

và vi nấm (18,8%). Nghiên cứu không nhận thấy sự khác biệt về khả năng phát hiện cho tất cả các tác nhân trong bệnh phẩm hô hấp giữa 2 kỹ thuật lấy đàm thường và đàm kích thích. Do đó, ở những bệnh nhân HIV không khạc được đàm thường, có thể dùng biện pháp phun khí dung để lấy đàm kích thích. Mẫu đàm kích thích này cũng có giá trị tìm tác nhân gây bệnh tương đương với mẫu đàm thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wolff AJ, O'Donnell AE.** Pulmonary manifestations of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Chest*. 2001;120(6):1888-1893.
2. **Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health, HIV Medicine Association, of the Infectious Diseases Society of America.** Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents with HIV. Published online 2019.
3. **Hùng LM.** Viêm phổi nhiễm trùng trên người nhiễm HIV/AIDS nhập viện tại thành phố Hồ Chí Minh. Đại học Y Dược TPHCM. Published online 2008.
4. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Hô hấp. Published online 2014.
5. **Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2019 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2020, Hà Nội.** Published online 2019.
6. **Choe PG, Kang YM, Kim G.** Diagnostic value of direct fluorescence antibody staining for detecting *Pneumocystis jirovecii* in expectorated sputum from patients with HIV infection. *Medical Mycology*. 2014;52(3):326-330.
7. **Biswas S, Das A, Sinha A, Das SK, Bairagya TD.** The role of induced sputum in the diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Lung India: official organ of Indian Chest Society*. 2013;30(3):199-202.
8. **Chuard C, Fracheboud D, Regamey C.** Effect of sputum induction by hypertonic saline on specimen quality. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2001;39(4):211-214.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: U TUYẾN HẬU THẬN - NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Phạm Hồng Cảnh¹, Chu Hồng Sơn¹,
Trần Thị Linh², Trần Ngọc Minh¹

TÓM TẮT

U tuyến hậu thận (Metanephric adenoma - MA) là khối u lành tính rất hiếm gặp, chỉ chiếm 0,2-0,7% các khối u biểu mô ở thận, thường khó phân biệt với các khối u ác tính qua hình ảnh học, chẩn đoán chính xác chủ yếu dựa vào giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch. Báo cáo này mô tả trường hợp một bệnh nhân nữ 46 tuổi tình cờ phát hiện u thận trái qua khám sức khỏe định kỳ. Hình ảnh CLVT cho thấy khối ngấm thuốc đồng nhất, ranh giới rõ, không có hoại tử hay xuất huyết. Sinh thiết qua da dưới hướng dẫn siêu âm giúp chẩn đoán xác định là MA. Bệnh nhân được điều trị bảo tồn và theo dõi định kỳ. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi muốn đề cập tới đặc điểm của u tuyến hậu thận, vai trò của sinh thiết trước phẫu thuật và một số xét nghiệm trong chẩn đoán và định hướng điều trị đặc biệt là các nghiên cứu về đột biến BRAF V600E với hi vọng mở ra tiềm năng chẩn đoán đơn giản và chính xác hơn trong tương lai. **Từ khóa:** U tuyến hậu thận, sinh thiết qua da, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

METANEPHRIC ADENOMA –

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Cảnh

Email: canhhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 27.2.2025

A RARE CASE REPORT

Metanephric adenoma (MA) is a sporadic benign tumor, accounting for only 0.2-0.7% of renal epithelial tumors, often difficult to distinguish from malignant tumors through imaging, accurate diagnosis mainly based on pathology and immunohistochemistry. This report describes the case of a 46-year-old female patient who accidentally discovered a left renal tumor during a routine health check. CT scan showed a homogeneous, well-defined mass with no necrosis or hemorrhage. Percutaneous biopsy under ultrasound guidance confirmed the diagnosis of MA. The patient was treated conservatively and followed up periodically. Through this clinical case, we would like to discuss the characteristics of metanephric adenoma, the role of preoperative biopsy, and some tests in diagnosis and treatment orientation, especially studies on BRAF V600E mutation, with the hope of opening up the potential for more straightforward and more accurate diagnosis in the future.

