

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN HỒNG DƯƠNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA CÂY CHỈ  
KẾT HỢP TẬP DẠNG SINH ĐIỀU TRỊ  
MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỒN THỂ TÂM TỶ H**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN HỒNG DƯƠNG

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA CÂY CHỈ  
KẾT HỢP TẬP DẠNG SINH ĐIỀU TRỊ  
MẮT NGỦ KHÔNG THỰC TỔN THỂ TÂM TỖ H**

Chuyên ngành Y học cổ truyền

Mã số: 872 0115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

TS. NGUYỄN ĐỨC MINH

HÀ NỘI – 2020

## LỜI CẢM ƠN

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

*Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới TS. Nguyễn Đức Minh, Phó Giám đốc Bệnh viện Châm cứu Trung ương, người thầy hướng dẫn trực tiếp luôn theo sát, thường xuyên giúp đỡ, cho tôi nhiều ý kiến quý báu, sát thực trong quá trình học tập, nghiên cứu để hoàn thành luận văn này.*

*Tôi xin trân trọng cảm ơn Đảng ủy, Ban Giám đốc, Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Bệnh viện Châm cứu Trung ương đã quan tâm, tạo điều kiện tốt nhất cho tôi trong việc thu thập, hoàn thiện số liệu và nghiên cứu để hoàn thành đề tài.*

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

*Tôi vô cùng biết ơn gia đình, bạn bè, anh chị em đồng nghiệp và tập thể học viên lớp cao học 10 khóa 2017 – 2019 chuyên ngành Y học cổ truyền đã động viên, giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn.*

*Xin trân trọng cảm ơn!*

**Học viên**

**Nguyễn Hồng Dương**

## LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Hồng Dương, Học viên Cao học khóa 10 chuyên ngành Y học cổ truyền Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, xin cam đoan:

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

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

*Hà Nội, ngày tháng năm 2020*

Người viết cam đoan

Nguyễn Hồng Dương

## CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ALT	Chỉ số enzyme gan (Alanine aminotransferase)
AST	Chỉ số enzyme gan (Aspartate aminotransferase)
BDI	Bảng thống kê những dấu hiệu trầm cảm (Beck Depression Inventory)
CS	Cộng sự
NNC	Nhóm nghiên cứu
NĐC	Nhóm đối chứng
NREM	Pha chậm (Non Rapid Eye Movement)
MNMT	Mất ngủ mãn tính
PSQI	Chỉ số về chất lượng giấc ngủ (The Pittsburgh Sleep Quality Index)
REM	Rapid Eye Movement
TPHCM	Thành phố Hồ Chí Minh
T <sub>0</sub>	Trước điều trị
T <sub>1</sub>	Sau điều trị 15 ngày
T <sub>2</sub>	Sau điều trị 30 ngày
YHHD	Y học hiện đại
YHCT	Y học cổ truyền

## MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ.....</b>	<b>1</b>
<b>Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU .....</b>	<b>3</b>
1.1. Tình hình nghiên cứu bệnh mất ngủ trên Thế giới và ở Việt Nam.....	3
1.1.1. Trên thế giới.....	3
1.1.2. Tại Việt Nam .....	3
1.2. Tổng quan mất ngủ theo Y học hiện đại .....	4
1.2.1. Các giai đoạn bình thường của giấc ngủ .....	4
1.2.2. Cơ chế điều hòa giấc ngủ.....	6
1.2.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh mất ngủ.....	7
1.2.4. Lâm sàng.....	9
1.2.5. Phân loại .....	11
1.2.6. Chẩn đoán .....	12
1.2.7. Các phương pháp đánh giá rối loạn giấc ngủ trên lâm sàng và cận lâm sàng .....	13
1.2.8. Điều trị .....	15
1.3. Tổng quan mất ngủ theo Y học cổ truyền .....	17
1.3.1. Bệnh danh .....	17
1.3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.....	17
1.3.3. Điều trị mất ngủ theo y học cổ truyền .....	20
1.4. Phương pháp dưỡng sinh.....	26
1.4.1. Định nghĩa .....	26
1.4.2. Lịch sử của dưỡng sinh.....	26
1.4.3. Cơ sở của phương pháp khí công dưỡng sinh .....	27
1.4.4. Tác dụng của dưỡng sinh.....	29
1.4.5. Ứng dụng trên lâm sàng.....	30
1.4.6. Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng .....	31

<b>Chương 2 CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>32</b>
2.1. Chất liệu nghiên cứu.....	32
2.1.1. Phác đồ huyết cây chỉ .....	32
2.1.2. Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng .....	32
2.1.3. Thuốc Rotunda.....	34
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	34
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân .....	34
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu .....	35
2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	35
2.4. Phương pháp nghiên cứu .....	35
2.4.1. Thiết kế nghiên cứu .....	35
2.4.2. Các chỉ tiêu theo dõi .....	35
2.4.3. Công cụ và kỹ thuật.....	36
2.4.4. Các bước tiến hành .....	37
2.4.5. Phương pháp đánh giá kết quả.....	38
2.5. Phương pháp xử lý số liệu.....	39
2.6. Đạo đức trong nghiên cứu .....	39
2.7. Quy trình nghiên cứu.....	40
<b>Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>41</b>
3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu .....	41
3.1.1. Đặc điểm tuổi và giới tính .....	41
3.1.2. Đặc điểm về nghề nghiệp, hoàn cảnh gia đình.....	43
3.1.3. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh .....	44
3.1.4. Đặc điểm về tiền sử sang chấn tâm lý .....	45
3.2. Tác dụng của cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng điều trị mất ngủ thể Tâm tỳ hư trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ....	46

3.2.1. Đánh giá thời lượng giấc ngủ .....	46
3.2.2. Hiệu quả trên thời lượng đi vào giấc ngủ .....	47
3.2.3. Hiệu quả giấc ngủ theo từng giai đoạn.....	48
3.2.4. Hiệu quả chất lượng giấc ngủ (theo đánh giá chủ quan).....	49
3.2.5. Hiệu quả làm giảm biểu hiện thức giấc sớm .....	50
3.2.6. Hiệu quả làm giảm các triệu chứng mất ngủ gây nên sự mệt mỏi cản trở hoạt động xã hội và nghề nghiệp.....	51
3.2.7. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng .....	53
3.2.8. Đánh giá sự cải thiện giấc ngủ theo thang điểm PSQI.....	54
3.3. Sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng.....	56
3.4. Tác dụng không mong muốn của phương pháp.....	58
3.4.1. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị.....	58
3.4.2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ.....	58
3.4.3. Tác dụng không mong muốn của Rotunda.....	59
<b>Chương 4 BÀN LUẬN .....</b>	<b>60</b>
4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu .....	60
4.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	60
4.1.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính .....	61
4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp và hoàn cảnh gia đình.....	62
4.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh .....	62
4.1.5. Đặc điểm tiền sử sang chấn tâm lý .....	63
4.2. Bàn luận về tác dụng của cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng điều trị mất ngủ thể Tâm tỳ hư trên một số chỉ số lâm sàng.....	64
4.2.1. Tác dụng của phương pháp lên thời lượng giấc ngủ .....	64
4.2.2. Tác dụng của phương pháp lên thời lượng đi vào giấc ngủ .....	65
4.2.3. Hiệu quả giấc ngủ theo từng giai đoạn.....	66
4.2.4. Hiệu quả chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan.....	66



4.2.5. Tác dụng thay đổi tình trạng thức giấc sớm, các rối loạn trong ngày và tình trạng buổi sáng.....	67
4.2.6. Tác dụng cải thiện các triệu chứng lâm sàng .....	69
4.2.7. Tác dụng lên cân nặng .....	71
4.2.8. Tác dụng cải thiện giấc ngủ theo thang điểm PSQI .....	71
4.3. Tác dụng của phương pháp lên sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng...	73
4.4. Bàn luận về tác dụng không mong muốn của phương pháp .....	73
4.4.1. Tác dụng lên sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn .....	73
4.4.2. Tác dụng không mong muốn của cây chỉ.....	73
4.4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.....	74
4.4.4. Tác dụng không mong muốn của thuốc Rotunda.....	74
<b>KẾT LUẬN.....</b>	<b>75</b>
<b>KIẾN NGHỊ.....</b>	<b>77</b>
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>Phụ lục</b>	

## DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Bảng đánh giá hiệu quả giấc ngủ.....	38
Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu .....	41
Bảng 3.2. Đặc điểm hôn nhân và hoàn cảnh gia đình.....	44
Bảng 3.3. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh .....	44
Bảng 3.4. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ qua các giai đoạn điều trị.....	46
Bảng 3.5. Thời gian vào giấc ngủ theo giai đoạn điều trị.....	47
Bảng 3.6. Sự thay đổi hiệu quả giấc ngủ theo giai đoạn điều trị .....	48
Bảng 3.7. Chất lượng giấc ngủ trước và sau khi điều trị .....	49
Bảng 3.8. Sự thay đổi tình trạng thức giấc sớm trước và sau điều trị.....	50
Bảng 3.9. Sự thay đổi các rối loạn trong ngày trước và sau điều trị.....	51
Bảng 3.10. Cải thiện tình trạng buổi sáng trước và sau điều trị .....	52
Bảng 3.11. Cải thiện các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị .....	53
Bảng 3.12. Thay đổi tình trạng cân nặng .....	54
Bảng 3.13. Biến đổi điểm trong thang PSQI trước và sau điều trị .....	54
Bảng 3.14. Sự biến đổi điểm trung bình PSQI trước và sau.....	55
Bảng 3.17. Sự thay đổi công thức máu trước và sau điều trị.....	56
Bảng 3.18. Sự thay đổi sinh hóa máu trước và sau điều trị .....	57
Bảng 3.20. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị .....	58
Bảng 3.21. Các tác dụng không mong muốn của cây chi.....	58
Bảng 3.22. Tác dụng không mong muốn của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.....	59
Bảng 3.23. Các tác dụng không mong muốn của Rotunda.....	59

## **DANH MỤC BIỂU ĐỒ**

Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới .....	42
Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp .....	43
Biểu đồ 3.3. Đặc điểm tiền sử sang chấn tâm lý .....	45

## **DANH MỤC SƠ ĐỒ**

Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu .....	40
---------------------------------------	----

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Giấc ngủ là một phần tất yếu quan trọng của cuộc sống. Đây là hoạt động sinh lý bình thường nhằm đảm bảo sự sống của cơ thể và phục hồi lại sức khỏe sau một ngày thức để làm việc. Một giấc ngủ có chất lượng tốt là một giấc ngủ sau khi tỉnh dậy con người cảm thấy khoan khoái, khỏe khoắn, tràn đầy năng lượng. Những nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng thời gian và chất lượng của giấc ngủ có quan hệ sâu sắc đến sự phát triển trí tuệ cũng như sức khỏe của con người.

Mất ngủ là trạng thái không thoải mái về số lượng và chất lượng của giấc ngủ, rối loạn này tồn tại trong một thời gian dài, làm ảnh hưởng tới sức khỏe và khả năng làm việc của người bệnh [4].

Ngày nay cùng với sự phát triển mạnh mẽ của xã hội, con người phải gánh chịu nhiều áp lực với cường độ cao, kéo theo đó là tình trạng mất ngủ ngày càng trở nên phổ biến ở mọi quốc gia, mọi lứa tuổi và giới tính. Theo WHO nghiên cứu ở 15 khu vực khác nhau trên thế giới ước tính khoảng 26,8% người bị mất ngủ được khám và điều trị tại các trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu [49]. Năm 1990, viện Gallup Mỹ công bố số liệu nghiên cứu ở 8 nước cho thấy tỷ lệ mất ngủ khá cao, riêng ở Mỹ có 10-20% người mất ngủ đáng kể, trong đó đa số các trường hợp không được quan tâm đúng mức và điều trị thích hợp [28]. Ở Việt Nam, rối loạn giấc ngủ chiếm tỷ lệ cao (50-80%), thường gặp rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu và các bệnh lý tâm sinh [21].

Việc mất ngủ kéo dài sẽ khiến cơ thể bị rối loạn. Nếu không được điều trị sẽ dẫn đến giảm trí nhớ, khó tập trung chú ý, giảm sút khả năng lao động và hậu quả tất yếu là làm giảm chất lượng sống, nguy cơ phát sinh một số bệnh hoặc làm nặng thêm bệnh đang mắc [21],[25],[58].

Theo học cổ truyền (YHCT), mất ngủ thuộc phạm trù chứng “Thất miên”, nguyên nhân gây ra mất ngủ khá phức tạp. Cảnh Nhạc nói: “Ngủ là gốc ở phần âm mà thần làm chủ, thần yên thì ngủ được”. Chứng Thất miên được tóm tắt thành năm thể chính: Tâm và Tỳ hư, Tâm Thận bất giao (còn gọi là Âm hư hỏa vượng), Khí của Tâm và Đờm hạ, Vị không điều hòa và bị suy nhược sau khi ốm. Bệnh được điều trị bằng rất nhiều phương pháp bao gồm: dùng thuốc, dưỡng sinh, thể dục liệu pháp, bấm huyệt, châm cứu, nhĩ châm,...

Cùng với sự phát triển của YHHĐ, YHCT đã và đang khẳng định được vai trò mình trong công tác chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng. Việc kết hợp YHHĐ với YHCT dần trở thành xu hướng tất yếu và hiệu quả trong việc hỗ trợ và điều trị.

Cây chỉ là một phát triển mới của phương pháp châm cứu, kết hợp cả YHHĐ và YHCT, đã áp dụng trên rất nhiều bệnh lý khác nhau và mang lại hiệu quả tốt, đặc biệt là các bệnh mạn tính. Phương pháp này có tác dụng điều trị cải thiện tình trạng mất ngủ của bệnh nhân trên cơ sở điều hòa âm dương, khí huyết, thông kinh hoạt lạc. Đồng thời, để nâng cao hơn tác dụng điều khí, bệnh nhân thường được hướng dẫn thêm các bài tập thư giãn, và tập dưỡng sinh là một trong những phương pháp đã chứng minh được hiệu quả nhất định trong việc điều trị mất ngủ trên lâm sàng.

Xuất phát từ thực tiễn đó, nhằm góp phần đa dạng hóa phương pháp điều trị bằng y học cổ truyền, giúp người bệnh có thêm sự lựa chọn các phương pháp điều trị mất ngủ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá tác dụng của cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh điều trị mất ngủ không thực tổn thể Tâm tỳ hư”** với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng của cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh điều trị mất ngủ không thực tổn thể Tâm tỳ hư trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.*
2. *Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.*

## Chương 1

### TỔNG QUAN TÀI LIỆU

#### **1.1. Tình hình nghiên cứu bệnh mất ngủ trên Thế giới và ở Việt Nam**

##### ***1.1.1. Trên thế giới***

Mất ngủ ngày càng trở thành hiện tượng phổ biến trong xã hội hiện đại. Mất ngủ tăng theo thời gian vì những căng thẳng trong cuộc sống ngày càng tăng lên, có khuynh hướng tăng cao trong giới nữ, người cao tuổi, người bị rối loạn tâm lý và những người thiệt thòi về kinh tế xã hội [35].

Về tuổi, nhiều nghiên cứu cho rằng, tuổi cao là một yếu tố nguy cơ của mất ngủ. Năm 2001 Ohayon và cộng sự nghiên cứu 13057 đối tượng có độ tuổi từ 15 trở lên thuộc nhiều quốc gia khác nhau gồm Anh, Đức, Italy nhận thấy có hơn 1/3 số người từ độ tuổi 65 trở lên có triệu chứng mất ngủ [53].

Tỷ lệ mất ngủ chung trong cộng đồng theo nhiều nghiên cứu dao động khoảng 20 - 30%. Năm 2000, tại Pháp, Leger và cộng sự nghiên cứu trên 12778 cá nhân thấy 29% bị mất ngủ thường xuyên. Năm 2001, Sutton và cộng sự báo cáo 24% dân số Canada độ tuổi từ 15 trở lên bị mất ngủ. Năm 1999, nghiên cứu của Ishigooka và cộng sự trên 6277 bệnh nhân ngoại trú của 11 bệnh viện ở Nhật Bản thấy có 20,3% bị mất ngủ, trong đó 11,7% bị mất ngủ từ 1 tháng trở lên. Tỷ lệ các vấn đề về giấc ngủ đang tăng lên nhanh chóng ở các nước phát triển, gần bằng tỷ lệ được thấy ở các nước phát triển. Điều này do sự gia tăng về tỉ lệ mắc các vấn đề như trầm cảm và lo âu. Như Tanzania, Kenya và Ghana có tỷ lệ 8,3% - 28,5%, Indonesia là 3,9% ở nam giới và 4,6% ở nữ giới [47].

##### ***1.1.2. Tại Việt Nam***

Theo trung tâm sức khỏe cộng đồng TPHCM cho biết, mỗi ngày ở đây có khoảng 200 người đến khám liên quan đến giấc ngủ, bệnh rối loạn giấc ngủ rất phổ biến như các chứng ngáy, tay chân không yên, khó ngủ.

Theo Lương Hữu Thông tỷ lệ mất ngủ khác nhau ở 2 giới: nam 34,5 - 40%, nữ 60,0% - 65,5%. Năm 2008, Lý Duy Hưng nghiên cứu đặc điểm lâm sàng 51 bệnh nhân rối loạn giấc ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress thấy 96,1% có hiệu quả giấc ngủ dưới 85%, trong đó 68,7% có hiệu quả giấc ngủ dưới 65% [20],[34].

Năm 2009, Nguyễn Xuân Bích Huyền và cộng sự lần đầu tiên tiến hành nghiên cứu tỷ lệ hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ trên bệnh nhân Việt Nam có ngáy và rối loạn giấc ngủ tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Chợ Rẫy. Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định qua kết quả đa ký hô hấp hoặc đa ký giấc ngủ. Tác giả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc hội chứng này trong nhóm bệnh nhân đến khám vì ngáy và rối loạn giấc ngủ là 88,3% [20].

Năm 2011, Trần Mai Phương Thảo khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị mất ngủ tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương trên 50 bệnh nhân, đã chỉ ra được một số đặc điểm lâm sàng của mất ngủ, đồng thời cho thấy hiệu quả điều trị của các nhóm thuốc ngủ là khác nhau [33].

Năm 2012, tác giả Nguyễn Thanh Bình nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đa ký giấc ngủ và đánh giá hiệu quả thở áp lực dương liên tục ở bệnh nhân có hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ thấy hiệu quả giấc ngủ giảm, đạt 61,6% và chứng minh phương pháp này mang lại những kết quả đáng kể [12].

## **1.2. Tổng quan mất ngủ theo Y học hiện đại**

### ***1.2.1. Các giai đoạn bình thường của giấc ngủ***

Ngày nay bằng kết quả nghiên cứu điện sinh lý kết hợp với các hiện tượng tâm sinh lý khác, người ta chia giấc ngủ thành 2 pha: pha nhanh hay còn gọi là pha vận nhanh nhãn cầu (Rapid Eye Movement: REM) và pha chậm hay còn gọi là pha không vận nhanh nhãn cầu (Non Rapid Eye Movement: NREM).

- *Pha chậm (NREM)*: chia làm 4 giai đoạn, mỗi giai đoạn có một đặc trưng riêng:

+ Giai đoạn 1: thiu thiu ngủ, chuyển tiếp từ thức sang ngủ, giai đoạn này ngắn một vài phút, trên điện não biểu hiện giảm hoạt tính sóng  $\alpha$  (12 - 14 Hz) và ưu thế sóng  $\theta$  (4 - 7 Hz, 4 - 7 chu kỳ/giây). Nhãn cầu chuyển động chậm lại, trương lực cơ giảm.

+ Giai đoạn 2: ngủ chưa sâu, xuất hiện hình thoi trên điện não bắt đầu giấc ngủ, người ngủ yên tĩnh không thấy cử động.

+ Giai đoạn 3: ngủ sâu, giảm hình thoi và chỉ xuất hiện sóng chậm (2 - 4 Hz) trên điện não, chiếm từ 20 - 50% sóng delta.

+ Giai đoạn 4: ngủ rất sâu, chỉ còn sóng chậm trên điện não (2 - 4Hz), chiếm tới 50% sóng delta. Khi đánh thức người ngủ đột ngột dậy, ở giai đoạn 4, đôi khi họ bị rơi vào tình trạng lú lẫn với khả năng nhận thức bị biến đổi.

Theo dõi trên lâm sàng nhận thấy các cơ bắp giãn mềm, nhịp tim và nhịp thở chậm đều, thân nhiệt giảm dần, huyết áp đạt mức thấp trong giấc ngủ,... Điều này chứng tỏ rằng vai trò lớn của giấc ngủ như trạng thái mà trong đó đã diễn ra một cách tích cực nhất các quá trình hồi phục.

- *Pha nhanh (REM)*: về điện sinh lý đặc trưng đối với ba đặc điểm:

+ Hoạt tính điện thế thấp với tần số lẫn lộn trên điện não.

+ Giảm hoạt tính điện cơ.

+ Trên điện sinh lý mắt, xuất hiện vận nhanh nhãn cầu.

Về lâm sàng nhận thấy trong pha nhanh, nhịp tim và hô hấp nhanh, huyết áp tăng nhẹ, nhãn cầu vận động nhanh (trong khi vẫn nhắm mắt), ở nam giới thường gặp cương dương vật, nhu cầu tiêu thụ ôxy não tăng cao. Trong pha nhanh xuất hiện giấc mơ, nếu chúng ta đánh thức người ngủ trong thời điểm này thì họ cho biết là họ đang mơ. Giấc mơ là hiện tượng tâm sinh lý bình thường, nếu giấc mơ bị phá vỡ thì giấc ngủ đó sẽ bị rối loạn và chúng ta sẽ cảm thấy rất mệt.

Giấc ngủ diễn ra có tính chu kỳ bắt đầu bằng pha chậm với bốn giai



đoạn kế tiếp nhau và kết thúc bằng pha nhanh. Mỗi chu kỳ diễn ra trong khoảng từ 80 - 120 phút, có nghĩa là mỗi đêm ngủ có khoảng 4 - 5 chu kỳ kế tiếp nhau. Trong các chu kỳ đầu của giấc ngủ, pha nhanh kéo dài khoảng 10 phút, càng về sau pha nhanh càng kéo dài hơn và pha chậm ngắn dần [4],[11],[13].

### ***1.2.2. Cơ chế điều hòa giấc ngủ***

Cho đến nay vẫn chưa có sự thống nhất trong việc giải thích cơ chế thức - ngủ. Cơ chế giấc mộng cũng như cơ chế về sự luân phiên có tính chu kỳ của giấc ngủ. Thuyết Pavlov cho rằng giấc ngủ là trạng thái ức chế lan tỏa khắp hai bán cầu và lan xuống cả vùng dưới vỏ.

Giấc ngủ là trạng thái bình thường của hoạt động vỏ não, còn trạng thái thức được duy trì bởi sự hoạt động tích cực của cấu tạo lưới ở thân não. Cấu tạo lưới vừa có ảnh hưởng ức chế đối với vỏ não, nghĩa là nó đóng vai trò hoạt động dẫn truyền thần kinh cũng như duy trì thức tỉnh. Hoạt hóa từ cấu tạo lưới lên vỏ não là kiểu hoạt hóa không đặc hiệu trong đó có sự tham gia của vùng dưới đồi, đồi thị.

Những công trình nghiên cứu gần đây cho biết rằng mất ngủ thường đi đôi với những bệnh tâm thần lẫn thể xác: trầm cảm, suy tim, viêm loét dạ dày,... Ngoài ra, các nhà khoa học tìm thấy rằng mất ngủ kinh niên làm thay đổi hệ thống miễn dịch. Trong 24 giờ, chất cortisol trong nước tiểu người bị mất ngủ kinh niên có tỷ lệ thuận với thời gian mất ngủ. Chất norepinephrine cũng tăng theo tỷ lệ thuận ở những người không đi vào giấc ngủ sâu được (giai đoạn 3 và giai đoạn 4). Những chất này ở liều lượng cao có thể gây ra nhiều bệnh tật. Thêm nữa, chất kích thích tố sinh trưởng (growth hormone) chỉ tìm thấy được ở thiểu số (3/15) những người bị mất ngủ kinh niên. Chất này cần thiết để giúp các tế bào phục hồi [13].

### **1.2.3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh mất ngủ**

#### **1.2.3.1. Bệnh nguyên**

- *Các bệnh gây rối loạn giấc ngủ tiên phát:* phổ biến nhất là hiện tượng ngừng thở khi ngủ; tình trạng này thường xảy ra ở nam giới béo có hiện tượng ngủ ngáy. Ở những người này, đường thở bị hẹp hoặc tắc nghẽn trong khi đang ngủ. Do giảm tổng lượng oxy tới phổi, gây cảm giác thiếu không khí nên người bệnh thường tỉnh giấc giữa chừng. Tuy nhiên, đối với những người ngủ ngáy nhưng không có hiện tượng ngừng thở khi ngủ vẫn có giấc ngủ bình thường. Ngoài ra, các hiện tượng chân tay cử động tự phát khi ngủ cũng gây rối loạn giấc ngủ ở người cao tuổi [21],[23],[25].

