

A STUDY ON INSOMNIA CHARACTERISTICS IN STROKE PATIENTS DURING THE EARLY RECOVERY PHASE

Nguyen Thi Nhu Thuy¹, Nguyen Thi Huong Duong¹, Tang Khanh Huy¹, Nguyen Thi Hong Dao^{1,*}

¹Faculty of Traditional Medicine, University of Medicine and Pharmacy - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City.

Received: 05/06/2025

Revised: 17/07/2025; Accepted: 07/09/2025

ABSTRACT

Objective: This study aims to investigate the characteristics of insomnia patterns (thất眠) in stroke patients during the early recovery phase, thereby providing a basis for individualized diagnosis and integrated treatment approaches.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 384 stroke patients who met the inclusion criteria at four hospitals in Ho Chi Minh City from October 2024 to June 2025. Data were collected through face-to-face interviews and analyzed using Stata 14 software.

Results: Difficulty initiating sleep (91.93%) and light, non-restorative sleep (84.64%) were the most common symptoms of insomnia in post-stroke patients during early recovery. The three most prevalent traditional insomnia syndromes were: Heart-Spleen deficiency (52.86%), Liver Qi stagnation transforming into fire (33.07%), and Yin deficiency with hyperactive fire (28.65%). Most patients presented with a single syndrome (50%); however, 23.44% had overlapping syndromes. Comorbidity analysis revealed a strong positive correlation between Yin deficiency with hyperactive fire and Disharmony between Heart and Kidney.

Conclusion: The main insomnia characteristics in stroke patients during early recovery include difficulty falling asleep and non-restorative sleep. Among the traditional syndromes, dual deficiency of the Heart and Spleen was the most prevalent.

Keywords: insomnia, stroke, the early recovery phase, traditional medicine.

*Corresponding author

Email: hongdaonguyen2909@gmail.com Phone: (+84) 334105669 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3144>



KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM THẤT MIÊN TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY GIAI ĐOẠN PHỤC HỒI SỚM

Nguyễn Thị Như Thủy¹, Nguyễn Thị Hương Dương¹, Tăng Khánh Huy¹, Nguyễn Thị Hồng Đào^{1,*}

¹Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh.

Ngày nhận bài: 05/06/2025

Ngày chỉnh sửa: 17/07/2025; Ngày duyệt đăng: 07/09/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu khảo sát các đặc điểm Thất miên trên bệnh nhân đột quy trong giai đoạn phục hồi sớm, từ đó làm cơ sở cho chẩn đoán và điều trị kết hợp, cá thể hóa.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 384 bệnh nhân đột quy tại bốn bệnh viện tại TP. Hồ Chí Minh từ tháng 10/2024 đến tháng 6/2025 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn trực tiếp và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 14.

Kết quả: Khó vào giấc (91,93%) và ngủ không sâu (84,64%) là các triệu chứng mất ngủ chủ yếu ở bệnh nhân đột quy giai đoạn phục hồi sớm. Ba hội chứng Thất miên thường gặp nhất là Tâm tỳ lưỡng hư (52,86%); Can uất hỏa hỏa (33,07%) và Âm hư hỏa vượng (28,65%). Phần lớn bệnh nhân chỉ mắc một hội chứng (50%); tuy nhiên 23,44% có phối hợp giữa hai hội chứng Phân tích đồng mắc cho thấy mối tương quan thuận chặt chẽ giữa Âm hư hỏa vượng và Tâm Thận bất giao.

Kết luận: Các đặc điểm Thất miên ở bệnh nhân đột quy giai đoạn phục hồi sớm biểu hiện chủ yếu là khó vào giấc và ngủ không sâu giấc. Trong nghiên cứu hội chứng Tâm tỳ lưỡng hư chiếm tỷ lệ cao nhất.

