

HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP CẤY CHỈ CATGUT VÀO HUYỆT TRONG ĐIỀU TRỊ MẮT NGỦ KHÔNG THỰC TỒN

Nguyễn Tuyết Trang^{1,✉}, Nguyễn Thị Bích Hằng², Bùi Tiến Hưng¹,
Trần Văn Thuận³, Nguyễn Phương Anh³

¹Khoa Y học cổ truyền – Trường Đại học Y Hà Nội,

²Bệnh viện Y học cổ truyền Bắc Giang,

³Khoa Y học Dân tộc – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Mắt ngủ ngày càng gia tăng và trở nên phổ biến trong xã hội hiện đại, tỉ lệ mắt ngủ ở người trưởng thành tại Việt Nam là 30 – 45%. Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết trong điều trị mắt ngủ không thực tồn. 66 bệnh nhân từ 18 tuổi được chẩn đoán mắt ngủ không thực tồn. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: cấy chỉ và điện châm. Kết quả cho thấy chất lượng, thời lượng giấc ngủ, điểm PSQI trung bình, triệu chứng thứ phát sau mắt ngủ sau điều trị ở nhóm cấy chỉ và điện châm cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$). Cấy chỉ cải thiện tần suất mắt ngủ hiệu quả hơn điện châm ($p < 0,05$). Như vậy, cấy chỉ và điện châm có tác dụng cải thiện chất lượng và thời lượng giấc ngủ nhưng cấy chỉ có xu hướng cải thiện tần suất mắt ngủ tốt hơn. Chưa thấy tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ trong điều trị mắt ngủ không thực tồn.

Từ khóa: cấy chỉ, mắt ngủ không thực tồn, điện châm

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mắt ngủ không thực tồn là trạng thái không thoải mái về số lượng và chất lượng giấc ngủ, rối loạn này tồn tại trong thời gian dài làm ảnh hưởng đến sức khỏe và khả năng làm việc của người bệnh. 23,2% dân số trưởng thành ở Hoa Kỳ bị mắt ngủ.¹ Tỷ lệ mắc mắt ngủ ở một số nước Châu Á dao động từ 9,2% đến 11,9%.^{2,3} Điều trị mắt ngủ không thực tồn hàng đầu là liệu pháp hóa dược kết hợp trị liệu nhận thức – hành vi. Liệu pháp hóa dược mang lại tác dụng ngắn hạn nhưng mang lại sự phụ thuộc và ảnh hưởng hoạt động ban ngày nếu dùng dài hạn.⁴

Mắt ngủ không thực tồn thuộc phạm vi chứng thất miên theo Y học cổ truyền.⁵ Các biện pháp không dùng thuốc như châm cứu, xoa bóp bấm

huyệt, khí công, dưỡng sinh... thường được sử dụng đơn thuần hay phối hợp với thuốc mang lại hiệu quả điều trị.

Cấy chỉ còn gọi là chôn chỉ, vùi chỉ, xuyên chỉ là một phương pháp châm cứu đặc biệt được ứng dụng điều trị các bệnh mạn tính như hen phế quản, viêm mũi dị ứng, thoái hóa cột sống...⁶ Hiện nay, phương pháp này đang được sử dụng nhiều nhưng chưa có một công trình nghiên cứu nào đánh giá tác dụng điều trị của phương pháp cấy chỉ một cách hệ thống trong điều trị mắt ngủ không thực tồn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết trong điều trị mắt ngủ không thực tồn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 66 bệnh nhân được chẩn đoán mắt

Tác giả liên hệ: Nguyễn Tuyết Trang,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: drtuyettrang@gmail.com

Ngày nhận: 14/12/2019

Ngày được chấp nhận: 17/03/2020

ngủ không thực tổn điều trị ngoại trú tại phòng khám Đông Y – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học hiện đại

Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên. Chẩn đoán mất ngủ không thực tổn theo tiêu chuẩn ICD10 – F51.0 gồm các triệu chứng mất ngủ trên 1 tháng: khó khăn lặp đi lặp lại về việc đi vào giấc ngủ, duy trì giấc ngủ, không thoả mãn về số lượng và chất lượng giấc ngủ và dẫn đến một số suy giảm chức năng ban ngày: cảm giác mệt mỏi, thiếu hụt giấc ngủ, ảnh hưởng đến hoạt động xã hội và nghề nghiệp.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo y học cổ truyền

Thất miên thể âm hư hỏa vượng.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Lo âu và lo âu bệnh lý: test Zung > 50 điểm; test Beck > 19 điểm;

Mất ngủ liên quan đến bệnh thực thể tại não và ngoài não.

