

TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP TẬP LUYỆN DƯỠNG SINH NGUYỄN VĂN HƯỜNG KẾT HỢP ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỒN

Đặng Thị Hạnh¹ và Bùi Tiến Hưng^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Đánh giá tác dụng của phương pháp tập luyện dưỡng sinh Nguyễn Văn Hường kết hợp điện châm trong điều trị mất ngủ không thực tồn. Nghiên cứu can thiệp trên người bệnh được chẩn đoán mất ngủ không thực tồn theo ICD 10. Chúng thất miên thể tâm tỳ lưỡng hư. Người bệnh được điều trị bằng phương pháp tập luyện dưỡng sinh kết hợp điện châm trong 15 ngày. Đánh giá thay đổi thời gian vào giấc, thời lượng giấc ngủ, hiệu quả giấc ngủ và điểm PSQI. Sau điều trị, thời gian vào giấc giảm từ $75,10 \pm 34,04$ phút xuống còn $47,50 \pm 27,17$ phút; thời lượng giấc ngủ tăng từ $3,64 \pm 1,05$ giờ lên $5,34 \pm 1,00$ giờ; hiệu quả giấc ngủ tăng từ $57,00 \pm 10,13$ % lên $78,25 \pm 9,10$ %; điểm PSQI giảm từ $15,04 \pm 2,20$ điểm xuống còn $7,74 \pm 3,21$ điểm. Các thay đổi đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hường kết hợp điện châm có hiệu quả rõ rệt, cải thiện thời gian vào giấc, kéo dài thời lượng giấc ngủ và nâng cao hiệu quả giấc ngủ.

Từ khóa: Dưỡng sinh Nguyễn Văn Hường, điện châm, mất ngủ không thực tồn, rối loạn giấc ngủ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là chứng rối loạn giấc ngủ phổ biến, được đặc trưng bởi tình trạng khó khăn khi bắt đầu, duy trì giấc ngủ và dẫn đến rối loạn chức năng ban ngày mặc dù có đủ thời gian và cơ hội để ngủ.¹ Mất ngủ là gánh nặng đáng kể đối với hệ thống chăm sóc sức khỏe của ngành y tế. Tại Hoa Kỳ, tổng chi phí trực tiếp và gián tiếp cho chứng mất ngủ vượt quá 100 tỷ USD mỗi năm.^{2,3}

Điều trị mất ngủ bao gồm các biện pháp can thiệp về hành vi, nhận thức và dùng thuốc. Trong đó, các thuốc benzodiazepin, chất chủ vận benzodiazepine và một số thuốc chống trầm cảm, đã chứng minh hiệu quả trong việc kiểm soát chứng mất ngủ ngắn hạn, tuy nhiên việc sử dụng lâu dài tiềm ẩn nhiều rủi ro về té

ngã, nhầm lẫn về nhận thức, khả năng phụ thuộc và khó cai thuốc khi sử dụng trong thời gian dài.^{4,5} Liệu pháp hành vi nhận thức đối với chứng mất ngủ (CBTI), còn nhiều thách thức đối với bệnh nhân do số lượng bác sĩ chuyên khoa còn hạn chế.⁶ Một số phương pháp Y học cổ truyền bao gồm: các thảo dược truyền thống, châm cứu, khí công, dưỡng sinh, đã cho thấy hiệu quả trong điều trị và phòng bệnh mất ngủ, giảm nhẹ các triệu chứng như mệt mỏi và trầm cảm một cách hiệu quả.⁷

Phương pháp luyện tập dưỡng sinh do Bác sĩ Nguyễn Văn Hường kế thừa và xây dựng bao gồm 4 bước: tự xoa bóp, luyện động tác, luyện thư giãn, luyện thở 4 thì giúp con người giữ gìn sức khỏe, nâng cao thể lực, tăng cường sức đề kháng, tạo tinh thần lạc quan và tăng khả năng thích nghi của cơ thể với môi trường sống.⁸ Có nhiều nghiên cứu chứng minh tác dụng của phương pháp này trong hỗ trợ điều trị nhiều bệnh lý khác nhau, bao gồm cả bệnh

Tác giả liên hệ: Bùi Tiến Hưng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: buitienhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 23/07/2025

