

MẤT NGỦ Ở BỆNH NHÂN MÀY ĐAY MẠN TÍNH

Nguyễn Văn Thông*, Trần Thị Thu Thảo, Nguyễn Huy Lộc,
Huỳnh Như, Lý Kim Bích, Trần Quang Nhân

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nvthong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/6/2025

Ngày phản biện: 22/9/2025

Ngày duyệt đăng: 25/9/2025

TÓM TẮT

Mày đay mạn tính là một bệnh lý da liễu thường thường gặp, có tính chất tái phát và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, trong đó mất ngủ là một vấn đề phổ biến. Nguyên nhân chính được cho là do triệu chứng ngứa dai dẳng và căng thẳng tinh thần kéo dài. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng việc kiểm soát hiệu quả các triệu chứng mày đay không chỉ cải thiện tình trạng da mà còn có tác động tích cực đến chất lượng giấc ngủ. Tuy nhiên, cơ chế bệnh sinh và mức độ ảnh hưởng của mày đay mạn tính đối với giấc ngủ vẫn chưa được làm rõ đầy đủ. Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá mối liên quan giữa mày đay mạn tính và tình trạng mất ngủ, từ đó cung cấp thêm bằng chứng khoa học để cải thiện chiến lược điều trị. Những phân tích trong bài tổng quan này gợi ý rằng hướng tiếp cận điều trị nên toàn diện hơn, bao gồm cả việc cải thiện chất lượng giấc ngủ và cuộc sống, thay vì chỉ kiểm soát triệu chứng da.

Từ khóa: mất ngủ, mày đay, mày đay mạn tính.

ABSTRACT

INSOMNIA IN PATIENTS WITH CHRONIC URTICARIA

Nguyen Van Thong*, Tran Thi Thu Thao, Nguyen Huy Loc,
Huynh Nhu, Ly Kim Bich, Tran Quang Nhan
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Chronic urticaria is a common dermatological disorder with a recurrent nature that significantly impairs patients' quality of life, among which insomnia is a prevalent problem. The primary causes are believed to be persistent pruritus and prolonged psychological stress. Previous studies have demonstrated that effective control of urticaria symptoms not only improves skin manifestations but also has a positive impact on sleep quality. However, the pathogenesis and the extent of the impact of chronic urticaria on sleep remain incompletely understood. The objective of this study is to evaluate the relationship between chronic urticaria and insomnia, thereby providing additional scientific evidence to improve treatment strategies. The analyses presented in this review suggest that management approaches should be more comprehensive, encompassing improvements in sleep quality and overall quality of life, rather than focusing solely on controlling cutaneous symptoms.

Keywords: insomnia, urticaria, chronic urticaria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mày đay là bệnh lý thường gặp do nhiều nguyên nhân, đặc trưng bởi sự xuất hiện sẩn phù có hoặc không kèm theo phù mạch. Trong bệnh mày đay mạn tính các thương tổn xuất hiện hầu như hằng ngày và kéo dài > 6 tuần [1]. Bệnh nhân mày đay mạn tính thường gặp phải các vấn đề về giấc ngủ, điều này không chỉ làm trầm trọng thêm các triệu chứng bệnh lý mà còn ảnh hưởng xấu đến sức khỏe tổng thể của bệnh nhân [2]. Một nghiên cứu

gần đây, một phần ba bệnh nhân mắc bệnh mày đay mạn tính có ít nhất một rối loạn tâm thần tiềm ẩn, đứng đầu là rối loạn giấc ngủ (36,7%) [3]. Mặc dù mối liên hệ giữa mày đay mạn tính và rối loạn giấc ngủ đã được công nhận, nhưng cơ chế và mức độ ảnh hưởng của bệnh này đối với giấc ngủ chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ. Việc điều trị rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân mày đay mạn tính là một thách thức lớn, bởi ngoài việc giảm các triệu chứng của bệnh da, còn cần phải cải thiện chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân để nâng cao chất lượng cuộc sống tổng thể. Do đó, việc tìm hiểu các phương pháp điều trị hiệu quả đối với rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân mày đay mạn tính là vô cùng cần thiết. Các chiến lược điều trị toàn diện, bao gồm việc kiểm soát triệu chứng mày đay, giảm ngứa, giảm căng thẳng tâm lý và cải thiện giấc ngủ, sẽ góp phần làm giảm thiểu tác động của bệnh lên cuộc sống của bệnh nhân, đồng thời cải thiện sức khỏe tổng thể của họ.

II. NỘI DUNG

2.1. Tổng quan

2.1.1. Mày đay mạn tính

Mày đay có biểu hiện lâm sàng là các dát đỏ và/hoặc sẩn phù, có thể kèm theo phù mạch hoặc không; tổn thương ở lớp trung bì hoặc hạ bì:

- Sẩn phù: các sẩn phù màu trắng, đỏ ranh giới rõ và/hoặc quầng đỏ, kích thước 1 - 8 cm hình tròn, oval, đa cung, mảng lớn, thường xuất hiện và biến mất trong vòng 24 giờ mà không để lại dát thâm.

- Phù mạch: biểu hiện đau, sưng nề bàn tay, chân, môi, mắt, lưỡi, sinh dục, sưng nề thanh gáy khó thở. Phù mạch có thể kéo dài đến 72 giờ [4].



Hình 1. A: mày đay ở thân mình, B: phù mạch.

(Nguồn: Sarah Nasser và cộng sự 2021 [5])

Cơ năng: ngứa, đôi khi nóng rát dữ dội [4].

Toàn thân:

- Các triệu chứng cấp tính như khó thở, suy hô hấp, tiếng rít thanh quản xuất hiện khi có phù mạch gây chít hẹp đường hô hấp, bệnh nhân cần phải xử trí cấp cứu.

- Các triệu chứng khác tùy thuộc nguyên nhân: sốt, viêm long đường hô hấp, viêm đường hô hấp trên trong mày đay do nhiễm khuẩn [4].