Keywords: Metanephric adenoma, percutaneous biopsy, computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

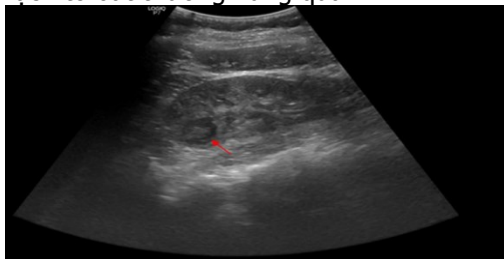
U tuyến hậu thận (Metanephric adenoma - MA) là khối u lành tính rất hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 0.2-0.7% các khối u biểu mô ở thận. Do không có đặc điểm hình ảnh hoặc lâm sàng đặc trưng so với các khối u thận khác, đặc biệt là các u ác tính như u Wilms hoặc ung thư biểu mô thận thể nhú (Papillary renal cell carcinoma), nên

rất khó để chẩn đoán phân biệt MA với các tổn thương ác tính trước mổ, việc chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào kết quả giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch. Sinh thiết trước mổ góp phần xác định chẩn đoán, loại trừ các tổn thương ác tính, từ đó hỗ trợ bác sĩ lâm sàng lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, bảo tồn tối đa nhu mô thận.

Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp được chẩn đoán u tuyến hậu thận (MA) bằng sinh thiết qua da dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân (BN) nữ 46 tuổi, khám sức khỏe định kỳ tình cờ phát hiện u thận trái. Trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang, khối ngấm thuốc đồng nhất, tăng dần qua các thì vô tủy, thì nhu mô thận và đều ngấm thuốc kém hơn nhu mô thận xung quanh. BN được chỉ định sinh thiết thận qua da dưới hướng dẫn siêu âm, kết quả giải phẫu bệnh là MA và được điều trị bảo tồn, theo dõi định kỳ.

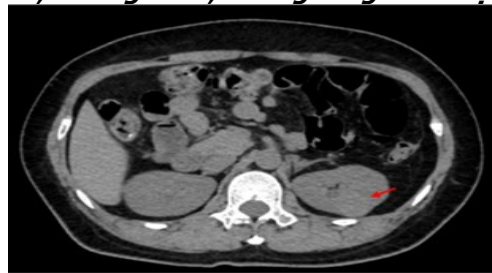
II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 46 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, đi khám sức khỏe định kỳ, không ghi nhận triệu chứng bất thường về ổ bụng hay hệ tiết niệu. Thăm khám lâm sàng và xét nghiệm máu, nước tiểu đều trong giới hạn bình thường. Kết quả siêu âm ổ bụng phát hiện 01 nốt hỗn hợp âm vị trí 1/3 trên thận trái, kích thước 22x20mm, bờ ranh giới rõ, đẩy lùi nhẹ bờ thận, không rõ tín hiệu mạch trên siêu âm Doppler màu (Hình 1). BN được chỉ định chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang để khảo sát và đánh giá tổn thương. Ở thì trước tiêm, nốt tổn thương nằm ở vỏ thận, giới hạn rõ, bờ đều, đồng tỷ trọng với nhu mô xung quanh. Sau tiêm, nốt ngấm thuốc đồng nhất, tăng dần qua các thì, tỷ trọng thì trước tiêm, thì vô tủy và thì nhu mô thận lần lượt là 45HU, 76HU, 83HU; nhưng đều ngấm thuốc kém hơn nhu mô thận bình thường (Hình 2). Ngoài ra, tổn thương không có vôi hóa, không có hoại tử hay xuất huyết bên trong, không thấy xâm lấn xoang thận hay tĩnh mạch thận, không có hạch to bất thường xung quanh.