Từ khóa: thất miên, đột quy, giai đoạn phục hồi sớm, y học cổ truyền.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Đột quy Thế giới năm 2025, đột quy là nguyên nhân tử vong đứng thứ hai và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật toàn cầu. Việt Nam nằm trong nhóm quốc gia có tỷ lệ mắc cao nhất, ước tính từ 1.100 - 1.200 ca trên 100.000 dân [1]. Những năm gần đây, mất ngủ sau đột quy ngày càng được quan tâm do ảnh hưởng đến phục hồi chức năng và chất lượng sống. Theo Ngô Văn Tân (2022); tỷ lệ mất ngủ ở giai đoạn phục hồi sớm và muộn lần lượt là 44,1% và 18,6% [2]. Trong Y học cổ truyền, mất ngủ sau đột quy thuộc phạm vi chứng “Thất miên” với các biểu hiện triệu chứng như khó vào giấc, dễ tỉnh giữa đêm, ngủ chập chờn hoặc mất ngủ hoàn toàn. Các triệu chứng này thường phức tạp, cần được quy nạp thành các hội chứng cụ thể để điều trị hiệu quả. Tuy nhiên, hiện còn thiếu nghiên cứu chuyên sâu về đặc điểm Thất miên ở bệnh nhân đột quy, đặc biệt trong giai đoạn phục hồi sớm - giai đoạn then chốt quyết định tiên lượng lâu dài. Do đó, nghiên cứu này nhằm khảo sát tỷ lệ và đặc điểm các hội chứng Thất miên ở bệnh nhân đột quy giai đoạn phục hồi sớm tại bốn

bệnh viện ở TP. Hồ Chí Minh từ tháng 10/2024 đến tháng 6/2025, làm cơ sở cho chẩn đoán và điều trị kết hợp, cá thể hóa theo YHCT và YHHĐ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2024 – 06/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền TP.HCM, Bệnh viện Phục hồi chức năng điều trị bệnh nghề nghiệp TP.HCM, Bệnh viện 1A- Chính hình và Phục hồi chức năng.

Tiêu chuẩn chọn bệnh theo YHHĐ: Bệnh nhân được chẩn đoán đột quy theo hồ sơ bệnh án nội trú/giấy xuất viện tuyến trước với mã ICD: I61, I62, I69, I69.1, I69.3. Tỉnh táo, hợp tác với thầy thuốc điều trị. Đáp ứng các tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ theo ICSD3 [3]. Mất ngủ xảy ra trong giai đoạn phục hồi sớm của đột quy từ 24h – 3 tháng (theo KNGF, 2014). Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: hongdaonguyen2909@gmail.com Điện thoại: (+84) 334105669 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3144>

Tiêu chuẩn chọn bệnh theo YHCT: Bệnh nhân có biểu hiện của Thất miên gồm có 1 trong các triệu chứng sau: Khó vào giấc, Ngủ mà dễ thức giấc, Sau khi thức giấc rất khó ngủ lại, Lúc ngủ lúc tỉnh, Cả đêm không ngủ được.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có rối loạn nhận thức, rối loạn ngôn ngữ, tâm thần hoặc sa sút trí tuệ không thể giao tiếp được với thầy thuốc. Có tiền căn hoặc được chẩn đoán ngủ lịm (ngủ ngày quá mức), hội chứng ngưng thở khi ngủ, rối loạn vận động liên quan đến giấc ngủ, mất ngủ do sử dụng chất. Mất ngủ được chẩn đoán do bệnh lý khác: Mất ngủ tiền mãn kinh, các bệnh lý viêm nhiễm, Hen, COPD, Ung thư,... Bệnh nhân không thể hoàn thành bảng câu hỏi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Sử dụng công thức: $n = [Z^2_{(1-\alpha/2)} P(1-P)]/d^2$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; $\alpha=0,05$ (xác suất sai lầm loại 1); $Z=1,96$ với độ tin cậy là 95% ;

chọn $p= 0,5$ (trị số ước đoán của bệnh trong quần thể); $d= 0,05$ (khoảng sai lệch). Suy ra $n= 384$. Vậy nghiên cứu thực hiện cần ít nhất 384 người.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện có kiểm soát dựa trên tiêu chí đưa vào và loại trừ đã định sẵn. Việc chọn mẫu được thực hiện bởi một bác sĩ có trình độ sau đại học và kinh nghiệm thực hành lâm sàng đã được tập huấn kỹ về tiêu chí đưa vào và loại trừ, đảm bảo tính nhất quán trong đánh giá lâm sàng và thu thập dữ liệu.

