

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



NGUYỄN QUANG Ý

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG
PHÁP DƯỠNG SINH KẾT HỢP CÂY
CHỈ ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ KHÔNG
THỰC TỒN THỂ CAN KHÍ UẤT KẾT**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI – 2020

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

BỘ Y TẾ



NGUYỄN QUANG Ý

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG
PHÁP DƯỠNG SINH KẾT HỢP CÂY
CHỈ ĐIỀU TRỊ MẮT NGỦ KHÔNG
THỰC TỒN THỂ CAN KHÍ UẤT KẾT**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 8720115

Người hướng dẫn khoa học:

TS.BS Nguyễn Văn Dũng

HÀ NỘI NĂM 2020

LỜI CẢM ƠN

Với tất cả lòng kính trọng, em xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

Đảng ủy, Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo Sau Đại học, các Phòng Ban Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã tạo điều kiện tốt nhất cho em trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Chi ủy, Ban Giám đốc Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng, Phòng Kế hoạch tổng hợp – Công nghệ thông tin, các khoa phòng Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng đã tạo điều kiện và giúp đỡ tôi rất nhiều trong quá trình thực hiện đề tài này.

Ts.Bs Nguyễn Văn Dũng – Trưởng Đơn vị Y tế du lịch Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng, người thầy đã trực tiếp hướng dẫn, giảng dạy và chỉ bảo em trong quá trình học tập và thực hiện nghiên cứu.

Các thầy cô trong Hội đồng Thông qua đề cương, Hội đồng Chấm luận văn Thạc sĩ Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, những người thầy, người cô đã đóng góp cho em nhiều ý kiến quý báu để em hoàn thành nghiên cứu.

Các thầy cô trong Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam, những người đã luôn dạy dỗ và dìu dắt em trong suốt thời gian học tập tại trường cũng như hoàn thành luận văn.

Cuối cùng, em muốn bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới những người thân trong gia đình đã luôn giúp đỡ, động viên trong quá trình học tập và nghiên cứu. Cảm ơn các anh chị em, các bạn, những người luôn đồng hành cùng em, động viên và chia sẻ trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu đã qua.

Đà Nẵng, ngày tháng năm 2020

Nguyễn Quang Ý

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Quang Ý, học viên Cao học 11, chuyên ngành Y học cổ truyền, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam xin cam đoan:

Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Ts.Bs Nguyễn Văn Dũng.

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

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 nhận của cơ sở nơi nghiên cứu.

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

Đà Nẵng, ngày tháng năm 2020

Người viết cam đoan

Nguyễn Quang Ý

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Định nghĩa mất ngủ.....	3
1.2. Mất ngủ không thực tồn theo Y học hiện đại.....	3
1.3. Quan niệm của Y học cổ truyền về rối loạn giấc ngủ.....	12
1.4. Phương pháp dưỡng sinh thở bốn thì có kê môn và giờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng.....	15
1.5. Tổng quan về phương pháp cây chỉ	18
1.6. Một số nghiên cứu liên quan tới điều trị rối loạn giấc ngủ.....	21
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	24
2.1. Đối tượng nghiên cứu	24
2.2. Địa điểm nghiên cứu	25
2.3. Thời gian nghiên cứu	25
2.4. Thiết kế nghiên cứu.....	25
2.5. Cỡ mẫu	25
2.6. Trình bày phương pháp chọn mẫu	26
2.7. Các biến số nghiên cứu	26
2.8. Phương pháp thu thập số liệu/ phương tiện nghiên cứu	28
2.9. Phương pháp phân tích số liệu	32
2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu	32
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	33
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	33

3.2. Kết quả đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ của dưỡng sinh kết hợp cây chỉ và cây chỉ đơn thuần.....	37
3.3. Sự biến đổi một số chỉ số trên điện não đồ sau điều trị	44
3.4. Một số tác dụng không mong muốn	45
Chương 4: BÀN LUẬN.....	46
4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu	46
4.2. Tác dụng điều trị mất ngủ của phương pháp dưỡng sinh (thở bốn thì có kê môn và giờ chân của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng) kết hợp cây chỉ và cây chỉ đơn thuần.....	50
4.3. Sự thay đổi một số chỉ số trên điện não đồ sau điều trị	57
4.4. Một số tác dụng không mong muốn	58
KẾT LUẬN.....	59
1. Tác dụng của phương pháp dưỡng sinh (thở bốn thì có kê môn và giờ chân của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng) kết hợp cây chỉ điều trị mất ngủ không thực tồn thể can khí uất kết	59
2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp dưỡng sinh kết hợp cây chỉ.....	60
KIẾN NGHỊ.....	61
TÀI LIỆU THAM KHẢO	62
Phụ lục 1	
Phụ lục 2	
Phụ lục 3	
Phụ lục 4	
Phụ lục 5	

DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

D0:	Trước điều trị
D15:	Ngày thứ 15 của điều trị
D30:	Ngày thứ 30 sau điều trị
EEG:	Electroencephalography (Điện não đồ)
PSQI:	The Pittsburgh Sleep Quality Index
RLGN:	Rối loạn giấc ngủ
SCTL:	Sang chấn tâm lý
YHCT:	Y học cổ truyền
YHHĐ:	Y học hiện đại
CLGN:	Chất lượng giấc ngủ
HQGN:	Hiệu quả giấc ngủ

DANH MỤC CÁC BẢNG

- Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi
- Bảng 3.2. Phân bố giới của đối tượng nghiên cứu
- Bảng 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp
- Bảng 3.4. Hôn nhân và hoàn cảnh gia đình
- Bảng 3.5. Thời gian xuất hiện mất ngủ trung bình (tháng)
- Bảng 3.6. Tính chất xuất hiện mất ngủ
- Bảng 3.7. Thời lượng giấc ngủ
- Bảng 3.8. Các đặc điểm theo thể bệnh Can khí uất kết
- Bảng 3.9. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ sau 15 ngày điều trị
- Bảng 3.10. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ sau 30 ngày điều trị
- Bảng 3.11. Hiệu quả giấc ngủ theo giai đoạn điều trị sau 15 ngày
- Bảng 3.12. Hiệu quả giấc ngủ theo giai đoạn điều trị sau 30 ngày
- Bảng 3.13. Mức độ rối loạn giấc ngủ sau can thiệp 15 ngày
- Bảng 3.14. Mức độ rối loạn giấc ngủ sau can thiệp 30 ngày
- Bảng 3.15. Đánh giá kết quả điều trị điểm trung bình chung theo thang PSQI
- Bảng 3.16. Sự biến đổi các chỉ số của sóng alpha trên điện não đồ
- Bảng 3.17. Sự biến đổi các chỉ số của sóng beta trên điện não đồ
- Bảng 3.18. Biến đổi tần số mạch, huyết áp trước và sau điều trị
- Bảng 3.19. Một số tác dụng không mong muốn

DANH MỤC BIỂU

- Biểu đồ 3.1. Thời gian đi vào giấc ngủ theo giai đoạn điều trị
- Biểu đồ 3.2. Chất lượng giấc ngủ đánh giá theo chủ quan của bệnh nhân
- Biểu đồ 3.3. Đánh giá kết quả điều trị chung theo thang PSQI
- Biểu đồ 3.4. Cải thiện các triệu chứng thể bệnh Can khí uất kết

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ không thực tồn (còn gọi là mất ngủ mạn tính) là tình trạng không thỏa mãn về số lượng và hoặc chất lượng giấc ngủ. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, không phân biệt giới tính và do nhiều nguyên nhân khác nhau[10].

Tỉ lệ mất ngủ ngày càng tăng ở các nước trên thế giới. Theo kết quả điều tra của Viện nghiên cứu Vệ sinh tâm thần Mỹ có 1/3 dân số rối loạn giấc ngủ và 100% bệnh nhân cao tuổi có rối loạn trầm cảm có biểu hiện rối loạn giấc ngủ nặng[29]. Tại Việt Nam, rối loạn giấc ngủ cũng chiếm tỉ lệ cao (50-80%) và thường kèm theo rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu[3].

Mất ngủ tăng lên theo thời gian vì những căng thẳng trong cuộc sống hàng ngày, trong công việc và những vấn đề khác trong xã hội cũng ngày một gia tăng. Mất ngủ kéo dài có thể dẫn tới tình trạng suy giảm trí nhớ, giảm tập trung, giảm sự tinh táo, giảm khả năng học tập, hiệu quả làm việc thấp, rối loạn hành vi, ảo giác, hoang tưởng. Nếu bệnh nhân không được điều trị sẽ làm giảm chất lượng cuộc sống, có thể dẫn đến suy nhược nặng, tai nạn hoặc tử vong [4].

Y học hiện đại điều trị mất ngủ không thực tồn bằng một số thuốc thuộc nhóm Benzodiazepin, thuốc chống trầm cảm,... tuy nhiên những thuốc này chủ yếu điều trị triệu chứng, bên cạnh đó khi dùng kéo dài đều dẫn đến tình trạng quen thuốc và hội chứng cai khi dừng thuốc [6].

Y học cổ truyền (YHCT) mất ngủ được gọi là chứng “Thất miên”. Nguyên nhân gây ra mất ngủ tuy khá phức tạp nhưng theo Cảnh Nhạc thì: “Ngủ là gốc ở phần âm mà thần làm chủ, thần yên thì ngủ được”. Thần sở dĩ không yên một là tà khí nhiễu động, hai là tinh khí không đủ: “tà” ở đây chủ yếu chỉ vào đờm, hỏa, ăn uống; “vô tà” là chỉ vào tức giận, sợ hãi lo nghĩ nguyên nhân là do nội nhân, ngoại nhân, bất nội ngoại nhân gây thành chứng mất ngủ. Chứng mất ngủ được tóm tắt thành năm nguyên nhân là: Tâm và Tỳ hư, Can đờm hỏa vượng, Khí của Tâm và Đờm hạ, Vị không điều hòa và bị suy nhược sau khi ốm[13].

Y học cổ truyền có nhiều phương pháp để điều trị chứng mất ngủ như: dùng thuốc YHCT, khí công dưỡng sinh, liệu pháp tâm lý, dưỡng sinh thư giãn, thôi miên, thể dục liệu pháp, bấm huyệt, châm cứu, nhĩ châm,... Mỗi phương pháp điều trị có ưu điểm riêng, ưu điểm của các phương pháp này là đưa bệnh nhân đến giấc ngủ tự nhiên. Vì vậy việc kế thừa và phát huy vốn quý của YHCT, tìm ra phương pháp điều trị mất ngủ có hiệu quả cao cho bệnh nhân là một điều cần thiết.

Trong các phương pháp trên, cây chỉ đã được áp dụng có hiệu quả trong điều trị mất ngủ, nhưng cần nhiều thời gian điều trị để đạt được hiệu quả. Cây chỉ là phương pháp đưa chỉ catgut vào huyết châm cứu của hệ kinh lạc để duy trì sự kích thích lâu dài qua đó tạo tác dụng điều trị như châm cứu, bao gồm chôn chỉ, vùi chỉ, xuyên chỉ, thắt buộc chỉ[21].

Luyện tập dưỡng sinh cũng là phương pháp đơn giản, thuận tiện, có thể tiến hành tại các cơ sở khám chữa bệnh, trung tâm chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hiện tại nhà. Bài tập thường được áp dụng là kỹ thuật thở bốn thì có kê móng và giơ chân của Bác sỹ Nguyễn Văn Hương. Bài tập có tác dụng cải thiện tốt các chức năng tuần hoàn, hô hấp, thần kinh, bài tiết; giúp giữ gìn sức khỏe, nâng cao thể chất, góp phần phòng và điều trị bệnh [7].

Đã có một số nghiên cứu về cây chỉ, tập thư giãn trong việc cải thiện tình trạng mất ngủ, tuy nhiên cần tốn nhiều thời gian để từng phương pháp mang lại hiệu quả điều trị và cho đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá tác dụng phối hợp của các phương pháp trên để điều trị mất ngủ.

Nhằm phát huy vốn quý của Y học cổ truyền, với mong muốn kết hợp các phương pháp không dùng thuốc để nâng cao hiệu quả, rút ngắn thời gian điều trị, đồng thời ít tốn kém, dễ ứng dụng ở các tuyến cơ sở, chúng tôi thực hiện đề tài **“Đánh giá tác dụng của phương pháp dưỡng sinh kết hợp cây chỉ điều trị mất ngủ không thực tổn thể can khí uất kết”** với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng của phương pháp dưỡng sinh kết hợp cây chỉ điều trị mất ngủ không thực tổn thể can khí uất kết.*

2. *Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phương pháp dưỡng sinh kết hợp cây chỉ.*

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Định nghĩa mất ngủ

Theo ICD - 10 mất ngủ được định nghĩa như sau:

Mất ngủ là trạng thái không thoải mái về số lượng hoặc chất lượng giấc ngủ, rối loạn này kéo dài trong suốt thời gian đáng kể làm ảnh hưởng đến sức khỏe và khả năng làm việc của người bệnh[5][46].

Hầu hết mọi người nghĩ rằng ngủ là khoảng thời gian cơ thể ngừng hoạt động. Thực tế ngủ là một quá trình hoạt động sinh lý, trong khi quá trình chuyển hóa của cơ thể giảm thì tất cả các cơ quan chính và hệ thống điều hòa trong cơ thể vẫn tiếp tục duy trì chức năng của nó[3][32].

1.2. Mất ngủ không thực tồn (Nonorganic Insomnia) theo Y học hiện đại

1.2.1. Khái niệm

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

- Khó đi vào giấc ngủ: là than phiền thường gặp nhất, có hầu hết các bệnh nhân.
- Khó duy trì giấc ngủ và thức dậy sớm.
- Mất ngủ có liên quan đến các stress đời sống, gặp nhiều hơn ở phụ nữ, ở người lớn tuổi, tâm lý rối loạn và những người bất lợi về mặt kinh tế xã hội. Khi đi ngủ bệnh nhân có cảm giác căng thẳng lo âu, buồn phiền hoặc trầm cảm.
- Mất ngủ nhiều lần, dẫn đến mối lo sợ mất ngủ tăng lên và bận tâm về hậu quả của nó, tạo thành một vòng luẩn quẩn có khuynh hướng kéo dài.
- Hậu quả ban ngày: cảm giác mệt mỏi, thiếu hụt giấc ngủ, ảnh hưởng đến hoạt động xã hội và nghề nghiệp. Theo sổ tay chẩn đoán thống kê (Diagnostic and statistical manual of mental disorder- 4th) mục 307-42, được gọi là mất ngủ nguyên phát [31].

Theo tiêu chuẩn của ICD – 10[26]:

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

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

1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh mất ngủ

1.2.2.1. Nguyên nhân mất ngủ

- Mất ngủ là một triệu chứng phổ biến của các rối loạn tâm thần khác như rối loạn cảm xúc, tâm căn, thực tồn và ăn uống; nghiện độc chất và tâm thần phân liệt; các rối loạn giấc ngủ khác như ác mộng[45].

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

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

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

- Các nguyên nhân thông thường: thay đổi công việc, rối loạn nhịp thức ngủ, buồn rầu, suy nhược, lo lắng, stress, quá vui mừng hay kích động, phòng ngủ hay giường ngủ không đáp ứng được giấc ngủ, tuổi tác, phụ nữ tiền mãn kinh, dùng đột ngột các thuốc an thần,...[11].

1.2.2.2. Cơ chế bệnh sinh mất ngủ

Ngày nay, người ta thấy có hai hệ thống thần kinh chi phối chu kỳ thức ngủ, một hệ thống phát ra giấc ngủ và quá trình ngủ và hệ thống kia là thời gian ngủ

trong 24 giờ/ngày. Ngay cả những bất thường bên trong hệ thống này hay những rối loạn bên ngoài (môi trường, thuốc hay những bệnh tật có liên quan) có thể dẫn tới rối loạn giấc ngủ hay nhịp thức ngủ. Bảng phân loại rối loạn giấc ngủ theo quốc tế chia thành ba nhóm chính: mất ngủ, bán mất ngủ và những rối loạn tâm sinh giấc ngủ[3].

1.2.3. Phân loại mất ngủ

- Mất ngủ được phân loại ra 3 nhóm:

+ Mất ngủ ngắn hạn (transient insomnia) xảy ra vài đêm trong tuần và sau đó bệnh nhân ngủ lại bình thường.

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

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

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

- Ngoài ra còn có những phân loại dựa trên thời gian mà triệu chứng mất ngủ xảy ra: mất ngủ đầu đêm, mất ngủ giữa đêm, mất ngủ trễ[43][44].

1.2.4. Lâm sàng

1.2.4.1. Các triệu chứng về giấc ngủ:

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

- Sự khó khăn đi vào giấc ngủ: đây là than phiền đầu tiên, người bệnh không thấy cảm giác buồn ngủ, trần trọc, căng thẳng, lo âu,... Nhiều người bệnh mất từ 30 phút đến 1 giờ 30 phút mới đi được vào giấc ngủ [39].

- Hay tỉnh giấc vào ban đêm: giấc ngủ của người bệnh bị chia cắt, giấc ngủ chập chờn, không ngon giấc, khi đã tỉnh dậy thì rất khó ngủ lại.

- Hiệu quả giấc ngủ được tính theo công thức:

+ Số giờ ngủ/số giờ nằm trên giường x 100%

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

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

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

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

- Trạng thái kém thoải mái, mệt mỏi vào ban ngày: là hậu quả của trạng thái thiếu hụt giấc ngủ. Bệnh nhân mô tả thấy suy nghĩ chậm chạp, ít quan tâm đến công việc, luôn suy nghĩ tập trung vào sức khỏe và giấc ngủ của họ. Khó hoàn tất các công việc trong ngày, kém thoải mái về cơ thể và giảm hứng thú trong việc tiếp xúc với bạn bè, gia đình,...

- Sự cảnh tỉnh chủ quan vào ban ngày đặc biệt giảm hơn vào lúc trưa, chiều 12h-16h. Ngủ gà nhiều vào buổi trưa và hoạt động kém vào lúc 20 giờ và lúc đi ngủ. Như vậy cả ngày sự cảnh tỉnh của họ xấu hơn so với người bình thường.

1.2.4.3. Các rối loạn tâm thần kèm theo:

Các triệu chứng tâm thần thứ phát sau mất ngủ:

- Khó tập trung chú ý, hay quên
- Trạng thái trầm cảm
- Lo âu
- Dễ ức chế cảm xúc, cáu gắt, bực tức.

1.2.4.4. Vai trò của sang chấn tâm lý và các sự kiện bất lợi trong cuộc sống

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

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

- Vai trò của các sự kiện bất lợi trong cuộc sống như: sự thay đổi chỗ ngủ, thay đổi môi trường sống, thay đổi múi giờ (đối với những người đi máy bay) cũng gây ra mất ngủ hoặc làm tăng mất ngủ; những người có khó khăn về kinh tế, bất lợi về mặt xã hội cũng là những yếu tố làm tăng mất ngủ[35].

1.2.4.5. Ảnh hưởng của giấc ngủ đối với sức khỏe tâm thần

- Sức khỏe tâm thần là một mức độ tâm lý hạnh phúc hoặc không có bệnh tâm thần. Đó là "trạng thái tâm lý của một người đang hoạt động ở mức độ thỏa đáng về việc điều chỉnh cảm xúc và hành vi".

- Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), sức khỏe tâm thần bao gồm "Hạnh phúc chủ quan, khả năng tự nhận thức, tự chủ, năng lực, sự phụ thuộc giữa thế hệ, và khả năng tự hiện thực hóa tiềm năng trí tuệ và tình cảm của một người".

- Mất ngủ kéo dài dẫn đến người bị mất ngủ thường bị những bệnh lý về sức khỏe tâm thần kèm theo như: Trầm cảm, lo âu, rối loạn lưỡng cực[47].

1.2.5. Các phương pháp đánh giá rối loạn giấc ngủ trên lâm sàng và cận lâm sàng

1.2.5.1. Phương pháp đánh giá trên lâm sàng

Các triệu chứng về giấc ngủ[29]:

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

- Chất lượng giấc ngủ.

1.2.5.2. Phương pháp đánh giá trên cận lâm sàng

Test tâm lý: Tổng điểm đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang điểm Pittsburgh (PSQI) [38].

Chỉ số PSQI là tổng điểm của một bảng câu hỏi mà người được hỏi tham gia trả lời gồm: 4 câu hỏi có kết thúc mở, 14 câu hỏi khi trả lời cần dựa trên tần suất sự kiện và các mức độ tốt xấu khác nhau dựa trên 7 yếu tố:

- Yếu tố 1: Chất lượng giấc ngủ;
- Yếu tố 2: Giai đoạn thức ngủ;
- Yếu tố 3: Thời lượng giấc ngủ;
- Yếu tố 4: Hiệu quả giấc ngủ;
- Yếu tố 5: Các rối loạn trong giấc ngủ;
- Yếu tố 6: Sự sử dụng thuốc ngủ;
- Yếu tố 7: Các rối loạn trong ngày.

