

lý về mặt đại thể của các cơ quan gan, lách, thận. Trên hình ảnh giải phẫu bệnh cho thấy, sau 60 ngày uống thuốc, cấu trúc gan ở các lô đều bình thường, không thấy hình ảnh hoại tử, tổn thương tế bào gan (hình 3.1), cấu trúc vi thể thận thỏ thực nghiệm bình thường, cấu trúc ống thận, các vùng chức năng thận bình thường (hình 3.2), vi thể lách của thỏ ở lô chứng và 2 lô trị đều có cấu trúc bình thường (hình 3.3). Viên nang GK1 dùng đường uống liên tục trong 60 ngày, không gây tổn thương trên gan, thận, lách của thỏ.

Như vậy, viên nang GK1 không gây tổn thương cấu trúc gan và thận của thỏ trắng. Kết quả này tạo cơ sở để tiếp tục nghiên cứu những tác dụng được lý tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Chưa xác định được LD₅₀ của viên nang GK1 trên chuột nhắt trắng theo đường uống. Chuột uống đến liều 50mg/kg không thấy biểu hiện của độc tính cấp.

Viên nang GK1 với liều 0,15g/kg/24giờ và 0,45g/kg/24giờ, uống liên tục trong 60 ngày không làm ảnh hưởng đến tình trạng chung, mức độ tăng trọng lượng cơ thể của thỏ, không biến đổi các chỉ số huyết học như số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và nồng độ hemoglobin, các chỉ số đánh giá hủy hoại tế bào gan (nồng độ AST, ALT), chức năng thận (nồng độ urê, creatinin). Hình ảnh mô bệnh học gan, thận và lách thỏ đều trong giới hạn bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. V. Jha, G. Garcia-Garcia, K. Iseki, Z. Li, S. Naicker, B. Plattner, et al. (2013). Global Kidney Disease 3 Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet* 2013; 382: 260-72, 260-72.
2. E. Yarnell (2012). Botanical Medicines Used for Kidney Disease in the United States. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, 6(6).
3. Y. Zhong, Y. Deng, Y. Chen, P. Y. Chuang, and J. C. He (2013). Therapeutic use of traditional Chinese herbal medications for chronic kidney diseases. *Kidney International*, 6(84), 1108-1118.
4. Phạm Xuân Phong và Trần Thị Tuyết Nhung (2012). Đánh giá tác dụng bài thuốc "Bảo thận thang" thụt giữ đại tràng điều trị suy thận mạn giai đoạn I, II. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2, 125-128.
5. Phạm Xuân Phong (2015). Bước đầu đánh giá tác dụng của bài thuốc Bảo thận thang (T4) trên mô hình suy thận mạn, *Y học Việt Nam*, 435(1), 36-38.
6. Trịnh Khánh Linh, Trần Văn Cường, Hồ Anh Sơn (2019). Nghiên cứu tác dụng của dịch chiết cây Hạ khô thảo nam – *Blumea lacera* (Bur.f.) trên chuột bị gây suy thận mạn bởi adenin, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*, 20-24.
7. Đỗ Trung Đàm (2014). Phương pháp Litchfield Wilcoxon, Phương pháp xác định độc tính của thuốc, Nhà xuất bản Y học, 101 - 112.
8. Viện Dược liệu (2006). Phương pháp nghiên cứu tác dụng dược lý của thuốc từ dược thảo, Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật, 355-376.
9. Bộ Y tế, Cục Khoa học công nghệ và đào tạo (2005). Quyết định về việc ban hành được liệu chuyên môn, Hướng dẫn thử nghiệm tiền lâm sàng và lâm sàng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu, số 141/QĐ-K2ĐT.
10. O. Alert (2005). Guidance for Industry Estimating the Maximum Safe Starting Dose in Initial Clinical Trials for Therapeutics in Adult Healthy Volunteers.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH MẤT NGỦ TẠI XÃ TRỰC ĐẠO, HUYỆN TRỰC NINH, TỈNH NAM ĐỊNH

Ngô Tuấn Khiêm¹, Lê Thị Thu Hà^{1,2},
Trần Thị Thu Hà^{1,2}, Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mất ngủ là rối loạn giấc ngủ thường gặp nhất trong cộng đồng, mất ngủ để lại những hậu quả lớn đến bản thân người bệnh và gây ra gánh nặng xã hội lớn về chi phí điều trị. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 71 người bệnh mất ngủ tại xã

Trực Đạo, huyện Trực Ninh, tỉnh Nam Định từ tháng 1/2023 đến tháng 3/2023. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đặc điểm lâm sàng người bệnh mất ngủ tại cộng đồng, đặc biệt là ở vùng nông thôn, nơi ít được tiếp xúc với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe y tế chất lượng cao. Kết quả cho thấy đa số những người mất ngủ tại ở vùng nông thôn là những người cao tuổi, loại hình mất ngủ thường gặp nhất là thức dậy sớm buổi sáng (91,5%), mệt mỏi là triệu chứng thường gặp trong những triệu chứng ban ngày của người bệnh mất ngủ (81,6%), hiệu quả giấc ngủ là $54,3 \pm 16,4\%$.

