .....	54
4.1.3. Tình trạng hôn nhân và hoàn cảnh gia đình.....	54
4.1.4. Thời gian mất ngủ trung bình .....	55
4.2. Đặc điểm bệnh nền và stress.....	55
4.2.1. Yếu tố bệnh lý nền .....	55
4.2.2. Yếu tố stress .....	56
4.3. Tác dụng cải thiện giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh.....	57
4.3.1. Tác dụng cải thiện thời lượng giấc ngủ .....	57
4.3.2. Tác dụng cải thiện thời gian đi vào giấc ngủ.....	59
4.3.3. Tác dụng cải thiện hiệu quả giấc ngủ .....	59
4.3.4. Tác dụng cải thiện các rối loạn trong giấc ngủ.....	60
4.3.5. Tác dụng cải thiện các rối loạn trong ngày.....	61
4.3.6. Tác dụng cải thiện giấc ngủ theo tổng điểm PSQI trung bình.....	61
4.3.7. Đánh giá kết quả điều trị chung .....	62



4.3.8. Tác dụng cải thiện các triệu chứng trên bệnh nhân mất ngủ .....	64
4.4. Tác dụng cải thiện giấc ngủ của cấy chỉ trên hai thể Tâm Tỳ hư và Tâm Thận bất giao.....	65
4.5. Bàn luận về tác dụng không mong muốn của phương pháp.....	68
4.5.1. Đánh giá sự thay đổi các chỉ số sinh tồn.....	68
4.5.2. Tác dụng không mong muốn tại chỗ sau cấy chỉ.....	68
4.6. Bàn luận về công thức huyết.....	69
KẾT LUẬN .....	72
KIẾN NGHỊ .....	74
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1. Đối chiếu sự liên quan giữa các nội tạng và tiết đoạn thần kinh....	18
Bảng 2.1. Thể lâm sàng.....	25
Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu.....	33
Bảng 3.2. Đặc điểm về nghề nghiệp .....	34
Bảng 3.3. Yếu tố hôn nhân và hoàn cảnh gia đình .....	35
Bảng 3.4. Thời gian bị mất ngủ.....	36
Bảng 3.5. Yếu tố về bệnh lý nền kèm theo .....	36
Bảng 3.6. Yếu tố stress.....	37
Bảng 3.7. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ .....	38
Bảng 3.8. Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ.....	39
Bảng 3.9. Sự thay đổi hiệu quả giấc ngủ .....	39
Bảng 3.10. Sự thay đổi tổng điểm PSQI.....	42
Bảng 3.11. Các triệu chứng thứ phát sau mất ngủ .....	44
Bảng 3.12. Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ trên 2 thể bệnh.....	44
Bảng 3.13. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ trên 2 thể bệnh .....	45
Bảng 3.14. Hiệu quả giấc ngủ trước và sau cấy chỉ trên hai thể bệnh.....	46
Bảng 3.15. Biến đổi tổng điểm PSQI trung bình.....	47
Bảng 3.16. Chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân trên 2 thể YHCT .....	49
Bảng 3.17. Biến đổi các chỉ số sinh tồn trước và sau điều trị.....	49
Bảng 3.18. Theo dõi một số tác dụng không mong muốn tại chỗ sau cấy chỉ	50

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới .....	34
Biểu đồ 3.2. Những rối loạn trong giấc ngủ.....	40
Biểu đồ 3.3. Những rối loạn trong ngày .....	41
Biểu đồ 3.4. Kết quả điều trị chung theo tổng điểm PSQI .....	42
Biểu đồ 3.5. Chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân .....	43
Biểu đồ 3.6. Kết quả điều trị chung theo tổng điểm PSQI trên hai thể bệnh..	48

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Hình ảnh điện não thay đổi theo các giai đoạn thức, ngủ.....	4
Hình 1.2: Các giai đoạn ngủ trong 1 đêm ở người trưởng thành [15] .....	5
Hình 1.3: Sự thay đổi các thành phần giấc ngủ theo tuổi [15].....	5
Hình 2.1: Sơ đồ nghiên cứu .....	32

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ từ lâu đã là một vấn đề phổ biến về rối loạn giấc ngủ. Mất ngủ được đánh dấu bằng sự khó khăn trong việc bắt đầu, duy trì giấc ngủ hoặc khi giấc ngủ không đạt được hay có chất lượng kém, mặc dù có đủ thời gian và cơ hội để tạo ra giấc ngủ [1], [2]. Ngoài ra mất ngủ còn đặc trưng bởi tình trạng không mong muốn và, hoặc thức dậy sớm hơn ba lần một tuần trong hơn 3 tháng và suy giảm giấc ngủ ban ngày làm ảnh hưởng đến các chức năng nhận thức [3], [4].

Viện Hàn lâm Y học giấc ngủ Hoa Kỳ (American academy sleep medicine – AASM) năm 2008 gọi chứng mất ngủ là một vấn đề quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng [5]. Theo Bùi Quang Huy, tại Việt Nam có khoảng 30% đến 45% bệnh nhân trưởng thành bị mất ngủ hàng năm [6].

Mất ngủ kéo dài có thể dẫn tới suy nhược cơ thể nặng, làm giảm chất lượng cuộc sống, người bệnh mệt mỏi, giảm tập trung chú ý, giảm trí nhớ... [7]. Những công trình nghiên cứu trong những năm gần đây cho thấy chứng mất ngủ thường kèm theo các bệnh mãn tính như: đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu, tăng huyết áp,... tạo gánh nặng cho gia đình và xã hội [8].

Hiện nay để điều trị mất ngủ chủ yếu là kết hợp điều trị nội khoa với liệu pháp tâm lý. Y học hiện đại (YHHĐ) sử dụng các thuốc chống lo âu trầm cảm, chống động kinh, an thần, kết hợp với tư vấn, vệ sinh giấc ngủ, tập luyện vận động, kỹ thuật thư giãn luyện tập để điều trị mất ngủ [9]. Tuy nhiên, việc sử dụng các loại thuốc YHHĐ trên lâm sàng không phải là lựa chọn hàng đầu trong điều trị mất ngủ do việc sử dụng thuốc ngủ kéo dài có thể gây nhiều tác dụng không mong muốn.

Mất ngủ theo Y học cổ truyền (YHCT) thuộc chứng “Thất miên”, “Bất寐”, “Bất đắc miên”, ... Nguyên nhân từ các tạng Tâm, Can, Tỳ, Thận [10].

Y học cổ truyền đã sử dụng nhiều phương pháp để điều trị mất ngủ như các vị thuốc, bài thuốc, khí công, dưỡng sinh, xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, nhĩ châm và cấy chỉ. Cấy chỉ là một trong những phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc của YHCT, phương pháp này dễ thực hiện, mang lại hiệu quả điều trị cao [11]. Trên cơ sở biện chứng luận trị chứng thất miên tương ứng với nhóm huyệt: Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao thuộc hai thể Tâm Tỳ hư và Tâm Thận bất giao của YHCT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ trong điều trị mất ngủ”*** với hai mục tiêu:

1. Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến mất ngủ của bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện YHCT Trung ương.
2. Đánh giá tác dụng của cấy chỉ trong điều trị mất ngủ và theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp.

# CHƯƠNG 1

## TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 1.1. Giấc ngủ bình thường

#### 1.1.1. Sinh lý giấc ngủ

Ngủ là một trạng thái sinh lý bình thường của cơ thể có tính chất chu kỳ ngày đêm; trong đó toàn bộ cơ thể được nghỉ ngơi, tạm ngừng các hoạt động tri giác và ý thức, các cơ bắp giãn mềm, các hoạt động hô hấp tuần hoàn giảm chậm lại [7]. Hoạt động của não trong giấc ngủ là một hoạt động hiệu quả nhằm đảm bảo sự sống và phục hồi sức khỏe của cơ thể sau một thời gian hoạt động. Ngay từ khi lọt lòng mẹ, đứa trẻ ngủ 20 giờ một ngày. Càng lớn lên trẻ ngủ giảm dần, đến 6 tuổi trẻ vẫn còn ngủ 10-12 giờ mỗi ngày. Người trưởng thành ở lứa tuổi hoạt động mạnh nhất (18- 45 tuổi), nhu cầu mỗi ngày từ 7-8 giờ. Sau 60 tuổi có thể 6 giờ là đủ, thậm chí những người già ngủ ít hơn [12],[10]. Nói chung cả cuộc đời một người khỏe mạnh dành 1/3 thời gian cho ngủ và 2/3 thời gian thức.

#### 1.1.2. Các giai đoạn của giấc ngủ

Giấc ngủ được chia thành 2 trạng thái riêng biệt: Trạng thái ngủ có cử động nhãn cầu nhanh (Rapid Eye Movement - REM) và trạng thái ngủ không có cử động nhãn cầu nhanh (Non-Rapid Eye Movement - NREM); sự thay đổi hoạt động điện của não thể hiện rõ nét trên điện não đồ [13], [14], [15], [16]

Giấc ngủ NREM được chia thành 4 giai đoạn: [13], [14], [16]

- Giai đoạn 1: Là khoảng thời gian ngủ lơ mơ, là giai đoạn chuyển từ trạng thái thức sang trạng thái ngủ, sóng điện não và hoạt động của cơ chậm xuống và có thể bắt gặp giật cơ đột ngột trong giai đoạn này.

- Giai đoạn 2: Là giai đoạn ngủ nhẹ nhàng, mắt ngừng chuyển động, sóng điện não trở nên chậm hơn và thỉnh thoảng có những đợt sóng nhanh, các cơ bắp giãn mềm, nhịp tim chậm và nhiệt độ cơ thể giảm xuống.

- Giai đoạn 3: Là giai đoạn ngủ sâu, có xuất hiện sóng chậm.

- Giai đoạn 4: Ngủ rất sâu, và chỉ còn sóng chậm trên điện não. Giai đoạn này rất khó để đánh thức, nếu đánh thức người ngủ đột ngột lúc này đôi khi họ bị rơi vào tình trạng lú lẫn, có cảm giác ảo đảo, mất phương hướng trong một vài phút sau khi thức dậy.

Giấc ngủ REM [13], [14], [16]

Giấc ngủ REM là giai đoạn được đánh dấu bởi hoạt động mạnh mẽ của não, mức độ hoạt động có thể tương đương lúc thức. Sóng điện não nhanh và mất đồng bộ. Nhịp thở trở nên nhanh hơn, không đều và nông, mắt chuyển động nhanh theo các hướng khác nhau, cơ tay, chân biểu hiện liệt tạm thời. Nhịp tim, huyết áp tăng. Hầu hết các giấc mơ xảy ra ở giai đoạn này.

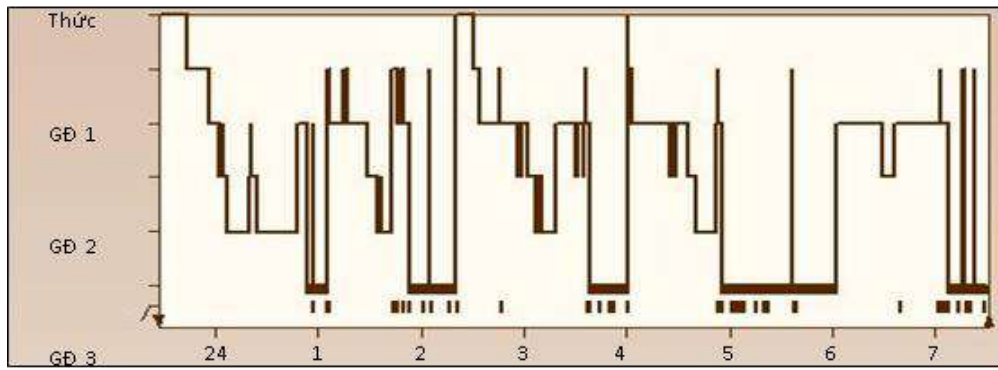


**Hình 1.1: Hình ảnh điện não thay đổi theo các giai đoạn thức, ngủ**

### 1.1.3. Cấu tạo của giấc ngủ

Ở giấc ngủ bình thường, giai đoạn REM và NREM thay đổi qua lại trong suốt đêm. Một chu kỳ ngủ đầy đủ, bao gồm chu kỳ REM và NREM xen kẽ nhau mỗi 90 - 110 phút, được lặp lại 4 - 6 lần mỗi đêm.





**Hình 1.2: Các giai đoạn ngủ trong 1 đêm ở người trưởng thành [15]**

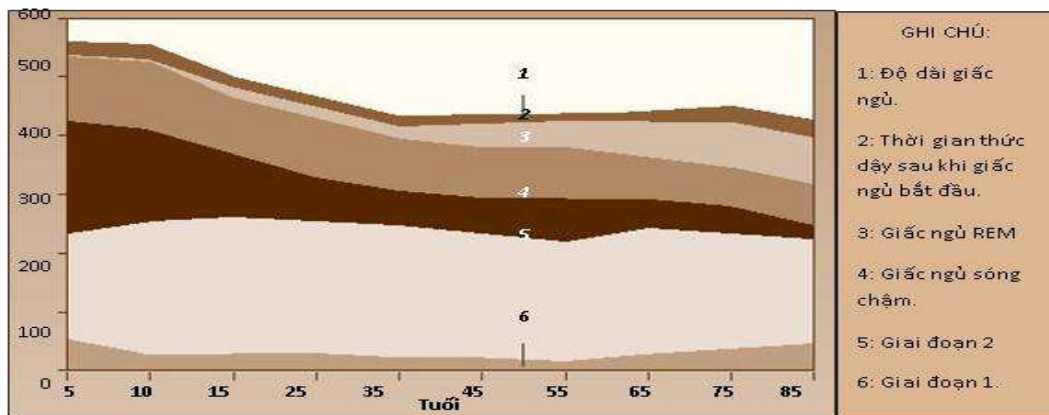
Ở người trưởng thành, phân bố các giai đoạn giấc ngủ như sau [16]:

NREM (75%)

Giai đoạn 1: 5%                      Giai đoạn 2: 45%

Giai đoạn 3: 12%                    Giai đoạn 4: 13%

REM (25%)



**Hình 1.3: Sự thay đổi các thành phần giấc ngủ theo tuổi [15]**

#### **1.1.4. Chức năng của giấc ngủ**

Các nghiên cứu gần đây cho thấy giấc ngủ có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc xử lý, củng cố các ký ức, sửa chữa hệ miễn dịch, phục hồi tái tạo năng lượng cho các hoạt động của đại não và điều chỉnh chức năng tâm thần. [17], [18]

Giấc ngủ REM đã được chú ý và tiến hành nghiên cứu từ lâu, có nhiều kết quả đã được đưa ra. Trong đó, một số vai trò đáng chú ý của giấc ngủ REM là:

- Loại sạch các chất chuyển hóa tích tụ trong hệ thần kinh.
- Đảm bảo cho nguồn phát các xung động để kích thích vỏ não.
- Chuyển trí nhớ ngắn hạn thành trí nhớ dài hạn.
- Bảo đảm cảm xúc diễn ra trong giấc mơ thích ứng được với môi trường xung quanh khi thức - tỉnh.
- Tổ chức lại luồng xung động thần kinh bị RL trong giấc ngủ NREM, là giai đoạn chuyển tiếp sang thức - tỉnh, chuẩn bị tiếp nhận thông tin mới.

## **1.2. Mất ngủ theo Y học hiện đại**

### ***1.2.1. Khái niệm***

Mất ngủ hay mất ngủ mạn tính (kéo dài hơn 1 tháng): đó là trạng thái khó khăn lặp đi lặp lại về việc đi vào giấc ngủ, duy trì giấc ngủ, không thoả mãn về số lượng và chất lượng giấc ngủ và dẫn đến một số suy giảm chức năng ban ngày: cảm giác mệt mỏi, thiếu hụt giấc ngủ, ảnh hưởng đến hoạt động xã hội và nghề nghiệp [3].

### ***1.2.2. Dịch tễ học mất ngủ***

Theo các nghiên cứu dịch tễ học, tỷ lệ mất ngủ trong cộng đồng dao động từ 20-30% và tỷ lệ này cao hơn ở người cao tuổi [19]. Năm 2001, Sutton và cộng sự báo cáo 24% dân số Canada độ tuổi từ 15 trở lên bị mất ngủ [20]. Ở Hoa kỳ: 10-20% người mất ngủ đáng kể, trong đó đa số các trường hợp không được quan tâm đúng mức và điều trị thích hợp [21].

Theo TCYTTG, nghiên cứu 15 khu vực khác nhau trên thế giới ước tính 26,8% người trên thế giới bị mất ngủ được khám và điều trị tại các trung tâm chăm sóc sức khoẻ ban đầu [7].

Ở Việt nam, các nghiên cứu về dịch tễ học mất ngủ còn hạn chế. Theo nghiên cứu của bác sỹ Bùi Quang Huy năm 2016, khoảng 30 đến 45% bệnh nhân ở lứa tuổi trưởng thành bị mất ngủ hàng năm [10].

Về tuổi, nhiều nghiên cứu cho rằng tuổi cao là một yếu tố nguy cơ của mất ngủ vì độ trễ của giấc ngủ tăng dần theo tuổi sau 35 và giấc ngủ bị gián đoạn tăng theo độ tuổi đặc biệt ở tuổi 75 trở lên [22][23].

Về giới, kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mất ngủ ở nữ cao hơn ở nam và tỷ lệ này thường là 1,5/1 [24]. Lương Hữu Thông (1995) khảo sát trên 100 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ mất ngủ khác nhau ở 2 giới: nam 34,5 - 40%, nữ 60 - 65,5%. Mặc dù phụ nữ thường đi ngủ sớm hơn nam giới và thức dậy muộn hơn nhưng hiệu quả giấc ngủ thấp hơn ở phụ nữ. Điều này là do tần suất thức giấc ban đêm ở phụ nữ nhiều hơn nam giới [23], [25],[22]. Nghiên cứu của Zhang B, Wing YK cũng cho thấy tỷ lệ mất ngủ ở nữ giới cao hơn nam giới [26].

### ***1.2.3. Nguyên nhân***

- Mất ngủ là một triệu chứng phổ biến của các rối loạn tâm thần khác như: rối loạn cảm xúc, tâm căn, thực tổn và ăn uống, nghiện độc chất và tâm thần phân liệt, của các rối loạn giấc ngủ khác như ác mộng

- Do tâm lý: Mất ngủ thường xảy ra sau một sang chấn tâm lý (SCTL) hoặc xảy ra sau một loạt những sự kiện bất lợi trong cuộc sống.

- Có một số trường hợp bị mất ngủ mạn tính ngay từ khi còn nhỏ.

- Yếu tố gia đình, cũng như vai trò của nhân cách: chưa có tài liệu nào khẳng định cụ thể.

- Các nguyên nhân thông thường: thay đổi công việc, rối loạn nhịp thức ngủ, buồn rầu, suy nhược... [3].

### ***1.2.4. Chẩn đoán mất ngủ trên lâm sàng***

➤ *Các triệu chứng về giấc ngủ:*

- Thời lượng giấc ngủ giảm: thời lượng ngủ của tất cả các bệnh nhân đều giảm, nhiều bệnh nhân chỉ ngủ được 3 - 4 giờ/ ngày, thậm chí có bệnh nhân thức trắng đêm.

- Sự khó khăn đi vào giấc ngủ: đây là than phiền đầu tiên, người bệnh không thấy cảm giác buồn ngủ, trằn trọc, căng thẳng, lo âu,... Nhiều người bệnh mất từ 30 phút đến 1 giờ 30 phút mới đi được vào giấc ngủ.

- Hay tỉnh giấc vào ban đêm: giấc ngủ của người bệnh bị chia cắt, giấc ngủ chập chờn, không ngon giấc, khi đã tỉnh dậy thì rất khó ngủ lại. Theo Schneider và Helmert, người mất ngủ thức giấc nhiều hơn 2 lần so với người ngủ tốt.

- Hiệu quả giấc ngủ được tính theo công thức:

$$\frac{\text{Số giờ ngủ}}{\text{số giờ nằm trên giường}} \times 100\%$$

Ở người bình thường hiệu quả giấc ngủ từ 85% trở lên, còn người mất ngủ hiệu quả giấc ngủ giảm đi nhiều tùy theo mức độ mất ngủ, nếu nặng có thể giảm xuống dưới 65%.

- Thức dậy sớm: đa số bệnh nhân phàn nàn là mình ngủ ít quá, tỉnh dậy sớm quá. Các bệnh nhân có thói quen nằm lại trên giường để xem có thể ngủ lại được không, vì vậy nhiều khi họ rời khỏi giường rất muộn so với lúc mà họ chưa bị mất ngủ.

- Chất lượng giấc ngủ: có sự khác biệt giữa người ngủ tốt và người ngủ mất ngủ. Ở người ngủ tốt sau một đêm thấy cơ thể thoái mái, mọi mệt nhọc biến mất, vẻ mặt tươi tỉnh. Còn ở người mất ngủ, đó là một giấc ngủ không đem lại sức lực và sự tươi tỉnh, một giấc ngủ chập chờn đôi khi khó xác định được là có ngủ hay không ngủ.

- Diện mạo: vẻ mặt mệt mỏi, hai mắt thâm quầng, dáng vẻ chập chập và hay ngáp vặt, ...

➤ *Các triệu chứng liên quan đến chức năng ban ngày:*

- Trạng thái kém thoải mái, mệt mỏi vào ban ngày: là hậu quả của trạng thái thiếu hụt giấc ngủ. Bệnh nhân mô tả thấy suy nghĩ chậm chạp, ít quan tâm đến công việc, luôn suy nghĩ tập trung vào sức khỏe và giấc ngủ của họ.

- Khó hoàn tất các công việc trong ngày, kém thoải mái về cơ thể và giảm hứng thú trong việc tiếp xúc với bạn bè, gia đình, ...

- Sự cảnh tỉnh chủ quan ban ngày: theo nhiều tác giả thấy giảm đi vào ban ngày. Viot-Blanc (1990), đánh giá sự cảnh tỉnh trên người mất ngủ cho thấy sự cảnh tỉnh giảm hơn vào lúc giữa ngày (12 - 16 giờ). Họ cảm thấy ngủ gà nhiều hơn vào buổi trưa, hoạt động kém vào lúc 20 giờ và lúc đi ngủ. Như vậy, cả ngày sự cảnh tỉnh của họ xấu hơn so với người ngủ tốt.

➤ *Các rối loạn tâm thần kèm theo:*

Các triệu chứng tâm thần là thứ phát từ mất ngủ, bệnh nhân thấy khó tập trung, chú ý và có các vấn đề về trí nhớ. Theo Kales và cs (1983, 1984) thấy có rối loạn ít nhiều về tâm thần ở phần lớn các trường hợp như: trầm cảm nhẹ, lo âu kéo dài, ức chế cảm xúc và không có khả năng chế ngự được sự cáu gắt, bực tức.

Sự lo âu cũng có thể xảy ra vào ban ngày nhưng thường tập trung vào buổi tối, nhất là lúc chuẩn bị đi ngủ. Nhiều bệnh nhân vào lúc chuẩn bị đi ngủ thấy sợ hãi, lo lắng, lo sợ rằng mình lại không ngủ được.

➤ *Vai trò của sang chấn tâm lý và các sự kiện bất lợi trong cuộc sống:*

Nhiều tài liệu khẳng định rằng sang chấn tâm lý như yếu tố gây khởi phát trạng thái mất ngủ; triệu chứng mất ngủ xảy ra đột ngột ngay sau khi có SCTL.

Sang chấn tâm lý cũng có vai trò trong việc duy trì mất ngủ mạn tính, thường thì trạng thái mất ngủ tăng lên vào thời điểm có SCTL. Tuy nhiên, nhiều trường hợp SCTL mất đi rồi nhưng mất ngủ vẫn tiếp tục, nó được duy trì bởi nỗi sợ hãi không ngủ được, thậm chí là sự lo âu thức dậy vào ban đêm.

Vai trò của các sự kiện bất lợi trong cuộc sống như: sự thay đổi chỗ ngủ, thay đổi môi trường sống, thay đổi múi giờ (đối với những người đi máy bay) cũng gây ra mất ngủ hoặc làm tăng mất ngủ; những người có khó khăn về kinh tế, bất lợi về mặt xã hội cũng là những yếu tố làm tăng mất ngủ.

