Nghiên cứu nguyên bản

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN GIẤC NGỦ KHÔNG THỰC TỔN BẰNG CHÂM CỨU KẾT HỢP BẤM HUYỆT BÀN CHÂN

Evaluation of the effectiveness of acupuncture combined with reflexology for the treatment of non-organic insomnia

Nguyễn Nguyên Xuân[1,*], Nguyễn Công Lý[1], Trần Thị Bảo Yến[1]

[1]Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng, TP. Đà Nẵng, Việt Nam

*Tác giả liên hệ | Corresponding author: nguyenxuanyhct16@gmail.com

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn giấc ngủ không thực tổn bằng châm cứu kết hợp bấm huyệt bàn chân thông qua các chỉ số thời lượng giấc ngủ, thời gian vào giấc, và điểm PSQI. 2. Theo dõi một số tác dụng không mong muốn thường gặp trên lâm sàng. **Phương pháp nghiên cứu**: Thử nghiệm lâm sàng đối chứng, ngẫu nhiên, không mù. **Kết quả:** Các chỉ số đánh giá rối loạn giấc ngủ trước và sau điều trị đều có cải thiện rõ rệt. Thời lượng giấc ngủ trung bình của bệnh nhân tăng đáng kể sau can thiệp; sau 21 ngày đạt 6,29 ± 1,26 giờ/ngày. Tỷ lệ bệnh nhân có thời lượng giấc ngủ trên 7 giờ/ngày và từ 6–7 giờ/ngày lần lượt là 20% và 28,6%. Trước can thiệp, đa số bệnh nhân mất trên 60 phút để vào giấc; sau 21 ngày, tỷ lệ bệnh nhân có thời gian vào giấc dưới 15 phút chiếm 43%, từ 16–30 phút chiếm 46%. Điểm PSQI trung bình giảm từ 14,43 ± 2,7 trước điều trị xuống còn 5,49 ± 2,4 sau 21 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân đạt chất lượng giấc ngủ tốt theo thang điểm PSQI sau điều trị là 77,1%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phương pháp châm cứu kết hợp bấm huyệt bàn chân cải thiện thời lượng, thời gian vào giấc và chất lượng giấc ngủ. Các tác dụng không mong muốn ghi nhận bao gồm chảy máu sau khi châm kim và đau, sưng tại vị trí huyệt châm; không ghi nhận tác dụng bất lợi nghiêm trọng, cho thấy phương pháp điều trị đảm bảo tính an toàn trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: Rối loạn giấc ngủ, Châm cứu, Bấm huyệt bàn chân

ABSTRACT

Objectives: 1. To evaluate the effectiveness of acupuncture combined with reflexology in the treatment of non-organic insomnia through sleep duration, sleep onset latency, and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). 2. To monitor common adverse effects observed in clinical practice. **Method:** A randomized, controlled, open-label clinical trial was conducted. **Results**: Significant improvements were observed in all sleep-related parameters before and after treatment. Mean sleep duration increased markedly after intervention, reaching 6.29 ± 1.26 hours/day after 21 days. The proportions of patients achieving sleep durations of more than 7 hours/day and 6–7 hours/day were 20% and 28.6%, respectively. Sleep onset latency was significantly shorter than at baseline. Prior to intervention, most patients required more than 60 minutes to fall asleep; after 21 days, 43% of patients achieved sleep onset within 15 minutes, and 46% within 16–30 minutes. Sleep quality, assessed by the PSQI, improved significantly. The mean PSQI score decreased from 14.43 ± 2.7 before treatment to 5.49 ± 2.4 after 21 days. The proportion of patients achieving good sleep quality according to the PSQI after treatment was 77.1%. All observed changes were

statistically significant (p<0.05). **Conclusions:** Acupuncture combined with reflexology provides comprehensive improvements in sleep duration, sleep onset latency, and sleep quality. Reported adverse effects included post-needling bleeding and pain or swelling at acupuncture points; no serious adverse events were observed, indicating that the intervention is safe for clinical practice.

