

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ HỒNG THẨM

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP
NHĨ CHÂM KẾT HỢP PHÉP THU GIÃN CỦA
NGUYỄN VĂN HƯỜNG TRONG ĐIỀU TRỊ
MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỒN**

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II

HÀ NỘI, NĂM 2025

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



ĐỖ HỒNG THẨM

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP
NHĨ CHÂM KẾT HỢP PHÉP THU GIÃN CỦA
NGUYỄN VĂN HƯỜNG TRONG ĐIỀU TRỊ
MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỒN**

LUẬN VĂN CHUYÊN KHOA CẤP II

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS. TS PHẠM QUỐC BÌNH

2. TS PHÙNG VĂN TÂN

HÀ NỘI, NĂM 2025

LỜI CẢM ƠN

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

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

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

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn đến Ban giám đốc, Phòng kế hoạch tổng hợp, Khoa Lão, Bệnh viện Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ, là nơi đã cung cấp tư liệu, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thiện luận văn.

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

Hà Nội, ngày 12 tháng 10 năm 2025

Đỗ Hồng Thắm

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Đỗ Hồng Thắm**, học viên chuyên khoa II khóa 9, Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của **PGS.TS Phạm Quốc Bình** và **TS Phùng Văn Tân**
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 12 tháng 10 năm 2025

Học viên

Đỗ Hồng Thắm

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

CLGN	: Chất lượng giấc ngủ
D0	: Trước điều trị
D10	: Ngày thứ 10 của điều trị
D20	: Ngày thứ 20 của điều trị
ICD – 10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (Bảng phân loại thống kê quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe liên quan Sửa đổi lần thứ 10)
MNKTT	: Mất ngủ không thực tồn
NB	: Người bệnh
NREM	: Non Rapid Eye Movement (pha chậm hay gọi là pha không vận nhanh nhãn cầu)
PSG	: Polysomnography (đa ký giấc ngủ)
PSQI	: Pittsburg Sleep Quality Index (thang điểm Pittsburgh đánh giá chất lượng giấc ngủ)
REM	: Rapid Eye Movement (cử động nhãn cầu nhanh)
VLH	: Vương Bất Lưu Hành
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHĐ	: Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
Chương 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Tổng quan về giấc ngủ bình thường.....	3
1.1.1. Sinh lý giấc ngủ.....	3
1.1.2. Các giai đoạn của giấc ngủ.....	3
1.1.3. Chức năng của giấc ngủ	5
1.1.4. Cơ chế điều hòa giấc ngủ	5
1.2. Tổng quan về mất ngủ không thực tồn theo Y học hiện đại	6
1.2.1. Định nghĩa mất ngủ không thực tồn.....	6
1.2.2. Nguyên nhân mất ngủ không thực tồn	6
1.2.3. Chẩn đoán mất ngủ không thực tồn.....	6
1.2.4. Các phương pháp đánh giá rối loạn giấc ngủ.....	7
1.2.5. Điều trị mất ngủ không thực tồn	10
1.3. Tổng quan về mất ngủ không thực tồn theo Y học cổ truyền.....	12
1.3.1. Bệnh danh.....	12
1.3.2. Nguyên nhân.....	12
1.3.3. Các thể bệnh của chứng thất miên.....	13
1.4. Tổng quan về phương pháp nhĩ châm và hạt Vương Bất Lưu Hành	14
1.4.1. Nhĩ châm	14
1.4.1.2. Cơ sở lý luận của phương pháp nhĩ châm	15
1.4.1.3. Phân bố các điểm tương ứng với các cơ quan trên loa tai.....	18
1.4.2. Hạt dán Vương Bất Lưu Hành	21
1.5. Tổng quan về phép thư giãn.....	22
1.5.1. Khái quát phép thư giãn	22
1.5.2. Tác dụng của thư giãn	23
1.5.3. Kỹ thuật phép thư giãn	24
1.6. Một số nghiên cứu liên quan tới điều trị mất ngủ không thực tồn.....	25
1.6.1. Trên thế giới	25
1.6.2. Ở Việt Nam.....	26
Chương 2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	28

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu	28
2.1.1. Chất liệu nghiên cứu.....	28
2.1.2. Phương tiện nghiên cứu.....	29
2.2. Đối tượng nghiên cứu.....	30
2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh theo YHHĐ.....	30
2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh theo YHCT	31
2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh	31
2.3. Địa điểm nghiên cứu	32
2.4. Thời gian nghiên cứu	32
2.5. Phương pháp nghiên cứu.....	32
2.5.1. Thiết kế nghiên cứu	32
2.5.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu	32
2.5.3. Quy trình can thiệp	32
2.5.5. Kỹ thuật thu thập thông tin.....	36
2.5.6. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả.....	36
2.6. Phương pháp xử lý số liệu.....	38
2.7. Sai số và biện pháp hạn chế sai số	38
2.8. Đạo đức nghiên cứu	38
Chương 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	41
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	41
3.1.1. Phân bố theo tuổi, giới.....	41
3.1.2. Đặc điểm về nghề nghiệp, hôn nhân	42
3.1.3. Đặc điểm lâm sàng của mắt ngủ trước điều trị.....	43
3.2. Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp áp dán hạt Vương Bất Lưu Hành trên loa tai kết hợp phép thư giãn trong điều trị mắt ngủ không thực tồn	44
3.2.1. Thời lượng giấc ngủ	44
3.2.2. Thời gian đi vào giấc ngủ.....	45
3.2.3. Chất lượng giấc ngủ theo cảm nhận chủ quan của người bệnh.....	46
3.2.4. Đánh giá rối loạn trong giấc ngủ	47
3.2.5. Đánh giá trên các rối loạn trong ngày	48
3.2.6. Đánh giá hiệu quả cải thiện giấc ngủ	49

3.2.7. Đánh giá trên tổng điểm PSQI	50
3.2.8. Đánh giá kết quả điều trị chung.....	51
3.2.9. Đặc điểm thể bệnh YHCT liên quan đến hiệu quả điều trị theo tổng điểm PSQI	52
3.3. Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	57
Chương 4 BÀN LUẬN	58
4.1. Đặc điểm người bệnh nghiên cứu	58
4.1.1. Đặc điểm về tuổi.....	58
4.1.2. Đặc điểm về giới	59
4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp	60
4.1.4. Đặc điểm về hôn nhân	61
4.1.5. Đặc điểm về tính chất xuất hiện mất ngủ và thời gian mắc bệnh	61
4.1.6. Đặc điểm về các yếu tố thúc đẩy	62
4.2. Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị theo thang điểm Pittsburgh	63
4.2.1. Thời lượng giấc ngủ	63
4.2.2. Thời gian đi vào giấc ngủ.....	64
4.2.3. Chất lượng giấc ngủ theo cảm nhận chủ quan của người bệnh.....	65
4.2.5. Các rối loạn trong ngày	67
4.2.6. Hiệu quả cải thiện giấc ngủ	67
4.2.7. Kết quả cải thiện giấc ngủ trên tổng điểm PSQI	68
4.2.8. Đánh giá kết quả điều trị chung.....	69
4.2.8. Kết quả điều trị theo tổng điểm PSQI của các thể bệnh YHCT	69
4.3. Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	75
4.3.1. Biến đổi các chỉ số sinh tồn trước và sau điều trị.....	75
4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	76
KẾT LUẬN	77
KHUYẾN NGHỊ.....	79
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Thẻ lâm sàng trong nghiên cứu	31
Bảng 2.2. Bảng chỉ tiêu nghiên cứu	34
Bảng 2.3. Sai số và biện pháp hạn chế sai số.....	38
Bảng 3.1: Phân bố người bệnh theo tuổi.....	41
Bảng 3.2. Phân bố người bệnh về nghề nghiệp.....	42
Bảng 3.3. Thời gian xuất hiện mất ngủ.....	43
Bảng 3.4. Yếu tố thúc đẩy.....	44
Bảng 3.5. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ	44
Bảng 3.6. Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ sau	45
Bảng 3.7. Sự thay đổi chất lượng giấc ngủ	46
Bảng 3.8. Những rối loạn trong giấc	47
Bảng 3.9. Sự thay đổi rối loạn ban ngày	48
Bảng 3.10. Sự thay đổi hiệu quả giấc ngủ.....	49
Bảng 3.11. Sự thay đổi về tổng điểm PSQI	50
Bảng 3.12. Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ trên 2 thể bệnh	52
Bảng 3.13. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ trên 2 thể bệnh	53
Bảng 3.14. Hiệu quả giấc ngủ trên hai thể bệnh	54
Bảng 3.15. Biến đổi tổng điểm PSQI trung bình	55
Bảng 3.16. Một số tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	57

DANH MỤC SƠ ĐỒ, BIỂU ĐỒ

Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu	40
Biểu đồ 3.1: Phân bố người bệnh theo giới.....	41
Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh về hôn nhân	42
Biểu đồ 3.3: Tính chất xuất hiện mất ngủ	43
Biểu đồ 3.4. Kết quả điều trị chung	51
Biểu đồ 3.5. Kết quả điều trị chung theo tổng điểm PSQI trên hai thể bệnh.....	56

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1.1 Hệ thống thần kinh chi phối vùng tai.....	15
Hình 1.2. Các vùng huyết trên loa tai	20
Hình 1.3. Vị trí huyết trong nghiên cứu	20
Hình 1.4. Hình ảnh dán hạt Vương Bất Lưu Hành	21
Hình 2.1.Hạt Vương Bất Lưu Hành	30

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là trạng thái không thỏa mãn về số lượng hoặc chất lượng của giấc ngủ, tồn tại trên 01 tháng, bao gồm việc khó đi vào giấc ngủ, khó khăn trong việc duy trì giấc ngủ hay thức dậy sớm. Mất ngủ là triệu chứng thường gặp của nhiều rối loạn tâm thần và cơ thể [1]. Mất ngủ không thực tồn là tình trạng rối loạn giấc ngủ liên quan đến các nhân tố tâm sinh [2]. Trong những năm gần đây, nhịp sống của con người tăng nhanh đáng kể, công việc cạnh tranh gay gắt, gánh nặng tinh thần ngày càng nặng nề. Điều này dẫn đến các rối loạn giấc ngủ mà chủ yếu là mất ngủ ngày càng phổ biến. Theo điều tra năm 2018 tại Mỹ, có 27,3% người lớn bị mất ngủ [3]. Ở Nhật, khoảng 70% người lớn tuổi báo cáo vấn đề về giấc ngủ của họ, với 30-50% báo cáo khó ngủ hoặc khó duy trì ngủ [4]. Tại Tây Ban Nha, từ 30 đến 40% dân số bị mất ngủ tại một thời điểm nhất định của cuộc đời và từ 9 đến 15% đã tiến triển thành chứng mất ngủ kinh niên và trầm trọng [5]. Ở Việt Nam, rối loạn giấc ngủ trong đó có mất ngủ chiếm tỷ lệ cao khoảng 30 đến 45 % ở người lớn [6].

Mất ngủ kéo dài gây ảnh hưởng tới sức khỏe thể chất và tinh thần, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, đồng thời là yếu tố nguy cơ cao đến tai nạn và tử vong [5],[8]. Mất ngủ có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân khác nhau: đây có thể là biểu hiện của các rối loạn tâm thần, rối loạn thực tồn, rối loạn ăn uống, tình trạng nghiện độc chất hay tâm thần phân liệt; cũng có thể liên quan tới các rối loạn giấc ngủ như ác mộng hoặc khởi phát sau sang chấn tâm lý hay các biến cố tiêu cực kéo dài trong cuộc sống, thay đổi công việc, rối loạn nhịp thức ngủ, buồn rầu, suy nhược...

Y học hiện đại điều trị mất ngủ không thực tồn bằng nhóm thuốc giải lo âu, chống trầm cảm, an thần kinh, kết hợp với tư vấn cùng chuyên gia tâm lý.... Việc điều trị các thuốc này có một số tác dụng không mong muốn như suy giảm nhận thức, giảm khả năng tập trung, lệ thuộc thuốc, nếu dùng kéo dài gây ra hội chứng cai khi dừng thuốc, lạm dụng thuốc nhiều dẫn đến nhiều nguy cơ tiềm ẩn khác [2],[9],[10].

Theo Y học cổ truyền (YHCT), mất ngủ không thực tồn thuộc phạm vi chứng “Thất miên”, “Bất寐”, “Mục bất minh”, “Bất đắc miên”. Nguyên nhân xuất phát từ các tạng trong cơ thể như: tâm, tỳ, can, thận, đờm, vị, tình khí của các tạng này suy giảm làm cho “tâm thần thất dưỡng”, hoặc do tà khí nhiễu loạn tâm thần gây ra “tâm thần bất an”[11].

Y học cổ truyền có nhiều phương pháp điều trị thất miên bao gồm phương pháp không dùng thuốc và phương pháp dùng thuốc có hiệu quả tốt. Trong các phương pháp điều trị không dùng thuốc thì nhĩ châm là phương pháp dùng kim gài vào các huyệt trên loa tai, ngoài sử dụng kim châm vào các huyệt trên tai, việc sử dụng các loại hạt tròn trơn láng để dán lên các huyệt trên tai cũng đã xuất hiện từ rất lâu. Miếng dán nhỏ dính hạt Vương Bất Lưu Hành (VBLH) thay thế kim châm dễ sử dụng, thuận tiện, giảm cảm giác đau cho người bệnh, ít tác dụng phụ, mang lại hiệu quả điều trị tương tự như kim châm ngày càng được sử dụng phổ biến.

Phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng là một trong những phép dưỡng sinh đã được ứng dụng rộng rãi trong cộng đồng từ lâu, có tác dụng giữ gìn sức khỏe, nâng cao thể chất, giảm stress và hỗ trợ giấc ngủ. Tuy nhiên cho đến thời điểm này chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp hai phương pháp này trong điều trị mất ngủ không thực tồn thể Tâm tỳ hư và Âm hư hỏa vượng.

Bởi vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: ***"Đánh giá kết quả của phương pháp nhĩ châm kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị mất ngủ không thực tồn"***

Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp áp dán hạt Vương Bất Lưu Hành trên loa tai kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị mất ngủ không thực tồn*
2. *Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về giấc ngủ bình thường

1.1.1. Sinh lý giấc ngủ

Giấc ngủ là một trạng thái sinh lý tự nhiên mang tính chu kỳ ngày – đêm, trong đó cơ thể được thư giãn hoàn toàn, các hoạt động tri giác và ý thức tạm thời ngưng lại, cơ bắp trở nên mềm giãn và các chức năng hô hấp, tuần hoàn diễn ra với nhịp độ chậm hơn [10]. Giấc ngủ là khoảng thời gian, trong đó các trạng thái ngủ diễn ra kế tiếp. Giấc ngủ được hiểu là khoảng thời gian trong đó các giai đoạn ngủ diễn ra theo trình tự nhất định. Một giấc ngủ được xem là tốt khi bảo đảm đầy đủ về thời lượng, chất lượng và cấu trúc, đồng thời sau khi tỉnh dậy, cá nhân cảm thấy thoải mái cả về thể chất lẫn tinh thần. Giấc ngủ có vai trò quan trọng trong việc phục hồi chức năng của nhiều cơ quan trong cơ thể [2]. Ngay từ khi lọt lòng mẹ, đứa trẻ ngủ nhiều hơn thức. Khi trẻ lớn dần, tổng thời gian ngủ trong ngày có xu hướng giảm; ở khoảng 6 tuổi, trẻ vẫn cần khoảng 10–12 giờ ngủ mỗi ngày. Ở người trưởng thành trong giai đoạn hoạt động mạnh (18–45 tuổi), nhu cầu ngủ trung bình dao động từ 7–8 giờ. Ở nhóm trên 60 tuổi, thời gian ngủ khoảng 6 giờ có thể đã đáp ứng đủ, thậm chí một số người còn có xu hướng ngủ ít hơn. Trung bình, một người khỏe mạnh dành 1/3 cuộc đời để ngủ, 2/3 thời gian thức [6],[16].

Giấc ngủ góp phần phục hồi toàn diện các chức năng sinh lý và tâm thần của cơ thể, đồng thời tham gia vào quá trình tái tạo mô, điều hòa nhiệt cơ thể, hỗ trợ chức năng miễn dịch và điều chỉnh độ nhạy của các thụ thể noradrenergic và duy trì trí nhớ. Khi giấc ngủ bị rối loạn, như trong chứng mất ngủ, có thể gây ra nhiều triệu chứng trên cơ thể và tâm thần, tùy thuộc vào mức độ trầm trọng và thời gian kéo dài của rối loạn giấc ngủ [6].

1.1.2. Các giai đoạn của giấc ngủ

Dựa trên các kết quả nghiên cứu điện sinh lý kết hợp quan sát những biểu hiện tâm sinh lý, giấc ngủ được phân thành hai trạng thái gồm: giai đoạn có cử động

nhãn cầu nhanh (REM – Rapid Eye Movement) và giai đoạn không xuất hiện cử động nhãn cầu nhanh (NREM – Non-Rapid Eye Movement [2],[6].

❖ Trạng thái giấc ngủ không có cử động nhãn cầu nhanh (NREM): chia làm 4 giai đoạn, mỗi giai đoạn có một đặc trưng riêng:

- Giai đoạn 1: Biểu thị sự chuyển từ thức sang ngủ, thường kéo dài chỉ trong vài phút(gọi là thiu thiu ngủ). Điện não đồ cho thấy sự giảm của sóng α (12–14 Hz) và sự xuất hiện chiếm ưu thế của sóng θ (4–7 Hz), nhãn cầu chuyển động chậm lại, đồng thời trương lực cơ giảm.

- Giai đoạn 2: Giấc ngủ chưa đạt độ sâu, các đợt sóng hình thoi bắt đầu xuất hiện trên điện não đồ; người ngủ ở trạng thái yên tĩnh và không thấy cử động.

- Giai đoạn 3: Khi bước vào giấc ngủ sâu, trên điện não đồ hoạt động sóng hình thoi giảm, thay thế bởi sóng chậm tần số 2–4 Hz, với tỷ lệ sóng δ chiếm khoảng 20 đến 50%.

- Giai đoạn 4: Giai đoạn ngủ rất sâu được đặc trưng bởi hoạt động sóng chậm (2–4 Hz) trên điện não, trong đó sóng δ chiếm khoảng 50%. Nếu đánh thức đột ngột ở giai đoạn này có thể khiến người ngủ xuất hiện tình trạng lú lẫn và rối loạn khả năng nhận thức thoáng.

❖ Giấc ngủ có cử động mắt nhanh (REM) về mặt điện sinh lý được đặc trưng bởi ba đặc điểm nổi bật:

- Điện não đồ có oạt tính điện thế thấp với tần số lẫn lộn
- Điện cơ có sự giảm hoạt tính
- Xuất hiện các vận nhãn nhãn cầu trên điện sinh lý mắt

Giấc ngủ diễn ra có tính chất chu kỳ. Trong suốt một đêm ngủ bình thường, giấc ngủ thường diễn ra theo 4–6 chu kỳ nối tiếp nhau, với thời lượng của mỗi chu kỳ dao động từ 80 đến 120 phút, bắt đầu bằng trạng thái NREM với 4 giai đoạn kế tiếp nhau và kết thúc bằng trạng thái REM. Giai đoạn giấc ngủ REM thứ nhất kéo dài khoảng 10 phút, những giai đoạn REM tiếp theo kéo dài hơn (15 – 40 phút) và xuất hiện ở những giờ cuối trước khi thức dậy. Giấc ngủ NREM chiếm 75% (giai đoạn 1: 5%, giai đoạn 2: 45%, giai đoạn 3: 12%, giai đoạn 4: 13%), giấc ngủ REM chiếm 25% [2],[6],[17].

1.1.3. Chức năng của giấc ngủ

Ngủ có vai trò quan trọng với sức khỏe. Giấc ngủ đóng vai trò trong quá trình tăng trưởng, phát triển, học hỏi, củng cố trí nhớ và độ dẻo của khớp, thần kinh, điều chỉnh hành vi, cảm xúc, tăng cường miễn dịch và lọc sạch các chất chuyển hóa tích tụ trong hệ thần kinh, điều hòa quá trình chuyển hóa. Giấc ngủ không có REM phục hồi lại mọi chức năng sống cho cơ thể, giấc ngủ có REM phục hồi lại chức năng cho não [2],[18],[19].

1.1.4. Cơ chế điều hòa giấc ngủ

Giả thuyết do Magoun H. và Moruzzi G. đề xuất về vai trò của hệ thống cấu tạo lưới ở thân não và vùng dưới đồi trong điều hòa giấc ngủ hiện được xem là quan điểm được chấp nhận rộng rãi nhất. Theo giả thuyết này thì sự gia tăng hoạt hóa của hệ thống này gây hưng phấn lan tỏa vỏ não, tạo nên trạng thái tỉnh thức; ngược lại, giảm hoặc mất hoạt hóa sẽ thúc đẩy sự xuất hiện của giấc ngủ. Như vậy, hệ thống hoạt hóa cấu tạo lưới có vai trò quan trọng trong cơ chế điều hòa giấc ngủ thông qua các chất dẫn truyền thần kinh, và cũng tuân thủ cơ chế hóa động thần kinh – dịch thể, nhằm hạt hóa tích cực hoặc ngược lại ức chế lan tỏa vỏ não trong các trạng thái thức ngủ [2].

Những nghiên cứu đã xác nhận vai trò của serotonin trong điều hòa giấc ngủ, catecholamine được xem như chất có tác dụng tạo nên trạng thái thức, còn các chất dẫn truyền thần kinh cholinergic đóng vai trò là một chất tạo nên trạng thái ngủ REM [6],[22],[24].

Có rất nhiều chất hóa học tham gia hoạt hóa trong giấc ngủ đã được xác định. Những chất này bao gồm prostaglandin D2, chất gây ngủ delta sản sinh ra peptid, muramyl dipeptide, interleukin-1, acid amin béo cơ bản, melatonin [25],[26].

Có nhiều giả thuyết “những yếu tố gây ngủ” bao gồm interleukin-1 và prostaglandin-D2, là những chất miễn dịch hữu hiệu, điều này gợi ý một mối liên hệ giữa chức năng miễn dịch và những tình trạng thức – ngủ. Người ta nhận thấy có một cơ chế feed-back từ ngoại vi vào trung tâm, còn thấy tham gia vào chu kỳ thức ngủ có các biến đổi hóa học đặc biệt là chuyển hóa của serotonin.

Serotonin (5-HT) hoạt động yếu nhất trong giấc ngủ sâu và tăng lên tối đa khi cơ thể ở trạng thái thức. Hoạt động của hệ thống serotoninerigic giảm đi ở những người mất ngủ [22].

1.2. Tổng quan về mất ngủ không thực tổn theo Y học hiện đại

1.2.1. Định nghĩa mất ngủ không thực tổn

Mất ngủ không thực tổn là một rối loạn giấc ngủ liên quan đến các nhân tố tâm sinh, trong đó người bệnh phàn nàn ưu thế là không đảm bảo về số lượng, chất lượng và thời gian ngủ cho một giấc ngủ bình thường [2].

1.2.2. Nguyên nhân mất ngủ không thực tổn

- Về mặt tâm lý: mất ngủ thường liên quan đến việc trải qua một sang chấn tinh thần hoặc đối mặt với nhiều biến cố bất lợi liên tiếp trong đời sống.

- Một số người mất ngủ có tính chất mạn tính và đã xuất hiện ngay từ thời trẻ.

- Ảnh hưởng của yếu tố gia đình và nhân cách đối với tình trạng mất ngủ vẫn chưa được chứng minh rõ ràng trong các tài liệu hiện có.

- Những nguyên nhân phổ biến có thể gây mất ngủ là: các thay đổi trong công việc, tâm trạng buồn rầu, rối loạn chu kỳ thức-ngủ, tình trạng suy nhược của cơ thể, stress, tuổi tác, phụ nữ tiền mãn kinh....

- Các rối loạn tâm thần như: trầm cảm, hưng cảm, rối loạn lo âu, nghiện độc chất, tâm thần phân liệt...

Trong đó nguyên nhân cảm xúc là đầu tiên và cơ bản [2].

1.2.3. Chẩn đoán mất ngủ không thực tổn

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD – 10. Mất ngủ không thực tổn (F51.0), được chẩn đoán xác định khi có các triệu chứng:

- Người bệnh phàn nàn về việc khó đi vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ hoặc ngủ không ngon giấc.

- Rối loạn giấc ngủ xảy ra ít nhất ba lần một tuần trong vòng ít nhất một tháng

- Rối loạn giấc ngủ có thể dẫn đến sự suy giảm rõ rệt hoặc làm xáo trộn đáng kể các hoạt động chức năng của cá nhân trong sinh hoạt hằng ngày

- Không có nguyên nhân thực tổn như một bệnh lý thần kinh hoặc bệnh nội khoa, không có rối loạn sử dụng chất tác động tâm thần hoặc một loại thuốc [2].

1.2.4. Các phương pháp đánh giá rối loạn giấc ngủ

**Đánh giá trên lâm sàng:*

- Các triệu chứng về giấc ngủ:

+ Thời lượng giấc ngủ giảm: tất cả người bệnh đều giảm thời gian ngủ, có người bệnh thức trắng đêm.

+ Khó vào giấc là biểu hiện được ghi nhận phổ biến đầu tiên mà người bệnh than phiền. Người bệnh không xuất hiện cảm giác buồn ngủ và thường trải qua tình trạng trằn trọc kèm căng thẳng, lo lắng, buồn phiền và dường như tư duy của họ trải dài ra, người bệnh phải mất từ khoảng hơn 30 phút đến 1 giờ 30 phút mới có thể đi vào giấc ngủ.

+ Thường xuyên tỉnh giấc nhiều lần trong đêm, dẫn đến giấc ngủ bị phân mảnh và không sâu; mỗi khi tỉnh giấc, họ thường gặp khó khăn đáng kể trong việc quay lại giấc ngủ.

+ Hiệu quả của giấc ngủ được xác định theo công thức sau: Số giờ ngủ thực sự/tổng số giờ nằm trên giường x 100%. Ở người khỏe mạnh, hiệu quả giấc ngủ thường đạt từ 85% trở lên; trong khi đó, ở người bệnh mất ngủ, chỉ số này giảm đáng kể tùy thuộc vào mức độ mất giấc ngủ.

+ Thức giấc sớm

+ Chất lượng giấc ngủ:

Ở người có chất lượng giấc ngủ tốt, sau một đêm ngủ dậy cơ thể cảm thấy thư thái, các cảm giác mệt mỏi biến mất và vẻ mặt trở nên minh mẫn, tươi tỉnh.

Ngược lại, ở người mất ngủ, giấc ngủ không mang lại sự hồi phục về thể chất và tinh thần; tình trạng ngủ chập chờn khiến họ đôi khi khó xác định được mình có thật sự ngủ hay không. Diện mạo vào buổi sáng thường cho thấy sự mệt mỏi, kém tinh táo, dáng vẻ chậm chạp, hay ngáp vặt.

+ Người bệnh thường bận tâm về mất ngủ và lo lắng quá mức về hậu quả của nó, buổi sáng thức giấc, người bệnh cảm giác mệt mỏi, uể oải về cơ thể và tâm thần; ban ngày họ cảm thấy lo âu, căng thẳng, cáu kỉnh, kém tập trung trong công việc, giảm trí nhớ [2].

- *Test tâm lý*

❖ **Test Beck:** Bậc thang đánh giá trầm cảm (Beck Bepression Inventory: BID)

Thang đo này được A.T. Beck và cộng sự giới thiệu năm 1974, dựa trên các quan sát lâm sàng ở người bệnh trầm cảm, đặc biệt là từ cơ sở của liệu pháp phân tâm. Công cụ này được sử dụng nhằm đánh giá mức độ trầm cảm trên lâm sàng.

Cách làm test: test được thực hiện trong không gian yên tĩnh, có sự hợp tác giữa người bệnh và thầy thuốc, có thời gian để người bệnh suy nghĩ đánh giá. Thầy thuốc trực tiếp đối tượng làm test. Phương pháp đánh giá: test beck có 21 câu hỏi, từ câu 1 đến câu 15 là triệu chứng tâm thần. Từ câu 16 đến câu 21 là các triệu chứng cơ thể biểu hiện trầm cảm. Phân tích kết quả: Điểm Beck < 14 cho thấy không có trầm cảm; từ 14–19 điểm gợi ý trầm cảm nhẹ; 20–29 điểm tương ứng với trầm cảm mức độ vừa; và ≥ 30 điểm cho thấy trầm cảm nặng.