Từ khóa: mất ngủ, mất ngủ cộng đồng.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF THE PATIENTS WITH INSOMNIA IN TRUC DAO COMMUNE,

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Tuấn Khiêm

Email: tuankhiemhmu94@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 5.5.2023

TRUC NINH DISTRICT, NAM DINH PROVINCE

Insomnia is the most common sleep disorder in the community. Insomnia not only has great consequences for the patients themselves, but also causes a great social burden in terms of treatment costs. A cross-sectional descriptive study was conducted on 71 insomnia patients in Truc Dao commune, Truc Ninh district, Nam Dinh province from January 2023 to March 2023. The objective of the study was to describe the clinical characteristics of insomnia patients in the community, especially in rural areas, where there is little exposure to high-quality medical care services. The results show that the majority of insomniacs in rural areas are the elderly, the most common type of insomnia is waking up early in the morning (91.5%), fatigue is a common symptom in the elderly in daytime symptoms of insomnia patients (81.6%), sleep efficiency is $54.3 \pm 16.4\%$. **Keywords:** insomnia, insomnia in the community.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giấc ngủ là một trong những hành vi phổ biến nhất của con người vì một người trung nay bình bỏ ra 1/3 cuộc đời để ngủ. Mặc dù chức năng chính của giấc ngủ đến vẫn chưa được hoàn toàn được biết rõ nhưng giấc ngủ là rất cần thiết cho con người. Mất ngủ là rối loạn giấc ngủ thường gặp nhất trong cộng đồng. Một người được coi là mất ngủ nếu họ ngủ ít hơn bình thường từ 2 giờ trở lên. Mất ngủ bao gồm các dấu hiệu sau: khó vào giấc ngủ (từ sau 30 phút kể từ khi lên giường ngủ mà không ngủ được), mất ngủ giữa giấc (đang ngủ thì tỉnh giấc và phải mất một thời gian dài mới ngủ lại được) hoặc mất ngủ cuối giấc (thức dậy sớm hơn so với bình thường mà không ngủ lại được), khi tất cả các dạng mất ngủ này nặng lên, người bệnh sẽ mất ngủ hoàn toàn; các triệu chứng này cần tồn tại ít nhất 3 tháng theo tiêu chuẩn của DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V: Tài liệu chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần phiên bản thứ 5)¹.

Mất ngủ làm tăng nguy cơ mắc hàng loạt các vấn đề về sức khỏe thể chất như bệnh lí tim mạch, tiểu đường và bệnh lí đường tiêu hóa...² Mất ngủ ngoài những ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe thể chất của người bệnh còn ảnh hưởng lớn sức khỏe tinh thần, mối quan hệ xã hội của người bệnh. Ngoài ra, mất ngủ còn gây ra áp lực chi phí trực tiếp và gián tiếp cho người bệnh, theo Leger, ước tính tổng chi phí cho chứng mất ngủ ở Pháp vào khoảng 10 triệu franc (tương đương 2 tỷ đô la Mỹ)³.

Các nghiên cứu trên thế giới được thực hiện rất nhiều nước như nghiên cứu của Charles thấy có 40,2% người dân trên 18 tuổi tại Canada bị