Hình 1: Siêu âm ổ bụng thấy nốt hỗn hợp

âm nhu mô 1/3 trên thận trái (mũi tên), bờ đều, ranh giới rõ, không tăng sinh mạch



a. Trước tiêm



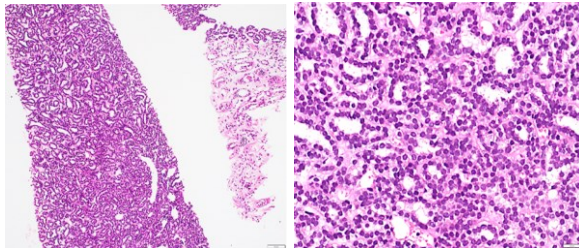
B. Thì vô tủy



C. Thì nhu mô thận

Hình 2: CLVT ổ bụng có tiêm thuốc cản quang: (a) thì trước tiêm, u nằm ở vỏ thận, đồng tỷ trọng với nhu mô xung quanh, (b,c) sau tiêm thuốc cản quang, thì vô tủy và thì nhu mô thận u ngấm thuốc tăng dần và kém hơn nhu mô thận bình thường

Trong trường hợp BN có khối ngấm thuốc mạnh đồng nhất ở thận, không có đặc điểm hình ảnh điển hình của tổn thương lành tính như u cơ mỡ mạch (AML), việc loại trừ các khối u ác tính, đặc biệt là ung thư biểu mô thận (RCC) là vô cùng quan trọng. Do đó, BN được chỉ định sinh thiết nốt tổn thương thận trái qua da dưới hướng dẫn siêu âm. Giải phẫu bệnh cho kết quả tế bào u có nhân tròn, nhỏ đều, sắp xếp tạo cấu trúc ống có lòng tròn, một số ống kéo dài hoặc có cấu trúc giống cầu thận, rất hiếm thấy nhân chia, các đặc điểm trên phù hợp với U tuyến hậu thận (Metanephric adenoma) (Hình 3). BN sau đó được điều trị bảo tồn và theo dõi định kỳ tổn thương bằng chẩn đoán hình ảnh.



Hình 3: Hình ảnh mô bệnh học: tế bào u có nhân tròn, nhỏ đều, sắp xếp tạo cấu trúc ống có lòng tròn, một số ống kéo dài hoặc có cấu trúc giống cầu thận, rất hiếm thấy nhân chia

III. BÀN LUẬN

U tuyến hậu thận (Metanephric adenoma - MA) bắt nguồn từ tế bào phôi của tủy thận, là khối u lành tính rất hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 0.2-0.7% các khối u biểu mô ở thận. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, hay gặp nhất ở khoảng 50-60 tuổi, ưu thế ở nữ (nữ:nam = 2:1).^{1,2}

Cả bệnh đầu tiên được mô tả bởi Bove và cộng sự năm 1979, là khối u hai bên, lan tỏa và xác định MA là 1 biến thể của u nguyên bào thận (nephroblastoma). Năm 1992, Brisigotti và cộng sự đã nhận thấy sự khác biệt về mức độ biệt hóa và trưởng thành tế bào của loại u này so với u nguyên bào thận khi so sánh 100 khối u thận ở trẻ em, do đó ông chính thức đặt tên cho loại u thận này là u tuyến hậu thận (MA). Tuy nhiên, cơ chế bệnh sinh của MA vẫn chưa được biết rõ. Brown và cộng sự³ khi phân tích bằng phương pháp lai huỳnh quang tại chỗ (FISH) đã nhận thấy thường xuyên có hiện tượng tăng thêm nhiễm sắc thể 7 và 17 và mất đi nhiễm sắc thể giới tính trong tế bào MA, điều này có thể dẫn đến tính nhạy cảm di truyền. Thêm vào đó, Davis và cộng sự¹ lần đầu tiên tóm tắt các đặc điểm lâm sàng của MA bằng cách phân tích hồi cứu 50 trường hợp, ông nhận thấy MA chủ yếu gặp ở nữ với tỉ lệ so với nam là hơn 2:1 và thường một bên, kích thước thay đổi, có ranh giới rõ, không xâm lấn, có thể có xuất huyết, thoái hóa nang và hoại tử.