❖ Test (SAS) – Zung :được Zung giới thiệu năm 1974, bao gồm 20 câu hỏi để người bệnh tự đánh giá, với 4 mức độ phản ánh cường độ và thời gian của triệu chứng; mỗi mục được chấm từ 1 đến 4 điểm, tổng điểm tối đa là 80.

Phân tích kết quả: ≤ 40 điểm: không có lo âu; 41 – 50 điểm: Lo âu nhẹ, 51 – 60 điểm: Lo âu vừa, 61 – 70 điểm: Lo âu nặng, 71 – 80 điểm: Lo âu rất nặng.

Cả 2 thang điểm này đều được tổ chức Y tế thế giới thừa nhận là công cụ hỗ trợ lâm sàng trong chẩn đoán các rối loạn lo âu và trầm cảm.

❖ **Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang Pittsburgh:** Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI) do Daniel J.Buyse phát triển năm 1989, nhằm đo lường và phân tích các chỉ số liên quan đến chất lượng giấc ngủ [18].

Tại Việt Nam, thang đo PSQI đã được chuẩn hóa vào năm 2001; nghiên cứu của Cao Văn Tuấn đã ứng dụng công cụ này trong đánh giá rối loạn giấc ngủ trên đối tượng người Việt Nam [28]. Các tác giả ghi nhận rằng thang đo này có độ tin cậy cao trong thực hành lâm sàng để đánh giá mức độ mất ngủ, đồng thời có thể sử dụng nhằm theo dõi diễn tiến của rối loạn mất ngủ theo thời gian [28]. Chỉ số PSQI được tính bằng tổng điểm của bảng câu hỏi do người tham gia tự trả lời, bao gồm 4 câu hỏi mở và 14 câu hỏi đánh giá dựa trên tần suất xuất hiện của các sự kiện cũng như mức độ tốt – xấu khác nhau trên 7 lĩnh vực liên quan đến giấc ngủ [29]. Chất

lượng giấc ngủ được đánh giá bằng thang PSQI, với tổng điểm dao động từ 0 đến 21, và được trình bày dưới hai hình thức:

- + Tổng điểm chung của các câu hỏi hoặc
- + Phân nhóm “chất lượng giấc ngủ kém” hay “chất lượng giấc ngủ tốt”:
 - Tổng điểm $PSQI \leq 5$ phản ánh chất lượng giấc ngủ tốt (không có rối loạn giấc ngủ).
 - Tổng điểm $PSQI > 5$ phản ánh chất lượng giấc ngủ kém (có rối loạn giấc ngủ)

** Đánh giá trên cận lâm sàng*

❖ Đa ký giấc ngủ (Polysomnography: PSG)

PSG từ lâu đã được coi là tiêu chuẩn vàng về đo lường giấc ngủ vì nó cho phép xác định một cách khách quan không chỉ thời gian ngủ – thức mà còn phản ánh được cả cấu trúc của giấc ngủ.

- Cách thực hiện: những người được làm PSG hoàn thành 3 đêm ghi PSG. Dữ liệu được gộp từ đêm thứ 2 và thứ 3 được sử dụng để lấy: tổng thời gian thức, tổng số thời gian ngủ và hiệu quả của giấc ngủ.

- Đánh giá: Quy trình ghi đa ký giấc ngủ bao gồm điện não đồ tiêu chuẩn, điện cơ và điện tâm đồ được thực hiện trên hệ thống theo dõi chuyên dụng. Việc phân loại các giai đoạn ngủ được tiến hành dựa trên các tiêu chuẩn chấm điểm đã được xác định. Trong đêm ghi đầu tiên, các thông số hô hấp (như lưu lượng khí, thể tích khí lưu thông và độ bão hòa oxy máu) cùng với điện cơ cơ chày trước được thu thập nhằm loại trừ hội chứng ngưng thở khi ngủ và rối loạn vận động chi định kỳ [30].

❖ Điện não đồ:

Trong quá trình phân tích điện não đồ, việc đánh giá dựa trên một số tiêu chí đặc trưng, bao gồm: tần số sóng (Hz), biên độ sóng (μV), hình thái sóng, vị trí xuất hiện cũng như các điều kiện mà sóng được ghi nhận.

Các hoạt động điện não bình thường hay gặp:

- Nhịp Alpha (α): tần số khoảng 8 – 13Hz, biên độ trung bình khoảng 50 μ V, dạng sóng hình sin, định khu: vùng chẩm 2 bên, đối xứng và đồng bộ, biến mất hoặc mờ nhạt khi mở mắt.

- Nhịp Beta (β): tần số > 13 Hz (từ 14 đến 45 Hz), biên độ: 5 – 20 μ V, hình thái không đồng bộ, thường bị nhịp alpha che khuất, định khu: thường thấy ở vùng trán, trung tâm, hai bên, không đối xứng, không đồng bộ, hoạt động này mờ nhạt đi khi cử động và khi kích thích xúc giác ở bên đối diện cơ thể [31].

Trong những năm gần đây, một số tác giả nghiên cứu về EEG trên người bệnh mất ngủ kinh niên cho thấy giảm biên độ và chỉ số nhịp alpha, hoạt động sóng chậm cao hơn đáng kể (sóng delta và theta các dải) ở vùng trán và hoạt động sóng não nhanh (dải beta) cao hơn ở vùng trán, trung tâm, đỉnh và chẩm [32].

1.2.5. Điều trị mất ngủ không thực tổn

Mất ngủ không thực tổn chủ yếu xuất phát từ các yếu tố tâm lý – sinh lý. Vì vậy, điều trị thường tập trung vào hai nhóm chính: can thiệp tâm lý (đặc biệt là liệu pháp nhận thức – hành vi) và điều trị bằng thuốc; hai phương pháp này cũng có thể được phối hợp để tối ưu hiệu quả [2].

❖ *Về tâm lý*: Các biện pháp can thiệp tâm lý chủ yếu tập trung vào việc hướng dẫn người bệnh thực hành vệ sinh giấc ngủ đúng cách, bao gồm:

- Chỉ đi ngủ khi cảm thấy thực sự buồn ngủ.
- Duy trì lịch ngủ – thức cố định hằng ngày và hạn chế ngủ vặt vào ban ngày
- Giới hạn thời gian nằm trên giường trước khi ngủ.
- Thức dậy vào cùng một thời điểm mỗi sáng, bất kể thời gian ngủ của đêm trước, nhằm duy trì nhịp sinh học ổn định..

- Tránh sử dụng các chất kích thích như cà phê và thuốc lá, đặc biệt trong buổi tối.

- Duy trì thói quen luyện tập thể dục hằng ngày để hỗ trợ điều hòa giấc ngủ.
- Hạn chế tiếp xúc với các tác nhân gây kích thích tinh thần (như tivi, điện thoại..) và thay thế bằng các hoạt động thư giãn như nghe radio, xem truyền hình hoặc đọc sách.

- Ăn vào một giờ nhất định trong ngày, không ăn nhiều trước khi ngủ

- Không uống rượu, vì rượu phá vỡ nhịp thức ngủ
- Hạn chế sử dụng đồ uống vào buổi tối
- Sử dụng kỹ thuật thư giãn luyện tập.

❖ *Về thuốc:*

- Nguyên tắc chọn thuốc trong điều trị:
 - Ưu tiên sử dụng đơn trị liệu, chọn một trong các thuốc được khuyến nghị; nếu đáp ứng không đầy đủ, có thể phối hợp một thuốc chống trầm cảm với một thuốc an thần kinh theo chỉ định lâm sàng
 - Bắt đầu với liều thấp và điều chỉnh tăng dần cho tới khi đạt được hiệu quả điều trị tối ưu
 - Tránh lạm dụng các thuốc giải lo âu có nguy cơ gây lệ thuộc, nhằm hạn chế các tác dụng bất lợi lâu dài.
- Trong điều trị mất ngủ, có thể sử dụng các thuốc gây ngủ, thuốc giải lo âu và thuốc chống trầm cảm, bởi tình trạng mất ngủ thường liên quan chặt chẽ đến các rối loạn lo âu và trầm cảm.
 - + Thuốc giải lo âu Benzodiazepines, Non – benzodiazepines: Diazepam 5mg, Bromazepam 6mg, Lorazepam 1 mg, Chlordiazepoxid 5mg, Nitrazepam 5mg, Zolpidem 10mg, Loprazolam 1mg
 - + Chống trầm cảm:
 - Loại 3 vòng: Imipramin 25 mg (liều 25 – 300 mg/ 24 giờ), Amitriptylin 25 mg (liều 25 – 300 mg/ 24 giờ), Laraxyl 25 mg, Triptizol 25mg ...
 - Loại mới: Mirtazapine liều 15 – 60 mg/ 24 giờ. Venlafacin liều 37,5 – 375 mg/ 24 giờ, Zoloft ...
- Các thuốc chống trầm cảm 3 vòng an dịu và loại chống trầm cảm mới không gây thói quen dùng thuốc, đều cho thấy hiệu quả trong điều trị mất ngủ khi sử dụng với liều 25–100 mg vào buổi tối trước khi ngủ.
 - + Thuốc an thần kinh: Olanzapin, Quetiapin ...
 - Khi điều trị cần lưu ý:
 - + Các thuốc có tác dụng ngắn như Triazolam, Zolpidem (Stilnox) có thể dẫn đến những pha mất nhớ nếu dùng thường xuyên.

+ Các thuốc có tác dụng kéo dài, như Flurazepam có thể tích lũy ở người nhiều tuổi dẫn đến nhận thức chậm chạp, thất điều, ngã và buồn ngủ.

+ Các thuốc giải lo âu Benzodiazepines nên được bắt đầu với liều thấp và chỉ sử dụng trong thời gian ngắn, vì việc dùng kéo dài có thể dẫn đến nguy cơ lệ thuộc thuốc [2].

1.3. Tổng quan về mất ngủ không thực tổn theo Y học cổ truyền

1.3.1. Bệnh danh

Trong Y học cổ truyền, mất ngủ được xếp vào phạm vi chứng “thất miên”, “bất寐”, “bất đắc miên”,... biểu hiện cho rối loạn giấc ngủ. Ở thể nhẹ, người bệnh khó đi vào giấc ngủ, ngủ không sâu giấc dễ thức giấc và khó ngủ lại sau khi tỉnh giấc giữa đêm. Ở thể nặng, người bệnh có thể không ngủ được suốt cả đêm.

1.3.2. Nguyên nhân

Có nhiều nguyên nhân gây ra Thất miên, thường gặp do suy nghĩ, lo lắng, mệt mỏi quá độ, do âm hư sinh nội nhiệt, đàm nhiệt... Nạn kinh cho rằng thất miên ở người cao tuổi là do “Khí huyết suy, cơ nhục bất hoạt, vinh vệ chi đạo sáp.” Đến tác giả Sào Nguyên Phương trong Chư bệnh nguyên hầu luận cho rằng: “Đại bệnh hậu, tạng phủ thương hư, vinh vệ bất hòa,... âm khí hư, vệ khí độc hành vu dương, bất nhập vi âm, cố bất đắc miên (sau khi bị bệnh nặng, tạng phủ hư, dinh vệ không điều hòa, âm hư, vệ dương không vào được âm gây ra mất ngủ). Sách Cảnh Nhục toàn thư có viết: “Gây ra thất miên có thể do nhiều nguyên nhân, nhưng chỉ cần nắm rõ hai chữ chính tà. Theo quan niệm YHCT, giấc ngủ thuộc phạm trù âm và chịu sự chi phối của thần. Khi thần an thì con người dễ dàng đi vào giấc ngủ; ngược lại, khi thần bất an thì mất ngủ sẽ xuất hiện. Tình trạng thần không yên thường bắt nguồn từ hai nhóm nguyên nhân chính: tà khí quấy nhiễu hoặc dinh khí bất túc.

Nguyên nhân chủ yếu gây mất ngủ trong Y học cổ truyền thường xuất phát từ rối loạn tình chí. Sự căng thẳng tâm lý kéo dài có thể gây tổn thương tinh thần, làm rối loạn chức năng của các tạng, đặc biệt là Tâm, Can, Tỳ và Thận. Bên cạnh đó, một số yếu tố như thể chất bẩm sinh yếu (tiên thiên bất túc), huyết hư, Thận âm hư, Can Đổm uất hóa hỏa, Vị khí mất điều hòa, hoặc suy nhược sau bệnh cũng góp phần khiến người bệnh khó ngủ. Theo lý luận cổ truyền, mất ngủ xảy ra khi

thần không được yên. Thần không yên có thể do tà khí nhiều động hoặc do tinh khí suy giảm. Tà khí ở đây chủ yếu liên quan đến đàm, hỏa và những rối loạn do ăn uống; còn “thất tình” ám chỉ sự mất cân bằng của bảy cảm xúc chủ đạo — hỷ, nộ, ưu, tư, bi, khùng, kinh — đều có thể dẫn tới rối loạn giấc ngủ [68].

1.3.3. Các thể bệnh của chứng thất miên

Tùy theo từng quan điểm khác nhau mà có nhiều cách chia thất miên thành các thể. Có quan điểm chia thất miên thành 4 thể, 3 thể, 5 thể. Theo sách bệnh học nội khoa YHCT của trường Đại học Y Hà Nội chứng thất miên được chia thành các thể: Tâm tỳ lưỡng hư, Âm hư hỏa vượng, Tâm đờm khí hư, Đàm nhiệt, Can uất hỏa hỏa [3],[11].

❖ Thể Tâm tỳ lưỡng hư

- Triệu chứng: Người bệnh thường khó ngủ, ngủ chập chờn và gặp nhiều mộng mị; dễ thức giấc và khó ngủ lại. Kèm theo đó có thể xuất hiện hồi hộp, giảm trí nhớ, hoa mắt, chóng mặt, cơ thể mệt mỏi, tay chân cảm giác không có lực, ăn uống kém ngon miệng hoặc đầy bụng, chán ăn. Sắc mặt thường nhợt, chất lưỡi nhạt màu với rêu trắng mỏng hoặc nhờn; mạch thường tế nhược hoặc nhu hoạt.

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

❖ Âm hư hỏa vượng

- Triệu chứng: mất ngủ, tâm phiền, chóng mặt ù tai, hay quên, có thể xuất hiện đau mỏi vùng thắt lưng; ở nam giới có thể gặp mộng tinh. Người nhân hay có triệu chứng ngũ tâm phiền nhiệt, miệng khô, lưỡi đỏ, rêu ít hoặc không có; mạch thường tế sắc.

- Pháp điều trị: Tư âm giáng hỏa, dưỡng tâm an thần.

❖ Thể tâm đờm khí hư

- Triệu chứng: Mất ngủ, khi ngủ dễ tỉnh giấc, hay sợ hãi, dễ bị giật mình, có thể hồi hộp, thở ngắn, tiểu trong và dài; hoặc cảm thấy mệt nhưng vẫn khó ngủ, cơ thể gầy, sắc mặt nhợt. Một số trường hợp xuất hiện mất ngủ kèm hồi hộp, hoa mắt, chóng mặt, miệng và họng khô, chất lưỡi thường nhạt màu với rêu trắng mỏng, hoặc chất lưỡi đỏ với ít rêu; mạch phần nhiều huyền tế hoặc huyền nhược.

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

❖ *Thể can uất hóa hỏa*

- Triệu chứng: Người bệnh thường khó ngủ, dễ cáu gắt; trường hợp nặng có thể thức trắng suốt đêm. Kèm theo đó là cảm giác tức ngực, đau mạn sườn 2 bên, khát nước và thích uống, chán ăn, miệng khô, cảm giác đắng miệng, mắt đỏ, ù tai và nước tiểu sẫm màu. Một số người bệnh có thể hoa mắt, chóng mặt, đau đầu dữ dội, táo bón. Chất lưỡi thường đỏ với rêu vàng hoặc vàng khô; mạch chủ yếu là huyền sắc hoặc huyền hoạt sắc.

- Pháp điều trị: Thanh can tả nhiệt, an thần

❖ *Thể đàm nhiệt nội nhiễu*

- Triệu chứng: Mất ngủ, nặng đầu, tức ngực, tâm phiền, có thể xuất hiện buồn nôn, nôn, ợ hơi, miệng đắng, kèm theo hoa mắt, chóng mặt hoặc táo bón. Mất ngủ kéo dài cả đêm, chất lưỡi đỏ với rêu vàng nhờn; mạch thường hoạt sắc.

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

Trong đó hai thể: Tâm tỳ lưỡng hư và âm hư hỏa vượng là hai thể hay gặp trên lâm sàng

1.4. Tổng quan về phương pháp nhĩ châm và hạt Vương Bất Lưu Hành

1.4.1. Nhĩ châm

1.4.1.1 Khái niệm

Nhĩ châm tức là dùng kim châm vào những điểm nhạy cảm trên loa tai, rồi vê kim bằng tay hoặc lưu kim châm ở loa tai [23].

Trong y văn cổ Trung Hoa, nhĩ châm tức kích thích huyết vị tại loa tai được xem là một phương pháp châm cứu đặc thù và được ghi chép khá đầy đủ trong các kinh điển như *Hoàng Đế Nội Kinh* và *Linh Khu* (Hai bộ sách, xuất hiện vào khoảng thế kỷ IV đến thế kỷ II trước Công Nguyên, đã mô tả cấu trúc loa tai cùng các điểm châm liên quan đến chức năng của từng tạng phủ), *Thiên Kim Phương*, *Bản Thảo Cương Mục*, Châm cứu đại thành đều nói đến phương pháp chữa bệnh trong cơ thể người trên loa tai. Từ năm 1956 Trung Quốc đã nghiên cứu đánh giá tác dụng của nhĩ châm nhiều bệnh lý khác nhau [34],[35].

Nhiều nước trên thế giới cũng đang nghiên cứu nhĩ châm. Đặc biệt ở Pháp, đến năm 1957, bác sỹ Paul Nogier đã phát triển thành phương pháp trị liệu sau

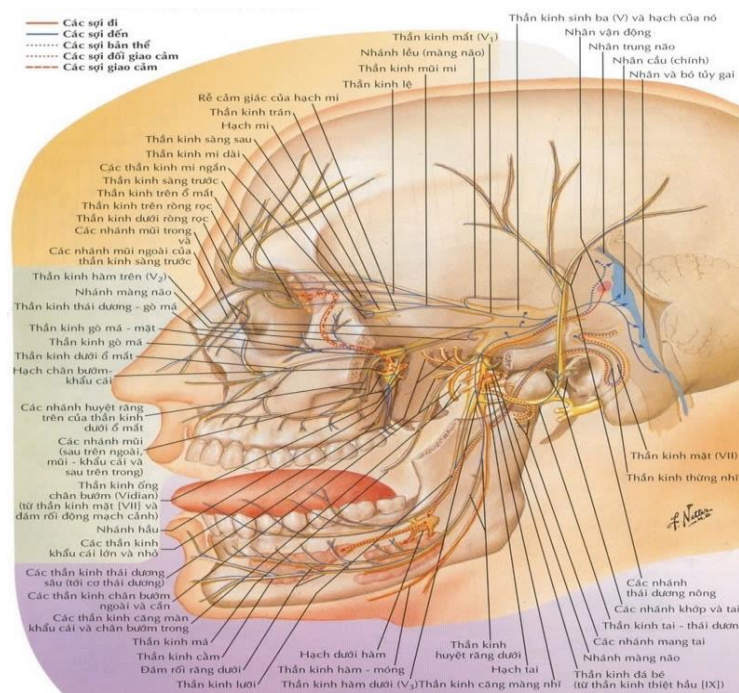
nhiều năm nghiên cứu nhĩ châm và tìm hiểu ra các quy luật chung về quan hệ mật thiết giữa những điểm mẫn cảm xuất hiện trên loa tai với các cơ quan trong cơ thể con người [35].

Nhĩ châm gồm nhiều kỹ thuật khác nhau như mai hoa châm, điện nhĩ châm, từ nhĩ châm, nhĩ áp, gài kim ... Trong đó phương pháp gài kim (nhĩ hoàn) được sử dụng phổ biến cho các bệnh lý mạn tính hoặc dễ tái phát. Việc gài kim và lưu lại trên tai trong thời gian dài nhằm duy trì kích thích liên tục vào huyết, qua đó tăng cường hiệu quả điều hòa chức năng tạng phủ [37]. Thời gian lưu nhĩ hoàn vào mùa rét có thể 5-7 ngày mới phải thay kim, mùa hè là 3 – 5 ngày [37]. Nhĩ châm được xem là một phương pháp chữa bệnh có nhiều ưu điểm, hiệu quả nhanh, ít có phản ứng xấu, thao tác đơn giản, không tốn kém [34].

1.4.1.2. Cơ sở lý luận của phương pháp nhĩ châm

**Theo Y học hiện đại:*

- Phân bố thần kinh loa tai [58],[59]: Có rất nhiều thần kinh được phân bố ở loa tai. Các cấu trúc này bao gồm những nhánh chi phối cảm giác của vùng loa tai, như nhánh của thần kinh tai to, thần kinh cằm nhỏ, nhánh thái dương của dây sinh ba, nhánh tai của dây VII và nhánh tai sau của dây phế vị (xem hình 1.1)



Hình 1.1. Hệ thống thần kinh chi phối vùng tai [59]

+ Xuất phát từ nhánh hàm dưới của dây thần kinh V, nhánh trước của thần kinh tai – thái dương tỏa thành 3–4 nhánh nhỏ đảm nhiệm chi phối cảm giác cho gò bìn tai, vùng trước hố tam giác, chân đối bìn, khu vực xoắn tai trên, bìn tai, dải tai và cả ống tai ngoài cùng màng nhĩ. Đây là một dây hỗn hợp, mang sợi vận động và cảm giác, và cùng với dây mặt và dây phế vị đóng vai trò trong kiểm soát thần kinh vùng ống tai ngoài.

+ Thần kinh tai lớn bắt nguồn từ đám rối cổ và chạy dọc trên mặt cơ ức–đòn–chũm. Khi tiến lên đến vùng ngang mức dải tai, dây này chia thành hai nhánh chính: nhánh trước tai và nhánh sau tai. Nhánh trước tai đi xuyên qua vùng dải tai và hướng ra mặt trước của loa tai. Từ đây, nó phát ra các nhánh nhỏ chi phối cảm giác cho hai phần ba dưới của thùy tai, vùng đối luân, phần đầu của hố tam giác, xoắn tai trên và một phần rễ luân; còn có một nhánh khác phân bố ở phần trên và giữa thùy tai, ở phần giữa của luân tai. Nhánh sau tai phân bố tại da của phần giữa của mặt sau loa tai.

+ Nhánh tai của dây thần kinh X xuất phát từ hạch trên của dây phế vị, sau đó tiến ra trước và hòa nhập với các sợi của dây VII trong đoạn ống tai của dây này. Từ đó, nó chạy dọc theo rãnh ở mặt sau loa tai rồi tách thành hai nhánh, phân bố cảm giác cho vùng xoắn tai dưới và ống tai ngoài.

+ Nhánh tai của dây thần kinh VII được tách ra ngay sau khi dây này đi qua lỗ trâm–chũm. Nhánh này chi phối cảm giác cho mặt sau của loa tai và vùng xoắn tai trên, đặc biệt tại khu vực nằm dưới và phía sau rễ luân, giữa chân đối luân và phần dưới của hố tam giác.

Với đặc điểm phân bố thần kinh phong phú, loa tai là nơi hội tụ của nhiều nhánh thần kinh khác nhau và do đó có mối liên hệ chặt chẽ với toàn bộ cơ thể [23] cụ thể:

- Liên hệ với tủy sống: Loa tai nhận chi phối từ đám rối cổ nông, trong đó dây thần kinh tai lớn là nhánh đi ra từ vùng này[23]

- Liên hệ với não bộ: Chủ yếu thông qua dây thần kinh sinh ba; ngoài ra còn nhận sợi từ dây trung gian Wrisberg và dây lưỡi – hầu [23]

- Liên hệ với hệ thần kinh thực vật: góp phần điều hòa các phản xạ và đáp ứng sinh lý của vùng tai [35],[40].

+ Hệ giao cảm: Nhiều sợi giao cảm vùng cổ đi kèm và hòa nhập vào các nhánh của đám rối cổ nông, cũng như vào các nhánh của dây phế vị, dây sinh ba và dây lưỡi – hầu. Riêng dây lưỡi – hầu có mối liên hệ trực tiếp với đám rối giao cảm tại xoang cảnh.

+ Hệ phó giao cảm: Bao gồm các sợi mạch và sợi tiết nước bọt của hệ phó giao cảm xuất phát từ hành não, tham gia chi phối các cấu trúc liên quan, phụ vào dây trung gian Wrisberg, dây lưỡi hầu và chủ yếu là dây phế vị qua nhánh tai của nó

- Phân bố mạch máu và bạch mạch của loa tai [58]:

Loa tai được cấp máu dồi dào, chủ yếu từ hai hệ động mạch chính là động mạch thái dương nông thuộc động mạch cảnh ngoài và động mạch sau tai. Động mạch thái dương nông đảm nhiệm nuôi dưỡng vùng trước tai, trong khi đó động mạch sau tai tỏa ra hai nhánh chính gồm nhánh sau tai và nhánh trước tai. Nhánh trước của động mạch sau tai đi tới mặt trước loa tai, cung cấp máu cho khoảng hai phần ba dưới của thùy tai, vùng đối luân, đỉnh hố tam giác, xoắn tai trên và một phần của vành tai.

Các tĩnh mạch nhỏ ở mặt trước loa tai được dẫn lưu về tĩnh mạch thái dương nông. Ở mặt sau, các tĩnh mạch hợp lại thành khoảng 3–5 nhánh và đổ vào tĩnh mạch sau tai. Bạch mạch của loa tai phân bố dày đặc, tạo thành một mạng lưới phong phú. Dòng bạch huyết từ mặt trước loa tai chủ yếu đi về nhóm hạch mang tai, trong khi phần lớn bạch mạch ở mặt sau loa tai dẫn lưu về nhóm hạch sau tai.

- Kích thích các huyết châm cứu sẽ hoạt hóa con đường hướng tâm từ dây thần kinh ngoại biên ở tủy sống và đi lên não. Một nhân não đặc hiệu kết nối con đường hướng tâm với ly tâm, cho các tế bào thần kinh đi xuống tủy sống để điều hòa chức năng các tạng. Việc kích thích các điểm phản ứng ở tai và trên cơ thể đem lại hiệu quả tương đương [39]

** Cơ chế theo Y học cổ truyền*

Theo y văn cổ, tai không phải là một cấu trúc tách biệt mà có mối liên hệ sinh lý chặt chẽ với nhiều cơ quan khác trong cơ thể. Theo mô tả trong Linh Khu,

khí huyết từ 12 kinh mạch và 365 lạc mạch đều quy tụ lên vùng mặt để nuôi dưỡng ngũ quan (mắt, tai, mũi, lưỡi và miệng), thất khiếu và các tổ chức não – tủy ở vùng đầu. Trong hệ thống đó, một phần khí huyết được dẫn tới tai để duy trì hoạt động và chức năng của cơ quan này [35]. Có 5 kinh dương, 1 kinh biệt, 4 kinh cân dương ở chân và kinh cân dương minh ở tay liên quan đến tai. Mỗi kinh âm và kinh dương chính đều có một kinh nhánh. Tất cả những kinh nhánh âm đều đổ vào kinh nhánh dương có quan hệ biểu lý tương ứng và tất cả các kinh nhánh dương đều đổ vào kinh chính của nó. Như vậy, các kinh âm và kinh dương trong cơ thể đều có sự liên hệ thông qua hệ thống kinh nhánh, và phần lớn các kinh chính của cả hai hệ này đều có mối quan hệ trực tiếp hoặc gián tiếp với tai.[23],[41].

Hệ thống các chức năng tạng phủ đều có ảnh hưởng đến chức năng của tai. Theo sách *Nội kinh* và *Nạn kinh*, Theo Tổ Ván “Thận khí thông ra tai, thận khí có bình thường thì tai có thể nghe rõ được”, “Tâm khai khiếu ở tai” mặc dù khiếu chính của Tâm là lưỡi, nhưng do lưỡi không có lỗ khiếu nên chức năng được truyền dẫn và biểu hiện gián tiếp qua tai. Vì vậy, theo quan niệm của Triệu Dường Quy trong tác phẩm *Y Quan* thời Minh, Thận được xem là chủ khiếu của tai, còn Tâm đóng vai trò khách khiếu. Bên cạnh đó đau đầu, tai ù, chín khiếu không lợi là do vị trường mà ra. Theo *Tàng Khí Pháp Thời Luận* trong *Tổ Ván*, khi Can hư thì chức năng thính giác suy giảm, dẫn đến tai nghe kém. *Nạn Kinh*, quyển 40, nêu rằng Phế chủ thanh, nhờ đó tai mới tiếp nhận âm thanh một cách rõ ràng. Trong *Hải Luận* của *Linh Khu*, não tủy không đầy đủ được xem là nguyên nhân gây nên hiện tượng ù tai [23].