Ngày được chấp nhận: 13/08/2025

mất ngủ, nhưng hầu hết các nghiên cứu chỉ tập trung vào bước luyện thở 4 thì của phương pháp này hoặc chỉ điện châm đơn thuần để điều trị mất ngủ. Với mong muốn tăng cường hiệu quả điều trị mất ngủ, nghiên cứu này áp dụng và đánh giá tác dụng của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng với đầy đủ 4 bước (tự xoa bóp, luyện động tác, luyện thở, luyện thư giãn) kết hợp điện châm. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: **Đánh giá tác dụng của phương pháp tập luyện dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp điện châm trong điều trị mất ngủ không thực tổn.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 50 người bệnh điều trị nội trú tại Khoa Y, được cổ truyền - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh tuổi từ 18 - 80 tuổi, cả nam và nữ, điều trị nội trú được chẩn đoán theo YHHĐ là mất ngủ không thực tổn theo ICD - 10: F51.0 và chẩn đoán theo YHCT là thất miên thể tâm tỳ lưỡng hư. Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.^{9,10}

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh mất ngủ do bệnh trầm cảm, rối loạn lo âu mức độ nặng.^{11,12}
- Suy giảm nhận thức.
- Đang điều trị RLGN bằng thuốc hoặc phương pháp khác.
- Đang mắc các bệnh lý cấp tính hoặc ác tính.
- Người bệnh không thực hiện được các động tác trong bài tập.

2. Phương pháp

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Khoa Y, được cổ truyền - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 12/2024 đến tháng 7/2025.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước - sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Mẫu thuận tiện n = 50 người bệnh.

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Đối tượng sau khi sàng lọc thỏa mãn đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu và không có tiêu chuẩn loại trừ nào sẽ được giải thích và cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu, sau đó được mời tham gia, ký vào phiếu chấp thuận nghiên cứu.

Bước 2: Quy trình điện châm điều trị thất miên thể tâm tỳ lưỡng hư (Quyết định số 26/2008/QĐ - BYT), mỗi lần 30 phút/lần/ngày trong 15 ngày.

+ Công thức huyệt: châm bổ Nội quan, Thần môn, Tam âm giao, Huyệt hải, Phục lưu, Túc tam lý.¹⁰

+ Kỹ thuật châm: Châm kim lên huyệt: Nhẹ nhàng, dứt khoát, đạt yêu cầu về "đắc khí", đảm bảo vô trùng kim và hai bàn tay của người thầy thuốc.

+ Kỹ thuật kích thích xung điện: Sau khi châm "đắc khí" cần kích thích xung điện. Tần số bổ từ 0,5 - 4Hz; cường độ từ 14 - 150micro Ampe (theo ngưỡng chịu đau của người bệnh).

+ Thời gian kích thích: 30 phút.

Bước 3: Áp dụng phương pháp tập luyện dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp điện châm điều trị mất ngủ không thực tổn trong 15 ngày.^{8,13} Bài tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng gồm 4 bước: Tự xoa bóp bấm huyệt: xoa và xát đầu, mặt; xát 2 loa tai; áp vào màng nhĩ; đánh trống trời; xoa xoang và mắt; xát mũi; miết miệng má; xát cổ; tróc lưỡi; xoa ngực; xoa bụng; xát vai; bóp tay; vê các ngón tay; bóp chân (10 phút).

+ Luyện động tác: bao gồm các động tác tập cột sống và đám rối thần kinh như ưỡn cổ và

vai lưng; uốn mình; chào mặt trời; chống hông thở (15 phút).

+ Luyện thư giãn: Người bệnh mắt nhắm tự nhiên, tập trung vào hơi thở, thả lỏng cơ thể và giãn theo 3 đường (10 phút).

+ Luyện thở 4 thì: là kỹ thuật đặc trưng, gồm hít vào, ngực nở, bụng căng; giữ hơi cổ gồng, hít thêm; thở ra thoải mái tự nhiên, không kìm, không thúc; thư giãn hoàn toàn có cảm giác nặng và ấm, tự kỉ ám thị (10 phút).

Mỗi ngày tập vào 16 giờ chiều hàng ngày, mỗi lần 45 phút x 15 ngày liên tiếp dưới hướng dẫn và giám sát của bác sĩ. Một tuần không được nghỉ quá 1 buổi.

