

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN QUANG HUY

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG  
PHÁP NHĨ CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP  
BẢM HUYỆT TRONG ĐIỀU TRỊ  
MẮT NGỦ KHÔNG THỰC TỒN**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2024

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO** **BỘ Y TẾ**  
**HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**



**NGUYỄN QUANG HUY**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP  
NHĨ CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT  
TRONG ĐIỀU TRỊ MẮT NGỬ KHÔNG THỰC TỒN**

**Chuyên ngành : Y học cổ truyền**

**Mã số : 8720115**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**Người hướng dẫn khoa học :**

**TS. TRẦN THỊ HỒNG NGÃI**

**HÀ NỘI – 2024**

## LỜI CẢM ƠN

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

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

Với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc, tôi xin chân thành cảm ơn **TS.BS. Trần Thị Hồng Ngải** - Trưởng Bộ môn Y lý Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam và những người thầy trực tiếp dạy dỗ, đã tận tâm truyền đạt kiến thức, kinh nghiệm quý báu, giúp đỡ và hướng dẫn tôi trong suốt quá trình học tập và làm luận văn này.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến Ban giám đốc, Phòng kế hoạch tổng hợp, Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện 30-4 Bộ Công An, là nơi đã cung cấp tư liệu, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thiện luận văn.

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

*Hà Nội, tháng 12 năm 2024*

**Học viên**

**Nguyễn Quang Huy**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Nguyễn Quang Huy** lớp cao học khóa 15, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của **TS. Trần Thị Hồng Ngã**.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

*Hà Nội, tháng 12 năm 2024*

*Tác giả*

**Nguyễn Quang Huy**

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ.....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....</b>	<b>3</b>
1.1 Mất ngủ không thực tồn theo quan niệm Y học hiện đại.....	3
1.1.1 Khái niệm .....	3
1.1.2 Dịch tễ học.....	3
1.1.3 Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	4
1.1.4 Các phương pháp đánh giá .....	5
1.1.5 Chẩn đoán.....	7
1.1.6 Điều trị.....	7
1.2 Mất ngủ không thực tồn theo quan niệm y học cổ truyền .....	9
1.2.1 Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	9
1.2.2 Thất miên thể Tâm Thận bất giao.....	10
1.3 Tổng quan về các phương pháp điều trị sử dụng trong nghiên cứu .....	11
1.3.1 Phương pháp nhĩ châm .....	11
1.3.2 Phương pháp Xoa bóp bấm huyệt .....	19
1.3.3 Phương pháp điện châm .....	19
1.4 Các nghiên cứu về mất ngủ không thực tồn .....	20
1.4.1 Trên thế giới .....	20
1.4.2 Tại Việt Nam .....	21
<b>CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>24</b>
2.1 Đối tượng nghiên cứu .....	24
2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHD .....	24
2.1.2 Tiêu chuẩn chọn bệnh theo YHCT .....	24
2.1.3 Tiêu chuẩn loại trừ theo YHHD .....	25
2.1.4 Tiêu chuẩn loại trừ theo YHCT.....	25
2.2 Địa điểm và thời gian.....	25
2.3 Thiết kế nghiên cứu .....	25
2.4 Cỡ mẫu.....	25

2.4.1 Công thức tính cỡ mẫu .....	25
2.4.2 Phương pháp chọn mẫu .....	26
2.5 Chỉ số và biên số trong nghiên cứu.....	27
2.6 Quy trình nghiên cứu .....	32
2.7 Phương tiện nghiên cứu .....	34
2.8 Sai số và cách khắc phục sai số .....	35
2.9 Phương pháp xử lý số liệu .....	35
2.10 Đạo đức trong nghiên cứu.....	36
2.11 Sơ đồ nghiên cứu .....	37
<b>CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>38</b>
3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.....	38
3.1.1 Đặc điểm theo tuổi và giới tính .....	38
3.1.2 Đặc điểm theo hoàn cảnh gia đình, nghề nghiệp, hôn nhân.....	39
3.1.3 Đặc điểm thời gian mắc bệnh .....	40
3.1.4 Đặc điểm yếu tố thúc đẩy bệnh .....	41
3.1.5 Đặc điểm tính chất xuất hiện bệnh .....	41
3.2 Đánh giá hiệu quả điều trị.....	42
3.2.1 Hiệu quả cải thiện thời lượng giấc ngủ .....	42
3.2.2 Hiệu quả cải thiện thời gian vào giấc ngủ .....	43
3.2.3 Tác dụng cải thiện hiệu quả giấc ngủ .....	44
3.2.4 Hiệu quả cải thiện chất lượng giấc ngủ .....	45
3.2.5 Hiệu quả cải thiện thang điểm PSQI .....	45
3.2.6 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng thứ phát sau mất ngủ .....	51
3.2.7 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng YHCT.....	52
3.3 Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	53
3.3.1 Tác dụng không mong muốn trên chỉ số sinh tồn .....	53
3.3.2 Một số tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp điều trị.....	53
3.4 Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.....	53
<b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN .....</b>	<b>56</b>

4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	56
4.1.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi .....	56
4.1.2 Phân bố bệnh nhân theo giới tính .....	56
4.1.3 Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp .....	57
4.1.4 Phân bố bệnh nhân theo tình trạng hôn nhân .....	57
4.1.5 Phân bố bệnh nhân theo hoàn cảnh gia đình .....	58
4.1.6 Phân bố thời gian mắc bệnh của bệnh nhân .....	58
4.1.7 Phân bố theo yếu tố thúc đẩy.....	59
4.1.8 Phân bố theo tính chất xuất hiện bệnh.....	59
4.1.9 Điểm PSQI trước khi điều trị .....	60
4.2 Hiệu quả của phương pháp điều trị.....	61
4.2.1 Hiệu quả cải thiện thời lượng giấc ngủ .....	61
4.2.2 Hiệu quả cải thiện thời gian vào giấc ngủ .....	62
4.2.3 Hiệu quả cải thiện hiệu quả giấc ngủ.....	62
4.2.4 Hiệu quả cải thiện chất lượng giấc ngủ .....	63
4.2.5 Hiệu quả cải thiện thang điểm PSQI .....	63
4.2.6 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng thứ phát sau mất ngủ .....	64
4.2.7 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng YHCT .....	65
4.2.8 Một số tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	67
4.3 Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.....	67
<b>KẾT LUẬN .....</b>	<b>69</b>
<b>KHUYẾN NGHỊ .....</b>	<b>71</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

<b>Chữ viết tắt</b>	<b>Tiếng Anh</b>	<b>Tiếng Việt</b>
BN		Bệnh nhân
D <sub>0</sub>		Ngày vào viện
D <sub>10</sub>		Ngày thứ 10 điều trị
D <sub>20</sub>		Ngày thứ 20 điều trị
ĐC		Đối chứng
N		Số lượng bệnh nhân
NC		Nghiên cứu
NREM	Non Rapid Eye Movement	Không cử động mắt nhanh
MNKTT		Mất ngủ không thực tổn
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index	Chỉ số đánh giá về chất lượng giấc ngủ Pittsburgh
REM	Rapid Eye Movement	Cử động mắt nhanh
XBBH		Xoa bóp bấm huyệt
YHCT		Y học cổ truyền
YHHĐ		Y học hiện đại



## DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1 Tiêu chuẩn chẩn đoán Thất miên thể Tâm thận bất giao .....	25
Bảng 2.2 Chỉ số và biến số trong nghiên cứu .....	27
Bảng 3.1 Đặc điểm theo tuổi .....	38
Bảng 3.2 Đặc điểm theo hoàn cảnh gia đình .....	39
Bảng 3.3 Đặc điểm tình trạng hôn nhân .....	40
Bảng 3.4 Đặc điểm yếu tố thúc đẩy bệnh .....	41
Bảng 3.5 Đặc điểm tính chất xuất hiện bệnh .....	41
Bảng 3.6 Điểm PSQI lúc khởi trị .....	42
Bảng 3.7 Hiệu suất tăng thời lượng giấc ngủ .....	42
Bảng 3.8 Hiệu suất giảm thời gian đi vào giấc ngủ .....	43
Bảng 3.9 Tác dụng cải thiện hiệu suất giấc ngủ .....	44
Bảng 3.10 Hiệu quả cải thiện điểm Chất lượng giấc ngủ chủ quan theo thang điểm PSQI .....	45
Bảng 3.11 Hiệu quả cải thiện điểm Thời gian vào giấc ngủ theo thang điểm PSQI	46
Bảng 3.12 Hiệu quả cải thiện điểm Thời lượng giấc ngủ theo thang điểm PSQI	47
Bảng 3.13 Hiệu quả cải thiện điểm Hiệu suất giấc ngủ theo thang điểm PSQI ...	48
Bảng 3.14 Hiệu quả cải thiện điểm Các rối loạn giấc ngủ theo thang điểm PSQI ..	48
Bảng 3.15 Hiệu quả cải thiện điểm Sử dụng thuốc ngủ theo thang điểm PSQI .....	49
Bảng 3.16 Hiệu quả cải thiện điểm các Rối loạn ban ngày theo thang điểm PSQI	50
Bảng 3.17 Hiệu suất giảm điểm PSQI .....	50
Bảng 3.18 Hiệu quả điều trị theo thang điểm PSQI .....	51
Bảng 3.19 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng thứ phát sau mất ngủ .....	51
Bảng 3.20 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng YHCT .....	52
Bảng 3.21 Bảng thay đổi chỉ số sinh tồn trước và sau điều trị .....	53
Bảng 3.22 Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị .....	53
Bảng 3.23 Mối liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị .....	54
Bảng 3.24 Mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân và kết quả điều trị.....	54
Bảng 3.25 Mối liên quan giữa hoàn cảnh gia đình và kết quả điều trị .....	55
Bảng 3.26 Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị .....	55

## DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1 Phân bố bệnh nhân theo giới .....	38
Biểu đồ 3.2 Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp .....	39
Biểu đồ 3.3 Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh .....	40
Biểu đồ 3.4 Sự thay đổi về chất lượng giấc ngủ .....	45

## **DANH MỤC SƠ ĐỒ, HÌNH ẢNH**

Hình 1. 1 Thần kinh liên quan đến tai .....	12
Hình 1.2 Các vùng huyết chủ yếu trên loa tai .....	16
Hình 1.3 Sơ đồ huyết Thần môn .....	17
Hình 1.4 Sơ đồ huyết Tâm .....	18
Hình 1.5 Sơ đồ huyết Thận .....	18

## **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Giấc ngủ là một phần quan trọng trong hoạt động sống con người. Nhằm đảm bảo sự sống, sự phục hồi và phát triển của con người. Sự gia tăng phát triển xã hội hiện nay, dẫn đến mất ngủ đang trở thành vấn đề phổ biến trong xã hội. Theo ICD10, mất ngủ bao gồm khó khăn vào giấc ngủ hay khó duy trì giấc ngủ, xảy ra ít nhất ba lần một tuần trong ít nhất một tháng, đi kèm với suy giảm hoạt động ban ngày và không do bệnh lý thần kinh, bệnh nội khoa, không do hậu quả việc lạm dụng thuốc gây nghiện hoặc thuốc điều trị [1].

Năm 2023, theo tổ chức y tế thế giới (World Health Organization) khoảng một phần ba dân số gặp phải các triệu chứng mất ngủ và khoảng 10-15% mắc chứng mất ngủ mãn tính.

Tại Mỹ ước đoán khoảng 10-20% dân số than phiền về giấc ngủ trong đó 50% mất ngủ kéo dài hơn 1 tháng [2], mất ngủ làm giảm năng suất làm việc và là gánh nặng về kinh tế cho cộng đồng [3]. Ở Việt Nam, theo thống kê tỷ lệ người dân đến khám vì mất ngủ chiếm 10-20% tại các chuyên khoa thần kinh [4].

Y học hiện đại (YHHĐ) điều trị mất ngủ thường dùng thuốc giải lo âu, an thần gây buồn ngủ nhanh giúp bệnh nhân dễ vào giấc ngủ. Điều trị hiện tại, đa phần mới chỉ giải quyết triệu chứng, ngoài ra việc sử dụng lâu dài dần dẫn đến tình trạng lệ thuộc vào thuốc, mệt mỏi, suy giảm trí nhớ, ảnh hưởng tới chức năng gan, thận, không những gây ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn có tác động không nhỏ đến năng suất lao động và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Trong Y học cổ truyền (YHCT), mất ngủ được gọi là Thất miên, Bất寐, Mục bất chính, Bất đắc miên, Vô miên,... Bệnh do nhiều nguyên nhân gây ra nhưng có mối liên quan đến các tạng Tâm, Tỳ, Can, Thận và âm huyết không đủ [5], [6].

Điều trị bao gồm các phương pháp như: dùng thuốc gồm những vị thuốc, bài thuốc kinh nghiệm dân gian, bài thuốc cổ phương và các phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, xoa bóp bấm huyệt (XBBH), dưỡng sinh ... Tuy nhiên việc sắc thuốc, sử dụng cầu kỳ làm mất nhiều thời gian, thời gian điều trị lâu dài, khó áp dụng cho những bệnh nhân ít thời gian rảnh rỗi.

Các phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, XBBH,.. từ lâu đã cho thấy hiệu quả trong việc điều trị trong nhiều bệnh lý, trong đó có mất ngủ với ưu điểm an toàn, ít tác dụng phụ, rút ngắn thời gian điều trị, giảm chi phí điều trị, dễ thực hiện ở mọi y tế cơ sở [7], [8], [9]. Trong đó, Nhĩ châm và XBBH là những phương pháp điều trị không dùng thuốc, từ lâu đã được nghiên cứu và chứng minh tác dụng hiệu quả an toàn, không gây đau, ít tác dụng phụ trong việc điều trị rất nhiều các bệnh lý khác nhau trong đó có mất ngủ.

Vậy việc kết hợp cả hai phương pháp nhĩ châm và xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tổn (MNKTT) nhằm kế thừa, phát huy vốn quý của YHCT cũng như đem đến cho bác sĩ lâm sàng có thêm lựa chọn trong việc điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu **“Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị mất ngủ không thực tổn”** tại Bệnh viện 30-4 với mục tiêu:

- 1. Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị mất ngủ không thực tổn và theo dõi tác dụng không mong muốn.*
- 2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.*

## CHƯƠNG 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### 1.1 Mất ngủ không thực tổn theo quan niệm Y học hiện đại

Theo phân loại quốc tế ICD-10, mất ngủ không thực tổn (MNKTT) thuộc nhóm rối loạn giấc ngủ không thực tổn được xếp vào mục F51, bao gồm 8 mã bệnh. Trong đó MNKTT có mã là F51.0 [10], [11].

##### 1.1.1 Khái niệm

Theo ICD 10 định nghĩa: Mất ngủ không thực tổn hay còn gọi là trạng thái mất ngủ mạn tính, nguyên phát là trạng thái không thoả mãn về số lượng và chất lượng giấc ngủ, tồn tại trong một thời gian dài, được đặc trưng bằng các điểm sau:

- Khó đi vào giấc ngủ: là than phiền thường gặp nhất, có hầu hết các bệnh nhân.
- Khó duy trì giấc ngủ và thức dậy sớm
- Chất lượng giấc ngủ kém
- Triệu chứng ban ngày: mệt mỏi, khó chịu và suy giảm nhận thức
- Xảy ra ít nhất vài lần/ tuần kéo dài liên tục ít nhất vài tháng

Mất ngủ thường gặp trong các rối loạn cảm xúc (trầm cảm, hưng cảm), rối loạn lo âu, phân liệt cảm xúc (ức chế cảm xúc, cáu gắt, bức tức), các liên quan đến các stress đời sống (công việc, gia đình), gặp nhiều hơn ở phụ nữ, ở người lớn tuổi, những người bất lợi kinh tế, ảnh hưởng bởi yếu tố môi trường bên ngoài (ánh sáng, tiếng ồn, nhiệt độ...) gặp trong các bệnh lý mãn tính (suy thận mạn tính, tăng huyết áp, di chứng sau xuất huyết não, đau nhức, sa sút trí tuệ...).

##### 1.1.2 Dịch tễ học

Mất ngủ gia tăng theo thời gian do những áp lực cuộc sống, công việc ngày càng tăng lên, có xu hướng tăng cao ở nữ giới, người cao tuổi, người rối loạn tâm lý và những người thiệt thòi về kinh tế xã hội.

Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nữ nhiều hơn nam, người cao tuổi nhiều hơn trẻ tuổi. Mất ngủ lâu ngày dẫn đến mệt mỏi, thiếu tập trung và giảm năng suất làm việc, đồng thời gia tăng nguy cơ mắc các bệnh khác kèm theo như trầm cảm, lo âu, tim mạch, đái tháo đường, béo phì [12].

Theo một nghiên cứu theo dõi tỷ lệ mất ngủ trong 12 tháng, kết quả cho thấy tỷ lệ mắc mới ở Mỹ ước đoán 6 %, Canada là 7,4 % ,Thụy điển là 2,8%. Tỷ lệ gia tăng tại các nước đang phát triển. Mất ngủ làm gia tăng chi phí xã hội, chăm sóc y tế tại nhiều nước. Nghiên cứu trên thế giới ước tính chi phí chăm sóc y tế (nội trú, ngoại trú, dược, cấp cứu...) tăng thêm 934USD/người/năm ở lứa tuổi trẻ và trung niên (18- 64 tuổi ) khi mắc bệnh mất ngủ và thêm 1143 USD ở người cao tuổi (trên 65 tuổi) so với những bệnh nhân khác [13]. Tỷ lệ nghỉ làm do mất ngủ gây thiệt hại khoảng 970 triệu đô la Mỹ, giảm năng suất làm việc và tai nạn nơi làm việc ước tính khoảng 5 tỷ đô la Mỹ, tổng chi phí cho mất ngủ hằng năm là 6,6 tỷ đô la Mỹ [14], [15]. Đây là gánh nặng về kinh tế cho cộng đồng [16].

Ở Việt Nam, theo một thống kê tỷ lệ người dân đến khám vì mất ngủ chiếm 10-20% tại các chuyên khoa thần kinh [17]. Theo tác giả Trần Thị Kim Thu – Trung tâm chăm sóc sức khỏe cộng đồng Thành phố Hồ Chí Minh cho biết có khoảng 80% bệnh nhân đến khám vì rối loạn giấc ngủ, 5% trong số đó ở thời kỳ quá nặng. Tại bệnh viện Tâm thần thành phố Hồ Chí Minh, mỗi ngày có hàng trăm người đến khám, thì trên 90% bệnh nhân than phiền về mất ngủ.

### ***1.1.3 Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh***

#### **Nguyên nhân:**

Nguyên nhân dẫn đến mất ngủ bao gồm:

- Do bệnh lý: đau nhức như đau khớp, đau do thiếu năng động mạch vành, u xơ tiền liệt tuyến, tăng huyết áp, đái tháo đường, suy thận mạn, bệnh nhân liệt nửa người sau xuất huyết não,...

- Do tâm lý: 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...

- Do thuốc: một số loại có ảnh hưởng đến giấc ngủ khi sử dụng chống suy nhược, các loại thuốc steroid, thuốc chẹn beta giao cảm, giảm đau chứa caffeine...

- Sử dụng các chất kích thích trà, cafe, rượu bia...
- Yếu tố khác: âm thanh, ánh sáng, nhiệt độ... [18].
- Nguyên nhân dẫn đến MNKTT chủ yếu do các yếu tố tâm lý xã hội, trong đó nguyên nhân cảm xúc là đầu tiên và cơ bản [19].

### **Cơ chế bệnh sinh:**

Ngày nay người ta thấy có hai hệ thống thần kinh chi phối chu kỳ thức ngủ [45], một hệ thống phát ra giấc ngủ và quá trình ngủ và hệ thống kia là thời gian ngủ trong 24 giờ (một ngày). Ngay cả những bất thường bên trong hệ thống này hay những rối loạn bên ngoài (môi trường, thuốc hay những bệnh tật có liên quan) có thể dẫn tới rối loạn giấc ngủ hay nhịp thức ngủ. Bảng phân loại rối loạn giấc ngủ theo quốc tế chia thành ba nhóm chính: mất ngủ, bán mất ngủ, và những rối loạn tâm sinh giấc ngủ [45], [46], [56].

Brerino (1975), Kales (1984), Gaillar (1978-1990) [20] đưa ra hai giả thuyết về MNMT, sự cân bằng thức ngủ có thể bị rối loạn bởi hai giả thuyết như sau:

#### ***Giả thuyết thứ nhất***

Mức độ hoạt động của hệ thống thần kinh trung ương tăng lên một cách bất thường dẫn đến sự tăng lên toàn bộ, dai dẳng của mức độ thức trong cân bằng thức ngủ. Hậu quả là:

- Ban ngày tăng thức tỉnh thường xuyên, sự cảnh tỉnh xấu.
- Ban đêm: giai đoạn 1 của giấc ngủ bị rút ngắn, giảm giai đoạn 2, đôi khi cả giai đoạn 4 làm thức giấc tăng lên, giấc ngủ bị chia cắt ra.

***Giả thuyết thứ hai:*** Rối loạn các chức năng của nhân vùng dưới đồi nơi mà nó kiểm tra giấc ngủ, làm giảm nhu cầu với giấc ngủ và cũng dẫn đến hậu quả: thức giấc tăng lên, giấc ngủ bị chia cắt.

### **1.1.4 Các phương pháp đánh giá**

#### **1.1.4.1. Đánh giá trên lâm sàng**

- *Thời lượng giấc ngủ giảm:* tất cả các bệnh nhân đều giảm thời gian mất ngủ, từ 3-4 giờ/24 giờ, thậm chí có bệnh nhân thức trắng đêm.



- *Khó đi vào giấc ngủ*: Đây là than phiền hay gặp đầu tiên. Bệnh nhân không thấy có cảm giác buồn ngủ, trằn trọc, căng thẳng lo âu, thường mất từ hơn 30 phút đến 1 giờ 30 phút mới đi vào giấc ngủ.

- *Hay tỉnh giấc vào ban đêm*: giấc ngủ của bệnh nhân bị chia cắt ra, giấc ngủ chập chờn, không ngon giấc, thường tỉnh giấc và khi đã tỉnh giấc thì rất khó ngủ lại.

- *Hiệu quả của giấc ngủ* được tính theo công thức sau: Số giờ ngủ/ số giờ nằm trên giường x 100%.

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

- *Thức giấc sớm*: đa số bệnh nhân phàn nàn là ngủ ít quá, tỉnh dậy sớm.

- *Chất lượng giấc ngủ*: có sự khác biệt lớn giữa người ngủ tốt và người mất ngủ:

+ Người ngủ tốt sau một đêm thấy cơ thể thoải mái, mọi mệt nhọc biến mất, vẻ mặt tươi tỉnh.

+ Người mất ngủ sau một đêm không đem lại sức lực và sự tươi tỉnh, một giấc ngủ chập chờn đôi khi khó xác định được là có ngủ hay không ngủ. Diện mạo vẻ mặt mệt mỏi, hai mắt thâm quầng, dáng vẻ chậm chạp, hay ngáp vặt.

- *Các triệu chứng liên quan tới chức năng ban ngày*

Trạng thái kém thoải mái, mệt mỏi vào ban ngày nhưng không ngủ được là hậu quả của thiếu hụt giấc ngủ. Bệnh nhân mô tả thấy suy yếu, thụ động, ít quan tâm đến công việc luôn luôn suy nghĩ tập trung vào sức khỏe và giấc ngủ của họ.

Khó hoàn tất công việc trong ngày, kém thoải mái về cơ thể và giảm hứng thú trong công việc, tiếp xúc với gia đình và bạn bè [10].

#### 1.4.1.2. *Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang Pittsburgh (PSQI)*

**Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang Pittsburgh (PSQI)** của Daniel J. Buysse năm 1989, nhằm đánh giá các chỉ số về chất lượng giấc ngủ [20]. Bảng điểm PSQI được coi là công cụ hữu hiệu được sử dụng nhiều nơi trên thế giới (được dịch ra 56 thứ tiếng tính đến thời điểm tháng 11/2013).