2.2.3. Nội dung nghiên cứu

- Mức độ mất ngủ theo thang ISI gồm: Mất ngủ nhẹ, Mất ngủ trung bình, Mất ngủ nặng

- Theo các công trình nghiên cứu về bệnh cảnh YHCT của Thất miên, đã đề cập đến 6 hội chứng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ trên 70 % bệnh nhân mất ngủ [4]. “Hướng dẫn thực hành lâm sàng của Trung y về chứng Thất miên” (WHO/WPRO) [5] các hội chứng được chẩn đoán như sau:

Bảng 1. Đặc điểm các hội chứng Thất miên

Hội chứng	Triệu chứng chính	Triệu chứng phụ
Tâm Tỳ lưỡng hư	Ngủ khó vào giấc, ngủ không sâu giấc, mơ nhiều dễ tỉnh, sau khi tỉnh giấc khó ngủ lại, tâm quý, hay quên	Tinh thần uể oải, tứ chi mệt mỏi, ăn không ngon, sắc mặt vàng úa, miệng nhạt vô vị, bụng chướng tiêu lỏng. Lưỡi nhợt nhạt, rêu trắng, mạch tế nhược

Hội chứng	Triệu chứng chính	Triệu chứng phụ
Âm hư hỏa vượng	Khó vào giấc, ngủ không sâu giấc, tâm phiền	Ngũ tâm phiền nhiệt, triều nhiệt, miệng khô, hay quên, ù tai, chóng mặt, tâm quý, gò má đỏ. Lưỡi đỏ, ít rêu, mạch tế sác.
Can uất hóa hỏa	Tâm phiền, khó vào giấc, dễ cáu gắt tức giận, mơ nhiều dễ tỉnh	Ngực sườn đầy tức, mặt đỏ, mắt đỏ, căng đầu, chóng mặt, miệng đắng họng khô, táo bón, nước tiểu vàng. Lưỡi đỏ, rêu vàng, mạch huyền sác.
Tâm Thận bất giao	Đêm khó vào giấc, Suốt đêm không ngủ	Tâm phiền, chóng mặt, ù tai, triều nhiệt, đạo hãn, mộng di, liệt dương, nữ giới kinh nguyệt bất điều, hay quên, miệng lưỡi loét, đại tiện táo. Đầu lưỡi đỏ ít rêu, mạch tế.
Tâm Đờm khí hư	Tâm quý, khó vào giấc, Khi ngủ dễ giật mình hốt hoảng	Hay kinh sợ, đoản khí, tinh thần uể oải, tự hãn. Lưỡi nhạt, rêu mỏng, mạch huyền tế.
Đàm nhiệt nội nhiễu	Mất ngủ, Ác mộng, Dễ giật mình hoảng hốt	Hoa mắt, chóng mặt, trướng căng tức vùng ngực vị quản, miệng đắng họng khô, tâm phiền, ăn không ngon, trong miệng nhiều đàm. Lưỡi đỏ, rêu vàng nhớt, mạch huyền hoạt.

Theo “Nguyên tắc hướng dẫn nghiên cứu lâm sàng Trung dược và Tân dược” [6], tiêu chuẩn chẩn đoán thể lâm sàng của Thất miên như sau:

1. Phải có ít nhất 50% số triệu chứng chính
 2. Kèm ít nhất 2 triệu chứng phụ trở lên
 3. Mạch và lưỡi chỉ dùng tham khảo. Đạt 2 điều kiện đầu thì có thể chẩn đoán thể lâm sàng của Thất miên.
- Các triệu chứng dùng trong nghiên cứu này được định nghĩa dựa trên tham khảo định nghĩa theo thuật ngữ YHCT của WHO khu vực Tây Thái Bình Dương [7]. Những triệu chứng không tìm được định nghĩa theo YHCT sẽ được tham khảo trong các sách YHHĐ.