Mặc dù hầu hết các ca MA đều không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ qua thăm khám tổng quát, một số biểu hiện lâm sàng có thể gặp của MA bao gồm đau, đái máu, sờ thấy khối ổ bụng.¹ Bên cạnh đó, khoảng 10% bệnh nhân MA được ghi nhận mắc bệnh đa hồng cầu,² cao nhất trong số tất cả các khối u thận, có thể liên quan đến việc sản xuất erythropoietin và cytokine của khối u.⁴ BN trong báo cáo của chúng tôi cũng không có bất kì dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ nào, tổn thương được phát hiện

thông qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

Về chẩn đoán hình ảnh, siêu âm là phương tiện thăm khám đầu tay trong các bệnh lý hệ tiết niệu, cần thiết để phát hiện sớm các khối u thận khác nhau, giúp phát hiện tổn thương, xác định kích thước và bản chất khối u là dạng đặc hay nang. Hình ảnh siêu âm của MA không đặc hiệu, thường tăng âm hoặc giảm âm lan tỏa, không có tín hiệu mạch đáng kể trên siêu âm Doppler màu.^{2,5}

CLVT được coi là công cụ chẩn đoán hình ảnh chính trong thăm khám MA, với biểu hiện điển hình là khối đặc đơn độc, một bên, nằm ở vùng vỏ thận, ranh giới rõ, không có vỏ, đồng hoặc tăng nhẹ tỷ trọng tự nhiên so với nhu mô thận bình thường.^{1,4} Sau khi tiêm thuốc cản quang, u ngấm thuốc kém hơn nhu mô thận bình thường ở cả pha vỏ tủy và pha nhu mô thận, ngấm thuốc tăng dần và kéo dài từ ngoại vi vào trung tâm.^{1,5,6} Khối u lớn thường không đồng nhất do có các ổ xuất huyết và hoại tử. Có thể nhìn thấy vôi hóa trong khoảng 20% trường hợp với nhiều kích cỡ khác nhau.² Cộng hưởng từ (CHT) của MA có một số đặc điểm bao gồm giảm tín hiệu trên các xung T1W và T2W, tính chất ngấm thuốc tương tự như trên CLVT, do đó phần lớn các nghiên cứu cho rằng CHT không ưu thế hơn so với CLVT trong chẩn đoán và không cần thiết phải chụp thêm CHT để đánh giá.^{1,7} Hình ảnh tổn thương trên CLVT ở BN của chúng tôi là nốt tổn thương đồng tỷ trọng với nhu mô thận bình thường, sau tiêm thuốc cản quang ngấm đồng nhất, tăng dần qua các thì nhưng đều kém hơn nhu mô thận xung quanh, không có thành phần vôi hóa, hoại tử hay xuất huyết.

Mặc dù hầu hết MA là u lành tính nhưng một số ca bệnh MA có mô học không điển hình và di căn xa đã được ghi nhận. Di căn phổi và hạch bạch huyết đã được báo cáo trong một số trường hợp hiếm gặp. Tuy nhiên, các vị trí di căn thường gặp của những u ác tính khác ở thận như hạch sau phúc mạc, mạch thận và tĩnh mạch chủ dưới chưa được ghi nhận trong bất kì báo cáo nào. BN của chúng tôi chưa phát hiện tổn thương di căn tại thời điểm thăm khám.