- *Các bệnh gây rối loạn giấc ngủ thứ phát:* các bệnh gây đau (thoái hoá khớp, viêm khớp, loãng xương, đau do thiếu năng động mạch vành...), các bệnh gây tiểu đêm (do u xơ tiền liệt tuyến, đái tháo đường...) hoặc gây khó thở (suy tim, viêm phế quản, hen phế quản...) thường xảy ra vào lúc nửa đêm về sáng, làm cho người bệnh bị tỉnh giấc giữa chừng và sau đó rất khó ngủ tiếp [21],[23],[25].

- *Các bệnh lý tâm thần kinh:* trầm cảm, hay lo âu (về uy tín, công việc xã hội, công việc gia đình, tình hình tài chính của bản thân và gia đình...), sa sút trí tuệ là những bệnh thường hay gây rối loạn giấc ngủ ở người cao tuổi.

- *Do thuốc:* một số loại thuốc khi sử dụng ảnh hưởng tới giấc ngủ. Ví dụ:

- + Thuốc mê, cocaine, ma túy.
- + Các thuốc có tác dụng kích thích.
- + Các thuốc lợi tiểu.
- + Một số thuốc chống suy nhược.
- + Các loại thuốc steroid.
- + Các thuốc chẹn beta giao cảm.
- + Thuốc giảm đau có chứa caffeine.

+ Một số loại thuốc ho.

Đồng thời, nếu một người đang sử dụng các thuốc gây ngủ hoặc thuốc an thần mà dừng lại đột ngột thì có thể là nguyên nhân gây mất ngủ trở lại.

- *Mất ngủ do chức năng của cơ thể bị suy giảm:*

Đây là một nguyên nhân có thể nói là rất khó tránh khỏi. Tuổi tác càng cao thì mọi chức năng của cơ thể đều bị suy giảm, trong đó chức năng của hệ thần kinh trung ương là rất nhạy cảm.

- *Mất ngủ do ảnh hưởng xấu của môi trường đang sinh sống:*

Môi trường sống có tác dụng rất lớn đến đời sống con người. Môi trường trong sạch, không bụi bặm, ít tiếng ồn góp phần đáng kể trong cuộc sống của người cao tuổi, làm cho người cao tuổi sống khỏe mạnh, vui vẻ và luôn làm những việc có ích cho bản thân, gia đình và cộng đồng.

Tuy vậy, có một số yếu tố hay gặp như: nhà chật chội, đông người, nhiều tiếng ồn ào, mất vệ sinh... làm cho người cao tuổi rất khó ngủ.

- *Mất ngủ do ăn, uống không điều độ:*

Người cao tuổi nên ăn, uống điều độ thì ngoài việc đảm bảo cho sức khỏe tốt còn có tác dụng rất hữu ích trong giấc ngủ ngon, sâu dẫn đến tinh thần luôn được sáng khoái, hồ hởi, phấn chấn và sống một cuộc sống lạc quan hơn.

Nếu ăn uống quá no, uống nhiều nước trước khi ngủ hoặc uống nhiều bia, rượu, ăn nhiều chất kích thích thì ảnh hưởng xấu đến giấc ngủ.

Uống rượu, hút thuốc lá nhiều và kéo dài sẽ gây rối loạn giấc ngủ nặng. Thời gian ngủ rút ngắn, đêm thường thức giấc [21],[23],[25].

### **1.2.3.2. Bệnh sinh cơ chế mất ngủ**

Brezino và cs (1975); Kales và cs (1984); Hyypa và cs (1990); Gaillar (1978; 1990) đưa ra hai giả thuyết về MNMT: sự cân bằng thức - ngủ có thể bị rối loạn bởi hai lí do [58],[45]:

**\* Giả thuyết thứ nhất:**

- Những cơ chế cơ bản của giấc ngủ hoạt động đúng.  
 - 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, chia cắt giấc ngủ ra.

**\* Giả thuyết thứ 2:**

- Rối loạn chức năng của nhân vùng dưới đồi gọi là SNC mà nó kiểm soát giấc ngủ, làm giảm áp lực với giấc ngủ và cũng dẫn đến hậu quả làm thức giấc tăng lên, chia cắt giấc ngủ ra.

#### **1.2.4. Lâm sàng**

##### **1.2.4.1. Các triệu chứng về giấc ngủ**

- Thời lượng giấc ngủ giảm: tất cả các bệnh nhân đều giảm số lượng giấc ngủ, nhiều bệnh nhân chỉ ngủ được 3 - 4 giờ/ ngày, thậm chí có bệnh nhân thức trắng đêm. Schneider-Helmert và cs. (1987) nhận thấy giảm 74 phút so với người bình thường, còn Liljenberg và cs (1988) thấy giảm hơn 1 giờ so với người bình thường.

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

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

- Hiệu quả giấc ngủ được tính theo công thức:

+ 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 giấc ngủ giảm đi nhiều tùy theo mức độ mất ngủ, nếu nặng có thể giảm xuống dưới 65%.

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

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

- Diện mạo: vẻ mặt mệt mỏi, hai mắt thâm quầng, dáng vẻ chậm chạp và hay ngáp vặt [21],[23].

#### ***1.2.4.2. Các triệu chứng liên quan đến chức năng ban ngày***

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

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

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

#### ***1.2.4.3. Các rối loạn tâm thần kèm theo MNMT***

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

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

#### ***1.2.4.4. Vai trò của sang chấn tâm lý (SCTL) và các sự kiện bất lợi trong cuộc sống***

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

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

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

#### ***1.2.5. Phân loại***

- Mất ngủ được phân loại ra 3 nhóm [5]:
- + Mất ngủ ngắn hạn (transient insomnia) xảy ra vài đêm trong tuần và sau đó bệnh nhân ngủ lại bình thường.

+ Mất ngủ từng chập (intermittent insomnia) cũng như mất ngủ ngắn hạn nhưng xảy ra từng hồi.

+ Mất ngủ kinh niên (chronic insomnia) là triệu chứng mất ngủ xảy ra hầu như hàng đêm và kéo dài hơn một tháng.

- Mất ngủ còn được phân loại thành mất ngủ chính (primary insomnia) và mất ngủ phụ (secondary insomnia) cũng được gọi là mất ngủ do bệnh khác gây ra.

- Ngoài ra còn có những phân loại dựa trên thời gian mà triệu chứng mất ngủ xảy ra: Mất ngủ đầu đêm, mất ngủ giữa đêm, mất ngủ trễ.

### **1.2.6. Chẩn đoán**

Theo sách “Hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các bệnh rối loạn tâm thần” của Mỹ năm 1994 (DMS - IV, 1994: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ tức thời bao gồm các triệu chứng: khó ngủ, ngủ không yên giấc hoặc khó quay lại giấc ngủ nếu bị tỉnh giấc giữa chừng [45]:

#### ***Theo tiêu chuẩn của ICD - 10:***

Rối loạn giấc ngủ không do nguyên nhân thực thể nằm trong chương 5 mục F51. Trong đó, mất ngủ không do nguyên nhân thực thể hay còn gọi là trạng thái mất ngủ mạn tính, nguyên phát nằm trong mục F51.0. Được chẩn đoán khi có các triệu chứng [23]:

- Phàn nàn cả về khó đi vào giấc ngủ hay khó duy trì giấc ngủ, hay chất lượng giấc ngủ kém.

- Rối loạn giấc ngủ đã xảy ra ít nhất là ba lần trong một tuần trong ít nhất là một tháng.

- 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.

- 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.

### ***1.2.7. Các phương pháp đánh giá rối loạn giấc ngủ trên lâm sàng và cận lâm sàng***

#### ***1.2.7.1. Phương pháp đánh giá trên lâm sàng***

Các triệu chứng về giấc ngủ:

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

#### ***1.2.7.2. Phương pháp đánh giá trên cận lâm sàng***

##### ***\* Test tâm lý:***

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 [50].

Năm 2001, ở Việt Nam, PSQI đã được chuẩn hóa. 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 [32].

***\* Điện não đồ:*** Điện thế pha chậm của giấc ngủ có sự tăng chậm và tới mức thấp hơn trong các bảng delta và theta.

Trong những năm gần đây, một số tác giả sử dụng điện não đồ như một phương tiện để chẩn đoán, theo dõi diễn tiến và điều trị bệnh tâm căn suy nhược [6]. Các sóng điện não là những dao động có tần số, biên độ, hình dáng khác nhau [6],[22]. Để đánh giá một bản điện não đồ, người ta dựa vào một số tiêu chuẩn hoặc đặc tính như sau:

- Tần số của mỗi sóng (tính bằng Hz)



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

Dựa vào các tiêu chuẩn trên người ta xác định được các sóng trên điện não đồ cơ sở ở người.

#### + Nhịp alpha ( $\alpha$ ):

Nhịp alpha được Berger mô tả lần đầu tiên năm 1920 nên còn gọi là nhịp Berger [22]. Bình thường ở người trưởng thành, nhịp alpha xuất hiện đều đặn. Biên độ nhịp alpha rất khác nhau giữa các cá thể, thay đổi theo trạng thái và thời gian trên một cá thể. Biên độ nhịp alpha thường ở khoảng 35 - 70  $\mu\text{V}$ , cao nhất ở vùng chẩm. Berger cho rằng sóng alpha có biên độ 15 - 20  $\mu\text{V}$ , còn theo Cobb biên độ sóng alpha dao động từ 0 đến 40 - 60  $\mu\text{V}$ . Đa số nhịp alpha có biên độ từ 5 - 20  $\mu\text{V}$ , rất hiếm trên 100 $\mu\text{V}$  ở người trưởng thành. Tần số nhịp alpha khoảng 8 - 13Hz, thường gặp 9 - 10Hz. Chỉ số nhịp alpha bình thường khoảng 70% ở vùng chẩm.

Nhịp alpha ghi ở những điểm đối xứng của hai bán cầu não thường có tính chất đồng bộ cả hai bên. Nếu tình trạng không đối xứng về biên độ không vượt quá 25 - 30% thì vẫn coi là bình thường [22]. Nhịp alpha thường có dạng hình sin, thành chuỗi sóng hình thoi, xuất hiện rõ và nhiều nhất ở vùng chẩm khi nhắm mắt, không suy nghĩ, không vận cơ, không bị kích thích khác của môi trường tác động.

#### + Nhịp beta ( $\beta$ )

Berger cũng đã mô tả nhịp beta lần đầu tiên năm 1920. Nhịp beta còn gọi là nhịp căng thẳng, là nhịp thay đổi nhiều nhất trên điện não đồ [6],[22]. Có nhiều tác nhân làm thay đổi nhịp beta: no, đói, vận động, căng thẳng tinh thần,... Nhịp beta xuất hiện trên tất cả các vùng của não nhưng ưu thế ở vùng

trước của não, tức là ở vùng trán, vùng thái dương và thường không đối xứng ở hai bán cầu não [6]. Tần số nhịp beta khoảng 14 - 35Hz, hay gặp ở 14 - 24Hz. Nhịp beta ghi được ở nữ giới nhiều hơn ở nam giới. Biên độ nhịp beta bình thường khoảng 5 - 15 $\mu$ V, hay gặp 8 - 10 $\mu$ V, đôi khi đạt đến 30 $\mu$ V. Chỉ số nhịp beta trên từng người rất ổn định, chỉ số beta tăng lên biểu thị của tăng trương lực của vỏ não [6],[22].

### **1.2.8. Điều trị**

#### **1.2.8.1. Điều chỉnh chế độ sinh hoạt**

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

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

### 1.2.8.2. *Dùng thuốc*

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

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

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

\* **Các thuốc kháng histamine:**

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

\* **Melatonin** (Sleepnice): hormone sinh ra bởi tuyến tùng, có tác dụng điều hoà nhịp sinh học của cơ thể, giúp có giấc ngủ tự nhiên vào buổi tối, không gây mệt mỏi ngày ngất khi thức giấc, không gây phụ thuộc thuốc; uống 1 viên trước khi đi ngủ.

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

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

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

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

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

### 1.2.8.3. Các liệu pháp tâm lý

- Liệu pháp tâm lý cá nhân

- Liệu pháp tâm lý nhóm

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

## 1.3. Tổng quan mất ngủ theo Y học cổ truyền

### 1.3.1. Bệnh danh

Không ngủ (Bất寐) là chỉ chứng ngủ kém bình thường, khó vào giấc ngủ hoặc ngủ mà dễ thức giấc, sau khi thức giấc rất khó ngủ lại, thậm trí mất ngủ trắng đêm đều thuộc chứng không ngủ được. Chứng này sách Nội kinh có các “Mục bất chính”, “Bất đắc miên”, “Bất đắc ngoạ”. Sách Nạn kinh đầu tiên gọi là “Bất寐”, sách Trung tạng kinh gọi là “Vô miên”. Sách Ngại đài bí yếu gọi là “Bất miên”, sách Thánh tế tổng lục gọi là “Thiếu thụ”. Sách Thái bình huệ dân hòa tễ cục phương gọi là “Thiếu寐”. Sách Tập bệnh quảng yếu gọi là “Bất thụ”. Thông thường gọi là “Thất miên” [7],[25],[35].

### 1.3.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Nguyên nhân sinh ra không ngủ khá phức tạp, theo “Y học cổ truyền”: có khi do âm hư không nạp vào dương, có khi do dương cương không tiến vào âm, có khi do Đờm nhiệt hoặc tác dụng của Can bất túc, có khi Tâm khí hư hoặc Tâm dịch hư do thiếu huyết, hoặc do Thận âm suy kém, hoặc do Vị khí không điều hòa, có khi do Kiểu mạch bất hòa hoặc có Đờm ẩm quấy rối Tâm

hoặc do sau khi ốm bị suy ngược 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 không ngủ được”. Thần sở dĩ không yên thì một là do tà khí nhiều động, hai là do tinh khí không đủ, chữ “tà” nói ở đây chủ yếu là chỉ vào đờm, hỏa, ăn uống, chữ “vô tà” là chỉ vào tức giận, sợ hãi, lo nghĩ, những cái đó đều là nguyên nhân gây thành chứng không ngủ. Hải Thượng Lãn Ông cho rằng: Âm dương mất thăng bằng dẫn đến mất ngủ. Mất ngủ dẫn đến ngũ tạng bị hư, ngũ tạng bị hư gây nên mất ngủ. Thiên này đem chứng không ngủ tóm tắt làm năm nguyên nhân:

\* **Tâm Tỳ hư**: Trương Cảnh Nhạc nói: “Nhọc mệt nghĩ quá độ thì tất nhiên làm cho huyết dịch bị hao tổn, Tâm thần không ổn định cho nên mất ngủ”. Cho ta thấy vì lo nghĩ quá độ tổn Tâm, tổn Tỳ, Tâm tổn thì âm huyết cạn dần, tinh thần bất định, Tỳ tổn thì ăn kém, người gầy, huyết hư khó khôi phục. Do huyết không hàm dưỡng cho Tâm, cho nên thành ra chứng mất ngủ. Triệu chứng: do lao động hoặc suy nghĩ quá mức, không ngủ, sắc mặt không tươi, người mệt, tinh thần uể oải, ăn uống không ngon, hay quên, tâm rung động. Mạch tế, sắc. Tâm và tỳ hư nên pháp điều trị bổ ích cho tâm tỳ [35].

\* **Tâm Thận bất giao** (Âm suy hỏa vượng): Tâm là chủ tể của sinh mạng và "tàng thần", nghĩa là chủ quản toàn bộ hoạt động tư duy, ý thức, tinh thần và tình cảm của con người. Trong điều kiện bình thường, khí huyết của tạng tâm thịnh vượng thì tinh thần sáng suốt, tư duy nhạy bén, tình cảm ổn định,... Khi tâm bị tổn thương, thì thần chí khác thường và thường xuất hiện các chứng bệnh như mất ngủ, hay quên, hôn mê, co giật,... Theo Hải Thượng Lãn Ông, tạng tâm thuộc về quẻ ly, có một hào âm ở giữa hai hào dương, và lại trong tâm chứa máu đỏ tức là chân âm; còn tạng thận thuộc quẻ khảm, có một hào dương ở giữa hai hào âm, hơn nữa trong tạng thận có chứa tướng hỏa là chân dương. Theo quẻ “kỷ tế” tạng thận vận dụng ở trên mà tạng tâm lại

truyền tống ở dưới. Theo ông, thủy hỏa là gốc sinh ra con người, là tác dụng của thần minh. Thủy là nguồn của hỏa, hỏa là gốc của thủy. Thủy hỏa phải cân bằng mà không nên chênh lệch, nên giao hợp mà không nên phân chia. Tính hỏa bốc lên, nên bắt cho đi xuống; tính thủy thấm xuống, nên khiến cho đi lên, thủy lên hỏa xuống gọi là giao nhau [7].

Theo thuyết Ngũ hành, tạng Tâm thuộc hành Hỏa, tạng Thận thuộc hành Thủy. Trong điều kiện bình thường, thì "Tâm Hỏa" hạ giáng, "Thận Thủy" thượng thăng. Hỏa giáng xuống, Thủy thăng lên, thì Âm Dương giao hòa, thần trí an định và đêm ngủ ngon giấc. Trạng thái Hỏa giáng xuống, Thủy thăng lên, được người xưa gọi là "Tâm thận tương giao", "Thủy Hỏa tương giao" hay "Thủy hỏa ký tế". Nếu do phú bẩm bất túc, hoặc hư lao ốm lâu, hoặc phòng thất quá đáng, ... khiến thận thủy suy hư ở dưới, không thể giúp cho tâm hỏa ở trên, tâm hỏa gắng ở trên không thể thể giao với thận ở dưới. Hoặc do mệt nhọc tinh thần quá độ, ngũ chí quá cực đến nỗi tâm âm bị hao tổn ngấm ngấm, tâm dương quá thịnh, tâm hỏa không thể giao với thận ở dưới. Tâm hỏa không giáng xuống, thận thủy không thăng lên, tạo thành tình thế thủy hỏa của tâm thận không giúp đỡ cho nhau sẽ hình thành bệnh biến. 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 vầng đầu, ù tai, hồi hộp, lưỡi đỏ, mạch tế sắc. Pháp điều trị tư âm thanh hỏa [7].

\* **Tâm đởm khí hư:** một là vì thể chất yếu đuối, Tâm và Đởm vốn hư cho nên gặp việc hay sợ. Đêm ngủ không yên cũng như sách Thâm thị Tôn sinh nói: "Tâm và Đởm đều yếu cho nên hay gặp sợ, chiêm bao vớ vẩn, hư phiền không ngủ". Hai là vì đột ngột bị sợ hãi, dần dần làm cho Đởm khiếp Tâm hư, mà không ngủ hai điểm đó thường làm nhân quả cho nhau.

Triệu chứng: mất ngủ, thường hay có chứng đầy tức sườn ngực, ợ hơi, cáu gắt, ngủ hay mơ. Điều trị nên tả hỏa, bình Can. [5],[7].

\* **Vị khí bất hòa:** Nội kinh/Thiên nghịch đều nói: “Vị không điều hòa thì nằm không yên”, sách Trương Thị Y Thông nói: “Mạch sắc hoạt hữu lực mà không ngủ là có đờm hỏa, ngừng trệ đã lâu đó là Vị không điều hòa, thì nằm không yên”. Do đó, có thể biết rằng ăn uống không cẩn thận, đờm hỏa ngừng trệ trong Vị đã lâu, làm cho khí Vị không điều hòa, cũng có thể làm cho người ta không ngủ.

Triệu chứng: mất ngủ kèm theo đầy tức vùng vị quản, đầy bụng, ợ hơi, đờm nhiều, miệng đắng. Đại tiểu tiện không khoan khoái. Điều trị nên điều hòa trung tiêu, tiêu đàm. [5],[7].

\* **Suy nhược sau cơn ốm nặng mới khỏi:** sách Cổ kim Y thống nói: “Sau khi bệnh khỏi và đàn bà sau khi đẻ không ngủ được đều là do khí huyết kém mà hai tạng là Tâm và Tỳ yếu. Lại như sách Chứng trị yếu quyết có nói: bị suy nhược sau khi bệnh khỏi và người tuổi già dương suy không ngủ”. Đó đều là do khí huyết hư nhược, Tâm thần không yên mà gây nên [7].

Tóm lại, nguyên nhân mất ngủ là do Tâm, Tỳ, Can, Thận gây ra, vì Tâm thống huyết, Tỳ sinh huyết, Can tàng huyết, nếu lo nghĩ buồn rầu quá thì mức huyết dịch của ba tạng Tâm, Tỳ, Can đều thiếu kém mà khởi sự mất ngủ. Thận tàng tinh, tinh tàng chí, do Thận âm suy kém hoặc vì sợ hãi tổn thương đến Thận, tinh kém thì chí không ổn định,...đều có thể gây mất ngủ trầm trọng.

### **1.3.3. Điều trị mất ngủ theo y học cổ truyền**

#### **1.3.3.1. Điều trị mất ngủ bằng thuốc Y học cổ truyền**

Tâm sen, lá vông, lạc tiên, củ bình vôi, cây húng hôi, toan táo nhân sao, viễn trí, bá tử nhân. Nhiều trường hợp cho kết quả tốt nhưng thực tế các chất này có tác dụng không mạnh không vững bền nên chỉ có công hiệu với các trường hợp mới bị và nhẹ mà thôi. Gần đây, các nhà y học đề xuất việc thay thế liệu pháp hóa học bằng liệu pháp thực vật với một số loại thảo mộc có tác dụng giúp cho người bệnh tìm lại được giấc ngủ sâu và êm dịu. Đối với người

bị chứng mất ngủ “kinh niên” bao gồm các loại mất ngủ kéo dài từ vài tuần lễ đến vài năm, có hai loại thảo mộc có ích cho họ, đó là cây Đào gai (anbspine) làm dịu đi những lo âu căng thẳng và cây lạc tiên (passiflora) giúp cho dễ dàng đi vào giấc ngủ. Trong trường hợp người bệnh thường thức giấc lúc 4 - 5 giờ sáng và không ngủ lại được thì cây húng hôi (baloota) là thứ dược phẩm thiên nhiên hữu ích. Nó chứa một chất xoa dịu rất mạnh, có tác dụng làm mất đi cảm giác lo sợ, bất an và kéo dài thời gian ngủ [3]

**Một số bài thuốc:** Tâm và Tỳ hư dùng Quy Tỳ thang hoặc bài Dưỡng Tâm thang. Tâm Thận không giao nhau dùng bài Giao thái hoàn, bài Hoàng liên a giao thang, chu sa an thần hoàn, thiên vương bổ tâm đan [29]. Mất ngủ do khí của Tâm và Đờm hư: Toan táo nhân thang hoặc bài An thần định trí hoàn. Mất ngủ do Vị không điều hòa do đờm hỏa ngăn chặn thì dùng bài: Ôn Đờm thang, Bán hạ truật mễ thang. Thức ăn trệ lại không tiêu: Bảo hòa hoàn. Sau khi ốm dậy mà không ngủ được dùng bài Quy Tỳ thang để dưỡng huyết an thần. Huyết hư can thực thì dùng bài Hồ phách đa my hoàn.

### 1.3.3.2. Điều trị Mất ngủ thể tâm tỳ hư bằng cây chỉ

#### \* Nguyên tắc chung:

Nguyên tắc điều trị mất ngủ của Đông y: điều hòa chức năng của tạng phủ, trong đó quan trọng nhất là điều hòa chức năng của Tâm, Thận cũng chính là điều hòa âm dương, khí huyết, thông kinh hoạt lạc. Chính như Sách cổ kim y thống có viết “Có khi do Thận thủy bất túc, chân âm không thăng mà Tâm hỏa mạnh một phía, không ngủ được”. Về nguyên tắc điều trị tư Thận thủy giáng Tâm hỏa, giao thông Tâm Thận.

#### \* Quá trình hình thành và phát triển của cây chỉ:

Cây chỉ là một phương pháp điều trị bằng chôn chỉ, luôn chỉ dưới huyết, là phương pháp dùng chỉ tự tiêu trong y khoa ( bằng chỉ catgut) lưu lại trên một huyết, kích thích lâu dài để có tác dụng trị liệu.



Đây là một bước tiến mới của châm cứu kết hợp YHHĐ. Phương pháp này được áp dụng từ những năm 1970 do Nguyễn Tài Thu là người đầu tiên áp dụng tại Việt Nam.

**\* Cơ chế tác dụng của phương pháp cấy chỉ:**

Cấy chỉ cũng là một phương pháp châm cứu, nó là sự kết hợp giữa hai nền y học (YHHĐ, YHCT). Giải thích cơ chế tác dụng của cấy chỉ cũng là cơ chế tác dụng của châm cứu:

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

- *Học thuyết thần kinh*

Châm cứu là một kích thích gây ra một cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý.

+ Hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski: Khi có một luồng xung động với kích thích mạnh hơn, liên tục hơn sẽ kìm hãm, dập tắt kích thích với luồng xung động yếu hơn. Do vậy, khi châm cứu sẽ tạo ra tác dụng giảm đau trên lâm sàng.

+ Nguyên lý về cơ năng sinh lý linh hoạt của hệ thần kinh Widekski: Theo nguyên lý này khi châm cứu sẽ gây ra một kích thích mạnh, sẽ làm cho hoạt động thần kinh chuyển sang quá trình ức chế nên giảm đau.