Tóm lại, theo YHCT, loa tai được sử dụng trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý toàn thân, bởi vì:

- + Khí huyết trong 14 kinh mạch đều trực tiếp hoặc gián tiếp đến tai.
- + Hệ thống chức năng tạng phủ đều có ảnh hưởng đến chức năng của tai

Với các cơ sở lý luận trên cho thấy tác động lên các điểm trên loa tai có cơ chế tác động và hiệu quả phù hợp trong điều trị mất ngủ không thực tồn.

1.4.1.3. Phân bố các điểm tương ứng với các cơ quan trên loa tai

❖ Loa tai được chia thành 3 vùng như sau [23],[38]:

- Vùng 1 gồm đôi vành tai, đôi bình tai, hổ thuyền, hổ tam giác và vành tai

- Vùng 2 gồm các vị trí liên quan đến xoắn tai: xoắn tai trên, xoắn tai dưới, gờ xoắn tai và tường của xoắn tai.

- Vùng 3 gồm dải tai, bình tai, khuyến gian bình tai và phần dưới nhất của đuôi vành tai.

❖ Trong thực hành lâm sàng, có thể gặp một số tình huống phản ứng đặc trưng như sau:

- Tại loa tai xuất hiện điểm hoặc vùng phản ứng, mà trên kinh lạc tương ứng với khu vực bệnh lý lại không phát hiện phản ứng rõ

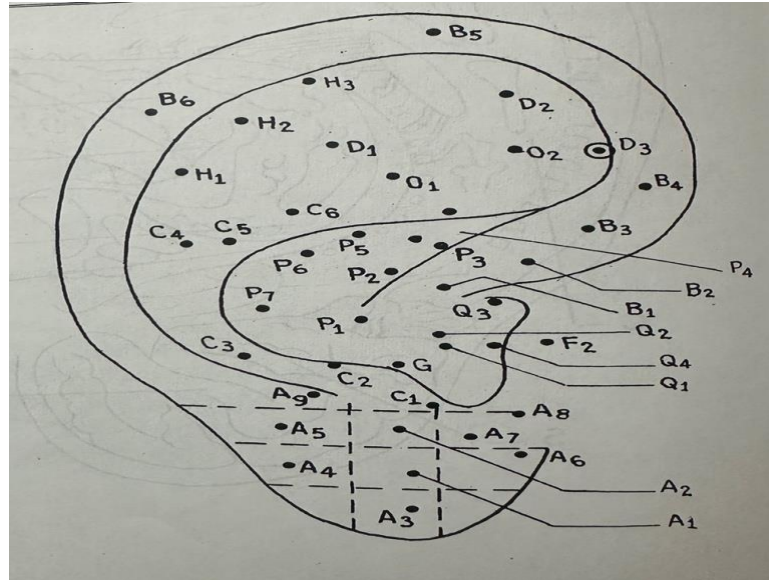
- Ngược lại, tại loa tai không biểu hiện điểm hoặc vùng phản ứng, nhưng trên đường kinh liên hệ với vùng bệnh lý xuất hiện điểm hoặc vùng phản

- Cả loa tai và kinh lạc tương ứng đều đồng thời xuất hiện vùng hoặc điểm phản ứng liên quan đến bệnh lý của cơ quan hoặc bộ phận đang bị ảnh hưởng

- Trên loa tai: có thể xuất hiện đồng thời điểm hoặc vùng phản ứng ở cả hai loa tai, nhưng cũng có trường hợp chỉ thấy ở một bên. Một số người bệnh biểu hiện nhiều điểm hay vùng phản ứng, trong khi những người khác mắc cùng một bệnh lý xuất hiện phản ứng ở các vị trí không giống nhau. Nhìn chung, các vị trí phản ứng tại loa tai không tuân theo một quy luật cố định [23].

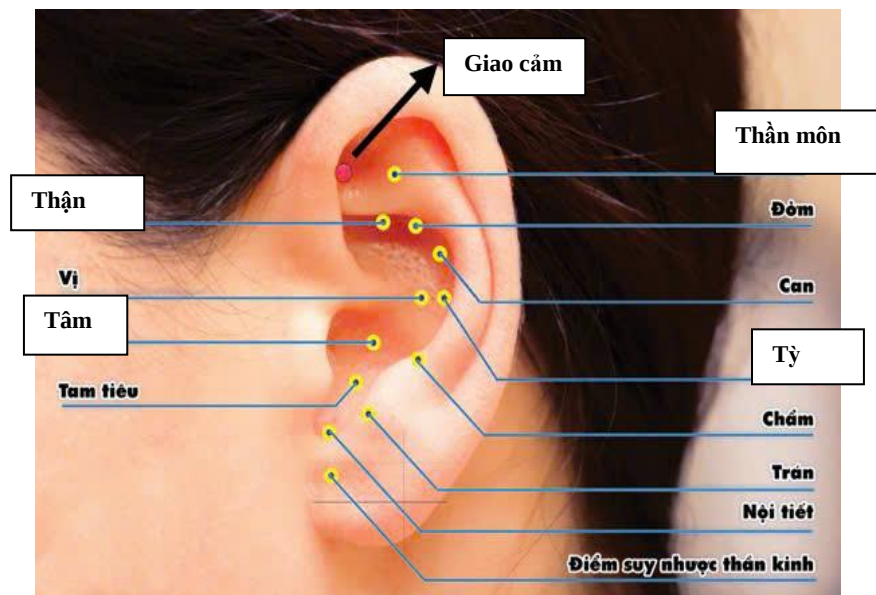
Quan sát lâm sàng cho thấy, khi cơ thể mắc bệnh, phần lớn trường hợp trên bề mặt loa tai xuất hiện các vùng phản ứng bệnh lý (cảm giác ấn đau) tại những vị trí có liên hệ tương ứng với cơ quan đang bị tổn thương. Khi bệnh đỡ hoặc khỏi thì các vùng phản ứng cũng giảm và mất đi.

Tại kỳ họp của Hội Châm cứu Đông y khu vực Tây Thái Bình Dương diễn ra vào tháng 6 năm 1987 tại Seoul (Hàn Quốc), ba sơ đồ loa tai của Việt Nam (Nguyễn Tài Thu), Trung Quốc (Vương Thế Tài) và Pháp (P. Nogier) đã được đưa ra đối chiếu và phân tích. Trên cơ sở so sánh này, hội nghị đã bước đầu thống nhất danh mục gồm 44 vùng huyết trên loa tai như sau [37].



Hình 1.2. Các vùng huyết trên loa tai [33]

1.4.1.4. Phác đồ huyết trong nghiên cứu:



Hình 1.3. Vị trí huyết trong nghiên cứu [37]

1.4.1.5. Ứng dụng của nhĩ châm ở Việt Nam

Trong giai đoạn từ năm 1962 đến 1992, bác sỹ Nguyễn Tài Thu đã tiến hành nhiều nghiên cứu về nhĩ châm, tập trung khảo sát các điểm đau trên loa tai nhằm phục vụ cho công tác chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh.

Từ năm 1970 đến nay tại tạp chí Y học Việt Nam, tạp chí khoa học và công nghệ Việt Nam, tạp chí Y học cộng đồng, tạp chí Y dược cổ truyền Việt Nam cũng đã công bố nhiều bài báo về kết quả nghiên cứu ứng dụng điều trị bằng phương pháp nhĩ châm đối với một số chứng bệnh: hen phế quản, đau đầu, đau thắt lưng, tăng huyết áp, đau bụng kinh, mất ngủ, hội chứng thắt lưng hông... những nghiên cứu này được thực hiện bởi các tác giả Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy, Phạm Duy Nhạc, Kiều Xuân Dũng, Trần Thị Hải Vân, Nguyễn Thị Thanh Vân, Nguyễn Văn Tâm, Trịnh Thị Diệu Thường.

1.4.2. Hạt dán Vương Bất Lưu Hành

1.4.2.1. Định nghĩa

Hạt Vương Bất Lưu Hành (VBLH) là hạt thu được từ quả của cây Xốp *Vaccaria segetalis* (Neck.) Garcke. Dược liệu này được đề cập sớm nhất trong các y thư cổ, bắt đầu từ *Bản Kinh* như một vị thuốc có công năng đặc thù. Ở nước ta có loại cây xốp còn được gọi là xốp xốp, trâu cổ, bị lệ, vẩy ốc có tên khoa học là *Ficus pumila* L. thuộc họ Dâu tằm (Moraceae). Cây xốp Việt Nam mọc hoang khắp vùng đồng bằng và miền núi. Do tên khoa học có khác nhau nên cần nghiên cứu thêm. Trong tài liệu này chủ yếu giới thiệu quả của cây *Vaccaria segetalis* (Neck) Garcke. Hạt VBLH là hạt chín phơi khô của cây Mạch Lam Thái họ Thạch trúc. Cây có ở Trung Quốc, hiện được nhập sang Việt Nam. Chứa các chất như hypaphorine, vaccarin, vaccarin H, isosaponarin..[63],[64]



Hình 1.4 Hình ảnh dán hạt Vương Bất Lưu Hành [56]

1.4.2.2 Cơ chế

Theo Y học cổ truyền, hạt VBLH vị đắng, tính bình, quy kinh Can, Vị, có tác dụng hành huyết thông kinh, lợi sữa, giảm sưng đau [63]

Trong y học cổ truyền Trung Quốc, phương pháp dùng hạt để tác động lên các huyết ở tai đã có lịch sử lâu đời. Các loại hạt nhỏ, tròn và nhẵn như hạt kê hoặc hạt đậu xanh được dùng phổ biến để dán lên loa tai nhằm gây kích thích huyết vị. Nhưng hạt VBLH kích thước tròn nhỏ, rất thích hợp với các huyết vùng loa tai, do đó ngày càng nhiều thầy thuốc sử dụng. Vì vậy, việc áp dụng miếng dán có dính hạt VBLH lên các huyết trên loa tai trở thành một kỹ thuật kích thích huyết an toàn, không xâm lấn và mang lại hiệu quả đáng kể. Đồng thời, đây là phương pháp dễ thực hiện, người bệnh có thể tự áp dụng sau khi được hướng dẫn bởi cán bộ y tế [63]

1.4.2.3. Ứng dụng của hạt Vương Bất Lưu Hành ở Việt Nam:

Hiện nay việc dùng hạt dán Vương Bất Lưu Hành đã và đang được ứng dụng rộng rãi tại các cơ sở y tế. Có rất nhiều công trình nghiên cứu đã công bố hiệu quả điều trị bằng dán hạt VBLH trên loa tai đối với một số bệnh lý như: hỗ trợ cai nghiện, mất ngủ trên công thức huyết NADA, bệnh trào ngược dạ dày- thực quản, hội chứng thắt lưng hông... của các tác giả Nguyễn Trường Nam[67], Bùi Tiến Hưng[72], Mận Thị Hồng Thao [75].

1.5. Tổng quan về phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng

1.5.1. Khái quát phép thư giãn

Việt Nam phương pháp dưỡng sinh đã có từ lâu. Đại danh y Tuệ Tĩnh đã đúc kết nguyên tắc dưỡng sinh trong cuốn “Hồng nghĩa giác tư y thư” bằng hai câu:

Bé tinh, dưỡng khí, tồn thần

Thanh tâm, quả dục, thủ chân, luyện hình

Hiểu theo nghĩa là giữ sinh dục, nuôi dưỡng và bảo dưỡng khí lực, thở, giữ tinh thần bằng cách giữ cho lòng trong sạch, hạn chế những ham muốn quá đáng, giữ chặt chân khí, rèn luyện thân thể [27].

Cuốn “Khí công” của Hoàng Bảo Châu (NXB Y học 1972) đã nêu lên một cách hệ thống và hoàn chỉnh tác dụng và phương pháp luyện tập Khí công **Error! Reference source not found..**

Dựa vào kinh nghiệm cổ truyền trong nước, kinh nghiệm nước ngoài và kinh nghiệm bản thân Bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng đã soạn cuốn “Phương pháp dưỡng sinh”. Phương pháp này đã được Bệnh viện Y học cổ truyền nghiên cứu áp dụng từ năm 1975 đến nay. Phương pháp dưỡng sinh của Nguyễn Văn Hưởng xây dựng là một phương pháp tổng hợp mang tính toàn diện, trong đó kết hợp các kỹ thuật luyện thư giãn, luyện thở, luyện hình như xoa bóp và những bài tập nhằm hạn chế tình trạng xơ cứng, cùng với chế độ ăn uống và sinh hoạt hợp lý, kết hợp giữ gìn vệ sinh cá nhân[20].

Phép thư giãn là một trong tám phép dưỡng sinh của Nguyễn Văn Hưởng đã được ứng dụng rộng rãi tại các cơ sở Y tế và cộng đồng để điều trị nhiều bệnh mạn tính cũng như đóng vai trò quan trọng trong công tác phòng bệnh, nâng cao sức khoẻ cho nhân dân [20].

Thư nghĩa là sự nhẹ nhàng, thanh thản trong tâm trí; còn “giãn” mang nghĩa nói lỏng, như hình ảnh một sợi xích bị kéo giãn. “Thư giãn” vì vậy được coi là trạng thái mà vỏ não trung tâm đạt sự an tĩnh, trong khi hệ cơ – bao gồm cơ vân và cơ trơn – được thả lỏng hoàn toàn. Khi tinh thần thư thái, các nhóm cơ sẽ dễ dàng giãn ra; ngược lại, sự giãn tốt của cơ cũng góp phần đưa tâm trí trở về trạng thái thư thái [23].

Vỏ não và cơ bắp có mối quan hệ khăng khít. Khi tinh thần căng thẳng, cơ bắp cũng căng thẳng và ngược lại, tinh thần thoải mái thì cơ bắp mềm mại. Phương pháp thư giãn là chủ động làm cho cơ bắp mềm giãn để tinh thần được thư thái, do đó ổn định được hoạt động thần kinh và điều hòa rối loạn hoạt động nội tạng [23].

Thư giãn là phép luyện ức chế bằng cách làm giãn, làm mềm, buông lỏng các cơ vân và cơ trơn để làm bớt căng thẳng thần kinh [20], [23].

1.5.2. Tác dụng của thư giãn

Thư: nghĩa là thư thái, trong lòng lúc nào cũng thư thái.

Giãn: nghĩa là nói ra, giãn ra như dây xích giãn ra.

Thư giãn nghĩa là ở gốc trung tâm vỏ não thì phải thư thái, ở ngọn các cơ vân và cơ trơn thì phải giãn ra. Gốc thư thái thì ngọn sẽ giãn tốt, mà ngọn giãn tốt lại giúp cho gốc thư thái [20]

Thư giãn có nhiều tác dụng cả về thể chất lẫn tinh thần.

Về tinh thần: Giúp vỏ não chủ động nghỉ ngơi. Làm cho tinh thần thoải mái không căng thẳng.

Về mặt thể chất: Làm giảm chuyển hóa cơ bản vì toàn bộ cơ bắp được buông thả và từ đó làm giảm sự tiêu thụ oxygen của cơ thể tiết kiệm được năng lượng. Giúp máu về tim dễ hơn và nhiều hơn. Giúp làm chủ được giác quan và cảm giác. Không để những xung kích bên ngoài tác động vào cơ thể.

Về sinh học: Thư giãn xoá bỏ dần những phản xạ có hại cho cơ thể [20]

1.5.3. Kỹ thuật luyện thư giãn

➤ Bước thứ nhất: Luyện thư thái

Thường ở tư thế nằm là tốt nhất, tạo điều kiện để không chú ý vào ngoại cảnh mà đưa chú ý vào bên trong cơ thể, loại trừ kích thích bất thường từ trong cơ thể để đầu óc thư thái.

- Để đạt được sự thư giãn tối ưu cơ thể cần được tách khỏi các kích thích ngoại môi bằng cách hạn chế tối đa sự tiếp xúc của ngũ quan với môi trường xung quanh, mắt nhắm lại không để ánh sáng lọt vào gây kích thích, nếu phòng sáng quá nên lấy khăn che mắt.

- Tai như không để ý nghe tiếng gì.
- Mũi như không để ý mùi gì.
- Da không để kích thích lạ ảnh hưởng đến

➤ Bước thứ hai: Luyện giãn (làm giãn cơ thể)

Thở theo nhịp hít vào- thở ra êm, nhẹ, đều 5 - 10 hơi thở, ra lệnh thâm rồi tự làm giãn lần lượt từng bộ phận của cơ thể, theo dõi cảm giác giãn ở đó. Khi hít

vào ta ra lệnh cho vị trí nào đó, khi thở ra ta làm giãn và theo dõi cảm giác giãn, thường làm giãn cơ thể theo 3 đường như sau:

- Đường giãn thứ nhất: Từ đỉnh đầu đến ngón tay
- Đường giãn thứ hai: Từ đỉnh đầu đến ngón chân
- Đường giãn thứ ba: Từ đỉnh đầu đến gót chân

**Kiểm tra thư giãn*

Khi thư giãn thì tinh thần yên tĩnh. Không được đề tiếng động đột ngột, vì vậy khi kiểm tra xem người bệnh đã thư giãn thực sự chưa thì người kiểm tra phải nhẹ nhàng

- Kiểm tra tứ chi: Hơi nhắc bàn tay hoặc bàn chân rồi buông nhẹ ra (người nằm tập) nếu có sức cản là chưa thư giãn nếu không có sức cản là thư giãn.
- Kiểm tra nét mặt: mặt phải bình thản, cơ mặt xệ xuống là thư giãn, nếp nhăn rõ, mi mắt nhấp nháy là chưa thư giãn [20].

1.6. Một số nghiên cứu liên quan tới điều trị mất ngủ không thực tổn

1.6.1. Trên thế giới

Năm 2011, một nhóm tác giả ngoại Mỹ và Canada nghiên cứu trên 3282 đối tượng nam, nữ nhận thấy có 21,4% bị mất ngủ, những người mất ngủ này thường mắc ít nhất một bệnh lý kèm theo [53]

Các nghiên cứu của Wu và cộng sự vào năm 2014 và 2018 cho thấy việc phối hợp các huyết Tâm, Thần Môn, Thần Kinh Thực Vật, Dưới Vỏ và Nội Tiết mang lại tác dụng tích cực trong việc nâng cao chất lượng giấc ngủ cho người bệnh [48].

Trong nghiên cứu năm 2014, Yang JX và cộng sự đã tiến hành quan sát lâm sàng về sự thay đổi các chất dẫn truyền thần kinh ở người bệnh mất ngủ khi được điều trị bằng ôn châm kết hợp nhĩ châm. Nghiên cứu gồm hai nhóm: nhóm 1 gồm 65 người bệnh được can thiệp bằng ôn châm và nhĩ châm; nhóm 2 gồm 65 người bệnh sử dụng Estazolam liều 0,5–1 mg, thời gian điều trị kéo dài 14 ngày liên tục. Kết quả nhóm 1 đạt 83,1%, nhóm 2 đạt 87,7% (khác biệt không có ý nghĩa thống kê), 5 – HT và GABA/Glu tăng lên so với trước điều trị (khác biệt có ý nghĩa thống

kê $p < 0,05$); nhóm 1 thì Norepinephrine đều giảm (khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$); nhóm 2 thay đổi không có ý nghĩa thống kê [54].

Lan Y và cộng sự phân tích gộp trên 15 nghiên cứu và 1281 bản ghi (2015) cho thấy thời gian ngủ và hiệu quả ngủ tốt hơn hẳn so với giả nhĩ châm hay placebo khi so sánh nhĩ châm với thuốc thì thấy thời gian ngủ và hiệu quả giấc ngủ khá hơn và thang PSQI thấp hơn, tác dụng phụ ít hơn hẳn so với điều trị thuốc [55].

King HC và cộng sự (2015) nghiên cứu” Nhĩ châm điều trị rối loạn giấc ngủ ở những cựu chiến binh bị rối loạn căng thẳng sau chấn thương” trong vòng 3 tuần cho thấy nhóm điều trị nhĩ châm có chất lượng giấc ngủ tốt hơn và thang PSQI cải thiện tốt hơn so với nhóm chứng ($p < 0,05$) [56].

Jiao Y và cộng sự (2015) so sánh tác dụng của thể châm, nhĩ châm và phúc châm trong điều trị mất ngủ thể đờm nhiệt trên 54 người bệnh qua 20 ngày, quan sát bằng thang điểm PSQI, Hamilton Depression Rating Scale (HAM –D), Hammilton Anxiety Rating Scale (HAMA) cho thấy cả ba phương pháp đều có tác dụng cải thiện, tuy nhiên thể châm và nhĩ châm có kết quả tốt hơn [45]

Bergdahl L và cộng sự (2016) so sánh tác dụng giữa nhĩ châm và liệu pháp nhận thức hành vi trên 60 người bệnh mất ngủ, thời gian theo dõi là 6 tháng, quan sát bằng chỉ số Insomnia Severity Index (ISI), ESS, HAD. Kết quả cho thấy cả hai nhóm đều cải thiện đáng kể các chỉ số trên [44].

Các nghiên cứu trên cho thấy nhĩ châm có hiệu quả điều trị mất ngủ thông qua việc cải thiện chất lượng giấc ngủ bằng các thang điểm PSQI, ISI, ESS, HAM – D, HAMA.

1.6.2. Ở Việt Nam

Trong nghiên cứu năm 2016 của Vũ Thị Châu Loan về điều trị mất ngủ không thực tổn bằng phương pháp thư giãn trong Y học cổ truyền. Kết quả cho thấy hiệu quả giấc ngủ tăng 5,35% sau can thiệp; đồng thời, các biểu hiện như thức giấc sớm, cảm giác mệt mỏi buổi sáng và những rối loạn đi kèm tình trạng mất ngủ đều được cải thiện đáng kể [11].

Theo nghiên cứu của Đinh Danh Sáng (2016), đã đánh giá hiệu quả của nhĩ châm đối với người bệnh rối loạn giấc ngủ sử dụng thang điểm Pittsburgh.

Kết quả cho thấy thời lượng giấc ngủ tăng thêm 4 giờ sau 20 ngày điều trị. Chất lượng giấc ngủ cải thiện rõ rệt, với 31,7% người bệnh đạt mức rất tốt và 68,3% đạt mức tương đối tốt [12].

Dương Thị Phương Thảo (2018) cho thấy việc phối hợp nhĩ châm với thể châm mang lại cải thiện rõ rệt tình trạng rối loạn giấc ngủ đánh giá dựa trên thang điểm PSQI. Sau 20 ngày can thiệp, hiệu quả giấc ngủ tăng lên 91,11%, trong đó 63,3% người bệnh không rối loạn giấc ngủ [13].

Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng (2019), phương pháp cấy chỉ mang lại cải thiện đáng kể tình trạng rối loạn giấc ngủ đánh giá bằng thang điểm PSQI. Kết quả cho thấy sau 30 ngày can thiệp, hiệu quả giấc ngủ tăng đạt 80,57%, và 66,7% người bệnh không còn biểu hiện rối loạn giấc ngủ [14].

Trong nghiên cứu năm 2020, Phùng Đức Đạt đã đánh giá hiệu quả của nhĩ châm kết hợp phương pháp thở bốn thì của Bác sĩ Nguyễn Văn Hương trong điều trị mất ngủ không thực tổn. Sau 20 ngày can thiệp, thời lượng ngủ của người bệnh tăng trung bình $2,99 \pm 0,77$ giờ [15].

Đỗ Thị Huyền (2022) đã đánh giá hiệu quả của phương pháp nhĩ châm kết hợp viên Ích khí An thần – HVY trong điều trị mất ngủ thể Tâm Tỳ hư. Kết quả cho thấy thời gian ngủ trung bình của người bệnh tăng từ $4,17 \pm 0,55$ giờ lên $6,43 \pm 0,49$ giờ sau 20 ngày điều trị liên tục [16].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu và phương tiện nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu nghiên cứu

❖ *Công thức huyết áp dán gồm: Tâm, Tỳ, Thận, Thần môn, Giao cảm*
(Theo sơ đồ huyết của Nguyễn Tài Thu) [37]

❖ *Phương pháp và bài tập thư giãn của Nguyễn Văn Hương* [20]

Người hướng dẫn sử dụng giọng nói nhẹ nhàng, âm lượng vừa đủ, đồng thời thực hiện động tác mẫu để người bệnh quan sát và tập theo.một cách chính xác:

Các bạn thân mến để có một giấc ngủ tốt, tinh thần phải thoải mái. Các bạn hãy làm theo hướng dẫn của chúng tôi, các bạn nằm thoải mái hai tay buông xuôi theo thân, hai mắt nhắm kín, thờ đều, hai tai như không nghe thấy gì, sau đó chúng ta khởi động

- Xoa mắt dùng hai ngón trỏ xoa vòng quanh mắt 10 lần, dùng ngón giữa và ngón trỏ vuốt từ đầu mắt đến đuôi mắt 10 lần.
- Quay lưỡi ngoài lợi 5 lần, quay lưỡi trong lợi 5 lần.
- Tróc lưỡi đưa lưỡi sâu vào cuống họng tróc lưỡi 5 lần
- Gõ răng hai hàm răng gõ vào nhau 10 lần.
- Xoa bụng kéo nhẹ áo lên hở bụng hai bàn tay đặt chồng lên nhau xoa bụng theo chiều kim đồng hồ 10 lần.

Các bạn thân mến bây giờ chúng ta sẽ chuyển sang luyện tĩnh, mời các bạn làm theo sự hướng dẫn của chúng tôi, chúng ta bắt đầu làm giãn cơ thể [23]

Đường giãn thứ nhất: Đỉnh đầu (hít vào) - giãn (thở ra) - hai bên mặt (hít vào) - giãn (thở ra)- hai bên cổ (hít vào) - giãn (thở ra) - hai vai(hít vào) - giãn (thở ra) - hai cẳng tay (hít vào) - giãn (thở ra) - hai bàn tay (hít vào) - giãn (thở ra) - các ngón tay (hít vào) - giãn (thở ra).

Các bạn hãy giữ cảm giác thoải mái nhẹ nhàng ở hai bàn tay trong vòng hai phút. Các bạn thân mến chúng ta tiếp tục giãn cơ thể theo đường giãn thứ hai.

Đường giãn thứ hai: Từ đỉnh đầu (hít vào) - giãn (thở ra) - mặt (hít vào) - giãn (thở ra)- Cổ (hít vào) - giãn (thở ra) - ngực (hít vào) - giãn (thở ra) - bụng (hít vào) - giãn (thở ra) - hai bên đùi (hít vào) - giãn (thở ra) - hai bên cẳng chân (hít vào) - giãn (thở ra) - hai bàn chân (hít vào) - giãn (thở ra) - các ngón chân (hít vào) - giãn (thở ra).

Các bạn hãy giữ cảm giác thoải mái nhẹ nhàng ở hai bàn chân trong vòng hai phút. Các bạn thân mến chúng ta tiếp tục làm giãn cơ thể theo đường giãn thứ ba.

Đường giãn thứ ba: Từ đỉnh đầu (hít vào) - giãn (thở ra) - gáy (hít vào) - giãn (thở ra) - lưng (hít vào) - giãn (thở ra) - thắt lưng (hít vào) - giãn (thở ra) - hai bên hông (hít vào) - giãn (thở ra) - mặt sau đùi (hít vào) - giãn (thở ra) - mặt sau hai cẳng chân (hít vào) - giãn (thở ra) - hai gót chân (hít vào) - giãn (thở ra).

Các bạn hãy giữ cảm giác thoải mái nhẹ nhàng ở hai gót chân trong vòng hai phút.

Các bạn thân mến để ăn ngon hơn, ngủ tốt hơn, tinh thần thoải mái hơn các bác hãy chuyển nhẹ nhàng sự chú ý của mình vào vùng dưới rốn, canh giữ lấy cảm giác có được ở đó, đừng để nó mất đi trong vòng hai phút

Các bạn thân mến! Tiếp theo các bạn sẽ cảm thấy tay chân tôi nặng và ấm (ba lần), tôi bắt đầu buồn ngủ (ba lần), tôi ngủ ngon (ba lần), giữ trạng thái này trong vòng năm phút.

