

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



VÕ THỊ HỢP

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỬ BỐN THÌ KẾT HỢP THỂ CHÂM
ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỬN**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



VÕ THỊ HỢP

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỬ BỐN THÌ KẾT HỢP THỂ CHÂM
ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỒN**

Chuyên ngành Y học cổ truyền

Mã số: 872 0115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS. TS. NGUYỄN VĂN TOẠI

HÀ NỘI – 2023

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành luận văn này, với tất cả lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin được gửi lời cảm ơn đến Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng đào tạo Sau Đại học, các Bộ môn, Khoa phòng Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Nguyễn Văn Toại, người thầy hướng dẫn trực tiếp luôn theo sát, thường xuyên giúp đỡ, cho tôi nhiều ý kiến quý báu, sát thực trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ban Lãnh đạo, Phòng kế hoạch tổng hợp, các cán bộ Bệnh viện Y học cổ truyền Long An đã tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong việc thu thập, hoàn thiện số liệu và nghiên cứu để hoàn thành đề tài.

Tôi xin được gửi lời cảm ơn đến các thầy, các cô trong Hội đồng thông qua đề cương luận văn đã cho tôi nhiều ý kiến quý báu trong quá trình hoàn thiện luận văn này.

Tôi xin chân thành cảm ơn tập thể cán bộ trung tâm Y tế huyện Cần Đước nơi tôi đang công tác đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập.

Tôi vô cùng biết ơn gia đình, bạn bè, anh chị em đồng nghiệp và tập thể học viên lớp cao học khóa 12 chuyên ngành Y học cổ truyền đã đồng viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Xin trân trọng cảm ơn!

Học viên

Võ Thị Hợp

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Võ Thị Hợp, Học viên Cao học khóa 12 chuyên ngành Y học cổ truyền Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn khoa học của Thầy PGS.TS. Nguyễn Văn Toại.
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, ngày tháng năm 2023

Người viết cam đoan

Võ Thị Hợp

CÁC CHỮ VIẾT TẮT

- CLGN : Chất lượng giấc ngủ
- EEG : Electroencephalography (Điện não đồ)
- HQGN : Hiệu quả giấc ngủ
- MNMT : Mất ngủ mạn tính
- NREM : Non Rapid Eye Movement
- PSQI : The Pittsburgh Sleep Quality Index (Chỉ báo về chất lượng giấc ngủ)
- REM : Rapid Eye Movement
- RLGN : Rối loạn giấc ngủ
- RLLA : Rối loạn lo âu
- RLTC : Rối loạn trầm cảm
- RLTN : Rối loạn trong ngày
- SAS : Self – rating Anxiety Scale (Thang điểm tự đánh giá lo âu)
- TTBS : Tình trạng buổi sáng
- WHO : Tổ chức y tế thế giới (World Health Organization)
- YHCT : Y học cổ truyền
- YHHD : Y học hiện đại

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. Chức năng của giấc ngủ.....	5
1.2. Mất ngủ không thực tồn theo Y học hiện đại	5
1.2.1. Khái niệm và phân loại Rối loạn giấc ngủ	5
1.2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ không thực tồn.....	6
1.2.3. Dịch tễ học mất ngủ.....	7
1.2.4. Nguyên nhân	8
1.2.5. Các phương pháp đánh giá mất ngủ trên lâm sàng và cận lâm sàng	8
1.2.6. Điều trị	11
1.3. Mất ngủ theo Y học cổ truyền	13
1.3.1. Bệnh danh	13
1.3.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ	13
1.3.3. Thể tâm tỳ hư.....	13
1.3.4. Thể tâm thận bất giao	14
1.3.5. Các phương pháp điều trị mất ngủ theo Y học cổ truyền.....	15
1.4. Điều trị mất ngủ không thực tồn bằng thể châm	15
1.4.1. Định nghĩa phương pháp thể châm.....	15

1.4.2. Cơ sở khoa học của phương pháp thể châm.....	16
1.4.3. Chỉ định và chống chỉ định.....	17
1.4.4. Tác dụng của nhóm huyết điều trị.....	18
1.5. Tổng quan về phương pháp dưỡng sinh và thở 4 thì của Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng	20
1.5.1. Định nghĩa phương pháp dưỡng sinh	20
1.5.2. Cơ sở khoa học của phương pháp dưỡng sinh	20
1.5.3. Các phép của phương pháp dưỡng sinh.....	21
1.5.4. Xuất xứ và nội dung phương pháp dưỡng sinh của BS Nguyễn Văn Hưởng	21
1.6. Điều trị mất ngủ không thực tồn bằng phương pháp thở 4 thì của BS Nguyễn Văn Hưởng.....	23
1.6.1. Ảnh hưởng của thở sâu lên hệ hô hấp, hệ tuần hoàn và hệ thần kinh.	23
1.6.2. Định nghĩa phương pháp thở 4 thì của BS Nguyễn Văn Hưởng...	24
1.6.3. Tác dụng của tư thế nằm có kê mông và gối chân.	24
1.6.4. Công thức thở 4 thì theo phương pháp của BS Nguyễn Văn Hưởng	24
1.7. Một số nghiên cứu điều trị mất ngủ	25
Chương 2 CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	27
2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu	27
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu	27
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu	27

2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	27
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại	27
2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền	28
2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ.....	28
2.3. Địa điểm và thời gian tiến hành nghiên cứu	29
2.4. Phương pháp nghiên cứu.....	29
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu	29
2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.....	29
2.4.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu	29
2.4.4. Công cụ thu thập thông tin	30
2.4.5. Kỹ thuật thu thập thông tin.....	30
2.4.6. Phương pháp đánh giá kết quả.....	31
2.4.7. Quy trình nghiên cứu.....	31
2.5. Phương pháp xử lý số liệu.....	33
2.6. Đạo đức nghiên cứu.....	33
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	35
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu	35
3.1.1. Phân bố tuổi, giới tính và thời gian mất ngủ trung bình của đối tượng nghiên cứu.....	35
3.1.2. Đặc điểm nghề nghiệp, hôn nhân, hoàn cảnh gia đình, xã hội.....	36
3.1.3. Các yếu tố thúc đẩy mất ngủ	37
3.1.4. Tính chất xuất hiện bệnh	38
3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	39

3.2. Tác dụng của phương pháp thở bốn thì có kê móng và giờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hương kết hợp thể châm điều trị mất ngủ không thực tồn	40
3.2.1. Thay đổi chất lượng giấc ngủ đánh giá theo chủ quan của bệnh nhân	40
3.2.2. Thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ	41
3.2.3. Thay đổi thời lượng giấc ngủ	42
3.2.4. Thay đổi hiệu quả giấc ngủ theo các giai đoạn điều trị	43
3.2.5. Tác dụng điều trị đối với các hình thái rối loạn giấc ngủ	44
3.2.6. Tác dụng cải thiện tình trạng buổi sáng của bệnh nhân	46
3.2.7. Tác dụng cải thiện các triệu chứng kèm theo mất ngủ	47
3.2.8. Kết quả cải thiện giấc ngủ theo thang điểm Pittsburg.	48
3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp	50
3.3.1. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị	50
3.3.2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp thể châm	50
Chương 4 BÀN LUẬN	52
4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	52
4.1.1. Bàn luận về tuổi của bệnh nhân nghiên cứu	52
4.1.2. Bàn luận về giới tính của bệnh nhân nghiên cứu	53
4.1.3. Bàn luận về nghề nghiệp, hôn nhân và hoàn cảnh gia đình, xã hội của bệnh nhân nghiên cứu	53
4.1.4. Bàn luận về các yếu tố thúc đẩy mất ngủ	54
4.1.5. Bàn luận về tính chất xuất hiện bệnh và thời gian mắc bệnh	55

4.2. Bàn luận về tác dụng của phương pháp thở bốn thì có kê mông và giờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng kết hợp thể châm điều trị mất ngủ không thực tồn	56
4.2.1. Tác dụng trên chất lượng giấc ngủ	56
4.2.2. Tác dụng trên thời gian đi vào giấc ngủ	57
4.2.3. Mức độ cải thiện thời lượng giấc ngủ.....	57
4.2.4. Bàn luận về hiệu quả giấc ngủ theo các giai đoạn điều trị	59
4.2.5. Tác dụng đối với các hình thái rối loạn giấc ngủ	60
4.2.6. Cải thiện tình trạng buổi sáng.....	61
4.2.7. Cải thiện các triệu chứng kèm theo mất ngủ	61
4.2.8. Thay đổi điểm PSQI trong từng yếu tố	62
4.2.9. Hiệu quả điều trị chung	63
4.3. Bàn luận về tác dụng không mong muốn của phương pháp	65
4.3.1. Tác dụng lên sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn	65
4.3.2. Tác dụng không mong muốn của thể châm.....	65
4.3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp thở bốn thì có kê mông giờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng	66
KẾT LUẬN.....	67
KIẾN NGHỊ.....	68
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....	16
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi	35
Bảng 3.2. Đặc điểm hôn nhân và hoàn cảnh gia đình.....	37
Bảng 3.3. Các yếu tố thúc đẩy mất ngủ	37
Bảng 3.7. Mức độ cải thiện chất lượng giấc ngủ	40
Bảng 3.5. Thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ theo các giai đoạn điều trị	41
Bảng 3.4. Thời lượng ngủ mỗi đêm trước và sau khi điều trị.....	42
Bảng 3.6. Hiệu quả giấc ngủ theo các giai đoạn điều trị	43
Bảng 3.8. Hiệu quả làm giảm biểu hiện thức giấc sớm	44
Bảng 3.9. Rối loạn trong ngày	45
Bảng 3.10. Tình trạng buổi sáng	46
Bảng 3.11. Hiệu quả cải thiện triệu chứng kèm theo mất ngủ.....	47
Bảng 3.12. Thay đổi điểm của từng yếu tố trong thang PSQI.....	48
Bảng 3.13. Sự biến đổi tổng điểm PSQI trước và sau điều trị.....	49
Bảng 3.14. Hiệu quả điều trị chung	49
Bảng 3.15. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị	50
Bảng 3.16. Các tác dụng không mong muốn của điện châm.....	50
Bảng 3.17. Tác dụng không mong muốn của phương pháp thở bốn thì.....	51

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính.....	36
Biểu đồ 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu.....	36
Biểu đồ 3.3. Tính chất xuất hiện bệnh	38
Biểu đồ 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.....	39

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu	33
-----------------------------------	----

DANH MỤC HÌNH VẼ

Hình 1.1. Tư thế nằm thẳng	24
----------------------------------	----

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là một vấn đề phổ biến về rối loạn giấc ngủ từ xưa cho tới nay. 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].

Năm 2008, Viện Hàn lâm Y học Giấc ngủ Hoa Kỳ (American academy sleep medicine - AASM) gọi chứng mất ngủ là một vấn đề quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng [5]. Khoảng 50% đến 80% bệnh nhân trưởng thành mắc bệnh tâm thần gặp khó khăn khi bắt đầu hoặc duy trì giấc ngủ trong một năm. Mất ngủ gặp phổ biến ở phụ nữ hơn nam giới [4]. Tại Việt Nam, theo Bùi Quang Huy có khoảng 30% đến 45% bệnh nhân trưởng thành bị mất ngủ hàng năm [6]. Mất ngủ mang nhiều gánh nặng về suy giảm chức năng, chi phí chăm sóc sức khỏe và tăng nguy cơ trầm cảm [7],[8]. Năm 2008, chi phí liên quan đến mất ngủ được tính đến 3 tỷ Krona Thụy Điển, trong đó 1 tỷ Krona trực tiếp và 2 tỷ Krona là chi phí gián tiếp [5].

Mất ngủ mang nhiều gánh nặng về suy giảm chức năng, chi phí chăm sóc sức khỏe và tăng nguy cơ trầm cảm [5],[9],[10]. Hiện nay điều trị mất ngủ chủ yếu là kết hợp điều trị nội khoa với tâm lý liệu pháp. Y học hiện đại (YHHĐ) điều trị mất ngủ bằng 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 [11].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), mất ngủ thuộc chứng “Thất miên”, “Bất寐”, “Bất đắc miên”... [12]. Nguyên nhân từ các tạng Tâm, Tỳ, Can, Thận. Y

học cổ truyền đã sử dụng nhiều phương pháp để điều trị mất ngủ như các vị thuốc và bài thuốc, khí công, dưỡng sinh, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, nhĩ châm. Mỗi phương pháp đều có ưu điểm riêng và mục đích cuối cùng là đưa bệnh nhân đến giấc ngủ tự nhiên.

Châm cứu từ lâu là một trong những phương pháp đã được áp dụng trong điều trị mất ngủ và trên lâm sàng cho thấy đây là một phương pháp dễ thực hiện, chi phí thấp, mang lại hiệu quả điều trị và có thể áp dụng rộng rãi ở nhiều tuyến y tế. Nhóm huyệt Thần môn, Nội quan, Tam âm giao, Thái khê, từ lâu được biết là nhóm huyệt có tác dụng an thần, điều hòa chức năng tạng phủ.

Phương pháp thở 4 thì là một trong tám phép dưỡng sinh của Bác sỹ (BS) Nguyễn Văn Hưởng đã được nhiều nghiên cứu trong điều trị bệnh nhân thiếu năng tuần hoàn não, bệnh phổi mãn tính, rối loạn lipid máu...đều mang lại kết quả tốt.

Với ưu điểm tiện lợi, dễ áp dụng, mang lại nhiều lợi ích tốt trong đó có cải thiện giấc ngủ nên được nhân dân ta ứng dụng rộng rãi. Thở 4 thì gồm hai thì dương (++) hai thì âm (--), có kê móng và giờ chân dao động là để luyện tổng hợp về thần kinh, khí và huyết, trọng tâm là luyện thần kinh, chủ động về ức chế và hưng phấn nhằm mục đích ngủ tốt, đồng thời cũng làm cho khí huyết lưu thông. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: **“Đánh giá kết quả thở bốn thì kết hợp thể châm điều trị mất ngủ không thực tổn”** với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng của phương pháp thở bốn thì có kê móng và giờ chân của Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng kết hợp thể châm điều trị mất ngủ không thực tổn*
2. *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 [13]. 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 [6]. 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 [14],[15].[15]

Giấc ngủ NREM được chia thành 4 giai đoạn:

- 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 và 4: Được gọi chung là giai đoạn sóng chậm. Đặc trưng trên điện não đồ là các sóng chậm (sóng Delta) xuất hiện rải rác cùng với các sóng nhỏ hơn và nhanh hơn, huyết áp giảm, nhịp thở chậm, thân nhiệt giảm xuống thấp hơn, cơ thể bất động, giấc ngủ sâu hơn, không có chuyển động mắt, giảm hoạt động cơ. Khi một người đang trong giấc ngủ sóng chậm họ rất khó bị đánh thức, những người bị thức dậy trong giai đoạn này có cảm giác lảo đảo, mất phương hướng trong một vài phút sau khi thức dậy. Ở một vài trẻ em có thể có đái dầm, chứng hoảng sợ trong khi ngủ, chứng miên hành trong giai đoạn này [14],[16],[17].

Giấc ngủ REM

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. Giấc mơ xảy ra hầu hết trong giai đoạn này [14],[16],[17].

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.

Ở người trưởng thành, phân bố các giai đoạn giấc ngủ như sau

NREM (75%)

Giai đoạn 1: 5%

Giai đoạn 2: 45%

Giai đoạn 3: 12%

Giai đoạn 4: 13%

REM (25%)

1.1.3. Chức năng của giấc ngủ

Hầu hết các nhà nghiên cứu đồng ý rằng giấc ngủ giúp phục hồi sức khỏe, giúp làm cân bằng nội môi và có vai trò quyết định trong điều hòa thân nhiệt và bảo tồn năng lượng. Giấc ngủ NREM tăng lên khi luyện tập thể dục và khi đói, tình trạng này có thể liên quan đến nhu cầu thỏa mãn chuyển hóa [16].

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

- Lọc 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 không thực tồn theo Y học hiện đại

1.2.1. Khái niệm và phân loại Rối loạn giấc ngủ

Về phân loại RLGN hiện nay vẫn chưa hoàn toàn thống nhất giữa hai hệ thống phân loại bệnh quốc tế (ICD) và phân loại theo Hội Tâm Thần học Mỹ (DSM).

* Trong ICD 10 các RLGN không thực tồn được xếp vào mục “F51”: gồm có:

- F 51.0: Mất ngủ không thực tồn.
- F 51.1: Ngủ nhiều không thực tồn.
- F 51.2: Rối loạn nhịp thức ngủ không thực tồn.
- F 51.3: Chứng miên hành.
- F 51.4: Hoảng sợ khi ngủ (hoảng sợ ban đêm).
- F 51.5: Ác mộng.
- F 51.8: RLGN không thực tồn khác.

F 51.9: RLGN không thực tồn, không biệt định.

* Mục G47: các RLGN thực tồn, bao gồm:

G47.0: RL khởi đầu và duy trì giấc ngủ (mất ngủ).

G47.1: Ngủ quá nhiều.

G47.2: RL chu kỳ thức ngủ.

Hội chứng giai đoạn ngủ muộn.

Kiểu ngủ thất thường.

G47.3: Ngừng thở khi ngủ (do trung ương và do tắc nghẽn).

G47.4: Chứng ngủ rũ và mất trương lực.

G47.8: RLGN khác (hội chứng Kleine- Levin).

G47.9: RLGN không xác định [18].

Phân loại theo DSM - IV về RLGN

- RLGN tiên phát.
- RLGN liên quan đến một bệnh tâm thần khác.
- *Các RLGN khác* [19].

1.2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ không thực tồn

1.2.2.1. Theo tiêu chuẩn của DSM V (ICD 10 - CM: F51.01)

Bệnh nhân không hài lòng về số lượng hoặc chất lượng giấc ngủ, liên quan đến một (hoặc nhiều) trong ba triệu chứng sau:

- Khó vào giấc
- Khó duy trì giấc ngủ, đặc trưng bởi thức giấc thường xuyên hoặc gặp các vấn đề khi trở lại giấc ngủ sau thức giấc
- Thức giấc sớm vào buổi sáng và không thể trở lại giấc ngủ

Các tiêu chí khác bao gồm:

- Các rối loạn giấc ngủ gây ra phiền muộn có ý nghĩa trên lâm sàng, suy giảm chức năng khi tham gia các hoạt động xã hội, nghề nghiệp, giáo dục, học thuật, hành vi hoặc các hoạt động quan trọng khác

- Khó ngủ xảy ra ít nhất 3 đêm mỗi tuần
- Khó ngủ là ít nhất 1 tháng
- Khó ngủ xảy ra mặc dù có đầy đủ yếu tố thuận lợi cho giấc ngủ
- Mất ngủ không do ảnh hưởng tác dụng sinh lý của lạm dụng thuốc
- Tình trạng rối loạn tâm thần song song với tình trạng mất ngủ [3].

1.2.3. Dịch tễ học mất ngủ

Mất ngủ ngày càng trở thành một hiện tượng phổ biến trong xã hội hiện đại. Từ những năm 1979, đã có đến 95% người Mỹ đã từng mất ngủ vào một thời điểm nào đó trong cuộc đời của họ [20]. Năm 2010 nghiên cứu của Ohayon and Bader trên 1705 người dân Thụy Điển từ 19 đến 75 tuổi cho kết quả: 32,1% người tham gia nghiên cứu gặp ít nhất 1 trong 3 triệu chứng (khó khăn khi vào giấc, khó duy trì giấc ngủ, khả năng ngủ lại kém) ít nhất 4 tuần và 75% số người có triệu chứng ban ngày trong tổng số người tham gia nghiên cứu [21]. Theo Chokroverty có khoảng một phần ba người trưởng thành từng xuất hiện khó vào giấc và, hoặc khó duy trì giấc ngủ trong 12 tháng trước đó, với 17% cho rằng đây này là một vấn đề quan trọng. Có từ 9% đến 12% bệnh nhân ở lứa tuổi trưởng thành trải qua các triệu chứng ban ngày, 15% không hài lòng với giấc ngủ và 6 - 10% đáp ứng với đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn giấc ngủ.