Thang của Daniel J. Buysse và cộng sự năm 1998, nhằm đánh giá các chỉ số

về chất lượng giấc ngủ. Năm 2001, ở Việt Nam PSQI đã được chuẩn hóa. Thang điểm này có độ nhạy 98,7, độ đặc hiệu 84,4 khi điểm PSQI >5 [21]. Các tác giả đã nhận thấy thang đo này có giá trị sử dụng đáng tin cậy trong lâm sàng để đánh giá mức độ mất ngủ và có thể dùng nó để theo dõi tiến triển mất ngủ [17]. Thang điểm PSQI giúp ta đánh giá 7 yếu tố của chất lượng giấc ngủ, bao gồm [22]:

- Yếu tố 1 (câu 9): Chất lượng giấc ngủ theo cảm giác chủ quan của bệnh nhân
- Yếu tố 2 (câu 2 và 5): Giai đoạn đi vào giấc ngủ
- Yếu tố 3 (câu 4): Thời lượng giấc ngủ
- Yếu tố 4 (câu 1 và 3): Hiệu quả của thói quen đi ngủ
- Yếu tố 5 (câu 5): Các rối loạn giấc ngủ
- Yếu tố 6 (câu 6): Sự sử dụng thuốc ngủ
- Yếu tố 7 (câu 7 và 8): Rối loạn trong ngày

Mỗi yếu tố đều được đánh giá ở 4 mức: không có, nhẹ, vừa, nặng. Một điểm tổng chung PSQI cũng đánh giá được chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân ở 4 mức: không có, nhẹ, vừa, nặng.

### **1.1.5 Chẩn đoán**

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD-10 mục F51.0 [19]:

1. Phàn nàn cả về khó đi vào giấc ngủ hay khó duy trì giấc ngủ, hay chất lượng giấc ngủ kém.
2. Rối loạn giấc ngủ đã xảy ra ít nhất là ba lần trong một tuần trong ít nhất là một tháng.
3. Rối loạn giấc ngủ gây nên sự mệt mỏi rõ rệt trên cơ thể hoặc gây khó khăn trong hoạt động chức năng lúc ban ngày.
4. Không có nguyên nhân tổn thương thực thể, như là tổn thương hệ thần kinh hoặc những bệnh lý khác, rối loạn hành vi, hoặc do dùng thuốc.

### **1.1.6 Điều trị**

MNKT liên quan chủ yếu đến các nhân tố tâm sinh lý, đặc biệt rối loạn cảm xúc là nhân tố được coi là nguyên phát. Do vậy, trong điều trị có hai nhóm lớn: tâm lý (nhận thức - hành vi) và dược lý, hai nhóm này có thể kết hợp với nhau [19].

### 1.1.6.1 Sơ đồ/phác đồ điều trị

Liệu pháp hóa dược + liệu pháp tâm lý

### 1.1.6.2 Điều trị cụ thể

\* **Liệu pháp tâm lý:** Các liệu pháp tâm lý chủ yếu là giáo dục người bệnh chú ý vệ sinh giấc ngủ tốt:

- Chỉ đi ngủ khi buồn ngủ.
- Tập thức ngủ đúng giờ.
- Hàng sáng phải thức dậy vào một giờ nhất định, không phụ thuộc vào thời lượng đã ngủ đêm trước.
- Không dùng cà phê, thuốc lá đặc biệt vào buổi tối.
- Thiết lập chế độ tập luyện thể dục thể thao hằng ngày.
- Không uống rượu vì rượu phá vỡ nhịp thức ngủ.
- Sử dụng kĩ thuật thư giãn luyện tập.

\* **Liệu pháp hóa dược:**

- *Nguyên tắc chọn thuốc:* Ưu tiên đơn trị liệu (chọn một trong những thuốc liệt kê ở dưới nếu chưa hiệu quả thì sử dụng đồng thời một thuốc chống trầm cảm và một thuốc an thần kinh được khuyến cáo nhiều hơn cả). Khởi liều thấp và tăng liều từ từ cho đến khi có hiệu quả. Hạn chế lạm dụng nhóm giải lo âu gây nghiện [19].

- Sử dụng các thuốc gây ngủ, thuốc giải lo âu, thuốc chống trầm cảm trong điều trị mất ngủ, vì mất ngủ liên quan mật thiết với lo âu, trầm cảm.

+ Các thuốc chống trầm cảm: Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng hoặc nhóm khác

+ Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam, non benzodiazepins: etifoxine HCL, zopiclon, ...nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propranolol...

+ Các thuốc an thần kinh: olanzapin, quetiapin...

+ Một số thuốc khác điều trị rối loạn giấc ngủ: melatonin ...

+ Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline, ....

+ Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm B và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả, ....), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch...trong những trường hợp cần thiết.

## **1.2 Mất ngủ không thực tổn theo quan niệm y học cổ truyền**

Trong YHCT, MNKTT thuộc chứng thất miên, bất寐, bất đắc miên, chứng này có nhiều triệu chứng khác nhau như: khó vào giấc ngủ, ngủ dễ tỉnh giấc, khó trở lại giấc ngủ hoặc ngủ không sâu giấc hoặc cả đêm không ngủ được [5].

### **1.2.1 Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh**

Theo sách “Hoàng đế nội kinh vấn đáp”: Thất miên do tác động bởi các yếu tố nội ngoại nhân, hàn nhiệt, khí huyết, công năng của tạng phủ mất cân bằng gây nên. Gặp thời tiết âm lạnh không đều, đắp ấm thái quá, trước khi đi ngủ lại uống chè đặc, uống cà phê hưng phấn hoặc gặp chuyện kích thích tinh thần, tư lự thái quá dẫn đến mất ngủ, không thuộc trạng thái bệnh lý.

Theo YHCT, chứng mất ngủ do huyết thiếu, Thận âm suy kém, hỏa của Can đờm bốc hoặc do Vị khí không điều hoà hoặc do sau khi khi ốm bị suy nhược không ngủ được. Theo Cảnh nhạc thì: “Ngủ là gốc ở phần âm mà thần làm chủ, thần yên thì ngủ được, thần không yên thì ngủ không được”. Nguyên nhân chính là Tâm Tỳ hư, Tâm Thận bất giao, Vị không điều hoà, Đờm nhiệt nội nhiễu [5].

Theo quan điểm Đông y mất ngủ là lo nghĩ quá độ và lam lũ công việc nhiều, khi lo nghĩ quá độ làm hại đến Tỳ (Lo nghĩ hại tỳ quanh năm mất ngủ). Tỳ có công năng vận hóa đồ ăn thức uống, Tỳ hư không sinh đủ Huyết, Huyết không dưỡng được Tâm nên gây mất ngủ.

Do cơ thể suy yếu hoặc bị ốm lâu, Thận âm hao tổn, không nuôi dưỡng được Tâm, Tâm hỏa khô nóng thần chí không yên gây nên Mất ngủ. (Sách cổ kim y thống nói: Do Thận thủy thiếu, chân âm không thăng mà Tâm khô nóng làm cho mất ngủ).

Do ăn uống không điều độ, thức ăn đình trệ ở tràng vị, lâu ngày thành đờm nhiệt ngại bên trong, đờm nhiệt nhiễu loạn ở bên trên nên nằm không yên. (Sách

Trương thị y thông nói: Mạch hoạt sắc hữu lực là mất ngủ, bên trong có đờm hỏa ứ trệ).

Ngoài ra còn có trường hợp bị kinh động bất ngờ, sợ hãi lo lắng quá, gây nhiều loạn tâm thần, sợ sệt không yên, nằm ngủ là mơ, hay kinh sợ cũng là nguyên nhân gây mất ngủ.

*Mất ngủ thường gặp trên lâm sàng các thể sau:*

- Tâm Tỳ lưỡng hư
- Tâm Thận bất giao
- Đờm nhiệt nội nhiễu
- Vị bất hòa

Trong đó thể Tâm thận bất giao là một trong những thể hay gặp trên lâm sàng.

### ***1.2.2 Thất miên thể Tâm Thận bất giao***

Thận âm suy kém không giao được với Tâm, Tâm hỏa vượng lên, hư nhiệt nhiễu thần cho nên tâm phiền không ngủ, Tâm quý không yên. Thận tinh suy hao, bễ tủy trống rỗng gây đau đầu, choáng, ù tai, hay quên. Thận âm hư, eo lưng không được nuôi dưỡng gây đau. Tâm Thận không giao, cửa tinh không kiên cố gây chiêm bao, nam giới di tinh, nữ giới có bạch đới, miệng khô, lòng bàn tay chân nóng, lưỡi đỏ rêu vàng nhòn, mạch tế sắc.

- Pháp điều trị: Tư bổ tâm Thận âm, giao thông Tâm thận, thanh hư nhiệt, an thần [5], [6].

- Phương thuốc: Lục vị địa hoàng hoàn hợp Giao thái hoàn [23].

- Phương huyết [23]:

+ Điện châm: Châm bổ Thái khê, Thận du, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao. Thời gian: 20-30 phút/lần/ngày.

+ Nhĩ châm: Tâm, Thận, Thần môn, thời gian lưu kim 20-30 phút/lần/ngày.

+ XBBH: các động tác xoa, xát, miết, day, bóp, lăn vùng đầu, cổ, chân, lưng.

Tác động vào nhóm huyết an thần : Bách hội, Thượng tinh, Thái dương, Phong trì. Do Tâm Thận bất giao: Tam âm giao, Quan nguyên, Khí hải, Thận du [24]. Thời gian xoa bóp bấm huyết 30 phút/lần/ngày.

## **1.3 Tổng quan về các phương pháp điều trị sử dụng trong nghiên cứu**

### ***1.3.1 Phương pháp nhĩ châm***

#### *1.3.1.1 Khái niệm nhĩ châm*

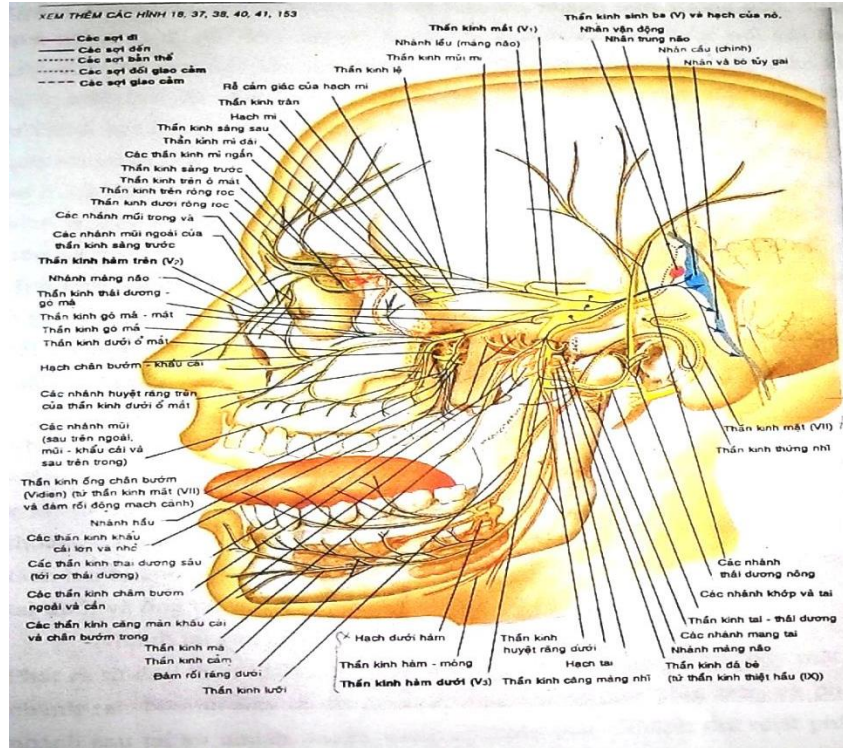
Nhĩ châm tức là dùng kim châm vào những điểm mẫn cảm trên loa tai, rồi vê kim bằng tay hoặc lưu kim ở loa tai trong thời gian nhất định theo yêu cầu chữa bệnh đối với từng chứng bệnh, từng bệnh nhân [25].

Nhĩ châm là một trong những hình thức của châm cứu, có tác dụng chẩn đoán và điều trị. Ở nhiều nước Châu á, Châu âu như: Trung Quốc, Nhật Bản, Ai cập, Ý, Pháp, Bồ Đào Nha có sử sách ghi về những tác động vào loa tai để chữa bệnh. Trong 2500 năm qua, phương pháp nhĩ châm đã được sử dụng để điều trị bệnh, nhưng phương pháp này chỉ giới hạn ở hào châm, trích nặn máu. Sau năm 1957, Bác sỹ Paul Nogier trình bày về bản đồ thai nhi lộn ngược mình tại Marseille, sự ra đời của nó giúp nhĩ châm trở thành một phương pháp điều trị có hệ thống, sự xác định và chuẩn hoá các huyết trên tai, giúp nhĩ châm được sử dụng trên lâm sàng. Tiền đề cho các nghiên cứu sau này.

#### *1.3.1.2 Cơ sở khoa học của nhĩ châm*

##### ***Theo giải phẫu, thần kinh - sinh lý học***

Có rất nhiều thần kinh được phân bố ở loa tai, đó là các nhánh của dây thần kinh tai to, dây thần kinh chẩm nhỏ, nhánh thái dương của dây thần kinh sinh ba, nhánh tai của thần kinh mặt, nhánh tai sau của dây phế vị (hình 1.4).



**Hình 1. 1 Thần kinh liên quan đến tai**

- Nhánh trước của dây thần kinh tai - thái dương: nhánh này đi từ dây thần kinh tai - thái dương của dây thần kinh V cho ra 3 đến 4 nhánh nhỏ, phân bố.
  - + Trên da của gò bành tai và phía trước của hồ tam giác.
  - + Tại chân dưới của đối bình, ở trên và trước.
  - + Tại xoắn tai trên, bình tai và dải tai lỗ tai và màng nhĩ.
- Dây thần kinh tai to: Xuất phát từ đám rối cổ, men theo bề mặt của cơ ức đòn chũm, đi lên ngang dải tai, phân ra hai nhánh:
  - + Nhánh trước tai xuyên qua dải tai ra mặt trước của loa tai, cho một nhánh lên phân bố ở 2/3 dưới của thùy tai, đối luân, đầu nhọn của hồ tam giác, xoắn tai trên và một phần của rễ luân.
  - + Nhánh sau tai phân bố tại da của phần giữa của mặt sau loa tai.
- Nhánh tai của dây X: Nhánh này bắt đầu phát ra từ hạch thần kinh cảnh của dây phế vị, ra phía trước hợp lại với sợi của thần kinh VII trong ống của dây này, men theo rãnh của mặt sau loa tai tách ra hai nhánh phân bố tại xoắn tai dưới và ống tai ngoài.

- Nhánh tai của dây thần kinh VII: Sau khi ra khỏi lỗ trâm chũm, dây VII cho ra nhánh tai phân bố ở mặt sau tai và xoắn tai trên.

- Dây thần kinh chẩm nhỏ: Xuất phát từ đám rối cổ, đi lên theo cơ ức đòn chũm, phát ra một số phân nhánh tới phần trên của loa tai; 1/3 da mặt sau loa tai, nhánh trước tai và nhánh đâm xuyên phân bố ở luân tai, phần trên của thùy tai, chân trên của đôi luân và một phần của hố tam giác.[25] [26]

***\*Phân bố mạch máu và bạch mạch của loa tai***

- Loa tai được cung ứng máu khá đầy đủ, chủ yếu dựa vào động mạch thái dương nông của động mạch cổ ngoài và động mạch sau tai. Động mạch thái dương nông nuôi dưỡng khu vực trước tai, còn động mạch sau tai có nhánh sau tai và nhánh trước tai. Nhánh động mạch sau tai đi đến mặt trước loa tai, nuôi dưỡng vùng 2/3 dưới của thùy tai, đôi luân, đỉnh của hố tam giác, xoắn tai trên và một phần vành tai.

- Các tĩnh mạch nhỏ của mặt trước loa tai đổ vào tĩnh mạch thái dương nông. Tĩnh mạch của mặt sau loa tai hợp lại thành 3 - 5 tĩnh mạch của mặt sau loa tai đổ vào tĩnh mạch sau tai.

- Bạch mạch của loa tai khá phong phú, hình thành một mạng lưới tại loa tai. Bạch mạch ở mặt trước loa tai chảy vào mang tai. Đại bộ phận bạch mạch ở mặt sau loa tai đổ về hạch sau tai.

Với sự phân bố thần kinh như trên, loa tai là ngã rẽ của nhiều đường thần kinh làm cho nó gắn liền mật thiết với toàn thân. Nhờ sự phân bố thần kinh cảm giác của nó, loa tai được liên hệ với:

- Các đường tủy: Nhờ vào đám rối cổ nông là nơi đã phát ra dây thần kinh tai to.

- Não bộ: Chủ yếu dựa vào dây thần kinh V.

- Hệ thần kinh thực vật:

+ Hệ giao cảm: Có rất nhiều sợi của thần kinh giao cảm cổ được liên hệ vào các nhánh của đám rối tủy cổ nông, của dây X và của dây XI. Dây XI lại được liên hệ trực tiếp với đám rối giao cảm của xoang cảnh (rất quan trọng trong sự điều hòa vận động tim mạch).



+ Hệ phó giao cảm: Gồm các nhánh mạch và bài tiết nước bọt của dây phó giao cảm thuộc hành não, dây XI và chủ yếu là dây X.

### ***Theo YHCT***

Trong những tài liệu kinh điển của châm cứu đều có đề cập mối liên quan giữa tai và các kinh mạch. Trong Linh khu có nêu “Tai là nơi tụ hội của tổng mạch” hoặc “Khí huyết của 12 kinh mạch, 365 lạc đều lên mặt để tưới cho 5 quan, 7 khiếu, não tủy ở đầu mặt... trong đó có khí huyết tách ra để tưới nhuận cho tai. Tai là một điểm trọng yếu trực tiếp thông với kinh Đờm, kinh Tâm, kinh Can, kinh Tam tiêu, kinh Tiểu trường, gián tiếp thông với kinh Thận, kinh Phế, kinh Tâm bào. Như vậy tất cả các kinh âm và kinh dương chính đều thông với nhau qua kinh nhánh của chúng và hầu hết các kinh âm và dương chính đều có liên quan đến tai.

Trong Linh Khu và Tố Vấn và các tài liệu kinh điển cho thấy rõ mối quan hệ giữa tai với các tạng phủ trong cơ thể: “Thận khí thông ra tai. Thận hóa thì tai nghe được...”, “Tâm..... khai khiếu ở tai”, “Tỳ..... không đầy đủ thì 9 khiếu không thông”, “Tủy hải không đủ.... thì tai ù”, “Bệnh ở can hư.... thì tai không nghe được, khí nghịch thì đau đầu, điếc tai”, “Phế khí hư thì khí ít....., tai điếc”, “Phế chủ âm thanh, làm tai nghe được âm thanh”. [25], [27]

Như vậy tai có quan hệ mật thiết với 12 kinh mạch và tất cả các tạng phủ và trong cơ thể. Đây cũng chính là cơ sở lý luận về YHCT của phương pháp nhĩ châm có tác dụng điều hòa khí huyết và lập lại cân bằng âm dương.

#### ***1.3.1.3 Những thay đổi bệnh lý và phân vùng huyết trên loa tai***

Bình thường da ở loa tai thấy đồng màu, cũng có thể thấy những chấm hay những mảng sắc tố. Khi cơ thể có bệnh, từng vùng da trên loa tai có thể thay đổi trở nên đỏ hoặc tái đi, xù xì, thô ráp, bong vảy khác với xung quanh. Tại các vùng hay điểm nói trên, điện trở sẽ thấp hơn những vùng gần đấy, khi nắn hoặc dùng que tù đầu ấn vào, bệnh nhân thấy đau trội hơn ở vùng kế cận.

Trên lâm sàng ta có thể quan sát các hiện tượng sau [28], [27]:

- Ở loa tai có vùng phản ứng hoặc điểm phản ứng trong khi ở đường kinh tương ứng với vùng bệnh không tìm thấy điểm phản ứng hoặc vùng phản ứng.

- Ở loa tai không có vùng phản ứng hoặc điểm phản ứng trong khi ở đường kinh tương ứng với vùng bệnh có điểm phản ứng hoặc vùng phản ứng.

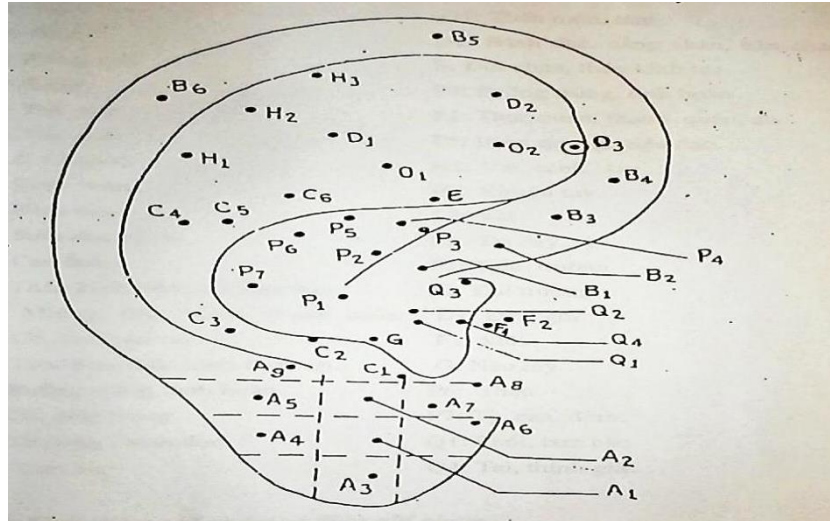
- Ở loa tai và trên đường kinh tương ứng với vùng bệnh đều có điểm phản ứng hoặc vùng phản ứng.

- Riêng loa tai: Điểm phản ứng hoặc vùng phản ứng có khi xuất hiện ở cả 2 loa tai; có khi chỉ có ở 1 loa tai; có khi một bệnh nhân có nhiều điểm phản ứng hoặc vùng phản ứng, có khi cùng một bệnh trên các đối tượng khác nhau lại có những vùng phản ứng hoặc điểm phản ứng ở các vị trí khác nhau, không theo một quy luật rõ rệt.

Thực tiễn lâm sàng cho thấy: Khi cơ thể có bệnh trong đa số trường hợp trên mặt của loa tai, tại những vị trí của loa tai có quan hệ với nơi đang bị bệnh xuất hiện những vùng phản ứng bệnh lý. Khi bệnh giảm hoặc khỏi, cảm giác ấn đau ở điểm này cũng giảm và mất đi và khi điện trở da trở lại bình thường.

Nguyễn Tài thu đã viết trên tạp chí châm cứu nhân mạnh trên mỗi phần của loa tai đều có những khu vực gọi là vùng huyết khác nhau, đại diện vùng chức năng của các cơ quan, các bộ phận trong cơ thể. Các biểu hiện sinh lý và các biến đổi bệnh lý của các cơ quan tạng phủ đều thể hiện trên các vùng huyết tương ứng đó.

Có nhiều sơ đồ loa tai khác nhau trên thế giới và một số vùng huyết tiêu biểu cho các cơ quan, tạng phủ, của cơ thể trên loa tai không giống nhau hoàn toàn. Tháng 6 năm 1987 tại Seoul (Nam Triều Tiên) Hội đồng châm cứu Tây Thái Bình Dương đã lấy ba sơ đồ loa tai của ba nước: Việt Nam (Nguyễn Tài Thu), Trung Quốc (Vương Thế Tài), Pháp (P.Noigier) để so sánh nghiên cứu và sơ bộ công nhận 44 vùng huyết (Hình 1.5) thống nhất trên loa tai như sau [29].



