

KHOA HỌC SỨC KHỎE**ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN GIẤC NGỦ
BẰNG PHƯƠNG PHÁP KÉO GIÃN CỘT SỐNG CỔ****PHẠM THỊ ANH HOA^{1*}, NGUYỄN DUY PHAN², LÊ MINH ĐỨC³****Tóm tắt**

Mục tiêu: Khảo sát kết quả cải thiện giấc ngủ ở các bệnh nhân (BN) thoái hóa cột sống cổ kèm rối loạn giấc ngủ được điều trị kéo giãn cột sống cổ (KGCSC) tại khoa Phục hồi chức năng (PHCN) bệnh viện Y Dược cổ truyền (YDCT) Vĩnh Long.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: Sau 4 tuần điều trị bằng phương pháp KGCSC, tất cả BN đều có điểm PSQI giảm so với trước điều trị, điểm trung bình PSQI sau điều trị là $6,43 \pm 0,392$, điểm cải thiện trung bình là $5,57 \pm 0,87$. Điểm PSQI giảm có ý nghĩa ở nhóm có tần suất dùng thuốc ngủ ≥ 3 lần / tuần so với nhóm không dùng thuốc ngủ và nhóm dùng thuốc ngủ 1-2 lần / tuần (p lần lượt là 0,015 và 0,04). Ở nhóm có ác mộng ≥ 3 lần / tuần, sau điều trị KGCSC, điểm PSQI giảm đáng kể so với các nhóm còn lại (nhóm không có ác mộng; nhóm có ít hơn 1 lần / tuần; nhóm có 1-2 lần / tuần), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p lần lượt là 0,017; 0,029; 0,047).

Kết luận: Các BN có thoái hóa cột sống cổ kèm rối loạn giấc ngủ đều cải thiện chất lượng giấc ngủ sau điều trị bằng phương pháp KGCSC.

Từ khóa: Kéo giãn cột sống cổ, Rối loạn giấc ngủ.

Abstract

Objective: Survey on sleep improvement results in patients with cervical spondylosis with sleep disorder treated with cervical spine stretching at the rehabilitation department of Vinh Long Traditional Medicine Hospital.

Methods: A descriptive cross-sectional study of a series of cases.

Results: After 4 weeks of treatment with cervical spondylosis, all patients had PSQI score decreased compared to before treatment, mean PSQI score after treatment was 6.43 ± 0.392 , average improvement score was 5.57 ± 0.87 . The PSQI score decreased significantly in the group with the frequency

¹ BS CK II, Phòng khám Nhi đồng Saigon – Vĩnh Long, tỉnh Vĩnh Long

² BS CK I, Trung tâm Y tế Nguyễn Văn Thủ, tỉnh Vĩnh Long

³ BS, Trung tâm Y tế TP Sa Đéc, tỉnh Đồng Tháp

*Người chịu trách nhiệm về bài viết: Phạm Thị Anh Hoa (Email: phamahoa@gmail.com)



of sleeping pills ≥ 3 times / week compared with the group without sleeping pills and the group taking sleeping pills 1-2 times / week ($p = 0.015$ and 0.04 , respectively). In the group with nightmares ≥ 3 times / week, after treatment with cervical spondylolysis, PSQI scores decreased significantly compared with the other groups (group without nightmares; group with less than 1 time / week; group with 1-2 times / week), the difference is statistically significant ($p = 0.017$; 0.029 ; 0.047 , respectively).

Conclusion: *All patients with cervical spondylosis with sleep disturbances improved their sleep quality after treatment with cervical spine stretching method.*