### **1.2.5. Các phương pháp đánh giá mất ngủ trên lâm sàng và cận lâm sàng**

#### ➤ *Phương pháp đánh giá trên lâm sàng*

##### ▪ Các triệu chứng về giấc ngủ:

- Thời lượng giấc ngủ giảm
- Khó đi vào giấc ngủ
- Hay tỉnh giấc vào ban đêm
- Hiệu quả của giấc ngủ
- Thức giấc sớm
- Chất lượng giấc ngủ.

##### ▪ Test tâm lý:

\* Test (SAS) – Zung (1974): Thang đánh giá lo âu của Zung gồm 20 câu hỏi dành cho người bệnh tự đánh giá số thứ tự 20 mục với 4 mức độ, cường độ và thời gian, được ghi điểm từ 1-4, tổng điểm là 80 [27].

Phân tích kết quả: ≤ 44 điểm: Không lo âu; 45- 59 điểm: Lo âu nhẹ; 60- 74 điểm: Lo âu nặng; 75- 80 điểm: Lo âu rất nặng.

\* Test Beck: Bậc thang đánh giá trầm cảm (Beck Depression Inventory: BID)

Test này do A.T. Beck và cộng sự giới thiệu năm 1974 gợi ý từ những quan sát lâm sàng bệnh nhân trầm cảm nhất là từ liệu pháp phân tâm. Test này nhằm đánh giá lâm sàng mức độ trầm cảm.

Phân tích kết quả: < 14 điểm: Không có trầm cảm; 14- 19 điểm: Trầm cảm nhẹ; 20- 29 điểm: Trầm cảm vừa, > 30 điểm: Trầm cảm nặng.

Cả 2 test này được Tổ chức y tế thế giới thừa nhận là các test hỗ trợ lâm sàng chẩn đoán lo âu và trầm cảm.

\* Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang Pittsburgh (PSQI)

Thang điểm Pittsburgh của Daniel J. Buysse năm 1989, nhằm đánh giá các chỉ số về chất lượng giấc ngủ [28]. Bảng điểm PSQI được coi là công cụ hữu hiệu được sử dụng nhiều nơi trên thế giới.

Năm 2001, ở Việt Nam PSQI đã được chuẩn hóa, Cao Văn Tuấn sử dụng nghiên cứu RLGK trên người Việt Nam [29]. Các tác giả đã nhận thấy thang đo này có giá trị sử dụng đáng tin cậy trong lâm sàng để đánh giá mức độ mất ngủ và có thể dùng nó để theo dõi tiến triển mất ngủ [30], thang có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Chỉ số PSQI là tổng điểm của một bảng câu hỏi mà người được hỏi tham gia trả lời gồm: 4 câu hỏi có kết thúc mở, 14 câu hỏi khi trả lời cần dựa trên tần suất sự kiện và các mức độ tốt xấu khác nhau trên 7 phương diện trong thời gian 1 tháng:

- Thời gian ngủ.
- Tỉnh giấc giữa đêm.
- Mức độ khó ngủ.
- Mức ảnh hưởng đến hoạt động ban ngày do thiếu ngủ.
- Hiệu quả giấc ngủ.
- Tự đánh giá chất lượng giấc ngủ.
- Sử dụng thuốc ngủ.

Đánh giá như sau:

Tổng điểm PSQI (điểm)	Đánh giá
0 - 4	Không có rối loạn giấc ngủ
5 - 10	Rối loạn mức độ nhẹ
11 - 18	Rối loạn mức độ vừa
$\geq 19$	Rối loạn mức độ nặng

➤ *Phương pháp đánh giá bằng cận lâm sàng*

\* Đa ký giấc ngủ (Polysomnography: PSG)

PSG từ lâu đã được coi là tiêu chuẩn vàng về đo lường giấc ngủ vì nó có thể đo lường một cách khách quan không chỉ thời gian thức và ngủ mà còn cả cấu trúc giấc ngủ [31].

- Cách thực hiện:

Những người tham gia (có và không bị mất ngủ) trong mẫu Lâm sàng đã hoàn thành 3 đêm ghi PSG như một phần của đánh giá ban đầu của họ. Dữ liệu được gộp từ đêm thứ hai và thứ ba được sử dụng để lấy các biến chính của tổng thời gian thức, tổng số giấc ngủ thời gian và hiệu quả giấc ngủ.

- Đánh giá:

Việc dựng phim Đa ký giấc ngủ gồm: Điện não đồ tiêu chuẩn (standard Electroencephalographic: EEG), điện cơ (Electromyographic: EMG), điện tâm đồ trên máy theo dõi (Electrooculographic - EOG monitoring). Các giai đoạn ngủ được tính điểm dựa theo các tiêu chuẩn xác định. Các chỉ số hô hấp (luồng không khí, thể tích khí lưu thông, độ bão hòa Oxy) và điện cơ của cơ chày trước đã được ghi lại trong đêm đầu tiên để loại trừ chứng ngưng thở khi ngủ và rối loạn vận động tay chân định kỳ.

\* Đánh giá giấc ngủ bằng điện não đồ:

Trong những năm gần đây, một số tác giả sử dụng điện não đồ như một phương tiện để chẩn đoán, theo dõi diễn biến và điều trị bệnh tâm căn suy nhược [32]. Các sóng điện não là những dao động có tần số, biên độ, hình dáng khác nhau [32], [33]. Để đánh giá một bản điện não đồ, người ta dựa vào một số tiêu chuẩn hoặc đặc tính như sau:

- Tần số của mỗi sóng (tính bằng Hz).
- Biên độ của sóng (tính bằng  $\mu\text{V}$ ).
- Hình dáng các sóng. - Vị trí, điều kiện xuất hiện các sóng.
- Điều kiện làm thay đổi các sóng.



Dựa vào các tiêu chuẩn trên người ta xác định được các sóng trên điện não đồ cơ sở ở người. Hình ảnh điện não đồ trên bệnh nhân tâm căn suy nhược cho thấy giảm biên độ và chỉ số nhịp alpha, sóng điện não dẹt, chỉ có 30 - 35% trường hợp có xuất hiện từng đợt sóng alpha. Có sóng nhanh beta, sóng chậm theta, delta trên tất cả vùng não [33].

### **1.2.6. Phương pháp điều trị**

#### ➤ *Phương pháp điều trị không dùng thuốc*

##### \* Điều chỉnh chế độ sinh hoạt:

Thầy thuốc cần tư vấn để người bệnh có thể điều chỉnh giấc ngủ của mình bằng cách thay đổi những thói quen thường ngày như:

- Thư giãn trước khi đi ngủ.
- Luyện tập cơ thể nhẹ nhàng trước khi đi ngủ.
- Chỉ sử dụng đến giường ngủ khi đã buồn ngủ.
- Tránh các giấc ngủ gà ban ngày. Tuy nhiên, người bệnh có thể ngủ khoảng 30 phút vào mỗi buổi trưa.
- Bữa tối chỉ nên ăn nhẹ, tránh việc ăn quá no để dẫn tới mất ngủ.
- “Hạn chế thời gian trên giường ngủ”: các nhà khoa học cho rằng việc hạn chế thời gian nằm trên giường đối với bệnh nhân mất ngủ là một cách điều trị hiệu quả. Ví dụ: một người thường ngủ 5 giờ một ngày thì chỉ nên nằm trên giường 5 - 5,5 giờ; người bệnh nên đặt chuông đồng hồ báo thức vào một giờ nhất định; sau đó, thời gian nằm trên giường có thể tăng lên chút ít theo từng phân đoạn thời gian; tuy nhiên, người bệnh vẫn nên duy trì thời gian thức giấc vào một giờ nhất định; dần dần, thời gian ngủ của người bệnh sẽ tăng lên.

##### \* Liệu pháp tâm lý:

- Liệu pháp tâm lý cá nhân
- Liệu pháp tâm lý nhóm

- Liệu pháp thư giãn: phương pháp thư giãn để điều trị các bệnh tâm căn trong đó có mất ngủ rất có hiệu quả, gồm các phương pháp làm giãn cơ, thở khí công, tập tư thế đều có liên quan đến cơ chế tự ám thị, đều lấy tự ám thị làm điểm tựa, đều nhằm tác động qua lại giữa tâm thần và cơ thể.

➤ *Phương pháp điều trị dùng thuốc*

\* Các chất benzodiazepine (nitrazepam, flurazepam, loprazolam, lormetazepam, metazepam): được sử dụng trong các trường hợp mất ngủ, lo âu, giảm đau.

Khi sử dụng kéo dài cũng gây nên hiện tượng phụ thuộc thuốc, biểu hiện bằng tăng dần liều và có các triệu chứng của hội chứng cai nghiện khi ngừng thuốc.

\* Các thuốc nhóm Z (zopiclone, zaleplon, zolpidem):

- Thời gian bán thải ( $T_{1/2}$ ) ngắn: 1-2 giờ,

- Không ức chế giấc ngủ REM,

- Ít tiềm năng gây nghiện.

- Chỉ để trị mất ngủ, ít có tác dụng khác như ít dẫn cơ, chống co giật, giải lo âu như BZD. Zolpidem có thể gây tác dụng có hại là miên hành (đi trong khi ngủ), zaleplon gây ảo giác, còn eszopiclone thì gây rối loạn vị giác, khô miệng...

\* Các thuốc kháng histamine:

Bản chất của các thuốc kháng histamine là các thuốc chống dị ứng. Tuy nhiên, một số loại thuốc khi sử dụng sẽ có hiện tượng buồn ngủ như promethazine. Đây là tác dụng không mong muốn của thuốc. Nếu lạm dụng thuốc này để điều trị chứng mất ngủ sẽ gây hiện tượng mệt mỏi, ngủ gà vào ngày hôm sau. Nếu lạm dụng thuốc trong một thời gian dài có thể gây ra hiện tượng mất ngủ thứ phát.

\* Melatonin (Sleepnice): hormone sinh ra bởi tuyến tùng, có tác dụng điều hoà nhịp sinh học của cơ thể, giúp có giấc ngủ tự nhiên vào buổi tối,

không gây mệt mỏi ngày ngày khi thức giấc, không gây phụ thuộc thuốc; uống 1 viên trước khi đi ngủ.

\* Sử dụng thuốc chống trầm cảm và an thần kinh:

- Laroxyl (amitriptiline): thuốc chống trầm cảm loại an dịu như với liều bằng 1/2 hoặc 1/3 so với liều điều trị trầm cảm, trong 4 - 5 tuần cho các trường hợp mất ngủ thức giấc vào ban đêm kết hợp với thức dậy quá sớm hoặc không cũng có tác dụng.

- Zoloft (sertraline): thuốc chống trầm cảm, giải lo âu; sử dụng cho những trường hợp mất ngủ có lo âu, trầm cảm; dùng liều thấp (50mg/ngày).

- Dogmatil (sulpirid): thuốc an thần kinh, sử dụng cho trường hợp mất ngủ có biểu hiện lo âu; dùng liều thấp (50mg/ngày).

\* Các loại thuốc khác: chlormethiazole, chloral, barbiturates là những thuốc an thần cổ điển, hiện nay ít sử dụng.

### **1.3. Mất ngủ theo Y học cổ truyền**

#### **1.3.1. Bệnh danh**

Mất ngủ trong y học cổ truyền (YHCT) thuộc phạm vi chứng “thất miên”, “bất寐”, “bất đắc miên” ... và thường kèm thêm các triệu chứng như: đau đầu, vầng đầu, tâm phiền, hay quên...

#### **1.3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh theo YHCT**

Nguyên nhân gây chứng mất ngủ khá phức tạp. Y học cổ truyền cho rằng chứng mất ngủ là do huyết hư, do thận âm suy kém, do hỏa của can đờm bốc, do vị khí không điều hoà hoặc do sau khi ốm bị suy nhược không ngủ được. Trong sách Cảnh nhạ toàn thư có viết: “Ngủ là gốc ở phần âm mà thần làm chủ, thần yên thì ngủ được, thần không yên thì ngủ không được”. Thần sở dĩ không yên thì một là do tà khí nhiễu động, hai là do tinh khí không đủ, chữ “tà” nói ở đây chủ yếu là chỉ vào đờm, hỏa, ăn uống, chữ “vô tà” là chỉ vào tức giận, sợ hãi, lo nghĩ, những cái đó đều là nguyên nhân gây thành chứng không ngủ [34],[35],[36].

### 1.3.3. Điều trị mất ngủ theo YHCT

Để điều trị rối loạn giấc ngủ theo Y học cổ truyền chúng ta có thể sử dụng các phương pháp không dùng thuốc và dùng thuốc.

➤ *Phương pháp không dùng thuốc:*

Điện châm, xoa bóp và bấm huyệt, Nhĩ châm, Khí công và dưỡng sinh, các phép thư giãn... [35]

➤ *Phương pháp dùng thuốc:*

Một số bài thuốc kinh điển có tác dụng điều trị rối loạn giấc ngủ tương ứng với các thể lâm sàng dưới đây:

▪ **Thể Tâm Tỳ hư**

- Triệu chứng: Người bệnh khi ngủ hay mê, dễ tỉnh giấc, hồi hộp hay quên, sắc mặt úa vàng, kém ăn mỗi mệ, bụng trướng đại tiện nhão, sắc mặt kém tươi tỉnh; phụ nữ kinh nguyệt không đều, ra sắc nhợt lượng nhiều, băng lậu hoặc kinh ít, kinh bế, chất lưỡi nhợt, bệu, rêu lưỡi trắng, mạch tế nhược.

- Pháp điều trị: Dưỡng tâm, kiện tỳ, an thần.

- Bài thuốc: Quy tỳ thang [37].

▪ **Thể Tâm Thận bất giao**

- Triệu chứng: Tâm phiền, mất ngủ, hay mê, di tinh, lưng đùi ê mỏi, triệu nhiệt đỏ mồ hôi trộm, hoa mắt ù tai, hoặc hồi hộp, hoặc khô họng, hoặc tiểu đêm nhiều lần, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít hoặc không có rêu, mạch tế sác.

- Pháp điều trị: Tráng thủy chế hỏa, tư âm thanh nhiệt.

- Bài thuốc: Giao thái hoàn [38].

▪ **Thể Tâm đởm khí hư**

- Triệu chứng: Mất ngủ, ngủ hay mê, dễ tỉnh giấc, cảm giác sợ hãi, dễ giật mình, hồi hộp trống ngực, người mệt mỏi, đoản khí, nước tiểu trong dài, sắc mặt nhợt, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền tế.

- Pháp điều trị: ích khí trấn kinh, an thần định chí.

- Bài thuốc: An thần định trí hoàn.

- Thể Đàm nhiệt nội nhiễn

- Triệu chứng: mất ngủ, nặng đầu, tức ngực, tâm phiền, có thể buồn nôn, ợ hơi, miệng đắng, hoa mắt chóng mặt, đại tiện táo, cả đêm mất ngủ, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng nhờn, mạch hoạt sắc.

- Pháp điều trị: Thanh nhiệt hóa đàm, an thần.

- Bài thuốc: Ôn đởm thang.

- Thể Can uất hóa hỏa

- Triệu chứng: Mất ngủ, dễ cáu giận, tức ngực, đau tức vùng mạng sườn, miệng khát, thích uống nước, chán ăn, miệng khô, đắng, mắt đỏ, ù tai, nước tiểu vàng, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch huyền sắc.

- Pháp điều trị: Thanh can tả hỏa, an thần.

- Bài thuốc: Long đởm tả can thang.

## 1.4. Tổng quan về phương pháp cấy chỉ

### 1.4.1. Định nghĩa

Cấy chỉ còn gọi là chôn chỉ, vùi chỉ, xuyên chỉ là một phương pháp châm cứu đặc biệt, là một bước tiến của kỹ thuật châm cứu. Bằng việc đưa chỉ tự tiêu vào huyết của hệ kinh lạc nhằm duy trì sự kích thích lâu dài qua đó tạo nên tác dụng trị liệu. Cấy chỉ làm tăng sự đồng hóa, giảm dị hóa của cơ, tân sinh huyết quản cải thiện tuần hoàn vùng cơ [11],[39],[40].

### 1.4.2. Cơ chế tác dụng của cấy chỉ

Cấy chỉ cũng là một phương pháp châm cứu kết hợp giữa YHCT và YHHĐ nên cơ chế tác dụng của cấy chỉ cũng là cơ chế tác dụng của châm cứu.

➤ *Cơ chế tác dụng của châm cứu theo YHHĐ*

Theo học thuyết thần kinh – nội tiết – thể dịch

Châm cứu là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý. Tại nơi châm tổn thương sẽ tiết ra các chất trung gian hóa học như histamin, acetylcholin, catecholamin... bạch cầu tập trung gây phù nề tại chỗ sẽ chèn ép vào các sợi

thần kinh cảm giác, gây ra các phản xạ đột trực làm co giãn mạch máu làm nhiệt độ dưới da thay đổi (nóng lạnh) kích thích truyền vào tủy, lên não, đến các cơ quan đáp ứng hình thành một cung phản xạ mới.

Sự phân chia tiết đoạn thần kinh và có sự liên quan giữa các tạng phủ đối với các vùng cơ thể do tiết đoạn chi phối. Thần kinh tủy sống có 31 đôi dây, mỗi đôi dây chia ra ngành trước và ngành sau chi phối vận động và cảm giác một vùng gọi là tiết đoạn. Mỗi tiết đoạn thần kinh chi phối cảm giác ở một vùng da nhất định có liên quan đến hoạt động của nội tạng nằm tương ứng. Khi nội tạng có bệnh, cảm giác vùng da cùng tiết đoạn với nó tăng cảm giác đau, thay đổi điện sinh vật. Từ đó, Zakharin và Head đã thiết lập được một giản đồ liên quan giữa vùng da và nội tạng. Đây cũng là nguyên lý chế tạo của các máy đo điện trở vùng da và máy dò kinh lạc. Nếu nội tạng tổn thương, châm cứu vào các vùng da có phản ứng hay trên cùng một tiết đoạn với nội tạng sẽ chữa các bệnh ở nội tạng [41],[42].

**Bảng 1.1. Đối chiếu sự liên quan giữa các nội tạng và tiết đoạn thần kinh**

Nội tạng	Tiết đoạn
Tim	D1-D2 (D4-D6)
Phổi	D2-D3 (D4-D6)
Thực quản	D7-D8
Dạ dày	D5-D9 (C2-C5)
Ruột	D9-D12
Trực tràng	S2-S4
Gan, mật	D7-D9
Thận, niệu quản	D10-D12, L1-L2
Bàng quang	D11-D12, L1, S1-S4
Tiền liệt tuyến	D10-D11, L5-S1-S2-S3
Tử cung	D10-L1L2, S1-S4

Tuyên vú	D4-D5
----------	-------

(Trong đó C = cổ; L = thất lung; S = cùng)

➤ *Theo Y học cổ truyền*

Theo YHCT sự mất cân bằng về âm dương dẫn đến sự phát sinh ra bệnh tật vì vậy cơ chế tác dụng cơ bản của châm cứu là điều hòa âm dương.

Bệnh tật phát sinh ra làm rối loạn hoạt động bình thường của hệ kinh lạc, do vậy tác dụng của châm cứu là điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc.

Khi tạng phủ có bệnh thường có những biểu hiện thay đổi bệnh lý trên các đường kinh mang tên nó hoặc trên các đường kinh có mối quan hệ biểu lý với nó. Người ta sẽ dùng các huyệt trên kinh đó để điều chỉnh công năng của tạng phủ tương ứng [41], [42].

### **1.4.3. Chỉ định và chống chỉ định**

➤ *Chỉ định:*

- Các chứng liệt: liệt do tai biến mạch máu não, di chứng bại liệt, liệt các dây thần kinh ngoại biên, ...

- Bệnh ngũ quan: giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn...

- Đau các khớp hoặc phần mềm quanh khớp, đau trong các bệnh lý về thần kinh...

- Bệnh cơ năng và triệu chứng của một số bệnh như: mất ngủ không rõ nguyên nhân, kém ăn, đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc...

➤ *Chống chỉ định:*

- Bệnh nhân dị ứng với chỉ catgut, người bệnh đang sốt cao, sức đề kháng giảm, phụ nữ có thai.

- Tránh cấy chỉ vào những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da. Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa... [11], [43], [44].

#### **1.4.4. Tác dụng của nhóm huyết điều trị**

Thần môn, “Thần” có nghĩa là tinh thần, hay trí tuệ, nói đến chức năng của Tâm chi phối các hoạt động về tinh thần, thần chí. “Môn” có nghĩa là cổng hay cửa, là nơi nguyên khí của Tâm tạng tụ tập ra vào, cho nên có công hiệu an thần trấn tĩnh, chuyên trị các loại bệnh thần chí có quan hệ với Tâm [45], [46]. Tam âm giao là giao hội huyết của ba kinh âm ở chân, có liên hệ tới ba tạng Tỳ, Can, Thận. Nên huyết Tam âm giao có tác dụng kiện Tỳ khí, bổ Can Thận, điều kinh huyết, chủ về âm huyết, mà huyết thì nên bổ. Tâm du, Tỳ du, Thận du là ba huyết thuộc Kinh túc thái dương Bàng Quang, các huyết này có tác dụng đưa kinh khí vào các tạng tương ứng Tâm, Tỳ, Thận. Vì vậy phối các huyết Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần Môn, Tam âm giao có tác dụng an thần và điều hòa công năng tạng phủ tương ứng.

##### ✓ Tâm du (B.15)

+ Vị trí: Từ khe đốt sống N5 – N6 ngang ra 1,5 thốn

+ Tác dụng: Điều trị mất ngủ, hay quên, hồi hộp trống ngực, tâm thần phân liệt, động kinh, thần kinh suy nhược...

##### ✓ Tỳ du (B.20)

+ Vị trí: Từ khe đốt sống N11 – N12 ngang ra 1,5 thốn.

+ Tác dụng: Điều trị nôn mửa, đau bụng, ỉa chảy, hoàng đản, viêm loét dạ dày,...

##### ✓ Thận du (B.23)

+ Vị trí: Từ khe đốt sống L2 – L3 ngang ra 1,5 thốn.

+ Tác dụng: Điều trị di tinh, liệt dương, đau lưng, ù tai, môi gỏi, kinh nguyệt không đều,...

##### ✓ Thần môn (H.7)



+ Là huyết du thuộc thổ trong ngũ du huyết. Huyết nguyên của kinh Thủ thiếu âm Tâm.

+ Vị trí: Đầu trong nếp lằn chỉ cổ tay, huyết nằm ở khe giữa đầu dưới xương trụ và xương đậu.

+ Tác dụng: An thần, định tâm, thông lạc. Chủ trị các bệnh về huyết mạch và thần trí, mất ngủ, hồi hộp, sợ hãi, tim đập nhanh, tâm căn suy nhược...

✓ Tam âm giao (Sp.6)

+ Là huyết hội của 3 kinh âm: Túc quyết âm Can, Túc thái âm Tỳ, Túc thiếu âm Thận. Huyết tổng của vùng bụng giữa, vùng bụng dưới trong lục tổng huyết.

+ Vị trí: Từ lồi cao nhất của mắt cá chân trong đo lên 3 thốn, huyết ở cách bờ sau xương chày 1 khoát ngón tay

+ Tác dụng: Điều trị chứng tiêu hóa kém, đầy bụng không muốn ăn, ỉa chảy, kinh nguyệt không đều, phối hợp với Nội Quan và Thần môn điều trị mất ngủ...

### ***1.5. Một số nghiên cứu liên quan tới điều trị mất ngủ***

Năm 2011, một nhóm tác giả người Mỹ và Canada nghiên cứu trên 3282 đối tượng nam, nữ nhận thấy có 21,4% bị mất ngủ, những người mất ngủ này thường mắc ít nhất một bệnh lý kèm theo [47].

Nghiên cứu so sánh chất lượng giấc ngủ trong các rối loạn tâm thần với nhóm chứng bằng thang PSQI của Yuriko và cộng sự (2000) trên 24 bệnh nhân Rối loạn lo âu lan tỏa thấy điểm PSQI trung bình bằng 9,63 [48].