Chất liệu nghiên cứu

Công thức huyết theo phác đồ điều trị mất ngủ không thực tổn của Bộ y tế:

Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, An miên 2, Thận du 2 bên.

Điện châm: kích thích bằng máy điện châm cường độ từ 14 – 150 micro Ampe

* Châm bổ (tần số 0,5 - 4 Hz): Tam âm giao, Thận du

* Châm tả (tần số 6 – 20 Hz): Nội quan, Thần môn, An miên 2

Cấy chỉ: thực hiện qua các bước: cắt chỉ catgut thành đoạn 1cm, luồn chỉ vào nòng kim, xác định chính xác huyết và sát trùng, châm kim nhanh qua da, đẩy nòng kim để chỉ nằm lại trong huyết và nhẹ nhàng rút kim.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, so sánh trước

- sau điều trị có đối chứng.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2016 – tháng 12/2018.

Liệu trình điều trị:

* Nhóm điện châm: điện châm 21 ngày, ngày 1 lần, lưu kim 25 phút.

* Nhóm cấy chỉ: Cấy chỉ catgut vào thời điểm: N0

Nội dung nghiên cứu

Chỉ tiêu theo dõi (trước điều trị N0 và sau điều trị N21)

- Đánh giá chất lượng giấc ngủ theo chủ quan, thời lượng giấc ngủ.

- Đánh giá tần suất mất ngủ trong tuần

- Đánh giá chất lượng giấc ngủ theo thang điểm PSQI.

- Triệu chứng thứ phát sau mất ngủ: mệt mỏi, hay quên, lo lắng, hoa mắt chóng mặt, giảm tập trung chú ý

- Tác dụng không mong muốn: dị ứng, mẫn ngứa, chảy máu, lộ đầu chỉ...

Chỉ tiêu đánh giá kết quả

- Chất lượng giấc ngủ theo chủ quan ở mức độ tốt, khá, trung bình, kém.

- Thời lượng giấc ngủ chia thành các mức độ: > 7h; 6 – 7h; 5 - < 6h; < 5h.

- Tần suất mất ngủ chia thành các mức độ: 0 lần; 1 lần; 2 - 3 lần; > 3 lần.

- So sánh điểm PSQI trung bình và hiệu suất chênh sau điều trị giữa hai nhóm. Bảng PSQI gồm 7 yếu tố đánh giá chất lượng giấc ngủ theo chủ quan bệnh nhân; giai đoạn đi vào giấc ngủ; thời lượng giấc ngủ; hiệu quả thói quen đi ngủ; các rối loạn trong giấc ngủ; sự sử dụng thuốc ngủ và chức năng sinh hoạt ban ngày.

3. Xử lý số liệu

Phần mềm SPSS 16.0 . Thuật toán sử dụng so sánh kết quả:

+ Kiểm định X^2 : so sánh sự khác nhau giữa

các tỷ lệ.

+ T-Test Student: so sánh 2 giá trị trung bình.

+ Với $p \geq 0,05$: sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê;

Với $p < 0,05$: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Theo kết quả nghiên cứu, tuổi trung bình của các bệnh nhân mất ngủ không thực tổn là $64,4 \pm 10,9$ tuổi; thấp nhất là 27 tuổi, cao nhất là 81 tuổi. Trong đó, bệnh nhân 60 - 69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43,9% trên cả hai nhóm. Tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ 3/1. Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trên 12 tháng chiếm 39,4%. Bệnh nhân trong nghiên cứu diễn biến bệnh thường kéo dài, mạn tính.