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 2010, khoảng 30 đến 45% bệnh nhân ở lứa tuổi trưởng thành bị mất ngủ hàng năm [6]

Về giới và tuổi theo Lena Mallon và cộng sự (2014) nhận thấy: Tỷ lệ mắc bệnh mất ngủ là 10,5% và phụ nữ có các triệu chứng mất ngủ thường xuyên hơn nam giới (Nữ: 29,3% so với Nam: 19,4%). Tỷ lệ mắc bệnh mất ngủ của phụ nữ ở lứa tuổi 40 đến 49 tuổi tăng đáng kể so với các lứa tuổi khác với tỷ lệ 21,6% ($p < 0,05$; 95% CL). Ngoài ra tỷ lệ mắc các triệu chứng mất ngủ tăng

theo tuổi và gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 70 – 84 trong đó có 1,1% nam giới; 36,3% nữ giới [22]. Nghiên cứu của Zhang B, Wing YK cũng cho thấy tỷ lệ RLGN ở nữ giới cao hơn nam giới [23]. Và hầu hết các nghiên cứu đều cho kết quả các triệu chứng mất ngủ gia tăng theo tuổi.

1.2.4. Nguyên nhân

- Do tâm lý: Mất ngủ thường xảy ra sau một sang chấn tâm lý 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].

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

1.2.5.1. Phương pháp đánh giá trên lâm sàng

*** Các triệu chứng về giấc ngủ:**

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

*** Phương pháp đánh giá qua các test tâm lý**

Đánh giá chất lượng giấc ngủ: bằng thang Pittsburgh (PSQI) của Daniel J.Buyse năm 1989, nhằm đánh giá các chỉ số về chất lượng giấc ngủ [24]. 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 RLGN trên người Việt Nam [25]. 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, 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.

Chất lượng giấc ngủ được tính bằng thang điểm có giá trị từ 0 - 21, sẽ được báo cáo dưới 2 dạng là:

- Tổng điểm chung của các câu hỏi hoặc
- Hai nhóm “chất lượng giấc ngủ kém” hay “chất lượng giấc ngủ tốt”:
 + Tổng điểm PSQI ≤ 5 liên quan đến chất lượng giấc ngủ tốt (không có rối loạn giấc ngủ)
 + Tổng điểm PSQI > 5 liên quan đến chất lượng giấc ngủ kém (có rối loạn giấc ngủ).

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 [26].

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.

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 [27].

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

1.2.5.2. Đánh giá trên 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 [28],[29].

- 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 [15],[30]. Các sóng điện não là những dao động có tần số, biên độ, hình dáng khác nhau. 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 μV).
- 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 [30].

1.2.6. Điều trị

1.2.6.1. Can thiệp không dùng thuốc

- Vệ sinh giấc ngủ: Là phương pháp giáo dục được thiết kế cho những người mất ngủ cũng như cho cộng đồng, bao gồm các hướng dẫn để làm thế nào có được nhịp thức ngủ lành mạnh.

- Liệu pháp kiểm soát kích thích: Để cải thiện giấc ngủ, người ta thường thay đổi môi trường phòng ngủ. Tránh bất kỳ mọi hoạt động kích thích và tăng độ tỉnh táo trước khi đi ngủ như xem ti vi, đọc sách có tác dụng hưng phấn, quan sát chuông đồng hồ. Nếu bệnh nhân không thể ngủ được sau 20 phút họ nên rời khỏi giường, ra khỏi phòng ngủ và chỉ quay lại phòng khi cảm thấy đủ

mệt để buồn ngủ trở lại. Việc này có thể lặp đi lặp lại cho đến khi bệnh nhân ngủ được.

- Liệu pháp hạn chế giấc ngủ, tăng xu hướng ngủ và dễ đi vào giấc ngủ: Để hạn chế thời gian thức trên giường và tăng hiệu quả giấc ngủ, bệnh nhân không nên đi ngủ quá sớm.

- Liệu pháp hành vi - nhận thức: Nội dung giáo dục là khuyến khích bệnh nhân xác định rõ yếu tố nào là thuận lợi, khởi phát của mất ngủ. Từ đó giải quyết các suy nghĩ thích nghi kém hoặc sự tin tưởng không đúng về mất ngủ.

- Rèn luyện thư giãn: Bệnh nhân nên thực hiện thư giãn cơ bắp hàng ngày, tập các bài thư giãn vào buổi tối, không nên làm việc căng thẳng trong khoảng 60 phút trước khi đi ngủ.

- Làm việc có điều độ, không thức đêm quá nhiều trong một thời gian lâu dễ trở thành thói quen rồi thành bệnh [31],[16].

1.2.6.2. Dùng thuốc

Hội nghị khoa học về mất ngủ năm 2005 đã kết luận rằng:

1. Tất cả các thuốc chống trầm cảm đều tiềm tàng có tác dụng không mong muốn, vì vậy mà cần chú ý cân nhắc giữa cái lợi và cái hại.

2. Nhóm thuốc tâm thần và Barbiturate có nguy cơ cao vì vậy mà hai nhóm thuốc này không được khuyến cáo để điều trị mất ngủ.

3. Không có bằng chứng một cách hệ thống về hiệu quả của nhóm thuốc kháng Histamin, tuy nhiên cũng không có nguy cơ nào đáng kể về nhóm thuốc này.

Nếu sau khi cân nhắc kỹ lưỡng, phương pháp tốt nhất cho điều trị mất ngủ vẫn là dùng thuốc thì thuốc được lựa chọn nên là nhóm thuốc ngủ Non - Benzodiazepam, đây cũng là nhóm thuốc có tác dụng ngắn thế hệ mới được Hiệp hội thuốc và thực phẩm công nhận [16].

1.3. Mất ngủ theo Y học cổ truyền

1.3.1. Bệnh danh

Theo Y học cổ truyền, mất ngủ thuộc phạm vi chứng “thất miên”, “bất mi”, “bất đắc miên”, ... chỉ triệu chứng rối loạn giấc ngủ, nhẹ thì bệnh nhân khó vào giấc ngủ, ngủ nhưng dễ tỉnh giấc, sau khi tỉnh thì không ngủ lại được hoặc ngủ không sâu giấc, trường hợp nặng có thể cả đêm không ngủ được [8],[32].

1.3.2. Bệnh nguyên, bệnh cơ

Nguyên nhân mất ngủ khá phức tạp, theo Y học cổ truyền, chứng thất miên do huyết hư, hoặc do Thận âm suy kém, hoặc do hoả của Can Đờm bốc hoặc do Vị khí không điều hoà hoặc do sau khi ốm bị suy nhược không ngủ được. Theo sách Cảnh Nhạc toàn thư chứng không ngủ tóm tắt thành năm thể bệnh chính là: Tâm Tỳ hư, Tâm Thận bất giao, Khí của Tâm và Đờm hư, Vị không điều hoà [8],[32],[33]. Trong đó 2 thể Tâm Tỳ hư và Tâm Thận bất giao là 2 thể hay gặp trên lâm sàng.

1.3.3. Thể tâm tỳ hư

Chứng Tâm Tỳ hư là tên gọi chung chỉ những chứng trạng do Tâm huyết hao tổn, Tỳ khí bị tổn hại dẫn đến Tâm thần mất nuôi dưỡng, Tâm là nơi chứa Thần, Can là nơi chứa phách, Tỳ là nơi chứa ý sinh ra huyết, phàm chứng mất ngủ là do âm huyết hư kém, thần, hồn và ý đều bị hư tổn, bệnh phần nhiều do tư lự quá độ, ăn uống không điều độ, hoặc sau khi ốm chăm sóc không chu đáo và bệnh xuất huyết mạn tính gây nên, Tỳ bị tổn thương mất khả năng sinh hoá chất tinh vi, huyết hư khó hồi phục, tâm thần mất sự nuôi dưỡng mà thành mất ngủ [34].

Biểu hiện chủ yếu là hồi hộp hay quên, ngủ ít hay mê, sắc mặt úa vàng, kém ăn mỗi mệ, bụng trướng đại tiện nhão, đoản hơi, tinh thần bạc nhược hoặc

xuất huyết dưới da; phụ nữ kinh nguyệt không đều, ra sắc nhợt lượng nhiều, băng lậu hoặc kinh ít, kinh bế, chất lưỡi nhạt bệu, rêu lưỡi trắng, mạch tế nhược.

Bệnh bất寐 - mất ngủ xuất hiện trong chứng Tâm Tỳ hư có đặc điểm là mê nhiều dễ thức giấc, giấc ngủ không yên. Trương Cảnh Nhạc nói “nhọc mệt nghĩ quá độ thì tất nhiên làm cho huyết dịch bị hao tổn, thần hồn không yên tĩnh cho nên không ngủ”. Sách Loại chứng trị tài cũng viết: “Tư lự thương Tỳ, Tỳ huyết bị tổn hại, quanh năm mất ngủ, điều trị theo phép bổ ích Tâm Tỳ, dùng bài Quy Tỳ thang hoặc Dưỡng tâm thang [35].

1.3.4. Thể tâm thận bất giao

Tâm với Thận trong tình huống bình thường, chủ yếu là có mối quan hệ trên và dưới cùng giao nhau, thủy với hỏa cùng giúp đỡ nhau. Nếu do bẩm tố thiên tiên bất túc, hoặc hư lao ốm lâu, hoặc phòng thất quá đáng vv, khiến cho Thận thủy hư suy ở dưới không thể giúp cho Tâm hỏa ở trên. Tâm hỏa vượng ở trên không thể giao với Thận ở dưới, hoặc do mệt nhọc tinh thần quá độ, ngũ chí quá cực đến nỗi Tâm âm bị hao tổn ngấm ngấm, Tâm dương quá thịnh, Tâm hỏa không thể giao với Thận ở dưới, Tâm hỏa không giáng xuống, Thận thủy không thăng lên tạo thành tình thể thủy hỏa của Tâm Thận không giúp đỡ nhau sẽ hình thành bệnh biến, lâm sàng gọi là chứng Tâm Thận bất giao [8],[32],[33]

Biểu hiện lâm sàng chủ yếu là Tâm phiền, mất ngủ, hay mê, di tinh, lưng đùi ê mỏi, triều nhiệt đỏ mồm 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 sắc.

Bệnh bất寐 - mất ngủ xuất hiện trong chứng Tâm Thận bất giao có đặc điểm là hư phiền, không ngủ, hay mê, ngũ tâm phiền nhiệt, miệng khô tân dịch ít, lại kiêm cả chứng vầng đầu, ù tai, hồi hộp, lưỡi đỏ, mạch tế sắc. Đây là do mệt nhọc nội thương, Thận thủy bất túc, Tâm hỏa mạnh một phía gây nên. Điều

trị theo phép tráng thủy chế hỏa, tư âm thanh nhiệt, dùng bài Giao thái hoàn [35].

1.3.5. Các phương pháp điều trị mất ngủ theo Y học cổ truyền

* Một số bài thuốc kinh điển

Tâm Tỳ hư dùng Quy Tỳ thang hoặc bài Dưỡng Tâm thang, hoặc Lý thị bất mị nghiệm phương để bổ huyết, ích khí trấn tâm an thần, Triệu thị nhị nhục thang để ích Tâm Tỳ, sinh khí huyết, bổ Can Thận, Lăng thị thất miên phương để bổ Thận dưỡng Tâm . Mất ngủ do chân âm kém, hỏa vượng dùng các bài Hoàng liên a giao thang, Chu sa thần hoàn, Thiên vương bổ tâm đan. Mất ngủ do khí của Tâm và Đờm hư: Toan táo nhân thang hoặc bài An thần định trí hoàn. Mất ngủ do Vị không điều hòa do đờm hỏa ngăn chặn dùng bài: Ôn đờm thang, bán hạ truật mễ thang. Thức ăn trệ lại không tiêu: Bảo hoà hoàn. Sau khi ốm dậy mà không ngủ được: Quy Tỳ thang. Do huyết hư can nhiệt: Bách hổ phách đa mị hoàn. Tâm Thận không giao nhau dùng bài Giao thái hoàn hoặc Triệu thị tử linh thang để bồi bổ trung tiêu, ích tinh, mạnh sự ăn uống, giao thông Tâm Thận [32],[35].

1.4. Điều trị mất ngủ không thực tổn bằng thể châm

1.4.1. Định nghĩa phương pháp thể châm

Thể châm là một hình thức của châm cứu. Thể châm dùng kim châm tác động vào huyết, thông qua các tác động cơ học, lý học, hoặc hóa học kích thích vào những điểm trên cơ thể con người gọi là huyết nhằm mục đích điều hòa âm dương, khí huyết, duy trì sự hoạt động bình thường của cơ thể, qua đó phòng và điều trị một số bệnh [36],[37].

1.4.2. Cơ sở khoa học của phương pháp thể châm

1.4.2.1. Theo Y học hiện đại

Thể châm là một hình thức của châm cứu nên tác dụng tương tự khi châm tạo ra kích thích gây ra một cung phản xạ 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 [36].

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

(Trong đó C = cổ; L = thắt lưng; S = cụt)

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
Tuyến vú	D4-D5

1.4.2.2. Theo Y học cổ truyền

Theo YHCT sự mất cân bằng về âm dương sẽ dẫn đến sự phát sinh ra bệnh tật vì vậy nguyên tắc điều trị chung là điều hòa (lập lại) sự cân bằng âm dương. Trong châm cứu, muốn đánh đuổi tà khí (tác nhân gây bệnh), nâng cao chính khí (sức đề kháng cơ thể) thì phải tùy thuộc vào vị trí nông sâu của bệnh, trạng thái hàn nhiệt, hư thực của người bệnh để vận dụng dùng châm hay cứu, dùng phép châm bổ hay châm tả.

Hệ kinh lạc gồm những đường kinh (thẳng) nối từ tạng phủ ra ngoài da và những đường lạc (ngang) nối liền các đường kinh.

Nếu tạng phủ nào có bệnh sẽ có những thay đổi bệnh lý ở đường kinh mang tên, biểu hiện bên ngoài bằng các triệu chứng lâm sàng riêng biệt. Người ta sẽ dùng các huyệt trên kinh đó để điều chỉnh công năng của tạng phủ đó [36].

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: người bệnh đang sốt cao, sức đề kháng giảm, phụ nữ có thai. Tránh châm vào những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da. Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa... [9],[8],[37].

1.4.4. Tác dụng của nhóm huyết điều trị

Nhóm huyết có tác dụng an thần gây ngủ gồm: Nội Quan, Thần Môn, Tam Âm Giao, Thái Khê, đã được nghiên cứu mang lại kết quả điều trị tốt như nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng năm 2019 [38].

- Nội Quan (PC.6) theo quan điểm Y học cổ truyền, Nội quan là một huyết lạc của kinh Thủ quyết âm Tâm bào. Kinh thủ quyết âm Tâm bào có quan hệ biểu lý với kinh Tâm, mà Tâm chủ chi quan có nghĩa là hoạt động chức năng của nó ảnh hưởng đến tất cả các tạng phủ khác, trong đó quan trọng nhất là quản lý về tinh thần, ý chí và tư duy con người. Chức năng và những biến đổi về chức năng của kinh Tâm và thủ quyết âm Tâm bào gần giống như nhau. Huyết Nội quan được sử dụng trong những trường hợp bệnh lý theo những kinh nghiệm của người xưa với tác dụng chính là an thần, giảm đau [39].

+ Vị trí: Từ chính giữa lằn chỉ cổ tay đo lên phía trên 2 thốn, giữa khe của gân cơ gan tay lớn và gân cơ gan tay bé.

+ Giải phẫu, thần kinh: Dưới huyết là khe giữa gân cơ gan tay lớn và gân cơ gan tay bé, gân cơ gấp dài ngón tay cái, gân cơ gấp chung ngón tay nông và sâu, cơ sấp vuông, màng gian cốt quay và trụ. Thần kinh vận động cơ là các nhánh của dây thần kinh giữa và các nhánh của dây thần kinh trụ. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh C7.

+ Tác dụng: Định tâm, an thần, chữa mất ngủ, đau vùng trước ngực, khó thở, nôn...

- Thần môn (H.7) là nguyên huyết của Thủ thiếu âm Tâm kinh, là huyết du thô, “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 [40].

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

+ Giải phẫu, thần kinh: dưới huyết là gân cơ trụ trước, xương đậu và xương tháp. Thần kinh vận động cơ là nhánh của dây thần kinh trụ. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh C8.

+ 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) Thuộc du huyết của Túc Thái âm Tỳ kinh, 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 [40].

+ 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.

+ Giải phẫu, thần kinh: Dưới huyết là bờ sau trong xương chày, bờ trước cơ gấp dài các ngón chân và cơ căng chân sau; Mạch máu là tĩnh mạch lớn dưới da, động mạch và tĩnh mạch chày sau. Thần kinh bề mặt nông, thần kinh bì căng chân giữa; ở sâu, ở phía sau, dây thần kinh chày. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh L4.

+ 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...

- Thái Khê (KI.3) là huyết nguyên của kinh Túc thiếu âm Thận, có tác dụng tăng cường chức năng Thận, điều trị đau đầu, mệt mỏi, mất ngủ, tiểu tiện nhiều lần, lưng gối đau mỏi [40].

+ Giải phẫu, thần kinh: Dưới da là khe giữa gân gót chân ở sau, gân cơ gấp dài ngón chân cái, gân cơ gấp chung các ngón chân và gân cơ căng chân sau, ở trước mặt trong – sau đầu dưới xương chày. Thần kinh vận động cơ là các nhánh của dây thần kinh chày sau. Da vùng huyết chi phối bởi tiết đoạn thần kinh L5.

+ Vị trí: Từ lồi cao mắt cá trong đo ra sau 0,5 thốn, huyết nằm trên gân gót.

+ Tác dụng: Điều trị đau răng, đau họng, ù tai, khó thở, hen, di tinh, liệt dương, đau lưng, mất ngủ.

1.5. Tổng quan về phương pháp dưỡng sinh và thở 4 thì của Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng

1.5.1. Định nghĩa phương pháp dưỡng sinh

Phương pháp dưỡng sinh là một phương pháp tự lực cánh sinh, tự mình tập luyện cho mình nhằm 4 mục đích:

- Bồi dưỡng sức khỏe
- Phòng bệnh
- Trị bệnh mạn tính
- Tiến tới sống lâu và sống có ích [41],[42].

1.5.2. Cơ sở khoa học của phương pháp dưỡng sinh

Phương pháp dưỡng sinh xây dựng dựa trên cơ sở truyền thống y học của ông cha ta và kết hợp cái hay của y học phương Đông [42],[43].

Sách Nội kinh nói: “Thánh nhân chữa khi chưa có bệnh, không để bệnh phát ra rồi mới chữa, trị khi nước chưa có loạn, không đợi khi có loạn rồi mới trị. Phàm sau khi bệnh đã thành rồi mới dùng thuốc, loạn đã thành rồi mới lo dẹp, cũng ví như khát mới đào giếng, khi chiến đấu mới đúc binh khí thì chẳng

phải muộn rồi”. Đây là ý thức phòng bệnh của người xưa dùng sức ít mà thành công nhiều.