Theo EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI, phổ biểu hiện lâm sàng của các loại và phân nhóm mày đay khác nhau rất rộng. Ngoài ra, hai hoặc nhiều phân nhóm mày đay khác nhau có thể cùng tồn tại ở bất kỳ bệnh nhân nào. Mày đay được phân loại dựa trên

thời gian mắc bệnh, là cấp tính hay mạn tính hoặc vai trò của các tác nhân kích hoạt, là có thể thứ phát hoặc tự phát. Mày đay cấp tính được định nghĩa là tình trạng xuất hiện các nốt sẩn, phù mạch hoặc cả hai trong vòng 6 tuần hoặc ít hơn. Mày đay mạn tính được định nghĩa là tình trạng xuất hiện các nốt sẩn, phù mạch hoặc cả hai trong hơn 6 tuần. Mày đay mạn tính có thể đi kèm với các dấu hiệu và triệu chứng hàng ngày hoặc gần như hàng ngày hoặc một quá trình không liên tục/tái phát [6].

2.1.2. Mất ngủ

RLGN là sự đặc trưng bởi 4 triệu chứng chính: mất ngủ, ngủ nhiều, ngủ bất thường và rối loạn nhịp thức ngủ. Những triệu chứng này thường chồng lấp lên nhau [7].

Mất ngủ là một loại rối loạn giấc ngủ phổ biến, trong đó người bệnh gặp khó khăn khi bắt đầu ngủ hoặc duy trì giấc ngủ. Một số trường hợp gặp cả hai vấn đề, và có những người còn bị thức dậy quá sớm vào buổi sáng, sau đó không thể ngủ lại được. Điều quan trọng là các khó khăn về giấc ngủ ban đêm này thường đi kèm với những vấn đề ban ngày đáng kể, làm suy giảm khả năng hoạt động tối ưu của người bệnh. Tình trạng mệt mỏi ban ngày, khí sắc giảm hoặc dễ cáu gắt, cùng với khó khăn về chú ý và tập trung thường được ghi nhận [8].

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ trong Cẩm nang chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, ấn bản thứ 5 (DSM-5):

A. Không hài lòng về thời lượng và chất lượng giấc ngủ, đi kèm với ít nhất 1 trong các triệu chứng sau:

1. Khó đi vào giấc ngủ.

2. Khó duy trì giấc ngủ, đặc trưng bởi hay thức giấc trong đêm và khó ngủ lại sau khi thức giấc.

3. Thức dậy sớm vào buổi sáng và không thể ngủ lại được.

B. Mất ngủ ảnh hưởng đáng kể đến các chức năng xã hội, nghề nghiệp, học tập, hành vi hoặc các chức năng quan trọng khác.

C. Mất ngủ xảy ra ít nhất 3 lần mỗi tuần.

D. Mất ngủ tồn tại ít nhất 3 tháng.

E. Mất ngủ xảy ra dù bệnh nhân có đầy đủ các điều kiện thuận lợi cho giấc ngủ.

F. Mất ngủ không được giải thích tốt hơn hoặc không thuộc diễn tiến của một rối loạn chu kỳ thức ngủ khác (ví dụ như chứng ngủ rũ, rối loạn giấc ngủ liên quan đến hô hấp, rối loạn nhịp sinh học giấc ngủ-thức, chứng rối loạn giấc ngủ).

G. Mất ngủ không phải là hậu quả của một bệnh thực tổn hoặc một chất (lạm dụng thuốc hoặc chất gây nghiện).

H. Các rối loạn tâm thần khác hoặc bệnh thực tổn đồng mắc không đủ để giải thích cho mất ngủ.

Bệnh nhân được chẩn đoán mất ngủ khi có ít nhất một trong ba tiêu chí A và đồng thời thỏa mãn tất cả các tiêu chí còn lại [9].

2.2. Tỷ lệ và các yếu tố liên quan mất ngủ trên bệnh nhân mày đay mạn tính.

Thông qua trang web uy tín như Pubmed, chúng tôi tìm kiếm các nghiên cứu có thời hạn trong vòng 5 năm tính từ năm 2025, bằng các từ khóa “insomnia”, “urticaria”, “sleeping disorder”, chúng tôi tổng hợp được một số nghiên cứu sau:

- Theo nghiên cứu của Azza M. A. M. và cộng sự năm 2024 về chất lượng giấc ngủ và chất lượng cuộc sống. Nghiên cứu so sánh giữa 25 bệnh nhân mắc bệnh mày đay mạn tính và 25 đối chứng khỏe mạnh. Bệnh nhân mắc bệnh mày đay mạn tính có đạt điểm cao hơn cho tất cả các mục PSQI khi so sánh với nhóm đối chứng. Tất cả bệnh nhân được mô

tả là có giấc ngủ kém (PSQI > 5). Về đặc điểm giấc ngủ, bệnh nhân có tổng thời gian ngủ ngắn hơn ($2,72 \pm 1,24$ so với $6,72 \pm 1,17$ giờ, $p < 0,0001$), thời gian tiềm ẩn giấc ngủ dài hơn ($66 \pm 26,93$ so với $10,8 \pm 4,71$ phút, $p < 0,0001$) và hiệu quả giấc ngủ kém hơn ($35,52 \pm 16,40\%$ so với $91,68 \pm 9,29\%$, $p < 0,0001$) so với nhóm đối chứng. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân bị suy giảm đáng kể chất lượng giấc ngủ theo ước tính của bảng câu hỏi PSQI; họ cho thấy thời gian bắt đầu giấc ngủ dài hơn, tổng thời gian ngủ ngắn hơn, hiệu quả giấc ngủ thấp hơn và điểm PSQI cao hơn so với nhóm đối chứng. Ngoài ra, bệnh nhân bị ảnh hưởng tiêu cực về mặt rối loạn giấc ngủ, chất lượng và thời gian bắt đầu, hiệu quả giấc ngủ theo thói quen và rối loạn chức năng ban ngày. Ngoài đặc điểm giấc ngủ của bệnh nhân, tác giả chưa đề cập đến yếu tố gây ảnh hưởng giấc ngủ [10].

Nhận xét: Thiết kế nghiên cứu so sánh nhóm bệnh và nhóm chứng, nghiên cứu cắt ngang. Nghiên cứu có nhóm đối chứng, đo lường bằng công cụ chuẩn hóa (PSQI), so sánh số liệu định lượng rõ ràng tuy nhiên cỡ mẫu nhỏ, chỉ đo tại một thời điểm nên không xác định được quan hệ nhân quả. Mức bằng chứng: trung bình.