Đánh giá từng thành tố trong thang PSQI được chia ra các mức độ:

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

Tổng điểm 7 yếu tố là cơ sở để đánh giá chất lượng giấc ngủ.

Tổng điểm tối thiểu: 0 điểm

Tổng điểm tối đa: 21 điểm

Điểm PSQI càng cao tương ứng mức độ rối loạn giấc ngủ, mất ngủ càng nặng và ngược lại. Trong đó $PSQI \leq 5$ tương ứng với chất lượng giấc ngủ tốt (không có rối loạn giấc ngủ); $PSQI > 5$: có rối loạn giấc ngủ.

Theo kết quả nghiên cứu của Tô Minh Ngọc và cộng sự (2014) đã kết luận phiên bản tiếng Việt của PSQI có thể sử dụng trong nghiên cứu lượng giá trên bệnh nhân rối loạn giấc ngủ tại Việt Nam [19].

1.2.6. Điện não đồ

Trong những năm gần đây, một số tác giả sử dụng điện não đồ như một

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

- Tần số của mỗi sóng (tính bằng Hz)
- Biên độ của sóng (tính bằng μV)
- Hình dáng các sóng.
- Vị trí, điều kiện xuất hiện các sóng.
- Điều kiện làm thay đổi các sóng.

Dựa vào các tiêu chuẩn trên người ta xác định được các sóng trên điện não đồ cơ sở ở người[2].

- Nhịp alpha (α):

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

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

- Nhịp beta (β):

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

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

Hình ảnh điện não đồ trên bệnh nhân tâm căn suy nhược cho thấy giảm biên độ và chỉ số nhịp alpha, sóng điện não dẹt, chỉ có 30-35% trường hợp có xuất hiện từng đợt sóng alpha. Có sóng nhanh beta, sóng chậm theta, delta trên tất cả vùng não[20].

1.2.7. Các phương pháp điều trị rối loạn giấc ngủ theo YHHD

1.2.7.1. Điều chỉnh chế độ sinh hoạt:

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

- Thư giãn trước khi đi ngủ.
- Luyện tập cơ thể nhẹ nhàng trước khi đi ngủ.
- Chỉ sử dụng đến giường ngủ khi đã buồn ngủ.
- Tránh các giấc ngủ gà ban ngày. Tuy nhiên, người bệnh có thể ngủ khoảng

30 phút vào mỗi buổi trưa.

- Bữa tối chỉ nên ăn nhẹ, tránh việc ăn quá no dễ dẫn tới mất ngủ.

- Hạn chế thời gian trên giường ngủ: các nhà khoa học cho rằng việc hạn chế thời gian nằm trên giường đối với bệnh nhân mất ngủ là một cách điều trị hiệu quả. Ví dụ: một người thường ngủ 5 giờ một ngày thì chỉ nên nằm trên giường 5 - 5,5 giờ; người bệnh nên đặt chuông đồng hồ báo thức vào một giờ nhất định; sau đó, thời gian nằm trên giường có thể tăng lên chút ít theo từng phân đoạn thời gian; tuy nhiên, người bệnh vẫn nên duy trì thời gian thức giấc vào một giờ nhất định; dần dần, thời gian ngủ của người bệnh sẽ tăng lên[33][40][42].

1.2.7.2. Dùng thuốc

* Các chất benzodiazepine (nitrazepam, flurazepam, loprazolam, lormetazepam, metazepam): được sử dụng trong các trường hợp mất ngủ, lo âu, giảm đau [37].

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

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

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

- Không ức chế giấc ngủ REM

- Ít tiềm năng gây nghiện

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

* Các thuốc kháng histamine:

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

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

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

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

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

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

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

1.2.7.3. Các liệu pháp tâm lý:

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

1.3. Quan niệm của Y học cổ truyền về rối loạn giấc ngủ

1.3.1. Khái niệm

Rối loạn giấc ngủ nói chung hay mất ngủ nói riêng theo Y học cổ truyền thuộc chứng thất miên, bất寐, bất đắc miên... chứng này có nhiều tình trạng khác nhau, có khi không ngủ được từ lúc bắt đầu nằm xuống, có khi ngủ được nhưng dễ tỉnh, nặng thì trằn trọc, suốt đêm không nhắm được mắt[13],[27].

1.3.2. Nguyên nhân – Cơ chế bệnh sinh

Có rất nhiều nguyên nhân gây mất ngủ, tùy theo từng thể bệnh mà có nhiều nguyên nhân khác nhau[13].

- Khí huyết trong cơ thể hư suy không nuôi dưỡng được tâm.
- Lo nghĩ quá độ mà ảnh hưởng đến tâm tỳ.
- Sợ hãi, lo lắng thái quá, không dám quyết đoán khiến cho tâm đờm khí hư, thần hồn không yên gây mất ngủ.
- Thận âm hư không tiềm được dương, không chế được hỏa, gây chứng tâm thận bất giao, hoặc thận tinh hư tổn không sinh tủy, từ đó không nuôi dưỡng được não, làm cho não tủy thất dưỡng mà gây chứng mất ngủ.
- Ăn uống không đều độ gây thực tích sinh đờm thấp ủng trệ, làm vị bất hòa, dẫn đến mất ngủ.

1.3.3. Các thể lâm sàng và điều trị

Theo sách Trung y nội khoa chứng mất ngủ tóm tắt thành năm thể bệnh chính là: Can khí uất kết; Tâm đờm khí hư; Tâm tỳ lưỡng hư; Đàm nhiệt nội nhiễu; Âm hư hỏa vượng. Trong đó thể Can khí uất kết là thể rất hay gặp trên lâm sàng[34][49].

1.3.3.1. Thể can khí uất kết:

Triệu chứng: Mất ngủ, tính tình dễ cáu giận, nếu nặng bệnh nhân cả đêm không ngủ được, tức ngực, đau tức vùng mạn sườn, miệng khát, thích uống nước, chán ăn, miệng khô, đắng miệng, mắt đỏ, ù tai, nước tiểu vàng, hoặc bệnh nhân hoa mắt chóng mặt, đau đầu dữ dội, đại tiện táo, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng hoặc rêu vàng khô, mạch huyền sắc hoặc huyền hoạt sắc.

Biện chứng: Tức giận nhiều làm tổn thương tạng can. Can khí uất kết lâu ngày hóa nhiệt, hóa hỏa làm nhiễu loạn tâm thần gây mất ngủ, dễ cáu giận. Can khí uất kết nên tức ngực, đau vùng mạn sườn. Can khí phạm vị nên bệnh nhân chán ăn, miệng khát thích uống nước. Miệng đắng, mắt đỏ, ù tai, nước tiểu vàng, lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền sắc là biểu hiện của can hỏa. Nếu can khí uất kết hóa hỏa, can đờm thực nhiệt thì người bệnh chóng mặt, hoa mắt, đau đầu dữ dội. Nhiệt tà làm tổn thương tân dịch nên đại tiện táo, rêu lưỡi vàng khô, mạch huyền hoạt sắc.

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

Phương dược: Long đờm tả can thang gia giảm.

Phương huyết: Bách hội, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Can du, Thái xung, Hành gian.

1.3.3.2. Thể âm hư hỏa vượng:

Triệu chứng: mất ngủ, tâm phiền, chóng mặt ù tai, hay quên, nhức mỏi lưng, con trai bị mộng tinh, ngũ tâm phiền nhiệt, miệng khô, chất lưỡi đỏ, ít rêu hoặc không rêu, mạch tế sắc.

Biện chứng: Thận âm hư, tâm thận bất giao, âm hư sinh nội nhiệt làm nhiễu động thần minh nên tâm phiền, mất ngủ, tâm quý, bồn chồn, đánh trống ngực, hay quên. Thận âm hư không nuôi dưỡng được não tủy nên bệnh nhân thường chóng mặt, ù tai, mộng tinh. Lưng là phủ của thận, thận âm hư nên bệnh nhân thường nhức mỏi lưng. Âm hư hỏa vượng có biểu hiện miệng khô, ngũ tâm phiền nhiệt, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi ít hoặc không rêu, mạch tế sắc.

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

Phương dược: Hoàng liên a giao thang gia giảm.

Phương huyết: Bách hội, Thái khê, Thái xung, Thận du.

1.3.3.3. Thể tâm đờm khí hư:

Triệu chứng: Mất ngủ, khi ngủ dễ tỉnh giấc, hay sợ hãi, dễ bị giật mình, tâm quý, khí đoản, nước tiểu trong dài; hoặc người mệt mỏi nhưng khó ngủ, người gầy, sắc mặt nhợt; hoặc mất ngủ, tâm quý, hoa mắt chóng mặt, miệng và họng khô, chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng, hoặc chất lưỡi đỏ, mạch huyền tế hoặc huyền nhược.

Biện chứng: Tâm đờm khí hư, đàm trọc nhiều loạn tâm khiêu khiến bệnh nhân mất ngủ, ngủ hay mơ, dễ bị giật mình kinh sợ, tâm quý. Khí hư nên bệnh nhân khí đoản, người mệt mỏi, nước tiểu trong dài. Chất lưỡi nhợt, mạch huyền tế là biểu hiện của khí huyết bất túc. Nếu can huyết hư, tâm không được nuôi dưỡng thì người mệt mỏi, khó ngủ, tâm quý không yên, chóng mặt, mạch huyền tế. Khí âm hư sinh nội nhiệt, hư nhiệt phiền nhiễu tâm thần làm cho miệng họng đều khô, chất lưỡi đỏ.

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

Phương dược: An thần định chí hoàn gia giảm.

Phương huyết: Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Tâm du, Can du, Cách du, Đờm du, Thái xung...

1.3.3.4. Thể đàm nhiệt nội nhiễu:

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

Biện chứng: Do thực tích ứ trệ hoặc can đờm uất kết, lâu ngày hóa nhiệt sinh đàm; đàm nhiệt nhiễu loạn tâm thần làm bệnh nhân mất ngủ, tâm phiền, miệng đắng, chóng mặt. Đàm nhiệt uất kết làm ảnh hưởng đến chức năng sơ tiết của khí cơ, vị khí không giáng gây tức ngực, chóng mặt, buồn nôn, nôn, ợ hơi. Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, mạch hoạt sắc là biểu hiện của đàm nhiệt. Nếu đàm nhiệt nặng nhiễu loạn tâm thần còn có thể làm bệnh nhân cả đêm không ngủ được; nhiệt tà làm hao tổn tân dịch gây đại tiện táo.

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

Phương dược: Ôn đờm thang gia giảm.

Phương huyết: Nội quan, Thần môn, Túc tam lý, Phong long, Thái xung.

1.3.3.5. Thể tâm tỳ lưỡng hư:

Triệu chứng: mất ngủ, ngủ hay mơ nhiều, dễ tỉnh giấc, tâm quý, hay quên, có thể kèm theo hoa mắt chóng mặt, người mệt mỏi, chân tay rã rời, ăn uống không ngon miệng hoặc đầy bụng chán ăn; sắc mặt nhợt nhạt; chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng hoặc rêu nhờn dày; mạch tế nhược hoặc nhu hoạt.

Biện chứng: Tâm tỳ lưỡng hư, dinh huyết bất túc nên không thể nuôi dưỡng tâm thần gây ra các chứng mất ngủ, ngủ hay mơ, hay quên hoặc ngủ dễ bị tỉnh giấc, sau khi tỉnh thì không ngủ lại được. Huyết không nuôi dưỡng được tạng tâm nên tâm quý, đánh trống ngực. Khí huyết hư không lên nuôi não, thanh dương không thăng lên trên nên người hoa mắt chóng mặt. Tâm chủ huyết, vinh nhuận ra mặt, huyết hư nên sắc mặt nhợt nhạt. Tỳ khí hư nên ăn uống không ngon miệng, chán ăn. Khí huyết hư thiếu nên người bệnh thấy mệt mỏi, chân tay rã rời, chất lưỡi nhợt, rêu trắng mỏng, mạch tế nhược. Nếu tỳ hư mất kiện vận, sinh đàm thấp thì bệnh nhân đầy bụng, chán ăn, rêu lưỡi dày nhờn, mạch nhu hoạt.

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

Phương dược: Quy tỳ thang gia giảm.

Phương huyết: Nội quan, Thần môn, Thái bạch, Tâm du, Tỳ du, Tam âm giao, Túc tam lý...

1.4. Phương pháp dưỡng sinh thờ bốn thì có kê môn và giờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng

Dưỡng sinh là sự nuôi dưỡng và bảo vệ sự sống để phòng bệnh và kéo dài tuổi thọ. Về phương pháp dưỡng sinh, trong Nội kinh cổ nhân đã qui nạp thành bốn phương diện: Điều dưỡng tinh thần; Điều tiết sinh hoạt và ăn uống; Thích nghi với điều kiện khí hậu, xã hội; Rèn luyện thân thể[7].

1.4.1. Tổng quát về phương pháp

- Thờ bốn thì có 2 thì dương, 2 thì âm có kê môn và giờ chân là để luyện tổng hợp về thần kinh, khí và huyết, trọng tâm là luyện thần kinh, chủ động về ức chế và hưng phấn nhắm mục đích ngủ tốt, đồng thời cũng làm cho khí huyết lưu thông.

- Là phương pháp luyện tổng hợp về hô hấp – tuần hoàn – thần kinh, trong

đó luyện thần kinh là chủ yếu, điều hòa hai quá trình hưng phấn và ức chế.

- Là phương pháp luyện tập phục hồi sức (luyện nội lực), tăng cường chức năng của các cơ quan nội tạng nhanh nhất và an toàn (không bị tình trạng trì trệ khí làm rối loạn nhịp tim, gây hoa mắt nhức đầu).

1.4.2. Tác dụng của phương pháp và một số ưu điểm

- Đối với người có căn cơ hoặc đã có luyện tập về thể chất, đã học khí công hoặc nhân điện thì sẽ cảm nhận rất mau trong vòng 45 phút sau khi kết thúc bài tập thở thời lượng 10 - 20 phút. Các đối tượng còn lại có thể cảm nhận chậm hơn thường trong vòng 6 giờ sau khi tập. Các cảm nhận thông thường sau một buổi tập:

- + Thân nhiệt được điều chỉnh;
- + Tỉnh táo sau khi thức dậy và trong thời gian làm việc;
- + Bàn tay ấm, lòng bàn tay căng như được bơm đầy;
- + Sức vận động cơ bắp tăng. Ngủ ngon và tròn giấc.

- Ưu điểm của phương pháp:

+ Thích hợp với người bị suy nhược, nằm một chỗ hoặc đang trong giai đoạn quá yếu, giai đoạn phục hồi thể lực.

+ Hai giai đoạn hưng phấn và ức chế được chia ra rõ ràng giúp thân tâm tĩnh thức không rơi vào hôn trầm, thụy miên.

+ Có yêu cầu về sự chính xác về thời gian vào – ra nhưng có thể điều chỉnh nếu hụt hơi, bắt nhịp không kịp trong các giai đoạn thở.

+ Có thể thư giãn hoặc thực hiện theo dõi nhịp hô hấp ngay sau khi tập với tư thế nằm. Thông thường sau khi kết thúc bài thở thì thực hiện thư giãn hoàn toàn tại chỗ sẽ có giấc ngủ ngắn nhưng khá sâu khoảng 10 - 20 phút.

1.4.3. Tư thế luyện thở

Có thể luyện thở bốn thì ở một trong bốn tư thế: nằm ngửa, nằm chống hông, nằm nghiêng và tư thế ngồi.

1.4.4. Các cách thở

Có ba cách thở:

- Thở bốn thì có hai thì dương, hai thì âm, có kê hông và giơ chân dao động, chủ yếu để luyện thần kinh (ức chế và hưng phấn) nhằm mục đích ngủ tốt.

- Thở bốn thì tích cực, bốn thì đều dương để luyện khí huyết chạy đều.
- Thở có trở ngại để tăng sức khỏe.

1.4.5. Mục đích và tác dụng của thở bốn thì có kê mông và giờ chân

- Thở bốn thì có dương có âm, có kê mông (từ thấp đến cao) và giờ chân dao động. Có âm có dương là để luyện thần kinh, luyện hai quá trình hưng phấn và ức chế, luyện sự thay đổi linh hoạt giữa hai quá trình ấy, chủ động về xúc cảm, vui buồn, giận ghét, lo lắng, sợ sệt, kinh hoàng... làm cho hơi thở ngày càng mạnh lên, để khí huyết chạy đều, không bị ứ trệ. Lúc đầu chưa giữ lâu được thì 2 thì cũng nên rút ngắn thì 2 và thì 4 cho bằng nhau.

- Để tập thở cho ngày càng hoàn chỉnh hơn cần chú ý tập hai thì dương cho thật dương và hai thì âm cho thật âm (dương ở chỗ các cơ bắp phải co thắt để hơi đến tối đa; âm ở chỗ thư giãn hoàn toàn buông xuôi, không cơ nào co thắt, tập lâu thành phản xạ) và hưng phấn phân biệt, ức chế phân biệt để điều khiển cơ thể.

1.4.6. Cách thở bốn thì có kê mông và giờ chân hai thì dương, hai thì âm

- Thì 1: Hít vào đều, sâu, tối đa để chủ động về lưu lượng khí cho đều và đảm bảo hơi vào sâu tối đa đến tận cùng các phế nang ở các vùng đỉnh phổi, thân phổi và đáy phổi, ngực nở tối đa, bụng phình song phải đảm bảo cứng, nghĩa là các cơ bụng, cơ hông, cơ ở đáy chậu phản ứng trở lại cơ hoành để kìm tọng phủ không bung ra, áp suất dương ở bụng và âm ở phổi, máu chảy về tim dễ dàng, "hít vào, ngực nở, bụng căng".

- Thì 2: Giữ hơi, là thì khó nhất và phức tạp nhất vì nó tăng hiệu suất của hơi thở, hoàn chỉnh việc trao đổi O₂ và CO₂, tăng cường sức chủ động của cơ thể, luyện ý chí của con người. Thanh quản phải mở, cơ hoành và các cơ lồng ngực đều co thắt tối đa, giờ chân dao động rồi để chân xuống, "giữ hơi cố gắng hít thêm".

- Thì 3: Thở ra không kìm không thúc. Tất cả các cơ bụng xuôi, thở ra thoải mái, tự nhiên như "con cò đáp xuống ruộng đồng, như lượn sóng".

- Thì 4: Thư giãn hoàn toàn, có cảm giác nặng và ấm, tự kỷ ám thị (tay chân tôi nặng và ấm). Thời gian 1/4 hơi thở, "nghỉ thời nặng ấm tay chân".

1.5. Tổng quan về phương pháp cấy chỉ

1.5.1. Khái niệm về cấy chỉ

Cấy chỉ là phương pháp đưa chỉ catgut vào huyết mạch của hệ kinh lạc để duy trì sự kích thích lâu dài qua đó tạo tác dụng điều trị như châm cứu, bao gồm chôn chỉ, vùi chỉ, xuyên chỉ, thắt buộc chỉ[12].

1.5.2. Cơ chế của cấy chỉ

- Chỉ catgut cấy vào huyết vị có tác dụng làm tăng protein, hydratcarbon và tăng chuyển hóa dinh dưỡng của cơ, nhờ có kích thích liên tục ở huyết vị mà cải thiện tuần hoàn máu cho vùng cấy chỉ hoặc vùng bị liệt của bệnh nhân, tăng trương lực các sợi cơ.

- Chỉ catgut là chỉ dùng trong phẫu thuật ngoại khoa, bản chất là một Protit tự tiêu trong vòng 15-20 ngày, khi đưa vào cơ thể, như một dị nguyên kích thích cơ thể sản sinh ra kháng thể bao vây không đặc hiệu làm thay đổi cách đáp ứng miễn dịch và vì vậy mà không xuất hiện các triệu chứng dị ứng[21].

- Chỉ catgut là một Protit trong quá trình tự tiêu phản ứng hóa – sinh tại chỗ làm tăng tái tạo Protein, hydratcarbon và tăng dinh dưỡng tại chỗ.

- Chỉ catgut được cấy vào huyết vị tác dụng với tính chất vật lý, tạo ra một kích thích cơ học như châm cứu nên có cơ chế tác dụng như cơ chế tác dụng của châm cứu. Tuy nhiên cách giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu hiện nay chưa thống nhất, cách giải thích được nhiều người công nhận nhất là giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết thần kinh - thể dịch (YHHĐ) và học thuyết kinh lạc (YHCT):

+ Cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết thần kinh - thể dịch (YHHĐ): Châm cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý (theo volganic và kassin Liên Xô cũ có tác dụng tại chỗ, tác dụng tiết đoạn và tác dụng toàn thân).

+ Cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết YHCT: Khi có bệnh tức là mất cân bằng Âm - Dương, rối loạn hoạt động bình thường của hệ kinh lạc. Châm cứu có tác dụng điều hòa Âm - Dương và điều hòa cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc.

1.5.3. Cơ chế tác dụng theo học thuyết thần kinh – thể dịch:

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

- Hiện tượng chiếm ưu thế của Utomski: Khi có một luồng xung động với kích thích mạnh hơn, liên tục hơn sẽ kìm hãm, dập tắt kích thích với luồng xung động yếu hơn.

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

- Lý thuyết về đau của Melzak và Wall (cửa kiểm soát 1995): Cơ sở của thuyết này là dựa trên tương quan tốc độ lan truyền xung động xuất hiện sau khi châm kim vào các điểm có hoạt tính cao, kết quả làm mất cảm giác đau.

- Vai trò của thể dịch, nội tiết và các chất trung gian thần kinh: Châm cứu đã kích thích cơ thể tiết ra các chất Endorphin là một polypeptide có tác dụng giảm đau rất mạnh và mạnh gấp nhiều lần morphin[22].

1.5.4. Cơ chế tác dụng theo học thuyết kinh lạc:

- Theo YHCT sự mất thăng bằng âm dương dẫn tới sự phát sinh ra bệnh tật và cơ chế tác dụng của châm cứu cơ bản là điều hòa âm dương.

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

1.5.5. Cây chỉ trong điều trị mất ngủ

- Phương huyết điều trị mất ngủ thể Can khí uất kết: Bách hội, An miên 1, Nội quan, Tam âm giao, Can du, Thái Xung[8].

- Pháp điều trị chung của nhóm huyết: Sơ can giải uất, thanh can tả hỏa, bình can tức phong, an thần định chí.

- Phương giải:

Tên huyệt	Đường kinh	Vị trí	Tác dụng
Bách hội	Mạch Đốc	Ở điểm lõm ngay chính giữa trên đỉnh đầu	Khai khiếu, định thần, bình Can, tức phong, tiềm Can dương, thanh thần chí, tiết nhiệt nung nấu ở các kinh dương.
An miên 1	Huyệt ngoài kinh	Nằm sau tai, cách phần dái tai tầm 1,5cm. Tại điểm giữa đường nối huyệt É Phong và É Minh.	An thần, định chí
Nội quan	Kinh Tâm bào	Trên cổ tay 2 thốn, dưới huyệt Gian Sứ 1 thốn, giữa khe gân cơ gan tay lớn và bé.	Định Tâm, an thần, lý khí, trấn thống, thanh Tâm bào.
Tam âm giao	Kinh tỳ	Ở vùng mặt trong của cổ chân. Tính từ đỉnh xương mắt cá trong đo lên 3 thốn.	Định Tâm, an thần.
Can du	Kinh bàng quang	Dưới gai sống lưng 9, đo ngang ra 1,5 thốn	Bình can, tả hỏa
Thái xung	Kinh Can	Ép ngón chân cái sát vào ngón 2, lấy huyệt ở mu chân, chỗ đầu kẽ hai ngón chân trên là huyệt Hành gian. Từ huyệt Hành gian đo lên 2 thốn theo Kinh Can.	Tiết nhiệt, thanh Hoả, lương huyết nhiệt, thanh hạ tiêu, sơ khí trệ, trấn phong dương.

- Kỹ thuật cấy chỉ theo quy trình Cấy chỉ Bộ Y tế (2013):
- + Phòng thủ thuật riêng biệt vô khuẩn;
- + Bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái;
- + Giải thích cho bệnh nhân về mục đích điều trị và một số triệu chứng có thể xuất hiện trong khi điều trị để bệnh nhân yên tâm như: cảm giác tê tức nặng tại nơi cấy chỉ, cảm giác này sẽ hết dần sau vài ngày;
- + Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng. Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5 - 1cm, luồn chỉ vào nòng kim;
- + Xác định huyết và sát trùng vùng huyết cấy chỉ, châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyết;
- + Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán băng vô trùng hoặc đặt gạc vô trùng lên huyết vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.

1.6. Một số nghiên cứu liên quan tới điều trị rối loạn giấc ngủ

1.6.1. Tại Việt Nam

- Nghiên cứu của Đoàn Văn Minh “Đánh giá tác dụng của điện châm trong điều trị mất ngủ không thực tổn” cho kết quả không còn bệnh nhân nào mất trên 60 phút để vào giấc, chất lượng giấc ngủ có kết quả tốt và khá chiếm tỷ lệ cao 93,4% [16].

- Nghiên cứu của Vũ Thị Châu Loan "Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ không thực tổn bằng phép thư giãn y học cổ truyền" cho thấy thời lượng giấc ngủ trung bình sau điều trị tăng $4,5 \pm 1,02$ giờ/đêm, hiệu quả giấc ngủ tăng $43,04 \pm 5,35(\%)$ hiệu quả sau điều trị, các triệu chứng thức giấc sớm, tình trạng buổi sáng, rối loạn kèm theo của mất ngủ cũng được cải thiện [14].

- Nghiên cứu của Lê Xuân Nam "Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ mạn tính bằng phương pháp tập luyện khí công dưỡng sinh" trên 60 bệnh nhân cho thấy sau 30 ngày điều trị điểm trung bình PSQI là $5,07 \pm 2,48$ điểm [18].

- Nghiên cứu của Đặng Hồng Quân “Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp nhĩ châm trong điều trị rối loạn giấc ngủ thể can đờm hỏa vượng” cho kết quả 100% bệnh nhân có hiệu quả giấc ngủ > 85%, các điểm trong thang PSQI sau điện nhĩ châm giảm rõ rệt giá trị tổng điểm PSQI trung bình giảm từ

18,69 ± 0,711 điểm xuống còn 3,89 ± 0,513 điểm. Kết quả điều trị đạt loại A. [24].

1.6.2. Trên Thế giới

- Vương Ngạn Hà quan sát hiệu quả điều trị của cây chỉ trong điều trị mất ngủ thể tâm tỳ lương hư trên lâm sàng. Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 60 bệnh nhân và được chia làm 2 nhóm. Nhóm chứng dùng thuốc Quy tỳ hoàn và viên nang Táo nhân an thần, Quy tỳ hoàn mỗi lần dung 10 viên, ngày 2 lần, viên nang Táo nhân an thần mỗi lần dùng 5 viên, ngày uống 1 lần trước khi đi ngủ, điều trị trong 30 ngày. Nhóm nghiên cứu dùng phương pháp cây chỉ điều trị, các huyết gồm: tứ thần thông, nội quan, thần môn, tam âm giao, 10 ngày cây chỉ 1 lần, điều trị 3 lần. Kết quả nghiên cứu dựa trên thang điểm PSQI. Kết quả theo thang điểm PSQI thu được nhóm nghiên cứu trước khi điều trị 21,70 ± 5,09, sau khi điều trị 12,57 ± 6,90; nhóm chứng trước khi điều trị 20,77 ± 6,07, sau khi điều trị 7,75 ± 4,12 và có ý nghĩa trên thống kê ($P < 0,05$)[50].

- Trình Hạo quan sát trên lâm sàng hiệu quả của phương pháp cây chỉ trong điều trị mất ngủ. Tổng số 67 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu sử dụng phương pháp cây chỉ trong điều trị gồm các chủ huyết như nội quan, thần môn, tam âm giao, thần đình, bách hội, an miên, và phối huyết theo biện chứng như: tâm tỳ lương hư gia thêm tâm du, tỳ du; tâm đờm khí hư tâm du, đờm du; âm hư hỏa vượng gia thái khê, thái xung; đờm nhiệt nổi nhiễu gia phong long, trung uyển; can khí uất kết gia gia can du, thái xung. Cây chỉ 1 lần 30 ngày, 3 lần là 1 liệu trình, điều trị 1 liệu trình. Nhóm chứng sử dụng phương pháp hào châm với các huyết điều trị như nhóm nghiên cứu, châm bình bổ bình tả, lưu châm 30 phút, 10 phút hành châm 1 lần, 1 ngày 1 lần, 10 lần là 1 liệu trình, xong 1 liệu trình nghỉ 2 ngày, điều trị 8 liệu trình. Kết quả nghiên cứu dựa trên thang điểm PSQI và đánh giá trước sau điều trị. Kết quả thu được nhóm nghiên cứu đạt được hiệu quả sau điều trị là 91,4% và nhóm chứng đạt được 78,1% và có ý nghĩa trên thống kê ($P < 0,05$)[51].

- Quách Ái Tùng nghiên cứu phương pháp cây chỉ trong điều trị 35 bệnh nhân mất ngủ thể thông thường. Tổng số 70 bệnh nhân chia làm 2 nhóm. Nhóm chứng sử dụng phương pháp hào châm với các huyết: Thần môn, Tam âm giao, Bách hội, An miên, bình bổ bình tả, lưu 30 phút, mỗi ngày 01 lần, mỗi tuần điều trị

05 lần; nhóm nghiên cứu sử dụng các huyết như nhóm chứng, 02 tuần cấy chỉ 01 lần, cả 2 nhóm điều trị liên tục trong 06 tuần. Kết quả nhóm chứng đạt hiệu quả 74,28%, nhóm nghiên cứu đạt hiệu quả 91,43%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P<0,05$)[52].

- Lưu Kiếm nghiên cứu phương pháp cấy chỉ kết hợp Quy tỳ thang điều trị 52 bệnh nhân mất ngủ thể âm tỳ lưỡng hư. Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu 102 bệnh nhân được chia làm 02 nhóm. Nhóm nghiên cứu cấy chỉ gồm các huyết: Tâm du, Tỳ du, Thần môn, Tam âm giao, 15 ngày cấy chỉ 01 lần làm 01 liệu trình; phương thuốc sử dụng bài Quy tỳ thang (Tế sinh phương) gồm các vị thuốc: Nhân sâm 15g, Bạch truật, Hoàng kỳ, Toan táo nhân, Phục thần, Long nhãn mỗi vị 30g, Đương quy, chích Cam thảo, Mộc hương mỗi vị 10g, Sinh khương 6g, Đại táo 3 quả; mỗi ngày uống 01 thang chia 02 lần, 15 ngày/ liệu trình. Nhóm chứng dùng hào châm điều trị: Bách hội, An miên, Thần môn, Nội quan, Túc tam lý, Tam âm giao; châm bình bổ bình tả, lưu 30 phút, 01 lần/ngày, liệu trình 15 ngày, giữa liệu trình nghỉ ngơi 02 ngày. Kết quả sau khi điều trị nhóm chứng đạt được hiệu quả 76%, nhóm nghiên cứu đạt được kết quả 94,23%, có sự khác biệt trên ý nghĩa thống kê ($P<0,05$)[53].

- Từ Phúc nghiên cứu phương pháp cấy chỉ điều trị bệnh mất ngủ thể âm hư hỏa vượng trên lâm sàng. Tổng số 120 bệnh nhân được chia đều làm 03 nhóm. Nhóm cấy chỉ với phương huyết gồm: Tâm du, Can du, Thận du, Quan nguyên, Nội quan, Túc tam lý, Tam âm giao, cách 10 ngày cấy chỉ 01 lần, 03 lần là 01 liệu trình. Nhóm châm cứu phương huyết gồm: Quan nguyên, Nội quan, Túc tam lý, Tam âm giao, Tâm du, Can du, Thận du, châm bình bổ bình tả, lưu châm 30 phút, 1 lần/ngày, điều trị 05 ngày nghỉ ngơi 02 ngày, điều trị trong 30 ngày là 01 liệu trình. Và nhóm dùng thuốc sử dụng thuốc Estazolam 01mg ngày uống 01 viên, uống trước khi đi ngủ, liệu trình 30 ngày. Kết quả sau khi điều trị nhóm cấy chỉ đạt được hiệu quả 95%, nhóm châm cứu đạt được kết quả 85%, nhóm dùng thuốc đạt được kết quả 65%, có sự khác biệt trên ý nghĩa thống kê ($P<0,05$)[54].

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán mất ngủ không thực tổn thể can khí uất kết, có tuổi từ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Đà Nẵng, tự nguyện tham gia và đạt các tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

* Theo Y học hiện đại

❖ *Bệnh nhân được chẩn đoán Mất ngủ không thực tổn theo tiêu chuẩn của ICD - 10 mục F51.0:*

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

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

- Rối loạn giấc ngủ gây nên sự mệt mỏi rõ rệt trên cơ thể hoặc gây khó khăn trong hoạt động chức năng lúc ban ngày.

- Không có nguyên nhân tổn thương thực thể như tổn thương hệ thần kinh hoặc những bệnh lý khác, rối loạn hành vi hoặc do dùng thuốc.

❖ *Test tâm lý:*

Tổng điểm đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng thang điểm Pittsburgh (PSQI) >5 [48].

* Theo Y học cổ truyền

Trong nghiên cứu này chúng tôi dựa theo phương pháp khám bệnh YHCT (tứ chẩn) để quy nạp theo các hội chứng, chọn bệnh nhân thể can khí uất kết với biểu hiện như sau:

Thẻ lâm sàng Tứ chẩn	Thẻ can khí uất kết
Vọng	Sắc mặt hồng đỏ, chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng, dễ cáu giận.
Vấn	Hay thở dài.
Vấn	Mất ngủ, đau tức vùng mạn sườn, miệng khô khát, thích uống nước, đắng miệng, chán ăn, hoặc bệnh nhân hoa mắt chóng mặt, đau đầu dữ dội, đại tiện táo, nước tiểu vàng.
Thiết	Mạch huyền sắc.

2.1.3. Tiêu chuẩn không lựa chọn:

- Bệnh nhân có tổng điểm thang Pittsburgh ≤ 5 .
- Những bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường, suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS), những bệnh lý nội khoa nặng (tai biến mạch máu não, tăng huyết áp giai đoạn II trở lên, suy tim...) và các bệnh lý không thực hiện được phương pháp thở bốn thì.
- Bệnh nhân không tuân thủ liệu trình điều trị.
- Bệnh nhân mất ngủ không thuộc thể Can khí uất kết.
- Bệnh nhân bị các bệnh lý về tâm thần: Trầm cảm, động kinh...

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng, 09 Trần Thủ Độ, Phường Khuê Trung, Quận Cẩm Lệ, Thành phố Đà Nẵng.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 02/2020 – 8/2020.

2.4. Thiết kế nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng có đối chứng giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

2.5. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện gồm 70 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, được chia làm 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu 35 bệnh nhân và nhóm chứng 35 bệnh nhân.

2.6. Trình bày phương pháp chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện phân phối ngẫu nhiên vào 2 nhóm, chọn thu thập bệnh nhân điều trị Bệnh viện Y học cổ truyền Thành phố Đà Nẵng từ 02/2020 - 8/2020, đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Cách chia nhóm nghiên cứu:

+ Nhóm nghiên cứu gồm 35 bệnh nhân rối loạn giấc ngủ thuộc thể can khí uất kết được điều trị bằng phương pháp dưỡng sinh kết hợp cây chỉ.

+ Nhóm chứng gồm 35 bệnh nhân rối loạn giấc ngủ thuộc thể can khí uất kết được điều trị bằng phương pháp cây chỉ.

2.7. Các biến số nghiên cứu

2.7.1. Chỉ số và biến số nghiên cứu

* Các yếu tố ảnh hưởng đến RLGN:

- Tuổi: Tuổi của đối tượng tham gia nghiên cứu, tính bằng năm.

- Giới: Là nam hay nữ.

- Nghề nghiệp: Nghề nghiệp bệnh nhân làm trước khi bị bệnh.

- Hoàn cảnh gia đình: Bao gồm tình trạng hôn nhân.

* Các đặc điểm lâm sàng của mất ngủ:

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

- Tính chất xuất hiện mất ngủ: Từ từ hay đột ngột.

- Thời gian đi vào giấc ngủ: Thời gian bắt đầu đi ngủ đến khi ngủ được.

- Thời lượng giấc ngủ: Mỗi đêm ngủ trung bình được mấy tiếng.

- Chất lượng giấc ngủ: Đánh giá theo chủ quan bệnh nhân.

- Những rối loạn về ban ngày: Đánh giá hậu quả của mất ngủ lên hoạt động nghề nghiệp của bệnh nhân và các tình trạng ban ngày như mệt mỏi, sút cân, giảm trí nhớ, giảm tập trung chú ý...

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

- Điểm đánh giá chất lượng giấc ngủ theo thang Pittsburgh.

- Đánh giá kết quả điều trị chung theo thang Pittsburgh.

* *Các đặc điểm theo thể bệnh Can khí uất kết:*

- Sắc mặt hồng đỏ;
- Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng;
- Dễ cáu giận;
- Đau tức vùng mạn sườn;
- Đau đầu, hoa mắt chóng mặt;
- Nước tiểu vàng;
- Mạch huyền sác.

* *Đặc điểm cận lâm sàng và một số tác dụng không mong muốn:*

- Sự biến đổi chỉ số của sóng alpha, beta trên điện não đồ.
- Sự biến đổi tần số mạch, huyết áp trung bình.
- Một số tác dụng không mong muốn khác: Chảy máu, đau sưng nơi cấy chỉ,

dị ứng, vụng châm...

2.7.2. Công cụ thu thập thông tin

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

- Bảng đánh giá chất lượng giấc ngủ theo thang Pittsburgh.

2.7.3. Tiêu chuẩn đánh giá tác dụng mức độ cải thiện giấc ngủ

- Đánh giá điểm từng yếu tố và tổng điểm thang PSQI trước và sau điều trị của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng:

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

- + Tốt: khi $KQ \geq 75\%$
- + Khá: khi $50\% \leq KQ < 75\%$
- + Trung bình: khi $25\% \leq KQ < 50\%$
- + Kém: khi $KQ < 25\%$

- Đánh giá chất lượng giấc ngủ: bằng thang Pittsburgh (PSQI) của Daniel J. Buysse năm 1989, là thang đo thông dụng và được sử dụng phổ biến nhất trên toàn cầu. Đã được lượng giá về độ tin cậy và tính hiệu lực trong nhiều nghiên cứu trên thế giới. PSQI là một bảng câu hỏi ngắn gọn và đầy đủ:

Tổng điểm PSQI (điểm)	Đánh giá
0 - 5	Không có rối loạn giấc ngủ
6 - 10	Rối loạn mức độ nhẹ
11 - 18	Rối loạn mức độ vừa
19 - 21	Rối loạn mức độ nặng

2.8. Phương pháp thu thập số liệu/ phương tiện nghiên cứu

2.8.1. Phương pháp thu thập số liệu:

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

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

- Làm test Pittsburgh.

2.8.2. Phương tiện nghiên cứu

- Panh, kéo, bông, côn sát trùng, gạc vô trùng, côn iôt, băng dính.

- Kim lấy thuốc cở G23, chỉ Catgut số 4.0 dùng cho người lớn. Kim, chỉ đảm bảo vô trùng.

- Khay men, kẹp có máu, bông gạc băng dính.

- Hộp thuốc chống choáng.

- Máy đo điện não EEG.

- Bài tập dưỡng sinh: phương pháp luyện thở bốn thì (hai thì âm, hai thì dương) có kê móng và gờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng (dạng tài liệu).

- Ống nghe, huyết áp kế, đồng hồ bấm giây do Nhật Bản sản xuất.

- Bệnh án nghiên cứu (Phụ lục 1).

- Bảng đánh giá chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI (Phụ lục 2).

2.8.3. Quy trình nghiên cứu

2.8.3.1. Chọn bệnh nhân

- Các bệnh nhân mất ngủ vào viện được thăm khám lâm sàng toàn diện, thăm khám theo phương pháp YHCT để lựa chọn.

- Chọn các bệnh nhân thoả mãn các yêu cầu của đối tượng nghiên cứu (70 bệnh nhân) và tương ứng với thể can khí uất kết theo y học cổ truyền.

- Tất cả các đối tượng nghiên cứu được ghi chép nhất quán theo mẫu bệnh án.

- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng trong quá trình điều trị.

- Đánh giá kết quả theo thang Pittsburgh trước và sau điều trị của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

- Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số trên điện não đồ, mạch, huyết áp trung bình trước, sau điều trị và các tác dụng không mong muốn của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng.

2.8.3.2. Phương pháp điều trị

*** Kỹ thuật thở bốn thì có kê mông và giờ chân (2 thì âm, 2 thì dương) theo phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng**

- 35 bệnh nhân nhóm chứng thực hiện thở bốn thì có kê mông và giờ chân theo phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.

