

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM

BỘ Y TẾ



PHẠM HỒNG NGỌC

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA
PHƯƠNG PHÁP NHĨ ÁP KẾT HỢP
LUYỆN THỞ DƯỠNG SINH ĐIỀU TRỊ
CAI NGHIỆN THUỐC LÁ**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y KHOA

HÀ NỘI, NĂM 2020

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



PHẠM HỒNG NGỌC

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA
PHƯƠNG PHÁP NHĨ ÁP KẾT HỢP
LUYỆN THỞ DƯỠNG SINH ĐIỀU TRỊ
CAI NGHIỆN THUỐC LÁ**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y KHOA

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã số: 87 20 115

Người hướng dẫn khoa học: TS.BS Trần Thái Hà

HÀ NỘI, NĂM 2020

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này, tôi xin chân thành cảm ơn:

Ban Giám đốc, Phòng Đào tạo sau đại học – Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã giúp đỡ và tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Với tấm lòng chân thành, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới:

- Tiến sĩ Trần Thái Hà, Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, Phó chủ nhiệm Bộ môn Xoa bóp bấm huyệt – Khí công dưỡng sinh Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, người thầy đã dành nhiều thời gian quý báu và công sức để dạy bảo và hướng dẫn cho tôi về mọi mặt, tạo cho tôi nhiều điều kiện thuận lợi trong quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

- Các thầy cô giáo Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã dạy bảo, truyền đạt kiến thức cho tôi trong quá trình học tập tại trường.

- Ban phòng chống tác hại của thuốc lá, tập thể các bác sỹ, điều dưỡng Khoa Khám bệnh, Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, những người đã tạo mọi điều kiện thuận lợi cho tôi trong suốt quá trình học tập và hoàn thành luận văn.

Cuối cùng tôi xin bày tỏ lòng cảm kích và biết ơn sâu sắc tới Bố, Mẹ những người thân trong gia đình, cơ quan, đồng nghiệp và bạn bè đã luôn động viên, giúp đỡ và ủng hộ tôi trong suốt quá trình học tập cũng như quá trình hoàn thành luận văn này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Phạm Hồng Ngọc

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Phạm Hồng Ngọc học viên cao học khóa 11 Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của thầy TS. Trần Thái Hà.
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2020

Người viết cam đoan

Phạm Hồng Ngọc

MỤC LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

DANH MỤC BẢNG

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

DANH MỤC HÌNH ẢNH

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. Tình hình sử dụng thuốc lá trên thế giới và Việt Nam	3
1.1.1. Tình hình sử dụng thuốc lá trên thế giới.....	3
1.1.1. Tình hình sử dụng thuốc lá tại Việt Nam.....	3
1.2. Tổng quan về Thuốc lá.....	4
1.2.1. Cây thuốc lá	4
1.2.2. Thuốc lá.....	4
1.2.4. Tác hại của hút thuốc lá:	5
1.2.5. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ hút thuốc lá.....	7
1.3. Nghiện thuốc lá	8
1.3.1. Khái niệm nghiện thuốc lá.	8
1.3.2. Cơ chế nghiện thuốc lá và cơ chế cai nghiện thuốc lá.....	8
1.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá và các tiêu chuẩn liên quan	10
1.4.1. Chẩn đoán xác định nghiện thuốc lá.....	10
1.4.2. Đánh giá tình trạng nghiện thuốc lá.....	11
1.5. Phương pháp điều trị nghiện thuốc lá	14
1.5.1. Y học hiện đại cai nghiện thuốc lá.....	14
1.5.2. Y học cổ truyền cai nghiện thuốc lá	14
1.6. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước về phương pháp nhĩ châm và dưỡng sinh.....	23
1.6.1 Nghiên cứu về nhĩ châm	27
1.6.2 Nghiên cứu về dưỡng sinh	28

CHƯƠNG 2. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ	30
PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	30
2.1. Chất liệu nghiên cứu	30
2.2. Đối tượng nghiên cứu	31
2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân	31
2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ	32
2.3. Địa điểm nghiên cứu	32
2.4. Thời gian nghiên cứu	32
2.5. Phương pháp nghiên cứu.....	33
2.5.1. Thiết kế nghiên cứu.....	33
2.5.2. Tiến hành nghiên cứu.....	33
2.6. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu.	35
2.7. Biến số và chỉ số nghiên cứu.	35
2.8. Cách thu thập và đánh giá số liệu	38
2.7.1. Cách thu thập số liệu.....	38
2.7.2. Các chỉ tiêu chung đánh giá đối tượng.	38
2.9. Sai số và biện pháp khắc phục.	41
2.10. Xử lý số liệu	42
2.11. Đạo đức nghiên cứu	43
SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU.....	44
CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	45
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	45
3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới tính.	45
3.1.2. Lý do bắt đầu hút thuốc lá.....	46
3.1.3. Số năm hút thuốc lá.....	47
3.1.4. Số lượng điếu thuốc hút trong ngày.....	48
3.1.5. Tổng số lần bỏ thuốc lá.....	49
3.1.6. Lần bỏ thuốc lâu nhất.....	50
3.1.7. Lý do cai thuốc lá.....	51

3.1.8. Mức độ nghiện thực thể theo thang điểm Fagerstrom.....	52
3.1.9 Quyết tâm cai thuốc lá	53
3.2. Kết quả điều trị.....	54
3.2.1. Sự cải thiện các triệu chứng của hội chứng cai	54
3.2.2. Đánh giá kết quả dựa trên thang điểm MPSS	55
3.2.3. Thay đổi nồng độ khí CO trước và sau điều trị	56
3.2.4. Đánh giá kết quả điều trị dựa trên nồng độ CO	57
3.2.5. Tương quan giữa kết quả điều trị và một số đặc điểm của bệnh nhân.....	58
3.2.6. Sự thay đổi nhịp tim và huyết áp	61
3.2.7. Các chỉ số xét nghiệm	61
3.3.8. Theo dõi tác dụng không mong muốn	63
3.2.9. Đánh giá kết quả cai nghiện thuốc lá 1 tháng sau đợt điều trị.....	63
CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN.....	64
4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.....	64
4.1.1. Tuổi và giới tính.....	64
4.1.2. Lý do bắt đầu hút thuốc lá.....	65
4.1.3 Số năm hút thuốc lá.....	66
4.1.4. Số điếu thuốc lá hút trong ngày	67
4.1.5. Tổng số lần cai thuốc lá	68
4.1.6. Lần bỏ thuốc lâu nhất.....	68
4.1.7. Lý do cai thuốc lá.....	69
4.1.7. Mức độ nghiện thực thể	70
4.1.8. Quyết tâm cai thuốc lá	70
4.2. Kết quả điều trị của bệnh nhân nghiên cứu.....	71
4.2.1. Sự cải thiện các triệu chứng của hội chứng cai	71
4.2.2. Đánh giá dựa trên thang điểm MPSS.....	73
4.2.3. Đánh giá kết quả điều trị dựa theo nồng độ CO	74

4.2.4. Tương quan giữa kết quả điều trị và một số đặc điểm của bệnh nhân.....	77
4.2.5. Tương quan giữa kết quả điều trị và thang điểm MPSS.....	79
4.3. Các huyết sử dụng trong nghiên cứu và luyện thở dưỡng sinh.	79
4.4. Tác dụng không mong muốn	82
4.4.1. Thay đổi nhịp tim và huyết áp trước và sau điều trị	82
4.4.2. Các chỉ số xét nghiệm trước và sau điều trị.....	82
4.4.3. Theo dõi tác dụng không mong muốn	83
4.5. Đánh giá kết quả cai nghiện thuốc lá 1 tháng sau đợt điều trị.....	83
KẾT LUẬN	85
KHUYẾN NGHỊ.....	86
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC 1	
PHỤ LỤC 2	
PHỤ LỤC 3	