2. Hiệu quả điều trị

Bảng 1. Tần suất mất ngủ trong tuần trước và sau điều trị

Triệu chứng	Nhóm điện châm (n = 33)				Nhóm cấy chỉ (n = 33)				P ₁₋₂
	D0		D21(1)		D0		D21(2)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tần suất mất ngủ									
0 lần	0	0	2	6,1	0	0	0	0	p < 0,05
1 lần	1	3,0	11	33,3	0	0	20	60,6	
2 - 3 lần	4	12,1	20	60,6	2	6,1	11	33,3	
> 3 lần	28	84,9	0	0	31	93,9	2	6,1	
P_{D0-D21}	< 0,05				< 0,05				

Bảng 1 thể hiện sự thay đổi tần suất mất ngủ trong tuần trước và sau điều trị của hai nhóm. Trước điều trị, 84,9 % bệnh nhân ở hai nhóm điện châm và 93,9% ở nhóm cấy chỉ mất ngủ nhiều hơn 3 lần/tuần. Sau 21 ngày điều trị, tần suất mất ngủ của nhóm cấy chỉ giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm điện châm.

Bảng 2. Chất lượng và thời lượng giấc ngủ trước và sau điều trị

Triệu chứng	Nhóm điện châm (n = 33)				Nhóm cấy chỉ (n = 33)				P ₁₋₂
	D0		D21(1)		D0		D21(2)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chất lượng giấc ngủ									
Tốt	0	0	3	9,1	0	0	2	6,1	p > 0,05
Khá	0	0	22	66,7	0	0	25	75,7	
Trung bình	2	6,1	8	24,2	3	9,1	6	18,2	
Kém	31	93,9	0	0	30	90,9	0	0	
P_{D0-D21}	< 0,05				< 0,05				

Triệu chứng	Nhóm điện châm (n = 33)				Nhóm cấy chỉ (n = 33)				P ₁₋₂
	D0		D21(1)		D0		D21(2)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Thời lượng giấc ngủ									
Tốt	0	0	0	0	0	0	01	3,0	p > 0,05
Khá	0	0	1	3,0	0	0	04	12,1	
Trung bình	01	3,0	20	60,6	02	6,1	22	66,7	
Kém	32	97,0	12	36,4	31	93,9	06	18,2	
P _{D0-D21}		< 0,05				< 0,05			

Chất lượng giấc ngủ thể hiện sự đánh giá chủ quan cũng như sự hài lòng của bệnh nhân về chính giấc ngủ của mình. Trước điều trị tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có chất lượng và thời lượng giấc ngủ ở mức trung bình và kém. Sau điều trị, mức độ cải thiện chất lượng giấc ngủ và thời lượng giấc ngủ của từng nhóm tại thời điểm sau 21 ngày điều trị đều cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. (Bảng 2).

Bảng 3. Hiệu quả điều trị theo PSQI của 2 nhóm trước và sau điều trị

PSQI ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm điện châm (1) (n = 33)	Nhóm cấy chỉ (2) (n = 33)	P ₁₋₂
Trước điều trị (a)	18,3 ± 1,3	18,1 ± 1,8	> 0,05
Sau điều trị (b)	10,6 ± 2,4	9,8 ± 3,4	
Điểm chênh trung bình	7,7 ± 1,8	8,3 ± 2,8	> 0,05
P _{a-b}	< 0,05	< 0,05	

Điểm PSQI trung bình sau điều trị 21 ngày ở hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị (p < 0,05). Điểm PSQI trung bình và điểm chênh trung bình ở các thời điểm điều trị của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. (Bảng 3).

Bảng 4. Các triệu chứng thứ phát sau mất ngủ

Triệu chứng thứ phát sau mất ngủ	Nhóm chứng (n = 33)				Nhóm nghiên cứu (n = 33)				P _{a-b}
	D0		D21(a)		D0		D21(b)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mệt mỏi	31	93,9	19	57,6	32	96,9	15	45,5	> 0,05
Giảm tập trung chú ý	22	66,7	11	33,3	19	57,6	10	30,3	
Lo lắng	12	36,4	2	6,1	11	33,3	3	3,0	
Hay quên	20	60,6	10	30,3	23	69,7	10	30,3	
Hoa mắt, chóng mặt	16	48,5	9	27,3	18	54,6	10	30,3	
P _{D0-D21}		< 0,05				< 0,05			

Bảng 4 thể hiện sự cải thiện các triệu chứng thứ phát sau mất ngủ trước và sau điều trị ở cả

hai nhóm. Trong nghiên cứu thường gặp nhiều nhất các triệu chứng mệt mỏi, giảm tập trung chú ý, hay quên. Sau điều trị, các triệu chứng này đều cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ở cả hai nhóm với $p < 0,05$.