Keywords: *Cervical spine stretching, Sleep disorder.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là tình trạng rối loạn giấc ngủ thường gặp nhất trên lâm sàng. Bệnh ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe tinh thần và thể chất của BN, từ đó ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ và thậm chí có thể gây ra các tai nạn nguy hiểm cho người bệnh và cộng đồng. Vì vậy mất ngủ thực sự là gánh nặng nguy hiểm cho BN và xã hội [6]. Cho đến nay, phương thức chủ yếu điều trị mất ngủ vẫn là dùng thuốc (liệu pháp y học cổ truyền Trung Quốc, liệu pháp Tây y). Mặc dù phương thức này đem lại những hiệu quả rõ ràng, nhưng đồng thời cũng đem lại những vấn đề đáng quan ngại như lạm dụng thuốc, tác dụng gây nghiện, sự phụ thuộc thuốc, khả năng ức chế hô hấp của thuốc cũng như các tác dụng không mong muốn khác [1]. Do đó, xu hướng điều trị mất ngủ bằng các phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, nhĩ châm, vật lý trị liệu, tư vấn vệ sinh giấc ngủ, liệu pháp mùi hương, v.v... ngày càng được nghiên cứu nhiều hơn [6]. Bước đầu, các nghiên cứu trên thế giới và trong nước đã chứng minh việc điều trị mất ngủ bằng các phương pháp không dùng thuốc có hiệu quả trên lâm sàng; các thủ thuật dễ chịu, dễ áp dụng, chi phí thấp, nhưng, phần

lớn các nghiên cứu đều nhắm đến phương pháp châm (có hoặc không kết hợp cứu), các phương pháp vật lý trị liệu khác ít được đề cập đến [5]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu khảo sát kết quả cải thiện giấc ngủ ở các BN thoái hóa cột sống cổ kèm rối loạn giấc ngủ được điều trị KGCS tại khoa PHCN bệnh viện YDCT Vĩnh Long nhằm đánh giá sơ bộ tác dụng của phương pháp này trong điều trị mất ngủ.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

BN thoái hóa cột sống cổ kèm rối loạn giấc ngủ điều trị tại bệnh viện YDCT.

Dân số chọn mẫu

BN thoái hóa cột sống cổ kèm rối loạn giấc ngủ điều trị tại khoa PHCN bệnh viện YDCT Vĩnh Long từ tháng 6/2019 đến tháng 02/2020.

Cỡ mẫu – Kỹ thuật chọn mẫu

Lấy trọn các trường hợp thỏa tiêu chí chọn vào. Chọn mẫu thuận tiện.



Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chí chọn vào

Các BN thỏa các tiêu chí sau được chọn đưa vào nghiên cứu:

- Được chẩn đoán thoái hóa cột sống cổ (khẳng định chẩn đoán bằng MRI hoặc XQ) và có rối loạn giấc ngủ;
- Không có chống chỉ định KGCSC;
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại trừ

BN có sử dụng phương pháp khác để điều trị rối loạn giấc ngủ trong vòng 1 tháng trở lại.

Thu thập và xử lý số liệu

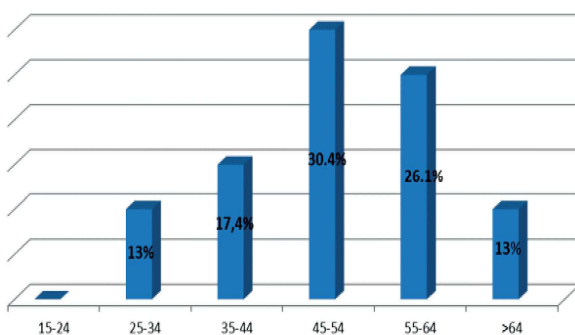
Các BN đến khám tại khoa PHCN bệnh viện YDCT Vĩnh Long từ tháng 6/2019 đến tháng 02/2020 thỏa tiêu chí chọn mẫu, không có tiêu chí loại trừ, được chọn vào lô nghiên cứu và tiến hành thu thập số liệu theo bệnh án mẫu (thang điểm PSQI) 2 lần: trước điều trị KGCSC và sau 4 tuần điều trị KGCSC. Số liệu thu thập được nhập, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi có 23 BN thỏa tiêu chí chọn mẫu, không có tiêu chí loại trừ.