- Theo nghiên cứu của Prakriti S. và cộng sự năm 2023 về sự liên quan giữa ngứa và giấc ngủ trên bệnh nhân vẩy nến và bệnh mày đay mạn tính tự phát. Trong 255 bệnh nhân nghiên cứu có 124 bệnh nhân mắc bệnh mày đay mạn tính tự phát. Kết quả cho thấy trong số 255 bệnh nhân, phần lớn bệnh nhân (84,6%) có mức độ ngứa trung bình hoặc nặng với 24% ảnh hưởng đến giấc ngủ. Có 36 bệnh nhân mắc bệnh mày đay mạn tính có triệu chứng ngứa về đêm. Mức độ ngứa có liên quan đến tình trạng mất ngủ, bệnh nhân thường bị ngứa nặng hơn về đêm [11].

Nhận xét: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu có cỡ mẫu tương đối lớn, có đánh giá mối liên quan giữa ngứa và giấc ngủ. Tuy nhiên không có nhóm chứng khỏe mạnh, đo lường dựa trên tự báo cáo. Mức bằng chứng: trung bình – thấp.

- Theo nghiên cứu của Manuel S. D. và cộng sự năm 2023 về chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân mắc bệnh mày đay mạn tính trên 75 bệnh nhân. Tác giả thấy rằng 78,67% bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém. Bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ kém có khả năng kiểm soát bệnh kém hơn so với những bệnh nhân có chất lượng giấc ngủ bình thường. Hơn nữa, các triệu chứng của bệnh mày đay, chủ yếu là ngứa ($p=0,07$) góp phần ảnh hưởng giấc ngủ người bệnh. Các tác giả cho rằng suy giảm chất lượng giấc ngủ thường gặp ở những bệnh nhân mắc bệnh mày đay mạn tính tự phát và có vẻ như liên quan đến chất lượng cuộc sống kém, các triệu chứng và dấu hiệu bệnh nhiều hơn và tỉ lệ lo lắng và trầm cảm cao hơn [2].

Nhận xét: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu sử dụng tiêu chí rõ ràng (chất lượng giấc ngủ kém và tốt), phân tích mối liên quan với kiểm soát bệnh. Tuy nhiên không có nhóm chứng, cỡ mẫu nhỏ, chỉ quan sát tại một thời điểm. Mức bằng chứng: trung bình - thấp.

- Theo nghiên cứu của Caroline M. và cộng sự năm 2020 về mất ngủ ở bệnh nhân mày đay mạn tính và viêm da dị ứng trên 61 bệnh nhân. Trong đó có 36 người mắc bệnh mày đay mạn tính. Kết quả, 9 bệnh nhân có “vấn đề khi đi vào giấc ngủ”, 17 bệnh nhân có “vấn đề duy trì giấc ngủ”, 15 bệnh nhân có “vấn đề khi thức dậy quá sớm”, 16 bệnh nhân hài lòng về giấc ngủ của mình. Có mối tương quan giữa điểm ISI và điểm DLQI ($p=0,029$) và giữa điểm ngứa và điểm DLQI ($p > 0,001$). Kết quả nghiên cứu báo cáo rằng ngứa là lí do chính gây mất ngủ ở những bệnh nhân mắc bệnh mày đay mạn tính [12].

Nhận xét: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu thang đo ISI, DLQI; mô tả cụ thể triệu chứng mất ngủ. Tuy nhiên không có nhóm chứng, cỡ mẫu nhỏ. Mức bằng chứng: trung bình - thấp.

- Theo nghiên cứu của Asako Itakura và cộng sự năm 2018 đánh giá sự suy giảm chất lượng cuộc sống thực tế ở những bệnh nhân mày đay mạn tại Nhật Bản, trong đó có 556 bệnh nhân mày đay mạn tính. Khoảng 60% bệnh nhân chọn “Tôi thường khó ngủ vào ban đêm vì da ngứa dữ dội” là triệu chứng nổi mày đay khó chịu nhất. Vì những khó khăn trong cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân có thể bị đánh giá thấp do các mảng mày đay thường biến mất trong vòng một ngày, nghiên cứu này cung cấp cái nhìn sâu sắc về tầm quan trọng của việc đánh giá chất lượng cuộc sống dựa trên báo cáo của chính bệnh nhân. Các tác giả kết luận rằng, chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân mày đay mạn tính suy giảm đáng kể [13].

Nhận xét: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu có cỡ mẫu lớn, khảo sát nhiều khía cạnh chất lượng cuộc sống, dữ liệu tại Nhật Bản có thể đại diện tốt. Tuy nhiên không có nhóm chứng khỏe mạnh, dữ liệu dựa trên tự báo cáo. Mức bằng chứng: trung bình.

- Theo nghiên cứu của Alicja O. P. và cộng sự năm 2018 về căng thẳng, ngứa và chất lượng cuộc sống trên 46 bệnh nhân nữ mắc bệnh mày đay mạn tính, 18 bệnh nhân (39%) có các rối loạn giấc ngủ liên quan đến ngứa. Mười người trong số họ báo cáo rằng họ thức giấc hơn 3 lần trong một đêm. Các tác giả kết luận ngứa ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân, cho nên việc quản lý triệu chứng ngứa là hết sức quan trọng, góp phần cải thiện tình trạng sức khỏe tinh thần của bệnh nhân [14].

Nhận xét: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu mô tả chi tiết triệu chứng giấc ngủ và ngứa. Tuy nhiên cỡ mẫu nhỏ, chỉ ở nữ giới. Mức bằng chứng: thấp.

Qua các nghiên cứu trên, khi so sánh và đối chiếu:

- Điểm giống nhau: Tất cả các nghiên cứu đều thuộc nhóm nghiên cứu quan sát cắt ngang. Ngứa vào ban đêm là yếu tố chính gây rối loạn giấc ngủ (Prakriti 2023, Caroline 2020, Asako 2018, Alicja 2018). Chất lượng giấc kém phổ biến ở bệnh nhân mày đay mạn tính với tỉ lệ cao >60% ở hầu hết các nghiên cứu. Suy giảm giấc ngủ liên quan đến giảm chất lượng cuộc sống (Manuel 2023, Caroline 2020, Asako 2018, Alicja 2018).