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

COPD:	Chronic obstructive pulmonary disease (Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính)
D0	Ngày trước khi điều trị
D7	Ngày điều trị thứ 7
D14	Ngày điều trị thứ 14
D21	Ngày điều trị thứ 21
D28	Ngày điều trị thứ 28
DSM:	Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Cẩm nang chẩn đoán các rối loạn tâm thần)
ĐTYTQG	Điều tra Y tế Quốc gia
GATS:	Global Adult Tobacco survey (Điều tra toàn cầu về hút thuốc lá)
SAVY	Survey Assessment of Vietnamese Youth (Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam)
MPSS:	Mood and Physical Symptoms Scale (Thang điểm theo dõi triệu chứng trong cai nghiện thuốc lá)
NNC	Nhóm nghiên cứu
NC	Nhóm chứng
VBLH	Vương bất lưu hành
YHCT	Y học cổ truyền
YHHĐ	Y học hiện đại
WHO	World Health Organization (Tổ chức Y tế thế giới)

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3. 1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	45
Bảng 3. 2 Phân bố bệnh nhân theo giới tính	45
Bảng 3. 3 Các triệu chứng của hội chứng cai	54
Bảng 3. 4 Kết quả theo thang MPSS.....	55
Bảng 3. 5 Nồng độ khí CO.....	56
Bảng 3. 6 Kết quả dựa theo nồng độ CO	57
Bảng 3. 7 Tương quan giữa kết quả điều trị nhóm tuổi	58
Bảng 3. 8 Tương quan giữa kết quả điều trị và mức độ nghiện.....	59
Bảng 3. 9 Tương quan giữa kết quả điều trị và quyết tâm cai	59
Bảng 3. 10 Tương quan giữa kết quả điều trị và thang MPSS	60
Bảng 3. 11 Sự thay đổi nhịp tim và huyết áp.....	61
Bảng 3. 12 Các chỉ số nước tiểu.....	61
Bảng 3. 13 Các chỉ số huyết học	61
Bảng 3. 14 Các chỉ số sinh hóa máu	62
Bảng 3. 15 Tác dụng không mong muốn.....	63
Bảng 3. 16 Kết quả 1 tháng sau đợt điều trị.....	63

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3. 1 Lý do bắt đầu hút thuốc lá	46
Biểu đồ 3. 2 Số năm hút thuốc lá	47
Biểu đồ 3. 3 Số lượng điếu thuốc hút trong ngày	48
Biểu đồ 3. 4 Tổng số lần bỏ thuốc lá	49
Biểu đồ 3. 5 Lần bỏ thuốc lâu nhất	50
Biểu đồ 3. 6 Lý do cai thuốc lá	51
Biểu đồ 3. 7 Mức độ nghiện thực thể theo thang điểm Fagerstrom.....	52
Biểu đồ 3. 8 Quyết tâm cai thuốc lá.....	53

DANH MỤC HÌNH ẢNH

Hình 1. 1. Cây thuốc lá.....	4
Hình 1. 2. Thuốc lá điếu.....	4
Hình 1. 3. Sơ đồ huyết loa tai.....	21
Hình 2. 1. Miếng dán nhĩ áp.....	30
Hình 2. 2 Máy Smokerlyzer	30
Hình 2. 3. Que dò huyết	31

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc lá là một trong những mối đe dọa sức khỏe cộng đồng lớn nhất mà thế giới phải đối mặt, giết chết hơn 8 triệu người mỗi năm trên toàn thế giới. Trong đó có hơn 7 triệu ca tử vong này là kết quả của việc sử dụng thuốc lá trực tiếp và khoảng 1,2 triệu ca tử vong do hút thuốc lá thụ động [1]. Tại Việt Nam, theo thống kê điều tra tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành (GATS 2015), đã cho thấy có 22,5% dân số trên 15 tuổi đang hút thuốc lá, tương đương với 15,6 triệu người[2].

Khoảng 80% trong số 1,1 tỷ người hút thuốc trên toàn thế giới sống ở các nước thu nhập thấp và trung bình, nơi gánh nặng của bệnh tật và tử vong liên quan đến thuốc lá là nặng nhất. Sử dụng thuốc lá góp phần làm tăng tỷ lệ nghèo đói do họ phải giảm bớt các nhu cầu cơ bản như thực phẩm và nơi ở. Hành vi chi tiêu này rất khó để kiểm chế vì thuốc lá mang tính chất gây nghiện.

Nguyên nhân cơ bản gây nên những tác hại về sức khỏe này chính là do trong thuốc lá có khoảng 7000 chất hóa học, trong đó có 250 chất gây hại và ít nhất 69 chất gây ung thư [3][4][5] và đặc biệt có nicotin - một chất gây nghiện quyết định sự phụ thuộc và chống lại các cố gắng bỏ thuốc lá. Thuốc lá còn gây ra các bệnh lý mạn tính trầm trọng khác như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hay ung thư[6].

Bên cạnh đó, chi phí kinh tế của việc sử dụng thuốc khá là lớn, bao gồm chi phí chăm sóc sức khỏe để điều trị bệnh do sử dụng thuốc lá cũng như nguồn nhân lực lao động bị mất do bệnh tật và tử vong vì sử dụng thuốc lá. Trên toàn Thế giới mỗi năm ước tính sử dụng thuốc lá gây thiệt hại khoảng 500 tỷ đô la Mỹ. Tại Việt Nam, năm 2012 người dân Việt Nam đã chi 22 nghìn tỷ đồng cho mua thuốc lá, chưa kể các chi phí do bệnh lý mà hút thuốc lá gây ra là hơn 23 tỷ đồng mỗi năm. Chi tiêu về thuốc lá đã làm giảm các chi tiêu thiết yếu khác của hộ gia đình, đặc biệt gia đình có thu nhập thấp. Các chi

tiêu này chiếm gần 5% ở những hộ nghèo cao hơn chi tiêu về y tế hay giáo dục[7].

Với xu thế hiện nay, ngày càng có nhiều phương pháp cũng như các chương trình phòng chống và cai nghiện thuốc lá ra đời. Về y học hiện đại, những phương pháp đã tiến hành như viên dán nicotine, laser, tâm lý liệu pháp.... Y học cổ truyền cũng có nhiều phương pháp cai nghiện thuốc lá trong đó phương pháp nhĩ áp là một phương pháp được chứng minh có nhiều hiệu quả trong cai nghiện thuốc lá với tác dụng làm giảm hội chứng cai giúp bệnh nhân vượt qua khó khăn trong quá trình cai nghiện[8]. Triệu chứng của hội chứng cai là một rào cản lớn trong quá trình cai nghiện thuốc lá của bệnh nhân, các triệu chứng này gồm có: thèm thuốc, căng thẳng, cáu gắt, mất ngủ...liên quan nhiều đến sự rối loạn của hoạt động tâm thần kinh của cơ thể mà theo y học cổ truyền đó là sự mất thăng bằng về mặt âm dương. Chúng tôi nhận thấy luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng là phương pháp có tác dụng cân bằng âm dương, thiên về tác động điều hòa hệ thống tâm thần kinh của cơ thể con người, ngoài ra tập luyện thở còn rất tốt cho những người bị bệnh hô hấp là những bệnh mà người hút thuốc rất hay gặp phải vì vậy mà luyện thở dưỡng sinh cũng là một phương pháp thích hợp để điều trị cai nghiện thuốc lá. Chính vì vậy chúng tôi lựa chọn hai phương pháp nhĩ áp và luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng để tiến hành nghiên cứu “*Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh điều trị cai nghiện thuốc lá*” để nâng cao hiệu quả điều trị với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng điều trị cai nghiện thuốc lá trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.
2. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.

CHƯƠNG 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tình hình sử dụng thuốc lá trên thế giới và Việt Nam

1.1.1. Tình hình sử dụng thuốc lá trên thế giới

Trong năm 2012, có 34 quốc gia có mức tiêu thụ thuốc lá trung bình ít hơn 10 điếu mỗi ngày, có 78 quốc gia có mức tiêu thụ trung bình từ 10 đến 20 điếu mỗi ngày và 75 quốc gia có mức tiêu thụ lớn hơn 20 điếu mỗi ngày.

Do sự gia tăng dân số trên 15 tuổi dẫn đến số lượng đàn ông và phụ nữ hút thuốc hàng ngày tăng liên tục, tăng từ 721 triệu (700 triệu - 742 triệu) vào năm 1980 lên 967 triệu (944 triệu - 989 triệu) trong năm 2012. Từ 1980 đến 2012, số lượng thuốc lá hút trên toàn thế giới đã tăng từ 4,96 nghìn tỷ (4,78 nghìn tỷ - 5,16 nghìn tỷ) lên 6,25 nghìn tỷ (6,07 nghìn tỷ - 6,44 nghìn tỷ) [9].