- Chuẩn bị chỗ tập:

+ Đệm gối mỏng, không tập trên đệm lò xo dày, đệm quá lún; hoặc dùng chiếc mền gấp lại. Gối lớn nhỏ để kê mông. Đối với người mới tập, hoặc cơ thể đang yếu cần thêm các gối kê đùi và nhượng chân. Cần thêm khăn lông dày để chêm đệm một số chỗ như chỏ, gáy. Kê gáy chỉ kê vừa phải ở đoạn cong cổ và phải cảm nhận được tư thế đúng. Kê cao gây gắt cổ sẽ ảnh hưởng đến việc mở thanh quản trong quá trình thở.

+ Trang phục không gò bó phần ngực và bụng.

+ Tiêu chuẩn phòng tập: sạch sẽ, yên tĩnh, đảm bảo thoáng mát về mùa hè và ấm về mùa đông, có rèm che ánh sáng, có chiếu trải sàn hoặc giường.

+ Tắt các thiết bị di động, tivi, không dùng hương liệu, ánh sáng vừa phải. Có thể sử dụng âm thanh gõ nhịp.

- Các yêu cầu khác:

+ Không tập khi trạng thái tâm lý bị căng thẳng

+ Tập sau khi ăn 2 giờ

+ Uống một cốc nước chín trước khi tập

+ Không tập trong người còn rượu hoặc chất say, chất gây nghiện.

- Chuẩn bị tư thế

+ Nằm ngửa, kê một gối nhỏ hoặc khăn mỏng độ 3 – 5 cm ngay vùng xương cùng và hướng lên phía thân trên một chút. Phần đùi kê một chiếc gối khác cho cao lên; phần nhượng chân và bắp chân có thể chèn thêm gối cho cao giống như cách nằm của bệnh nhân giãn tĩnh mạch chân. Hai chân thả lỏng tự nhiên, khi đó hai chân sẽ hơi cách xa ra, mũi bàn chân chĩa về phía hai bên.

+ Lưỡi đưa lên vòm họng và giữ suốt thời gian tập. Huyết Hội âm tại vùng cơ đáy chậu chỉ hơi thắt nhẹ trong gian đoạn ngưng hơi – không cố ý gò nhứ.

+ Sau khi đã ổn định tư thế nằm, dùng Tâm – Ý kiểm soát xem cơ thể đã thoải mái chưa? Phần thắt lưng có căng thẳng không. Phần đầu (tiếp xúc với nền đất, mặt giường) có bị cản gây đau không? Cổ gáy (phần cong phía sau cổ) có bị căng không. Nếu căng thì chỉnh lại đầu, chêm thêm khăn vào gáy. Nếu đã có cảm giác thoải mái rồi thì tay trái ta đặt lên phần rốn, tay phải đặt lên phần ngực, vai lỏng, chỗ bụng nếu có cảm giác khó chịu ở cánh tay thì kê thêm gối mỏng, hoặc khăn ở chỗ. Tất cả phải điều chỉnh cho thật thoải mái không gò bó.

+ Tâm Ý hướng về hai bàn tay đặt trên ngực và bụng. Có thể dùng khăn mát đắp trán để giảm sự căng thẳng trên trán và cơ mặt. Luôn ghi nhớ không tập trung tại điểm giữa hai con mắt; gây nhưc đầu.

- Người hướng dẫn với giọng nói nhẹ nhàng, âm thanh vừa phải, vừa nói vừa hướng dẫn để người bệnh tập theo:

+ Thì 1: Hít vào đều, sâu, tối đa, "hít vào, ngực nở, bụng căng"

+ Thì 2: Giữ hơi, cố gắng hít thêm (có kê mỏng và giơ chân dao động)

+ Thì 3: Thở ra không kìm không thúc

+ Thì 4: Thư giãn hoàn toàn, "nghỉ ngơi nặng ả tay chân"

- Bài tập được thu băng để người bệnh có thể tập tại nhà, trước khi đi ngủ.

- Thời gian tập: 25 - 30 phút/ lần/ngày vào lúc 21h00ph - 21h30. Tập hàng ngày, kéo dài cả liệu trình 30 ngày.

*** Cây chỉ**

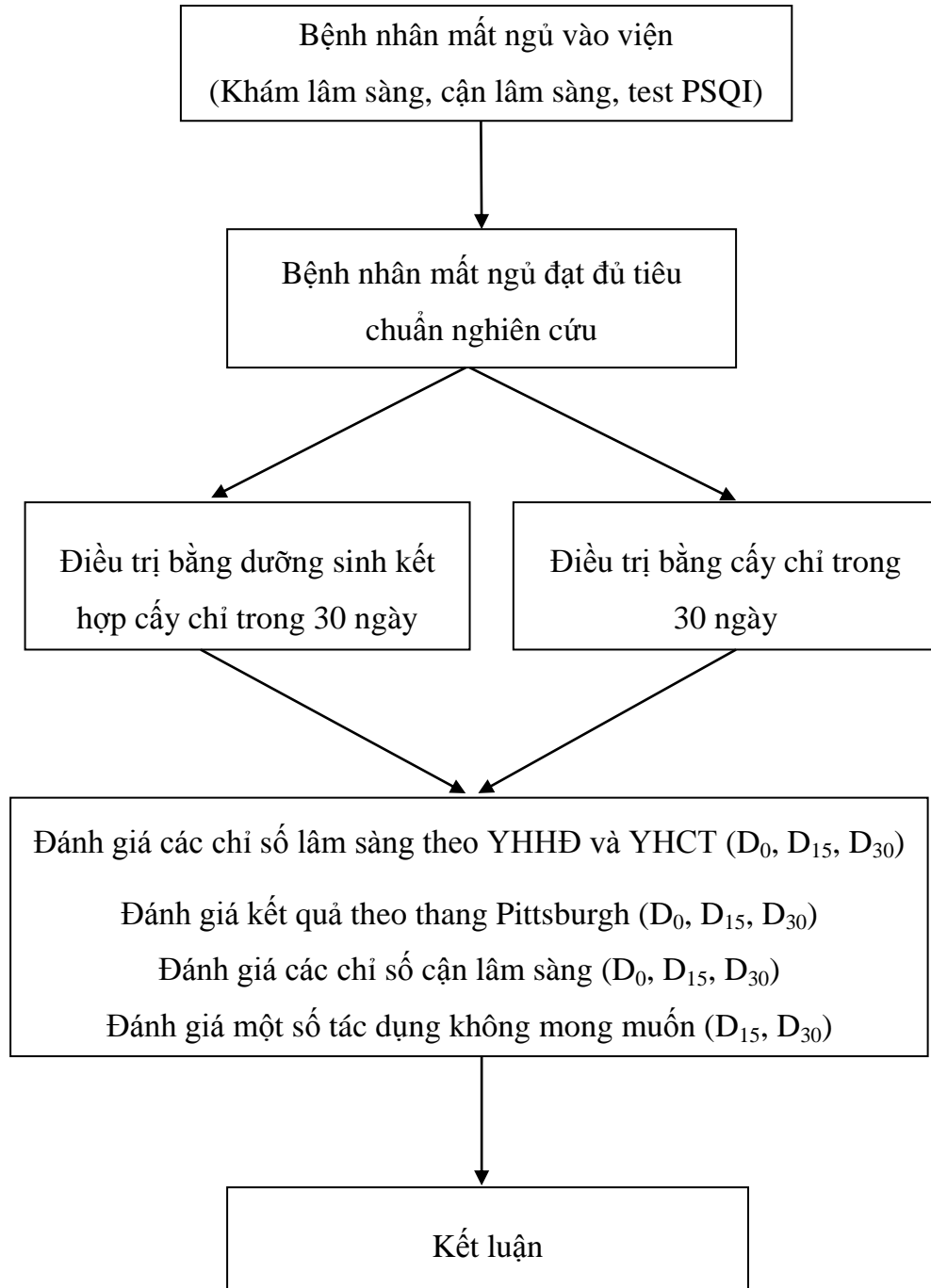
70 bệnh nhân nghiên cứu đều được cây chỉ công thức huyết: Bách hội, An

miên 1, Nội quan, Tâm âm giao, Can du, Thái xung.

- Liệu trình điều trị: 15 ngày/ 1 liệu trình x 02 liệu trình (tại D_0 và D_{15}).

- Quy ước thời điểm đánh giá: Trước khi điều trị (D_0), sau 15 ngày điều trị (D_{15}), sau 30 ngày điều trị (D_{30}).

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



2.9. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Tính giá trị trung bình (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

- So sánh giá trị trung bình của các nhóm bằng T - test, so sánh các tỷ lệ của các nhóm bằng kiểm định χ^2 .

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

2.10. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

- Nghiên cứu khoa học được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Y học cổ truyền Đà Nẵng thông qua.

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao kết quả điều trị cho bệnh nhân, không nhằm mục đích nào khác.

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

- Bệnh nhân và người nhà được giải thích rõ ràng về mục đích, quyền lợi khi tham gia nghiên cứu và có thể rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào.

- Bệnh nhân được hướng dẫn cách phòng ngừa mất ngủ và loại bỏ các yếu tố gây mất ngủ.

- Kết quả của nghiên cứu được công bố cho đối tượng nghiên cứu biết.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố tuổi và giới trong mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
18 - 30	5	14,3	6	17,1	> 0,05
31 - 45	8	22,9	8	22,9	
46 - 60	12	34,2	14	40,0	
> 60	10	28,6	7	20,0	
Tổng	35	100%	35	100%	
$\bar{X} \pm SD$	49,7 \pm 12,6		48,2 \pm 14,6		

Nhận xét: Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $49,7 \pm 12,6$, nhóm chứng là $48,2 \pm 14,6$, sự khác biệt độ tuổi trung bình giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 46-60 tuổi với tỉ lệ lần lượt ở nhóm nghiên cứu là 34,2% và nhóm chứng là 40,0%. Sự khác biệt tỷ lệ theo tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Phân bố giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
Nam	14	40,0	16	45,7	> 0,05
Nữ	21	60,0	19	54,3	
Tổng số	35	100%	35	100%	

Nhận xét: Giới tính đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là nữ với tỷ lệ nữ/nam là 1,5/1. Sự khác biệt tỷ lệ giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

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

Bảng 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
Lao động chân tay	12	34,3	11	31,4	> 0,05
Lao động trí óc	14	40,0	15	42,9	
Khác (buôn bán tự do, hưu trí, thất nghiệp, nội trợ...)	9	25,7	9	25,7	
Tổng số	35	100%	35	100%	

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu đa số là lao động trí óc, tại nhóm nghiên cứu là 40,0% và tại nhóm chứng là 42,9%. Nghề khác như buôn bán tự do, hưu trí, thất nghiệp, nội trợ có tỷ lệ thấp nhất tại nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là 25,7%. Sự khác biệt tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Hôn nhân và hoàn cảnh gia đình

Đặc điểm hôn nhân	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
Có chồng/ vợ	31	88,6	26	74,3	> 0,05
Độc thân	3	8,6	4	11,4	
Ly hôn, ly thân, góa mụa	1	2,8	5	14,3	
Tổng số	35	100%	35	100%	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân nghiên cứu đã lập gia đình, lần lượt tại nhóm nghiên cứu là 31/35 bệnh nhân (chiếm 88,6%), nhóm chứng là 26/35 (chiếm 74,3%). Nhóm nghiên cứu có 3/35 bệnh nhân độc thân (chiếm 8,6%) và 1/35 bệnh nhân đã ly hôn (2,8%), trong đó nhóm chứng lần lượt là 4/35 (chiếm 11,4%) và 5/35 (chiếm 14,3%). Sự khác biệt tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.3. Thời gian xuất hiện mất ngủ trung bình ở bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 3.5. Thời gian xuất hiện mất ngủ trung bình (tháng)

Thời gian xuất hiện mất ngủ \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu n (35)	Nhóm chứng n (35)	p
$\bar{X} \pm SD$	9,1 \pm 7,5	13,7 \pm 9,6	< 0,05
Trung vị [Min;Max]	7 [3;36]	12 [2;35]	

Nhận xét: Thời gian mất ngủ được tính theo tháng. Thời gian mất ngủ trung bình tính trên 35 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu là 9,1 \pm 7,5, giao động từ 3 đến 36 tháng và nhóm chứng là 13,7 \pm 9,6, giao động từ 2 đến 35 tháng. Sự khác biệt thời gian giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.1.4. Tính chất xuất hiện mất ngủ

Bảng 3.6. Tính chất xuất hiện mất ngủ

Tính chất xuất hiện mất ngủ	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
Từ từ	26	74,3	27	77,1	> 0,05
Đột ngột	9	25,7	8	22,9	
Tổng số	35	100%	35	100%	

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân nghiên cứu đều xuất hiện mất ngủ từ từ, lần lượt tại nhóm nghiên cứu là 74,3%, nhóm chứng là 77,1%. Nhóm nghiên cứu có 25,7% bệnh nhân xuất hiện đột ngột, trong đó nhóm chứng là 22,9%. Sự khác biệt tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.5. Thời lượng giấc ngủ

Bảng 3.7. Thời lượng giấc ngủ

Thời lượng giấc ngủ	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
> 7 giờ	0	0	0	0	> 0,05
6-7 giờ	1	2,9	0	0	
5-6 giờ	18	51,4	16	45,7	
< 5 giờ	16	45,7	19	54,3	
Tổng số	35	100%	35	100%	
$\bar{X} \pm SD$	4,1 \pm 1,2		3,8 \pm 1,3		> 0,05

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có thời gian giấc ngủ < 6 giờ, trong đó tại nhóm nghiên cứu có 16 bệnh nhân (45,7%) < 5 giờ và nhóm chứng có 19 bệnh nhân (54,3%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Thời gian lượng giấc ngủ trung bình tính trên 35 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu là $4,1 \pm 1,2$ và nhóm chứng là $3,8 \pm 1,3$. Sự khác biệt thời gian giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.1.6. Các đặc điểm theo thể bệnh Can khí uất kết

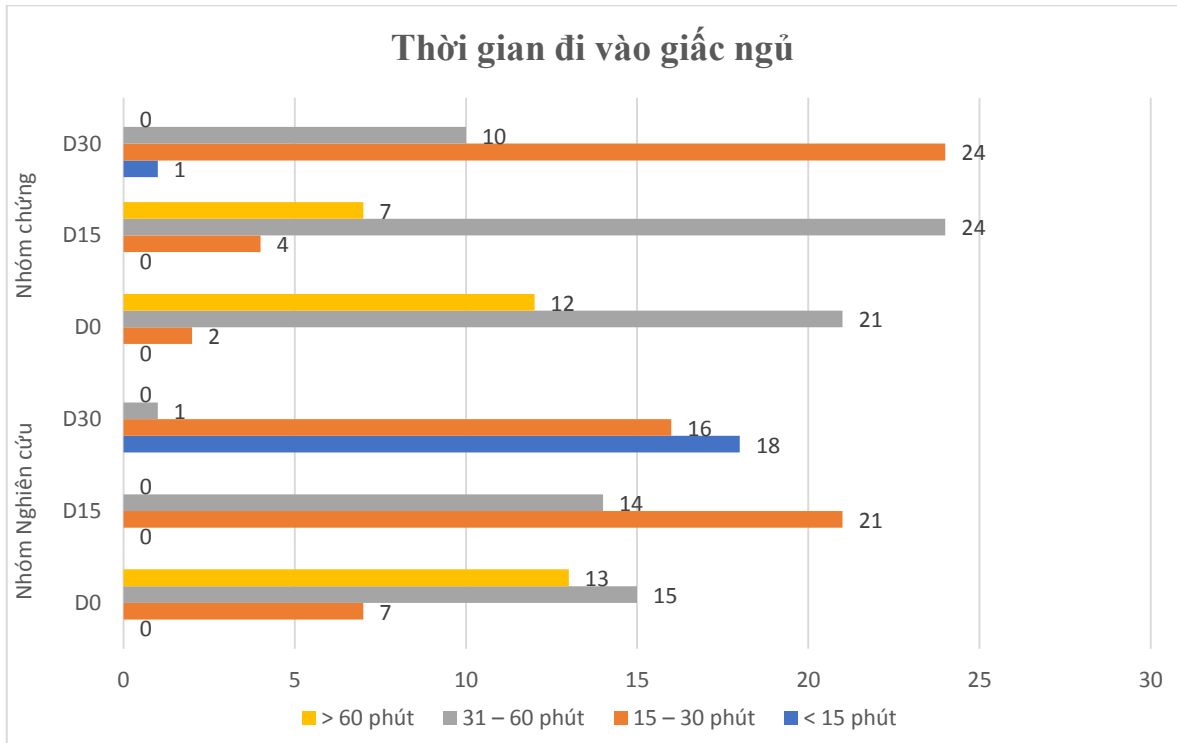
Bảng 3.8. Các đặc điểm theo thể bệnh Can khí uất kết

Nhóm Đặc điểm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		Chung	
	n (35)	%	n (35)	%	n (70)	%
Sắc mặt hồng đỏ	11	31,4	13	37,1	24	34,3
Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng	32	91,4	31	88,6	63	90,0
Dễ cáu giận	31	88,6	32	91,4	63	90,0
Đau tức vùng mạn sườn	27	77,1	29	82,9	56	80,0
Đau đầu, hoa mắt chóng mặt	16	45,7	13	37,1	29	41,4
Nước tiểu vàng	17	48,6	9	25,7	26	37,1
Mạch huyền sắc	33	94,3	31	88,6	64	91,4
p	> 0,05					

Nhận xét: Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có các triệu chứng của thể Can khí uất kết là: Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng (90,0%), dễ cáu giận (90,0%), đau tức vùng mạn sườn (80,0%) và mạch huyền sắc (91,4%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.2. Kết quả đánh giá tác dụng điều trị mất ngủ của dưỡng sinh kết hợp cây chỉ và cây chỉ đơn thuần

3.2.1. Thời gian đi vào giấc ngủ



Biểu đồ 3.1. Thời gian đi vào giấc ngủ theo giai đoạn điều trị

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có 60,0% bệnh nhân có thời lượng đi vào giấc ngủ từ 15 – 30 phút, trong đó nhóm chứng có 11,4% bệnh nhân có thời lượng đi vào giấc ngủ từ 15 – 30 phút. Tại nhóm chứng, đa số (68,6%) bệnh nhân có thời lượng đi vào giấc ngủ từ 31 – 60 phút. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh trước và sau điều trị 15 ngày của nhóm nghiên cứu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 30 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có 51,4% bệnh nhân có thời lượng đi vào giấc ngủ dưới 15 phút, 45,7% bệnh nhân có thời lượng đi vào giấc ngủ từ 15 – 30 phút, trong khi đó nhóm chứng có 2,9% bệnh nhân có thời lượng đi vào giấc ngủ dưới 15 phút, 68,6% bệnh nhân có thời lượng đi vào giấc ngủ từ 15 – 30 phút. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh trước và sau điều trị 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Thời lượng giấc ngủ

Bảng 3.9. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ sau 15 ngày điều trị

Thời lượng giấc ngủ	Nhóm Nghiên cứu				Nhóm chứng				P ₁₅
	D0		D15		D0		D15		
	n (35)	%	n (35)	%	n (35)	%	n (35)	%	
> 7 giờ	0	0	0	0	0	0	0	0	< 0,05
6-7 giờ	1	2,9	19	54,3	0	0	2	5,7	
5-6 giờ	18	51,4	14	40,0	16	45,7	23	65,7	
< 5 giờ	16	45,7	2	5,7	19	54,3	10	28,6	
$\bar{X} \pm SD$	4,14 ± 1,2		5,6 ± 0,8		3,8 ± 1,3		4,9 ± 1,1		
P ₀₋₁₅	< 0,05				< 0,05				

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có 54,3% bệnh nhân có thời lượng giấc ngủ từ 6 – 7 giờ, trong đó nhóm chứng có 5,7% bệnh nhân có thời lượng giấc ngủ từ 6 – 7 giờ. Trong khi đó nhóm chứng, đa số (65,7%) bệnh nhân có thời lượng giấc ngủ từ 5 - 6 giờ. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh trước và sau điều trị 15 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.10. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ sau 30 ngày điều trị