Đánh giá tại thời điểm D0, D7 (sau 7 ngày điều trị), D15 (sau 15 ngày điều trị).

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Các dữ liệu được thu thập bao gồm:

- Đặc điểm chung đối tượng: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh.

- Thời gian vào giấc (phút): là thời gian tính từ lúc bắt đầu đi ngủ đến khi ngủ được.

- Thời lượng giấc ngủ (giờ): là tổng thời gian ngủ 1 đêm.

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

- Điểm PSQI (điểm): gồm 19 câu hỏi tự đánh giá, chia thành 7 thành phần, mỗi thành phần được chấm từ 0 đến 3 điểm: chất lượng giấc ngủ; thời gian vào giấc; thời lượng giấc ngủ; hiệu quả giấc ngủ; rối loạn trong giấc; sử dụng thuốc ngủ; rối loạn trong ngày.¹⁴

+ Tổng điểm PSQI ≤ 5: có giấc ngủ tốt.

+ Tổng điểm PSQI > 5: có vấn đề về giấc ngủ.

Dữ liệu được thu thập tại ba thời điểm D0, D7 (sau 7 ngày) và D15 (sau 15 ngày).

Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các biến định lượng được trình bày dưới dạng $\bar{x} \pm SD$; so sánh trước - sau can thiệp bằng kiểm định t-test có ghép cặp; các biến phân loại được so sánh bằng test χ^2 và test McNemar. Mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn và Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội. Tất cả người bệnh đều được giải thích đầy đủ về mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, ký cam kết đồng thuận tham gia.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu 50 người bệnh chúng tôi nhận thấy một số đặc điểm chung của người bệnh như sau:

- Độ tuổi mắc bệnh trung bình là $67,46 \pm 11,44$ (tuổi).

- Tỷ lệ mắc bệnh giới nữ chiếm 82%, nam giới chiếm 18%.

- Tỷ lệ người bệnh hưu trí chiếm phần lớn mẫu nghiên cứu (84%).

- Thời gian mắc bệnh trung bình là $\bar{x} \pm SD$: $4,66 \pm 2,58$ (năm).

2. Sự cải thiện về thời gian vào giấc

Bảng 1. Sự cải thiện về thời gian vào giấc theo thời gian điều trị (n = 50)

Thời gian vào giấc ngủ	D0		D7		D15		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Ít hơn 15 phút	0	0	0	0	8	16,0	p _{D0-D7} > 0,05 p _{D0-D15} < 0,05
15 – 30 phút	10	20,0	10	20,0	12	24,0	
31 – 60 phút	27	54,0	28	56,0	23	46,0	
> 60 phút	13	26,0	12	24,0	7	14,0	
Tổng	50	100	50	100	50	100	
$\bar{x} \pm SD$ (phút)	75,10 $\pm$ 34,04		72,80 $\pm$ 32,88		47,50 $\pm$ 27,17		
Mức chênh (Δ)	ΔD7 - D0: 2,39 $\pm$ 9,75 p > 0,05				ΔD15 - D0: 27,60 $\pm$ 31,35 p < 0,05		

Nhận xét:

- Thời điểm D7 sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

- Thời điểm D15 người bệnh đã có những

cải thiện về thời gian vào giấc: nhóm vào giấc > 60 phút giảm còn 14,0%, từ 31 - 60 phút giảm còn 46,0%, ít 15 phút tăng lên 16,0%.

3. Sự cải thiện về thời lượng giấc ngủ**Bảng 2. Sự cải thiện về thời lượng giấc ngủ theo thời gian điều trị (n = 50)**

Thời lượng giấc ngủ	D0		D7		D15		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Hơn 7 giờ	0	0	1	2,0	2	4,0	p _{D0-D7} > 0,05 p _{D0-D15} < 0,05
6 - 7 giờ	3	6,0	3	6,0	26	52,0	
5 giờ	9	18,0	8	16,0	12	24,0	
Ít hơn 5 giờ	38	76,0	38	76,0	10	20,0	
Tổng	50	100	50	100	50	100	
$\bar{x} \pm SD$ (giờ)	3,64 $\pm$ 1,05		3,68 $\pm$ 1,13		5,34 $\pm$ 1,00		
Mức chênh (Δ)	ΔD7 - D0: 0,04 $\pm$ 0,20 p > 0,05				ΔD15 - D0: 1,70 $\pm$ 0,84 p < 0,05		

Nhận xét:

- Thời điểm D15 tỷ lệ thời lượng giấc ngủ cải thiện đáng kể. Thời lượng ngủ: ngủ từ 6 - 7 giờ chiếm tỷ lệ lớn nhất tăng từ 6,0% lên 54,0%.