Do tính chất nghèo mạch, MA có thể dễ dàng phân biệt với RCC tế bào sáng, là khối u giàu mạch và có kiểu hình ngấm thuốc mạnh - thải thuốc nhanh. Tuy nhiên, rất khó để phân biệt giữa MA và một số khối u ác tính khác như u Wilms ở trẻ em và RCC thể nhú ở người lớn trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, dẫn đến những hạn chế trong chẩn đoán trước mổ.¹ Đặc điểm không có vỏ của MA được sử dụng trong phân biệt với u ngấm thuốc kém và có giả vỏ của RCC thể nhú. Trong khi đó, yếu tố dịch tễ về

độ tuổi của bệnh nhân hữu ích để phân biệt MA và u Wilms. Sinh thiết và theo dõi lâm sàng sẽ giúp ích trong chẩn đoán phân biệt các trường hợp trên.

Giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch là phương pháp tin cậy nhất để chẩn đoán xác định MA. Trên vi thể, u được tạo bởi các tế bào biểu mô sắp xếp thành các nang nhỏ trên mô đệm giàu tế bào hoặc một số có thể tạo thành ống tuyến, dạng cầu thân hoặc dạng polype, nhú. Một số hiếm hoi MA bị bỏ sót do có hình thái giống với u nguyên bào thận và RCC thể nhú, khi đó, hóa mô miễn dịch đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán phân biệt. WT-1, CD57 dương tính và CK7, AMACR âm tính là các dấu hiệu đặc trưng của MA, giúp phân biệt MA với RCC thể nhú.¹⁰ Gần đây, một số nhà nghiên cứu đã xác định được các dấu ấn sinh học tiềm năng mới của MA. Ding và cộng sự¹¹ phát hiện đột biến BRAF xảy ra thường xuyên nhất trong 36 ca bệnh MA bằng phương pháp giải trình tự DNA thế hệ mới, Choueiri và cộng sự¹² cũng chỉ ra rằng đột biến BRAF V600E xuất hiện ở khoảng 90% khi nghiên cứu 29 trường hợp MA, điều này hiếm gặp ở các khối u thận thông thường khác. Vì vậy, các nghiên cứu mới sẽ mang lại phương pháp chẩn đoán hiệu quả hơn cho MA.

Vai trò của sinh thiết thận trước phẫu thuật cho tới nay vẫn còn nhiều tranh cãi. Guo và cộng sự¹³ cho rằng sinh thiết làm tăng nguy cơ lan rộng và chảy máu khối u, đồng thời không thể thay đổi phương pháp hoặc kế hoạch phẫu thuật cho dù là MA hay khối u ác tính khác. Tuy nhiên, Blanco và cộng sự¹⁴ gợi ý việc nhận biết MA trước phẫu thuật bằng sinh thiết cho phép điều trị bảo tồn tốt hơn, bao gồm cắt bỏ một phần thận hoặc đốt sóng cao tần, đặc biệt với những BN trẻ tuổi, BN có thận duy nhất còn chức năng,... BN của chúng tôi được sinh thiết u thận trái qua da dưới hướng dẫn siêu âm, giải phẫu bệnh đã xác định chẩn đoán MA, loại trừ các tổn thương ác tính, từ đó có chỉ định điều trị bảo tồn và theo dõi bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, tránh được một cuộc phẫu thuật.

Với các khối u thận nhỏ, kích thước dưới 3cm, chọc hút bằng kim nhỏ cho bệnh phẩm phân tích DNA có thể được cân nhắc do tính cần thiết của chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật.¹² Một số báo cáo ủng hộ rằng chọc hút bằng kim nhỏ là đủ để chẩn đoán xác định,¹⁵ trong khi những báo cáo khác bảo vệ tính cần thiết của phân tích hóa mô miễn dịch nhằm phân biệt giữa MA và u Wilms hay RCC thể nhú.¹⁶ Các nghiên cứu về đột biến BRAF V600E gần đây đã đem lại nhiều giá trị tiềm năng trong chẩn đoán

phân biệt MA với các u thận kích thước nhỏ, đặc biệt là bằng phương pháp chọc hút kim nhỏ với mức độ xâm lấn tối thiểu, từ đó định hướng cho việc lựa chọn phương án theo dõi và quản lý tiếp theo. Do sự hiếm gặp của các khối u, các nghiên cứu về di truyền còn nhiều hạn chế, nhưng những phát hiện mới đây là một bước tiến trong việc chẩn đoán các khối thận nhỏ lành tính có thể điều trị được bằng cách theo dõi định kỳ. Cần nhiều nghiên cứu hơn để gia tăng độ chính xác trong chẩn đoán các tổn thương dạng khối ở thận, giảm nhu cầu tiếp cận phẫu thuật ở các bệnh nhân có bệnh lý liên quan.