Ở Mỹ, gần 42 triệu người hút thuốc lá và hơn 3,5 triệu người là học sinh, sinh viên. Ở các nước châu Âu, tỷ lệ hút thuốc lá ước tính khoảng 28,6% dân số, trong đó 40% nam giới; 18,2% nữ giới[10].

1.1.1. Tình hình sử dụng thuốc lá tại Việt Nam.

Theo điều tra toàn cầu năm 2010 về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành (trên 15 tuổi), Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ nam giới hút thuốc lá cao nhất thế giới với 47,4% nam giới trưởng thành hút thuốc. Rất may là tỷ lệ nữ hút thuốc còn thấp, chỉ chiếm 1,4% nữ giới trưởng thành (Điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành - GATS-2010)[11]

Tỷ lệ hút thuốc vào năm 2015 có xu hướng giảm so với năm 2010, tỷ lệ hút thuốc chung là 23,8% năm 2010 và 22,5% năm 2015, tỷ lệ nam giới hút thuốc là 47,4% năm 2010 và 45,3% năm 2015 và tỷ lệ nữ giới hút thuốc là 1,4% năm 2010 và 1,1% năm 2015 [2].

1.2. Tổng quan về Thuốc lá

1.2.1. Cây thuốc lá

Cây thuốc lá còn gọi là *Nicotiana thnam* (Campuchia), Yên thảo (Trung Quốc), Tabac (Pháp). Có tên khoa học là *Nicotiana tabacum* L, thuộc họ Cà Salanaceae [12]



Hình 1. 1. Cây thuốc lá

1.2.2. Thuốc lá

Thuốc lá là tên gọi của một sản phẩm được làm chủ yếu từ nguyên liệu là lá của cây thuốc lá được thái sợi và phơi khô sau đó được cuốn định hình bằng giấy, thường có dạng hình trụ. Thuốc lá thường có 2 đầu, một đầu đốt cháy để tạo khói, đầu còn lại được người sử dụng ngậm và hút khói vào đường hô hấp thông qua khoang miệng.



Hình 1. 2. Thuốc lá điếu

*** Khói thuốc lá và các chất có trong khói thuốc lá[6]:**

Nicotine: Tác dụng gây nghiện của nicotine một cách nhanh chóng đến não, trong vòng 10 giây sau khi hít vào. Tác dụng gây nghiện của nicotine chủ yếu là trên hệ thần kinh trung ương với sự có mặt của các thụ thể nicotine trên các tế bào thần kinh tại “trung tâm thưởng” ở hệ viền não bộ, các hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh bao gồm dopamin, serotonin, noradrenaline được phóng thích. Chúng gây ra nhiều tác động tâm thần kinh như là cảm giác sảng khoái, tâm trạng vui vẻ, tăng chú ý, tăng hoạt động nhận thức và trí nhớ ngắn hạn.

Monoxit carbon (khí CO): Khí CO có nồng độ cao trong khói thuốc lá và sẽ được hấp thụ vào máu, gắn với hemoglobine với ái lực mạnh hơn 210 lần oxy. Khí CO đi nhanh vào máu và chiếm chỗ của oxy trên hồng cầu. Ái lực của hemoglobine hồng cầu với CO mạnh gấp 210 lần so với O₂ và như thế sau hút thuốc lá, một lượng hồng cầu trong máu tạm thời mất chức năng vận chuyển O₂ vì đã gắn kết với CO. Hậu quả là cơ thể không đủ oxy để sử dụng

Các phân tử nhỏ trong khói thuốc lá: Khói thuốc lá chứa nhiều chất kích thích dạng khí hoặc dạng hạt nhỏ. Các chất kích thích này gây nên các thay đổi cấu trúc của niêm mạc phế quản dẫn đến tăng sinh các tuyến phế quản, các tế bào tiết nhầy và làm mất các tế bào có lông chuyển. Các thay đổi này làm tăng tiết nhầy và giảm hiệu quả thanh lọc của thảm nhày-lông chuyển. Phần lớn các thay đổi này có thể hồi phục được khi ngừng hút thuốc.

Các chất gây ung thư: Trong khói thuốc lá có khoảng 70 chất có tính chất gây ung thư, ví dụ như hợp chất thơm có vòng đóng, Benzopyrene hay các Nitrosamine. Các hoá chất này tác động lên tế bào bề mặt của đường hô hấp gây nên tình trạng viêm mạn tính, phá hủy tổ chức, biến đổi tế bào dẫn đến dị sản, loạn sản rồi ác tính hoá.

1.2.4. Tác hại của hút thuốc lá:

Hút thuốc là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm, có thể phòng ngừa được. Hút thuốc lá và tiếp xúc với khói thuốc lá gây ra khoảng 480.000

ca tử vong sớm mỗi năm tại Hoa Kỳ Trong số những trường hợp tử vong sớm, khoảng 36% là do ung thư, 39% là do bệnh tim và đột quy và 24% là do bệnh phổi [5]. Tỷ lệ tử vong ở những người hút thuốc cao hơn khoảng ba lần so với những người chưa bao giờ hút thuốc [13].

Hút thuốc gây hại cho gần như mọi cơ quan và hệ thống cơ quan trong cơ thể và làm giảm sức khỏe của người sử dụng thuốc lá. Hút thuốc gây ung thư phổi, thực quản, thanh quản, miệng, cổ họng, thận, bàng quang, gan, tuyến tụy, dạ dày, cổ tử cung, đại tràng và trực tràng, cũng như bệnh bạch cầu tủy cấp tính. Hút thuốc cũng gây ra bệnh tim, đột quy, phình động mạch chủ ngực, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) (viêm phế quản mãn tính và khí phế thũng), bệnh tiểu đường, loãng xương, viêm khớp dạng thấp, viêm khớp dạng thấp và đục thủy tinh thể, và làm trầm trọng thêm các triệu chứng hen suyễn ở người lớn. Những người hút thuốc có nguy cơ mắc bệnh viêm phổi, lao và các bệnh nhiễm trùng đường thở khác cao hơn [4]. Ngoài ra, hút thuốc gây viêm và làm suy yếu chức năng miễn dịch [5].

Hút thuốc làm cho phụ nữ khó mang thai hơn. Một người hút thuốc có thai có nguy cơ sảy thai cao hơn, mang thai ngoài tử cung, sinh con quá sớm và có cân nặng khi sinh thấp bất thường, và sinh con với khe hở môi và / hoặc hở hàm ếch [5].

Hút thuốc làm giảm sản xuất tinh trùng, làm dị dạng tinh trùng, giảm khả năng di chuyển của tinh trùng và nguy hiểm hơn là hút thuốc làm giảm nghiêm trọng dòng máu đến dương vật, một số trường hợp gây liệt dương[14].

Hút thuốc không chỉ ảnh hưởng đến chức năng sinh sản, sinh dục ở nam giới mà nó còn gây ung thư bàng quang. Người ta không xác định được hút thuốc gây ung thư tiền liệt tuyến nhưng người ta thấy ở người ung thư tiền liệt tuyến mà hút thuốc thì sự xâm nhập và di căn của nó tăng lên[14].

Không những ảnh hưởng đến sức khỏe, thuốc lá đã gây ra chi phí khổng lồ cho chăm sóc y tế cho những người bị bệnh do hút thuốc lá, cộng thêm với tổn phí do giảm năng suất lao động, do hỏa hoạn và những tổn hại cho môi trường. Tại Việt Nam: theo một nghiên cứu của trường Đại học Y Hà Nội ước tính chi phí chăm sóc và điều trị cho 3 căn bệnh do sử dụng thuốc lá gây ra (Bệnh ung thư phổi, bệnh viêm phổi tắc nghẽn mãn tính và nhồi máu cơ tim) là hơn 2.304 tỷ đồng năm 2007). Bên cạnh đó, các hộ nghèo có người hút thuốc sẽ bị mất một khoản đáng kể trong thu nhập khiêm tốn của họ vào việc mua thuốc lá.[15].