- Điểm khác nhau: Nghiên cứu của Azza 2024 cung cấp số liệu định lượng rõ ràng về thời gian ngủ, tiềm ẩn ngủ và hiệu quả ngủ; các nghiên cứu khác chủ yếu mô tả tỉ lệ và mối liên quan. Các công cụ đo lường khác nhau được sử dụng. Mẫu nghiên cứu của Asako rất lớn (556 bệnh nhân), có nghiên cứu chỉ vài chục bệnh nhân. Một số nghiên cứu chỉ rõ nguyên nhân (ngứa ban đêm), một số không phân tích yếu tố (Azza 2024). Manuel 2023 còn ghi nhận giấc ngủ kém liên quan đến kiểm soát bệnh kém, lo âu và trầm cảm.

Các bằng chứng từ những nghiên cứu này cho thấy:

- Mày đay mạn tính thường kèm rối loạn giấc ngủ với tỉ lệ cao.

- Ngứa, đặc biệt là ngứa về đêm, là nguyên nhân chính gây khó vào giấc, khó duy trì giấc ngủ, và giảm hiệu quả ngủ.

- Chất lượng giấc ngủ kém không chỉ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống mà còn liên quan đến mức độ kiểm soát bệnh, các triệu chứng tâm lý (lo âu, trầm cảm).

- Nghiên cứu của Azza 2024 nổi bật ở chỗ định lượng chi tiết sự suy giảm giấc ngủ; các nghiên cứu khác cũng có cơ chế và mối liên quan nguyên nhân – hệ quả.

2.3. Ảnh hưởng của mất ngủ lên bệnh mày đay mạn tính

Theo Azza M Abdel-Meguid và cộng sự năm 2024 cho rằng mối quan hệ giữa rối loạn giấc ngủ và bệnh mày đay mạn tính là hai chiều, trong đó bệnh mày đay ảnh hưởng chất lượng giấc ngủ và tình trạng ngủ kém có thể làm khởi phát hoặc nặng hơn tình trạng bệnh mày đay mạn tính [10].

Ngứa là nguyên nhân gây suy giảm chất lượng cuộc sống và tình trạng này trở nên tồi tệ hơn về đêm [14]. Ngứa dẫn đến việc gãi, có thể làm gián đoạn giấc ngủ. Tuy chưa có nghiên cứu về ảnh hưởng mất ngủ lên mày đay mạn tính, tham khảo các nghiên cứu rối loạn giấc ngủ trên bệnh nhân viêm da cơ địa, ngứa cũng là nguyên nhân phổ biến gây rối loạn giấc ngủ. “Chu kỳ ngứa-gãi” có thể dẫn đến tổn thương mô và giải phóng các chất trung gian gây viêm, gây ngứa, làm trầm trọng hơn tình trạng rối loạn giấc ngủ, bao gồm:

- Bạch cầu ái toan, yếu tố tăng trưởng thần kinh và neuropeptide dẫn đến quá mẫn cảm giác da [15].

- Sự biến đổi nhịp sinh học trong lưu lượng máu qua da, mất nước qua biểu bì và nồng độ cortisol có thể làm trầm trọng hơn ngứa về đêm [15].

- Sự gia tăng các cytokine tiền viêm, chẳng hạn như TNF alpha và interleukin-6 có thể gây ngứa [16].

2.4. Đánh giá mất ngủ trên bệnh nhân mày đay mạn tính

2.4.1. Thang đo đánh giá chất lượng giấc ngủ

Để đánh giá chất lượng giấc ngủ, nhiều điểm đã được sử dụng, trong đó phổ biến nhất là Thang điểm Giấc ngủ Pittsburgh (PSQI) và Thang điểm Insomnia Severity Index (ISI).

Chỉ số chất lượng giấc ngủ PittSburgh (PSQI) được giới thiệu lần đầu tiên vào năm 1989 [17]. Bảng điểm PSQI là công cụ hữu hiệu được sử dụng nhiều nơi trên thế giới nhằm lượng giá chất lượng giấc ngủ, là một thang có độ nhạy 93,9% và độ đặc hiệu 47,1%, được coi là tài liệu tham khảo được chấp nhận hoặc tiêu chuẩn vàng cho chất lượng giấc ngủ tự đánh giá. Ngoài ra, đây là công cụ đánh giá sức khỏe giấc ngủ được sử dụng rộng rãi nhất trong lâm sàng và nghiên cứu [18], [19]. Chính vì thế PSQI được dùng phổ biến trong các bệnh về da như mày đay mạn tính, vẩy nến, viêm da cơ địa,... các bệnh này thường gây triệu chứng ngứa ngáy, gây khó chịu, ảnh hưởng trực tiếp đến giấc ngủ [10], [12].

Tại Việt Nam, đánh giá chất lượng giấc ngủ bằng “Thang PSQI” theo bản dịch tiếng Việt được sử dụng tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai [20]. Chỉ số PSQI là tổng hợp điểm của một bảng câu hỏi mà người được hỏi tham gia trả lời gồm: 4 câu hỏi có kết thúc mở, 14 câu hỏi khi trả lời cần dựa trên tần suất sự kiện và mức độ tốt xấu khác nhau trên 7 phương diện trong thời gian một tháng:

- Thời gian ngủ.
- Tỉnh giấc giữa đêm.
- Mức độ khó ngủ.
- Mức ảnh hưởng đến hoạt động ban ngày do thiếu ngủ.
- Hiệu suất giấc ngủ.
- Tự đánh giá chất lượng giấc ngủ.
- Sử dụng thuốc ngủ [17].

Chất lượng giấc ngủ được tính bằng thang điểm có giá trị từ 0-21, sẽ được báo cáo dưới 2 dạng:

- Tổng điểm chung của các câu hỏi hoặc

- Hai nhóm “chất lượng giấc ngủ kém” hay “chất lượng giấc ngủ tốt”:
- + Tổng điểm PSQI ≤ 5 liên quan đến chất lượng giấc ngủ tốt (không có rối loạn giấc ngủ).
- + Tổng điểm PSQI > 5 liên quan đến chất lượng giấc ngủ kém (có rối loạn giấc ngủ) [17].