Các bạn thân mến ! Chúng ta đã vừa luyện thư giãn xong, xin mời các bạn từ từ mở mắt ra hai tay tự xoa mặt sau đó các bạn nghiêng người sang phải từ từ ngồi dậy.

Bài tập được thu băng để người bệnh có thể tự tập theo nhóm.

2.1.2. Phương tiện nghiên cứu

- Hạt dán Vương Bất Lưu Hành (VBLH) hình cầu, cứng, đường kính 2mm, xuất xứ Công ty TNHH Thương mại Thiết bị Y tế Hengshui Fenfan, Trung Quốc.



Hình 2.1. Hạt Vương Bất Lưu Hành

- Bông vô trùng, kẹp có máu, khay quả đậu, còn 70⁰,
- Ống nghe, huyết áp kế.
- Mẫu bệnh án nghiên cứu (Phụ lục 3)
- Bảng đánh giá chỉ số chất lượng giấc ngủ theo thang điểm PSQI (Phụ lục 2)

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán mất ngủ không thực tồn theo YHHĐ và thể tâm tỳ lưỡng hư, thể âm hư hỏa vượng theo YHCT, tuổi từ 18 trở lên, điều trị tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Tỉnh Phú Thọ từ tháng 4/2025 đến tháng 9/2025 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ dưới đây.

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh theo YHHĐ

- Đủ tiêu chuẩn chẩn đoán MNKTT theo Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 ICD 10 (F51.0) như sau:
 - + Người bệnh thường than phiền về tình trạng khó bắt đầu vào giấc ngủ, dễ thức giấc và khó ngủ lại hoặc cảm giác giấc ngủ không
 - + Tình trạng rối loạn giấc ngủ xuất hiện tối thiểu ba lần mỗi tuần và kéo dài trong ít nhất một tháng
 - + Các rối loạn này gây suy giảm đáng kể hoặc làm ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng hoạt động và chức năng sinh hoạt hằng ngày của người bệnh
- Không ghi nhận nguyên nhân thực thể như bệnh lý thần kinh, bệnh nội khoa, rối loạn do sử dụng chất tác động tâm thần hay tác dụng phụ của thuốc
- Đánh giá chất lượng chất ngủ theo thang điểm Pittsburgh (PSQI) của Daniel J.Buyse 1989. Tổng điểm PSQI > 5 (như mục 1.2.4 và bảng chấm điểm phụ lục 2)

- Người bệnh tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh theo YHCT

- ❖ Người bệnh được chẩn đoán chứng thất miên theo YHCT, thuộc một trong 2 thể bệnh: tâm tỳ lưỡng hư và âm hư hỏa vượng, là 2 thể thường gặp trên lâm sàng với các biểu hiện sau:

Bảng 2.1. Thể lâm sàng trong nghiên cứu [3]

Thể bệnh Tứ chẩn	Thể tâm tỳ lưỡng hư	Thể âm hư hỏa vượng
Vọng	Sắc mặt nhợt nhạt, chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng hoặc rêu nhòn dày	Chất lưỡi đỏ, ít rêu hoặc không rêu
Văn	Tiếng nói nhỏ, rõ, hơi thở không hôi.	Tiếng nói nhỏ, rõ, hơi thở không hôi
Vấn	Mất ngủ, ngủ hay mơ nhiều, dễ tỉnh giấc, tâm quý, hay quên, có thể cảm thấy người mệt mỏi, tay chân yếu không có lực, kèm theo tình trạng ăn uống kém ngon hoặc đầy bụng, chán.	Mất ngủ, tâm phiền, chóng mặt ù tai, hay quên, nhức mỏi lưng, ngũ tâm phiền nhiệt, miệng khô
Thiết	Mạch tế nhược hoặc nhu hoạt	Mạch tế sác

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ người bệnh

- Người bệnh đang mắc các bệnh lý nghiêm trọng như nhiễm trùng, lao, ung thư, suy tim tiến triển, suy gan hoặc suy thận. Mất ngủ liên quan đến các bệnh thực thể tại não

- Những người bệnh đang sử dụng thuốc thuốc tâm thần (hướng thần)
- Phụ nữ có thai hoặc có kế hoạch mang thai trong thời gian nghiên cứu
- Bấm lỗ hoặc có mô sẹo tại vị trí 1 điểm nhĩ châm trong công thức huyết nghiên cứu bất kỳ.

- Người bệnh nặng lên phải điều trị với các phương pháp khác

2.3. Địa điểm nghiên cứu

- Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ

2.4. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 04/2025 đến tháng 10/2025

2.5. Phương pháp nghiên cứu

2.5.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng, chọn mẫu chủ đích so sánh trước và sau điều trị.

2.5.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu

Chọn cơ mẫu thuận tiện cho nghiên cứu này là 60 người bệnh, đáp ứng tiêu chuẩn ở mục 2.2 đối tượng nghiên cứu.

2.5.3. Quy trình can thiệp

❖ **Bước 1:** Người bệnh vào viện được khám và chẩn đoán là mất ngủ không thực tồn đáp ứng tiêu chuẩn ở mục 2.2 được lựa chọn vào nghiên cứu.

- Xét nghiệm cận lâm sàng được làm trước và sau điều trị của đối tượng nghiên cứu: Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi; sinh hóa chức năng gan, thận, đường huyết, mỡ máu; điện tâm đồ.

- Ghi kết quả test PSQI: Test PSQI được đánh giá trước và sau quá trình điều trị.

- Sau đó, chia các người bệnh đã lựa chọn vào hai nhóm tương ứng với thể bệnh nghiên cứu.

❖ **Bước 2:** Tiến hành nghiên cứu điều trị theo phác đồ

Cả hai nhóm đều được dán hạt Vương Bất Lưu Hành trên các huyệt: Tâm, Tỳ, Giao cảm, Thần môn, Thận kết hợp luyện tập thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng

** Kỹ thuật dán hạt vương bất lưu hành trên loa tai*

- Chuẩn bị: dụng cụ, người bệnh

Bước 1: Sát trùng vùng loa tai, xác định huyệt theo sơ đồ huyệt của GS Nguyễn Tài Thu. Vị trí các huyệt theo phụ lục 4

Bước 2: Dán hạt Vương Bất Lưu Hành lên trên huyệt 2 tai

Bước 3: Dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn về hạt VBLH đến khi người bệnh cảm thấy tức nặng hoặc đau nhói thì dừng

Thầy thuốc hướng dẫn người bệnh tự ấn day vào các hạt VBLH trên tai 04 lần/ ngày (mỗi lần cách nhau 4-5 tiếng), mỗi lần ấn 30 giây/ huyết, 05 ngày thầy thuốc thay hạt VBLH cho người bệnh 1 lần (các ngày 1- 5-10-15) hoặc khi hạt VBLH bị rơi ra do quá trình sinh hoạt. Liệu trình 20 ngày.

** Tập phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng*

- Tiêu chuẩn phòng tập: Sạch sẽ, yên tĩnh đảm bảo nhiệt độ phòng từ 25-27°C, yên tĩnh, có rèm che ánh sáng, có chiếu trải sàn.

- Chuẩn bị trước tập: Người bệnh mặc quần áo rộng, thoải mái thích hợp theo mùa, không ăn quá no, đi vệ sinh trước khi tập.

- Tư thế tập: nằm ngửa, hai bàn tay để sấp, buông xuôi theo thân, hai chân duỗi thẳng mở rộng bằng vai, đầu không kê gối. Tập trung tư tưởng thư giãn toàn thân kết hợp thở tự nhiên nhẹ nhàng.

- Tập theo hướng dẫn tại mục 2.1.1

* Lần đầu người bệnh tập theo hướng dẫn của thầy thuốc

* Sau đó Bài tập được thu băng để người bệnh có thể tự tập theo nhóm hoặc tự tập tại nhà.

Thời gian tập: 30 phút/lần vào lúc 15h- 15h30p và 21h- 21h30 (người bệnh tự tập trước khi ngủ), 7 ngày/tuần, mỗi đợt tập kéo dài 20 ngày.

❖ Bước 3: Theo dõi và đánh giá kết quả

- Bệnh án được xây dựng theo mẫu thống nhất(phụ lục 3)

- Tất cả người bệnh nghiên cứu đều được làm bệnh án theo mẫu nghiên cứu và theo dõi biểu hiện lâm sàng và các tác dụng không mong muốn.

- Đánh giá kết trị: Trước điều trị (D0), sau điều trị 10 ngày (D10); Sau điều trị 20 ngày (D20)

2.5.4. Các chỉ số nghiên cứu

Bảng 2.2. Bảng chỉ số nghiên cứu

TT	Chỉ số	Định nghĩa
1	Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	
1.1	Tuổi	Năm sinh (theo thẻ căn cước)
1.2	Giới	Theo thông tin giới tính trên thẻ căn cước
1.3	Nghề nghiệp	Nhóm lao động chân tay, nhóm lao động trí óc, nhóm hưu trí.
1.4	Đặc điểm về hôn nhân	Độc thân, Có chồng (vợ), Góa bụa, Ly hôn
1.5	Các yếu tố thúc đẩy mất ngủ	Không có yếu tố thúc đẩy; yếu tố stress (bao gồm: ngoại thân chết, vợ - chồng bỏ, con cái học hỏng, biến đổi gia đình, thiên tai, thiệt hại kinh tế, công việc không thuận lợi); các yếu tố khác.
2.	Các đặc điểm cận lâm sàng của mất ngủ	
2.1	Điện não đồ	
3	Các đặc điểm lâm sàng của mất ngủ	
3.1	Đặc điểm về tính chất xuất hiện mất ngủ	Đột ngột, từ từ
3.2	Thời gian xuất hiện mất ngủ	Là thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng mất ngủ đến khi người bệnh được đưa vào nghiên cứu (tính bằng tháng)
3.3	Thời gian đi vào giấc ngủ	Thời gian tính từ lúc người bệnh lên giường đi ngủ đến khi bắt đầu bước vào giấc ngủ (tính bằng phút)
3.4	Thời lượng giấc ngủ	Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm (tính bằng giờ)

3.5	Chất lượng giấc ngủ	Đánh giá theo chủ quan người bệnh (tốt, khá, trung bình, kém)
3.6	Những rối loạn trong giấc ngủ	Có hay thức giấc trong đêm bởi các vấn đề (phụ lục 1 mục 5b đến 5k) không?
3.7	Những rối loạn về ban ngày	Trong tháng vừa qua: bạn có thường xuyên khó tỉnh táo khi lái xe, ăn uống hoặc tham gia các hoạt động xã hội?; việc duy trì đủ nhiệt huyết để hoàn thành công việc có gặp khó khăn gì với bạn không?
3.8	Hiệu quả giấc ngủ	Tính bằng (số giờ ngủ thực sự/tổng số giờ nằm trên giường) x 100%
3.9	Sử dụng thuốc ngủ	Tần suất sử dụng thuốc ngủ trong tháng.
3.10	Điểm test PSQI	Tổng điểm PSQI gồm: chất lượng giấc ngủ, giai đoạn thức - ngủ, thời lượng giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ, rối loạn trong giấc, sử dụng thuốc ngủ, rối loạn trong ngày.
4. Một số tác dụng không mong muốn		
	Một số tác dụng không mong muốn (dị ứng, sản ngứa, hội hộp)	

2.5.5. Kỹ thuật thu thập thông tin

- Thông tin về đối tượng nghiên cứu được thu thập thông qua phỏng vấn người bệnh và người nhà, bao gồm các đặc điểm nhân thân, tiền sử cá nhân, tiền sử gia đình, tình trạng hôn nhân, yếu tố thúc đẩy, số ngày mất ngủ...
- Khám lâm sàng, cận lâm sàng và làm bệnh án nghiên cứu (theo phụ lục 3).
- Làm bảng đánh giá chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (phụ lục 2).

2.5.6. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

2.5.6.1. Đánh giá tác dụng cải thiện thang điểm Pittsburgh

❖ Đánh giá hiệu quả điều trị mất ngủ theo PSQI trước và sau điều trị của người bệnh trong nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng thang đánh giá chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) do Buysse D.J. cùng nhóm tác giả đề xuất vào năm 1989 nhằm đánh giá các thành phần liên quan đến chất lượng giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu (phụ lục 2).

- Thời gian vào giấc ngủ trung bình tại thời điểm D0, D10, D20 (phút)
- Thời lượng giấc ngủ trung bình tại các thời điểm D0, D10, D20 (giờ)
- Hiệu quả giấc ngủ trung bình tại các thời điểm D0, D10, D20 (%)
- Hiệu quả cải thiện các rối loạn trong giấc ngủ
- Hiệu quả cải thiện các rối loạn trong ngày dựa trên điểm của thành tố đó

(Phụ lục 2), cụ thể:

- + Không rối loạn: 0 điểm
- + Rối loạn nhẹ: 1 điểm
- + Rối loạn vừa: 2 điểm
- + Rối loạn nặng: 3 điểm

- Đánh giá chất lượng giấc ngủ dựa theo cảm nhận chủ quan của người bệnh, phân thành 4 mức độ:

+ Tốt: người bệnh dễ dàng đi vào giấc ngủ, duy trì giấc ngủ sâu và cảm thấy tỉnh táo, khỏe khoắn sau khi thức dậy.

+ Khá: quá trình bắt đầu giấc ngủ diễn ra dễ dàng hơn và người bệnh cảm nhận rằng thời gian ngủ là tương đối đầy đủ.

+ Trung bình: người bệnh gặp khó khăn hơn khi vào giấc, giấc ngủ không sâu, dễ bị thức giấc và khó ngủ lại..

+ Kém: tình trạng khó ngủ kéo dài, thường xuyên xuất hiện mơ màng, thức giấc nhiều lần, khó quay trở lại giấc ngủ hoặc thậm chí mất ngủ hoàn toàn trong đêm.

- Hiệu quả cải thiện giấc ngủ theo tổng điểm PSQI được đánh giá trên hai phương diện là:

+ Điểm PSQI trung bình tại các thời điểm D0, D10, D20 và theo hiệu suất giảm điểm PSQI (điểm). Khi tính điểm PSQI, có bảy điểm thành phần được rút ra, mỗi điểm có điểm 0 (không có khó khăn) đến 3 (khó khăn nghiêm trọng). Điểm thành phần được tổng hợp để tạo ra một điểm số chung (từ 0 đến 21) [67].

Mức độ	Tổng điểm PSQI
Tốt (Không có rối loạn giấc ngủ)	0 - 4
Khá (Rối loạn mức độ nhẹ)	5 - 10
Trung bình (rối loạn mức độ vừa)	11 - 18
Kém (rối loạn mức độ nặng)	≥ 19

+ Đánh giá kết quả điều trị chung

PSQI > 5: Có mất ngủ.

PSQI $\leq$ 5: Không mất ngủ.

❖ Đánh giá và so sánh hiệu quả cải thiện mất ngủ theo PSQI trước và sau điều trị theo thể bệnh YHCT.

2.5.6.2. Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Các tác dụng không mong muốn có thể gặp: sản ngứa, chóng mặt, hồi hộp...

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán: tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn SD; tỷ lệ phần trăm (%); T-test student (so sánh trung bình), giá trị p được tính để xác định sự khác biệt (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p \geq 0,05$).

2.7. Sai số và biện pháp hạn chế sai số

Bảng 2.3. Sai số và biện pháp hạn chế sai số

Sai số	Định nghĩa	Biện pháp hạn chế sai số
Sai số chọn	Sai số xảy ra do quá trình lựa chọn người bệnh	Xác định đầy đủ các người bệnh đủ tiêu chuẩn; thuyết phục người bệnh tham gia, hạn chế số từ chối
Sai số hệ thống	Sai số do bộ công cụ chưa chuẩn	Thử nghiệm và chỉnh sửa bệnh án nghiên cứu
Sai số nhớ lại	Sai số khi nhớ lại một số thông tin xảy ra trong quá khứ	Sử dụng hồ sơ bệnh án nếu có để bổ sung thêm thông tin khám bệnh

2.8. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài nghiên cứu được Hội đồng đề cương của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam thông qua và được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.

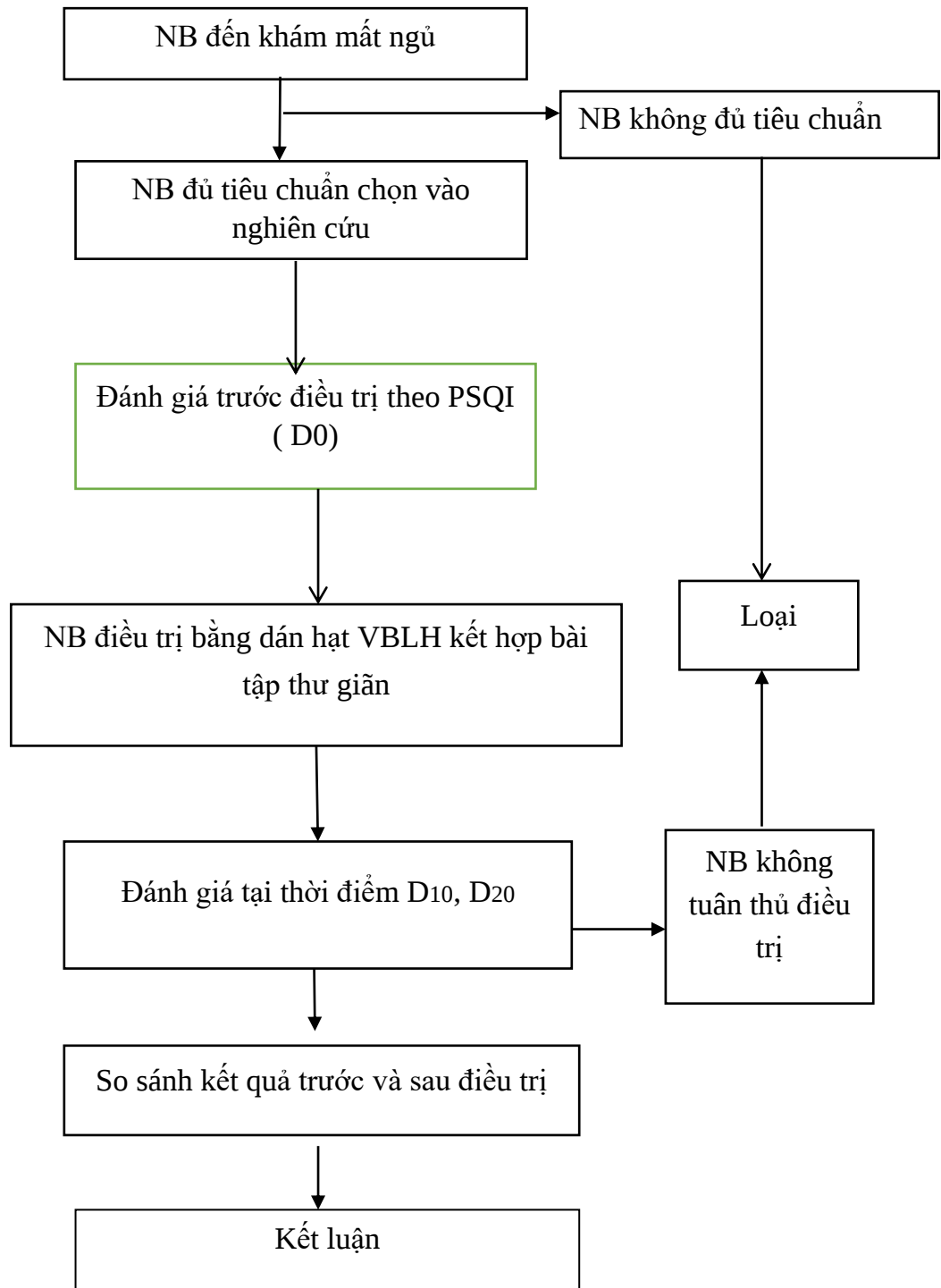
- Mục đích của nghiên cứu là tìm kiếm một biện pháp can thiệp hiệu quả đối với tình trạng mất ngủ, qua đó nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Ngoài mục đích trên, nghiên cứu không hướng đến bất kỳ mục đích nào khác.

- Toàn bộ thông tin cá nhân, cũng như các kết quả lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu, đều được bảo mật nghiêm ngặt. Người bệnh được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu, đồng thời họ chỉ tham gia khi hoàn toàn tự nguyện.

- Trong trường hợp tình trạng bệnh của người tham gia trở nên nghiêm trọng hơn, hoặc họ yêu cầu rút lui khỏi nghiên cứu ở bất kỳ thời điểm nào mà

không cần giải thích lý do thì chúng tôi sẽ thay đổi phác đồ điều trị hoặc ngừng nghiên cứu.

- Quy trình khám và đánh giá người bệnh được tiến hành một cách khách quan, đồng thời việc xử lý số liệu được đảm bảo tính trung thực và chính xác.
- Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng vô danh.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

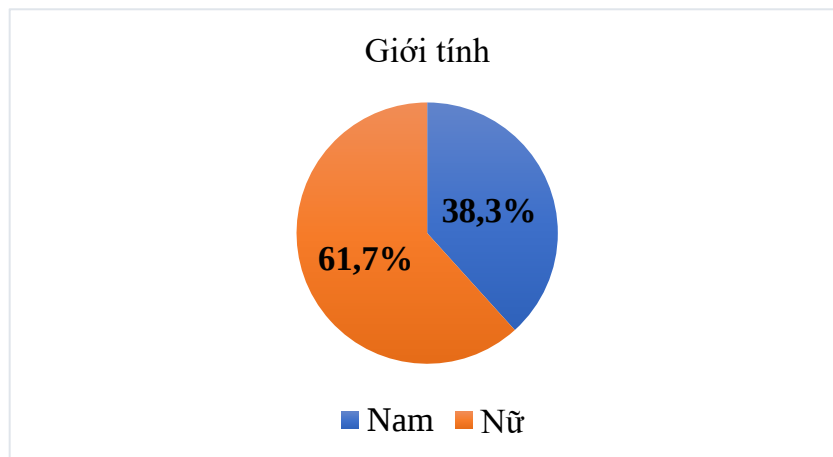
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố theo tuổi, giới

Bảng 3.1: Phân bố người bệnh theo tuổi

Đặc điểm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 50 tuổi	3	5,0
50- 59 tuổi	10	16,7
60-69 tuổi	31	51,7
≥ 70 tuổi	16	26,7
Tổng	60	100
$\bar{X} \pm SD$	64,22 $\pm$ 8,45	

Nhận xét: Tổng số có 60 đối tượng nghiên cứu, trong đó nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ mất ngủ cao nhất. Tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu là 64,22 $\pm$ 8,45 tuổi.



Biểu đồ 3.1: Phân bố người bệnh theo giới

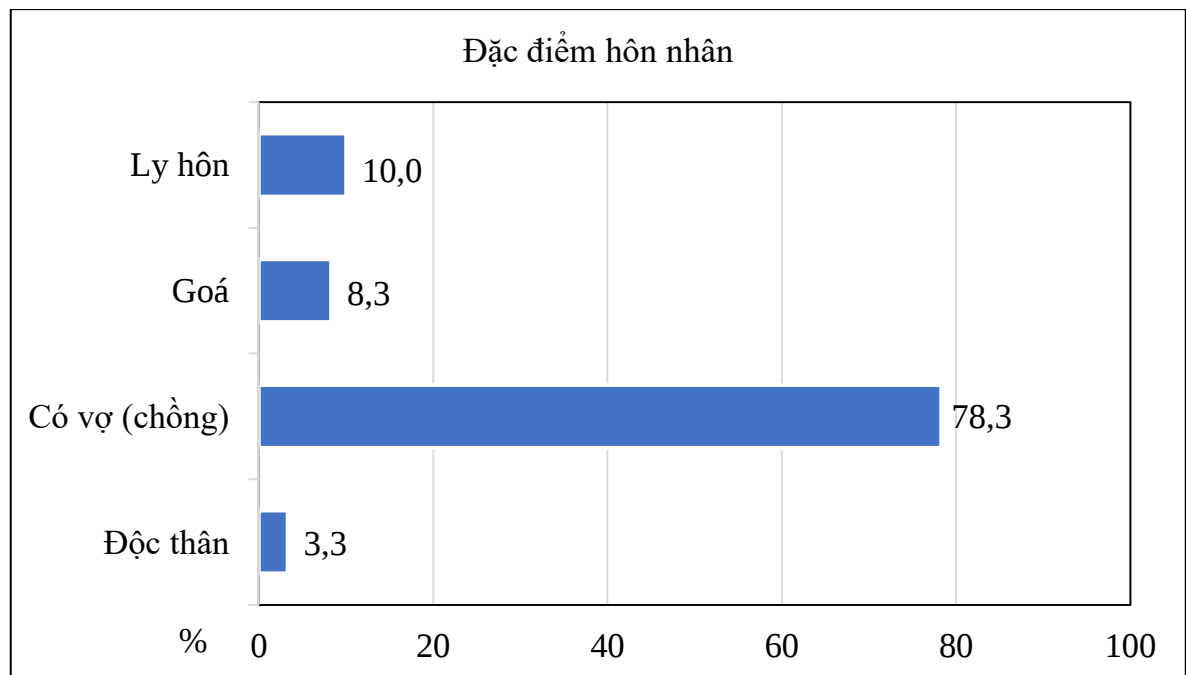
Nhận xét: Đối tượng tham gia nghiên cứu có giới tính nữ chiếm đa số, phần trăm giới tính nữ và nam lần lượt là 61,7% và 38,3%.

3.1.2. Đặc điểm về nghề nghiệp, hôn nhân

Bảng 3.2. Phân bố người bệnh về nghề nghiệp

Đặc điểm nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ %
Lao động trí óc	18	30,0
Lao động chân tay	7	11,7
Hưu trí, nội trợ	35	58,3
Tổng	60	100

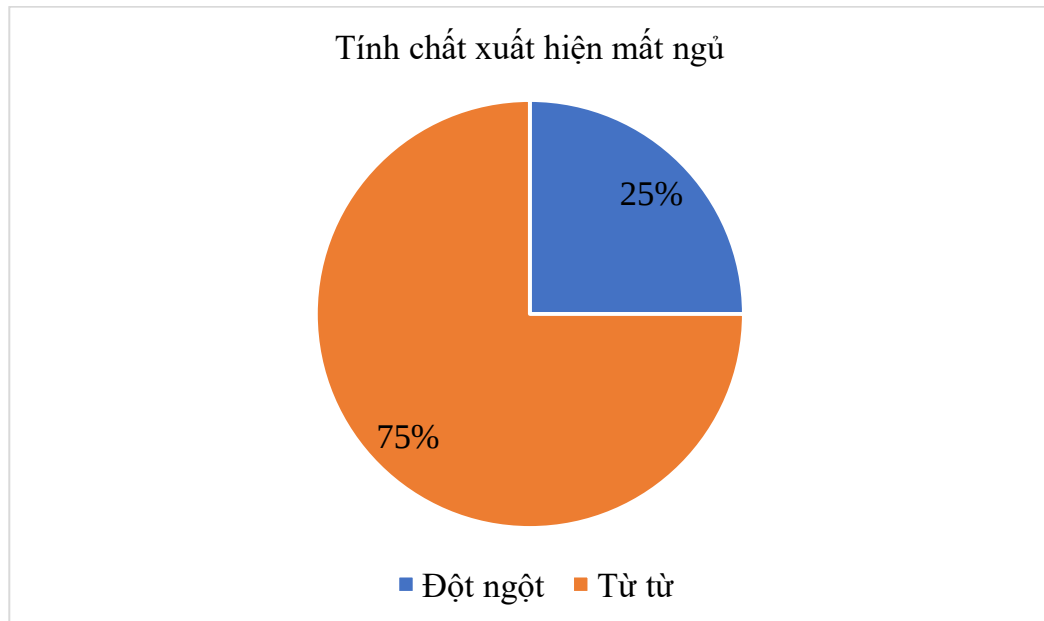
Nhận xét: Nhóm hưu trí, nội trợ chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,3%. Sau đó là nhóm lao động trí óc chiếm 30,0% và tỷ lệ thấp nhất là nhóm lao động tay chân chiếm 11,7%.



Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh về hôn nhân

Nhận xét: Trong số người bệnh tham gia nghiên cứu, tỷ lệ có vợ (chồng) chiếm đa số (78,3%). Nhóm độc thân chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3,3%.

3.1.3. Đặc điểm lâm sàng của mắt ngủ trước điều trị



Biểu đồ 3.3: Tính chất xuất hiện mắt ngủ

Nhận xét: Đa số đối tượng tham gia nghiên cứu đều xuất hiện mắt ngủ với tính chất từ từ (75%). Số ít người bệnh còn lại xuất hiện mắt ngủ đột ngột (25%).