1.2.5. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ hút thuốc lá

- **Nhận thức:** Kém hiểu biết về tác hại của thuốc lá dẫn tới tỷ lệ hút thuốc cao ở nhóm nghèo, học vấn thấp. Tỷ lệ bỏ thuốc ở nhóm này cũng ít hơn hẳn.

- **Tuổi:** Tuổi bắt đầu sử dụng thuốc lá trung bình của thanh thiếu niên nam ở cả hai cuộc điều tra SAVY là 17 tuổi. Ở tuổi trưởng thành tỷ lệ hút thuốc ở người từ 25-64 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (gần 60%) [11].

- **Giới:** Hút thuốc lá là một hành vi tương đối phổ biến trong thanh thiếu niên nam nhưng rất hiếm gặp ở thanh thiếu niên nữ. Gần 40% thanh thiếu niên nam năm 2009 đã từng hút thuốc lá trong khi tỷ lệ này trong nhóm nữ là dưới 1% [16].

- **Ảnh hưởng của gia đình:** Kết quả phân tích SAVY II cho thấy có tới 41% thanh thiếu niên trong các hộ gia đình có người hút thuốc cũng đã từng hút thuốc lá; tỷ lệ này cao hơn so với không có người hút thuốc lá trong hộ (36%). Tỷ lệ hiện đang hút trong các hộ gia đình có người hút thuốc (31%) cũng cao hơn hộ không có người hút thuốc (24%)[16].

- **Bạn bè** nếu như ở SAVY I, bạn bè là lý do chính ảnh hưởng đến hành vi hút thuốc của thanh thiếu niên nam với 55% thanh thiếu niên nam hút thuốc với lý do là tất cả các bạn bè đều hút thì ở SAVY II tỷ lệ này đã giảm đáng kể xuống còn 32%. Tuy vào đó, lý do phổ biến nhất dẫn đến hành vi bắt đầu hút

thuốc hiện nay ở SAVy II là do tò mò với tỷ lệ 38% - tăng tuyệt đối thêm tới 34% so với SAVy I (4%). Quá nhiều stress và căng thẳng là lý do chính thứ 3 dẫn đến 15% thanh thiếu niên nam quyết định hút thuốc ở SAVy II. các chương trình can thiệp cần rất chú trọng đến những yếu tố này. đồng thời, cần có những nghiên cứu định tính sâu hơn nhằm làm rõ hơn nữa lý do bắt đầu sử dụng thuốc[16].

- Ngoài ra còn 1 số yếu tố khác như giá thuốc rất rẻ ở Việt Nam, chuẩn mực đạo đức, xã hội là nam giới phải hút thuốc; khả năng tiếp cận thuốc lá dễ dàng, và nhận thức trong cộng đồng về thuốc lá còn chưa cao.....

1.3. Nghiện thuốc lá

1.3.1. Khái niệm nghiện thuốc lá[7].

Nghiện thuốc lá là một trạng thái tâm thần – thể chất xuất hiện do tương tác giữa cơ thể với nicotine có trong thuốc lá, được biểu hiện bằng sự thôi thúc phải hút thuốc lá liên tục và đều đặn để đạt được cảm giác dễ chịu khi hút thuốc lá đồng thời tránh cảm giác khó chịu khi thiếu thuốc lá, hành vi hút thuốc lá tiếp tục duy trì ngay cả khi người nghiện biết rõ hay thậm chí là bị các tác hại do thuốc lá gây ra[17].

Nghiện tâm lý, nghiện hành vi và nghiện thực thể là ba thành phần cấu thành nên nghiện thuốc lá[18]. Ba thành phần này thường đồng thời tồn tại trên một người nghiện thuốc lá, tuy nhiên mức độ quan trọng của từng thành phần thay đổi tùy theo mỗi cá nhân[19][20].

1.3.2. Cơ chế nghiện thuốc lá và cơ chế cai nghiện thuốc lá[18]

- Cơ chế thần kinh sinh học của nghiện thuốc lá thực thể:

Nicotine cùng với đặc điểm dược động lực học đặc biệt của nó là nguyên nhân chính gây nghiện thuốc lá thực thể.

Đặc điểm dược động nicotine quyết định bởi đặc tính ưa mỡ của nicotine. Nicotine hấp thụ rất nhanh qua các màng cơ thể: niêm mạc miệng, hàng rào phế nang – mao mạch tại phổi. Sau khi hấp thụ qua mao

mạch phổi, nicotine đi nhanh vào tĩnh mạch phổi, qua tim trái, rồi đi nhanh lên não trong thời gian rất ngắn từ 7 đến 10 giây, đạt nồng độ trong máu động mạch gấp 10 lần máu tĩnh mạch.

Đặc tính dược lực của nicotine được quyết định bởi cấu trúc giống nhau giữa nicotin và acetylcholine. Acetylcholine vốn là một hoá chất trung gian dẫn truyền thần kinh quan trọng trong cơ thể. Nicotine có thể phát huy tác dụng tương tự acetylcholine nhờ tham gia vào nhiều quá trình sinh lý trong cơ thể. Quá trình tác động của nicotine lên cơ thể thông qua thụ thể nicotinic. Khi vào não nó có tác dụng gây nên các hiệu ứng về mặt tâm thần kinh như cảm giác sảng khoái, giảm mệt mỏi, tăng cường quá trình nhận và xử lý thông tin, giảm lo âu. Các hiệu ứng thần kinh dễ chịu này được gọi là các củng cố dương tính cho hành vi hút thuốc lá.

Khi hút thuốc lá tiếp tục, các thụ thể nicotine bị kích thích liên tục sẽ trở nên trở tương đối, lượng hóa chất trung gian được tiết ra tại trung tâm thưởng sẽ giảm xuống không đủ để duy trì các kích thích như trước. Người nghiện thuốc lá phải hút nhiều thuốc lá hơn để đủ lượng nicotine vượt qua hiện tượng thụ thể bị trở tương đối về chất lượng và tăng về số lượng. Đây chính là cơ chế của hiện tượng dung nạp thuốc lá

- Cơ chế thần kinh sinh học của cai nghiện thuốc lá[18].

Phá vỡ củng cố dương tính và âm tính cho hành vi hút thuốc lá chính là cơ chế của tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá. Phá vỡ củng cố dương tính: người nghiện thuốc lá hút thuốc lá để tìm cảm giác sảng khoái dễ chịu khi nồng độ nicotine máu cao, đây chính là củng cố dương tính. Phá vỡ củng cố âm tính: người nghiện thuốc lá hút thuốc lá để tránh cảm giác khó chịu khi nồng độ nicotine máu thấp, hay là củng cố âm tính. Như vậy, cơ chế thần kinh sinh học của cai nghiện thuốc lá là sử dụng các biện pháp can thiệp bằng thuốc giúp hạn chế ảnh hưởng của nồng độ nicotine máu cao, hay củng

có dương tính và ảnh hưởng của nồng độ nicotine máu thấp, hay củng cố âm tính lên cơ thể.

- Cơ chế thần kinh tâm lý của nghiện thuốc lá tâm lý và hành vi[18].

Cơ chế thần kinh tâm lý của nghiện thuốc lá tâm lý, hành vi chưa được được làm rõ như cơ sở thần kinh sinh học của nghiện thuốc lá thực thể.

Trong nghiện thuốc lá tâm lý, niềm tin “lệch lạc” về giá trị biểu trưng của hút thuốc lá là động cơ khiến người nghiện thuốc lá tâm lý hút thuốc lá. Thực hiện hành vi hút thuốc lá phù hợp với niềm tin “lệch lạc” của họ vì vậy sẽ mang lại cảm giác an tâm, dễ chịu. Đây chính là củng cố dương tính. Trái lại, không thực hiện hành vi hút thuốc lá đi ngược với niềm tin “lệch lạc” của họ về thuốc lá, mang lại cho người nghiện tâm lý cảm giác bất an, cảm giác “chưa hoàn thành”. Đây chính là củng cố âm tính. Sự kết hợp của củng cố dương tính và âm tính trong trường hợp này không nhất định là qua trung gian của của nicotine.