Đoàn Văn Minh (2009) đánh giá tác dụng của điện châm nhóm huyết nội quan, thần môn, tam âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tởn cho kết quả không còn bệnh nhân nào mất trên 60 phút để vào giấc, chất lượng giấc ngủ có kết quả tốt và khá chiếm tỷ lệ cao 93,4% [49].

Trần Mai Phương Thảo (2011) khảo sát tình hình sử dụng thuốc ngủ điều trị mất ngủ tại bệnh viện Lão khoa Trung ương trên 50 bệnh nhân, đã chỉ ra được một số đặc điểm lâm sàng của mất ngủ, đồng thời cho thấy hiệu quả điều trị của các nhóm thuốc ngủ là khác nhau [50].

Đỗ Như Dần (2011) đánh giá tác dụng của điện nhĩ châm trong điều trị mất ngủ do Tâm Tỳ khuy tổn cho thấy hiệu quả về chất lượng giấc ngủ đạt loại tốt 96,65%, thời lượng giấc ngủ sau khi điều trị tăng lên 3 - 4 giờ so với trước khi điều trị, 100% bệnh nhân không thức giấc giữa đêm [51].

Nghiên cứu của Đinh Danh Sáng (2016) đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ của nhĩ châm trong điều trị bệnh nhân RLGN theo thang điểm Pittsburgh cho kết quả về thời lượng giấc ngủ sau 20 ngày nhĩ châm tăng lên 4 giờ so với trước điều trị, chất lượng giấc ngủ đạt loại rất tốt chiếm 31,7%, loại tương đối tốt chiếm 68,3% [52].

Dương Thị Phương Thảo (2018) đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp thể châm trong điều trị bệnh nhân rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh cho kết quả về hiệu quả giấc ngủ sau 20 ngày nhĩ châm kết hợp thể châm tăng lên 91,11%, tỷ lệ bệnh nhân không còn RLGN là 63,3% [53].

Nguyễn Thị Hằng (2019) nghiên cứu tác dụng của phương pháp cấy chỉ trong điều trị rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh cho kết quả về hiệu quả giấc ngủ sau 30 ngày cấy chỉ tăng lên 80,57%, tỷ lệ bệnh nhân không còn RLGN là 66,7% [54].



## CHƯƠNG 2

### CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

➤ *Chất liệu nghiên cứu*

Công thức huyết cây chỉ gồm: Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao (Phụ lục 2).

➤ *Phương tiện nghiên cứu*

- Kim cây chỉ cải tiến ARLO Khánh Phong của Công ty cổ phần Khánh Phong Việt Nam, có xuất xứ từ Công ty TNHH Thiết bị Y tế Dương Châu – Giang Châu – Trung Quốc, có chứng nhận chất lượng sản xuất đạt chuẩn (Phụ lục 6), sản phẩm làm bằng thép không gỉ dùng 1 lần, đường kính 0,7mm, độ dài 55mm.

- Chỉ Catgut chromic 4.0 (Suremed, sản xuất năm 2019, kích thước 75cm)

- Pince vô khuẩn, kéo cắt chỉ, đĩa petri, panh kẹp không máu.

- Ống nghiệm đựng kim vô khuẩn.

- Betadine, cồn 70<sup>0</sup>, băng urgo, găng tay vô khuẩn

- Bông vô trùng, nĩa nha khoa, khay quả đậu.

- Ống nghe, huyết áp kế.

- Bệnh án nghiên cứu, bảng trắc nghiệm tâm lý PSQI, BECK, ZUNG.

#### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán mất ngủ (chứng thất miên) đến khám và điều trị tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

➤ *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ*

- Không phân biệt giới, tuổi từ 18 – 65 tuổi.

- Điểm tổng cộng của thang Pittsburgh > 5 (trình bày tại mục 1.2.5 và phụ lục 3).

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

➤ *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT*

Chọn bệnh nhân thuộc thể Tâm Tỳ hư và thể Tâm Thận bất giao biểu hiện lâm sàng như bảng 2.1 dưới đây:

**Bảng 2.1. Thể lâm sàng**

Tứ chẩn	Thể Tâm Tỳ Hư	Thể Tâm Thận Bất Giao
Vọng	Sắc mặt úa vàng, chất lưỡi nhạt bệu, rêu lưỡi trắng, tinh thần bạc nhược.	Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít hoặc không có rêu.
Văn	Tiếng nói nhỏ, rõ, hơi thở ngắn, không hôi.	Tiếng nói nhỏ, rõ, hơi thở không hôi
Vấn	Hồi hộp hay quên, ít ngủ hay mê, kém ăn, mỏi mệt, bụng trướng đại tiện nhão, phụ nữ kinh nguyệt không đều, sắc nhợt, lượng nhiều, băng lậu hoặc kinh ít, kinh bế.	Tâm phiền, mất ngủ, hay mê, nam giới di tinh, lưng đui ê mỏi, triệu nhiệt đỏ mồ hôi trộm, hoa mắt ù tai, hồi hộp, khô họng, tiểu đêm nhiều lần.
Thiết	Mạch tế nhược	Mạch tế sác

➤ *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Bệnh nhân mất ngủ liên quan đến các bệnh tâm thần như: trầm cảm, lo âu.

- Bệnh nhân mất ngủ liên quan đến bệnh thực thể tại não hoặc ngoài não.

- Bệnh nhân mắc các bệnh suy tim, suy gan, suy thận, phụ nữ mang thai hoặc có kế hoạch mang thai trong quá trình nghiên cứu.

- Bệnh nhân đang sử dụng các phương pháp khác điều trị mất ngủ.
- Bệnh nhân không tuân thủ liệu trình điều trị.

## 2.3. Phương pháp nghiên cứu

### 2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp can thiệp lâm sàng mở, chọn mẫu chủ đích so sánh trước và sau điều trị.

### 2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

n = 60 chia 2 nhóm

- Nhóm 1: 30 bệnh nhân thể Tâm tỳ hư
- Nhóm 2: 30 bệnh nhân thể Tâm thận bất giao

### 2.3.3. Tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân vào viện được khám và chẩn đoán là mất ngủ đáp ứng tiêu chuẩn ở mục 2.2 lựa chọn vào nghiên cứu và được cấy chỉ lần 1 vào ngày thứ nhất, lần 2 sau lần 1 là 15 ngày.

➤ Quy trình điều trị - phác đồ cấy chỉ của Bộ Y Tế ban hành năm 2013 [55]

\* Cả 2 nhóm đều được cấy chỉ các huyệt: Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao 2 bên.

\* Kỹ thuật cấy chỉ:

- Chuẩn bị:

+ Dụng cụ, các đoạn chỉ catgut cắt nhỏ từ 3 – 5 mm đặt trong đĩa petri.

+ Bệnh nhân nằm, bộc lộ các vị trí cấy chỉ.

+ Bác sĩ đội mũ, đeo khẩu trang y tế, rửa tay vô trùng, sát khuẩn tay, đeo găng vô khuẩn.

- Xác định vị trí huyệt: Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao – 2 bên.

- Tiến hành kỹ thuật cấy chỉ:

+ Bước 1: Lồng chỉ vào kim

Dùng nĩa nha khoa gấp đoạn chỉ đã cắt sẵn lồng vào kim. Chú ý khi lồng chỉ tránh làm quăn mũi kim tiêm do đầu mũi nĩa gạt vào. Chỉ catgut sau khi đưa vào kim không được thò đầu ra ngoài.

+ Bước 2: Xác định huyết, sát trùng da vùng huyết bằng betadine sau đó sát khuẩn lại bằng bông cồn 70. Đưa kim qua da: lấy ngón trỏ và ngón cái bên trái, để cách nhau 1 - 2 cm, ở hai bên huyết vị, căng da, rồi dùng ngón tay phải cầm kim châm vào huyết.

Kẹp thân kim bằng hai ngón tay trỏ và ngón giữa bàn tay phải. Đâm kim nhanh qua lớp da cho đến khi đặc khí (người bệnh có cảm giác ê tức...). Ngón tay cái gạt nhẹ vào đốc kim nhằm tránh rơi đốc kim ra khỏi kim cấy chỉ, đồng thời ngón tay cái cũng tỳ nhẹ vào thân kim tiêm để tạo lực khi cấy chỉ vào huyết.

+ Bước 3: Kỹ thuật nhồi chỉ

Nhồi chỉ là cách đẩy đoạn chỉ phẫu thuật vào huyết sau khi đã đâm kim vào huyết vị rồi dùng đốc kim nhồi hết đoạn chỉ vào huyết.

+ Bước 4: Rút kim và dùng băng urgo băng lại chỗ huyết vừa cấy chỉ.

➤ *Theo dõi và đánh giá*

- Bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo mẫu thống nhất (phụ lục 1).

- Tất cả bệnh nhân đều được làm bệnh án, theo dõi biểu hiện lâm sàng và các tác dụng.

- Đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu tại các thời điểm: Trước điều trị (D0); sau điều trị 15 ngày (D15); sau điều trị 30 ngày (D30).

- Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân.

#### **2.3.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu**

➤ *Các yếu tố liên quan đến giấc ngủ:*

- Tuổi, giới, nghề nghiệp, hoàn cảnh gia đình (bao gồm tình trạng hôn nhân, mức sống theo trả lời của người bệnh).

- Cách thức khởi phát bệnh, hoàn cảnh khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh...

➤ *Các chỉ tiêu lâm sàng:*

- Thời gian bị mất ngủ: Là khoảng thời gian từ khi bắt đầu bị mất ngủ đến khi tiến hành nghiên cứu (Tính bằng tháng).

- Thời gian đi vào giấc ngủ: Thời gian bắt đầu đi ngủ đến khi ngủ được (tính bằng phút).

- Thời lượng giấc ngủ: Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm (tính bằng giờ).

- Chất lượng giấc ngủ: Đánh giá theo chủ quan bệnh nhân gồm 4 mức độ: tốt, khá, trung bình, kém (Phụ lục 3).

- Hiệu quả giấc ngủ: Tính bằng  $(\text{số giờ ngủ} / \text{số giờ nằm trên giường}) \times 100\%$

- Những rối loạn trong giấc ngủ: Có hay thức giấc trong đêm không, khó thở hoặc ngáy to, ác mộng, đau...

- Những rối loạn trong ngày: Đánh giá hậu quả của mất ngủ lên hoạt động nghề nghiệp của bệnh nhân.

- Tổng điểm PSQI: là tổng điểm của 7 yếu tố.

### **2.3.5. Công cụ thu thập thông tin**

- Bệnh án nghiên cứu: Được thiết kế để thu thập thông tin đáp ứng được mục tiêu nghiên cứu.

- Bảng điểm Pittsburgh.

- Thang Beck, Zung.

### **2.3.6. Kỹ thuật thu thập thông tin**



- Phỏng vấn bệnh nhân và người nhà bệnh nhân để thu thập các thông tin về đối tượng: Thông tin cá nhân, tiền sử bản thân, gia đình, quá trình điều trị trước đó, số ngày mất ngủ...

- Khám lâm sàng: Xác định các triệu chứng như thời gian ngủ mỗi đêm, kiểu mất ngủ, các triệu chứng hậu quả của mất ngủ, các bệnh lý cơ thể khác nếu có...

- Làm test tâm lý: Pittsburgh

- Test Beck, Zung: Để loại trừ bệnh nhân trầm cảm, rối loạn lo âu ra khỏi nghiên cứu.

### **2.3.7. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả**

➤ Theo dõi, đánh giá yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ

- Tuổi, nghề nghiệp.

- Bệnh kèm theo, căng thẳng tâm lý (stress).

➤ Đánh giá tác dụng cải thiện thang điểm Pittsburgh

- Thời lượng ngủ trung bình tại các thời điểm D0, D15, D30 (ngày).

- Thời gian vào giấc ngủ trung bình tại thời điểm D0, D15, D30 (ngày).

- Hiệu quả giấc ngủ trung bình tại các thời điểm D0, D15, D30 (ngày).

- Hiệu quả cải thiện các mức độ rối loạn trong giấc ngủ và trong ngày dựa trên điểm của thành tố đó (Phụ lục 3), cụ thể:

+ Không rối loạn: 0 điểm

+ Rối loạn nhẹ: 1 điểm

+ Rối loạn vừa: 2 điểm

+ Rối loạn nặng: 3 điểm

- Đánh giá chất lượng giấc ngủ và kết quả chung theo thang điểm Pittsburgh:

+ Tốt: dễ vào giấc, ngủ sâu, sáng khoái sau khi ngủ.

+ Khá: dễ vào giấc, cảm thấy ngủ đủ giấc.

+ Trung bình: vào giấc khó hơn, ngủ không sâu giấc, dễ tỉnh giấc, ngủ lại ít.

+ Kém: khó vào giấc ngủ, hay mê, hay tỉnh giấc, khó ngủ lại hoặc thức trắng đêm.

+ PSQI > 5: Có mất ngủ.

+ PSQI ≤ 5: Không mất ngủ.

➤ *Tác dụng cải thiện giấc ngủ của 2 thể bệnh tâm tỳ hư và tâm thận bất giao*

Nhận xét hiệu quả điều trị của 2 thể bệnh theo các chỉ số:

- Thời gian đi vào giấc ngủ.

- Thời lượng giấc ngủ.

- Hiệu quả giấc ngủ.

- Tổng điểm PSQI.

- Kết quả điều trị chung.

➤ *Theo dõi các tác dụng không mong muốn:*

- Toàn thân: Mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Tại nơi cấy chỉ: Đau, chảy máu, sản ngứa, lộ đầu chỉ, vụng châm, nhiễm trùng, căng tức nơi cấy chỉ.

#### **2.4. Địa điểm nghiên cứu**

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

#### **2.5. Thời gian nghiên cứu**

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5 năm 2021 đến tháng 11 năm 2021.

#### **2.6. Phương pháp xử lý số liệu**

Nhập số liệu, làm sạch và mã hóa số liệu, xử lý số liệu theo phương pháp thống kê Y sinh học bằng máy vi tính với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê T-test ghép cặp, khi bình phương, giá trị p được tính để xác định sự khác biệt (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p \geq 0,05$ ).

## **2.7. Đạo đức nghiên cứu**

- Đề cương nghiên cứu được Hội đồng thông qua đề cương của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và được sự đồng ý của Hội đồng khoa học của bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.

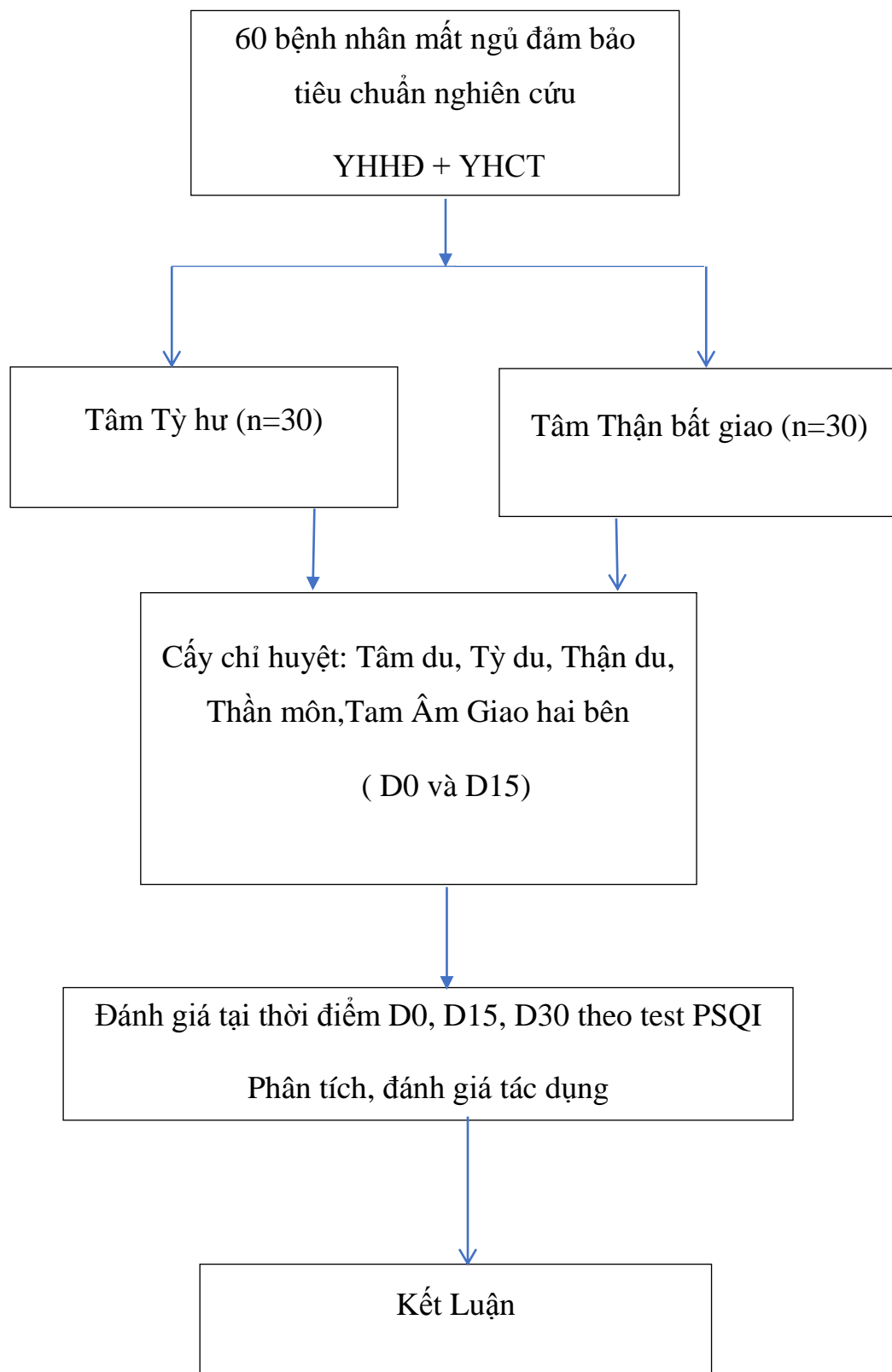
- Nghiên cứu này được thực hiện nhằm tìm ra một phương pháp điều trị mất ngủ có hiệu quả tốt, nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác.

- Bệnh nhân được lựa chọn theo các tiêu chuẩn nghiên cứu và người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Các thông tin cá nhân, kết quả lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng sẽ được bảo mật tuyệt đối.

- Khi bệnh nhân có dấu hiệu bệnh nặng thêm hoặc yêu cầu ngừng tham gia nghiên cứu thì chúng tôi sẽ thay đổi phác đồ điều trị hoặc ngừng nghiên cứu.

- Khám và đánh giá bệnh nhân được thực hiện khách quan, trung thực trong xử lý số liệu.



*Hình 2.1: Sơ đồ nghiên cứu*

## CHƯƠNG 3

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu và các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ

##### 3.1.1. Phân bố tuổi và giới

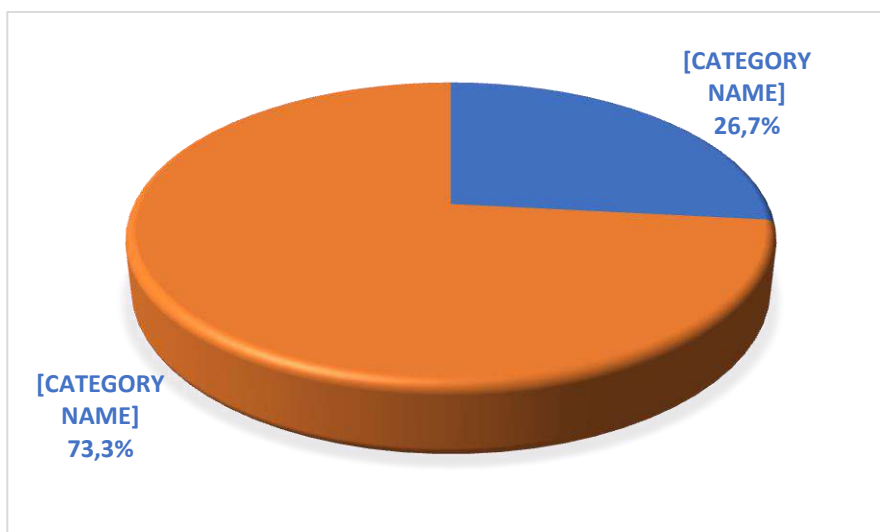
*Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu*

Nhóm tuổi (n = 60)	n	Tỷ lệ %
<50	7	11,7
50 - 59	24	40
60 - 65	29	48,3
Tổng	60	100
$\bar{X} \pm SD$	$57,13 \pm 8,33$	

#### Nhận xét:

Bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi từ 26 đến 65 tuổi. Trong đó tỷ lệ mất ngủ cao nhất ở nhóm 60 - 65 có 29 bệnh nhân chiếm 48,3%, nhóm 50-59 có 24 bệnh nhân chiếm 40%, thấp nhất là nhóm <50 có 07 bệnh nhân chiếm 11,7%.

Tuổi trung bình bị rối loạn giấc ngủ trong nghiên cứu là  $57,13 \pm 8,33$  tuổi.



**Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới**

**Nhận xét:**

Tỷ lệ bệnh nhân là nữ giới tham gia trong mẫu nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao 73,3%, nam giới chiếm tỷ lệ 26,7%. Tỷ lệ bệnh nhân nam:nữ xấp xỉ 1:3.

**3.1.2. Đặc điểm về nghề nghiệp, hôn nhân, hoàn cảnh gia đình, xã hội**

**Bảng 3.2. Đặc điểm về nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	n	Tỷ lệ %
Làm ruộng	4	6,7%
Công nhân	5	8,3%
Hưu trí	40	66,7%
Lao động tự do	11	18,3%

**Nhận xét:**

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có nghề nghiệp là hưu trí chiếm tỷ lệ cao 66,7%, tiếp theo là số bệnh nhân có nghề nghiệp lao động tự do 18,3%, nhóm có nghề nghiệp là công nhân chiếm 8,3%, thấp nhất là nhóm có nghề nghiệp làm ruộng chiếm 6,7%.

**Bảng 3.3. Yếu tố hôn nhân và hoàn cảnh gia đình**

<b>Đặc điểm</b>	<b>n</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<b>Hôn nhân</b>		
Ly thân	6	10%
Có chồng (vợ)	47	78,3%
Góa	2	3,4%
Chưa kết hôn	5	8,3%
Tổng	60	100
<b>Hoàn cảnh gia đình</b>		
Sống hai vợ chồng	18	30%
Sống cùng gia đình, con cháu	36	60%
Sống một mình	6	10%
Tổng	60	100

**Nhận xét:**

Với tình trạng hôn nhân: Tỷ lệ mắc mất ngủ cao nhất ở đối tượng có vợ có chồng là 47 bệnh nhân chiếm 78,3%, chưa kết hôn là 8,3%, ly thân 10%, góa bụa 3,4%.

Về hoàn cảnh gia đình: Số người sống cùng gia đình hoặc con cháu chiếm đa số với tỷ lệ là 60%, sống 2 vợ chồng là 30%, sống một mình là 10%.

### 3.1.3. Yếu tố về thời gian bị mất ngủ

**Bảng 3.4. Thời gian bị mất ngủ**

Thời gian	n	Tỷ lệ %
< 1 tháng	0	0
1 - < 3 tháng	5	8,3
3 - < 6 tháng	11	18,3
≥ 6 tháng	44	73,4
Tổng	60	100
$\bar{X} \pm SD$ (tháng)	26,52 ± 14,28	

#### Nhận xét:

Không có bệnh nhân nào mắc bệnh dưới 1 tháng. Bệnh nhân mất ngủ từ 6 tháng trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất 73,4%. Thời gian bị mất ngủ trung bình của bệnh nhân là  $26,52 \pm 14,28$  (tháng).

### 3.2. Đặc điểm và yếu tố bệnh lý kèm theo

**Bảng 3.5. Yếu tố về bệnh lý nền kèm theo**

Bệnh lý nền kèm theo	n		Tỷ lệ %	
Tăng huyết áp	Độ 1	19	28	31,7
	Độ 2	9		15
Đái tháo đường	16		26,7	
Bệnh cơ xương khớp	37		61,7	
Rối loạn chuyển hóa lipid	21		35	

#### Nhận xét:

Trong số bệnh nhân có các bệnh lý nền kèm theo, bệnh cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất 61,7%. Tiếp đến là bệnh tăng huyết áp chiếm 46,7% trong đó bệnh nhân tăng huyết áp độ 1 chiếm 31,7%. Thấp nhất là bệnh đái tháo đường chiếm 26,7%.