- *Vai trò của thể dịch, nội tiết và các chất trung gian thần kinh:*

Châm cứu đã kích thích cơ thể sản xuất ra các chất Endorphin là một Polypeptit có tác dụng giảm đau rất mạnh, mạnh gấp nhiều lần Morphin

**\* Cơ chế tác dụng của châm cứu theo YHCT:**

Theo YHCT sự mất cân bằng âm dương phát sinh ra bệnh tật và cơ chế tác dụng của châm cứu là điều hòa âm dương. Bệnh tật phát sinh ra làm rối loạn hoạt động bình thường của hệ kinh lạc. Do vậy, các tác dụng cơ bản của châm cứu là điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc.

**\* Một số tác dụng của cấy chỉ:**

Sau khi cấy chỉ vào huyết rồi đo sự thay đổi sinh hóa bên trong cơ thể, nhận thấy sự đồng hóa của cơ tăng cao, còn sự dị hóa của cơ giảm đi, kèm theo tăng cao của Protein và hydratcacbon của cơ, giảm acidlactic, cũng như giảm sự phân giải acid của cơ. Từ đó, làm tăng chuyển hóa và dinh dưỡng của cơ. Thông qua quan sát đối chiếu, sau khi cấy chỉ thấy lưới mao mạch tăng, huyết quản tân sinh, lượng máu lưu thông tăng nhiều, tuần hoàn máu cũng được cải thiện. Đối với cơ lỏng lẻo thì cấy chỉ có tác dụng làm khít chặt lại, bên trong lớp cơ còn có thể phát triển các sợi thần kinh mới.

**\* Một số nghiên cứu về phương pháp cấy chỉ**

- *Trên thế giới:*

Ở Hungari phương pháp cấy chỉ được thực hiện năm 1990 ở hộ điều trị bằng phương pháp tự nhiên. Tại đây, được coi là phương pháp điều trị chính thức với nhiều ưu điểm đặc biệt.

Viện châm cứu phục hồi chức năng Yamamoto- Budapest, phương pháp cấy chỉ đã áp dụng cho các bệnh nhân nội và ngoại trú.

Ở Pari (Pháp) năm 1998 cấy chỉ đã được áp dụng.

Ở Trung Quốc: Năm 2007 Chen F cùng cộng sự đánh giá hiệu quả của cấy chỉ trên bệnh nhân béo phì đơn thuần cho kết quả khả quan.

Năm 2010 Zhang JW cùng cộng sự đã đánh giá tác dụng của cấy chỉ trên phụ nữ sau mãn kinh và kết luận cấy chỉ có thể phòng tránh bệnh loãng xương cho phụ nữ sau mãn kinh.

- *Tại Việt Nam:*

Năm 1977 Nguyễn Việt Thắng và cộng sự đã áp dụng cấy chỉ điều trị hen phế quản. Sau đó phương pháp điều trị này đã được áp dụng ở nhiều cơ sở y tế như Viện Quân Y 103 khoa Phổi (1983), bệnh viện YHCT Hà Nội (2000)... Theo tác giả cấy chỉ có tác dụng cắt cơn hen giai đoạn sớm.

Năm 1982 tại bệnh viện Châm cứu được áp dụng điều trị cho trẻ em bị bệnh bại liệt.

Năm 1997 Nguyễn Ngọc Tùng, bệnh viện YHCT Hà Nội đã nhận xét: cây chỉ là phương pháp điều trị có hiệu quả được áp dụng tương đối rộng rãi với các bệnh mạn tính như : chứng đau do thoái hóa cột sống, viêm loét dạ dày tá tràng, hen phế quản, di chứng tai biến mạch máu não, di cứng viêm não... Đồng thời phương pháp này đơn giản, không tốn kém, có thể áp dụng tại các tuyến cơ sở và phù hợp với các bệnh nhân không có điều kiện nằm viện.

Năm 2002 Nguyễn Thanh Hương đã dùng phương pháp cây chỉ điều trị các chứng đau do thoái hóa cột sống, kết quả giảm đau nhanh và kéo dài.

Năm 2012 Nguyễn Giang Thanh, nghiên cứu phương pháp cây chỉ và dùng bài thuốc cổ phương Độc hoạt tang ký sinh (sắc uống) trong điều trị thoái hóa khớp gối thấy hiệu quả giảm đau nhanh và kéo dài.

Năm 2013 Hồ Thị Tâm đánh giá tác dụng của phương pháp cây chỉ điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống có kết quả tốt.

Hiện nay trong quá trình phát triển và ứng dụng phương pháp cây chỉ đã không ngừng được cải tiến về phương tiện và thao tác kỹ thuật.

**\* Phương pháp chọn huyết cây chỉ:**

Cây chỉ cũng là một phương pháp châm cứu, do đó phác đồ chọn huyết trong cây chỉ cũng tuân thủ theo lý luận YHCT (âm dương, ngũ hành, Tạng phủ, Kinh lạc...). Ngoài ra còn chọn huyết theo lý luận Giải Phẫu – sinh lý-thần kinh.

**- Lấy huyết theo lý luận y học cổ truyền [30]:**

Theo Lý luận YHCT, châm cứu và cây chỉ có tác dụng làm cho khí huyết vận hành thông suốt trong kinh mạch, đạt được kết quả chống đau và

không chế rời loạn sinh lý của các tạng phủ. Tùy bệnh tình cụ thể có thể dùng các cách chọn huyết sau:

+ Chọn huyết tại chỗ (cục bộ thủ huyết) nghĩa là bệnh ở chỗ nào lấy huyết ở chỗ đó còn gọi là a thị huyết hoặc huyết ở một đường kinh (lấy huyết bản kinh) hoặc lấy các huyết nhiều đường kinh một lúc. Phương pháp chọn huyết này có tác dụng giải quyết cơn đau tại chỗ.

+ Chọn huyết theo kinh (tuần kinh thủ huyết) nghĩa là bệnh ở vị trí nào, thuộc tạng phủ nào, hay kinh nào rồi theo đường kinh đó lấy huyết sử dụng.

+ Chọn huyết lân cận nơi đau (lân cận thủ huyết): lấy huyết xung quanh nơi đau, thường hay phối hợp huyết tại chỗ.

+ Chọn huyết theo phương pháp sử dụng Du – mộ huyết: Nhóm huyết du – mộ được chỉ định trong các bệnh lý của các cơ quan nội tạng (bệnh của tạng phủ) và thường dùng trong các bệnh được chẩn đoán hư theo YHCT. Cách chỉ định là phối hợp cả du huyết và mộ huyết của kinh tương ứng với tạng phủ có bệnh

- *Lấy huyết theo lý luận sinh lý - giải phẫu – thần kinh [30]:*

+ Tại huyết cơ quan nhận cảm được phân phối nhiều hơn vùng kế cận. Dựa vào các đặc điểm sinh lý giải phẫu thần kinh có mấy cách chọn huyết sau:

+ Lấy huyết theo tiết đoạn gần: chọn huyết thuộc sự chi phối của cùng một tiết đoạn hoặc tiết đoạn gần vị trí đau.

+ Lấy huyết ở tiết đoạn xa: qua quan sát lâm sàng và thực nghiệm cho thấy huyết châm có cảm giác đặc khí mạnh, hiệu quả chống đau thường tốt và chi phối phạm vi chống đau rộng. Kích thích dây thần kinh

## **1.4. Phương pháp dưỡng sinh**

### **1.4.1. Định nghĩa**

Dưỡng sinh là phương pháp tự tập luyện để nâng cao thể chất, giữ sức khỏe phòng bệnh và chữa bệnh tương đối hoàn chỉnh và toàn diện.

### **1.4.2. Lịch sử của dưỡng sinh**

#### **1.4.2.1. Lịch sử phát triển của khí công dưỡng sinh trên thế giới**

Ở Trung quốc, khí công dưỡng sinh có lịch sử 5000 năm. Cuốn “Hoàng Đế Nội Kinh” đã đề xuất quan điểm phòng bệnh là “ra sức phòng bệnh khí chưa mắc bệnh”. Lão tử nói kỹ xảo rèn luyện khí công nội dung “Ý” và “KHÍ”. Khổng Tử cũng đã thể nghiệm luyện khí công, những phương pháp của nhiều tác giả khác nhau được ghi trong “Lã Thị xuân Thu đã nêu rõ ý nghĩa quan trọng của rèn luyện động và tĩnh, Ấn Độ, Iran Ai Cập có phương pháp Yoga y học cổ truyền là phương pháp rèn luyện tinh thần và thể xác đem lại sức khỏe toàn diện cho con người.

#### **1.4.2.2. Lịch sử phát triển khí công Việt Nam**

Ở Việt Nam dưỡng sinh là phương pháp có từ lâu đời. Từ thế kỷ XIV, Tuệ Tĩnh đã đúc kết nguyên tắc dưỡng sinh bằng 2 câu thơ nổi tiếng:

“Bế Tinh dưỡng khí , tồn thần  
Thanh tâm quả dục, thủ chân luyện hình”

Hoàng Đôn Hòa (Thế kỷ 16) đã đề lại “Tĩnh công yếu quyết” (Yếu lĩnh tập yên tĩnh), “Thanh tâm thuyết” (thuyết thanh tâm) “Thập nhị đoạn cầm” (12 động tác tốt), trong tác phẩm “Hoạt nhân toát yếu”

Đào Chông Chính (1676) biên soạn cuốn “Bảo sinh diện thọ toàn yếu” nêu lên phép dưỡng tinh thần, ngừa tử sắc tức giận, tiết dục, giữ gìn ăn uống... để bảo tồn tinh khí thần ba thứ quý của con người; tập thở vận động, phép đạo dẫn, 6 phép vận động, 24 động tác) để tăng cường sức khỏe.

Thế kỷ 18, Hải Thượng Lãn Ông soạn cuốn “Vệ sinh Yếu quyết” đề cập đến vệ sinh cá nhân, vệ sinh toàn cảnh tu dưỡng tinh thần rèn luyện thân thể để tăng cường sức khỏe, sống lâu.

Phạm Huy Hùng (1996) đã nghiên cứu sự thay đổi của một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở người tập dưỡng sinh theo phương pháp Nguyễn Văn Hưởng.

Năm 1997, Trần Thúy và Phạm Thúc Hạnh cũng đã soạn cuốn khí công dưỡng sinh dân tộc nêu lên phương pháp luyện tập phù hợp với các đối tượng đặc biệt là tại cộng đồng [16].

### ***1.4.3. Cơ sở của phương pháp khí công dưỡng sinh***

Khí công dưỡng sinh ra đời trên nền tảng khoa học là đúc kết từ kinh nghiệm thực tiễn của nhân loại, dựa trên các học thuyết cơ bản của YHCT để hình thành trên cơ sở lý luận khái quát của khí công dưỡng sinh [19]:

#### ***1.4.3.1. Dựa vào học thuyết âm dương***

Học thuyết âm dương chỉ ra rằng mọi sự vật đều tồn tại 2 mặt đối lập nhưng thống nhất. Trong cuốn” Tổ vấn – thiên âm dương ứng tượng đại luận” có viết “ âm thịnh thì dương bệnh, dương thịnh thì âm bệnh- dương thịnh là nhiệt , âm thịnh là hàn” câu này chỉ rõ khi thăng bằng âm dương phá vỡ thì bệnh tật phát sinh. Khí công có khả năng điều tiết đối với quá trình âm dương. Tổ vấn- âm dương ứng tượng đại luận viết “ vị thuộc về hình, hình thuộc về khí, khí thuộc về tinh, tinh thuộc về hóa”. Hình và tinh ở đây thuộc hai phạm trù âm, khí và hóa thuộc phạm trù dương. Khí công thực sự có tác dụng điều hòa âm dương trong cơ thể.

#### ***1.4.3.2. Dựa vào học thuyết kinh lạc tạng phủ***

Các khí quan trong cơ thể người chia làm 2 loại là ngũ tạng và lục phủ. Nguyên nhân cơ bản bệnh lý là công năng phủ tạng mất khả năng điều hòa, từ đó mới dẫn đến sức khỏe giảm sút, rồi bị bệnh. Cơ chế làm chuyển biến tình

trạng bệnh và phòng chữa bệnh của khí công là con đường điều chỉnh công năng tạng phủ.

Về kinh lạc: Kinh lạc phân bố khắp cơ thể, nó là con đường vận hành khí huyết tân dịch là kết cấu sinh lý có tác dụng liên lạc lục phủ ngũ tạng, liên kết các hệ thống, các khí quan, các tổ chức thành một hệ thống nhất hoàn chỉnh. “Khí là chủ soái của huyết, huyết là mẹ của khí” khí công điều hòa khí huyết thông hoạt kinh lạc.

#### ***1.4.3.3. Dựa vào học thuyết thiên nhân hợp nhất***

Con người có quan hệ mật thiết với sự biến hóa của âm dương của tự nhiên con người là tiểu vũ trụ, con người tìm mọi cách thích ứng với thiên và phù hợp với sức của mình. Sức khỏe tồn tại và sự sống của con người phụ thuộc vào mối quan hệ mật thiết lục phủ ngũ tạng, với môi trường xung quanh, tứ chi bách cốt trong cơ thể người với thế giới tự nhiên, người giỏi dưỡng sinh là người đầu tiên phải nắm vuwang quy luật biến hóa của giới tự nhiên, hài hòa theo đất trời, thứ hai phải rèn luyện thủ thân điều tức. Có đủ 2 điều đó mới đạt được mục đích trường thọ.

Lý luận khí công ở trong và ngoài nước đều lấy quan điểm chỉnh thể thiên nhân tương ứng làm tư tưởng chỉ đạo.

#### ***1.4.3.4. Dựa vào học thuyết tinh khí thần***

Sự phát triển và biến hóa của môi trường tự nhiên và sự sinh trưởng của vạn vật vũ trụ, đều dựa vào sự vận động của khí. Đối với cơ thể người khí vừa là cơ sở vật chất thúc đẩy hoạt động sống, vừa là biểu hiện công năng hoạt động sinh lý của các phủ tạng. Như khí trong hô hấp, khí của thủy cốc. Nạn kinh viết: “Khí là căn bản của con người gốc rễ đứt gân lá khô héo”. Khí đầy đủ thì thân thể khỏe mạnh, khỏe mạnh thì trường thọ, khí kém thì thân thể yếu, yếu thì đoản thọ”

- Tinh: bao gồm tinh tiên thiên và tinh hậu thiên, tinh tiên thiên được tàng trong thận, đó là nền tảng vật chất của cơ thể sống. Tinh tiên thiên phải nhờ sự nuôi dưỡng của tinh hậu thiên, hai thứ đó thông qua tâm phế tý mà truyền khắp cơ thể để đảm bảo hoạt động sinh lý như : sinh trưởng , phát triển sinh sản... Thận là cái vốn của tiên thiên. Tý là cái vốn của hậu thiên. Khí công có tác dụng ảnh hưởng rõ rệt đối với tinh

- Thần: được sinh hóa từ nguyên khí tiên thiên (nguyên thần) và từ tinh khí hậu thiên (thức thần), nó có nguồn gốc từ vật chất và đều có tác dụng ngược lại vật chất ” tổ vấn – di tinh biến khí luận” viết người đắc khí thì khỏe mạnh, kẻ thất thần thì suy tàn.

Tinh khí thần là ba bảo mỗi của cơ thể người, tinh khí thần liên quan đến nhau, thúc đẩy lẫn nhau. Luyện khí công phải lấy khí làm thể, lấy thần làm dụng, phải kết hợp thể với dụng và coi trọng cả hai.

#### ***1.4.4. Tác dụng của dưỡng sinh***

##### ***1.4.4.1. Tạo cân bằng âm dương***

- Phép dưỡng sinh trong khí công là thông qua luyện tập động tĩnh hỗ căn để đạt đến sự cân bằng âm dương.

- Thân thể được bảo tồn sức khỏe đều do trong thân thể được vận động và biến hóa không ngừng bảo tồn được trạng thái cân bằng của âm dương.

##### ***1.4.4.2. Điều hòa khí huyết lưu thông kinh lạc***

- Khí công chủ yếu rèn luyện ý trong cơ thể người, đồng thời có ảnh hưởng quan trọng đối với huyết.

- Khí công giúp điều hòa khí huyết, khí huyết điều hòa thì hoạt động sinh mệnh trong cơ thể người mới bình thường vận hành, khí huyết bất thường sẽ phát sinh bệnh tật.

- Sự thông suốt của kinh lạc, sự vận hành của huyết dịch phải dựa vào hoạt động của khí mới thực hiện được. Khí luyện công đến một trình độ nhất định sẽ xuất hiện nội khí vận hành trong cơ thể hoặc cảm giác khí lan đến nơi có bệnh làm thuyên giảm bệnh tật.



#### **1.4.4.3. Bồi bổ và nâng cao chân khí**

- Chân Khí hay còn gọi là nguyên khí, chính là năng lượng sinh mệnh của cơ thể người.

- Mục đích của khí công là điều động năng lượng sinh mệnh của cơ thể người tiềm ẩn bồi dưỡng chân khí của nhân thể đạt đến tác dụng dự phòng và điều trị bệnh tật, bảo vệ kiện toàn thân thể.

#### **1.4.4.4. Dự phòng bảo vệ và điều trị bệnh tật**

- Thực tiễn đã chứng minh khí công đã chữa lành một số bệnh như cao huyết áp, xơ cứng động mạch, viêm loét dạ dày tá tràng.

- Đối với bệnh mãn tính dễ tái phát, khí công cũng có hiệu quả điều trị.

#### **1.4.5. Ứng dụng trên lâm sàng**

Viện chống lao trung ương 1962 dùng khí công luyện tập 3 tháng cho bệnh nhân lao phổi đã điều trị ổn định kết quả thấy dung tích thở tăng 100 - 300ml (14 người), tăng 300 - 600ml (4 người). Tăng 600 - 1000 ml (3 người).

Năm 1970 Nguyễn Khắc Viện đã giới thiệu phương pháp dưỡng sinh của mình với 3 nội dung: tập vận động có bấm với một số động tác Yoga của Ấn Độ và một số động tác Nhu quyền trọng tâm động tác vào cột sống, hai chi dưới 2 chi trên, vận động tổng hợp rèn luyện thần kinh bằng tập tĩnh và thư giãn. Nghiên cứu lâm sàng của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương từ 1975-1985, Hoàng Bảo Châu và cộng sự đã nhận xét về lâm sàng đối với sức khỏe con người có độ tuổi trung bình trên 65 tuổi kết quả chung là những người tập ăn ngon hơn ngủ tốt hơn thể lực tăng, trạng thái tâm thần và sự thích ứng với ngoại cảnh cải thiện. Kết quả nghiên cứu điện não đồ 27 học viên cho thấy điện não đồ bình thường tăng từ 37% lên 70%, điện não đồ mất đồng bộ từ 44,4% giảm còn 14,8 % điện não đồ tăng từ 18,6% giảm còn 14,7%, chỉ số nhịp anpha từ 35% tăng lên 61%, lưu lượng tim tăng từ 3046,5ml lên 3109ml.

Phương pháp dưỡng sinh của khoa y học cổ truyền đại học Y Hà Nội với nội dung bao gồm: luyện tĩnh luyện động (luyện thở, tự xoa bóp, tự bấm huyệt...), kết quả nghiên cứu trên 229 bệnh nhân luyện tập cho thấy hiệu quả Triệu chứng mất ngủ khỏi 47% đỡ 50%, đau đầu đỡ nhiều 35,1% đỡ ít 34,1%, bện cao huyết áp đỡ nhiều và một số bệnh khác cải thiện tốt hơn.

Lê Thị Kim Dung (2002) nghiên cứu thay đổi chức năng thông khí của phổi, dưới lớp tế bào T,B và kết quả điều trị hen có kết hợp tập khí công dưỡng sinh dân tộc, kết luận cải thiện chức năng thông khí phổi rõ rệt sau 6 tháng tập các chỉ số miễn dịch: số lượng tế bào T-CD4 sau tập giảm sút có ý nghĩa thống kê [11].

#### ***1.4.6. Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương***

##### ***1.4.6.1. Mục đích***

- Tăng cường sức khỏe
- Phòng bệnh
- Trị một số bệnh mãn tính
- Tiến tới sống lâu có ích

##### ***1.4.6.2. Nội dung***

- *Phần 1:* Thư giãn, thư là thư thái trong lòng lúc nào cũng thư thái. Giãn là nói ra, giãn ra như dây xích giãn ra. Thư giãn có tác dụng cả về thể chất lẫn tinh thần, về tinh thần giúp vỏ não chủ động nghỉ ngơi, làm tinh thần thoải mái không căng thẳng. Về mặt thể chất làm chủ được giác quan và cảm giác, không để các xung kích bên ngoài tác động vào cơ thể. Về mặt sinh học thư giãn xóa bỏ dần những phản xạ có hại của cơ thể.

- *Phần 2:* Tập hợp động tác chống xơ cứng, có tác dụng mềm cơ, hành khí hoạt huyết thông kinh lạc.

- *Phần 3:* Tự xoa bóp bấm huyệt có tác dụng điều hòa âm dương hoạt huyết chỉ thống thông kinh lạc, thư cân giãn cơ bệnh nhân tự xoa bóp vùng khớp gối và chi dưới.

## Chương 2

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

#### 2.1. Chất liệu nghiên cứu

##### 2.1.1. Phác đồ huyết cây chỉ

Phác đồ huyết được sử dụng trong nghiên cứu là phác đồ được ban hành kèm theo quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn “Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu” [37] gồm:

Thần môn, Nội quan, Tam âm giao, Thái bạch, Âm lăng tuyền, Chương môn, Thái xung.

Liệu trình: 2 đợt/liệu trình 30 ngày (ngày thứ nhất và ngày thứ 15)

Vị trí và tác dụng các huyết (phụ lục 1)

##### 2.1.2. Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

###### **Bước 1: Thư giãn**

Người tập nằm trên giường đưa tay thẳng lên 45 độ rồi buông xuống cho rớt xuống theo quy luật sức nặng. Lúc ấy, ta nằm yên và nghe tay chân máu chảy dần dần, chứng tỏ các cơ trơn trong mạch máu đã thư giãn ( thời gian 5 phút)

###### **Bước 2: Thở 4 thì**

Người tập nằm ngửa có kê mông, chân thẳng, một tay để trên ngực, một tay để trên bụng để kiểm tra hơi thở

- Thì 1: Hít vào, đều, sâu, tối đa, ngực nở, bụng phình và cứng.

- Thì 2: Giữ hơi cơ hoành và các cơ lồng ngực đều co thắt tối đa, thanh quản mở, gơ chân dao động rồi để chân xuống.

- Thì 3: Thở ra thoải mái tự nhiên, không kìm, không thúc.

- Thì 4: Thư giãn hoàn toàn có cảm giác nặng và ấm, tự kỉ ám thị:

+ Tay chân tôi nặng và ấm

+ Toàn thân tôi nặng và ấm

(Thời gian: 5 phút)

**Bước 3: Tập trong tư thế nằm**

Động tác 3: Uỡn cổ và vai lưng

Người tập nằm 2 tay để xuôi trên giường lấy điểm tựa xương chẩm và mông. Uỡn cổ và lưng hông giường, đồng thời hít vào tối đa; Thời 02 giữ hơi dao động lưng qua lại 4 đến 6 cái. Thở ra triệt để, có ép bụng, làm động tác ít ( 01 hơi thở) xong hạ lưng xuống nghỉ.

Động tác 04: Uỡn mông

Uỡn mông làm cho thắt lưng mông, chân hông giường. Đồng thời hít vào tối đa, giữ hơi và giao động qua lại, mỗi lần dao động cố gắng hít vào thêm. Dao động từ 4 đến 6 cái, thở ra và ép bụng thật mạnh, đuỏi hơi ra triệt để. Thở và dao động như thế từ 1 đến 3 hơi thở, xong hạ mông xuống nghỉ.

(Thời gian 10 phút)

**Bước 4: các động tác chuẩn bị giấc ngủ yên lành**

Động tác 61: Sờ đất vươn lên (Động tác Ăng – tê)

Đứng thẳng, hai bàn tay chụm lại, cố gắng cúi xuống, hai tay sờ đất, thở ra triệt để, rồi đưa 2 tay lên trời ra phía sau hết sức, uỡn lưng, đồng thời hít vào tối đa, giữ hơi, 2 tay vẫn chụm vào nhau, làm dao động 2 tay và đầu 4 đến 6 cái, từ từ tách 2 tay ra đưa xuống phía sau, thở ra triệt để rồi đưa 2 tay xuống phía trước rồi chụm tay lại, cố gắng cúi xuống giờ tay sờ đất thở ra triệt để. Làm một động tác như vậy 2 đến 4 hơi thở.

Động tác 70: Động tác bước dài tại chỗ

Một tay bên này vịn vào cạnh bàn hoặc thành giường cho vững. Chân bên kia để phía trước, chân bên này để phía sau tạo thành một bước dài, càng dài càng tốt nhưng không quá sức. Hai bàn chân chắm đất, gối thẳng

Thân và đầu nghiêng ra sau, uốn chằm gáy, hít vào, rồi nghiêng ra trước gập cẳng ức, thở ra triệt để. Thở như thế 2 – 3 hơi thở. Xong toàn bộ cơ thể và bàn chân quay 180 độ, đổi tay vịn và đổi bên, rồi làm tương tự.

(Thời gian 15 phút)

### **2.1.3. Thuốc Rotunda**

*Trình bày:* Hộp 10 vỉ x 10 viên nén

*Công thức:*

Rotundin (L-Tetrahydropalmitin).....30mg

Tinh bột sắn, Erapac, Era gel, Talc, Magnesi Stearat vừa đủ.