Tuệ Tĩnh, danh y Việt Nam thế kỉ XIV đã tổng kết cơ sở lý luận của phương pháp dưỡng sinh Việt Nam

“Bế tinh, dưỡng khí, tồn thần

Thanh tâm quả dục, thủ chân luyện hình”.

Tạm dịch nghĩa là: Giữ tinh, dưỡng khí, bảo tồn thần khí, giữ cho lòng trong sạch, thanh tâm, hạn chế dục vọng, giữ gìn chân khí, luyện tập thân thể [44].

1.5.3. Các phép của phương pháp dưỡng sinh.

Phương pháp dưỡng sinh có 8 phép:

- Phép thư giãn: Để cho tinh thần không căng thẳng bằng cách buông lỏng toàn bộ cơ thể
- Phép thở: Để giúp cho sự lưu thông của khí huyết
- Phép luyện thái độ tâm thần trong cuộc sống: Để biết cách luyện thân kinh, làm chủ thân kinh, luôn bình tĩnh
- Phép ăn uống: Để biết ăn cho khoa học, đủ chất, đủ lượng
- Tự xoa bóp bấm huyệt: Để làm cho khí huyết lưu thông và chống xơ cứng tuổi già
- Phép điều hòa lao động, giải trí, nghỉ ngơi, ngủ
- Phép vệ sinh, bảo vệ con người
- Quy luật sống lâu và sống có ích [42].

1.5.4. Xuất xứ và nội dung phương pháp dưỡng sinh của BS Nguyễn Văn Hưởng

*** Xuất xứ:**

Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng là người sáng lập ra phương pháp dưỡng sinh, là người thầy đầu tiên làm Viện trưởng Viện Nghiên Cứu Đông y Việt

Nam và sau là Bộ Trưởng Bộ Y Tế. Cùng với tập thể những người có lòng say mê khoa học. Ông đã xây dựng bài tập dưỡng sinh kết hợp 2 nền y học: Y học cổ truyền với Y học hiện đại dựa trên cơ sở:

+ Kế thừa và tiếp thu có khoa học những phương pháp luyện tập dưỡng sinh lâu đời của ông cha ta và tham khảo các phương pháp của nhiều quốc gia trên thế giới như: Yoga của Ấn Độ, Xoa bóp, Khí công của Trung Quốc, cách thư giãn của Schultz người Đức...

+ Phân tích đánh giá cơ chế tác động của phép dưỡng sinh một cách khoa học dựa trên học thuyết Páp- Lốp.

Từ những cơ sở khoa học về lý luận và thực tiễn, Ông đã thành công xây dựng bài tập dưỡng sinh kết hợp kinh nghiệm của nền YHCT với YHHĐ.

Đây là bài tập tổng hợp toàn diện bao gồm luyện thư giãn, luyện thở, luyện vận động đến chế độ ăn uống nghỉ ngơi, vệ sinh. Phương pháp dưỡng sinh của Ông không những góp phần hiệu quả trong điều trị nhiều bệnh mạn tính mà còn đóng vai trò quan trọng trong công tác phòng bệnh, nâng cao sức khỏe cho nhân dân.

Rất nhiều tác giả khác đã nghiên cứu phương pháp dưỡng sinh của BS Nguyễn Văn Hưởng trên thiếu năng tuần hoàn não, bệnh phổi mạn tính, rối loạn lipid máu, các chỉ số huyết học, sinh hóa...đều cho kết quả tốt sau tập dưỡng sinh.

Hiện nay phương pháp dưỡng sinh của BS Nguyễn Văn Hưởng được áp dụng rộng rãi trong toàn quốc nhằm chữa bệnh mạn tính, tăng thải độc, phòng bệnh và nâng cao sức khỏe cộng đồng [42],[45].

* Các bước trong phương pháp dưỡng sinh của BS Nguyễn Văn Hưởng:

Trong phương pháp dưỡng sinh của BS Nguyễn Văn Hưởng, các bước luyện tập bao gồm: 3 bước cơ bản và 4 bước theo trọng tâm khác nhau tùy thuộc vào bệnh lý của từng bệnh nhân, yếu phần nào thì tập phần đó.

Về việc luyện thở, thuộc bước 2 trong các bước cơ bản luyện tập, đó thực chất là phép thở 4 thì: hai thì dương và hai thì âm, có kê mông và giờ chân dao động [43],[42].

1.6. Điều trị mất ngủ không thực tổn bằng phương pháp thở 4 thì của BS Nguyễn Văn Hưởng.

1.6.1. Ảnh hưởng của thở sâu lên hệ hô hấp, hệ tuần hoàn và hệ thần kinh.

- Đối với hệ hô hấp, thở sâu có tác dụng:

- + Đưa được nhiều dưỡng khí vào tận đáy phổi và đỉnh phổi
- + Luyện các cơ liên sườn, cơ hoành
- + Chống lại hiện tượng xơ cứng các khớp tại lồng ngực
- + Hạn chế được sức thở bị giảm theo tuổi tác

- Đối với hệ tuần hoàn:

- + Khi thở sâu áp suất ở trong lồng ngực trở nên âm hơn, do đó máu về tim, phổi dễ dàng hơn
- + Đồng thời cơ hoành hạ thấp làm áp suất trong ổ bụng tăng lên, thúc đẩy máu đi tới trong tĩnh mạch về tim, tạo nên tác dụng xoa bóp nội tạng
- + Khi khí vào phổi tối đa đồng thời máu cũng lên phổi tối đa, chức năng tuần hoàn sẽ rất thuận lợi
- + Quá trình trao đổi khí oxy và cacbonic được thuận lợi hơn

- Đối với hệ thần kinh:

- + Khi khí huyết lưu thông thì tế bào thần kinh được nuôi dưỡng tốt
- + Khi hưng phấn tập trung vào việc luyện thở thì các vùng khác ở vỏ não được nghỉ ngơi
- + Hệ hô hấp có trung khu thần kinh gần với các trung tâm thần kinh thực vật khác như tuần hoàn, tiêu hóa; nên khi luyện thở điều hòa sẽ ảnh hưởng tốt đến các trung tâm thần kinh đó
- + Hít vào có tác dụng làm hưng phấn hệ thần kinh giao cảm

+ Thở ra có tác dụng làm hưng phấn hệ thần kinh phó giao cảm [46],[47].

1.6.2. Định nghĩa phương pháp thở 4 thì của BS Nguyễn Văn Hưởng.

Là một phép luyện tổng hợp về khí (hô hấp), huyết (tuần hoàn), thần (thần kinh) trong đó luyện thần kinh là chủ yếu, điều hòa hai quá trình hưng phấn và ức chế; nhằm mục đích ngủ tốt, đồng thời làm cho khí huyết lưu thông [42].

1.6.3. Tác dụng của tư thế nằm có kê mông và giơ chân.

- Kê một gối ở mông cao khoảng 5-8 cm, làm cho trọng lượng của tạng phủ đè vào cơ hoành, do đó khi hít vào cơ hoành sẽ phải gắng sức hơn vì có trở ngại; đó là cách luyện tập cơ hoành.

- Giơ chân luân phiên từng chân cao khoảng 20 cm để luyện cơ bụng cho rắn chắc, đồng thời tăng tác dụng xoa bóp nội tạng ở thì giữ hơi [42].

1.6.4. Công thức thở 4 thì theo phương pháp của BS Nguyễn Văn Hưởng

Tư thế: nằm ngửa thẳng, kê một gối ở mông (không phải ở thắt lưng), cao thấp tùy sức khoảng từ 5-8 cm, tay trái để trên bụng để theo dõi bụng phình lên và xẹp xuống, tay phải để trên ngực để theo dõi ngực nở lên xẹp xuống



Hình 1.1. Tư thế nằm thẳng

- Thì một: hít vào đều, sâu, tối đa, ngực nở, bụng phình và căng cứng. Thời gian bằng 1/4 hơi thở (hít ngực bụng nở)

- Thì hai: giữ hơi, mở thanh quản bằng cách liên tục hít thêm, đồng thời giơ một chân dao động qua lại, cuối thời hai hạ chân xuống. Thời gian bằng 1/4 hơi thở (giữ hơi hít thêm)
 - Thì ba: thở ra, tự nhiên thoải mái, không kìm, không thúc. Thời gian bằng 1/4 hơi thở (nghỉ nặng ấm thân)
 - Thì 4: nghỉ, thư giãn, chân tay nặng ấm. Chuẩn bị trở lại thì một. Thời gian bằng 1/4 hơi thở (nghỉ nặng ấm thân)
- Tổng thời gian thở : 20 phút [42].

1.7. Một số nghiên cứu 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 [48].

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 [49]

Năm 2008, nghiên cứu đặc điểm lâm sàng RLGN trong mối liên quan đến stress của Lý Duy Hưng trên 51 bệnh nhân ở Viện sức khỏe tâm thần cho thấy, RLGN ở những bệnh nhân liên quan đến stress 100% là mất ngủ, thời gian ngủ được trung bình mỗi đêm ngắn ($3,6 \pm 0,2$ giờ), 100% bệnh nhân biểu hiện mệt mỏi khi thức giấc, điểm trung bình thang PSQI là $15,5 \pm 0,4$. Mất ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress (RLLQS) xảy ra trước hoặc cùng các triệu chứng khác của bệnh. RLLQS chủ yếu là mất ngủ (100%), nhất là mất ngủ đơn thuần và biểu hiện ở cả 3 giai đoạn của giấc ngủ (80,4%) [50].

Đoàn Văn Minh (2011) đánh giá tác dụng của điện châm nhóm huyết Nội quan, Thần môn, Tam âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tổn 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% [51].

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 [52].

Đỗ Như Dân (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 [53].

Đình 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% [54].

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 21 ngày nhĩ châm kết hợp thể châm tăng lên 91,11%, tỷ lệ bệnh nhân không còn RLGN là 63,3% [55].

Chương 2

CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

Công thức huyết

- Công thức huyết thể châm gồm: Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Thái khê 2 bên [56],[57].

- Phương pháp thở 4 thì của bác sĩ Nguyễn Văn Hương [42].

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Kim châm cứu: là kim thép vô khuẩn dùng một lần AIK có đường kính 0,2 - 0,3 mm, chiều dài 4 – 6 cm, của Công ty dược Hải Nam, Việt Nam.

- Bông vô trùng, cồn 70⁰, kẹp có máu, khay quả đậu.

- 01 gối kê hông, 01 gối kê đầu chiều cao 5-8 cm.

- Ống nghe, huyết áp kế.

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

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân từ 18 tuổi được chẩn đoán rối loạn giấc ngủ không thực tồn đến khám và điều trị tại Bệnh viện YHCT Long An thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được trình bày dưới đây:

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học hiện đại

- Mất ngủ không thực tồn theo ICD 10 - CM: F51.01 và theo tiêu chuẩn của Cẩm nang chẩn đoán và thống kê rối loạn tâm thần, phiên bản thứ 5 (DSM-5).

- Điểm tổng cộng của thang Pittsburgh > 5 (trình bày tại phụ lục 2).

- Bệnh nhân tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền

Trong nghiên cứu này chúng tôi dựa theo phương pháp khám (tứ chẩn) để quy nạp theo các hội chứng và chọn bệnh nhân thể *Tâm Tỳ hư* và thể *Tâm Thận bất giao*, là hai thể thường gặp trên lâm sàng với biểu hiện như sau:

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.
Vấn	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 bé.	Tâm phiền, mất ngủ, hay mê, nam giới di tinh, lưng ù 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 sắc.

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có khả năng trả lời câu hỏi
- Bệnh nhân đang sử dụng các phương pháp khác điều trị mất ngủ.
- Bệnh nhân không tuân thủ liệu trình điều trị.
- Bệnh nhân có trầm cảm, lo âu bệnh lý.
- Bệnh nhân mất ngủ do bệnh thực tổn.
- Phụ nữ có thai

2.3. Địa điểm và thời gian tiến hành nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền Long An
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 11 năm 2022

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị, đánh giá tác dụng của phương pháp can thiệp trên 2 thể Tâm Tỳ hư và Tâm Thận bất giao

2.4.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu thuận tiện gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán có mất ngủ không thực tồn đáp ứng tiêu chuẩn chọn lựa nghiên cứu và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ.

2.4.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.4.3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

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

2.4.3.2. Các chỉ tiêu lâm sàng

- Thời gian đi vào giấc ngủ: Thời gian bắt đầu đi ngủ đến khi ngủ được (phút).
- Thời lượng giấc ngủ: Là thời gian ngủ được, đơn vị tính theo giờ/đêm.
- Hiệu quả giấc ngủ (hiệu suất) = $\frac{\text{Số giờ ngủ}}{\text{Số giờ nằm trên giường}} \times 100\%$.
- Rối loạn giấc ngủ: Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc dậy quá sớm lúc buổi sáng (số lần /tuần).
- Chất lượng giấc ngủ: Đánh giá theo chủ quan bệnh nhân gồm 4 mức độ: tốt, khá, trung bình, kém.

- + 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.

- Tình trạng buổi sáng được đánh giá theo các mức độ sau:

- + Tốt: Sau khi ngủ dậy thấy cơ thể thoải mái, mệt nhọc biến mất, vẻ mặt tươi tỉnh.
- + Cải thiện: Sau khi ngủ dậy thấy cơ thể thoải mái nhưng vẻ mặt còn mệt mỏi.
- + Không đổi: Sau khi ngủ dậy không đem lại sức lực và tươi tỉnh, mệt mỏi, hay ngáp vặt.
- + Nặng: Sau khi ngủ dậy thấy cơ thể mệt mỏi hơn, dáng vẻ chậm chạp hơn.

- Những rối loạn trong ngày

Các chỉ tiêu trên đánh giá tại các thời điểm D_0 , D_7 , D_{14} , D_{21}

- Các triệu chứng thứ phát sau mất ngủ: mệt mỏi, giảm chú ý, lo lắng, hay quên đánh giá tại thời điểm D_0 , D_{21}
- Tổng điểm PSQI: là tổng điểm của 7 yếu tố được đánh giá tại thời điểm D_0 , D_{21}

2.4.4. 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.

2.4.5. 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.

2.4.6. Phương pháp đánh giá kết quả

2.4.6.1. Đánh giá dựa theo thang điểm Pittsburgh

Đánh giá bằng thang điểm Pittsburg: Thang gồm 7 thành tố có cách cho điểm cho từng thành tố: Thời lượng giấc ngủ, thời gian vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ, rối loạn trong giấc ngủ, rối loạn ban ngày, việc sử dụng thuốc ngủ, tự đánh giá chất lượng giấc ngủ. Đánh giá từng thành tố trong thang PSQI được chia ra các mức độ:

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

Và đánh giá tác dụng cải thiện theo điểm của từng thành tố, điểm tổng cộng của 7 thành tố:

- + Điểm càng cao mức độ cải thiện giấc ngủ càng kém (PSQI > 5: Có RLGN).
- + Điểm càng thấp mức độ cải thiện giấc ngủ càng tốt (PSQI ≤ 5: Không RLGN).

RLGN).

2.4.7. Quy trình nghiên cứu

2.4.7.1. Quy trình điều trị

* Cả 2 nhóm đều được thể châm các huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Thái khê 2 bên kết hợp với phương pháp thở 4 thì của bác sĩ Nguyễn Văn Hương.

* Kỹ thuật

- *Kỹ thuật châm:*

Bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái, hai tay để ngửa. Châm kim lên huyết phải chính xác, nhẹ nhàng, đạt đặc khí, khi châm xong bệnh nhân thấy tức nặng vùng huyết.

+ Kỹ thuật cơ bản:

Trên các chi, sát trùng da vùng huyết, tay trái căng da, tay phải cầm kim châm nhanh qua da vào đúng giữa huyết, từ từ đẩy kim tới huyết cho đến khi đạt được cảm giác “đặc khí” (bệnh nhân có cảm giác tê, tức. Thầy thuốc dùng ngón tay lay nhẹ vào đốc kim cảm thấy kim bị nút chặt). Châm cả hai bên.

Châm bổ các huyết Nội quan, Thần môn, Tam âm giao. Mũi kim hướng thuận chiều đường kinh.

Thời gian lưu kim: 25-30 phút/ lần/ ngày.

Liệu trình điều trị: châm 5 ngày trong 1 tuần (trừ thứ 7, chủ nhật), trong 3 tuần.

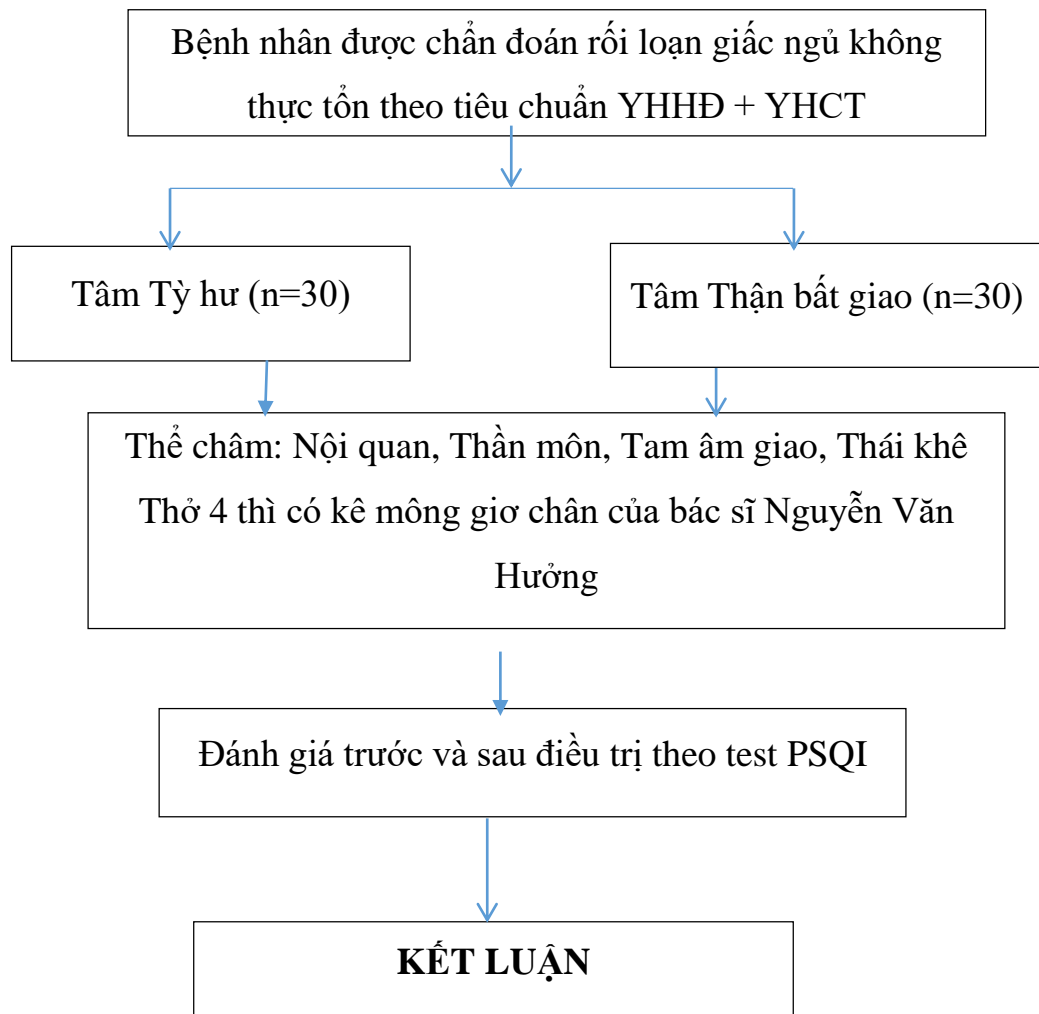
* *Phương pháp thử 4 thì của BS Nguyễn Văn Hương.*

- Địa điểm tiến hành: Tại giường bệnh nội trú
- Thời gian: mỗi lần tập 20 phút, mỗi ngày tập 1 lần trong 21 ngày
- Kỹ thuật (trình bày tại mục 1.6.4)

2.4.7.2. 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 và theo dõi hàng ngày.
- Bệnh nhân điều trị nội trú và được ghi chép đầy đủ, chặt chẽ diễn biến bệnh hàng ngày và kiểm soát sự tuân thủ điều trị trong suốt quá trình điều trị.