### 3.3. Đặc điểm và yếu tố stress

**Bảng 3.6. Yếu tố stress**

Yếu tố		n	Tỷ lệ %
Stress	Con cái	14	23,4
	Gia đình	9	15
	Công việc	8	13,3
	Kinh tế	10	16,7
	Người thân mất	2	3,3
Không Stress		17	28,3
Tổng		60	100

#### Nhận xét:

Mất ngủ không liên quan đến stress chiếm 28,3%, có liên quan đến yếu tố stress chiếm 71,7%. Trong đó, các vấn đề liên quan đến con cái chiếm nhiều nhất 23,4% trong các loại stress; tiếp đến là các vấn đề về thiệt hại kinh tế chiếm 16,7%, liên quan đến gia đình chiếm 15%; công việc chiếm 13,3% và thấp nhất là người thân mất 3,3%.

### 3.4. Đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ theo thang điểm PSQI

Với quy ước: Trước khi cấy chỉ (D0); sau 15 ngày cấy chỉ (D15); sau 30 ngày cấy chỉ (D30). Kết quả như sau:

### 3.4.1. Kết quả cải thiện thời lượng giấc ngủ

**Bảng 3.7. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ**

Thời gian	Nhóm nghiên cứu (n=60)
	$\bar{X} \pm SD$ (giờ)
<b>D0</b>	2,53 ± 1,21
<b>D15</b>	3,70 ± 1,34
<b>D30</b>	6,10 ± 1,45
<b>Mức chênh sau 15 ngày</b>	1,16 ± 0,92
<b>Mức chênh sau 30 ngày</b>	3,57 ± 1,38
<b>p0-15</b>	<0,05
<b>p0-30</b>	<0,05

#### **Nhận xét:**

Trước điều trị thời lượng ngủ trung bình là  $2,53 \pm 1,21$  (giờ), sau 15 ngày tăng lên  $3,70 \pm 1,34$  (giờ) và sau 30 ngày tăng  $6,10 \pm 1,45$  (giờ).

Sau 15 ngày điều trị, mức chênh là  $1,16 \pm 0,92$  (giờ). Sự khác biệt trước và sau có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Mức chênh thời lượng giấc ngủ sau 30 ngày điều trị của bệnh nhân là  $3,57 \pm 1,38$  (giờ). Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.4.2. Kết quả cải thiện thời gian đi vào giấc ngủ

**Bảng 3.8. Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ**

Thời gian	Nhóm nghiên cứu (n=60)
	$\bar{X} \pm SD$ (phút)
<b>D0</b>	69,63 $\pm$ 10,88
<b>D15</b>	47,12 $\pm$ 8,89
<b>D30</b>	28,97 $\pm$ 11,33
<b>Mức chênh sau 15 ngày</b>	22,51 $\pm$ 14,66
<b>Mức chênh sau 30 ngày</b>	40,67 $\pm$ 16,66
<b>p0-15</b>	<0,05
<b>p0-30</b>	<0,05

#### Nhận xét:

Trước điều trị thời gian đi vào giấc ngủ trung bình của bệnh nhân là 69,63  $\pm$  10,88 (phút), sau 15 ngày điều trị giảm còn 47,12  $\pm$  8,89 (phút) và sau 30 ngày điều trị là 28,97  $\pm$  11,33 (phút). So sánh trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.4.3. Kết quả cải thiện trên hiệu quả giấc ngủ

**Bảng 3.9. Sự thay đổi hiệu quả giấc ngủ**

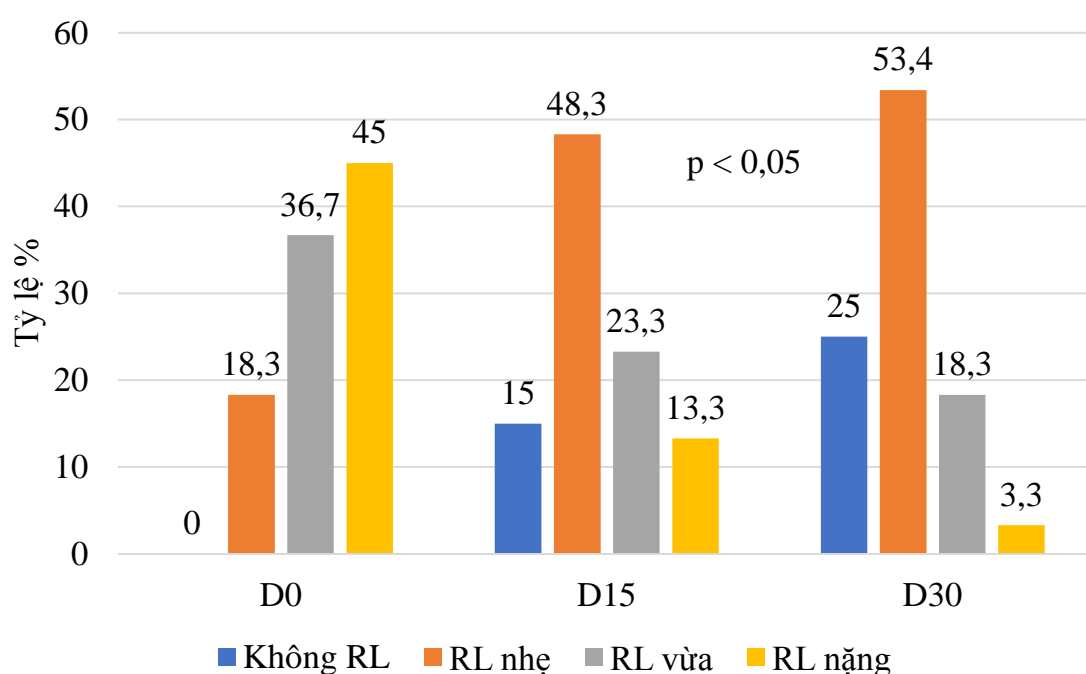
Thời gian	Nhóm nghiên cứu (n=60)
	$\bar{X} \pm SD$ (%)
<b>D0</b>	59,71 $\pm$ 10,68
<b>D15</b>	69,28 $\pm$ 7,14
<b>D30</b>	80,51 $\pm$ 6,39
<b>Mức chênh sau 15 ngày</b>	9,57 $\pm$ 9,96
<b>Mức chênh sau 30 ngày</b>	20,80 $\pm$ 12,75
<b>p0-15</b>	<0,05
<b>p0-30</b>	<0,05

**Nhận xét:**

Trước điều trị hiệu quả giấc ngủ trung bình của bệnh nhân là  $59,71 \pm 10,68$  (%), sau 15 ngày điều trị là  $69,28 \pm 7,14$  (%) và sau 30 ngày điều trị tăng lên  $80,51 \pm 6,39$  (%).

Sau điều trị, tại các thời điểm D15 và D30, hiệu quả giấc ngủ đều cải thiện có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Sau 30 ngày điều trị mức chênh lệch trung bình hiệu quả giấc ngủ của bệnh nhân là  $20,80 \pm 12,75$  (%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

**3.4.4. Kết quả cải thiện các mức độ rối loạn trong giấc ngủ**

**Biểu đồ 3.2. Những rối loạn trong giấc ngủ**

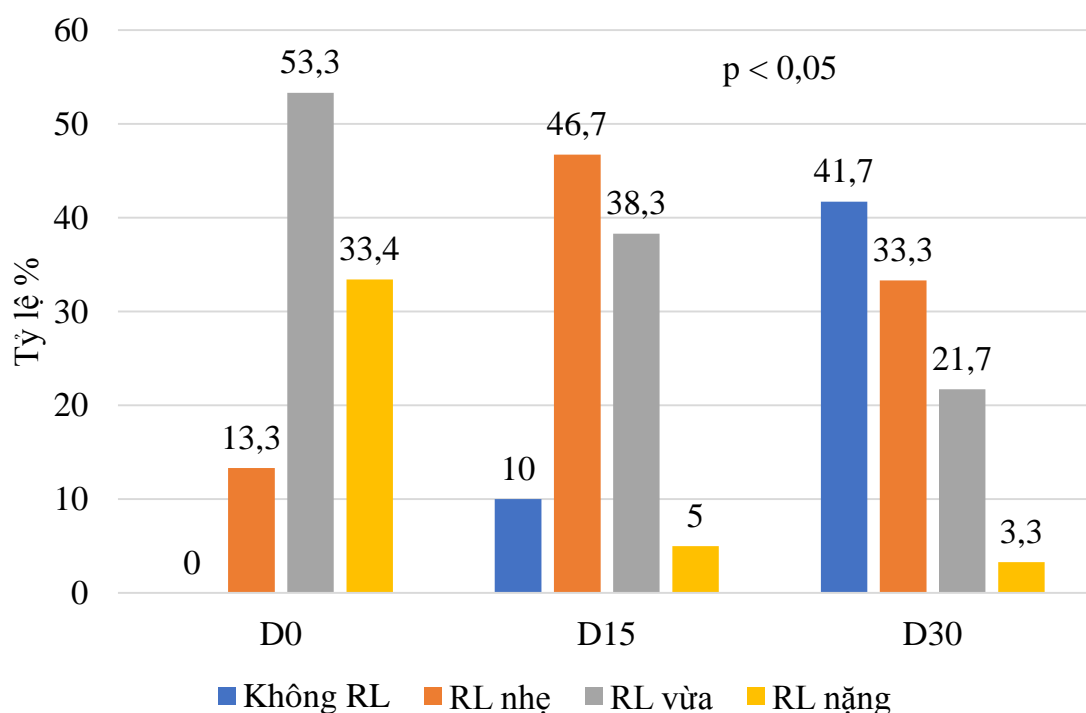
**Nhận xét:**

Sau điều trị 15 ngày, tỷ lệ bệnh nhân bị rối loạn trong giấc ngủ loại nặng từ 45% giảm xuống còn 13,3%; rối loạn nhẹ là 48,3%; không rối loạn là 15%. Sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Sau 30 ngày điều trị rối loạn trong giấc ngủ của bệnh nhân được cải thiện, tỷ lệ không rối loạn là 25%; rối loạn nhẹ là 53,4%; rối loạn vừa là

18,3%; rối loạn nặng giảm xuống còn 3,3%. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

### 3.4.5. Kết quả cải thiện các mức độ rối loạn trong ngày



**Biểu đồ 3.3. Những rối loạn trong ngày**

#### Nhận xét:

Sau 15 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn trong ngày loại nặng từ 33,4% giảm xuống còn 5%; rối loạn vừa từ 53,3 % giảm xuống còn 38,3%; rối loạn nhẹ là 46,7%; không rối loạn là 10%. Sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Sau 30 ngày điều trị những rối loạn trong ngày của bệnh nhân được cải thiện, tỷ lệ không RL là 41,7%, RL nhẹ là 33,3%, RL vừa giảm xuống còn 21,7%, RL nặng còn 3,3%. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

### 3.4.6. Kết quả cải thiện tổng điểm PSQI trung bình

**Bảng 3.10. Sự thay đổi tổng điểm PSQI trung bình**

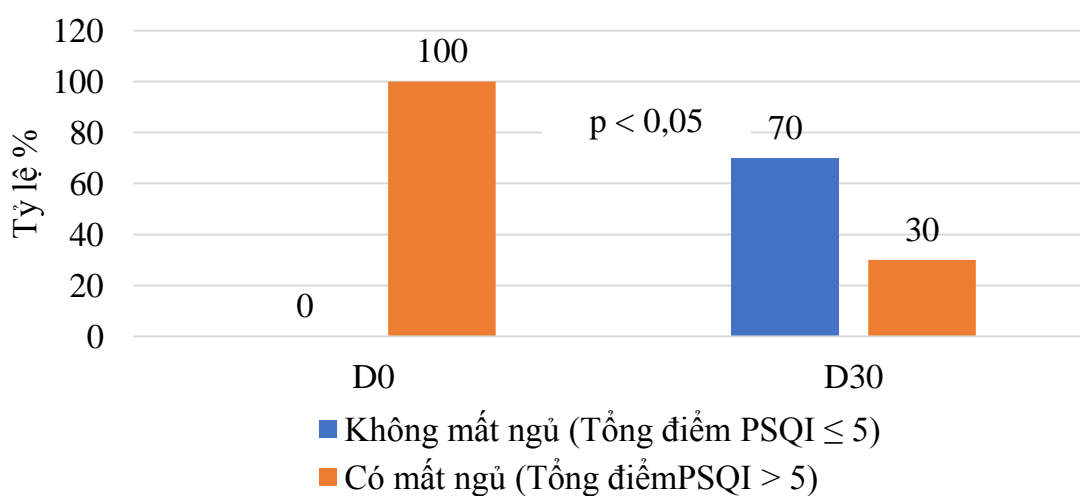
Thời gian	Nhóm nghiên cứu (n=60)
	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)
D0	15,95 ± 1,54
D15	7,63 ± 1,17
D30	5,06 ± 1,95
Mức chênh sau 15 ngày	8,31 ± 2,04
Mức chênh sau 30 ngày	10,88 ± 2,32
p0-15	<0,05
p0-30	<0,05

#### Nhận xét:

Trước điều trị điểm PSQI trung bình của nhóm nghiên cứu là 15,95 ± 1,54 (điểm), sau điều trị 15 ngày giảm còn 7,63 ± 1,17 (điểm), và sau 30 ngày là 5,06 ± 1,95 (điểm).

Mức chênh sau 30 ngày điều trị là 10,88 ± 2,32 (điểm). Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

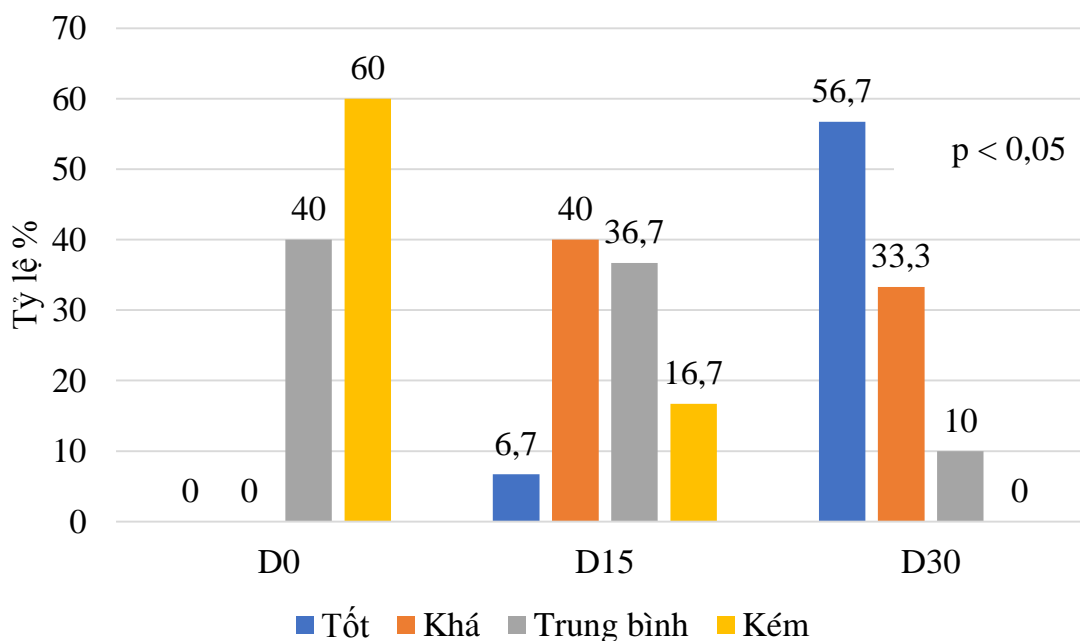
### 3.4.7. Kết quả điều trị chung



**Biểu đồ 3.4. Kết quả điều trị chung theo tổng điểm PSQI**

**Nhận xét:**

Trước điều trị 100% bệnh nhân có mất ngủ. Sau điều trị 30 ngày tỷ lệ bệnh nhân không có mất ngủ là 70%; có mất ngủ là 30%. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).



**Biểu đồ 3.5. Chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân**

**Nhận xét:**

Trước điều trị số bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém và trung bình chiếm tỷ lệ chủ yếu là 60% và 40%.

Sau 15 ngày điều trị tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ tốt là 6,7%, tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém giảm xuống còn 16,7%. Sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Sau 30 ngày điều trị chất lượng giấc ngủ được cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ tốt và khá lần lượt là: 56,7% và 33,3%. Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.4.8. Kết quả cải thiện các triệu chứng trên bệnh nhân mất ngủ

**Bảng 3.11. Các triệu chứng thứ phát sau mất ngủ**

Triệu chứng thứ phát	Nhóm nghiên cứu				P <sub>0-30</sub>
	D0		D30		
	n	%	n	%	
Mệt mỏi	52	86,7	4	6,6	<0,05
Hay quên	49	81,7	9	15	<0,05
Giảm tập trung, chú ý	47	78,3	11	18,3	<0,05
Lo lắng không ngủ được	50	83,3	5	8,3	<0,05

#### Nhận xét:

Các triệu chứng thứ phát kèm theo đều giảm rõ rệt sau 30 ngày điều trị. Sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.5. Kết quả cải thiện giấc ngủ trên 2 thể Tâm Tỳ hư và Tâm Thận bất giao

#### 3.5.1. Kết quả cải thiện thời gian đi vào giấc ngủ trên hai thể YHCT

**Bảng 3.12. Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ trên 2 thể bệnh**

Nhóm Thời gian	Thể Tâm Tỳ hư (n= 30)	Thể Tâm Thận bất giao (n=30)	p
	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	
<b>D0</b>	70,70 $\pm$ 10,38	68,53 $\pm$ 11,43	>0,05
<b>D15</b>	45,50 $\pm$ 9,39	48,73 $\pm$ 8,20	>0,05
<b>D30</b>	30,03 $\pm$ 12,59	27,90 $\pm$ 10,00	> 0,05
<b>Mức chênh sau 15 ngày</b>	25,20 $\pm$ 14,58	19,80 $\pm$ 12,48	>0,05
<b>Mức chênh sau 30 ngày</b>	40,66 $\pm$ 17,44	40,63 $\pm$ 16,14	>0,05
<b>p0-15</b>	< 0,05	< 0,05	



<b>p0-30</b>	< 0,05	< 0,05	
--------------	--------	--------	--

**Nhận xét:**

Trước điều trị thời gian vào giấc ngủ trung bình của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $70,70 \pm 10,38$  (phút), nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là  $68,53 \pm 11,43$  (phút); sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau điều trị 30 ngày, thời gian vào giấc ngủ trung bình của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $30,03 \pm 12,59$  (phút), nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là  $27,90 \pm 10,00$  (phút). Mức chênh thời gian vào giấc sau 30 ngày điều trị của nhóm Tâm Tỳ hư là  $40,66 \pm 17,44$  (phút) và nhóm Tâm Thận bất giao là  $40,63 \pm 16,14$  (phút). Sự khác biệt sau điều trị so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3.5.2. Kết quả cải thiện thời lượng giấc ngủ trên hai thể YHCT****Bảng 3.13. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ trên 2 thể bệnh**

Nhóm Thời gian	Thể Tâm Tỳ hư (n= 30)	Thể Tâm Thận bất giao (n=30)	p
	$\bar{X} \pm SD$ (giờ)	$\bar{X} \pm SD$ (giờ)	
<b>D0</b>	$2,46 \pm 1,11$	$2,60 \pm 1,33$	>0,05
<b>D15</b>	$3,63 \pm 1,40$	$3,76 \pm 1,30$	>0,05
<b>D30</b>	$6,13 \pm 1,59$	$6,07 \pm 1,31$	> 0,05
<b>Mức chênh sau 15 ngày</b>	$1,16 \pm 1,05$	$1,16 \pm 0,79$	>0,05
<b>Mức chênh sau 30 ngày</b>	$3,66 \pm 1,62$	$3,46 \pm 1,10$	> 0,05
<b>p0-15</b>	< 0,05	< 0,05	
<b>p0-30</b>	< 0,05	< 0,05	

**Nhận xét:**

Trước điều trị thời lượng ngủ trung bình của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $2,46 \pm 1,11$  (giờ), nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là  $2,60 \pm 1,33$  (giờ). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau 30 ngày điều trị thời lượng ngủ trung bình của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $6,13 \pm 1,59$  (giờ), nhóm Tâm Thận bất giao là  $6,07 \pm 1,31$  (giờ). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Mức tăng thời lượng giấc ngủ sau 30 ngày điều trị của nhóm Tâm Tỳ hư là  $3,66 \pm 1,62$  (giờ) và nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là  $3,46 \pm 1,10$  (giờ). Sự khác biệt sau điều trị so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

### 3.5.3. Kết quả cải thiện hiệu quả giấc ngủ trên hai thể YHCT

**Bảng 3.14. Hiệu quả giấc ngủ trước và sau cấy chỉ trên hai thể bệnh**

Nhóm Thời gian	Thể Tâm Tỳ hư (n= 30)	Thể Tâm Thận bất giao (n=30)	p
	$\bar{X} \pm SD$ (%)	$\bar{X} \pm SD$ (%)	
<b>D0</b>	$59,0 \pm 11,10$	$60,43 \pm 10,59$	$>0,05$
<b>D15</b>	$69,70 \pm 7,94$	$68,86 \pm 6,37$	$>0,05$
<b>D30</b>	$79,46 \pm 6,92$	$81,57 \pm 5,74$	$> 0,05$
<b>Mức chênh sau 15 ngày</b>	$10,70 \pm 1,87$	$8,43 \pm 0,66$	$>0,05$
<b>Mức chênh sau 30 ngày</b>	$20,46 \pm 12,88$	$21,13 \pm 10,84$	$> 0,05$
<b>p0-15</b>	$< 0,05$	$< 0,05$	
<b>p0-30</b>	$< 0,05$	$< 0,05$	

#### Nhận xét:

Trước điều trị hiệu quả giấc ngủ trung bình của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $59,0 \pm 11,10$  (%), nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là  $60,43 \pm 10,59$  (%). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau 30 ngày điều trị hiệu quả giấc ngủ trung bình của nhóm Tâm Tỳ hư là  $79,46 \pm 6,92$  (%), nhóm Tâm Thận bất giao là  $81,57 \pm 5,74$  (%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Mức tăng hiệu quả giấc ngủ sau 30 ngày điều trị của nhóm Tâm tỳ hư là  $20,46 \pm 12,88$  (%) và nhóm Tâm Thận bất giao là  $21,13 \pm 10,84$  (%). Sự khác biệt sau điều trị so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### 3.5.4. Kết quả cải thiện tổng điểm PSQI trung bình trên hai thể YHCT

**Bảng 3.15. Biến đổi tổng điểm PSQI trung bình**

Thời gian	Nhóm	Thể Tâm Tỳ hư (n= 30)	Thể Tâm Thận bất giao (n=30)	p
		$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	
	<b>D0</b>	$15,83 \pm 1,68$	$16,06 \pm 1,41$	$>0,05$
	<b>D15</b>	$7,40 \pm 1,13$	$7,86 \pm 1,19$	$>0,05$
	<b>D30</b>	$5,36 \pm 2,20$	$4,76 \pm 1,65$	$> 0,05$
	<b>Mức chênh sau 15 ngày</b>	$8,43 \pm 2,20$	$8,20 \pm 1,90$	$>0,05$
	<b>Mức chênh sau 30 ngày</b>	$10,46 \pm 2,49$	$11,30 \pm 2,40$	$> 0,05$
	<b>p0-15</b>	$< 0,05$	$< 0,05$	
	<b>p0-30</b>	$< 0,05$	$< 0,05$	