*Tác dụng:* Rotunda có tác dụng an thần gây ngủ với liều thấp mà mật độ dung nạp thuốc rất cao, trong quá trình sử dụng không có trường hợp nào quen thuốc và bị tai biến. Ngoài ra thuốc còn có tác dụng điều hòa nhịp tim, hạ huyết áp, giãn cơ trơn do đó làm giảm các cơn đau do co thắt đường ruột và tử cung.

*Chỉ định:* Rotunda được dùng trong các trường hợp lo âu căng thẳng do các nguyên nhân khác nhau dẫn đến mất ngủ, hoặc giấc ngủ đến chậm, dùng thay thế cho Diazepam khi bệnh nhân quen thuốc. Được dùng giảm đau trong các trường hợp co thắt cơ trơn, đau đầu tăng huyết áp, sốt cao hay co giật.

*Chống chỉ định:* Mẫn cảm với Tetrahydropalmitin và các thành phần của thuốc.

*Cách dùng:* người lớn uống: 1 lần/ viên, ngày 1 - 2 lần.

## **2.2. Đối tượng nghiên cứu**

### **2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

- Bệnh nhân tuổi từ 18 tuổi, không phân biệt giới, tự nguyện tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán mất ngủ theo tiêu chuẩn của ICD - 10 mục F51.0 (mục 1.2.7.) [23].

- Bệnh nhân thuộc chứng Thất miên thể tâm tỳ hư theo YHCT [7]:
- + Vọng: Chât lưỡi đạm nhạt.
- + Vãn: Tiếng nói nhỏ, hơi thở nhỏ.
- + Vãn: Mất ngủ, hay mê, ăn uống kém, bụng đầy chướng, chán ăn, đại tiện lỏng nát.
- + Thiết: Mạch nhược

### **2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân nghiên cứu**

- Bệnh nhân mất ngủ có thực tổn: tổn thương hệ thần kinh, rối loạn tâm thần, có các bệnh nhiễm trùng cấp tính, bệnh truyền nhiễm,...
- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.
- Bệnh nhân đang sử dụng thuốc ngủ y học cổ truyền và thuốc ngủ y học hiện đại.
- Phụ nữ có thai và đang cho con bú.

### **2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ tháng 5/2019 đến tháng 10/2019 tại Bệnh viện Châm Cứu Trung ương và Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

### **2.4. Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.4.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp can thiệp lâm sàng, so sánh kết quả trước - sau điều trị, so sánh với nhóm đối chứng.
- Cỡ mẫu thuận tiện: 60 bệnh nhân được chẩn đoán mất ngủ không thực tổn thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

#### **2.4.2. Các chỉ tiêu theo dõi**

- Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu
- Lâm sàng: thay đổi thời lượng giấc ngủ, thời lượng đi vào giấc ngủ, tình trạng thức giấc buổi sáng, các rối loạn trong ngày, các rối loạn buổi sang, thay

đôi triệu chứng kèm theo tại các thời điểm  $T_0$  (trước điều trị),  $T_1$  (sau điều trị 15 ngày),  $T_2$  (sau điều trị 30 ngày).

Đánh giá sự thay đổi cân nặng tại thời điểm  $T_0$  và  $T_2$ .

Thay đổi điểm PSQI tại thời điểm  $T_0$  và  $T_2$

- Cận lâm sàng: đánh giá tại các thời điểm  $T_0$  và  $T_2$  bao gồm: Glucose huyết, ure, creatinin, số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, huyết sắc tố

- Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp: ảnh hưởng của phương pháp lên chỉ số sinh tồn; tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ (abces, chảy máu, choáng, bầm tím ...), phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng (buồn nôn, nôn, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, đau cơ...); uống Rotunda (đau đầu, kích thích vật vã, mất ngủ (hiếm gặp))

### **2.4.3. Công cụ và kỹ thuật**

#### **2.4.3.1. Kỹ thuật cấy chỉ**

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Bệnh nhân được nghỉ ngơi ít nhất 15 phút trước khi cấy chỉ.

+ Giải thích cho bệnh nhân về mục đích điều trị và một số triệu chứng có thể xuất hiện trong khi điều trị như: cảm giác tức, nóng, chảy máu ở vùng cấy chỉ.

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Kim cấy chỉ vô khuẩn số 9.

+ Chỉ Catgut có số phù hợp với lòng kim cấy chỉ (chỉ Catgut số 4.0 dùng cho người lớn).

+ Cồn Iod 5%, cồn 700, bông, băng dính, gạc vô khuẩn.

+ Săng có lỗ.

+ Khay 20 x 30 cm.

+ Kéo, kim có máu.

+ Hộp thuốc chống shock.

- Kỹ thuật cấy chỉ:
- + Người bệnh nằm, bộc lộ huyết chỉ định.
- + Thầy thuốc thực hiện vô khuẩn như phẫu thuật, vô khuẩn vùng huyết, phủ sạch có lỗ.
- + Cắt chỉ Catgut thành từng đoạn dài 1 – 2 cm
- + Luồn chỉ đã cắt vào trong lòng kim cấy chỉ
- + Sát trùng vùng huyết định cấy chỉ
- + Đâm kim cấy chỉ vào huyết, đâm qua da thật nhanh, rồi đẩy từ từ kim vào huyết, sâu từ 1 – 3 cm vào huyết
- + Cho lòng vào ống kim, đẩy nòng từ từ vào và từ từ rút kim ra, catgut nằm lại trong huyết.
- + Rút toàn bộ kim ra khỏi huyết
- + Sát khuẩn, đặt gạc và băng dính.

#### 2.4.3.2. Phương pháp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương

- Sau khi bệnh nhân điện châm được nghỉ ngơi 15 phút trước khi tập.
- Chuẩn bị nơi tập cần thoáng, đủ ánh sáng, yên tĩnh để người tập không bị phân tán trong khi thực hiện các bài tập. Quần áo được nói lỏng thoải mái cho người tập.
- Có sự hướng dẫn và giám sát tập luyện của bác sỹ hoặc điều dưỡng viên tại khoa.
- Tiến hành tập khí công dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương

#### 2.4.3.3. Cách uống Rotunda 30mg

Uống 1 viên vào 21h.

#### 2.4.4. Các bước tiến hành

- Bước 1 : Người bệnh mất ngủ vào viện được thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng theo tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Bước 2 : Thực hiện các test PSQI



- Bước 3 : Sau đó bệnh nhân được chọn chia làm 2 nhóm đảm bảo tính tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, mức độ bệnh:

+ **Nhóm nghiên cứu (NNC)** gồm 30 bệnh nhân: uống Rotunda 30mg x 01 viên/ngày x 30 ngày lúc 21h. Cấy chỉ vào ngày thứ nhất và ngày thứ 15, tập bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng ngày 45 phút x 1 lần x 30 ngày.

+ **Nhóm đối chứng (NDC)** gồm 30 bệnh nhân: uống Rotunda 30mg x 01 viên/ngày x 30 ngày. Uống lúc 21h.

- Bước 4: Thu thập và xử lý số liệu

- Bước 5: Báo cáo kết quả

#### 2.4.5. Phương pháp đánh giá kết quả

- Tần suất RLGN : số đêm RLGN trong một tuần.

- Thời gian ngủ : thời gian ngủ được trung bình trong một đêm.

- Hiệu quả giấc ngủ : tính bằng (số giờ ngủ/số giờ nằm trên giường) x 100. Tính bằng %.

Đánh giá hiệu quả giấc ngủ :

**Bảng 2.1. Bảng đánh giá hiệu quả giấc ngủ**

Kết quả	Mức hiệu quả
Tốt	Hiệu quả giấc ngủ $\geq 85\%$
Trung bình	Hiệu quả giấc ngủ 75%-84%
Kém	Hiệu quả giấc ngủ 65%-74%
Rất kém	Hiệu quả giấc ngủ $< 65\%$

- Chất lượng giấc ngủ : đánh giá mức độ ngủ nông dễ thức giấc hay ngủ sâu khó thức giấc (theo chủ quan của BN).

- Điểm test Pittsburgh : thang điểm đánh giá chất lượng giấc ngủ.

- Cải thiện các triệu chứng lâm sàng : mệt mỏi, sút cân, giảm tập chung chú ý, lo lắng không ngủ được, hay quên, đau gáy, hoa mắt chóng mặt.

## **2.5. Phương pháp xử lý số liệu**

Số liệu trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học bằng chương trình phần mềm SPSS 20.0.

## **2.6. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Đề tài được Hội đồng đạo đức của Học Viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam thông qua.

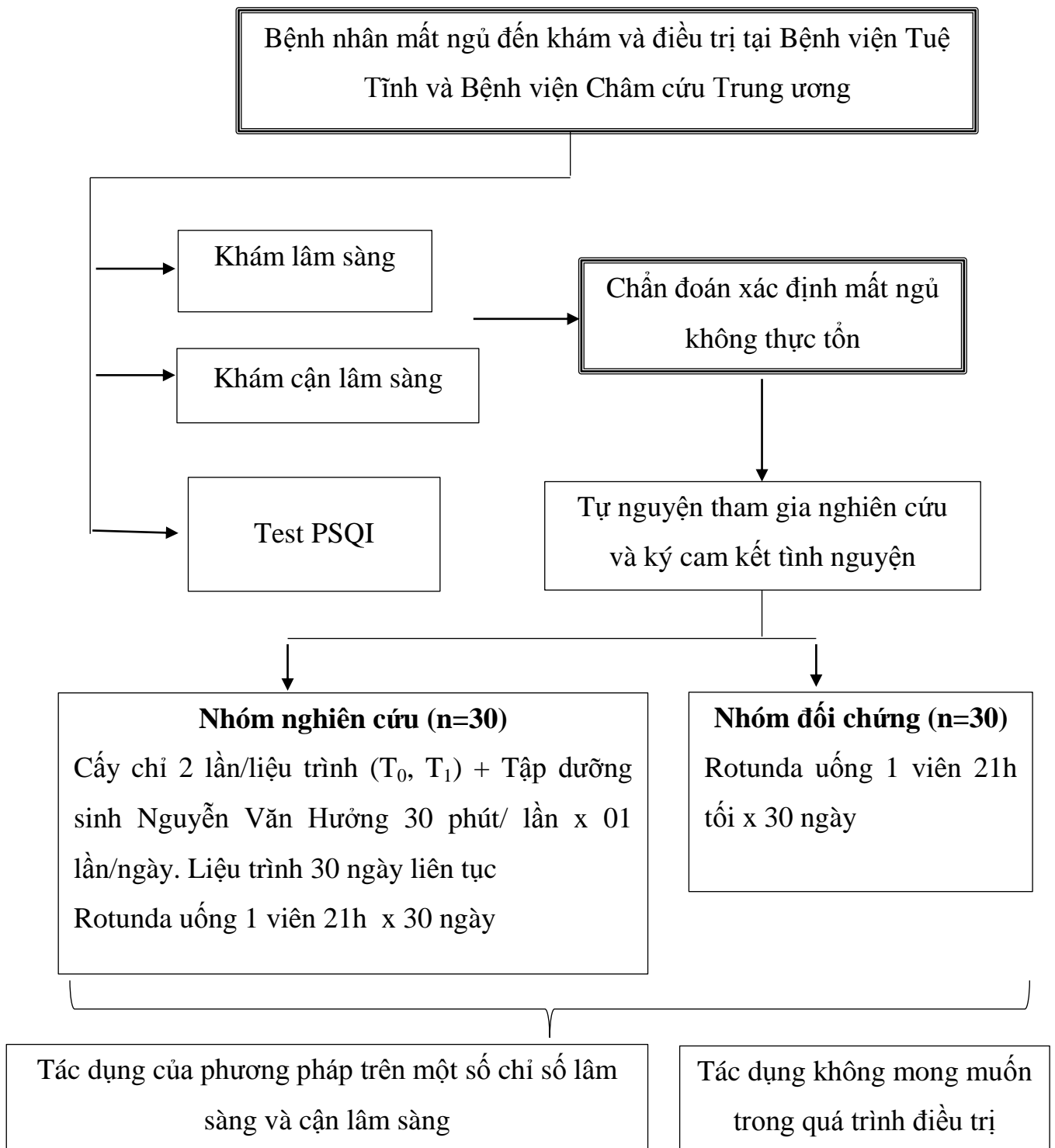
- Khi tiến hành nghiên cứu được sự đồng ý của Ban Lãnh đạo Học Viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam và Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

- Mọi thông tin cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu được giữ bí mật tuyệt đối.

- Tất cả các bệnh nhân đều được nhóm nghiên cứu giải thích rõ mục đích, ý nghĩa của nghiên cứu và hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi được sự đồng ý của bệnh nhân và họ có quyền rút khỏi nghiên cứu với bất kỳ lý do gì.

- Được hướng dẫn cách phòng ngừa bệnh mất ngủ và loại bỏ các yếu tố gây mất ngủ.

## 2.7. Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 2.1. Quy trình nghiên cứu

### Chương 3

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

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

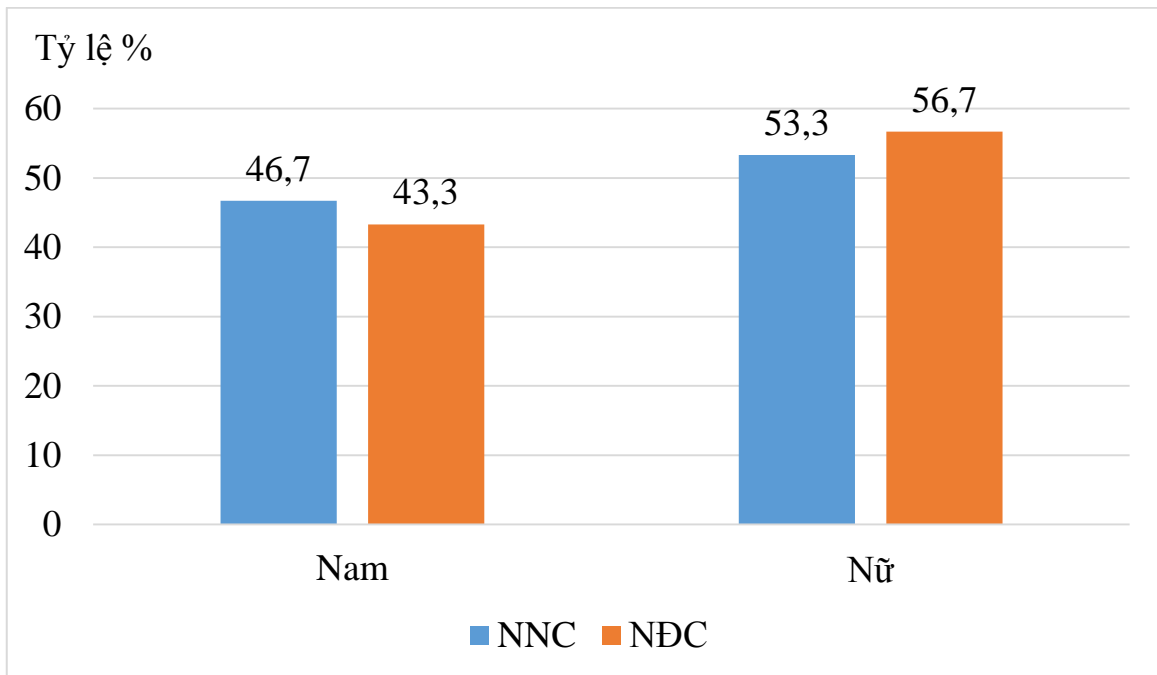
**Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu**

Tuổi	NNC (n=30)		NDC (n=30)		Tổng		P(NNC-NDC)
	n	%	n	%	n	%	
16 – 29	1	3,3	2	6,7	3	5	> 0,05
30 – 39	2	6,7	1	3,3	3	5	
40 – 49	7	23,3	5	16,7	12	20	
50 – 59	7	23,3	5	15,7	12	20	
≥60	13	43,4	17	56,7	30	50	
Tuổi TB ( $\bar{X} \pm SD$ )	<b>57,93 ± 15,88</b>		<b>57,27 ± 15,54</b>		<b>57,60 ± 15,58</b>		

Nhận xét:

- Bệnh nhân có độ tuổi  $\geq 60$  tuổi chiếm tỷ lệ mắc bệnh mất ngủ cao nhất (50%) và mất ngủ ít gặp ở nhóm có độ tuổi từ 16 – 29 tuổi. Độ tuổi TB của bệnh nhân mất ngủ là  $57,60 \pm 15,58$  tuổi.

Không có sự khác biệt về độ tuổi giữa hai nhóm nghiên cứu ( $p > 0,05$ ).



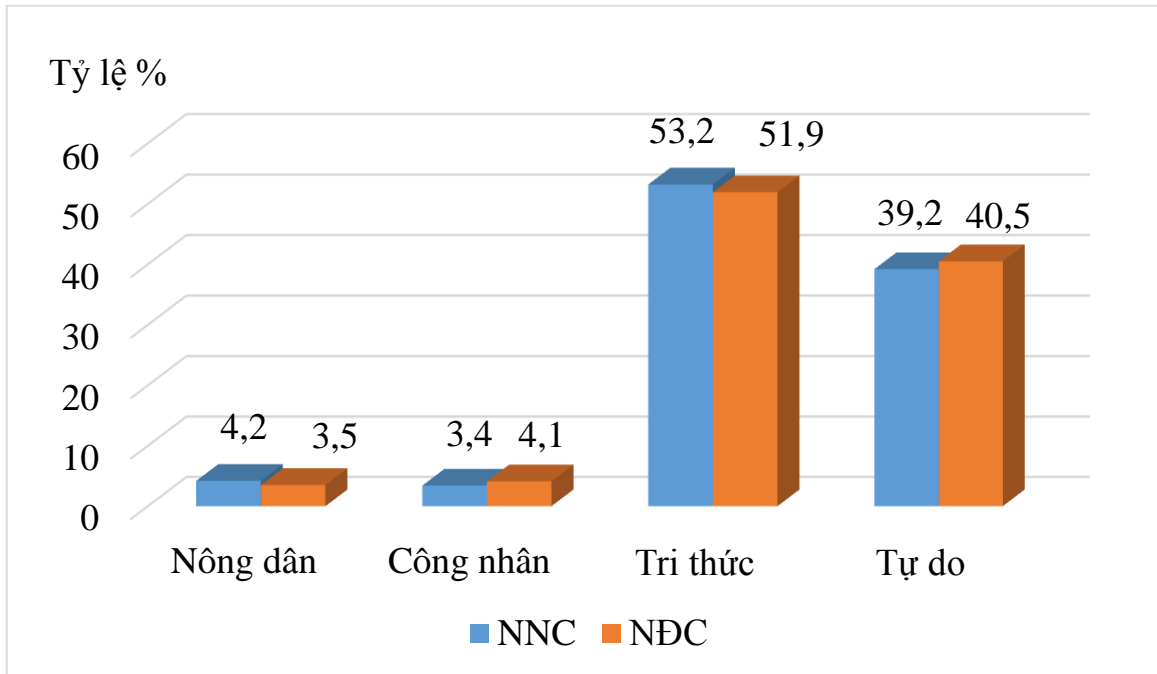
**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới**

Nhận xét:

- Tỷ lệ mắc mất ngủ ở nữ giới có xu hướng cao hơn nam giới. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Không có sự khác biệt về phân bố theo giới tính giữa 2 nhóm nghiên cứu ( $p > 0,05$ ).

### 3.1.2. Đặc điểm về nghề nghiệp, hoàn cảnh gia đình



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

Nhận xét:

Tỷ lệ mắc mắt ngủ mạn tính tập trung nhiều nhất là nhóm nghề viên chức và nghề tự do và thấp nhất ở nhóm nghề nông dân và công nhân ở cả 2 nhóm nghiên cứu. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

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

Đặc điểm		NNC		NDC	
		n	%	n	%
<b>Hôn nhân</b>	Độc thân	1	3,3	0	0
	Có vợ (chồng)	29	96,7	30	100
	Ly thân, ly dị	0	0	0	0
<b>Hoàn cảnh gia đình</b>	Sống cùng gia đình	30	100	30	100
	Sống cô đơn	0	0	0	0
	Khác	0	0	0	0

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về đặc điểm hôn nhân và hoàn cảnh gia đình giữa 2 nhóm nghiên cứu.

### 3.1.3. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

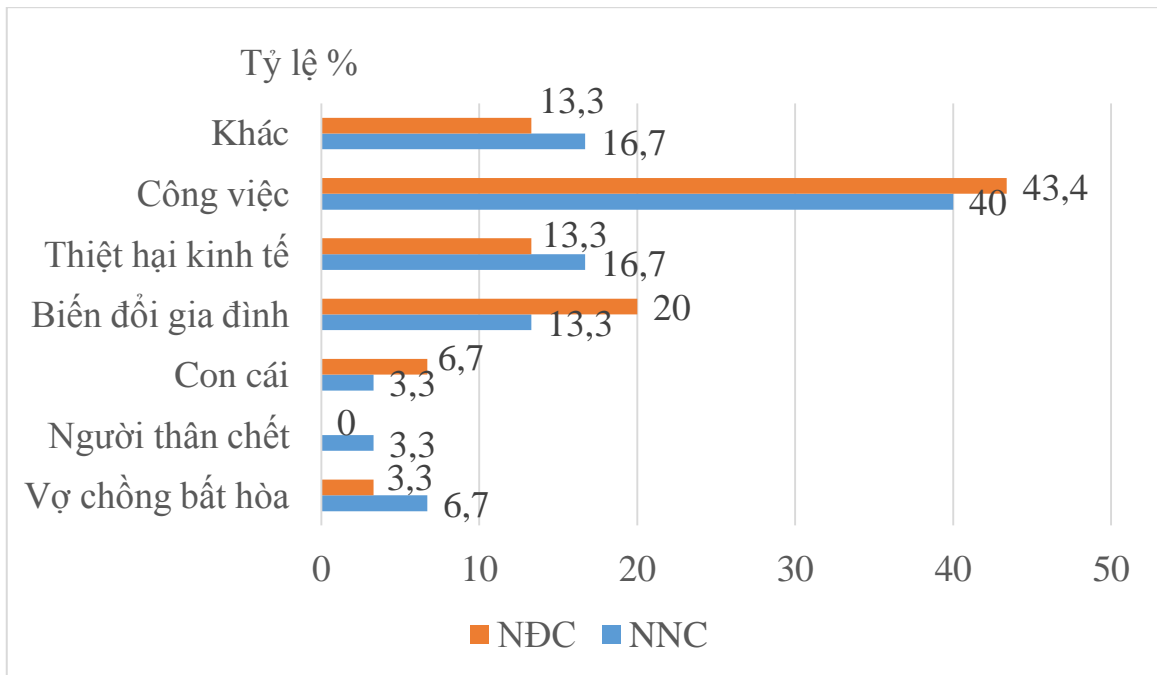
**Bảng 3.3. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh**

Thời gian mất ngủ	1-3 tháng		4-6 tháng		>6 tháng		p (NNC - NDC)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
NNC	3	10	20	66,7	7	23,3	> 0,05
NDC	4	13,3	18	60	8	26,7	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian mắc bệnh ở 2 nhóm với  $p > 0,05$ .

### 3.1.4. Đặc điểm về tiền sử sang chấn tâm lý



**Biểu đồ 3.3. Đặc điểm tiền sử sang chấn tâm lý**

Nhận xét:

Kết quả biểu đồ trên cho thấy, trong nghiên cứu này đa số BN của hai nhóm đều có liên quan đến tiền sử sang chấn tâm lý. NNC tiền sử liên quan đến công việc chiếm tỷ lệ cao nhất (40% ở NNC và 43,3% ở NĐC), thấp nhất ở đối tượng có người thân chết.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh 2 nhóm với nhau.



**3.2. Tác dụng của cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng điều trị mất ngủ thể Tâm tỳ hư trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng**

**3.2.1. Đánh giá thời lượng giấc ngủ**

**Bảng 3.4. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ qua các giai đoạn điều trị**

<b>Thời lượng giấc ngủ</b>	<b>T<sub>0</sub> (<math>\bar{X} \pm SD</math>)</b>	<b>T<sub>1</sub> (<math>\bar{X} \pm SD</math>)</b>	<b>T<sub>2</sub> (<math>\bar{X} \pm SD</math>)</b>
<b>Nhóm</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>
NNC (n=30)	4,01 ± 0,53	5,26 ± 0,62	6,76 ± 0,40
NĐC (n=30)	4,03 ± 0,549	4,68 ± 0,41	5,73 ± 0,29
P <sup>(2-1)</sup>	<0,05		
P <sup>(3-1)</sup>	< 0,05		
P <sub>(NNC-NĐC)</sub>	> 0,05	<0,05	<0,05

Nhận xét:

- Sau 30 ngày điều trị thời lượng giấc ngủ của bệnh nhân trong nghiên cứu tăng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  so với trước điều trị và sau điều trị 15 ngày.