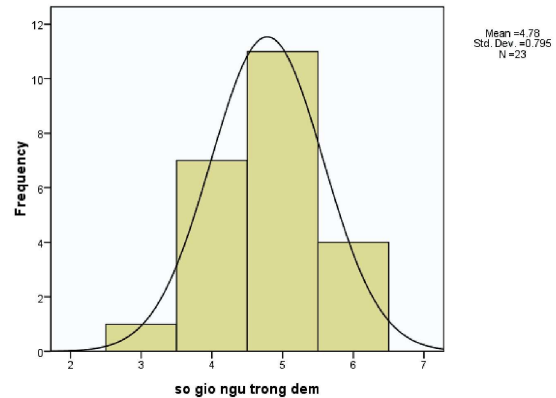
1. Đặc điểm lâm sàng

Biểu đồ 1: Phân bố tần suất BN theo nhóm tuổi



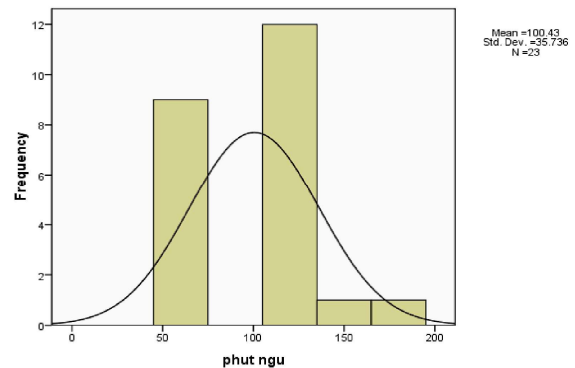
Tuổi trung bình của nhóm BN là 50,74. Nhóm tuổi bị mất ngủ nhiều nhất là 45 đến 54 tuổi (30,4%); tiếp theo là nhóm 55 đến 64 tuổi (26,1%). Nhìn chung độ tuổi lao động chính (25 đến 54 tuổi) có tỷ lệ mất ngủ cao (60,8%).

Biểu đồ 2: Phân bố số giờ ngủ mỗi đêm



Các BN có số giờ ngủ trung bình mỗi đêm là 4,78 giờ; độ lệch chuẩn 0,795. Có 1 ca ngủ được 3 giờ mỗi đêm; 7 ca ngủ được 4 giờ; 11 ca ngủ được 5 giờ; 4 ca ngủ được 6 giờ.

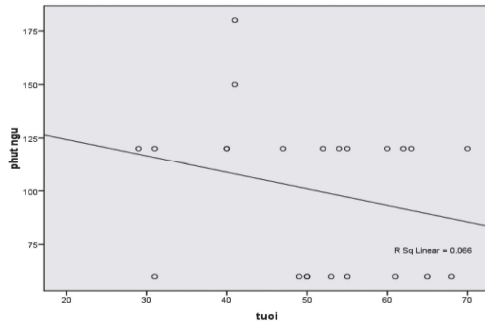
Biểu đồ 3: Phân bố số phút mất mỗi đêm mới chọn mắt được



Trung bình, số phút mất mỗi đêm mới chọn mắt được của các BN là 100,43 phút; độ lệch chuẩn 35,736. Có 9 ca mất 60 phút; 12 ca mất 120 phút; 1 ca mất 150 phút; 1 ca mất 180 phút.

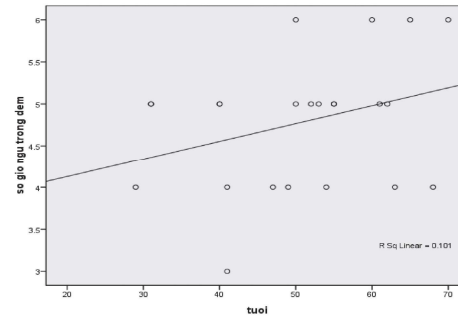


Biểu đồ 4: Tương quan giữa tuổi và số phút phải mắt mỗi đêm mới chợp mắt được



Tuổi BN càng cao, số phút phải mắt mỗi đêm mới chợp mắt được càng thấp, tương quan nghịch, mức độ yếu ($r = - 0,258$).

Biểu đồ 5: Tương quan giữa tuổi và số giờ ngủ được trong đêm



Tuổi BN càng cao, số giờ ngủ được trong đêm càng cao, tương quan thuận, mức độ vừa ($r = 0,317$).

Bảng 1: Phân bố triệu chứng lâm sàng (TCLS) trước khi điều trị.