#### Nhận xét:

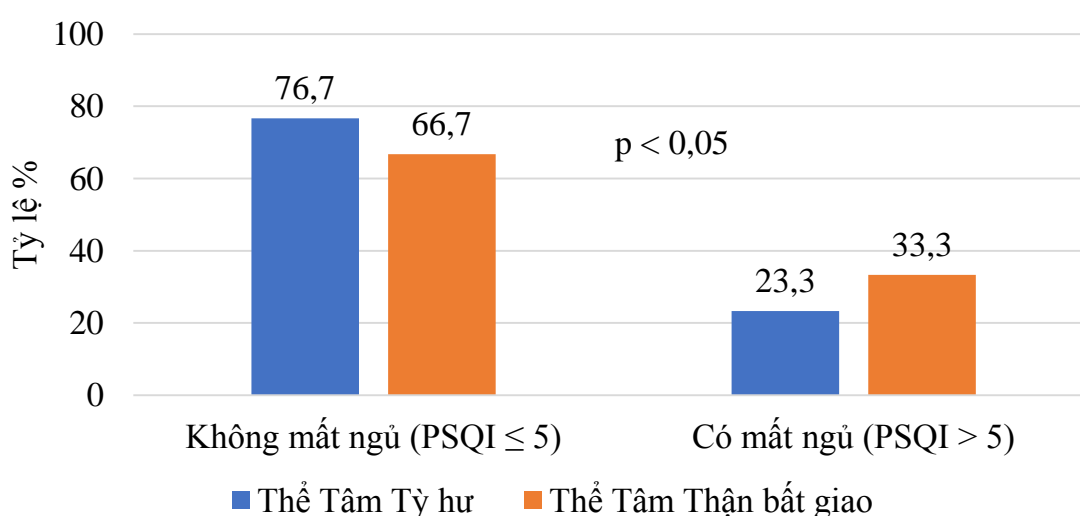
Trước điều trị tổng điểm PSQI trung bình của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $15,83 \pm 1,68$  (điểm), nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là  $16,06 \pm 1,41$  (điểm). Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau điều trị, tại các thời điểm D15 và D30, sự thay đổi tổng điểm PSQI trung bình ở mỗi nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

Sau 30 ngày điều trị tổng điểm PSQI trung bình của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $5,36 \pm 2,20$  (điểm); nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là  $4,76 \pm 1,65$  (điểm). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Mức giảm điểm PSQI trung bình sau 30 ngày điều trị của nhóm Tâm Tỳ hư là  $10,46 \pm 2,49$  (điểm) và nhóm Tâm Thận bất giao là  $11,30 \pm 2,40$  (điểm). Sự khác biệt sau điều trị so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.5.5. Kết quả điều trị chung trên hai thể YHCT



### ***Biểu đồ 3.6. Kết quả điều trị chung theo tổng điểm PSQI trên hai thể bệnh***

#### **Nhận xét:**

Sau 30 ngày điều trị tỷ lệ bệnh nhân không mất ngủ của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là 76,7% cao hơn nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là 66,7%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau 30 ngày điều trị nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư vẫn còn bệnh nhân có mất ngủ chiếm 23,3%; nhóm thể Tâm Thận bất giao số bệnh nhân còn mất ngủ chiếm 13,3%. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.16. Chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân trên 2 thể YHCT sau 30 ngày điều trị**

Chất lượng giấc ngủ	Thể Tâm Tỳ hư (30 bệnh nhân)		Thể Tâm Thận bất giao (30 bệnh nhân)		p
	n	%	n	%	
Tốt	18	60	16	53,3	<b>&gt;0,05</b>
Khá	9	30	11	36,7	
Trung bình	3	10	3	10	
Kém	0	0	0	0	

**Nhận xét:**

Sau 30 ngày điều trị không còn bệnh nhân nào có chất lượng giấc ngủ kém và số bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ trung bình ở hai thể bệnh đều chiếm tỷ lệ là 10%. Bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ khá ở nhóm bệnh nhân thuộc thể Tâm Tỳ hư chiếm 30% ít hơn nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là 36,7%; tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ tốt ở nhóm bệnh nhân thuộc thể Tâm Tỳ hư chiếm 60% cao hơn nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là 53,3%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**3.5.6 Theo dõi tác dụng không mong muốn**

**Bảng 3.17. Biến đổi các chỉ số sinh tồn trước và sau điều trị**

Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=60)	p0-30
------	------------------------	-------

Chỉ số	D0	D30	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Nhiệt độ	36,81 ± 0,19	36,82 ± 0,18	> 0,05
Tần số mạch (lần/phút)	77,88 ± 3,66	79,06 ± 2,94	
Huyết áp tâm thu (mmHg)	121,83 ± 11,68	120,11 ± 10,03	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	73,83 ± 8,04	70,83 ± 9,44	

**Nhận xét:**

Trước điều trị, tần số mạch trung bình là  $77,88 \pm 3,66$  (lần/phút) khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) so với sau điều trị là  $79,06 \pm 2,94$  (lần/phút).

Trước điều trị, huyết áp tâm thu trung bình là  $121,83 \pm 11,68$  (mmHg), huyết áp tâm trương trung bình là  $73,83 \pm 8,04$  (mmHg). Sau điều trị, huyết áp tâm thu trung bình là  $120,11 \pm 10,03$  (mmHg), huyết áp tâm trương trung bình là  $70,83 \pm 9,44$  (mmHg). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.18. Theo dõi một số tác dụng không mong muốn tại chỗ sau cấy chỉ**

Triệu chứng	Nhóm nghiên cứu	
	n = 60	Tỷ lệ %
Đau	0	0
Chảy máu	0	0
Sẩn ngứa	0	0
Lộ đầu chỉ	0	0
Vụng châm	0	0
Nhiễm trùng	0	0

**Nhận xét:**

Trong hai lần cấy chỉ không có bệnh nhân nào ở nhóm nghiên cứu xuất hiện tác dụng phụ của cấy chỉ catgut.

## CHƯƠNG 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu và các yếu tố ảnh hưởng đến mất ngủ

##### 4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi từ 26 đến 65. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $57,13 \pm 8,33$  tuổi.

Nghiên cứu cho kết quả bệnh nhân ở lứa tuổi từ 50 đến 65 tuổi chiếm 88,3% và từ 18-49 tuổi trở xuống chiếm tỉ lệ thấp nhất với 11,7%. Kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020) và Đinh Danh Sáng (2016) với độ tuổi mất ngủ từ 50 tuổi trở lên chiếm đến 90% [56], [52].

Kết quả này khác với nghiên cứu của Đoàn Văn Minh (2011) độ tuổi 18-49 chiếm tỷ lệ cao nhất 50%, Nguyễn Trường Nam (2020) độ tuổi từ 18-49 cao nhất chiếm 56,8%; độ tuổi từ 60-69 chiếm 15% [57]. Có sự khác biệt này là vì nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành chủ yếu tại Khoa Nội và Khoa Lão độ tuổi mắc bệnh nằm tại khoa thường là từ 55 tuổi trở lên do vậy độ tuổi này chiếm đa số trong nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với những nghiên cứu của Quera-Salva, Hohagen và Ohayon đã giải thích sự gia tăng mất ngủ liên quan đến tuổi tác [58], [59], [23].

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là  $57,13 \pm 8,33$  và có độ tuổi từ 26 đến 65. Kết quả trên phù hợp với Lenon D và cộng sự nghiên cứu trên 58 bệnh nhân mất ngủ cho thấy tuổi trung bình là  $50 \pm 15$  tuổi [60]. Nguyễn Thị Bích Hằng (2019) trên 66 bệnh nhân mất ngủ cho kết quả bệnh nhân ít tuổi nhất là 27 tuổi [61].

Theo lý luận YHCT: giấc ngủ vốn thuộc âm, do thần làm chủ, thần yên thì ngủ được, thần không yên thì không ngủ được, sách Nội kinh có nói:



“người nữ có 7 thiên quý ( $7 \times 7 = 49$ ), nên 49 tuổi mạch Nhâm yếu, mạch Xung kém, thiên quý cạn hết nên thân thể yếu đuối; nam giới có 8 thiên quý ( $8 \times 8 = 64$ ) nên 64 tuổi thận khí kém, lục phủ ngũ tạng đều suy yếu, thiên quý cạn. Khí huyết suy, dinh khí bất túc là nguyên nhân làm cho thần không được yên, gây ra chứng mất ngủ.

Biểu đồ 3.1 cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm phần lớn trong nghiên cứu. Nữ giới chiếm 73,3%, nam giới chiếm 26,7%. Tỷ lệ bệnh nhân nam:nữ  $\approx 1:3$ . Kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác cũng cho thấy rằng tỷ lệ bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam  $\approx 3:1$  như Ka-Fai Chung và cộng sự (2017) nghiên cứu trên 224 bệnh nhân được chẩn đoán mất ngủ không thực tồn theo DSM-5 (nữ: 75,4%; nam: 24,6%); Nguyễn Thị Bích Hằng (nữ: 74,24%; nam: 25,76%) [61], [62].

Tỷ lệ phụ nữ và độ tuổi từ 50 trở lên chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Nguyễn Phiên và cộng sự, đó là có sự gia tăng về tần suất các lời than phiền bị mất ngủ ở phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ ở độ tuổi 45 trở lên [63]. Chứng tỏ ở lứa tuổi này ngoài các yếu tố khác, thì thay đổi tâm sinh lý, nội tiết trước và trong thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh của phụ nữ có những yếu tố thúc đẩy mất ngủ, thời kỳ tiền mãn kinh từ khi có rối loạn kinh nguyệt, có thể kèm theo những rối loạn thần kinh, tâm lý, kinh nguyệt thay đổi, tinh thần thường không ổn định, hay cáu gắt, lo lắng, mệt mỏi, khó ngủ. Sự xuất hiện các cơn bốc hỏa (có thể do rối loạn thần kinh thực vật) kèm những thay đổi đã nêu trên có lẽ chính là nguyên nhân dẫn đến tình trạng mất ngủ.

Y học cổ truyền cũng cho thấy âm huyết là phần vật chất quan trọng tạo thành cơ thể con người. Hơn nữa dương khí có đầy đủ hay không cũng phải nương nhờ âm huyết mà tồn tại. Theo Nội kinh "Người đến 40 tuổi thì âm huyết đã kém đến phân nửa" nên nói khí dương thường thừa mà khí âm thường thiếu.

#### **4.1.2. Nghề nghiệp**

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7%, tiếp theo là đối tượng lao động tự do chiếm tỷ lệ 18,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng (2019) tỉ lệ hưu trí chiếm 68,3% [54]; và khác biệt không lớn so với nghiên cứu của Đoàn Văn Minh (2011), của Đinh Danh Sáng (2016) tỷ lệ viên chức, hưu trí chiếm 50% [49],[52].

Lý giải về mối liên quan giữa nghề nghiệp và mất ngủ, nhiều tác giả cho rằng hưu trí là những đối tượng từng có thời gian làm việc căng thẳng nay lại có nhiều thời gian rảnh rỗi, hay suy nghĩ có thể là yếu tố nguy cơ đưa đến mất ngủ. Kết quả này phù hợp với các tiêu chuẩn trong bảng phân loại bệnh quốc tế ICD – 10, mục F51.0 đó là mất ngủ phát triển ở thời điểm có stress đời sống tăng lên [64].

Theo lý luận YHCT: lao tâm, lao lực làm hại Tỳ, Tỳ yếu không sinh huyết dẫn đến Tâm huyết hư, gây ra mất ngủ [34].

#### **4.1.3. Tình trạng hôn nhân và hoàn cảnh gia đình**

Về tình trạng hôn nhân: Bệnh nhân tham gia nghiên cứu đa số là có chồng (vợ) là 78,3% chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt không lớn với nghiên cứu của Đoàn Văn Minh (2009) tỷ lệ lập gia đình là 73,3%, nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (2017) tỷ lệ có chồng là 70,5%; nghiên cứu của Đinh Danh Sáng (2016) tỷ lệ có vợ (chồng) là 66,6% [49],[52],[65].

Sự phù hợp trên có thể do có sự tương đồng về phong tục tập quán, truyền thống văn hóa và quan điểm hôn nhân trong cùng một lãnh thổ. Cũng có thể trong nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu chưa đủ lớn nên chưa thể phản ánh đúng tình trạng hôn nhân ở Việt Nam hiện nay.

Về hoàn cảnh gia đình: Phần lớn các gia đình Việt Nam hiện nay vẫn giữ truyền thống gia đình lớn (ba, bốn thế hệ), cho nên tỷ lệ sống chung cùng

con cháu chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi 60%, tỷ lệ sống hai ông bà già là 30% và tỷ lệ sống một mình là 10%.

#### **4.1.4. Thời gian mất ngủ trung bình**

Thời gian mất ngủ trung bình trong nghiên cứu khoảng  $26,52 \pm 14,28$  tháng. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với Trần Mai Phương Thảo cho thấy số bệnh nhân mất ngủ từ 6 tháng trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 52%, thời gian mất ngủ trung bình là  $20,28 \pm 36,6$  tháng [50]. Nghiên cứu của Đinh Danh Sáng (2016) với thời gian mất ngủ trung bình trong nghiên cứu là  $22,32 \pm 33,98$  [52]. Nguyễn Thị Vui (2021) trong nghiên cứu cho thấy thời gian mất ngủ trung bình là  $2,52 \pm 1,42$  năm [66].

Như vậy, các nghiên cứu đều cho thấy thời gian xuất hiện triệu chứng mất ngủ khá dài là do mất ngủ không phải là bệnh cấp tính có các triệu chứng nặng, rõ rệt và xã hội hiện đại ngày nay quá áp lực làm giảm thời gian chăm sóc cho bản thân nên người bệnh thường chỉ điều trị tại nhà hoặc không điều trị và chỉ đến bệnh viện khi không còn phải làm việc hoặc khi bệnh đã kéo dài và có tác động không tốt đến cuộc sống.

## **4.2. Đặc điểm bệnh nền và stress**

### **4.2.1. Yếu tố bệnh lý nền**

Trong số những bệnh nhân có bệnh lý nền kèm theo, bệnh cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất 61,7%; tiếp đến là bệnh tăng huyết áp chiếm 46,7%, rối loạn chuyển hóa lipid chiếm 35%, thấp nhất là bệnh đái tháo đường chiếm 26,7%. Có thể do bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu từ 50 tuổi trở lên và điều trị ở bệnh viện y học cổ truyền nên thường kèm theo các bệnh lý về cơ xương khớp. Một số bệnh nhân của chúng tôi có phần nản những cơn đau về đêm, và những cơn tăng huyết áp cũng khiến họ khó ngủ hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có thể gặp hai hoặc ba loại bệnh kết hợp. Điều này phù hợp với độ tuổi tăng kéo theo các ảnh hưởng bởi

thay đổi nhịp sinh học, dùng thuốc, các bệnh gây đau, các bệnh về thể chất, giảm các hoạt động thể lực ban ngày và kèm theo nhiều các bệnh lý khác ảnh hưởng đến giấc ngủ [67].

#### **4.2.2. Yếu tố stress**

Trong nhóm tham gia nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố stress thường gặp và chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại stress là con cái 23,4%; thiệt hại kinh tế 16,7%; gia đình 15%; tiếp theo là công việc 13,3%; cuối cùng thấp nhất là người thân mất 3,3%; khác với một số nghiên cứu trước stress công việc chiếm tỷ lệ cao nhất. Bởi vì đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu trên 50 tuổi, ở độ tuổi này thời gian chủ yếu dành cho gia đình và con cái, hơn nữa nghiên cứu diễn ra vào khoảng thời gian dịch covid diễn biến phức tạp ảnh hưởng nhiều đến nền kinh tế nói chung và các gia đình nói riêng; điều này giải thích cho kết quả yếu tố về con cái, kinh tế chiếm đa số các loại stress gây mất ngủ.

Yếu tố stress ảnh hưởng đến mất ngủ trong nghiên cứu của chúng tôi là 71,7%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với khái niệm của ICD – 10 là: “Mất ngủ phát triển ở thời điểm có stress tăng lên” [68]. Stress được định nghĩa là sự trải qua cảm xúc âm tính kèm theo sự thay đổi các tiền chất hóa sinh, sinh lý, sự nhận thức, cách ứng xử mà nó trực tiếp gây ra căng thẳng hoặc thích nghi với ảnh hưởng đó [69],[70],[71]. Các sự việc trong cuộc sống gây stress như mất người thân, ly dị, con cái hư hỏng, mất việc, tiếng ồn (đó là các sự việc có hại, đe dọa hay thách thức). Phần lớn các định nghĩa về stress đều nhấn mạnh mối liên hệ giữa cá nhân với môi trường. Stress là hậu quả của một quá trình đánh giá của mỗi cá nhân: sự đánh giá về khả năng của mỗi cá nhân có đủ để đáp ứng với những đòi hỏi của môi trường hay không [69]. Theo nghiên cứu của Lazarus, Launier và Pervin, khi khả năng của một cá nhân vượt quá mức yêu cầu đủ để giải quyết một tình huống khó khăn, họ có thể cảm thấy ít stress. Một cá nhân nhận thấy khả năng của mình đủ để giải

quyết một sự kiện nhưng với một sự cố gắng lớn, họ có thể cảm thấy một stress ở mức trung bình. Và khi một cá nhân nhận thấy khả năng của mình không đủ để giải quyết một sự việc, họ sẽ nhận stress ở mức độ nặng.

Stress làm phát sinh các gốc tự do có thể gây hại đối với cơ thể vì nó phá vỡ hoạt động sinh lý và cảm xúc của cơ thể. Có ít nhất bốn hệ thống sinh lý bị ảnh hưởng hoặc trở thành bệnh lý dưới tác động của stress, những hệ thống này là hệ giao cảm – tủy thượng thận, hệ tuyến yên – vỏ thượng thận, hệ peptid và hệ miễn dịch. Điều này cũng phù hợp với lý luận Y học cổ truyền là mỗi loại cảm xúc âm tính làm tổn thương một loại khí nhất định trong cơ thể người, chẳng hạn “Ưu thương Tỳ”, “Khung thương Thận”, “Nộ thương Can”, cuối cùng sẽ gây nhiều bệnh tật khác nhau.

#### **4.3. Tác dụng cải thiện giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh**

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ thông qua thang điểm PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) tại thời điểm D0, D15, D30. Vào năm 1989 thang điểm này được phát triển lần đầu tiên tại trường đại học Pittsburgh (Mỹ) và đã được dịch, lượng giá trên nhiều ngôn ngữ trên thế giới trong đó có Việt Nam [72]. Cho đến nay thang điểm PSQI vẫn được sử dụng rộng rãi với mục đích sàng lọc bệnh nhân mất ngủ và theo dõi đáp ứng điều trị. Tổng điểm PSQI > 5 (điểm) cho biết một người có giấc ngủ kém với độ nhạy 87,7% và độ đặc hiệu 84,4% [73].

Thang PSQI đánh giá rất toàn diện các khía cạnh mất ngủ trong thời gian nghiên cứu, bao gồm 7 yếu tố: chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của bệnh nhân, thời gian đi vào giấc ngủ, thời lượng giấc ngủ, hiệu quả của thói quen đi ngủ, các rối loạn trong giấc ngủ, sự sử dụng thuốc ngủ và các rối loạn trong ngày. Tuy nhiên để hạn chế sai số cho quá trình nghiên cứu, chúng tôi không nhận vào nghiên cứu những bệnh nhân có sử dụng thuốc ngủ.

##### **4.3.1. Tác dụng cải thiện thời lượng giấc ngủ**

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.7 phản ánh thời lượng giấc ngủ trước và

sau cây chỉ thay đổi rõ rệt. Trước điều trị thời lượng ngủ trung bình là  $2,53 \pm 1,21$  (giờ), sau 30 ngày điều trị là  $6,10 \pm 1,45$  (giờ). Hiệu suất tăng thời lượng giấc ngủ của bệnh nhân sau 30 ngày điều trị là  $3,57 \pm 1,38$  (giờ) có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khả quan hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018) sau 20 ngày nhĩ châm kết hợp thể châm hiệu suất tăng thời lượng giấc ngủ là  $2,77 \pm 1,09$  (giờ) [53]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng (2019) sau 30 ngày điều trị hiệu suất tăng thời lượng giấc ngủ là  $3,42 \pm 1,06$  (giờ) [54]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Vui (2021) sau 30 ngày nhĩ châm kết hợp cây chỉ thời gian ngủ tăng lên  $3,45 \pm 0,42$  (giờ) so với trước điều trị [66]. Từ đó cho thấy phương pháp cây chỉ nhóm huyết: Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao đem lại hiệu quả cải thiện giấc ngủ có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này có thể được lý giải như sau:

Theo YHHĐ, nguyên lý cơ năng sinh lý linh hoạt của hệ thần kinh Widekski: khi châm cứu sẽ gây ra một kích thích mạnh mẽ làm cho hoạt động thần kinh chuyển sang quá trình ức chế nên bớt đau. Lý thuyết về đau của Melzak và Wall: cơ sở của thuyết này dựa trên tương quan tốc độ lan truyền xung động xuất hiện sau khi châm vào các điểm có hoạt tính cao, kết quả làm mất cảm giác đau. Việc làm giảm hoặc mất cảm giác đau của các bệnh kèm theo cũng có thể giúp cho bệnh nhân ngủ tốt hơn.

Vai trò của thể dịch, nội tiết và các chất trung gian thần kinh: cây chỉ kích thích cơ thể tiết ra các chất endorphin là một polypeptide có khả năng thúc đẩy tâm trạng mạnh mẽ, giảm stress, giảm trầm cảm hoặc lo âu, giúp ngủ ngon và chống mệt mỏi.

Theo YHCT, bệnh tật phát sinh ra làm rối loạn hoạt động bình thường của hệ kinh lạc, do vậy tác dụng cơ bản của châm cứu nói chung và cây chỉ nói riêng là lập lại cân bằng âm dương và điều hòa hoạt động của hệ kinh lạc. Âm dương bình hòa thì thần yên mà ngủ được.

#### **4.3.2. Tác dụng cải thiện thời gian đi vào giấc ngủ**

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.8 cho thấy trước điều trị thời gian đi vào giấc ngủ trung bình của bệnh nhân là  $69,63 \pm 10,88$  (phút), sau 30 ngày là  $28,97 \pm 11,13$  (phút). Hiệu suất giảm thời gian nằm trên giường đến khi vào giấc ngủ của bệnh nhân sau 30 ngày điều trị là  $40,67 \pm 16,66$  (phút). Sự khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vui (2021) với hiệu suất giảm thời gian đi vào giấc ngủ sau 30 ngày nhĩ châm kết hợp cấy chỉ là  $45,75 \pm 3,78$  (phút) [66]; Dương Thị Phương Thảo (2018) với hiệu suất giảm thời gian đi vào giấc ngủ sau 20 ngày nhĩ châm kết hợp thể châm là  $40,00 \pm 13,59$  (phút) [53]. Điều này chỉ ra, rằng cấy chỉ giúp cơ thể lập lại cân bằng âm dương, điều hòa chức năng của các tạng phủ, cải thiện được thời gian đi vào giấc ngủ.

Cấy chỉ có tác dụng tại chỗ hoặc toàn thân được dẫn truyền thông qua hệ thống thần kinh cảm giác tới các tổ chức thần kinh trung ương ở vỏ não, tạo ra sự hoạt hóa các hệ thống sinh lý khác nhau ở não cũng như ngoại vi. Trong quá trình cấy chỉ có sự giải phóng các morphin nội sinh, cũng như hoạt hóa hệ dưới đồi và tuyến yên, tác dụng lên cơ quan chúng phụ trách làm tăng nồng độ catecholamin, acetylcholin... có tác dụng chống trầm cảm, giảm đau, an thần... từ đó giúp cải thiện giấc ngủ cho bệnh nhân.

#### **4.3.3. Tác dụng cải thiện hiệu quả giấc ngủ**

Từ bảng 3.9 cho thấy cấy chỉ đã làm thay đổi hiệu quả giấc ngủ trước và sau điều trị rõ rệt. Trước điều trị hiệu quả giấc ngủ trung bình của bệnh nhân là  $59,71 \pm 10,68$  (%) và sau 30 ngày điều trị là  $80,51 \pm 6,39$  (%). Sau 30 ngày điều trị hiệu suất tăng hiệu quả giấc ngủ là  $20,80 \pm 12,75$  (%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Hiệu quả giấc ngủ trung bình trước điều trị của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018) bệnh nhân có hiệu quả

giấc ngủ trung bình trước điều trị là  $71,36 \pm 6,67$  (%) [53]. Lý giải cho điều này là do đa số bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi có thói quen lo lắng về giấc ngủ nên thường lên giường ngủ sớm, mặt khác khi thức giấc thường cố gắng nằm ngủ thêm nên thời gian nằm trên giường của bệnh nhân dài. Nên khi áp vào công thức tính: Hiệu quả giấc ngủ = số giờ ngủ/ số giờ nằm trên giường \* 100%, sẽ cho kết quả thấp hơn ( $59,71 \pm 10,68\%$ ). Sau 30 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ tăng lên, thời gian vào giấc ngủ giảm đi thì hiệu quả giấc ngủ cũng tăng lên.