Chỉ số mức độ mất ngủ ISI (Insomnia Severity Index) là một công cụ đánh giá lâm sàng được sử dụng rộng rãi để đo lường mức độ nghiêm trọng của chứng mất ngủ. Được phát triển bởi Morin và cộng sự vào năm 1993, ISI là một công cụ ngắn gọn, dễ sử dụng và có độ tin cậy cao, giúp đánh giá các khía cạnh khác nhau của chứng mất ngủ, bao gồm triệu chứng, tác động đến cuộc sống hàng ngày và mức độ lo lắng về giấc ngủ [21]. Chỉ số có độ nhạy trung bình là 80% và độ đặc hiệu trung bình là 86% [18]. Thang điểm ISI cũng được dùng phổ biến trong một số bệnh da liễu như mày đay mạn tính, vẩy nến, viêm da cơ địa,.. [12], [22].

Thang điểm gồm 7 câu hỏi:

Câu 1: Bạn có khó ngủ vào ban đêm?

Câu 2: Bạn có thức dậy nhiều lần trong đêm?

Câu 3: Bạn có khó ngủ lại sau khi thức dậy vào ban đêm?

Câu 4: Bạn thức dậy sớm hơn mong muốn và không thể ngủ lại?

Câu 5: Bạn cảm thấy buồn ngủ ban ngày?

Câu 6: Bạn cảm thấy mệt mỏi do thiếu ngủ?

Câu 7: Bạn gặp khó khăn trong việc tập trung do thiếu ngủ? [21].

Mỗi câu hỏi được đánh giá theo thang điểm Likert 5 điểm từ 0-4.

- Không khó khăn: 0 điểm.

- Khó khăn nhẹ: 1 điểm.

- Khó khăn trung bình: 2 điểm.

- Khó khăn nhiều: 3 điểm.

- Khó khăn rất nhiều: 4 điểm [21].

Tổng điểm ISI từ 0 đến 28 điểm. Được chia thành 4 mức độ:

- Mất ngủ nhẹ: 0 – 7 điểm.

- Mất ngủ trung bình: 8 – 14 điểm.

- Mất ngủ nặng: 15 – 21 điểm.

- Mất ngủ rất nặng: 22 – 28 điểm [21].

2.4.2. Đo đa ký giấc ngủ

Người ta đã xác định rõ rằng đa ký giấc ngủ (PSG) được chỉ định khi có nghi ngờ lâm sàng về các rối loạn giấc ngủ khác như rối loạn vận động chân tay theo chu kỳ (PLMD) hoặc bất kỳ loại rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ (SRBD), chẳng hạn như ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA) [23]. Tuy nhiên, PSG không cần thiết hoặc không đủ để chẩn đoán chứng mất ngủ [24].

Theo Hướng dẫn về mất ngủ của Châu Âu, khuyến nghị rằng PSG cũng nên được thực hiện ở những bệnh nhân bị mất ngủ đã kháng trị với nhiều biện pháp can thiệp điều trị khác nhau (CBT-I và/hoặc thuốc ngủ) với mục đích phát hiện các rối loạn giấc ngủ tiềm ẩn cho đến nay, ở những bệnh nhân có nguy cơ gặp tai nạn liên quan đến mệt mỏi để đánh giá mức độ thiếu ngủ và ở những bệnh nhân nghi ngờ có sự không phù hợp lớn giữa các phát hiện chủ quan và khách quan [25].

2.4.3. Đánh giá nguyên nhân hoặc yếu tố góp phần gây mất ngủ

Bảng 1. Các bệnh lý đi kèm chính hoặc các yếu tố góp phần gây mất ngủ mạn tính (lưu ý: có thể bất kỳ loại bệnh lý nào cũng có thể là nguyên nhân hoặc yếu tố góp phần gây ra chứng mất ngủ) [8].

Tâm thần	Thực thể	Thần kinh	Lạm dụng/chất gây nghiện
Rối loạn trầm cảm	Bệnh tim mạch	Bệnh thoái hóa thần kinh	Rượu
Rối loạn lưỡng cực	Đái tháo đường	Bệnh mạch máu não	Nicotine
Rối loạn lo âu	Bệnh thận mạn	Chấn thương sọ não	Caffeine
Rối loạn nhân cách ranh giới	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)	Đa xơ cứng	Tetrahydrocannabinol/ cần sa
Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD)	Bệnh thấp khớp	Hội chứng chân không yên / cử động chi theo chu kỳ (RLS/PLMD)	Opioid
Tâm thần phân liệt	Đau mạn tính	Bệnh mất ngủ gia đình gây tử vong	“Ma túy thiết kế” (Designer drugs)
Rối loạn sử dụng chất	Các loại bệnh ác tính		Cocaine
Rối loạn hô hấp khi ngủ (SRBD/OSA)			Amphetamine

Do đó, ở bệnh nhân mất ngủ có nghi ngờ bệnh đồng mắc, một cuộc khám lâm sàng toàn diện là cần thiết nhằm loại trừ các rối loạn y khoa đặc hiệu cần được điều trị riêng biệt, và khi cần thiết, xem xét điều trị mất ngủ như một tình trạng đồng mắc. Quan điểm lâm sàng trước đây, hiện nay đã lỗi thời, cho rằng mất ngủ chủ yếu chỉ là một triệu chứng, đã bị thách thức mạnh mẽ bởi các bằng chứng cho thấy mất ngủ mạn tính là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với các rối loạn sức khỏe tâm thần như trầm cảm hoặc lo âu. Thật vậy, hầu hết mọi dạng rối loạn tâm thần đều thường đi kèm với mất ngủ hoặc có thể góp phần làm nặng thêm triệu chứng mất ngủ (Bảng 1). Nhiều bệnh nhân mất ngủ đồng thời mắc một rối loạn tâm thần khác, vốn có thể bị kỳ thị và do đó không được bệnh nhân tự báo cáo. Vì vậy, trong bối cảnh đánh giá lâm sàng mất ngủ, cần chủ động khai thác mọi dạng rối loạn tâm thần [8].