- Thời lượng ngủ trung bình D7 tăng thêm

0,04 $\pm$ 0,20 (giờ), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Thời lượng ngủ trung bình tại D15 là 5,34 $\pm$ 1,00 (giờ), tăng thêm 1,70 $\pm$ 0,84, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

4. Sự cải thiện về hiệu quả giấc ngủ

Bảng 3. Sự cải thiện về hiệu quả giấc ngủ theo thời gian điều trị (n = 50)

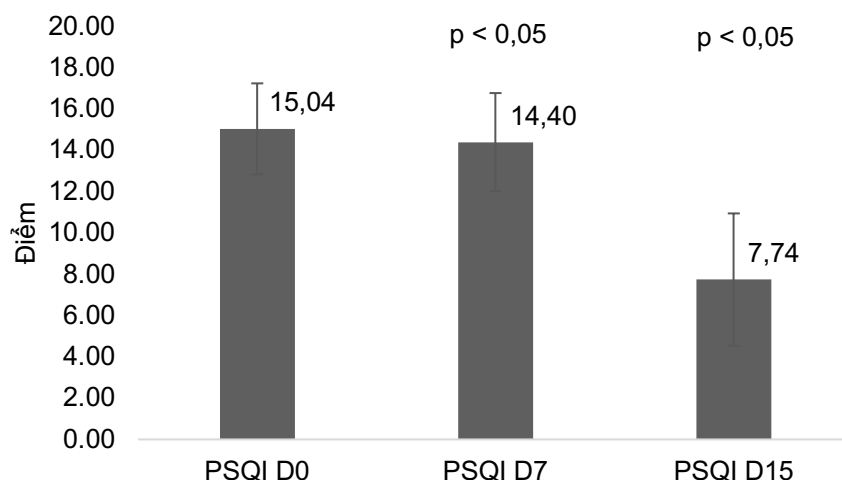
Thời lượng giấc ngủ	D0		D7		D15		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Hơn 7 giờ	0	0	2	4,0	26	52,0	p _{D0-D7} > 0,05 p _{D0-D15} < 0,05
6 - 7 giờ	3	6,0	2	4,0	6	12,0	
5 giờ	9	18,0	8	16,0	14	28,0	
Ít hơn 5 giờ	38	76,0	38	76,0	4	8,0	
Tổng	50	100	50	100	50	100	
$\bar{x} \pm SD$ (%)	57,00 $\pm$ 10,13		57,52 $\pm$ 11,28		78,25 $\pm$ 9,10		
Mức chênh (Δ)	ΔD7 - D0: 0,54 $\pm$ 2,66 p < 0,05				ΔD15 - D0: 21,26 $\pm$ 10,50 p < 0,05		

Nhận xét:

- Tại thời điểm D7 hiệu quả giấc ngủ chỉ tăng thêm 0,54 $\pm$ 2,66 (%), sự thay đổi không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

- Tại thời điểm D15 hiệu quả giấc ngủ trung bình là 78,25 $\pm$ 9,10 (%), tăng 21,26 $\pm$ 10,50 (%) so với trước điều trị. Sự thay đổi giữa có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

5. Sự cải thiện tổng điểm PSQI



Biểu đồ 1. Sự cải thiện tổng điểm PSQI theo thời gian điều trị

Nhận xét:

- Tại D7 điểm PSQI trung bình giảm từ 15,04 $\pm$ 2,20 (điểm) xuống 14,40 $\pm$ 2,37 (điểm). Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Tại D15 điểm PSQI trung bình giảm xuống còn 7,74 $\pm$ 3,21 (điểm), giảm 7,30 $\pm$ 2,48 (điểm) so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn người bệnh lớn tuổi (trung bình là $67,46 \pm 11,44$ (tuổi)), giới nữ, nghề nghiệp hưu trí và có thời gian mắc bệnh dài (trung bình là $4,66 \pm 2,58$ (năm)). Điều này được giải thích bởi giấc ngủ ở người cao tuổi hay bị gián đoạn, thức giấc trong đêm nhiều lần và có khuynh hướng ngủ ngày, tăng thời gian đi vào giấc ngủ vì vậy giảm thời lượng giấc ngủ. Hầu hết rối loạn về nội tiết liên quan đến kinh nguyệt, mãn kinh, ảnh hưởng tới estrogen làm tăng nguy cơ xuất hiện các cơn bốc hỏa có thể là nguyên nhân dẫn đến nữ giới dễ mất ngủ hơn. Ngoài ra, ở nhóm đối tượng là viên chức và người đã nghỉ hưu, vốn thuộc các nghề nghiệp lao động trí óc, có thể xuất hiện tình trạng căng thẳng kéo dài, mất ngủ hoặc rối loạn tâm thần, đặc biệt trong giai đoạn chuyển tiếp sang thời kỳ nghỉ hưu.

Theo kết quả nghiên cứu, tại thời điểm D15 không còn người bệnh nào có chất lượng giấc ngủ kém; thời gian vào giấc ngủ giảm $27,60 \pm 31,35$ (phút), thời lượng ngủ tăng lên $1,70 \pm 0,84$ (giờ), hiệu quả giấc ngủ tăng lên $21,26 \pm 10,50$ (%), tổng điểm PSQI giảm $7,30 \pm 2,48$ (điểm) sau 15 ngày điều trị. So với nghiên cứu của tác giả Đoàn Văn Minh (2009), với phương pháp điện châm điều trị mất ngủ sau 10 ngày điều trị vẫn còn 6,7% người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém, thời lượng giấc ngủ tăng thêm 2,73 (giờ), hiệu quả giấc ngủ tăng thêm 26,4 (%); điểm PSQI giảm 14,7 (điểm) sau 20 ngày điều trị.¹⁵ Phùng Đức Đạt (2020), với phương pháp nhĩ châm kết hợp thở bốn thì cho thấy thời gian vào giấc ngủ giảm từ 76,99 phút còn 51,10 phút (giảm 25,89 phút so với trước điều trị), kết quả này thấp hơn của chúng tôi một chút.¹ Nguyễn Quốc Chung (2023) sử dụng phương pháp cấy chỉ kết hợp thở bốn thì của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng cũng ghi nhận chất lượng giấc ngủ cải thiện rõ rệt, PSQI giảm từ 16,10 xuống 10,23 điểm (giảm 5,87 điểm, cải thiện ít hơn so với

chúng tôi 1,43 điểm).¹⁶ So với 3 tác giả trên, có vẻ như phương pháp tập dưỡng sinh kết hợp điện châm tốt hơn phương pháp điều trị điện châm đơn thuần, cấy chỉ kết hợp với thở bốn thì và nhĩ châm kết hợp thở bốn thì. Nhìn chung, tất cả các nghiên cứu đều có những sự cải thiện đáng kể giấc ngủ, tuy nhiên việc thiết kế nghiên cứu tại các mốc thời điểm đánh giá khác nhau, đặc điểm các đối tượng người bệnh khác nhau nên sự so sánh chỉ mang tính chất tương đối. Sự phù hợp về những thay đổi trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tài liệu trên cho thấy liệu pháp điều trị này cũng có tác dụng cải thiện chất lượng giấc ngủ đáng kể cho người bệnh.

Tâm chủ thần minh, tỳ là gốc hậu thiên - nguồn sinh ra khí huyết. Tinh, khí, thần là tam bảo của con người. Trong đó, thần là biểu hiện ra ngoài của khí được tinh và huyết nuôi dưỡng mà thịnh vượng. Do vậy, khí không đủ thì thần sẽ mệt mỏi, tinh thần uể oải, không muốn làm việc. Huyết không đủ nuôi dưỡng tâm thần thì khó ngủ, ngủ ít. Vì vậy, tổn thương chức năng hai tạng tâm tỳ mà dẫn đến mất ngủ. Tại khoa Y, được cổ truyền - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn hầu hết chúng tôi gặp người bệnh mất ngủ vì nguyên nhân này.