Các biến triệu chứng Thất miên dưới đây là biến nhị giá gồm 2 giá trị: Có/ Không

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng Thất miên

Triệu chứng	Định nghĩa
Khó vào giấc	Mất hơn 30 phút để đi vào giấc ngủ.
Ngủ không sâu giấc	Triệu chứng ngủ chập chờn, lúc ngủ lúc thức.

Triệu chứng	Định nghĩa
Mơ nhiều dễ tỉnh	Giấc ngủ bị gián đoạn bởi những giấc mơ kỳ lạ hoặc những cơn ác mộng và thường nhớ rõ về giấc mơ.
Ác mộng	Mơ những giấc mơ tiêu cực, có thể bao gồm tiếng la hét, cảm giác như bị vật nặng đè nén hoặc cảm giác ngột ngạt, thức dậy trong trạng thái đau khổ nhưng có thể quay lại giấc ngủ.
Sau khi tỉnh giấc khó ngủ lại	Sau khi tỉnh giấc, mất hơn 30 phút để đi vào lại giấc ngủ.
Giật mình hốt hoảng	Trong khi ngủ dễ giật mình tỉnh giấc kèm sợ hãi, hốt hoảng.
Suốt đêm không ngủ	Cả đêm không ngủ được.

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Thu thập số liệu thông qua phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân. Thông tin bệnh nhân được ghi nhận dựa trên một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất bao gồm các phần hành chính, tiền căn, phần khám YHHĐ, YHCT.

2.2.5. Phương pháp thống kê

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê với sự hỗ trợ của phần mềm Stata 14. Các biến số định tính được mô tả bằng tần suất và tỉ lệ %. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn hoặc dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không có phân phối chuẩn.

Dùng phép kiểm χ^2 để khảo sát mối tương quan giữa 2 biến nhị giá.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh theo văn bản số 2756/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 07/10/2024.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

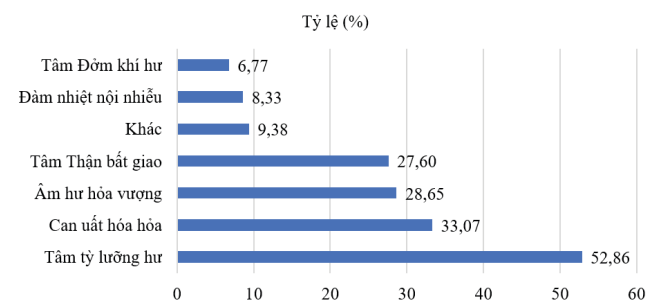
Bảng 3. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (N=384)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	219	57,03
	Nữ	165	42,97
Nhóm tuổi	≤ 50 tuổi	66	17,19
	> 50 tuổi	318	82,81
Tuổi trung bình là 62,20 $\pm$ 12,94 (nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 94 tuổi)			

Đặc điểm		Tần số (N=384)	Tỷ lệ (%)
Nghề nghiệp	LĐ nặng	89	23,18
	LĐ phổ thông	189	49,22
	LĐ trí óc	30	7,81
Khác		76	19,79
Nhóm BMI	Gầy	7	1,82
	Bình thường	206	53,65
	Thừa cân - Béo phì	171	44,53
Thể đột quy	Nhồi máu	292	76,04
	Xuất huyết	80	20,83
	Hỗn hợp	12	3,13
Bán cầu tổn thương	Phải	198	44,01
	Trái	169	51,56
	Hỗn hợp	17	4,43
Bệnh nền	THA	346	90,10
	ĐTĐ2	123	32,03
	RLLM	224	58,33
Thói quen	Hút thuốc lá	107	27,86
	Rượu bia	122	31,77
	Tập thể dục	18	4,69