Quy ước thời điểm đánh giá: Trước khi điều trị (D₀); sau điều trị 7 ngày (D₇); sau điều trị 14 ngày (D₁₄), sau điều trị 21 ngày (D₂₁).



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

2.5. 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. (có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p \geq 0,05$).

2.6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được thông qua hội đồng đề cương Thạc sỹ Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam.

- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, được giải thích rõ ràng trước và trong khi nghiên cứu.
- Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.
- Nghiên cứu mang lại lợi ích thiết thực trong điều trị cho bệnh nhân, đảm bảo các chế độ chăm sóc điều trị.
- Kim thể châm và thủ thuật đảm bảo vô trùng.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

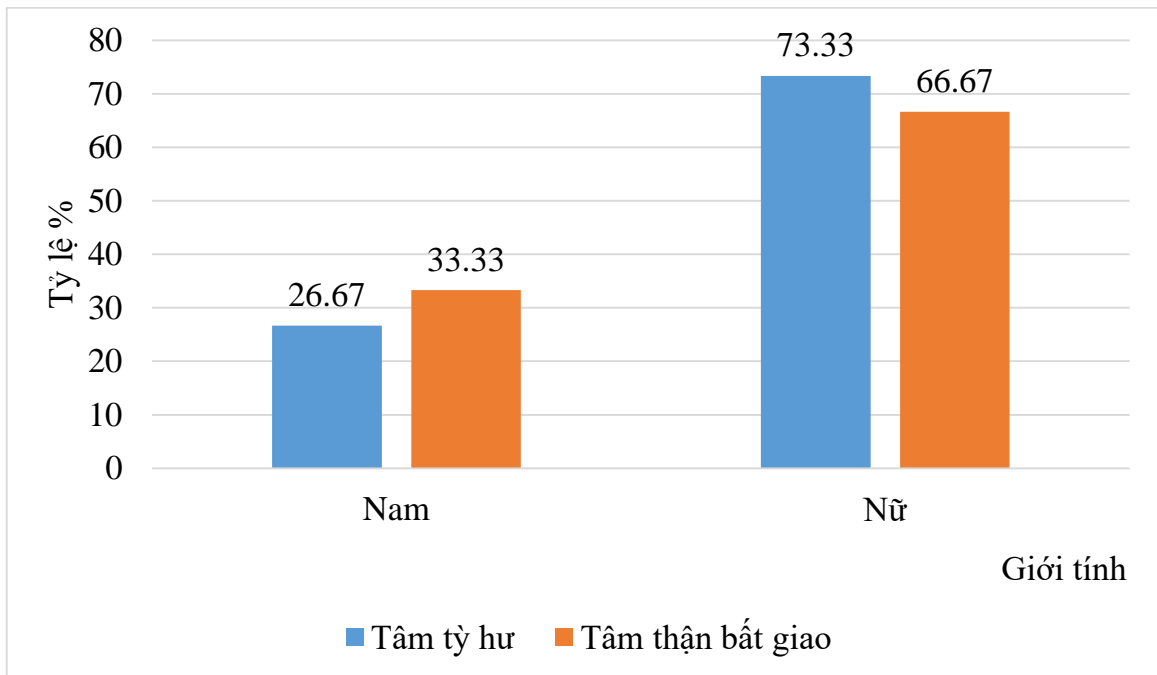
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Phân bố tuổi, giới tính và thời gian mất ngủ trung bình của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Thể bệnh Nhóm tuổi	Tâm tỳ hư (1) (n,%)	Tâm thận bất giao (2) (n,%)	P ₁₋₂
≤ 39	0 (0)	0 (0)	> 0,05
40 – 49	2 (6,66)	0 (0)	
50 – 59	12 (40,00)	13 (43,33)	
60 – 69	8 (26,67)	8 (26,67)	
≥ 70	8 (26,67)	9 (30,00)	
Tuổi TB ($\bar{X} \pm SD$)	62,37 ± 10,98	64,00 ± 10,14	> 0,05

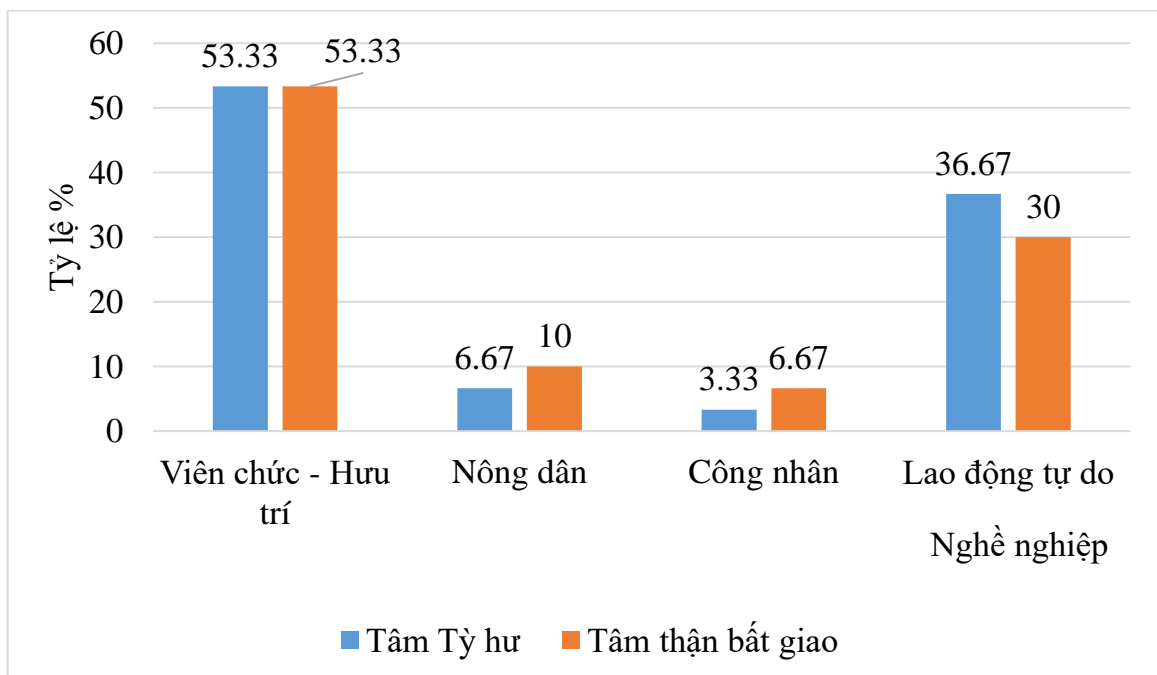
Nhận xét: bệnh nhân mất ngủ tập chung ở độ tuổi từ 50 trở lên chiếm tỷ lệ cao ở cả hai thể bệnh. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhóm tuổi của hai thể bệnh với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: Trên cả hai thể bệnh, rối loạn giấc ngủ gặp nhiều ở nữ hơn nam giới. Không có sự khác biệt về giới tính khi so sánh hai thể bệnh với nhau ($p > 0,05$).

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



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nghề nghiệp của bệnh nhân mất ngủ ở hai thể bệnh ($p>0,05$). Nhóm nghề nghiệp viên chức – Hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai thể chiếm 53,33%.

Bảng 3.2. Đặc điểm hôn nhân và hoàn cảnh gia đình

Thể bệnh		Tâm tý hư		Tâm thận bất giao	
		n	%	n	%
Hôn nhân	Chưa kết hôn	0	0	0	0
	Đã kết hôn	30	100	30	100
	Ly thân, ly dị	0	0	0	0
	Góa	0	0	0	0
Hoàn cảnh	Sống cùng gia đình	30	100	30	100
	Sống cô đơn	0	0	0	0
	Khác	0	0	0	0

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tình trạng hôn nhân và hoàn cảnh gia đình ở hai thể bệnh ($p>0,05$).

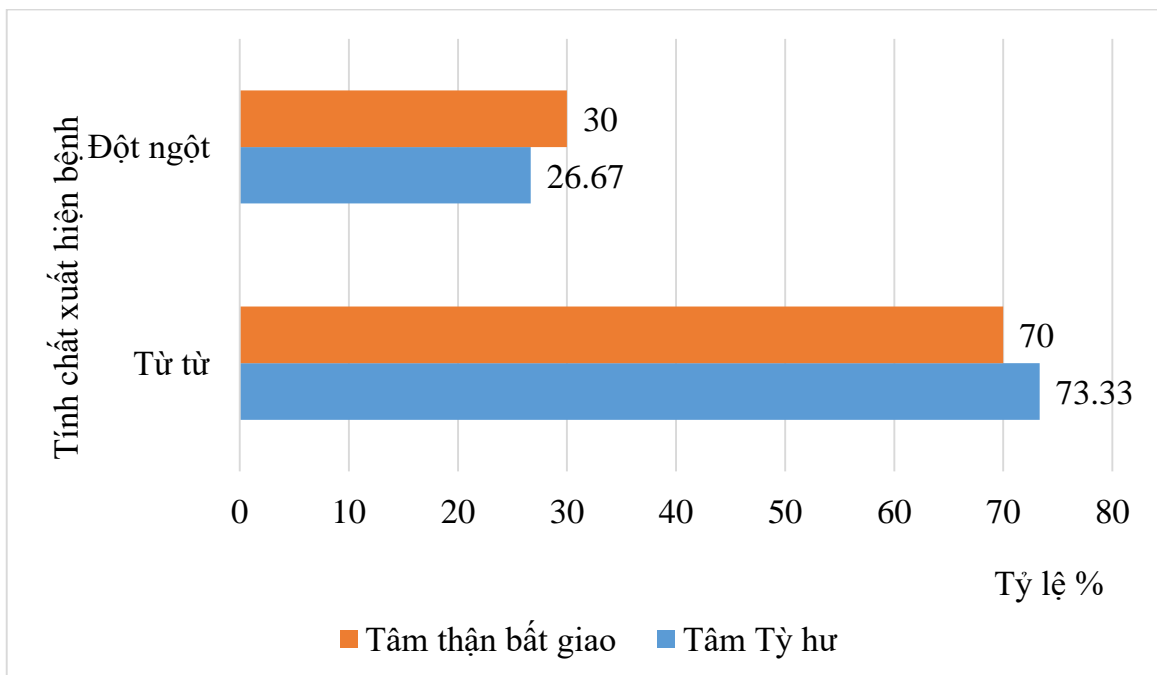
3.1.3. Các yếu tố thúc đẩy mất ngủ

Bảng 3.3. Các yếu tố thúc đẩy mất ngủ

Yếu tố	Tâm tý hư (1)		Tâm thận bất giao (2)	
	n	%	n	%
Biến cố gia đình	12	40,00	15	50,00
Biến cố công việc	16	53,33	13	43,33
Thiệt hại kinh tế	0	0	0	0
Khác	2	6,67	2	6,67
Không có yếu tố	2	6,67	0	0
P_{1-2}	$>0,05$			

Nhận xét: bệnh nhân có ảnh hưởng về biến cố công việc và gia đình dẫn đến mất ngủ chiếm tỷ lệ nhiều nhất ở cả 2 thể bệnh. Không có sự khác biệt về các yếu tố thúc đẩy mất ngủ ở 2 thể bệnh với $p > 0,05$.

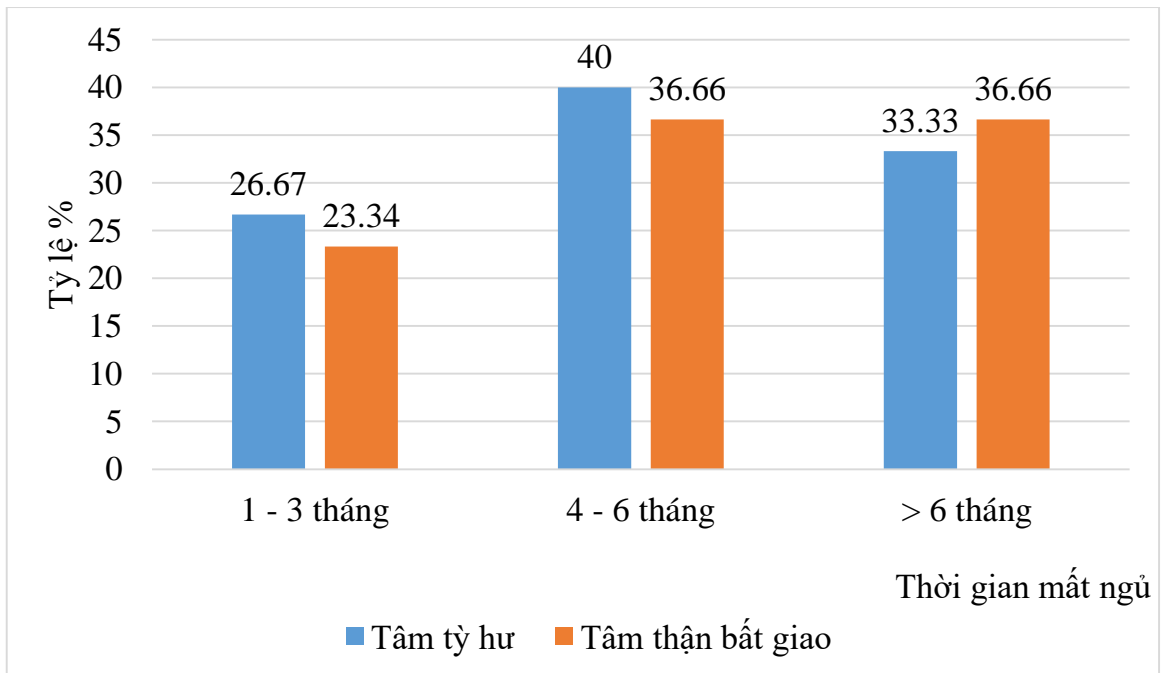
3.1.4. Tính chất xuất hiện bệnh



Biểu đồ 3.3. Tính chất xuất hiện bệnh

Nhận xét: ở cả 2 thể bệnh, bệnh nhân đều xuất hiện mất ngủ từ từ chiếm tỷ lệ cao từ 70 – 73,33%.

3.1.5. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh



Biểu đồ 3.4. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Nhận xét: thời gian mất ngủ của bệnh nhân từ 4 – 6 tháng hoặc >6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai thể bệnh. Phân bố thời gian mắc bệnh ở 2 thể khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Tác dụng của phương pháp thở bốn thì có kê móng và giờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng kết hợp thể châm điều trị mất ngủ không thực tổn

3.2.1. Thay đổi chất lượng giấc ngủ đánh giá theo chủ quan của bệnh nhân

Bảng 3.4. Mức độ cải thiện chất lượng giấc ngủ

Thể bệnh	CLGN	D ₀		D ₇		D ₁₄		D ₂₁	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tâm tỳ hư (1)	Tốt	0	0	0	0	1	3,33	13	43,33
	Khá	0	0	2	6,67	28	93,33	17	56,67
	Trung bình	9	30,00	24	80,00	2	3,33	0	0
	Kém	21	70,00	4	13,33	0	0	0	0
Tâm thận bất giao (2)	Tốt	0	0	0	0	0	0	9	30,00
	Khá	0	0	4	13,33	30	100	20	66,67
	Trung bình	10	33,33	24	80,00	0	0	0	0
	Kém	20	66,67	2	6,67	0	0	1	3,33
P ₁₋₂		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Nhận xét:

Trước điều trị 100% bệnh nhân đều có chất lượng giấc ngủ kém và trung bình (trong đó chất lượng giấc ngủ kém chiếm tỷ lệ cao ở cả hai thể bệnh).

Sau 21 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả chất lượng giấc ngủ khá và tốt ở cả 2 thể là 43,33% và 56,67% ở thể bệnh Tâm tỳ hư, tỷ lệ này ở thể Tâm thận bất giao là 30% và 66,67%, thể Tâm thận bất giao có 1 bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém. Tuy nhiên, sự khác biệt về chất lượng giấc ngủ sau các giai đoạn điều trị của 2 thể không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.2. Thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ

Bảng 3.5. Thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ theo các giai đoạn điều trị

Thể bệnh	Thời gian (Phút)	D ₀		D ₇		D ₁₄		D ₂₁	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tâm tý hư (1)	< 15	0	0	0	0	0	0	3	10,00
	16-30	0	0	0	0	8	26,67	27	90,00
	31-60	14	46,67	19	63,33	22	73,33	0	0
	> 60	16	53,33	11	36,67	0	0	0	0
Tâm thận bất giao (2)	< 15	0	0	0	0	0	0	1	3,33
	16-30	0	0	0	0	3	10,00	29	96,67
	31-60	13	43,33	21	70,00	27	90,00	0	0
	> 60	17	56,67	9	30,00	0	0	0	0
P ₁₋₂		> 0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Nhận xét:

- Trước điều trị, thời gian đi vào giấc ngủ của bệnh nhân ở cả 2 thể bệnh trên 60 phút chiếm tỷ lệ cao, khác biệt giữa 2 thể không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Có sự rút ngắn thời gian đi vào giấc ngủ sau 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày điều trị. Hiệu quả cải thiện thời gian đi vào giấc ngủ của 2 thể bệnh là tương đương nhau ($p > 0,05$).

3.2.3. Thay đổi thời lượng giấc ngủ

Bảng 3.6. Thời lượng ngủ mỗi đêm trước và sau khi điều trị

Thời gian Nhóm	D ₀ $\bar{X} \pm SD$ (giờ)	D ₇ $\bar{X} \pm SD$ (giờ)	D ₁₄ $\bar{X} \pm SD$ (giờ)	D ₂₁ $\bar{X} \pm SD$ (giờ)	P _{trước-sau}
Tâm tỳ hư (1)	3,95±0,53	4,28±0,57	5,87±0,47	6,55±0,27	P _{D0-D7} >0,05 P _{D0-D14} <0,05 P _{D0-D21} <0,05
Tâm thận bất giao (2)	4,00±0,54	4,33±0,42	5,87±0,43	6,40±0,36	P _{D0-D7} >0,05 P _{D0-D14} <0,05 P _{D0-D21} <0,05
P(1-2)	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	

Nhận xét: trước điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình của hai thể khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 7 ngày điều trị, sự cải thiện thời lượng giấc ngủ ở cả 2 thể bệnh tương đương nhau. Tuy nhiên, khác biệt so với trước điều trị chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 14 ngày và 21 ngày điều trị, không có sự khác biệt về hiệu quả cải thiện chất lượng giấc ngủ của hai thể bệnh. Khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa với $p < 0,05$.