Thời lượng giấc ngủ	Nhóm Nghiên cứu				Nhóm chứng				P ₃₀
	D0		D30		D0		D30		
	n (35)	%	n (35)	%	n (35)	%	n (35)	%	
>7 giờ	0	0	12	34,2	0	0	2	5,7	<0,05
6-7 giờ	1	2,9	22	62,9	0	0	14	40	
5-6 giờ	18	51,4	1	2,9	16	45,7	19	54,3	
<5 giờ	16	45,7	0	0	19	54,3	0	0	
$\bar{X} \pm SD$	4,14 ± 1,2		7,0 ± 0,6		3,8 ± 1,3		6,0 ± 0,8		
P ₀₋₃₀	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có 34,2% bệnh nhân có thời lượng giấc ngủ > 7 giờ, 62,9% bệnh nhân có thời lượng giấc ngủ từ 6 – 7 giờ, nhóm chứng có 5,7% bệnh nhân có thời lượng giấc ngủ > 7 giờ và 40,0% bệnh nhân có thời lượng giấc ngủ từ 6 – 7 giờ. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh trước và sau điều trị 30 ngày của 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.3. Hiệu quả của giấc ngủ

Bảng 3.11. Hiệu quả giấc ngủ theo giai đoạn điều trị sau 15 ngày

Hiệu quả của giấc ngủ	Nhóm Nghiên cứu				Nhóm chứng				P
	D0		D15		D0		D15		
	n (35)	%	n (35)	%	n (35)	%	n (35)	%	
> 85%	0	0	0	0	0	0	0	0	< 0,05
75 – 84%	6	17,1	19	54,3	2	5,7	6	17,1	
65 – 74%	13	37,2	16	45,7	13	37,2	19	54,3	
< 65%	16	45,7	0	0	20	57,1	10	28,6	
P_{0-15}	< 0,05				< 0,05				

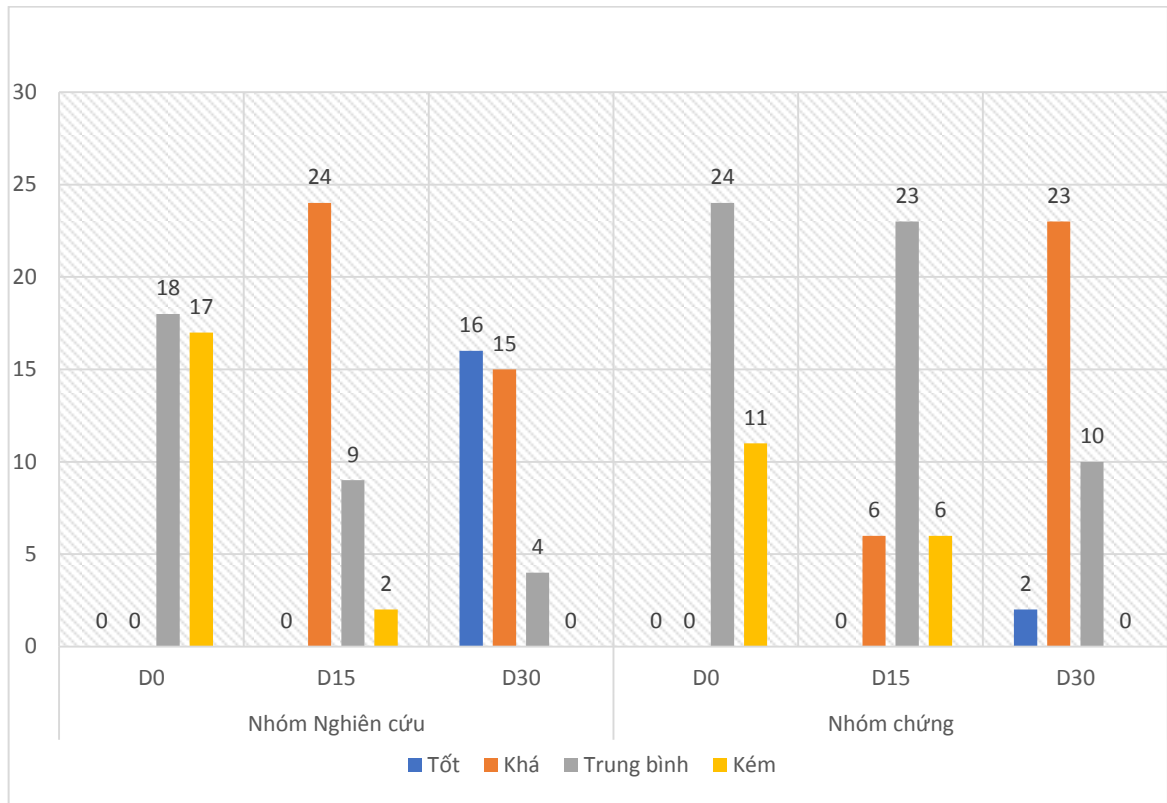
Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị chưa có bệnh nhân nào có hiệu quả của giấc ngủ > 85%, ở nhóm nghiên cứu có 54,3% bệnh nhân đạt hiệu quả 75-84%, 45,7% bệnh nhân đạt hiệu quả 65 – 74% và không có bệnh nhân nào có hiệu quả dưới 65%, ở nhóm chứng có 17,1% bệnh nhân đạt hiệu quả 75-84%, 54,3% bệnh nhân đạt hiệu quả 65 – 74% và 28,6% bệnh nhân có hiệu quả dưới 65%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.12. Hiệu quả giấc ngủ theo giai đoạn điều trị sau 30 ngày

Hiệu quả của giấc ngủ	Nhóm Nghiên cứu				Nhóm chứng				P
	D0		D30		D0		D30		
	n (35)	%	n (35)	%	n (35)	%	n (35)	%	
> 85%	0	0	11	31,4	0	0	1	2,9	<0,05
75 – 84%	6	17,1	17	48,6	2	5,7	19	54,2	
65 – 74%	13	37,2	7	20,0	13	37,2	14	40,0	
< 65%	16	45,7	0	0	20	57,1	1	2,9	
P_{0-30}	<0,05				<0,05				

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu có 31,4% bệnh nhân đạt hiệu quả trên 85%, 48,6% bệnh nhân đạt hiệu quả 75-84%, 20,0% bệnh nhân đạt hiệu quả 65 – 74% và không có bệnh nhân nào có hiệu quả dưới 65%, ở nhóm chứng có 2,9% bệnh nhân đạt hiệu quả trên 85%, 54,2% bệnh nhân đạt hiệu quả 75-84%, 40,0% bệnh nhân đạt hiệu quả 65 – 74% và 2,9% bệnh nhân có hiệu quả dưới 65%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.4. Chất lượng giấc ngủ đánh giá theo chủ quan của bệnh nhân



Biểu đồ 3.2. Chất lượng giấc ngủ đánh giá theo chủ quan của bệnh nhân

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị chưa có bệnh nhân nào đánh giá chất lượng giấc ngủ của bản thân ở mức tốt, nhóm nghiên cứu bệnh nhân đánh giá chủ quan giấc ngủ của bản thân ở mức độ khá chiếm 68,6%, trong khi đó đa số bệnh nhân nhóm chứng đánh giá ở mức trung bình với 65,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 30 ngày điều trị, không còn bệnh nhân nào đánh giá chất lượng giấc ngủ của bản thân ở mức kém, nhóm nghiên cứu bệnh nhân đánh giá chủ quan giấc ngủ của bản thân ở mức độ tốt chiếm 45,7%, mức khá chiếm 42,9% và trung bình chiếm

11,4%, trong khi đó đa số bệnh nhân nhóm chứng đánh giá ở mức khá 65,7% và mức trung bình 28,6%, chỉ có 5,7% đạt mức tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.5. Đánh giá mức độ rối loạn giấc ngủ sau can thiệp

Bảng 3.13. Mức độ rối loạn giấc ngủ sau can thiệp 15 ngày

Mức độ rối loạn giấc ngủ	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
Không rối loạn	0	0	0	0	< 0,05
Rối loạn nhẹ	23	65,7	12	34,3	
Rối loạn vừa	12	34,3	23	65,7	
Rối loạn nặng	0	0	0	0	
Tổng	35	100%	35	100%	

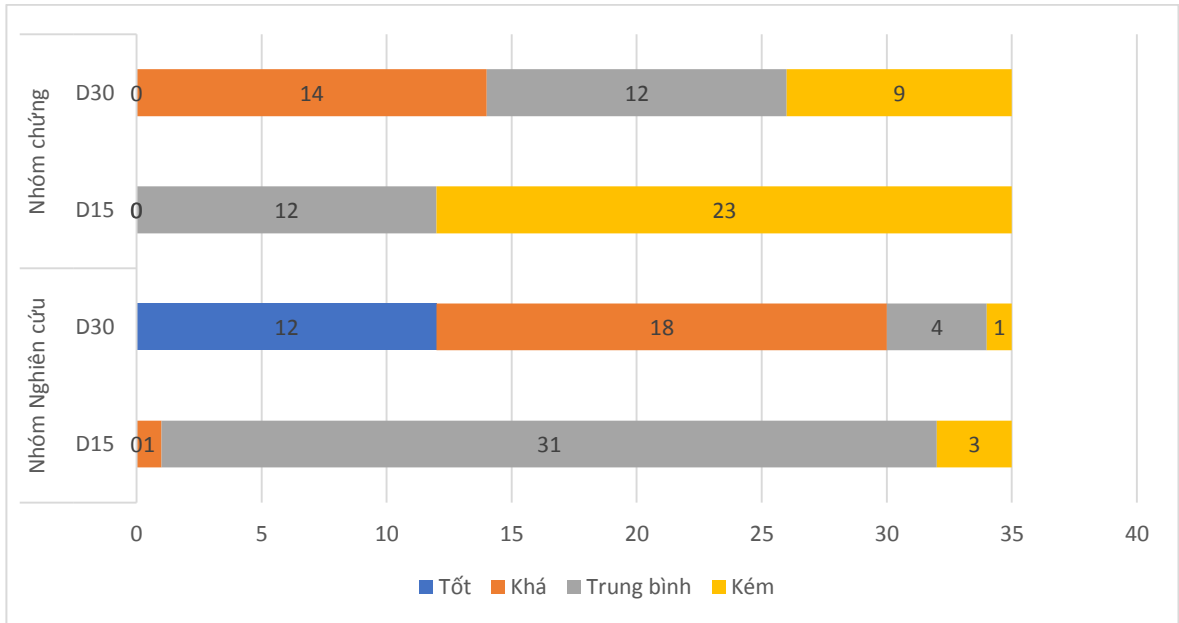
Nhận xét: Sau 15 ngày can thiệp không có bệnh nhân nào đạt mức không rối loạn và không có bệnh nhân nào còn rối loạn nặng, ở nhóm nghiên cứu mức độ vừa còn 34,3%, mức độ nhẹ là 65,7%. Nhóm chứng rối loạn mức độ vừa là 65,7%, mức độ nhẹ là 34,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.14. Mức độ rối loạn giấc ngủ sau can thiệp 30 ngày

Mức độ rối loạn giấc ngủ	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
Không rối loạn	14	40,0	0	0	< 0,05
Rối loạn nhẹ	19	54,3	26	74,3	
Rối loạn vừa	2	5,7	9	25,7	
Rối loạn nặng	0	0	0	0	
Tổng	35	100%	35	100%	

Nhận xét: Sau 30 ngày can thiệp không còn bệnh nhân nào có rối loạn nặng, ở nhóm nghiên cứu mức độ vừa còn 5,7%, mức độ nhẹ là 54,3%, không còn rối loạn là 40%. Nhóm chứng rối loạn mức độ vừa là 25,7%, mức độ nhẹ là 74,3% và không có bệnh nhân nào đạt mức không rối loạn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.6. Đánh giá kết quả điều trị chung theo thang PSQI



Biểu đồ 3.3. Đánh giá kết quả điều trị chung theo thang PSQI

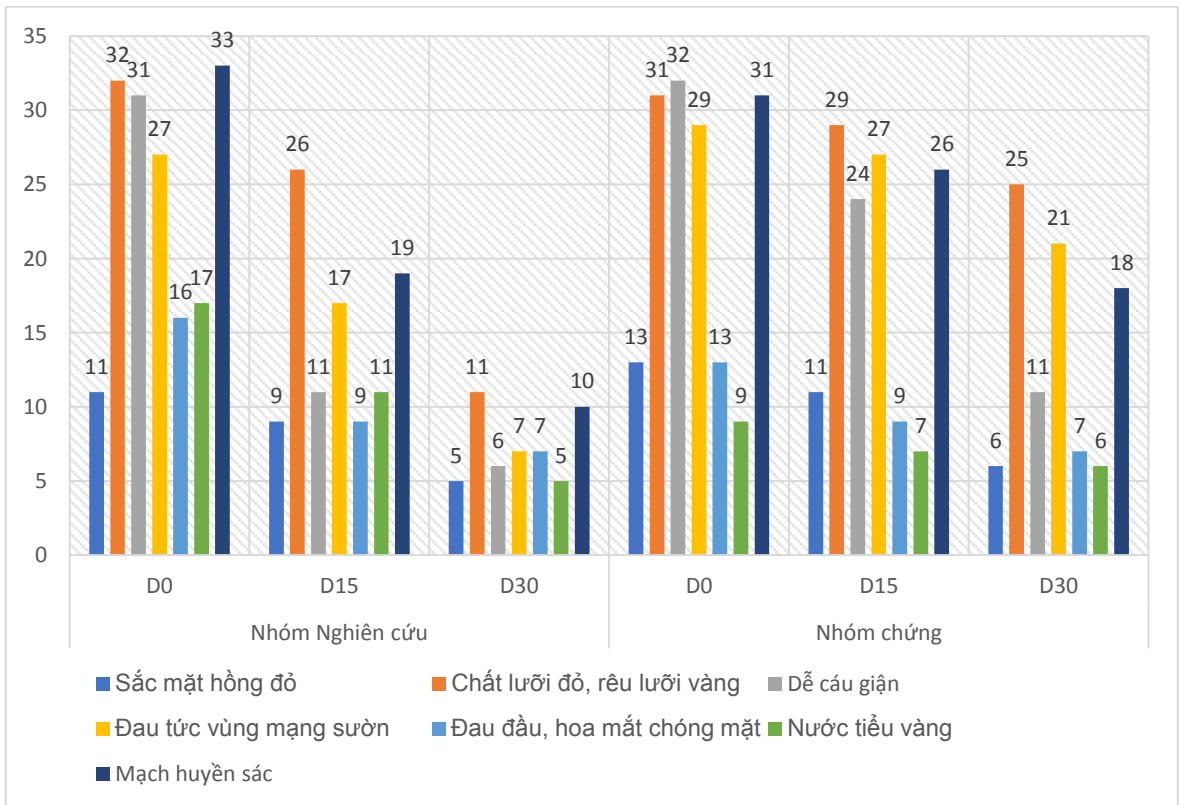
Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu đa số bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình chiếm 88,6%, trong khi đó nhóm chứng có đa số bệnh nhân vẫn đạt kết quả điều trị kém chiếm 65,7%. Sau 30 ngày điều trị, kết quả điều trị khá, tốt theo thang PSQI tăng lên đáng kể, nhóm nghiên cứu có 34,3% (12/35) bệnh nhân đạt kết quả tốt, 51,4% (18/35) bệnh nhân đạt kết quả khá và chỉ có 2,9% (1/35) bệnh nhân kết quả kém. Nhóm chứng không có bệnh nhân nào đạt kết quả tốt, đa số bệnh nhân đạt kết quả khá 40%, kết quả trung bình 34,3% và có 25,7% bệnh nhân đạt kém không đáp ứng với điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.15. Đánh giá kết quả điều trị điểm trung bình chung theo thang PSQI

Thời điểm	Nhóm Nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm Chứng ($\bar{X} \pm SD$)	P
D0	14,9 ± 3,41	15,09 ± 2,76	> 0,05
D15	9,6 ± 2,69	12,37 ± 3,16	< 0,05
D30	4,97 ± 2,60	9,06 ± 2,70	< 0,05
p	< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Tổng điểm đánh giá CLGN theo thang Pittsburgh tại 3 thời điểm ngày đầu, ngày thứ 15 và ngày thứ 30 sau điều trị lần lượt tại nhóm nghiên cứu là 14,91 ± 3,41; 9,57 ± 2,69; 4,97 ± 2,60, trong khi đó nhóm chứng là 15,09 ± 2,76; 12,37 ± 3,16; 9,06 ± 2,70. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p_{0-15} < 0,05$ và $p_{15-30} < 0,05$.

3.2.7. Kết quả cải thiện các triệu chứng thể bệnh Can khí uất kết:



Biểu đồ 3.4. Cải thiện các triệu chứng thể bệnh Can khí uất kết

Nhận xét: Sau điều trị nhóm nghiên cứu có các triệu chứng cải thiện tốt như mạch huyền sắc còn 28,6% bệnh nhân, đau tức vùng mạn sườn, thay đổi chất lưỡi, rêu lưỡi. Sự khác biệt với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Sự biến đổi một số chỉ số trên điện não đồ sau điều trị

3.3.1. Đánh giá sự biến đổi các chỉ số của sóng alpha trên điện não đồ trước và sau điều trị:

Bảng 3.16. Sự biến đổi các chỉ số của sóng alpha trên điện não đồ

Chỉ tiêu	Nhóm	Nhóm nghiên cứu $\bar{X} \pm SD$		Nhóm chứng $\bar{X} \pm SD$		p
		D ₀	D ₃₀	D ₀	D ₃₀	
Tần số		10,7 ± 1,5	10,9 ± 1,4	10,3 ± 1,6	10,8 ± 1,5	> 0,05
Biên độ		48,7 ± 15,1	50,0 ± 13,3	49,1 ± 12,6	50,5 ± 11,3	> 0,05

Nhận xét: Các chỉ số tần số và biên độ trong giới hạn bình thường, sự khác biệt giữa 2 nhóm trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.3.2. Đánh giá sự biến đổi các chỉ số của sóng beta trên điện não đồ trước và sau điều trị

Bảng 3.17. Sự biến đổi các chỉ số của sóng beta trên điện não đồ

Chỉ tiêu	Nhóm	Nhóm nghiên cứu $\bar{X} \pm SD$		Nhóm chứng $\bar{X} \pm SD$		p
		D ₀	D ₃₀	D ₀	D ₃₀	
Tần số		44,8 ± 14,2	45,3 ± 13,9	40,4 ± 17,7	45,0 ± 12,2	> 0,05
Biên độ		16,5 ± 5,7	15,3 ± 5,4	16,7 ± 6,1	17,1 ± 6,0	> 0,05

Nhận xét: Các chỉ số về tần số và biên độ đều trong giới hạn bình thường, sự khác biệt giữa 2 nhóm trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.4. Một số tác dụng không mong muốn

3.4.1. Đánh giá sự biến đổi tần số mạch, huyết áp trung bình trước và sau điều trị

Bảng 3.18. Biến đổi tần số mạch, huyết áp trước và sau điều trị

Chỉ số \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu			Nhóm chứng			p
	$\bar{X} \pm SD$			$\bar{X} \pm SD$			
	D ₀	D ₁₅	D ₃₀	D ₀	D ₁₅	D ₃₀	
Mạch	75 ± 4,7	75,6 ± 3,8	75,8 ± 3,5	75,5 ± 3,8	75,7 ± 3,6	76,2 ± 3,6	> 0,05
Huyết áp tâm thu	119 ± 8,0	118 ± 8,6	115 ± 6,1	120 ± 10	120 ± 9,5	117 ± 6,0	> 0,05
Huyết áp tâm trương	76 ± 6,0	74 ± 5,0	70 ± 3,0	73 ± 8,0	74 ± 6,5	72 ± 4,4	> 0,05

Nhận xét: Kết quả theo dõi mạch, chỉ số huyết áp trước và sau điều trị của các đối tượng tham gia nghiên cứu thay đổi không đáng kể, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

3.4.2. Một số tác dụng không mong muốn khác

Bảng 3.19. Một số tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu	
	n (70)	%
Chảy máu	2	2,9
Đau sưng	1	1,4
Dị ứng	0	0
Vụng châm	0	0

Nhận xét: Trong tổng số lần cấy chỉ cho 70 bệnh nhân nghiên cứu tại 2 thời điểm D15 và D30 có tần số xuất hiện tác dụng không mong muốn của chảy máu là 2,9% và đau sưng là 1,4% nhưng mức độ là không trầm trọng, không có vụng châm và dị ứng.

Chương 4

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 70 bệnh nhân rối loạn giấc ngủ không thức tồn thể Can khí uất kết tại bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng. Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm, nhóm nghiên cứu được tiến hành cấy chỉ (02 liệu trình, mỗi liệu trình sau 15 ngày) và tập thở bốn thì có kê móng và giơ chân theo phương pháp dưỡng sinh của bác sĩ Nguyễn Văn Hương, nhóm chứng được cấy chỉ. Đánh giá tình trạng rối loạn giấc ngủ tại thời điểm sau 15 ngày (D15) và sau 30 ngày can thiệp (D30). Kết quả nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có tình trạng rối loạn giấc ngủ nặng hơn và phải chuyển phác đồ điều trị.