- Cơ chế thần kinh tâm lý của cai nghiện thuốc lá tâm lý và hành vi:

Cơ chế cai nghiện thuốc lá tâm lý và hành vi cũng dựa trên việc phá vỡ củng cố dương tính và củng cố âm tính nhưng không nhất thiết phải sử dụng thuốc cai nghiện thuốc lá như trong điều trị nghiện thực thể. Tư vấn điều chỉnh niềm tin và nhận thức “lệch lạc” được dùng để điều chỉnh nghiện tâm lý. Tư vấn các bài tập hành vi để thay thế động tác, thói quen liên quan đến hành vi sử dụng thuốc lá thành các động tác, thói quen mới không liên quan đến hành vi sử dụng thuốc lá là cách để điều chỉnh nghiện hành vi.

1.4. Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá và các tiêu chuẩn liên quan

1.4.1. Chẩn đoán xác định nghiện thuốc lá[17]

Nghiện thuốc lá đặc trưng bởi các triệu chứng nhận thức, hành vi, sinh lý cưỡng bức người nghiện thuốc lá tiếp tục hút thuốc lá mặc dù đã biết hay bị nhiều tác hại liên quan đến thuốc lá. Nghiện thuốc lá bao gồm việc

sử dụng thuốc lá liên tục và thường dẫn đến dung nạp thuốc lá, hội chứng cai thuốc lá và hành vi hút thuốc lá không cưỡng lại nổi

Nghiện thuốc lá được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn DSM-IV do hội tâm thần Hoa Kỳ đưa ra năm 1994[17].

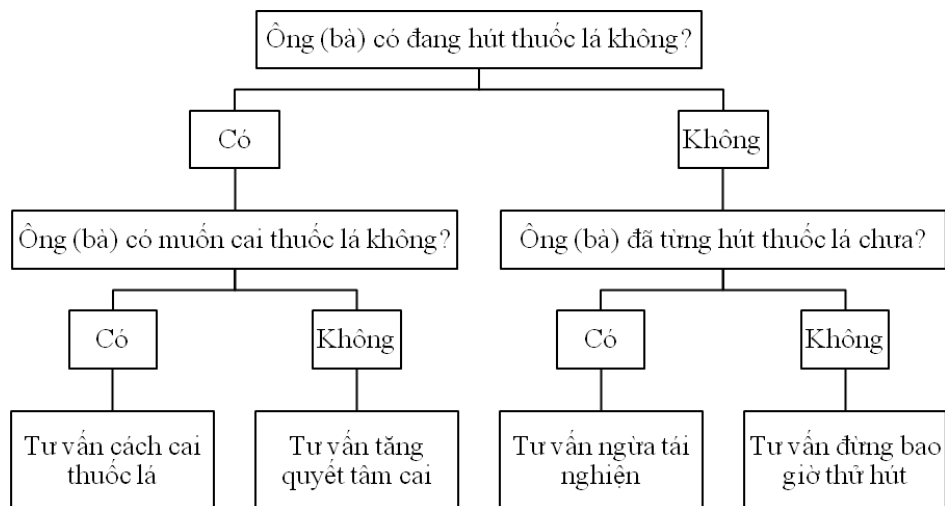
Chẩn đoán xác định nghiện thuốc lá khi:

- Chẩn đoán xác định nghiện thuốc lá đòi hỏi sự hiện diện ít nhất 3/7 tiêu chí liên tục ít nhất 12 tháng. Tiêu chí 1 và 2 là không bắt buộc phải hiện diện để có thể chẩn đoán nghiện thuốc lá, nghĩa là, không cần có triệu chứng dung nạp thuốc lá hay triệu chứng cai nghiện thuốc lá để xác định chẩn đoán nghiện thuốc lá.

Tuy nhiên để chẩn đoán nghiện thuốc lá thực thể đòi hỏi sự hiện diện của tiêu chí 1 và hoặc 2. Trong trường hợp không có tiêu chuẩn 1 và 2, nghiện thuốc lá sẽ được phân loại là nghiện thuốc lá tâm lý hoặc nghiện thuốc lá hành vi.

1.4.2. Đánh giá tình trạng nghiện thuốc lá

- Đánh giá ban đầu[1a]:



Đánh giá ban đầu nghiện thuốc lá ở mọi cơ sở y tế

Tình trạng hút thuốc lá và quyết tâm cai thuốc lá có thể đánh giá ban đầu nhanh chóng bằng cách hỏi bệnh nhân có đang hút thuốc lá không, đã từng hút thuốc lá chưa, và có muốn cai thuốc lá không. Trả lời ba câu hỏi ngắn này sẽ giúp chia tình trạng hút thuốc lá ra 4 nhóm, từ đó định hướng phương pháp tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tương ứng[21]

- Đánh giá chuyên sâu

+ *Đánh giá chuyên sâu quyết tâm cai nghiện thuốc lá:*

Quyết tâm cai nghiện thuốc lá được đánh giá chuyên sâu nhờ sử dụng bảng câu hỏi Q–Mat. Đánh giá này nên được lặp lại tại các lần tư vấn khác nhau để theo dõi biến thiên quyết tâm cai nghiện thuốc lá.

Bảng câu hỏi Q – Mat đánh giá quyết tâm cai nghiện thuốc lá [18]

1/ Anh(chị) dự tính hút thuốc lá như thế nào trong 06 tháng tới? - Nhiều như bây giờ 0 - Ít đi một chút 2 - Ít đi rất nhiều 4 - Không còn hút nữa 8	3/ Anh(chị) dự tính hút thuốc lá như thế nào trong 04 tuần tới? - Nhiều như bây giờ 0 - Ít đi một chút 2 - Ít đi rất nhiều 4 - Không còn hút nữa 6
2/ Anh(chị) thực lòng muốn cai thuốc lá không? - Hoàn toàn chưa muốn 0 - Chỉ muốn một chút 1 - Muốn vừa phải 2 - Muốn rất nhiều 3	4/ Anh(chị) thường xuyên bất mãn với hành vi hút thuốc lá của bản thân? - Không bao giờ 0 - Đôi khi 1 - Thường xuyên 2 - Rất thường xuyên 3
Mức độ quyết tâm: 0-6 THẤP 7-13 TRUNG BÌNH 14-20 CAO	

+ Đánh giá chuyên sâu mức độ nặng nghiện thực thể

Mức độ nặng của nghiện thực thể có thể được đánh giá qua bảng câu hỏi Fagerstrom [21]

Trường hợp bác sỹ lâm sàng nghi ngờ mức độ nghiện thực thể chưa phản ánh đúng qua điểm số khi trả lời bảng câu hỏi Fagerstrom, bác sỹ có thể chỉ định xét nghiệm đo nồng độ CO trong hơi thở ra để kiểm tra kiểu cách hút thuốc lá của bệnh nhân, qua đó chẩn đoán chính xác hơn mức độ nghiện và chỉ định liều lượng thuốc cai thuốc lá phù hợp. Kết quả CO hơi thở ra > 20 ppm thì xác định nghiện nặng, dù kết quả câu hỏi Fagerstrom chỉ là nhẹ hay trung bình.

Đo nồng độ CO thở ra:

Carbon monoxide (CO) là một khí độc hại, không mùi, không màu, không vị. Nó được hình thành bởi sự đốt cháy của chất hữu cơ ở nhiệt độ cao khi không có đủ oxy. Khi hít phải khí CO, CO loại bỏ Oxy trong máu để hình thành chất Carbon Hemoglobin (COHb).

CO trong hơi thở ra được đo bằng đơn vị phần triệu (part per million ppm) và Carbon Hemoglobin COHb trong máu được tính bằng %. Những giá trị này tương thích và có thể chuyển đổi qua lại: Đọc thông số CO (ppm) liên quan đến lượng khí trong phổi và trong hơi thở (nghĩa là lượng CO độc hại đã bị hít vào), và thông số COHb liên quan đến tỉ lệ phần trăm oxygen đã bị thay thế trong máu.

Nồng độ CO trong hơi thở ra tăng cao khi bệnh nhân hút thuốc lá sâu, mạnh, nín hơi sau hút và ngược lại giảm thấp nếu bệnh nhân không hút thuốc lá, hút thuốc lá thụ động hoặc chỉ hút nhẹ, nông và không nín hơi sau hút. Cần lưu ý đảm bảo các tiêu chuẩn kỹ thuật khi thực hiện đo CO để tránh chỉ số CO cao giả tạo, ví dụ đo CO ngay khi vừa hút thuốc lá trong vòng 30 phút.