3.2.4. Thay đổi hiệu quả giấc ngủ theo các giai đoạn điều trị

Bảng 3.7. Hiệu quả giấc ngủ theo các giai đoạn điều trị

Thể bệnh	HQGN (%)	D ₀		D ₇		D ₁₄		D ₂₁	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tâm tỳ hư (1)	< 65	30	100	26	86,67	0	0	0	0
	65-74	0	0	4	13,33	4	13,33	0	0
	75-84	0	0	0	0	20	66,67	10	33,33
	≥ 85	0	0	0	0	6	20,00	20	66,67
Tâm thận bất giao (2)	< 65	30	100	29	96,67	0	0	0	0
	65-74	0	0	1	3,33	10	33,33	0	0
	75-84	0	0	0	0	17	56,67	13	43,33
	≥ 85	0	0	0	0	3	10,00	17	56,67
P ₁₋₂		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Trước điều trị, 100% bệnh nhân thuộc hai thể bệnh đều có giấc ngủ kém (<65%). Sau điều trị 7 ngày, 14 ngày, hiệu quả giấc ngủ tăng dần, sau 21 ngày điều trị thể Tâm tỳ hư có 66,67% bệnh nhân có hiệu quả giấc ngủ >85%, thể Tâm thận bất giao có 56,67% hiệu quả giấc ngủ đạt >85%. Hiệu quả của thể Tâm tỳ hư có xu hướng cao hơn thể tâm thận bất giao, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2.5. Tác dụng điều trị đối với các hình thái rối loạn giấc ngủ

Bảng 3.8. Hiệu quả làm giảm biểu hiện thức giấc sớm

Thể bệnh	TGS (Lần/tuần)	D ₀		D ₇		D ₁₄		D ₂₁	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tâm tỳ hư (1)	0	0	0	0	0	1	3,33	11	36,67
	1	0	0	1	3,33	22	73,33	19	63,33
	2	8	26,67	19	63,33	7	23,33	0	0
	≥3	22	73,33	10	33,34	0	0	0	0
Tâm thận bất giao (2)	0	0	0	0	0	0	0	10	33,33
	1	0	0	0	0	25	83,33	20	66,67
	2	10	33,33	26	86,67	5	16,67	0	0
	≥3	20	66,67	4	13,33	0	0	0	0
P ₁₋₂		>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Nhận xét: có sự cải thiện tình trạng thức giấc sớm của người bệnh sau các giai đoạn điều trị ở cả hai thể bệnh trước và sau điều trị ($p < 0,05$). Hiệu quả cải thiện tình trạng thức giấc sớm của 2 thể bệnh là tương tự nhau.

Bảng 3.9. Rối loạn trong ngày

Thể bệnh	RLTN (lần/tuần)	D ₀		D ₇		D ₁₄		D ₂₁	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Thể Tâm tỳ hư (1)	0	0	0	0	0	2	6,67	13	43,33
	1	0	0	2	17,8	28	93,33	17	56,67
	2	26	86,67	27	90,00	0	0	0	0
	≥3	4	13,13	1	3,33	0	0	0	0
Thể Tâm thận bất giao (2)	0	0	0	0	0	1	3,33	8	26,67
	1	1	3,33	7	23,33	29	96,67	22	73,33
	2	27	90,00	23	76,67	0	0	0	0
	≥3	2	6,67	0	0	0	0	0	0
P ₁₋₂		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Sau điều trị, cả 2 thể bệnh đều cải thiện tình trạng rối loạn giấc ngủ trong ngày ($p < 0,05$). Hiệu quả cải thiện của 2 thể tương đương nhau trong từng giai đoạn điều trị ($p > 0,05$).

3.2.6. Tác dụng cải thiện tình trạng buổi sáng của bệnh nhân

Bảng 3.10. Tình trạng buổi sáng

Thể bệnh	TTBS	D ₀		D ₇		D ₁₄		D ₂₁	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Thể Tâm tỳ hư (1)	Nặng	30	100	1	3,33	0	0	0	0
	Không đổi	0	0	4	13,33	2	6,67	0	0
	Cải thiện	0	0	25	83,34	27	90,00	20	66,67
	Tốt	0	0	0	0	1	3,33	10	33,33
Thể Tâm thận bất giao (2)	Nặng	30	100	1	3,33	0	0	0	0
	Không đổi	0	0	3	10,00	0	0	0	0
	Cải thiện	0	0	26	86,67	29	96,67	24	80,00
	Tốt	0	0	0	0	1	3,33	6	20,00
P ₁₋₂		> 0,05		> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh sự cải thiện tình trạng buổi sáng của thể Tâm tỳ hư và thể Tâm thận bất giao sau 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày điều trị ($p > 0,05$).

3.2.7. Tác dụng cải thiện các triệu chứng kèm theo mất ngủ

Bảng 3.11. Hiệu quả cải thiện triệu chứng kèm theo mất ngủ

Thể bệnh	Triệu chứng kèm theo	D ₀		D ₂₁	
		n	%	n	%
Thể Tâm tỳ hư (1)	Mệt mỏi	16	53,33	0	0
	Giảm tập chung	18	60,00	0	0
	Lo lắng	7	23,33	0	0
	Hay quên	9	30,00	0	0
	Ngủ gà	9	30,00	0	0
Thể Tâm thận bất giao (2)	Mệt mỏi	19	63,33	0	0
	Giảm tập chung	22	73,33	0	0
	Lo lắng	8	26,67	0	0
	Hay quên	10	33,33	0	0
	Ngủ gà	12	40,00	1	3,33

Nhận xét: triệu chứng giảm tập trung chiếm tỷ lệ cao nhất (60% ở thể tâm tỳ hư và 73,33% ở thể tâm thận bất giao), tiếp theo là triệu chứng mệt mỏi (53,33% ở thể tâm tỳ hư và 63,33% ở thể tâm thận bất giao). Các biểu hiện này hết hoặc còn rất ít tại thời điểm ngày thứ 21 sau điều trị ở cả hai thể bệnh

3.2.8. Kết quả cải thiện giấc ngủ theo thang điểm Pittsburg.

Bảng 3.12. Thay đổi điểm của từng yếu tố trong thang PSQI

Thể bệnh	Yếu tố	D ₀ (Điểm) $\bar{X} \pm SD$	D ₂₁ (Điểm) $\bar{X} \pm SD$	P ₁₋₂
Thể Tâm tỳ hư (1)	CLGN theo đánh giá chủ quan	2,63 ± 0,47	0,67 ± 0,48	>0,05
	Giai đoạn đi vào giấc ngủ	2,60 ± 0,50	1,03 ± 0,18	
	Thời lượng giấc ngủ	2,97 ± 0,18	0,64 ± 0,484	
	Hiệu quả của thói quen đi ngủ	2,96 ± 0,298	0,60 ± 0,50	
	Các rối loạn trong giấc ngủ	1 ± 0	1 ± 0	
	Sự sử dụng thuốc ngủ	1,07 ± 0,83	0 ± 0	
	Rối loạn trong ngày	1,83 ± 0,64	1 ± 0	
Thể Tâm thận bất giao (2)	CLGN theo đánh giá chủ quan	2,54 ± 0,49	0,73 ± 0,45	
	Giai đoạn đi vào giấc ngủ	2,73 ± 0,43	1,03 ± 0,18	
	Thời lượng giấc ngủ	2,96 ± 0,208	0,82 ± 0,442	
	Hiệu quả của thói quen đi ngủ	2,93 ± 0,25	0,77 ± 0,43	
	Các rối loạn trong giấc ngủ	1 ± 0	1 ± 0	
	Sự sử dụng thuốc ngủ	1,20 ± 0,76	0 ± 0	
	Rối loạn trong ngày	2,13 ± 0,51	1,03 ± 0,18	
P _(sau-trước)		<0,05		

Nhận xét: Sự cải thiện điểm trong từng yếu tố theo thang điểm PSQI trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiệu quả cải thiện của phương pháp trên từng thể là tương đương nhau ($p > 0,05$).

Bảng 3.13. Sự biến đổi tổng điểm PSQI trước và sau điều trị

Thời gian Thẻ bệnh	D ₀ $\bar{X} \pm SD$	D ₂₁ $\bar{X} \pm SD$	P _{trước-sau}
Thẻ Tâm tỷ hư (1)	14,63 ± 3,24	4,70 ± 1,10	< 0,05
Thẻ Tâm thận bất giao (2)	15,13 ± 2,67	5,00 ± 1,11	< 0,05
P ₁₋₂	>0,05		

Nhận xét: trước và sau 21 ngày điều trị, điểm trung bình PSQI của 2 thẻ bệnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Hiệu quả cải thiện trước sau điều trị của hai thẻ bệnh khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.8.1. Hiệu quả điều trị chung

Bảng 3.14. Hiệu quả điều trị chung

Thời gian Thẻ bệnh	D ₀ (n,%)		D ₂₁ (n,%)		P ₁₋₂
	Có RLG RLGN	Không RLG RLGN	Có RLG RLGN	Không RLG RLGN	
Thẻ Tâm tỷ hư (1)	30 (100)	0 (0)	8 (26,67)	22 (73,33)	>0,05
Thẻ Tâm thận bất giao (2)	30 (100)	0 (0)	10 (33,33)	20 (66,67)	

Nhận xét: Thẻ tâm tỷ hư có xu hướng hiệu quả điều trị rối loạn giấc ngủ tốt hơn thẻ tâm thận bất giao. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp

3.3.1. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị

Bảng 3.15. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị

Chỉ số	Thể bệnh	D ₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D ₂₁ ($\bar{X} \pm SD$)	P(trước-sau)
Mạch (lần/phút)	Thể Tâm tỳ hư (1)	71,29 ± 5,36	71,43 ± 5,01	>0,05
	Thể Tâm thận bất giao (2)	71,11 ± 4,37	72,21 ± 5,03	>0,05
	P ₁₋₂	>0,05	>0,05	
Huyết áp TB (mmHg) $\bar{X} \pm SD$	Thể Tâm tỳ hư (1)	92,05 ± 4,67	91,23 ± 5,19	>0,05
	Thể Tâm thận bất giao (2)	91,84 ± 4,34	90,62 ± 6,41	>0,05
	P ₁₋₂	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trên chỉ số mạch và huyết áp trung bình của bệnh nhân của hai thể ($p > 0,05$).

3.3.2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp thể châm

Bảng 3.16. Các tác dụng không mong muốn của thể châm

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Xử trí	Sau xử trí
Choáng	0	0	0
Chảy máu	0	0	0
Sốt ngứa	0	0	0
Đau sưng	0	0	0
Bầm tím	0	0	0

Nhận xét: Trong quá trình điều trị, không có bệnh nhân nào biểu hiện bất thường tại vị trí thực hiện châm. Không có bệnh nhân nào xuất hiện choáng trong quá trình 21 ngày điều trị

Bảng 3.17. Tác dụng không mong muốn của phương pháp thở bốn thì

Tác dụng không mong muốn	D ₀ (n= 30)		D ₂₁ (n=30)	
	n	%	n	%
Hoa mắt chóng mặt	0	0	0	0
Nôn	0	0	0	0
Buồn nôn	0	0	0	0
Đau đầu	0	0	0	0

Nhận xét:

Trong quá trình thực hiện bài tập thở bốn thì có kê môg giờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hương, không bệnh nhân nào có biểu hiện bất thường (buồn nôn, nôn, đau đầu, hoa mắt chóng mặt).

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Bàn luận về tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: ở cả hai thể bệnh không có bệnh nhân nào dưới 39 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là từ 50 trở lên trong đó độ tuổi từ 50 – 59 chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 40% ở thể Tâm tỳ hư và 43,33% thể Tâm thận bất giao.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác so với tác giả Lê Thế Khoát [63] và tác giả Vũ Thị Châu Loan [62] khi cho rằng mất ngủ gặp nhiều ở những người trên 40 tuổi. Tuy nhiên, các tác giả đều cho rằng sự gia tăng mất ngủ và các thay đổi về kiểu giấc ngủ có liên quan đến tuổi, như là giảm đáng kể giấc ngủ có sóng chậm phản ánh sự thoái hoá của cơ chế truyền sóng chậm của giải phẫu – thần kinh liên quan đến tuổi. Ở lứa tuổi trung niên, áp lực từ phía công việc, gánh nặng trách nhiệm với gia đình và con cái gây ảnh hưởng không nhỏ tới chất lượng giấc ngủ. Mặt khác, với lứa tuổi từ 45 đến 60 thì nữ đang ở trong giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh còn nam trong giai đoạn tiền mãn kinh. Sự thay đổi hormon sinh dục, nội tiết cũng là một trong những yếu tố gây ra tình trạng mất ngủ.

Theo Y học cổ truyền, âm huyết là phần vật chất quan trọng tạo nên cơ thể con người. Dương khí có đầy đủ hay không phải nương nhờ âm huyết mà tồn tại. Theo Nội kinh “Người trên 40 tuổi thì âm khí đã kém đến phần nửa” nên nói khí dương thường thừa mà khí âm thường thiếu, mà giấc ngủ thuộc phần âm, do vậy bệnh gặp nhiều ở lứa tuổi trên 40 [58]. Tuệ Tĩnh trong cuốn Nam dược thần hiệu cho rằng: “Mất ngủ có 3 nguyên nhân: Người già dương

suy hay khi ốm mới khỏi còn yếu mà không ngủ được, đàm tụ ở đờm kinh và thần không yên mà không ngủ [59].

4.1.2. Bàn luận về giới tính của bệnh nhân nghiên cứu

Biểu đồ 3.1 cho thấy, tỷ lệ nữ giới mắc rối loạn giấc ngủ nhiều hơn nam giới (nữ/nam = 2,3) ở cả hai thể bệnh. Khác biệt giữa hai thể về tỷ lệ giới tính không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Lý giải cho vấn đề này là do: nữ giới là đối tượng nhạy cảm hay lo nghĩ và dễ Stress hơn nam giới trong các vấn đề tình cảm, xã hội, gia đình ... Mặt khác, ở phụ nữ trong giai đoạn mãn kinh và tiền mãn kinh, sự căng thẳng gây ra tình trạng mất ngủ, có liên quan mật thiết với sự suy giảm hormon estrogen [60].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số tác giả trong nước như Lê Thế Khoát với tỷ lệ nữ/nam là 56,67%/43,33% [63], Vũ Thị Châu Loan là 57,58%/42,42% [62]. Kết quả này cũng phù hợp với một số tác giả nước ngoài như Breslau, Ustun với tỷ lệ nữ/nam là 55%/45% [61].

4.1.3. Bàn luận về nghề nghiệp, hôn nhân và hoàn cảnh gia đình, xã hội của bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: bệnh nhân có nghề nghiệp là viên chức – hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất 53,33% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu, thấp dần ở các nhóm lao động tự do, nông dân, công nhân. Khác biệt nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê khi so sánh 2 thể bệnh với nhau (Biểu đồ 3.2).

Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Đoàn Văn Minh [51], Vũ Thị Châu Loan [62] và Lê Thế Khoát [63], Nguyễn Văn Tâm [64] tỷ lệ mất ngủ của nhóm lao động trí thức đều chiếm tỷ lệ cao nhất trên 50%.

Lao động trí thức hoặc hưu trí trong lúc làm việc thường phải chịu nhiều căng thẳng từ áp lực công việc, stress, lại ít hoạt động thể lực, thời gian sử dụng

máy tính nhiều thường hay ảnh hưởng đến giấc ngủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng mắc mất ngủ thường có độ tuổi từ 40 trở lên có nhiều sự thay đổi về hormon sinh dục, tâm sinh lý, gây nên tình trạng không điều hòa trong cơ thể, nhất là khi nghỉ ngơi về ban đêm càng biểu hiện rõ mất cân bằng, nên dẫn đến khó ngủ và mất ngủ. Điều này phù hợp với tiêu chuẩn trong bảng phân loại bệnh quốc tế ICD- 10, mục F51.0 đó là mất ngủ phát triển ở thời điểm có đời sống stress tăng lên [18].

Về đặc điểm hôn nhân và hoàn cảnh gia đình: 100% bệnh nhân trong nghiên cứu sống cùng gia đình và 100% là đã có vợ/chồng. Điều này nói lên mối quan hệ trong gia đình góp phần không nhỏ dẫn đến tình căng thẳng, stress từ đó dẫn đến mất ngủ. Kết quả này cũng phù hợp với số liệu của chúng tôi thống kê được tỷ lệ mất ngủ gặp nhiều ở nữ hơn nam và có liên quan đến vấn đề tâm lý căng thẳng.

4.1.4. Bàn luận về các yếu tố thúc đẩy mất ngủ

Theo ICD-10: “Mất ngủ phát triển ở thời điểm có stress tăng lên” [18]. Stress được định nghĩa là sự trải qua các cảm xúc âm tính kèm theo sự thay đổi các tiền chất hoá sinh, sinh lý, sự nhận thức, cách cư xử mà nó trực tiếp gây ra căng thẳng hoặc thích nghi với ảnh hưởng đó. Các sự kiện trong cuộc sống gây stress, như biến cố gia đình (mất người thân, ly dị, con cái hư hỏng...), biến cố công việc (mất việc, áp lực công việc, mâu thuẫn đồng nghiệp...) hoặc tiếng ồn, các va chạm trong sinh hoạt cuộc sống hàng ngày ... Hầu hết các định nghĩa về stress đều nhấn mạnh mối quan hệ giữa cá nhân với môi trường. Stress có thể gây hại đối với cơ thể vì nó phá vỡ hoạt động sinh lý và cảm xúc của cơ thể và có thể gây bệnh nếu Stress kéo dài. 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 tuỷ thượng thận, hệ tuyến yên vỏ thượng thận, hệ peptit và hệ miễn dịch [65]. Những nghiên cứu gần đây chỉ ra tác nhân gây stress mạnh như

tấn công, bạo lực, thiên tai... được gọi chung bằng thuật ngữ “rối loạn stress sau sang chấn”. Hội chứng này làm tăng mất ngủ, rối loạn giấc ngủ, giảm trí nhớ, kém tập trung và kể cả gia tăng phạm tội [50],[66].

Kết quả bảng 3.3 cho thấy biến cố gia đình và biến cố công việc là hai yếu tố chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai thể bệnh (40% và 53,33% ở thể Tâm tỳ hư; 50% và 43,33% ở thể Tâm thận bất giao). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hằng khi nghiên cứu tác dụng của phương pháp cây chỉ trong điều trị rối loạn giấc ngủ cho thấy: biến cố gia đình chiếm 51,7% và biến cố công công việc chiếm 16,7% [38]. Tuy nhiên khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Như Dền tỷ lệ không có yếu tố thúc đẩy chiếm 35% [53]; tác giả Đinh Danh Sáng, không có yếu tố thúc đẩy là 21,7% [54].

4.1.5. Bàn luận về tính chất xuất hiện bệnh và thời gian mắc bệnh

Thời gian bị mắc bệnh từ 4-6 tháng chiếm tỷ lệ nhiều nhất (40% ở thể Tâm tỳ hư và 36,66% ở thể Tâm Thận bất giao), mắc bệnh lâu hơn 6 tháng chiếm 33,33% ở thể Tâm tỳ hư và 36,66% ở thể Tâm Thận bất giao và từ 1-3 tháng chiếm 26,67% ở thể Tâm tỳ hư và 23,33% ở thể Tâm Thận bất giao.

Khởi phát nhanh và đột ngột chiếm tỷ lệ thấp ở cả hai thể bệnh Tâm tỳ hư và Tâm thận bất giao (26,67%-30%) trong nghiên cứu của chúng tôi, những đối tượng này thường xảy ra sau 1 sang chấn mạnh hoặc có kèm theo nhiều sang chấn trở nên gây nên. Đa số bệnh nhân có tính chất xuất hiện bệnh từ từ chiếm đa số ở cả hai thể bệnh (70-73,33%), khi rối loạn giấc ngủ bị rối loạn bởi các tác nhân dai dẳng hoặc tiến triển thì việc điều trị trở nên lâu dài và phức tạp hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đỗ Như Dền tỷ lệ mất ngủ xuất hiện từ từ chiếm 83%, đột ngột chiếm 17% [53].