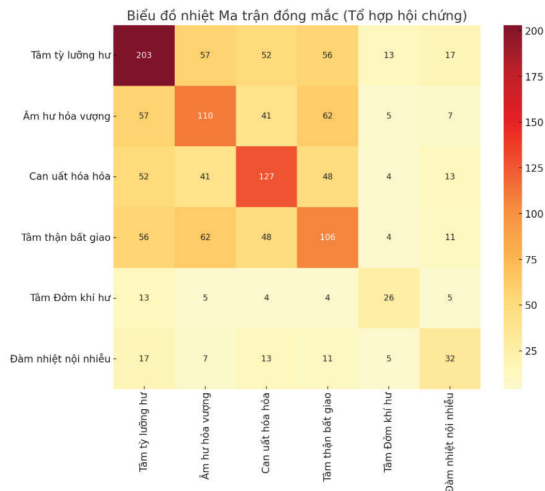
Mẫu nghiên cứu gồm 384 bệnh nhân đột quy trong giai đoạn phục hồi sớm, trong đó nam giới chiếm ưu thế hơn so với nữ giới (57,03% so với 42,97%), Độ tuổi trung bình của đối tượng là 62,20 $\pm$ 12,94; trong đó nhóm tuổi > 50 chiếm tỷ lệ 82,81%. Về nghề nghiệp, nhóm lao động phổ thông chiếm tỷ lệ cao nhất 49,22%. Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ thừa cân - béo phì chiếm 44,53%. Về loại đột quy cho thấy nhồi máu não chiếm ưu thế 76,04% so với xuất huyết não là 20,83%. Bán cầu tổn thương phân bố tương đối cân đối giữa hai bên Trái - Phải, với tỷ lệ lần lượt là 51,56% và 44,01%. Về tỷ lệ mắc bệnh nền, tăng huyết áp chiếm đến 90,10%. Thói quen sinh hoạt, có đến 27,86% bệnh nhân có hút thuốc lá và 31,77% sử dụng rượu bia. Tỷ lệ tập thể dục thường xuyên rất thấp (4,69%).

3.2. Tỷ lệ các hội chứng Thất miên trên bệnh nhân



Hình 1. Tỷ lệ các hội chứng Thất miên trên bệnh nhân đột quy giai đoạn phục hồi sớm

Nghiên cứu cho thấy trong 384 bệnh nhân, tỷ lệ hội chứng Tâm tỳ lưỡng hư chiếm cao nhất (52,86%). Các hội chứng ít xuất hiện hơn như: Đàm nhiệt nội nhiều (8,33%), Tâm Đờm khí hư (6,77%) và Hội chứng khác (9,38%).



Hình 2. Biểu đồ nhiệt thể hiện mức độ đồng mắc giữa các hội chứng Thất miên

Qua phân tích đồng mắc trên 384 bệnh nhân cho thấy số lượng đồng mắc hội chứng Âm hư hỏa vượng & Tâm thận bất giao cao nhất (62), tiếp đến là Tâm tỳ lưỡng hư – Âm hư hỏa vượng (57). Hai tổ hợp có tần số xuất hiện thấp nhất lần lượt là Tâm Đờm khí hư – Can uất hóa hỏa (4), Tâm đờm khí hư – Tâm thận bất giao (4).

Bảng 4. Phân tích tương quan và đồng mắc giữa các cặp hội chứng Thất miên

Hội chứng	Hệ số tương quan Phi	p-value	Odds ratio
Tâm tỳ lưỡng hư - Âm hư hỏa vượng	-0,013	0,795	0,94
Tâm tỳ lưỡng hư - Can uất hóa hỏa	-0,168	0,001	0,49
Tâm tỳ lưỡng hư - Tâm thận bất giao	-0,000	0,993	1,00
Âm hư hỏa vượng - Tâm thận bất giao	0,408	< 0,001	6,75
Can uất hóa hỏa - Tâm thận bất giao	0,160	0,0017	2,08

Thông qua phân tích tương quan của 5 hội chứng đồng mắc có tần số cao nhất, kết quả cho thấy có 3 cặp hội chứng có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê: Tâm tỳ lưỡng hư – Can uất hóa hỏa mối tương quan nghịch (Phi = -0.168; p = 0,001; OR = 0,49), Âm hư hỏa vượng – Tâm thận bất giao mối tương quan thuận (Phi = 0,408; p < 0,001; OR = 6,75), Can uất hóa hỏa – Tâm thận bất giao mối tương quan thuận (Phi = 0,160;

p = 0,0017; OR = 2,08). Các tổ hợp hội chứng còn lại không có ý nghĩa thống kê.