2.5. Quản lý mất ngủ trên bệnh nhân mày đay mạn tính

2.5.1. Điều trị bệnh mày đay mạn tính

Theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu” của Bộ Y tế (2023):

- Lựa chọn thứ nhất: Thuốc kháng histamin H1 thế hệ 2: fexofenadin, desloratadin, loratadin, cetirizin, bilastin, rupatadin,...

+ Điều trị khởi đầu bằng liều chuẩn của thuốc, và theo dõi đáp ứng điều trị. Sau 2 - 4 tuần không có đáp ứng, cân nhắc tăng liều kháng histamin (theo nghiên cứu có thể tăng liều gấp 4 lần bình thường mà không gây tác dụng phụ).

+ Kháng histamin được cho thấy có hiệu quả nếu sử dụng hàng ngày (khác với việc sử dụng khi cần) và nếu đạt được kiểm soát bệnh, nên duy trì liều kháng histamin hiệu quả trong vài tuần đến 1 tháng. Đối với mày đay mạn cần duy trì kéo dài hơn tùy theo ý kiến bác sĩ chuyên khoa.

+ Việc kết hợp 2 loại kháng histamin H1 được cho là không có lợi ích so với sử dụng 1 loại đơn độc.

- Lựa chọn thứ hai: omalizumab được FDA cho phép sử dụng điều trị mày đay mạn tính với liều 150 – 300mg tiêm dưới da mỗi 4 tuần cho trường hợp bệnh nhân không đáp ứng với kháng histamin liều gấp 4 lần liều tiêu chuẩn sau 2 - 4 tuần.

- Lựa chọn thứ ba: cyclosporin được lựa chọn cho mày đay mạn với liều 3-5mg/kg/ngày khi bệnh nhân không đáp ứng với liệu pháp kháng histamin H1 thế hệ 2 và omalizumab (trong 6 tháng). Cần theo dõi và cân nhắc tác dụng phụ của cyclosporin khi dùng thuốc [4].

2.5.2. Quản lý mất giấc ngủ

Điều trị không dùng thuốc

Liệu pháp nhận thức hành vi cho chứng mất ngủ (CBT-I): CBT-I thường được cung cấp như một phương pháp điều trị đa thành phần bao gồm giáo dục tâm lý (bao gồm vệ sinh giấc ngủ), liệu pháp thư giãn, liệu pháp hạn chế giấc ngủ (SRT), liệu pháp kiểm soát kích thích (SCT) và một số chiến lược trị liệu nhận thức. Những liệu pháp này được thực hiện trong bốn đến tám buổi trị liệu theo định dạng cá nhân hoặc theo nhóm bởi các chuyên gia y tế được chứng nhận (chủ yếu là các nhà tâm lý học lâm sàng/chuyên gia trị liệu tâm lý hoặc y khoa). Theo một số nghiên cứu gần đây cho hiệu quả tốt khi điều trị mất ngủ bằng CBT-I [25].

Bảng 2. Phân tích tổng hợp về hiệu quả của CBT-I đối với chứng mất ngủ/rối loạn mất ngủ có bệnh đi kèm [8].

Tác giả (năm)	Đối tượng nghiên cứu	Số nghiên cứu/bệnh nhân	Can thiệp	Chỉ số đánh giá	Kết quả trên chỉ số
Curtis và cộng sự (2021) [26].	Mất ngủ + ù tai	4/470	CBT-I	ISI	Hiệu quả mức trung bình cho ISI
Ma và cộng sự (2021) [27].	Mất ngủ + ung thư vú	14/1363	CBT-I	ISI	Hiệu quả mức trung bình cho ISI
Selvanathan và cộng sự (2021) [28].	Mất ngủ + đau mạn tính	12/762	CBT-I	Các thông số giấc ngủ toàn diện, đau, triệu chứng trầm cảm	Hiệu quả mạnh trên giấc ngủ, nhỏ hơn trên đau và trầm cảm
Gao, Liu và cộng sự (2022) [29].	Mất ngủ + ung thư	16/1523	CBT-I	SE, SOL, WASO, ISI	Hiệu quả nhỏ đến trung bình cho ISI, SOL, WASO
Hertenstein và cộng sự (2022) [30].	Mất ngủ + rối loạn tâm thần đồng mắc	22/1083	CBT-I	ISI, mức độ nặng triệu chứng đồng mắc	Hiệu quả đáng kể mức trung bình-lớn cho ISI, đáng kể cho triệu chứng đồng mắc
Squires và cộng sự (2022) [31].	Mất ngủ + ung thư	22/1461	CBT-I	ISI, TST, SE, SOL, WASO, SQ, lo âu, trầm cảm, mệt mỏi, CLCS	Hiệu quả trung bình cho ISI; nhỏ đến lớn cho TST, SE, SOL, WASO, SQ, lo âu, trầm cảm, mệt mỏi, CLCS

Các can thiệp nhận thức-hành vi/tâm lý trị liệu khác: điều trị mất ngủ dựa vào chánh niệm cho thấy hiệu quả điều trị rõ ràng, tuy nhiên số lượng bài nghiên cứu về chủ đề này

còn rất ít [32], [33]. Một nghiên cứu khác về điều trị dựa trên web sử dụng ACT, SRT và SCT cho thấy nó vượt trội [34].

Một số biện pháp khác: tập thể dục, liệu pháp ánh sáng, âm nhạc và kích thích não không xâm lấn [25].

Điều trị dùng thuốc

Theo “Chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp” của Bộ Y tế (2020): Sử dụng các thuốc gây ngủ, thuốc giải lo âu, thuốc chống trầm cảm trong điều trị mất ngủ, vì mất ngủ liên quan mật thiết với lo âu, trầm cảm.

Các thuốc chống trầm cảm: Nhóm SSRI, SNRI, 3 vòng, hoặc nhóm khác

Chọn một hoặc hai hoặc ba thuốc trong số các thuốc sau:

- Imipramin, liều 25 - 300 mg/24 giờ.
- Amitriptylin, liều 25 - 300 mg/24 giờ.
- Paroxetin, liều 20 - 80 mg/24 giờ.
- Fluoxetin, liều 10 - 80 mg/24 giờ.
- Fluvoxamin, liều 50 - 300 mg/24 giờ.
- Citalopram, liều 20 - 60 mg/24 giờ.
- Escitalopram, liều 10 - 20mg/24 giờ.
- Sertralin, liều 50 - 200 mg/24 giờ.
- Venlafaxin, liều 37,5 - 375 mg/24 giờ.
- Mirtazapin, liều 15 - 60mg/24 giờ.