IV. KẾT LUẬN

U tuyến hậu thân (Metanephric adenoma - MA) là u lành tính hiếm gặp với triệu chứng lâm sàng không điển hình. CLVT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh chính trong đánh giá MA, tuy nhiên các đặc điểm hình ảnh ít đặc hiệu và khó phân biệt với một số u thận ác tính như u Wilms ở trẻ em và RCC thể nhú ở người lớn. Sinh thiết và chẩn đoán trước mổ đóng vai trò quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị và theo dõi, đặc biệt với các trường hợp BN trẻ tuổi, thận đơn độc,... Mô bệnh học kết hợp với hóa mô miễn dịch là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán MA. Nghiên cứu về BRAF V600E đưa ra nhiều hứa hẹn trong việc chẩn đoán xác định MA, đặc biệt với các trường hợp khối u kích thước nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhang L, Gao X, Li R, et al.** Experience of diagnosis and management of metanephric adenoma: retrospectively analysis of 10 cases and a literature review. *Translational Andrology and Urology*. 2020;9(4): 1661669-1661669. doi:10.21037/tau-19-912
2. **Weerakkody Y.** Metanephric adenoma of the kidney | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org. Radiopaedia. doi:10.53347/rID-17858
3. **Brown JA, Anderl KL, Borell TJ, Qian J, Bostwick DG, Jenkins RB.** Simultaneous chromosome 7 and 17 gain and sex chromosome loss provide evidence that renal metanephric adenoma is related to papillary renal cell carcinoma. *J Urol*. 1997;158(2):370-374.
4. **Yan J, Cheng JL, Li CF, et al.** The findings of CT and MRI in patients with metanephric adenoma. *Diagn Pathol*. 2016;11:104. doi:10.1186/s13000-016-0535-x
5. **Metanephric adenoma and solid variant of papillary renal cell carcinoma: common and distinctive features - Mantoan Padilha - 2013 - Histopathology - Wiley Online Library.** Accessed June 17, 2024. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/his.12106>
6. **Delzongle M, Boukamel S, Kemeny F, et al.** Metanephric adenoma: MR imaging features with histopathological correlation. *Diagn Interv*

Imaging. 2015;96(4): 387-390. doi:10.1016/j.diii.2014.11.005

7. **Kinney SN, Eble JN, Hes O, et al.** Metanephric adenoma: the utility of immunohistochemical and cytogenetic analyses in differential diagnosis,

including solid variant papillary renal cell carcinoma and epithelial-predominant nephroblastoma. Mod Pathol. 2015;28(9):1236-1248. doi:10.1038/modpathol.2015.81

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ PHỤC HỒI CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ TRÊN BỆNH NHÂN MẤT NGỦ KHÔNG THỰC TỐN BẰNG NHĨ CHÂM KẾT HỢP XOA BÓP BẨM HUYỆT