**Hình 1.2 Các vùng huyết chủ yếu trên loa tai**

(Theo sơ đồ loa tai của Giáo sư Nguyễn Tài Thu)

A1 Mắt	C4 Cột Sống
A2 Miệng	C5 Ngực, Vú
A3 Trán	C6 Bụng
A4 Tai	O1 Thần Môn, Tâm
A5 Gáy	D2 Bánh Chè, Cẳng Chân, Bàn Chân
A6 Răng Mũi	E Đùi Chân, Thần Kinh Tọa
A7 Răng	P4 Buồng Trứng, Tinh Hoàn
A8 Thị Giác	F2 Thực Quản, Thanh Quản, Da
A9 Thị Giác	P5 Bàn Quang, Niệu Đạo
B1 Cơ Hoàn	H1 Vai, Cánh Tay
B2 Trục Tràng	H2 Khuỷu Tay
B3 Niệu Đạo	C3 Vai
B4 Sinh Dục Ngoài	P1 Dạ Dày, Vị
B5 Can Hỏa	P2 Tiểu Trường
B6 Thần Kinh Thực Vật	P3 Đại Trường
Q3 Miệng, Thực Quản, Thanh Quản	D1 Đầu Gối
H3 Cổ Tay, Bàn Tay	F1 Mũi
O3 Tâm Bào, Thần Kinh Thực Vật	G Não Tủy
C1 Buồng Trứng, Tinh Hoàn	P6 Thận
C2 Cổ Giáp Trạng	P7 Tỳ, Can, Đờm
O2 Tử Cung, Sinh Dục	Q1 Phổi, Tâm Bào
Q2 Tam Tiêu	Q4 Tai, Thính Giác

#### 1.3.1.4 Ứng dụng nhĩ châm ở Việt Nam

Từ năm 1962 đến năm 1992 Giáo sư Nguyễn Tài Thu đã tiến hành nghiên cứu nhĩ châm, khảo sát những điểm đau ở loa tai, để chẩn đoán phòng bệnh và chữa bệnh.

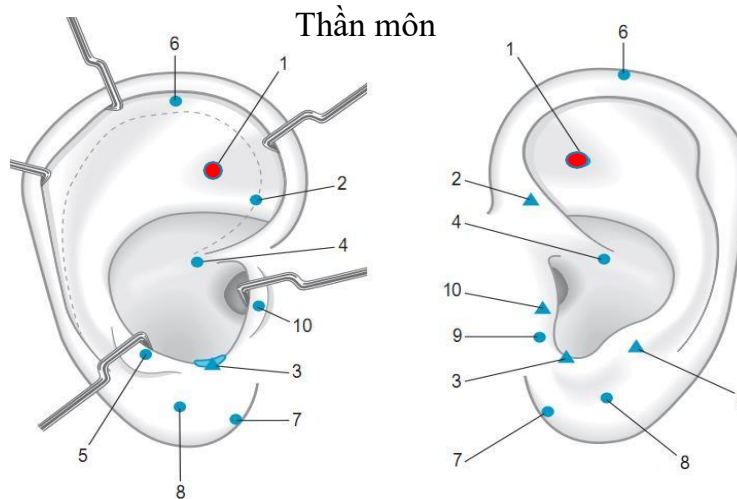
Từ năm 1992 đến nay Viện châm cứu Việt Nam đã thành lập nhóm nghiên cứu nhĩ châm của viện đặt ở phòng Kế hoạch tổng hợp để tiếp tục đánh giá tác dụng của nhĩ châm trên lâm sàng.

Từ năm 1970 đến năm 1976 tạp chí đông y và tạp chí Y học Việt Nam cũng đã công bố kết quả điều trị bằng phương pháp nhĩ châm đối với một số chứng bệnh: Hen phế quản, đau đầu, cao huyết áp... của các tác giả Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy, Phạm Duy Nhạc, Kiều Xuân Dũng, Nguyễn Thị Thanh Vân, Nguyễn Văn Tâm.

#### 1.3.1.5 Tác dụng của nhóm huyết điều trị

Với thể Tâm thận bất giao, thì nhóm huyết điều trị bao gồm: Thần môn, Tâm, Thận.

#### \*Huyết Thần môn:

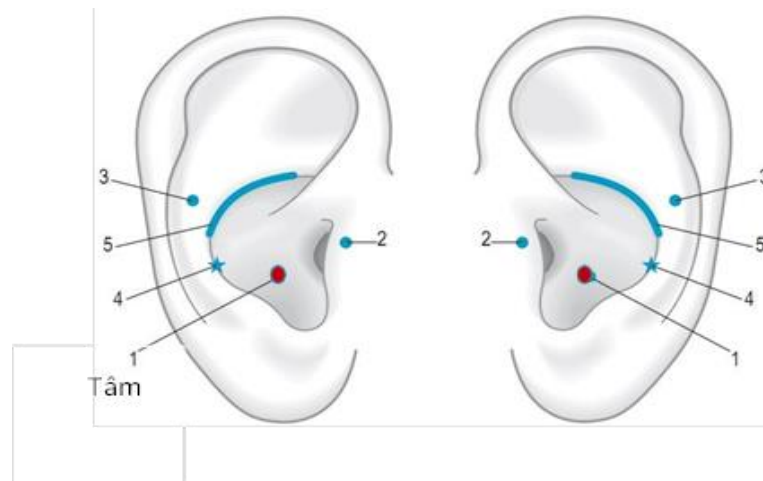


**Hình 1.3 Sơ đồ huyết Thần môn**

- Xuất xứ: bản đồ huyết vị loa tai của P. Nogier.
- Vị trí: đỉnh của hố tam giác, nằm giữa hai chân trên và dưới của đôi vành tai.
- Tác dụng: mất ngủ, an thần, chống đau, ngứa da...[30]

Tác giả Wang L và cộng sự (2013) đã tiến hành nghiên cứu sự thay đổi tần số tim và biến thiên tần số tim trên những bệnh nhân mất ngủ mạn bằng cách dán hạt (vaccariae) vào huyệt Thần môn bên trái, và kích thích huyệt lúc 1 phút, 5 phút, 10 phút và 20 phút. Kết quả có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trong và sau khi kích thích đối với nhịp tim và biến thiên tần số tim [31].

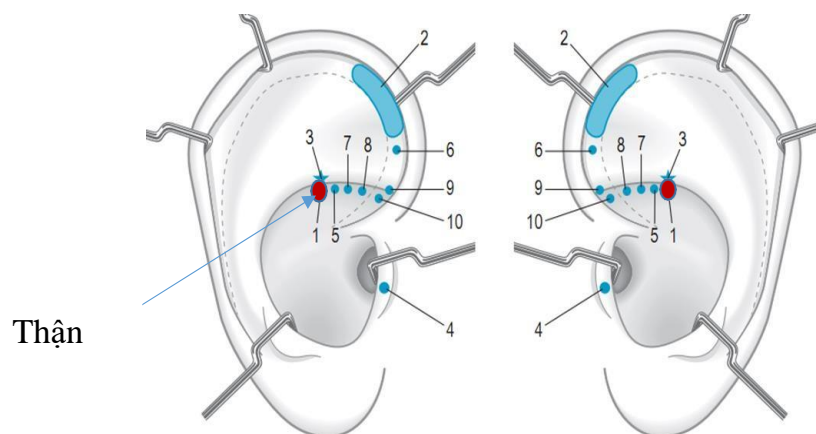
**\*Huyệt Tâm**



**Hình 1.4 Sơ đồ huyệt Tâm**

- Xuất xứ: bản đồ huyệt vị loa tai của P. Nogier.
- Vị trí: nằm ở lõm chính giữa xoắn tai dưới, giữa 2 huyệt Phổi.
- Tác dụng: hạ áp, cải thiện các rối loạn tinh thần... loạn nhịp tim, đánh trống ngực, mất ngủ, ngủ mê hay quên...[30]

**\*Huyệt Thận**



**Hình 1.5 Sơ đồ huyệt Thận**

- Xuất xứ: bản đồ huyết vị loa tai của P. Nogier.

- Vị trí: nằm dưới đoạn lên của vành tai, giữa chân trên và chân dưới của đôi vành tai.

- Tác dụng: Bổ ích đối với não, thận, hệ thống mạch máu, cải thiện suy giảm trí nhớ, đau đầu, hoa mắt, ù tai, giảm thị lực... các bệnh lý của Thận, rối loạn đi tiểu, cao huyết áp và dị ứng.

Sự kết hợp các huyết (Thần môn, Tâm, Thận) chứng minh có hiệu quả trong việc điều trị bệnh lý mất ngủ.[30]

### **1.3.2 Phương pháp Xoa bóp bấm huyết**

#### *1.3.2.1 Định nghĩa*

XBBH là một phương pháp phòng bệnh và chữa bệnh với sự chỉ đạo của lý luận YHCT. Đặc điểm của nó là dùng bàn tay, ngón tay là chính để tác động lên huyết da thịt gân khớp của người bệnh, nhằm đạt tới mục đích phòng bệnh và chữa bệnh [24], [32].

#### *1.3.2.2 Chỉ định*

- Mất ngủ do tâm căn suy nhược
- Điều trị kết hợp trong các bệnh thuộc thể khác.

#### *1.3.2.3 Chống chỉ định*

- Người bị bệnh vùng ngoài da khi XBBH.

#### *1.3.2.4 Phác đồ điều trị*

- Phương pháp XBBH: xoa, xát, miết, day, bóp, lăn vùng đầu, cổ, chân, lưng. Tác động vào nhóm huyết an thần : Bách hội, Thượng tinh, Thái dương, Phong trì.
- Do Tâm Thận bất giao: Tam âm giao, Quan nguyên, Khí hải, Thận du [24].
- Liệu trình: 30 phút/lần/ngày.

### **1.3.3 Phương pháp điện châm**

#### *1.3.3.1 Định nghĩa*

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp giữa tác dụng chữa bệnh của châm cứu với kích thích bằng dòng điện [32] .

Hiện nay thường sử dụng máy phát ra xung điện có tính năng ổn định, an toàn, điều chỉnh thao tác dễ dàng, đơn giản. Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm giảm đau, kích thích hoạt động các cơ, các tổ chức, tăng cường dinh dưỡng các tổ chức, giảm viêm.....

### *1.3.3.2 Chỉ định [32]*

- Các chứng liệt (liệt do tại biến mạch máu não, di chứng bại liệt, liệt các dây thần kinh ngoại biên, các bệnh lý đau như đau đầu, đau lưng, đau thần kinh tọa, bệnh ngũ quan như giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn, châm tê trong phẫu thuật...)

- Các chứng đau cấp và mạn tính: đau do đụng giập, chấn thương, đau sau mổ, 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 rối loạn thần kinh tim, mất ngủ không rõ nguyên nhân, kém ăn, đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc, mất ngủ,...

- Một số bệnh do viêm nhiễm như viêm tuyến vú, chắp, lậu....

- Châm tê phẫu thuật

### *1.3.3.3 Chống chỉ định*

- Cơ thể suy kiệt, 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...

## **1.4 Các nghiên cứu về mất ngủ không thực tổn**

### ***1.4.1 Trên thế giới***

Huo ZJ, Guo J, Li D (2013): nghiên cứu trên 60 bệnh nhân mất ngủ chia làm 2 nhóm: nhóm 1 châm cứu huyết theo đường kinh, nhóm 2 kết hợp châm cứu huyết theo đường kinh và 3 huyết An miên. Kết quả nhóm 2 (93,3%) có tác dụng tăng chất lượng giấc ngủ hơn nhóm 1 (66,7%) [33].

Yang JX, Zhang R, Du L, Yang YS, Liu XC (2014): Quan sát lâm sàng của chất dẫn truyền thần kinh ở bệnh nhân mất ngủ được điều trị bằng ôn châm và nhĩ châm. Nhóm 1 (65 bệnh nhân: ôn châm và nhĩ châm), nhóm 2 (65 bệnh nhân: thuốc

Estazolam 0,5-1mg) trong 14 ngày. Hiệu quả nhóm 1: 83,1 (54/65) nhóm 2: 87,7% (57/65) khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ), 5 - HT và GABA/Glu tăng lên so với trước điều trị ( $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$ ), Norepinephrine đều giảm ở nhóm 1 ( $p < 0,05$ ). Nhóm 2 thay đổi không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ) [18].

Nghiên cứu Ying Lan và cộng sự năm 2015 trên 1381 bệnh nhân sử dụng “Nhĩ châm bằng cách sử dụng dán viên dính bằng hạt cải lên vị trí huyệt trên loa tai, điều trị cho bệnh nhân mất ngủ” Đánh giá bằng thang điểm PSQI cho thấy sự cải thiện thời gian ngủ, thời gian khởi phát giấc ngủ, số lần thức giấc cải thiện so với nhóm đối chứng [7].

Zhou L et al (2017): nghiên cứu lâm sàng kết hợp giữa cấy chỉ và nhĩ châm để điều trị bệnh lý mất ngủ thể Tỳ vị hư, so sánh với nhóm chỉ đơn thuần cấy chỉ, 180 bệnh nhân được chia vào 2 nhóm, nhóm chứng được điều trị đơn thuần cấy chỉ các huyệt (Trung quản, Thiên xu, An miên, Tam âm giao, Túc tam lý, Âm lăng tuyền), nhóm can thiệp với huyệt cấy chỉ như nhóm chứng kết hợp thêm châm loa tai các huyệt (Thần môn, Vùng dưới đò, Tâm, Tỳ, Dạ dày). Kết quả sau 3 tháng điều trị nhóm can thiệp cải thiện tỉ lệ đáng kể là 92,5 % và nhóm chứng là 80,5% và thang điểm PSQI ở nhóm can thiệp giảm có ý nghĩa thống kê hơn so với nhóm chứng ( $p < 0,05$ ) [34].

Wu J, Yang L, Li L et al (2018): nhĩ châm để điều trị mất ngủ cho những bệnh nhân chạy thận nhân tạo: một nghiên cứu ngẫu nhiên, đa trung tâm, mù đôi, có nhóm chứng. Tổng có 112 bệnh nhân chạy thận ở 6 trung tâm, chia làm 2 nhóm, 1 nhóm được điều trị với nhĩ châm, 1 nhóm được điều trị với giả châm. Thời gian theo dõi là 4, 8, 12 tuần và đánh giá theo thang điểm PSQI và liều thuốc ngủ sử dụng hàng tuần. Nghiên cứu hiện tại chưa được công bố, nếu thành công, dự án này sẽ cung cấp bằng chứng về hiệu quả và độ an toàn của nhĩ châm đối với chứng mất ngủ của bệnh nhân chạy thận nhân tạo [35].

#### **1.4.2 Tại Việt Nam**

Năm 2014, Lê Thế Khoát đã “Đánh giá tác dụng của điện châm và cứu kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tồn” và rút ra kết luận: Thời lượng và hiệu quả giấc ngủ được tăng lên nhiều sau 10 ngày điều



trị ( $p < 0,05$ ), và tăng lên rất nhiều sau 15 ngày điều trị ( $p < 0,01$ ); bệnh nhân đi vào giấc ngủ nhanh và êm dịu; Bệnh nhân cảm thấy ngủ sâu giấc, ít bị thức giấc và thức dậy quá sớm. Tần số sóng alpha và tần số sóng beta tăng không đáng kể với  $p > 0,05$ , nhưng biên độ và chỉ số % thì tăng lên rõ rệt với mức ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  [36].

Lê Thị Tường Vân (2015), Đánh giá tác dụng điện châm huyết Nội Quan, Thần Môn, An Miên 1, An Miên 2 trong điều trị mất ngủ không thực tổn: thời lượng giấc ngủ và hiệu quả tăng lên so với trước điều trị ( $p < 0,01$ ). Chất lượng giấc ngủ được cải thiện khá rõ so với trước điều trị. Theo nghiên cứu của Lê Thị Tường Vân so sánh giữa 2 nhóm, nhóm 1 là nhóm chứng điện châm các huyết Thần môn, Tam âm giao, Nội quan so với nhóm 2 là nhóm can thiệp điện châm các huyết Thần môn, Tam âm giao, Nội quan và thêm hai huyết là An miên 1, An miên 2, cả hai nhóm đều sử dụng tần số bổ từ 3-6Hz, cường độ kích thích tăng từ 0-100 $\mu$ A (tùy vào ngưỡng bệnh nhân chịu được), thời gian kích thích là 20 phút. Sau khi 15 ngày can thiệp thì không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm, tuy nhiên giữa mỗi nhóm có ý nghĩa thống kê trước và sau khi can thiệp [37].

Vũ Ngọc Vương, Hoàng Văn Lý (2016), nghiên cứu hiệu quả của nhĩ châm trên bệnh nhân mất ngủ mạn tính, kết quả cho thấy, nhĩ châm có hiệu quả giúp giảm thời gian đi vào giấc ngủ, tăng hiệu quả giấc ngủ và cải thiện chất lượng giấc ngủ, (điểm PSQI trước điều trị:  $2,84 \pm 0,31$  sau điều trị là  $0,87 \pm 0,38$ ) [38].

Ngô Quang Vinh (2019) Điều trị châm cứu nhĩ châm trong 28 ngày trên 60 bệnh nhân MNKTT cho thấy: Thời gian vào giấc giảm sau can thiệp. Số giờ ngủ, điểm rối loạn chức năng ban ngày giảm sau can thiệp [39].

Phùng Đức Đạt (2020), nghiên cứu tác dụng của nhĩ châm kết hợp phương pháp thở 4 thì của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị MNKTT. Sau 20 ngày tỷ lệ bệnh nhân không mất ngủ từ 0% lên 86,7%, điểm PSQI trung bình giảm  $11,47 \pm 2,45$  [40].

Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc (2021), nghiên cứu về hiệu quả điều trị MNKTT thể Tâm Tỳ hư bằng phương pháp cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh. Sau 30 ngày điều trị điểm PSQI trung bình giảm từ  $13,97 \pm 3,01$  còn  $4,52 \pm 1,14$  [41].

Lê Thị Hương, Nguyễn Thị Thu Hà (2023), Đánh giá hiệu quả điều trị MNKTT thể Tâm Tỳ hư bằng phương pháp phúc châm kết hợp bài “Quy tỳ thang”  
Kết quả: Sau 30 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ tăng từ  $3,25 \pm 0,79$  lên  $6,63 \pm 0,52$  (giờ), thời gian đi vào giấc ngủ giảm từ  $74,00 \pm 14,28$  xuống  $26,51 \pm 9,01$  (phút), tổng điểm PSQI giảm từ  $15,77 \pm 1,69$  xuống  $3,77 \pm 1,19$  (điểm) ( $p < 0,01$ ). Hiệu quả điều trị ở nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng ( $p < 0,05$ ). Kết luận: Phúc châm kết hợp bài “Quy tỳ thang” có tác dụng cải thiện thời lượng giấc ngủ, thời gian đi vào giấc ngủ và tổng điểm PSQI trong điều trị MNKTT thể Tâm Tỳ hư [42].

## CHƯƠNG 2

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1 Đối tượng nghiên cứu

Tất cả BN được chẩn đoán MNKTT, từ 18 tuổi trở lên không phân biệt nam nữ đến khám và điều trị ngoại trú và nội trú tại khoa YHCT Bệnh viện 30-4 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được trình bày dưới đây.

##### **2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHHĐ**

- Bệnh nhân thỏa mãn theo tiêu chuẩn chẩn đoán MNKTT của ICD 10 [19]:
  - + Phàn nàn về khó đi vào giấc ngủ và khó duy trì giấc ngủ hoặc chất lượng giấc ngủ kém.
  - + Rối loạn giấc ngủ xảy ra ít nhất ba lần trong một tuần trong ít nhất một tháng.
  - + Rối loạn giấc ngủ gây nên sự mệt mỏi cho cơ thể hoặc gây khó khăn trong hoạt động chức năng ban ngày.
  - + Không có nguyên nhân tổn thương thực thể : tổn thương hệ thần kinh, do các bệnh lý nội khoa khác, rối loạn hành vi hay do sử dụng thuốc gây ra.
- Đánh giá chất lượng giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh (PSQI) của Daniel J. Buysse 1989, nhằm đánh giá các chỉ số về giấc ngủ. Điểm tổng cộng thang Pittsburg >5 .
- Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu sử dụng phác đồ nghiên cứu.

##### **2.1.2 Tiêu chuẩn chọn bệnh theo YHCT**

Bệnh nhân được chẩn đoán MNKTT theo YHHĐ và có các triệu chứng tương ứng với chứng thất miên thể Tâm thận bất giao của YHCT, với triệu chứng thăm khám và quy nạp theo tứ chẩn theo tiêu chuẩn sau [5], [6]:

**Bảng 2.1 Tiêu chuẩn chẩn đoán Thất miên thể Tâm thận bất giao**

<b>Tứ chẩn</b>	<b>Triệu chứng</b>
<b>Vọng</b>	Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít hoặc không có rêu
<b>Văn</b>	Tiếng nói nhỏ rõ, hơi thở không hôi
<b>Vấn</b>	Mất ngủ (Bứt rứt khó ngủ), ù tai, chóng mặt, hay quên, đau lưng, tiểu đêm nhiều lần, triệu nhiệt đỏ mồ hôi trộm.
<b>Thiết</b>	Mạch tế sắc

**2.1.3 Tiêu chuẩn loại trừ theo YHHD**

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- BN có kèm theo rối loạn trầm cảm nặng hoặc bệnh nhân có bệnh lý nặng khác đi kèm cần phải xử lý bằng YHHD như nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não v.v ...
- BN không tuân thủ điều trị.
- BN đang sử dụng các phương pháp khác để điều trị mất ngủ.
- Mất ngủ có nguyên nhân thực thể.

**2.1.4 Tiêu chuẩn loại trừ theo YHCT**

- Các thể bệnh khác của chứng Thất miên.

**2.2 Địa điểm và thời gian**

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa YHCT, Bệnh viện 30-4
- Thời gian nghiên cứu: từ 30/05/2024 đến 02/12/2024

**2.3 Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên, tiến cứu, so sánh trước sau điều trị và so sánh với nhóm đối chứng.

**2.4 Cỡ mẫu****2.4.1 Công thức tính cỡ mẫu**

Công thức so sánh trung bình với hệ số đã biết:

$$n_1 \geq \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / r)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n_2 = n_1 \times r$$

Trong đó:

$\alpha$  là sai lầm loại 1

$\beta$  là sai lầm loại 2

$\mu_1, \mu_2$  lần lượt là trung bình của nhóm 1 và nhóm 2

$\sigma_1, \sigma_2$  lần lượt là độ lệch chuẩn của

nhóm 1 và nhóm 2  $r$ : là tỉ số mẫu trong 2 nhóm

Dựa vào số trung bình của nghiên cứu Đỗ Thị Huyền (2022), chúng tôi sử dụng trung bình của từng thành phần trong thang điểm PSQI để lựa chọn cỡ mẫu khả thi nhất với nghiên cứu lần này [41].

Sai lầm loại 1 và 2 lần lượt là 0,05 và 0,2

Trung bình và độ lệch chuẩn của Hiệu quả thói quen đi ngủ ở 2 nhóm là

Nhóm 1 (nhóm chứng):  $1,23 \pm 0,5$

Nhóm 2 (nhóm can thiệp):  $1,53 \pm 0,57$

$r$  là 1

Từ những dữ liệu trên thì cỡ mẫu ước tính tối thiểu cho mỗi nhóm là 31.

Ước tính sai số 10% nên cỡ mẫu tối thiểu trong mỗi nhóm là 35. Dự kiến sẽ lấy 35 bệnh nhân cho mỗi nhóm. Vì vậy tổng số bệnh nhân cần thu thập là 70 bệnh nhân.

Các bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm: Nhóm NC và nhóm ĐC với tỉ lệ 1:1.

#### **2.4.2 Phương pháp chọn mẫu**

Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đáp ứng các tiêu chuẩn trình bày ở mục 2.1 sẽ được chia thành 2 nhóm (mỗi nhóm bao gồm 35 bệnh nhân) theo phương pháp ghép cặp, đảm bảo tương đồng về tuổi, giới và mức độ bệnh.

- Nhóm NC: 35 BN điều trị nhĩ châm kết hợp XBBH trong 20 ngày.