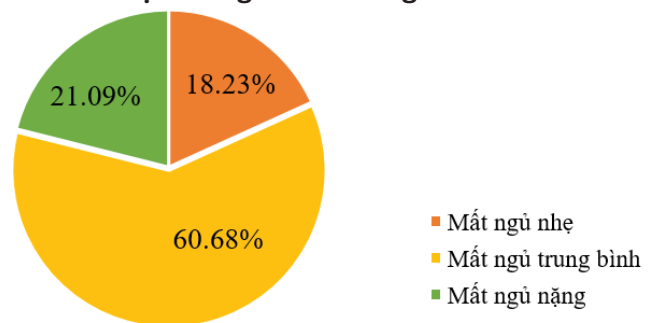
3.3. Tỷ lệ các triệu chứng Thất miên Y học cổ truyền

Bảng 5. Tỷ lệ các triệu chứng Thất miên

Đặc điểm	Tần số (N=384)	Tỷ lệ (%)
Khó vào giấc	353	91,93
Ngủ không sâu giấc	325	84,64
Mơ nhiều dễ tỉnh	159	41,41
Ác mộng	30	7,81
Sau khi tỉnh giấc khó ngủ lại	208	54,17
Giật mình hốt hoảng	42	10,94
Suốt đêm không ngủ	91	23,70

Kết quả phân tích cho thấy Khó vào giấc là triệu chứng nổi bật nhất, xuất hiện ở 91,93% bệnh nhân. Tiếp đến là triệu chứng Ngủ không sâu giấc (84,64%), Khó ngủ lại sau khi tỉnh giấc (54,17%), Mơ nhiều dễ tỉnh (41,41%), Suốt đêm không ngủ được (23,70%), Khi ngủ dễ giật mình hốt hoảng (10,94%), Ác mộng (7,81%).

3.4. Mức độ mất ngủ theo thang ISI



Hình 3. Mức độ mất ngủ theo thang đo ISI

Kết quả cho thấy mất ngủ mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (60,68%); mất ngủ nhẹ được ghi nhận với tỷ lệ thấp nhất (18,23%).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu khảo sát 384 bệnh nhân đột quỵ giai đoạn phục hồi sớm, trong đó nam giới chiếm ưu thế, phù hợp với các nghiên cứu về phân bố giới tính trong đột quỵ. Độ tuổi trung bình là 62,20 ± 12,94 với 82,81% trên 50 tuổi, phản ánh gánh nặng bệnh tập trung ở người cao tuổi. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm có điều kiện kinh tế - xã hội trung bình và thấp. Tình trạng thừa cân - béo phì chiếm 44,53%; là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Nhồi máu não chiếm ưu thế (76,04%) so với xuất huyết não, phù hợp xu hướng dịch tễ hiện nay. Bán cầu tổn thương phân bố tương đối cân đối. Các yếu tố nguy cơ phổ biến như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường,

hút thuốc lá và sử dụng rượu bia xuất hiện tỷ lệ cao. Trong khi đó; chỉ 4,69% bệnh nhân có thói quen tập thể dục thường xuyên, cho thấy lối sống tĩnh tại phổ biến - một yếu tố cần được can thiệp trong chiến lược phòng ngừa tái phát đột quỵ.

Về hội chứng Thất miên, qua kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ Tâm tỳ lưỡng hư chiếm cao nhất trong số các hội chứng là 52,86%. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với báo cáo của Châu Nhị Vân và cộng sự (2023) tại Bệnh viện YHCT Cần Thơ (27,2%) [8]. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi nghiên cứu này khảo sát trên nhóm bệnh nhân đột quỵ trong giai đoạn phục hồi sớm, trong khi nghiên cứu của Châu Nhị Vân không tập trung vào giai đoạn này. Ngoài ra, giai đoạn phục hồi sớm sau đột quỵ là thời điểm mà các rối loạn công năng tạng phủ dễ phát sinh, trong đó Tỳ là nguồn gốc hóa sinh khí huyết. Nếu Tỳ khí suy, hóa sinh khí huyết không đủ đầy, Thần không được nuôi dưỡng từ đó mà sinh Thất miên. Theo kết quả nghiên cứu, nhóm bệnh nhân > 50 tuổi chiếm đa số, phần lớn là bệnh nhân lớn tuổi hoặc suy nhược kéo dài lại thêm suy nghĩ, lo lắng quá nhiều sau đột bệnh càng làm tổn thương Tỳ khí, từ đó làm gia tăng tỷ lệ Tâm tỳ lưỡng hư.

