

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

BỘ Y TẾ

— MÃ số —

LÊ THỊ TƯỜNG VÂN

THĂM DÒ TÁC DỤNG BIÊU TRỊ MẮT NGỦ CỦA
NHÓM HUYỆT AN MIÊN 1, AN MIÊN 2, NỘI QUAN,
THẦN MÔN, TAM ÂM GIAO
TRÊN BỆNH NHÂN MẮT NGỦ KHÔNG THỰC TỐN

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC CỔ TRUYỀN



0 1 0 9 0 0 8 2 6 9

THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH - NĂM 2015

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

60 bệnh nhân qua thăm khám phù hợp tiêu chuẩn được chia làm hai nhóm:

- Nhóm can thiệp : 30 người
- Nhóm chứng : 30 người

Các đặc điểm đối tượng nghiên cứu có đặc điểm như sau.

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới tính

Bảng 3.1 Phân bố theo độ tuổi

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		p
Tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ	
18 - 39	6	20%	9	30%	p= 0.1806
40 - 59	18	60%	13	43%	
>= 60	6	20%	8	27%	
Tổng	30	100%	30	100%	
Tuổi TB	$49.8 \pm 13,195$		$50.3 \pm 12,898$		p= 0.785

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm can thiệp: $49,8 \pm 13,195$

Tuổi trung bình của nhóm chứng: $50.3 \pm 12,898$

Độ tuổi trung niên (40-59) chiếm tỉ lệ cao nhất trong hai nhóm nghiên cứu.

Sự khác biệt về phân bố độ tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$)

Bảng 3.2. Phân bố theo giới tính

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		Giá trị p
Giới tính	Số lượng (Tỉ lệ)		Số lượng (Tỉ lệ)		$\chi^2 = 0.089$
Nam	7 (23%)		8	27%	
Nữ	23 (77%)		22	73%	

Nhận xét: Nghiên cứu này có số lượng nữ nhiều hơn nam, tỉ lệ nữ/nam 3:1

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố giới ở hai nhóm nghiên cứu ($p>0,05$)

3.1.2. Đặc điểm về nghề nghiệp, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân của mẫu nghiên cứu

Bảng 3.3. Phân bố nghề nghiệp

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Nghề nghiệp	Số lượng (Tỉ lệ)	Số lượng (Tỉ lệ)	p= 0.5306
Lao động trí óc	14 (47%)	17 (57%)	
Lao động chân tay	9 (30%)	7 (23%)	
Hưu trí- Già	7 (23%)	6 (20%)	

Nhận xét: Nhóm nghề lao động trí óc chiếm tỉ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu, tiếp theo là nhóm Hưu trí- Già.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố nghề nghiệp giữa hai nhóm nghiên cứu.

Bảng 3.4. Đặc điểm về tình trạng học vấn

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Học vấn	Số lượng (Tỉ lệ)	Số lượng (Tỉ lệ)	p=0.762
Cấp 1+2+3	18 (60%)	17 (57%)	
ĐH-CĐ-TC	10 (33%)	12 (40%)	
Sau đại học	2 (7%)	1 (3%)	

Nhận xét: Trình độ học vấn thấp chiếm tỉ lệ đa số ở hai nhóm nghiên cứu

Sự khác biệt về học vấn không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

Bảng 3.5 Đặc điểm về tình trạng hôn nhân

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Tình trạng hôn nhân	Số lượng (Tỉ lệ)	Số lượng (Tỉ lệ)	p= 0.474 $\chi^2 = 1.495$
Độc thân	5 (17%)	5 (17%)	
Đã kết hôn	20 (67%)	23 (77%)	
Ly hôn	5 (17%)	2 (7%)	

Nhận xét: Tỉ lệ người có vợ/chồng chiếm đa số ở hai nhóm nghiên cứu (72%)

Sự khác biệt về tình trạng hôn nhân không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu

3.1.3. Thời gian mất ngủ

Bảng 3.6. Thời gian mất ngủ

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Thời gian mất ngủ trung bình (tháng)	24.0 ± 21.487	20.67 ± 17.847	$p=0.517$

Nhận xét: Mẫu nghiên cứu có thời gian mất ngủ trung bình gần hai năm.

Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm lâm sàng giấc ngủ

3.2.1. Thời gian ngủ mỗi đêm

Bảng 3.7. Thời lượng ngủ mỗi đêm trong tháng vừa qua

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p=
Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm (giờ)	3.70 ± 1.52	3.83 ± 1.42	0.727

Nhận xét: Số giờ ngủ trung bình ở nhóm can thiệp : 3.70 ± 1.52

Số giờ ngủ trung bình ở nhóm chứng: 3.83 ± 1.42

Sự khác biệt về thời gian ngủ không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

3.2.2. Thời gian đi vào giấc ngủ

Bảng 3.8. Thời gian đi vào giấc ngủ

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p=
Thời gian đi vào giấc ngủ (phút)	53.33 ± 20.69	50 ± 18.34	0.512

Nhận xét: Thời gian đi vào giấc ngủ ở nhóm can thiệp : 53.33 ± 20.69

Thời gian đi vào giấc ngủ ở nhóm chứng: 50 ± 18.34

Sự khác biệt về thời gian đi vào giấc ngủ không có ý nghĩa thống kê
giữa hai nhóm nghiên cứu.

3.2.3. Số lần thức giấc trong đêm

Bảng 3.9. Số lần thức giấc trong đêm

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Số lần thức giấc trong đêm	3.03 ± 0.85	3.47 ± 0.86	p= 0.055

Nhận xét: Số lần thức giấc trong đêm ở nhóm can thiệp: 3.03 ± 0.85

Số lần thức giấc trong đêm ở nhóm chứng: 3.47 ± 0.86

Sự khác biệt về số lần thức giấc trong đêm giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.2.4. Tổng thời gian thức giấc mỗi đêm

Bảng 3.10. Thời gian thức giấc mỗi đêm

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Tổng thời gian thức giấc trong đêm	67.50 ± 30.45	64.50 ± 23.35	p= 0.67

Nhận xét: Tổng thời gian thức giấc trong đêm ở nhóm nghiên cứu: 67.50 ± 30.45

Tổng thời gian thức giấc trong đêm ở nhóm chứng: 64.50 ± 23.35

Sự khác biệt về thời gian thức giấc không có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm nghiên cứu.

3.2.5. Đánh giá buồn ngủ ban ngày (Thang điểm Epworth)

Bảng 3.11. Điểm Epworth của hai nhóm

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Điểm Epworth			P= 0.488
< 10	4	6	
≥ 10	26	24	
Điểm TB	11.53 ± 3.26	11.90 ± 2.94	P= 0.649

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân ở hai nhóm buồn ngủ ban ngày quá mức (điểm Epworth >10 chiếm 83,3%) . Điểm Epworth ở nhóm can thiệp: 11.53 ± 3.26 , nhóm chứng: 11.90 ± 2.94

Sự khác biệt về điểm Epworth giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p>0.05)

3.2.6. Hiệu quả giấc ngủ:

Bảng 3.12. Hiệu quả giấc ngủ

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Hiệu quả giấc ngủ (%)	63.15 ± 16.605	64.66 ± 14.334	p= 0.709

Nhận xét: Hiệu quả giấc ngủ (%) ở nhóm can thiệp: 63.15 ± 16.605

Hiệu quả giấc ngủ (%) ở nhóm chứng: 64.66 ± 14.334

Sự khác biệt về hiệu quả giấc ngủ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

3.2.7. Chỉ số chất lượng giấc ngủ (thang PSQI)

Bảng 3.13. Chỉ số chất lượng giấc ngủ

Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Điểm PSQI	14.767 ± 2.06	14.467 ± 2.32	p= 0.598

Nhận xét: Điểm PSQI trung bình của nhóm can thiệp: 14.767 ± 2.06

Điểm PSQI trung bình của nhóm chứng: 14.467 ± 2.32

Sự khác biệt về điểm PSQI giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

3.2.7. Chẩn đoán YHCT

Bảng 3.14. Chẩn đoán YHCT

Chẩn đoán YHCT	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	p
Tâm Tỳ hư	14	13	
Tâm thận bất giao	13	16	
Vị bất hòa	1	0	
Đờm nhiệt thịnh	2	1	

Nhận xét: Thêm Tâm Tỳ hư và Âm hư hòa vượng chiếm đa số ở hai nhóm nghiên cứu

Sự khác biệt về phân bố các thể lâm sàng của mất ngủ theo YHCT không có ý nghĩa thống kê.

3.3. Hiệu quả điều trị MNKTT trên hai nhóm nghiên cứu

3.3.1. So sánh thời gian ngủ mỗi đêm của 2 nhóm

Bảng 3.15. So sánh thời gian ngủ trung bình mỗi đêm của hai nhóm

	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)
Trước điều trị (giờ)	3.70 ± 1.52	3.83 ± 1.42
Sau điều trị (giờ)	5.58 ± 0.96	5.33 ± 0.91
So sánh cùng nhóm	t= -7.908, p= 0.000	t= -8.437, p= 0.000
So sánh 2 nhóm		F= 1.072, p= 0.305

Nhận xét: Phương pháp châm cứu có hiệu quả làm tăng thời gian ngủ rõ rệt ở cả hai nhóm ($p<0.001$)

Hiệu quả trên thời gian ngủ mỗi đêm ở hai nhóm không khác biệt. ($p>0.05$)

Bảng 3.16. So sánh thời gian ngủ trung bình của 2 nhóm theo thời gian

	N0 (giờ)	N5 (giờ)	N10 (giờ)	N15 (giờ)
Nhóm nghiên cứu (n=30)	3.70 ± 1.52	4.27 ± 1.22	4.87 ± 0.96	5.58 ± 0.96
Nhóm chứng (n=30)	3.83 ± 1.42	4.13 ± 1.43	4.77 ± 0.83	5.33 ± 0.91

Nhận xét: Sau châm cứu 5 ngày, thời gian ngủ mỗi đêm ở nhóm can thiệp tăng 15%, nhóm chứng tăng 7.8%. Sau châm cứu 10 ngày thời gian ngủ mỗi đêm ở nhóm can thiệp tăng 32%, nhóm chứng tăng 9.4% so với trước châm cứu.