mất ngủ⁴, nghiên cứu của Xiao-Lan Cao và cộng sự 2017 tại Trung Quốc thấy tỉ lệ mất ngủ ở dân số chung là 15%⁵. Tuy nhiên hiện các nghiên cứu về mất ngủ ở Việt Nam rất ít, theo kết quả của Wakefield Research đánh giá tình hình mất ngủ của 8 quốc gia, trong đó có Việt Nam, thấy tỉ lệ này là 37%⁶, nhưng hiện còn đang thiếu các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng tại cộng đồng, đặc biệt là các vùng nông thôn như: đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh mất ngủ, đặc điểm của các loại hình mất ngủ vào ban đêm, đặc điểm chi tiết các thành phần của giấc ngủ, các biểu hiện ảnh hưởng đến ban ngày của những người mất ngủ... Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá: "*Đặc điểm lâm sàng người bệnh mất ngủ tại xã Trục Đạo, huyện Trục Ninh, tỉnh Nam Định*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Là người bệnh từ 18 tuổi trở lên đăng ký thường trú và sinh sống tại xã Trục Đạo, huyện Trục Ninh, tỉnh Nam Định.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu, đủ tiêu chuẩn chẩn đoán là mất ngủ, theo tiêu chuẩn của DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V: Tài liệu chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần phiên bản thứ 5).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các bệnh cơ thể nặng kèm theo làm hạn chế khả năng giao tiếp của người bệnh, không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành tại trạm y tế xã Trục Đạo, huyện Trục Ninh, tỉnh Nam Định từ tháng 1/2023 đến tháng 3/2023.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện. Lấy tất cả các bệnh nhân đi khám tại trạm y tế xã trong thời gian nghiên cứu và thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn đều được đưa vào nghiên cứu. Tổng số người bệnh là 71 người.

Công cụ thu thập số liệu: PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) là thang đánh giá chất lượng giấc ngủ thường được dùng trong lâm sàng. PSQI là thang tự đánh giá bao gồm 7 thành phần và cấu thành 3 yếu tố lớn: hiệu quả giấc ngủ, chất lượng giấc ngủ và rối loạn hàng ngày. Mỗi mục có điểm từ 0 – 3, số điểm PSQI được tính bằng cách lấy tổng của bảy điểm thành phần, cho ta một điểm số từ 0 – 21, trong

đó điểm số càng cao thể hiện một chất lượng giấc ngủ càng kém.

Điểm đánh giá như sau:

0 – 4: Không rối loạn giấc ngủ

≥ 5: Rối loạn giấc ngủ

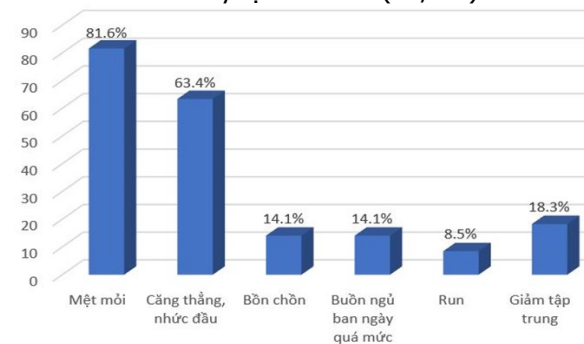
Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập, làm sạch và nhập bằng phần mềm Epi Data và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 71)

Đặc điểm chung		n	%
Giới	Nam	30	42,3
	Nữ	41	57,7
Trình độ học vấn	Mù chữ	1	1,4
	Tiểu học	33	46,5
	Trung học cơ sở	20	28,2
	Trung học phổ thông	14	19,7
	Cao đẳng/Đại học	3	4,2
Nghề nghiệp	Nông dân	46	64,8
	Công nhân	5	7,0
	Viên chức nhà nước	5	7,0
	Hưu trí	11	15,5
	Tự do	4	5,6
Nhóm tuổi	18-45	6	8,5
	46-59	21	29,6
	≥ 60	44	62,0
Tuổi trung bình (năm)		62,3	± 13,0

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh nữ chiếm 57,7%. Đa số người bệnh có trình độ tiểu học (46,5%) và là nông dân (64,8%). Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (62,0%).



Biểu đồ 1. Biểu hiện ban ngày ở người bệnh mất ngủ (n = 71)

Nhận xét: Trong số 71 người bệnh mất ngủ, có 81,6% số người có biểu hiện mệt mỏi vào ban ngày, tiếp theo là 63,4% số người thấy căng thẳng, nhức đầu. Trong khi đó, các triệu chứng buồn ngủ ban ngày quá mức chỉ chiếm 14,1%.

Bảng 2. Tỷ lệ người bệnh theo loại hình mất ngủ (n = 71)

Loại hình mất ngủ	n	%
Khó vào giấc ngủ	53	74,6
Khó duy trì giấc ngủ	15	21,1
Thức dậy sớm buổi sáng	65	91,5
Mất ngủ hoàn toàn	2	2,8

Nhận xét: Trong số 71 người bệnh có mất ngủ thì loại hình thức dậy sớm buổi sáng chiếm tỉ lệ cao nhất (91,5%), tiếp đến là khó vào giấc ngủ (74,6%). Đặc biệt có 2 người bệnh mất ngủ hoàn toàn.