Keywords: Insomnia; Acupuncture; Reflexology

Received: 20/09/2026 |	Accepted: 05/10/2026 |	Online first 08/10/2026 |

©The authors. This **open-access** work is licensed under a CC BY 4.0 License

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là một triệu chứng không đặc hiệu, có thể xuất hiện một cách độc lập hoặc kèm theo các bệnh lý thực thể (bệnh lý tim mạch, hô hấp), hoặc các rối loạn tâm thần khác (rối loạn lo âu, stress).[1] Đặc biệt, mất ngủ là triệu chứng rất phổ biến ở bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa, đa số bệnh nhân than phiền rằng họ rất khó vào giấc.[2] Mất ngủ gặp nhiều hơn ở phụ nữ và người cao tuổi.[3] Mất ngủ là một yếu tố nguy cơ đối với suy giảm chức năng, phát triển các rối loạn sức khỏe và tinh thần khác, và làm tăng chi phí chăm sóc sức khỏe. Tại Mỹ, mất ngủ là một trong những vấn đề chăm sóc sức khỏe hàng đầu; khoảng 6 – 10% người trưởng thành được chẩn đoán mắc mất ngủ.[4] Ước tính khoảng 30 tỷ đến 107 tỷ đô la được chi cho chứng mất ngủ ở Hoa Kỳ mỗi năm.[5] Tại Việt Nam, rối loạn giấc ngủ cũng chiếm tỉ lệ cao (50-80%) và thường kèm theo rối loạn trầm cảm, rối loạn lo âu.

Sử dụng thuốc là phương pháp thường được sử dụng, bên cạnh đó, có thể điều trị bằng liệu pháp tâm lý, tập dưỡng sinh. Tuy nhiên khi sử dụng các loại thuốc an thần khiến người bệnh dễ phải lệ thuộc vào thuốc, khi ngừng thuốc đột ngột có thể gây hội chứng cai thuốc, hay gặp một số tác dụng không mong muốn khác trong quá trình sử dụng như ngủ gà ban ngày, chóng mặt, mệt mỏi…[5]

Theo Y học cổ truyền, nguyên nhân của mất ngủ gồm hai nhóm do nội nhân và nội thương liên quan đến nhiều tạng phủ, trong đó chủ yếu là tạng tâm, Hoàng đế nội kinh tố vấn: "tâm quân chủ chi quan, thần minh xuất yên, thần không thư thái sẽ mất ngủ".[6] Chứng mất ngủ được chia thành các nhóm bệnh thường gặp: Tâm Tỳ lưỡng hư, Can khí uất kết can hỏa vượng, Tâm đởm khí hư, Vị hỏa thịnh, âm hư hỏa vượng, tâm thận bất giao. Trong y học cổ truyền có nhiều phương pháp điều trị chứng mất ngủ như thảo dược, châm cứu, cấy chỉ, dưỡng sinh, xoa bóp bấm huyệt. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn giấc ngủ không thực tổn bằng châm cứu kết hợp bấm huyệt bàn chân thông qua các chỉ số thời gian vào giấc, và điểm PSQI.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán mất ngủ không thực tổn từ 18 tuổi trở lên điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Đà Nẵng.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán rối loạn giấc ngủ không thực tổn theo ICD-10 với các triệu chứng:

+ Phàn nàn cả về khó đi vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ, hay chất lượng giấc ngủ kém.

+ Rối loạn giấc ngủ đã xảy ra ít nhất 3 lần trong một tuần trong ít nhất 1 tháng.

+ Rối loạn giấc ngủ gây mệt mỏi rõ rệt trên cơ thể hoặc gây khó khăn cho hoạt động chức năng vào ban ngày.

+ Không có nguyên nhân tổn thương thực thể, như tổn thương hệ thần kinh hoặc những bệnh lý khác, rối loạn hành vi, hoặc do dùng thuốc.

- Bệnh nhân tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được giải thích rõ về mục đích của đề tài.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân mắc một trong các bệnh lý hoặc trường hợp dưới đây:

- Bệnh lý ngoại khoa cấp tính cần can thiệp.

- Bệnh lý suy tim, suy thận, suy gan hoặc các bệnh lý nội khoa mức độ nặng ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày (COPD, ung thư, bệnh lý chuyển hóa…).

- Bệnh nhân có các chống chỉ định của châm cứu và bấm huyệt bàn chân như: rối loạn đông máu, xuất huyết giảm tiểu cầu, nhiễm trùng da, viêm loét vùng huyệt, phụ nữ có thai, bệnh nhân quá suy kiệt, rối loạn tâm thần không hợp tác…

- Bệnh nhân không tham gia đầy đủ quy trình hoặc sử dụng các loại thuốc liên quan đến tác dụng an thần trong quá trình điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Thử nghiệm lâm sàng đối chứng, ngẫu nhiên, không mù.