Nguyên nhân của sự phân bố này có thể là do khi mới mắc bệnh mất ngủ, người bệnh còn chưa bị ảnh hưởng nhiều tới cuộc sống và sinh hoạt nên bệnh

nhân chủ quan với bệnh hoặc tự mua thuốc điều trị. Thêm vào đó là sự quan tâm đến chăm sóc sức khỏe của người dân Việt Nam chưa cao, khi tình trạng mất ngủ kéo dài, tái phát nhiều lần gây ảnh hưởng tới công việc và cuộc sống các biểu hiện như đau, mệt mỏi, kém tập trung, suy giảm trí nhớ... thì bệnh nhân mới tìm đến các cơ sở y tế để điều trị mất ngủ. Điều này cũng làm cho việc điều trị bệnh nhân mất ngủ trở nên khó khăn hơn.

4.2. Bàn luận về tác dụng của phương pháp thở bốn thì có kê mông và giờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng kết hợp thể châm điều trị mất ngủ không thực tồn

4.2.1. Tác dụng trên chất lượng giấc ngủ

Theo kết quả nghiên cứu bảng 3.4 cho thấy, trước điều trị 100% bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém hoặc trung bình, tuy nhiên sau 7 ngày điều trị, chất lượng giấc ngủ cải thiện so với trước điều trị: thể Tâm tỳ hư chỉ còn 13,33% có CLGN kém, 80% CLGN trung bình, 6,67% khá; thể Tâm thận bất giao tỷ lệ này là 6,67% kém, 80% TB và 13,33% khá. Hiệu quả cải thiện của 2 nhóm tương đương nhau. Sau 14 ngày điều trị, có 3,33% CLGN tốt, 93,33% CLGN khá, 3,33% CLGN trung bình ở thể Tâm tỳ hư, còn thể Tâm thận bất giao có 100% CLCN khá. Sau 21 ngày điều trị, thể Tâm tỳ hư có 43,33% CLGN tốt, 56,67% CLGN khá; Tâm thận bất giao có 30% CLGN tốt, 66,67% CLGN khá, có 1 bệnh nhân lại mất ngủ nhiều hơn so với 14 ngày điều trị chiếm 3,3%. Tuy nhiên khác biệt giữa hai nhóm tại các thời điểm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của một số tác giả về điều trị mất ngủ không thực tồn đánh giá mức độ cải thiện chất lượng giấc ngủ bằng phương pháp không dùng thuốc như điều trị mất ngủ không thực tồn bằng điện châm của Đoàn Văn Minh [51] ở thể Tâm tỳ hư là tốt 16,7%, khá 76,7%, trung bình 6,7%, Tâm thận bất giao là tốt 46,7%, khá 53,3%)... Nghiên cứu dùng

điện châm và cứu kết hợp xoa bóp điều trị mất ngủ của Lê Thế Khoát [63] đạt tỷ lệ tốt là 56,67%, khá 35%, trung bình 5%, kém 3,33%.

4.2.2. Tác dụng trên thời gian đi vào giấc ngủ

Thời gian đi vào giấc ngủ là thời gian bệnh nhân nằm trên giường bao nhiêu lâu thì mới đi vào giấc ngủ. Theo kết quả nghiên cứu của bảng 3.5, thời gian đi vào giấc ngủ trước điều trị của 2 nhóm không có sự khác biệt ($p > 0,05$), tập trung ở bệnh nhân phải đi nằm trên ≥ 60 phút mới ngủ được, ở thể Tâm tý hư là 53,33%, thể Tâm thận bất giao là 56,67%. Sau 7 ngày và 14 ngày điều trị, thời gian đi vào giấc ngủ của cả 2 nhóm bệnh nhân đều có sự cải thiện tốt lên rõ rệt so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 21 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân ở Tâm tý hư sau < 15 phút và từ 16-30 phút đi vào giấc ngủ lần lượt là 10% và 90,00%, tương tự Tâm thận bất giao là 3,33% và 96,67%.

So với kết quả nghiên cứu của tác giả Đoàn Văn Minh khi sử dụng phương pháp không dùng thuốc như điện châm [51] thì thời gian đi vào giấc ngủ sau < 15 phút và từ 16-30 phút đạt tỷ lệ lần lượt là: 50,00% và 40,00%, hoặc theo tác giả Nguyễn Ngọc Đăng tỷ lệ này lần lượt là 11,1% và 86,7% [67], như vậy kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Nguyễn Ngọc Đăng và khác kết quả của Nguyễn Văn Minh. Có sự khác biệt này là do bệnh nhân mất ngủ với nhiều nguyên nhân khác nhau, thời gian đi vào giấc ngủ của người bệnh lúc đầu cũng khác nhau, mất ngủ còn liên quan đến tuổi tác, do đó dẫn đến khác biệt về hiệu quả điều trị.

4.2.3. Mức độ cải thiện thời lượng giấc ngủ

Thời lượng giấc ngủ được tính theo số giờ trung bình bệnh nhân ngủ được trong một đêm. Số giờ trung bình bệnh nhân ngủ được trong một đêm là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá chất lượng giấc ngủ, được tính bằng số giờ trung bình bệnh nhân ngủ được trong một đêm. Thời lượng số giờ

ngủ được trong một đêm càng gần với số giờ theo sinh lý giấc ngủ của một người bình thường, thì sẽ làm cho cơ thể được nghỉ ngơi sau một ngày hoạt động làm việc và các chức năng hoạt động cơ quan được sửa chữa, điều chỉnh, cân bằng hồi phục.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự cải thiện thời lượng giấc ngủ sau 7 ngày, 14 ngày và 21 ngày điều trị. Cụ thể:

Trước vào viện, thời lượng giấc ngủ của bệnh nhân trung bình là 3,95 (thể Tâm tỳ hư) và 4,00 (thể Tâm thận bất giao) thì sau 7 ngày điều trị đã lên đến 4,28 giờ (thể Tâm tỳ hư) và 4,33 giờ (thể Tâm thận bất giao).

Sau 14 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ cả hai thể đều cải thiện đáng kể so với trước điều trị với $p < 0,05$.

Sau 21 ngày điều trị, thời gian ngủ mỗi đêm của bệnh nhân gần như trở về bình thường với trung bình thời lượng ngủ là 6,55 (tăng lên 2,60 giờ so với trước điều trị) ở thể tâm tỳ hư, con số này ở thể Tâm thận bất giao là tăng 2,40 giờ. Hiệu quả cải thiện thời lượng giấc ngủ của phương pháp thể châm kết hợp phương pháp thở bốn thì có kê mông và giờ chân cho tác dụng tốt trên cả hai thể bệnh. Thể Tâm tỳ hư có xu hướng cải thiện thời gian ngủ tốt hơn thể Tâm thận bất giao, tuy nhiên khác biệt giữa hai thể chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tâm khi đánh giá tác dụng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần lên thời lượng giấc ngủ cũng cho kết quả sau 30 ngày điều trị đều tăng lên hơn 2,5 giờ so với trước điều trị [64]; Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Ngọc Đăng dùng viên nén Ích khí an thần – HVY điều trị mất ngủ không thực tồn sau 30 ngày điều trị thì thời lượng giấc ngủ cũng tăng 2,5 giờ so với trước điều trị [67]

Một số nghiên cứu của các tác giả khác như Nghiên cứu của Vũ Thị Châu Loan [62], Đoàn Văn Minh [51], Nguyễn Thị Hương Giang [68] sau điều trị thời lượng ngủ mỗi đêm tăng từ 3 giờ/đêm lên hơn 7 giờ/đêm.

Như vậy dù các phương pháp khác nhau, nhưng các tác giả đều chứng minh được các phương pháp y học cổ truyền có hiệu quả cải thiện chất lượng giấc ngủ.

4.2.4. Bàn luận về hiệu quả giấc ngủ theo các giai đoạn điều trị

Hiệu quả cải thiện giấc ngủ của một bệnh nhân được tính bằng tỷ lệ phần trăm giữa số giờ bệnh nhân thực sự ngủ được so với số giờ mà bệnh nhân nằm trên giường. Nó đánh giá một cách tổng quát thời gian giấc ngủ của bệnh nhân, và được cải thiện hay không là phụ thuộc vào thời gian đi vào giấc ngủ và thời lượng giấc ngủ mỗi đêm của bệnh nhân. Khi hai yếu tố này được cải thiện thì hiệu suất giấc ngủ được cải thiện.

Kết quả bảng 3.7 cho thấy, 100% bệnh nhân có hiệu quả giấc ngủ ở cả 2 thể bệnh <65%. Hiệu quả giấc ngủ tăng dần qua các giai đoạn điều trị. Cụ thể:

Sau 7 ngày điều trị, hiệu quả giấc ngủ ở thể Tâm tỳ hư có 13,33% đạt mức 65-74%, thể Tâm thận bất giao có 3,33%.

Sau 14 ngày điều trị, hiệu quả giấc ngủ ở Tâm tỳ hư và Tâm thận bất giao đều tăng có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Tâm tỳ hư có 13,33% đạt mức 65-74%, 66,67% đạt mức 75-84%, 20% đạt mức $\geq 85\%$; tỷ lệ này ở Tâm thận bất giao là 33,33%, 56,67%, 10%. Sự cải thiện của hai nhóm là tương đương nhau.

Sau 21 ngày điều trị, tất cả các bệnh nhân đều có hiệu quả giấc ngủ đạt từ 75% trở lên ở cả hai thể bệnh. Trong suốt quá trình điều trị, chúng tôi nhận thấy tác dụng của phương pháp kết hợp thở 4 thì có kê móng và giờ chân kết hợp với thể châm trên hai thể Tâm tỳ hư và Tâm thận bất giao là tương đương nhau ($p > 0,05$).

4.2.5. Tác dụng đối với các hình thái rối loạn giấc ngủ

4.2.5.1. Sự thay đổi tình trạng thức giấc sớm

Thức giấc sớm là một trong những triệu chứng mất ngủ hàng đầu, làm cho bệnh thêm trầm trọng, có đêm bệnh nhân mới chợp mắt một lúc đã bị thức giấc, đây thực sự là nỗi lo của người bệnh lúc này vì khi đã thức giấc thì sẽ rất khó ngủ lại, có khi thức cho đến sáng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trước điều trị tỷ lệ bệnh nhân có số lần thức giấc sớm ≥ 3 lần/ tuần chiếm tỷ lệ cao ở cả hai thể bệnh. Sau 7 ngày và 14 ngày điều trị, tỷ lệ này giảm dần có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p < 0,05$. Rõ rệt nhất là sau 21 ngày điều trị, thể Tâm tý hư có 63,33% người bệnh thức giấc sớm 1 lần/tuần, 36,67% người bệnh không còn thức giấc sớm, tỷ lệ cũng tương tự ở thể Tâm Thận bất giao là 66,67% và 33,33% ($p > 0,05$)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với kết quả của một số tác giả như: Trong nghiên cứu của Vũ Thị Châu Loan, tỷ lệ bệnh nhân không bị thức giấc sớm và thức giấc sớm 1 lần/tuần là 63,60% và 36,40% [62]; nghiên cứu của Lê Thế Khoát tỷ lệ này là 58,34% và 33,33 [63]; nghiên cứu của Đoàn Văn Minh tỷ lệ bệnh nhân không thức giấc sớm ở hai nhóm là 70% và 76% [51].

4.2.5.2. Sự thay đổi các rối loạn trong ngày

Những nghiên cứu gần đây cho thấy, giai đoạn giấc ngủ pha chậm đóng vai trò củng cố hệ miễn dịch, giấc ngủ pha nhanh giúp điều chỉnh chức năng học tập và điều chỉnh tâm thần. Khi bệnh nhân rối loạn giấc ngủ, bộ não của họ phải làm việc nhiều hơn những người được nghỉ ngơi. Rối loạn giấc ngủ ngày càng được xem như là một trong những nguyên nhân gây nên rối loạn tâm tính, sai sót trong lao động và tai nạn xe cộ giao thông. Do đó, chúng tôi tiến hành đánh giá tác dụng của phương pháp lên những rối loạn giấc ngủ ban ngày với mong muốn giảm thiểu tối đa những nguy cơ cho người bệnh.

Theo kết quả nghiên cứu bảng 3.9, rối loạn giấc ngủ trong ngày xảy ra với tần xuất 2 lần/tuần chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 thể bệnh. Các rối loạn trong ngày giảm dần qua các giai đoạn điều trị:

Sau 7 ngày điều trị, có 90% bệnh nhân có 17,8% RLTN 1 lần/tuần, 90% RLTN 2 lần/tuần, 3,33% RLTN ≥ 3 lần/tuần ở thể Tâm tý hư; tỷ lệ này ở thể Tâm thận bất giao là 23,33 và 76,67%. Khác biệt so với trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 14 ngày và 21 ngày điều trị, những rối loạn trong ngày do mất ngủ cải thiện tốt có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$). Thể tâm tý hư có xu hướng cải thiện tốt hơn so với thể Tâm thận bất giao, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

4.2.6. Cải thiện tình trạng buổi sáng

Bệnh nhân rối loạn giấc ngủ do bất kỳ nguyên nhân nào đều ảnh hưởng đến tình trạng buổi sáng như: khó dậy sớm, uể oải, mệt mỏi.... kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% bệnh nhân rối loạn giấc ngủ ảnh hưởng nặng tới tình trạng buổi sáng. Tác dụng cải thiện tình trạng buổi sáng tăng dần qua các giai đoạn điều trị ở cả 2 thể bệnh. Sau 21 ngày điều trị không còn bệnh nhân nào có rối loạn tình trạng buổi sáng với tình trạng tốt chiếm 33,33%, cải thiện 66,67% ở thể Tâm tý hư và ở thể Tâm thận bất giao là 20% và 80%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng buổi sáng của hai nhóm tại các thời điểm đánh giá với $p > 0,05$. Như vậy, phương pháp điều trị thể châm kết hợp thở bốn thì có kê móng giò chân có hiệu quả trên cả hai thể bệnh.

4.2.7. Cải thiện các triệu chứng kèm theo mất ngủ

Kết quả bảng 3.11 cho thấy: đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu trước điều trị đều gặp các triệu chứng phổ biến như: mệt mỏi, giảm tập trung, lo lắng, hay quên, ngủ gà ở cả hai thể bệnh. Trong đó triệu chứng mệt mỏi và giảm tập trung là hay gặp nhất đều $> 50\%$. Sau 21 ngày điều trị, ở cả thể Tâm tý hư và

Tâm thần bất giao hầu hết bệnh nhân đều không còn triệu chứng này. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả ở thể Tâm tỳ hư so với thể Tâm thần bất giao khác biệt không ý nghĩa thống kê bộ với $p > 0,05$. Các triệu chứng lâm sàng này là các triệu chứng thứ phát xuất hiện sau khi mất ngủ, do cơ thể không được nghỉ ngơi, năng lượng sẽ bị tiêu phí, không có thời gian cho sự hồi phục năng lượng sau một ngày làm việc. Khi chất lượng giấc ngủ được cải thiện thì các triệu chứng này sẽ giảm và hết.

Nghiên cứu này của chúng tôi có kết quả tương tự như nghiên cứu của của một số tác giả ở Việt Nam như: trong nghiên cứu của Lê Thế Khoát [63], trước điều trị tỷ lệ mệt mỏi 86,67%, giảm tập trung 65,00%, hay quên 46,67%, hoa mắt chóng mặt 21,67%, đau gáy 28,33%, sút cân 43,33%, lo lắng 51,56%, sau điều trị các triệu chứng này chỉ còn 0-5%; trong nghiên cứu của Lê Thị Hương Giang [69] “Đánh giá hiệu quả lâm sàng điều trị mất ngủ không thực tổn bằng điện châm”, các triệu chứng trên trước điều trị chiếm 90% đến 100%, sau điều trị các triệu chứng trên hết hay còn rất ít 10%-13,3%. Như vậy, các phương pháp không dùng thuốc đã góp phần điều chỉnh các triệu chứng lâm sàng do bệnh mất ngủ không thực tổn gây ra. Điều này chứng minh các phương pháp Y học cổ truyền cũng có hiệu quả tốt trong điều trị bệnh nói chung và bệnh mất ngủ không thực tổn nói riêng.

4.2.8. Thay đổi điểm PSQI trong từng yếu tố

Bảng 3.12, 3.13 cho thấy, trước điều trị, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh điểm của từng yếu tố trong bảng PSQI cũng như tổng điểm PSQI của cả 2 thể bệnh. Sau 21 ngày điều trị, điểm PSQI từng yếu tố của 2 thể đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p < 0,05$. Trung bình tổng điểm PSQI của thể Tâm tỳ hư sau điều trị giảm $9,93 \pm 2,14$ điểm so với trước

điều trị, Thẻ Tâm thận bất giao giảm $10,13 \pm 1,56$ điểm so với trước điều trị. Hiệu quả cải thiện điểm PSQI của hai thẻ tương đương nhau.

So sánh với kết quả nghiên cứu của Đoàn Văn Minh khi nghiên cứu tác dụng của các huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tồn thì biến đổi tổng điểm PSQI trước điều trị là 19,93, sau điều trị là 5,23 [51], nghiên cứu của Lê Thế Khoát] dùng điện châm và cứu kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tồn có tổng điểm PSQI trước điều trị là 19,98, sau điều trị là 5,26 [63]; sau điều trị, điểm PSQI của chúng tôi có thấp hơn của hai tác giả trên, tuy nhiên trước điều trị tổng điểm PSQI của chúng tôi cũng thấp hơn, do đó điểm PSQI không tương đồng nhau.

4.2.9. Hiệu quả điều trị chung

Kết quả điều trị chung được đánh giá bằng 7 yếu tố trong thang điểm PSQI với tổng điểm PSQI ≤ 5 : không rối loạn, PSQI > 5 : có rối loạn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: trước điều trị 100% bệnh nhân có rối loạn giấc ngủ sau 21 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân không có rối loạn giấc ngủ là 83,33% (thẻ Tâm tỳ hư) và 66,67% (thẻ Tâm thận bất giao). Sự khác biệt so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tác giả Đinh Danh Sáng khi đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ của nhĩ châm trong điều trị bệnh nhân rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh sau điều trị cho kết quả: điểm PSQI trung bình là 4,8 (không có rối loạn giấc ngủ) [54]; Kết quả nghiên cứu của tác giả Dương Thị Phương Thảo khi đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp thể châm điều trị điều trị bệnh nhân rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh sau 20 ngày điều trị: tỷ lệ bệnh nhân không rối loạn giấc ngủ là 63,3% [55]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Đinh Danh Sáng và cao hơn của Dương Thị Phương Thảo.

Lý giải hiệu quả điều trị trên cả hai thẻ Tâm tỳ hư và Tâm thận bất giao:

Phương pháp thở bốn thì để luyện tổng hợp về thần kinh, khí và huyết, trọng tâm là luyện thần kinh, chủ động về ức chế và hưng phấn nhằm mục đích ngủ tốt, đồng thời cũng làm cho khí huyết lưu thông. Qua việc kê một gối ở mông cao khoảng 5 đến 8cm, làm cho trọng lượng của tạng phủ đè lên cơ hoành, do đó khi hít vào cơ hoành thở sẽ phải gắng sức hơn vì có trở ngại; đó là các luyện cơ hoành. Giơ chân luân phiên từng chân cao khoảng 20 cm để luyện cơ bụng cho rắn chắc, đồng thời tăng tác dụng xoa bóp nội tạng ở thời giữ hơi. Kết hợp thở bốn thì có kê mông giơ chân giúp tăng cường hoạt động nội tạng, làm cho tinh thần dễ đi vào yên tĩnh, hơi thở và sự kê mông giơ chân có ảnh hưởng đến áp suất nước não tủy, do đó đến toàn bộ thần kinh trong sọ và ống tủy sống. Thở sâu giúp điều hòa thần kinh từ đó cải thiện giấc ngủ.