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi:

Kết quả bảng 3.1 cho thấy độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $49,7 \pm 12,6$, nhóm chứng là $48,2 \pm 14,6$, sự khác biệt độ tuổi trung bình giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu có độ tuổi từ 46-60 với tỉ lệ lần lượt ở nhóm nghiên cứu là 34,2% và nhóm chứng là 40,0%. Sự khác biệt tỷ lệ giới tính giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này đảm bảo tính tương đồng về độ tuổi của nhóm chứng và nhóm nghiên cứu.

Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Ngô Quang Vinh (2018) khi độ tuổi trung bình của mất ngủ ở nghiên cứu này là $49,20 \pm 11,80$ [28].

Độ tuổi thường gặp của thể Can khí uất kết là bệnh nhân trẻ tuổi với những áp lực công việc, gia đình, xã hội, tuy nhiên ở nhóm có độ tuổi > 60 của chúng tôi chiếm 17/70 bệnh nhân vì phần lớn bệnh đến khám tại bệnh viện Y học cổ truyền đa số là bệnh nhân cao tuổi. Hơn nữa chúng tôi chỉ nghiên cứu cỡ mẫu với số lượng ít, nên nếu nghiên cứu ở cỡ mẫu với số lượng lớn hơn có thể cho kết quả khác.

4.1.2. Đặc điểm phân bố tỷ lệ giới tính của đối tượng tham gia nghiên cứu:

Theo bảng 3.2 về sự phân bố giới của đối tượng nghiên cứu cho thấy tỷ lệ

phụ nữ chiếm lần lượt ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là 60%, 54% cao hơn nam giới. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này đảm bảo tính tương đồng về tỷ lệ giới tính giữa hai nhóm.

Theo đề tài nghiên cứu của Đặng Hồng Quân (2018) [24] tỷ lệ nữ là 63,33% so với nam là 36,67%. So với đề tài nghiên cứu của chúng tôi có sự chênh lệch không đáng kể. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Quera-Salva (1991) ở Pháp đó là có sự gia tăng về tần suất các lời than phiền bị mất ngủ ở phụ nữ, đặc biệt là phụ nữ ở độ tuổi 45 trở lên. Trupin năm 1992 đã nghiên cứu mối quan hệ giữa chứng mất ngủ và chu kỳ kinh nguyệt, sự căng thẳng thần kinh ở thời kỳ tiền mãn kinh và lúc mãn kinh có sự liên quan đến sự giảm sút hormon estrogen [41].

Theo Y học cổ truyền, nữ giới can huyết thường bất túc, can dương thường hữu dư. Kết quả độ tuổi tham gia nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân từ 46-60 tuổi, giai đoạn tiền mãn kinh, thiên quý suy, công năng tạng phủ rối loạn. Chức năng sơ tiết của can bị rối loạn, kết hợp với nội nhân khiến nữ giới dễ bị can khí uất kết hơn.

4.1.3. Nghề nghiệp:

Kết quả bảng 3.3 cho thấy bệnh nhân nghiên cứu đa số là lao động trí óc, tại nhóm nghiên cứu là 40,0% và tại nhóm chứng là 42,9%. Nghề khác như buôn bán tự do, hưu trí, thất nghiệp, nội trợ có tỷ lệ thấp nhất tại nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là 25,7%. Sự khác biệt tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này đảm bảo tính tương đồng về đặc điểm nghề nghiệp giữa hai nhóm.

Giải thích cho điều này, có thể người lao động trí óc dễ bị các sang chấn về tâm lý, lao động tay chân (công nhân, nông nhân) thường phải làm việc nhiều hoặc quá sức, làm việc ngoài giờ làm rối loạn chức năng sinh lý của giấc ngủ.

4.1.4. Tình trạng hôn nhân và hoàn cảnh gia đình:

Bảng 3.4 cho thấy hầu hết bệnh nhân nghiên cứu đã lập gia đình, lần lượt tại nhóm nghiên cứu là 31/35 bệnh nhân (chiếm 88,6%), nhóm chứng là 26/35 (chiếm 74,3%). Nhóm nghiên cứu có 3/35 bệnh nhân độc thân (chiếm 8,6%) và 1/35 bệnh

nhân đã ly hôn (2,8%), trong đó nhóm chứng lần lượt là 4/35 (chiếm 11,4%) và 5/35 (chiếm 14,3%). Sự khác biệt tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này đảm bảo tính tương đồng về tình trạng hôn nhân và hoàn cảnh gia đình giữa hai nhóm.

Nghiên cứu này của chúng tôi khác với nghiên cứu của: Quera- Salva (1991); Hohagen (1993), Ohayyon (1996), Ustun (1996) về “Các rối loạn giấc ngủ và việc sử dụng lâu dài các loại thuốc ngủ với tuổi tác, giới tính, tình trạng hôn nhân và công việc”. Trong các nghiên cứu trên đã chỉ ra khuôn mẫu cổ điển của bệnh nhân bị mất ngủ là phụ nữ lớn tuổi, không có việc làm, trước đó đã từng kết hôn [36].

Qua số liệu bảng 3.4 có thể thấy mất ngủ có liên quan đến yếu tố gia đình. Đó có thể là mâu thuẫn gia đình, áp lực trong công việc, sự lo lắng kéo dài... tạo ra stress cho bệnh nhân. Tác nhân stress trường diễn là những tác nhân xuất phát từ những tình huống quen thuộc lặp đi lặp lại trong đời sống hàng ngày. Tác nhân stress cấp tính là những tình huống mà chủ thể không lường trước được, mang tính chất dữ dội như bị tấn công bất ngờ, thiên tai thảm họa, người thân mất đột ngột... Những căng thẳng thần kinh, áp lực trong công việc, bức tức trong mâu thuẫn gia đình cấp tính hoặc kéo dài, bệnh nhân hay giận dữ quá độ sẽ ảnh hưởng đến công năng tạng can theo lý luận YHCT. Tức giận nhiều làm tổn thương tạng can. Can khí uất kết lâu ngày hóa nhiệt, hóa hỏa làm nhiễu loạn tâm thần, không tàng được hồn gây mất ngủ.

4.1.5. Thời gian mất ngủ xuất hiện mất ngủ trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu:

Kết quả bảng 3.5 cho thấy thời gian mất ngủ trung bình tính trên 35 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu là $9,1 \pm 7,5$ tháng, giao động từ 3 đến 36 tháng và nhóm chứng là $13,7 \pm 9,6$, giao động từ 2 đến 35 tháng. Sự khác biệt thời gian giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Đoàn Văn Minh (2009), Nguyễn Thị Tân, số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 12 tháng chiếm 72,09% [17]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Phát có thời gian mất ngủ kéo dài hơn (trung bình $24,96 \pm 26,90$) [23]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

cho thấy bệnh nhân đến sớm hơn so với tác giả Nguyễn Đình Phát, tuy nhiên thời gian mất ngủ đã kéo dài và trở thành mạn tính, đa số bệnh nhân ghi nhận rằng đã sử dụng nhiều phương pháp điều trị khác trước khi tham gia nghiên cứu.

Thời gian mất ngủ trung bình của nhóm nghiên cứu kéo dài trong nhiều tháng cho thấy cần phải có một chiến lược quản lý giấc ngủ, và vấn đề điều trị bệnh nhân mất ngủ là rất phức tạp.

4.1.6. Tính chất xuất hiện mất ngủ:

Bảng 3.6 cho thấy bệnh nhân nghiên cứu đều xuất hiện mấy ngủ từ từ, lần lượt tại nhóm nghiên cứu là 74,3%, nhóm chứng là 77,1%. Nhóm nghiên cứu có 25,7% bệnh nhân xuất hiện đột ngột, trong đó nhóm chứng là 22,9%. Sự khác biệt tỷ lệ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này đảm bảo tính tương đồng về tính chất xuất hiện giấc ngủ giữa hai nhóm.

Kết quả này chứng tỏ bệnh nhân chịu sự tác động của stress một khoảng thời gian dài, nhưng những sang chấn tâm lý này không quá nặng nề. Tuy nhiên, việc nghiên cứu tìm ra các phương pháp điều trị là vô cùng cần thiết. Tình trạng can khí uất kết lâu ngày sẽ truyền bệnh theo quy luật tương sinh, tương khắc, tương thừa, tương vũ khiến ngũ tạng đều rối loạn làm cho quá trình điều trị khó khăn hơn.

4.1.7. Đặc điểm thời lượng giấc ngủ và đánh giá chủ quan chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân tham gia nghiên cứu:

Kết quả bảng 3.7 cho thấy đa số bệnh nhân có thời gian giấc ngủ < 6 giờ, trong đó tại nhóm nghiên cứu có 16 bệnh nhân (45,7%) < 5 giờ và nhóm chứng có 19 bệnh nhân (54,3%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này đảm bảo tính tương đồng về thời lượng giấc ngủ của đối tượng tham gia nghiên cứu trước can thiệp.

Thời gian lượng giấc ngủ trung bình tính trên 35 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu là $4,14 \pm 1,2$ và nhóm chứng là $3,8 \pm 1,3$. Sự khác biệt thời gian giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này đảm bảo tính tương đồng về thời lượng giấc ngủ của đối tượng tham gia nghiên cứu trước can thiệp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời lượng giấc ngủ nhiều hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Đoàn Văn Minh (2009) [17] trước điều trị đối tượng nghiên cứu có thời lượng giấc ngủ trung bình là 2,93 giờ.

Theo lý luận Y học cổ truyền, Can có tác dụng thăng phát (sơ), thấu tiết (tiết), chịu trách nhiệm về sự điều đạt khí cơ của bệnh nhân. Chức năng sinh lý này của tạng Can có ảnh hưởng rõ rệt đến tình trạng tâm sinh lý của cơ thể. Chức năng sơ tiết của Can nếu thông sướng điều đạt thì tâm trạng sáng khoái, người thấy nhẹ nhàng. Còn ngược lại, khi chức năng này bị rối loạn, người bệnh cảm thấy bực dọc, dễ nổi giận, dễ cáu gắt. Can khí uất hóa hỏa, hỏa quấy nhiễu thần minh mà ngủ khó, ngủ không sâu giấc.

4.1.8. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng theo Y học cổ truyền:

Kết quả bảng 3.8 cho thấy tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu có các triệu chứng của thể Can khí uất kết là: Chất lưỡi đỏ, rêu lưỡi vàng (90,0%), dễ cáu giận (90,0%), đau tức vùng mạn sườn (80,0%) và mạch huyền sắc (91,4%). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này đảm bảo tính tương đồng về triệu chứng lâm sàng Y học cổ truyền giữa hai nhóm.

Tức giận nhiều làm tổn thương tạng can. Can khí uất kết lâu ngày hóa nhiệt, hóa hỏa làm nhiễu loạn tâm thần gây mất ngủ, dễ cáu giận. Can khí uất kết nên tức ngực, đau vùng mạn sườn. Can khí phạm vị nên bệnh nhân chán ăn, miệng khát thích uống nước. Miệng đắng, mắt đỏ, ù tai, nước tiểu vàng, lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền sắc là biểu hiện của can hỏa. Nếu can khí uất kết hóa hỏa, can đờm thực nhiệt thì người bệnh chóng mặt, hoa mắt, đau đầu dữ dội. Nhiệt tà làm tổn thương tân dịch nên đại tiện táo, rêu lưỡi vàng khô, mạch huyền hoạt sắc.

4.2. Tác dụng điều trị mất ngủ của dưỡng sinh (thở bốn thì có kê môn và gio chân của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng) kết hợp cây chỉ và cây chỉ đơn thuần kết hợp cây chỉ và cây chỉ đơn thuần

4.2.1. Thời gian đi vào giấc ngủ:

Khó đi vào giấc ngủ là bệnh nhân không thấy có cảm giác buồn ngủ, trần trọc, căng thẳng, lo âu, có khi nhắm mắt muốn ngủ nhưng não vẫn tỉnh, thường mất từ hơn 30 phút đến hơn 1 giờ mới đi và giấc ngủ. Khó vào giấc ngủ là triệu chứng

thường gặp ở các đối tượng nghiên cứu này, có ảnh hưởng rất lớn đến giấc ngủ mà hầu hết các bệnh nhân than phiền, cảm thấy lo lắng và khó chịu nhiều nhất. Bệnh nhân phải mất gần 60 phút để đi vào giấc ngủ chiếm tỷ lệ rất cao trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt tại nhóm nghiên cứu là 42,9% và nhóm chứng là 60,0%. Tuy nhiên, qua quá trình điều trị bằng dưỡng sinh kết hợp với cây chỉ và cây chỉ đơn thuần, thời gian đi vào giấc ngủ có sự cải thiện khá rõ, sau 15 ngày điều trị, tại nhóm nghiên cứu không còn bệnh nhân nào cần trên 60 phút để đi vào giấc ngủ và trong khi đó tại nhóm chứng giảm từ 34,3% xuống còn 20,0%. Nhưng tại cả 2 nhóm vẫn chưa có bệnh nhân nào dưới 15 phút là có thể đi vào giấc ngủ. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 30 ngày điều trị, tại nhóm nghiên cứu đã có 51,4% bệnh nhân cần dưới 15 phút là có thể ngủ được còn tại nhóm nghiên cứu chỉ có 2,9%; tại cả 2 nhóm không còn bệnh nhân nào trên 60 phút để đi vào giấc ngủ.

Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ ở thời điểm D0 và D15 ở nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tuy nhiên, ở nhóm nghiên cứu lại có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, điều này chứng tỏ, sự kết hợp giữa dưỡng sinh và cây chỉ có kết quả tốt hơn so với cây chỉ đơn thuần.

Sự thay đổi thời gian đi vào giấc ngủ ở thời điểm D0 và D30 ở cả 2 nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, điều đó cho thấy sự kết hợp giữa dưỡng sinh và cây chỉ có kết quả tốt hơn so với cây chỉ đơn thuần trong điều trị rối loạn giấc ngủ thể Can khí uất kết.

4.2.2. Thời lượng giấc ngủ:

Thời lượng giấc ngủ là một trong những yếu tố quan trọng để đánh giá CLGN. Bệnh nhân mất ngủ thường có thời lượng giấc ngủ giảm, thậm chí thức trắng đêm. Với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trước khi điều trị đa số bệnh nhân ở cả nhóm chứng và nhóm nghiên cứu có thời lượng giấc ngủ < 6 giờ. Sau 15 ngày điều trị, bệnh nhân có thời lượng giấc ngủ tập trung phần lớn ở nhóm nghiên cứu từ 6 – 7 giờ còn nhóm chứng là từ 5 – 6 giờ, sự khác biệt giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê. Sau 30 ngày điều trị, đã có 34,2% bệnh nhân ngủ được > 7 giờ tại nhóm nghiên cứu và 5,7% bệnh nhân ở nhóm chứng ngủ được > 7 giờ, sự khác biệt giữa 2

nhóm là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả bảng 3.9 và 3.10 cho thấy thời lượng giấc ngủ sau 15 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu là $5,6 \pm 0,8$ và nhóm chứng là $4,9 \pm 1,1$ sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời lượng giấc ngủ sau 30 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu là $7,0 \pm 0,6$ và nhóm chứng là $6,0 \pm 0,8$ sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của tác giả Đoàn Văn Minh (2009) [17], sau 30 ngày điều trị bằng châm cứu, nhóm nghiên cứu có thời lượng giấc ngủ trung bình là 5,97 giờ. Với kết quả điều trị nhóm chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả tương tự tác giả Vũ Thị Châu Loan (2016) [14] với kết quả đề tài "Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ không thực tổn bằng phép thư giãn y học cổ truyền" cho thấy thời lượng giấc ngủ trung bình sau điều trị tăng $4,5 \pm 1,02$ giờ/đêm.

Bệnh nhân qua quá trình tập luyện dưỡng sinh thì giúp điều hòa quá trình hưng phấn ức chế, giảm sự căng thẳng thần kinh, tăng nồng độ oxy máu điều đó cho thấy dưỡng sinh có hiệu quả trong điều trị rối loạn giấc ngủ thể Can khí uất kết. Tuy nhiên, kết hợp với cây chỉ cho kết quả thời giấc ngủ tốt hơn mà cụ thể là thời gian bệnh nhân ngủ kéo dài hơn. Sự kết hợp trên giúp cải thiện đáng kể các thời lượng giấc ngủ của bệnh nhân thể Can khí uất kết.

4.2.3. Hiệu quả giấc ngủ:

Kết quả bảng 3.11 và 3.12 cho thấy sau 15 ngày điều trị chất lượng giấc ngủ nhóm nghiên cứu có 54,3% đạt hiệu quả 75-84%, tỷ lệ này ở nhóm chứng chỉ là 17,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 30 ngày điều trị chất lượng giấc ngủ nhóm nghiên cứu có 31,4% đạt hiệu quả $>85\%$, tỷ lệ này ở nhóm chứng chỉ là 2,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của Đỗ Như Dân (2011) [9] cho thấy sau quá trình điều trị còn 12,00% bệnh nhân có HQGN dưới 65%. Sự khác biệt này là do sự không đồng nhất của 2 mẫu nghiên cứu. Ở nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có HQGN trước khi điều trị kém hơn rất nhiều so với nghiên cứu của đồng nghiệp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả

Đoàn Văn Minh (2009) [17] với sau 30 ngày can thiệp hiệu quả giấc ngủ trung bình đạt 81,6%. Tác giả Vũ Thị Châu Loan "Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ không thực tồn bằng phép thư giãn y học cổ truyền" cho thấy, hiệu quả giấc ngủ tăng $43,04 \pm 5,35(\%)$ [14].

Sở dĩ bệnh nhân có HQGN kém vẫn còn vì với những bệnh nhân mất ngủ nặng, mất ngủ lâu ngày thì việc điều trị bằng các phương pháp nói chung và thở bốn thì kết hợp cây chỉ sẽ trở nên khó khăn, tiến triển chậm và kém hơn so với những bệnh nhân khác.

Phương pháp tập thở bốn thì có kê mông và giơ chân của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng và cộng sự nhằm giúp cơ thể đi vào trạng thái thư giãn về tinh thần, hô hấp và tuần hoàn, theo nguyên lý YHCT thì bài tập thở bốn thì có dương có âm, có kê mông (từ thấp đến cao) và giơ chân dao động. Có âm có dương là để luyện thần kinh, luyện hai quá trình hưng phấn và ức chế, luyện sự thay đổi linh hoạt giữa hai quá trình ấy, chủ động về xúc cảm, vui buồn, giận ghét, lo lắng, sợ sệt, kinh hoàng... làm cho hơi thở ngày càng mạnh lên, để khí huyết chạy đều, không bị ứ trệ.

Kết hợp thêm phương pháp cấy chỉ catgut được cấy vào huyết vị tác dụng với tính chất vật lý, tạo ra một kích thích cơ học như châm cứu nên có cơ chế tác dụng như cơ chế tác dụng của châm cứu. Tuy nhiên cách giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu hiện nay chưa thống nhất, cách giải thích được nhiều người công nhận nhất là giải thích cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết thần kinh - thể dịch (YHHĐ) và học thuyết kinh lạc (YHCT). Cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết thần kinh - thể dịch (YHHĐ): Châm cứu là một kích thích gây ra cung phản xạ mới có tác dụng ức chế và phá vỡ cung phản xạ bệnh lý (theo volganic và kassin Liên Xô cũ có tác dụng tại chỗ, tác dụng tiết đoạn và tác dụng toàn thân). Cơ chế tác dụng của châm cứu theo học thuyết YHCT: Khi có bệnh tức là mất cân bằng Âm - Dương, rối loạn hoạt động bình thường của hệ kinh lạc. Châm cứu có tác dụng điều hòa Âm - Dương và điều hòa cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc. Với công thức huyết là: Bách hội, An miên 1, Nội quan, Tam âm giao, Can du, Thái Xung giúp thanh can tả hỏa, bình can tức phong, an thần định chí. Từ đó bệnh nhân ngủ tốt hơn.

Việc kết hợp hai phương pháp giúp cải thiện thời gian vào giấc và kéo dài thời lượng giấc ngủ, từ đó cải thiện được hiệu quả giấc ngủ.

4.2.4. Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan của bệnh nhân:

Giấc ngủ được đánh giá là có hiệu quả hay không tùy thuộc vào cảm nhận chủ quan của từng người. Có những bệnh nhân thời gian giấc ngủ ngắn nhưng sâu, sau khi ngủ dậy thấy cơ thể thoải mái, không mệt nhọc thì có thể đánh giá là giấc ngủ tốt. Ngược lại, nhiều bệnh nhân có thời gian ngủ kéo dài nhưng người vẫn mệt mỏi, hay ngáp vặt sau khi tỉnh. Đây là biểu hiện của một giấc ngủ không hiệu quả. Ở nghiên cứu của chúng tôi, CLGN theo đánh giá chủ quan của người bệnh có cải thiện rõ rệt sau quá trình điều trị.