- Thời lượng giấc ngủ trung bình của NNC cao hơn NĐC ( $p < 0,05$ )

### 3.2.2. Hiệu quả trên thời lượng đi vào giấc ngủ

**Bảng 3.5. Thời gian vào giấc ngủ theo giai đoạn điều trị**

Nhóm	Thời gian (phút)	T <sub>0</sub> (1)		T <sub>1</sub> (2)		T <sub>2</sub> (3)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
NNC	< 15	0	0	0	0	3	10
	16-30	0	0	20	66,7	26	86,7
	31-60	13	43,3	10	33,3	1	3,3
	> 60	17	56,7	0	0	0	0
NĐC	< 15	0	0	0	0	2	6,6
	16-30	1	3,3	20	66,7	25	83,3
	31-60	11	36,7	8	26,7	3	10
	> 60	18	60	2	6,6	0	0
P <sub>(2-1)</sub>		<0,05					
P <sub>(3-1)</sub>		<0,05					
P <sub>(NNC-NĐC)</sub>		> 0,05		>0,05		<0,05	

Nhận xét:

Sau điều trị có sự cải thiện rõ rệt hiệu quả trên thời lượng đi vào giấc ngủ của cả 2 NNC và NĐC khi so sánh trước và sau điều trị ( $p < 0,05$ )

Không có sự khác biệt về thời gian đi vào giấc ngủ của 2 nhóm nghiên cứu ở thời điểm trước điều trị ( $p > 0,05$ ).

Không có sự khác biệt về hiệu quả điều trị của NNC và NĐC tại thời điểm T<sub>1</sub>

Tại thời điểm T<sub>2</sub>, Hiệu quả cải thiện thời lượng đi vào giấc ngủ của NNC cao hơn NĐC ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.2.3. Hiệu quả giấc ngủ theo từng giai đoạn

**Bảng 3.6. Sự thay đổi hiệu quả giấc ngủ theo giai đoạn điều trị**

Nhóm	HQGN (%)	T <sub>0</sub> (1)		T <sub>1</sub> (2)		T <sub>2</sub> (3)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
NNC	< 65	30	100	0	0	0	0
	65-74	0	0	7	23,3	0	0
	75-84	0	0	16	53,4	5	16,7
	≥ 85	0	0	7	23,3	25	83,3
NĐC	< 65	30	100	0	0	0	0
	65-74	0	0	14	46,6	0	0
	75-84	0	0	11	36,7	10	33,3
	≥ 85	0	0	5	16,7	20	66,7
P <sub>(2-1)</sub>		< 0,05					
P <sub>(3-1)</sub>		< 0,05					
P <sub>(NNC-NĐC)</sub>		> 0,05		< 0,05		< 0,05	

- Không có sự khác biệt về hiệu quả giấc ngủ của bệnh nhân ở cả 2 nhóm trước điều trị

- Sau điều trị, có sự cải thiện hiệu quả giấc ngủ ở cả hai nhóm so với trước điều trị ( $p < 0,05$ )

- Sau 15 ngày điều trị tỷ lệ bệnh nhân bệnh nhân có hiệu quả giấc ngủ đạt trên 85% ở 2 nhóm NNC và NĐC lần lượt là 23,3% và 16,7%: sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Sau 30 ngày điều trị: 83,3 % bệnh nhân ở NNC có hiệu quả giấc ngủ đạt trên 85% cao hơn NĐC là 66,7%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

### 3.2.4. Hiệu quả chất lượng giấc ngủ (theo đánh giá chủ quan)

**Bảng 3.7. Chất lượng giấc ngủ trước và sau khi điều trị**

Nhóm	CLGN	T <sub>0</sub> (1)		T <sub>1</sub> (2)		T <sub>2</sub> (3)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
NNC	Tốt	0	0	4	13,3	17	55,7
	Khá	0	0	6	20	13	43,3
	Trung bình	10	33,3	11	36,7	0	0
	Kém	20	66,7	9	30	0	0
NĐC	Tốt	0	0	2	6,6	9	30
	Khá	0	0	7	23,3	19	63,4
	Trung bình	12	66,7	9	30	1	3,3
	Kém	18	33,3	13	43,3	1	3,3
P <sub>(2-1)</sub>		<0,05					
P <sub>(3-1)</sub>		<0,05					
P <sub>(NNC-NĐC)</sub>		> 0,05		> 0,05		< 0,05	

Nhận xét:

Sau điều trị, cả hai nhóm đều cải thiện chất lượng giấc ngủ so với trước điều trị, kết quả điều trị của NNC cao hơn NĐC ( $p < 0,05$ )

### 3.2.5. Hiệu quả làm giảm biểu hiện thức giấc sớm

**Bảng 3.8. Sự thay đổi tình trạng thức giấc sớm trước và sau điều trị**

Nhóm	TGS (lần/tuần)	T <sub>0</sub> (1)		T <sub>1</sub> (2)		T <sub>2</sub> (3)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
NNC	0	0	0	3	10	18	60
	1	0	0	15	50	12	40
	2	9	30	12	40	0	0
	≥3	21	70	0	0	0	0
NĐC	0	0	0	3	10	17	56,7
	1	0	0	16	53,3	10	33,3
	2	10	33,3	11	36,7	1	3,3
	≥3	20	66,7	0	0	2	6,7
P <sub>(2-1)</sub>		<0,05					
P <sub>(3-1)</sub>		<0,05					
P <sub>(NNC-NĐC)</sub>		>0,05		>0,05		<0,05	

Nhận xét:

Có sự thay đổi tình trạng thức giấc sớm sau điều trị ở cả hai nhóm (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ).

Kết quả cải thiện của phương pháp cấy chỉ kết hợp dưỡng sinh và rotunda có xu hướng cao hơn khi dùng Rotunda đơn thuần, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$

**3.2.6. Hiệu quả làm giảm các triệu chứng mất ngủ gây nên sự mệt mỏi cản trở hoạt động xã hội và nghề nghiệp**

**Bảng 3.9. Sự thay đổi các rối loạn trong ngày trước và sau điều trị**

Nhóm	RLTN (Lần/tuần)	T <sub>0</sub> (1)		T <sub>1</sub> (2)		T <sub>2</sub> (3)	
		n	%	n	%	n	%
NNC	0	0	0	1	3,3	24	80
	1	3	10	9	30	6	20
	2	19	63,3	18	60	0	0
	≥3	8	26,7	2	6,7	0	0
NĐC	0	0	0	0	0	19	63,3
	1	5	16,7	8	43	11	36,7
	2	15	50	19	63,3	0	0
	≥3	10	33,3	3	10	0	0
P <sub>(2-1)</sub>		<0,05					
P <sub>(3-1)</sub>		<0,05					
P <sub>(NNC-NĐC)</sub>		> 0,05		> 0,05		< 0,05	

Nhận xét:

Kết quả điều trị những rối loạn trong ngày của NNC và NĐC có sự khác biệt so với trước điều trị ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

Tại thời điểm 15 ngày sau điều trị, hiệu quả cải thiện các rối loạn trong ngày của NNC và NĐC tương đương nhau ( $p > 0,05$ ).

Sau 30 ngày, tỷ lệ bệnh nhân không còn các rối loạn trong ngày ở NNC cao hơn NĐC (NNC 80% và NĐC 63,3%)

**Bảng 3.10. Cải thiện tình trạng buổi sáng trước và sau điều trị**

Nhóm	TTBS	T <sub>0</sub> (1)		T <sub>1</sub> (2)		T <sub>2</sub> (3)	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
NNC	Nặng	28	93,3	0	0	0	0
	Không đổi	2	6,7	1	3,3	0	0
	Cải thiện	0	0	28	93,4	11	36,7
	Tốt	0	0	1	3,3	19	63,3
NĐC	Nặng	27	90	4	13,3	0	0
	Không đổi	3	10	1	3,3	2	6,7
	Cải thiện	0	0	25	83,4	16	53,3
	Tốt	0	0	0	0	12	40
P <sub>(2-1)</sub>		<0,05					
P <sub>(3-1)</sub>		<0,05					
P <sub>(NNC-NĐC)</sub>		> 0,05		< 0,05		< 0,05	

Nhận xét:

Có sự khác biệt về tình trạng cải thiện tình trạng buổi sáng ở NNC và NĐC sau điều trị ( $p < 0,05$ ).

Hiệu quả cải thiện của NNC tốt hơn NĐC ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.7. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng

**Bảng 3.11. Cải thiện các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị**

Triệu chứng		Nhóm	Mệt mỏi	Sút cân	Giảm tập trung chú ý	Lo lắng không ngủ được	Hay quên	Cáu gắt	Hoa mắt, chóng mặt	p <sub>(NNC- NĐC)</sub>
T <sub>0</sub> (1)	NNC	n	30	2	28	20	22	15	30	>0,05
		%	100	6,7	93,3	66,7	73,3	50	100	
	NĐC	n	30	1	25	22	24	17	28	
		%	100	3,3	83,2	73,3	80	56,7	93,3	
T <sub>1</sub> (2)	NNC	n	16	1	18	12	13	10	17	>0,05
		%	53,3	3,3	60	40	43,3	33,3	56,7	
	NĐC	n	20	1	18	13	15	14	16	
		%	66,7	3,3	60	43,3	50	46,7	53,3	
T <sub>2</sub> (3)	NNC	n	2	0	3	2	4	3	3	<0,05
		%	6,7	0	10	6,7	13,3	10	10	
	NĐC	n	5	1	5	4	7	7	6	
		%	16,7	3,3	16,7	13,3	23,3	23,3	20	
P <sub>(2-1)</sub>			<0,05							
P <sub>(3-1)</sub>			<0,05							

Nhận xét:

Trước điều trị ở NNC và NĐC có mức độ xuất hiện triệu chứng lâm sàng là tương đương nhau ( $p > 0,05$ ).

Sau 15 ngày trị, mức độ cải thiện triệu chứng lâm sàng ở 2 nhóm là tương đương nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Sau 30 ngày điều trị, kết quả điều trị của NNC cao hơn NĐC ( $p < 0,05$ ).



**Bảng 3.12. Thay đổi tình trạng cân nặng**

Nhóm \ Thời điểm	T <sub>0</sub> (1)	T <sub>2</sub> (3)	P <sub>(3-1)</sub>
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
NNC	52,01 ± 4,72	52,03 ± 5,01	>0,05
NĐC	51,96 ± 4,81	52,04 ± 3,02	>0,05
P <sub>(NNC-NĐC)</sub>	>0,05		

Nhận xét:

Kết quả ở bảng trên cho thấy, cân nặng của bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng sau điều trị so với trước điều trị và giữa hai nhóm không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ).

### 3.2.8. Đánh giá sự cải thiện giấc ngủ theo thang điểm PSQI

**Bảng 3.13. Biến đổi điểm trong thang PSQI trước và sau điều trị**

Nhóm	Yếu Tố	T <sub>0</sub> (1) ( $\bar{X} \pm SD$ )	T <sub>2</sub> (3) ( $\bar{X} \pm SD$ )	P <sub>(3-1)</sub>
NNC (n=30)	CLGN theo đánh giá chủ quan	2,63 ± 0,41	0,72 ± 0,59	< 0,05
	Giai đoạn đi vào giấc ngủ	2,68 ± 0,56	0,94 ± 0,15	< 0,05
	Thời lượng giấc ngủ	2,95 ± 0,14	0,71 ± 0,52	< 0,05
	Hiệu quả của thói quen đi ngủ	2,67 ± 0,31	0,32 ± 0,18	< 0,05
	Các rối loạn trong giấc ngủ	2,49 ± 0,61	0,74 ± 0,37	< 0,05
	Sự sử dụng thuốc ngủ	0,85 ± 0,42	0 ± 0	< 0,05
	Rối loạn trong ngày	1,7 ± 0,6	0,39 ± 0,11	< 0,05

NĐC (n=30)	CLGN theo đánh giá chủ quan	2,26 ± 0,45	0,91 ± 0,44	< 0,05
	Giai đoạn đi vào giấc ngủ	2,67 ± 0,34	1,01 ± 0,17	< 0,05
	Thời lượng giấc ngủ	2,86 ± 0,21	0,9 ± 0,56	< 0,05
	Hiệu quả của thói quen đi ngủ	3,02 ± 0,11	1,51 ± 0,63	< 0,05
	Các rối loạn trong giấc ngủ	2,02 ± 1,1	1 ± 0,51	< 0,05
	Sự sử dụng thuốc ngủ	1,24 ± 0,712	0,41 ± 0,11	< 0,05
	Rối loạn trong ngày	2,19 ± 0,42	1,15 ± 0,21	< 0,05
P <sub>(NNC – NĐC)</sub>		< 0,05		

Nhận xét:

Sau 30 ngày điều trị, 7/7 yếu tố trong thang điểm PSQI có sự thay đổi rõ rệt ở cả 2 nhóm so với trước điều trị với  $p < 0,05$ ), NNC có sự cải thiện tốt hơn so với NĐC, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.14. Sự biến đổi điểm trung bình PSQI trước và sau**

Thời điểm Nhóm	T <sub>0</sub> (1) ( $\bar{X} \pm SD$ )	T <sub>2</sub> (3) ( $\bar{X} \pm SD$ )	P <sub>(3-1)</sub>
NNC	13,97 ± 3,01	4,52 ± 1,1	< 0,05
NĐC	14,21 ± 1,437	5,23 ± 1,32	< 0,05
P <sub>(NNC – NĐC)</sub>		< 0,05	

Nhận xét:

- Sau 30 ngày điều trị, điểm trung bình PSQI khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  so với thời điểm trước điều trị. Mức độ thay đổi điểm trung bình PSQI của NNC tốt hơn NĐC.

### 3.3. Sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng

**Bảng 3.15. Sự thay đổi công thức máu trước và sau điều trị**

Chỉ số		T <sub>0</sub> (1) ( $\bar{X} \pm SD$ )	T <sub>2</sub> (3) ( $\bar{X} \pm SD$ )	P <sub>(3-1)</sub>
Hồng cầu (T/l)	NNC (n=30)	4,46 ± 0,63	4,42 ± 0,43	>0,05
	NĐC (n=30)	4,94 ± 0,43	4,89 ± 0,67	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
Bạch cầu (G/l)	NNC (n=30)	7,12 ± 2,12	7,02 ± 1,93	>0,05
	NĐC (n=30)	7,09 ± 1,82	7,36 ± 1,13	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
Tiểu cầu (G/l)	NNC (n=30)	136,17 ± 7,03	135,95 ± 6,48	>0,05
	NĐC (n=30)	211,09 ± 45,89	214,67 ± 56,04	>0,05
	P <sub>(NNC-NĐC)</sub>	>0,05	>0,05	

Nhận xét:

Các chỉ số hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu của NNC và NĐC đều thay đổi không có ý nghĩa thống kê sau 30 ngày điều trị

**Bảng 3.16. Sự thay đổi sinh hóa máu trước và sau điều trị**

Chỉ số		T <sub>0</sub> (1) ( $\bar{X} \pm SD$ )	T <sub>2</sub> (3) ( $\bar{X} \pm SD$ )	P <sub>(3-1)</sub>
Ure (mmol/l)	NNC (n=30)	5,08 ± 1,07	4,99 ± 0,97	>0,05
	NĐC (n=30)	5,12 ± 0,98	4,81 ± 0,65	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
Creatinin ( $\mu\text{mol/l}$ )	NNC (n=30)	73,13 ± 11,07	74,92 ± 11,33	>0,05
	NĐC (n=30)	79,09 ± 5,67	80,20 ± 4,49	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
AST (U/l)	NNC (n=30)	29,84 ± 7,04	29,80 ± 6,99	>0,05
	NĐC (n=30)	28,66 ± 4,25	29,65 ± 3,92	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
ALT (U/l)	NNC (n=30)	29,84 ± 7,64	28,95 ± 6,99	>0,05
	NĐC (n=30)	29,74 ± 5,71	29,43 ± 4,89	>0,05
	P <sub>(NNC-NĐC)</sub>	>0,05	>0,05	

Nhận xét:

Sau 30 ngày điều trị, các chỉ số chức năng gan (AST, ALT), chức năng thận (ure, creatinine) của bệnh nhân đều nằm trong giới hạn bình thường. Sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

### 3.4. Tác dụng không mong muốn của phương pháp

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

**Bảng 3.17. Sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn trước và sau điều trị**

Chỉ số		T <sub>0</sub> (1) ( $\bar{X} \pm SD$ )	T <sub>30</sub> (3) ( $\bar{X} \pm SD$ )	P <sub>(3-1)</sub>
Mạch (lần/phút)	NNC (n=30)	70,19 ± 5,06	71,34 ± 4,01	>0,05
	NĐC (n=30)	71,00 ± 4,27	72,21 ± 4,23	>0,05
	P <sub>NNC-NĐC</sub>	>0,05	>0,05	
Huyết áp TB (mmHg) $\bar{X} \pm SD$	NNC (n=30)	90,15 ± 5,67	90,23 ± 6,09	>0,05
	NĐC (n=30)	90,34 ± 6,34	89,92 ± 6,41	>0,05
	P <sub>(NNC-NĐC)</sub>	>0,05	>0,05	

Nhận xét:

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

#### 3.4.2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ

**Bảng 3.18. Các tác dụng không mong muốn của cấy chỉ**

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Xử trí	Sau xử trí
Choáng	Không	Không	Không
Chảy máu	Không	Không	Không
Sẩn ngứa	Không	Không	Không
Đau sưng	Không	Không	Không
Bầm tím	Không	Không	Không
Abces nơi cấy chỉ	Không	Không	Không

Nhận xét:

Trong quá trình điều trị, không có bệnh nhân nào biểu hiện bất thường tại vị trí thực hiện cấy chỉ. Không có bệnh nhân nào xuất hiện choáng trong quá trình 30 ngày điều trị

**Bảng 3.19. Tác dụng không mong muốn của phương pháp dưỡng sinh  
Nguyễn Văn Hưởng**

Tác dụng không mong muốn	T <sub>0</sub> (n= 30)		T <sub>30</sub> (n=30)	
	n	%	n	%
Hoa mắt chóng mặt	0	0	0	0
Nôn	0	0	0	0
Buồn nôn	0	0	0	0
Đau đầu	0	0	0	0
Đau cơ	0	0	0	0

Nhận xét:

Trong quá trình thực hiện bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng, không bệnh nhân nào có biểu hiện bất thường (buồn nôn, nôn, đau đầu, hoa mắt chóng mặt, đau cơ).

### 3.4.3. Tác dụng không mong muốn của Rotunda

**Bảng 3.20. Các tác dụng không mong muốn của Rotunda**

Biểu hiện	Ngày xuất hiện	Xử trí	Sau xử trí
Đau đầu	Không	Không	Không
Kích thích vật vã	Không	Không	Không
Mất ngủ	Không	Không	Không

Nhận xét:

Không có bệnh nhân nào biểu hiện tác dụng không mong muốn sau khi uống Rotunda trong 30 ngày điều trị.

## Chương 4

### BÀN LUẬN

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

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

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, độ tuổi mất ngủ gặp nhiều nhất là trên 60 tuổi chiếm 50% tổng số bệnh nhân nghiên cứu, tiếp đến là độ tuổi từ 40 – 59 chiếm 40%, ít gặp ở độ tuổi dưới 29 tuổi, độ tuổi trung bình là  $57,60 \pm 15,58$ . Sự phân bố bệnh nhân theo tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với  $p > 0,05$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Lê Thế Khoát [39], tác giả Vũ Thị Châu Loan [38], tác giả Nguyễn Văn Tâm [40], tác giả Nguyễn Ngọc Đăng [41] khi cho rằng mất ngủ gặp nhiều ở những người trên 40 tuổi. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu trước đây của Hohagen và Ohayon [63] đã giải thích sự gia tăng mất ngủ và các thay đổi về kiểu giấc ngủ có liên quan đến tuổi, như là giảm đáng kể giấc ngủ có sóng chậm phản ánh sự thoái hoá của cơ chế truyền sóng chậm của giải phẫu – thần kinh liên quan đến tuổi.

Mặt khác, độ tuổi từ 40 trở đi có sự gia tăng gánh nặng gia đình và có sự thay đổi nội tiết ở cả nam và nữ nên tỷ lệ mất ngủ tăng, kết hợp với đó là sự lão hóa của tuổi già càng làm cho tỷ lệ mất ngủ tăng cao.

Theo lý luận Y học cổ truyền, người trên 40 tuổi thì âm khí đã kém đến phần nửa” nên nói khí dương thường thừa mà khí âm thường thiếu, mà giấc ngủ thuộc phần âm, do vậy bệnh gặp nhiều ở lứa tuổi trên 40 [7].

Tuệ Tĩnh trong cuốn Nam dược thần hiệu cho rằng: “Mất ngủ có 3 nguyên nhân: Người già dương suy hay khí ốm mới khởi còn yếu mà không ngủ được, đàm tụ ở đờm kinh và thần không yên mà không ngủ [34],[36].

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

Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy, sự khác biệt về tỷ lệ nam nữ mắc mất ngủ không thực tồn chưa có ý nghĩa thống kê ở cả 2 nhóm ( $p > 0,05$ ), mất ngủ không thực tồn có xu hướng mắc nhiều ở nữ hơn nam (55% nữ và 45% nam).

Tỷ lệ này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thế Khoát với tỷ lệ mắc của nữ/nam là 56,67%/43,33% [39], tác giả Vũ Thị Châu Loan với là 57,58%/42,42% [38] ; và khác biệt với kết quả nghiên cứu của một số tác giả như Nguyễn Ngọc Đăng với tỷ lệ nữ/nam là 72,25%/27,75% [41], tác giả Nguyễn Văn Tâm với tỷ lệ nữ/nam là 76,36%/23,64% [40]. Tuy nhiên các tác giả đều nhận thấy tỷ lệ mắc ở nữ nhiều hơn ở nam giới. Có thể giải thích điều này như sau:

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.... Hơn nữa, 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 [54].

Theo Y học cổ truyền, nguyên nhân chứng thất miên là do khí huyết suy, cơ nhục bất hoạt, vinh vệ chi đạo sáp. Chân âm, tinh huyết hư, âm dương không giao hoà thì thần chí không yên gây mất ngủ, giấc ngủ vốn thuộc phần âm, do thần làm chủ, thần yên thì ngủ được, thần không yên thì không ngủ được. Nguyên nhân làm cho thần không yên một là do tà khí nhiễu loạn, hai là do dinh khí bất túc” . Người phụ nữ liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt, thai sản nên âm huyết và tinh huyết dễ bị tổn thương suy yếu mà cũng dẫn đến bệnh mất ngủ vậy nên chẳng tỷ lệ nữ giới thường mất ngủ nhiều hơn nam giới. Người già khí huyết hư nhược, tâm thần không yên mà gây nên mất ngủ [24].



### **4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp và hoàn cảnh gia đình**

Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân có nghề nghiệp là viên chức chiếm tỷ lệ cao nhất 52,55% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu, thấp dần ở các nhóm lao động tự do, nông dân, công nhân. Khác biệt nghề nghiệp không có ý nghĩa thống kê khi so sánh 2 nhóm nghiên cứu (Biểu đồ 3.2).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Đoàn Văn Minh [29], Vũ Thị Châu Loan [38] và Lê Thế Khoát [39], Nguyễn Văn Tâm [40] tỷ lệ mất ngủ của nhóm lao động trí thức đều chiếm tỷ lệ cao nhất trên 50%.

Lao động trí thức thường phải chịu nhiều căng thẳng từ áp lực công việc, stress, lại ít hoạt động thể lực, thời gian sử dụng máy tính nhiều thường hay ảnh hưởng đến giấc ngủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng mất ngủ thường có độ tuổi từ 40 trở lên có nhiều sự thay đổi về hormon sinh dục, tâm sinh lý, gây nên tình trạng không điều hòa trong cơ thể, nhất là khi nghỉ ngơi về ban đêm càng biểu hiện rõ mất cân bằng, nên dẫn đến khó ngủ và mất ngủ. Điều này phù hợp với tiêu chuẩn trong bảng phân loại bệnh quốc tế ICD- 10, mục F51.0 đó là mất ngủ phát triển ở thời điểm có đời sống stress tăng lên [23]

Về đặc điểm hoàn cảnh gia đình: 100% bệnh nhân trong nghiên cứu sống cùng gia đình và hơn 90% là đã có vợ/chồng. Điều này nói lên mối quan hệ trong gia đình góp phần không nhỏ dẫn đến tình căng thẳng, stress từ đó dẫn đến mất ngủ. Kết quả này cũng phù hợp với số liệu của chúng tôi thống kê được tỷ lệ mất ngủ gặp nhiều ở nữ hơn nam và có liên quan đến vấn đề tâm lý căng thẳng.

### **4.1.4. Đặc điểm thời gian mắc bệnh**

Thời gian bị mắc bệnh từ 4-6 tháng chiếm tỷ lệ nhiều nhất (66,7% ở NNC và 60% ở NĐC), mắc bệnh lâu hơn 6 tháng chiếm 23,3% ở NNC và

26,7% ở NĐC, và từ 1-3 tháng chiếm 10% ở NNC và 13,3% ở NĐC. Ở cả hai nhóm nghiên cứu và đối chứng thì tính chất khởi phát bệnh của các bệnh nhân đều diễn ra từ từ.