Thể châm là phương pháp châm cứu thông thường chỉ sử dụng kim châm. Nguyên tắc của thể châm dựa trên các nguyên tắc chọn huyết. Nghiên cứu của chúng tôi chọn các huyết theo phác đồ bộ y tế:

Nội quan là huyết thuộc kinh thủ quyết âm Tâm bảo, là lạc huyết nối với kinh thủ thiếu dương Tam tiêu, giao hội của Thủ quyết âm và Âm duy mạch. Nội quan có tác dụng thanh tâm bào, sơ tam tiêu, định tâm an thần, thư trung hòa vị, lý khí, trấn thống [40],[70].

Thần môn là huyết nguyên của kinh thủ thiếu âm Tâm, có tác dụng lên mạch và thần khí, có công năng thanh tâm nhiệt, an thần, thanh hỏa, lương vinh, điều khí nghịch [71]

Tam âm giao có công năng kiện tỳ hòa vị, dưỡng can ích thận, 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 liên quan đến ba tạng can, tỳ, thận. Ngoài ra còn có tác dụng êm dịu thần kinh do công năng giáng khí hoặc điều khí nghịch của huyết [40],[70].

Thái Khê là huyết thuộc đường kinh Thận. Huyết vị nằm ở vị trí phía sau của mắt cá chân trong, ở vùng lõm gần với gót chân, đây là nơi tập trung mọi kinh khí mạnh của kinh Thận có tác dụng nâng cao chân khí [40],[70].

Sự kết hợp giữa Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Thái Khê với nhau giúp tư âm dưỡng huyết, kiện tỳ ích vị, thủy hỏa giao tế bởi Nội quan, thần môn có tác dụng thanh ở phần trên, Tam âm giao có tác dụng ôn bổ phần dưới, trước là để điều hòa dương, sau là để cố âm, âm dương hòa thì mới có thể tư sinh hóa dục. Mặt khác Thái Khê với tác dụng của bổ nguyên khí cho thận làm cho tâm tỳ được dưỡng kết hợp với tác dụng điều hòa khí huyết của phương pháp luyện thở làm cho thần được yên nên hiệu quả rối loạn giấc ngủ được cải thiện trên cả hai thể bệnh.

4.3. Bàn luận về tác dụng không mong muốn của phương pháp

4.3.1. Tác dụng lên sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn

Dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp trung bình) được chúng tôi đánh giá tại 2 thời điểm là thời điểm trước điều trị (ngày D_0) và khi kết thúc liệu trình điều trị (ngày D_{21}). Các số thu thập được cho thấy không có sự khác biệt về các chỉ số này. Mạch và huyết áp trung bình của bệnh nhân ở cả 2 thể bệnh đều nằm trong giới hạn bình thường tại các thời điểm quan sát.

4.3.2. Tác dụng không mong muốn của thể châm

Châm cứu được đánh giá là một trong những phương pháp khá an toàn trong điều trị bởi sử dụng kích thích huyết vị làm tăng dẫn truyền thần kinh. Có nhiều nghiên cứu sử dụng thể châm để điều trị, tác dụng không mong muốn thường rất hiếm gặp. Tác dụng không mong muốn được chúng tôi theo dõi bao gồm biểu hiện vụng châm (vã mồ hôi lạnh, choáng, ngất...), chảy máu, bầm tím nơi châm kim, absces nơi châm kim, dị ứng hay sưng ngứa nơi châm kim... Trong nghiên cứu của chúng tôi, liệu trình can thiệp Thể châm được thực hiện trên hai thể bệnh với 60 bệnh nhân rối loạn giấc ngủ, thời gian lưu kim cho mỗi

lần châm là 30 phút không ghi nhận được bất cứ tác dụng không mong muốn nào xuất hiện trong quá trình điều trị. Điều này đồng thời cũng cho thấy, thể châm là một phương pháp can thiệp trị liệu an toàn và hiệu quả điều trị rối loạn giấc ngủ.

4.3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp thở bốn thì có kê mông giờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng

Trong quá trình luyện tập phương pháp thở bốn thì có kê mông giờ chân và tại thời điểm ngày thứ 21 của nghiên cứu với liệu trình mỗi ngày 1 lần tập trong 30 phút, chúng tôi không ghi nhận được bất cứ biểu hiện bất thường nào khác xuyên suốt quá trình theo dõi. Các bệnh nhân đều ăn uống, ngủ nghỉ bình thường, không có hiện tượng đau đầu, buồn nôn, nôn, hoa mắt chóng mặt, ... hơn nữa, ở thể Tâm tỳ hư chúng tôi thấy bệnh nhân ăn ngủ tốt hơn, tinh thần thoải mái. Do đó, có thể khẳng định bài tập thở bốn thì có kê mông giờ chân của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng là một lựa chọn điều trị an toàn cho bệnh nhân rối loạn giấc ngủ.

KẾT LUẬN

Từ kết quả trên, sau 21 ngày điều trị nhóm nghiên cứu có kết luận sau:

1. Kết luận về tác dụng của phương pháp thở bốn thì có kê móng và giờ chân của Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng kết hợp thể châm điều trị mất ngủ không thực tổn

- Cải thiện chất lượng giấc ngủ: sau 21 ngày điều trị, thể Tâm tỳ hư có 43,33% CLGN tốt, 57,67% CLGN khá; tỷ lệ này ở thể Tâm thận bất giao 30 % và 66,67%, có 3,33% CLGN kém.

- Cải thiện thời gian đi vào giấc ngủ: Thể Tâm tỳ hư: 10% bệnh nhân vào giấc ngủ trước 15 phút, 90% bệnh nhân mất 16-30 phút để vào giấc ngủ. Tỷ lệ này ở thể Tâm thận bất giao là 3,33 và 96,67%.

- Nâng cao thời lượng ngủ mỗi đêm: thể Tâm tỳ hư tăng thời lượng ngủ mỗi đêm từ 3,85 giờ lên 6,55 giờ, thể Tâm thận bất giao tăng từ 4 giờ lên 6,40 giờ.

- Cải thiện tốt hiệu quả giấc ngủ: thể Tâm tỳ hư có 66,67% hiệu quả giấc ngủ đạt từ 85% trở lên, thể Tâm thận bất giao tỷ lệ này là 56,67%.

- Cải thiện các hình thái rối loạn giấc ngủ như thức giấc sớm, các rối loạn trong ngày , cải thiện tình trạng buổi sang có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị với $p < 0,05$

- Sau 21 ngày điều trị, 100% bệnh nhân hết hoặc giảm các triệu chứng kèm theo của rối loạn giấc ngủ so với trước điều trị ($p < 0,05$).

- Giảm điểm PSQI so với trước điều trị có ý nghĩa với $p < 0,05$. Trong đó thể Tâm tỳ hư giảm từ 14,63 xuống còn 4,70; thể Tâm thận bất giao giảm từ 15,13 xuống còn 5,00.

Hiệu quả điều trị chung: sau 21 ngày điều trị, thể Tâm tỳ hư có 73,33 bệnh nhân không còn rối loạn giấc ngủ, thể Tâm thận bất giao có 66,67% bệnh nhân không còn rối loạn giấc ngủ.

Hiệu quả cải thiện so với trước điều trị ở tất cả các chỉ tiêu đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hiệu quả trên cả hai thể là tương đương nhau ($p > 0,05$).

2. Kết luận về tác dụng không mong muốn của phương pháp

Trong thời gian 21 ngày điều trị, không xuất hiện các tác dụng không mong muốn của thể châm và phương pháp thở bốn thì của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng trên một số chỉ số lâm sàng, chứng tỏ tính an toàn của phương pháp can thiệp.

KIẾN NGHỊ

Phương pháp thể châm kết hợp thở bốn thì của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng có hiệu quả điều trị trên cả hai thể bệnh Tâm tỳ hư và Tâm thận bất giao thông qua sự điều hòa âm dương, điều hòa khí huyết, trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy hiệu quả trên thể Tâm tỳ hư có xu hướng cao hơn nhóm đối chứng, do đó chúng tôi kiến nghị nên nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn đồng thời nghiên cứu trên những thể bệnh khác để có cơ sở khoa học khẳng định hơn tác dụng của phương pháp,

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Seow LSE, Verma SK, Mok YM, et al** (2018). 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. **Sarah Lee Blunden** (2005). *The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic & Coding Manual*. American Academy of Sleep Medicine; 2005.
3. **American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5**. 5th Ed. *Washington, D.C: American Psychiatric Association*. 2013.
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, Dorsey C, Sateia M**. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 2008;4(5):487-504.
6. **Bùi Quang Huy** (2010). *Mất Ngủ*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội;
7. **Bùi Quang Huy** (2016). *Rối Loạn Giấc Ngủ*. Nhà xuất bản Y học; tr. 7-194.
8. **Nguyễn Nhược Kim và cộng sự** (2016). *Thất Miên. Bệnh Học Nội Khoa, Y Học Cổ Truyền (Sách Đào Tạo Sau Đại Học)*. Trường Đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học; tr.170-176.

9. **Morin CM, LeBlanc M, Daley M, et al** (2006). Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Self-Help Treatments, Consultations, and Determinants of Help-Seeking Behaviors. *Sleep Med* 2006. 2006;(7):123-30
10. **Nguyễn Tài Thu** (2012). *Tân Châm*. Nhà xuất bản Y học. tr.84-132
11. **Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy** (1997). *Châm Cứu Sau Đại Học*. Nhà xuất bản Y học; tr.248-254
12. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2013). *Châm Loa Tai, Châm Cứu và Các Phương Pháp Chữa Bệnh Không Dùng Thuốc Khác*. Nhà xuất bản Y học, Bộ Y Tế; tr.228-252.
13. **Trần Hữu Bình** (2006). *Rối Loạn Giấc Ngủ Không Thực Tồn*. Giáo Trình Tâm Thần Học Dành Cho Bác Sĩ Đa Khoa. Bộ Môn Tâm Thần Trường Đại Học Y Hà Nội; tr.62-68.
14. **Nguyễn Việt Thiêm** (2003). *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; tr. 62-68.
15. **Đinh Văn Bền** (1995). *Điện Não Đồ Ứng Dụng Trong Thực Hành Lâm Sàng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
16. **Nguyễn Kim Việt** (2003). *Rối Loạn Âm 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; tr.22-28.
17. **Lương Hữu Thông** (2005). *Rối Loạn Giấc Ngủ. Sức Khỏe Tâm Thần và Các Rối Loạn Tâm Thần Thường Gặp*. Nhà Xuất Bản Y Học; tr.165-172.
18. **ICD 10** (2007). *Mục G47: Rối Loạn Giấc Ngủ*. tr.235.
19. American Psychiatric Association - DSM IV (2000). Diagnostic and Statisrical Manual of Mental Disorder Washington DC. P.363-388.

20. The Gallup Organization, The Gallup Study of Sleeping Habits. Princeton, NJ: The Gallup Organization. ; 1979.
21. **Ohayon MM, Bader G** (2010). Prevalence and correlates of insomnia in the Swedish population aged 19-75 years. *Sleep Med.* 2010;11(10):980-986. doi:10.1016/j.sleep.2010.07.012
22. **Mallon L, Broman J-E, Åkerstedt T, Hetta J** (2014). Insomnia in Sweden: A Population-Based Survey. *Sleep Disord.* 2014;2014:843126. doi:10.1155/2014/843126
23. **Zhang B, Wing Y-K** (2006). Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep.* 2006;29(1):85-93. doi:10.1093/sleep/29.1.85
24. **Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ** (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
25. **Cao Văn Tuân** (2000). Khảo Sát Chất Lượng Giấc Ngủ Pittsburgh. *Kỷ Yếu Các Công Trình Nghiên Cứu Khoa Học - Bệnh viện Tâm thần Trung ương*; 2000:108.
26. **Applegate WB** (1987). Use of assessment instruments in clinical settings. *J Am Geriatr Soc.*;34:45-50
27. **Zung WW.A** (1965) *self-rating depression scale*. *Arch Gen Psychiatry.*12:63-70.
28. **Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H** (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep.* 2011;34(5):601-608.
29. **McCall C, McCall WV** (2012). Comparison of Actigraphy with Polysomnography and Sleep Logs in Depressed Insomniacs. *J Sleep Res.* 2012;21(1):122-127. doi:10.1111/j.1365-2869.2011.00917.x

30. **Phạm Khánh Hằng, Lê Thu Liên và Phạm Minh Đức** (1997). Theo Dõi Hình Ảnh Điện Não Trên Bệnh Nhân Đau Đầu Do Mất Ngủ Kéo Dài. *Kỷ Yếu Công Trình Nghiên Cứu Khoa Học*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 1997:15-18.
31. **Nguyễn Việt Thiêm và CS** (2000). 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.
32. **Nguyễn Thiên Quyên và Đào Trọng Cường** (1998). *Thất Miên. Chẩn Đoán Phân Biệt Chứng Trạng Trong Đông y*. Viện nghiên cứu Trung y, Nhà xuất bản văn hóa dân tộc; tr.288-296.
33. **Trần Thúy, Trương Việt Bình và Đào Thanh Thủy** (1996). *Chuyên Đề Nội Khoa y Học Cổ Truyền*. Nhà xuất bản Y học; tr. 402-408.
34. **Lê Hữu Trác** (1997). *Y Trung Quan Kiện. Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh*. Nhà xuất bản Y học; tr.21.
35. **Thang Nhất Tân Vương Thụy Tường** (chủ biên) và Nguyễn Thiên Quyên (dịch) (2000). *Những Bài Thuốc Tâm Huyết Của 800 Danh Y Trung Quốc Đương Đại*. Nhà xuất bản Mũi Cà Mau; tr.132-133.
36. **Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt** (2008). *Châm Cứu và Các Phương Pháp Chữa Bệnh Không Dùng Thuốc*. Nhà xuất bản Y học.
37. **Khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y Hà Nội** (2013). *Châm Cứu và Các Phương Pháp Chữa Bệnh Không Dùng Thuốc*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
38. **Nguyễn Thị Hằng** (2019). *Nghiên cứu tác dụng của phương pháp cấy chỉ trong điều trị rối loạn giấc ngủ*. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội
39. **Trần Thúy, Trương Việt Bình và Vũ Nam** (2005). *Châm Cứu*. Nhà xuất bản Y học. tr.424-428.

40. **Lê Quý Nguu** (1997). *Từ Điểm Huyệt vị Châm Cứu*. Nhà xuất bản Thuận Hóa; tr.357-360, 407-410, 452-454.
41. **Nguyễn Tài Thu** (2015). *Nhĩ Châm - Tân Châm*. Nhà Xuất Bản Thế Giới. tr237-248
42. **Nguyễn Văn Hưởng** (1995). *Phương Pháp Dưỡng Sinh*. NXB Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh; tr.70-90.
43. **Võ Lưu Hòa** (2010). *Đánh Giá Tác Dụng Của Bài Tập Dưỡng Sinh Của Nguyễn Văn Hưởng Trên Đối Tượng Công Nhân Phơi Nhiễm Xăng Dầu Có Hội Chứng Nhiễm Độc Benzen Nghề Nghiệp*. Luận Văn Thạc Sĩ Y học. Trường Đại Học Y Hà Nội.
44. **Tuệ Tĩnh** (1978). *Hồng Nghĩa Giác Y Thư*, NXB Y Học.
45. **Dương Trọng Hiếu** (1998). *Dưỡng Sinh Trường Thọ*. NXB Y Học.
46. **Ngô Gia Hy** (2018). *Khí Công và YHHĐ*. NXB Đồng Nai. tr.698.
47. **Phạm Đình Liệu** (2002). *Sinh Lý Học Y Khoa*, Bộ Môn Sinh Lý Học, Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
48. **Budhiraja R, Roth T, Hudgel DW, Budhiraja P, Drake CL** (2011). Prevalence and Polysomnographic Correlates of Insomnia Comorbid with Medical Disorders. *Sleep*. 2011;34(7):859-867. doi:10.5665/SLEEP.1114
49. **Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, et al** (2000). 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. doi:10.1016/s0165-1781(00)00232-8
50. **Lý Duy Hưng** (2008). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress*. Luận Văn Thạc Sĩ y Học, Đại học Y Hà Nội.

51. **Đoàn Văn Minh (2009)**, *Đánh giá tác dụng điện châm huyết Nội quan, Thần môn, Tam Âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tổn*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr 56.
52. **Trần Mai Phương Thảo (2011)**. *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.
53. **Đỗ Như Dân (2011)**. *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.
54. **Đình Danh Sáng (2016)**. *Đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ của nhĩ châm trong điều trị bệnh nhân rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsbusrgh*. Luận Văn Thạc Sĩ y Học, Đại học Y Hà Nội.
55. **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*. Luận Văn Thạc Sĩ y Học, Đại học Y Hà Nội.
56. **Bộ Y tế (2008)**. Quy trình Kỹ thuật Y học cổ truyền. Quy trình số 14. Quyết định Số: 26/2008/QĐ-BYT ngày 22/7/2008.
57. **Khoa Y học cổ truyền trường Đại học Y Hà Nội (2012)**. Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền. Nhà xuất bản y học.
58. **Hoàng Bảo Châu (2016)**. *Nội dung cơ bản của Nội kinh*. Nhà xuất bản Y học, tr.267-268
59. **Tuệ Tĩnh toàn tập (2002)**. *Nam Dược thần hiệu quyển 5*. Nhà xuất bản Y học, tr.157
60. **Thái Thụ Đào (2004)**. *Suy nhược thần kinh và mất ngủ*. Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật Giang Tây Trung Quốc chủ biên. Minh Oanh, Khánh Vân dịch – Nhà xuất bản lao động Hà Nội 2004, tr.23,26,33.

61. **Breslau N, Roth T, Rosenthal L** (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry*.;39(6): 411 – 418.
62. **Vũ Thị Châu Loan (2016)**, *Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ không thực tổn bằng phép thư giãn Y học cổ truyền*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II . Trường Đại học Y Hà Nội
63. **Lê Thế Khoát** (2014), *Đánh giá tác dụng của điện châm và cứu kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tổn*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Thái bình năm 2014, tr 74
64. **Nguyễn Văn Tâm** (2019), *Nghiên cứu độc tính, tác dụng an thần trên thực nghiệm và điều trị mất ngủ không thực tổn trên lâm sàng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
65. **Gia Minh (2012)**, Báo động tỷ lệ mắc rối loạn giấc ngủ tại các nước phát triển, *Tạp chí Future*, số 2/2013, tr 14-21.
66. **Grewal Ritu, Doghramji Karl (2010)**, *Epidemiology of InClinical Handbook of Insomnia*, p 13-22.
67. **Nguyễn Ngọc Đăng** (2020), *Đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ không thực tổn của viên nén Ích khí an thần- HVY trên lâm sàng*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
68. **Nguyễn Thị Hương Giang** (2017), *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, Trường Đại học Y Hà nội, tr 68
69. **Lê Thị Hương Giang (2002)**. *Đánh giá hiệu quả lâm sàng điều trị mất ngủ không thực tổn (thể tâm tỳ hư) bằng điện châm*. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. Tr.78

70. **Dương Kế Châu** (1990). Châm cứu Đại Thành – tập 2. Hội Y học dân tộc Thành phố Hồ Chí Minh, tr.19-25.
71. **Hoàng Bảo Châu** (1988). Châm cứu chữa một số bệnh thông thường. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.21-22.