2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu được tính theo công thức xác định tỷ lệ điều trị thành công

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)\left(\delta_1^2 + \delta_2^2\right)}{\left(\mu_1 - \mu_2\right)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết. Z là giá trị z-score tương ứng với mức ý nghĩa thống kê. α là sai số loại I với giá trị bằng 0,05. Lực mẫu 1-β= 0,2. $\mu_1\mu_1$=2,33 và $\mu_2\mu_2$=1,2 là trung bình sự khác biệt điểm PSQI của nhóm NC và nhóm chứng;[19] $\delta_1^2\delta_1^2$, $\delta_2^2\delta_2^2$ Phương sai (variance) của hai nhóm so sánh với giá trị tương ứng lần lượt là 1,652 và 1,44.[41] Kết quả thay vào công thức ta tính được n=31, kết quả đã thu thập 70 đối tượng tham gia nghiên cứu.

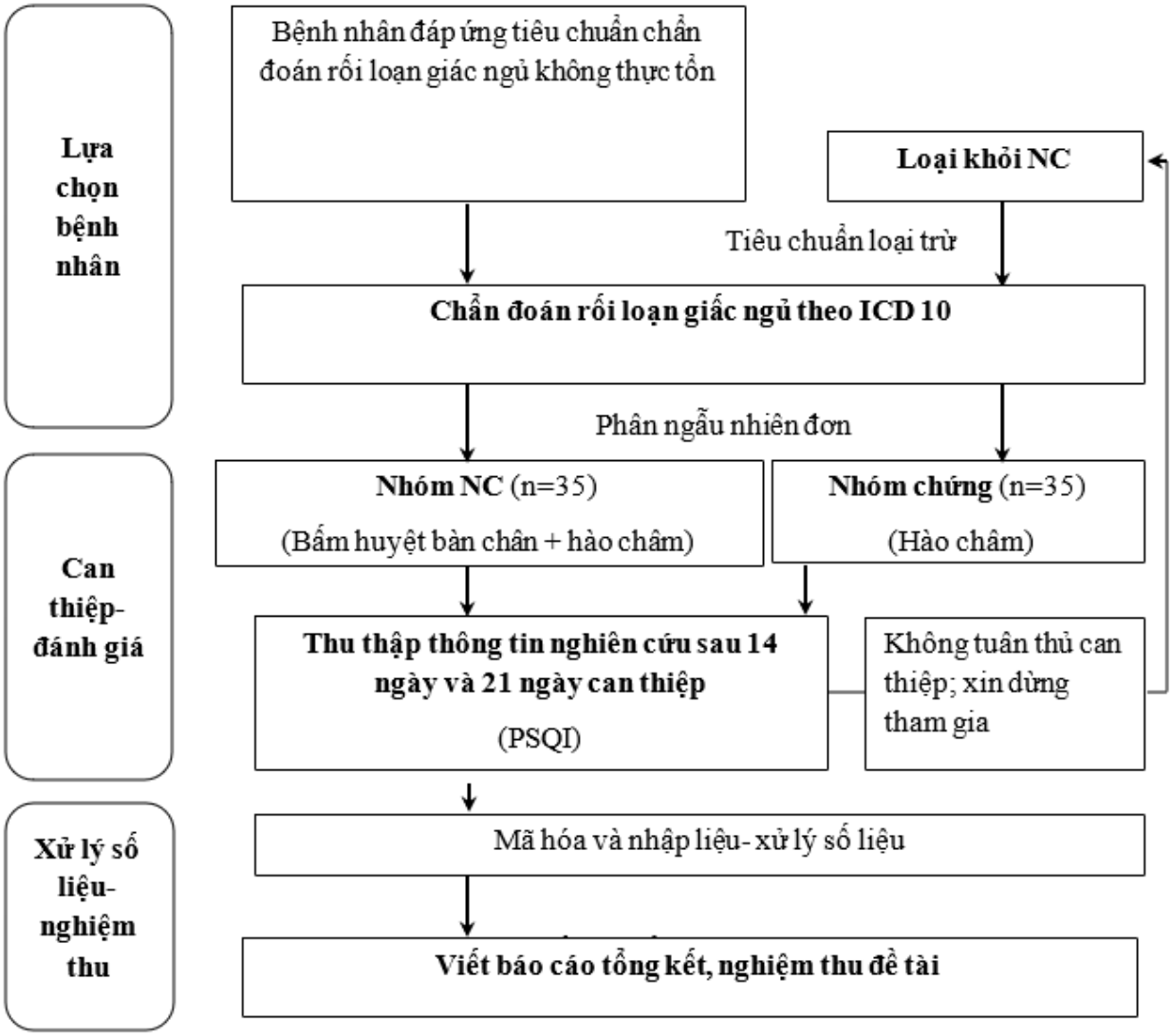
2.3. Nội dung, chỉ số nghiên cứu

Đánh giá chất lượng giấc ngủ:

Tính chất xuất hiện mất ngủ; Đặc điểm thể bệnh y học cổ truyền; Thời lượng giấc ngủ; Thời gian vào giấc ngủ; Hiệu quả giấc ngủ; Điểm PSQI;

2.4. Quy trình nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu được tóm tắt tại **Hình 1**.



Hình 1. Tóm tắt sơ đồ nghiên cứu

2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Thu thập số liệu từ mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, nhập liệu và xuất dữ liệu dưới dạng file Excel, xử lý số liệu bằng ngôn ngữ R.

2.6. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2025 đến tháng 9 năm 2025