3.3.2. Hiệu quả trên thời gian đi vào giấc ngủ

Bảng 3.17. So sánh thời gian trung bình đi vào giấc ngủ của 2 nhóm

	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)
Trước điều trị (phút)	46.83 ± 13.93	45 ± 12.03
Sau điều trị (phút)	18± 4.66	21.67 ± 8.02
So sánh cùng nhóm	t= 9.699, p= 0.000	t= 8.305, p= 0.000
So sánh 2 nhóm	f= 4.685, p= 0.35	

Nhận xét: Phương pháp châm cứu có hiệu quả làm giảm rõ rệt thời gian đi vào giấc ngủ ở hai nhóm ($p < 0.001$)

Sự khác biệt về thời gian đi vào giấc ngủ giữa hai nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Bảng 3.18. So sánh thời gian đi vào giấc ngủ của 2 nhóm theo thời gian

	N0 (phút)	N5 (phút)	N10 (phút)	N15 (phút)
Nhóm can thiệp (n=30)	46.83 ± 13.93	39.67±11.29	29 ± 9.23	18± 4.66
Nhóm chứng (n=30)	45 ± 12.03	39.17±11.82	29.83±10.21	21.67 ± 8.02

Nhận xét: Hiệu quả châm cứu trên thời gian đi vào giấc ngủ giảm rõ nhất vào ngày 15 ở cả 2 nhóm. Nhóm can thiệp giảm 37.9%, nhóm chứng giảm 27% so với ngày 10.

3.3.3. So sánh hiệu quả làm giảm số lần thức giấc giữa 2 nhóm

Bảng 3.19. So sánh số lần thức giấc của 2 nhóm

	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)
Trước điều trị (lần)	3.03 ± 0.85	3.47 ± 0.86
Sau điều trị (lần)	1.63 ± 0.999	1.77 ± 0.898
So sánh cùng nhóm	$t = 7.918, p = 0.000$	$t = 13.26, p = 0.000$
So sánh 2 nhóm	$F = 0.46, p = 0.5$	

Nhận xét: Phương pháp châm cứu làm giảm rõ rệt số lần thức giấc mỗi đêm của 2 nhóm ($p < 0.001$)

Không có sự khác biệt về hiệu quả làm giảm số lần thức giấc mỗi đêm giữa 2 nhóm sau điều trị ($p > 0.05$)

Bảng 3.20. So sánh số lần thức giấc giữa hai nhóm theo thời gian

	N0 (lần)	N5 (lần)	N10 (lần)	N15 (lần)
Nhóm can thiệp (n=30)	3.03 ± 0.85	2.63 ± 0.67	2.5 ± 0.63	1.63 ± 0.999
Nhóm chứng n=30)	3.47 ± 0.86	3.13 ± 0.68	2.67 ± 0.66	1.77 ± 0.898

Nhận xét: Ngày thứ 5 sau châm cứu nhóm can thiệp giảm 13.2% giấc, nhóm chứng giảm 9.8% số lần thức giấc. Ngày 15 sau châm cứu giảm số lần thức giấc rõ rệt nhất, nhóm can thiệp giảm 34.8%, nhóm chứng giảm 33.7%.

3.3.4. Hiệu quả trên tổng thời gian thức giấc mỗi đêm

Bảng 3.21. So sánh tổng thời gian thức giấc của hai nhóm

	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)
Trước điều trị (phút)	67.50 ± 30.45	64.50 ± 23.35
Sau điều trị (phút)	24 ± 16.049	24.50 ± 17.39
So sánh cùng nhóm	t= 9.294, p= 0.000	t= 8.548, p= 0.000
So sánh 2 nhóm	F= 0.013, p= 0.908	

Nhận xét: Phương pháp châm cứu làm giảm thời gian thức giấc mỗi đêm ở cả hai nhóm ($p<0.001$)

Hiệu quả giảm thời gian thức giấc mỗi đêm giữa hai nhóm là như nhau ($p> 0.05$)

Bảng 3.22. So sánh tổng thời gian thức giấc của hai nhóm theo thời gian

	N0 (phút)	N5 (phút)	N10 (phút)	N15 (phút)
Nhóm can thiệp (n=30)	67.50 ± 30.45	58.50 ± 26.23	47.00 ± 23.88	24 ± 16.049
Nhóm chứng (n=30)	64.50 ± 23.35	53.50 ± 17.48	39.00 ± 10.12	24.50 ± 17.39

Nhận xét: Ở cả 2 nhóm, thời gian thức giấc giảm nhiều nhất vào ngày thứ 15 sau châm cứu, nhóm can thiệp giảm 49%, nhóm chứng giảm 37% so với ngày thứ 10.

3.3.5. Hiệu quả giấc ngủ

Bảng 3.23. So sánh hiệu quả giấc ngủ ở hai nhóm nghiên cứu

	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)
Trước điều trị (phút)	63.15 ± 16.605	64.66 ± 14.334
Sau điều trị (phút)	87.95 ± 5.752	87.36 ± 5.128
So sánh cùng nhóm	t= -9.886, p= 0.000	t= -9.297, p= 0.000
So sánh 2 nhóm	F= 0.177, p= 0.676	

Nhận xét: Phương pháp châm cứu làm tăng hiệu quả giấc ngủ ($p<0.001$)

Hiệu quả giấc ngủ sau điều trị khác nhau không có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm ($p>0.05$)

Bảng 3.24. So sánh hiệu quả giấc ngủ ở hai nhóm theo thời gian

	N1 (%)	N5 (%)	N10 (%)	N15 (%)
Nhóm can thiệp (n=30)	63.15±16.605	71.10±11.742	79.07±8.002	87.95±5.752
Nhóm chứng (n=30)	64.66±14.334	70.74±12.083	80.38±4.177	87.36±5.128

Nhận xét: Trước châm cứu, hiệu quả giấc ngủ của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là rất kém (<65%), hiệu quả giấc ngủ tăng theo thời gian, ngày 15 đạt hiệu quả tốt nhất.

3.3.6. Sự thay đổi chỉ số giấc ngủ - PSQI

Bảng 3.25. So sánh điểm PSQI ở hai nhóm

	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)
Trước điều trị	14.77 ± 2.06	14.47 ± 2.32
Sau điều trị	6.07 ± 2.3	6.57 ± 1.92
So sánh cùng nhóm	t= 9.294, p= 0.000	t= 8.548, p= 0.000
So sánh 2 nhóm	F= 0.833, p= 0.365	

Nhận xét: Tổng điểm PSQI sau châm cứu giảm rõ rệt ($p<0.001$) ở cả hai nhóm.

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm

3.3.7. Sự thay đổi thang điểm Epworth (ESS).

Bảng 3.26. So sánh điểm ESS ở hai nhóm

Điểm ESS	Nhóm can thiệp (n=30)		Nhóm chứng (n=30)	
	N1	N15	N1	N15
	11.53 ± 3.26	6.47 ± 1.14	11.90 ± 2.94	6.73 ± 1.34
So sánh cùng nhóm	T= 9.69, p= 0.000		T= 9.959, p= 0.000	
So sánh khác nhóm	F= 0.693, p= 0.409			

Nhận xét: Điểm ESS của bệnh nhân ở hai nhóm giảm rõ rệt sau châm cứu ($p<0.001$).

Hiệu quả làm giảm buồn ngủ ban ngày của hai nhóm là như nhau ($p>0.05$)

3.3.8. Sự thay đổi thang điểm PSQI trong các thẻ YHCT sau điều trị

Bảng 3.27. Điểm PSQI sau điều trị của các thẻ YHCT

Thẻ YHCT	Nhóm	Nhóm can thiệp (n=30)		Nhóm chứng (n=30)	
		PSQI ≤ 5	PSQI > 5	PSQI ≤ 5	PSQI > 5
Tâm Tỳ hư		7	7	4	8
Tâm Thận bất giao		5	8	4	13
Vị bất hòa		0	1	0	0
Đờm nhiệt nội nhiễu		0	2	0	1
So sánh cùng nhóm		P= 0.655 (*)		P= 0.767 (*)	

(*): Hiệu chỉnh Fisher

Nhận xét: Ở nhóm can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân đạt được giấc ngủ tốt (PSQI <5) của thẻ Tâm Tỳ hư là 50%, thẻ Tâm Thận bất giao là 38.5%.

Ở nhóm chứng, tỉ lệ bệnh nhân đạt được giấc ngủ tốt của thẻ Tâm Tỳ hư là 33%, và của thẻ Tâm Thận bất giao là 25%.

Không có sự khác biệt về tỉ lệ khỏi bệnh giữa các thẻ trong cùng một nhóm ($p>0.05$)

Bảng 3.28. So sánh điểm PSQI của thẻ Tâm Tỳ hư ở hai nhóm nghiên cứu sau điều trị

	Nhóm can thiệp (n=30)	Nhóm chứng (n=30)
Điểm PSQI ≤ 5	7	4
Điểm PSQI > 5	7	8
P	P= 0.4527	

Nhận xét: Ở thẻ Tâm Tỳ hư, nhóm can thiệp có tỉ lệ bệnh nhân đạt giấc ngủ tốt là 50%, ở nhóm chứng là 33.3%

Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p> 0.05$)

Bảng 3.29. So sánh điểm PSQI của thẻ Tâm Thận bắt giao ở hai nhóm nghiên cứu

	Nhóm van thiệp (n=30)	Nhóm chảng (n=30)
Điểm PSQI≤ 5	5	4
Điểm PSQI> 5	25	26
P		p= 0.365

Nhận xét: Ở thẻ Tâm Thận bắt giao, nhóm van thiệp có tỉ lệ bệnh nhân đạt điểm PSQI ≤ 5 là 16,7%, ở nhóm chảng là 13,3%

Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015, chúng tôi thu nhận được 60 bệnh nhân MNKTT điều trị ngoại trú tại Bệnh viện An Bình, Bệnh viện Nhân dân Gia Định, Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Hồ Chí Minh; thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu để tham gia vào nghiên cứu.