- Nhóm ĐC: 35 BN điều trị điện châm kết hợp XBBH trong 20 ngày.

## 2.5 Chỉ số và biến số trong nghiên cứu

**Bảng 2.2 Chỉ số và biến số trong nghiên cứu**

Mục tiêu	Biến số	Chỉ số	Loại biến	Phương pháp thu thập
<b>Đặc điểm chung của bệnh nhân</b>	<b>Độ tuổi</b>	<40 tuổi	Liên tục	Hỏi bệnh Hồ sơ bệnh án
		40 – 59 tuổi		
		≥ 60 tuổi		
	<b>Giới tính</b>	Nam	Nhị phân	Hồ sơ bệnh án
		Nữ		
	<b>Hoàn cảnh gia đình</b>	Sống cùng gia đình	Định danh	Hỏi bệnh
		Sống cùng con cháu		
		Sống một mình		
	<b>Tình trạng hôn nhân</b>	Có vợ (chồng)	Định danh	Hỏi bệnh
		Độc thân		
		Góa		
		Ly hôn		
	<b>Nghề nghiệp</b>	Lao động chân tay	Định danh	Hỏi bệnh Hồ sơ bệnh án
		Lao động trí óc		
	<b>Thời gian mắc bệnh</b>	< 1 năm	Định danh	Hỏi bệnh
		1 - 3 năm		
	<b>Tính chất xuất hiện bệnh</b>	Đột ngột	Định danh	Hỏi bệnh
Từ từ				
<b>Yếu tố thúc đẩy</b>	Biến đổi gia đình	Định danh	Hỏi bệnh	
	Công việc			
	Người thân chết			
	Thiệt hại kinh tế			
	Vấn đề con cái			
	Yếu tố khác			
	Không			
<b>Điểm PSQI khởi trị</b>	Chất lượng giấc ngủ chủ quan	Định lượng	Phân tích thống kê	

Mục tiêu	Biến số	Chỉ số	Loại biến	Phương pháp thu thập
		Thời gian vào giấc ngủ		
		Thời lượng giấc ngủ		
		Hiệu suất giấc ngủ		
		Các rối loạn giấc ngủ		
		Sử dụng thuốc ngủ		
		Rối loạn ban ngày		
		Tổng điểm PSQI		
Đánh giá hiệu quả điều trị	<i>Hiệu suất tăng thời lượng giấc ngủ</i>	Thời điểm D0 Thời điểm D10 Thời điểm D20	Định lượng	Phân tích thống kê
	<i>Hiệu suất giảm thời gian đi vào giấc ngủ</i>	Thời điểm D0 Thời điểm D10 Thời điểm D20	Định lượng	Phân tích thống kê
	<i>Tác dụng cải thiện hiệu suất giấc ngủ</i>	Thời điểm D0 Thời điểm D10 Thời điểm D20	Định lượng	Phân tích thống kê
	<i>Hiệu quả cải thiện chất lượng giấc ngủ</i>	Thời điểm D0 Thời điểm D10 Thời điểm D20	Định lượng	Phân tích thống kê
	<i>Hiệu quả cải thiện điểm Chất lượng giấc ngủ chủ quan theo thang điểm PSQI</i>	D0 D10 D20 Hiệu suất giảm điểm D0-D10 Hiệu suất giảm điểm D0-20	Định lượng	Phân tích thống kê
	<i>Hiệu quả cải thiện Thời lượng giấc ngủ theo thang điểm PSQI</i>	D0 D10 D20 Hiệu suất giảm điểm	Định lượng	Phân tích thống kê

Mục tiêu	Biến số	Chỉ số	Loại biến	Phương pháp thu thập
		D0-D10 Hiệu suất giảm điểm D0-20		
	<i>Hiệu quả cải thiện Hiệu suất giấc ngủ theo thang điểm PSQI</i>	D0 D10 D20 Hiệu suất giảm điểm D0-D10 Hiệu suất giảm điểm D0-20	Định lượng	Phân tích thống kê
	<i>Hiệu quả cải thiện điểm Hiệu suất giấc ngủ theo thang điểm PSQI</i>	D0 D10 D20 Hiệu suất giảm điểm D0-D10 Hiệu suất giảm điểm D0-20	Định lượng	Phân tích thống kê
	<i>Hiệu quả cải thiện điểm các Rối loạn ban ngày theo thang điểm PSQI</i>	D0 D10 D20 Hiệu suất giảm điểm D0-D10 Hiệu suất giảm điểm D0-20	Định lượng	Phân tích thống kê
	<i>Hiệu suất giảm điểm PSQI</i>	D0 D10 D20 Hiệu suất giảm điểm D0-D10 Hiệu suất giảm điểm D0-20	Định lượng	Phân tích thống kê



Mục tiêu	Biến số	Chỉ số	Loại biến	Phương pháp thu thập
	<b>Hiệu quả điều trị theo thang điểm PSQI</b>	Tốt Chưa Tốt	Định danh	Phân tích thống kê
	<b>Hiệu quả cải thiện triệu chứng thứ phát</b>	Mệt mỏi Giảm chú ý Lo lắng Hay quên	Định danh	Hỏi bệnh Hồ sơ bệnh án
	<b>Hiệu quả cải thiện triệu chứng YHCT</b>	Đau lưng Tiểu đêm Triệu nhiệt Đạo hãn Chất lưỡi đỏ Ít rêu Mạch tế sắc	Định danh	Hỏi bệnh Hồ sơ bệnh án

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

- Chỉ số sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Một số triệu chứng lâm sàng: chảy máu, đau, sưng tại vị trí nhĩ châm.

**\* Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị**

Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị MNKTT bằng phương pháp Nhĩ châm kết hợp XBBH:

- Yếu tố tuổi
- Yếu tố giới tính
- Yếu tố nghề nghiệp
- Yếu tố hoàn cảnh gia đình
- Yếu tố tình trạng hôn nhân
- Yếu tố thời gian bị bệnh

**\* Cách xác định các chỉ tiêu nghiên cứu:**

**Đánh giá hiệu quả điều trị theo thang điểm PSQI:**

Thang điểm PSQI giúp ta đánh giá 7 yếu tố của chất lượng giấc ngủ, bao gồm [22]:

- Yếu tố 1 (câu 9): Chất lượng giấc ngủ theo cảm giác chủ quan của bệnh nhân
- Yếu tố 2 (câu 2 và 5): Giai đoạn đi vào giấc ngủ
- Yếu tố 3 (câu 4): Thời lượng giấc ngủ
- Yếu tố 4 (câu 1 và 3): Hiệu quả của thói quen đi ngủ
- Yếu tố 5 (câu 5): Các rối loạn giấc ngủ
- Yếu tố 6 (câu 6): Sự sử dụng thuốc ngủ
- Yếu tố 7 (câu 7 và 8): Rối loạn trong ngày

Mỗi yếu tố đều được đánh giá qua 4 mức điểm từ 0 -3 điểm. Tổng điểm PSQI là 21 điểm. Cách tính điểm cụ thể cho từng yếu tố được trình bày trong Phụ lục 2 (Bảng đánh giá chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) và cách cho điểm các câu hỏi).

Kết quả của phương pháp điều trị được đánh giá vào các thời điểm sau 10 ngày điều trị ( $D_{10}$ ), sau 20 ngày điều trị ( $D_{20}$ ) và so sánh hiệu quả với thời điểm trước khi điều trị ( $D_0$ ).

**Kết quả điều trị chung:** Dựa trên thang điểm PSQI

$$\text{Kết quả điều trị} = \frac{\text{Tổng điểm PSQI sau điều trị} - \text{Tổng điểm PSQI trước điều trị}}{\text{Tổng điểm PSQI trước điều trị}} \times 100\%$$

Phân loại	Kết quả điều trị
Tốt	Tổng điểm sau điều trị tăng $\geq 80\%$
Khá	Tổng điểm sau điều trị tăng $\geq 60\%$ đến $< 80\%$
Trung bình	Tổng điểm sau điều trị tăng $\geq 40\%$ đến $< 60\%$
Không hiệu quả	Tổng điểm sau điều trị tăng $< 40\%$

Để xử lý số liệu cho mục tiêu 2 phần yếu tố liên quan, tiến hành phân nhóm điều trị Tốt (gồm phân loại Tốt và Khá) và Chưa tốt (gồm phân loại Trung bình và Không hiệu quả).

## 2.6 Quy trình nghiên cứu

### **Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu**

Các bệnh nhân được chẩn đoán MNKTT đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ được tham gia vào quá trình nghiên cứu.

Trước khi điều trị, bệnh nhân được giải thích mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu. Nếu bệnh nhân đồng ý tình nguyện tham gia thì được thỏa thuận bằng phiếu cam kết (Phụ lục 4).

### **Bước 2: Khám sàng lọc và phân nhóm**

Bệnh nhân đều được thăm khám đánh giá cả YHHĐ và YHCT theo mẫu bệnh án nghiên cứu (Phụ lục 1) phân nhóm điều trị.

Sau đó, bệnh nhân được đánh giá triệu chứng lâm sàng trước điều trị (D<sub>0</sub>): đánh giá các chỉ số giấc ngủ: tổng thời gian ngủ, thời gian từ khi lên giường đến khi ngủ được, số lần thức giấc trong đêm, hiệu quả giấc ngủ và thang điểm PSQI( phụ lục 2), tổng điểm PSQI, triệu chứng YHCT.

### **Bước 3: Tiến hành điều trị theo phác đồ**

- **Nhóm NC:** Gồm 35 bệnh nhân sử dụng Nhĩ châm kết hợp XBBH. Quá trình điều trị được tiến hành theo thứ tự:

+ Nhĩ châm vào các huyệt Thần môn, Tâm, Thận của 2 bên tai, 1 ngày/lần lưu kim trong tuần (trừ thứ 7 và chủ nhật). Sau khi Nhĩ châm xong cho bệnh nhân nghỉ 5 phút rồi thực hiện kỹ thuật XBBH.

+ XBBH theo đúng kỹ thuật Xoa bóp điều trị Mất ngủ, trong quy trình hướng dẫn chuyên ngành châm cứu, với thời gian 30 phút/lần/ngày các ngày trong tuần (trừ thứ 7 và chủ nhật) [32].

- **Nhóm ĐC:** Gồm 35 bệnh nhân sử dụng Điện châm kết hợp XBBH. Quá trình điều trị được tiến hành theo thứ tự:

+ Điện châm theo đúng kỹ thuật điện châm, trong quy trình hướng dẫn chuyên ngành châm cứu, ngày 01 lần, với thời gian 30 phút, các ngày trong tuần (trừ thứ 7 và chủ nhật). Sau khi Điện châm xong cho bệnh nhân nghỉ 5 phút rồi thực hiện kỹ thuật XBBH.

+ XBBH theo đúng kỹ thuật XBBH điều trị Mất ngủ, trong quy trình hướng dẫn chuyên ngành châm cứu, ngày 01 lần, với thời gian 30 phút (trừ thứ 7 và chủ nhật) [32].

Liệu trình điều trị: 20 ngày.

#### **Bước 4: Đánh giá sau điều trị**

Sau điều trị bệnh nhân được đánh giá sự thay đổi tại các thời điểm: Sau 10 ngày và 20 ngày. Các triệu chứng được đánh giá bao gồm:

- Các chỉ số đánh giá tình trạng mất ngủ: D<sub>0</sub>- D<sub>10</sub>- D<sub>20</sub>
- Thang điểm PSQI: D<sub>0</sub>- D<sub>10</sub>- D<sub>20</sub>
- Hiệu quả điều trị chung theo thang điểm PSQI sau điều trị: Hiệu quả điều trị Tốt, Chưa tốt.
- Triệu chứng YHCT: D<sub>0</sub>- D<sub>10</sub>- D<sub>20</sub>
- Đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: tuổi, giới, thời gian bị bệnh, hoàn cảnh gia đình, tình trạng hôn nhân.

#### **Bước 5: Ghi chép hồ sơ bệnh án, xử lý số liệu, báo cáo kết quả.**

##### **Quy trình thực hiện:**

##### **\*Kỹ thuật nhĩ châm:**

- Bệnh nhân nằm tư thế thoải mái.
- Chọn huyết: Chúng tôi chọn huyết theo lý luận của Y học cổ truyền, theo sơ đồ huyết loa tai của Nguyễn Tài Thu [25]
- Kỹ thuật châm [32]
- + Sát trùng vùng da châm.
- + Sau khi chọn được huyết dùng nhĩ hoàn vào vị trí huyết bên tai đã được xác định, châm cả hai bên tai.
- Thời gian lưu kim: 1 ngày/lần lưu kim , mỗi lần châm cả hai bên tai.
- Liệu trình điều trị: 20 ngày, nghỉ thứ bảy, chủ nhật (1 tuần 5 lần).

##### **\*Kỹ thuật xoa bóp bấm huyết :**

- Công thức huyết chung: Bách hội, Thái dương, Phong trì, Thượng tinh, Tam âm giao, Quan nguyên, Khí hải.
- Thực hiện kỹ thuật.

+ Bệnh nhân tư thế nằm ngửa hoặc ngồi.

+ Kỹ thuật viên dùng các kỹ thuật vuốt mơn để cho bệnh nhân quen với sự tiếp xúc giữa tay thầy thuốc với vùng da cần tác động, sau đó thực hiện các thủ thuật xoa bóp, bấm huyệt vào các vị trí huyệt vị: từ huyệt Bách hội xuống Thượng tinh, Ấn đường đường ra Thái dương, miết phong trì 2 bên, ấn điểm thận du, khí hải, quan nguyên.

- Liệu trình điều trị: 30 phút/lần/ngày, nghỉ thứ bảy, chủ nhật (1 tuần 5 lần).

Trong vòng 20 ngày.[32], [24]

**\*Kỹ thuật Điện châm**

- Công thức huyệt chung: Nội quan, Thần môn, Thái khê, Thận du, Quan nguyên, Khí hải.

- Thực hiện kỹ thuật.

+ Bệnh nhân tư thế nằm ngửa hoặc ngồi.

+ Xác định huyệt: tiến hành lấy huyệt các theo phương pháp lấy đồng thân thốn của Y học cổ truyền.

+ Sát trùng da vùng châm.

+ Châm bỏ: châm kim nhanh qua da, thuận chiều đường kinh vào đúng vị trí huyệt cần tác động (Nội quan, Thần môn, Thái khê, Thận du, Quan nguyên, Khí hải) vê kim nhẹ nhàng cho đến khi đạt được cảm giác “đắc khí” (bệnh nhân có cảm giác căng, tức, nặng).

+ Mắc điện cực: Dùng tần số 1-3 Hz. Cường độ kích thích: được tăng dần từ 0-100 $\mu$ A, tức là tới ngưỡng bệnh nhân chịu được.

- Liệu trình điều trị: 30 phút/lần/ngày, nghỉ thứ bảy, chủ nhật (1 tuần 5 lần).

Trong vòng 20 ngày.

**2.7 Phương tiện nghiên cứu**

- Kim châm nhĩ hoàn : hiệu Khánh Phong, làm từ thép y tế, đường kính thân kim 0,06 – 0,5mm, độ dài thân kim 1,3 – 300mm, kích thước kim 0,25 x 1,3mm, Bộ Y tế – Cục Quản lý Y dược cổ truyền cấp phép lưu hành theo công văn số 287/BYT – YDCT, ngày 18 tháng 01 năm 2019

- Kim châm cứu (dùng cho điện châm): hiệu Khánh Phong, làm từ thép y tế, kích thước 0.30 \* 25 mm, đạt chứng chỉ EC số 93/42/EEC (hệ thống sản xuất đảm bảo chất lượng) và được Bộ Y tế – Cục Quản lý Y dược cổ truyền cấp phép lưu hành theo công văn số 287/BYT – YDCT, ngày 18 tháng 01 năm 2019.

- Máy điện châm: máy Trung Quốc KWD – 808I. Tiêu chuẩn an toàn Type II – BF theo Tiêu chuẩn quốc gia TCVN 7303 – 1:2009 (IEC 601 – 1 : 2005) về Thiết bị điện y tế.

- Máy đo huyết áp cánh tay, Ống nghe: hiệu OMRON HEM – 8712.

- 01 gói kê đầu chiều cao 5-8 cm.

- Các dụng cụ khác: Cồn 70%, bông gòn, kẹp phẫu tích, hộp đựng bông gòn.

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

## 2.8 Sai số và cách khắc phục sai số

<i>Sai số</i>	<i>Biện pháp khắc phục</i>
- Các triệu chứng chủ quan khó đánh giá	➤ <i>Sử dụng thống nhất 1 bộ câu hỏi dựa trên các thang điểm đã được chuẩn hóa, cho điểm dựa theo mức độ.</i>
- Sai số khi nhớ lại các triệu chứng cần đánh giá	➤ <i>Theo dõi, hỏi thăm bệnh nhân hàng ngày, ghi chép lại các triệu chứng. Việc ghi chép phiếu theo dõi và đánh giá các chỉ số lâm sàng do cùng một người thực hiện.</i>
- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị, tự ý sử dụng các phương pháp điều trị khác.	➤ <i>Bệnh nhân được theo dõi và giám sát chặt chẽ sự tuân thủ quy trình điều trị trong suốt quá trình điều trị.</i>

## 2.9 Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y sinh học SPSS 20.0

- Kết quả được thể hiện dưới dạng giá trị trung bình và tỉ lệ %.

- Sử dụng test  $X^2$  để so sánh sự khác nhau giữa hai tỉ lệ phần trăm.

- Sử dụng test T- Student để so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình

- Kết quả nghiên cứu được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$

### **2.10 Đạo đức trong nghiên cứu**

- Bệnh nhân tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện, bệnh nhân được giải thích rõ ràng về quy trình, mục đích nghiên cứu cũng như mọi thắc mắc trong thời gian tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng không nhằm mục đích khác.

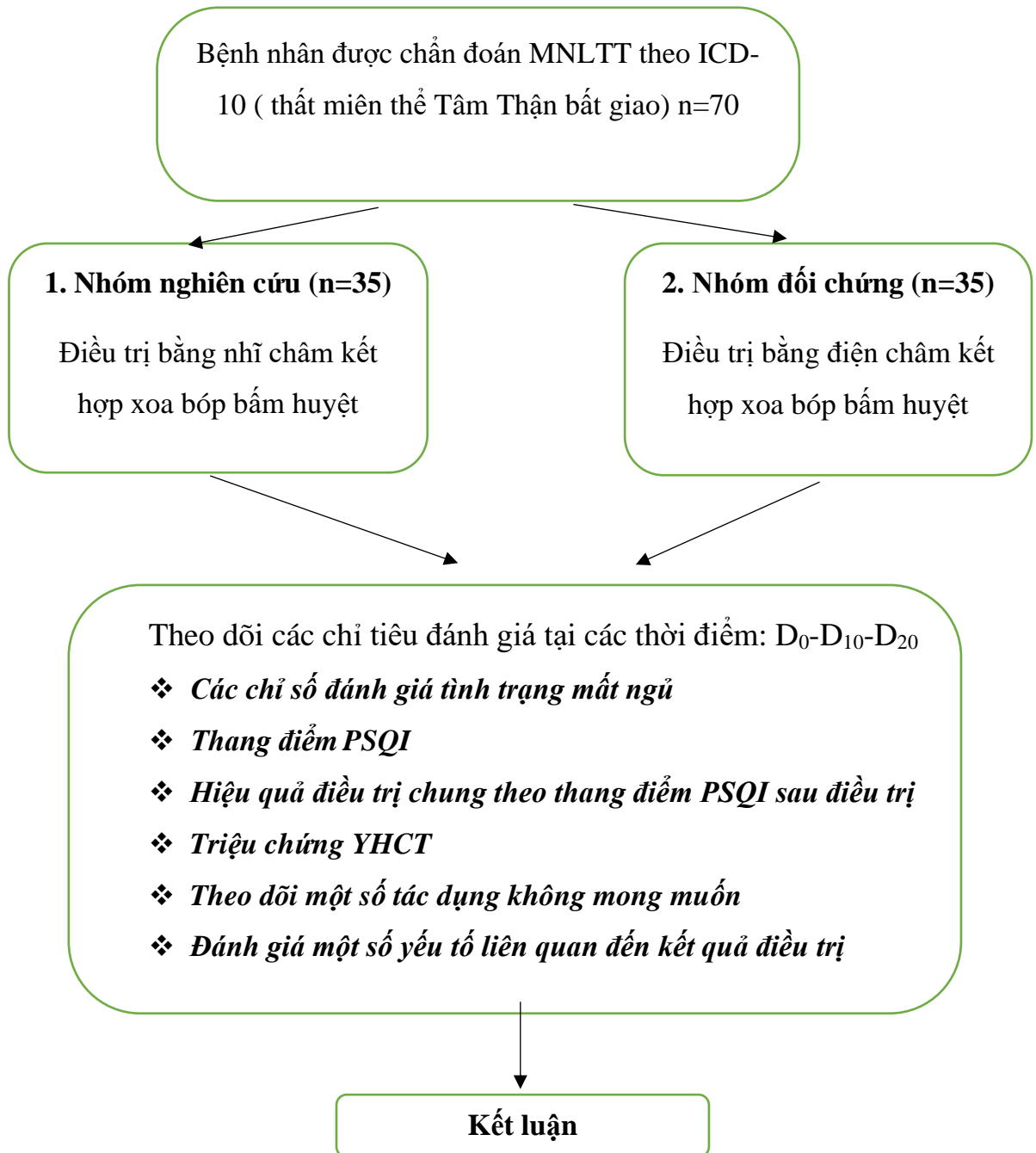
- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật.

- Khách quan trong đánh giá và phân loại, trung thực trong xử lý số liệu.

- Bệnh nhân có thể rút khỏi điều trị với bất kỳ lý do gì. Trong quá trình điều trị, nếu tình trạng bệnh nặng lên, sẽ chuyển sang phương án điều trị khác thích hợp.

- Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đạo đức của Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam và hội đồng khoa học, đạo đức Bệnh viện 30/4.