Hội chứng Can uất hóa hỏa đứng thứ hai với tỷ lệ 33,07%; là thể thực chứng điển hình ở giai đoạn sớm, phù hợp với nghiên cứu của Lưu Hiểu Phi (2018) trên bệnh nhân mất ngủ sau đột quỵ nhồi máu não [8]. Sau Trúng phong, bệnh nhân dễ rơi vào trạng thái u uất do mất khả năng sinh hoạt, khiến Can khí uất kết, khí cơ rối loạn, hóa Hỏa, làm tổn thương Tâm thần gây Thất miên. Hội chứng Âm hư hỏa vượng chiếm 28,65%; là hậu quả của âm huyết hao tổn sau đột quỵ; đặc biệt ở người cao tuổi. Nghiên cứu của Maggie Poon (2012) trên 9499 bệnh nhân mất ngủ cũng xếp Âm hư hỏa vượng cùng Tâm Tỳ lưỡng hư và Can uất hóa hỏa vào nhóm ba hội chứng phổ biến nhất; chiếm 51,8% tổng số ca [4]; phù hợp với kết quả nghiên cứu này. Các hội chứng ít gặp gồm Tâm Đờm khí hư (6,77%) và Đàm nhiệt nội nhiệt (8,33%). Hội chứng khác chiếm 9,38%; phản ánh sự tồn tại của các biểu hiện lâm sàng hỗn hợp hoặc chưa điển hình.

Ma trận đồng mắc cho thấy, cặp hội chứng Tâm Tỳ lưỡng hư – Can uất hóa hỏa chiếm tỷ lệ cao nhất. Ngoài ra, kết quả còn thể hiện mối tương quan thuận rõ rệt giữa Âm hư hỏa vượng – Tâm Thận bất giao. Theo học thuyết Tạng tượng và Khí – Huyết – Tân dịch, Thận âm hư không chế ước được tâm hỏa, gây nội nhiệt và mất ngủ. Sau trúng phong, khí huyết suy tổn làm hao tổn chân âm, dẫn đến Thận âm hư – gốc rễ của Âm hư hỏa vượng. Ngoài ra, Can uất hóa hỏa – Tâm Thận bất giao cũng có mối liên hệ thống nhất theo lý luận ngũ hành: Can Mộc sinh Tâm Hỏa, Can hỏa vượng gây nhiễu loạn thần minh.

Mặt khác, hội chứng Tâm tỳ lưỡng hư – Can uất hóa hỏa đồng mắc cao nhưng lại tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê có thể được giải thích do hai hội chứng này đều phổ biến, do đó số lượng đồng mắc

vẫn cao về mặt tuyệt đối. Tuy nhiên, khi phân tích xác suất mắc hội chứng thứ hai khi đã mắc hội chứng thứ nhất là thấp hơn so với kỳ vọng ngẫu nhiên. Cuối cùng, có những cặp hội chứng hiếm khi phối hợp với nhau, thường là một bên cực thịnh (hỏa vượng, đàm nhiệt) và một bên hư suy (khí huyết lưỡng hư), vì cơ chế bệnh sinh khác biệt nên khó cùng tồn tại.