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Y học cổ truyền thành phố Đà Nẵng

3. Đạo đức trong nghiên cứu

Tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Đề tài đã được Hội đồng Khoa học Bệnh viện Y học cổ truyền Đà Nẵng và Sở Y tế Đà Nẵng thông qua vào năm 2025.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu đã thu thập được 75 bệnh nhân, được chia thành hai nhóm với độ tuổi trung bình lần lượt là 39,3 ± 15,8 tuổi ở nhóm nghiên cứu và 46,3 ± 13,8 tuổi ở nhóm

chứng. Sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nữ giới, chiếm tới 74,3%, phân bố tỷ lệ giới tính giữa hai nhóm tương đồng nhau. Đối với thời gian mắc bệnh, đa số bệnh nhân có tiền sử mất ngủ trung bình khoảng 2-3 tháng. Về đặc điểm theo Y học cổ truyền, bệnh nhân tham gia nghiên cứu đa số thuộc thể can khí uất kết (~51%), thể tâm tỳ lưỡng hư (17,1%).

Kết quả sau 21 ngày điều trị cho thấy nhóm nghiên cứu đạt hiệu quả tốt hơn về thời gian vào giấc, thời gian giấc ngủ.

Bảng 1. Thời gian đi vào giấc ngủ theo giai đoạn điều trị

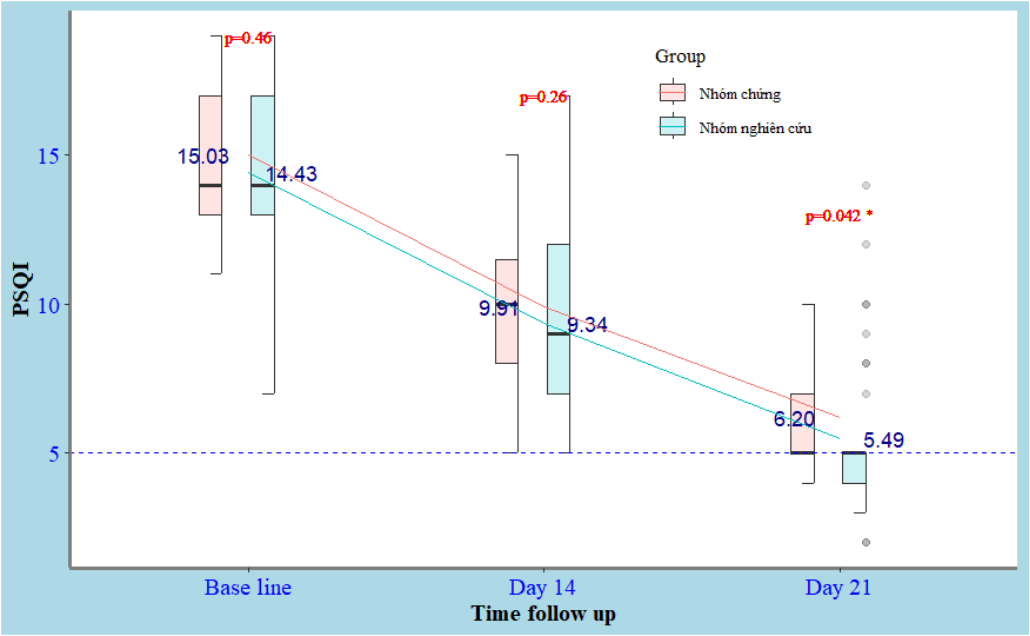
Thời gian vào giấc	Nhóm chứng N = 35	Nhóm nghiên cứu N = 35	*p*
Trước điều trị			
>60 phút	14 (40%)	22 (63%)	0,056
31 – 60 phút	21 (60%)	13 (37%)	
Sau điều trị 14 ngày			
16 – 30 phút	4 (11%)	13 (37%)	0,032
31 – 60 phút	28 (80%)	21 (60%)	
>60 phút	3 (8,6%)	1 (2,9%)	
Sau điều trị 21 ngày			
<15 phút	3 (8,6%)	15 (43%)	<0,001
16 – 30 phút	16 (46%)	16 (46%)	
31 – 60 phút	15 (43%)	4 (11%)	
>60 phút	1 (2,9%)	0 (0%)	