4.1.1 Tuổi và giới tính

Tuổi trung bình các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 50.07 ± 12.94 , trong đó độ tuổi trung niên (từ 40 đến 59 tuổi) chiếm tỉ lệ cao nhất. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của tác giả Yeung và cs (2009) là 48, Jing Gou và cộng sự (2013) là 48.93 [79], [40]. Tỉ lệ mất ngủ sẽ tăng theo tuổi, theo Cho YW (2009), người lớn tuổi chiếm tỉ lệ 34.6%, trong nghiên cứu này là 23.3% [30]. Sự khác biệt này có thể do châm cứu là phương pháp đòi hỏi phải đến bệnh viện điều trị hàng ngày, đối tượng lớn tuổi thường khó khăn trong việc di lại so với nhóm tuổi trung niên và thanh niên nên mặc dù tỉ lệ mất ngủ trong cộng đồng cao nhưng tỉ lệ đồng ý tham gia vào nghiên cứu lại ít hơn.

Về giới tính, trong nghiên cứu này tỉ lệ mất ngủ của nữ/nam gần bằng 3:1, điều này phù hợp với nghiên cứu châm cứu trị MNKTT của Yeung và cs (2009) là 77% người tham gia nghiên cứu là nữ, 23% người tham gia nghiên cứu là nam [79], nghiên cứu của Jing Guo (2009) tỉ lệ nữ và nam lần lượt là 78% và 32% [40]. Nhưng so với nghiên cứu khác thì tỉ lệ này cao hơn: nghiên cứu của Lý Duy Hưng (2008), báo cáo của Ustun (1996) do Tổ chức Y tế Thế giới tổ chức khảo sát tỉ lệ mất ngủ giữa nữ/nam là 3:2 [9], [73]; tác giả Ying Lan nghiên cứu nhĩ châm điều trị MNKTT ở Trung Quốc tỉ lệ này là 2:1 [48]. Chúng tôi nhận thấy các nghiên cứu về châm cứu hầu hết có tỉ lệ nữ : nam đều cao hơn tỉ lệ lưu hành của bệnh [40], [48], [79]. Điều này chứng tỏ rằng tỉ lệ bệnh nhân nữ đến điều trị mất ngủ bằng châm cứu

cao hơn bệnh nhân nam. Theo nhóm tuổi và giới tính, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ phụ nữ và độ tuổi từ 45-55 chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu. Theo Quera-Salva (1991) ở Pháp là có sự gia tăng tần suất than phiền mất ngủ ở phụ nữ đặc biệt là phụ nữ độ tuổi từ 45 trở lên [64]. Theo tác giả Trupin (1992) mối quan hệ giữa chúng mất ngủ và chu kỳ kinh nguyệt, sự căng thẳng thần kinh ở thời kỳ tiền mãn kinh và mãn kinh có liên quan đến sự sụt giảm hormone estrogen [71]. Theo Y học cổ truyền phụ nữ xung quanh tuổi 49 bắt đầu thiên quý kiệt, mạch Nhâm hư, mạch Thái Xung suy kém, chức năng tạng phủ cũng kém dần mà chủ yếu là Thận khí suy, Thận suy chủ yếu là tinh, huyết suy nên âm dương mất cân bằng gây nên mất ngủ [18], [1], [10].

4.1.2. Nghề nghiệp, Trình độ học vấn, Tình trạng hôn nhân

Nhóm nghề lao động trí óc chiếm tỉ lệ cao nhất (52%). Đây là nhóm nghề thường xuyên căng thẳng đầu óc và chịu áp lực công việc nhiều nhất. Theo tác giả Lý Duy Hưng thì rối loạn giấc ngủ ở những bệnh nhân có rối loạn liên quan đến stress chủ yếu là mất ngủ (100%) [9]. Theo lý luận Y học cổ truyền suy nghĩ, làm việc trí óc quá nhiều ảnh hưởng đến Tâm, Tỳ. Sách Linh Khu có viết: “Suy nghĩ về sự tồn tại hay biến đổi gọi là tư. Tư tuy chỉ thuộc Tỳ nhưng có quan hệ với Tâm chủ thần minh”. Suy nghĩ quá mức làm hao tổn Tâm huyết, tổn thương Tỳ khí cũng gây nên chứng mất ngủ [11].

Về trình độ học vấn, các nghiên cứu của Yu-Tao Xiang (2008) tại Bắc Kinh, Kim K tại Nhật Bản cho rằng trình độ học vấn thấp có liên quan đến mất ngủ [76], [44]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trình độ cấp 1, cấp 2, cấp 3 chiếm tỉ lệ cao nhất (58.5%).

Về tình trạng hôn nhân, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ đã kết hôn chiếm tỉ lệ cao nhất (72%), trong khi đó nhóm đã ly hôn chỉ chiếm 12%. Nghiên cứu này khác biệt với các nghiên cứu của Quera-Salva (1991), Ohayyon (1996), Leger (2001) [64], [58], [49]. Các nghiên cứu trên chỉ ra rằng tình trạng ly hôn/ góa bụa là nguy cơ của mất ngủ. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đoàn Văn Minh tại Hà Nội với tỉ lệ đã kết hôn là 73.3% [13]. Theo

chúng tôi sự khác biệt với các nghiên cứu nước ngoài là do phong tục, tập quán, truyền thống văn hóa và quan điểm hôn nhân ở Việt Nam khác với các nước phương Tây nên tỉ lệ ly hôn rất ít.

4.1.3. Thời gian mất ngủ

Thời gian mất ngủ trung bình ở nhóm nghiên cứu là 24 tháng, thời gian mất ngủ trung bình ở nhóm chúng là 20.67 tháng, trong đó mất ngủ hơn 1 năm chiếm tỉ lệ cao nhất 40%. Điều này phù hợp nghiên cứu của Đoàn Văn Minh (2009) đa số bệnh nhân khi đến điều trị có thời gian mất ngủ hơn 1 năm [13], Đỗ Thị Xuân Hương và cộng sự (2012) khảo sát trên 161 người cao tuổi bị mất ngủ, số bệnh nhân có thời gian mất ngủ từ 1 đến 5 năm chiếm 53.4% [8], Holagen F và cộng sự tại Đức hơn 80% số bệnh nhân trong lô nghiên cứu bị mất ngủ từ 1 đến 5 năm hoặc hơn nữa [36], nghiên cứu của Morrin CM và cộng sự tại Canada thì có đến 74% mất ngủ ít nhất 1 năm, 46% mất ngủ kéo dài dai dẳng 3 năm [55]. Thời điểm bệnh nhân bắt đầu điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố: điều kiện kinh tế, nhận thức về bệnh, sự quan tâm của bệnh nhân về bệnh... làm bệnh nhân trì hoãn đến bệnh viện khám và điều trị. Theo Yu-Tao Xiang (2008) tại Trung Quốc cho biết chỉ có 5.4% những bệnh nhân bị mất ngủ báo cáo triệu chứng này với các Bác sĩ thực hành và cũng chỉ có 2.1% đến khám với các chuyên gia về sức khỏe [76], nghiên cứu của Ohayon MM là 6.8% [60]. Tỉ lệ này cho chúng ta thấy bệnh nhân thường có quan niệm mất ngủ là một hiện tượng bình thường hoặc thoáng qua trong đời sống nên họ không quan tâm khám và điều trị như các vấn đề bệnh lý khác. Tại Việt Nam, rất nhiều bệnh nhân tự ý mua thuốc về điều trị theo từng đợt, việc sử dụng thuốc ngủ không đúng cách sẽ làm việc điều trị khó khăn hơn, bệnh nhân đến bệnh viện điều trị khi mất ngủ đã kèm theo các rối loạn khác của cơ thể, hoặc bắt đầu nhận thấy tác dụng phụ khi tự ý dùng thuốc ngủ lâu dài. Thời gian mất ngủ gần 2 năm cho thấy mất ngủ mạn tính và khó kiểm soát. Việc phát hiện sớm và điều trị đúng sẽ làm vấn đề mất ngủ được kiểm soát dễ dàng hơn. Khó khăn của chúng ta là có ít phòng khám chuyên khoa về giấc ngủ, bệnh nhân muốn khám và tư vấn lại không biết nơi nào. Một khía cạnh khác các Bác sĩ lâm sàng ít quan tâm hỏi về giấc ngủ của bệnh nhân, hoặc đôi

khi lại quá thoải mái cho bệnh nhân một viên thuốc ngủ để ngủ ngon hơn mặc dù họ không bị mất ngủ [8]. Tại Mi, một nghiên cứu được công bố trên tạp chí Lão khoa thực hiện trên 1.503 người bệnh từ 60 tuổi trở lên thì có đến 69% bệnh nhân cao tuổi có ít nhất một lần, 49% có hai hoặc nhiều hơn số lần phản nản về giấc ngủ và 45% số bệnh nhân nói rằng họ khó ngủ. Mặc dù số bệnh nhân có vấn đề về giấc ngủ chiếm tỉ lệ cao nhưng chỉ có 19% số lần phản nản đó được ghi chép lại. Điều này có thể giải thích là do các Bác sĩ cho rằng việc hỏi bệnh nhân về giấc ngủ là không cần thiết.

4.1.4. Đặc điểm về giấc ngủ

Thời gian ngủ trung bình mỗi đêm của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là kếm: 3.77 giờ. Bệnh nhân có số giờ ngủ thấp hơn so với các nghiên cứu tại Trung Quốc Jing Gou (2013) là 4.56 giờ, của Gao XY (2013) là dưới 5 giờ [40], [35]. Tại Việt Nam, Lý Duy Hưng (2008) ghi nhận thời gian ngủ trung bình là 3.6 giờ, Đoàn Văn Minh (2009) là 2.77 giờ, Đỗ Thị Xuân Hương (2012) là 3.98 giờ [9], [13], [8]. Sự khác biệt này có thể do các yếu tố như hiệu quả các điều trị trước đó, tuổi trung bình bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Thời gian đi vào giấc ngủ trung bình ở hai nhóm nghiên cứu là 51.67 phút, trong đó có 78% bệnh nhân mất hơn 30 phút mới vào được giấc ngủ. Điều này gần giống với nghiên cứu của Jing Guo (2013) là 55.5 phút, thấp hơn các nghiên cứu của Lý Duy Hưng (2008) là 115 phút, Đoàn Văn Minh (2009) là trên 60 phút, Đỗ Thị Xuân Hương (2012) là 74.81 phút [40], [35], [9], [13], [8].