3. Tác dụng không mong muốn

Sau 21 ngày điều trị theo dõi trên lâm sàng chưa phát hiện các triệu chứng như chảy máu, sản ngứa, lộ đầu chỉ, vụng chàm, nhiễm trùng tại chỗ chàm ở cả hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Hiệu quả cải thiện chất lượng, thời lượng giấc ngủ và tần suất mất ngủ trong tuần ở mỗi nhóm sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,05$). Kết quả phù hợp với hiệu quả mà điện châm và cấy chỉ mang lại trong điều trị mất ngủ không thực tồn trong một số nghiên cứu.^{7,8} Sự khác biệt về hiệu quả cải thiện chất lượng và số lượng giấc ngủ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Như vậy, việc điều trị mất ngủ không thực tồn bằng điện châm hay cấy chỉ đều mang lại hiệu quả tốt.

Tần suất mất ngủ là số lần mất ngủ trong một tuần. Trước điều trị, đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu đều mất ngủ nhiều hơn ba lần trong một tuần. Sau điều trị, nhóm cấy chỉ giảm số lần mất ngủ trong tuần hơn nhóm điện châm (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

Hiệu suất giảm điểm PSQI trung bình hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhóm cấy chỉ có xu hướng hiệu suất giảm điểm nhiều hơn so với nhóm điện châm. Chất lượng giấc ngủ, thời lượng giấc ngủ cải thiện khiến các rối loạn ban ngày như ăn uống, lái xe, làm việc được giảm đi. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu tại Trung Quốc.⁹

Cấy chỉ thông qua cơ chế thần kinh và thể dịch tương tự như châm cứu mang lại hiệu quả cải thiện giấc ngủ cho bệnh nhân. Căng

thẳng là một trong những nguyên nhân gây mất ngủ. Đối với những người bị căng thẳng mạn tính, hạch hạnh nhân (amygdala) kích hoạt, trục vùng dưới đồi – tuyến yên – tuyến thượng thận (HPA) sẽ được kích hoạt, làm tăng bài tiết cortisol. Sau đó, nồng độ ACTH và cortisol sẽ tăng lên, dẫn đến hiệu quả thức tỉnh. Do đó, mất ngủ có liên quan chặt chẽ với rối loạn chức năng của trục HPA. Các thí nghiệm trên động vật xác nhận rằng châm cứu có hiệu quả trong việc điều chỉnh mức độ hormone liên quan đến trục HPA. Người ta đã chứng minh được rằng có sự tăng β -endorphin, enkephalin, serotonin và endomorphin-1 trong não và trong huyết tương trong quá trình châm cứu. Các chất này làm tăng interleukin – 2, interferon γ ... tác dụng chống trầm cảm, lo âu, tạo sự dễ chịu, cân bằng vận động. Điện châm cũng như cấy chỉ làm tăng hoạt động đồng bộ neuron, tăng chỉ số và biên độ sóng alpha, giảm sóng nhanh beta dẫn đến bệnh nhân có thể vào giấc nhanh hơn, giảm lo âu, căng thẳng.¹⁰

Nhóm huyết Nội quan, Thần môn, Tam âm giao có tác dụng: định Tâm, an thần, ích thận thủy, giao tế được thủy hỏa, quân bình âm dương trong đó Nội quan để thanh phần trên, Tam âm giao để tư bổ phần dưới. Huyết An miên 2 điều trị mất ngủ, tâm thần phân liệt, hysteria. Huyết Thận du có tác dụng ích thận thủy, định thần, thanh thần chí, giúp bệnh nhân được tư âm tiềm dương điều trị mất ngủ.

Cấy chỉ đã góp phần làm giảm gánh nặng cho ngành y tế đặc biệt mang lại lợi ích đối với các bệnh nhân mắc bệnh mạn tính, kéo dài. Việc phải tới bệnh viện hàng ngày hay nằm nội trú tại bệnh viện càng làm cho bệnh nhân mất ngủ trở nên lo lắng và mất ngủ trầm trọng hơn.