Nhóm thuốc bình thần, giải lo âu nhóm benzodiazepins: diazepam, lorazepam, bromazepam, alprazolam,... nhóm non-benzodiazepins: etifoxine HCL, sedaxio, zopiclon,... nhóm thuốc chẹn beta giao cảm: propranolol,...

Các thuốc an thần kinh: olanzapin, quetiapin,...

Một số thuốc khác điều trị rối loạn giấc ngủ: melatonin,...

Nuôi dưỡng tế bào thần kinh: piracetam, ginkgo biloba, vinpocetin, choline alfoscerate, nicergoline,....

Thuốc hỗ trợ chức năng gan, thuốc tăng cường nhận thức,...

Dinh dưỡng: bổ sung dinh dưỡng, vitamine nhóm B và khoáng chất, chế độ ăn dễ tiêu hóa (mềm, nhiều xơ), đủ vitamin và khoáng chất (hoa quả,...), tránh chất kích thích, uống đủ nước, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch,... trong những trường hợp cần thiết [35].

Bảng 3. Khuyến cáo về điều trị dùng thuốc Theo “Hướng dẫn về chứng mất ngủ của Châu Âu” năm 2023 [36].

Khuyến cáo về điều trị dùng thuốc	Loại khuyến cáo
Có thể đề xuất can thiệp bằng thuốc nếu liệu pháp nhận thức – hành vi cho mất ngủ (CBT-I) không hiệu quả	A
Các thuốc benzodiazepine (BZ) và thuốc đồng vận thụ thể benzodiazepine không thuộc nhóm benzodiazepine (BZRAs) có thể được sử dụng trong điều trị ngắn hạn rối loạn mất ngủ (≤ 4 tuần)	A
Điều trị dài hạn (sử dụng ngoài chỉ định – off-label) bằng BZ hoặc BZRA, theo chế độ hằng ngày hoặc ưu tiên dùng gián đoạn, có thể được áp dụng trong một số trường hợp; cần thảo luận kỹ lợi ích và nguy cơ trên từng cá nhân	B
Có thể cân nhắc sử dụng liều thấp thuốc chống trầm cảm có tác dụng an thần (sử dụng ngoài chỉ định) trong điều trị ngắn hạn rối loạn mất ngủ; cần xem xét kỹ các chống chỉ định	B

Khuyến cáo về điều trị dùng thuốc	Loại khuyến cáo
Điều trị dài hạn rối loạn mất ngủ (không kèm bệnh lý đồng mắc; sử dụng ngoài chỉ định) bằng liệu thấp thuốc chống trầm cảm có tác dụng an thần có thể được áp dụng trong một số trường hợp; cần thảo luận kỹ lợi ích và nguy cơ trên từng cá nhân	B
Các thuốc đối kháng thụ thể orexin có thể được sử dụng trong thời gian tối đa 3 tháng để điều trị rối loạn mất ngủ	A
Điều trị dài hạn rối loạn mất ngủ bằng thuốc đối kháng thụ thể orexin có thể được áp dụng trong một số trường hợp; cần thảo luận kỹ lợi ích và nguy cơ trên từng cá nhân	A
Do bằng chứng còn hạn chế và xét đến tác dụng phụ, thuốc chống loạn thần không được khuyến cáo trong điều trị rối loạn mất ngủ	A
Melatonin dạng giải phóng nhanh (dạng không kê đơn hoặc kê đơn) nhìn chung không hiệu quả trong điều trị rối loạn mất ngủ, nếu không có yếu tố nhịp sinh học liên quan.	A
Điều trị dài hạn rối loạn mất ngủ bằng melatonin dạng giải phóng kéo dài (ở bệnh nhân > 55 tuổi) trong tối đa 3 tháng có thể hiệu quả trong một số trường hợp	A

III. KẾT LUẬN

Mất ngủ là một vấn đề thường gặp ở bệnh nhân mày đay mạn tính, chủ yếu liên quan đến triệu chứng ngứa dai dẳng và căng thẳng tâm lý, làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống. Các bằng chứng hiện có cho thấy kiểm soát tốt triệu chứng da có thể cải thiện giấc ngủ, nhưng cơ chế tác động hai chiều giữa mày đay và rối loạn giấc ngủ vẫn chưa được làm rõ hoàn toàn. Do đó, chiến lược điều trị cần hướng đến quản lý toàn diện, vừa giảm triệu chứng ngứa, vừa cải thiện chất lượng giấc ngủ. Trong tương lai, các nghiên cứu lâm sàng có đối chứng và công cụ đánh giá chuyên biệt là cần thiết để tối ưu hóa phác đồ điều trị và nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thường. Tổng quan về mày đay và tiếp cận điều trị. *Hình ảnh lâm sàng, chẩn đoán và điều trị trong chuyên ngành da liễu*. 2019. 1, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, Hà Nội, 530.
2. Sánchez D. M., Rodríguez P. JA, Latorre F. J. M., *et al.* Sleep Quality as a Predictor of Quality-of-Life and Emotional Status Impairment in Patients with Chronic Spontaneous Urticaria: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023. 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043508>
3. Konstantinou G. N. Psychiatric comorbidity in chronic urticaria patients: a systematic review and meta-analysis. *Clin Transl Allergy*. 2019. 9, 42. <https://doi.org/10.1186/s13601-019-0278-3>
4. Bộ Y tế, Bệnh mày đay, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu* (pp. 212-217), 2023.
5. Nasser S., Husseini A. Chronic urticaria with angioedema. *Pan Afr Med J*. 2021. 39, 253. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.39.253.30271>
6. Zuberbier T., Abdul Latiff A. H., Abuzakouk M., *et al.* The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022. 77(3), 734-766. <https://doi.org/10.1111/all.15090>
7. Pacheco D., Rehman A. Sleep Disorders. 2024. from: <https://www.sleepfoundation.org/sleep-disorders>.