TCLS	Đặc điểm – Tần suất, tỷ lệ (n,%)			
	Không	< 1 lần / tuần	1 – 2 lần / tuần	≥ 3 lần / tuần
Vấn đề gây mất ngủ				
a. Không thể ngủ được trong vòng 30 phút			7 (30,4)	16 (69,6)
b. Tỉnh dậy lúc nửa đêm hay quá sớm vào buổi sáng		1 (4,3)	8 (34,8)	14 (60,9)
c. Phải thức dậy để tắm				
d. Khó thở				
e. Ho hoặc ngáy to	13 (56,5)	5 (21,7)	2 (8,7)	3 (13)
f. Cảm thấy rất lạnh				
g. Cảm thấy rất nóng				
h. Có ác mộng	4 (17,4)	7 (30,4)	10 (43,5)	2 (8,7)
i. Thấy đau (cổ gáy)			5 (21,7)	18 (78,3)
j. Lý do khác				
Thường sử dụng thuốc ngủ	7 (30,4)	2 (8,7)	12 (52,2)	2 (8,7)
Gặp khó khăn để giữ đầu óc tỉnh táo khi sinh hoạt	9 (39,1)	10 (43,5)	4 (17,4)	
Gặp khó khăn để duy trì hứng thú hoàn thành công việc	19 (82,6)	4 (17,4)		
Tự đánh giá chất lượng giấc ngủ	Rất tốt 0	Tương đối tốt 1 (4,3)	Tương đối kém 20 (87)	Rất kém 2 (8,7)



Trước điều trị, 100% BN không thể ngủ được trong vòng 30 phút; 100% BN bị tỉnh dậy lúc nửa đêm hoặc quá sớm vào buổi sáng; 100% BN bị đau cổ gáy; 95,7% BN có chất lượng giấc ngủ từ tương đối kém đến rất kém; 69,9% BN phải dùng thuốc ngủ. Không có BN nào có các TCLS sau: phải thức dậy để tắm; khó thở; cảm thấy rất nóng; cảm thấy rất lạnh.

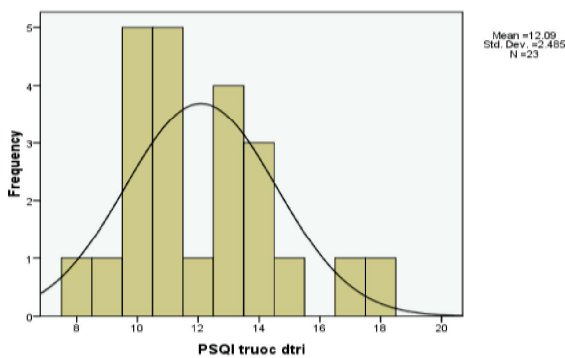
Bảng 2: Liên quan giữa TCLS đau cổ gáy và TCLS khác trong thang PSQI.

Đau cổ gáy / TCLS khác	1-2 lần/tuần	≥ 3 lần/tuần
Số phút phải mất mỗi đêm mới chợp mắt được	72,00	108,33

$p = 0,041 < 0,05$ (Independent sample t test)

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số phút phải mất mỗi đêm mới chợp mắt được giữa 2 nhóm: nhóm có đau cổ gáy 1 – 2 lần/tuần và nhóm đau cổ gáy ≥ 3 lần/tuần

Trước điều trị: $12,03 \pm 0,58$



($p = 0,041 < 0,05$). Sự khác biệt giữa 2 nhóm về các TCLS còn lại không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Phân bố một số TCLS sau điều trị

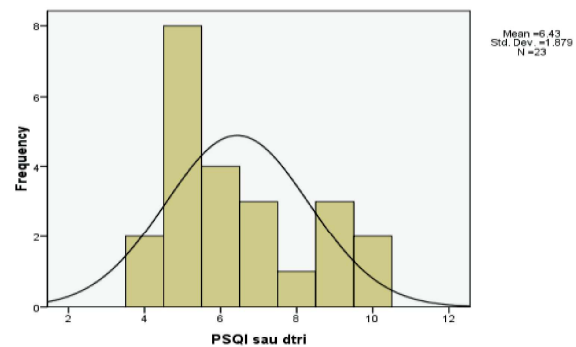
TCLS / Đặc điểm (n,%)	Không thay đổi	Giảm	Tăng
Đau cổ gáy	3 (13)	20 (87)	0
Có ác mộng	5 (21,7)	17 (74)	1 (4,3)

Sau điều trị, có 20 BN (87%) giảm đau cổ gáy; 3 BN (13%) không thay đổi tần suất đau; 17 BN (74%) giảm tần suất gặp ác mộng; 5 BN (21,7%) không thay đổi tần suất – trong đó có 4 BN không gặp ác mộng từ trước khi vào lô nghiên cứu, 1 BN (4,3%) tăng tần suất gặp ác mộng

2. Cải thiện giấc ngủ

Biểu đồ 6: Điểm trung bình PSQI trước và sau điều trị.