Bảng 3.3. Thời gian xuất hiện mắt ngủ

Thời gian xuất hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
< 1 tháng	2	3,3
1 - < 3 tháng	10	16,7
3 - < 6 tháng	10	16,7
≥ 6 tháng	38	63,3
Tổng	60	100
$\bar{X} \pm SD$	13,51 $\pm$ 10,03	
Min	0.6 (tháng)	
Max	36 (tháng)	

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh mất ngủ từ 6 tháng trở lên trong nghiên cứu là cao nhất (63,3%). Tỷ lệ thấp nhất là dưới 1 tháng (3,3%). Trong đó thời gian xuất hiện sớm nhất là 0.6 tháng (khoảng 18 ngày), thời gian xuất hiện lâu nhất là 36 tháng.

Bảng 3.4. Yếu tố thúc đẩy (n=60)

Yếu tố thúc đẩy	Số lượng	Tỷ lệ %
Stress	42	70,0
Không có	3	5,0
Yếu tố khác	15	25,0
Tổng	60	100

Nhận xét: Đa số người bệnh tham gia nghiên cứu đều có yếu tố thúc đẩy là stress (70%). Tỷ lệ không có yếu tố thúc đẩy chiếm thấp nhất với 5,0%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp áp dán hạt Vương Bất Lưu Hành trên loa tai kết hợp phép thư giãn trong điều trị mất ngủ không thực tổn

3.2.1. Thời lượng giấc ngủ

Bảng 3.5. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ (n=60)

Thời điểm đánh giá	Thời lượng giấc ngủ trung bình
	$\bar{X} \pm SD$ (giờ)
D ₀	3,14 $\pm$ 0,65
D ₁₀	4,16 $\pm$ 0,62
D ₂₀	5,29 $\pm$ 0,84
Mức chênh sau 10 ngày ($\Delta 0-10$)	1,02 $\pm$ 0,4
Mức chênh sau 20 ngày ($\Delta 0-20$)	2,15 $\pm$ 0,68
P(D ₀ -D ₁₀)	< 0,001
P(D ₀ -D ₂₀)	< 0,001

Nhận xét: Trước điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình là 3,14 $\pm$ 0,65 giờ. Sau 10 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình được cải thiện lên 4,16 $\pm$ 0,62

giờ. Sau 20 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình là $5,29 \pm 0,84$ giờ. Sự thay đổi trước và sau 10 ngày, 20 ngày điều trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.2. Thời gian đi vào giấc ngủ

Bảng 3.6. Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ (n=60)

Thời điểm đánh giá	Thời gian đi vào giấc ngủ trung bình
	$\bar{X} \pm SD$ (phút)
D ₀	$76,5 \pm 10,63$
D ₁₀	$55,0 \pm 12,76$
D ₂₀	$32,52 \pm 13,77$
Mức chênh sau 10 ngày(Δ0-10)	$21,5 \pm 6,06$
Mức chênh sau 20 ngày (Δ0-20)	$43,48 \pm 8,56$
P(D0-D10)	$< 0,001$
P(D0-D20)	$< 0,001$

Nhận xét: Trước điều trị, thời gian đi vào giấc ngủ trung bình là $76,5 \pm 10,63$ phút. Sau 10 ngày điều trị, thời gian đi vào giấc ngủ trung bình được cải thiện thành $55,0 \pm 12,76$ phút. Sau 20 ngày điều trị, thời gian đi vào giấc ngủ trung bình là $32,52 \pm 13,77$ phút. Sự thay đổi trước và sau 10 ngày, 20 ngày điều trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.3. Chất lượng giấc ngủ theo cảm nhận chủ quan của người bệnh

Bảng 3.7. Sự thay đổi chất lượng giấc ngủ (n=60)

Mức độ	D ₀		D ₁₀		D ₂₀	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	0	0,0	0	0,0	44	73,3
Khá	0	0,0	26	43,3	16	26,7
Trung bình	7	11,7	29	48,3	0	0,0
Kém	53	88,3	5	8,3	0	0,0
P _(D0-D10)	< 0,001					
P _(D0-D20)	< 0,001					

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tại thời điểm D₀, đa số NB đều có cảm nhận về chất lượng giấc ngủ là kém (88,3%), trung bình chiếm 11,7%, không có người nào có chất lượng giấc ngủ tốt và khá.

Sau 10 ngày điều trị, số NB có chất lượng giấc ngủ kém giảm xuống còn 8,3%. Đa số có chất lượng giấc ngủ trung bình và khá (48,3% và 43,3%).

Sau 20 ngày điều trị, tất cả NB đều có cảm nhận về chất lượng giấc ngủ tốt và khá (73,3% và 26,7%), không có người nào có chất lượng giấc ngủ trung bình và kém. Sự khác biệt trước và sau 10 ngày, 20 ngày điều trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.4. Đánh giá rối loạn trong giấc ngủ

Bảng 3.8. Những rối loạn trong giấc (n=60)

Mức độ	D ₀		D ₁₀		D ₂₀	
	n	%	n	%	n	%
Không rối loạn	0	0,0	4	6,7	15	25,0
Rối loạn nhẹ	3	5,0	23	38,8	31	51,7
Rối loạn vừa	29	48,3	25	41,7	10	16,7
Rối loạn nặng	28	46,7	8	13,3	4	6,7
P(D0-D10)	< 0,001					
P(D0-D20)	< 0,001					

Nhận xét: Trước khi điều trị, đa số NB đều có rối loạn nhịp thức ngủ vừa và nặng (48,3% và 46,7%), rối loạn nhẹ chiếm 5,0%, không có người nào không rối loạn.

Sau 10 ngày điều trị, số NB có rối loạn nặng giảm xuống còn 13,3%. Đa số có rối loạn vừa và nhẹ (41,7% và 38,8%).

Sau 20 ngày điều trị, NB có rối loạn thức ngủ nhẹ chiếm đa số (51,7%), có 25,0% không có rối loạn nhịp thức ngủ.

Sự khác biệt trước và sau 10 ngày, 20 ngày điều trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.5. Đánh giá trên các rối loạn trong ngày

Bảng 3.9. Sự thay đổi rối loạn ban ngày (n=60)

Mức độ	D ₀		D ₁₀		D ₂₀	
	n	%	n	%	n	%
Không rối loạn	0	0,0	3	5,0	24	40,0
Rối loạn nhẹ	3	5,0	28	46,7	28	46,7
Rối loạn vừa	34	56,7	27	45,0	8	13,3
Rối loạn nặng	23	38,3	2	3,3	0	0,0
P(D0-D10)	< 0,001					
P(D0-D20)	< 0,001					

Nhận xét: Trước khi điều trị, đa số NB đều có rối loạn ban ngày vừa và nặng (tỷ lệ lần lượt là 56,7% và 38,3%).

Sau 10 ngày điều trị, số NB có rối loạn nặng giảm xuống còn 3,3%. Đa số có rối loạn vừa và nhẹ (45,0% và 46,7%), NB không rối loạn chiếm 5,0%.

Sau 20 ngày điều trị, đa số NB không có rối loạn ban ngày (40,0%) và rối loạn nhẹ (46,7%). Rối loạn vừa chiếm tỷ lệ 13,3%, không còn NB rối loạn nặng.

Sự khác biệt trước và sau 10 ngày, 20 ngày điều trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.6. Đánh giá hiệu quả cải thiện giấc ngủ

Bảng 3.10. Sự thay đổi hiệu quả giấc ngủ

Thời điểm đánh giá	Hiệu quả giấc ngủ trung bình
	$\bar{X} \pm SD$ (%)
D ₀	70,49 ± 6,21
D ₁₀	81,61 ± 5,35
D ₂₀	90,31 ± 4,87
Mức chênh sau 10 ngày ($\Delta 0-10$)	11,11 ± 3,82
Mức chênh sau 20 ngày ($\Delta 0-20$)	19,81 ± 4,61
P _(D0-D10)	< 0,001
P _(D0-D20)	< 0,001

Nhận xét: Trước điều trị, hiệu quả giấc ngủ trung bình là 70,49 ± 6,21 (%). Sau 10 ngày điều trị, hiệu quả giấc ngủ trung bình được cải thiện lên 81,61 ± 5,35 (%). Sau 20 ngày điều trị, hiệu quả giấc ngủ trung bình là 90,31 ± 4,87 (%). Sự thay đổi trước và sau 10 ngày, 20 ngày điều trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

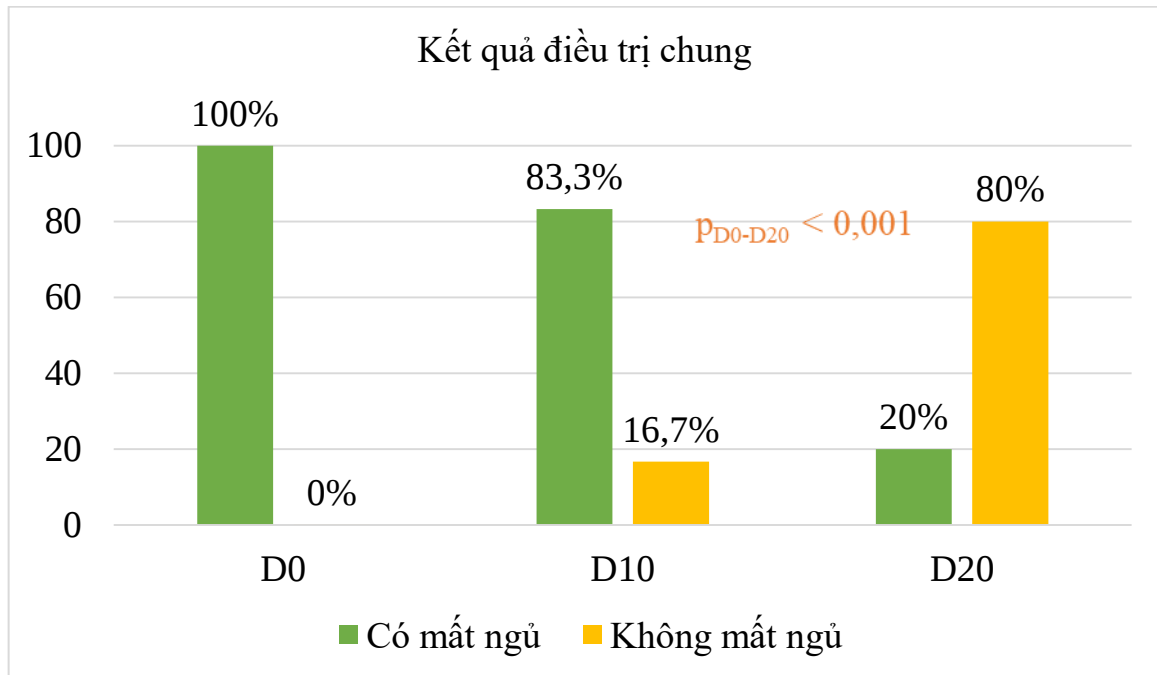
3.2.7. Đánh giá trên tổng điểm PSQI

Bảng 3.11. Sự thay đổi về tổng điểm PSQI

Thời điểm đánh giá	Tổng điểm trung bình
	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)
D ₀	15,38 ± 2,03
D ₁₀	7,82 ± 1,63
D ₂₀	4,22 ± 1,65
Mức chênh sau 10 ngày ($\Delta 0-10$)	7,57 ± 1,32
Mức chênh sau 20 ngày ($\Delta 0-20$)	11,17 ± 1,30
P(D ₀ -D ₁₀)	< 0,001
P(D ₀ -D ₂₀)	< 0,001

Nhận xét: Trước khi điều trị, tổng điểm trung bình PSQI là 15,38 ± 2,03 (điểm). Sau 10 ngày điều trị, điểm trung bình PSQI giảm xuống còn 7,82 ± 1,63 (điểm). Sau 20 ngày điều trị, điểm trung bình PSQI là 4,22 ± 1,65 (điểm). Sự cải thiện trước và sau 10 ngày, 20 ngày điều trị đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.8. Đánh giá kết quả điều trị chung



Biểu đồ 3.4. Kết quả điều trị chung (n=60)

Nhận xét: Về kết quả điều trị chung theo tổng điểm PSQI, trước điều trị 100% NB đều có mất ngủ (PSQI > 5 điểm). Sau 10 ngày điều trị, NB mất ngủ giảm xuống còn 83,3%. Sau 20 ngày điều trị, NB có mất ngủ giảm xuống còn 20,0%, không mất ngủ chiếm đa số với 80,0%. Sự khác biệt trước và sau 20 ngày điều trị có ý nghĩa với $p < 0,001$.

3.2.9. Đặc điểm thể bệnh YHCT liên quan đến hiệu quả điều trị theo tổng điểm PSQI

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

Thời gian \ Nhóm	Thể Tâm Tỳ hư (1) (n=30)	Thể âm hư hỏa vượng (2) (n=30)	P ₍₁₋₂₎
	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	
D ₀	76,83 ± 10,63	76,17 ± 10,80	> 0,05
D ₁₀	54,83 ± 12,76	55,17 ± 12,96	> 0,05
D ₂₀	29,17 ± 13,84	35,87 ± 13,07	> 0,05
Mức chênh sau 10 ngày ($\Delta 0-10$)	22,00 ± 6,64	21,00 ± 5,48	> 0,05
Mức chênh sau 20 ngày ($\Delta 0-20$)	47,67 ± 8,48	40,30 ± 6,15	> 0,05
P _(D0-D10)	< 0,001	< 0,001	
P _(D0-D20)	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét: Trước điều trị, thời gian đi vào giấc ngủ trung bình của nhóm 1 là 76,83 ± 10,63 (phút), nhóm 2 là 76,17 ± 10,80 (phút). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Sau 10 ngày điều trị, thời gian đi vào giấc ngủ trung bình của nhóm 1 giảm 22,00 ± 6,64 còn là 54,83 ± 12,76 (phút), nhóm 2 giảm 21,00 ± 5,48 còn 55,17 ± 12,96 (phút). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Sau 20 ngày điều trị, thời gian đi vào giấc ngủ trung bình của nhóm 1 là 29,17 ± 13,84 (phút), nhóm 2 là 35,87 ± 13,07 (phút). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Sau 20 ngày điều trị, mức chênh giảm thời gian đi vào giấc ngủ của nhóm 1 là 47,67 ± 8,48 phút, trong khi nhóm 2 là 40,30 ± 6,15 phút. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.13. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ trên 2 thể bệnh

Thời gian \ Nhóm	Thể Tâm Tỷ hư (1) (n=30)	Thể âm hư hỏa vượng (2) (n=30)	P ₍₁₋₂₎
	$\bar{X} \pm SD$ (giờ)	$\bar{X} \pm SD$ (giờ)	
D ₀	3,12 ± 0,69	3,17 ± 0,62	> 0,05
D ₁₀	4,20 ± 0,58	4,12 ± 0,67	> 0,05
D ₂₀	5,42 ± 0,81	5,17 ± 0,85	> 0,05
Mức chênh sau 10 ngày ($\Delta 0-10$)	1,08 ± 0,40	0,95 ± 0,40	> 0,05
Mức chênh sau 20 ngày ($\Delta 0-20$)	2,30 ± 0,65	2,00 ± 0,68	> 0,05
P _(D0-D10)	< 0,001	< 0,001	
P _(D0-D20)	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét: Trước điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình của nhóm 1 là 3,12 ± 0,69 (giờ), nhóm 2 là 3,17 ± 0,62 (giờ). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Sau 10 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình của nhóm 1 tăng 1,08 ± 0,40 lên 4,20 ± 0,58 (giờ), nhóm 2 tăng 0,95 ± 0,40 lên 4,12 ± 0,67 (giờ). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Sau 20 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình của nhóm 1 tăng 2,30 ± 0,65 lên 5,42 ± 0,81 (giờ), nhóm 2 tăng 2,00 ± 0,68 lên 5,17 ± 0,85 (giờ). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm 1 và 2.

Bảng 3.14. Hiệu quả giấc ngủ trên hai thể bệnh

Thời gian \ Nhóm	Thể Tâm Tỳ hư (1) (n=30)	Thể âm hư hỏa vượng (2) (n=30)	P ₍₁₋₂₎
	$\bar{X} \pm SD$ (%)	$\bar{X} \pm SD$ (%)	
D ₀	70,15 ± 6,46	70,84 ± 6,06	> 0,05
D ₁₀	81,88 ± 4,96	81,34 ± 5,79	> 0,05
D ₂₀	91,41 ± 4,70	89,20 ± 4,87	> 0,05
Mức chênh sau 10 ngày ($\Delta 0-10$)	11,73 ± 4,16	10,50 ± 3,39	> 0,05
Mức chênh sau 20 ngày ($\Delta 0-20$)	21,26 ± 4,85	18,36 ± 3,93	> 0,05
P _(D0-D10)	< 0,001	< 0,001	
P _(D0-D20)	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét: Về hiệu quả giấc ngủ, trước điều trị, hiệu quả giấc ngủ trung bình của nhóm 1 là 70,15 ± 6,46 (%), nhóm 2 là 70,84 ± 6,06 (%). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Sau 10 ngày điều trị, hiệu quả giấc ngủ trung bình của nhóm 1 tăng 11,73 ± 4,16 lên 81,88 ± 4,96 (%), nhóm 2 tăng 10,50 ± 3,39 lên 81,34 ± 5,79 (%). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Sau 20 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình của nhóm 1 tăng 21,26 ± 4,85 lên 91,41 ± 4,70 (%), nhóm 2 tăng 18,36 ± 3,93 lên 89,20 ± 4,87 (%). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm 1 và 2.

Bảng 3.15. Biến đổi tổng điểm PSQI trung bình

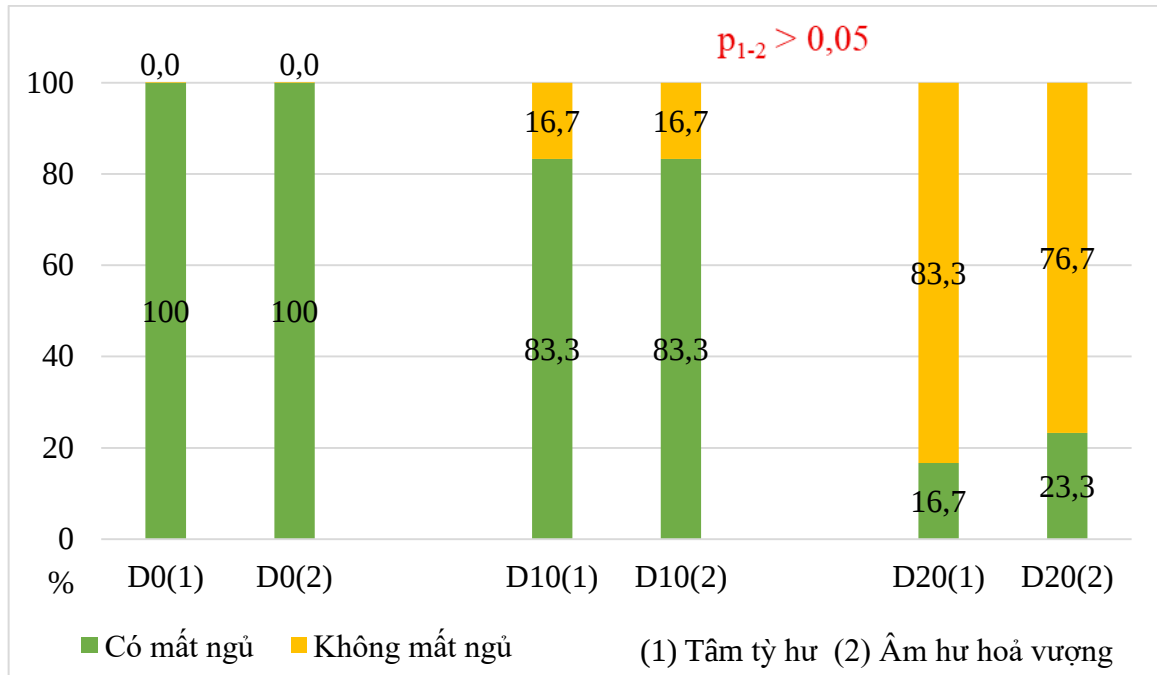
Thể bệnh Điểm PSQI	Thể Tâm Tỷ hư (1) (n=30)	Thể âm hư hỏa vượng (2) (n=30)	P ₍₁₋₂₎
	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	$\bar{X} \pm SD$ (điểm)	
D ₀	15,20 ± 2,31	15,57 ± 1,74	> 0,05
D ₁₀	7,60 ± 1,55	8,03 ± 1,71	> 0,05
D ₂₀	4,13 ± 1,66	4,30 ± 1,66	> 0,05
Mức chênh sau 10 ngày ($\Delta 0-10$)	7,60 ± 1,45	7,53 ± 1,20	> 0,05
Mức chênh sau 20 ngày ($\Delta 0-20$)	11,07 ± 1,55	11,27 ± 1,02	> 0,05
P _(D0-D10)	< 0,001	< 0,001	
P _(D0-D20)	< 0,001	< 0,001	

Nhận xét: Trước điều trị, điểm PSQI trung bình của nhóm 1 là 15,20 ± 2,31 (điểm), nhóm 2 là 15,57 ± 1,74 (điểm). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Sau 10 ngày điều trị, điểm PSQI trung bình của nhóm 1 là 7,60 ± 1,55 (điểm), nhóm 2 là 8,03 ± 1,71 (điểm). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm 1 và 2.

Sau 20 ngày điều trị, điểm PSQI trung bình của nhóm 1 là 4,13 ± 1,66 (điểm), nhóm 2 là 4,30 ± 1,66 (điểm). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Mức chênh điểm PSQI trung bình sau 20 ngày điều trị của nhóm 1 giảm 11,07 ± 1,55 (điểm), và nhóm 2 giảm 11,27 ± 1,02 (điểm). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.5. Kết quả điều trị chung theo tổng điểm PSQI trên hai thể bệnh

Nhận xét: Trước điều trị, ở cả 2 nhóm đều có 100% NB mất ngủ (PSQI > 5 điểm), không có NB nào thuộc nhóm không mất ngủ.

Sau 10 ngày điều trị, đã xuất hiện tỷ lệ NB không mất ngủ chiếm 16,7% ở cả 2 nhóm. Sự khác biệt trước và sau 10 ngày điều trị đều có ý nghĩa với $p < 0,01$.

Sau 20 ngày điều trị, cả 2 nhóm đa số đều là người không mất ngủ, nhóm 1 có 83,3% người không mất ngủ, tỷ lệ này là 76,7% ở nhóm 2. Sự khác biệt trước và sau 20 ngày điều trị ở 2 nhóm đều có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Không có sự khác biệt giữa nhóm Tâm tỳ hư và nhóm Âm hư hoả vượng tại các thời điểm điều trị.

3.3. Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Bảng 3.16. Một số tác dụng không mong muốn trên lâm sàng (n=60)

Thế bệnh Tác dụng không mong muốn	Thế Tâm tỳ hư	Thế âm hư hỏa vượng	Tổng	%
Dị ứng sản ngứa	0	1	1	1,7
Chóng mặt	0	0	0	0
Hội hộp	0	1	1	1,7

Nhận xét: Trong thời gian điều trị, có 1 NB xuất hiện dị ứng sản ngứa chiếm 1,7% và 1 người bệnh xuất hiện triệu chứng hội hộp chiếm 1,7%. Ghi nhận cả 2 trường hợp này đều gặp trên thể âm hư hỏa vượng.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm người bệnh nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi

Trong nghiên cứu người bệnh có độ tuổi từ 32 đến 75. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $64,22 \pm 8,45$ tuổi.

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh ở lứa tuổi từ 60 đến 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 51,7% và từ 50 tuổi trở xuống chiếm tỉ lệ thấp nhất với 5 %. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020) người bệnh trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm (nhóm NC là 90,0%, nhóm ĐC là 83,3%), Dương Thị Phương Thảo (2018) trên 60 người bệnh mất ngủ với độ tuổi từ 70 đến 79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 50% và từ 60 đến 69 tuổi có tỷ lệ cao thứ hai là 30%; Đinh Danh Sáng (2016) nghiên cứu trên 60 người bệnh mất ngủ với tỷ lệ cao nhất trong độ tuổi lần lượt là từ 70 tuổi trở lên với 68,3%. Đinh Danh Sáng (2016) độ tuổi RLGN từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ trên 90%[13], [12].

So với nghiên cứu của Nguyễn Trường Nam (2020), kết quả thu được có sự khác biệt, trong đó nhóm tuổi 18–49 chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,8%, tiếp theo là nhóm 60–69 tuổi chiếm 15% [67], nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm (2019), các nhóm tuổi xuất hiện nhiều nhất nằm trong khoảng 45–60 tuổi, với tỷ lệ tương ứng là 58,18% và 40,00%. Có sự khác biệt này là vì nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành chủ yếu tại Bệnh viện YDCT & PHCN tỉnh Phú Thọ mà những trường hợp mắc bệnh cần điều trị tại bệnh viện chủ yếu rơi vào nhóm tuổi từ 55 trở lên, do đó nhóm tuổi này chiếm tỷ lệ lớn trong nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp khi đối chiếu với tài liệu y văn tuổi già có liên quan sự gia tăng chứng mất ngủ. Trong *Nam được thần hiệu*, Tuệ Tĩnh nhận định rằng chứng mất ngủ bắt nguồn từ ba yếu tố chính: “Mất ngủ có 3 nguyên nhân: Người già dương suy hay khi ốm mới khỏi còn yếu mà không ngủ được, đàm tụ ở đờm kinh và thần không yên mà không ngủ” [68].

Theo quan điểm của Y học cổ truyền, giấc ngủ thuộc phạm trù âm và do thần làm chủ. thần ổn định thì con người dễ dàng vào giấc, ngược lại thần không yên sẽ dẫn đến khó ngủ. *Nội kinh* ghi nhận rằng: phụ nữ có bảy thiên quý ($7 \times 7 = 49$), khi 49 tuổi sẽ suy giảm mạch Nhâm – Xung do thiên quý cạn kiệt, cơ thể trở nên yếu; ở nam giới có tám thiên quý ($8 \times 8 = 64$), khi 64 tuổi thiên quý cạn, thần khí và chức năng tạng phủ cũng suy giảm. Sự suy giảm khí huyết và tình trạng dinh khí không đầy đủ chính là nguyên nhân khiến thần không yên, từ đó phát sinh chứng mất ngủ [41].

Người bệnh ít tuổi nhất trong nghiên cứu là 32 tuổi. Kết quả trên khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Hằng (2019) người bệnh ít tuổi nhất là 27 tuổi [14]. Như vậy kết quả của nghiên cứu đều cho thấy mất ngủ không thực tồn theo YHHĐ và thất miên theo YHCT đều tăng dần theo tuổi và đang có xu hướng trẻ hóa do áp lực về công việc, học tập, thói quen ăn uống, sinh hoạt hằng ngày của xã hội hiện đại gây ra căng thẳng quá mức trong thời gian dài - sớm, rối loạn nhịp sinh học, phát sinh nhiều bệnh tật và giảm thiểu thời gian để chăm sóc sức khỏe làm bệnh xuất hiện ngày càng nhiều ở những người trẻ tuổi.

4.1.2. Đặc điểm về giới

Theo Biểu đồ 3.1, nhóm nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ người bệnh nữ cao hơn đáng kể so với nam, tương ứng 61,7% và 38,3%. Sự khác biệt về phân bố giới tính này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Kết quả này khá phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thị Châu Loan(nữ: 57,58%, nam: 42,42%), Nguyễn Thị Bích Hằng (nữ: 74,24%; nam: 25,76%), Nguyễn Thùy Dương (Nữ : 73,3%, nam : 26,7%) [11], [14], [66].

Nguyên nhân khiến nữ giới mắc chứng mất ngủ với tỷ lệ cao hơn có thể liên quan đến đặc điểm tâm lý nhạy cảm, xu hướng lo nghĩ nhiều và mức độ dễ bị stress cao hơn nam giới trước các vấn đề về tình cảm, gia đình và xã hội... lâu ngày dẫn đến mất ngủ không thực tồn. Mặt khác nữ giới còn có sự thay đổi nội tiết tố trong chu kỳ kinh nguyệt và trong thời kỳ mãn kinh với các biểu hiện đổ mồ hôi đêm và bốc hỏa thường làm gián đoạn giấc ngủ [51].