Máy Smokerlyzer cho phép hiển thị cả hai phép đo. Lâm sàng nghiên cứu đã chứng minh mối quan hệ hữu ích của CO và COHb sau khi giữ hơi thở một thời gian ngắn.

Ranh giới giữa người hút thuốc lá và người không hút thuốc lá là 5ppm CO. Người không hút thuốc lá hoặc đã cai thuốc lá thành công sẽ có nồng độ CO của người **KHÔNG HÚT THUỐC LÁ (0-5ppm)**[19]

Máy Smokerlyzer phân loại các cấp độ nghiện thuốc lá dựa trên kết quả CO ppm như sau:[19]

- **0-5 ppm** là nồng độ của người không hút thuốc lá
- **6-10ppm** là của người hút thuốc lá thụ động
- **11-20 ppm** là của người hút thuốc lá chủ động
- **Và trên 20 ppm** là dành cho những người nghiện thuốc lá nặng.

+ Đánh giá hiệu quả làm giảm các triệu chứng của hội chứng cai theo thang điểm MPSS

1.5. Phương pháp điều trị nghiện thuốc lá

1.5.1. Y học hiện đại cai nghiện thuốc lá

Để hỗ trợ người nghiện thuốc lá có thể cai nghiện thành công, các chuyên gia y học đưa ra một số phương pháp sau:

* Tư vấn cai nghiện thuốc lá gồm 2 thành phần là tư vấn ngắn và tư vấn chuyên sâu, cơ sở dựa trên chu trình chuyển đổi hành vi hút thuốc lá Proschaska.

* **Liệu pháp thay thế nicotin:** giúp người nghiện cai thuốc giảm dần sự lệ thuộc vào nicotin. Nicotin được đưa vào có thể với liều giảm dần theo thời gian từ một đến hai tháng và ngừng hẳn. Khi có thể không còn lệ thuộc vào nicotin thì nhu cầu hút thuốc sẽ hết, các phương pháp đã được sử dụng cai thuốc lá bằng giảm liều nicotin:

- Miếng dán nicotin.
- Kẹo cao su nicotin.
- Viên ngậm nicotin.
- * Một số thuốc khác:

Bupropion:Bupropion tác dụng cai nghiện qua hai cơ chế : tác dụng lên hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh và tác dụng trực tiếp tại thụ thể nicotine

Bupropion ức chế tái hấp thu chọn lọc dopamin và noradrenaline tại khe khớp thần kinh làm nồng độ của chúng không bị giảm quá nhiều khi cai nghiện thuốc lá [22].

Bupropion có khả năng cạnh tranh trực tiếp với nicotine tại thụ thể làm nicotine không gắn kết tốt với thụ thể khi hút thuốc lá như trước nữa. Kết quả, các cảm giác dễ chịu khi hút thuốc lá (củng cố dương tính) giảm đi. Nhờ cơ chế này, bupropion đã vô hiệu hóa được củng cố dương tính của hút thuốc lá[22][23].

Varenicline:

Varenicline kích thích một phần thụ thể nicotine nên chỉ kích thích phóng thích vừa phải dopamin nên không đủ tạo củng cố dương tính. Bệnh nhân dùng varenicline cai nghiện thuốc lá không thể trở nên nghiện varenicline được[24].

Có thể kết hợp 2 loại thuốc để tăng tác dụng điều trị

* Liệu pháp Laser: Dùng tia laser lạnh tác động vào có thể người nghiện thuốc lá. Tia laser kích thích có thể sản xuất endorphin nội sinh làm cho người nghiện giảm các triệu chứng bồn chồn, khó chịu, mạch nhanh do thiếu hụt nicotin gây nên.Liệu pháp này không gây tác dụng phụ.

* Liệu pháp châm cứu: dùng kim châm cứu một số huyệt trên kinh thận, phế, tâm nhằm điều hòa âm dương, khí huyết. Theo GS. Nguyễn Tài Thu châm cứu có tác dụng kích thích có thể sản xuất endorphin nội sinh có tác dụng cai nghiện thuốc lá và cai nghiện ma túy.

...

Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hương để hỗ trợ điều trị cai nghiện thuốc lá cụ thể như sau:

1.5.2. Y học cổ truyền cai nghiện thuốc lá

Trong các y văn cổ của YHCT không có khái niệm về nghiện thuốc lá. Tuy nhiên theo quan điểm lý luận của Y học cổ truyền bệnh sinh ra do sự mất thăng bằng về âm dương. Nguyên tắc điều trị chủ yếu là lập lại cân bằng âm dương và điều hòa âm dương.

Thuốc lá có tính âm, vị cay, ngọt, tính dương mạnh nên thông kinh lạc, vào cơ thể có thể thông khắp toàn bộ cơ thể[25]. Theo nguyên nhân gây bệnh của YHCT, tất cả mọi thứ được tạo ra bởi đốt cháy, có tích chất phát nhiệt đều thuộc về hỏa (nhiệt). Khói thuốc lá xâm nhập vào cơ thể, là tác nhân gây mất cân bằng âm dương và ảnh hưởng đến công năng của tạng phủ. Ban đầu nhờ có tính dương mạnh vào cơ thể mà người hút sẽ cảm thấy tinh thần minh mẫn, sáng khoái, dễ chịu nhưng sau đó để đạt được điều này người bệnh phải tăng số lượng thuốc hút hàng ngày và sự mất cân bằng âm dương càng ngày càng tăng. Nhiệt thì hay làm tổn thương âm, tổn thương tân dịch. Với tích chất nhẹ nhàng, phát tán, thích động, thích di chuyển thì khói thuốc lá còn mang đặc tính của phong. Phong và nhiệt đều là dương tà, kết hợp với nhau tạo thành phong nhiệt thông qua mũi miệng xâm nhập vào cơ thể và gây bệnh [26][27].

Phong nhiệt xâm nhập vào cơ thể, đi qua thượng tiêu gây bệnh cho Phế. Phế chủ tuyên phát và túc giáng, là nơi trao đổi khí bên trong và bên ngoài cơ thể. Phế bị tổn thương, không hít được thanh khí mà hít phải trọc khí là phong nhiệt độc, phong nhiệt phạm Phế làm rối loạn công năng tạng Phế, tích nhiệt tại Phế gây nên Phế nhiệt. Biểu hiện sau khi hút thuốc sẽ xuất hiện các triệu chứng như: ho khan, ngạt mũi, ngứa họng, tức ngực, khó thở, miệng khô, khát nước, thích uống nước, môi khô, họng khô, tiểu vàng....

Phong nhiệt theo Phế đi khắp cơ thể, ản lâu trong cơ thể, nếu không được giải trừ sẽ gây bệnh cho các tạng phủ khác:

Ở Tâm nhiều loạn tâm chí khiến bệnh nhân đau đầu, mất ngủ, tim đập nhanh, vã mồ hôi, lo âu, căng thẳng...

Ở Can làm Can mất sơ tiết gây nên: cáu gắt, dễ kích động...

Ở Tỳ gây rối loạn chức năng vận hóa của Tỳ khiến miệng đắng, khô miệng, buồn nôn, thèm thuốc...

Ở Thận gây rối loạn chức năng của Thận khiến nhức mỏi xương khớp, ảnh hưởng đến chức năng sinh sản, mất ngủ....

Mục tiêu của điều trị nghiện thuốc lá thường tập trung vào việc điều trị hội chứng cai, bệnh nhân nghiện thuốc lá khi bỏ thuốc lá thường bị tái nghiện do không vượt qua được các triệu chứng gây khó chịu của hội chứng cai như: thèm thuốc, ho, ngứa họng, giảm tập trung, mất ngủ, tăng cân...Hiện nay, thực tế cai nghiện thuốc lá bằng YHCT trên lâm sàng có một số phương pháp đã được nghiên cứu và sử dụng rất hiệu quả như:

Phương pháp dùng thuốc: Các vị thuốc hay được sử dụng như: Cúc hoa, Bạc hà có tác dụng phát tán phong nhiệt. Sinh khương có tác dụng ôn trung cầm nôn. Hoắc hương có tác dụng giải biểu, tán thử thấp, điều hòa tỳ vị. Cam thảo vị ngọt sinh tân, lợi yết hầu, giảm ho. Trần bì lý khí hóa đàm trị ngực sườn đầy tức. Kim ngân thanh nhiệt giải độc ... Các thuốc YHCT sử dụng trên lâm sàng ở nhiều dạng như nước súc họng, viên ngậm, thuốc thang...