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

#### **4.1.5. Đặc điểm tiền sử sang chấn tâm lý**

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân mất ngủ do yếu tố công việc chiếm tỷ lệ cao nhất (40% ở NNC và 43,3% ở NĐC), tiếp đó là các yếu tố biến đổi gia đình, thiệt hại về kinh tế 30% ở NNC và 33% ở NĐC. Các yếu tố có liên quan đến vấn đề con cái, người thân và vợ chồng bất hòa chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả đặc điểm phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp gặp nhiều ở nghề nghiệp là tri thức. Theo ICD-10: “Mất ngủ phát triển ở thời điểm có stress tăng lên” [23]. Stress được định nghĩa là sự trải qua các cảm xúc âm tính kèm theo sự thay đổi các tiền chất hoá sinh, sinh lý, sự nhận thức, cách cư xử mà nó trực tiếp gây ra căng thẳng hoặc thích nghi với ảnh hưởng đó. Các sự kiện trong cuộc sống gây stress, như mất người thân, ly dị, con cái hư hỏng, mất việc, tiếng ồn, các va chạm trong sinh hoạt cuộc sống hàng ngày ... Hầu hết các định nghĩa về stress đều nhấn mạnh mối quan hệ giữa cá nhân với môi trường. Stress có thể gây hại đối với cơ thể vì nó phá vỡ hoạt động sinh lý và cảm xúc của cơ thể và có thể

gây bệnh nếu Stress kéo dài. Có ít nhất bốn hệ thống sinh lý bị ảnh hưởng hoặc trở thành bệnh lý dưới tác động của stress, những hệ thống này là hệ giao cảm tuỷ thượng thận, hệ tuyến yên-vỏ thượng thận, hệ peptit và hệ miễn dịch [28]. Những nghiên cứu gần đây chỉ ra tác nhân gây stress mạnh như tấn công, bạo lực, thiên tai... được gọi chung bằng thuật ngữ “rối loạn stress sau sang chấn”. Hội chứng này làm tăng mất ngủ, rối loạn giấc ngủ, giảm trí nhớ, kém tập trung và kể cả gia tăng phạm tội [20],[60].

## **4.2. Bàn luận về tác dụng của cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng điều trị mất ngủ thể Tâm tỳ hư trên một số chỉ số lâm sàng**

### **4.2.1. Tác dụng của phương pháp lên thời lượng giấc ngủ**

Thời lượng giấc ngủ tính theo số giờ trung bình bệnh nhân ngủ được trong một đêm. Số giờ trung bình bệnh nhân ngủ được trong một đêm là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá chất lượng giấc ngủ, được tính bằng số giờ trung bình bệnh nhân ngủ được trong một đêm. Thời lượng số giờ ngủ được trong một đêm càng gần với số giờ theo sinh lý giấc ngủ của một người bình thường, thì sẽ làm cho cơ thể được nghỉ ngơi sau một ngày hoạt động làm việc và các chức năng hoạt động cơ quan được sửa chữa, điều chỉnh, cân bằng hồi phục.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự cải thiện thời lượng giấc ngủ sau 15 và 30 ngày điều trị. Cụ thể:

Trước vào viện, thời lượng giấc ngủ của bệnh nhân trung bình là 4,01 (NNC) và 4,03 (NĐC) thì sau 15 ngày điều trị đã lên đến 5,26 giờ (NNC) và 4,68 giờ (NĐC).

Sau 30 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ ở NNC gần như trở về bình thường với trung bình thời lượng ngủ là 6,76 (tăng lên 2,7 giờ so với trước điều trị), trong khi ở NĐC thời lượng trung bình là 5,73 (tăng lên 1,7 giờ so với trước điều trị) ( $p_{(NNC-NĐC)}$ ). Như vậy, hiệu quả cải thiện thời lượng giấc

ngủ của phương pháp cấy chỉ kết hợp bài tập dưỡng sinh và Rotunda cho tác dụng tốt hơn uống Rotunda đơn thuần.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tâm khi đánh giá tác dụng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần lên thời lượng giấc ngủ cũng cho kết quả sau 30 ngày điều trị đều tăng lên hơn 2,5 giờ so với trước điều trị [40]; Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Ngọc Đăng dùng viên nén Ích khí an thần – HVY điều trị mất ngủ không thực tồn sau 30 ngày điều trị thì thời lượng giấc ngủ cũng tăng 2,5 giờ so với trước điều trị [41]

Một số nghiên cứu của các tác giả khác như Nghiên cứu của Vũ Thị Châu Loan [38], Đoàn Văn Minh [29], Nguyễn Thị Hương Giang [42] sau điều trị thời lượng ngủ mỗi đêm tăng từ 3 giờ/đêm lên hơn 7 giờ/đêm.

#### ***4.2.2. Tác dụng của phương pháp lên thời lượng đi vào giấc ngủ***

Mất ngủ, khó ngủ là tình trạng bệnh lý gây khó khăn trong đời sống và ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống người bệnh. Mất ngủ thường biểu hiện nhiều hình thức khác nhau, trong đó thường thấy là người bệnh khó đi vào giấc ngủ.

Kết quả nghiên cứu bảng 3.5 cho thấy, trước điều trị 100% bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều có biểu hiện khó đi vào giấc ngủ, tập chung ở đối tượng người bệnh đi nằm khoảng hơn 60 phút mới ngủ được (56,7% NNC, 60% NĐC). Không có sự khác biệt về thời lượng giấc ngủ khi so sánh 2 nhóm với  $p > 0,05$ .

Sau 15 ngày, 30 ngày điều trị, có sự cải thiện thời lượng đi vào giấc ngủ của bệnh nhân ở cả 2 nhóm nghiên cứu, trong đó, mức độ cải thiện ở NNC tốt hơn NĐC ( $p < 0,05$ ). Cụ thể: sau 30 ngày điều trị tỷ lệ bệnh nhân ở NNC sau 15 – 30 phút đi vào giấc ngủ chiếm tỷ lệ 96,7%, ở NĐC tỷ lệ này chiếm 90%.

Như vậy, sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ và thời lượng giấc ngủ giúp bệnh nhân cải thiện chất lượng giấc ngủ tốt lên từ đó cải thiện chất

lượng cuộc sống người bệnh. So với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác khi sử dụng phương pháp không dùng thuốc như điện châm [40], thì thời gian đi vào giấc ngủ sau <15 phút và 30 phút đạt tỷ lệ lần lượt là: 50,00% và 40,00% [40], hoặc 43,3% và 46,7% [14], như vậy việc sử dụng phương pháp cấy chỉ kết hợp bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương và uống Rotunda cho kết quả cao hơn vì thời gian đi vào giấc ngủ nhanh hơn, dễ hơn và êm dịu hơn.

#### **4.2.3. Hiệu quả giấc ngủ theo từng giai đoạn**

Hiệu quả giấc ngủ được tính dựa trên tỉ lệ phần trăm số giờ ngủ được thực sự với số giờ nằm trên giường. Hiệu quả giấc ngủ sau điều trị tăng lên có nghĩa là thời lượng giấc ngủ được cải thiện.

Kết quả nghiên cứu bảng 3.6 cho thấy, trước điều trị 100% bệnh nhân ở cả NNC và NĐC đều có hiệu quả giấc ngủ dưới 65%. Sau 15 ngày điều trị, hiệu quả giấc ngủ tăng lên có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Sau 30 ngày điều trị, có 83,3% bệnh nhân có hiệu suất giấc ngủ từ 85% trở lên ở NNC và 66,7% ở NĐC. Như vậy, hiệu quả của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng ( $p < 0,05$ ).

Trong một số nghiên cứu khác về điều trị mất ngủ không thực tồn như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tâm: tỷ lệ bệnh nhân trước điều trị có hiệu quả giấc ngủ dưới 65% cũng chiếm 84,54% (NNC) và 85,45% (NĐC); sau điều trị 30 ngày, hiệu quả giấc ngủ tăng lên với 93,64% ở NNC và 72,73% ở NĐC [40]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Đăng cũng cho kết quả tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi [41].

#### **4.2.4. Hiệu quả chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan**

Qua nghiên cứu thấy tất cả bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu trước điều trị đều cho rằng chất lượng giấc ngủ của mình đều ở mức kém và trung bình (trong đó chất lượng giấc ngủ kém chiếm tỷ lệ cao), được thể hiện qua mức độ ảnh hưởng đến công việc, sinh hoạt và tình hình sức khỏe hôm sau.

Bảng 3.7 cho thấy, sau điều trị 15 ngày, hiệu quả giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của người bệnh đã tăng lên với mức tốt và khá chiếm 33,3% ở NNC và 30% ở NĐC, tác dụng của phương pháp cấy chỉ và tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp uống Rotunda tương đương tác dụng uống Rotunda đơn thuần. Tuy nhiên, sau 30 ngày điều trị, hiệu quả của NNC đã có sự khác biệt so với NĐC ( $p < 0,05$ ): NNC có tỷ lệ đạt hiệu quả tốt và khá là 100%, NNC là 93,4%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả: Nguyễn Thị Thu Thủy [43] (chất lượng giấc ngủ sau điều trị theo đánh giá chủ quan đạt tốt và khá là 100%) và cao hơn của tác giả Đoàn Văn Minh [29] (chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan có tiến triển tốt và khá sau điều trị là 93,4%). Nghiên cứu dùng điện châm và cứu kết hợp xoa bóp điều trị mất ngủ của Lê Thế Khoát [39] đạt tỷ lệ tốt là 56,67%, khá 35%.

#### ***4.2.5. Tác dụng thay đổi tình trạng thức giấc sớm, các rối loạn trong ngày và tình trạng buổi sáng***

Một giấc ngủ có chất lượng là phải đáp ứng các yêu cầu cơ bản như đủ giờ, giấc ngủ sâu và người bệnh cảm thấy thoái mái, tỉnh táo khi thức dậy. Tuy nhiên. Thức giấc sớm là một trong những triệu chứng mất ngủ hàng đầu, làm cho bệnh thêm trầm trọng. Nguyên nhân thức giấc có thể chỉ là tiếng động nhẹ, hay có thể là do ánh sáng, có khi phòng ngủ, gối ngủ không phù hợp, hoặc thức giấc là do ác mộng chiêm bao, nhưng có khi không rõ nguyên nhân của thức giấc. Người bệnh cảm thấy mệt mỏi và khó bắt đầu ngày mới, tình trạng này ảnh hưởng không nhỏ đến công việc và sinh hoạt. Do đó, thức giấc sớm có liên quan tới các rối loạn ban ngày và tình trạng buổi sáng.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.8 cho thấy, 2/3 tổng số bệnh nhân nghiên cứu có tình trạng thức giấc sớm nhiều hơn 3 lần/tuần (chiếm khoảng 69%) và

1/3 còn lại có tình trạng thức giấc sớm 2 lần/tuần. Sau điều trị 15 ngày, không còn bệnh nhân nào thức giấc nhiều hơn 3 lần/tuần, tỷ lệ bệnh nhân không còn tình trạng thức giấc sớm chiếm 10% ở cả NNC và NĐC. Sau 30 ngày điều trị, ở NNC có 60% bệnh nhân không có biểu hiện thức giấc sớm, 40% thức giấc 1 lần/tuần, không có bệnh nhân nào thức giấc nhiều hơn 2 lần/tuần. Kết quả này ở NĐC là 56,7%/33,3%, có 10% bệnh nhân thức giấc sớm từ 2 lần trở lên trong 1 tuần. Như vậy, tác dụng làm giảm tình trạng thức giấc sớm của NNC tốt hơn NĐC ( $p < 0,05$ ).

Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tâm [40] cho thấy tỷ lệ bệnh nhân không thức giấc sớm và thức giấc sớm 1 lần/tuần lần lượt là 62,73% và 33,64%; tác giả Vũ Thị Châu Loan [38] thì tỷ lệ bệnh nhân không thức giấc sớm và thức giấc sớm 1 lần/tuần là 63,6% và 36,4%. Như vậy, kết quả của chúng tôi cũng tương tự của các tác giả trên.

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. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: hầu hết các bệnh nhân đều gặp những rối loạn ban ngày từ 2 lần/tuần trở lên (NNC: 905; NĐC: 83,3%). Sau 15 ngày điều trị tỷ lệ này giảm xuống còn 66,7% ở NNC và 73,3% ở NĐC, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Sau 30 ngày điều trị, 80% bệnh nhân ở NNC không còn các rối loạn trong ngày, 10% xuất hiện 1 lần/tuần; tỷ lệ này ở NĐC tương đương là 63,3% và 36,7%.

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.

Mất ngủ kéo dài, thời lượng giấc ngủ không đủ kèm thêm với tình trạng thức giấc sớm nên hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có

tình trạng buổi sáng ở mức độ nặng (93,3% ở NNC và 90% ở NĐC) với biểu hiện mệt mỏi, giảm sự tập chung chú ý từ đó làm giảm hiệu suất lao động, làm việc. Tuy nhiên sau 15 ngày, 30 ngày điều trị, tình trạng buổi sáng của bệnh nhân đã tốt lên. Hiệu quả cải thiện của NNC cao hơn NĐC ( $p < 0,05$ ). Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả cải thiện thời lượng giấc ngủ, giảm tình trạng thức sớm, từ đó não bộ được nghỉ ngơi đầy đủ, nên hoạt động công việc sinh hoạt của người bệnh được cải thiện hơn.

#### ***4.2.6. Tác dụng cải thiện các triệu chứng lâm sàng***

Bảng 3.11 cho thấy, đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều biểu hiện các triệu chứng kèm theo khi mất ngủ. Trước điều trị 100% bệnh nhân có mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt; 93,3% bệnh nhân có biểu hiện giảm chú ý; 66,7% lo lắng về vấn đề không ngủ được của mình, 73,3% hay quên hơn từ ngày xuất hiện tình trạng mất ngủ, 50% bệnh nhân thay đổi tính tình trở nên cáu gắt hơn, chỉ có 2 bệnh nhân gây sút cân chiếm tỷ lệ 6,7% đều nằm trong nhóm bệnh nhân có biểu hiện mất ngủ lâu hơn 6 tháng. ở NNC tỷ lệ này lần lượt là 100%/93,3%/83,2%/23,2%/80%/56,7%/3,3%. Sau 15 ngày điều trị, các triệu chứng này giảm nhiều tương đồng với tỷ lệ giảm các rối loạn trong ngày (Bảng 3.9). Mức độ cải thiện rõ rệt nhất sau 30 ngày điều trị: 88,3% bệnh nhân không còn biểu hiện mệt mỏi trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chỉ còn 1 biểu hiện gây sút cân (ở nhóm đối chứng, nhưng cân nặng không đổi), 86,6% bệnh nhân tập trung hơn trong công việc, 90% giảm hoặc hết lo lắng về giấc ngủ của mình, 81,7% cải thiện tình trạng trí nhớ, 86,8% tính tình hòa nhã hơn, 85% hết hoa mắt chóng mặt. Tác dụng cải thiện triệu chứng lâm sàng của NNC tốt hơn NĐC ( $p < 0,05$ ).

Lý giải cho kết quả này như sau:

Cấy chỉ chữa mất ngủ là một biện pháp sử dụng chỉ khâu phẫu thuật vi cấy ghép vào huyết vị. Cấy chỉ có tác dụng tồn lưu lâu dài trên huyết trong



khoảng thời gian khoảng từ 15 đến 20 ngày. Dưới sự tác động của chỉ khâu phẫu thuật tự tiêu vào huyết vị sẽ giúp kích thích cơ thể tạo ra kích thích cơ học tương tự phương pháp châm cứu, có khả năng kích thích tăng sinh các hormon điều hòa giấc ngủ như serotonin, hình thành cung phản xạ gây buồn ngủ, an thần, loại bỏ triệu chứng trằn trọc, khó ngủ mỗi đêm. Mặt khác, cây chi cũng tác động trực tiếp đến hệ thần kinh, kích thích ra hormon endorphin có tác dụng tăng cường lưu thông máu giảm đau, giảm căng thẳng, giúp cơ thể thả lỏng, dễ đi vào giấc ngủ hơn.

Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng chủ yếu là luyện thần kinh, nhằm mục đích điều hòa hai quá trình hưng phấn và ức chế, đồng thời giúp lưu thông khí huyết, điều hòa chức năng tạng phủ, từ đó giúp người bệnh có giấc ngủ sâu hơn, dễ đi vào giấc ngủ hơn.

Thuốc Rotunda hay còn được gọi là Rotundin có tác dụng ức chế hệ thống lưới và receptor Dopamin ở não. Thuốc có tác dụng ức chế các hoạt động thần kinh, đặc biệt tác động vào thể lưới trên não bộ, làm tăng hoạt tính GABA do đó làm cho điện thế màng của tế bào thần kinh rơi và tăng phân cực. Sự tăng phân cực này làm tế bào bị ức chế, không tiếp nhận thêm các kích thích thần kinh. Sự ức chế này đưa cơ thể vào trạng thái buồn ngủ và vào giấc ngủ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Lê Thế Khoát [39] trước điều trị tỷ lệ mệt mỏi 86,67%, giảm tập trung 65,00%, hay quên 46,67%, hoa mắt chóng mặt 21,67%, đau gáy 28,33%, sút cân 43,33%, lo lắng 51,56%, sau điều trị các triệu chứng này chỉ còn 0-5%; Nguyễn Ngọc Đăng [41] triệu chứng giảm tập trung chiếm tỷ lệ cao nhất (53,3% ở nhóm nghiên cứu và 88,9% ở nhóm đối chứng), tiếp theo là triệu chứng hoa mắt chóng mặt (57,8% ở nhóm chứng và 51,1% ở nhóm

ngiên cứu). Các biểu hiện này hết hoặc còn rất ít tại thời điểm ngày thứ 21 sau điều trị ở cả hai nhóm.

#### **4.2.7. Tác dụng lên cân nặng**

Mất ngủ với biểu hiện khó ngủ, ngủ không sâu giấc, thức giấc nhiều lần giữa đêm... không chỉ ảnh hưởng tới nhịp sinh hoạt hàng ngày và công việc mà còn là nguyên nhân gây rối loạn cân nặng người bệnh. Mất ngủ gây sụt cân diễn ra khá phổ biến ở những người làm việc trong môi trường áp lực, căng thẳng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 bệnh nhân mất ngủ dẫn đến sụt cân đề thuộc nhóm mất ngủ kéo dài hơn 6 tháng, dẫn đến tình trạng lo lắng về chất lượng giấc ngủ của mình. Theo y học cổ truyền, lo quá thì hại tỳ, làm cho chức năng vận hóa thủy cốc trong cơ thể bị rối loạn, tinh hậu thiên không được cung cấp đầy đủ đi nuôi dưỡng tứ chi cơ nhục lâu ngày dẫn đến gây sụt cân.

Bảng 3.12 cho thấy, cân nặng trung bình của hai nhóm thay đổi không có ý nghĩa thống kê khi so sánh trước và sau điều trị và so sánh 2 nhóm với nhau ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, NNC lúc đầu có 2 bệnh nhân sụt cân thì sau 30 ngày điều trị, không còn bệnh nhân nào có biểu hiện gầy sút, đi kèm với đó là tình trạng mệt mỏi và lo lắng đã giảm rất nhiều. Ở NĐC có 1 bệnh nhân gầy sút cân trước nghiên cứu, tuy tình trạng cân nặng không tiếp tục giảm nhưng bệnh nhân vẫn còn biểu hiện mệt mỏi, không muốn làm việc, tinh thần không thư thái. Điều này càng nhấn mạnh ưu điểm của phương pháp cấy chỉ và dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương giúp thông kinh lạc, thư cân giãn cơ giúp điều hòa khí huyết, điều hòa chức năng tạng phủ tốt tốt hơn nhóm dùng Rotunda đơn thuần.

#### **4.2.8. Tác dụng cải thiện giấc ngủ theo thang điểm PSQI**

Thang điểm PSQI nhằm đánh giá 7 yếu tố biểu thị chất lượng giấc ngủ. Bảng 3.13 hiện sự cải thiện các yếu tố theo thang điểm PSQI, trước điều trị

điểm trung bình của từng yếu tố ở nhóm nghiên cứu, nhóm đối chứng có sự tương đương nhau ( $p > 0,05$ ), sau điều trị có sự cải thiện rõ rệt các yếu tố ở từng thời điểm như yếu tố 1: RLGN theo đánh giá chủ quan; yếu tố 2: Giai đoạn ngủ gà; yếu tố 3: Thời lượng giấc ngủ; yếu tố 4: Hiệu quả của thói quen đi ngủ; yếu tố 5: Các rối loạn trong giấc ngủ; yếu tố 6: Sự sử dụng thuốc ngủ; yếu tố 7: Rối loạn trong ngày. Cả 7 yếu tố trên sau và sau 30 ngày điều trị, đều có sự cải thiện rõ rệt qua các thời điểm của cả hai nhóm và có sự khác biệt so với trước điều trị ( $p < 0,05$ ), đồng thời sự cải thiện của nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm đối chứng với ( $p < 0,01$ ).

Trước điều trị, Điểm trung bình PSQI của NNC và NĐC khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Sau 30 ngày điều trị, có sự cải thiện rất tốt điểm PSQI ở cả hai nhóm, trong đó NNC giảm nhiều hơn so với NĐC ( $p < 0,05$ ).

Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tâm khi đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ không thực tồn của viên nén Dưỡng tâm an thần cho thấy mức điểm PSQI sau 30 ngày điều trị ở NNC là  $3,84 \pm 2,32$  và NĐC là  $5,71 \pm 2,72$  [40]. Tác giả Nguyễn Ngọc Đăng đánh giá tác dụng của viên nén Ích khí an thần – HVY trên bệnh nhân rối loạn giấc ngủ không thực tồn thể tâm tỳ hư cho kết quả điểm trung bình PSQI sau 21 ngày điều trị ở NNC là  $4,56 \pm 1,078$  và ở NĐC là  $5,13 \pm 1,079$  [41]. Tác giả Đoàn Văn Minh khi nghiên cứu về tác dụng của điện châm các huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tồn thì biến đổi tổng điểm PSQI trước điều trị là 19,93; sau điều trị là 5,23 [29]. Nghiên cứu của Lê Thế Khoát dùng điện châm và cứu kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tồn có tổng điểm trung bình PSQI trước điều trị là 19,98, sau điều trị là 5,26 [39].

Như vậy các phương pháp của y học cổ truyền đều phát huy tác dụng trong điều trị mất ngủ không thực tồn.

### **4.3. Tác dụng của phương pháp lên sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng**

Kết quả sau 30 ngày điều trị cho thấy các chỉ số công thức máu cơ bản (hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) đều nằm trong giới hạn bình thường. Không có sự khác biệt đáng kể nào được ghi nhận trong quá trình diễn ra nghiên cứu. Chỉ số chức năng gan thận của bệnh nhân NNC và NĐC đều nằm trong giới hạn bình thường trước và sau khi kết thúc liệu trình điều trị. Điều này cho thấy, sự phối hợp điều trị giữa cây chỉ với bài tập dưỡng sinh của bác sỹ Nguyễn Văn Hương là an toàn cho người bệnh.

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

#### ***4.4.1. Tác dụng lên sự thay đổi dấu hiệu sinh tồn***

Dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp trung bình) được chúng tôi đánh giá tại 2 thời điểm là thời điểm trước điều trị (ngày  $T_0$ ) và khi kết thúc liệu trình điều trị (ngày  $T_{30}$ ). Các số thu thập được cho thấy không có sự khác biệt về các chỉ số này. Mạch và huyết áp trung bình của cả 2 nhóm bệnh nhân đều nằm trong giới hạn bình thường tại các thời điểm quan sát.

#### ***4.4.2. Tác dụng không mong muốn của cây chỉ***

Cây chỉ được coi là phương pháp điều trị giống như điện châm đều dựa trên nguyên lý sử dụng kích thích tại chỗ tại các nhóm cơ nhằm đạt kết quả mong muốn. Tuy nhiên trên lâm sàng, một số bệnh nhân do công việc bận rộn hoặc sợ phải đưa kim nhiều lần khi châm cứu nên người thầy thuốc lựa chọn phương pháp cây chỉ thay thế cho hình thức châm cứu hàng ngày, hơn nữa ưu điểm của cây chỉ tạo ra những dòng kích thích liên tục của sợi chỉ tự tiêu khi được đưa vào trong da nên đem lại hiệu quả cao hơn. Do dựa trên nguyên tắc đưa kim vào da nên phương pháp cây chỉ cũng sẽ gặp những tác dụng không mong muốn (nếu có) như trong châm cứu: choáng, ngất, chảy máu, bầm tím

nơi châm kim, abces nơi châm kim, dị ứng hay sản ngứa nơi châm kim... Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được cấy chỉ 2 lần/liệu trình và được theo dõi vị trí cấy chỉ trong 30 ngày liên tục cho thấy chưa ghi nhận được bất cứ tác dụng không mong muốn nào xuất hiện trong quá trình điều trị. Điều này đồng thời cũng cho thấy cấy chỉ là một phương pháp can thiệp trị liệu an toàn và hiệu quả điều trị mất ngủ không thực tồn.

#### ***4.4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng***

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

#### ***4.4.4. Tác dụng không mong muốn của thuốc Rotunda***

Trong thời gian 30 ngày dùng thuốc, chúng tôi không ghi nhận được tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng. Bệnh nhân không xuất hiện tác dụng không mong muốn nào Rotunda như đau đầu, kích thích, vật vã.