Trần Thị Hồng Ngải¹, Nguyễn Quang Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phục hồi chất lượng giấc ngủ trên bệnh nhân mất ngủ không thực tổn bằng nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt. **Phương pháp:** 70 BN được chẩn đoán mất ngủ không thực tổn theo ICD-10 và thất miên thể Tâm thận bất giao theo YHCT chia làm hai nhóm theo phương pháp ghép cặp, đảm bảo tương đồng về tuổi, giới và mức độ bệnh. Nhóm nghiên cứu (NC): 35 BN điều trị nhĩ châm kết hợp XBBH trong 20 ngày. Nhóm đối chứng (ĐC): 35 BN điều trị điện châm kết hợp XBBH trong 20 ngày. **Kết quả:** Theo thang điểm PSQI, điểm Chất lượng giấc ngủ chủ quan, Thời gian vào giấc ngủ, Thời lượng giấc ngủ, Các rối loạn giấc ngủ, Sử dụng thuốc ngủ. Các rối loạn ban ngày có sự giảm rõ tại các thời điểm, sau 20 ngày điều trị thì Nhóm NC cho thấy hiệu quả cải thiện tốt hơn so với nhóm ĐC ở cả 2 thời điểm D10 và D20 với pNC-ĐC <0.05. **Kết luận:** Nhĩ châm kết hợp xoa bóp bấm huyệt là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị mất ngủ không thực tổn

Từ khóa: mất ngủ không thực tổn, nhĩ châm, xoa bóp bấm huyệt

SUMMARY

RESEARCHING ON THE EFFECTIVENESS OF RESTORING SLEEP QUALITY IN PATIENTS WITH NON-ORGANIC INSOMNIA BY AURICULAR ACUPUNCTURE COMBINED WITH ACUPRESSURE

Objective: To evaluate the effectiveness of sleep quality restoration in patients with non-organic insomnia by auricular acupuncture combined with acupressure. **Method:** 70 patients diagnosed with non-organic insomnia according to ICD-10 and insomnia of the Heart-Kidney Disjunction type according to traditional medicine were divided into two groups by the paired method, ensuring similarity in age, gender and disease severity. Research group (NC): 35 patients treated with auricular acupuncture

combined with acupressure for 20 days. Control group (DC): 35 patients treated with electroacupuncture combined with acupressure for 20 days. **Results:** According to the PSQI scale, Subjective Sleep Quality score, Time to fall asleep, Sleep duration, Sleep disorders, Use of sleeping pills, Daytime disorders were clearly reduced at different time points. After 20 days of treatment, the NC group showed better improvement than the Control group at both D10 and D20 with pNC-DC <0.05. **Conclusion:** Auricular acupuncture combined with acupressure is a safe and effective method in treating non-organic insomnia.

Keywords: non-organic insomnia, auricular acupuncture, acupressure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giấc ngủ là một phần quan trọng hoạt động sống con người. Nhằm đảm bảo sự sống, sự phục hồi và phát triển của con người. Sự gia tăng phát triển xã hội hiện nay, dẫn đến mất ngủ đang trở thành vấn đề phổ biến trong xã hội. Theo ICD 10, mất ngủ bao gồm khó khăn vào giấc ngủ hay khó duy trì giấc ngủ, xảy ra ít nhất ba lần một tuần trong ít nhất một tháng, đi kèm với suy giảm hoạt động ban ngày và không do bệnh lý thần kinh, bệnh nội khoa, không do hậu quả việc lạm dụng thuốc gây nghiện hoặc thuốc điều trị [1].

Năm 2023, theo tổ chức y tế thế giới (World Health Organization) khoảng một phần ba dân số gặp phải các triệu chứng mất ngủ và khoảng 10-15% mắc chứng mất ngủ mãn tính.

Y học hiện đại (YHHĐ) điều trị mất ngủ thường dùng thuốc giải lo âu, an thần gây buồn ngủ nhanh giúp bệnh nhân dễ vào giấc ngủ. Điều trị hiện tại, đa phần mới chỉ giải quyết triệu chứng, ngoài ra việc sử dụng lâu dài dần dần đến tình trạng lệ thuộc vào thuốc [2]. Trong Y học cổ truyền (YHCT), các phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, XBBH,.. từ lâu đã cho thấy hiệu quả trong việc điều trị trong nhiều bệnh lý, trong đó có mất ngủ với ưu điểm an toàn, ít tác dụng phụ, rút ngắn thời gian điều trị, giảm chi phí điều trị, dễ thực hiện ở mọi y tế cơ sở.

¹Học viện Y - Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hồng Ngải

Email: ngaidytw72@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025