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

ĐỀ TÀI: Đánh giá kết quả thử bốn thì kết hợp thể châm điều trị mất ngủ không thực tồn

STT_____Mã số bệnh án_____

Thẻ bệnh:

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:

- + Chưa kết hôn:
- + Có chồng (vợ):
- + Goá bụa:
- + Ly thân, ly dị:

II. LÝ DO VÀO VIỆN: _____

III. BỆNH SỬ

1. Hoàn cảnh gia đình:

- + Sống cùng gia đình:
- + Sống cô đơn:
- + Các hoàn cảnh khác:

2. Yếu tố thúc đẩy mất ngủ

- + Biến cố gia đình:
- + Biến cố công việc:
- + Thiệt hại kinh tế:
- + Yếu tố khác:

+ Không có yếu tố thúc đẩy:

* Các yếu tố khác:.....

3. Tính chất xuất hiện:

+ Đột ngột:

+ Từ từ:

4. Thời gian mắc rối loạn giấc ngủ

+ Đã rối loạn giấc ngủ bao nhiêu lâu (tháng): _____

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

+ Tốt

+ Khá

+ Trung bình

+ Kém

6. 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

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

+ Hơn 7 giờ

+ 6-7 giờ

+ 5-6 giờ

+ Ít hơn 5 giờ

8. 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%

9. 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

10. 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

11. 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

12. 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

IV. TIỀN SỬ:

1. Bản thân: _____

2. Gia đình: _____

V. THĂM KHÁM

A. TOÀN THÂN

1. Biểu hiện chung: _____

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

STT	Yếu tố	Giai đoạn		
		D0	D10	D20
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			
Tổng điểm PSQI				

B. KHÁM

- Thể trạng: _____

- Tim: _____

- Mạch: _____ Huyết áp _____

- Phổi: _____

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

VII. KHÁM YHCT:

A. VỌNG CHÂN:

- Thần sắc: _____

- Hình thái: _____

- Rêu lưỡi: _____

- Chất lưỡi: _____

- Da, môi, móng chân tay: _____

B. VẤN CHÂN:

- Thanh âm: _____

- Hơi thở, nhịp thở: _____

C. VẤN CHÂN:

D. THIẾT CHÂN:

- Mạch chân: _____

- Phúc chân: _____

- Tứ chi: _____

E. CHẨN ĐOÁN

- Bát cương: _____

- Tạng phủ: _____

- Bệnh danh: _____

- Nguyên nhân: _____

VIII. TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:

- Tác dụng không mong muốn của Thể châm:.....

.....

.....

- Tác dụng không mong muốn của phương pháp thở bốn thì có kê môn giờ
châm:.....

.....

Ngày tháng năm 20

Nghiên cứu viên

Võ Thị Hợp

PHỤ LỤC 2

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 (%): $\text{Số giờ ngủ} / \text{Số giờ nằm trên giường} \times 100\%$.

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 - 2lần/tuần	Hơn 3 lần/tuần
a. Không thể chợp 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 ngáy 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 3

CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “*Đánh giá kết quả thử bốn thì kết hợp thể châm điều trị mắt ngủ không thực tổn*”

Tôi (Họ và tên):

Tuổi:Giới

Địa chỉ:

Điện thoại liên hệ:

Xác nhận rằng:

- Tôi đã được cung cấp các thông tin đầy đủ cho nghiên cứu *Đánh giá kết quả thử bốn thì kết hợp thể châm điều trị mắt ngủ không thực tổn* tạivà tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.

- Tôi đã có cơ hội được hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra.

- Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu là 30 ngày liên tục điều trị tại Bệnh viện YHCT Long An.

- Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.

- Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin. Sau khi nghiên cứu kết thúc, tôi sẽ được thông báo (nếu muốn) về bất cứ phát hiện nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi.

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

- Tôi có toàn quyền quyết định về việc sử dụng trong tương lai, tiếp tục lưu giữ hay hủy các mẫu xét nghiệm đã thu thập.

- Tôi tình nguyện tham gia và chịu trách nhiệm khi không tuân thủ theo quy định của Bệnh viện.

- Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.
- Nghiên cứu viên tham gia trong nghiên cứu đóng vai trò là nhà nghiên cứu và bác sỹ điều trị của tôi.
- Tôi được đảm bảo rằng có một hội đồng đánh giá khía cạnh đạo đức sẽ thông qua hoặc làm rõ đề cương nghiên cứu.

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Nếu cần:

Ký và ghi rõ họ tên của Bác sỹ

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Ký, ghi rõ họ tên người hướng dẫn khoa học

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

PHỤ LỤC 4

MƯỜI LỜI KHUYÊN DÀNH CHO BỆNH NHÂN MẮT NGỦ

1. Hãy đi ngủ vào đúng giờ nhất định trong ngày không sớm và không muộn quá.
2. Làm giảm căng thẳng thần kinh trước khi đi ngủ bằng cách đọc báo nghe nhạc, giải trí, đi dạo, tắm hơi nóng.
3. Hãy làm cho phòng ngủ thoáng, không nóng quá, không lạnh quá.
4. Chú ý chất lượng giường ngủ: không cứng quá, không mềm quá.
5. Hãy làm cho mỗi ngày của bạn đầy ắp các hoạt động có ích và vui vẻ (hoạt động trí óc, văn hoá, lao động).
6. Hãy quan tâm tới mọi người và công việc, đừng quá bận khoăn về giấc ngủ và về sức khoẻ của mình.
7. Ăn ngon miệng và ăn no vào buổi sáng, buổi trưa và vừa đủ vào buổi chiều tối.
8. Không lạm dụng rượu, thuốc lá, cà phê... đặc biệt sau 4 giờ chiều.
9. Hãy để toàn bộ đầu óc thư giãn thoải mái.
10. Nếu không ngủ được, tức là thần kinh quá căng thẳng, các tế bào thần kinh không tiết ra được melatonin cần thiết để ức chế, tạo giấc ngủ. Không tự ý dùng thuốc ngủ, không tự kéo dài thời gian uống thuốc ngủ, phải đến gặp bác sĩ.

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1]	Seow LSE, Verma SK, Mok YM, et al (2018). Evaluating DSM-5 Insomnia Disorder and the Treatment of Sleep Problems in a Psychiatric Population. <i>J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med</i> . 2018;14(2):237-244
[2]	Sarah Lee Blunden (2005). <i>The International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic & Coding Manual</i> . American Academy of Sleep Medicine; 2005.
[3]	American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 . 5th Ed. <i>Washington, D.C: American Psychiatric Association</i> . 2013.
[4]	Lena Bergdahl , “Auricular Acupuncture for Insomnia”, Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1330. <i>Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, Sweden</i> . 2017.
[5]	Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M . Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. <i>J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med</i> . 2008;4(5):487-504.
[6]	Bùi Quang Huy (2010). <i>Mất Ngủ</i> . Nhà xuất bản Y học, Hà Nội;
[7]	Bùi Quang Huy (2016). <i>Rối Loạn Giấc Ngủ</i> . Nhà xuất bản Y học; tr. 7-194.
[8]	Nguyễn Nhược Kim và cộng sự (2016). <i>Thất Miên. Bệnh Học Nội Khoa, Y Học Cổ Truyền (Sách Đào Tạo Sau Đại Học)</i> . Trường Đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học; tr.170-176.

[9]	Morin CM, LeBlanc M, Daley M, et al (2006). Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Self-Help Treatments, Consultations, and Determinants of Help-Seeking Behaviors. <i>Sleep Med</i> 2006. 2006;(7):123-30
[10]	Nguyễn Tài Thu (2012). <i>Tân Châm</i> . Nhà xuất bản Y học. tr.84-132
[11]	Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1997). <i>Châm Cứu Sau Đại Học</i> . Nhà xuất bản Y học; tr.248-254
[12]	Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2013). <i>Châm Loa Tai, Châm Cứu và Các Phương Pháp Chữa Bệnh Không Dùng Thuốc Khác</i> . Nhà xuất bản Y học, Bộ Y Tế; tr.228-252.
[13]	Trần Hữu Bình (2006). <i>Rối Loạn Giác Ngủ Không Thực Tồn</i> . Giáo Trình Tâm Thần Học Dành Cho Bác Sĩ Đa Khoa. Bộ Môn Tâm Thần Trường Đại Học Y Hà Nội; tr.62-68.
[14]	Nguyễn Việt Thiêm (2003). <i>Rối Loạn Lo Âu. Các Rối Loạn Liên Quan Với Stress và Điều Trị Học Tâm Thần</i> . Tài Liệu Giảng Dạy Sau Đại Học, Bộ Môn Tâm Thần Trường Đại Học Y Hà Nội; tr. 62-68.
[15]	Đinh Văn Bền (1995). <i>Điện Não Đồ Ứng Dụng Trong Thực Hành Lâm Sàng</i> . Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
[16]	Nguyễn Kim Việt (2003). <i>Rối Loạn Ám Ảnh Nghi Thức. Các Rối Loạn Liên Quan Với Stress và Điều Trị Học Tâm Thần</i> . Tài Liệu Giảng Dạy Sau Đại Học, Bộ môn Tâm thần Trường Đại học Y Hà Nội; tr.22-28.
[17]	Lương Hữu Thông (2005). <i>Rối Loạn Giác Ngủ. Sức Khỏe Tâm Thần và Các Rối Loạn Tâm Thần Thường Gặp</i> . Nhà Xuất Bản Y Học; tr.165-172.
[18]	ICD 10 (2007). <i>Mục G47: Rối Loạn Giác Ngủ</i> . tr.235.

[19]	American Psychiatric Association - DSM IV (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Washington DC. P.363-388.
[20]	The Gallup Organization, The Gallup Study of Sleeping Habits. Princeton, NJ: The Gallup Organization. ; 1979.
[21]	Ohayon MM, Bader G (2010). Prevalence and correlates of insomnia in the Swedish population aged 19-75 years. <i>Sleep Med.</i> 2010;11(10):980-986. doi:10.1016/j.sleep.2010.07.012
[22]	Mallon L, Broman J-E, Åkerstedt T, Hetta J (2014). Insomnia in Sweden: A Population-Based Survey. <i>Sleep Disord.</i> 2014;2014:843126. doi:10.1155/2014/843126
[23]	Zhang B, Wing Y-K (2006). Sex differences in insomnia: a meta-analysis. <i>Sleep.</i> 2006;29(1):85-93. doi:10.1093/sleep/29.1.85
[24]	Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. <i>Psychiatry Res.</i> 1989;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
[25]	Cao Văn Tuân (2000). Khảo Sát Chất Lượng Giấc Ngủ Pittsburgh. <i>Kỷ Yếu Các Công Trình Nghiên Cứu Khoa Học - Bệnh viện Tâm thần Trung ương</i> ; 2000:108.
[26]	Applegate WB (1987). Use of assessment instruments in clinical settings. <i>J Am Geriatr Soc.</i> ;34:45-50
[27]	Zung WW.A (1965) <i>self-rating depression scale.</i> <i>Arch Gen Psychiatry.</i> 12:63-70.
[28]	Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H (2011). The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. <i>Sleep.</i> 2011;34(5):601-608.

[29]	McCall C, McCall WV (2012). Comparison of Actigraphy with Polysomnography and Sleep Logs in Depressed Insomniacs. <i>J Sleep Res.</i> 2012;21(1):122-127. doi:10.1111/j.1365-2869.2011.00917.x
[30]	Phạm Khánh Hằng, Lê Thu Liên và Phạm Minh Đức (1997). Theo Dõi Hình Ảnh Điện Não Trên Bệnh Nhân Đau Đầu Do Mất Ngủ Kéo Dài. <i>Kỷ Yếu Công Trình Nghiên Cứu Khoa Học.</i> Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 1997:15-18.
[31]	Nguyễn Việt Thiêm và CS (2000). Một Số Nhận Xét về Chẩn Đoán và Điều Trị Các Bệnh Tâm Sinh. <i>Kỷ Yếu Các Công Trình Nghiên Cứu Khoa Học- Bệnh Viện Bạch Mai, Hà Nội.</i> 2000.
[32]	Nguyễn Thiên Quyên và Đào Trọng Cường (1998). <i>Thất Miên. Chẩn Đoán Phân Biệt Chứng Trạng Trong Đông y.</i> Viện nghiên cứu Trung y, Nhà xuất bản văn hóa dân tộc; tr.288-296.
[33]	Trần Thúy, Trương Việt Bình và Đào Thanh Thủy (1996). <i>Chuyên Đề Nội Khoa y Học Cổ Truyền.</i> Nhà xuất bản Y học; tr. 402-408.
[34]	Lê Hữu Trác (1997). <i>Y Trung Quan Kiện. Hải Thượng Y Tông Tâm Lĩnh.</i> Nhà xuất bản Y học; tr.21.
[35]	Thang Nhất Tân Vương Thụy Tường (chủ biên) và Nguyễn Thiên Quyên (dịch) (2000). <i>Những Bài Thuốc Tâm Huyết Của 800 Danh Y Trung Quốc Đương Đại.</i> Nhà xuất bản Mũi Cà Mau; tr.132-133.
[36]	Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt (2008). <i>Châm Cứu và Các Phương Pháp Chữa Bệnh Không Dùng Thuốc.</i> Nhà xuất bản Y học.
[37]	Khoa Y học cổ truyền Trường Đại học Y Hà Nội (2013). <i>Châm Cứu và Các Phương Pháp Chữa Bệnh Không Dùng Thuốc.</i> Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

[38]	Nguyễn Thị Hằng (2019). <i>Nghiên cứu tác dụng của phương pháp cấy chỉ trong điều trị rối loạn giấc ngủ</i> . Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội
[39]	Trần Thúy, Trương Việt Bình và Vũ Nam (2005). <i>Châm Cứu</i> . Nhà xuất bản Y học. tr.424-428.
[40]	Lê Quý Nguru (1997). <i>Từ Điểm Huyết vị Châm Cứu</i> . Nhà xuất bản Thuận Hóa; tr.357-360, 407-410, 452-454.
[41]	Nguyễn Tài Thu (2015). <i>Nhĩ Châm - Tân Châm</i> . Nhà Xuất Bản Thế Giới. tr237-248
[42]	Nguyễn Văn Hưởng (1995). <i>Phương Pháp Dưỡng Sinh</i> . NXB Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh; tr.70-90.
[43]	Võ Lưu Hòa (2010). <i>Đánh Giá Tác Dụng Của Bài Tập Dưỡng Sinh Của Nguyễn Văn Hưởng Trên Đối Tượng Công Nhân Phơi Nhiễm Xăng Dầu Có Hội Chứng Nhiễm Độc Benzen Nghề Nghiệp</i> . Luận Văn Thạc Sĩ Y học. Trường Đại Học Y Hà Nội.
[44]	Tuệ Tĩnh (1978). <i>Hồng Nghĩa Giác Y Thư</i> , NXB Y Học.
[45]	Dương Trọng Hiếu (1998). <i>Dưỡng Sinh Trường Thọ</i> . NXB Y Học.
[46]	Ngô Gia Hy (2018). <i>Khí Công và YHHĐ</i> . NXB Đồng Nai. tr.698.
[47]	Phạm Đình Lưu (2002). <i>Sinh Lý Học Y Khoa</i> , Bộ Môn Sinh Lý Học, Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
[48]	Budhiraja R, Roth T, Hudgel DW, Budhiraja P, Drake CL (2011). Prevalence and Polysomnographic Correlates of Insomnia Comorbid with Medical Disorders. <i>Sleep</i> . 2011;34(7):859-867. doi:10.5665/SLEEP.1114
[49]	Doi Y, Minowa M, Uchiyama M, et al (2000). Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of

	the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects. <i>Psychiatry Res.</i> 2000;97(2-3):165-172. doi:10.1016/s0165-1781(00)00232-8
[50]	Lý Duy Hưng (2008). <i>Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress</i> . Luận Văn Thạc Sĩ y Học, Đại học Y Hà Nội.
[51]	Đoàn Văn Minh (2009), <i>Đánh giá tác dụng điện châm huyết Nội quan, Thần môn, Tam Âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tổn</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr 56.
[52]	Trần Mai Phương Thảo (2011). <i>Nghiên cứu khảo sát tình hình sử dụng thuốc ngủ tại bệnh viện Lão khoa Trung ương</i> . Luận Văn Dược Sĩ, Đại học Y Hà Nội.
[53]	Đỗ Như Dân (2011). <i>Đánh giá tác dụng của điện nhĩ châm trong điều trị mất ngủ do Tâm Tỳ khuỵ tổn</i> . Luận Văn Thạc Sĩ y Học, Học viện Y - Dược học cổ truyền Việt Nam.
[54]	Đinh Danh Sáng (2016). <i>Đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ của nhĩ châm trong điều trị bệnh nhân rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh</i> . Luận Văn Thạc Sĩ y Học, Đại học Y Hà Nội.
[55]	Dương Thị Phương Thảo (2018). <i>Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp thể châm trong điều trị bệnh nhân rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh</i> . Luận Văn Thạc Sĩ y Học, Đại học Y Hà Nội.
[56]	Bộ Y tế (2008). Quy trình Kỹ thuật Y học cổ truyền. Quy trình số 14. Quyết định Số: 26/2008/QĐ-BYT ngày 22/7/2008.
[57]	Khoa Y học cổ truyền trường Đại học Y Hà Nội (2012). Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền. Nhà xuất bản y học.
[58]	Hoàng Bảo Châu (2016). <i>Nội dung cơ bản của Nội kinh</i> . Nhà xuất bản Y học, tr.267-268

[59]	Tuệ Tĩnh toàn tập (2002). <i>Nam Dược thần hiệu quyển 5</i> . Nhà xuất bản Y học, tr.157
[60]	Thái Thụ Đào (2004). Suy nhược thần kinh và mất ngủ. Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật Giang Tây Trung Quốc chủ biên. Minh Oanh, Khánh Vân dịch – Nhà xuất bản lao động Hà Nội 2004, tr.23,26,33.
[61]	Breslau N, Roth T, Rosenthal L (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. <i>Biol Psychiatry</i> .;39(6): 411 – 418.
[62]	Vũ Thị Châu Loan (2016) , <i>Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ không thực tổn bằng phép thư giãn Y học cổ truyền</i> , Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II . Trường Đại học Y Hà Nội
[63]	Lê Thế Khoát (2014), <i>Đánh giá tác dụng của điện châm và cứu kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tổn</i> . Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Thái bình năm 2014, tr 74
[64]	Nguyễn Văn Tâm (2019), <i>Nghiên cứu độc tính, tác dụng an thần trên thực nghiệm và điều trị mất ngủ không thực tổn trên lâm sàng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần</i> , Luận án tiến sĩ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
[65]	Gia Minh (2012) , Báo động tỷ lệ mắc rối loạn giấc ngủ tại các nước phát triển, <i>Tạp chí Future</i> , số 2/2013, tr 14-21.
[66]	Grewal Ritu, Doghramji Karl (2010) , <i>Epidemiology of InClinical Handbook of Insomnia</i> , p 13-22.
[67]	Nguyễn Ngọc Đăng (2020), <i>Đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ không thực tổn của viên nén Ích khí an thần- HVY trên lâm sàng</i> , Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.

[68]	Nguyễn Thị Hương Giang (2017), <i>Đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ của bài thuốc Hậu thiên lục vị phương ở phụ nữ mãn Kinh</i> , Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà nội, tr 68
[69]	Lê Thị Hương Giang (2002). <i>Đánh giá hiệu quả lâm sàng điều trị mất ngủ không thực tổn (thể tâm tỳ hư) bằng điện châm</i> . Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. Tr.78
[70]	Dương Kế Châu (1990). <i>Châm cứu Đại Thành – tập 2</i> . Hội Y học dân tộc Thành phố Hồ Chí Minh, tr.19-25.
[71]	Hoàng Bảo Châu (1988). <i>Châm cứu chữa một số bệnh thông thường</i> . Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.21-22.