## KẾT LUẬN

### 1. Kết luận về tác dụng của cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng điều trị mất ngủ thể Tâm tỳ hư trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng

#### - Trên lâm sàng:

+ Làm tăng thời lượng giấc ngủ của người bệnh: sau 30 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ tăng từ  $4,01 \pm 0,53$  lên  $6,76 \pm 0,40$  ( $p < 0,05$ )

- Làm giảm thời gian đi vào giấc ngủ : trước điều trị 100% bệnh nhân có thời gian đi vào giấc ngủ kéo dài hơn 30 phút, sau điều trị 30 ngày, tỷ lệ này giảm xuống còn 3,3%

- Tăng hiệu quả giấc ngủ : trước điều trị, 100% bệnh nhân có hiệu quả giấc ngủ dưới 65%, sau 30 ngày điều trị có 83,3% bệnh nhân có hiệu quả giấc ngủ trên 85%, 16,7% đạt hiệu quả giấc ngủ 74% - 85%.

- Cải thiện chất lượng giấc ngủ: Sau 30 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả khá và tốt 100%.

- Cải thiện tốt triệu chứng thức giấc sớm, các rối loạn trong ngày và tình trạng buổi sáng

- Làm giảm các triệu chứng kèm theo mất ngủ

- Không làm ảnh hưởng đến cân nặng của bệnh nhân nghiên cứu

- Biến đổi các điểm trong thang PSQI : Cải thiện của các yếu tố trong thang điểm PSQI. Tổng điểm PSQI sau điều trị giảm rõ rệt từ  $13,97 \pm 3,01$  trước nghiên cứu xuống còn  $4,52 \pm 1,1$  ( $p < 0,05$ ).

Tác dụng của NNC tốt hơn NĐC có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- **Cận lâm sàng:** Các chỉ công thức máu, số sinh hóa máu thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ( $p > 0,05$ )

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

Không ghi nhận các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng, dấu hiệu sinh tồn; không thấy sự thay đổi, phương pháp cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng an toàn trên lâm sàng.

**KIẾN NGHỊ**

Cây chỉ kết hợp bài tập dưỡng sinh của bác sỹ Nguyễn Văn Hương nên được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng điều trị cho các bệnh nhân mất ngủ không thực tổn.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. **Trần Thị Bình An (1995).** *Các test tâm lý sử dụng cho người lớn, số phương pháp trong chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm*, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Bạch Mai, Hà nội tr 606.
2. **Nguyễn Năng An, Trần Thúy, Lê Thị Kim Dung (2000).** *Nghiên cứu các quần thể các lympho bào B, T ở người bệnh hen phế quản và bước đầu tìm hiểu sự thay đổi của chúng sau tập thở khi công dưỡng sinh dân tộc*, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr 233 – 236.
3. **Võ Văn Bản (1994).** *Rối loạn giấc ngủ*, Các chuyên đề tâm thần học, Viện sức khỏe tâm thần. Nhà xuất bản Y học, tr 45 – 78.
4. **Trần Hữu Bình (2006).** *Giáo trình tâm thần học dành cho bác sĩ đa khoa*, NXB Y học, tr 62- 82.
5. **Trần Hữu Bình (2006),** *Rối loạn giấc ngủ không thực tổn*, Giáo trình Tâm thần học dành cho bác sĩ đa khoa, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 62-68.
6. **Đình Văn Bền (2005),** *Điện não đồ ứng dụng trong thực hành lâm sàng*. Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr69, tr 27-32.
7. **Bộ môn Y học cổ truyền-Học viện quân y (2008),** *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân Dân, tr 148.
8. **Hoàng Bảo Châu (2012),** *Khí công*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr77-80.
9. **Nguyễn Phương Chi (2000),** *Nghiên cứu một số biến đổi lâm sàng và cận lâm sàng trước và sau luyện tập bài Thái cực trường sinh đạo*, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr 132 - 138

10. **Lê Quang Cường, Pierre Jallon (2006)**, *Điện não đồ trong giấc ngủ, Điện não đồ lâm sàng*, Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr 64 - 104.
11. **Lê Thị Kim Dung (2002)**, *Nghiên cứu thay đổi chức năng thông khí phổi, lớp dưới tế bào T, B và kết quả điều trị hen có kết hợp khi công dưỡng sinh dân tộc*, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr 67 - 77,
12. **Nguyễn Văn Dũng (2015)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng giấc ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress*, Đề tài khoa học công nghệ cấp cơ sở, Bệnh viện Bạch Mai, tr 37.
13. **Phạm Thị Minh Đức (1996)**, *Sự phát triển cơ thể và các tham gia điều hoà sự phát triển cơ thể*. Chuyên đề sinh lý tập I, tr 172-183.
14. **Cao Tiến Đức (2005)**, *Bệnh học tâm thần dành cho sau đại học*, Học viện Quân Y, tr 323-339.
15. **Lưu Hương Giang (2002)**, *Đánh giá hiệu quả lâm sàng điều trị mất ngủ không thực tổn (thể Tâm tỳ hư) bằng điện châm*. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội, tr 45-78.
16. **Phạm Thúc Hạnh, Trần Thúy (2000)**, *Nghiên cứu sự biến đổi chức năng hô hấp sau tập dưỡng sinh khí công dân tộc*, Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr 72 – 78.
17. **Lê Thị Hiến (2003)**, *Nghiên cứu ảnh hưởng của luyện tập thư giãn cổ truyền lên một số chỉ số sinh học*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr 56 – 79.
18. **Học viện Quân y (2007)**, *Tâm thần học và tâm lý học y học*. Nhà xuất bản quân đội nhân dân, tr 227-232.
19. **Nguyễn Văn Hưởng (2012)**, *Phương pháp dưỡng sinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 47 - 78.
20. **Lý Duy Hưng (2008)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh nhân rối loạn giấc ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress*, Luận văn tốt Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 46.

21. **Bùi Quang Huy (2010)**, *Mất ngủ*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, Tr 56-86.
22. **Nguyễn Mạnh Hùng (1999)**, *Những thành phần chủ yếu của điện não đồ*, Bệnh viện trung ương quân đội 108, tr 21 -30.
23. **ICD 10 (2015)**, Mục F51: Rối loạn giấc ngủ - F51.0: mất ngủ không tồn.
24. **Nguyễn Nhược Kim (2011)**, *Lý luận cơ bản YHCT*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 170 – 180.
25. **Phạm Khuê (1999)**, *Rối loạn giấc ngủ người cao tuổi*, Bài giảng Lão khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 199-207.
26. **Trần Thị Lan (2002)**, *Nghiên cứu ảnh hưởng của luyện khí công lên một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và siêu âm tim ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát*, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr 67 – 89.
27. **Trần Thị Lan, Dương Trọng Hiếu (2000)**, *Bước đầu nhận xét kết quả điều trị tăng huyết áp nguyên phát bằng phương pháp khí công dưỡng sinh*, Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr 237 – 246.
28. **Gia Minh (2012)**, Báo động tỷ lệ mắc rối loạn giấc ngủ tại các nước phát triển, *Tạp chí Future*, số 2/2013, tr 14-21.
29. **Đoàn Văn Minh (2009)**, *Đánh giá tác dụng điện châm huyết Nội quan, Thần môn, Tam Âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tồn*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr 56.
30. **Vũ Trọng Nam (2015)**, *Đánh giá tác dụng bài thuốc Cứu vị ích tâm thang kết hợp tập dưỡng sinh trong điều trị rối loạn giấc ngủ mạn tính*, Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội, tr 34.

31. **Nguyễn Đình Phát (2016)**, *Đánh giá hiệu quả của từ nhĩ châm điều trị Mất ngủ thể Tâm tỳ hư*, Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, tr 81.
32. **Nguyễn Thị Vân Thanh, Nguyễn Phương Hoa và cs (2001)**, *Giới thiệu và sơ bộ khảo sát chỉ bảo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSOI) trên nhóm bệnh nhân ở địa bàn Hà Nội*, Viện sức khỏe Tâm thần trung ương.
33. **Trần Mai Phương Thảo (2011)**, *Nghiên cứu khảo sát tình hình sử dụng thuốc ngủ tại bệnh viện Lão khoa Trung ương*, Luận văn Dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội, tr 56.
34. **Lương Hữu Thông (1995)**, *Nghiên cứu điều trị mất ngủ*, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, tr77.
35. **Trần Thúy (2006)**, *Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản y học, tr 402.
36. **Trần Thúy (2000)**, *Ý nghĩa của tâm và tâm thiên trong khi công dưỡng sinh*, Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr 296 – 300.
37. **Bộ Y tế (2015)**. Quy trình kỹ thuật châm cứu, *Tài liệu hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu*, Quy trình 42, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
38. **Vũ Thị Châu Loan (2016)**, *Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ không thực tổn bằng phép thư giãn Y học cổ truyền*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II . Trường Đại học Y Hà Nội
39. **Lê Thế Khoát (2014)**, *Đánh giá tác dụng của điện châm và cứu kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tổn*. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Thái bình năm 2014, tr 74

40. **Nguyễn Văn Tâm** (2019), *Nghiên cứu độc tính, tác dụng an thần trên thực nghiệm và điều trị mất ngủ không thực tổn trên lâm sàng của cao lỏng Dưỡng tâm an thần*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
41. **Nguyễn Ngọc Đăng** (2020), *Đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ không thực tổn của viên nén Ích khí an thần- HVY trên lâm sàng*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
42. **Nguyễn Thị Hương Giang** (2017), *Đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ của bài thuốc Hậu thiên lục vị phương ở phụ nữ mãn Kinh*, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà nội, tr 68
43. **Nguyễn Thị Thu Thủy** (2012), *Nghiên cứu tác dụng bài thuốc nam TTL trong điều trị chứng thất miên*, Luận văn Thạc sĩ, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

### **Tiếng Anh**

44. **Jacks. Edinger, PhD, Daniel J. Buysse MD and et al.** Quality mearsures for the care of patients with insomnia. *J Clin Sleep Med*, vol 11, p 311.
45. **Diagnostic crtiteria from DSM IV**, Primary Insomnia. Primary Sleep Disorders, Dyssomnias. *American Psychiatric Association*, 307(42), p 56-225.
46. **Shelley E, Taylor (1992)**, *What is Stress*, Heath psychology- 3 Edition, chapter 7, p 54-219.
47. **Lauren Hale, Do Phuong Do and et al (2009)**, Does mental hec history explain gender disparities in isomnia symptom among ya adults. *Sleep MD*, 10(10), p 1118-1123.
48. **Yanjie Han (2016)**, *Sleep disorder status of nurses in ge hospitals and its influencing factors*, *Psychiatria Danubina*

49. **Danje J. Buysse (2013)**. Insomnia. *JAMA*, 309(7), p 706-716.
50. **Danje J. (1989)**, The Pittsburg Sleep Quality Index: a new or Psychiatric Practice and Research, *Psychiatry*, 28(2), p 33-35.
51. **Reb AM , Saum NS, Murphy DA (2016)**, Qigong in Injured Service Members: A Feasibility Study. *J Holist Nurs*, 2016 Mar 27. p 56 -76.
52. **McQuade JL, Prinsloo S, Chang DZ (2016)**, Qigong/tai chi for on and fatigue in prostate cancer patients Jiotherapy: a randomized controlled trial. *Psychooncology*. 2016 Aug 22. doi: 10.1002/pon.4256. p 34 - 42
53. **Ohay. M (2001)**, Epidemiological study on insomnia in the general population, *Sleep* (19), pg 7-15.
54. **Zhang M, Xv G, Luo C (2016)**, Qigong Yi Jinjing Promotes. Pulmonary Function, Physical Activity, Quality of Life and Emotion Regulation Self-Efficacy in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pilot Study. *J Altern Complement Med*. 2016 Oct;22(10):810-817. Epub 2016 Aug 3. p 12.
55. **Lee MS, Hong SS, Lim HJ (2003)**, Retrospective survey on therapeutic efficacy of Qigong in Korea. *Am J Chin Med*. 2003;31(5):809-15. p 34 – 89.
56. **Lauche R, Wayne PM, Dobos G (2016)**, Prevalence, Patterns, and Predictors of T'ai Chi and Qigong Use in the United States: Results of a Nationally Representative Survey. *J Altern Complement Med*. 2016 Apr;22(4):336-42. doi: 10.1089/acm.2015.0356. Epub 2016 Mar 16. p 45.
57. **Yeh SC, Chang MY (2012)**, The effect of Qigong on menopausal symptoms and quality of sleep for perimenopausal women: a preliminary observational study, *I Altern Complement Med*. 2012 Jun;18(6):567-75. doi: 10.1089/acm 2011.0133. Epub 2012 Apr 26. P56 – 76.

58. **Benjamin J. Sadock et al (2005)**, *Normal sleep and disorders*. Concise textbook of Clinical psychiatry second edition, p 309 -321.
59. **Trupin S. (1992)**. *Inesomnia in women: exploring a hormonal etiology Female patients*, Vol (17), p 65-81.
60. **Grewal Ritu, Doghramji Karl (2010)**, *Epidemiology of InClinical Handbook of Insomnia*, p 13-22.
61. **Saverio Stranges, William Tigbe (2012)**, Sleep Problems An Emerging Global Epidemic? Findings From the INDEPTH WHO-SAGE Study Among More Than 40,000 Older Adults From 8 Countries Across Africa and Asia. *Sleep*. 2012 Aug 1, 35(8): 1173- 1181. Published online 2012 Aug 1. doi: 10.5665/sleep.2012. p 45 - 78.
62. **Liu XL, Chen S, Wang Y (2016)**, Effects of Health Qigong Exercises on Relieving Symptoms of Parkinson's Disease. *Evid Based Complement Alternat Med*; 2016:5935782. Epub 2016 Nov 7.p 45.
63. **Ohayon M. M et al (2003)**, "Place of cronic insomnia in the course of depressi ve and anxiety disorders", *Vol 37, J Psychiatry Res*, pp:9-15

**PHỤ LỤC 1**  
**BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU**  
**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮY CHỈ KẾT HỢP**  
**DƯỠNG SINH NGUYÊN VĂN HƯỜNG TRONG ĐIỀU TRỊ**  
**MẤT NGỦ THỂ TÂM TỶ HƯ**

Khoa :..... Mã số bệnh án:.....

**A.Hành chính**

1.Họ và tên: .....Tuổi :..... Nam/ Nữ :.....

2. Địa chỉ : .....

3.Nghề nghiệp : .....

4.Ngày, giờ vào viện :..... ra viện .....

**B. Lý do vào viện :.....**

**I. khám y học hiện đại**

**1. Bệnh sử**

**1.1 Hoàn cảnh gia đình :**

+ Sống cùng gia đình :

+ Sống cùng con cháu :

+ Sống cô đơn :

+ Các hoàn cảnh khác :

**1.2. Thời gian xuất hiện :**

Đã mất ngủ bao nhiêu lâu ( tháng , năm ) : .....

**1.3. Tính chất xuất hiện :**

+ Đột ngột :

+ Từ từ :

**1.4. Yếu tố thuận lợi :**

\* Stress :



- + Người thân mất :
- + Ly hôn :
- + Con cái hư hỏng :
- + Biến đổi gia đình :
- + Thiệt hại kinh tế :
- + Áp lực công việc :
- + Yếu tố khác :

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

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

**1.6. Giai đoạn thức ngủ :**

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

- + Ít hơn 15 phút :
- + Khoảng 15-30 phút :
- + Khoảng 31-60 phút :
- + Hơn 60 phút :

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

- + Hơn 7 tiếng :
- + 6 - 7 tiếng :
- + 5 - 6 tiếng :
- + Ít hơn 5 tiếng :

**1.8. 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 %

+ Từ 76- 85 %

+ Từ 65-75 %

+ Ít hơn 65 %

### **1.9. 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/tuần

+ 1-2 lần/ tuần

+ Hơn 3 lần/ tuần

\* Các lý do khác :

+ Ít hơn 1 lần/tuần

+ 1-2 lần/tuần

+ Hơn 3 lần/ tuần

### **1.10. Rối loạn trong ngày:**

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

+ Không

+ Ít hơn 1 lần/tuần

+ 1-2 lần/ tuần

+ Hơn 3 lần/ tuần

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

- + Không gây khó khăn gì
- + Chỉ gây khó khăn nhỏ
- + Trong chừng mực nào đó cũng gây khó khăn
- + Gây khó khăn lớn
- + Không để ý

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

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

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

\* Phương pháp :

+ Dùng thuốc :  + Không dùng thuốc :  + Thuốc đông y :

\* Thời gian điều trị.....

**1.13. Từng đợt hay liên tục :**

\* Thời gian mỗi đợt : ..... ngày

\* Tổng cộng bao nhiêu đợt : .....

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

STT	Yếu tố	Thời điểm	
		T0	T2
1	Chất lượng giấc ngủ		
2	Giai đoạn đi vào giấc 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>			

**2. Tiền sử**

2.1 Bản thân .....

2.2 Gia đình : .....

2.3 Thói quen liên quan tới mất ngủ : \* Có  \* Không

**3. Khám lâm sàng**

**3.1. Toàn thân:** .....

Cân nặng T0.....kg T2.....kg

Chiều cao .....cm

Huyết áp T0.....mmHg T2.....mmHg

**3.2. Bộ phận**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

#### 4. Cận lâm sàng

- Kết quả công thức máu:

<b>Thời điểm</b> <b>Chỉ số</b>	<b>T0</b>	<b>T2</b>
Hồng cầu (T/l)		
Huyết sắc tố (G/l)		
Bạch cầu ( %)		

- Kết quả sinh hóa máu

<b>Thời điểm</b> <b>Chỉ số</b>	<b>T0</b>	<b>T2</b>
Ure (mmol/l)		
Huyết sắc tố		
Bạch cầu (		
Creatinin ( $\mu\text{mol/l}$ )		

#### II. Theo dõi các tác dụng không mong muốn của phương pháp

<b>Tác dụng không mong muốn</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
Choáng		
Chảy máu		
Sần ngứa		
Đau sưng		
Bầm tím		
Abces nơi cấy chỉ		
Hoa mắt chóng mặt		
Nôn		

Buồn nôn		
Đau đầu		
Đau cơ		
Đau mắt		
Kích thích vật vã		
Mất ngủ		

*Hà Nội, ngày tháng năm*

**Bác sỹ điều trị**

## Phụ lục 2

### CAM KẾT TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên đề tài: “Đánh giá tác dụng của cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh điều trị mất ngủ không thực tồn thể Tâm tỳ hư”

Tôi (Họ và tên): .....

Tuổi: .....Giới .....

Địa chỉ: .....

Điện thoại liên hệ: .....

Xác nhận rằng:

- Tôi đã được cung cấp các thông tin đầy đủ cho nghiên cứu Đánh giá tác dụng của cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh điều trị mất ngủ không thực tồn thể Tâm tỳ hư tại .....và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu. Tôi nhận thấy cá nhân tôi phù hợp với nghiên cứu và sự tham gia này là hoàn toàn tự nguyện.
- Tôi đã có cơ hội được hỏi các câu hỏi về nghiên cứu này và tôi hài lòng với các câu trả lời và giải thích đưa ra.
- Khoảng thời gian dự kiến tôi tham gia nghiên cứu là 30 ngày liên tục điều trị tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh.
- Tôi đã có thời gian và cơ hội để cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
- Tôi đã hiểu được rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin. Sau khi nghiên cứu kết thúc, tôi sẽ được thông báo (nếu muốn) về bất cứ phát hiện nào liên quan đến tình trạng sức khỏe của tôi.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

- Tôi có toàn quyền quyết định về việc sử dụng trong tương lai, tiếp tục lưu giữ hay hủy các mẫu xét nghiệm đã thu thập.
- Tôi tình nguyện tham gia và chịu trách nhiệm khi không tuân thủ theo quy định của Bệnh viện.
- Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.
- Nghiên cứu viên tham gia trong nghiên cứu đóng vai trò là nhà nghiên cứu và bác sỹ điều trị của tôi.
- Tôi được đảm bảo rằng có một hội đồng đánh giá khía cạnh đạo đức sẽ thông qua hoặc làm rõ đề cương nghiên cứu.

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Nếu cần:

Ký và ghi rõ họ tên của Bác sỹ

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....

Ký, ghi rõ họ tên người hướng dẫn khoa học

Ngày/ tháng/ năm

.....

.....



**PHỤ LỤC 3**  
**CÁC HUYỆT SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU**

<b>Tên huyết</b>	<b>Đường kinh, ký hiệu</b>	<b>Đặc biệt, vị trí</b>	<b>Tác dụng</b>	<b>Kỹ thuật cấy chỉ</b>
<b>Thần môn</b>	Thủ thiếu âm tâm (V-7)	Huyệt nguyên, du - Đầu trong nếp lằn chỉ cổ tay, huyệt nằm khe đầu dưới giữa xương trụ và xương đầu.	Hồi hộp Đau vùng trước tim Vật vã, mất ngủ. Đau khớp cổ tay Bệnh lý thần kinh trụ	Cấy 0,3-0,4 thốn
<b>Nội quan</b>	Thủ quyết âm tâm bào (IX-6)	Huyệt lạc với kinh tam tiêu - Từ chính giữa lằn chỉ cổ tay đo lên trên 2 thốn, huyệt nằm giữa hai cơ gan tay lớn và gan tay bé.	Đau vùng trước tim Khó thở Nôn Sốt cao Cơn đau dạ dày Mất ngủ	Sâu 0,5 thốn
<b>Tam âm giao</b>	Túc thái âm tý (IV-6)	Giao của ba túc âm kinh - Đỉnh giữa bờ trên mắt cá trong xương chày đo thẳng lên 3 thốn, cách bờ sau xương chày 1 khoát ngón tay		
<b>Thái bạch</b>	Túc thái âm tý (IV-3)	Huyệt nguyên, du - Chỗ trũng phía dưới trước xương đốt bàn chân 1 về phía gan chân chỗ cơ dạng ngón cái	Đầy bụng, nôn mửa Đau vùng thượng vị Ly, ỉa chảy Đau khớp cổ chân	Sâu 0,3 thốn
<b>Âm lãng tuyến</b>	Túc thái âm tý (IV-9)	Huyệt hợp - Ở ngành ngang sau trên xương chày.	Đau bụng, đầy bụng, ăn chậm tiêu Vàng da, phù, ỉa chảy, Bí đái cơ năng Rối loạn kinh nguyệt	Sâu 0,5-0,8 thốn

			Đau khớp gối	
<b>Chương môn</b>	Túc quyết âm can (XII-13)	Huyết mộ của tỳ, hội của tạng Tận cùng xương sườn 11 (bệnh nhân nằm nghiêng để lấy huyết)	Nôn mửa, ỉa chảy Đau mạng sườn Viêm tuyến vú Hen	Sâu 0,3-0,5 thốn
<b>Thái xung</b>	Túc quyết âm can (XII-3)	Huyết nguyên, huyết du Từ kẽ ngón chân 1 và 2 đo lên 2 thốn về phía mu chân.	Đái ra máu Đau tinh hoàn Bí đái Động kinh Mất ngủ Hoa mắt chóng mặt	Sâu 0,5 thốn

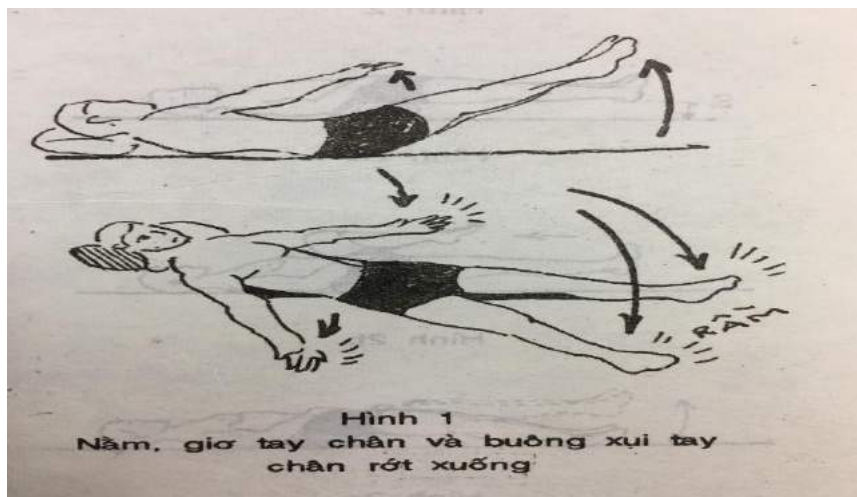
## PHỤ LỤC 4

### Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

#### I. Thư giãn

Trước khi tập để 05 phút thư giãn làm cho cơ thể làm chủ lấy mình, điều khiển thư giãn để cho cơ thể luôn trở về thư giãn sau mỗi động tác. Vì có thư giãn, cơ thể mới lấy lại được sự quân bình.

Thực hiện: Đưa tay thẳng lên 45 độ rồi buông xuống cho rớt xuống theo quy luật sức nặng. Lúc ấy, ta nằm yên và nghe tay chân máu chảy dần dần, chứng tỏ các cơ trơn trong mạch máu đã thư giãn.