Bảng 3. Đặc điểm thành phần giấc ngủ (n = 71)

Đặc điểm thành phần giấc ngủ	TB ± SD
Thời gian đi vào giấc ngủ (phút)	63,2±38,9
Số lần thức giấc mỗi đêm (lần)	2,6±0,9
Thời gian đi ngủ lại sau khi thức (phút)	52,6±31,0
Thời gian dậy sớm hơn so với thường lệ (phút)	58,9±32,3
Thời gian nằm trên giường mỗi đêm (giờ)	7,3±0,9
Thời gian ngủ được mỗi đêm (giờ)	3,9±1,1
Hiệu quả giấc ngủ (%)	54,3±16,4
PSQI	10,8±2,4

Nhận xét: Thời gian đi vào giấc ngủ trung bình ở người bệnh là 63,2 ± 38,9; số lần thức giấc mỗi đêm là 2,6 ± 0,9; thời gian đi ngủ lại sau khi thức là 52,6 ± 31,0 phút; thời gian dậy sớm hơn so với thường lệ là 58,9 ± 32,3 phút; thời gian nằm trên giường mỗi đêm là 7,3 ± 0,9 giờ; thời gian ngủ được mỗi đêm là 3,9 ± 1,1 giờ; hiệu quả giấc ngủ trung bình là 54,3 ± 16,4%; điểm PSQI trung bình là 10,8 ± 2,4.

IV. BÀN LUẬN

Trong 71 người bệnh nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam : nữ xấp xỉ 1 : 1,4. Tỷ lệ giữa này khác nhau giữa các nghiên cứu tùy thuộc vào nghiên cứu khác nhau. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình của các người bệnh là 62,3 ± 13,0, trong đó đa số là người cao tuổi. Số người từ 60 tuổi 60 trở lên chiếm tỷ lệ 62,0%, trong đó chỉ có 6 người từ 18 đến 45 tuổi (8,5%). Đây là điều dễ hiểu và phù hợp với đa số các nghiên cứu khác trên thế giới vì mất ngủ ở cộng đồng thường gặp ở người cao tuổi. Tác giả Vivian và cộng sự trong nghiên cứu năm 2019 thấy rằng có đến 52,9% số người từ 60 đến 79 tuổi có mất ngủ⁷. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại cộng đồng và ở nông thôn nên đa số người bệnh có nghề nghiệp là nông dân (64,8%), đồng thời xét về trình độ học vấn của họ thì phần lớn chỉ học hết tiểu học (46,5%), có 1 người không biết chữ. Điều này là do các đối tượng nghiên cứu đa

số có tuổi cao, họ sinh ra và lớn lên trong thời kỳ kháng chiến chống Mỹ, chống Pháp của Việt Nam ta, sau đó lại đến thời kỳ kinh tế khó khăn lúc chế độ bao cấp, dẫn đến là người dân nông thôn Việt Nam ở lứa tuổi đó thường chỉ được học tập ít, đến bậc tiểu học.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có 91,5% người bệnh thức dậy sớm vào buổi sáng, trong đó có 2 người bệnh mất ngủ hoàn toàn. Trong nghiên cứu này, đa số người bệnh là người cao tuổi nên triệu chứng thức dậy sớm vào buổi sáng là gặp nhiều nhất cũng là điều thường thấy, vốn dĩ sinh lý người già cũng thức dậy sớm hơn so với người trẻ, do đó tỉ lệ loại hình mất ngủ này cũng gặp nhiều hơn⁸. Nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Charles tại Canada năm 2011 (tỉ lệ thức dậy sớm chiếm tỉ lệ ít nhất; 9,9%) do đa số người bệnh trong nghiên cứu của Charles là người trẻ, ngược lại với nghiên cứu của chúng tôi⁵. Có 21,1% số người bệnh khó duy trì giấc ngủ và 74,6% số người bệnh khó vào giấc ngủ. Rõ ràng thấy rằng khó vào giấc ngủ cũng là một triệu chứng thường gặp trong đối tượng người cao tuổi có mất ngủ.

Trong số 71 người bệnh mất ngủ, có 81,6% số người có biểu hiện mệt mỏi vào ban ngày. Những người bệnh mất ngủ, không có được một giấc ngủ ngon (không đủ số lượng và chất lượng) thường sẽ dẫn đến tình trạng mệt mỏi vào ban ngày, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả như vậy, thậm chí tác giả Yuichiro còn đề xuất mệt mỏi là một triệu chứng cốt lõi của mất ngủ⁹. 63,4% số người trong nghiên cứu trả lời rằng có căng thẳng, nhức đầu vào ban ngày. Trong khi đó, các triệu chứng buồn ngủ ban ngày quá mức, bồn chồn chỉ chiếm 14,1% tổng số người. Những biểu hiện ban ngày là nguyên nhân dẫn đến suy giảm các hoạt động chức năng, nghề nghiệp xã hội của người bệnh, làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống ở những người mất ngủ.