## 2.11 Sơ đồ nghiên cứu



Sơ đồ 2.1 Sơ đồ nghiên cứu



## CHƯƠNG 3

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

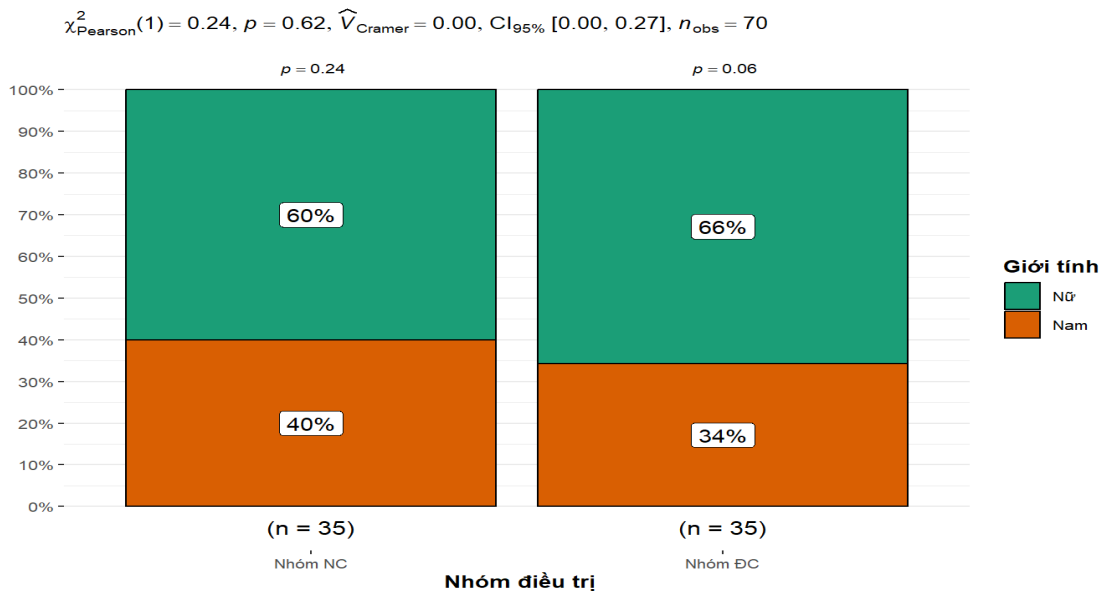
#### 3.1 Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

##### 3.1.1 Đặc điểm theo tuổi và giới tính

**Bảng 3.1 Đặc điểm theo tuổi**

Độ tuổi	Nhóm NC		Nhóm ĐC	
	N	%	N	%
< 40 tuổi	7	20,0%	6	17,1%
40-59 tuổi	12	34,3%	15	42,9%
≥ 60 tuổi	16	45,7%	14	40,0%
Tổng số	35	100%	35	100%

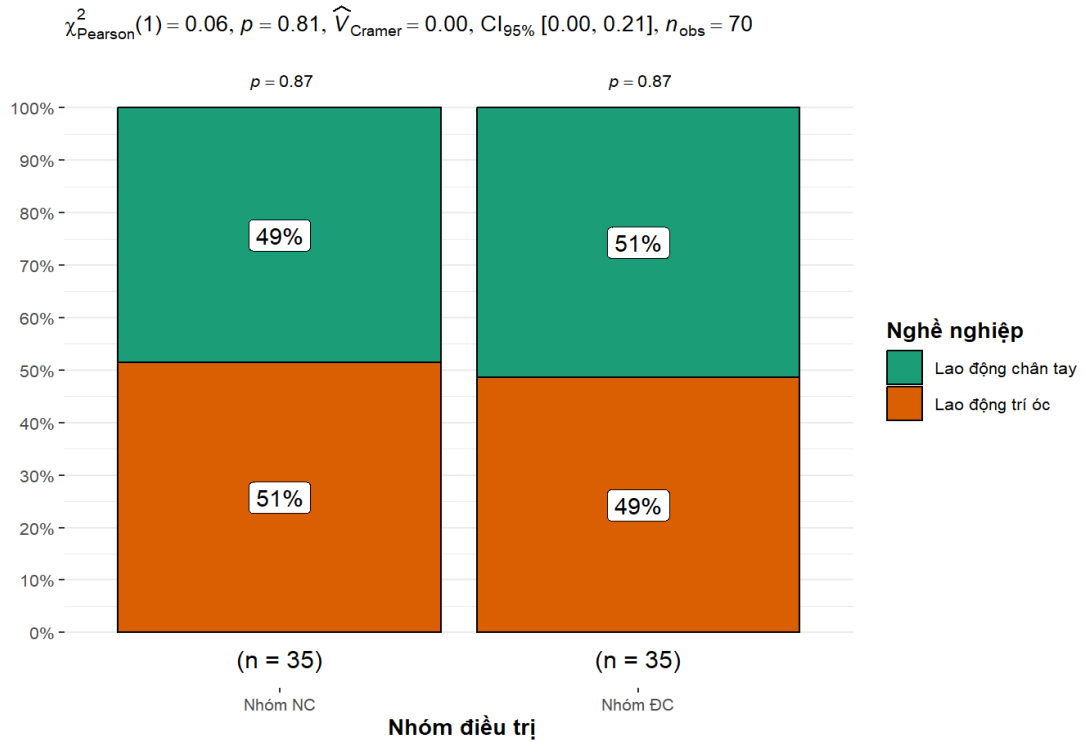
**Nhận xét:** Đa số các bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu thuộc nhóm tuổi trên 40, trong đó, nhóm NC chiếm tỉ lệ 80,0%, nhóm ĐC chiếm 82,9%. Nhóm tuổi <40 tuổi: chiếm tỉ lệ thấp nhất ở cả 2 nhóm, với nhóm NC: 20,0% và nhóm ĐC: 17,1%.



**Biểu đồ 3.1 Phân bố bệnh nhân theo giới**

**Nhận xét:** Trong tổng số 70 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới, với tỉ lệ là: 60,0% ở nhóm NC và 65,7% ở nhóm ĐC, trong đó tỉ lệ nam:nữ là 2/3.

### 3.1.2 Đặc điểm theo hoàn cảnh gia đình, nghề nghiệp, hôn nhân



**Biểu đồ 3.2 Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp**

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh lao động trí óc và lao động chân tay tham gia vào nghiên cứu gần như nhau, chiếm tỷ lệ 1:1 ở cả 2 nhóm.

**Bảng 3.2 Đặc điểm theo hoàn cảnh gia đình**

Hoàn cảnh gia đình	Nhóm NC		Nhóm ĐC	
	N	%	N	%
Sống cùng gia đình	23	65,7%	29	82,9%
Sống cùng con cháu	5	14,3%	5	14,3%
Sống một mình	7	20,0%	1	2,9%
Tổng số	35	100%	35	100%

**Nhận xét:** Đa số các bệnh nhân là những người sống cùng gia đình, chiếm tỷ lệ >65.0%, nhóm sống cùng con cháu chiếm tỷ lệ như nhau ở cả 2 nhóm với 14,3%, còn lại là nhóm sống một mình với 20% ở nhóm NC và 2,9% ở nhóm ĐC.

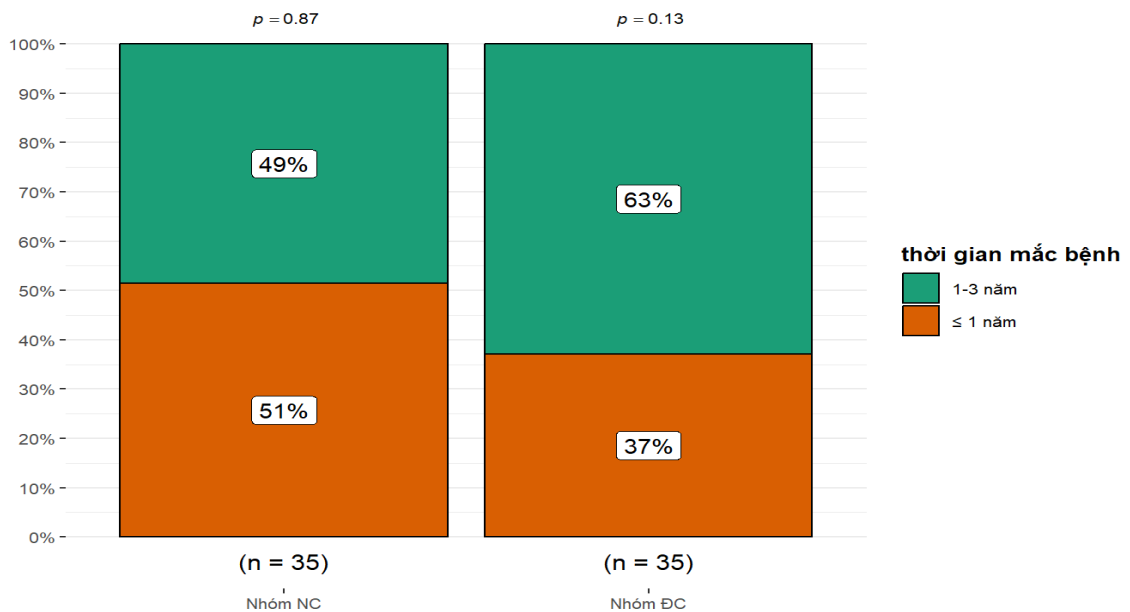
**Bảng 3.3 Đặc điểm tình trạng hôn nhân**

Tình trạng hôn nhân	Nhóm NC		Nhóm ĐC	
	N	%	N	%
Có vợ (chồng)	24	68,6%	27	77,1%
Độc thân	6	17,1%	6	17,1%
Góa	0	0,0%	0	0,0%
Ly hôn	5	14,3%	2	5,7%
Tổng số	35	100%	35	100%

**Nhận xét:** Về đặc điểm tình trạng hôn nhân, đa phần bệnh nhân là những người có vợ (chồng) với 51/70 người bệnh tham gia vào nghiên cứu tương đương với 72,9%, tình trạng độc thân đều chiếm 17,1% ở cả 2 nhóm, ly hôn là 14,3% ở nhóm NC và 5,7% ở nhóm ĐC, không có bệnh nhân nào thuộc nhóm góa.

### 3.1.3 Đặc điểm thời gian mắc bệnh

$$\chi^2_{\text{Pearson}}(1) = 1.45, p = 0.23, \widehat{V}_{\text{Cramer}} = 0.08, \text{CI}_{95\%} [0.00, 0.36], n_{\text{obs}} = 70$$

**Biểu đồ 3.3 Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh**

**Nhận xét:** Các bệnh nhân đều có thời gian mắc bệnh  $\leq 3$  năm, trong đó: nhóm NC có 51,4% là mắc bệnh  $< 1$  năm, từ 1-3 năm: 48,6%; nhóm ĐC: 31,7% là mắc bệnh  $< 1$  năm, còn 62,9% là mắc bệnh từ 1-3 năm.

### 3.1.4 Đặc điểm yếu tố thúc đẩy bệnh

**Bảng 3.4 Đặc điểm yếu tố thúc đẩy bệnh**

Yếu tố thúc đẩy	Nhóm NC		Nhóm ĐC		PNC-ĐC
	N	%	N	%	
Biến đổi gia đình	1	2,9%	2	5,7%	> 0,05
Công việc	12	34,3%	15	42,9%	
Người thân chết	3	8,6%	1	2,9%	
Thiệt hại kinh tế	3	8,6%	3	8,6%	
Vấn đề con cái	5	14,3%	1	2,9%	
Yếu tố khác	1	2,9%	0	0,0%	
Không	10	28,6%	13	37,1%	
Tổng số	35	100%	35	100%	

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có yếu tố thúc đẩy dẫn đến mất ngủ là do công việc là cao nhất trong số các yếu tố được khảo sát, chiếm 34,3% ở nhóm NC và 42,9% ở nhóm ĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với  $p > 0.05$ .

### 3.1.5 Đặc điểm tính chất xuất hiện bệnh

**Bảng 3.5 Đặc điểm tính chất xuất hiện bệnh**

Tính chất xuất hiện bệnh	Nhóm NC		Nhóm ĐC		PNC-ĐC
	N	%	N	%	
Đột ngột	12	34,4%	9	25,7%	> 0,05
Từ từ	23	65,7%	26	74,3%	
Tổng số	35	100%	35	100%	

**Nhận xét:** Đa số các bệnh nhân xuất hiện bệnh một cách từ từ với 23/35 bệnh nhân thuộc nhóm NC và 26/35 bệnh nhân thuộc nhóm ĐC. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ .

### 3.1.6 Điểm PSQI lúc khởi trị

**Bảng 3.6 Điểm PSQI lúc khởi trị**

Thang điểm PSQI		Nhóm NC (n=35)	Nhóm ĐC (n=35)	pNC- ĐC
STT	Tên yếu tố	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
1	Chất lượng giấc ngủ chủ quan	2,94 ± 0,24	2,89 ± 0,32	> 0,05
2	Thời gian vào giấc ngủ	2,91 ± 0,28	2,94 ± 0,24	
3	Thời lượng giấc ngủ	2,97 ± 0,17	3,00 ± 0,0	
4	Hiệu suất giấc ngủ	2,89 ± 0,40	3,00 ± 0,0	
5	Các rối loạn giấc ngủ	1,97 ± 0,62	1,94 ± 0,68	
6	Sử dụng thuốc ngủ	2,37 ± 0,91	2,31 ± 0,76	
7	Rối loạn ban ngày	2,49 ± 0,51	2,51 ± 0,51	
<b>Tổng điểm</b>		18,5 ± 1,62	18,6 ± 1,74	

**Nhận xét:** Tổng điểm PSQI trung bình của cả 2 nhóm lần lượt là: Nhóm NC: 18,5 ± 1,62; nhóm ĐC: 18,6 ± 1,74. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

## 3.2 Đánh giá hiệu quả điều trị

### 3.2.1 Hiệu quả cải thiện thời lượng giấc ngủ

**Bảng 3.7 Hiệu suất tăng thời lượng giấc ngủ**

Nhóm Hiệu suất (giờ)	Nhóm NC	Nhóm ĐC	pNC-ĐC
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Thời điểm D <sub>0</sub>	3,13 ± 0,75	3,16 ± 0,47	> 0,05
Thời điểm D <sub>10</sub>	5,16 ± 0,52	4,60 ± 0,64	< 0,01
Thời điểm D <sub>20</sub>	6,67 ± 0,68	5,73 ± 0,74	< 0,01
Chênh lệch (D <sub>10</sub> -D <sub>0</sub> )	2,03 ± 0,73	1,43 ± 0,42	< 0,01
Chênh lệch (D <sub>20</sub> -D <sub>0</sub> )	3,63 ± 1,01	2,57 ± 0,62	< 0,01
p <sub>D0-D10</sub>	<0,01	<0,01	
p <sub>D0-D20</sub>	<0,01	<0,01	

**Nhận xét:** Thời lượng giấc ngủ tăng dần qua các thời điểm, nhóm NC tăng rõ rệt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Hiệu suất chênh lệch ngày thứ 10 và ngày thứ 20 lần lượt là:  $2,03 \pm 0,73$  (giờ) và  $3,63 \pm 1,01$  (giờ) ở nhóm NC, nhóm ĐC tăng  $1,43 \pm 0,42$  (giờ) và  $2,57 \pm 0,62$  (giờ). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả 2 thời điểm.

### 3.2.2 Hiệu quả cải thiện thời gian vào giấc ngủ

**Bảng 3.8 Hiệu suất giảm thời gian đi vào giấc ngủ**

Nhóm Hiệu suất (phút)	Nhóm NC	Nhóm ĐC	$p_{NC-ĐC}$
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Thời điểm D <sub>0</sub>	$87,3 \pm 27,3$	$85,6 \pm 25,1$	$>0,05$
Thời điểm D <sub>10</sub>	$49,4 \pm 15,3$	$61,9 \pm 18,0$	$<0,05$
Thời điểm D <sub>20</sub>	$23,0 \pm 13,4$	$36,0 \pm 17,0$	$<0,01$
Chênh lệch (D <sub>10</sub> -D <sub>0</sub> )	$37,9 \pm 14,8$	$23,7 \pm 10,5$	$<0,01$
Chênh lệch (D <sub>20</sub> -D <sub>0</sub> )	$64,3 \pm 23,8$	$49,6 \pm 20,5$	$<0,01$
$p_{D0-D10}$	$<0,01$	$<0,01$	
$p_{D0-D20}$	$<0,01$	$<0,01$	

**Nhận xét:** Thời gian đi vào giấc ngủ có sự cải thiện rõ rệt sau điều trị, trong đó nhóm NC cho thấy thời gian đi vào giấc ngủ giảm nhiều hơn tại cả thời điểm sau 10 ngày và 20 ngày điều trị so với nhóm ĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ .

- Tại thời điểm D<sub>10</sub>: nhóm NC: giảm  $37,9 \pm 14,8$  (phút), nhóm ĐC giảm  $23,7 \pm 10,5$  (phút) với  $p_{D0-D10} < 0,01$ .

- Tại thời điểm D<sub>20</sub>: nhóm NC: giảm  $64,3 \pm 23,8$  (phút), thời gian đi vào giấc ngủ:  $23,0 \pm 13,4$ , nhóm ĐC giảm  $49,6 \pm 20,5$  (phút), thời gian đi vào giấc ngủ:  $36,0 \pm 17,0$  với  $p_{D0-D20} < 0,01$ . Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p_{NC-ĐC} < 0,05$  cả 2 thời điểm.

### 3.2.3 Tác dụng cải thiện hiệu quả giấc ngủ

**Bảng 3.9 Tác dụng cải thiện hiệu suất giấc ngủ**

Hiệu suất (%)	Nhóm	Nhóm NC	Nhóm ĐC	p <sub>NC-ĐC</sub>
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Thời điểm D <sub>0</sub>		49,5 ± 9,94	49,6 ± 5,49	>0,05
Thời điểm D <sub>10</sub>		70,8 ± 7,88	67,4 ± 6,81	>0,05
Thời điểm D <sub>20</sub>		85,3 ± 8,87	78,6 ± 6,00	<0,01
Chênh lệch (D <sub>10</sub> -D <sub>0</sub> )		21,3 ± 12,2	17,8 ± 8,24	> 0,05
Chênh lệch (D <sub>20</sub> -D <sub>0</sub> )		35,8 ± 13,4	29,0 ± 7,36	< 0,05
p <sub>D0-D10</sub>		< 0,01	<0,01	
p <sub>D0-D20</sub>		< 0,01	< 0,01	

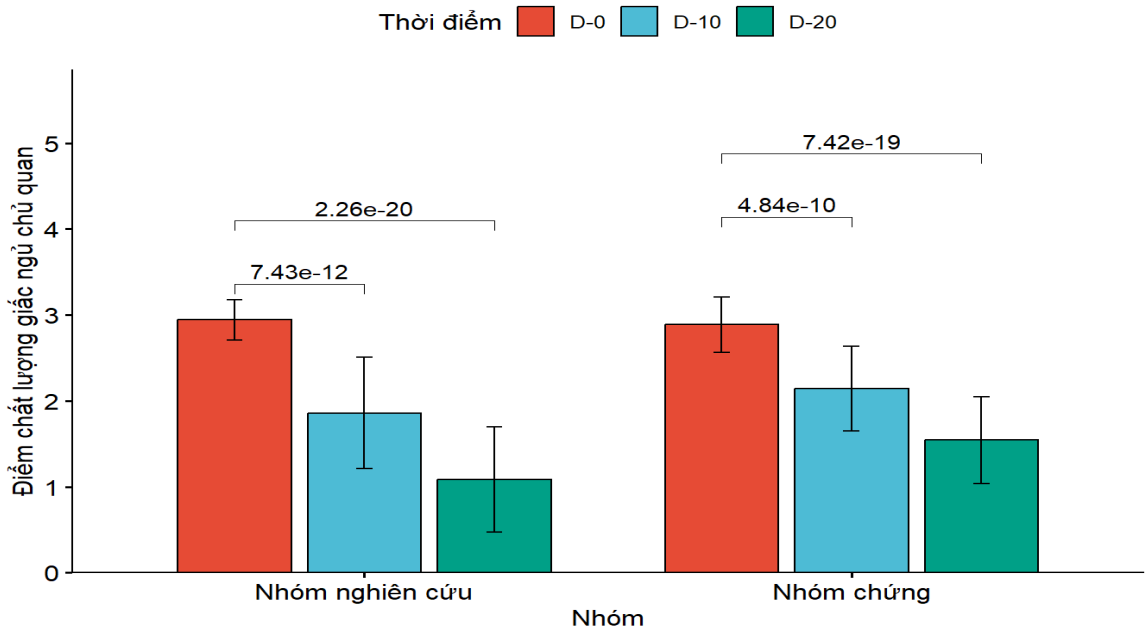
**Nhận xét:**

Hiệu suất cải thiện giấc ngủ sau điều trị tại các thời điểm, nhóm NC có sự cải thiện nhiều hơn so với nhóm ĐC:

Sau 10 ngày điều trị, hiệu suất cải thiện lần lượt là: nhóm NC: tăng 21,3 ± 12,2 (%); nhóm ĐC: tăng 17,8 ± 8,24 (%), có sự khác biệt giữa trước và sau điều trị với p<sub>D0-D10</sub><0,01, nhưng giữa 2 nhóm chưa có sự khác biệt rõ với p<sub>NC-ĐC</sub>> 0,05.

Sau 20 ngày điều trị, hiệu suất cải thiện lần lượt là: nhóm NC: tăng 35,8 ± 13,4 (%); nhóm ĐC: tăng 29,0 ± 7,36 (%), có sự khác biệt giữa trước và sau điều trị với p<sub>D0-D20</sub><0,01, và giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<sub>NC-ĐC</sub>< 0,05.

### 3.2.4 Hiệu quả cải thiện chất lượng giấc ngủ



**Biểu đồ 3.4 Sự thay đổi về chất lượng giấc ngủ**

**Nhận xét:** Nhóm NC có sự thay đổi về chất lượng giấc ngủ nhiều hơn, nhất là vào thời điểm sau 20 ngày điều trị với  $p < 0,05$ .

### 3.2.5 Hiệu quả cải thiện thang điểm PSQI

**Bảng 3.10 Hiệu quả cải thiện điểm Chất lượng giấc ngủ chủ quan theo thang điểm PSQI**

Chất lượng giấc ngủ chủ quan		Nhóm NC ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm ĐC ( $\bar{X} \pm SD$ )	$p_{NC-ĐC}$
D <sub>0</sub>		2,94 ± 0,24	2,89 ± 0,32	> 0,05
D <sub>10</sub>		1,86 ± 0,65	2,14 ± 0,49	< 0,05
D <sub>20</sub>		1,09 ± 0,61	1,54 ± 0,50	< 0,01
Hiệu suất giảm điểm	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-10</sub>	1,09 ± 0,61	0,74 ± 0,44	< 0,01
	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-20</sub>	1,86 ± 0,65	1,34 ± 0,48	< 0,01
	P <sub>t-s</sub>	< 0,01	< 0,01	



**Nhận xét:** Theo thang điểm PSQI, điểm Chất lượng giấc ngủ chủ quan có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 20 ngày điều trị: nhóm NC:  $1,09 \pm 0,61$  (điểm), giảm  $1,86 \pm 0,65$  (điểm) so với trước điều trị với  $P < 0,01$ , nhóm ĐC:  $1,54 \pm 0,50$  (điểm), giảm  $1,34 \pm 0,48$  (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở cả 2 thời điểm D<sub>10</sub> và D<sub>20</sub> với  $p_{\text{NC-ĐC}} < 0,05$ .

**Bảng 3.11 Hiệu quả cải thiện điểm Thời gian vào giấc ngủ theo thang điểm PSQI**

Thời gian vào giấc ngủ		Nhóm NC ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm ĐC ( $\bar{X} \pm SD$ )	$p_{\text{NC-ĐC}}$
D <sub>0</sub>		$2,91 \pm 0,28$	$2,94 \pm 0,24$	$> 0,05$
D <sub>10</sub>		$2,14 \pm 0,55$	$2,57 \pm 0,50$	$< 0,01$
D <sub>20</sub>		$1,14 \pm 0,60$	$1,83 \pm 0,57$	$< 0,01$
<b>Hiệu suất giảm điểm</b>	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-10</sub>	$0,77 \pm 0,43$	$0,37 \pm 0,49$	$< 0,01$
	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-20</sub>	$1,77 \pm 0,65$	$1,11 \pm 0,58$	$< 0,01$
	$P_{t-s}$	$P_{\text{D0-10}} < 0,05$ $P_{\text{D0-20}} < 0,01$	$P_{\text{D0-10}} < 0,05$ $P_{\text{D0-20}} < 0,01$	

**Nhận xét:** Theo thang điểm PSQI, điểm Thời gian vào giấc ngủ có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, với tổng điểm của nhóm NC lần lượt là:  $2,14 \pm 0,55$  (điểm);  $1,14 \pm 0,60$  (điểm), nhóm ĐC là:  $2,57 \pm 0,50$  (điểm);  $1,83 \pm 0,57$  (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở cả 2 thời điểm D<sub>10</sub> và D<sub>20</sub> với  $p_{\text{NC-ĐC}} < 0,05$ .