Kết quả trình bày tại **Bảng 1** cho thấy nhóm nghiên cứu cải thiện thời gian vào giấc tốt hơn nhóm chứng từ ngày 14. Sau 21 ngày, 43% bệnh nhân nhóm nghiên cứu có thời gian vào giấc <15 phút và 46% từ 16–30 phút, so với 8,6% và 46% ở nhóm chứng; khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Sự thay đổi thời lượng giấc ngủ sau 21 ngày điều trị

Thời lượng giấc ngủ	Nhóm nghiên cứu				Nhóm chứng				*p(21)*
	D0		D21		D0		D21		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
> 7 giờ	0	0	7	20	0	0	0	0	0,01
6 – 7 giờ	0	0	10	28,6	0	0	6	17,1	
5 – 6 giờ	0	0	8	22,9	0	0	16	45,7	
< 5 giờ	35	100	10	28,6	35	100	13	37,1	
$p^{(0-21)}$	0,001				0,001				
Tổng	**35**	**100**	**35**	**100**	**35**	**100**	**35**	**100**	
$\overline{X}$ ± SD	2,67 ± 0,84		6,29 ± 1,26		2,37 ± 0,68		5,44 ± 1,03		0,003

Kết quả trình bày tại **Bảng 2** cho thấy sau 21 ngày nhóm nghiên cứu có thời lượng giấc ngủ trung bình 6,29 ± 1,26 giờ/ngày; 20% ngủ >7 giờ/ngày và 28,6% ngủ 6–7 giờ/ngày. Ở nhóm chứng, thời lượng ngủ trung bình là 5,44 ± 1,03 giờ/ngày và không có bệnh nhân ngủ >7 giờ/ngày. Khác biệt giữa hai nhóm và thay đổi trước–sau trong từng nhóm đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1. Đánh giá kết quả điều trị chung theo thang PSQI

(Baseline: trước điều trị; Day 14: sau điều trị 14 ngày; Day 21: sau điều trị 21 ngày)

Kết quả tại **Biểu đồ 1** cho thấy điểm PSQI giảm ở cả hai nhóm. Sau 21 ngày, điểm PSQI trung bình của nhóm nghiên cứu là 5,49, thấp hơn nhóm chứng (6,20); khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Kết quả thay đổi chất lượng giấc ngủ sau 21 ngày can thiệp

Phân loại chất lượng giấc ngủ	Nhóm nghiên cứu				Nhóm chứng				p
	D0		D21		D0		D21		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tốt	0	0	27	77,1	0	0	19	54,3	0,044
Không tốt	35	100	8	22,9	35	100	16	45,7	
$p^{(0-21)}$	0,001				0,001				
Tổng	**35**	**100**	**35**	**100**	**35**	**100**	**35**	**100**	
PSQI ($\bar{x}$ ± SD)	14,43 ± 2,7		5,49 ± 2,4		15,03 ±2,49		6,2 ± 2,1		0,042
$p^{(0-21)}$	0,001				0,001				