Điện châm là một phương pháp điện chứng minh hiệu quả trong điều trị mất ngủ không thực tổn.¹⁵ Phương pháp này đã được nghiên cứu rộng rãi và khẳng định hiệu quả ở nhiều quốc gia khác nhau. Cơ chế tác dụng chính của điện châm được cho là điều hòa hệ thần kinh thực vật, làm giảm kích thích giao cảm và tăng hoạt động phó giao cảm, từ đó hỗ trợ an thần, dễ đi vào giấc ngủ và kéo dài thời gian ngủ. Ngoài ra, giúp cơ thể kích thích giải phóng các chất dẫn truyền thần kinh như serotonin, GABA, và endorphin, giúp điều hòa cảm xúc và giảm triệu chứng lo âu, trầm cảm thường đi kèm mất ngủ.¹⁷

Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng có tác dụng điều trị mất ngủ như các bước: tự xoa bóp bấm huyệt giúp kích thích thần kinh - thể dịch, cải thiện tuần hoàn và hỗ trợ điều hòa toàn thân; luyện động tác làm tăng cường lưu thông khí huyết; luyện thư giãn giúp vỏ não nghỉ ngơi, giảm căng thẳng thần kinh, tiết kiệm năng lượng và nâng cao khả năng điều hòa sinh lý nội môi; luyện thở 4 thì giúp điều hòa thần kinh trung ương, tăng oxy hóa mô, hỗ trợ an thần và cải thiện giấc ngủ. Trong dưỡng sinh luyện thở bốn thì cũng có thể coi là cách luyện khí trong khí công, dưỡng khí tốt giúp khí của cơ thể thịnh vượng thì thần sắc tỉnh táo, có tinh thần làm việc.⁸ Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp đã chỉ ra rằng luyện khí công (Qigong) có thể giúp giảm đáng kể các triệu chứng mất ngủ, cải thiện cả chất lượng và hiệu quả giấc ngủ, với cơ chế điều hòa hoạt động thần kinh trung ương, giảm lo âu và trầm cảm kèm theo.¹⁸ Những kết quả này càng củng cố thêm cơ sở lý luận và thực nghiệm cho việc kết hợp các bài tập dưỡng sinh, khí công với điện châm trong điều trị mất ngủ không thực tổn.

Mặc dù, nghiên cứu chưa có nhóm chứng để so sánh, thời gian theo dõi ngắn (15 ngày) cũng chưa đủ để đánh giá tính bền vững của hiệu quả điều trị và việc đánh giá hiệu quả chủ yếu dựa trên các thang điểm (PSQI) có thể chịu ảnh hưởng bởi cảm nhận chủ quan của người bệnh. Tuy nhiên, nghiên cứu này đã cho thấy tác dụng của phương pháp tập luyện dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp điện châm trong điều trị mất ngủ không thực tổn, góp phần đa dạng hóa lựa chọn cho người bệnh mất ngủ không thực tổn trong cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp tập luyện dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng kết hợp điện châm có hiệu quả cao trong điều trị rối loạn giấc ngủ không thực tổn, giúp người bệnh cải thiện đáng kể thời gian vào

giấc, chất lượng giấc ngủ và hiệu suất giấc ngủ. Qua điều trị 50 người bệnh mất ngủ không thực tổn bằng phương pháp tập luyện dưỡng sinh kết hợp điện châm. Sau 15 ngày điều trị chúng tôi thu được kết quả sau: thời gian vào giấc giảm từ $75,10 \pm 34,04$ phút xuống còn $47,50 \pm 27,17$ phút; thời lượng giấc ngủ tăng từ $3,64 \pm 1,05$ giờ lên $5,34 \pm 1,00$ giờ; hiệu quả giấc ngủ tăng từ $57,00 \pm 10,13$ % lên $78,25 \pm 9,10$ %; điểm PSQI giảm từ $15,04 \pm 2,20$ điểm xuống còn $7,30 \pm 2,48$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Đức Đạt. Đánh giá tác dụng của nhĩ châm kết hợp với phương pháp thở 4 thì của bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị mất ngủ không thực tổn. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2020.
2. Winkelman JW. Insomnia Disorder. Solomon CG, ed. *N Engl J Med*. 2015; 373(15): 1437-1444. doi:10.1056/NEJMcp1412740.
3. Wickwire EM, Shaya FT, Scharf SM. Health economics of insomnia treatments: The return on investment for a good night's sleep. *Sleep Med Rev*. 2016; 30: 72-82. doi:10.1016/j.smrv.2015.11.004.
4. Sutton EL. Insomnia. *Ann Intern Med*. 2021; 174(3): ITC33-ITC48. doi:10.7326/AITC202103160.
5. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res*. 2017; 26(6): 675-700. doi:10.1111/jsr.12594.
6. Vargas I. Scaling up sleep education and cognitive behavioral therapy for insomnia training across multiple health disciplines. *SLEEP*. 2023; 46(10): zsad204. doi:10.1093/sleep/zsad204.
7. Xu M min, Li N, Hu T nuo, et al. Efficacy and underlying mechanisms of three-circle