Về số lần thức giấc mỗi đêm, chúng tôi ghi nhận trung bình mỗi đêm bệnh nhân thức giấc 3-4 lần. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của Đoàn Văn Minh (2009) tỉ lệ bệnh nhân thức giấc hơn 3 lần chiếm tỉ lệ 78.3%, Đỗ Thị Xuân Hương (2012) là 3.51 lần [8], [13].

Về tổng thời gian thức giấc, mỗi đêm trung bình thức giấc là 20.3 phút, so với nghiên cứu của Đỗ Thị Xuân Hương (2012) trên người cao tuổi là 29.71 phút thì ngắn hơn [8].

Hiệu quả giấc ngủ trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 55.89%, trong đó hiệu quả giấc ngủ < 65% chiếm 70% tổng số bệnh nhân. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Yeung và cộng sự (2009) là 70%, Gao XY (2013), Jing Guo (2013) là 71.77%; cao hơn nghiên cứu của Đoàn Văn Minh (2009) là 40.35% [79], [35], [40], [13].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận điểm PSQI trung bình của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 14.617, điều này phù hợp với nghiên cứu của Lý Duy Hưng (2008) là 15.5 [9], Yu Feng (2011) là 14.48 và 13.92 ở hai nhóm [0], Gao XY và cộng sự (2013) là 14.49 [35], thấp hơn nghiên cứu của Đoàn Văn Minh (2009) là 20.195 [13] và cao hơn nghiên cứu của Backhaus J và cộng sự (2002) [22] bệnh nhân mất ngủ không thực tồn (n=80) có điểm PSQI trung bình 12.5, Yeung và cộng sự (2009) là 12 [79], Jing Guo (2013) là 11.83 [40]. Điều này cho thấy các bệnh nhân trong nghiên cứu đến châm cứu đa số là mất ngủ nặng. 75% bệnh nhân trong nghiên cứu đánh giá giấc ngủ của mình là Tương đối kém, 25% tự đánh giá giấc ngủ là Rất kém. Những nghiên cứu gần đây cho thấy giai đoạn giấc ngủ pha chậm cùng cổ hệ miễn dịch, giấc ngủ pha nhanh giúp điều chỉnh các chức năng nhận thức và điều chỉnh tâm thần. Bệnh nhân mất ngủ bộ não của họ thường làm việc nhiều hơn những người được nghỉ ngơi tốt. Tình trạng mất ngủ kéo dài làm giảm năng suất lao động, giảm tập trung chú ý. Nghiên cứu của Kim K và cộng sự (2001) ghi nhận những than phiền về tâm thể và tâm lý có liên quan với mất ngủ gây khó khăn trong công việc ban ngày: cảm giác yếu đuối (31.4%, OR= 1.7), cáu gắt (OR= 1.4), mất tập trung trong công việc (OR= 1.8). Ở nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân tham gia đều cảm thấy mệt mỏi sau khi ngủ dậy. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước của Lý Duy Hưng (2008), của Foley DJ và cộng sự (1995) có từ 7% đến 15% trong số bệnh nhân mất ngủ hiếm khi hoặc không bao giờ có cảm giác khỏe khoắn sau khi ngủ dậy vào buổi sáng [9], [34]. Nghiên cứu của Zailinawati A và cộng sự ghi nhận rằng những bệnh nhân mất ngủ có tần suất cao chán nản (12.7%), mất tập trung(19.1%), trí nhớ kém (9.2%), giảm năng suất làm việc (6.4%), kiệt sức (17.2%) và tình trạng sức khỏe kém (40.9%)[81]. Mất ngủ

kéo dài làm giảm trí nhớ, khó tập trung chú ý, giảm sút khả năng lao động, hậu quả tóm tắt yếu là giảm tích cực trong cuộc sống, hiệu quả lao động thấp và giảm chất lượng sống. Ngoài ra mất ngủ còn có nguy cơ phát sinh một số bệnh hoặc làm nặng hơn bệnh đang mắc.

Điểm ESS trung bình trong nghiên cứu này là 11.72, trong đó 70% bệnh nhân có điểm ESS lớn hơn 10. So sánh với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Xuân Hương thì tương đương, nhưng lớn hơn nghiên cứu của Jing Guo và cộng sự (2013) là 8.5 [8], [40]. Theo chúng tôi, sự khác biệt này do sự khác nhau về mức độ mất ngủ của bệnh nhân tham gia các nghiên cứu nên dẫn đến tình trạng buồn ngủ ban ngày khác nhau. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu đa số bị buồn ngủ ban ngày quá độ. Kancita Y và cộng sự cho biết trong dân số chung của Nhật thì tỉ lệ về ngủ ngày quá độ chiếm 2.5% (nam 2.8%, nữ 2.2%) và có sự liên quan đến các yếu tố nguy cơ như: nam giới, tuổi trẻ, thời gian ngủ ngắn, cảm giác bức rít hai chân, căng thẳng tâm lý và đặc biệt là ngày và ngưng thở khi ngủ [43].

Về phân bố các thể mất ngủ theo YHCT, chúng tôi ghi nhận hai thể Tâm Tỷ hưu và Âm hư hỏa vuong chiếm đa số với tỉ lệ lần lượt là 40% và 37%. Đây là hai thể bệnh thuộc phần chứng Hư của mất ngủ. Kết quả này phù hợp với thời gian mất ngủ ở các bệnh nhân trong nghiên cứu kéo dài gần 2 năm, tuổi trung bình của bệnh nhân là 50, là độ tuổi chức năng tạng phủ bắt đầu suy kém nên sẽ gặp thể bệnh Hư nhiều hơn Thực.

4.2. Kết quả nghiên cứu

4.2.1. Thời gian ngủ mỗi đêm

Thời gian ngủ mỗi đêm trước khi điện châm ở cả hai nhóm đều ít hơn 5 tiếng (trung bình thời gian ngủ của nhóm can thiệp là 3.7 ± 1.52 , nhóm chứng là 3.83 ± 1.42). Thời gian ngủ tăng lên rõ rệt ($p < 0.001$) ở cả hai nhóm nghiên cứu. Thời điểm châm cứu ngày 5 và ngày 10 ghi nhận thời gian ngủ của nhóm can thiệp tăng nhiều hơn, cụ thể, ngày thứ 5 thời gian ngủ ở nhóm nghiên cứu tăng 15%, nhóm chứng tăng 7.8%, ngày 10 thời gian ngủ ở nhóm nghiên cứu tăng 32%, nhóm chứng tăng 9.4% so với trước châm cứu. So sánh với kết quả của tác giả Jing-Guo (2013)

châm cứu điều trị mất ngủ không thực tồn, chúng tôi có kết quả tương tự [40]. Như vậy, nghiên cứu này cho thấy gia thêm nhóm huyết An miên 1, An miên 2 thì sẽ tăng thời gian ngủ nhanh hơn mặc dù sau 15 ngày thì tác dụng như nhau khi có thêm huyết An miên hay không.

Ưu điểm của điện châm giúp người bệnh có được giấc ngủ sinh lý. Theo nghiên cứu của Jing-Guo (2013), thuốc ngủ mặc dù làm tăng thời gian ngủ nhiều hơn so với nhóm điện châm, tuy nhiên sau 2 tháng ngưng điều trị thì nhóm điện châm duy trì thời gian ngủ, hiệu quả giấc ngủ tốt hơn nhóm dùng thuốc ngủ [40]. Một nghiên cứu khác điều trị mất ngủ bằng phương pháp không dùng thuốc của Huang (2009) “Điều trị 90 trường hợp mất ngủ không thực tồn bằng liệu pháp lăn kim” cho thấy phương pháp này có hiệu quả lâu dài hơn phương pháp sử dụng thuốc ngủ thế hệ hai [37].

4.2.2. Thời gian đi vào giấc ngủ

Phương pháp điện châm làm giảm rõ rệt thời gian đi vào giấc ngủ ($p<0.001$). Phương pháp này đạt hiệu quả cao nhất vào ngày thứ 15 ở cả hai nhóm, nhóm can thiệp giảm 37.9%, nhóm chứng giảm 27% so với ngày thứ 10. Mặc dù tỉ lệ cải thiện về thời gian đi vào giấc ngủ của nhóm can thiệp cao hơn nhóm chứng tuy nhiên không có ý nghĩa về mặt thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu châm cứu điều trị mất ngủ không thực tồn của Đoàn Văn Minh (2009) cho biết sau 20 ngày điều trị thì 88.3% bệnh nhân có thời gian đi vào giấc ngủ nhỏ hơn 30 phút [13]. Nghiên cứu châm cứu của Gao XY và cộng sự (2013) thì điểm mục Thời gian đi vào giấc ngủ là 1.0 ± 0.8 (tương đương với thời gian đi ngủ từ 16 đến 30 phút trong thang điểm PSQI) [35]. Nghiên cứu của Xuan (2007) so sánh giữa châm cứu và sử dụng thuốc Estazolam thấy cả hai nhóm đều cải thiện giấc ngủ sau điều trị, đặc biệt là thời gian đi vào giấc ngủ giảm rõ rệt, tuy nhiên nhóm được châm cứu có ưu thế hơn về sự cải thiện bệnh mất ngủ và các chức năng hoạt động ban ngày [77]. Điều này cho thấy hiệu quả của việc điều trị không dùng thuốc đem lại. Điều trị mất ngủ ngày nay được khuyến cáo nên bắt đầu bằng các

phương pháp không dùng thuốc. Nhóm huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao từ lâu đã được dùng để điều trị mất ngủ, trong khi nhóm huyệt An miên là nhóm huyệt kinh nghiệm sử dụng điều trị mất ngủ. Đã có nhiều nghiên cứu về châm cứu chứng minh châm cứu làm tăng tiết melatonin, serotonin, các opioid nội sinh là những chất có liên quan đến sự cải thiện giấc ngủ [29], [68], [78]. Ngoài ra một số nghiên cứu cho thấy châm cứu tác động lên cơ chế điều hòa GABA và thụ thể GABA(A) làm ngăn chặn chứng mất ngủ [83].