Kết quả trình bày tại **Bảng 3** cho thấy sau 21 ngày, điểm PSQI trung bình của nhóm nghiên cứu giảm còn 5,49 ± 2,4, thấp hơn nhóm chứng (6,2 ± 2,1). Tỷ lệ đạt chất lượng giấc ngủ tốt lần lượt là 77,1% và 54,3%; khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Một số tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn / Nhóm	Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p
	n	%	n	%	
Chảy máu	16	45,7	18	51,4	0,632
Đau sưng tại vị trí châm	16	45,7	13	37,1	0,467
Dị ứng	0	0	0	0	-
Vựng châm	0	0	0	0	-
Đau nhức tại vị trí bấm huyệt	10	28,6	0	0	-
Bầm tím tại vị trí bấm huyệt	0	0	0	0	-
Nhiễm trùng da tại vị trí bấm huyệt	0	0	0	0	-

Kết quả trình bày tại **Bảng 4** cho thấy các tác dụng không mong muốn thường gặp gồm chảy máu sau châm kim, đau hoặc sưng tại vị trí châm và đau tại vị trí bấm huyệt. Không ghi nhận biến cố bất lợi nghiêm trọng; tần suất các biến cố giữa hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phối hợp hai phương pháp can thiệp mang lại hiệu quả cải thiện giấc ngủ rõ rệt hơn so với nhóm chứng sau 21 ngày điều trị. Điểm đáng chú ý là hiệu quả không chỉ thể hiện qua điểm PSQI mà còn thể hiện trên các thành phần cụ thể của giấc

ngủ, bao gồm thời gian vào giấc và thời lượng giấc ngủ. Đây là một phát hiện có ý nghĩa, cho thấy tác động của phương pháp phối hợp mang tính toàn diện hơn đối với rối loạn giấc ngủ. Sau 21 ngày, tỷ lệ người bệnh có thời gian vào giấc dưới 15 phút ở nhóm nghiên cứu đạt 43,0%, cao hơn rõ rệt so với 8,6% ở nhóm chứng; tỷ lệ có thời gian vào giấc từ 16–30 phút ở hai nhóm tương đương nhau, đều khoảng 46%. Như vậy, sự khác biệt chủ yếu nằm ở khả năng đưa người bệnh về mức thời gian vào giấc ngắn hơn, gần với trạng thái sinh lý. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này gợi ý rằng phương pháp phối hợp có thể tác động tốt hơn đến quá trình khởi phát giấc ngủ, vốn là một trong những triệu chứng nổi bật và gây khó chịu nhất ở người bệnh mất ngủ.

Kết quả đầu tiên quan trọng là sự cải thiện về thời lượng giấc ngủ. Cả hai nhóm đều cải thiện so với trước điều trị; tuy nhiên, mức cải thiện ở nhóm nghiên cứu nổi bật hơn. Điều này cho thấy lợi ích của can thiệp phối hợp không chỉ giới hạn ở cảm nhận chủ quan về chất lượng giấc ngủ mà còn liên quan đến sự gia tăng thời lượng ngủ thực tế do người bệnh báo cáo. Kết quả trên phù hợp với một số nghiên cứu trước đây. Một số thử nghiệm trên người trưởng thành cho thấy bấm huyệt hoặc các phương pháp tác động tại bàn chân có thể cải thiện thời lượng ngủ, đồng thời giảm mệt mỏi và lo âu.[7] Ở người cao tuổi, các can thiệp như phản xạ học bàn chân hoặc ngâm chân ấm cũng ghi nhận cải thiện điểm PSQI, mặc dù nhiều nghiên cứu chưa báo cáo mức thay đổi riêng của thời lượng ngủ.[8] Đối với châm cứu, một phân tích tổng hợp năm 2021 trên các chỉ số giấc ngủ khách quan cho thấy tổng thời gian ngủ có thể tăng trung bình khoảng 55 phút mỗi đêm so với nhóm chứng.[1] Tuy nhiên, một số tổng quan gần đây chưa ghi nhận sự khác biệt rõ ràng về tổng thời gian ngủ giữa châm cứu và giả châm cứu. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến quần thể bệnh nhân, kỹ thuật can thiệp, thời gian điều trị và phương pháp đánh giá giấc ngủ.