post standing qigong on insomnia in college students: a four-arm, double-blind, randomized controlled trial protocol. *BMC Complement Med Ther*. 2024;24(1):239. doi:10.1186/s12906-024-04544-9

8. Nguyễn Văn Hưởng. Phương pháp dưỡng sinh. Nhà xuất bản Y Học; 2010:35-36.

9. WHO. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization; 1993.

10. Nguyễn Nhược Kim. Bệnh học nội khoa Y học cổ truyền (Sách đào tạo sau đại học). Nhà xuất bản Y học; 2016:172.

11. Dunstan DA, Scott N. Clarification of the cut-off score for Zung's self-rating depression scale. *BMC Psychiatry*. 2019; 19(1): 177. doi:10.1186/s12888-019-2161-0.

12. Beck AT. An Inventory for Measuring Depression. *ArchGenPsychiatry*. 1961;4(6):561. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.

13. Bộ Y tế. Quyết định số: 26 /2008/QĐ-BYT ngày 22/7/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành quy trình kỹ thuật Y học cổ truyền. 2008.

14. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH,

Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989; 28(2): 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4.

15. Đoàn Văn Minh. Đánh giá tác dụng điện châm huyết nội quan thần môn tam âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tổn. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2009.

16. Nguyễn Quốc Chung. Tác dụng của cấy chỉ và phương pháp thở bốn thì của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị mất ngủ không thực tổn. Luận văn tốt Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2023.

17. Lee MS. Are acupuncture-type interventions beneficial for correcting breech presentation? *Complement Ther Med*. 2008; 16(4): 238-239. doi:10.1016/j.ctim.2008.05.002.

18. Martin-Saavedra JS, Vergara-Mendez LD, Pradilla I, Vélez-van-Meerbeke A, Talero-Gutiérrez C. Standardizing music characteristics for the management of pain: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Complement Ther Med*. 2018; 41: 81-89. doi:10.1016/j.ctim.2018.07.008.

Summary

EFFECTS OF THE NGUYEN VAN HUONG HEALTH - PRESERVING EXERCISE METHOD COMBINED WITH ELECTROACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF NON-ORGANIC INSOMNIA

An interventional study was conducted in patients diagnosed with non - organic insomnia according to ICD - 10 and presenting with the Traditional Medicine pattern of Heart and Spleen Deficiency syndrome. Patients were treated with the Nguyen Van Huong health - preserving exercise method combined with electroacupuncture for 15 days and the effectiveness of this treatment was evaluated for changes in sleep onset latency, total sleep duration, sleep efficiency, and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores. After treatment, sleep onset latency decreased from 75.10 ± 34.04 minutes to 47.50 ± 27.17 minutes, total sleep duration increased from 3.64 ± 1.05 hours to 5.34 ± 1.00 hours, sleep efficiency increased from 57.00 ± 10.13 % to 78.25 ± 9.10 % and PSQI scores decreased from 15.04 ± 2.20 to 7.74 ± 3.21 . All changes were statistically significant ($p < 0.05$). This study proved that the combination of the Nguyen Van Huong health - preserving exercise method and electroacupuncture showed marked effectiveness in improving sleep onset latency, prolonging total sleep duration, and enhancing sleep efficiency.

Keywords: Nguyen Van Huong health - preserving exercise, Electroacupuncture, Non - organic insomnia, Sleep disorders.