Sau điều trị $6,43 \pm 0,392$



Điểm cải thiện trung bình: $5,57 \pm 0,87$

Bảng 4: Thang điểm PSQI sau điều trị

Điểm PSQI sau điều trị	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng		
Giảm	23	100

Sau điều trị, điểm PSQI của tất cả BN đều giảm

Bảng 5: Điểm cải thiện trung bình (CTTB) theo phân nhóm TCLS



TCLS	CTTB	p
<i>Có ác mộng</i>		
Không (n = 4)	4,50	0,023 < 0,05 One Way Anova
< 1 lần/tuần (n = 7)	5,16	
1-2 lần/tuần (n=10)	5,40	
≥ 3 lần/tuần (n = 2)	9,00	
<i>Dùng thuốc ngủ</i>		
Không (n = 7)	4,70	0,026 < 0,05 One Way Anova
< 1 lần/tuần (n = 2)	5,50	
1-2 lần/tuần (n=12)	5,50	
≥ 3 lần/tuần (n = 2)	9,00	

Phép kiểm Turkey

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về CTTB giữa nhóm có ác mộng ≥ 3 lần/tuần với nhóm không có ác mộng ($p = 0,017$); giữa nhóm có ác mộng ≥ 3 lần/tuần với nhóm có ác mộng < 1 lần/tuần ($p = 0,029$); giữa nhóm có ác mộng ≥ 3 lần/tuần với nhóm có ác mộng 1-2 lần/tuần ($p = 0,047$).

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về CTTB giữa nhóm có dùng thuốc ngủ ≥ 3 lần/tuần và nhóm không dùng thuốc ngủ ($p = 0,015$); giữa nhóm có dùng thuốc ngủ ≥ 3 lần/tuần với nhóm có dùng thuốc ngủ 1-2 lần/tuần ($p = 0,04$).

BÀN LUẬN

Chúng tôi sử dụng thang đo PITTSBURGH để đánh giá chất lượng giấc ngủ, nhờ vậy việc đánh giá mang tính khách quan, chính xác. Biểu đồ 2,3,6 cho thấy các BN của chúng tôi có thời gian tiềm tàng giấc ngủ trung bình là 100,43 phút; thời gian ngủ trong đêm trung bình là 4,78 giờ; Tương ứng, điểm trung bình

PSQI trước điều trị là $12,03 \pm 0,58$. Theo định nghĩa tổng quát, một người được xem là mất ngủ khi có thời gian tiềm tàng giấc ngủ trên 30 phút và ngủ dưới 6 giờ một đêm [1]; nếu tính theo thang điểm PSQI thì điểm tổng quát của thang điểm > 5 cho biết một người có chất lượng giấc ngủ “tồi/xấu” với độ nhạy 98,7% và độ đặc hiệu 84,4% [2]. Như vậy, BN của chúng tôi có tình trạng mất ngủ khá nặng. Điều đáng quan ngại là 87% BN tự đánh giá chất lượng giấc ngủ của họ là tương đối kém; 8,7% tự đánh giá là rất kém (bảng 1). Như chúng ta đã biết, giấc ngủ tốt là điều kiện cần thiết giúp người lao động phục hồi sức khỏe sau quá trình làm việc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm người lao động chân tay chiếm đa số, do đó, nếu họ không có chất lượng giấc ngủ tốt thì không những năng suất lao động của họ bị ảnh hưởng mà an toàn lao động của họ cũng đáng lo ngại.