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy sau 15 ngày điều trị chưa có bệnh nhân nào đánh giá chất lượng giấc ngủ của bản thân ở mức tốt, nhóm nghiên cứu bệnh nhân đánh giá chủ quan giấc ngủ của bản thân ở mức độ khá chiếm 68,6%, trong khi đó đa số bệnh nhân nhóm chứng đánh giá ở mức trung bình với 65,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sau 30 ngày điều trị, không còn bệnh nhân nào đánh giá chất lượng giấc ngủ của bản thân ở mức kém, nhóm nghiên cứu bệnh nhân đánh giá chủ quan giấc ngủ của bản thân ở mức độ tốt chiếm 45,7%, mức khá chiếm 42,9% và trung bình chiếm 11,4%, trong khi đó đa số bệnh nhân nhóm chứng đánh giá ở mức khá 65,7% và mức trung bình 28,6%, chỉ có 5,7% đạt mức tốt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Theo Đoàn Văn Minh [17], điện châm huyết Nội quan, Thần môn, Tâm âm giao điều trị mất ngủ không thực tồn thì kết quả trước điều trị có 93,3% bệnh nhân ngủ kém, sau điều trị có 31,7% bệnh nhân ngủ tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 30 ngày can thiệp đa số bệnh nhân hài lòng ở mức độ khá và tốt. Sự khác biệt với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.

Phương pháp thở bốn thì có kê mông và giơ chân kết hợp cây chỉ giúp cơ thể được thư giãn, giải tỏa được stress đồng thời, dưới tác dụng kích thích liên tục qua cơ chế thần kinh và thể dịch của cây chỉ đã giúp bệnh nhân cải thiện về thời gian vào giấc, thời lượng giấc ngủ và hiệu quả giấc ngủ. Kết quả nghiên cứu về mức độ chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan cũng tương ứng với kết quả cải thiện

hiệu quả giấc ngủ.

4.2.5. Kết quả điều trị chung theo thang điểm PSQI:

Kết quả bảng 3.13 và bảng 3.14 cho thấy sau 15 ngày can thiệp không có bệnh nhân nào đạt mức không rối loạn và không có bệnh nhân nào còn rối loạn nặng, ở nhóm nghiên cứu mức độ vừa còn 34,3%, mức độ nhẹ là 65,7%. Nhóm chứng rối loạn mức độ vừa là 65,7%, mức độ nhẹ là 34,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau 30 ngày can thiệp không còn bệnh nhân nào có rối loạn nặng, ở nhóm nghiên cứu mức độ vừa còn 5,7%, mức độ nhẹ là 54,3%, không còn rối loạn là 40%. Nhóm chứng rối loạn mức độ vừa là 25,7%, mức độ nhẹ là 74,3% và không có bệnh nhân nào đạt mức không rối loạn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy sau 15 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu đa số bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình chiếm 88,6%, trong khi đó nhóm chứng có đa số bệnh nhân vẫn đạt kết quả điều trị kém chiếm 65,7%. Sau 30 ngày điều trị, số lượng bệnh nhân đạt kết quả điều trị khá tốt theo thang PSQI tăng lên đáng kể, tại nhóm nghiên cứu có 34,3% (12/35) bệnh nhân đạt kết quả tốt, 51,4% (18/35) bệnh nhân đạt kết quả khá và chỉ có 2,9% (1/35) bệnh nhân có kết quả kém. Trong khi đó tại nhóm chứng không có bệnh nhân nào đạt kết quả tốt, đa số bệnh nhân đạt kết quả khá 40%, kết quả trung bình 34,3% và có 25,7% bệnh nhân đạt kém không đáp ứng điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả bảng 3.15 cho thấy sau 15 ngày can thiệp nhóm nghiên cứu có điểm PSQI giảm trung bình 5,34 điểm (từ $14,91 \pm 3,41$ điểm xuống còn $9,57 \pm 2,69$ điểm), trong khi đó nhóm chứng điểm PSQI chỉ giảm trung bình 2,71 điểm (từ $15,09 \pm 2,76$ điểm xuống còn $12,37 \pm 3,16$ điểm). Sau 30 ngày, nhóm nghiên cứu điểm PSQI giảm trung bình 10 điểm (từ $14,91 \pm 3,41$ điểm xuống còn $4,97 \pm 2,60$ điểm), nhiều bệnh nhân có điểm PSQI dưới mức 5 điểm, trong khi đó nhóm chứng điểm PSQI chỉ giảm trung bình 6 điểm (từ $15,09 \pm 2,76$ điểm xuống còn $9,06 \pm 2,70$ điểm), mặc dù nhóm chứng có xu hướng cải thiện nhưng còn nhiều bệnh nhân có điểm PSQI trên 5 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả

Đoàn Văn Minh với sau 30 ngày điều trị bằng châm cứu, điểm PSQI trung bình là 5,23 điểm. Ngoài ra kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy sau khi áp dụng kết hợp tập thở bốn thì với cây chỉ đa số bệnh nhân còn rối loạn giấc ngủ mức độ nhẹ[17].

Kết quả nghiên cứu của tác giả Vương Ngạn Hà quan sát hiệu quả điều trị của cây chỉ trong điều trị mất ngủ thể tâm tỳ lương hư trên lâm sàng. Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 60 bệnh nhân và được chia làm 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu dùng phương pháp cây chỉ điều trị, các huyệt gồm: tứ thần thông, nội quan, thần môn, tam âm giao, 10 ngày cây chỉ 1 lần, điều trị 3 lần. Kết quả nghiên cứu dựa trên thang điểm PSQI. Kết quả theo thang điểm PSQI thu được nhóm nghiên cứu trước khi điều trị $21,70 \pm 5,09$, sau khi điều trị $12,57 \pm 6,90$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn của tác giả Vương Ngạn Hà, điều này có thể giải thích do trong thiết kế nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp tập thở bốn thì kết hợp cây chỉ, tạo ra tác dụng hiệp đồng, vừa giúp bệnh nhân vào giấc ngủ dễ dàng hơn, vừa giúp giấc ngủ sâu hơn do vậy điểm PSQI sau điều trị được cải thiện nhiều hơn so với việc sử dụng cây chỉ đơn thuần của tác giả [50].

PSQI được phát triển vào năm 1989 là thang đo thông dụng và sử dụng phổ biến trên toàn cầu, đã được lượng giá về độ tin cậy và tính hiệu lực trong nhiều nghiên cứu trên thế giới. PSQI đã được dịch ra tiếng Việt, tác giả Tô Minh Ngọc và cộng sự (2014) đã kết luận phiên bản tiếng Việt có thể sử dụng trong nghiên cứu lượng giá trên bệnh nhân rối loạn giấc ngủ [19]. Thang điểm PSQI gồm 7 yếu tố nhằm đánh giá chất lượng của giấc ngủ một cách toàn diện nhất.

Phương pháp tập thở bốn thì có kê môn và giờ chân kết hợp cây chỉ đã cải thiện được thời gian vào giấc, thời lượng giấc ngủ và hiệu quả giấc ngủ. Tập thở bốn thì có tác dụng cân bằng âm dương, thư giãn giải tỏa lo âu giúp cơ thể hạn chế ảnh hưởng của các stress hàng ngày (YHCT gọi là nội nhân) từ đó hỗ trợ phần nào ngăn chặn tình trạng bệnh tật nặng hơn. Bên cạnh đó, tác dụng tức thời của thở bốn thì là cân bằng hai quá trình hưng phấn và ức chế, luyện sự thay đổi linh hoạt giữa hai quá trình ấy, chủ động về xúc cảm, vui buồn, giận ghét, lo lắng, sợ sệt, kinh hoàng... làm cho hơi thở ngày càng mạnh lên, để khí huyết chạy đều, không bị ứ trệ từ đó giúp người bệnh dễ dàng đi vào giấc ngủ hơn, giấc ngủ được sâu hơn. Phương pháp cây chỉ vào các huyệt vị

nhằm thanh can hỏa, an thần định trí. Hỏa uất được giải, can tạng được thư thái điều đạt, thần được yên, hồn có chỗ cư ngụ mà bệnh nhân ngủ ngon hơn, sâu giấc hơn, do vậy điểm PSQI cải thiện rõ. Đối với nhóm chứng chỉ dùng tập thở bốn thì đơn thuần, tác dụng thanh can hỏa, lý khí giải uất còn chậm, cần thời gian dài để cơ thể lập lại trạng thái cân bằng, do vậy kết quả cải thiện điểm PSQI thấp hơn so với nhóm nghiên cứu.

4.2.6. Đánh giá kết quả điều trị triệu chứng theo YHCT:

Kết quả biểu đồ 3.4 cho thấy cho thấy sau điều trị nhóm nghiên cứu có các triệu chứng cải thiện tốt: mạch huyền sắc, đau tức vùng mạn sườn, thay đổi chất lưỡi, rêu lưỡi. Sự khác biệt với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo cơ chế bệnh sinh Can khí uất kết lâu ngày hóa nhiệt, hỏa hỏa làm nhiều loạn tâm thần gây mất ngủ, dễ cáu giận. Can khí uất kết nên tức ngực, đau vùng mạn sườn. Can khí phạm vị nên bệnh nhân chán ăn, miệng khát thích uống nước. Miệng đắng, mắt đỏ, ù tai, nước tiểu vàng, lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền sắc là biểu hiện của can hỏa. Nếu can khí uất kết hóa hỏa, can đờm thực nhiệt thì người bệnh chóng mặt, hoa mắt, đau đầu dữ dội. Nhiệt tà làm tổn thương tân dịch nên đại tiện táo, rêu lưỡi vàng khô, mạch huyền hoạt sắc. Phương huyết được sử dụng bao gồm các huyết: Bách hội, An miên 1, Nội quan, Tam âm giao, Can du, Thái xung. Trong đó Nội quan, an miên 1, tam âm giao có tác dụng an thần định trí, huyết thái xung, can du, tam âm giao có tác dụng tả can hỏa, sơ can lý khí. Toàn phương có tác dụng: sơ can lý khí, thanh can thấu nhiệt, an thần định trí từ đó cải thiện tốt các triệu chứng về can khí uất kết hóa hỏa như mạch huyền sắc, đau tức mạn sườn, đặc điểm về lưỡi. Nhóm chứng chỉ đơn thuần sử dụng luyện thở nhằm tạo điều kiện cho cơ thể tự cân bằng do đó cải thiện các triệu chứng YHCT ít hơn so với nhóm nghiên cứu.

4.3. Sự thay đổi một số chỉ số trên điện não đồ sau điều trị

Kết quả bảng 3.16 và 3.17 cho thấy: Các chỉ số về tần số và biên độ đều trong giới hạn bình thường, sự khác biệt giữa 2 nhóm trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Như vậy, trước điều trị ở bệnh nhân mất ngủ có sự giảm biên độ nhịp alpha

do căng thẳng thần kinh kéo dài. Những biến đổi điện não đồ đó trong trạng thái căng thẳng cảm xúc là do tăng hưng phấn của vỏ não, liên quan với sự tăng quá trình chuyển hóa cũng như tăng ảnh hưởng kích thích của thể lưới – thân não. Khi trí óc và thể lực mệt mỏi quá mức, nhịp alpha trở nên không đều đặn, tính chu kỳ của các dao động alpha bị rối loạn, nhịp alpha sẽ giảm biên độ. Sóng beta còn được gọi là sóng căng thẳng, chịu ảnh hưởng của nhiều tác nhân kích thích như lo âu, căng thẳng thần kinh.

Điện não đồ là chỉ số khách quan phản ánh chức năng của các tế bào thần kinh, do đó sự tăng biên độ nhịp alpha và giảm biên độ sóng beta chính là biểu hiện sự phục hồi chức năng của não. Kết quả này cũng cho kết quả tương tự so với nghiên cứu của Nguyễn Đình phát (2016) [23].

4.4. Một số tác dụng không mong muốn

Kết quả bảng 3.18 cho thấy những thay đổi về chỉ số huyết áp, mạch sau can thiệp là không có ý nghĩa thống kê.

Kết quả bảng 3.19 cho thấy trong tổng số lần cấy chỉ cho 70 bệnh nhân nghiên cứu tại 2 thời điểm D15 và D30 có tần số xuất hiện tác dụng không mong muốn của chảy máu là 2,9% và đau sưng là 1,4% nhưng mức độ là không trầm trọng, không có vụng châm và dị ứng.

Theo các tác giả, cấy chỉ là thủ thuật đơn giản, dễ thực hiện, an toàn, ít tai biến. Tác dụng phụ chảy máu vùng cấy chỉ tương đối ít gặp, đặc điểm này phụ thuộc nhiều vào kỹ năng của kỹ thuật viên/ bác sĩ làm thủ thuật. Do vậy để khắc phục tình trạng này, cần có các khóa học ngắn hạn nhằm trao đổi kiến thức và huấn luyện kỹ năng trong thực hành cấy chỉ trên lâm sàng cho kỹ thuật viên và bác sĩ. Đối với tác dụng phụ đau sưng vị trí cấy chỉ, đây là một phản ứng viêm do sợi chỉ catgut là một loại protein lạ đối với cơ thể do vậy, triệu chứng này tùy thuộc vào đáp ứng của cơ thể với tình trạng viêm, tuy nhiên cần đảm bảo quy trình vô khuẩn trong phòng thực hiện thủ thuật cũng như chế độ chăm sóc vùng cấy chỉ sau khi cấy nhằm tránh bội nhiễm.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành tại bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng năm 2020 với 70 bệnh nhân được chẩn đoán mất ngủ không thực tổn thể Can khí uất kết và chia làm 2 nhóm điều trị trong 30 ngày: Nhóm nghiên cứu (35 bệnh nhân) được điều trị bằng phương pháp thở bốn thì có kê móng và giơ chân của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng kết hợp với cây chi, nhóm chứng (35 bệnh nhân) được điều trị bằng phương pháp cây chi.

Qua kết quả nghiên cứu bước đầu chúng tôi có một số nhận xét và kết luận như sau:

1. Tác dụng của phương pháp dưỡng sinh (thở bốn thì có kê móng và giơ chân của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng) kết hợp cây chi điều trị mất ngủ không thực tổn thể can khí uất kết:

- Sau 30 ngày điều trị, 51,4% bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu cần thời lượng đi vào giấc ngủ < 15 phút, có 45,7% bệnh nhân có thời lượng đi vào giấc ngủ từ 15 – 30 phút. Sự khác biệt với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So sánh trước và sau điều trị 30 ngày của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Thời lượng giấc ngủ sau 30 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu là $7,0 \pm 0,6$ và nhóm chứng là $6,0 \pm 0,8$ sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 30 ngày điều trị hiệu quả của giấc ngủ nhóm nghiên cứu có 31,4% đạt hiệu quả >85%, tỷ lệ này ở nhóm chứng chỉ là 2,86%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

- Sau 30 ngày điều trị nhóm nghiên cứu bệnh nhân đánh giá chủ quan giấc ngủ của bản thân ở mức độ tốt chiếm 45,7%, trong khi đó nhóm chứng đa số bệnh nhân nhóm chứng đánh giá ở mức trung bình và khá. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau 30 ngày can thiệp điểm PSQI nhóm nghiên cứu giảm trung bình 10 điểm, trong khi đó nhóm chứng giảm trung bình 6 điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sau điều trị nhóm nghiên cứu có các triệu chứng cải thiện tốt như mạch huyền sắc, đau tức vùng mạn sườn, thay đổi chất lưỡi, rêu lưỡi. Sự khác biệt với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Sự thay đổi một số chỉ số trên điện não đồ sau điều trị: tần số của sóng alpha và sóng beta thay đổi không đáng kể, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp dưỡng sinh kết hợp cấy chỉ:

- Sau hai liệu trình không ghi nhận thay đổi chỉ số huyết áp, mạch của đối tượng tham gia nghiên cứu.

- Trong tổng số lần cấy chỉ cho 70 bệnh nhân nghiên cứu tại 2 thời điểm D15 và D30 có tần số xuất hiện tác dụng không mong muốn của chảy máu là 2,9% và đau sưng là 1,4% nhưng mức độ là không trầm trọng, không có vụng châm và dị ứng.

KIẾN NGHỊ

1. Phương pháp dưỡng sinh thở bốn thì có kê mông và giờ chân kết hợp cây chỉ điều trị có hiệu quả trên bệnh nhân mất ngủ không thực tồn thể Can khí uất kết cần ứng dụng tại y tế tuyến cơ sở.

2. Nên áp dụng phương pháp dưỡng sinh thở bốn thì có kê mông và giờ chân kết hợp cây chỉ trên bệnh nhân đa bệnh lý có kèm theo RLGN cũng như phối hợp phương pháp này cùng với các phương pháp điều trị dùng thuốc, không dùng thuốc khác để nâng cao hiệu quả điều trị bệnh lý mất ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. **Nguyễn Thị Bay** (2007), *Bệnh học và điều trị nội khoa*, NXB Y học Hà Nội.
2. **Đinh Văn Bền** (1995), *Điện não đồ ứng dụng trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 27-32.
3. **Trần Hữu Bình** (2006), *Bài giảng bộ môn tâm thần học*, Rối loạn giấc ngủ không thực tồn, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Trần Hữu Bình** (2006), "*Rối loạn giấc ngủ không thực tồn*", Giáo trình Tâm thần học dành cho bác sĩ đa khoa, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 62-68.
5. **Bộ môn tâm thần** (2005), *Giấc ngủ và rối loạn giấc ngủ*, Bệnh học tâm thần, Học viện Quân y.
6. **Bộ môn tâm thần học và tâm lý học** (2007), *Tâm thần học và tâm lý học* Học viện Quân Y, tr 228.
7. **Bộ Y tế** (2013), *Tóm tắt phương pháp dưỡng sinh của Bác sĩ Nguyễn Văn Hương*, Châm cứu và các phương pháp chữa bệnh không dùng thuốc, Hà Nội, Nhà Xuất bản Y học, 291-297.
8. **Bộ Y Tế** (2013), *Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu* (Ban hành kèm theo Quyết định số 792/QĐ-BYT ngày 12/3/2013 của Bộ Y tế).
9. **Đỗ Như Dân** (2011), "*Đánh giá tác dụng của điện nhĩ châm trong điều trị mất ngủ do Tâm Tỳ khuy tổn*", Luận văn Thạc sĩ - Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam.
10. **Học viện Quân y** (2005), *Giấc ngủ và rối loạn giấc ngủ*, Bệnh học Tâm thần (Sau đại học).
11. **Bùi Quang Huy** (2010), *Mất ngủ*, Giáo trình - Bộ môn tâm thần - Học viện Quân y, Nhà xuất bản Y học.
12. **Trần Thị Thanh Hương** (2002), *Cây chỉ điều trị giảm đau trong hội chứng vai gáy*, Tạp chí nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam, 6, tr.38-39.

13. **Nguyễn Nhược Kim và cộng sự** (2016), *Thất miên*, Bệnh học nội khoa, Y học cổ truyền (Sách đào tạo sau đại học), Trường Đại học y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học.
14. **Vũ Thị Châu Loan** (2016), *Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ không thực tổn bằng phép thư giãn y học cổ truyền*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
15. **Nguyễn Công Lý** (2020), “*Điều trị rối loạn giấc ngủ bằng phương pháp cấy chỉ tại Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng*”, <https://yhct.danang.gov.vn/chi-tiet?articleId=1979467>.
16. **Đoàn Văn Minh** (2011), *Đánh giá tác dụng điện châm trong điều trị mất ngủ không thực tổn*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
17. **Đoàn Văn Minh** (2009), “*Đánh giá tác dụng điện châm huyết nội quan, thần môn, tam âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tổn*”, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
18. **Lê Xuân Nam** (2016), “*Đánh giá kết quả điều trị mất ngủ mạn tính bằng phương pháp tập luyện khí công dưỡng sinh*”, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
19. **Tô Minh Ngọc** (2014), “*Thang đo chất lượng giấc ngủ Pittsburch phiên bản tiếng Việt*”, Y học TP. Hồ Chí Minh. 18(6/2014), 664-668.
20. **Vũ Đăng Nguyên** (1994), “*Nghiên cứu đặc điểm điện não và lưu huyết não của người vận hành máy trong một số nghề đặc biệt*”, Luận án PTS khoa học Y Dược, Học viện Quân Y.
21. **Lê Thúy Oanh** (2010), *Cấy chỉ*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
22. **Nguyễn Thị Kim Oanh** (2013), “*Đánh giá tác dụng điều trị đau dây thần kinh hông to bằng phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp thuốc viên Didicera*”, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường đại học y Hà Nội.
23. **Nguyễn Đình Phát** (2016), “*Nghiên cứu tác dụng của từ nhĩ châm điều trị mất ngủ thể tâm tỳ hư*”, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.