**Bảng 3.12 Hiệu quả cải thiện điểm Thời lượng giấc ngủ theo thang điểm PSQI**

Thời lượng giấc ngủ		Nhóm NC ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm ĐC ( $\bar{X} \pm SD$ )	$p_{NC-ĐC}$
D <sub>0</sub>		2,97 ± 0,17	3,00 ± 0,0	> 0,05
D <sub>10</sub>		2,69 ± 0,47	2,89 ± 0,32	< 0,05
D <sub>20</sub>		1,14 ± 0,73	2,03 ± 0,99	< 0,01
<b>Hiệu suất giảm điểm</b>	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-10</sub>	0,29 ± 0,46	0,11 ± 0,32	> 0,05
	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-20</sub>	1,83 ± 0,75	0,97 ± 0,99	< 0,01
	$P_{t-s}$	$P_{D0-10} < 0,05$ $P_{D0-20} < 0,01$	$P_{D0-10} < 0,05$ $P_{D0-20} < 0,01$	

**Nhận xét:** Theo thang điểm PSQI, điểm Thời lượng giấc ngủ có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, nhóm NC giảm lần lượt là: 0,29 ± 0,46 (điểm); 1,83 ± 0,75 (điểm), nhóm ĐC là: 0,11 ± 0,32 (điểm); 0,97 ± 0,99 (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở cả 2 thời điểm D<sub>10</sub> và D<sub>20</sub> với  $p_{NC-ĐC} < 0,05$ .

**Bảng 3.13 Hiệu quả cải thiện điểm Hiệu suất giấc ngủ theo thang điểm PSQI**

Hiệu suất giấc ngủ		Nhóm NC ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm ĐC ( $\bar{X} \pm SD$ )	p <sub>NC-ĐC</sub>
D <sub>0</sub>		2,89 ± 0,40	3,00 ± 0,0	> 0,05
D <sub>10</sub>		1,91 ± 0,78	2,20 ± 0,47	> 0,05
D <sub>20</sub>		0,49 ± 0,85	1,14 ± 0,60	< 0,01
<b>Hiệu suất giảm điểm</b>	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-10</sub>	0,97 ± 0,79	0,80 ± 0,47	> 0,05
	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-20</sub>	2,40 ± 1,06	1,86 ± 0,60	< 0,05
	P <sub>t-s</sub>	P <sub>D0-10</sub> < 0,01 P <sub>D0-20</sub> < 0,01	P <sub>D0-10</sub> < 0,01 P <sub>D0-20</sub> < 0,01	

**Nhận xét:** Theo thang điểm PSQI, điểm Hiệu suất giấc ngủ có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, nhóm NC giảm lần lượt là: 0,97 ± 0,79 (điểm); 2,40 ± 1,06 (điểm), nhóm ĐC là 0,80 ± 0,47 (điểm); 1,86 ± 0,60 (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở cả 2 thời điểm D<sub>10</sub> và D<sub>20</sub> với p<sub>NC-ĐC</sub> < 0,01.

**Bảng 3.14 Hiệu quả cải thiện điểm Các rối loạn giấc ngủ theo thang điểm PSQI**

Các rối loạn giấc ngủ		Nhóm NC ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm ĐC ( $\bar{X} \pm SD$ )	p <sub>NC-ĐC</sub>
D <sub>0</sub>		1,97 ± 0,62	1,94 ± 0,68	> 0,05
D <sub>10</sub>		1,40 ± 0,50	1,51 ± 0,56	> 0,05
D <sub>20</sub>		0,66 ± 0,48	1,00 ± 0,0	< 0,01
<b>Hiệu suất giảm điểm</b>	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-10</sub>	0,57 ± 0,50	0,43 ± 0,50	> 0,05
	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-20</sub>	1,31 ± 0,58	0,94 ± 0,68	< 0,05
	P <sub>t-s</sub>	P <sub>D0-10</sub> < 0,01 P <sub>D0-20</sub> < 0,01	P <sub>D0-10</sub> < 0,01 P <sub>D0-20</sub> < 0,01	

**Nhận xét:** Theo thang điểm PSQI, điểm Các rối loạn giấc ngủ có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, nhóm NC giảm lần lượt là:  $0,57 \pm 0,50$  (điểm);  $1,31 \pm 0,58$  (điểm), nhóm ĐC là  $0,43 \pm 0,50$  (điểm);  $0,94 \pm 0,68$  (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở thời điểm D<sub>20</sub> với  $p_{NC-ĐC} < 0,01$ .

**Bảng 3.15 Hiệu quả cải thiện điểm Sử dụng thuốc ngủ theo thang điểm PSQI**

Sử dụng thuốc ngủ		Nhóm NC ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm ĐC ( $\bar{X} \pm SD$ )	$p_{NC-ĐC}$
D <sub>0</sub>		$2,37 \pm 0,91$	$2,31 \pm 0,76$	$> 0,05$
D <sub>10</sub>		$1,34 \pm 0,87$	$1,63 \pm 0,77$	$> 0,05$
D <sub>20</sub>		$0,17 \pm 0,45$	$0,89 \pm 0,63$	$< 0,01$
<b>Hiệu suất giảm điểm</b>	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-10</sub>	$1,03 \pm 0,86$	$0,69 \pm 0,53$	$< 0,05$
	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-20</sub>	$2,20 \pm 0,90$	$1,43 \pm 0,66$	$< 0,01$
	P <sub>t-s</sub>	$P_{D0-10} < 0,01$ $P_{D0-20} < 0,01$	$P_{D0-10} < 0,01$ $P_{D0-20} < 0,01$	

**Nhận xét:** Theo thang điểm PSQI, điểm Sử dụng thuốc ngủ có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, nhóm NC giảm lần lượt là:  $1,03 \pm 0,86$  (điểm);  $2,20 \pm 0,90$  (điểm), nhóm ĐC là  $0,69 \pm 0,53$  (điểm);  $1,43 \pm 0,66$  (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở thời điểm D<sub>20</sub> với  $p_{NC-ĐC} < 0,01$ .

**Bảng 3.16 Hiệu quả cải thiện điểm các Rối loạn ban ngày theo thang điểm PSQI**

Các rối loạn ban ngày		Nhóm NC ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm ĐC ( $\bar{X} \pm SD$ )	$p_{NC-ĐC}$
D <sub>0</sub>		2,49 ± 0,51	2,51 ± 0,51	> 0,05
D <sub>10</sub>		1,23 ± 0,43	1,51 ± 0,51	< 0,05
D <sub>20</sub>		0,23 ± 0,44	0,69 ± 0,47	< 0,01
<b>Hiệu suất giảm điểm</b>	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-10</sub>	1,26 ± 0,44	1,00 ± 0,24	< 0,05
	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-20</sub>	2,26 ± 0,44	1,83 ± 0,38	< 0,01
	$P_{t-s}$	$P_{D0-10} < 0,01$ $P_{D0-20} < 0,01$	$P_{D0-10} < 0,01$ $P_{D0-20} < 0,01$	

**Nhận xét:** Theo thang điểm PSQI, điểm Các rối loạn ban ngày có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, nhóm NC giảm lần lượt là: 1,26 ± 0,44 (điểm); 2,26 ± 0,44 (điểm), nhóm ĐC là 1,00 ± 0,24 (điểm); 1,83 ± 0,38 (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở 2 thời điểm D<sub>10</sub>, D<sub>20</sub> với  $p_{NC-ĐC} < 0,05$ .

**\*Đánh giá hiệu quả điều trị chung theo thang điểm PSQI**

**Bảng 3.17 Hiệu suất giảm điểm PSQI**

Điểm PSQI		Nhóm NC ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhóm ĐC ( $\bar{X} \pm SD$ )	$p_{NC-ĐC}$
D <sub>0</sub>		18,5 ± 1,62	18,6 ± 1,74	> 0,05
D <sub>10</sub>		12,6 ± 2,27	14,5 ± 1,58	< 0,01
D <sub>20</sub>		4,91 ± 2,32	9,11 ± 2,26	< 0,01
<b>Hiệu suất giảm điểm</b>	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-10</sub>	5,97 ± 1,46	4,14 ± 1,14	< 0,01
	Hiệu suất giảm điểm D <sub>0-20</sub>	13,6 ± 2,20	9,49 ± 2,01	< 0,01
	$P_{t-s}$	$P_{D0-10} < 0,01$ $P_{D0-20} < 0,01$	$P_{D0-10} < 0,01$ $P_{D0-20} < 0,01$	

**Nhận xét:** Tổng điểm PSQI tại các thời điểm sau 10 ngày, 20 ngày điều trị đều giảm rõ rệt, nhóm NC:  $4,91 \pm 2,32$  (điểm), giảm  $13,6 \pm 2,20$  (điểm) so với trước điều trị, nhóm ĐC là  $9,11 \pm 2,26$  (điểm); giảm  $9,49 \pm 2,01$  (điểm) so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau điều trị với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở 2 thời điểm D<sub>10</sub>, D<sub>20</sub> với  $p_{NC-ĐC} < 0,01$ .

**Bảng 3.18 Hiệu quả điều trị theo thang điểm PSQI**

Hiệu quả điều trị	Nhóm NC		Nhóm ĐC		p <sub>NC-ĐC</sub>
	N	%	N	%	
Tốt	34	97,1%	19	54,3%	<0,05
Chưa tốt	1	2,9%	16	45,7%	<0,05

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị tốt (điểm PSQI  $\leq 5$ ) sau điều trị chiếm tỷ lệ cao với 97,1% bệnh nhân ở nhóm NC và 54,3% ở nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

### 3.2.6 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng thứ phát sau mất ngủ

**Bảng 3.19 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng thứ phát sau mất ngủ**

Triệu chứng thứ phát	D0		D10		D20		p
	NC N (%)	ĐC N (%)	NC N (%)	ĐC N (%)	NC N (%)	ĐC N (%)	
Mệt mỏi	27 (77,1%)	24 (68,6%)	8 (22,9%)	10 (28,6%)	2 (5,7%)	4 (11,4%)	<b>&lt;0.05</b>
Giảm chú ý	16 (45,7%)	13 (37,1%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	2 (5,7%)	5 (14,3%)	
Lo lắng	15 (42,9%)	9 (25,7%)	5 (14,3%)	4 (11,4%)	1 (2,9%)	3 (8,6%)	
Hay quên	9 (25,7%)	11 (31,4%)	6 (17,1%)	6 (17,1%)	2 (5,7%)	4 (11,4%)	

**Nhận xét:** Sau 20 ngày điều trị, một số triệu chứng thứ phát sau mất ngủ đều giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị như: Mệt mỏi, giảm chú ý, lo lắng, hay quên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau điều trị với  $p < 0,05$ ; nhưng giữa 2 nhóm thì không có sự khác biệt nhiều với  $p_{NC-ĐC} > 0,05$ . Trong các triệu chứng thứ phát sau MNKTT, triệu chứng mệt mỏi có sự cải thiện nhiều nhất, giảm 65,7% sau 20 ngày điều trị.

### 3.2.7 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng YHCT

**Bảng 3.20** Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng YHCT

Triệu chứng YHCT	D <sub>0</sub>		D <sub>20</sub>		p <sub>D0- D20</sub>
	NC N(%)	ĐC N(%)	NC N(%)	ĐC N(%)	
Chóng mặt	24(68.6%)	23(65.7%)	2(5.7%)	10(28.6%)	<0.05
Ù tai	18(51.4%)	19(54.3%)	2(5.7%)	4(11.4%)	>0.05
Hay quên	9(25.7%)	10(28.6%)	2(5.7%)	4(11.4%)	>0.05
Đau lưng	19(54.3%)	23(65.7%)	3(8.6%)	18(51.4%)	<0.05
Tiểu đêm	27(77.1%)	25(71.4%)	2(5.7%)	8(22.9%)	>0.05
Triều nhiệt	22(62.9%)	10(28.6%)	1(2.9%)	2(5.7%)	>0.05
Đạo hãn	11(31.4%)	9(25.7%)	2(5.7%)	4(11.4%)	>0.05
Chất lưỡi đỏ	32(91.4%)	33(94.3%)	1(2.9%)	3(8.6%)	>0.05
Ít rêu	30(85.7%)	32(91.4%)	2(5.7%)	10(28.6%)	>0.05
Mạch tế sắc	31(88.6%)	34(97.1%)	2(5.7%)	4(11.4%)	>0.05
<b>p<sub>NC-ĐC</sub></b>	>0.05		>0.05		

**Nhận xét:** Các triệu chứng như: chóng mặt, đau lưng là có sự cải thiện rõ nhất sau 20 ngày điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.3 Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

#### 3.3.1 Tác dụng không mong muốn trên chỉ số sinh tồn

**Bảng 3.21 Bảng thay đổi chỉ số sinh tồn trước và sau điều trị**

	Mạch(lần/phút)	Nhiệt độ	HATT(mmHg)	HATTr(mmHg)
<b>D0</b>	78,13±6,29	36,7±0,14	123,33±11,24	75,33±8,6
<b>D20</b>	78,37±5,52	36,7±0,105	121,3±9,37	76,5±7,33
	p>0,05			

**Nhận xét:**

Trước và sau nghiên cứu, các chỉ số sinh tồn thay đổi không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### 3.3.2 Một số tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp điều trị

Trong 20 ngày điều trị, tất cả bệnh nhân của nhóm NC (dùng phương pháp nhĩ châm với XBBH) không xuất hiện bất kỳ một tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng như: Đau tai, chảy máu, sưng tại vị trí nhĩ châm, hay đau rát tại vị trí XBBH.

### 3.4 Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

**Bảng 3.22 Mối liên quan giữa tuổi và kết quả điều trị**

KQĐT  Tuổi	Tốt (1)		Chưa Tốt (2)		p1-2
	Nhóm NC N (%)	Nhóm ĐC N (%)	Nhóm NC N (%)	Nhóm ĐC N (%)	
< 40 tuổi	7 (20,6%)	5 (26,3%)	0(0,0%)	1(6,3%)	<0,05
40-59 tuổi	12 (35,3%)	8(42,1%)	0(0,0%)	7(43,7%)	
≥ 60 tuổi	15 (44,1%)	6(31,6%)	1(100%)	8(50,0%)	
<b>pNC-ĐC</b>	<0.05		<0.05		

**Nhận xét:** Kết quả điều trị mất ngủ không thực tồn có yếu tố liên quan với tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Bảng 3.23** *Mối liên quan giữa nghề nghiệp và kết quả điều trị*

KQĐT Nghề nghiệp	Tốt (1)		Chưa Tốt (2)		p <sub>1-2</sub>
	Nhóm NC N (%)	Nhóm ĐC N (%)	Nhóm NC N (%)	Nhóm ĐC N (%)	
Lao động trí óc	18 (52,9%)	9(69,2%)	0( 0,0%)	5(31,3%)	<0,05
Lao động chân tay	16 (47,1%)	4(30,8%)	1(100%)	11(68,8%)	
<b>p<sub>NC-ĐC</sub></b>	<0,05		<0,05		

**Nhận xét:** Kết quả điều trị mất ngủ không thực tồn có liên quan với yếu tố nghề nghiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.24** *Mối liên quan giữa tình trạng hôn nhân và kết quả điều trị*

KQĐT Tình trạng hôn nhân	Tốt (1)		Chưa Tốt (2)		p <sub>1-2</sub>
	Nhóm NC N (%)	Nhóm ĐC N (%)	Nhóm NC N (%)	Nhóm ĐC N (%)	
Độc thân	6(17,6%)	4((21,1%)	0(0,0%)	2(12,5%)	<0.05
Có vợ (chồng)	24(70,6%)	13(68,4%)	0(0,0%)	14(87,5%)	
Ly hôn	4(11,8%)	2(10,5%)	1(100%)	0(0,0%)	
<b>p<sub>NC-ĐC</sub></b>	<0,05		<0.05		

**Nhận xét:** Kết quả điều trị mất ngủ không thực tồn có liên quan với yếu tố tình trạng hôn nhân, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ .

**Bảng 3.25** *Mối liên quan giữa hoàn cảnh gia đình và kết quả điều trị*

Hoàn cảnh gia đình	KQĐT	Tốt (1)		Chưa Tốt (2)		p <sub>1-2</sub>
		Nhóm NC N (%)	Nhóm ĐC N (%)	Nhóm NC N (%)	Nhóm ĐC N (%)	
Sống cùng gia đình		23(67,6%)	16(84,2%)	0(0,0%)	13(81,3%)	<0,05
Sống cùng con cháu		5(14,7%)	2(10,5%)	0(0,0%)	3(18,8%)	
Sống cô đơn		6(17,7%)	1(5,3%)	1(100%)	0(0,0%)	
<b>p<sub>NC-ĐC</sub></b>		<0,05		<0,05		

**Nhận xét:** Kết quả điều trị mất ngủ không thực tồn có liên quan với yếu tố hoàn cảnh gia đình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.26** *Mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh và kết quả điều trị*

Thời gian mắc bệnh	KQĐT	Tốt (1)		Chưa Tốt (2)		p <sub>1-2</sub>
		Nhóm NC N (%)	Nhóm ĐC N (%)	Nhóm NC N (%)	Nhóm ĐC N (%)	
≤ 1 năm		17(50,0%)	10(52,6%)	1(100%)	3(18,8%)	<0,05
1-3 năm		17(50,0%)	9(47,4%)	0(0,0%)	13(81,3%)	
≥ 3 năm		0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	
<b>p<sub>NC-ĐC</sub></b>		<0,05		<0,05		

**Nhận xét:** Kết quả điều trị mất ngủ không thực tồn có liên quan với yếu tố thời gian mắc bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## CHƯƠNG 4

### BÀN LUẬN

#### 4.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

##### 4.1.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Đa số các bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu thuộc nhóm tuổi trên 40, trong đó, nhóm NC chiếm tỉ lệ 80%, nhóm ĐC chiếm 82,9%. Nhóm tuổi <40 tuổi: chiếm tỉ lệ thấp nhất ở cả 2 nhóm, với nhóm NC: 20,0% và nhóm ĐC: 17,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yeung và cs (2009) là 48,00, Jing Gou và cộng sự (2013) là 48,93, Lê Thị Tường Vân (2015) là 50,07, Đoàn Văn Minh (2009) là 49,30 [37], [43]. Kết quả tuổi trung bình dân số nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của KF Chung là 53,40 và cao hơn nghiên cứu của Y Jiao là 41,96 [8], [44]. Khác biệt này có thể do khác biệt về thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu và tỷ lệ các nhóm tuổi trong dân số nghiên cứu.

##### 4.1.2 Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Về giới tính, trong nghiên cứu này tỉ lệ mất ngủ nữ/nam là 3:2, Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng (2019), tỉ lệ nữ chiếm 78,3% [45]; nghiên cứu của Mohamed M cùng cộng sự trên 177 bệnh nhân cao tuổi (trên 60 tuổi) đã chỉ ra tại Alexandria và các vùng lân cận, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam là 2,28 lần. Tuy nhiên so với nghiên cứu khác thì tỉ lệ mất ngủ nghiên cứu này lại thấp hơn, nghiên cứu của Lê Thị Tường Vân (2015) thì nữ gấp 3 lần nam, nghiên cứu lâm cứu trị MNKTT của Yeung và cs (2009) là 77% người tham gia nghiên cứu là nữ, 23% người tham gia nghiên cứu là nam, nghiên cứu của Jing Guo (2009) tỉ lệ nữ và nam lần lượt là 78% và 32%. Nghiên cứu của KF Chung (2018) thì tỉ lệ nữ trong nghiên cứu chiếm 75,3% [44]. Tỷ lệ mắc rối loạn giấc ngủ ở nữ giới trong nghiên cứu có xu hướng cao hơn nam giới. Kết quả này phù hợp nhận định của, Nguyễn Đức Minh (2021), Nguyễn Văn Tâm với tỷ lệ nữ/nam là 76,36%/23,64%; Nguyễn Ngọc Đăng với tỷ lệ nữ/nam là 72,25%/27,75% và nhiều tác giả khác [41], [46], [47]...Nữ giới thường nhạy cảm, hay lo nghĩ dẫn đến stress nhiều hơn nam giới trong các vấn đề tình cảm, xã hội, công việc... Điều này có thể do trong cuộc sống hiện đại, người phụ nữ phải chịu áp

lực công việc nhiều hơn nam giới vì ngoài công việc xã hội họ còn phải chăm lo, quan tâm, quán xuyến cho gia đình. Hơn nữa, nhiều nghiên cứu cho thấy mất ngủ ở nữ giới có liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt, ở phụ nữ giai đoạn mãn kinh hoặc tiền mãn kinh thường hay căng thẳng, stress có liên quan mật thiết tới sự suy giảm nồng độ estrogen.

Theo YHCT phụ nữ xung quanh tuổi 49 bắt đầu thiên quý kiệt, mạch Nhâm hư, mạch Thái Xung suy kém, chức năng tạng phủ cũng kém dần mà chủ yếu là Thận khí suy, Thận suy chủ yếu là tinh, huyết suy nên âm dương mất cân bằng gây nên mất ngủ. Người phụ nữ với thiên chức làm mẹ, sinh con và nuôi con nhỏ kéo dài nhiều tháng, nhiều năm nên dễ làm rối loạn giấc ngủ cũng như hao tổn âm huyết. Sách Linh Khu viết “Người phụ nữ sinh ra, có thừa về Khí, bất túc về Huyết, là vì bị thoát huyết nhiều lần”, huyết không nuôi Tâm nên tâm thần không yên mà dẫn đến không ngủ được [48].

#### ***4.1.3 Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp***

Về nghề nghiệp, nhóm nghề lao động trí óc và lao động chân tay gần như tương đồng. Kết quả của nghiên cứu này gần tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Tường Vân (2015) là 52%, tác giả Đoàn Văn Minh (2009) là 46% [37], [43]. Đây là nhóm nghề thường xuyên căng thẳng đầu óc và chịu áp lực công việc nhiều nhất. Theo tác giả Lý Duy Hưng thì rối loạn giấc ngủ ở những bệnh nhân có rối loạn liên quan đến stress chủ yếu là mất ngủ (100%) [49]. Theo lý luận Y học cổ truyền suy nghĩ, làm việc trí óc quá nhiều ảnh hưởng đến Tâm, Tỳ. Sách Linh Khu có viết: “Suy nghĩ về sự tồn tại hay biến đổi gọi là tư. Tư tuy chỉ thuộc Tỳ nhưng có quan hệ với Tâm chủ thần minh”. Suy nghĩ quá mức làm hao tổn Tâm huyết, tổn thương Tỳ khí cũng gây nên chứng mất ngủ [48].

#### ***4.1.4 Phân bố bệnh nhân theo tình trạng hôn nhân***

Về tình trạng hôn nhân, đa phần bệnh nhân là những người có vợ (chồng) với 51/70 người bệnh tham gia vào nghiên cứu tương đương với 72,9%, tình trạng độc thân đều chiếm 17,1% ở cả 2 nhóm, ly hôn là 14,3% ở nhóm NC và 5,7% ở nhóm ĐC, không có bệnh nhân nào thuộc nhóm Góa bụa. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao hơn nghiên cứu của Đoàn Văn Minh (2009) là 73,3 %, nghiên cứu của Lê Thị

Tường Vân (2015) là 73%, nghiên cứu của KF Chung (2018) thì tỉ lệ có gia đình chiếm 72,9% [37], [43], [44]. Có thể là do nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện tại một bệnh viện, còn nghiên cứu của Đoàn Văn Minh (2009) thực hiện tại Hà Nội, nghiên cứu của Lê Thị Tường Vân (2015) thực hiện tại ba bệnh viện nên có sự khác biệt về tình trạng hôn nhân.

Hầu hết bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu là đã có gia đình, kết quả 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. Đây cũng là nhận định của nhiều nghiên cứu: yếu tố gia đình có ảnh hưởng quan trọng tới chất lượng giấc ngủ. Kết quả này cũng phù hợp với số liệu của chúng tôi khi thống kê được tỷ lệ mất ngủ gặp nhiều ở nữ hơn nam và có liên quan tới các vấn đề về tâm lý.

#### ***4.1.5 Phân bố bệnh nhân theo hoàn cảnh gia đình***

Về đặc điểm tình trạng hôn nhân, đa phần bệnh nhân là những người có gia đình với 51/70 người bệnh tham gia vào nghiên cứu tương đương với 72,9%, tình trạng độc thân đều chiếm 17,1% ở cả 2 nhóm, ly hôn là 14,3% ở nhóm NC và 5,7% ở nhóm ĐC, không có bệnh nhân nào thuộc nhóm Góa bụa.