4.2.3. Số lần thức giấc và tổng thời gian thức giấc mỗi đêm

Một trong những mục tiêu điều trị mất ngủ là phải làm giảm số lần thức giấc sớm. Trong nghiên cứu này trước điều trị trung bình một đêm bệnh nhân nhóm can thiệp dậy 3.03 ± 0.85 lần, nhóm chứng dậy 3.47 ± 0.86 lần. Sau điều trị trung bình một đêm bệnh nhân nhóm nghiên cứu dậy 1.63 ± 0.999 lần, nhóm chứng dậy 1.77 ± 0.898 lần. Châm cứu có tác dụng làm giảm số lần thức giấc ở hai nhóm ($p < 0.001$), không có sự khác biệt về hiệu quả làm giảm số lần thức giấc ở hai nhóm.

4.2.4. Hiệu quả giấc ngủ

Hiệu quả giấc ngủ trung bình của bệnh nhân trước điều trị là $63.15 \pm 16.605\%$ ở nhóm can thiệp và $64.66 \pm 14.334\%$ ở nhóm chứng. Sau điều trị hiệu quả giấc ngủ đều được cải thiện rất rõ ở cả hai nhóm: nhóm can thiệp là $87.95 \pm 5.752\%$, nhóm chứng là $87.36 \pm 5.128\%$. Trước điều trị tỉ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả giấc ngủ $\leq 80\%$ là 0% ở nhóm can thiệp, 3.3% ở nhóm chứng, sau điều trị tỉ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả giấc ngủ mục tiêu ($> 80\%$) ở nhóm can thiệp là 90% và nhóm chứng là 93.3%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 0.218$, $p = 0.5$). Kết quả của chúng cao hơn nghiên cứu điều trị mất ngủ bằng nhĩ châm của Suen (2002) “Phương pháp nhĩ châm bằng miếng dán viền ở huyệt Thần môn, vùng Tâm, Can, Tỳ” thì hiệu quả giấc ngủ trung bình sau điều trị là $79.28 \pm 10.77\%$ [69]. Mặc dù nghiên cứu của Zhang QA (2013) so sánh châm cứu trị mất ngủ trên hai nhóm: nhóm 1 châm cứu nhóm huyệt An miên, nhóm 2 châm cứu các huyệt Tam âm giao, Thần môn, Bách hội thì thấy tỉ lệ hiệu quả ở nhóm 1 là 91.2%, nhóm 2 là 74.6% [82], nghiên cứu của Huo ZJ (2013) cho biết khi kết hợp châm 3 huyệt An miên với các huyệt thuộc

đường kinh sẽ cho chất lượng giấc ngủ cao hơn nhóm chỉ châm cứu các huyệt thuộc đường kinh [38], nhưng ở nghiên cứu này chúng tôi không thấy sự khác biệt về hiệu quả giấc ngủ giữa có và không có gia thêm nhóm huyệt An miên.

4.2.5. Thang điểm PSQI

Thang điểm PSQI giúp ta đánh giá 7 yếu tố của chất lượng giấc ngủ. Mỗi thành tố đều được đánh giá riêng biệt tùy theo mức độ nặng (điểm tối đa cho mỗi thành tố là 3 điểm). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận châm cứu có hiệu quả rõ rệt làm thay đổi từng chỉ số giấc ngủ và cả tổng điểm PSQI. Tỉ lệ bệnh nhân đạt được giấc ngủ tốt (điểm PSQI ≤5) sau điều trị ở nhóm can thiệp là 40%, nhóm chúng là 26.7%. Khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p=0.365$). Kết quả tổng điểm PSQI phù hợp nghiên cứu của Jing Guo (2013), Đoàn Văn Minh (2009) sau 4 tuần điều trị tổng điểm PSQI là 5.23 [40],[13], Yeung WF (2009) sau 1 tuần điều trị tổng điểm PSQI trung bình từ 12 giảm xuống 9.9 ở nhóm sử dụng điện châm [79]. Tác giả Đoàn Văn Minh điện châm các huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao trên bệnh nhân MNKTT khi theo dõi điện não thì thấy châm cứu có ảnh hưởng lên hai thành phần sóng alpha và beta. Khi trí óc và thể lực mệt mỏi quá mức, nhịp alpha không đều đặn, tính chu kì các dao động alpha bị rối loạn, nhịp alpha giảm dần về tần số hoặc biến mất. Sau châm cứu nhận thấy sóng alpha sau điện châm tăng về chỉ số và biên độ, trong khi sóng beta là sóng căng thẳng chịu nhiều tác nhân kích thích như lo âu, căng thẳng thần kinh thì giảm cả biên độ lẫn chỉ số [13]. Điều này chứng minh được tác dụng an thần của các huyệt đang sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi.

Các nghiên cứu không dùng thuốc như phương pháp lăn kim của Huang (2009), phương pháp bấm huyệt của Tsay (2004) đã sử dụng thang điểm PSQI để đánh giá và kết quả điểm của các thành tố và tổng điểm trung bình sau điều trị giảm so với trước điều trị [37], [72]. Như vậy các phương pháp không dùng thuốc nói chung và phương pháp châm cứu đều có hiệu quả tốt trên điều trị mất ngủ.

4.2.6. Thang điểm Epworth (ESS)

Điểm ESS trước điều trị của nhóm can thiệp là 11.53 ± 3.26 , nhóm chứng là 11.90 ± 2.94 . Sau điều trị giảm rõ rệt điểm ESS ở cả hai nhóm nghiên cứu ($p < 0.001$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm sau điều trị. Nghiên cứu của Jing Guo (2013), phương pháp châm cứu làm giảm điểm ESS và so với nhóm dùng Estazolam thì điểm ESS tăng chậm sau 2 tháng ngưng điều trị trong khi nhóm dùng Estazolam thì điểm ESS bằng với lúc chưa điều trị [40]. Điều này cho thấy phương pháp châm cứu có hiệu quả tốt trong việc giúp bệnh nhân giảm buồn ngủ ban ngày quá mức, lao động, học tập, sinh hoạt trong ngày sẽ ít bị ảnh hưởng hơn. Như đã biết giấc ngủ gồm có 2 giai đoạn chính là NREM và REM, giấc ngủ NREM giúp các tế bào tái tạo và cơ thể hồi phục. Nếu giấc ngủ NREM bị ảnh hưởng, ngủ không sâu thì sáng hôm sau sẽ thấy lờ đờ, mệt mỏi, buồn ngủ. T Wang (2013) điện châm huyệt An miên tần số thấp (10Hz) giúp tăng cường giấc ngủ NREM do tăng β-endorphin [70]. Vậy tăng giấc ngủ NREM bệnh nhân ngủ lâu hơn, cơ thể hồi phục tốt nên sẽ giảm buồn ngủ ban ngày quá mức. Khi châm cứu thí nghiệm trên chuột cũng như trên người các nhà nghiên cứu còn chỉ ra rằng châm cứu tác dụng tại chỗ, cũng như ở nơi xa, toàn thân là nhờ vào các đường dẫn truyền cảm giác hệ thần kinh trung ương qua tủy sống lên đến vỏ não. Từ vỏ não sẽ cho các tín hiệu đi xuống đến các hệ thống khác nhau trên não cũng như ngoại vi. Trong quá trình này có sự giải phóng các opioid nội sinh cũng như hoạt hóa hệ dưới đồi tuyến yên, tác động lên cơ quan chúng phụ trách [39], [26], [29]. Chúng tôi nhận thấy bệnh nhân giảm buồn ngủ ban ngày là do các tác dụng của châm cứu đã làm tăng thời gian ngủ, giảm số lần thức giấc, giảm thời gian thức giấc giữa đêm, bệnh nhân ngủ tốt hơn và sâu hơn. Chất lượng giấc ngủ tăng nên ban ngày giảm buồn ngủ và mệt mỏi. Phương pháp châm cứu cũng phù hợp với một yêu cầu cho một thuốc ngủ lý tưởng là thiết lập lại mô hình giấc ngủ bình thường, rút ngắn thời gian đi vào giấc ngủ, giảm thời gian thức giấc, giảm căng thẳng, cải thiện về các chức năng ban ngày.v.v... là các dấu hiệu để xác định mức độ thành công [77].

4.2.7. Hiệu quả của hai nhóm huyệt trên các thẻ YHCT:

Mẫu nghiên cứu nhỏ, nên ở đây chúng tôi chỉ bàn luận trên 2 thẻ chiếm đa số mẫu nghiên cứu là thẻ Tâm Tỷ hư và Tâm Thận bất giao. Sau điều trị 50% bệnh nhân thẻ Tâm Tỷ hư đạt giấc ngủ tốt (điểm PSQI ≤5) ở nhóm can thiệp, ở nhóm chứng tỉ lệ là 33.3%. Thẻ Tâm Thận bất giao tỉ lệ đạt giấc ngủ tốt ở nhóm can thiệp là 38.5% trong khi nhóm chứng là 23.5%. Mặc dù tỉ lệ bệnh nhân có giấc ngủ tốt ở nhóm Tâm Tỷ hư cao hơn so với nhóm Tâm Thận bất giao, tỉ lệ bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu đạt giấc ngủ tốt nhiều hơn ở nhóm chứng nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Khi so sánh từng chi số giấc ngủ trong thang điểm PSQI chúng tôi cũng không thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê. Vậy trong nghiên cứu này chúng ta thấy rằng hiệu quả của hai nhóm huyệt trên 2 thẻ Tâm Tỷ hư và Tâm Thận bất giao là như nhau.