Tiến hành theo dõi những tác dụng không mong muốn trong suốt quá trình nghiên cứu nhận thấy không có bệnh nhân nào có các triệu chứng vụng chàm, chảy máu, sản ngứa, lộ đầu

chỉ, nhiễm trùng. Điều này cho thấy việc sử dụng cấy chỉ công thức huyết trên điều trị bệnh nhân mất ngủ không thực tồn an toàn và có thể áp dụng được ở tuyến y tế cơ sở.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả của phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết trong điều trị mất ngủ không thực tồn:

+ Chất lượng giấc ngủ, thời lượng giấc ngủ, triệu chứng thức phát sau mất ngủ ở mỗi nhóm sau điều trị cải thiện tốt hơn so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt giữa nhóm cấy chỉ và nhóm điện châm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

+ Tần suất mất ngủ nhóm cấy chỉ cải thiện có ý nghĩa thống kê so với nhóm điện châm với $p < 0,05$.

+ Điểm trung bình và hiệu suất chênh theo thang điểm PSQI sau điều trị ở cả 2 nhóm cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. PSQI ở nhóm cấy chỉ có xu hướng giảm thấp hơn so với nhóm điện châm.

Chưa thấy tác dụng không mong muốn của phương pháp cấy chỉ trong điều trị mất ngủ không thực tồn.

Lời cảm ơn

Để hoàn thành nghiên cứu này, tôi xin chân thành cảm ơn Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội và tập thể y bác sĩ Khoa Y học dân tộc - Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kessler RC, Berglund PA, Coulouvrat C, et al. Insomnia and the performance of US workers: results from the America insomnia survey. *Sleep*. 2011;34(9):1161-1171.
2. Kim K, Uchiyama M, Okawa M, Liu X,

Ogihara R. An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep*. 2000;23(1):41-47.

3. 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;31(12):1655-1662.

4. Riemann D, Perlis ML. The treatments of chronic insomnia: a review of benzodiazepine receptor agonists and psychological and behavioral therapies. *Sleep Med Rev*. 2009;13(3):205-214.

5. Hoàng Bảo Châu. Nội Khoa Y Học Cổ Truyền. Hà Nội: *Nhà xuất bản Y học*; 2006:122-135.

6. Lê Thúy Oanh. Cấy Chỉ (Chôn Chỉ Catgut Vào Huyết Châm Cứu). Hà Nội: *Nhà xuất bản Y học*; 2010:43-44.

7. Xu F, Xuan L-H, Zhou H-J, et al. Acupoint Catgut Embedding Alleviates Insomnia in Different Chinese Medicine Syndrome Types: A Randomized Controlled Trial. *Chin J Integr Med*. 2019;25(7):543-549.

8. Guo J, Wang L-P, Liu C-Z, et al. Efficacy of acupuncture for primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:163850.

9. Yao H-F, Zhang H-F, Chen X-L. Observation on therapeutic effect of scalp-acupoint catgut embedding for 33 cases of insomnia patients. *Zhen Ci Yan Jiu*. 2012;37(5):394-397.

10. Xiao X, Wei J, Li W, et al. Mechanism Analysis of the Antidepressant Effect of Acupuncture by Regulating the HPA Axis. *Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion*. 2016;35(6):758-760.

Summary

EFFECTS OF ELECTROACUPUNCTURE AND ACUPOINT CATGUT EMBEDDING THERAPY FOR INSOMNIA

Insomnia is an increasing common condition in the modern society. The prevalence of insomnia of Vietnamese adults is 30 – 45% according to some recent studies. This research was conducted to evaluate the efficacy of electroacupuncture and acupoint catgut embedding therapy in the treatment for insomnia not due to a substance or known physiological condition. 66 patients aged 18 years old and over who were diagnosed with insomnia not due to a substance or known physiological condition were enrolled in the research. Subjects were divided into two groups: electroacupuncture group and catgut embedding group. The results revealed that the quality and quantity of sleep, the mean PSQI, the secondary symptoms improved after treatment comparing to those figures at the baseline, but the difference between two groups was not statistically significant ($p > 0.05$). The frequency of insomnia in the catgut embedding group decreased more significantly than the acupuncture ($p < 0.05$). In conclusion, acupoint catgut embedding and electroacupuncture showed good effects in improving the quality and quantity of sleep, but catgut embedding therapy posed promising better improvement of insomnia frequency. We haven't found yet any side effect on treatment of insomnia by catgut implantation.

Keywords: acupoint catgut embedding, insomnia, electroacupuncture