Thời gian đi vào giấc ngủ trung bình ở người bệnh là $63,2 \pm 38,9$; số lần thức giấc mỗi đêm là $2,6 \pm 0,9$; thời gian đi ngủ lại sau khi thức là $52,6 \pm 31,0$ phút; thời gian dậy sớm hơn so với thường lệ là $58,9 \pm 32,3$ phút; thời gian nằm trên giường mỗi đêm là $7,3 \pm 0,9$ giờ; thời gian ngủ được mỗi đêm là $3,9 \pm 1,1$ giờ; hiệu quả giấc ngủ trung bình là $54,3 \pm 16,4\%$; điểm PSQI trung bình là $10,8 \pm 2,4$. Theo Kathryn và cộng sự ở những người có mất ngủ, không tập thể dục thì thời gian thời gian đi vào giấc ngủ trung bình ở người bệnh là $25,9 \pm 18,2$; thời gian nằm

trên giường mỗi đêm là $7,3 \pm 1,3$ giờ; thời gian ngủ được mỗi đêm là $6,2 \pm 1,3$ giờ; hiệu quả giấc ngủ trung bình là $78,9 \pm 10,1\%$ ¹⁰. Sự khác biệt về các thành phần giấc ngủ của chúng tôi có khác biệt với nghiên cứu của Kathryn, sự khác biệt này là do đặc điểm đối tượng ở từng quốc gia khác nhau về chủng tộc, độ tuổi, tỉ lệ giới tính,... đồng thời cách chọn mẫu cũng khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Đa số những người mất ngủ tại ở vùng nông thôn tại cộng đồng là những người cao tuổi, thường thấy nhiều hơn ở nữ. Loại hình mất ngủ thường gặp nhất là thức dậy sớm buổi sáng (91,5%), tiếp theo là khó vào giấc ngủ (74,6%). Trong số các biểu hiện ban ngày của mất ngủ thì mệt mỏi là triệu chứng thường gặp hơn cả (81,6%), triệu chứng căng thẳng, nhức đầu chiếm 63,4%. Đây là những triệu chứng hàng đầu gây suy giảm chức năng nghề nghiệp, xã hội của người bệnh. Người bệnh cần nhiều thời gian mới đi vào giấc ngủ được ($63,2 \pm 38,9$ phút), hiệu quả giấc ngủ chỉ có $54,3 \pm 16,4\%$, thang điểm đánh giá mất ngủ PSQI trung bình là $10,8 \pm 2,4$ điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David J.Kupfer, Darrel A.Regier.** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Insomnia Disorder, P362. 5th ed.; 2014.
2. **Comorbidity of Chronic Insomnia With Medical Problems | SLEEP | Oxford Academic.** Accessed April 12, 2023. <https://academic.oup.com/sleep/article/30/2/213/2709239?login=false>
3. **Leger D, Levy E, Paillard M.** The direct costs of insomnia in France. *Sleep*. 1999;22 Suppl 2:S394-401.
4. **Morin CM, LeBlanc M, Bélanger L, Ivers H, Mérette C, Savard J.** Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2011;56(9):540-548. doi:10.1177/070674371105600905
5. **Cao XL, Wang SB, Zhong BL, et al.** The prevalence of insomnia in the general population in China: A meta-analysis. *PLoS ONE*. 2017; 12(2): e0170772. doi:10.1371/journal.pone.0170772
6. **37 percent of Vietnamese suffer from sleep deprivation:** report. Published September 16, 2019. Accessed April 6, 2023. <https://en.vcci.com.vn/37-percent-of-vietnamese-suffer-from-sleep-deprivation-report>
7. **Nguyen V, George T, Brewster GS.** Insomnia in Older Adults. *Curr Geriatr Rep*. 2019;8(4):271-290. doi:10.1007/s13670-019-00300-x
8. **Taillard J, Gronfier C, Bioulac S, Philip P, Sagaspe P.** Sleep in Normal Aging, Homeostatic and Circadian Regulation and Vulnerability to Sleep Deprivation. *Brain Sci*. 2021;11(8):1003. doi:10.3390/brainsci11081003
9. **Abe Y.** Fatigue as a Core Symptom of Insomnia. *Innov Clin Neurosci*. 2012;9(2):10-11.