#### II. Thở 04 thì

Tư thế nằm ngửa: Theo kinh nghiệm của Bs. Nguyễn Văn Hưởng, tốt nhất là luyện ở tư thế nằm ngửa có kê mông, chân thẳng, một tay để trên ngực, một tay để trên bụng để kiểm tra hơi thở

+ Thì 01: Hít vào, đều, sâu, tối đa, ngực nở, bụng phình và cứng. Thời gian:  $\frac{1}{4}$  hơi thở (hít vào, ngực nở, bụng căng)

+ Thì 02: Giữ hơi cơ hoành và các cơ lồng ngực đều co thắt tối đa, thanh quản mở, giơ chân dao động rồi để chân xuống. Thời gian  $\frac{1}{4}$  hơi thở (giữ hơi cố gắng, hít thêm)

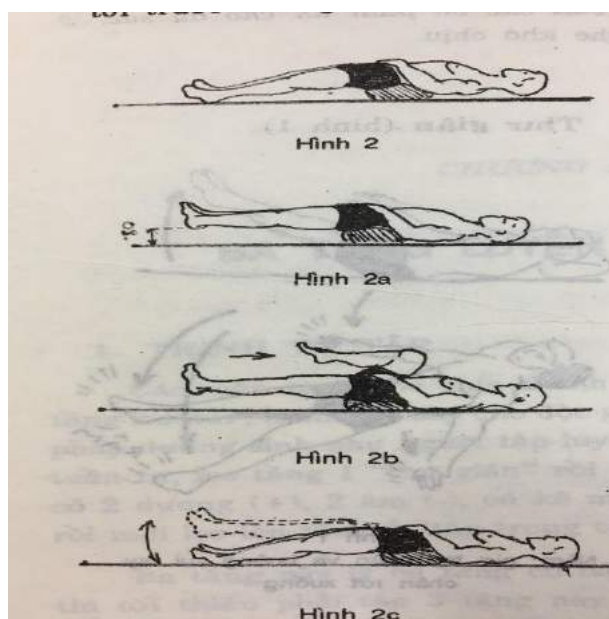
+ Thì 03: Thở ra thoải mái tự nhiên, không kìm, không thúc. Thời gian  $\frac{1}{4}$  hơi thở (Thở ra không kìm, không thúc)

+ Thì 04: Thư giãn hoàn toàn có cảm giác nặng và ấm, tự kỉ ám thị:

Tay chân tôi nặng và ấm

Toàn thân tôi nặng và ấm

Thời gian  $\frac{1}{4}$  hơi thở (nghỉ thời nặng ấm tay chân)

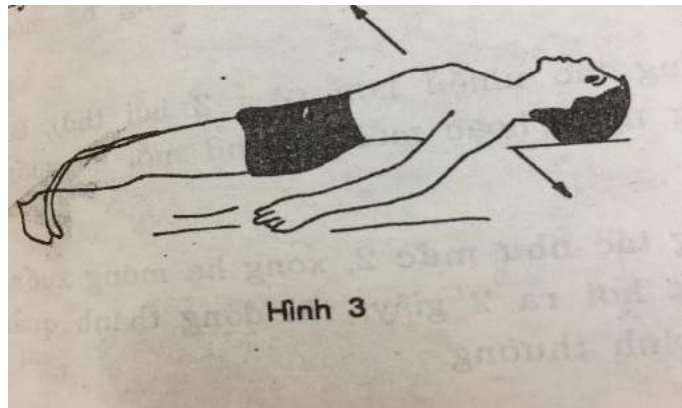


### III. Tập trong tư thế nằm

#### ***Động tác 3: Uốn cổ và vai lưng***

- *Chuẩn bị:* Bỏ gối dưới mông, 2 tay để xuôi trên giường lấy điểm tựa xương chẩm và mông.

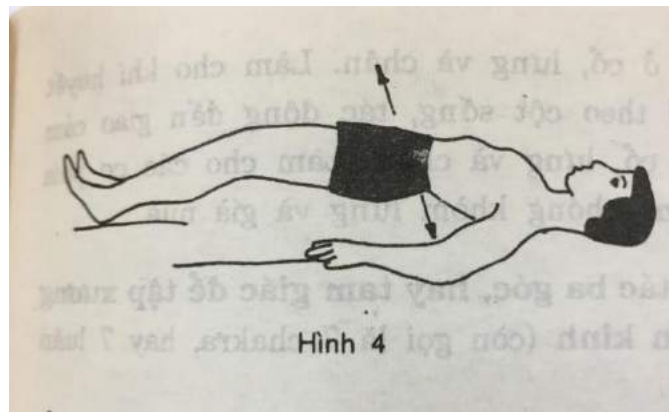
- *Động tác:* Uốn cổ và lưng hổng giường, đồng thời hít vào tối đa; Thời 02 giữ hơi dao động lưng qua lại 4 đến 6 cái. (Không cho thiếu ôxi). Thở ra triệt để, có ép bụng, làm động tác ít ( 01 hơi thở) xog hạ lưng xuống nghỉ.



#### ***Động tác 04: Uốn mông***

- *Chuẩn bị:* Lấy điểm tựa ở lưng trên 02 cùi trỏ và 02 gót chân.

- *Động tác:* Uốn mông làm cho thắt lưng mông, chân hồng giường. Đồng thời hít vào tối đa, giữ hơi và giao động qua lại, mỗi lần dao động cố gắng hít vào thêm. Dao động từ 4 đến 6 cái, thở ra và ép bụng thật mạnh, đuổi hơi ra triệt để. Thở và dao động như thế từ 1 đến 3 hơi thở, xong hạ mông xuống nghỉ.



#### **IV. Các động tác chuẩn bị giấc ngủ yên lành**

##### ***Động tác 61: Sờ đất vươn lên (Động tác Ấng – tê)***

Để điều hòa điện làm dẻo cột sống.

*Chuẩn bị:* Hai chân đứng hình chữ X, hai gót khít nhau, hai tay chụm vào nhau.

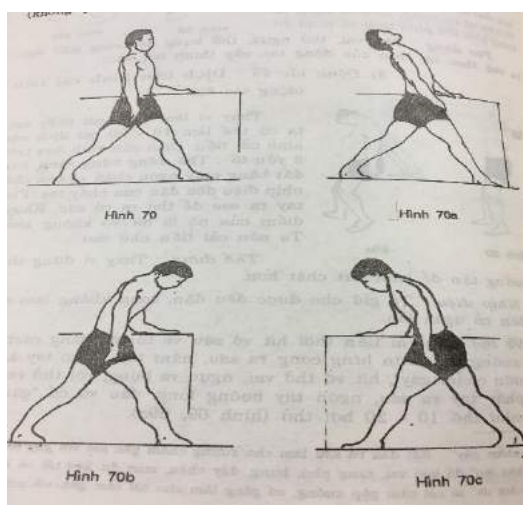
*Động tác:* Đứng thẳng, hai bàn tay chụm lại, cố gắng cúi xuống, hai tay sờ đất, thở ra triệt để, rồi đưa 2 tay lên trời ra phía sau hết sức, uốn lưng, đồng

thời hít vào tối đa, giữ hơi, 2 tay vẫn chụm vào nhau, làm dao động 2 tay và đầu 4 đến 6 cái, từ từ tách 2 tay ra đưa xuống phía sau, thở ra triệt để rồi đưa 2 tay xuống phía trước rồi chụm tay lại, cố gắng cúi xuống giờ tay sờ đất thở ra triệt để. Làm một động tác như vậy 2 đến 4 hơi thở.

### ***Động tác 70: Động tác bước dài tại chỗ***

*Chuẩn bị:* Một tay bên này vịn vào cạnh bàn hoặc thành giường cho vững. Chân bên kia để phía trước, chân bên này để phía sau tạo thành một bước dài, càng dài càng tốt nhưng không quá sức. Hai bàn chân chắm đất, gối thẳng.

*Động tác:* Thân và đầu nghiêng ra sau, uốn chắm gáy, hít vào, rồi nghiêng ra trước gập cằm ức, thở ra triệt để. Thở như thế 2 – 3 hơi thở. Xong toàn bộ cơ thể và bàn chân quay 180 độ, đổi tay vịn và đổi bên, làm tương tự.



## PHỤ LỤC 5

Bệnh viện Bạch Mai

Viện Sức khỏe Tâm thần

Phòng Trắc nghiệm tâm lý

### THANG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIÁC NGỦ PITTSBURGH

(Test PSQI)

Có 9 câu hỏi, bao gồm 7 yếu tố của giấc ngủ.

*Các câu hỏi sau đây chỉ liên quan đến thói quen đi ngủ thường ngày của anh (chị) trong tháng vừa qua. Anh (chị) hãy trả lời về tình trạng giấc ngủ của mình gần đúng nhất với tình trạng của anh (chị) trong đa số ngày và đêm của tháng vừa qua. Đánh dấu "X" vào mức độ mà anh (chị) lựa chọn. Xin hãy trả lời tất cả các câu hỏi.*

1. Yếu tố 1: Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của bệnh nhân.

Tốt		0 Điểm
Khá		1 Điểm
Trung bình		2 Điểm
Kém		3 Điểm

2. Yếu tố 2: Giai đoạn đi vào giấc ngủ.

Câu 2. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường mất bao nhiêu phút mới chợp mắt được?

<15 phút		0 Điểm
15-30 phút		1 Điểm
31-60 phút		2 Điểm
>60 phút		3 Điểm

3.Yếu tố 3: Thời lượng giấc ngủ

Câu 4. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường ngủ được mấy tiếng đồng hồ?

>7 giờ		0 Điểm
6-7 giờ		1 Điểm
5-6 giờ		2 Điểm
<5 giờ		3 Điểm

4.Yếu tố 4 (câu 1 và 3): Hiệu quả của thói quen đi ngủ.

Câu 1: Trong tháng qua, anh (chị) thường lên giường đi ngủ lúc mấy giờ?

Giờ đi ngủ thường là:.....

Câu 3. Trong tháng qua, anh (chị) thường thức giấc buổi sáng lúc mấy giờ?

Giờ thức giấc thường là: .....

Hiệu quả của thói quen đi ngủ = (số giờ ngủ/số giờ nằm trên giường) x 100%

Số giờ nằm trên giường = giờ thức dậy - giờ đi ngủ

<65%		0 Điểm
65-74%		1 Điểm
75-84%		2 Điểm
>84%		3 Điểm



5. Yếu tố 5: Các rối loạn giấc ngủ

Câu 5. Trong tháng qua, anh (chị) có thường gặp các vấn đề sau gây mất ngủ cho anh (chị) không?

Các vấn đề	Không	<1 lần/ tuần	1-2 lần/ tuần	>3 lần/ tuần
	0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm
a. Không thể ngủ được trong vòng 30 phút				
b. Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng				
c. Phải thức dậy để tắm				
d. Khó thở				
e. Ho hoặc ngứa to				
f. Cảm thấy rất lạnh				
g. Cảm thấy rất nóng				
h. Có ác mộng				
i. Thấy đau				
j. Lý do khác: Hãy mô tả....				

Tổng điểm	Điểm yếu tố 5
0	0 điểm
0-9	1 điểm
10-18	2 điểm
19-27	3 điểm

6. *Yếu tố 6: Sự sử dụng thuốc ngủ*

Câu 8. Trong tháng qua có thường xuyên sử dụng thuốc ngủ không ?

Không		0 Điểm
<1 lần/ tuần		1 Điểm
1-2 lần/ tuần		2 Điểm
>3 lần/ tuần		3 Điểm

7. *Yếu tố 7: Rối loạn trong ngày.*

Câu 9. Trong tháng qua có gặp khó khăn trong việc giữ tỉnh táo khi lái xe, lúc tham gia vào các hoạt động xã hội khác hay không?

Không		0 Điểm
<1 lần/ tuần		1 Điểm
1-2 lần/ tuần		2 Điểm
>3 lần/ tuần		3 Điểm

Trong tháng qua có gặp khó khăn trong công việc?

Không gây khó khăn gì		0 Điểm
Chỉ gây khó khăn nhỏ		1 Điểm
Trong chừng mực nào cũng gây khó khăn		2 Điểm
Gây khó khăn lớn		3 Điểm

<b>Tổng điểm</b>	<b>Điểm yếu tố 7</b>
0	0 điểm
1-2	1 điểm
2-4	2 điểm
5-6	3 điểm

Phân loại chất lượng giấc ngủ dựa theo tổng điểm của 7 yếu tố

<b>Tổng điểm 7 yếu tố</b>	<b>Phân loại chất lượng giấc ngủ</b>
0-4	0 điểm
5-10	1 điểm
11-18	2 điểm
19-21	3 điểm

## PHỤ LỤC 6

### Hình ảnh thực nghiệm phương pháp cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt	
[1]	<b>Trần Thị Bình An (1995).</b> <i>Các test tâm lý sử dụng cho người lớn, số phương pháp trong chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm</i> , Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Bạch Mai, Hà nội tr 606.
[2]	<b>Nguyễn Năng An, Trần Thúy, Lê Thị Kim Dung (2000).</b> <i>Nghiên cứu các quần thể các lympho bào B, T ở người bệnh hen phế quản và bước đầu tìm hiểu sự thay đổi của chúng sau tập thở khi công dưỡng sinh dân tộc</i> , Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr 233 – 236.
[3]	<b>Võ Văn Bản (1994).</b> <i>Rối loạn giấc ngủ</i> , Các chuyên đề tâm thần học, Viện sức khỏe tâm thần. Nhà xuất bản Y học, tr 45 – 78.
[4]	<b>Trần Hữu Bình (2006).</b> <i>Giáo trình tâm thần học dành cho bác sĩ đa khoa</i> , NXB Y học, tr 62- 82.
[5]	<b>Trần Hữu Bình (2006),</b> <i>Rối loạn giấc ngủ không thực tổn</i> , Giáo trình Tâm thần học dành cho bác sĩ đa khoa, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 62-68.
[6]	<b>Đinh Văn Bền (2005),</b> <i>Điện não đồ ứng dụng trong thực hành lâm sàng</i> . Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr69, tr 27-32.
[7]	<b>Bộ môn Y học cổ truyền-Học viện quân y (2008),</b> <i>Bệnh học nội khoa y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản Quân đội Nhân Dân, tr 148.
[8]	<b>Hoàng Bảo Châu (2012),</b> <i>Khí công</i> , Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr77-80.
[9]	<b>Nguyễn Phương Chi (2000),</b> <i>Nghiên cứu một số biến đổi lâm sàng và cận lâm sàng trước và sau luyện tập bài Thái cực trường sinh đạo</i> ,

	Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr 132 - 138
[10]	<b>Lê Quang Cường, Pierre Jallon (2006)</b> , <i>Điện não đồ trong giấc ngủ, Điện não đồ lâm sàng</i> , Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr 64 - 104.
[11]	<b>Lê Thị Kim Dung (2002)</b> , <i>Nghiên cứu thay đổi chức năng thông khí phổi, lớp dưới tế bào T, B và kết quả điều trị hen có kết hợp khi công dưỡng sinh dân tộc</i> , Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr 67 - 77,
[12]	<b>Nguyễn Văn Dũng (2015)</b> , <i>Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng giấc ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress</i> , Đề tài khoa học công nghệ cấp cơ sở, Bệnh viện Bạch Mai, tr 37.
[13]	<b>Phạm Thị Minh Đức (1996)</b> , <i>Sự phát triển cơ thể và các tham gia điều hoà sự phát triển cơ thể</i> . Chuyên đề sinh lý tập I, tr 172-183.
[14]	<b>Cao Tiến Đức (2005)</b> , <i>Bệnh học tâm thần dành cho sau đại học</i> , Học viện Quân Y, tr 323-339.
[15]	<b>Lưu Hương Giang (2002)</b> , <i>Đánh giá hiệu quả lâm sàng điều trị mất ngủ không thực tổn (thể Tâm tỳ hư) bằng điện châm</i> . Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội, tr 45-78.
[16]	<b>Phạm Thúc Hạnh, Trần Thúy (2000)</b> , <i>Nghiên cứu sự biến đổi chức năng hô hấp sau tập dưỡng sinh khí công dân tộc</i> , Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr 72 – 78.
[17]	<b>Lê Thị Hiến (2003)</b> , <i>Nghiên cứu ảnh hưởng của luyện tập thư giãn cổ truyền lên một số chỉ số sinh học</i> , Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr 56 – 79.
[18]	<b>Học viện Quân y (2007)</b> , <i>Tâm thần học và tâm lý học y học</i> . Nhà

	xuất bản quân đội nhân dân, tr 227-232.
[19]	<b>Nguyễn Văn Hưởng (2012)</b> , <i>Phương pháp dưỡng sinh</i> , Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 47 - 78.
[20]	<b>Lý Duy Hưng (2008)</b> , <i>Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh nhân rối loạn giấc ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress</i> , Luận văn tốt Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 46.
[21]	<b>Bùi Quang Huy (2010)</b> , <i>Mất ngủ</i> , Nhà xuất bản y học, Hà Nội, Tr 56-86.
[22]	<b>Nguyễn Mạnh Hùng (1999)</b> , <i>Những thành phần chủ yếu của điện não đồ</i> , Bệnh viện trung ương quân đội 108, tr 21 -30.
[23]	<b>ICD 10 (2015)</b> , Mục F51: Rối loạn giấc ngủ - F51.0: mất ngủ không tồn.
[24]	<b>Nguyễn Nhược Kim (2011)</b> , <i>Lý luận cơ bản YHCT</i> , Nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr 170 – 180.
[25]	<b>Phạm Khuê (1999)</b> , <i>Rối loạn giấc ngủ người cao tuổi</i> , Bài giảng Lão khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 199-207.
[26]	<b>Trần Thị Lan (2002)</b> , <i>Nghiên cứu ảnh hưởng của luyện khí công lên một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và siêu âm tim ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát</i> , Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, tr 67 – 89.
[27]	<b>Trần Thị Lan, Dương Trọng Hiếu (2000)</b> , <i>Bước đầu nhận xét kết quả điều trị tăng huyết áp nguyên phát bằng phương pháp khí công dưỡng sinh</i> , Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr 237 – 246.
[28]	<b>Gia Minh (2012)</b> , <i>Báo động tỷ lệ mắc rối loạn giấc ngủ tại các nước phát triển</i> , <i>Tạp chí Future</i> , số 2/2013, tr 14-21.

[29]	<b>Đoàn Văn Minh (2009)</b> , <i>Đánh giá tác dụng điện châm huyết Nội quan, Thần môn, Tam Âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tổn</i> , Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr 56.
[30]	<b>Vũ Trọng Nam (2015)</b> , <i>Đánh giá tác dụng bài thuốc Cửu vị ich tâm thang kết hợp tập dưỡng sinh trong điều trị rối loạn giấc ngủ mạn tính</i> , Luận văn thạc sỹ Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, Hà Nội, tr 34.
[31]	<b>Nguyễn Đình Phát (2016)</b> , <i>Đánh giá hiệu quả của từ nhĩ châm điều trị Mất ngủ thể Tâm tỳ hư</i> , Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, tr 81.
[32]	<b>Nguyễn Thị Vân Thanh, Nguyễn Phương Hoa và cs (2001)</b> , <i>Giới thiệu và sơ bộ khảo sát chỉ bảo chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSOI) trên nhóm bệnh nhân ở địa bàn Hà Nội</i> , Viện sức khỏe Tâm thần trung ương.
[33]	<b>Trần Mai Phương Thảo (2011)</b> , <i>Nghiên cứu khảo sát tình hình sử dụng thuốc ngủ tại bệnh viện Lão khoa Trung ương</i> , Luận văn Dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội, Hà Nội, tr 56.
[34]	<b>Lương Hữu Thông (1995)</b> , <i>Nghiên cứu điều trị mất ngủ</i> , Luận văn Bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, tr77.
[35]	<b>Trần Thúy (2006)</b> , <i>Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền</i> , Nhà xuất bản y học, tr 402.
[36]	<b>Trần Thúy (2000)</b> , <i>Ý nghĩa của tâm và tâm thần trong khi công dưỡng sinh</i> , Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học, Viện Y học cổ truyền Việt Nam, tr 296 – 300.
[37]	<b>Bộ Y tế (2015)</b> . Quy trình kỹ thuật châm cứu, <i>Tài liệu hướng dẫn Quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu</i> , Quy trình 42, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội



[38]	<b>Vũ Thị Châu Loan (2016)</b> , <i>Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ không thực tồn bằng phép thư giãn Y học cổ truyền</i> , Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II . Trường Đại học Y Hà Nội
[39]	<b>Lê Thế Khoát (2014)</b> , <i>Đánh giá tác dụng của điện châm và cứu kết hợp với xoa bóp bấm huyệt trong điều trị mất ngủ không thực tồn</i> . Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Thái bình năm 2014, tr 74
[40]	<b>Nguyễn Văn Tâm (2019)</b> , <i>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</i> , Luận án tiến sĩ y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
[41]	<b>Nguyễn Ngọc Đăng (2020)</b> , <i>Đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ không thực tồn của viên nén Ích khí an thần- HVY trên lâm sàng</i> , Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
[42]	<b>Nguyễn Thị Hương Giang (2017)</b> , <i>Đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ của bài thuốc Hậu thiên lục vị phương ở phụ nữ mãn Kinh</i> , Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà nội, tr 68
[43]	<b>Nguyễn Thị Thu Thủy (2012)</b> , <i>Nghiên cứu tác dụng bài thuốc nam TTL trong điều trị chứng thất miên</i> , Luận văn Thạc sĩ, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam
<b>TIẾNG ANH</b>	
[44]	<b>Jacks. Edinger, PhD, Daniel J. Buysse MD and et al.</b> Quality mearsures for the care of patients with insomnia. <i>J Clin Sleep Med</i> , vol 11, p 311.
[45]	<b>Diagnostic crtiteria from DSM IV</b> , Primary Insomnia. Primary Sleep Disorders, Dyssomnias. <i>American Psychiatric Association</i> ,

	307(42), p 56-225.
[46]	<b>Shelley E, Taylor (1992)</b> , <i>What is Stress</i> , Heath psychology- 3 Edition, chapter 7, p 54-219.
[47]	<b>Lauren Hale, Do Phuong Do and et al (2009)</b> , Does mental health history explain gender disparities in insomnia symptom among young adults. <i>Sleep MD</i> , 10(10), p 1118-1123.
[48]	<b>Yanjie Han (2016)</b> , <i>Sleep disorder status of nurses in general hospitals and its influencing factors</i> , <i>Psychiatria Danubina</i>
[49]	<b>Danje J. Buysse (2013)</b> . Insomnia. <i>JAMA</i> , 309(7), p 706-716.
[50]	<b>Danje J. (1989)</b> , The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new or Psychiatric Practice and Research, <i>Psychiatry</i> , 28(2), p 33-35.
[51]	<b>Reb AM , Saum NS, Murphy DA (2016)</b> , Qigong in Injured Service Members: A Feasibility Study. <i>J Holist Nurs</i> , 2016 Mar 27. p 56 -76.
[52]	<b>McQuade JL, Prinsloo S, Chang DZ (2016)</b> , Qigong/tai chi for on and fatigue in prostate cancer patients Jiotherapy: a randomized controlled trial. <i>Psychooncology</i> . 2016 Aug 22. doi: 10.1002/pon.4256. p 34 - 42
[53]	<b>Ohay. M (2001)</b> , Epidemiological study on insomnia in the general population, <i>Sleep</i> (19), pg 7-15.
[54]	<b>Zhang M, Xu G, Luo C (2016)</b> , Qigong Yi Jinjing Promotes. Pulmonary Function, Physical Activity, Quality of Life and Emotion Regulation Self-Efficacy in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Pilot Study. <i>J Altern Complement Med</i> . 2016 Oct;22(10):810-817. Epub 2016 Aug 3. p 12.
[55]	<b>Lee MS, Hong SS, Lim HJ (2003)</b> , Retrospective survey on

	therapeutic efficacy of Qigong in Korea. <i>Am J Chin Med</i> . 2003;31(5):809-15. p 34 – 89.
[56]	<b>Lauche R, Wayne PM, Dobos G (2016)</b> , Prevalence, Patterns, and Predictors of T'ai Chi and Qigong Use in the United States: Results of a Nationally Representative Survey. <i>J Altern Complement Med</i> . 2016 Apr;22(4):336-42. doi: 10.1089/acm.2015.0356. Epub 2016 Mar 16. p 45.
[57]	<b>Yeh SC, Chang MY (2012)</b> , The effect of Qigong on menopausal symptoms and quality of sleep for perimenopausal women: a preliminary observational study, <i>J Altern Complement Med</i> . 2012 Jun;18(6):567-75. doi: 10.1089/acm.2011.0133. Epub 2012 Apr 26. P56 – 76.
[58]	<b>Benjamin J. Sadock et al (2005)</b> , <i>Normal sleep and disorders</i> . Concise textbook of Clinical psychiatry second edition, p 309 -321.
[59]	<b>Trupin S. (1992)</b> . <i>Inesomnia in women: exploring a hormonal etiology Female patients</i> , Vol (17), p 65-81.
[60]	<b>Grewal Ritu, Doghramji Karl (2010)</b> , <i>Epidemiology of InClinical Handbook of Insomnia</i> , p 13-22.
[61]	<b>Saverio Stranges, William Tigbe (2012)</b> , Sleep Problems An Emerging Global Epidemic? Findings From the INDEPTH WHO-SAGE Study Among More Than 40,000 Older Adults From 8 Countries Across Africa and Asia. <i>Sleep</i> . 2012 Aug 1, 35(8): 1173-1181. Published online 2012 Aug 1. doi: 10.5665/sleep.2012. p 45 - 78.
[62]	<b>Liu XL, Chen S, Wang Y (2016)</b> , Effects of Health Qigong Exercises on Relieving Symptoms of Parkinson's Disease. <i>Evid Based Complement Alternat Med</i> ; 2016:5935782. Epub 2016 Nov

	7.p 45.
[63]	<b>Ohayon M. M et al (2003)</b> , “Place of cronic insomnia in the course of depressi ve and anxiety disorders”, <i>Vol 37, J Psychiatry Res</i> , pp:9-15