Bên cạnh đó người phụ nữ còn có sự thay đổi nội tiết liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt, thai sản và trong thời kỳ mãn kinh với những rối loạn thần kinh, tâm lý, tinh thần thường không ổn định, hay cáu gắt, lo lắng, mệt mỏi, đổ mồ hôi đêm và bốc hỏa thường. Các thay đổi đã nêu trên có thể chính là nguyên nhân thúc đẩy mất ngủ [68].

Theo YHCT, Ở nữ giới, các yếu tố sinh lý như kinh nguyệt và thai sản thường làm âm huyết suy giảm, tinh huyết hư tổn, dẫn đến tình trạng âm hư nội nhiệt, từ đó phát sinh chứng Thất miên. Sách *Cổ Kim Y Thống* ghi rõ rằng: sau khi khỏi bệnh hoặc nữ giới sau sinh nếu khó ngủ chủ yếu là do khí huyết suy kém, khiến hai tạng tâm và tỳ không được nuôi dưỡng đầy đủ.[68].

4.1.3. Đặc điểm nghề nghiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối tượng hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất 58,3%, tiếp theo là đối tượng lao động trí óc chiếm tỷ lệ 30%, lao động chân tay có tỷ lệ thấp nhất 11,7%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Đinh Danh Sáng (2016) tỷ lệ viên chức, hưu trí chiếm 50% [12], và khác biệt không lớn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng (2019) tỉ lệ hưu trí chiếm 68,3% [14]; của Nguyễn Thùy Dương (2022) hưu trí chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7% [66].

Sự tương đồng từ các nghiên cứu về mối liên quan giữa nghề nghiệp và mất ngủ có thể lý giải do đối tượng hưu trí, nội trợ là đối tượng thường có nhiều thời gian rảnh rỗi, hay suy nghĩ, các mối quan hệ xã hội thu hẹp và là đối tượng nằm trong giai đoạn tuổi có nhiều biến đổi về hormone sinh dục cũng như tâm sinh lý, dẫn đến sự mất cân bằng trong các chức năng cơ thể. Những thay đổi này có thể đóng vai trò như các yếu tố nguy cơ gây khởi phát tình trạng mất ngủ. Kết quả nghiên cứu này cũng 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 stress đời sống tăng lên [1].

Nguyên nhân gây nên chứng thất miên theo YHCT cho rằng thuộc ba nhóm chính đó là: lo nghĩ quá nhiều, tổn thương tâm và tỳ. Tâm bị thương thì âm huyết

hao dần, thần không yên tĩnh, tỳ bị thương thì ăn ít người gầy, huyết hư khó khôi phục. Do huyết không nuôi được tâm, tâm âm hư, tâm huyết hư cho nên thành ra chúng không ngủ. Hoặc có thể do cơ thể suy yếu hoặc bị ốm lâu, thận âm hao tổn, không nuôi dưỡng được tâm, tâm hỏa khô nóng thần chí không yên, gây nên mất ngủ. Sách cổ kim y thống nói: Do thận thủy thiếu, chân âm không thăng mà tâm hỏa khô nóng làm cho tâm thận bất giao mà gây nên mất ngủ. Hoặc do ăn uống không điều độ, thức ăn đình trệ ở tràng vị, lâu thành đờm nhiệt, trở trệ bên trong, đờm nhiệt nhiễu loạn ở trên nên nằm không yên. Sách Trương thị y thông nói: “Mạch hoạt sắc, hữu lực là mất ngủ, bên trong có đàm hỏa ú trệ” [68].

4.1.4.. Đặc điểm về hôn nhân

Người bệnh tham gia nghiên cứu đối tượng có chồng (vợ) chiếm tỉ lệ cao nhất là 78,3%, tiếp đến lần lượt là đối tượng ly hôn 10%, góa 8,3%, và thấp nhất là nhóm đối tượng độc thân chiếm 3,3 %. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018) tỷ lệ có vợ (chồng) là 61,7% [13], của Phùng Đức Đạt (2020) đối tượng nghiên cứu có chồng (vợ), chiếm tỷ lệ 66,7% [15], của Đỗ Thị Huyền (2022) tỉ lệ đang có vợ (chồng) là cao nhất 83,3 % [16].

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

4.1.5. Đặc điểm về tính chất xuất hiện mất ngủ và thời gian mắc bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại biểu đồ 3.3 đa số đối tượng tham gia nghiên cứu mất ngủ diễn biến từ từ chiếm 75 %, chỉ có 25% người bệnh có mất ngủ đột ngột. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018) tỷ lệ khởi phát từ từ của nhóm nghiên cứu là 90% [13], của Phùng Đức Đạt (2020) chiếm 86,7% [15]. Có sự tương đồng giữa các nghiên cứu do mất ngủ thường tiến triển một cách từ từ, không cấp tính, khi tình trạng mất ngủ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và công việc người bệnh mới đi khám và điều

tri, tỉ lệ khởi phát đột ngột có thể liên quan đến sang chấn mạnh hoặc hai sang chấn trở lên.

Kết quả nghiên cứu thời gian mắc bệnh, ở nhóm nghiên cứu 6 tháng trở lên là cao nhất với tỷ lệ 63,3% , thấp nhất là nhóm người bệnh mắc bệnh dưới 1 tháng với tỷ lệ 3,3%. Kết quả này không có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tâm (2019), nhóm người bệnh có thời gian mất ngủ trên 6 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất, nhóm nghiên cứu là 40% và nhóm chứng là 43,64%, nhóm mắc bệnh dưới 3 tháng có tỷ lệ thấp nhất, chỉ có 10,91% ở cả hai nhóm nghiên cứu [68].

Trong nghiên cứu người bệnh thuộc nhóm có thời gian mắc bệnh dưới một tháng ghi nhận có tỷ lệ thấp nhất. Điều này có thể lý giải bởi giai đoạn khởi phát bệnh thường chưa gây ảnh hưởng đến hoạt động thường ngày và hiệu suất làm việc của người bệnh tác động đáng kể đến sinh hoạt và công việc hằng ngày của người bệnh. Bên cạnh đó, nhiều người vẫn xem mất ngủ như một rối loạn sinh lý thông thường gắn với tuổi tác hoặc trạng thái tâm sinh lý nên không chú ý điều chỉnh. Tuy nhiên, khi tình trạng này kéo dài hoặc tái phát nhiều lần, người bệnh thường xuất hiện các triệu chứng như mệt mỏi, đau đầu, giảm mức độ tỉnh táo, suy giảm khả năng tập trung....ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và công việc thì người bệnh mới nghĩ đến vấn đề điều trị. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người bệnh có thời gian mắc bệnh kéo dài xuất hiện với tần suất cao hơn.

Tình trạng mất ngủ không thực tổn thường tiến triển âm thầm, không biểu hiện cấp tính, khiến người bệnh có tâm lý ngần ngại trong việc thăm khám và điều trị. Vì lý do này, dẫn đến việc chúng tôi chỉ tiếp cận được rất ít trường hợp ở giai đoạn bệnh mới xuất hiện

4.1.6. Đặc điểm về các yếu tố thúc đẩy

Tại bảng 3.4 tỉ lệ người bệnh tham gia nghiên cứu có yếu tố thúc đẩy lo stress chiếm tỉ lệ cao nhất 70%, thấp nhất là nhóm không có yếu tố thúc đẩy 5%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018) tỷ lệ có yếu tố thúc đẩy chiếm 36,7% [13], của Nguyễn Thùy Dương (2022) yếu tố

stress ảnh hưởng đến mất ngủ trong nghiên cứu là 71,7% [66]. Điều này có thể được giải thích bởi đặc điểm mẫu nghiên cứu của chúng tôi, trong đó đa số người tham gia đều trên 60 tuổi, ở nhóm tuổi này, phần lớn thời gian và sự quan tâm của họ thường dành cho con cháu và gia đình, đồng thời dễ phát sinh nhiều suy tư. Con cái hư hỏng làm phiền lòng, tạo gánh nặng cho cha mẹ dẫn đến những cảm xúc âm tính gây mất ngủ. Stress được hiểu là trạng thái trải qua các cảm xúc tiêu cực đi kèm với những biến đổi về sinh lý, hóa sinh, nhận thức và hành vi, qua đó tạo ra phản ứng căng thẳng hoặc thúc đẩy quá trình thích nghi của cơ thể. Các sự kiện gây căng thẳng trong đời sống, như mất người thân, ly hôn, con cái có vấn đề, thất nghiệp, tiếng ồn hay những xung đột trong sinh hoạt thường nhật đều có thể là nguồn gốc gây stress [68].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có những trường hợp một người bệnh đồng thời xuất hiện hai đến ba yếu tố gây stress. Hiện tượng này tương ứng với cơ chế “giọt nước tràn ly”, trong đó các yếu tố tích lũy dẫn tới phản ứng quá mức. Sang chấn tâm lý có thể biểu hiện dưới nhiều dạng khác nhau, và trên một người bệnh có thể xuất hiện đơn lẻ hoặc kết hợp nhiều sang chấn[21].

4.2. Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị theo thang điểm Pittsburgh

Bộ công cụ thang PSQI cung cấp một đánh giá toàn diện về các khía cạnh của rối loạn giấc ngủ trong thời gian nghiên cứu, bao gồm 7 thành phần: cảm nhận chủ quan của người bệnh về chất lượng giấc ngủ, thời gian vào giấc, tổng thời lượng giấc ngủ, các rối loạn xảy ra trong khi ngủ, các rối loạn trong giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ, sự sử dụng thuốc ngủ và các rối loạn trong ngày. Tuy nhiên, nhằm giảm thiểu sai số, nghiên cứu của chúng tôi loại trừ các trường hợp người bệnh có sử dụng thuốc ngủ.

4.2.1. Thời lượng giấc ngủ

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.5 cho thấy. Trước điều trị thời lượng ngủ trung bình là $3,14 \pm 0,65$ (giờ), sau 10 ngày điều trị thời lượng giấc ngủ tăng lên $4,16 \pm 0,62$, sau 20 ngày điều trị thời lượng giấc ngủ trung bình tăng lên là $5,29 \pm 0,84$ (giờ). Hiệu suất tăng thời lượng giấc ngủ của người bệnh sau 20 ngày điều trị là

$2,15 \pm 0,68$ (giờ). So sánh trước và sau điều trị 20 ngày có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo kết quả nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018) cho thấy sau 20 ngày can thiệp bằng nhĩ châm kết hợp thể châm, hiệu suất tăng thời lượng giấc ngủ trung bình là $2,77 \pm 1,09$ (giờ) [13]; nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020) sau 20 ngày điều trị nhĩ châm kết hợp thở 4 thì hiệu suất tăng thời lượng ngủ của nhóm là $2,99 \pm 0,77$ (giờ) [15]; nghiên cứu của Nguyễn Thùy Dương (2021) sau 30 ngày điều trị thời gian ngủ tăng lên $3,45 \pm 0,42$ (giờ) so với trước điều trị [67], nghiên cứu của Bùi Tiến Hưng (2025) sau 15 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình của nhóm NC là $6,44 \pm 0,39$ [72]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt không lớn so với các nghiên cứu này. Từ đó cho thấy phương pháp áp dán nhóm huyết: Tâm, Tỳ, Thận, Thần môn, Giao cảm trên loa tai kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hương đem lại hiệu quả cải thiện giấc ngủ tốt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này có thể được lý giải như sau:

Theo YHHĐ: Thư giãn là phép luyện ức chế bằng cách làm giãn, làm mềm, buông lỏng các cơ vân và cơ trơn để làm bớt căng thẳng thần kinh và điều hòa rối loạn hoạt động nội tạng làm cho tinh dần dễ đi vào yên tĩnh, từ đó cơ thể dễ đi vào giấc ngủ [20], [23].

Theo quan điểm YHCT, sự xuất hiện của bệnh lý dẫn đến rối loạn chức năng hoạt động vốn dĩ cân bằng của hệ kinh lạc. Vì vậy, phép thư giãn kết hợp áp dán lên những điểm phản ứng ở loa tai có tác dụng chủ yếu là khôi phục sự hài hòa giữa âm và dương, đồng thời giúp điều chỉnh hoạt động của hệ kinh lạc trở về trạng thái sinh lý bình thường. Khi âm dương đạt trạng thái ổn định, tinh thần được yên và người bệnh dễ dàng đi vào giấc ngủ.

4.2.2. Thời gian đi vào giấc ngủ

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trước khi tiến hành can thiệp, thời gian trung bình để người bệnh bắt đầu vào giấc ngủ là $76,5 \pm 10,63$ phút, sau 20 ngày điều trị thời gian đi vào giấc ngủ trung bình là $32,52 \pm 13,77$ (phút), mức

chênh thời gian đi vào giấc ngủ là $43,48 \pm 8,56$ (phút). Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Dữ liệu thu được trong nghiên cứu này gần như phù hợp với báo cáo của Dương Thị Phương Thảo (2018), theo đó thời gian chuyển từ nằm nghỉ trên giường đến khi vào giấc ngủ sau 20 ngày điều trị đạt mức trung bình $33,33 \pm 9,28$ phút [13], của Phùng Đức Đạt (2020) sau 20 ngày điều trị bằng nhĩ châm và thở 4 thì thời gian vào giấc ngủ trung bình người bệnh là $29,54 \pm 4,27$ (phút) [15], của Nguyễn Thùy Dương (2021) với thời gian đi vào giấc ngủ trung bình sau 30 ngày cấy chỉ là $28,97 \pm 11,13$ (phút)[66], nghiên cứu của Bùi Tiến Hưng (2025) sau 15 ngày điều trị, thời lượng vào giấc trung bình là $25,33 \pm 7,65$ phút ở nhóm NC và $33,67 \pm 7,87$ phút ở nhóm ĐC) [72].

Như vậy chỉ ra rằng cùng khoảng thời gian điều trị, phương pháp áp dán hạt VBLH trên loa tai kết hợp phép thư giãn có tác dụng tốt trong điều trị rút ngắn thời gian đi vào giấc ngủ .

4.2.3. Chất lượng giấc ngủ theo cảm nhận chủ quan của người bệnh

Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của người bệnh là cảm nhận của người bệnh đối với giấc ngủ của mình theo 4 mức độ (tốt, khá, trung bình, kém). Trước điều trị tất cả người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém và trung bình chiếm tỷ lệ là 88,3 và 11.7%. Tại thời điểm sau 10 ngày điều trị, số người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém giảm xuống còn 8,3%, đa số có chất lượng giấc ngủ trung bình và khá chiếm 48,3% và 43,3%. Sau 20 ngày điều trị chất lượng giấc ngủ của người bệnh tăng lên theo chiều hướng tốt, tỷ lệ tốt chiếm 73,3%, khá chiếm 26,7%, không còn người bệnh nào có chất lượng giấc ngủ trung bình và kém. Sự khác biệt về trước sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020) đã dùng phương pháp nhĩ châm kết hợp thở 4 thì của Nguyễn Văn Hưởng, tỷ lệ người bệnh có chất lượng giấc ngủ tốt chiếm 73,3%, khá chiếm 26,7% sau 20 ngày điều trị [15].

Kết quả nghiên cứu này có phần cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng (2019) sau 30 ngày điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp uống rotundin thì người bệnh có giấc ngủ tốt có tỷ lệ là 46,7%, khá là 38,3%, trung bình là 15,0% , không còn người bệnh có giấc ngủ kém [14].

Kết quả trên cho thấy phương pháp điều trị của chúng tôi có tác dụng cải thiện sự hài lòng về giấc ngủ của người bệnh cao hơn so với phương pháp cấy chỉ kết hợp uống rotundin.

4.2.4. Các rối loạn trong giấc ngủ

Có rất nhiều nguyên nhân gây cho người bệnh thức giấc lúc nửa đêm và khó ngủ lại có thể chỉ là tiếng động nhỏ, hay thức giấc do ác mộng, hoặc thức giấc do quá nóng, quá lạnh, cũng có thể không rõ nguyên nhân của thức giấc. Tại bảng 3.8 thể hiện sự thay đổi rối loạn nhịp thức ngủ của người bệnh, trước điều trị phần lớn người bệnh bị rối loạn trong giấc ngủ vừa và nặng chiếm tỷ lệ lần lượt là 48,3%, và 46,7%. Sau điều trị 10 và 20 ngày, có sự cải thiện tốt lên. Cụ thể sau 10 ngày điều trị người bệnh không rối loạn chiếm tỷ lệ 6,7%, rối loạn nhẹ là 38,8%, rối loạn vừa là 41,7%, rối loạn nặng giảm xuống 13,3%. Sau 20 ngày điều trị, người bệnh có rối loạn nhẹ là 51,7 % và có 25% người bệnh không có rối loạn, tỉ lệ rối loạn nặng chỉ còn 6,7%. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2019), sau điều trị 20 ngày tỷ lệ không rối loạn là 21,7%, rối loạn nhẹ là 60%, rối loạn vừa là 15%, rối loạn nặng giảm xuống 3,3% [13], nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020), sau 20 ngày điều trị tỷ lệ không rối loạn là 36,7%, rối loạn nhẹ là 60,0%, rối loạn vừa là 3,3%, không còn rối loạn nặng [15], nghiên cứu của Nguyễn Thùy Dương (2021) ghi nhận rằng sau 30 ngày điều trị, 25% người bệnh không còn triệu chứng rối loạn; 53,4% thuộc nhóm rối loạn nhẹ; 18,3% được xếp vào nhóm rối loạn trung bình và 3,3% vẫn còn rối loạn nặng[66].

Tuy vậy, trong nghiên cứu này vẫn ghi nhận một tỷ lệ nhỏ người bệnh (6,7%) thuộc nhóm rối loạn nặng, chủ yếu gặp ở những người cao tuổi có thể kèm theo 2 - 3 bệnh mãn tính , mất ngủ nhiều năm nay nên sự cải thiện các rối loạn trong giấc ngủ không đáng kể.

4.2.5. Các rối loạn trong ngày

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm trước điều trị đa số người bệnh cho biết buổi sáng thường xuất hiện trạng thái thiếu năng lượng, giảm hiệu suất hoạt động và giảm hứng thú trong sinh hoạt thường ngày, một số trường hợp còn mô tả khó khăn trong việc giữ sự tỉnh táo khi điều khiển phương tiện, trong lúc ăn uống hay khi tham gia các sinh hoạt mang tính xã. Các rối loạn này thể hiện ở 4 mức độ, tại bảng 3.9 cho thấy đa số người bệnh bị rối loạn trong ngày vừa và nặng, tỷ lệ lần lượt là: 56,7% rối loạn vừa và 3,3% rối loạn nặng. Sau 20 ngày điều trị, các rối loạn trong ngày được cải thiện hơn, cụ thể: người bệnh không rối loạn 40%; rối loạn nhẹ 46,7%, 13,3% rối loạn vừa, không có người bệnh rối loạn nặng. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Những kết quả thu được tương đồng với báo cáo nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018), sau điều trị 20 ngày, tỷ lệ 45% không rối loạn, 23,3% rối loạn nhẹ, 30% rối loạn vừa, rối loạn nặng 1,7% [13], nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020), sau 20 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu, tỷ lệ 56,7% không rối loạn, 20,0% rối loạn nhẹ, 23,3% rối loạn vừa, không còn người bệnh rối loạn nặng [15].

Kết quả trên phù hợp với những nghiên cứu gần đây cho thấy, nhấn mạnh rằng giấc ngủ sâu (NREM chậm) có vai trò quan trọng trong việc củng cố hệ miễn dịch, trong khi giai đoạn REM liên quan đến điều hòa khả năng học tập và trạng thái tâm thần. Ở người mất ngủ, hoạt động của não bộ phải gia tăng đáng kể so với những người ngủ đầy đủ. Tình trạng thiếu ngủ và mất ngủ ngày càng được ghi nhận như yếu tố góp phần gây rối loạn cảm xúc, sai sót trong công việc và tăng nguy cơ tai nạn giao thông. Nhận định này cũng thống nhất với nhiều công trình nghiên cứu, cho thấy việc không ngủ đủ dẫn đến suy giảm chức năng ban ngày, rối loạn tâm thần và gia tăng khả năng gặp tai nạn cũng như chấn thương.

4.2.6. Hiệu quả cải thiện giấc ngủ

Hiệu quả giấc ngủ được xác định bằng tỷ lệ phần trăm giữa thời gian người bệnh thực sự ngủ và tổng thời gian họ nằm trên giường (trong đó thời gian nằm trên

giường được tính từ lúc bắt đầu lên giường đến thời điểm thức dậy). Chỉ số này phản ánh một cách khái quát thời lượng ngủ của người bệnh.

Trước điều trị hiệu quả giấc ngủ trung bình của người bệnh là $70,49 \pm 6,21(\%)$ và sau 20 ngày điều trị, hiệu quả giấc ngủ trung bình tăng lên là $90,81 \pm 4,61(\%)$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Mức chênh sau 20 ngày điều trị là $19,81 \pm 4,61(\%)$.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Dương Thị Phương Thảo (2018), sau 20 ngày điều trị hiệu quả giấc ngủ trung bình là $91,11 \pm 3,50(\%)$, mức chênh sau 20 ngày điều trị là $19,75 \pm 6,00(\%)$ [13], nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020), sau 20 ngày điều trị bằng phương pháp nhĩ châm kết hợp thở 4 thì hiệu quả giấc ngủ trung bình là $92,49 \pm 5,47(\%)$, mức chênh sau 20 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu là $23,07 \pm 4,91(\%)$ [15]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với các kết quả nghiên cứu trên.

4.2.7. Kết quả cải thiện giấc ngủ trên tổng điểm PSQI

Tổng điểm PSQI được xác định dựa trên bảy thành phần, bao gồm: cảm nhận chủ quan của người bệnh về chất lượng giấc ngủ, tổng thời lượng ngủ, mức độ hiệu quả của giấc ngủ, giai đoạn thức ngủ, các rối loạn xảy ra trong khi ngủ, tình trạng sử dụng thuốc ngủ và những rối loạn xuất hiện vào ban ngày.

Tại bảng 3.11 cho thấy trước điều trị tổng điểm PSQI trung bình là $15,38 \pm 2,01$ (điểm), sau 20 ngày điều trị điểm trung bình giảm xuống là $4,22 \pm 1,65$ (điểm). Mức chênh sau 20 ngày điều trị là $11,17 \pm 1,30$ (điểm). Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Những phát hiện trong nghiên cứu này nhìn chung tương đồng với công trình của Dương Thị Phương Thảo (2018); sau 20 ngày can thiệp bằng nhĩ châm phối hợp thể châm, tác giả ghi nhận điểm PSQI trung bình ở mức 5,20(điểm) [13], nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020), sau 20 ngày điều trị bằng dán hạt VBLH kết hợp với thở 4 thì điểm PSQI trung bình là $3,50 \pm 1,80$ (điểm) [15] và kết quả này cũng phù hợp với báo cáo của Nguyễn Thị Vui (2021), trong đó điểm PSQI trung

bình sau 30 ngày áp dụng liệu pháp cấy chỉ kết hợp nhĩ châm giảm còn $4,83 \pm 0,96$ (điểm) [69].

Điều này cho chúng ta thấy phương pháp áp dán kết hợp phép thư giãn đem lại hiệu quả cao trong điều trị mất ngủ không thực tồn.

4.2.8. Đánh giá kết quả điều trị chung

Kết quả chung được đánh giá bằng: tổng điểm PSQI ≤ 5 được xem là không có biểu hiện mất ngủ, tổng điểm PSQI > 5 : có mất ngủ.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 3.12 như sau: 100% người bệnh có mất ngủ trước điều trị. Sau điều trị 20 ngày điều trị tỷ lệ người bệnh không còn mất ngủ chiếm đa số là 80%, có mất ngủ là 20%. Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

So với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018), nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ người bệnh không còn mất ngủ sau điều trị ở mức cao hơn; ở nghiên cứu này sau 20 ngày can thiệp, nhóm người bệnh không còn mất ngủ chiếm 63,3% [13]; không có sự khác biệt so với nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020), sau điều trị 20 ngày tỷ lệ người bệnh không mất ngủ là 86,7%, có mất ngủ là 13,3% [15], nghiên cứu của Nguyễn Thùy Dương (2021), sau 30 ngày can thiệp, 70% người bệnh không còn biểu hiện mất ngủ, trong khi 30% vẫn còn tình trạng này [66], nghiên cứu của Lê Thị Thu Hằng (2023) sau 30 ngày điều trị, phần lớn người bệnh không còn mất ngủ, chiếm 77,1% ở nhóm NC và 64,7% ở nhóm ĐC [73].

Với các kết quả nghiên cứu trên cho chúng ta thấy các phương pháp không dùng thuốc nói chung và nhĩ châm, phương pháp thư giãn của BS Nguyễn Văn Hưởng nói riêng có thể được đánh giá là một lựa chọn điều trị hiệu quả đối với tình trạng mất ngủ.

4.2.8. Kết quả điều trị theo tổng điểm PSQI của các thể bệnh YHCT

Theo quan điểm của Y học cổ truyền, thất miên là một biểu hiện có thể xuất hiện trong nhiều chứng bệnh như Tâm căn suy nhược, hư lao... Cơ chế gây nên tình trạng này tương đối đa dạng và phức tạp. Hải Thượng Lãn Ông trong Y trung quan

kiện đã nêu rõ rằng sự mất điều hòa thần trí có thể làm phát sinh Tâm hư, Tỳ hư và Phế hư, dẫn tới chứng mất ngủ [70]. Nguyên nhân của chứng thất miên có thể được phân thành bốn loại chính: Tâm Tỳ lưỡng hư, Tâm Đờm khí hư, Đàm nhiệt – thực nhiệt gây nhiễu loạn tâm thần và Âm hư hỏa vượng [3].

Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn hai thể bệnh thường gặp trên lâm sàng là thể Tâm Tỳ hư và thể Âm hư hỏa vượng, tập trung vào đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ sau khi áp dụng hạt VBLH các huyết trên loa tai: Tâm, Tỳ, Thận, Thần, Giao cảm kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng dựa trên thang điểm PSQI ở các thời điểm đánh giá, nghiên cứu tiến hành phân tích hiệu quả điều trị trên hai thể bệnh: Tâm tỳ hư (nhóm 1), thể Âm hư hỏa vượng (nhóm 2). Sau 20 ngày điều trị chúng tôi thu được kết quả như sau:

▪ *Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ của hai nhóm*

Trước điều trị thời gian đi vào giấc ngủ trung bình của nhóm 1(thể Tâm Tỳ hư) là $76,83 \pm 10,63$ (phút) và nhóm 2 thuộc(thể Âm hư hỏa vượng) là $76,17 \pm 10,08$ (phút). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm (với $p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị, thời gian đi vào giấc ngủ trung bình của nhóm 1 còn $29,17 \pm 13,84$ (phút), nhóm 2 là $35,87 \pm 13,07$ (phút). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 20 ngày điều trị, nhóm người bệnh thuộc thể Tâm Tỳ hư ghi nhận mức chênh giảm thời gian bắt đầu vào giấc ngủ là $47,67 \pm 8,48$ phút, của nhóm thuộc thể Âm hư hỏa vượng là $40,30 \pm 6,15$ (phút). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo(2018), sau điều trị 20 ngày, thời gian vào giấc ngủ trung bình của nhóm Tâm Tỳ hư là $35,17 \pm 10,63$ (phút), nhóm Tâm thận bất giao là $31,50 \pm 7,45$ (phút), sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê [13]; nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020), sau 20 ngày điều trị, nhóm Tâm Tỳ hư có thời gian vào

giấc ngủ trung bình là $28,34 \pm 4,40$ (phút), nhóm Tâm thận bất giao là $30,74 \pm 3,92$ (phút) [15].

▪ *Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ của hai nhóm*

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.14 cho thấy, trước điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình của nhóm 1(Tâm Tỳ hư) là $3,12 \pm 0,69$ (giờ), nhóm 2(Tâm thận bất giao) là $3,17 \pm 0,62$ (giờ). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 20 ngày điều trị, thời lượng giấc ngủ trung bình của nhóm 1 là $5,42 \pm 0,81$ (giờ), nhóm 2 là $5,17 \pm 0,85$ (giờ). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm 1 và 2.