Nghiên cứu của Đoàn Văn Minh thì hiệu quả giấc ngủ khi châm cứu nhóm huyệt Thần môn, Nội quan, Tam âm giao trên thẻ Tâm Thận bất giao tốt hơn trên thẻ Tâm Tỷ hư ($p<0.05$). Tuy nhiên khi so sánh thời lượng giấc ngủ, số lần thức giấc giữa đêm, tổng điểm PSQI thì không thấy khác biệt. Hiệu quả của phương pháp châm cứu trên 2 thẻ Tâm Tỷ hư và Tâm Thận bất giao là rất rõ rệt và phương pháp châm cứu có khả năng đưa bệnh nhân trở về giấc ngủ bình thường. Nghiên cứu của chúng tôi gia thêm nhóm huyệt An miên cũng nhận thấy có hiệu quả như nhau trên hai thẻ Tâm Tỷ hư và Tâm Thận bất giao. Phải chăng do bản thân nhóm huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao đã giải quyết được nguyên nhân, tác động lên các tạng phủ bị rối loạn, còn nhóm huyệt An miên chỉ giải quyết triệu chứng mất ngủ?

Huyệt Nội quan là huyệt thuộc kinh thủ Thiếu âm Tâm bào, là lạc huyệt nối với thủ Thiếu dương Tam tiêu, giao hội của Thủ quyết âm và Âm duy mạch. Nội quan có tác dụng thanh tâm bào, sơ tam tiêu, định tâm an thần, thư trung hòa vị lý khí, trấn thống [3], [14].

Huyệt Thần môn là nguyên huyệt của kinh Thủ thiếu âm Tâm bao lạc, có tác dụng lên huyết mạch và thận chí, có công năng thanh Tâm nhiệt, an thần, thanh hóa, lương vinh điều khí nghịch [4].

Tam âm giao là huyệt giao của ba đường kinh âm, có tác dụng điều hòa âm dương, giữa bất cập và thái quá, giữa hưng phấn và ức chế đối với các bệnh có liên quan đến các tạng Can, Tỳ, Thận. Ngoài ra còn có tác dụng bổ huyết và lý khí [3], [14].

Sự kết hợp các huyệt này với nhau thì có tác dụng tư âm dưỡng huyết, kiện tỳ ích vị, điều hòa thủy hỏa, quân bình âm dương bởi vì Nội quan, Thần môn có tác dụng thanh ở phần trên, Tam âm giao bổ âm của Thận giúp chân âm có thể thăng được mà giao hòa với Tâm hỏa ở phần trên.

Ngủ có gốc ở phần âm mà thần làm chủ, thần yên thì ngủ được, thần không yên thì không ngủ được. Như vậy giấc ngủ có liên quan đến âm huyết, liên quan đến các tạng Can, Tỳ, Thận. Do vậy mất ngủ do Tâm Tỳ hư thì dùng phép chữa an thần, bổ ích Tâm, Tỳ; mất ngủ do Tâm Thận bất giao thì dùng phép chữa an thần, tư âm để thanh hỏa. Điện châm nhóm huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao có tác dụng dưỡng tâm âm, bổ huyết, kiện Tỳ làm cho âm huyết đầy đủ, âm đầy đủ thì dương hỏa sẽ không vượng vì vậy tác dụng an thần là hợp lý.

An miên 1 và An miên 2 là những huyệt ngoài đường kinh nên không theo các lý luận của đường kinh. Huyệt được sử dụng phần nhiều theo kinh nghiệm điều trị. An miên 1 và An miên 2 có tác dụng an thần, trị mất ngủ, tâm hồi hộp, chóng mặt, đau đầu, tâm thần phân liệt [14], [17]. Khi thêm huyệt An miên 1, An miên 2 vào thì sẽ làm chúng tôi nhận thấy tác dụng làm tăng tác dụng an thần, làm thời gian ngủ hồi phục nhanh hơn trong thời gian đầu điều trị.

KẾT LUẬN

Điều trị châm cứu trong 15 ngày trên 60 bệnh nhân MNKTT tại Bệnh viện Y học cổ truyền TPHCM, Bệnh viện Nhân dân Gia Định, Bệnh viện An Bình theo hai công thức huyệt chung tôi nhận xét về kết quả như sau:

1/ Tác dụng trên thời gian ngủ

Nhóm huyệt An miên 1, An miên 2, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao tăng 51% so với trước điều trị

Nhóm huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao tăng 60% so với trước điều trị

2/ Tác dụng trên thời gian đi vào giấc ngủ

Nhóm huyệt An miên 1, An miên 2, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao giảm 52% so với trước điều trị.

Nhóm huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao giảm 52% so với trước điều trị.

3/ Tác dụng trên số lần thức giấc mỗi đêm

Nhóm huyệt An miên 1, An miên 2, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao giảm 46% so với trước điều trị

Nhóm huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao giảm 49% so với trước điều trị.

4/ Tác dụng trên hiệu quả giấc ngủ:

Nhóm huyệt An miên 1, An miên 2, Nội quan, Thần môn, Tam âm giao tăng 39% so với trước điều trị

Nhóm huyệt Nội quan, Thần môn, Tam âm giao tăng 35% so với trước điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TÀI LIỆU TIẾNG VIỆT

1. Bộ môn Bệnh học- Khoa Y học cổ truyền- Đại học Y dược TP HCM (2001), *Nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà Y học, Hồ Chí Minh, tr 423-427.
2. Bộ môn Nội- Thần Kinh- Đại học Y Dược TP HCM (2013), *Sổ tay lâm sàng Thần kinh sau đại học*, Nhà Đại học Quốc gia TP HCM, tr 265-275.
3. Dương Kế Châu (1990), *Châm cứu Đại thành- tập II*, Hội y học dân tộc thành phố Hồ Chí Minh - Hội Y học dân tộc Tây Ninh.
4. Hoàng Bảo Châu (1998), Châm cứu chữa một số bệnh thông thường, Nhà Y học, tr 21-22.
5. Daniel Truong, Lê Đức Hinh, Nguyễn Thị Hùng (2004), *Thần kinh học lâm sàng*, Nhà Y học, tr 698-702.
6. Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson (2001); *Rối loạn ngủ- Nguyên lý y học nội khoa Harrison*, The McGraw-Hill Companies- Nhà xuất bản Y học, Vol 1, 232-240.
7. Francis Martin, Nguyễn Xuân Bích Huyền, Dương Quý Sy, Dinh Xuân Tuan Anh (2010) , Bệnh lý về giấc ngủ -Sách chuyên đề Hội Phổi Pháp Việt , Hội Phổi Pháp Việt, số 1, tr 1-13.
8. Đỗ Thị Xuân Hương, Nguyễn Minh Đức, Nguyễn Văn Trí, Ngô Tích Linh (2012), Đặc điểm về tình trạng mất ngủ ở người cao tuổi, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 16 - Phụ bản số 2, tr 106-112.
9. Lý Duy Hưng (2008), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress, *Luận văn thạc sĩ*, Đại học Y Hà Nội.
10. Khoa Y học cổ truyền- Trường Đại học Y Hà Nội (2006), *Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà Y học, Hà Nội, tr 402-408.
11. Bành Văn Khùu, Đặng Quốc Khanh (2002), *Những học thuyết cơ bản của Y học cổ truyền*, Nhà Y học, tr 193.
12. Trần Văn Kỳ (2008), *Cẩm nang chẩn đoán và điều trị Nội khoa Đông Y*, Nhà Tổng hợp TP HCM, tr 253-256.

13. Đinh Văn Minh (2009), *Danh sách thư dụng điện châm trong điều trị*, Khoa mòn, Tam âm giao trong điều trị mất ngủ không thuốc入睡, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
14. Lê Quý Ngưu (2006), *Từ điển huyết và châm cứu*, Nhà Thuận Việt, tr 403, tr 357-358, tr 407-410, tr 452-454.
15. Vũ Anh Nhị, Đặng Văn Phước (2006), *Thần kinh học và nội khoa lồng ngực*, Nxb Y học, tr 253-271.
16. Nguyễn Tài Thu (2013), *Châm cứu chữa bệnh*, Nhà Thế giới, Hà Nội, tr 215-216.
17. Nguyễn Tài Thu, Trần Thúy (1996), *Châm cứu sau đại học*, Nxb Y học, tr 246-255.
18. Trần Thúy, Lê Thị Hiền, Nguyễn Nhuộc Kim (2009), *Sản phụ khoa Y học cổ truyền*, Nxb Y học, Hà Nội, tr 127.
19. Viện nghiên cứu Trung Y (2003), *Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông Y*, Nxb Mũi Cà Mau, tr 298-306.

TÀI LIỆU TIẾNG ANH

20. Abad VC, Guilleminault C (2005), Sleep and psychiatry, *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2005;7(4):291-303.
21. Alon Reshef, Boaz Bloch, Limor Vadas, Shai Ravid, Ilana Kremer, Iris Haimov (2013); “The Effects of Acupuncture Treatment on Sleep Quality and on Emotional Measures among Individuals Living with Schizophrenia: A Pilot Study”; *Sleep disorders*, 2013: 327820
22. Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res* 2002;53:737.
23. Bonnet MH, Arand DL (1997). Hyperarousal and insomnia. *Sleep Med Rev*. 1997, Dec;1(2):97-108. PubMed PMID: 15310517.

24. Borbély, Alexander A., Peter Achermann, Beat Geering, and Irene Tobler. "Processes Underlying Sleep Regulation." *ACNP. American College of Neuropsychopharmacology*, 2000. Web. 9 Sept. 2015.
25. Alexander A. Borbély (1986). Sleep homeostasis. *Behavioral and Brain Sciences*, 9, pp 401-401 doi:10.1017/S0140525X00046239
26. Pan, J.M. Castro-Lopes, A. Coimbra, Activation of anterior lobe corticotrophs by electroacupuncture or noxious stimulation in the anaesthetized rat, as shown by colocalization of Fos protein with ACTH and beta-endorphin and increased hormone release, *Brain Res. Bull.*, p.175–182.
27. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Hoch CC, Yeager AL, Kupfer DJ. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep*, 1991; p.331-338.
28. Carpenter JS, Andrykowski MA. Psychometric evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J. Psychosom. Res.* 1998; p.5–13.
29. Cheng CH, Pei-Lu Yi, Jaung-Geng Lin, and Fang-Chia Chang, "Endogenous Opiates in the Nucleus Tractus Solitarius Mediate Electroacupuncture-Induced Sleep Activities in Rats," *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, vol. 2011, Article ID 159209, 11 pages, 2011. doi:10.1093/ecam/nep132
30. Cho YW, Shin WC, Yun CH, Hong SB, Kim J, Earley CJ. Epidemiology of insomnia in Korean adults: prevalence and associated factors. *Journal of Clinical Neurology*, 2009; p.20–23.
31. Claudia de Souza Lopes, Jaqueline Rodrigues Robaina and Lúcia Rotenberg (2012), Epidemiology of Insomnia: Prevalence and Risk Factors, Can't Sleep? Issues of Being an Insomniac, Dr. Saddichha Sahoo (Ed.), *InTech*.
32. Clinical practice guidelines in the Spanish NHS- Ministry of health and social policy (2009), *Clinical Practice Guidelines of the Management of Patient with Insomnia in Primary care*, Marid, p.39-47.