Như vậy, từ kết quả nghiên cứu cho thấy sau điều trị bằng cây chi đã đưa lại cho người bệnh hiệu quả giấc ngủ với chất lượng cao.

#### ***4.3.4. Tác dụng cải thiện các rối loạn trong giấc ngủ***

Trước điều trị tỷ lệ bệnh nhân bị rối loạn trong giấc ngủ nặng và vừa chiếm tỷ lệ cao là 45% và 36,7%. Sau điều trị 30 ngày các rối loạn trong giấc ngủ được cải thiện, tỷ lệ bệnh nhân không rối loạn là 25%, rối loạn nhẹ là 53,4%, rối loạn vừa là 18,3%, rối loạn nặng giảm xuống 3,3%. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những rối loạn trong giấc ngủ mà bệnh nhân thường phàn nàn đó là hay tỉnh giấc lúc nửa đêm và khó ngủ lại, tỉnh dậy quá sớm buổi sáng, một số phàn nàn có ác mộng và thấy đau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt không lớn với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng (2019) sau 30 ngày điều trị tỷ lệ bệnh nhân không rối loạn là 26,7%, rối loạn nhẹ là 65% [54]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một tỷ lệ nhỏ (3,3%) bị rối loạn nặng tập trung ở đối tượng mất ngủ nhiều năm nay, đã điều trị nhiều lần và kèm theo 2 - 3 bệnh mãn tính nên sự cải thiện các rối loạn trong giấc ngủ không đáng kể.



#### **4.3.5. Tác dụng cải thiện các rối loạn trong ngày**

Trước điều trị đa số bệnh nhân bị rối loạn trong ngày vừa và nặng, cụ thể là: 53,3% rối loạn vừa và 33,4% rối loạn nặng. Sau điều trị 30 ngày, các rối loạn trong ngày được cải thiện hơn 41,7% không rối loạn; 33,3% rối loạn nhẹ, 21,7% rối loạn vừa, bệnh nhân có rối loạn nặng giảm xuống còn 3,3%. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi than phiền tình trạng buổi sáng mệt mỏi, có sự giảm hoạt động, giảm nhiệt tình, một số ít than phiền gặp khó khăn trong việc giữ tỉnh táo khi lái xe, lúc ăn hay lúc tham gia vào các hoạt động xã hội. Sau 30 ngày điều trị, những than phiền của bệnh nhân giảm đi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt không lớn so với tác giả Đinh Danh Sáng (2016) và Dương Thị Phương Thảo (2018) [52],[53].

Điều này cũng phù hợp với những nghiên cứu về giấc ngủ, giai đoạn giấc ngủ pha chậm đóng vai trò củng cố hệ miễn dịch, giấc ngủ pha nhanh giúp chấn chỉnh chức năng học tập và điều chỉnh tâm thần. Khi bệnh nhân ngủ được, bộ não được nghỉ ngơi tốt hơn, sức khỏe được nâng cao, tâm tính bình hòa sẽ hạn chế các sai sót trong lao động và tai nạn xe cộ [74],[75].

#### **4.3.6. Tác dụng cải thiện giấc ngủ theo tổng điểm PSQI trung bình**

Trước điều trị tổng điểm PSQI trung bình là  $15,95 \pm 1,54$  (điểm), sau 30 ngày điều trị điểm trung bình là  $5,06 \pm 1,95$  (điểm). Sau 30 ngày điều trị hiệu suất giảm điểm PSQI là  $10,88 \pm 2,32$ . Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018) sau 20 ngày nhĩ châm kết hợp thể châm điểm PSQI trung bình là 5,20 (điểm) [53] và khác biệt không lớn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Vui (2021) điểm PSQI trung bình sau 30 ngày cấy chỉ kết hợp với nhĩ châm còn  $4,83 \pm 0,96$  (điểm) [66].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp không dùng thuốc điều trị mất ngủ như điện châm điều trị mất ngủ không thực tởn của Đoàn Văn Minh (2011) [49], điện nhĩ châm của Đỗ Như Dàn (2011) [51], đã sử dụng bảng đánh giá PSQI này cho kết quả điểm của các thành tở và tổng điểm trung bình sau điều trị giảm so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Điều này cho chúng ta thấy phương pháp không dùng thuốc nói chung và phương pháp cây chỉ nói riêng có thể được xem là một phương pháp hữu hiệu để điều trị mất ngủ.

#### **4.3.7. Đánh giá kết quả điều trị chung**

Kết quả chung được đánh giá bằng 7 yếu tở trong thang điểm PSQI, tổng điểm PSQI  $\leq 5$ : không mất ngủ, tổng điểm PSQI  $> 5$ : có mất ngủ.

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả như sau: 100% bệnh nhân có mất ngủ trước điều trị. Sau điều trị 30 ngày tỷ lệ bệnh nhân không còn mất ngủ là 70%, có mất ngủ là 30%. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ bệnh nhân không còn mất ngủ sau điều trị cao hơn nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018) tỷ lệ bệnh nhân không còn mất ngủ sau điều trị là 63,3% [53]. Nguyễn Thị Hằng (2019) tỷ lệ bệnh nhân không còn mất ngủ sau điều trị là 66,7% [54]. Qua đó cho thấy phương pháp cây chỉ trên nhóm huyết: Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao đem lại hiệu quả cao trong điều trị mất ngủ.

Theo YHCT: Tâm huyết hao tởn, Tỳ khí bị tởn hại dẫn đến Tâm thần thất dưỡng mà mất ngủ. Sách Loại chứng trị tài cũng viết: “Tur lự thương Tỳ, Tỳ huyết bị tởn hại, quanh năm mất ngủ”. Hoặc do bảm tở tiên thiên bất túc, hoặc bệnh ốm lâu, phòng thất quá đáng v.v... khiến cho Thận thuỷ hư suy ở dưới không thể giúp cho Tâm hoả ở trên. Tâm hoả vượng ở trên không thể giao với Thận ở dưới, hoặc do mệt nhọc tinh thần quá độ, ngũ chí quá cực đến

nổi Tâm âm bị hao tổn ngấm ngàm, Tâm dương quá thịnh, Tâm hoả không thể giao với Thận ở dưới, Tâm hoả không giáng xuống, Thận thuỷ không thăng lên tạo thành tình thế thuỷ hoả của Tâm Thận không giúp đỡ nhau sẽ hình thành bệnh mà gây nên mất ngủ. Huyết Thận du được liên kết giúp dẫn khí đến tạng thận; Tam Âm Giao có tác động trực tiếp vào hoạt động của can - tỳ - thận, có công năng trợ vận hóa, điều huyết, thông khí trệ; Tỳ du giúp điều hòa công năng tạng tỳ, tăng cường chức năng tỳ vị, mà tỳ chủ hậu thiên, chủ sinh huyết; huyết Thần môn là huyết Nguyên – nơi tập trung kinh khí mạnh nhất của kinh Tâm và được coi như cánh cửa dẫn tới Tâm và Thần; Tâm du giúp dẫn khí vào tạng tâm, mà tâm chủ thần minh chủ huyết mạch từ đó giúp an thần.

Chất lượng giấc ngủ được đánh giá theo chủ quan từ người bệnh, đã phản ánh chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân thay đổi hoàn toàn so với trước khi điều trị. Qua biểu đồ 3.5 cho thấy chất lượng giấc ngủ theo đánh giá của bệnh nhân đã thay đổi theo chiều hướng tốt sau khi điều trị bằng cây chỉ 30 ngày. Cụ thể là trước khi điều trị 100% bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ trung bình và kém, người bệnh than phiền họ ngủ không sâu, ngủ hay mơ và khi ngủ dậy có cảm giác mệt mỏi, uể oải không muốn dậy, muốn ngủ tiếp lại không ngủ được. Nhưng sau khi được điều trị 30 ngày bằng cây chỉ, chất lượng giấc ngủ của họ thay đổi rõ rệt, tỷ lệ bệnh nhân có giấc ngủ tốt là 56,7%; khá là 33,3%; trung bình 10% và không còn bệnh nhân nào có chất lượng giấc ngủ kém.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt không lớn so với nghiên cứu của Đinh Danh Sáng (2016) sau 20 ngày nhĩ châm tỷ lệ bệnh nhân có giấc ngủ rất tốt chiếm 28,3%, có giấc ngủ tương đối tốt là 65%, còn 6,7% bệnh nhân có giấc ngủ tương đối kém [52]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng (2019) sau 30 ngày cây chỉ tỷ lệ bệnh nhân có giấc ngủ tốt chiếm 46,7%, có giấc ngủ khá là 38,3%, 15% bệnh nhân có giấc ngủ trung bình [54]. Sự phù

hợp kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả trên cho thấy phương pháp cấy chỉ có tác dụng cải thiện chất lượng giấc ngủ cho người bệnh.

Khi bệnh nhân dễ ngủ, ngủ được lâu, ngủ dậy thấy thoải mái hơn sẽ giúp làm giảm đi căng thẳng, mệt mỏi, làm hiệu quả công việc tốt hơn, tinh thần thoải mái và ngủ tối hôm sau dễ dàng hơn, tình trạng ngày càng cải thiện thì mức độ hài lòng về giấc ngủ của bệnh nhân cũng ngày càng cao.

#### **4.3.8. Tác dụng cải thiện các triệu chứng trên bệnh nhân mất ngủ**

Qua bảng 3.11 ta thấy phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi trước điều trị có các triệu chứng thứ phát kèm theo chủ yếu là mệt mỏi (86,7%), hay quên (81,7%), lo lắng không ngủ được (83,3%), giảm tập trung chú ý (78,3%). Các triệu chứng này gây ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt trong gia đình và xã hội của người bệnh. Càng ngày họ càng trở lên khó tính, kém hòa nhập trong cộng đồng, chất lượng làm việc giảm đi đáng kể. Họ thường xuyên cảm thấy mệt mỏi dù không làm gì. Mất ngủ ảnh hưởng khá sâu sắc đến thể lực chung của cơ thể người bệnh, họ trở nên hay quên gặp 81,7% đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh thường than phiền quên mất không biết mình đang định lấy cái gì hay làm cái gì. Thêm nữa trong nghiên cứu của chúng tôi việc lo lắng không ngủ được chiếm 83,3% cũng là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao.

Các triệu chứng trên giảm sau 30 ngày cấy chỉ. Bởi vì đây là các triệu chứng thứ phát sau mất ngủ, khi ta căng thẳng, trương lực cơ bắp cũng gia tăng. Hai yếu tố này đã làm cho cơ thể tiêu phí nhiều năng lượng một cách vô ích, ngược lại nếu ta ở trạng thái thư giãn, thoải mái sẽ giúp ích cho sự tích lũy năng lượng, đây chính là quá trình sinh âm và dưỡng âm hoặc nói cách khác “Thần tĩnh tất âm sinh”. Vì vậy khi chất lượng giấc ngủ và hiệu quả giấc ngủ được cải thiện thì các triệu chứng thứ phát sẽ không tồn tại.

Như vậy tác dụng của cấy chỉ điều trị mất ngủ và giúp làm giảm các triệu chứng thứ phát sau mất ngủ là khá rõ ràng.

#### 4.4. Tác dụng cải thiện giấc ngủ của cây chỉ trên hai thể Tâm Tỳ hư và Tâm Thận bất giao

Theo YHCT, thất miên là một chứng trạng nằm trong nhiều bệnh lý khác nhau như Tâm căn suy nhược, hư lao... Nguyên nhân sinh ra thất miên cũng khá phức tạp. Hải Thượng Lãn Ông viết trong Y trung quan kiện: “Thần trí bất điều có thể dẫn tới Tâm hư, Tỳ hư, Phế hư gây ra mất ngủ” [76]. Nguyên nhân mất ngủ có thể phân ra bốn loại sau: Tâm Tỳ lưỡng hư, Âm hư hỏa vượng, Tâm đờm khí hư, Đàm nhiệt - thực nhiệt nhiễu loạn tâm thần [35].

Nghiên cứu của chúng tôi chọn hai thể bệnh thường gặp trên lâm sàng là thể Tâm Tỳ hư và thể Tâm Thận bất giao, tập trung vào đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ sau khi cấy chỉ các huyết: Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao theo thang điểm PSQI tại các thời điểm nghiên cứu, khảo sát hiệu quả trên hai thể. Sau 30 ngày điều trị chúng tôi thu được kết quả như sau:

- *Tác dụng cải thiện thời gian đi vào giấc ngủ của hai nhóm*

Kết quả bảng 3.12 cho thấy, ở giai đoạn D0 trước khi cấy chỉ thời gian đi vào giấc ngủ trung bình của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $70,7 \pm 10,38$  (phút) và nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là  $68,53 \pm 11,43$  (phút). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Ở giai đoạn D30 sau khi cấy chỉ 30 ngày thời gian đi vào giấc ngủ cao nhất trung bình ở nhóm bệnh nhân thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $30,03 \pm 12,59$  (phút), ở nhóm Tâm Thận bất giao là  $27,90 \pm 10,00$  (phút). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Mức chênh giảm thời gian đi vào giấc ngủ sau 30 ngày điều trị của nhóm bệnh nhân thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $40,66 \pm 17,44$  (phút), của nhóm thuộc thể Tâm Thận bất giao là  $40,63 \pm 16,14$  (phút). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

- *Tác dụng cải thiện thời lượng giấc ngủ của hai nhóm*

Bảng 3.13 cho thấy, trước điều trị thời lượng ngủ trung bình của nhóm bệnh nhân thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $2,46 \pm 1,11$  (giờ), của nhóm Tâm Thận bất giao là  $2,60 \pm 1,33$  (giờ). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau 30 ngày điều trị thời lượng giấc ngủ trung bình của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $6,13 \pm 1,59$  (giờ) và nhóm Tâm Thận bất giao là  $6,07 \pm 1,31$  (giờ).

Mức chênh thời lượng giấc ngủ sau 30 ngày điều trị ở nhóm bệnh nhân thể Tâm Tỳ hư tăng  $3,66 \pm 1,62$  (giờ), nhóm bệnh nhân thể Tâm Thận bất giao tăng  $3,46 \pm 1,10$  (giờ). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

▪ *Tác dụng cải thiện hiệu quả giấc ngủ của hai nhóm*

Từ bảng 3.14 ta thấy, giai đoạn D0 trước khi cấy chỉ hiệu quả giấc ngủ trung bình ở nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $59,0 \pm 11,1$  (%), ở nhóm bệnh nhân thể Tâm Thận bất giao là  $60,43 \pm 10,59$  (%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Ở giai đoạn D30 sau khi cấy chỉ 30 ngày hiệu quả giấc ngủ trung bình của nhóm bệnh nhân thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $79,46 \pm 6,92$  (%), của nhóm bệnh nhân thể Tâm Thận bất giao là  $81,57 \pm 5,74$  (%).

Mức chênh hiệu quả giấc ngủ của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư tăng  $20,46 \pm 12,88$  (%), và của nhóm bệnh nhân thể Tâm Thận bất giao tăng  $21,13 \pm 10,84$  (%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

▪ *Tác dụng giảm điểm PSQI trung bình của hai nhóm*

Trước điều trị tổng điểm PSQI trung bình của nhóm bệnh nhân thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $15,83 \pm 1,68$  (điểm), nhóm bệnh nhân thể Tâm Thận bất giao là  $16,06 \pm 1,41$  (điểm). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Sau 30 ngày điều trị tổng điểm PSQI trung bình của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư là  $5,36 \pm 2,20$  (điểm), nhóm bệnh nhân thể Tâm Thận bất giao là  $4,76 \pm 1,65$  (điểm). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Mức chênh lệch điểm PSQI trung bình sau 30 ngày điều trị của nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư giảm  $10,46 \pm 2,49$  (điểm), và nhóm thể Tâm Thận bất giao giảm  $11,30 \pm 2,40$  (điểm). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

▪ *Kết quả điều trị chung của hai nhóm*

Sau 30 ngày điều trị tỷ lệ bệnh nhân không mất ngủ của nhóm bệnh nhân thuộc thể Tâm Tỳ hư là 76,7% cao hơn so với nhóm bệnh nhân thể Tâm Thận bất giao là 66,7%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau 30 ngày điều trị vẫn còn một tỷ lệ bệnh nhân còn mất ngủ cụ thể là: 23,3% ở nhóm thuộc thể Tâm Tỳ hư và 33,3% ở nhóm bệnh nhân thể Tâm Thận bất giao. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy: Cả hai nhóm đều có hiệu quả tốt sau 30 ngày cấy chỉ. Cụ thể, ở bảng 3.15 sự biến đổi của tổng điểm PSQI trước và sau 30 ngày cấy chỉ có sự cải thiện rõ rệt ở cả 2 thể với  $p < 0,05$ , sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ ; bảng 3.13 cho thấy thời lượng giấc ngủ tăng lên đáng kể ở cả hai nhóm sau khi điều trị với  $p < 0,05$ , sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Không còn bệnh nhân nào phải mất hàng tiếng đồng hồ mới đi vào giấc ngủ ở cả hai nhóm sau khi điều trị.

Mặc dù ở một số giai đoạn trong quá trình điều trị, sự cải thiện giấc ngủ, và các đánh giá chủ quan của bệnh nhân có thể khác nhau chút ít, điều này còn phụ thuộc vào chất lượng cuộc sống, khả năng thay đổi hành vi và thói

quen trong cuộc sống hàng ngày của đối tượng nghiên cứu; nhưng cuối cùng sự cải thiện mắt ngủ đều diễn ra theo chiều hướng tốt ở cả hai thể bệnh. Như vậy, dù cùng thực hiện một phương pháp cấy chỉ nhưng đều đạt kết quả tốt ở cả hai nhóm.

#### **4.5. Bàn luận về tác dụng không mong muốn của phương pháp**

##### **4.5.1. Đánh giá sự thay đổi các chỉ số sinh tồn**

Bảng 3.13 cho thấy tần số mạch trung bình là  $77,88 \pm 3,66$  (lần/phút) trước điều trị, sau điều trị là  $79,06 \pm 2,94$  (lần/phút). Trước điều trị, huyết áp tâm thu trung bình là  $121,83 \pm 11,68$  (mmHg), huyết áp tâm trương trung bình là  $73,83 \pm 8,04$  (mmHg). Sau điều trị, huyết áp tâm thu trung bình là  $120,11 \pm 10,03$  (mmHg), huyết áp tâm trương trung bình là  $70,83 \pm 9,44$  (mmHg). Nhiệt độ trung bình trước điều trị là  $36,81 \pm 0,19$  và sau điều trị là  $36,82 \pm 0,18$ .

Các chỉ số mạch, nhiệt độ, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương giữa trước và sau cấy chỉ thay đổi không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Tuy sự khác biệt về chỉ số huyết áp trung bình của các bệnh nhân trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê nhưng trên thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 bệnh nhân tăng huyết áp, có những bệnh nhân kèm theo 2-3 bệnh nền khác như đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu, cơ xương khớp; huyết áp của họ sau điều trị đều có xu hướng giảm, có một số bệnh nhân có xu hướng thay đổi về mức bình thường. Nhận xét này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác [52], [53], [54].

##### **4.5.2. Tác dụng không mong muốn tại chỗ sau cấy chỉ**

Cấy chỉ catgut vào huyết là một phương pháp châm cứu đặc biệt nhằm tạo kích thích liên tục và kéo dài tại huyết giống như tác dụng của châm cứu. Phương pháp này đòi hỏi phải thành thạo về kỹ thuật cấy chỉ, xác định đúng



huyết vị, và đảm bảo vô khuẩn đồng thời giải thích cho bệnh nhân yên tâm hợp tác.

Trong quá trình cấy chỉ cho bệnh nhân vào hai thời điểm D0 và D15 chúng tôi không gặp bệnh nhân nào bị các tác dụng phụ của cấy chỉ như đau, chảy máu, vụng châm, nhiễm trùng, dị ứng với chỉ catgut, đầu chỉ lộ ra ngoài gây đau nhức.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Giang Thanh (2012) điều trị thoái hóa khớp gối bằng cấy chỉ kết hợp với bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh [77].

Như vậy, sau 2 liệu trình cấy chỉ catgut chúng tôi nhận thấy đây là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả cho bệnh nhân.

#### **4.6. Bàn luận về công thức huyết**

Theo quan niệm chính thể của y học Phương Đông, khi một tạng hoặc một phủ phát sinh bệnh biến sẽ có biểu hiện tương ứng trên đường tuần hành của kinh lạc đi qua nó. Và có thể thông qua những huyết vị trên kinh lạc để điều chỉnh những rối loạn bệnh lý của các tạng phủ bên trong. Can, Thận chủ hạ tiêu, Tỳ chủ trung tiêu, Tâm chủ thượng tiêu. Vì vậy, khi tác động vào các huyết liên quan thì có thể điều tiết toàn bộ quá trình chuyển hoá, thanh lọc và bài tiết ở khu vực này [45].

Thần môn là huyết nguyên của kinh thủ thiếu âm Tâm, có tác dụng lên huyết mạch và thần chí, có công năng thanh Tâm nhiệt, an thần, thanh hỏa, lương vinh, điều khí nghịch [45].

Tam âm giao là huyết có đặc tính tự điều chỉnh rất cao giữa Âm và Dương, giữa bất cập và thái quá, giữa hưng phấn và ức chế với các bệnh lý có liên quan đến ba tạng Can, Tỳ, Thận. Ngoài ra tác dụng làm êm dịu thần kinh còn do công năng giáng khí hoặc điều khí nghịch của huyết [78].

Tâm du là huyết thứ 15 trên kinh túc thái dương Bàng Quang, huyết đạo này có khả năng đưa khí vào bên trong tạng Tâm. Du có nghĩa là đi vào,

do vậy tên của huyết này là Tâm Du. Huyết có tác dụng dưỡng tâm, an thần định chí, điều khí và lý huyết [39], [78].

Tỳ du là huyết thứ 20 của kinh túc thái dương Bàng Quang, huyết đạo này có khả năng đưa khí vào bên trong tạng Tỳ, có tác dụng hỗ trợ vận hóa, điều hòa tỳ khí, trừ thủy thấp [78].

Thận du là huyết thứ 23 của kinh túc thái dương Bàng Quang, huyết này có tác dụng ích thận, điều hòa và cân bằng Thận khí. Đồng thời huyết còn có chức năng bổ sung kinh khí của kinh Túc Thiếu Âm Thận [39], [45].

Sự kết hợp Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao với nhau thì có tác dụng điều hòa công năng các tạng tâm tỳ thận tương ứng, tư âm dưỡng huyết, kiện tỳ, ích vị, giao tế được thủy hỏa, quân bình được âm dương, bởi vì Thần môn có tác dụng thanh ở phần trên, Tam âm giao có tác dụng ôn bổ phần dưới, trước là để hòa dương, sau là cố âm, âm dương hòa thì mới có thể tư sinh hóa dục. Khí huyết đầy đủ, âm dương cân bằng thì hỏa không thể vượt lên được, thần chí sẽ ổn định vì vậy có tác dụng an thần là hợp lý.

Như vậy, dựa trên học thuyết kinh điển về châm cứu của YHCT kết hợp với một số nghiên cứu hiện đại về cây chỉ, bước đầu nghiên cứu của chúng tôi là tương đối phù hợp cũng như kết quả điều trị có tiến triển tốt ở cả hai thể Tâm Tỳ hư và Tâm Thận bất giao mặc dù sử dụng một phương pháp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng tham gia nghiên cứu đa phần có bệnh nền kèm theo nên khi được nhập viện điều trị, được các bác sĩ thăm khám và tư vấn, được điều dưỡng chăm sóc tận tình, bệnh nhân cảm thấy yên tâm điều trị, các vấn đề tâm lý được giải quyết và tình trạng bệnh đi kèm thuyên giảm, giấc ngủ sẽ được cải thiện tích cực.