Phương pháp không dùng thuốc: Nhĩ châm, xoa bóp bấm huyệt, khí công dưỡng sinh...

Trong nghiên cứu này chúng tôi kết hợp phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh điều trị trên bệnh nhân.

1.5.2.1. Nhĩ áp cai nghiệm thuốc lá

Khái niệm: Nhĩ trị là phương pháp dùng sự kích thích phản xạ ở trên loa tai để điều trị một số bệnh tật. Theo các y văn cổ, cách tác động lên tai nhằm mục đích chữa bệnh cũng đã được nêu trong các sách Nội kinh- Linh khu (ra đời từ thế kỷ thứ IV đến thế kỷ thứ II – trước công nguyên), nhưng mãi đến năm 1957 BS Paul Nogier (người Pháp) mới nêu lên thành phương pháp trị liệu nhĩ châm.[28].

- Cơ sở lý luận của phương pháp nhĩ trị:

Theo y học hiện đại:

1. Theo thần kinh sinh lý học[29]:

Loa tai là nơi rẽ của nhiều đường thần kinh làm cho nó gắn liền mật thiết với toàn thân. Nhờ sự phân bố thần kinh cảm giác của nó, loa tai được liên hệ với: Các đường tủy, não bộ, hệ thần kinh thực vật gia cảm, phó giao cảm

2. Phân bố mạch máu và bạch mạch của loa tai[29].

Loa tai được cung ứng mạch máu khá đầy đủ, chủ yếu dựa vào động mạch thái dương nông của động mạch cổ và động mạch tai sau. Có 3 đến 4 nhánh trước tai của động mạch thái dương nông nuôi dưỡng khu vực chi phối bởi nhánh trước tai của thần kinh thái dương, còn động mạch sau tai có nhánh sau tai và nhánh trước tai. Các tĩnh mạch nhỏ của mặt trước loa tai đổ vào tĩnh mạch thái dương nông. Tĩnh mạch của mặt sau loa tai hợp lại thành 3-5 tĩnh mạch mặt sau loa tai đổ vào tĩnh mạch sau tai. Bạch mạch của loa tai khá phong phú, hình thành một mạng lưới của loa tai. Bạch mạch ở mặt trước loa tai chảy vào mang tai. Đại bộ phận của bạch mạch sau loa tai đổ về hạch sau tai.

Qua đó cho ta thấy loa tai có thể sử dụng trong điều trị và chẩn đoán bệnh toàn thân bởi vì nó có quan hệ với toàn bộ cơ thể thông qua hệ thống

thần kinh, các đường tủy, não bộ, hệ thống giao cảm, phó giao cảm cũng như hệ mạch máu và bạch mạch.

Theo y học cổ truyền

- Mối quan hệ giữa tai và hệ thống kinh lạc

Mối liên hệ giữa tai và hệ thống kinh mạch đã được công nhận và đề cập trong nhiều tài liệu y học cổ xưa. Lĩnh khu thiên “Khẩu vấn” viết “Nhĩ vị tổng mạch chi sở tự” nói một cách khái quát “Tai là nơi hội tụ của tổng mạch” nghĩa là khí huyết của 12 đường kinh và 365 lạc đều chạy lên mặt, tưới cho ngũ quan (mũi, mắt, môi, lưỡi, và tai), thất khiếu (hai mắt, hai tai, hai lỗ mũi, miệng) và não tủy ở bộ phận đầu trong đó khí huyết đi ra tưới nhuận cho tai làm tai có thể nghe. Tai thông với tất cả 12 đường kinh trong cơ thể. Những mối quan hệ đó được biểu hiện như:

“Kinh thiếu dương ở tay... từ sau tai đi vào trong tai, rồi ra trước tai”

“Kinh thiếu dương ở chân... từ sau tai đi vào trong tai, rồi ra trước tai”

“Kinh thiếu dương ở tay.. có nhánh đến đuôi mắt, rồi vào trong tai..”

“Kinh thái dương ở chân... có nhánh đi từ đỉnh đầu tới tai”

“Kinh dương minh ở chân đi qua Giáp xa để đến trước tai”.

“Kinh nhánh của Quyết âm tâm bào ở tay ... đi ra sau tai hợp với Thiếu dương Tam tiêu ở Hoàn cốt”

“Kinh cân Thiếu dương ở chân vòng ra sau tai ở góc trán....”

“Nhánh của kinh cân Dương minh ở chân kết ở trước tai. Nhánh của kinh cân thiếu dương ở tay vào trong tai. Nhánh của kinh cân Thiếu dương ở tay... vòng trước tai”.

.....

- Mối quan hệ giữa tai và tạng phủ.

Nhiều đoạn kinh văn của các bộ sách Nội kinh, Nạn kinh... đã nói rất rõ tai có mối quan hệ mật thiết với ngũ tạng, lục phủ và các khí quan của cơ thể:

Với Tâm - Thận: “Thận khí thông ra tai, thận khí bình thường thì tai có thể nghe rõ được” (Thiên mạch độ - Tố Vấn). “Tâm khai khiếu ở tai” (Tố Vấn), gốc khiếu của tâm là lưỡi, song lưỡi không có lỗ khiếu nên gửi vào tai. Vì thế thận lấy tai làm chủ khiếu, Tâm lấy tai làm khách khiếu (sách Y quan của Triệu dưỡng Quy đời nhà Minh).

Với khí quan tiêu hóa: Đau đầu, tai ù, chín khiếu không lợi là do trường vị mà ra.

Với Can Phế và Não Tủy: Bệnh của can hư tất tai không nghe được (Thiên Tàng khí pháp thời luận - Tố Vấn). Phế chủ thanh làm cho tai nghe được (Thiên 40-Nạn kinh). Não tủy không đầy đủ gây ra ù tai (Thiên Hải luân-Linh khu).

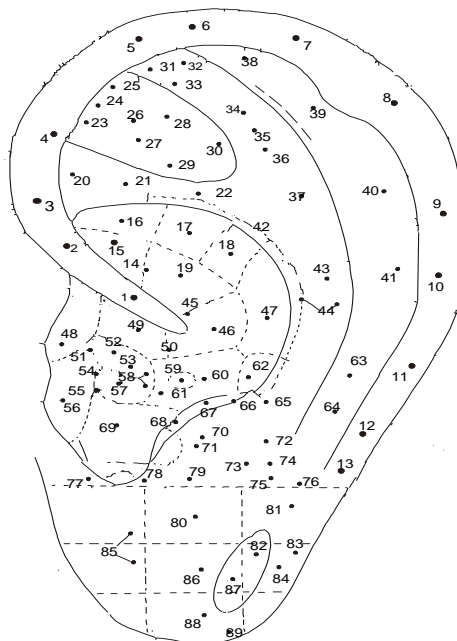
Trên loa tai gập ghenh bao la, mỗi một thành phần là một vùng tương ứng với một địa khu là một nơi đại biểu cho một tạng khí bên trong. Đó chính là cơ sở của YHCT trong chẩn đoán và điều trị bằng phương pháp Nhĩ trị.

Nhĩ áp là phương pháp dùng hạt áp vào các điểm ở loa tai để tạo một áp lực nhất định trên bề mặt da qua đó tác dụng lên vùng bị bệnh, nhĩ áp chính là một phương pháp Nhĩ trị. So với nhĩ châm, nhĩ áp có ưu điểm không gây chảy máu, giảm nguy cơ nhiễm trùng và thời gian tác động lâu hơn. Chính vì vậy phương pháp này đã được sử dụng rộng rãi tại Việt Nam, Trung Quốc cũng như nhiều nước trên Thế giới. Ở Trung Quốc, việc sử dụng các loại hạt kích thích lên các huyết vị ở tai đã xuất hiện từ rất lâu. Có thể dùng các loại hạt tròn trơn láng như hạt đậu xanh, hạt kê để dán lên tai. VBLH là quả của một loài cây Xộp *Vaccaria segetalis* (Neck) Garcke, dùng làm thuốc được ghi đầu tiên trong sách Bản kinh. Nhưng hạt VBLH kích thước tròn nhỏ, rất thích hợp với các huyết vùng loa tai, lại có tác dụng hoạt huyết thông kinh, nên sau này được đại đa số các thầy thuốc sử dụng. Vì thế dùng miếng dán nhỏ dính hạt VBLH để dán lên huyết vị ở tai là phương pháp tác động lên huyết không xâm lấn, hiệu quả tốt [30].