33. Đồng Lợi Cường (2010). Châm huyệt An miên, huyệt Thụy miên kết hợp Trung
dược trị liệu chứng mất ngủ 30 bệnh án, *Học báo Trung y Hà Bắc*, Vol 32; p.537.
34. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG,
(1995), Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of
three communities, *Sleep*, 1995 Jun; Vol 18, p.425-432.
35. Gao X, Xu C, Wang P, Ren S, Zhou Y, Yang X, Gao L(2013), Curative effect
of acupuncture and moxibustion on insomnia: a randomized clinical trial,
Journal of traditional Chinese medicine, 2013 Aug; Vol 33, p.428-432.
36. Hohagen F, Rink K, Kappler C (1994), Prevalence and treatment of insomnia in
general practice: a longitudinal study, *Eur. Arch Psychiatry Clin Neurosci*, (242),
p.329-36.
37. Huang LS, Wang DL, Wang CW, Hu YP, Zhou JW, Li N (2009), The needle-
rolling therapy for treatment of non-organic chronic insomnia in 90 cases,
Journal of Chinese Medicine, Vol 29, p.19-23.
38. Huo ZJ, Guo J, Li D. (2013). Effects of acupuncture with meridian acupoints
and three Anmian acupoints on insomnia and related depression and anxiety
state. *Chinese journal of integrative medicine*, Vol 19, p.187-191.
39. Ji-Sheng Han (2004), Acupuncture and endorphins, *Neuroscience Letters*,
Volume 361, Issues 1-3, May 2004, p. 258- 261
40. Jing Gou, Lin-Peng Wang, Cun-Zhi Liu, Gui Ling Wang, Jing-Hong Yi, and Jin-
Lian Cheng (2013), Efficacy of Acupuncture for Primary Insomnia: A
Randomized Controlled Clinical Trial Volume 2013, *Evidence- Based
Complementary and Alternative Medicine*, Sep 18.
41. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth
sleepiness scale. *Sleep*. 1991; p.540-545.
42. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual.
Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.

43. Kanekita Y, Ohida, et al (2005), "Excessive daytime sleepiness among the Japanese general population", Department of Public Health, School of Medicine, Nihon University, Tokyo, Japan, *Journal Epidemiol*, Vol 15, p.1-8.
44. Kim KI, Uchiyama M, Okawa M, Liu X, Ogihara R (2000), "An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population", *Sleep*, Feb 1; 23, p.41-77.
45. Kim K, Uchiyama M, Liu X, et al (2001), "Somatic and psychological complaints and their correlates with insomnia in the Japanese general population", *Psychosom Med*, 63, p.441-446.
46. Kleinman NL, Brook RA, Doan JP, Melkonian AK, Baran RW, "Health benefit costs and absenteeism due to insomnia from the employer's perspective: a retrospective, case-control, database study", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2009 August; 70, p.1098-1104.
47. Krystal AD, Edinger JD, Wohlgemuth WK, Marsh GR (2002), NREM sleep EEG frequency spectral correlates of sleep complaints in primary insomnia subtypes. *Sleep* 2002, Sep 15;25(6):630-40. PubMed PMID: 12224842.
48. Lan Y, Wu X, Tan HJ, Wu N, Xing JJ, Wu FS, Zhang LX, Liang FR (2015), Auricular acupuncture with seed or pellet attachments for primary insomnia: a systematic review and meta-analysis, *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2015, 15:103 doi:10.1186/s12906-015-0606-7
49. Leger D, Scheuermaler K, Phillip P, Paillard M, Guilleminault CFS (2001), Evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleeper, *Psychosomatic Medicine*, 63(1), p.49-55.
50. López-Ibor JJ, Valdés M e, (2002), DMS-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado; Barcelona: Masson.
51. Lu C, Yang XJ, Hu J (2014), Efficacy comparison between acupuncture smoothing-liver and regulating-spleen method and regulating governor vessel method for menopausal insomnia, *Zhongguo Zhen Jiu*, 2014, Vol 34, p. 759-762.

53. Meerson PZ, Zadizhevskii GA, Volk VI, Vorontsova EI (1991), Adapting stabilization of myocardium under the influence of electroacupuncture and cardiac protection, *Cardiology*, Vol 31, p. 72-77,
54. Ming-Ping Wu, Huey-Juan Lin, Shih-Peng Wong, Chung-Jan Ho, Jin-Joung Wang and Ya-Wen Hsu, Insomnia Linked to Increased, *Stroke*, Apr 07, 2014,
54. Morin CM, Bootzin RR, Buysse DJ, Edinger JD, Espie CA, Lichstein KL, (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of recent evidence (1998-2004), *Sleep* 2006, Vol 29, p.1398-1414,
55. Morin CM, Belanger L, LeBlanc M, et al (2009), The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study, *Arch Intern Med*, 169, p.447-453,
56. Morphy H, Dunn KM, Lewis M, Boardman JP, Croft PR (2007), "Epidemiology of insomnia: a longitudinal study in a UK population", *Sleep*, 2007; March, 30(3), p. 274-280,
57. Murray W Johns, A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale (1991), *Sleep*, Vol14, p. 540-545,
58. Ohayon M (1996), Epidemiological study on Insomnia in the general population, *Sleep*, (19), p.7-15.
59. Ohayon MM (2002), Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn, *Sleep Med Rev*, Apr; 6(2), p.97-111.
60. Ohayon MM, Hong SC (2002), Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 53, p.593-600,
61. Pei-Lu Yi, Chin-Yu Lu, Chlungh-Hsiang Cheng, Yi-Pong Tsai, Chung-Tien Lin, Fang-Chia Chang (2013); "Amygdala opioid receptors mediate the electroacupuncture-induced deterioration of sleep disruptions in epilepsy rats"; *Journal of Biomedical Science*; Vol 20, p.85
62. Pei-Lu Yi, Chin-Yu Lu, Shou-Bin Jou, Fang-Chia Chang (2015), Low frequency electroacupuncture suppresses focal epilepsy and improves epilepsy-induced sleep disruptions, *Journal of Biomedical Science*, 2015; Vol 22, p.49. doi:10.1186/s12929-015-0145-z,

63. Roehrs T, Merlotti L, Zorick F (1994), Sedative, memory and performance effects of hypnotics, *Psychopharmacology*, 116, p.130-134.
64. Quera-Salva M.A, Orboe A, Goldenberg P (1991), Study of a French population: Insomnia and use of hypnotics, *Sleep*, Vol 14, p.386-391.
65. Sharon Schutte-Roth, Lauren Broch, Daniel Buysse, Cynthia Dorsey, Michael Sateia (2005), "Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults", *Journal of Clinical Sleep Medicine*, Vol 4, p.487-502.
66. Shelley Wood (2013), "Rest Up: Insomnia Linked to Future Heart Failure", *Medscape*, March 06, Laugsand LB, Strand LB, Platou, et al. Insomnia and the risk of incident heart failure: A population study, *Eur Heart J* 2013; DOI: 10.1093/euroheartj/eht019
67. Schutte-Roth S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M; Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2008, Vol 4, p.487-504.
68. Spence DW, Kayumov L, Chen A, Lowe A, Jain U, Katzman MA et al (2004), Acupuncture Increases nocturnal melatonin secretion and reduces insomnia and anxiety: a preliminary report, *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 16(1), p.19-28.
69. Suen LK, Wong TK, Leung AW (2002), Effectiveness of auricular therapy on sleep promotion in the elderly, *American Journal of Chinese Medicine*, 30(4), p.429-49.
70. T Wang (2013), Endogenous opiates in the parabrachial nucleus mediate the electroacupuncture - Induce sleep activities in rats, *Sleep Medicine*, Volume 14, Supplement 1, December 2013, Pages e301.
71. Trupin S (1992), Insomnia in women: exploring a hormonal etiology, *Female Patient*, (17), p. 65-81.
72. Tsay BL, Cho YC, Chen ML (2004), Acupressure and Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation in Improving fatigue, sleep quality and depression in hemodialysis patients, *American Journal of Chinese Medicine*, 32(3), p.407-416.