24. **Đặng Hồng Quân** (2018), “*Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp nhĩ châm trong điều trị rối loạn giấc ngủ thể can đờm hỏa vượng*”, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
25. **Nguyễn Thiên Quyên và Đào Trọng Cường** (1998), *Thất Miên*, Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông y”, Viện nghiên cứu Trung y, Nhà xuất bản văn hóa dân tộc, tr. 288-296.
26. **Tổ chức Y tế thế giới** (2014), *F51.0 Rối loạn giấc ngủ không thực tồn*, Bảng phân loại quốc tế về thống kê bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan, phiên bản lần thứ 10, tr 134-136.
27. **Lê Hữu Trác** (1997), *Y trung quan kiện*, Hải Thượng Y tông Tâm lĩnh, Nhà xuất bản Y học, tr. 21.
28. **Ngô Quang Vinh** (2018), “*Hiệu quả điều trị mất ngủ bằng phương pháp nhĩ châm các huyệt thần môn, tâm, tỳ, thận, vùng dưới đồi kết hợp với thể châm trên bệnh nhân mất ngủ không thực tồn*”, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 23, Số 4, Nghiên cứu Y học.

Tiếng Anh

29. **Ahmed Bahamman** (2004), "*Polysomnographic Characteristics of Patients with chronic Insomnia*", Sleep and Hypnosis 2004, tr. 6(4), p. 163-168.
30. **American Psychiatric Association** (2000), "*Diagnostic and statistical manual of mental disorder Washington DC*", DSM IV, tr. 363-388.
31. **American Psychiatric Association - DSM IV** (2000), "*Diagnostic and statistical manual of mental disorder* ", Washington DC, p. 363-388.
32. **Barbara Aphilip** (2006), "*Sleep-Wake Cycle: Its physiology and impact on Health*", National Sleep Foundation annual of mental disorder Washington DC", DSM IV, tr. 363-388.
33. **Brasure M, MacDonald R, Fuchs E, Olson CM, Carlyle M, Diem S, Koffel E, Khawaja IS, Ouellette J, Butler M, Kane RL, Wilt TJ** (December 2015). "*Management of Insomnia Disorder*". AHRQ

- Comparative Effectiveness Reviews. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
34. **Cheuk DK, Yeung WF, Chung KF, Wong V** (September 2012). "*Acupuncture for insomnia*". The Cochrane Database of Systematic Reviews.
 35. **Geddes J, Price J, McKnight R, Gelder M, Mayou R** (2012). *Psychiatry (4th ed.)*. Oxford: Oxford University Press.
 36. **Kredlow, M.A., Capozzoli, M.C., Hearon, B.A. et al** (2015), "*The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review*. *J Behav Med* 38, 427–449" <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9617-6>.
 37. **Lee-chiong T** (24 April 2008). *Sleep Medicine: Essentials and Review*. Oxford University Press, USA. p. 105.
 38. **Levenson JC, Kay DB, Buysse DJ** (April 2015). "*The pathophysiology of insomnia*". *Chest*. 147 (4): 1179–1192.
 39. **Pathak N** (17 January 2017). "*Insomnia (Acute & Chronic): Symptoms, Causes, and Treatment*". WebMD. Retrieved 11 October 2018.
 40. **Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, Cooke M, Denberg TD** (July 2016). "*Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians*". *Annals of Internal Medicine*.
 41. **Quera-Salva MA, Orluc A, Goldenberg F, Guilleminault C**, "*Insomnia and use of hypnotics: study of a French population*". *Sleep*. 1991 Oct;14(5):386-91. doi: 10.1093/sleep/14.5.386. PMID: 1759090.
 42. **Rohit Budhiraja et al.** (2011), "*Prevalance and Polysomnographic Correlates of Insomnia Comorbid with Medical Disorders*", *Sleep*, p. 859-867.
 43. **Sadock BJ. and Virginia A.** (2007), "*Normal Sleep, Kaplan and Sadocks Synopsis of psychiatry, behavioral Siences Clinical psychiatry, Kaplan D, William and Wilkins, 10th ed*", p. 736-753.
 44. **Thorpy MJ** (October 2012), "*Classification of sleep disorders*". *Neurotherapeutics*. 9: 687–701.

45. *"What Causes Insomnia?"*. NHLBI. December 13, 2011. Archived from the original on 28 July 2016. Retrieved 9 August 2016.
46. *"What Is Insomnia?"*. NHLBI. December 13, 2011. Archived from the original on 28 July 2016. Retrieved 9 August 2016.
47. **WHO** (2001), *"The world health report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope"*, p. 4-5.
48. **Yuriko Doi** (2000), *"psychometric assessment of subjective sleep quality using the japanese version of PSQI in psychiatric disordered and control"*, *Biol Psychiatric* 91, p. 109-114.

Tiếng trung

49. 上海科学技术出版社，中医内科，主编：田德禄，蔡淦。2006年3月出版 (Trung Y nội khoa. Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật Thượng Hải. Biên soạn: Điền Đức Lộc, Thái Kiêm. Xuất bản tháng 3 năm 2006).
50. 王彦霞，杨桦。穴位埋线治疗心脾两虚型失眠临床研究。河南中医。(2017)12-2203-02 (Vương Ngạn Hà, Dương Hoa. Chôn chỉ huyết vị điều trị mất ngủ thể tâm tỳ lưỡng hư trên nghiên cứu lâm sàng. Hà Nam trung y học báo. (2007)12-2203-02.).
51. 程昊，赵喜新。穴位埋线治疗不寐的临床观察。中医临床研究。2014,16.012 (Trình Hạo, Triệu Hỷ Tân. Chôn chỉ huyết vị điều trị mất ngủ trên nghiên cứu lâm sàng. Trung y nghiên cứu lâm sàng học báo. 2014,16.012.).
52. 郭爱松，李爱红。穴位埋线治疗原发性失眠的临床研究。南京中医药大学学报，1672-0482,(2013),04-0331-04 (Quách Ái Tùng, Lý Ái Hồng. Chôn chỉ huyết vị điều trị mất ngủ nguyên phát trên nghiên cứu lâm sàng. Đại học trung y dược Nam Kinh học báo. 1672-0482,(2013),04-0331-04.).
53. 刘剑，井辉明。穴位埋线配合归脾汤治疗心脾两虚型失眠 52 例疗效观察。宁夏医科大学学报，1674-6309(2016), 03-0346-03 (Lưu Kiếm, Tỉnh Huy Minh. Chôn chỉ huyết vị kết hợp bài thuốc Quy tỳ thang điều trị 52 bệnh

nhân mất ngủ thể tâm tỳ lưỡng hư trên nghiên cứu lâm sàng. Đại học y khoa Ninh Hạ học báo. 1674-6309(2016), 03-0346-03.).

54. 徐福, 宣丽华。穴位埋线法对阴虚火旺型失眠证的临床观察研究。浙江中医药大学学报。1005-5509 (2013) 09-1108-05 (Tư Phúc, Tuyên Lê Hoa. Ứng dụng phương pháp Chôn chỉ huyết vị điều trị mất ngủ thể âm hư hỏa vượng trên nghiên cứu lâm sàng. Đại học trung y dược Triết Giang học báo. 1005-5509 (2013) 09-1108-05.).

Phụ lục 1
MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Mã số:.....

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên:..... Tuổi..... Giới tính: (Nam, Nữ).....

Địa chỉ:.....

Nghề nghiệp:.....

Dân tộc:.....

Trình độ văn hoá:.....

Ngày vào viện:.....

Ngày ra viện:.....

Tình trạng hôn nhân:

+ Độc thân:

+ Có chồng (vợ):

+ Góa bụa:

II. LÝ DO KHÁM BỆNH:.....

III. BỆNH SỬ:

1. Hoàn cảnh gia đình:

+ Sống cùng gia đình:

+ Sống cùng con cháu:

+ Sống cô đơn:

+ Các hoàn cảnh khác:

2. Thời gian xuất hiện:

+ Đã mất ngủ bao nhiêu lâu (tháng):.....

3. Tính chất xuất hiện:

+ Đột ngột:

+ Từ từ:

4. Yếu tố thuận lợi:

* Stress:

+ Người thân chết:

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

* Không có yếu tố thúc đẩy:

* Các yếu tố khác:.....

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

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

6. Giai đoạn thức ngủ:

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

* Số phút là:

- + Ít hơn 15 phút
- + Khoảng 16-30 phút
- + Khoảng 31-60 phút
- + Hơn 60 phút

* Không thể chợp mắt được trong vòng 30 phút:

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

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

- + Hơn 7 giờ
- + 6-7 giờ

- + 5-6 giờ
- + Ít hơn 5 giờ

8. Thời lượng giấc ngủ:

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

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

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

9. Rối loạn trong giấc ngủ:

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

- * Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc dậy quá sớm lúc buổi sáng:
 - + Không
 - + Ít hơn 1 lần /1 tuần
 - + 1-2 lần/tuần
 - + Hơn 3 lần/tuần

10. Sự sử dụng thuốc ngủ:

- * Trong tháng qua có thường xuyên sử dụng thuốc ngủ không?
 - + Không
 - + Ít hơn 1 lần /1 tuần
 - + 1-2 lần/tuần
 - + Hơn 3 lần/tuần

11. Rối loạn trong ngày:

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

- + Không

.....

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

STT	Yếu tố	Thời điểm đánh giá		
		D ₀	D ₁₅	D ₃₀
1	Chất lượng giấc ngủ			
2	Giai đoạn thức ngủ			
3	Thời lượng giấc ngủ			
4	Hiệu quả giấc ngủ			
5	Rối loạn trong giấc ngủ			
6	Sự sử dụng thuốc ngủ			
7	Rối loạn trong ngày			
Tổng điểm PSQI				

B. NỘI KHOA:

- Thể trạng:..... BMI.....
- Mạch:..... Huyết áp.....
- Tuần hoàn:.....
- Hô hấp:.....
- Cơ quan khác:.....

C. CÁC XÉT NGHIỆM:

*** Kết quả điện não đồ:**

Thời điểm đánh giá	Thời điểm đánh giá		
	D ₀	D ₁₅	D ₃₀
Các chỉ số trên sóng alpha			
Tần số (Hz)			
Biên độ (μ V)			

Thời điểm đánh giá			
Các chỉ số trên sóng beta	D₀	D₁₅	D₃₀
Tần số (Hz)			
Biên độ (μ V)			

D. CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN KHI ĐIỀU TRỊ

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Chảy máu		
Đau sưng		
Dị ứng		
Vụng châm		

VI. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:

.....

.....

VII. KHÁM Y HỌC CỔ TRUYỀN:

A. VỌNG CHẨN:

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

B. VẤN CHẨN:

- Thanh âm
- Hơi thở, nhịp thở:

C. VẤN CHẨN:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D. THIẾT CHẨN:

Mạch tay phải

Mạch tay trái

Thôn; Thôn

Quan; Quan

Xích; Xích

- Phúc chẩn:

- Tứ chi:

E. CHẨN ĐOÁN

- Bát cương:

- Tạng phủ, kinh lạc:

- Bệnh danh:

VIII. ĐIỀU TRỊ

- Luyện tập phương pháp dưỡng sinh thở bốn thì có kê mông và giờ chân của Bác sĩ Nguyễn Văn Hương.

- Cây chỉ công thức huyết: Bách hội, An miên 1, Nội Quan, Tam âm giao, Can du, Thái xung.

Ngày tháng năm 2020

Người làm bệnh án

Phụ lục 2
THANG ĐIỂM PITTSBURGH
ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ RỐI LOẠN GIÁC NGỦ

Đánh giá	Điểm	Điểm BN	D ₀	D ₁₅	D ₃₀
1. Yếu tố: Chất lượng giấc ngủ theo đánh giá chủ quan (trong tháng qua): - Rất tốt - Tương đối tốt - Kém - Rất kém	0 1 2 3				
2. Yếu tố 2: Giai đoạn ngủ gà: Trong tháng qua mỗi đêm mất khoảng bao nhiêu phút mới ngủ được (sau khi đã nằm lên giường)? - Số phút là: + Ít hơn 15 phút + 16 - 30 phút + 31 - 60 phút + Hơn 60 phút - Không thể chợp mắt được trong vòng 30 phút + Không + Ít nhất 1 lần/ tuần + 1-2 lần/ tuần + Hơn 3 lần/ tuần	0 1 2 3 0 1 2 3	Cộng 2 thành tố trên ta có: 0 : 0 điểm 1-2: 1 điểm 3-4: 2 điểm 5-6: 3 điểm Vậy tổng điểm của yếu tố 2:			
3. Yếu tố 3: Trong tháng qua mỗi đêm ngủ được mấy tiếng đồng hồ: - Hơn 7 giờ	0				

- 6- 7 giờ	1			
- 5- 6 giờ	2			
- Ít hơn 5 giờ	3			
<p>4. Yếu tố 4: Thời lượng giờ giấc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong tháng qua đi ngủ lúc mấy giờ - Trong tháng qua thức dậy lúc mấy giờ - Trong tháng qua mỗi đêm ngủ được mấy tiếng đồng hồ - Số giờ nằm trên giường = Giờ thức dậy - Giờ đi ngủ - Hiệu quả của thói quen đi ngủ (%): Số giờ đi ngủ / số giờ nằm trên giường × 100% <ul style="list-style-type: none"> + Hơn 85% + 75- 84% + 65- 74% + Ít hơn 65% 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>			
<p>5. Yếu tố 5: Sự sử dụng thuốc ngủ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong tháng qua có thường xuyên sử dụng thuốc ngủ không: - Không - Ít hơn 1 lần/tuần - 1-2 lần/tuần - Hơn 3 lần/tuần 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>			
<p>6. Yếu tố 6: Rối loạn trong ngày</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trong tháng qua có thường gặp khó khăn trong việc giữ tỉnh táo khi lái xe, lúc ăn, hay lúc tham gia các hoạt động xã hội hay không: 		Cách cho điểm: Cộng 2 thành tố trên ta có:		

+ Không	0	0 : 0 điểm			
+ Ít hơn 1 lần/tuần	1	1-2: 1 điểm			
+ 1-2 lần/tuần	2	3-4: 2 điểm			
+ Hơn 3 lần/tuần	3	5-6: 3 điểm			
- Trong tháng vừa qua việc duy trì sự nhiệt tình để hoàn thành công việc có khó khăn gì không?					
+ Không khó khăn gì	0	<i>Vậy tổng điểm của yếu tố 6:</i>			
+ Chỉ gây khó khăn nhỏ	1				
+ Trong chừng mực nào đó cũng gây khó khăn	2				
+ Gây khó khăn lớn	3				

7. Yếu tố 7: Rối loạn trong giờ giấc

Các vấn đề	Không	Ít hơn 1 lần/tuần	1-2 lần/tuần	Hơn 3 lần/ tuần	D ₀	D ₁₅	D ₃₀
Điểm	0	1	2	3			
Không thể chớp mắt được trong vòng 30 phút							
Tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc dậy quá sớm lúc buổi sáng							
Phải thức dậy để tắm							
Khó thở							
Ho hoặc ngứa to							
Cảm thấy rất lạnh							
Cảm thấy rất nóng							
Có ác mộng							
Thấy đau							

Có lý do khác							
Tổng điểm yếu tố 7							

Tổng điểm: 0 : 0 điểm

 1-9 : 1 điểm

 10-18 : 2 điểm

 19-27 : 3 điểm

VẬY TỔNG ĐIỂM CỦA 7 THÀNH TỐ:.....

Cách đánh giá: Điểm thấp nhất: 0 điểm; Cao nhất: 21 điểm. Điểm càng cao rối loạn giấc ngủ càng nặng.

+ \leq 5 điểm: Không có rối loạn giấc ngủ

+ $>$ 5 điểm: Có rối loạn giấc ngủ

Phụ lục 3
PHIẾU TỰ NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên tôi là:.....

Tuổi :..... Giới tính:.....

Địa chỉ:.....

Sau khi được các bác sỹ giải thích về tình trạng bệnh tật của mình và được biết đến đề tài: ***“Đánh giá tác dụng của phương pháp dưỡng sinh kết hợp cấy chỉ điều trị mất ngủ không thực tổn thể can khí uất kết”***, tôi xin tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Trong quá trình điều trị nếu có bất cứ rủi ro nào xảy ra tôi xin chịu hoàn toàn trách nhiệm và không có kiện cáo gì.

Đà Nẵng, ngày.....tháng..... năm 2020.

Người làm đơn

(ký, ghi rõ họ tên)

Phụ lục 4

MƯỜI LỜI KHUYÊN DÀNH CHO BỆNH NHÂN MẤT NGỦ

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

Phụ lục 5
BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN
THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP –
CÔNG NGHỆ THÔNG TIN

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

Đà Nẵng, ngày tháng năm 2020

DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

STT	Họ và tên	Giới		Mã số bệnh án
		Nam	Nữ	
1	Nguyễn Thị D		1960	20.000918
2	Lê Thị N		1954	20.001113
3	Võ Thị M		1965	20.001338
4	Đoàn Thị Hiền V		1995	20.002375
5	Nguyễn Thị N		1946	20.002458
6	Phạm Thị L		1947	20.002411
7	Lê Thị B		1975	20.002190
8	Nguyễn Anh T	1967		20.001758
9	Trần Thị H		1969	20.002394
10	Lê Thị B		1951	20.002521
11	Trương Thị T		1967	20.002370
12	Nguyễn Thị L		1955	20.002460
13	Nguyễn C	1967		20.002297
14	Lê Thị L		1970	20.001648
15	Nguyễn Thị Tuyết H		1977	20.001310
16	Phạm Thị S		1963	20.001493
17	Trần Thị H		1976	20.001571
18	Nguyễn Thị L		1975	20.001354
19	Trương Văn L	1970		20.001520
20	Võ Thái C	1962		20.001516
21	Đặng Thị H		1971	20.001398

22	Nguyễn Chính Đ	1999		20.001333
23	Trần Thị L		1959	20.001537
24	Trương Thị T		1957	20.001580
25	Nguyễn Thị K		1973	20.001667
26	Trần H		1959	20.001669
27	Lâm Thị Kim N		1964	20.001719
28	Đỗ Thị Như Q		1994	20.001747
29	Bùi Hà Nhật H	1982		20.002267
30	Nguyễn Thị Ngọc H		1998	20.002644
31	Phạm Thị T		1951	20.002722
32	Đoàn Minh V	1975		20.002728
33	Phạm Bá Q	2002		20.000361
34	Phan Thị L		1959	20.001603
35	Hoàng Nguyễn Hà M		1990	20.001601
36	Huỳnh Thị Kim V		1960	20.001212
37	Nguyễn Thị N		1990	20.000969
38	Bùi Thị V		1967	20.001138
39	Võ Thị M		1967	20.001351
40	Ngô Thị Q		1963	20.001022
41	Đỗ Thị M		1950	20.001906
42	Nguyễn Thị Thanh T		1984	20.001368
43	Nguyễn Thị V		1968	20.001752
44	Trần Thị Thu H		1977	20.002095
45	Lâm Thị T		1971	20.002347
46	Mai Thị Minh T		1990	20.002519
47	Đình Thị P		1986	20.002822
48	Nguyễn Thị L		1965	20.001429
49	Ngũ Kiều L		1947	20.001313
50	Trần Công B		1954	20.001483

51	Phạm Thị S		1965	20.002235
52	Trần Đình Thanh V	1978		20.001693
53	Hoàng Anh T	1992		20.001063
54	Phan Minh H	1963		20.001900
55	Trần Đình Thanh V	1978		20.001693
56	Đoàn Văn B	1969		20.002101
57	Phạm Việt P	1994		20.002286
58	Hoàng Anh T	1992		20.001063
59	Võ Đình B	1956		20.001352
60	Nguyễn Phước Bảo C	1966		20.001650
61	Lê Ngọc V	1977		20.001828
62	Nguyễn Thiện P	1958		20.001635
63	Hoàng Kim H	1977		20.001607
64	Phan Văn P	1975		20.001913
65	Nguyễn Văn C	1972		20.001435
66	Phạm V	1959		20.001428
67	Hồ Đắc V	1965		20.001386
68	Trần Bình L	1989		20.001447
69	Nguyễn Văn N	1984		20.001918
70	Lê Văn V	1977		20.002054

**KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**

TRƯỞNG PHÒNG

Nguyễn Duy Khánh

TS.BS. Nguyễn Văn Dũng