Phân tích các TCLS gây mất ngủ trong vòng 1 tháng trước khi điều trị (bảng 1), chúng tôi nhận thấy không có BN nào có các TCLS sau: phải thức dậy để tắm, khó thở, cảm thấy rất lạnh, cảm thấy rất nóng. Do đó, chúng tôi ít nghĩ đến nguyên nhân gây mất ngủ do các bệnh lý tim mạch, hô hấp hay do rối loạn nội tiết thường gặp ở người mãn dục. Vì tiêu chuẩn chọn vào lô nghiên cứu là các BN thoái hóa cột sống cổ kèm mất ngủ nên chúng tôi có 100% BN có đau cổ gáy. Các BN cũng có tỷ lệ gặp ác mộng cao (82,6%) và tỷ lệ dùng thuốc ngủ khá cao (69,6%). Tỷ lệ dùng thuốc ngủ khá cao kéo theo tỷ lệ gặp khó khăn để giữ tỉnh táo khi sinh hoạt cũng khá cao (60,9%).

Điều lý thú qua phân tích biểu đồ 4 và 5 là: tuổi BN càng cao thì số phút trần trọc trước ngủ càng thấp, số giờ ngủ được trong đêm càng tăng. Điều này có vẻ mâu thuẫn với quan niệm cổ điển rằng người lớn tuổi thường



hay khó ngủ hơn người trẻ. Tuy nhiên chúng tôi nghĩ có thể lý giải rằng các BN tuổi cao đã thích nghi dần với tình trạng mất ngủ. Có thể họ thay đổi giờ đi ngủ trễ hơn nên số phút trần trọc giảm, cũng có thể họ thay đổi thói quen sinh hoạt, vận động (ví dụ tập thể dục, tập dưỡng sinh, v.v...), nhờ đó họ ngủ được nhiều hơn. Nói chung, trong bối cảnh tỷ lệ người cao tuổi ở nước ta đang gia tăng thì đây là tín hiệu tốt cần phát huy vì gợi ý chất lượng giấc ngủ của người cao tuổi đang có xu hướng tốt hơn.

Bảng 2 chứng tỏ đau cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ có liên quan đến tình trạng trần trọc không ngủ được của BN. Các BN bị đau cổ gáy ≥ 3 lần / tuần có số phút phải mất mỗi đêm mới chợp mắt được lớn hơn BN có đau cổ gáy 1-2 lần / tuần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,041$). Như vậy, việc điều trị tích cực tình trạng thoái hóa cột sống cổ sẽ góp phần làm bệnh nhân giảm trần trọc, do đó dễ ngủ hơn.

Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận một kết quả khả quan là: sau điều trị KGCSC, có 87% BN giảm đau cổ gáy, 74% giảm tần suất gặp ác mộng (bảng 3).

Kết quả bảng 4 cho thấy 100% BN có điểm PSQI giảm sau liệu trình KGCSC, chứng tỏ tất cả BN đều được cải thiện tình trạng mất ngủ. Các BN không dùng thêm một phương pháp điều trị mất ngủ nào khác (tiêu chí loại trừ) nên chúng tôi loại trừ khả năng BN cải thiện tình trạng rối loạn giấc ngủ do thuốc hoặc do các biện pháp không dùng thuốc khác. Điểm trung bình PSQI trước điều trị là $12,03 \pm 0,58$; điểm trung bình PSQI sau điều trị là $6,43 \pm 0,392$; điểm cải thiện trung bình là $5,57 \pm 0,87$. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Ngô Quang Vinh: điểm PSQI giảm từ $12,3 \pm 1,20$ xuống $6,90 \pm 2,40$ [3].

Từ kết quả bảng 5, chúng tôi nhận thấy: sau liệu trình điều trị, điểm PSQI giảm có ý nghĩa ở nhóm có tần suất dùng thuốc ngủ ≥ 3 lần / tuần so với nhóm không dùng và nhóm dùng 1-2 lần / tuần (p lần lượt là 0,015 và 0,04); Điểm PSQI cũng giảm đáng kể ở nhóm có ác mộng ≥ 3 lần / tuần so với các nhóm còn lại (nhóm không có ác mộng, nhóm có ít hơn 1 lần / tuần, nhóm có 1-2 lần / tuần), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p lần lượt là 0,017; 0,029; 0,047). Như vậy, liệu pháp KGCSC trên BN thoái hóa cột sống cổ có thể góp phần làm giảm tần suất sử dụng thuốc ngủ ở BN, cũng như giảm tần suất gặp ác mộng. Những ưu điểm này cần được kiểm chứng thêm và từ đó, là cơ sở để triển khai áp dụng liệu pháp KGCSC trong điều trị BN mất ngủ kèm thoái hóa cột sống cổ.