Các triệu chứng Thất miên ở bệnh nhân sau đột quỵ phản ánh rõ tính chất mất ngủ đa dạng và phức tạp, nổi bật là khó vào giấc (91,93%) và ngủ không sâu (84,64%). Theo Y học cổ truyền, các triệu chứng này liên quan đến rối loạn chức năng Tâm, Tỳ, Can, Thận - các tạng phủ chủ yếu điều hòa giấc ngủ. Phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Cui Yinglin và cộng sự (2016) trên 286 bệnh nhân mất ngủ nguyên phát, cho thấy bệnh cảnh Can uất hóa hỏa có tiềm thời giấc ngủ và S1% cao hơn, trong khi S3%, REM%, chỉ số thức giấc và WASO thấp hơn các bệnh cảnh khác – phản ánh tình trạng khó vào giấc và ngủ không sâu. Đặc biệt, ngủ không sâu, hay mơ, dễ thức thường gặp trong các bệnh cảnh hư chứng [9].

Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu này thuộc nhóm mất ngủ trung bình. Điều này củng cố cho nhận định rằng mất ngủ sau đột quỵ thường không chỉ là triệu chứng nhẹ, thoáng qua mà là một biểu hiện rối loạn chức năng thần kinh trung ương có tính kéo dài, phức tạp và ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng sống.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu làm rõ đặc điểm Thất miên ở bệnh nhân đột quỵ giai đoạn phục hồi sớm, với triệu chứng chủ yếu là khó vào giấc (91,93%) và ngủ không sâu (84,64%). Ba hội chứng nổi bật gồm Tâm tỳ lưỡng hư (52,86%), Can uất hóa hỏa (33,07%) và Âm hư hỏa vượng (28,65%), phản ánh sự mất cân bằng bên trong cơ thể sau Trúng phong. Có sự đồng mắc, đặc biệt giữa Âm hư hỏa vượng và Tâm Thận bất giao. Kết quả định hướng điều trị theo YHCT, nhấn mạnh tính cá thể hóa và sự phối hợp với YHHĐ để nâng cao hiệu quả phục hồi.

6. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 277/2025/HĐ-ĐHYD ngày 28 tháng 4 năm 2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization: Global Stroke Fact Sheet 2025. *Int J Stroke*. 2025;20(2):132-144. doi:10.1177/17474930241308142
- [2] Ngô Văn Tân. Tỷ lệ mất ngủ và những yếu tố ảnh hưởng trên bệnh nhân sau đột quỵ. Luận văn cao học - Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. 2022.
- [3] Matas A, Amaral L, Patto AV. Is post-ischemic stroke insomnia related to a negative functional

- and cognitive outcome? *Sleep Med.* 2022;94:1-7. doi:10.1016/j.sleep.2022.03.022
- [4] Poon MM, Chung KF, Yeung WF, Yau VH, Zhang SP. Classification of insomnia using the traditional chinese medicine system: a systematic review. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2012;2012:735078. doi:10.1155/2012/735078
- [5] 中医中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组.失眠症中医临床实践指南 (WHO/WPRO). 界睡眠医学杂志. 2016;3(01)
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第一辑). 1993;186
- [7] WHO/WPRO, Thuật ngữ Y học cổ truyền của Tổ chức Y tế thế giới Khu vực Tây Thái bình dương (WHO/WPRO). 2011.
- [8] Châu Nhị Vân, Ngô Vĩ, Võ Trọng Tuân, Nguyễn Thành Thượng, Quảng Diễm Y, Nguyễn Thị Hoài Trang. Khảo sát các thể lâm sàng y học cổ truyền chứng mất ngủ ở bệnh nhân sau đột quỵ tại bệnh viện Y học cổ truyền Cần Thơ năm 2023. 2024;539(2):279-283. doi: 10.51298/vmj.v539i2.9851
- [9] 刘 晓 菲. 缺血性脑卒中后失眠患者的中医证素分布特点及相关分析. 硕士研究生学位论文. 北京中医药大学. 2018
- [10] Cui Y, Zheng W, Xu L, Meng Y, Wang Y, Chang X. Distribution of elements extracted from symptom patterns and characteristics of polysomnograph of common symptom patterns of insomnia with Traditional Chinese Medicine. *J Tradit Chin Med.* 2016;36(5):649-653. doi:10.1016/s0254-6272(16)30085-1.