Về chất lượng giấc ngủ, cả hai nhóm đều giảm điểm PSQI sau 21 ngày. Tỷ lệ người bệnh đạt chất lượng giấc ngủ tốt trong nhóm nghiên cứu là 77,1%, cao hơn nhóm chứng là 54,3%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy, sự cải thiện không chỉ thể hiện ở sự thay đổi giá trị trung bình của điểm PSQI mà còn thể hiện qua sự gia tăng tỷ lệ người bệnh đạt trạng thái giấc ngủ tốt. Đây là điểm có ý nghĩa lâm sàng, bởi việc giảm điểm số nhưng không làm thay đổi mức phân loại chất lượng giấc ngủ đôi khi chưa phản ánh đầy đủ hiệu quả điều trị. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các phân tích tổng hợp gần đây về châm cứu trong điều trị mất ngủ. Một tổng quan hệ thống năm 2025 gồm 10 thử nghiệm ngẫu nhiên với 757 người bệnh ghi nhận châm cứu làm giảm điểm PSQI khoảng 2–3 điểm so với giả châm.[9] Một phân tích gộp khác với 15 thử nghiệm lâm sàng và 1.108 người bệnh cũng cho thấy châm cứu có hiệu quả cải thiện PSQI và một phần lợi ích có thể được duy trì sau điều trị.[10] Các huyệt thường được sử dụng như Thần môn, Tam âm giao, Bách hội, Nội quan và Túc tam lý được cho là

có tác dụng điều hòa thần kinh trung ương, hệ thần kinh tự chủ và các yếu tố liên quan đến chu kỳ ngủ–thức.

Kết quả về tính an toàn chủ yếu xuất hiện các triệu chứng do quá trình châm cứu gây ra, đây là các tai biến thường gặp, tuy nhiên nó không để lại hậu quả nghiêm trọng và ảnh hưởng tới sức khỏe, tinh thần của bệnh nhân. Kết quả trên cho thấy việc đảm bảo an toàn khi kết hợp châm cứu với xoa bóp bấm huyệt bàn chân trong điều trị rối loạn giấc ngủ.

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu này cho thấy việc kết hợp xoa bóp bấm huyệt bàn chân với các phương pháp y học cổ truyền khác giúp rút ngắn thời gian vào giấc, kéo dài thời lượng ngủ và cải thiện chất lượng giấc ngủ theo PSQI, bên cạnh đó kết quả nghiên cứu còn cho thấy đảm bảo tính an toàn khi áp dụng cho bệnh nhân rối loạn giấc ngủ.

V. KẾT LUẬN

Kết hợp châm cứu và xoa bóp bấm huyệt bàn chân đem lại hiệu quả cải thiện thời gian vào giấc và cải thiện chất lượng giấc ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *J Clin Sleep Med*. 2007;3(5 Suppl):S7-S10. DOI:10.5664/jcsm.26929

2. Parizad N, Hassanpour A, Goli R, Khalkhali H, Nozad A. Comparing the efficacy of acupressure and foot reflexology on sleep quality in patients with leukemia: a comparative clinical trial. *Integr Cancer Ther*. 2024;23:15347354241261356. DOI:10.1177/15347354241261356

3. Kay DB, Buysse DJ, Germain A, Hall M, Monk TH. Subjective-objective sleep discrepancy among older adults: associations with insomnia diagnosis and insomnia treatment. *J Sleep Res*. 2015;24(1):32-39. DOI:10.1111/jsr.12220

4. Dolsen EA, Asarnow LD, Harvey AG. Insomnia as a transdiagnostic process in psychiatric disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2014;16(9):471. DOI:10.1007/s11920-014-0471-y

5. Qaseem A, Kansagara D, Forciea MA, Cooke M, Denberg TD; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016;165(2):125-133. DOI:10.7326/M15-2175

6. Nguyễn Tử Siêu. *Hoàng đế nội kinh tố vấn. 1999:146-157.*

7. Suh S, Cho N, Zhang J. Sex differences in insomnia: from epidemiology and etiology to intervention. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(9):69. DOI:10.1007/s11920-018-0940-9

8. Roehrs T. Sleep physiology and pathophysiology. *Clin Cornerstone*. 2000;2(5):1-15. DOI:10.1016/S1098-3597(00)90036-X

9. Yu Y, Li X, Zhu Z, et al. Acupuncture for chronic insomnia disorder: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Front Neurol*. 2025;16:1541276. DOI:10.3389/fneur.2025.1541276

10. Zhao FY, Fu QQ, Kennedy GA, et al. Can acupuncture improve objective sleep indices in

patients with primary insomnia? A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med*. 2021;80:244-259. DOI:10.1016/j.sleep.2021.01.053