8. Riemann D., Espie C. A., Altena E., *et al.* The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of sleep research*. 2023. 32(6), e14035. <https://doi.org/10.1111/jsr.14035>
9. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American psychiatric association. 2013. <https://doi.org/10.1177/0306624X1351104>
10. Abdel -M A. M., Awad S. M., Noaman M., *et al.* Does chronic urticaria affect quality of sleep and quality of life?". *J Public Health Res*. 2024. 13(2), 22799036241243268, <https://doi.org/10.1177/22799036241243268>
11. Shukla P., Verma P., Tripathi S., *et al.* Association of pruritus with sleep in patients with psoriasis and chronic spontaneous urticaria: A cross-sectional study. *J Family Med Prim Care*. 2023. 12(9), 1908-1916, https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_2425_22
12. Mann C., Dreher M., Weeß H. G., *et al.* Sleep Disturbance in Patients with Urticaria and Atopic Dermatitis: An Underestimated Burden. *Acta Derm Venereol*. 2020, 100(6), adv00073, <https://doi.org/10.2340/00015555-3416>
13. Itakura A., Tani Y., Kaneko N., *et al.* Impact of chronic urticaria on quality of life and work in Japan: results of a real-world study. *The Journal of dermatology*, 2018, 45(8), 963-970, <https://doi.org/10.1111/1346-8138.14502>
14. Ograczyk -P A., Gerlicz-Kowalczyk Z., Pietrzak A., *et al.* Stress, itch and quality of life in chronic urticaria females. *Postepy Dermatol Alergol*. 2018. 35(2), 156-160, <https://doi.org/10.5114/ada.2018.75237>
15. Bawany F., Northcott C. A., Beck L. A., *et al.* Sleep Disturbances and Atopic Dermatitis: Relationships, Methods for Assessment, and Therapies. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021, 9(4), 1488-1500, <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.12.007>
16. Caroline M., Dreher M., Weeß H.-G., *et al.* Sleep disturbance in patients with urticaria and atopic dermatitis: an underestimated burden. *Acta Dermato-Venereologica*. 2020. 100(6), 5678, <https://doi.org/10.2340/00015555-3416>
17. Buysse D. J., Reynolds C. F., Monk T. H., *et al.* The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research" *Psychiatry Research*. 1989, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
18. Curcio G., Tempesta D., Scarlata S., *et al.* Validity of the Italian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Neurol Sci*. 2013. 34(4), 511-519, <https://doi.org/10.1007/s10072-012-1085-y>
19. Fabbri M., Beracci A., Martoni M., *et al.* Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021. 18(3), <https://doi.org/10.3390/ijerph18031082>
20. Viện sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch Mai, Chi báo giấc ngủ Pittsburg (PSQI), 2011.
21. Morin C. M., *Insomnia: Psychological assessment and management* (1993), Guilford press.
22. Duus H. Z., Zibert J. R., Thomsen S. F., *et al.* Rapid Web-Based Recruitment of Patients With Psoriasis: Multinational Cohort Study. *JMIR Dermatol*, 2023, 6, e44405. <https://doi.org/10.2196/44405>
23. Crönlein T., Geisler P., Langguth B., *et al.* Polysomnography reveals unexpectedly high rates of organic sleep disorders in patients with prediagnosed primary insomnia. *Sleep Breath*. 2012. 16(4), 1097-1103, <https://doi.org/10.1007/s11325-011-0608-8>
24. Dikeos D., Wichniak A., Ktonas P. Y., *et al.* The potential of biomarkers for diagnosing insomnia: Consensus statement of the WFSBP Task Force on Sleep Disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2023. 24(8), 614-642, <https://doi.org/10.1080/15622975.2023.2171479>
25. Riemann D., Espie C. A., Altena E., *et al.* The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res*. 2023. 32(6), e14035, <https://doi.org/10.1111/jsr.14035>

26. Curtis F., Lapidou D., Bridle C., *et al.* Effects of cognitive behavioural therapy on insomnia in adults with tinnitus: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*. 2021, 56, 101405, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101405>
 27. Ma Y., D. L. Hall, Ngo L. H., *et al.* Efficacy of cognitive behavioral therapy for insomnia in breast cancer: a meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2021. 55, 101376, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2020.101376>
 28. Selvanathan J., Pham C., Nagappa M., *et al.* Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain—a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep medicine reviews*. 2021. 60, 101460, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2021.101460>
 29. Gao Y., Liu M., Yao L., *et al.* Cognitive behavior therapy for insomnia in cancer patients: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 2022. 15(3), 216-229, <https://doi.org/10.1111/jebm.12485>
 30. Hertenstein E., Trinca E., Wunderlin M., *et al.* Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with mental disorders and comorbid insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2022. 62, 101597, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101597>
 31. Squires L. R., Rash J. A., Fawcett J, *et al.* Systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for insomnia on subjective and actigraphy-measured sleep and comorbid symptoms in cancer survivors. *Sleep Medicine Reviews*. 2022. 63, 101615, <https://doi.org/10.1016/j.smr.2022.101615>
 32. Chen T.-L., Chang S.-C, Hsieh H.-F, *et al.* Effects of mindfulness-based stress reduction on sleep quality and mental health for insomnia patients: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 2020. 135, 110144, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110144>
 33. Wang Y.-Y, Wang F., Zheng W., *et al.* Mindfulness-based interventions for insomnia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Behavioral Sleep Medicine*. 2020. <https://doi.org/10.1080/15402002.2018.1518228>
 34. Chapoutot M., Peter-Derex L., Schoendorff B., *et al.* Telehealth-delivered CBT-I programme enhanced by acceptance and commitment therapy for insomnia and hypnotic dependence: A pilot randomized controlled trial. *Journal of sleep research*. 2021. 30(1), e13199, <https://doi.org/10.1111/jsr.13199>
 35. Bộ Y tế, *Mất ngủ không thực tồn*. 2020.
 36. Riemann D., Dressler R. J., Spiegelhalter K., *et al.* Insomnia Guidelines-The European Update 2023. *Clinical and Translational Neuroscience*. 2024. 8(1), 10, <https://doi.org/10.3390/ctn8010010>
-