Phần lớn các gia đình Việt Nam hiện nay vẫn giữ truyền thống gia đình lớn (ba, bốn thế hệ), cho nên tỷ lệ sống chung cùng gia đình chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Đoàn Văn Minh tỷ lệ sống chung cùng gia đình cao nhất chiếm tới 80%.

#### ***4.1.6 Phân bố thời gian mắc bệnh của bệnh nhân***

Thời gian mất ngủ trung bình trong nghiên cứu là từ 3 năm trở xuống. Kết quả nghiên cứu cho kết quả tương đương với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Trần Mai Phương Thảo cho thấy số bệnh nhân mất ngủ từ 6 tháng trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 52%, thời gian mất ngủ trung bình là  $20,28 \pm 36,6$  tháng. Nghiên cứu của Phùng Đức Đạt cũng cho thấy đa số các bệnh nhân đều thuộc nhóm mất ngủ diễn biến từ từ, với 86,7% ở nhóm NC và 93,3% nhóm ĐC [40]. Theo nghiên cứu mất ngủ mãn tính do OSA của Nguyễn Thanh Bình, thời gian mất ngủ trung bình là  $4,18 \pm 4,6$  năm, trong đó số bệnh nhân mất ngủ 1-5 năm chiếm 65%. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy thời gian mất ngủ thường trong khoảng 1-3 năm, thời gian

mất ngủ trung bình của bệnh nhân thường kéo dài hàng năm có lẽ vì giai đoạn đầu mất ngủ thường chưa có ảnh hưởng gì nhiều tới sức khỏe. Do đó bệnh nhân thường nghĩ rằng đó chỉ là biểu hiện thông thường của tuổi già nên cố gắng chịu đựng hoặc tự thay đổi thói quen đi ngủ hoặc một số tự ý sử dụng thuốc để điều trị. Chỉ tới khi mất ngủ gây ra mệt mỏi, suy nhược, kém tập trung, suy giảm trí nhớ... thì lúc đó người bệnh mới tìm đến các cơ sở chuyên khoa về mất ngủ. Điều này cho thấy việc quản lý, phát hiện và vấn đề điều trị bệnh nhân mất ngủ là rất phức tạp. Do đó, cần có một chiến lược quản lý tốt hơn đối với những bệnh nhân bị mất ngủ.

#### **4.1.7 Phân bố theo yếu tố thúc đẩy**

Yếu tố công việc là yếu tố thường gặp trong các yếu tố thúc đẩy MNKTT và chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 34,3% ở nhóm NC và 42,9% ở nhóm ĐC, trong nghiên cứu của chúng tôi các loại yếu tố thúc đẩy rất đa dạng chiếm tỷ lệ lần lượt như người thân chết chiếm 8,6%, yếu tố thiệt hại về kinh tế 8,6%, con cái hư hỏng 14,3%, cũng giống với các nghiên cứu trước, stress công việc chiếm tỷ lệ cao nhất. Bởi vì các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở độ tuổi  $\geq 40$  tuổi thuộc nhóm độ tuổi lao động chiếm tới  $> 90\%$  điều này giải thích tại sao các yếu tố về công việc sẽ được xem là yếu tố thúc đẩy lớn nhất gây MNKTT vì độ tuổi này thời gian dành cho công việc nhiều hơn, việc chứng minh năng lực trong công việc, không ngừng hoàn thiện và phát triển kỹ năng, kinh nghiệm trong làm việc được phát huy một cách mạnh nhất, nên những biến đổi liên quan đến công việc sẽ là yếu tố thúc đẩy chủ yếu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng nghiên cứu có thể gặp hai hoặc ba loại stress kết hợp, thông thường yếu tố công việc liên quan đến kinh tế và sự biến đổi trong gia đình. Điều này phù hợp với với cơ chế “Giọt nước cuối cùng”. Tác động của sang chấn tâm lý là đa dạng và có thể một hoặc nhiều sang chấn là phù hợp với nghiên cứu của Võ Văn Bản và nhiều tác giả khác, Lý Duy Hưng. [49]

#### **4.1.8 Phân bố theo tính chất xuất hiện bệnh**

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh khởi bệnh từ từ chiếm đa số với tỉ lệ trên 65% ở cả 2 nhóm, yếu tố này có liên quan đến thời gian mất ngủ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là kéo dài gần 3 năm. Nghiên cứu có kết quả tương

đồng với nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020), với kết quả cho thấy đa số bệnh nhân xuất hiện bệnh từ từ với nhóm NC là 86,7%, nhóm ĐC là 93,3% [40]. Điều này được giải thích bởi vì triệu chứng mất ngủ, rối loạn giấc ngủ ban đầu chưa ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt hàng ngày, mặt khác người ta cảm thấy đây là hiện tượng bình thường do tuổi tác, khi không có các yếu tố bệnh lý khác kèm theo xảy ra hoặc tin rằng có thể tự điều trị bằng uống thuốc theo từng đợt điều trị và tái phát nhiều lần. Cho đến khi mất ngủ kèm theo các rối loạn khác của cơ thể và ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày thì họ mới đến bệnh viện. Vì vậy khi có sự tích tụ các thói quen có hại cho giấc ngủ, hoặc các tác nhân môi trường, kéo dài trong nhiều tuần, nhiều tháng làm xuất hiện các triệu chứng lâm sàng mất ngủ rõ rệt, thì việc điều trị là cần thiết nếu không thì giấc ngủ tiếp tục bị ảnh hưởng xấu, điều này cũng phù hợp với lý luận của YHCT là chữa lúc bệnh chưa nặng thì còn được, nếu kéo dài thì chân âm vô hình bị tổn thương thì lúc đó âm tinh không đưa lên nuôi được Tâm gây mất ngủ và khó chữa hơn.

Khởi phát nhanh và đột ngột chiếm tỷ lệ thấp hơn với trên 25% những đối tượng này thường xảy ra sau một sang chấn quá mạnh, và thường có sự kết hợp từ hai sang chấn trở lên.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Như Dàn về MNKTT cho tỷ lệ xuất hiện từ từ chiếm 83%, xuất hiện đột ngột chiếm 17% [50].

#### **4.1.9 Điểm PSQI trước khi điều trị**

Trong nghiên cứu những biểu hiện về sự biến đổi chất lượng giấc ngủ chúng tôi sử dụng Test PSQI đánh giá 7 yếu tố biểu thị chất lượng của giấc ngủ ở các mức độ rối loạn khác nhau. Tổng điểm PSQI trung bình của cả 2 nhóm lần lượt là: Nhóm NC:  $18,5 \pm 1,62$ ; nhóm ĐC:  $18,6 \pm 1,74$ . Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Tổng điểm PSQI trung bình trước điều trị cũng không khác biệt quá lớn với các nghiên cứu khác khi đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ hay Rối loạn giấc ngủ của Phùng Đức Đạt khi “Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp với thở 4 thì” (2020) là  $14,97 \pm 1,43$  điểm, Nguyễn Vinh Quốc (2021) là  $14,9 \pm 2,22$  điểm [40], [41].

## 4.2 Hiệu quả của phương pháp điều trị

Mất ngủ được định nghĩa là tình trạng khó đi vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ (tỉnh giấc giữa đêm hoặc thức dậy quá sớm mà không quay lại được giấc ngủ) hoặc chất lượng giấc ngủ kém. Với định nghĩa trên ta có thể nhận thấy rằng mất ngủ có biểu hiện rất đa dạng không đơn thuần chỉ là thời lượng giấc ngủ ngắn, mà một giấc ngủ bình thường cần đảm bảo cả ba thành tố: thời gian vào giấc ngủ, thời lượng ngủ đủ dài và chất lượng giấc ngủ tốt tức là ngủ dậy có cảm giác ngon giấc, khỏe khoắn.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ thông qua thang điểm PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) tại ba thời điểm D<sub>0</sub>, D<sub>10</sub>, D<sub>20</sub>. Thang điểm này được phát triển lần đầu tiên năm 1989 tại trường đại học Pittsburgh (Mỹ) và đã được dịch, lượng giá trên nhiều ngôn ngữ trên thế giới trong đó có Việt Nam. 70 Thang điểm PSQI đến nay vẫn được sử dụng rộng rãi với mục đích sàng lọc bệnh nhân mất ngủ và theo dõi đáp ứng điều trị. Tổng điểm PSQI > 5 (điểm) cho biết một người có giấc ngủ kém với độ nhạy 87,7% và độ đặc hiệu 84,4%.

Thang PSQI đánh giá rất toàn diện các khía cạnh của RLGN trong vòng 1 tháng, bao gồm 7 yếu tố: chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của bệnh nhân, giai đoạn thức ngủ (thời gian đi vào giấc ngủ), thời lượng giấc ngủ, hiệu quả của thói quen đi ngủ, các rối loạn trong đêm (rối loạn trong giấc ngủ), sự sử dụng thuốc ngủ và các rối loạn ban ngày.

### 4.2.1 Hiệu quả cải thiện thời lượng giấc ngủ

Thời lượng giấc ngủ tăng dần qua các thời điểm, nhóm NC có sự tăng rõ rệt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Hiệu suất chênh lệch giữa ngày thứ 10 và ngày thứ 20 lần lượt là:  $2,03 \pm 0,73$  (giờ) và  $3,63 \pm 1,01$  (giờ) ở nhóm NC.

Theo thang điểm PSQI, điểm Thời lượng giấc ngủ có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, nhóm NC giảm lần lượt là:  $0,29 \pm 0,46$  (điểm);  $1,83 \pm 0,75$  (điểm), nhóm ĐC là:  $0,11 \pm 0,32$  (điểm);  $0,97 \pm 0,99$  (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở cả 2 thời điểm D<sub>10</sub> và D<sub>20</sub> với  $p_{NC-ĐC} < 0,05$ .



Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt không lớn so với nghiên cứu của Đinh Danh Sáng (2016) sau 20 ngày nhĩ châm thời gian ngủ tăng lên khoảng 4 giờ so với thời điểm trước khi nhĩ châm [51], nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018) sau 20 ngày điều trị thời lượng giấc ngủ tăng khoảng 3 giờ so với thời điểm trước điều trị.

#### **4.2.2 Hiệu quả cải thiện thời gian vào giấc ngủ**

Sau 20 ngày điều trị, thời gian vào giấc ngủ trung bình của 2 nhóm được cải thiện, nhóm NC: giảm  $64,3 \pm 23,8$  (phút), thời gian đi vào giấc ngủ chỉ giảm còn:  $23,0 \pm 13,4$ , nhóm ĐC giảm  $49,6 \pm 20,5$  (phút), thời gian đi vào giấc ngủ giảm:  $36,0 \pm 17,0$  với  $p_{D0-D20} < 0.01$ .

Theo thang điểm PSQI, điểm Thời gian vào giấc ngủ có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, với tổng điểm của nhóm NC lần lượt là:  $2,14 \pm 0,55$  (điểm);  $1,14 \pm 0,60$  (điểm), nhóm ĐC là:  $2,57 \pm 0,50$  (điểm);  $1,83 \pm 0,57$  (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở cả 2 thời điểm  $D_{10}$  và  $D_{20}$  với  $p_{NC-ĐC} < 0,05$ .

Không có sự khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018), sau 20 ngày điều trị hiệu suất giảm thời gian nằm trên giường đến khi vào giấc ngủ của bệnh nhân là  $40,00 \pm 13,59$  (phút). Nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020) cũng cho kết quả: Có sự cải thiện sau 20 ngày điều trị, thời gian vào giấc ngủ trung bình của 2 nhóm đều giảm, nhóm NC là  $29,54 \pm 4,27$  (phút) ít hơn nhóm ĐC là  $33,54 \pm 5,19$  (phút) [40].

Theo sự tổng hợp của 1 số tác dụng của các phương pháp Nhĩ châm cho thấy tác dụng: Cải thiện chất lượng giấc ngủ các điểm nhĩ châm được châm cứu trên cơ thể có thể kích thích hệ thần kinh và cải thiện cường độ và chất lượng giấc ngủ. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng nhĩ châm có thể giúp giảm thời gian cần để ngủ vào ban đêm, tăng thời gian ngủ tổng cộng và cải thiện khả năng thức dậy trong sáng [52].

#### **4.2.3 Hiệu quả cải thiện hiệu quả giấc ngủ**

Theo thang điểm PSQI, điểm Hiệu suất giấc ngủ có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, nhóm NC giảm lần lượt là:  $0,97 \pm 0,79$

(điểm);  $2,40 \pm 1,06$  (điểm), nhóm ĐC là  $0,80 \pm 0,47$  (điểm);  $1,86 \pm 0,60$  (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở cả 2 thời điểm  $D_{10}$  và  $D_{20}$  với  $p_{NC-ĐC} < 0,01$ .

Với tác động của Nhĩ châm kết hợp với XBBH giúp giảm căng thẳng và lo lắng: mất ngủ thường đi đôi với căng thẳng và lo lắng. Nhĩ châm có thể giảm mức độ căng thẳng và lo lắng, giúp cơ thể và tâm trí thư giãn và chuẩn bị cho giấc ngủ. Đồng thời giúp tăng cường cảm giác thư giãn: thông qua việc kích thích sự sản sinh serotonin và endorphin trong cơ thể, những chất dẫn truyền thần kinh có tác dụng làm giảm đau và tạo cảm giác thư giãn. Điều này giúp cải thiện trạng thái tâm lý và tạo điều kiện tốt hơn cho việc buồn ngủ và ngủ, làm gia tăng hiệu quả của giấc ngủ [52].

#### ***4.2.4 Hiệu quả cải thiện chất lượng giấc ngủ***

Theo thang điểm PSQI, điểm Các rối loạn giấc ngủ có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, nhóm NC giảm lần lượt là:  $0,57 \pm 0,50$  (điểm);  $1,31 \pm 0,58$  (điểm), nhóm ĐC là  $0,43 \pm 0,50$  (điểm);  $0,94 \pm 0,68$  (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở thời điểm  $D_{20}$  với  $p_{NC-ĐC} < 0,01$ .

Theo thang điểm PSQI, điểm Sử dụng thuốc ngủ có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, nhóm NC giảm lần lượt là:  $1,03 \pm 0,86$  (điểm);  $2,20 \pm 0,90$  (điểm), nhóm ĐC là  $0,69 \pm 0,53$  (điểm);  $1,43 \pm 0,66$  (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở thời điểm  $D_{20}$  với  $p_{NC-ĐC} < 0,01$ .

Theo thang điểm PSQI, điểm Các rối loạn ban ngày có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 10 ngày và 20 ngày điều trị, nhóm NC giảm lần lượt là:  $1,26 \pm 0,44$  (điểm);  $2,26 \pm 0,44$  (điểm), nhóm ĐC là  $1,00 \pm 0,24$  (điểm);  $1,83 \pm 0,38$  (điểm), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm. Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở 2 thời điểm  $D_{10}$ ,  $D_{20}$  với  $p_{NC-ĐC} < 0,05$ .

#### ***4.2.5 Hiệu quả cải thiện thang điểm PSQI***

Trong nghiên cứu những biểu hiện về sự biến đổi chất lượng giấc ngủ chúng tôi sử dụng Test PSQI đánh giá 7 yếu tố biểu thị chất lượng của giấc ngủ ở các mức độ rối loạn khác nhau. Từ kết quả nghiên cứu trong bảng 3.12 và bảng 3.13 cho

thấy chất lượng giấc ngủ trước và sau điều trị bằng nhĩ châm kết hợp với XBBH khác nhau rõ rệt. Sau 20 ngày điều trị, điểm thời lượng giấc ngủ được cải thiện với điểm trung bình là  $1,14 \pm 0,73$  điểm), nghĩa là chỉ còn rối loạn ở mức độ nhẹ. Sự biến đổi của tổng điểm PSQI trước khi điều trị bằng phương pháp kết hợp nhĩ châm và XBBH là  $18,5 \pm 1,62$  điểm, tức là có rối loạn ở mức độ nặng và sau 20 ngày nhĩ châm tổng PSQI chỉ còn  $4,91 \pm 2,32$  điểm, nghĩa là không còn rối loạn. Sự khác biệt có ý nghĩa với  $P < 0,01$ .

Tỉ lệ bệnh nhân đạt chất lượng giấc ngủ tốt (điểm PSQI  $\leq 5$ ) sau điều trị chiếm tỉ lệ cao với 97,1% bệnh nhân ở nhóm NC và 54,3% ở nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

Một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị mất ngủ không dùng thuốc như phương pháp điện châm điều trị MNKTT của Đoàn Văn Minh (2011) điện nhĩ châm của Đỗ Như Dân (2011), lăn kim (needle-rolling) của Huang (2009), phương pháp bấm huyệt điều trị mất ngủ của Tsay (2004), đã sử dụng bảng đánh giá PSQI này và kết quả điểm của các thành tố và tổng điểm trung bình sau điều trị giảm so với trước điều trị, kèm theo là hiệu quả điều trị rất tốt [53], [50]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự thay đổi giữa các yếu tố, tổng điểm của thang điểm trước và sau 20 ngày điều trị kết hợp nhĩ châm và XBBH là rõ rệt hơn so với việc sử dụng kết hợp điện châm và XBBH trong điều trị MNKTT với  $P < 0,01$ .

Từ thực tế lâm sàng của công trình nghiên cứu, bước đầu cho phép đánh giá sơ bộ rằng điều trị kết hợp nhĩ châm và XBBH có thể được xem là một phương pháp tốt để điều trị những bệnh nhân bị MNKTT thể Tâm thận bất giao.

Như vậy phương pháp không dùng thuốc nói chung và phương pháp nhĩ châm các huyệt Nội quan, Tâm, Thận, Thần môn kết hợp xoa bóp bấm huyệt nói riêng có thể được xem là một phương pháp hữu hiệu để điều trị MNKTT thể Tâm thận bất giao.

#### **4.2.6 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng thứ phát sau mất ngủ**

Sau 20 ngày điều trị, một số triệu chứng thứ phát sau mất ngủ đều có sự cải thiện, không còn bệnh nhân nào xuất hiện các triệu chứng như: Mệt mỏi, giảm chú ý, lo lắng, hay quên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau điều trị với  $p < 0,05$ , nhưng giữa 2 nhóm thì không có sự khác biệt nhiều với  $p_{NC-ĐC} > 0,05$ .

Khi bệnh nhân mất ngủ, bộ não của họ phải làm việc nhiều hơn so với người được ngủ đủ giấc. Vì vậy, các bệnh nhân mất ngủ sẽ khó khăn hơn trong việc giữ tinh táo để tham gia giao thông, hoặc các hoạt động trong gia đình và xã hội. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả, mất ngủ gây nên hậu quả nghiêm trọng trong các rối loạn chức năng ban ngày, rối loạn tâm thần, và tăng nguy cơ gây tai nạn và chấn thương do tai nạn

Thêm nữa trong nghiên cứu của chúng tôi sự giảm tập trung chú ý chiếm 88,3% cũng là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao, tiếp theo đó là sụt cân gặp 43,3% đối tượng, điều này có thể do những đối tượng nghiên cứu của chúng tôi luôn có cảm giác chán ăn, ăn không ngon miệng từ sau khi bị mất ngủ, điều mà họ không gặp trước khi bị mất ngủ. Khi mất ngủ lâu ngày, ở người bệnh xuất hiện triệu chứng hoa mắt, chóng mặt gặp 30%, đây là triệu chứng hậu quả của sự thiếu ngủ gây mất cân bằng vào ban ngày. Kết quả sau 20 ngày nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt, các triệu chứng trên đã có sự cải thiện rõ rệt, không còn bệnh nhân nào xuất hiện các triệu chứng trên.

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

#### ***4.2.7 Hiệu quả cải thiện một số triệu chứng YHCT***

Các triệu chứng YHCT đều có sự cải thiện, nhưng chóng mặt, đau lưng và ít rêu là các chứng trạng có sự cải thiện rõ nhất sau 20 ngày điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Theo thuyết Ngũ hành thì “tâm hỏa” hạ giáng, “thận thủy” thượng thăng, hỏa giáng xuống, thủy thăng lên gọi là “tâm thận tương giao” thì âm dương giao hòa, thần trí an định và đêm ngủ ngon giấc. Nếu do phú bẩm bất túc, hoặc hư lao ốm lâu, hoặc phòng thất quá đáng, tâm hỏa không thể giao với thận thủy ở dưới, tâm hỏa không giáng xuống, thận thủy không thăng lên sẽ biểu hiện lâm sàng chủ yếu là hư

phiền không ngủ, hay mê, ngũ tâm phiền nhiệt, miệng khô tân dịch ít, lại kiêm cả chứng trạng váng đầu, ù tai, hồi hộp, lưỡi đỏ, mạch tế sác [54].

Theo quan niệm chỉnh thể của y học Phương Đông, một tạng hoặc một phủ khi phát sinh bệnh biến sẽ có biểu hiện tương ứng trên đường tuần hành của kinh lạc đi qua nó. Và có thể thông qua những huyết vị trên kinh lạc để điều chỉnh những rối loạn bệnh lý của các tạng phủ bên trong. Can, Thận chủ hạ tiêu, Tâm chủ thượng tiêu. Vì vậy, khi tác động vào các huyết liên quan thì có thể điều tiết toàn bộ quá trình chuyển hoá, thanh lọc và bài tiết ở khu vực này [48].

Giao cảm là chỗ giao nhau của phía trên chân dưới đối vành tai và tai cạnh trong vành tai. Giao cảm có tác dụng điều trị các bệnh rối loạn thần kinh thực vật gây ra đối với nội tạng...

Thần môn là chỗ chia đôi của gờ đối vành tai. Thần môn có tác dụng điều tiết hưng phấn và ức chế các tầng ngoài của đại não, có tác dụng giảm đau, trấn tĩnh an thần...

Tâm ở chính giữa chỗ lõm xoắn tai dưới, có tác dụng trị các bệnh tim đập nhanh, choáng ngất, bệnh tinh thần...

Thận ở trên huyết tiểu trường, có tác dụng điều trị thần kinh suy nhược, đau đầu, bỏ thận...

Sự kết hợp Thần môn, Giao cảm, Tâm, Thận với nhau thì có tác dụng tư âm dưỡng huyết, giao tế được thủy hỏa, quân bình được âm dương.

Trên cơ sở nguyên lý YHCT từ trước đến nay, nhĩ châm được xem là một phương pháp dùng để lập lại cân bằng âm dương, hồi phục dinh, vệ, khí huyết thông qua sự kích thích lên các huyết khác nhau trên tai và sự phối ngũ các huyết để điều trị bệnh [29]. Như đã trình bày ở phần tổng quan, “Ngủ có gốc ở phần âm, mà thần làm chủ, thần yên thì ngủ được, thần không yên thì không ngủ được”. Như vậy, giấc ngủ có liên quan đến âm huyết, liên quan đến các tạng Tâm, Tỳ, Can, Thận. Do vậy, mất ngủ do Tâm Tỳ hư thì dùng phép chữa an thần, bổ ích Tâm Tỳ, mất ngủ do Tâm Thận bất giao thì dùng phép chữa an thần, tư âm để thanh hoá. Nhĩ châm nhóm huyết Thần môn, Giao cảm, Tâm, Thận được sử dụng trong trường hợp này có tác dụng dưỡng tâm âm, bổ huyết, làm cho âm huyết đầy đủ trở lại sẽ tạo sự cân bằng

giữa âm và dương nên hoà không vượng nữa, như vậy âm huyết đầy đủ, thần chí sẽ ổn định vì vậy có tác dụng an thần là hợp lý. Ngoài ra việc kết hợp thêm với tác động của XBBH tác động vào các nhóm huyết an thần, tăng cường lưu thông máu não, cũng sẽ giúp tăng cường hiệu quả cải thiện giấc ngủ, vận hành khí huyết được thông suốt.

#### **4.2.8 Một số tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị**

##### ***Sự thay đổi các chỉ số sinh tồn***

Bảng 3.21 cho thấy trước và sau điều trị ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, các chỉ số mạch, nhiệt độ, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương thay đổi không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

##### ***Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng***

Trong 20 ngày điều trị, tất cả bệnh nhân của nhóm NC đều không xuất hiện bất kỳ một tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng và các tổn thương tại chỗ chứng tỏ phương pháp can thiệp an toàn cao đối với người bệnh.