Mức chênh thời lượng giấc ngủ sau 20 ngày điều trị ở nhóm 1 tăng $2,30 \pm 0,65$, nhóm 2 tăng $2,00 \pm 0,68$ (giờ). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo(2018), sau điều trị 20 ngày, thời lượng ngủ trung bình của nhóm Tâm Tỳ hư là $5,62 \pm 0,95$ (giờ) , nhóm Tâm thận bất giao là $6,30 \pm 0,74$ (giờ) , sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê [13]; nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020), sau điều trị 20 ngày, thời lượng ngủ trung bình của nhóm Tâm Tỳ hư là $6,31 \pm 0,38$ (giờ), nhóm Tâm thận bất giao là $6,16 \pm 0,46$ (giờ), sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê [15].

▪ *Sự thay đổi hiệu quả giấc ngủ của hai nhóm*

Từ bảng 3.15 ta thấy, trước khi điều trị hiệu quả giấc ngủ trung bình của nhóm 1 là $70,15 \pm 6,46$ (%), nhóm 2 là $70,84 \pm 6,06$ (%). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu

Sau 20 ngày điều trị, hiệu quả giấc ngủ trung bình của nhóm 1 là $91,41 \pm 4,70$ (%), nhóm 2 là $89,20 \pm 4,87$ (%). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm 1 và 2.

Mức chênh lệch quả giấc ngủ của nhóm 1 là $21,26 \pm 4,85$ (%), và của nhóm 2 là $18,36 \pm 3,93$ (%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả nghiên cứu này của chúng không có sự khác biệt so với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo(2018) [13]; nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020) [15].

▪ *Sự thay đổi điểm PSQI trung bình của hai nhóm*

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.16 điểm PSQI trung bình của nhóm 1 là $15,20 \pm 2,31$ (điểm), nhóm 2 là $15,57 \pm 1,74$ (điểm). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Sau 20 ngày điều trị, điểm PSQI trung bình của nhóm 1 là $4,13 \pm 1,66$ (điểm), nhóm 2 là $4,30 \pm 1,66$ (điểm). Sự thay đổi trước và sau điều trị của từng nhóm có ý nghĩa với $p < 0,001$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Sau 20 ngày điều trị mức chênh lệch điểm PSQI trung bình của nhóm 1 thuộc thể Tâm Tỳ hư giảm $11,07 \pm 1,55$ (điểm), và nhóm 2 thể Âm hư hỏa vượng giảm $11,27 \pm 1,02$ (điểm). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020), sau 20 ngày điều trị tổng điểm PSQI trung bình của nhóm Tâm tỳ hư là $3,53 \pm 1,51$ (điểm) và nhóm Tâm thận bất giao là $3,47 \pm 2,10$ (điểm) [15].

Tuy nhiên có sự khác biệt so với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo(2018), tổng điểm PSQI trung bình sau 20 ngày điều trị của nhóm Tâm tỳ hư là $6,17 \pm 3,78$ (điểm) cao hơn so với nhóm Tâm thận bất giao là $4,23 \pm 2,62$ (điểm) [13]

▪ *Sự thay đổi kết quả điều trị chung của hai nhóm*

Trước điều trị, ở cả 2 nhóm đều có 100% NB mất ngủ (PSQI > 5 điểm), không có NB nào thuộc nhóm không mất ngủ.

Sau 20 ngày điều trị, cả 2 nhóm đa số người bệnh không mất ngủ, nhóm 1 có 83,3% người không mất ngủ cao hơn nhóm 2 là 76,7%. Sự khác biệt trước và sau 20 ngày điều trị ở 2 nhóm đều có ý nghĩa với $p < 0,001$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy sau 20 ngày điều trị, sự cải thiện mất ngủ đều diễn ra theo chiều hướng tốt ở cả 2 thể bệnh, sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy, dù cùng thực hiện một phương pháp (nhĩ châm kết hợp với phương pháp thở 4 của BS Nguyễn Văn Hưởng) nhưng đều đạt kết quả tốt ở cả 2 thể bệnh Tâm Tỳ hư và Tâm Thận bất giao.

Từ kết quả nghiên cứu tại các bảng 3.13 đến 3.17 chúng tôi nhận thấy, sau 20 ngày điều trị, thời gian vào giấc ngủ, thời lượng giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ, kết quả điều trị chung đều diễn ra theo chiều hướng tốt ở cả 2 thể bệnh, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Phùng Đức Đạt (2020) [15]. Tuy nhiên có sự khác biệt so với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018), thời lượng giấc ngủ và tổng điểm PSQI của nhóm Tâm Thận bất giao cao hơn nhóm Tâm tỳ hư, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Lý giải cho sự khác biệt này chúng tôi cho rằng có thể do phương pháp điều trị được áp dụng trong mỗi nghiên cứu là khác nhau, có sự đáp ứng điều trị của mỗi thể bệnh là khác nhau, cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ nên chưa có sự khác biệt giữa hai nhóm. Song nhìn chung cả hai nhóm đều cho thấy xu hướng cải thiện triệu chứng mất ngủ theo hướng tích cực trong các nghiên cứu.

Giải thích cho kết quả trên chúng tôi cho rằng có lẽ do nhóm huyết và phương pháp thư giãn trên đều có khả năng điều chỉnh được những rối loạn trong cơ thể về trạng thái cân bằng.

Công thức huyết nhĩ châm gồm 5 huyết: Tâm, Tỳ, Thận, Thần môn, Giao cảm (Theo sơ đồ huyết của Nguyễn Tài Thu). Mỗi huyết có một chức năng riêng, tuy nhiên khi phối hợp với nhau tạo nên một hiệu ứng tốt hơn rất nhiều lần so với tác dụng của từng huyết đơn lẻ. Nhiều nghiên cứu YHCT và YHHĐ đều chứng minh rằng tai là một hệ thống vi mô khép kín có thể ảnh hưởng đến toàn bộ cơ thể. Nguyên tắc chính trong liệu pháp điều trị bằng các huyết ở trên tai là sự tương ứng giữa bản đồ huyết trên tai với tình trạng bệnh lý ở những điểm tương đồng trên cơ thể. Nhưng không phải huyết tương ứng trên tai của cơ quan này chỉ nhất thiết liên

quan đến bệnh của cơ quan tương ứng trong cơ thể. Và khi cơ quan đó rối loạn thì sẽ có sự tăng nhạy cảm da gây đau rõ rệt ở vùng tương ứng trên tai [60].

Điểm Thần môn (O1) hay gọi là “cổng thần”, tác dụng của thần môn là giúp giảm bớt lo lắng và căng thẳng, giúp “thần” (tinh thần, tâm trí) được thư giãn, êm dịu.

Điểm Thận (P6) được ghi nhận có tác dụng hỗ trợ chức năng não bộ, thận và hệ mạch máu, đồng thời góp phần cải thiện các triệu chứng như giảm trí nhớ, đau đầu, chóng mặt, ù tai và suy giảm thị lực.

Điểm Giao cảm (O3) có tác dụng điều hòa hệ thần kinh thực vật, điều hòa nội tiết, giảm căng thẳng, lo âu.

Điểm Tâm (Q1) có tác dụng an thần, hạ áp, cải thiện các rối loạn tinh thần.

Điểm Tỳ (P7) có tác dụng điều trị cơ thể suy nhược, tiêu hóa không tốt.

Theo quan niệm của YHCT, thư giãn là phương pháp tập luyện tâm - thể toàn diện, nên ngoài việc tăng cường tâm trí còn có khả năng tăng cường chức năng của tạng phủ. Phế trợ tâm chủ tiết, thư giãn tốt phế khí điều hòa, giúp tâm điều tiết hoạt động của các tạng phủ tốt. Can chủ sơ tiết, thích điều đạt. Thư giãn làm can khí điều đạt và ảnh hưởng tốt đến khí của các tạng phủ khác góp phần tăng cường sức khỏe. Tỳ chủ vận hóa, thư giãn tốt, tỳ khí hòa, vận hóa tốt sẽ sinh ra các chất nuôi dưỡng cơ thể. Tỳ khí thịnh sẽ ăn ngon miệng cơ thể khỏe mạnh, tỳ khí hư thì ăn không ngon miệng cơ thể gầy yếu. Tỳ sinh huyết, huyết sinh tinh, tinh sinh khí. Tâm tàng thần, chủ huyết mạch. Tâm là cửa ngõ của mặt và lưỡi nên nét mặt phản ánh tình trạng của tâm. Luyện tập thư giãn là điều tâm, xóa bỏ tạp niệm và ưu phiền để cho tâm bình, lạc nên nụ cười bên trong. Chính vì vậy trong luyện tập thư giãn nét mặt phải tươi, hiền hòa như Đức phật trên tòa sen. Thận tàng tinh, tinh sinh khí. Thư giãn tốt thận khí điều hòa, đảm bảo cho nguyên khí đầy đủ. Thận ngoài chức năng bài tiết còn có chức năng sinh dục, chức năng nội tiết, nuôi dưỡng xương, cốt, tủy. Luyện thư giãn là tăng cường chức năng cho tạng Thận.

Phương pháp thư giãn chính là tập luyện để bảo vệ thần kinh khi bị căng thẳng. Khi cơ thể ở trạng thái căng thẳng thần kinh cơ vận, cơ trơn đều căng, khi người bệnh ở trạng thái yên tĩnh thái thần kinh sẽ điều khiển các cơ không căng

nữa mà giãn ra làm cho người ấm và nóng đưa ý nghĩ của mình vào việc làm giãn cho cơ thể nhằm nâng cao quá trình ức chế, rèn luyện quá trình hưng phấn nhằm điều hòa giữa quá trình hưng phấn và ức chế của thần kinh, là cơ sở để bảo vệ thần [20], [70].

Sự kết hợp phương pháp áp dán hạt VBLH trên loa tai kết hợp phép thư giãn có tác dụng điều chỉnh cân bằng âm dương. Trong điều kiện khí huyết đầy đủ và âm dương hài hòa, hỏa sẽ không bốc lên quá mức, từ đó thần chí được ổn định, vì vậy, tác dụng an thần trong trường hợp này là hoàn toàn hợp lý về mặt cơ chế. Nhìn chung, các kết quả sơ bộ của nghiên cứu cho thấy sự phù hợp với lý luận cũng như thực tiễn lâm sàng; đồng thời hiệu quả điều trị ghi nhận xu hướng cải thiện rõ rệt ở cả hai thể Tâm Tỳ hư và Âm hư hỏa vượng, dù chỉ áp dụng một phương pháp can thiệp. Tuy nhiên, để đánh giá và tìm hiểu thêm cơ chế tác dụng của phương pháp điều trị cần có thêm những nghiên cứu sâu hơn.

4.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp

4.3.1. Biến đổi các chỉ số sinh tồn trước và sau điều trị

Trước điều trị nhiệt độ trung bình là $36,51 \pm 0,24$ độ C, sau điều trị, nhiệt độ trung bình là $36,46 \pm 0,21$ độ C.

Tần số mạch trung bình là $76,42 \pm 7,78$ lần/phút trước điều trị, sau điều trị, tần số mạch trung bình là $75,48 \pm 6,49$ lần/phút.

Huyết áp tâm thu trung bình trước điều trị là $123,17 \pm 10,27$ mmHg. Sau điều trị, huyết áp tâm thu trung bình là $121,75 \pm 8,48$ mmHg.

Huyết áp tâm trương trung bình trước điều trị là $74,92 \pm 8,95$ mmHg. Sau 20 ngày điều trị, huyết áp tâm trương trung bình là $76,05 \pm 8,33$ mmHg.

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

Nhận xét này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Dương Thị Phương Thảo (2018), Phùng Đức Đạt (2020), Nguyễn Trường Nam (2020) [13], [15], [67].

4.3.2. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát mạch, nhiệt độ, huyết áp trước và sau điều trị nhằm theo dõi tính an toàn của can thiệp. Đây là các chỉ số sinh tồn phản ánh tình trạng huyết động và điều hòa thần kinh thực vật. Nhĩ châm và phép thư giãn có khả năng tác động lên hệ thần kinh thực vật, vì vậy có thể gây thay đổi thoáng qua về nhịp tim hoặc huyết áp, đặc biệt trên đối tượng người cao tuổi. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các chỉ số sinh tồn trước và sau điều trị, chứng tỏ phương pháp an toàn và dung nạp tốt.

Trong thời gian điều trị, không có người bệnh nào xuất hiện chóng mặt, có 1 NB xuất hiện dị ứng sẩn ngứa tại chỗ chiếm 1,7% và 1 NB xuất hiện triệu chứng hồi hộp chiếm 1,7%. Tổng số người bệnh xuất hiện tác dụng không mong muốn là 3,3%. Ghi nhận cả 2 trường hợp xuất hiện triệu chứng không mong muốn đều là thể âm hư hỏa vượng. Lý giải nguyên nhân có thể do triệu chứng hồi hộp thường dễ gặp hơn ở người bệnh thể âm hư hỏa vượng, bên cạnh đó người bệnh âm hư hỏa vượng thì âm dịch hao tổn, nội nhiệt làm da khô, nóng dễ bị kích ứng hơn, do đó triệu chứng hồi hộp, dị ứng sẩn ngứa tại chỗ dễ gặp. Tuy nhiên số lượng nghiên cứu ít nên không có ý nghĩa thống kê để kết luận gặp thể nào hơn.

Kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trường Nam (2020) điều trị mất ngủ không thực tồn bằng phương pháp dán hạt VBLH trên loa tai [67].

Như vậy, chúng tôi nhận thấy đây là một phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả cho người bệnh.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 người bệnh mất ngủ không thực tồn được thực hiện tại Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng Phú Thọ được điều trị bằng phương pháp áp dán hạt VBLH trên loa tai kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng chúng tôi có kết luận như sau:

1. Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp áp dán hạt Vương Bất Lưu Hành trên loa tai kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị mất ngủ không thực tồn

- Thời lượng giấc ngủ sau 20 ngày điều trị ($6,10 \pm 1,45$ giờ) tăng thêm $2,15 \pm 0,68$ giờ so với trước điều trị ($3,14 \pm 0,65$ giờ) với $p < 0,01$.

- Thời gian đi vào giấc ngủ sau 20 ngày điều trị ($32,52 \pm 13,77$ phút) giảm $43,48 \pm 8,56$ phút so với trước điều trị ($76,5 \pm 10,63$ phút) với $p < 0,01$

- Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của người bệnh có tiến triển tốt sau 20 ngày điều trị: tốt chiếm 73,3%, khá chiếm 26,7%, không còn người bệnh nào có chất lượng giấc ngủ trung bình và kém so với trước điều trị người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém 88,3% và trung bình 11.7% với $p < 0,05$.

- Các rối loạn trong ngày và rối loạn trong giấc ngủ đều được cải thiện rõ rệt với $p < 0,05$.

- Hiệu quả giấc ngủ sau 20 ngày điều trị ($90,81 \pm 4,61$ tăng thêm $19,81 \pm 4,61\%$ so với trước điều trị ($70,49 \pm 6,21\%$) với $p < 0,01$.

- Tổng điểm PSQI sau 20 ngày điều trị ($4,22 \pm 1,65$ điểm) giảm $11,17 \pm 1,30$ (điểm) so với trước điều trị ($15,38 \pm 2,03$ điểm) với $p < 0,01$.

- Kết quả điều trị chung: NB có mất ngủ giảm xuống còn 20,0%, không mất ngủ chiếm đa số với 80,0% so với trước điều trị 100% người bệnh có mất ngủ với $p < 0,001$.

- Sau điều trị 20 ngày, cả hai nhóm Tâm tỳ hư và Âm hư hỏa vượng đều có sự cải thiện về thời lượng giấc ngủ, thời gian đi vào giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ, tổng

điểm PSQI so với trước điều trị có ý nghĩa với $p < 0,05$. sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2. Về tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Trên lâm sàng không có người bệnh nào xuất hiện chóng mặt, có 1 NB xuất hiện dị ứng sản ngứa tại chỗ chiếm 1,7% và 1 NB xuất hiện triệu chứng hội hộp chiếm 1,7%. Tổng số người bệnh xuất hiện tác dụng không mong muốn là 3,3%.

KHUYẾN NGHỊ

Dựa trên những kết quả thu được từ nghiên cứu, nhóm nghiên cứu xin đề xuất một số kiến nghị như sau:

1. Phương pháp điều trị trong nghiên cứu là phương pháp điều trị đơn giản, chi phí hợp lý, dễ áp dụng, đảm bảo an toàn và mang lại hiệu quả đáng kể trong điều trị mất ngủ không thực tồn, vì vậy có thể áp dụng rộng rãi tại các tuyến y tế.

2. Để đánh giá đầy đủ nữa về cơ chế tác dụng cũng như tác dụng không mong muốn phương pháp áp dụng VBLH kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng, nên nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn, ở nhiều thể bệnh và thời gian nghiên cứu dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế . Mục F51.0: Mất ngủ không thực tồn. *ICD10, tập 1*, 2015. tr. 194.
2. Nguyễn Trường Sơn, Lương Ngọc Khuê, Nguyễn Doãn Phương. Mất ngủ không thực tồn. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp*. (Ban hành kèm theo quyết định số 2058/ QĐ-BYT ngày 14 tháng 5 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế). 2020. tr 150-152.
3. Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà. Thất miên. *Bệnh học nội khoa, Y học cổ truyền (Sách đào học sau đại học)*, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 2016; tr.170-176.
4. Juan Fernando cano romero m.d, Johanna diago garcía m.d. Insomnio: enfoque diagnóstico y terapéutico. *JHosp Gen Med.* 2023;5(4):60-70 doi:10.60227/jhgmeibun.5.4_111.
5. Sánchez-Cárdenas AG, Navarro-Gerrard C, Nellen H, Halabe-Cherem J. Insomnio. Un grave problema de salud pública. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014;52(1):80–87.
6. Bùi Quang Huy. *Rối loạn giấc ngủ*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2023. tr.7–30.
7. Léger D, Ogrizek P. Troubles du sommeil et de l'éveil : mise au point. *La Revue de Médecine Interne.* 1 Tháng Chín 2012;33(9):525–31.
8. Dao-Tran TH, Seib C. Prevalence and correlates of sleep disturbance among older women in Vietnam. *Journal of Clinical Nursing.* 2017;27(17–18):3307–13.
9. Trần Hữu Bình, Trần Nguyễn Ngọc. Các rối loạn giấc ngủ không thực tồn. *Chẩn đoán, điều trị các rối loạn tâm thần và hành vi*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2007. tr 154-158
10. Atkin T, Comai S, Gobbi G. *Drugs for Insomnia beyond Benzodiazepines: Pharmacology, Clinical Applications, and Discovery*. Barker EL, biên tập viên. *Pharmacol Rev.* Tháng Tư 2018;70(2): tr197–245.
11. Vũ Thị Châu Loan." *Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ không thực tồn bằng phép thư giãn Y học cổ truyền*". Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.

12. Đinh Danh Sáng. "*Đánh giá tác dụng cải thiện giấc ngủ của nhĩ châm trong điều trị người bệnh RLGN theo thang điểm Pittsburgh*". Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016
13. Dương Thị Phương Thảo. "*Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp thể châm trong điều trị người bệnh rối loạn giấc ngủ theo thang điểm Pittsburgh*". Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018
14. Nguyễn Thị Bích Hằng. "*Đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết so với phương pháp điện châm trong điều trị mất ngủ không thực tổn tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn*". Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ Y khoa. Hà Nội, Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
15. Phùng Đức Đạt. "*Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp với phương pháp thở bốn thì của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị mất ngủ không thực tổn*". Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
16. Đỗ Thị Huyền. "*Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp viên ích khí an thần-HVY trong điều trị mất ngủ thể tâm tỳ hư*". Luận văn thạc sĩ y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, 2022.
17. Kumar V. Sleep and sleep disorders. *The Indian journal of chest diseases & allied sciences*. 1 Tháng Giêng 2008;50:129–135.
18. Buysse D et al , "The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and reseach. Vol 28, *Psychiatry Research*, 1989, pp: 193-213.
19. Ahuja S, Chen RK, Kam K, Pettibone WD, Osorio RS, Varga AW. Role of normal sleep and sleep apnea in human memory processing. *Nature and Science of Sleep*. 4 Tháng Chín 2018;10:255–269.
20. Nguyễn Văn Hưởng, BS Huỳnh Uyển Liên. *Phương pháp dưỡng sinh*. Nhà xuất bản y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 1995, tr 70-90.
21. Lý Duy Hưng. "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress*". Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2008.

22. Hoàng Bảo Châu. *Khí công*. Nhà xuất bản y học, 1978, tr 83-85
23. Nguyễn Nhược Kim, BSCKII. Trần Quang Đạt. *Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc (Sách đào tạo bác sỹ chuyên khoa y học cổ truyền)*. Nhà xuất bản Y học; 2013, tr 291-297., tr. 228-252
24. Platt B, Riedel G. The cholinergic system, EEG and sleep. *Behavioural Brain Research*. 10 Tháng Tám 2011;221(2): pp.499–504.
25. Daniel P Cardinali, María F Vidal, Daniel E Vigo. Melatonin: New developments in the treatment of primary insomnia in elderly patients: focus on prolonged-release melatonin. *ChronoPhysiology and Therapy*. 11 october 2012, pp 67-79
26. Schmidt, E.-M., et al. Effects of an interleukin-1 receptor antagonist on human sleep, sleep-associated memory consolidation, and blood monocytes. *Brain, Behavior, and Immunity*. July 2015;47:178–185.
27. Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV), *Hồng nghĩa giác tư y thư*, NXB Y học, tr.120- 126.
28. Cao Văn Tuân. "Khảo sát chất lượng giấc ngủ Pittsburgh. Kỹ yếu các công trình nghiên cứu khoa học". Bệnh viện tâm thần trung ương. 2000.
29. Pallesen S, Hilde I, Omvik S, Berge S, Bjorvatn B. *Pittsburgh Sleep Quality Index*. *Tidsskr Nor Psykolforen*. 2005;42(8):714–717.
30. Morin CM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H. The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep*. Tháng Năm 2011;34(5):601–608.
31. Lê Quang Cường, Pierre Jallon, Bùi Mỹ Hạnh. *Điện não đồ lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2023, tr 14-17
32. Oh DY, Park SM, Choi SW. *Daytime Neurophysiological Hyperarousal in Chronic Insomnia: A Study of qEEG*. *Journal of Clinical Medicine*. Tháng Mười-Một 2020;9(11):3425.
33. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy. *Châm cứu sau đại học*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 1997, tr 272- 284.

34. Lê Quý Ngưu, Lương Tú Vân. *Nhĩ châm*. Nhà xuất bản Thuận Hóa; 2003, tr 15- 20.
35. Bộ môn Châm cứu. Học viện Y dược cổ truyền Việt Nam. *Châm cứu*. 2017; tr 58- 62.
36. Gori L, Firenzuoli F. *Ear Acupuncture in European Traditional Medicine. Tidsskr Nor Psykolforen*. 2005;42(8):714–717.
37. Nguyễn Tài Thu. *Tân châm*. Nhà xuất bản Từ điển bách khoa; 2012, tr 233-250.
38. Hoàng Văn Cúc, Nguyễn Văn Huy. *Giải phẫu người (sách dùng cho sinh viên hệ bác sỹ đa khoa)*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2020, tr 161-171.
39. Học viện quân y, Bộ môn Y học cổ truyền. *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, 2015, tr 148.
40. Bác sỹ Hoàng Quý biên dịch. Google Docs. 2000 [cited 3 Tháng Ba 2024]. *Khải yếu Châm Cứu Học Trung Quốc*. Available at: https://drive.google.com/file/d/1T6Bhc2Ynw24KIb8i6xITb1VaF3XTC9a/view?usp=sharing&usp=embed_facebook
41. Trần Thúy, Nguyễn Nhược Kim, Vũ Nam. Khoa Y học cổ truyền. Trường Đại học Y Hà Nội. *Nội kinh*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2019, tr 92-96.
42. Trịnh Thị Diệu Thường. *Châm cứu học 2*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2019. 95–112 tr.
43. He W, Wang X, Shi H, Shang H, Li L, Jing X, và c.s. *Auricular Acupuncture and Vagal Regulation. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 27 Tháng Mười-Một 2012;2012:e786839.
44. Bergdahl L, Broman JE, Berman AH, Haglund K, von Knorring L, Markström A. *Auricular Acupuncture and Cognitive Behavioural Therapy for Insomnia: A Randomised Controlled Study. Sleep Disorders*. 8 Tháng Năm 2016;2016:e7057282.

45. Jiao Y, Han Y, Li X, Fang Y gong, Liu Z hui, Zhou W na, và c.s. Comparison of Body, Auricular, and Abdominal Acupuncture Treatments for Insomnia Differentiated as Internal Harassment of Phlegm-Heat Syndrome: An Orthogonal Design. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2015; 2015:1–9.
46. Lo C, Liao WC, Liaw JJ, Hang LW, Lin JG. *The Stimulation Effect of Auricular Magnetic Press Pellets on Older Female Adults with Sleep Disturbance Undergoing Polysomnographic Evaluation*. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013;2013:1–8.
47. Wang J, Wang J, Wang L, Zhang Y. [Senile insomnia treated with integrated acupuncture and medication therapy: a randomized controlled trial]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 1 Tháng Sáu 2015;35(6):544–548.
48. Wu Y, Yang L, Li L, Wu X, Zhong Z, He Z, và c.s. Auricular acupressure for insomnia in hemodialysis patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 7 Tháng Ba 2018;19(1):171.
49. de Lorent L, Agorastos A, Yassouridis A, Kellner M, Muhtz C. Auricular Acupuncture Versus Progressive Muscle Relaxation in Patients with Anxiety Disorders or Major Depressive Disorder: A Prospective Parallel Group Clinical Trial. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*. 1 Tháng Tám 2016;9(4):191–199.
50. Rivas-Vilchis J, Banderas-Dorantes T, Akel J. *Effect of Auricular Acupuncture in Sympathetic Point on Heart Rate Variability in Healthy Young Adults under Active Standing Test*. 22 Tháng Chạp 2018;7(2): 27–31. doi:10.5923/j.medicine.20180702.02.
51. Zhang B, Wing YK. Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep*. 2006;29(1):85–93.
52. Yeung WF, Chung KF, Zhang SP, Yap TG, Law ACK. *Electroacupuncture for Primary Insomnia: A Randomized Controlled Trial*. 2009;32(8).
53. Budhiraja R., Roth T., Hudgel D.W. et al. Prevalence and polysomnographic correlates of insomnia comorbid with medical disorders. *Sleep*. 2011; 34(7), 859–867.

54. Yang JL, Zhang R, Du L, Yang YS, Liu XC. [Clinical observation on the neurotransmitters regulation in patients of insomnia differentiated as yang deficiency pattern treated with warm acupuncture and auricular point sticking therapy]. *Zhongguo Zhen Jiu*. 1 Tháng Chạp 2014;34(12):1165–8.
55. Auricular acupuncture with seed or pellet attachments for primary insomnia: a systematic review and meta-analysis | *BMC Complementary Medicine and Therapies* [Internet]. [cited 4 Tháng Ba 2024]. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12906-015-0606-7>
56. National Sleep Foundation. *Sleep Diary version 6*. 2019.
57. Học viện quân y, Bộ môn Y học cổ truyền. *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, 2019, tr 148
58. Trịnh Văn Minh. *Giải phẫu người, tập 3*. Hà Nội. Nhà xuất bản Y học, 2013, tr. 368-389
59. Fank.H.Netter. *Atlas giải phẫu người*, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 2018, hình 123,124
60. Nguyễn Tài Thu, Nguyễn Văn Thường, Nguyễn Văn Khánh. *Nhĩ châm, thủy châm, mai hoa châm*. Nhà xuất bản Y học và thể dục thể thao.2006., tr5- 30
61. Hoàng Quý. *Châm cứu học Trung Quốc*. Nhà xuất bản văn hóa thông tin, Hà Nội, 2013.
62. Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc. Bước đầu đánh giá tình trạng mất ngủ không thực tồn và một số yếu tố liên quan. *Tạp chí Y học Việt Nam* 2021, 489(2), tr 37-41
63. Bộ Y tế – Cục Quản lý Y Dược cổ truyền & Cục CNTT. *Vương Bất Lưu Hành*; 2013.
64. Đỗ Tất Lợi. *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Hà Nội, Nhà xuất bản Y học; 2018, tr 854-857.
65. Ferreri M , Sinh lý học Stress, *Stress từ bệnh học tâm thần đến các tiếp cận trong điều trị*, 2007, tr. 21- 24.