Có thể do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu thăm dò, cỡ mẫu nhỏ nên chúng tôi chưa tìm được bằng chứng về mối liên hệ giữa tần suất đau cổ gáy do thoái hóa cột sống cổ với triệu chứng gặp ác mộng ($p = 0,539$ – phép kiểm Fisher's Exact test) và tình trạng phải dùng thuốc ngủ ($p = 0,272$ – phép kiểm Fisher's Exact test) của BN, nhưng kết quả bảng 3 cho thấy trong 20 BN giảm tần suất đau cổ gáy, có 17 BN giảm tần suất gặp ác mộng. Đây là vấn đề cần lưu tâm vì 2 lý do:

(1) Khoa học đã thừa nhận ác mộng mang tính tiêu cực, gây ra sự sợ hãi cho người gặp phải; ác mộng có thể chứa các tình huống nguy hiểm, khó chịu, hay có tính khủng bố về tâm lý và thể chất. Ác mộng có tác động xấu đến sức khỏe tâm thần của con người, ảnh hưởng xấu đến tâm sinh lý của người bệnh, có thể là nguyên nhân gây trạng thái hoang tưởng, kích động. Những người gặp ác mộng thường thức dậy trong trạng thái căng thẳng và khó có thể ngủ lại trong thời gian dài [4];



(2) Hiện tại, đa số BN gặp ác mộng hoặc tự chịu đựng, hoặc tự dùng thuốc ngủ. Trường hợp nặng mới tìm đến các bác sĩ tâm thần kinh hay bác sĩ tâm lý.

Chúng tôi không có đủ dữ liệu để kết luận nguyên nhân gây ác mộng ở BN, nhưng thiết nghĩ, nếu việc KGCS ở các BN thoái hóa cột sống cổ thật sự góp phần làm giảm tần suất gặp ác mộng của họ thì đây là liệu pháp điều trị cần nghiên cứu sâu hơn, và nếu được, cần nhân rộng vì hiệu quả tốt, khá an toàn, ít tốn kém, có thể áp dụng tại nhiều cơ sở y tế.

KẾT LUẬN

Các BN có thoái hóa cột sống cổ kèm rối loạn giấc ngủ đều cải thiện chất lượng giấc ngủ sau điều trị bằng phương pháp KGCS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bệnh viện 103 (2019), “Triệu chứng, điều trị bệnh rối loạn giấc ngủ tại bệnh viện 103”, website bệnh viện 103, thông tin y học.
- [2] Tô Minh Ngọc, Nguyễn Đỗ Nguyên, Phùng Khánh Lâm và cs. (2014), “Thang đo chất lượng giấc ngủ PITTSBURGH phiên bản tiếng Việt”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 18, phụ bản của số 6, tr. 664-667.
- [3] Ngô Quang Vinh, Trịnh Thị Diệu Thương

(2019), “Hiệu quả điều trị mất ngủ bằng phương pháp nhĩ châm các huyệt Thần môn, Tâm, Tỳ, Thận, Vùng dưới đôi kết hợp với thể châm trên bệnh nhân mất ngủ không thực tồn”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 23 của số 4, tr. 12-19.

- [4] American Psychiatric Association (2000), “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, TR, pp. 631.
- [5] Baishu Chen, GangYu Zhang, Cuiling Liu et al. (2018), “Effectiveness and safety of warm needle acupuncture on insomnia: Protocol for a systematic review and meta-analysis”, *Medicine* (2018) 97:51 (e 13598).
- [6] Wenbo Hea, Meixuan Li, Liqian Zuo et al. (2019), “Acupuncture for treatment of insomnia: An overview of systematic reviews”, *Complementary Therapies in Medicine* 42 (2019), pp.407-416.

Ngày nhận bài: 15/7/2022

Ngày gửi phản biện: 8/9/2022

Ngày duyệt đăng: 30/9/2022