73. Ustun TB, Privett M, Leclerc Y (1996), "Form, Frequency and burden of sleep problems in general health care", WHO collaborative study on psychological problems in general health care, *Eur. Psychiatry*, 11(1), p.5-10.
74. Wing-sze Hsu, Xiao-yu Shen, Jia-min Yang, Li Luo, Ling Zhang, Dan-dan Qi, Song-xi Shen, Shi-peng Zhu, Ya-fang Zhao, Xiao-xuan Ren, Meng-wei Guo, Xiao-hong Li, Bo Ji, Lu-fen Zhang, and Jiang Zhu (2014); "Effects of Acupuncture Applied to Sanyinjiao with Different Stimuli on Uterine Contraction and Microcirculation in Rats with Dysmenorrhea of Cold Coagulation Syndrome"; *Evidence based complementary and alternative medicine*, Published online Apr 9, 2014. doi: 10.1155/2014/328657.
75. Wing S. Wong, Richard Fielding (2011), Prevalence of insomnia among Chinese adults in Hong Kong: a population- based study, *Journal of Sleep Research*, 20: 117–126. doi: 10.1111/j.1365-2869.2010.00822.x
76. Xiang Y.T, Ma X, Cai Z-J, et al. The Prevalence of Insomnia, Its Sociodemographic and Clinical Correlates, and Treatment in Rural and Urban Regions of Beijing, China: A General Population-Based Survey. *Sleep*. 2008; Vol 31, p.1655-1662.
77. Xuan YB, Guo J, Wang LP, Wu X (2007), Randomized and controlled study on effect of acupuncture on sleep quality in the patient of primary insomnia, *Zhongguo Zhen Jiu*, 27(12), p.886-88.
78. Yang JL, Zhang R, Du L, Yang YS, Liu XC, Clinical observation on the neurotransmitters regulation in patients of insomnia differentiated as yang deficiency pattern treated with warm acupuncture and auricular point sticking therapy, *Zhongguo Zhen Jiu*, 2014, Vol 34, p. 1165-1168.
79. Yeung WF, Chung KF, Zhang SP, Yap TG, Law ACK (2009), Electroacupuncture for primary insomnia: a randomized controlled trial, *Sleep* 2009, 32(8), p.1039-1047.

- g1.Yu Feng, Xin-Yu Wang, Shao-Dan Li, Yin Zhang, Hai-Ming Wang, Min Li, Za
Cao, Yu-Fei Ye, Zhao Zhang, Clinical Research of Acupuncture on Malignant
Tumor Patients for Improving Depression and Sleep Quality, *Journal of
Traditional Chinese Medicine*, Volume 31, Issue 3, September 2011, p.199-202.
- g2.Zailinawati A, Ariff K, et al (2008), Epidemiology of insomnia in Malaysian
adults: a community- based survey in 4 urban areas, International Medical
University, Jalan, Kuala Lumpur, Malaysia. Zajliana@nasioncom.net, *Asia Pac
J Public Health*, 20(3), p.224-233.
- g2.Zhang QA, Sun XH, Lin JJ, Li XL (2013), Scraping technique of stuck needle at
Anmian point in the treatment of insomnia: a randomized controlled trial,
Zhongguo Zhen Jiu, 2013 Jun; 33(6):481-4. Chinese. PubMed PMID: 23967630.
- g3.Zhou YL, Gao XY, Wang PY, Ren S (2012), Effect of acupuncture at different
acupoints on expression of hypothalamic GABA and GABA(A) receptor
proteins in insomnia rats, *Zhen Ci Yan Jiu*. 2012 Aug; 37, p.302-307. Chinese.
PubMed PMID: 23140052.

PHỤ LỤC 1

Bảng câu hỏi chẩn đoán

Bảng câu hỏi DSM-IV TR

a. Người bệnh than phiền là khó vào giấc ngủ hoặc khó giữ giấc ngủ ngù hoặc không cảm thấy thoải mái sau ngủ dậy và kéo dài ít nhất 1 tháng.

b. Rối loạn giấc ngủ hoặc phối hợp với nó là nguyên nhân của triệu chứng này không chịu hoài rời loạn chức năng hoạt động nghệ nghiệp, và họ hoài niệm về nó

Câu hỏi

1. Ông bà có vẫn đã già và già ra sao?
- Khó vào giấc ngủ
- Thời gian ngủ ≤ 6,5 giờ
- Thời gian ngủ đêm hơn 2 lần và mỗi lần thức giấc hơn 30 phút sau mới ngủ lại được,
- Thời dậy sớm hơn mong đợi 2 giờ,
- Cảm thấy mệt mỏi, không có sức lực sau khi thức dậy,

2. Nếu có thì

Bao nhiêu đêm một tuần ông/bà xuất hiện triệu chứng đó?
Vấn đề về giấc ngủ đã xảy ra bao lâu rồi? (tính theo tháng)

3. Những vấn đề về giấc ngủ này có làm cho ông/bà mệt mỏi, buồn ngủ vào ban ngày không?
Nếu có thì những mệt mỏi, buồn ngủ này có ảnh hưởng đến công việc, các hoạt động hàng ngày?

TIỀN SỬ

- Bản thân: _____
 → Gia đình: _____
 → Thời quen liên quan đến mất ngủ:

1. Có

2. Không

T	Mã	Thời gian	TT		Mã	Thời gian
01	Thuốc lá			04	Dị ứng	
02	Rượu, bia			05	Khác	
03	Café		.			

V. THĂM KHÁM TÂY Y

- Thể trạng: _____
- Mạch: _____ Huyết áp: _____
- Tim: _____
- Phổi: _____
- Tiết niệu: _____
- Tiêu hóa: _____
- Nội tiết: _____

- Đánh giá buồn ngủ ban ngày: Thang điểm ESS

	N0	N5	N10	N15
Điểm ESS				

- Đánh giá các chỉ số giấc ngủ PSQI

STT	Yếu tố	Giai đoạn			
		N0	N5	N10	N15
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					

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

VII. KHÁM ĐÔNG Y

A. VỌNG CHÂN:

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

B. VĂN CHÂN:

- Thanh âm: _____
- Hơi thở, nhịp thở: _____

C. VĂN CHÂN:

PHƯƠNG THÔNG ĐIỂM PITTSBURGH

Điều trị tên bệnh nhân:
.....

Ngày .../...
Thường dân:
Hết sau đây chỉ liên quan đến thời gian

Đó là câu hỏi sau đây chỉ liên quan đến thói quen đi ngủ thường ngày của anh
chỉ trong tháng vừa qua. Anh (chị) hãy trả lời về thói quen đi ngủ của mình
(chị) trong tháng vừa qua. Anh (chị) hãy trả lời về thói quen đi ngủ của mình
gần đây nhất với thói quen của anh (chị) trong đa số ngày và đêm của tháng
vừa qua. Xin hãy trả lời tất cả các câu hỏi

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

Gió đi ngủ thường là.....
..... mồi đêm anh (ch) th

Giờ đi ngủ thường là.....

2. Trong tháng qua, mỗi đêm anh (chị) thường mất bao nhiêu phút mới chớp mắt

durge?

số phút thường là
số phút (chi) thường thue g

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

Giờ thực glide thường là h (phi) thử

Giờ thíc̄ gác thường là.....
.....tháng qua, mỗi đêm anh (ch) thường ngủ được mấy tiếng đồng hồ?

4. Trong tháng qua, bạn đã.....
-> Bạn đã được mời đến tham dự.....

5. Trong tháng qua, anh (chị) có thường gặp các vấn đề sau gây mất ngủ cho anh
số giờ ngủ được mỗi đêm thường là.....

(chỉ) không?

a. Không thể ngủ được trong vòng 30 phút

a. Không mè ngứa mũi

- Không giàt hơn 1 lần/tuần
- 1-2 lần/tuần
- Hơn hoặc quá sốm vào buổi sáng

c. Phát triển dây đai tôm
☒ 0-1 lần/tuần 1-2 lần/tuần 3 hoặc hơn 3 lần/tuần

Không Lát hơn 1 lần/tuần
d. Kho thở

Không Lát hơn 1 lần/tuần 3 hoặc hơn 3 lần/tuần

Khô thở **Không** **Đã hơn 1 lần/tuần** **1-2 lần/tuần**

- a. Không hoặc ngày то*
- Không Ít hơn 1 lần/tuần 1-2 lần/tuần 3 hoặc hơn 3 lần/tuần
- b. Cảm thấy rất lạnh*
- Không Ít hơn 1 lần/tuần 1-2 lần/tuần 3 hoặc hơn 3 lần/tuần
- c. Cảm thấy rất nóng*
- Không Ít hơn 1 lần/tuần 1-2 lần/tuần 3 hoặc hơn 3 lần/tuần
- d. Có đợc mộng*
- Không Ít hơn 1 lần/tuần 1-2 lần/tuần 3 hoặc hơn 3 lần/tuần
- e. Thấy đau*
- Không Ít hơn 1 lần/tuần 1-2 lần/tuần 3 hoặc hơn 3 lần/tuần
- f. Lý do khác: hãy mô tả*
.....
- Trong tháng qua, vấn đề này có thường gây mất ngủ cho anh (chị) không?
- Không Ít hơn 1 lần/tuần 1-2 lần/tuần 3 hoặc hơn 3 lần/tuần
6. Trong tháng qua, anh (chị) có thường phải sử dụng thuốc ngủ không (sử dụng theo đơn hoặc tự mua về dùng)?
- Không Ít hơn 1 lần/tuần 1-2 lần/tuần 3 hoặc hơn 3 lần/tuần
7. Trong tháng qua, anh (chị) có hay gặp khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo lúc lái xe, lúc ăn hay lúc tham gia vào các hoạt động xã hội hay không?
- Không Ít hơn 1 lần/tuần 1-2 lần/tuần 3 hoặc hơn 3 lần/tuần
8. Trong tháng qua, anh (chị) có gặp khó khăn để duy trì hứng thú hoàn thành các công việc không?
- Không gặp khó khăn gì Cũng hơi khó
 Ở chừng mực nào đó cũng khó khăn Đó là một khó khăn lớn
9. Trong tháng qua, nhìn chung anh (chị) đánh giá về chất lượng giấc ngủ của mình như thế nào?
- Rất tốt Tương đối tốt Tương đối kém Rất kém

sang cho điểm:

(I).....(Điểm mục 6)

(II).....(Điểm mục 2: 15' (0), 16-30' (1), 31-60' (2), > 60' (3) + Điểm mục

⇒ Tổng: 0=0; 1-2=1; 3-4=2; 5-6=3)

(III).....(Điểm mục 4: > 7 (0), 6-7 (1), 5-6 (2), < 5 (3))

(IV).....(Tổng số giờ ngủ được/Tổng số giờ đi ngủ x 100. (> 85% = 0; 75%-
84% = 1; 65%-74% = 2; < 65% = 3)

(V).....(Tổng điểm 5b-5j. (0=0; 1-9=1; 10-18=2; 19-27=3)

(VI).....(Điểm mục 7)

(VII).....(Điểm mục 8 + Điểm mục 9. (0=0; 1-2=1; 3-4=2; 5-6=3)

Điểm tổng chung.....