#### **4.3 Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị**

Trong nghiên cứu của chúng tôi đánh giá một số yếu tố liên quan từ phía người bệnh đến kết quả điều trị. Về hiệu quả điều trị chung chúng tôi chia thành hai nhóm là Hiệu quả điều trị tốt và Hiệu quả điều trị Chưa tốt.

***Yếu tố tuổi:*** Trong kết quả đánh giá yếu tố liên quan, nghiên cứu cho thấy nhóm người bệnh <40 tuổi đều đạt hiệu quả điều trị Tốt, nhóm 40-49 tuổi có 50% hiệu quả điều trị tốt. Còn liên quan đến nghề nghiệp, nhóm người bệnh lao động trí óc có khả năng hiệu quả điều trị tốt hơn nhóm lao động chân tay, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả nghiên cứu cho kết quả tương tự với các nghiên cứu “Tỉ lệ hiện hành của các triệu chứng mất ngủ và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân được điều trị tại các phòng khám ngoại trú của bốn bệnh viện đa khoa tại Quảng Châu, Trung Quốc” thì có mối liên quan giữa RLGN và tuổi ( $p < 0,05$ ) đến tình trạng RLGN của các bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ [34].

***Yếu tố nghề nghiệp:*** chủ yếu mất ngủ không thực tồn gặp ở BN lao động trí óc (51,7%). Lao động trí thức thường phải chịu nhiều căng thẳng từ áp lực công

việc, chế độ sinh hoạt không điều độ, thời gian sử dụng máy tính nhiều, ít hoạt động thể lực... dẫn tới các thay đổi về hormone sinh dục, tâm sinh lý, mất cân bằng trạng thái cơ thể nên dễ xảy ra tình trạng khó ngủ và mất ngủ. Điều này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả [46],[55]. Những bệnh nhân thuộc nhóm lao động trí thức có hiệu quả điều trị Tốt cao hơn rõ rệt ở cả nhóm NC và ĐC. Điều này có thể là do nhận thức về tình trạng bệnh tật của nhóm nghề nghiệp này thường tốt hơn, nên tuân thủ điều trị tốt, qua đó, giúp gia tăng hiệu quả điều trị.

*Với yếu tố tình trạng hôn nhân*, thì nhóm có gia đình (có vợ/chồng) lại cho thấy kết quả điều trị tốt cao hơn. Những bệnh nhân sống cùng gia đình cũng cho thấy hiệu quả điều trị tốt (Với hiệu quả điều trị ở mức Khá trở lên) có tỉ lệ cao hơn hẳn so với các bệnh nhân thuộc nhóm có hoàn cảnh gia đình khác (như sống cùng con cháu, sống cô đơn). Hầu hết đã có gia đình, kết quả 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. Đây cũng là nhận định của nhiều nghiên cứu: yếu tố gia đình có ảnh hưởng quan trọng tới chất lượng giấc ngủ cũng như kết quả điều trị [46], [55].

*Với yếu tố về thời gian mắc bệnh*: thời gian mắc bệnh  $\leq 1$  năm cho thấy hiệu quả điều trị tốt hơn so với các bệnh nhân có khoảng thời gian mắc bệnh lâu hơn. rối loạn giấc ngủ không thực tồn là diễn ra từ từ và mang tính chất mạn tính. Có thể do khi mới mắc bệnh mất ngủ, người bệnh còn chưa bị ảnh hưởng nhiều tới cuộc sống và sinh hoạt nên thường chủ quan, không điều trị hoặc tự mua thuốc điều trị. Chỉ tới khi tình trạng mất ngủ kéo dài, tái phát nhiều lần gây ảnh hưởng tới chất lượng công việc và cuộc sống thì mới tìm tới các cơ sở y tế để được chăm sóc. Điều này sẽ gây khó khăn và làm tăng gánh nặng cho cán bộ y tế khi thực hiện công tác điều trị [46], [55]. Do vậy theo chúng tôi, việc tăng cường giáo dục cộng đồng đối với bệnh lý này là hết sức cần thiết và có ý nghĩa.

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tác dụng của phương pháp điều trị kết hợp nhĩ châm và XBBH trong điều trị bệnh lý MNKTT trên 35 bệnh nhân điều trị nội trú, ngoại trú tại khoa YHCT, bệnh viện 30/4, kết quả nghiên cứu cho thấy:

### ***1. Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt điều trị mất ngủ không thực tổn và theo dõi một số tác dụng không mong muốn.***

- Thời lượng giấc ngủ tăng dần qua các thời điểm, nhóm NC có sự tăng rõ rệt hơn nhóm ĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Hiệu suất chênh lệch giữa ngày thứ 10 và ngày thứ 20 lần lượt là:  $2,03 \pm 0,73$  (giờ) và  $3,63 \pm 1,01$  (giờ) ở nhóm NC, nhóm ĐC tăng  $1,43 \pm 0,42$  (giờ) tại thời điểm D<sub>10</sub>; tại D<sub>20</sub>:  $2,57 \pm 0,62$  (giờ). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả 2 thời điểm.

- Thời gian đi vào giấc ngủ có sự cải thiện rõ rệt sau điều trị, trong đó nhóm NC cho thấy thời gian đi vào giấc ngủ giảm nhiều hơn tại cả thời điểm sau 10 ngày và 20 ngày điều trị so với nhóm ĐC. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Nhóm NC: giảm  $64,3 \pm 23,8$  (phút), nhóm ĐC giảm  $49,6 \pm 20,5$  (phút) với  $p_{D0-D20} < 0,01$

- Hiệu suất cải thiện giấc ngủ sau điều trị: Sau 20 ngày điều trị, hiệu suất cải thiện lần lượt là: nhóm NC: tăng  $35,8 \pm 13,4$  (%); nhóm ĐC: tăng  $29,0 \pm 7,36$  (%), có sự khác biệt giữa trước và sau điều trị với  $p_{D0-D20} < 0,01$ , và giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p_{NC-ĐC} < 0,05$ .

- Tổng điểm PSQI tại các thời điểm sau 10 ngày, 20 ngày điều trị đều giảm rõ rệt, nhóm NC:  $4,91 \pm 2,32$  (điểm), giảm  $13,6 \pm 2,20$  (điểm) so với trước điều trị, nhóm ĐC là  $9,11 \pm 2,26$  (điểm); giảm  $9,49 \pm 2,01$  (điểm) so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau điều trị với  $p < 0,01$  với cả 2 nhóm.

- Sau 20 ngày điều trị, tỉ lệ bệnh nhân ở nhóm NC đạt Hiệu quả điều trị Tốt là 97,1%, nhóm ĐC chỉ chiếm 54,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Các triệu chứng YHCT có sự cải thiện sau 20 ngày điều trị, trong đó: chóng mặt, đau lưng là có sự cải thiện rõ nhất sau 20 ngày điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



- Phương pháp điều trị kết hợp Nhĩ châm và XBBH điều trị MNKTT hiện tại chưa thấy có tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng và một số chỉ số sinh tồn.

***2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.***

Kết quả nghiên cứu cho thấy một số yếu tố như: độ tuổi, nghề nghiệp, hoàn cảnh gia đình, tình trạng hôn nhân, thời gian mắc bệnh có liên quan đến kết quả điều trị MNKTT của phương pháp nhĩ châm kết hợp XBBH.

## **KHUYẾN NGHỊ**

Từ kết quả của công trình nghiên cứu chúng tôi đề xuất một số ý kiến sau:

1. Có thể áp dụng rộng rãi hơn phương pháp điều trị nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị bệnh lý MNKTT.
2. Cần mở rộng nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn, thời gian nghiên cứu dài hơn để có thể đánh giá một cách hoàn chỉnh về phương pháp điều trị nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị bệnh lý MNKTT, các yếu tố liên quan cũng như theo dõi các tác dụng không muốn của phương pháp điều trị trên các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Đanial, Lê Đức Hình, Nguyễn Thi Hùng. *Thần kinh học lâm sàng*. Nhà xuất bản y học. 2004, tr.698-702.
2. Vũ Anh Nhị, Đặng Văn Phước. *Thần kinh học và nội khoa tổng quát*. Nhà xuất bản y học. 2006, tr.253-271.
3. Miller EH. *Women and insomnia*. Clinical Cornerstone. 2004;6(1, Supplement B):S6-S18.
4. Rasch B, Born J. *About sleep's role in memory*. Physiological reviews. 2013;93(2):681-766.
5. Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Hà Nội. *Nội khoa Y học cổ truyền*. Nhà xuất bản Y học. 2006, tr.402-408.
6. Viện nghiên cứu Trung Y. *Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông Y*. Nhà xuất bản Mũi Cà Mau. 2003, tr.298-306.
7. Lan Y, Wu X, Tan HJ, Wu N, Xing JJ, Wu FS, et al. Auricular acupuncture with seed or pellet attachments for primary insomnia: a systematic review and meta-analysis. *BMC complementary and alternative medicine*. 2015;15:103.
8. Jiao Y, Han Y, Li X, Fang YG, Liu ZH, Zhou WN, et al. Comparison of Body, Auricular, and Abdominal Acupuncture Treatments for Insomnia Differentiated as Internal Harassment of Phlegm-Heat Syndrome: An Orthogonal Design. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*. 2015;2015:578972.
9. Hou PW, Hsu HC, Lin YW, Tang NY, Cheng CY, Hsieh CL. The History, Mechanism, and Clinical Application of Auricular Therapy in Traditional Chinese Medicine. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*. 2015;2015:495684.
10. Bình TH. *Giáo trình Tâm thần dành cho bác sĩ đa khoa - Rối loạn giấc ngủ không thực tổn*. Đại học y Hà Nội. 2006.

11. Seow LSE, Verma SK, Mok YM, Kumar S, Chang S, Satghare P, et al. Evaluating DSM-5 Insomnia Disorder and the Treatment of Sleep Problems in a Psychiatric Population. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*. 2018;14(2):237-44.
12. Bộ y tế. Tra cứu danh mục ICD-10.  
<http://icd.kcb.vn/?parent=V&chuong=V&nhom=F50-F59&node=F50-F59>.
13. Guo J, Wang LP, Liu CZ, Zhang J, Wang GL, Yi JH, et al. Efficacy of acupuncture for primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*. 2013; 2013:163850.
14. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia: Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep medicine clinics*. 2022;17(2):173-91.
15. Hohagen F, Rink K, Käßler C, Schramm E, Riemann D, Weyerer S, et al. Prevalence and treatment of insomnia in general practice. *A longitudinal study. European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 1993;242(6):329-36.
16. Musa NA, Moy FM, Wong LP. Prevalence and factors associated with poor sleep quality among secondary school teachers in a developing country. *Industrial health*. 2018;56(5):407-18.
17. Nowakowski S, Meers J, Heimbach E. Sleep and Women's Health. *Sleep medicine research*. 2013;4(1):1-22.
18. Yang JL, Zhang R, Du L, Yang YS, Liu XC. Clinical observation on the neurotransmitters regulation in patients of insomnia differentiated as yang deficiency pattern treated with warm acupuncture and auricular point sticking therapy. *Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion*. 2014;34(12):1165-8.
19. Bộ y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp*. 2020.

20. Daniel and collaborators. *The Pittsburg Sleep Quality Index*. A new instrument for Psychiatric Practice and Research. 28(2). p.33-35. Psychiatry Research 1989.
21. Muzur A, Pace-Schott EF, Hobson JA. The prefrontal cortex in sleep. *Trends in cognitive sciences*. 2002;6(11):475-81.
22. Mollayeva T, Thurairajah P, Burton K, Mollayeva S, Shapiro CM, Colantonio A. The Pittsburgh sleep quality index as a screening tool for sleep dysfunction in clinical and non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2016;25:52-73.
23. Phạm Vũ Khánh. *Lão khoa y học cổ truyền*. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam. 2009, tr.188-203.
24. Võ Trọng Tuân. *Giáo trình giảng dạy xoa bóp bấm huyệt*. Nhà xuất bản y học.2021, tr.33-35.
25. Nguyễn Tài Thu. *Tân châm*. Nhà xuất bản Y học; 1995. tr.84-132.
26. Trần Thúy, Trần Quang Đạt. *Nhĩ châm và các phương pháp khác*. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.1984.
27. Hoàng Quý (Biên soạn). *Điều trị châm loa tai. Châm cứu học Trung Quốc*: Nhà xuất bản Văn hóa - Thông tin; 2013. tr: 259-269.
28. Nguyễn Nhược Kim, Trần Quang Đạt. *Châm loa tai. Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc khác*. Nhà xuất bản Y học; 2013. tr: 228-252.
29. Nguyễn Tài Thu. *Nhĩ châm - Tân châm*. Nhà xuất bản Thế giới; 2015. tr. 237-48
30. Wirz-Ridolfi A. The History of Ear Acupuncture and Ear Cartography: Why Precise Mapping of Auricular Points Is Important. *Medical acupuncture*. 2019;31(3):145-56.
31. Wang J, Wang J, Wang L, Zhang Y. Senile insomnia treated with integrated acupuncture and medication therapy: a randomized controlled trial. *Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion*. 2015;35(6):544-8.

32. Bộ y tế. *Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu*. 2013.
33. Huo ZJ, Guo J, Li D. Effects of acupuncture with meridian acupoints and three Anmian acupoints on insomnia and related depression and anxiety state. *Chinese journal of integrative medicine*. 2013;19(3):187-91.
34. Zhou L, Chu X, Tao S, He T, Duan X, Song Y, et al. Clinical study of the combination of acupoint catgut-embedding therapy and auricular point pressure in the treatment of insomnia of spleen and stomach disharmony pattern. *Zhongguo zhen jiu = Chinese acupuncture & moxibustion*. 2017;37(9):947-50.
35. Wu Y, Yang L, Li L, Wu X, Zhong Z, He Z, et al. *Auricular acupressure for insomnia in hemodialysis patients: study protocol for a randomized controlled trial*. *Trials*. 2018;19(1):171.
36. Lê Thế Khoát. Đánh giá tác dụng của điện châm và cứu kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tồn. *Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II*, Đại học Y Dược Thái bình. 2014.
37. Lê Thị Tường Vân. Đánh giá tác dụng điện châm huyệt Nội Quan, Thần Môn, Tam âm giao, An miên 1 và An miên 2 trong điều trị mất ngủ không thực tồn. *Luận văn Thạc sỹ*. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2015.
38. Vũ Ngọc Vương, Hoàng Văn Lý. Hiệu quả của nhĩ châm trên bệnh nhân mất ngủ mạn tính. *Tạp chí y học thực hành*. 2016;1019(8):38-41.
39. Ngô Quốc Vinh. Đánh giá hiệu quả điều trị mất ngủ bằng phương pháp nhĩ châm các huyệt thần môn, vùng dưới đồi, tâm, tỳ, thận kết hợp với thể châm các huyệt thần môn, tam âm giao, nội quan trên bệnh nhân mất ngủ không thực tồn. *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú*. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2019.
40. Phùng Đức Đạt. Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp phương pháp thờ 4 thì của bác sỹ Nguyễn Văn Hương trong điều trị mất ngủ không thực tồn. *Luận văn Thạc sỹ*. Đại học y Hà Nội. 2020.

41. Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc. Đánh giá hiệu quả điều trị mất ngủ không thực tồn thể tâm tỳ hư bằng cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2021;607(1):29-34.
42. Lê Thị Hương, Nguyễn Thị Thu Hà. Đánh giá hiệu quả điều trị mất ngủ không thực tồn thể tâm tỳ hư bằng phương pháp phúc châm kết hợp bài “Quy tỳ thang”. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2023;523(2):297-300.
43. Đoàn Văn Minh. Đánh giá tác dụng điện châm huyết Nội quan, Thần môn, Tam âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tồn. *Luận văn Thạc Sĩ y học*, Đại học Y Hà Nội.2009.
44. Chung KF, Yeung WF, Yu BY, Leung FC, Zhang SP, Zhang ZJ, et al. Acupuncture with or without combined auricular acupuncture for insomnia: a randomised, waitlist-controlled trial. *Acupuncture in medicine : journal of the British Medical Acupuncture Society*. 2018;36(1):2-13.
45. Dương Thị Phương Thảo. Đánh Giá Tác Dụng Của Nhĩ Châm Kết Hợp Thể Châm Trong Điều Trị Bệnh Nhân Rối Loạn Giấc Ngủ Theo Thang Điểm Pittsburgh. *Luận Văn Thạc Sĩ Y Học*, Đại Học Y Hà Nội. 2018
46. Nguyễn Văn Tâm. Nghiên cứu độc tính,tác dụng an thần trên thực nghiệm và điều trị mất ngủ không thực tồn trên lâm sàng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần. *Luận Văn Tiến Sĩ Y Học*, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.2019
47. Nguyễn Ngọc Đăng. Đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ không thực tồn 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. 2020.
48. Hoàng Bảo Châu. Nội khoa Y học cổ truyền-Thất miên. Nhà xuất bản y học. 1992.
49. Lý Duy Hưng. 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. 2008.

50. Đỗ Như Dần. Đánh Giá Tác Dụng Của Điện Nhĩ Châm Trong Điều Trị Mất Ngủ Do Tâm Tỳ Khuy Tồn, *Luận Văn Thạc Sĩ Y Học*, Học Viện Y- Dược Học Cổ Truyền Việt Nam. 2011
51. Đinh Danh Sáng. Đánh Giá Tác Dụng Cải Thiện Giấc Ngủ Của Nhĩ 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. 2016.
52. Hồ Thị Hiền, Nguyễn Trung Nghĩa. Sự cải tiến và phong phú của nhĩ châm trong điều trị mất ngủ. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*. 2024:60-66.
53. Đoàn Văn Minh. Đánh giá tác dụng điện châm trong điều trị mất ngủ không thực tồn. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Đại Học Y Hà Nội. 2011
54. Trần Thị Liên. Nghiên cứu tác dụng của điện nhĩ châm điều trị mất ngủ thể tâm thận bất giao. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam. 2015
55. Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc. Bước đầu đánh giá tình trạng mất ngủ không thực tồn và các yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021:37-41.
56. Đỗ Thị Huyền, Trần Đức Hữu. Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp viên “ích khí an thần-HVY” trong điều trị mất ngủ thể tâm tỳ hư. *Luận văn Thạc sĩ Y học*, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam 2022.



**PHỤ LỤC**  
**PHỤ LỤC 1**  
**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP NHĨ CHÂM KẾT HỢP XOA**  
**BÓP BẨM HUYỆT ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỒN**

STT \_\_\_\_\_ Mã số bệnh án \_\_\_\_\_ Nhóm:  NC  ĐC

**I. HÀNH CHÍNH**

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

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Nghề nghiệp: \_\_\_\_\_

Dân tộc \_\_\_\_\_

Trình độ văn hoá \_\_\_\_\_

Ngày vào viện, ra viện \_\_\_\_\_

Tình trạng hôn nhân:

+ Độc thân:

+ Có chồng (vợ):

+ Goá bụa:

+ Ly hôn:

**II. LÝ DO KHÁM BỆNH:** \_\_\_\_\_

**III. BỆNH SỬ:**

**1. Hoàn cảnh gia đình:**

+ Sống cùng gia đình:

+ Sống cùng con cháu:

+ Sống cô đơn:

**2. Thời gian xuất hiện:**

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

**3. Tính chất xuất hiện:**

- + Đột ngột:
- + Từ từ:

#### **4. Yếu tố thuận lợi:**

\* Stress:

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

\* Không có yếu tố thúc đẩy:

\* Các yếu tố khác:

#### **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

13. Có được điều trị không: \* Có:  \* Không:

### IV. TIỀN SỬ:

1. Bản thân: \_\_\_\_\_

2. Gia đình: \_\_\_\_\_

### V. THĂM KHÁM TÂY Y

#### A. KHÁM TÂM THẦN

1. Biểu hiện chung: \_\_\_\_\_

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

STT	Yếu tố	Thời điểm		
		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			
<b>Tổng điểm PSQI</b>				

**B. NỘI KHOA:**

- Thể trạng: \_\_\_\_\_

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

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

- Phổi: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII. KHÁM ĐÔNG Y:**

**A. VỌNG CHÂN:**

- Thần sắc: \_\_\_\_\_

- Hình thái: \_\_\_\_\_

- Rêu lưỡi: \_\_\_\_\_

- Chất lưỡi: \_\_\_\_\_

- Da, môi, móng chân tay: \_\_\_\_\_

**B. VẤN CHÂN:**

- Thanh âm: \_\_\_\_\_

- Hơi thở, nhịp thở: \_\_\_\_\_

**C. VẤN CHÂN:**

\_\_\_\_\_

**D. THIẾT CHÂN:**

- Phúc chân: \_\_\_\_\_

- Tứ chi: \_\_\_\_\_

**E. ĐÔNG Y NHẬN XÉT:**

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

---

---

b. Chẩn đoán theo đông y:

- Bát cương: \_\_\_\_\_

- Tạng phủ: \_\_\_\_\_

- Bệnh danh: \_\_\_\_\_

c. Biện chứng luận trị: \_\_\_\_\_

---

d. Kế hoạch điều trị:

- Phác đồ: \_\_\_\_\_

Nhĩ châm (Nhóm huyết: Thần môn - Tâm - Thận) kết hợp XBBH

Điện châm kết hợp XBBH:

*Ngày tháng năm*

**Người làm bệnh án**

**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.

**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 chớp 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 - 2 lần/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 ngứa to	0	1	2	3
f. Cảm thấy rất lạnh	0	1	2	3
g. Cảm thấy rất nóng	0	1	2	3
h. Có ác mộng	0	1	2	3
i. Thấy đau	0	1	2	3
j. Các lý do khác	0	1	2	3

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

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

- Các lý do khác:

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

Tổng điểm

Điểm của thành tố 4

- 0 0 điểm
- 1 - 9 1 điểm
- 10 - 18 2 điểm
- 19 - 27 3 điểm

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

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

(Theo đơn: ; Tự mua về )

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

***Cách cho điểm:***

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  $\leq 5$  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).

### **PHỤ LỤC 3**

#### **LỜI KHUYÊN DÀNH CHO BỆNH NHÂN MẤT 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.

## PHỤ LỤC 4

### PHIẾU TÌNH NGUYỆN CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: *Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tổn*

Người thực hiện: Nguyễn Quang Huy – Bác sĩ Y học cổ truyền

Email: nguyenguanghuy22061991@gmail.com

ĐT: 0332277316

Tên tôi là:..... Tuổi:..... Giới:.....

Địa chỉ:.....

Là bệnh nhân đang điều trị tại khoa YHCT, Bệnh viện 30/4, Bộ Công an.

Ngày vào viện:.....

Tôi đã được nghe giải thích về nghiên cứu và các thủ tục đăng ký tham gia vào nghiên cứu. Tôi biết rằng:

Quyền lợi của người tham gia vào nghiên cứu:

1. Được cung cấp đầy đủ về nội dung của nghiên cứu, lợi ích, nghĩa vụ của người tham gia, có thể xảy ra một số tác dụng tại chỗ hoặc những tác dụng không mong muốn trong quá trình nghiên cứu như: vụng châm, đau tại nơi châm, chảy máu sau rút kim.

2. Việc tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện, không bị ép buộc và có quyền tự rút khỏi nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào.

3. Được bảo vệ chăm sóc trong suốt quá trình nghiên cứu.

4. Các thông tin của người tham gia nghiên cứu được bảo mật, số liệu và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học.

Sau khi nghe giải thích các yếu tố nguy cơ có thể xảy ra, tôi đồng ý tham gia nghiên cứu: “*Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tổn*” và cam kết sẽ tuân thủ các quy trình nghiên cứu. Việc tham gia nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện.

TP Hồ Chí Minh, ngày.....tháng.....năm.....

Chữ ký người tình nguyện

(Ký và ghi rõ họ tên)