Vì vậy, để đánh giá và tìm hiểu thêm cơ chế tác dụng của nhóm huyết: Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao này cũng như để kết quả nghiên cứu khách quan và có tính khoa học cao hơn cần có thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và sâu hơn.



## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân mất ngủ tại Bệnh viện YHCT Trung Ương được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ nhóm huyết Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao chúng tôi có kết quả như sau:

### **1. Một số yếu tố ảnh hưởng đến mất ngủ của bệnh nhân nghiên cứu.**

- Tỷ lệ bệnh gặp ở nam giới 26,7% ít hơn ở nữ giới 73,3%.
- Bệnh gặp ở độ tuổi trung bình là 57,13 tuổi; chủ yếu từ 50 tuổi trở lên.
- Tỷ lệ bệnh gặp nhiều nhất ở bệnh nhân hưu trí 66,7%.
- Tỷ lệ mất ngủ cao nhất ở đối tượng có vợ có chồng chiếm 78,3 % và sống cùng với con cháu chiếm đa số là 60%.

- Thời gian mất ngủ đa phần từ 6 tháng trở lên chiếm 73,4%; thời gian mất ngủ trung bình là 26,52 tháng.

- Trong các bệnh lý nền kèm theo bệnh cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất 61,7%. Tiếp đến là bệnh tăng huyết áp chiếm 46,7%. Bệnh cơ xương khớp chiếm 61,7%. Cuối cùng rối loạn chuyển hóa lipid chiếm 35%.

- Bệnh nhân có stress chiếm tỷ lệ 71,7%. Trong đó, các vấn đề về con cái là thường gặp và chiếm tỷ lệ cao nhất (23,4%) trong các loại stress.

### **2. Cấy chỉ vào huyết Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần môn, Tam âm giao có tác dụng cải thiện giấc ngủ.**

- Thời gian đi vào giấc ngủ sau 30 ngày điều trị giảm  $40,67 \pm 16,66$  phút so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ).

- Thời lượng giấc ngủ sau 30 ngày điều trị tăng  $3,57 \pm 1,38$  giờ so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ).

- Hiệu quả giấc ngủ sau 30 ngày điều trị tăng thêm  $20,80 \pm 12,75$  % so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ).

- Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan có tiên triển tốt: Chất lượng tốt chiếm 56,7%, khá chiếm 33,3% ( $p < 0,05$ ).

- Các mức độ rối loạn trong giấc ngủ và rối loạn trong ngày đều được cải thiện.

- Tổng điểm PSQI sau 30 ngày điều trị giảm rõ rệt từ  $15,95 \pm 1,54$  xuống còn  $5,06 \pm 1,95$  ( $p < 0,05$ ).

- Các triệu chứng thứ phát sau mất ngủ đều giảm rõ rệt sau 30 ngày điều trị.

- Hiệu quả cải thiện giấc ngủ khi cấy chỉ trên hai thể lâm sàng Tâm Tỳ hư và Tâm Thận bất giao không khác biệt ( $p > 0,05$ ).

- Phương pháp cấy chỉ không gây tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

## **KIẾN NGHỊ**

Phương pháp cấy chỉ đơn giản, dễ thực hiện, an toàn, chi phí thấp và có hiệu quả tốt trong điều trị mất ngủ không thực tổn, kiến nghị áp dụng tại các tuyến y tế cơ sở.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Seow LSE, Verma SK, Mok YM, et al. Evaluating DSM-5 Insomnia Disorder and the Treatment of sleep problems in a Psychiatric Population. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 2018;14(2):237–244.
2. American Academy of Sleep Medicine, CSD2 - International Classification of Sleep Disorders. Diagnostic and Coding Manual. 2nd. Westchester, Ill: *American Academy of Sleep Medicine.* 2005: 1-32.
3. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association. 2013: 947.
4. Lena Bergdahl, “Auricular acupuncture for insomnia”, Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1330, *Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, Sweden.* 2017.
5. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med.* 2008; 4(5):487-504.
6. And conclusions of the SBU report: Treatment of insomnia in adults: a systematic review : June 2010. *Stockholm: Swedish council on health technology assessment (SBU);* 2010.
7. Trần Hữu Bình, *Rối loạn giấc ngủ không thực tổn, Giáo trình Tâm thần học dành cho bác sĩ đa khoa,* Bộ môn Tâm thần Trường Đại học Y Hà Nội. 2006: 62-68.
8. Katic B., Heywood J., Turek F. et al. New approach for analyzing self-reporting of insomnia symptoms reveals a high rate of comorbid

- insomnia across a wide spectrum of chronic diseases. *Sleep Med.* 2015; 16(11) : 1332–1341.
9. Daley M, Morin CM, Leblanc M, et al. The economic burden of insomnia: Direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms and good sleepers, *Sleep* 2009. 2009; (32):55-64.
  10. Bùi Quang Huy, *Rối loạn giấc ngủ*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2016 : 7-194.
  11. Lê Thúy Oanh, *Cấy chỉ (chôn chỉ catgut vào huyết mạch cứu)*, Nhà xuất bản y học. 2010.
  12. Sadock BJ. and Virginia A. Normal Sleep, Kaplan and Sadocks Synopsis of psychiatry, behavioral Sciences/ Clinical psychiatry, Kaplan D, William and Wilkins, 10th ed. 2007: 736-753.
  13. Nguyễn Viết Thiêm, *Rối loạn lo âu, Các rối loạn liên quan với stress và điều trị học tâm thần*, Tài liệu giảng dạy Sau đại học, Bộ môn Tâm thần Trường Đại học Y Hà Nội. 2003: 11 - 14.
  14. Nguyễn Viết Thiêm và CS, *Một số nhận xét về chẩn đoán và điều trị các bệnh tâm sinh*, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học - Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội. 2000.
  15. Lương Hữu Thông, *Rối loạn giấc ngủ, Sức khỏe tâm thần và các rối loạn tâm thần thường gặp*, Nhà xuất bản Y học. 2005: 165 - 172.
  16. Nguyễn Kim Việt, *Rối loạn ám ảnh nghi thức, Các rối loạn liên quan với stress và điều trị học tâm thần*, Tài liệu giảng dạy Sau đại học, Bộ môn Tâm thần Trường Đại học Y Hà Nội. 2003: 22 - 28.
  17. Ackermann S, Rasch B, *Differential effects of non-REM and REM sleep on memory consolidation? Curr Neurosci Rep.* 2014; 14(2):430.



18. Ahuja S, Chen R.K, Pettibone W.D et al (2018). Role of normal sleep and sleep apnea in human memory processing. *Nat Sci Sleep*. 2018; (10):255-269.
19. Grewal Ritu. and Doghramji Karl. Epidemiology of Insomnia. *Clinical Handbook of Insomnia, Attarian Hrayr P, Schuman catherine, Humana Press*. 2010: 13-22.
20. Sutton DA., Moldofsky H. and Badley EM. *Insomnia and health problems in Canadians Sleep*. 2001; 24(26): 665-670.
21. The Gallup organizatio. and Inc. *Sleep in America, Princeton USA*.1991.
22. Ohayon M. “Epidemiological study on insomnia in the general population”. *Sleep*. 2001; (19):7-15.
23. Doghramji K. The epidemiology and diagnosis of insomnia. *Am J Manag Care*. 2006; 12(8):14-20.
24. Ohayon M.M, Lemoine P. Daytime consequences of insomnia complaints in the Frech general population. *Encephale*. 2004; 30(3):222-227.
25. Ohayon M.M, Lemoine P. Sleep and insomnia markers in the general population. *Encephale*. 2004; 30(2):135-140.
26. Zhang B, Wing YK; Sex differences in insomnia: a meta-analysis; *Sleep*. 2006; 29(1): 85–93.
27. Trần Thị Bình An, *Sử dụng test Beck- Zung đánh giá các rối loạn trầm cảm lo âu*, Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội. 1996: 263.
28. Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989; 28(2):193–213.

29. Cao Văn Tuân. Khảo sát chất lượng giấc ngủ Pittsburgh. *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học - Bệnh viện Tâm thần Trung ương*. 2000: 108.
30. Nguyễn Thị Vân Thanh, Nguyễn Phương Hoa, Nguyễn Vũ Bích Hiền và cộng sự. *Giới thiệu sơ bộ khảo sát chỉ báo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) trên nhóm bệnh nhân ở địa bàn Hà Nội*, Viện Sức khỏe Tâm thần Trung ương. 2001.
31. Catherine McCall, W. Vaughn McCall; Comparison of Actigraphy with Polysomnography and Sleep Logs in Depressed Insomniacs; *J Sleep Res*. 2012; 21(1): 122-127.
32. Đinh Văn Bền. *Điện não đồ ứng dụng trong thực hành lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 1995: 27-32.
33. Vũ Đăng Nguyên. *Nghiên cứu đặc điểm điện não và lưu huyết não của người vận hành máy trong một số nghề đặc biệt*, Học viện Quân Y. 1994.
34. Nguyễn Thiên Quyên và Đào Trọng Cường, *Thất miên, Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y*, Nhà xuất bản văn hóa dân tộc, Viện nghiên cứu Trung Y. 1998: 288-296.
35. Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà, Đặng Thị Kim Thanh và cộng sự, *Thất miên, Bệnh học nội khoa*, Y học cổ truyền (Sách đào tạo sau đại học), Nhà xuất bản y học, Hà Nội. 2016: 170-176.
36. Trần Thúy, Trương Việt Bình và Đào Thanh Thủy, *Chuyên đề nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội. 1996.
37. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội, *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản y học. 2012: 192.
38. Bộ môn y học cổ truyền – Học viện quân y, *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản quân đội nhân dân. 2015: 148.

39. Học viện Y học cổ truyền Trung Quốc, *Châm cứu học Trung Quốc*, Nhà xuất bản y học. 2008.
40. Quách Tuấn Vinh. *Đánh giá tác dụng điều trị liệt VII ngoại biên bằng phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết vị*. Báo cáo hội nghị Y học cổ truyền các nước tiểu vùng sông Mê Kông. 2012.
41. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội, *Bài giảng Y học cổ truyền tập II*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội. 2005: 157-158, 160-163.
42. Nguyễn Nhược Kim, BSCCKII Trần Quang Đạt, *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản y học. 2008.
43. Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội, *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2013.
44. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy, *Châm cứu sau đại học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 1997: 248-254.
45. Hoàng Bảo Châu, *Châm cứu chữa một số bệnh thông thường*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 1988: 21-22.
46. Lê Quý Ngưu, *Từ điểm huyết vị châm cứu*, Nhà xuất bản Thuận Hóa. 1997: 357-360, 407-410, 452-454.
47. Budhiraja R., Roth T., Hudgel D.W. et al. Prevalence and polysomnographic correlates of insomnia comorbid with medical disorders. *Sleep*. 2011; 34(7), 859–867.
48. Doi Y., Minowa M., Uchiyama M. et al. Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. *Psychiatry Res*. 2000; 97(2–3):165–172.
49. Đoàn Văn Minh, *Đánh giá tác dụng điện châm trong điều trị mất ngủ không thực tổn*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2011.

50. Trần Mai Phương Thảo, *Nghiên cứu khảo sát tình hình sử dụng thuốc ngủ tại bệnh viện Lão khoa Trung ương*, Luận văn Dược sĩ, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2011.
51. Đỗ Như Dần, *Đánh giá tác dụng của điện nhĩ châm trong điều trị mất ngủ do Tâm Tỳ khuỵ tổn*, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội. 2011.
52. Đinh Danh Sáng, *Đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ của nhĩ châm tròn điều trị bệnh nhân rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2016.
53. Dương Thị Phương Thảo, *Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp thể châm trong điều trị bệnh nhân rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2018.
54. Nguyễn Thị Hằng, *Nghiên cứu tác dụng của phương pháp cấy chỉ trong điều trị rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2019.
55. Bộ Y tế, *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2013.
56. Phùng Đức Đạt, *Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp với phương pháp thở 4 thì của bác sĩ Nguyễn Văn Hương trong điều trị mất ngủ không thực tổn*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2020.
57. Nguyễn Trường Nam, *Đánh giá tác dụng của phương pháp dán hạt vương bất lưu hành trên công thức huyết Nada trong điều trị chứng thất miên theo y học cổ truyền*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2020.
58. Hohagen F., Rink K. and Kappler C. "Prevalence and treatment of insomnia in general practice: a longitudinal study". *Eur. Arch Psychiatry Cli Neurosci.* 1994; (242):329-336.

59. Quera-Salva M.A., Orluc A. and Goldenberg F. “Study of a French population: Insomnia and use of hypnotics”. *Sleep*. 1991; (14):386-391.
60. Lenon D., Scheuermaier K., Philip P. et al. *Evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleeper*. 2001; 63 (1):49-55.
61. Nguyễn Thị Bích Hằng, *Đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết so với phương pháp điện châm trong điều trị mất ngủ không thực tồn tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn*, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2019.
62. Ka-Fai Chung, Wing-Fai Yeung, Branda Yee-Man Yu et al. Acupuncture with or without combined auricular acupuncture for insomnia: a randomised, waitlist-controlled trial. *Acupunct Med*. 2018;36 :2 – 13.
63. Nguyễn Phiên, Nguyễn Đình Loan, Nguyễn Đức Vy và cộng sự. *Chăm sóc sức khỏe phụ nữ*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. 2005.
64. ICD10 (2007). Mục F51: *Rối loạn giấc ngủ*. 2007; (6): 235.
65. Nguyễn Thị Hương Giang, *Đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ của bài thuốc Hậu thiên lục vị phương ở phụ nữ mãn kinh*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2017.
66. Nguyễn Thị Vui, *Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp với cấy chỉ trong điều trị rối loạn giấc ngủ không thực tồn*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2021.
67. Singer Clifford. and Nanda Francine. Sleep and Aging: Insomnia in Geriatric Population. *Clinical Handbook of Insomnia, Attarian Hrayr P, Schuman catherine, Humana Press*. 2010:137 - 151.
68. Bộ Y tế. *Hướng dẫn sử dụng Bảng phân loại thống kê Quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan phiên bản lần thứ 10 (ICD 10)*, tập 1. 2015: 193-195, 241.

69. Shelley E.T. *What is stress?*. Health psychology, 3rd edition, chapter 7. 1995: 219-254.
70. Ma-Kellams C, Lai L, Taylor S.E et al. The contribution of trait negative affect and stress to recall for states. *Physiol Behav.* 2016: 167, 274-281.
71. Moons W.G, Eisenberger N.I, Taylor S.E. Anger and fear responses to stress have different biological profiles. *Brain Behav Immun.* 2010; 24(2): 215-9.
72. Tô Minh Ngọc, Nguyễn Đỗ Nguyên và cộng sự. Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh phiên bản Tiếng Việt. Tạp chí Y học thực hành Thành phố Hồ Chí Minh. 2014: 18, 664-668.
73. Backhaus J., Junghanns K., Broocks A. et al. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res.* 2002; 53(3), 737–740.
74. Deliens G, Leproult R, Neu D et al. Rapid eye movement and non-rapid eye movement sleep contributions in memory consolidation and resistance to retroactive interference for verbal material. *Sleep.* 2013; 36(12):1875-83.
75. Garbarino S, Magnavita N, Guglielmi O et al. Insomnia is associated with road accidents. Further evidence from a study on truck drivers. *PLoS One.* 2017 ; 12(10):e0187256.
76. Lê Hữu Trác, Y trung quan kiện. *Hải Thượng Y tông tâm lĩnh*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội. 1997: 21-22.
77. Nguyễn Giang Thanh, *Đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp với bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2012.
78. Dương Kế Châu, *Châm cứu Đại thành*. Nhà xuất bản Y học; 1990.



**PHỤ LỤC 1**  
**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**  
**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA CÂY CHỈ TRONG ĐIỀU TRỊ MẮT NGỦ**

STT \_\_\_\_\_ Mã số bệnh án \_\_\_\_\_

**I. HÀNH CHÍNH**

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Tuổi \_\_\_\_\_ Nam, Nữ \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_

Dân tộc \_\_\_\_\_

Trình độ văn hoá \_\_\_\_\_

Ngày vào viện, ra viện \_\_\_\_\_

Tình trạng hôn nhân:

+ Độc thân:

+ Có chồng (vợ):

+ Goá:

+ Ly thân:

**II. LÝ DO KHÁM BỆNH:** \_\_\_\_\_

**III. BỆNH SỬ:**

**1. Hoàn cảnh gia đình:**

+ Sống cùng gia đình:

+ Sống cùng con cháu:

+ Sống cô đơn:

+ Các hoàn cảnh khác:

**2. Thời gian xuất hiện mắt ngủ:**

+ Đã mất ngủ bao nhiêu lâu (ngày): \_\_\_\_\_

**3. Yếu tố thuận lợi:**

- Stress:



- + Người thân chết:
- + Vợ (chồng) bỏ:
- + Con cái:
- + Biến đổi gia đình:
- + Thiên tai:
- + Thiệt hại kinh tế:
- + Công việc:
- + Yếu tố khác:
- Không có stress:

**4. Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan (trong tháng qua):**

- + Tốt
- + Khá
- + Trung bình
- + Kém

**5. Giai đoạn thức ngủ:**

Trong tháng qua thường mỗi đêm mất khoảng bao nhiêu phút mới ngủ được (sau khi đã nằm trên giường):

- Số phút là:
  - + Ít hơn 15 phút
  - + Khoảng 16-30 phút
  - + Khoảng 31-60 phút
  - + Hơn 60 phút
- Không thể chợp mắt được trong vòng 30 phút:
  - + Không
  - + Ít hơn 2 lần/tuần
  - + 1-2 lần/tuần
  - + Hơn 3 lần/tuần

**6. Trong tháng qua mỗi đêm ngủ được mấy tiếng đồng hồ:**

- + Hơn 7 giờ
- + 6-7 giờ
- + 5-6 giờ
- + Ít hơn 5 giờ

**7. Thời lượng giấc ngủ:**

- Trong tháng qua đi ngủ lúc mấy giờ:
- Trong tháng qua thức dậy lúc mấy giờ:
- Trong tháng qua mỗi đêm ngủ được mấy tiếng đồng hồ:
- Số giờ nằm trên giường = số giờ thức dậy - số giờ đi ngủ:
- Hiệu quả của thói quen đi ngủ (%):

Số giờ ngủ/ số giờ nằm trên giường \* 100%:

- + Hơn 85%
- + 75-84%
- + 65-74%
- + Ít hơn 65%

**8. Rối loạn trong giấc ngủ:**

Trong tháng qua có thường gặp các vấn đề mất ngủ sau đây không?

Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc dậy quá sớm lúc buổi sáng:

- + Không
- + Ít hơn 1 lần /1 tuần
- + 1-2 lần/tuần
- + Hơn 3 lần/tuần

**9. Sự sử dụng thuốc ngủ:**

Trong tháng qua có thường xuyên sử dụng thuốc ngủ không?

- + Không
- + Ít hơn 1 lần /1 tuần
- + 1-2 lần/tuần
- + Hơn 3 lần/tuần

Nếu có thì dùng loại gì?

- + Giải lo âu
- + An thần
- + Khác

**10. Rối loạn trong ngày:**

Trong tháng qua có thường gặp khó khăn trong việc giữ tỉnh táo khi lái xe, lúc ăn hay lúc tham gia vào các hoạt động xã hội hay không?

- + Không
- + Ít hơn 1 lần /1 tuần
- + 1-2 lần/tuần
- + Hơn 3 lần/tuần

**11. Các triệu chứng cơ thể kèm theo:**

- + Mệt mỏi:
- + Giảm tập trung chú ý
- + Lo lắng, sợ hãi không ngủ được
- + Hay quên
- + Cáu gắt bực tức
- + Sút cân
- + Hoa mắt chóng mặt

**12. Bệnh phối hợp:**

- + Tăng huyết áp
- + Suy tim
- + Suy thận
- + Đái tháo đường
- + Bệnh xương khớp
- + Rối loạn chuyển hóa lipid

**IV. TIỀN SỬ:**

1. Bản thân: \_\_\_\_\_

2. Gia đình: \_\_\_\_\_

## V. THĂM KHÁM

### A. KHÁM TÂM THẦN

1. Biểu hiện chung: \_\_\_\_\_

2. Đánh giá chất lượng giấc ngủ PSQI (dựa vào thang điểm PSQI)

STT	Yếu tố	Giai đoạn		
		D0	D15	D30
1	Chất lượng giấc ngủ			
2	Giai đoạn thức ngủ			
3	Thời lượng giấc ngủ			
4	Hiệu quả giấc ngủ			
5	Rối loạn trong giấc ngủ			
6	Sự sử dụng thuốc ngủ			
7	Rối loạn trong ngày			
<b>Tổng điểm PSQI</b>				

### B. NỘI KHOA:

- Thể trạng: \_\_\_\_\_

- Tim: \_\_\_\_\_

- Mạch: \_\_\_\_\_ Huyết áp \_\_\_\_\_

- Phổi: \_\_\_\_\_

### VI. TÓM TẮT BỆNH ÁN VÀ CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

\_\_\_\_\_

### VII. KHÁM ĐÔNG Y:

#### A. VỌNG CHÂN:

- Thần sắc: \_\_\_\_\_

- Hình thái: \_\_\_\_\_

- Rêu lưỡi: \_\_\_\_\_

- Chát lưỡi: \_\_\_\_\_

- Da, môi, móng chân tay: \_\_\_\_\_

**B. VẤN CHẨN:**

- Thanh âm: \_\_\_\_\_

- Hơi thở, nhịp thở: \_\_\_\_\_

**C. VẤN CHẨN:**

**D. THIẾT CHẨN:**

Mạch tay phải

Mạch tay trái

Thốn \_\_\_\_\_ Thốn \_\_\_\_\_

Quan \_\_\_\_\_ Quan \_\_\_\_\_

Xích \_\_\_\_\_ Xích \_\_\_\_\_

- Phúc chẩn: \_\_\_\_\_

- Tứ chi: \_\_\_\_\_

**E. ĐÔNG Y NHẬN XÉT:**

a. Tóm tắt và hệ thống hoá các chứng trạng: \_\_\_\_\_

b. Chẩn đoán theo đông y:

- Bát cương: \_\_\_\_\_

- Tạng phủ: \_\_\_\_\_

- Bệnh danh: \_\_\_\_\_

c. Biện chứng luận trị: \_\_\_\_\_

d. Kế hoạch điều trị:

- Trị pháp: \_\_\_\_\_

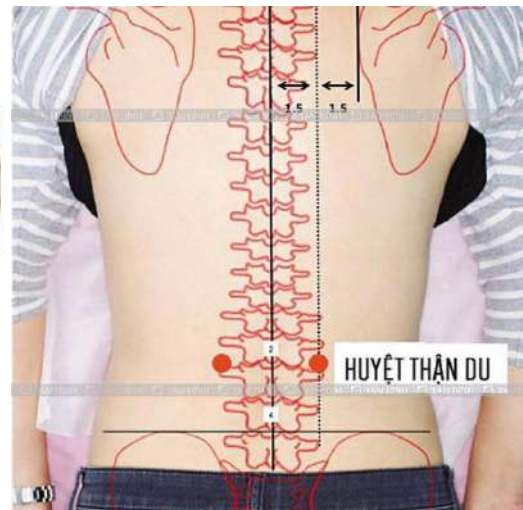
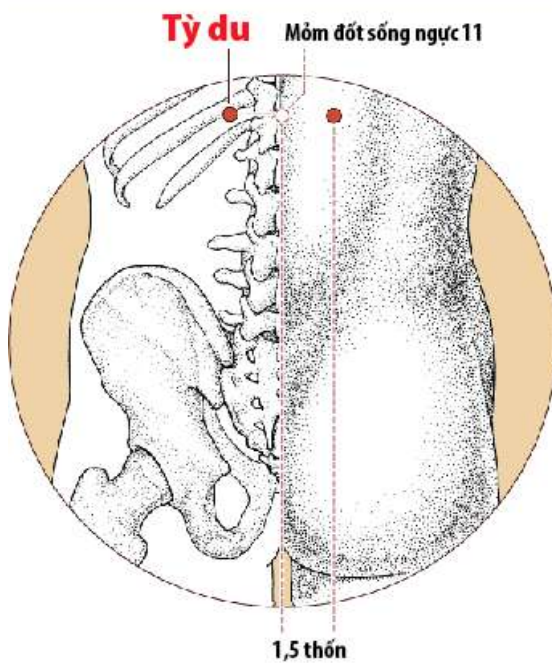
- Cây chỉ catgut các huyệt Tâm du, Tỳ du, Thận du, Thần Môn, Tam Âm Giao

*Ngày tháng năm 2021*

**Người làm bệnh án**

## PHỤ LỤC 2

### HÌNH ẢNH HUYỆT VỊ SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU



**PHỤ LỤC 3**  
**BẢNG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ PITTSBURGH (PSQI)**  
**VÀ CÁCH CHO ĐIỂM CÁC CÂU HỎI**

Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang Pittsburgh (PSQI) của Daniel J. Buysse và CS 1988, nhằm đánh giá các chỉ số về chất lượng giấc ngủ như:

- Chất lượng giấc ngủ.
- Giai đoạn thức ngủ.
- Thời lượng giấc ngủ.
- Hiệu quả của thói quen đi ngủ.
- Các rối loạn trong giấc ngủ.
- Sự sử dụng thuốc ngủ.
- Các rối loạn trong ngày.