66. Nguyễn Thùy Dương “ *Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ trong điều trị mất ngủ*”. Luận văn thạc sỹ y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam. 2021
67. Nguyễn Trường Nam, “ *Đánh giá tác dụng của phương pháp dán hạt vương bất lưu hành trên công thức huyết Nada trong điều trị chứng thất miên theo y học cổ truyền*”. Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2020
68. Nguyễn Văn Tâm. “*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. 2019, tr 118, 121-122,
69. Nguyễn Thị Vui. *Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp với cấy chỉ trong điều trị rối loạn giấc ngủ không thực tổn*. Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2021.
70. Lê Hữu Trác, Y trung quan kiện. *Hải Thượng Y tông tâm lĩnh*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội. 1997: 21-22.
71. Trần Thị Hồng Ngải, Nguyễn Quang Huy. Nghiên cứu hiệu quả phục hồi chất lượng giấc ngủ trên người bệnh mất ngủ không thực tổn bằng nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 2025, 547(3), 217-221
72. Bùi Tiến Hưng, Đặng Hồng Anh, Nguyễn Thị Nga. Kết quả điều trị của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp nhĩ áp trên người bệnh mất ngủ không thực tổn. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 2025, 194(9), 642-651.
73. Lê Thị Thu Hằng & Bùi Tiến Hưng. Đánh giá tác dụng của cấy chỉ kết hợp viên dưỡng tâm an thần trong điều trị mất ngủ không thực tổn. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 2023, 532(2), 109- 113
74. Nguyễn Đức Minh & Nguyễn Vinh Quốc Hiệu quả điều trị mất ngủ không thực tổn thể tâm tỳ hư bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 2021, 507(1), 29-34.

75. Mận Thị Hồng Thao, Ninh Thị Hương Giang & Nguyễn Thị Thanh Tú. Kết quả điều trị mất ngủ không thực tồn bằng phương pháp nhĩ dán kết hợp hoàn “an thần”. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*, 2025, 66(CĐ9-NCKH), 81-85

PHỤ LỤC 1

THANG ĐIỂM PSQI TIẾNG VIỆT

Hướng dẫn: Các câu hỏi sau đây chỉ liên quan đến thói quen ngủ thông thường của người bệnh trong tháng qua. Câu trả lời của người bệnh nên chỉ ra câu trả lời chính xác nhất trong phần lớn ngày và đêm trong tháng qua. Vui lòng trả lời tất cả các câu hỏi [18]

1. Trong tháng qua, ban đêm bạn thường đi ngủ lúc mấy giờ?
2. Trong tháng vừa qua, mỗi đêm bạn thường mất bao lâu (tính bằng phút) để chìm vào giấc ngủ?
3. Trong tháng vừa qua, buổi sáng bạn thường thức dậy lúc mấy giờ?
4. Trong tháng vừa qua, bạn thực sự đã ngủ được bao nhiêu giờ vào ban đêm?
(Điều này có thể khác với số giờ bạn dành trên giường.)

5. Trong tháng vừa qua, bạn có thường xuyên bị khó ngủ vì bạn...	Không có trong tháng trước	Ít hơn 1 lần 1 tuần	1 hoặc 2 lần 1 tuần	3 hoặc nhiều hơn mỗi tuần
a. Không thể ngủ trong vòng 30 phút				
b.Thức dậy vào lúc nửa đêm hoặc sáng sớm				
c.Phải thức dậy để đi vệ sinh				
d.Không thể thở thoải mái				
e.Ho hoặc ngáy to				
f.Cảm thấy quá lạnh				
g.Cảm thấy quá nóng				
h.Mơ ác mộng				
i.Có cơn đau				
k. Lý do khác				

6. Trong tháng vừa qua, bạn có thường xuyên uống thuốc giúp bạn ngủ (theo toa hoặc “qua quầy”)?				
7. Trong tháng vừa qua, bạn có thường xuyên khó tỉnh táo khi lái xe, ăn uống hoặc tham gia vào hoạt động xã hội?				
8. Trong tháng vừa qua, việc duy trì đủ nhiệt huyết để hoàn thành công việc có gặp khó khăn gì với bạn không?	Không có vấn đề gì cả	Chỉ có vấn đề rất nhỏ	Hơi có vấn đề	Một vấn đề rất lớn
9. Trong tháng vừa qua, bạn đánh giá thế nào về chất lượng giấc ngủ của bạn nói chung?				
10. Bạn có người thân ngủ cùng không?	Không có bạn cùng phòng hoặc cùng giường	Bạn cùng nhà trong phòng khác	Có người thân ngủ chung phòng, khác giường	Có người thân ngủ chung giường
Nếu bạn có bạn cùng phòng hoặc bạn cùng giường, hãy hỏi họ xem bạn có thường xuyên:				
a. Ngáy to				
b. Ngưng thở khi ngủ				
c. Chân co giật hoặc giật mình khi ngủ				
d. Các giai đoạn mất phương hướng hoặc nhầm lẫn trong lúc ngủ				
e. Xin vui lòng cho biết sự bồn chồn khác trong khi bạn ngủ. Cụ thể:				

PHỤ LỤC 2

BẢNG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ PITTSBURGH (PSQI)

Đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang Pittsburgh (PSQI) của Daniel J. Buysse và CS 1989, nhằm đánh giá các chỉ số về chất lượng giấc ngủ.

Khi tính điểm PSQI, có bảy điểm thành phần được rút ra, mỗi điểm có điểm 0 (không có khó khăn) đến 3 (khó khăn nghiêm trọng). Điểm thành phần được tổng hợp để tạo ra một điểm số toàn cầu điểm (từ 0 đến 21). Điểm cao hơn cho thấy chất lượng giấc ngủ kém hơn [28], [15], [67]

Thành phần 1: Chất lượng giấc ngủ chủ quan — câu hỏi 9

Trong tháng vừa qua bạn đánh giá thế nào về chất lượng giấc ngủ của bạn nói chung

Phản hồi về điểm Q9	Thành phần 1
Tốt	0
Khá tốt	1
Trung bình	2
Rất tệ	3

Điểm thành phần 1:_____

Thành phần 2: Giai đoạn thức ngủ—câu hỏi 2 và 5a

Câu hỏi Q2:Trong tháng qua thường mỗi đêm mất khoảng bao nhiêu phút mới ngủ được (sau khi đã nằm trên giường)?

Câu hỏi Q5a: Trong tháng vừa qua bạn có thường xuyên không thể ngủ được trong vòng 30 phút

Phản hồi về điểm Q2 (số phút)	Thành phần 2/Q2
< 15 phút	0
16 – 30 phút	1
31- 60 phút	2
>60 phút	3

Phản hồi về điểm Q5a

Thành phần 2/Q5a

(không thể ngủ trong vòng 30 phút)

Không có trong tháng trước	0
Ít hơn 1 lần 1 tuần	1
1 hoặc 2 lần 1 tuần	2
3 hoặc nhiều hơn mỗi tuần	3

Tổng điểm Q2 và Q5a

Thành phần 2

0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Điểm thành phần 2:_____

Thành phần 3: Thời lượng giấc ngủ - Q4

Câu hỏi Q4: Trong tháng vừa qua bạn thực sự ngủ được bao nhiêu giờ vào ban đêm? (khác với số thời gian bạn nằm trên giường)

Phản hồi về điểm Q4

Thành phần 3

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

Điểm thành phần 3:_____

Thành phần 4: Hiệu quả của giấc ngủ—câu hỏi 1, 3 và 4

Q1: Trong tháng vừa qua, ban đêm bạn thường đi ngủ lúc mấy giờ?

Q3: Trong tháng vừa qua, buổi sáng bạn thường thức dậy lúc mấy giờ?

Câu hỏi Q4: Trong tháng vừa qua bạn thực sự ngủ được bao nhiêu giờ vào ban đêm? (khác với số thời gian bạn nằm trên giường)

Hiệu quả giấc ngủ = (Số giờ ngủ/ số giờ nằm trên giường) X 100%

Số giờ ngủ—câu hỏi 4

Số giờ trên giường = Giờ thức dậy- Giờ nằm trên giường

Hiệu quả giấc ngủ	Thành phần 4
>85%	0
75-84%	1
65-74%	2
< 65%	3

Điểm thành phần 4:_____

Thành phần 5: Rối loạn trong giấc ngủ – câu hỏi 5b-5k

Q5b: Trong tháng vừa qua, bạn có thường xuyên bị thức dậy lúc nửa đêm hoặc sáng sớm?

Q5k: Trong tháng vừa qua, bạn có thường xuyên bị khó ngủ vì lý do khác?

Các câu hỏi từ 5b đến 5k nên được tính điểm như sau:

Không trong tháng qua	0
Ít hơn một lần một tuần	1
Một hoặc hai lần một tuần	2
Ba lần trở lên một tuần	3

Tổng điểm từ 5b đến 5k	Thành phần 5
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Điểm thành phần 5:_____

Thành phần 6: Sử dụng thuốc ngủ – câu hỏi 6

Câu hỏi Q6: Trong tháng vừa qua, bạn có thường xuyên uống thuốc giúp bạn ngủ (theo đơn hoặc qua hiệu thuốc)

Phản hồi về điểm Q6	Thành phần 6
Không trong tháng qua	0
Ít hơn một lần một tuần	1
Một hoặc hai lần một tuần	2
Ba lần trở lên một tuần	3

Điểm thành phần 6:_____

Thành phần 7: Rối loạn chức năng trong ngày—câu hỏi 7 và 8

Câu hỏi Q7 : Trong tháng vừa qua, bạn có thường xuyên khó tỉnh táo khi lái xe, ăn uống hoặc tham gia vào hoạt động xã hội?

Câu hỏi Q8: : Trong tháng vừa qua, việc duy trì đủ nhiệt huyết để hoàn thành công việc có gặp khó khăn gì với bạn không?

Phản hồi về điểm Q7	Thành phần 7/Q7
Không trong tháng qua	0
Ít hơn một lần một tuần	1
Một hoặc hai lần một tuần	2
Ba lần trở lên một tuần	3

Phản hồi về điểm Q8	Thành phần 7/Q8
Không có vấn đề gì cả	0
Chỉ có vấn đề rất nhỏ	1
Hơi có vấn đề	2
Một vấn đề rất lớn	3

Tổng điểm Q7 và Q8	Thành phần 7
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Điểm thành phần 7: _____

Tổng điểm PSQI: Tổng của bảy điểm thành phần: _____

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

PHỤ LỤC 3
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

STT.....Mã số bệnh án.....

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên:.....
2. Tuổi..... .Giới:.....Dân tộc:.....
3. Địa chỉ:.....
4. Nghề nghiệp
Hưu trí, nội trợ ☐
Lao động trí óc ☐
Lao động chân tay ☐
5. Ngày vào viện:
6. Ngày ra viện :
7. Chẩn đoán:
8. Tình trạng hôn nhân:
Độc thân ☐
Có vợ/ chồng ☐
Góa ☐
Ly hôn ☐

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

A. PHẦN Y HỌC HIỆN ĐẠI

1. BỆNH SỬ

1.1 Thời gian bị bệnh (đã mất ngủ bao nhiêu lâu):

1.2 Tính chất xuất hiện:

- Đột ngột ☐
Từ từ ☐

1.3. Yếu tố thúc đẩy

- Stress ☐
Không có ☐
Khác ☐

1.4 Chất lượng giấc ngủ chủ quan trong tháng

- | | |
|------------|--------------------------|
| Tốt | ☐ |
| Khá tốt | ☐ |
| Trung bình | ☐ |
| Kém | ☐ |

1.5 Giai đoạn thức ngủ

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

* Số phút

- | | |
|--------------|--------------------------|
| < 15 phút | ☐ |
| 16 – 30 phút | ☐ |
| 31- 60 phút | ☐ |
| > 60 phút | ☐ |

* Trong tháng vừa qua bạn bạn có thường xuyên không thể ngủ được trong vòng 30 phút

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| Không có trong tháng trước | ☐ |
| Ít hơn 1 lần 1 tuần | ☐ |
| 1 hoặc 2 lần 1 tuần | ☐ |
| 3 hoặc nhiều hơn mỗi tuần | ☐ |

1.6 .Thời lượng giấc ngủ:

Trong tháng vừa qua bạn thực sự ngủ được bao nhiêu giờ vào ban đêm? (khác với số thời gian bạn nằm trên giường)

- | | |
|---------|--------------------------|
| > 7 giờ | ☐ |
| 6-7 giờ | ☐ |
| 5-6 giờ | ☐ |
| < 5 giờ | ☐ |

1.7 Hiệu quả của giấc ngủ:

-Trong tháng vừa qua, ban đêm bạn thường đi ngủ lúc mấy giờ?

-Trong tháng vừa qua, buổi sáng bạn thường thức dậy lúc mấy giờ?

-Trong tháng vừa qua bạn thực sự ngủ được bao nhiêu giờ vào ban đêm? (khác với số thời gian bạn nằm trên giường)

* Hiệu quả giấc ngủ = (Số giờ ngủ/ số giờ nằm trên giường) X 100%

Số giờ trên giường = Giờ thức dậy- Giờ nằm trên giường

>85% ☐

75-84% ☐

65-74% ☐

< 65% ☐

1.8 Rối loạn trong giấc ngủ

Trong tháng vừa qua bạn có gặp các vấn đề sau đây không?

Các vấn đề	Không có trong tháng trước	Ít hơn 1 lần 1 tuần	1 hoặc 2 lần 1 tuần	3 hoặc nhiều hơn mỗi tuần
a. Không thể ngủ trong vòng 30 phút				
b.Thức dậy vào lúc nửa đêm hoặc sáng sớm				
c.Phải thức dậy để đi vệ sinh				
d.Không thể thở thoải mái				
e.Ho hoặc ngáy to				
f.Cảm thấy quá lạnh				
g.Cảm thấy quá nóng				
h.Mơ ác mộng				
i.Có cơn đau				
k. Lý do khác				

1.9. Sử dụng thuốc ngủ

Trong tháng vừa qua, bạn có thường xuyên uống thuốc giúp bạn ngủ (theo đơn hoặc qua hiệu thuốc)

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Không trong tháng qua | ☐ |
| Ít hơn một lần một tuần | ☐ |
| Một hoặc hai lần một tuần | ☐ |
| Ba lần trở lên một tuần | ☐ |

1.10. Rối loạn chức năng trong ngày

** Trong tháng vừa qua, bạn có thường xuyên khó tỉnh táo khi lái xe, ăn uống hoặc tham gia vào hoạt động xã hội?*

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Không trong tháng qua | ☐ |
| Ít hơn một lần một tuần | ☐ |
| Một hoặc hai lần một tuần | ☐ |
| Ba lần trở lên một tuần | ☐ |

** Trong tháng vừa qua, việc duy trì đủ nhiệt huyết để hoàn thành công việc có gặp khó khăn gì với bạn không?*

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Không có vấn đề gì cả | ☐ |
| Chỉ có vấn đề rất nhỏ | ☐ |
| Hơi có vấn đề | ☐ |
| Một vấn đề rất lớn | ☐ |

1.11. Các triệu chứng kèm theo

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Chóng mặt | ☐ |
| Cáu gắt | ☐ |
| Mệt mỏi | ☐ |
| Sút cân | ☐ |
| Hay quên | ☐ |
| Giảm tập chung | ☐ |
| Ngủ gà | ☐ |
| Lo lắng, bồn chồn | ☐ |

2. TIỀN SỬ

1. Gia đình:
2. Bản thân:
3. Thói quen liên quan đến mất ngủ

Có ☐

Không ☐

3. THĂM KHÁM

- Toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Khám thần kinh: Đánh giá chất lượng giấc ngủ theo thang điểm PISQ

(Theo Phụ lục 2)

STT	Các yếu tố	D0	D10	D20
1	Chất lượng giấc ngủ			
2	Thời lượng giấc ngủ			
3	Hiệu quả giấc ngủ			
4	Rối loạn trong giấc ngủ			
5	Giai đoạn thức ngủ			
6	Rối loạn trong ngày			
7	Sử dụng thuốc ngủ			
Tổng điểm PSQI				

- Khám các bộ phận khác:.

4. CẬN LÂM SÀNG

Công thức máu- sinh hóa máu	D0
Số lượng hồng cầu	
Số lượng bạch cầu	
Số lượng tiểu cầu	
Hemoglobin	
Glucose	
Creatinin	
ALT/AST	
Điện não đồ	

5. CHẨN ĐOÁN

B. PHẦN Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. VỌNG CHẨN:

- Thần sắc:
- Hình thái:
- Rêu lưỡi:
- Chết lưỡi:
- Da, môi, móng chân tay:

2. VẤN CHẨN:

- Thanh âm:
- Hơi thở, nhịp thở:

3. VẤN CHẨN:

4. THIẾT CHẨN:

Mạch tay phải

Thôn

Quan

Xích

Mạch tay trái

Thôn

Quan

Xích

- Phúc chân:
- Tứ chi:

6. TÓM TẮT TỨ CHẨN:

7. CHẨN ĐOÁN YHCT:

- Bệnh danh:
- Bát cương:
- Tạng phủ:
- **Thể bệnh:**
- Nguyên nhân:

C. ĐIỀU TRỊ:

- Dán hạt Vương Bất Lưu Hành trên loa tai kết hợp bài tập thư giãn

D. CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHI ĐIỀU TRỊ

Triệu chứng	Có	Không
Dị ứng, sần ngứa		
Chóng mặt		
Hội hộp		

Phú Thọ, Ngày.....tháng.....năm 2025

Người làm bệnh án

PHỤ LỤC 4

Vị trí và tác dụng của nhóm huyết điều trị

Tên huyết	Bộ phận loa tai	Vị trí giải phẫu	Tác dụng
Tâm (CO15)	Xoắn tai dưới	Lõm trung tâm của xoắn tai dưới	Dưỡng huyết, an thần, hạ áp
Thần Môn (TF4)	Hố tam giác	Ở một nửa trên của 1/3 ngoài hố tam giác	Chữa nhức đầu, mất ngủ, chóng mặt, giảm đau, an thần
Giao cảm (03)	Hố delta	Điểm tiếp nối giữa gờ đối luân tai dưới và bờ trong của luân tai	Điều hòa hệ thần kinh thực vật, điều hòa nội tiết, giảm căng thẳng lo
Thận (P6)	Gờ đối luân tai	Ở bờ dưới gờ đối luân tai dưới, trên huyết Tiểu trường	Giúp tăng cường chức năng não bộ, thận và hệ tuần hoàn, đồng thời góp phần cải thiện các triệu chứng như suy giảm trí nhớ, đau đầu, chóng mặt, ù tai và giảm thị lực...
Tỳ (P7)		Ở phía sau huyết Vị dưới huyết Can	Điều trị cơ thể suy nhược, tiêu hóa không tốt

PHỤ LỤC 5

ĐƠN TÌNH NGUYỆN THAM GIA VÀO NGHIÊN CỨU

Tôi (Ghi rõ họ và tên).....

Xác nhận rằng:

1. Tôi đã đọc các thông tin của nghiên cứu ***“Đánh giá kết quả của phương pháp nhĩ châm kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị mất ngủ không thực tổn”*** tại khoa..... Bệnh viện Y được cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ, ngày...../...../2025, 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.

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

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

4. 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.

5. Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào, vì bất kỳ lý do gì. Sau khi được nghe giải thích, giải đáp thắc mắc về nghiên cứu, nắm rõ được lợi ích và trách nhiệm của mình, tôi quyết định:

*** Đồng ý tham gia trong nghiên cứu này.**

* Đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính cho tôi sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

Ngày tháng..... năm 2025

Người tham gia nghiên cứu

(Ký và ghi rõ họ tên)

Người hướng dẫn

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 6

BẢN CUNG CẤP THÔNG TIN VỀ NGHIÊN CỨU

1. Giới thiệu về nghiên cứu

Đây là nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam. Nghiên cứu nhằm mục *"Đánh giá kết quả của phương pháp nhĩ châm kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị mất ngủ không thực tổn"*.

Thời gian nghiên cứu từ 04/2025 đến tháng 10/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ.

2. Quá trình nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 60 người bệnh được chẩn đoán Thất miên thuộc một trong hai thể bệnh Tâm tý lưỡng hư và Âm hư hỏa vượng theo y học cổ truyền vào trong nghiên cứu. Người bệnh được tiến hành dán hạt Vương Bất Lưu Hành trên loa tai kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng.

- Đánh giá và so sánh mức độ nghiêm trọng của mất ngủ theo PSQI trước và sau điều trị của người bệnh trong nghiên cứu.
- Đánh giá và so sánh mức độ nghiêm trọng của mất ngủ theo PSQI trước và sau điều trị theo thể bệnh YHCT.
- Khảo sát tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp

3. Nguy cơ và tình trạng không thoải mái

Khi dán hạt người bệnh có thể bị dị ứng sản ngứa tại chỗ

4. Lợi ích

- Người bệnh được dán hạt VBLH trên loa tai kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng giúp làm tăng thời lượng giấc ngủ, dễ vào giấc hơn, các rối loạn trong giấc ngủ, rối loạn ban ngày giảm rõ rệt, hiệu quả giấc ngủ tăng lên.
- Những thông tin mà bạn và những người tham gia nghiên cứu khác cung cấp sẽ được chúng tôi đưa ra khuyến nghị/giải pháp phù hợp với dán hạt VBLH trên loa tai

kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng nhằm nâng cao chất lượng giấc ngủ và tăng chất lượng cuộc sống.

5. Giữ bí mật thông tin

Mọi thông tin nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu chứ không vì bất cứ mục đích nào khác. Thông tin cá nhân của người bệnh sẽ được mã hóa số liệu trước khi tiến hành phân tích. Tên của người bệnh và những thông tin của người bệnh sẽ không xuất hiện khi chúng tôi trình bày hay xuất bản kết quả nghiên cứu này.

6. Tham gia tự nguyện và rút khỏi nghiên cứu

Việc tham gia vào nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện. Nếu muốn, người bệnh có thể không tham gia hoặc từ chối không trả lời các câu hỏi bất cứ lúc nào.

Người bệnh có quyền từ chối tham gia nghiên cứu mà không có điều gì ảnh hưởng đến cuộc sống hàng ngày. Thậm chí khi đã đồng ý tham gia nghiên cứu người bệnh cũng có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào. Việc người bệnh không tiếp tục tham gia nghiên cứu không ảnh hưởng đến việc người bệnh được nhận các dịch vụ khám chữa bệnh tại bệnh viện.

7. Liên hệ

- Nếu người bệnh có câu hỏi gì về nghiên cứu có thể liên hệ đến:

Nghiên cứu viên Đỗ Hồng Thắm, học viên chuyên khoa II khóa 9 chuyên ngành Y học cổ truyền (Bác sỹ Đỗ Hồng Thắm- khoa Phục hồi chức năng- Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ). Điện thoại 0966706061.

Hoặc Hội đồng khoa học của Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, số 2- Trần Phú- Hà Đông- Hà Nội. Điện thoại.

- Về quyền của đối tượng nghiên cứu liên hệ:

Bác sỹ Đỗ Hồng Thắm- khoa Phục hồi chức năng- Bệnh viện Y dược cổ truyền và Phục hồi chức năng tỉnh Phú Thọ. Điện thoại 0966706061

SỞ Y TẾ TỈNH PHÚ THỌ
BỆNH VIỆN YHCT & PHCN

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

PHÚ THỌ

ĐƠN XIN XÁC NHẬN ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU

Tôi tên là: Đỗ Hồng Thắm

Ngày sinh: 12/10/1987

Đơn vị công tác: Bệnh viện YHCT & PHCN Phú Thọ

Là học viên lớp Chuyên khoa II Y học cổ truyền - Khóa 9 - năm 2023-2025
- Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Tôi viết đơn này xin Ban giám đốc Bệnh viện xác nhận cho phép tôi nghiên cứu đề tài chuyên khoa II ***“Đánh giá kết quả của phương pháp nhĩ châm kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị mất ngủ không thực tổn”***, tại Bệnh viện YHCT & PHCN Phú Thọ từ ngày 01 tháng 04 năm 2025

Tôi xin trân trọng cảm ơn!

Phú Thọ, ngày 01 tháng 04 năm 2025

Ban Giám đốc

Người viết đơn

Đỗ Hồng Thắm

DANH SÁCH BỆNH NHÂN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Đề tài: “Đánh giá kết quả của phương pháp nhĩ châm kết hợp phép thư giãn của Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị mất ngủ không thực tổn”

STT	Mã bệnh nhân	Họ và tên	Tuổi	Ngày vào viện	Giới tính Nam(1), Nữ(2)
1	27932	Hoàng Thị Hoa L.	50	08/05/2025	2
2	4615	Vũ Văn Q.	61	28/05/2025	1
3	42349	Trần Thị Y.	69	05/05/2025	2
4	23761	Vũ Viết H.	67	26/05/2025	1
5	6199	Nguyễn Thị S.	69	22/05/2025	2
6	11740	Lê Thị Kim L.	74	27/05/2025	2
7	11739	Nguyễn Thị M.	66	29/04/2025	2
8	42774	Lê Thị S.	68	26/05/2025	2
9	2452	Khổng Văn Th.	66	21/05/2025	1
10	43825	Nguyễn Thị M.	72	14/07/2025	2
11	6425	Lê Thị L.	65	20/05/2025	2
12	4651	Đinh Thị M.	66	19/05/2025	2
13	40835	Phan Thị T.	73	28/05/2025	2
14	8583	Nguyễn Văn Ng	73	07/05/2025	1
15	18675	Nguyễn Thị Th.	73	27/06/2025	2
16	35413	Nguyễn Thị T.	59	25/05/2025	2
17	173805	Lê Văn Ng.	63	20/07/2025	1
18	42166	Hoàng Thị H.	43	20/05/2025	2
19	42300	Phạm Thị T.	68	07/07/2025	2
20	35716	Nguyễn Thị Â	75	20/05/2025	2
21	10669	Nguyễn Văn Th.	61	25/05/2025	1
22	15550	Lữ Ngọc Ph.	66	21/05/2025	1
23	43394	Tạ Quang Ph.	41	22/06/2025	1
24	20286	Nguyễn Thị Ngọc H.	61	08/05/2025	1

25	42040	Nguyễn Văn Kh.	75	15/05/2025	1
26	1959	Dương Thị Đ.	70	13/05/2025	2
27	6369	Nguyễn Kiều M.	65	08/05/2025	1
28	4670	Khổng Tiến C.	75	13/05/2025	1
29	1672	Nguyễn Thị H.	54	01/05/2025	2
30	18356	Đào Thị H.	69	22/05/2025	2
31	14320	Nguyễn Thị Bích D.	60	19/05/2025	2
32	42182	Phạm Thị Nh.	67	20/05/2025	2
33	43535	Nguyễn Thị T.	72	30/06/2025	2
34	42067	Nguyễn Duy Y.	59	11/07/2025	1
35	2017	Đào Văn L.	60	16/06/2025	1
36	39279	Đỗ Thị Kim N.	56	18/04/2025	2
37	6240	Đặng Thị Ngọc Th.	56	14/07/2025	2
38	240	Đào Minh Q.	65	17/05/2025	1
39	32373	Nguyễn Thị H.	66	07/05/2025	2
40	15165	Trần Thị B.	52	12/06/2025	2
41	41683	Nguyễn Thị V.	59	27/06/2025	2
42	1266	Nguyễn Duy H.	62	04/07/2025	1
43	32304	Nguyễn Thị Y.	68	12/05/2025	2
44	42783	Đinh Thị B.	66	26/05/2025	2
45	43535	Nguyễn Thị T.	72	30/06/2025	2
46	1050	Hồ Thị Thu Th.	59	30/06/2025	2
47	8421	Trần Xuân S.	68	26/05/2025	1
48	43100	Đỗ Thị Th.	71	20/06/2025	2
49	43271	Nguyễn Bá D.	71	16/06/2025	1
50	43083	Trương Thị Kh.	70	09/06/2025	2
51	43347	Trần Văn Ngh.	64	19/06/2025	1
52	14699	Đinh Văn Ch.	60	13/06/2025	1
53	43161	Nguyễn Thị V.	67	12/06/2025	2

54	43150	Sử Văn B.	63	11/06/2025	1
55	11893	Tạ Kim C.	32	26/06/2025	2
56	43525	Phan Thị Th.	73	28/06/2025	2
57	2941	Vũ Thị D.	66	03/07/2025	2
58	9591	Hoàng Đức Th.	67	01/07/2025	1
59	43287	Trần Thị H.	55	09/07/2025	2
60	36220	Lê Quang H.	70	07/07/2025	1

Phú Thọ, ngày 30 tháng 9 năm 2025

TRƯỞNG PHÒNG KHTH

NGƯỜI NGHIÊN CỨU

(Ký và ghi rõ họ tên)

Đỗ Hồng Thắm