**1. Yếu tố 1:** Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan (trong tháng qua):

- |              |                          |        |
|--------------|--------------------------|--------|
| - Tốt        | <input type="checkbox"/> | 0 điểm |
| - Khá        | <input type="checkbox"/> | 1 điểm |
| - Trung bình | <input type="checkbox"/> | 2 điểm |
| - Kém        | <input type="checkbox"/> | 3 điểm |

**2. Yếu tố 2:** Giai đoạn ngủ gà:

Trong tháng qua thường mỗi đêm mất khoảng bao nhiêu phút mới ngủ được (sau khi đã nằm trên giường)?

- Số phút là:

- |                  |                          |        |
|------------------|--------------------------|--------|
| + Ít hơn 15 phút | <input type="checkbox"/> | 0 điểm |
| + 16 - 30 phút   | <input type="checkbox"/> | 1 điểm |
| + 31 - 60 phút   | <input type="checkbox"/> | 2 điểm |
| + Hơn 60 phút    | <input type="checkbox"/> | 3 điểm |

- Không thể chợp mắt được trong vòng 30 phút:

- |         |                          |        |
|---------|--------------------------|--------|
| + Không | <input type="checkbox"/> | 0 điểm |
|---------|--------------------------|--------|

+ Ít hơn 1 lần/tuần	<input type="checkbox"/>	1 điểm
+ 1 - 2 lần/tuần	<input type="checkbox"/>	2 điểm
+ Hơn 3 lần/tuần	<input type="checkbox"/>	3 điểm
Tổng điểm:		Điểm của thành tố 2
	0	0
	1 - 2	1
	3 - 4	2
	5 - 6	3

**3. Yếu tố 3:** Trong tháng qua mỗi đêm ngủ được mấy tiếng đồng hồ:

- Hơn 7 giờ	<input type="checkbox"/>	0 điểm
- 6 - 7 giờ	<input type="checkbox"/>	1 điểm
- 5 - 6 giờ	<input type="checkbox"/>	2 điểm
- Ít hơn 5 giờ	<input type="checkbox"/>	3 điểm

**4. Yếu tố 4:** Thời lượng giấc ngủ:

- Trong tháng qua đi ngủ lúc mấy giờ:
- Trong tháng qua thức dậy lúc mấy giờ:
- Trong tháng qua mỗi đêm ngủ được mấy tiếng đồng hồ:
- Số giờ nằm trên giường = Giờ thức dậy - Giờ đi ngủ
- Hiệu quả của thói quen đi ngủ (%):  $\frac{\text{Số giờ ngủ}}{\text{Số giờ nằm trên giường}} \times 100\%$ .

Hiệu quả của thói quen đi ngủ:

- Hơn 85%	<input type="checkbox"/>	0 điểm
- 75 - 84%	<input type="checkbox"/>	1 điểm
- 65 - 74%	<input type="checkbox"/>	2 điểm
- Ít hơn 65%	<input type="checkbox"/>	3 điểm

**5. Rối loạn trong giấc ngủ:**

Trong tháng qua có thường gặp các vấn đề gây mất ngủ sau đây không ?



Các vấn đề	Không	Ít hơn 1 lần/tuần	1 - 2 lần/tuần	Hơn 3 lần/tuần
a. Không thể chớp mắt được trong vòng 30 phút	0	1	2	3
b. Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc dậy quá sớm lúc buổi sáng	0	1	2	3
c. Phải thức dậy để tắm	0	1	2	3
d. Khó thở	0	1	2	3
e. Ho hoặc ngứa to	0	1	2	3
f. Cảm thấy rất lạnh	0	1	2	3
g. Cảm thấy rất nóng	0	1	2	3
h. Có ác mộng	0	1	2	3
i. Thấy đau	0	1	2	3
j. Các lý do khác	0	1	2	3

- Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc dậy quá sớm lúc buổi sáng:

- + Không  0 điểm
- + Ít hơn 1 lần/tuần  1 điểm
- + 1 - 2 lần/tuần  2 điểm
- + Hơn 3 lần/tuần  3 điểm

- Các lý do khác:

- + Không  0 điểm
- + Ít hơn 1 lần/tuần  1 điểm
- + 1 - 2 lần/tuần  2 điểm
- + Hơn 3 lần/tuần  3 điểm

Tổng điểm

Điểm của thành tố 4

0

0 điểm

1 - 9	1 điểm
10 - 18	2 điểm
19 - 27	3 điểm

**6. Yếu tố thứ 6:** Sự sử dụng thuốc ngủ:

- Trong tháng qua có thường xuyên sử dụng thuốc ngủ không ?

(Theo đơn: ; Tự mua về )

+ Không	<input type="checkbox"/>	0 điểm
+ Ít hơn 1 lần/tuần	<input type="checkbox"/>	1 điểm
+ 1 - 2 lần/tuần	<input type="checkbox"/>	2 điểm
+ Hơn 3 lần/tuần	<input type="checkbox"/>	3 điểm

**7. Yếu tố 7:** Rối loạn trong ngày:

- Trong tháng qua có thường gặp khó khăn trong việc giữ tỉnh táo khi lái xe, lúc ăn, hay lúc tham gia vào các hoạt động xã hội hay không ?

+ Không	<input type="checkbox"/>	0 điểm
+ Ít hơn 1 lần/tuần	<input type="checkbox"/>	1 điểm
+ 1 - 2 lần/tuần	<input type="checkbox"/>	2 điểm
+ Hơn 3 lần/tuần	<input type="checkbox"/>	3 điểm

- Trong tháng vừa qua việc duy trì sự nhiệt tình để hoàn thành công việc có gây khó khăn không ?

+ Không gây khó khăn gì	<input type="checkbox"/>	0 điểm
+ Chỉ gây khó khăn nhỏ	<input type="checkbox"/>	1 điểm
+ Trong chừng mực nào đó cũng gây khó khăn <input type="checkbox"/>		2 điểm
+ Gây khó khăn lớn	<input type="checkbox"/>	3 điểm

- Đánh giá các thành tố như sau:

+ Không có rối loạn giấc ngủ	0 điểm
+ Rối loạn nhẹ	1 điểm
+ Rối loạn vừa	2 điểm
+ Rối loạn nặng	3 điểm

**PHỤ LỤC 4**  
**THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM BECK (BDI)**

Họ và tên:..... Tuổi:..... Giới:.....

Nghề:.....

Địa chỉ:.....Chẩn đoán:..... Ngày  
làm.....

Trong bảng này gồm 21 đề mục được đánh số từ 1 đến 21, ở mỗi đề mục có ghi một số câu phát biểu. Trong mỗi một đề mục hãy chọn ra một câu mô tả gần giống nhất tình trạng mà bạn cảm thấy trong 1 tuần trở lại đây, kể cả ngày hôm nay. Khoanh tròn vào con số bên trái câu phát biểu mà bạn đã chọn. Hãy đừng bỏ sót đề mục nào!

Đề mục 1: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không cảm thấy buồn.

1 : Nhiều lúc tôi cảm thấy chán hoặc buồn.

2 : Lúc nào tôi cũng cảm thấy chán hoặc buồn và tôi không thể thôi được.

2 : Lúc nào tôi cũng cảm thấy buồn và bất hạnh đến mức hoàn toàn đau khổ.

3 : Tôi rất buồn hoặc rất bất hạnh và khổ sở đến mức không thể chịu được.

Đề mục 2: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi hoàn toàn không bi quan và nản lòng về tương lai.

1 : Tôi cảm thấy nản lòng về tương lai hơn trước.

2 : Tôi cảm thấy mình chẳng có gì mong đợi ở tương lai cả.

2 : Tôi cảm thấy sẽ không bao giờ khắc phục được những điều phiền muộn của tôi.

3 : Tôi cảm thấy tương lai tuyệt vọng và tình hình chỉ có thể tiếp tục xấu đi hoặc không thể cải thiện được.

Đề mục 3: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không cảm thấy như bị thất bại.

1 : Tôi thấy mình thất bại nhiều hơn những người khác.

2 : Tôi cảm thấy đã hoàn thành rất ít điều đáng giá hoặc đã hoàn thành rất ít điều có ý nghĩa.

2 : Nhìn lại cuộc đời, tôi thấy mình đã có quá nhiều thất bại.

3 : Tôi cảm thấy mình là một người hoàn toàn thất bại.

3 : Tôi tự cảm thấy hoàn toàn thất bại trong vai trò của tôi (bố, mẹ, chồng, vợ ...)

Đề mục 4: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi hoàn toàn không bất mãn

0 : Tôi còn thích thú với những điều mà trước đây tôi vẫn thường ưa thích.

1 : Tôi luôn luôn cảm thấy buồn.

1 : Tôi ít thấy thích những điều mà tôi vẫn thường ưa thích trước đây.

2 : Tôi không thỏa mãn về bất kỳ cái gì nữa.

2 : Tôi rất ít thích thú về những điều trước đây tôi vẫn thường ưa thích.

3 : Tôi không còn chút thích thú nào nữa.

3 : Tôi không hài lòng với mọi cái.

Đề mục 5: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi hoàn toàn không cảm thấy có tội lỗi gì ghê gớm cả.

1 : Phần nhiều những việc tôi đã làm tôi đều cảm thấy có tội.

1 : Phần lớn thời gian tôi cảm thấy mình tội hoặc không xứng đáng.

2 : Tôi cảm thấy mình hoàn toàn có tội.

2 : Giờ đây tôi luôn cảm thấy trên thực tế mình tội hoặc không xứng đáng.

3 : Lúc nào tôi cũng cảm thấy mình có tội.

3 : Tôi cảm thấy như là tôi rất tội hoặc vô dụng.

Đề mục 6: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không cảm thấy đang bị trừng phạt.

1 : Tôi cảm thấy có thể mình sẽ bị trừng phạt.

1 : Tôi cảm thấy một cái gì xấu có thể đến với tôi.

2 : Tôi mong chờ bị trừng phạt.

2 : Tôi cảm thấy mình sẽ bị trừng phạt.

3 : Tôi cảm thấy mình đang bị trừng phạt.

3 : Tôi muốn bị trừng phạt.

Đề mục 7: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi thấy bản thân mình vẫn như trước kia hoặc tôi không cảm thấy thất vọng với bản thân.

1 : Tôi thất vọng với bản thân, tôi không còn tin tưởng vào bản thân hoặc tôi không thích bản thân.

2 : Tôi thất vọng với bản thân hoặc Tôi ghê tởm bản thân.

3 : Tôi ghét bản thân mình hoặc Tôi căm thù bản thân.

Đề mục 8: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không phê phán hoặc đổ lỗi cho bản thân hơn trước kia.

0 : Tôi không tự cảm thấy một chút nào xấu hơn bất kể ai.

1 : Tôi phê phán bản thân mình nhiều hơn trước kia.

1 : Tôi tự chê mình về sự yếu đuối và lỗi lầm của bản thân.

2 : Tôi phê phán bản thân về tất cả những lỗi lầm của mình.

2 : Tôi khiển trách mình vì những lỗi lầm của bản thân.

3 : Tôi đổ lỗi cho bản thân về tất cả mọi điều tồi tệ xảy ra.

3 : Tôi khiển trách mình về mọi điều xấu xảy đến.

Đề mục 9: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không có ý nghĩ tự sát.

0 : Tôi không có bất kỳ ý nghĩ gì làm tổn hại bản thân.

1 : Tôi có ý nghĩ tự sát nhưng không thực hiện.

1 : Tôi có những ý nghĩ làm tổn hại bản thân nhưng tôi thường không thực hiện chúng.

2 : Tôi muốn tự sát.

2 : Tôi cảm thấy giá mà tôi chết thì tốt hơn.

2 : Tôi cảm thấy gia đình tôi sẽ tốt hơn nếu tôi chết.

2 : Tôi có dự định rõ ràng để tự sát.

3 : Nếu có cơ hội tôi sẽ tự sát.

Đề mục 10: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không khóc nhiều hơn trước kia.

1 : Hiện nay tôi hay khóc nhiều hơn trước.

2 : Tôi thường khóc vì những điều nhỏ nhặt.

2 : Hiện nay tôi luôn luôn khóc, tôi không thể dừng được.

3 : Tôi thấy muốn khóc nhưng không thể khóc được.

3 : Trước đây thỉnh thoảng tôi vẫn khóc, nhưng hiện tại tôi không thể khóc được chút nào mặc dù tôi muốn khóc.

Đề mục 11: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không dễ bòn chòn và căng thẳng hơn thường lệ.

0 : Hiện nay tôi không dễ bị kích thích hơn trước.

1 : Tôi cảm thấy dễ bòn chòn và căng thẳng hơn thường lệ.

1 : Tôi bực mình hoặc phát cáu dễ dàng hơn trước.

2 : Tôi cảm thấy bòn chòn và căng thẳng đến mức khó có thể ngồi yên được.

2 : Tôi luôn luôn cảm thấy dễ phát cáu.

3 : Tôi thấy rất bòn chòn và kích động đến mức phải đi lại liên tục hoặc làm việc gì đó.

Đề mục 12: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không mất sự quan tâm đến những người xung quanh hoặc các hoạt động khác.

1 : Tôi ít quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh hơn trước.

2 : Tôi mất hầu hết sự quan tâm đến mọi người, mọi việc xung quanh và ít có cảm tình với họ.

3 : Tôi không còn quan tâm đến bất kỳ điều gì nữa.

3 : Tôi hoàn toàn không còn quan tâm đến người khác và không cần đến họ

chút nào.

Đề mục 13: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi quyết định mọi việc cũng tốt như trước.

1 : Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước.

2 : Tôi thấy khó quyết định mọi việc hơn trước rất nhiều.

2 : Không có sự giúp đỡ, tôi không thể quyết định gì được nữa.

3 : Tôi chẳng còn có thể quyết định được việc gì nữa.

Đề mục 14: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không cảm thấy mình là người vô dụng.

0 : Tôi không cảm thấy tôi xấu hơn trước chút nào.

1 : Tôi không cho rằng mình có giá trị và có ích như trước kia.

1 : Tôi buồn phiền là tôi trông như già hoặc không hấp dẫn.

2 : Tôi cảm thấy mình vô dụng hơn so với những người xung quanh.

2 : Tôi cảm thấy có những thay đổi trong diện mạo làm cho tôi có vẻ không hấp dẫn.

3 : Tôi thấy mình là người hoàn toàn vô dụng.

3 : Tôi cảm thấy tôi có vẻ xấu xí hoặc ghê tởm.

Đề mục 15: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi thấy mình vẫn tràn đầy sức lực như trước đây.

1 : Sức lực của tôi kém hơn trước hoặc tôi không làm việc tốt như trước.

1 : Tôi phải cố gắng để có thể khởi động làm một việc gì.

2 : Tôi không đủ sức lực để làm được nhiều việc nữa.

2 : Tôi phải cố gắng hết sức để làm một việc gì.

3 : Tôi không đủ sức lực để làm được bất cứ việc gì nữa.

3 : Tôi hoàn toàn không thể làm một việc gì cả.

Đề mục 16: -----điểm đạt: .....

0 : Không thấy có chút thay đổi gì trong giấc ngủ của tôi.

1 : a. Tôi ngủ hơi nhiều hơn trước.

1 : b. Tôi ngủ hơi ít hơn trước.

2 : a. Tôi ngủ nhiều hơn trước.

2 : b. Tôi ngủ ít hơn trước.

3 : a. Tôi ngủ hầu như suốt cả ngày.

3 : b. Tôi thức dậy 1-2 giờ sớm hơn trước và không thể ngủ lại được.

Đề mục 17: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.

0 : Tôi làm việc không mệt hơn trước một chút nào.

1 : Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước.

1 : Tôi làm việc dễ mệt hơn trước.

2 : Tôi dễ cáu kỉnh và bực bội hơn trước rất nhiều.

2 : Làm bất cứ việc gì tôi cũng mệt.

3 : Lúc nào tôi cũng dễ cáu kỉnh và bực bội.

3 : Làm bất cứ việc gì tôi cũng quá mệt.

Đề mục 18: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi ăn vẫn ngon miệng như trước.

1 : a. Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước.

1 : b. Tôi ăn ngon miệng hơn trước.

2 : a. Tôi ăn kém ngon miệng hơn trước rất nhiều.

2 : b. Tôi ăn ngon miệng hơn trước rất nhiều.

3 : a. Tôi không thấy ngon miệng một chút nào cả.

3 : b. Lúc nào tôi cũng thấy thèm ăn.

Đề mục 19: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi có thể tập trung chú ý tốt như trước.

0 : Gần đây tôi không sút cân chút nào.

1 : Tôi không thể tập trung chú ý được như trước.

1 : Tôi bị sút cân trên 2 Kg.

2 : Tôi thấy khó tập trung chú ý lâu được vào bất kỳ điều gì.



2 : Tôi bị sút cân trên 4 kg.

3 : Tôi thấy mình không thể tập trung chú ý được vào bất kỳ điều gì nữa.

3 : Tôi bị sút cân trên 6 kg.

Đề mục 20: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không mệt mỏi hơn trước.

0 : Tôi không lo lắng về sức khỏe hơn trước.

1 : Tôi dễ mệt mỏi hơn trước.

1 : Tôi có lo lắng về những đau đớn hoặc những khó chịu ở dạ dày hoặc táo bón và những cảm giác của cơ thể.

2 : Hầu như làm bất kỳ việc gì tôi cũng thấy mệt mỏi.

2 : Tôi quá lo lắng về sức khỏe của tôi, tôi cảm thấy thế nào và điều gì đó đến nỗi tôi rất khó suy nghĩ gì thêm nữa.

3 : Tôi quá mệt mỏi khi làm bất kỳ việc gì.

3 : Tôi hoàn toàn bị thu hút vào những cảm giác của tôi.

Đề mục 21: -----điểm đạt: .....

0 : Tôi không thấy có thay đổi gì trong hứng thú tình dục.

1 : Tôi ít hứng thú với tình dục hơn trước.

2 : Hiện nay tôi rất ít hứng thú với tình dục.

3 : Tôi hoàn toàn mất hứng thú tình dục.

Tổng số điểm: ..... Gợi ý chẩn đoán: .....

### CÁCH ĐỌC KẾT QUẢ THANG ĐIỂM BECK

- Tổng thang điểm là: 63 điểm.

- Mỗi đề mục có nhiều câu, hãy chọn một câu trả lời phù hợp nhất, không được bỏ sót đề mục nào khi chấm điểm.

- Lấy điểm cao nhất của câu trong 1 đề mục. Nếu phân vân lấy điểm trung bình.

- Kết quả
  - + Nghiệm pháp BECK: < 14 điểm E Không biểu hiện trầm cảm.
  - + Nghiệm pháp BECK: từ 14->19 điểm E Trầm cảm nhẹ.
  - + Nghiệm pháp BECK: từ 20->29 điểm E Trầm cảm vừa.
  - + Nghiệm pháp BECK: > 30 điểm E Trầm cảm nặng.

Xin hãy kiểm tra lại xem còn đề mục nào bạn chưa đánh dấu hay không!

**PHỤ LỤC 5**  
**THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU ZUNG (SAS)**

Họ tên.....

Tuổi:.....Giới:.....Nghề:.....

Địa chỉ:.....

Chẩn đoán:

Ngày làm:

Dưới đây là 20 câu phát biểu mô tả một số triệu chứng của cơ thể. Ở mỗi câu, hãy chọn một mức độ phù hợp nhất với tình trạng mà anh(chị) cảm thấy trong vòng một tuần vừa qua. Đánh dấu “X” vào mức độ mà anh (chị) lựa chọn. Không bỏ sót đề mục nào!

STT	Nội dung	Không có	Đôi khi	Phần lớn thời gian	Hầu hết thời gian
1	Tôi cảm thấy nóng nảy và lo âu hơn thường lệ.				
2	Tôi cảm thấy sợ vô cớ.				
3	Tôi dễ bối rối và cảm thấy hoảng sợ				
4	Tôi cảm thấy như bị ngã và vỡ ra từng mảnh.				
5	Tôi cảm thấy mọi thứ đều tốt và không có điều gì xấu sẽ xảy ra.				
6	Tay và chân tôi lạnh lư, run lên.				
7	Tôi đang khó chịu vì đau đầu, đau cổ, đau lưng.				
8	Tôi thấy yếu và dễ mệt mỏi.				

9	Tôi cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên một cách dễ dàng.				
10	Tôi cảm thấy tim mình đập nhanh.				
11	Tôi đang khó chịu vì cơn hoa mắt chóng mặt.				
12	Tôi bị ngất và có lúc cảm thấy gần như thế.				
13	Tôi có thể thở ra và hít vào một cách dễ dàng.				
14	Tôi cảm thấy tê buốt, như có kiến bò ở đầu ngón tay, ngón chân.				
15	Tôi đang cảm thấy khó chịu vì đau dạ dày và đau bụng.				
16	Tôi luôn cần phải đi tiểu.				
17	Bàn tay tôi thường khô và ấm.				
18	Mặt tôi thường nóng và đỏ.				
19	Tôi ngủ dễ dàng và luôn có một giấc ngủ tốt.				
20	Tôi thường có ác mộng.				

Đọc kết quả:

Các câu 5,9,13,17,19 tính điểm 4,3,2,1 từ trái sang phải còn lại tính 1,2,3,4

Gợi ý chẩn đoán:

- Không lo âu :  $\leq 40$  điểm

- Lo âu mức độ nhẹ : 41 – 50 điểm

- Lo âu mức độ vừa : 51 – 60 điểm

- Lo âu mức độ nặng : 61 – 70 điểm

- Lo âu mức độ rất nặng : 71 – 80  
điểm

PHỤ LỤC 6  
GIẤY CHỨNG NHẬN CHẤT LƯỢNG SẢN XUẤT

CERTIFICATE ◆ 认证证书 ◆ CERTIFICATE ◆ 认证证书 ◆ CERTIFICATE ◆ 认证证书

**POSI**  
CERTIFICATE

This is to certify that the Quality Management System of  
**Yangzhou Jiangzhou Medical Devices Co., Ltd.**

Business License Number: 91321002732533013F

Registered Address: No. 3, Jiangzhou Road, Touqiao Town, Yangzhou City

Audit Address: No. 3, Jiangzhou Road, Touqiao Town, Yangzhou City

applicable to

**Production and Sales of Disposable Buried Kit,  
Disposable Catgut Implantation At Acupoint Needle,  
Thoracic Needle, Bone Needle, Spinal Needle and  
Disposable Anacsthesis Needle**

has been assessed and registered by POSI against the provisions of  
**ISO13485:2016**

This registration is subject to the company maintaining a quality management system,  
to the above standard, which will be monitored by POSI.

Please consult the website: [www.posicert.com](http://www.posicert.com)

The certificate information is also available on the CNCA official website: <http://cx.cnca.cn>.



*Jie Chen*  
General Manager

Certificate Registration No: 381190038R0S

Initial issue date: 2019.10.09

Issue date: 2019.10.09

Valid until: 2022.10.08



Shanghai POSI Certification Co., Ltd.  
Room 1002A, No.1500, Century Avenue, Pudong New Area, Shanghai ,China.Email:[info@posicert.com](mailto:info@posicert.com)