Để làm giảm các triệu chứng của hội chứng cai chúng tôi lựa chọn những huyệt sau để tiến hành cai nghiện trên bệnh nhân:

Phương huyệt:

1. Phế	2. Miệng
3. Thần môn	4. Giao cảm
5. Tâm	6. Thận
7. Tỳ	8. Dưới vỏ



Hình 1. 3. Sơ đồ huyệt loa tai

17. Thận 20. Giao cảm 30. Thần môn 52. Miệng
59. Tâm 61. Phế 62. Tỳ 68. Dưới vỏ

Vị trí, tác dụng [31][32]:

1. Miệng

Vị trí: Ở vách sau bên trên của miệng lỗ ống tai ngoài.

Tác dụng: Điều trị các bệnh tại vùng miệng, thay đổi cảm giác về mùi vị của thuốc lá khiến giảm cảm giác thèm thuốc lá, làm giảm triệu chứng khô miệng, lợm giọng, buồn nôn do hội chứng cai gây ra.

2. Phế

Vị trí: Ở vùng bao quanh huyết Tâm.

Tác dụng: Điều trị các vấn đề liên quan đến đường hô hấp. Tác dụng giảm các triệu chứng ho, rát họng do hội chứng cai gây ra.

3. Thần môn

Vị trí: Ở góc dưới của chỗ chia đôi đôi luân tai.

Tác dụng: Điều tiết sự hưng phấn, ức chế của vỏ đại não, tác dụng an thần, giảm đau, tăng lượng endorphin, làm tiêu trừ hoặc ngăn chặn sự phụ thuộc nicotin trong cơ thể, giảm các triệu chứng lo âu, căng thẳng, mất ngủ về đêm... của hội chứng cai, từ đó hỗ trợ điều trị cai nghiện thuốc lá.

4. Giao cảm

Vị trí: Ranh giới giữa mép trên của chân dưới đôi vành tai và vai cạnh trong vành tai.

Tác dụng: Điều trị các bệnh do thần kinh thực vật rối loạn gây ra. Phối hợp với huyết miệng làm giảm lui và giải trừ cảm giác lợm giọng buồn nôn. Hỗ trợ giảm các triệu chứng bồn chồn, căng thẳng, lo lắng của hội chứng cai.

5. Dưới vỏ

Vị trí: Cạnh trước của vành trong đôi nhĩ bình.

Tác dụng: Điều tiết hưng phấn và ức chế vỏ đại não, chữa các bệnh mất ngủ, hay ngủ. Huyết có tác dụng trấn tĩnh an thần, ức chế đối với cảm giác hưng phấn của vỏ não khi hút thuốc.

6. Tâm

Vị trí: Ở giữa chỗ lõm xoắn tai dưới.

Tác dụng: Tác dụng điều trị các bệnh về tâm tạng, định chí an thần, làm giảm triệu chứng cáu gắt, khó chịu hay mất ngủ khi cai nghiện thuốc lá.

7. Tỳ

Vị trí: Ở phía dưới huyết Can, giữa huyết điểm huyết dịch và huyết khu gan phải sưng to.

Tác dụng: Điều trị các bệnh do Tỳ gây ra. Tỳ Vị là gốc của hậu thiên, kích thích vào huyết có thể làm cường kiện Tỳ Vị, điều hòa tỳ vị, giảm các triệu chứng lợm giọng, buồn nôn, thèm ăn.

8. Thận

Vị trí: Ở bờ dưới gờ đối luân tai dưới, trên huyết Tiểu trường.

Tác dụng: Là huyết mạch, có tác dụng bổ ích đại não, thận, hệ thống tạo huyết. Giảm triệu chứng mất ngủ về đêm do nguyên nhân tại thận

1.5.2.2. Luyện thở dưỡng sinh cai nghiện thuốc lá

+ **Định nghĩa về dưỡng sinh:** Dưỡng sinh là phương pháp tự rèn luyện để nâng cao thể chất, giữ sức khoẻ, phòng bệnh, chữa bệnh mạn tính để sống lâu, sống có ích [33].

Tư tưởng, ý nghĩa của phương pháp dưỡng sinh trong phòng và điều trị bệnh không nằm ngoài mục đích sự cân bằng âm dương trong cơ thể được điều hòa. Nhưng điểm đặc biệt của dưỡng sinh so với những phương pháp khác chính là bệnh nhân cũng là người thầy thuốc – bệnh nhân tự mình thay đổi trong suy nghĩ, lối sống kết hợp những phương pháp tự luyện tập dưỡng sinh thích hợp để điều chỉnh và điều trị để cơ thể khỏe mạnh. Việc thiết lập lại cân bằng âm dương cũng chính là lý luận quan trọng sử dụng điều trị cai nghiện thuốc lá.

Ở Việt Nam phương pháp dưỡng sinh đã có truyền thống từ lâu đời, được nhiều danh y nghiên cứu, phát triển như: Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV), Hoàng Đôn Hòa (thế kỷ XVI), Đào Công Chính (thế kỷ XVII), Lê Hữu Trác (thế kỷ XVIII) đã góp phần làm cho phương pháp dưỡng sinh từ chỗ thiên về dưỡng sinh cá nhân trở thành một phương pháp y học dự phòng toàn diện. Đến thế kỷ thứ XX, phương pháp dưỡng sinh được phát triển lên mức độ cao hơn, vận dụng những phương pháp tập luyện y học cổ truyền với kiến thức y học hiện đại để xây dựng thành những hệ thống tập luyện hoàn chỉnh, có cơ sở khoa học. Những nhà dưỡng sinh tiêu biểu có đóng góp lớn trong sự phát triển này là Nguyễn Khắc

Viện, Tô Như Khuê, Lê Kim Định và Nguyễn Văn Hưởng.

+ Cơ sở khoa học của phương pháp luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

Luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng nằm trong “Phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng” được Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng dựa trên cơ sở kế thừa truyền thống dưỡng sinh từ lâu đời của cha ông ta, tiếp thu có chọn lọc các phương pháp tập luyện của các dân tộc khác như: khí công, xoa bóp của Trung Quốc; Yoga của Ấn Độ đã xây nên[33]. Bài tập đã được áp dụng rộng rãi và hiệu quả trong điều trị rất nhiều bệnh. Ngoài ra, phương pháp dưỡng sinh của Bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng còn được phân tích, lý giải và chứng minh bằng khoa học của y học hiện đại về giải phẫu, sinh lý và bệnh lý. Đây là một cố gắng rất lớn của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng nhằm kết hợp hai phương pháp đông y và tây y để phòng bệnh và chữa bệnh.

Các động tác dưỡng sinh (trừ các động tác tự xoa bóp ngũ quan) của BS Hưởng đều có kết hợp với luyện thở. Mục đích của phương pháp này là nâng cao sức khỏe phòng bệnh, góp phần tham gia chữa bệnh mạn tính và tiến đến sống lâu, sống vui, sống khỏe, sống có ích.

Nội dung của phương pháp dưỡng sinh có nhiều bài tập khác nhau, cụ thể có bài tập về thư giãn để bảo vệ thần kinh trung ương, chống căng thẳng, chống stress. Bài tập này có chỉ định cho tất cả mọi người đang lao động, học tập, những bệnh liên quan đến yếu tố thần kinh căng thẳng; bài tập khí công: quân bình thần kinh; các bài tập yoga để tập luyện các hệ cơ, xương khớp và các hệ thống nội tạng; ăn uống theo khoa học bằng các loại thực phẩm dinh dưỡng hợp lý; và thái độ, tinh thần trong cuộc sống. Năm nội dung này phối hợp liên hoàn với nhau tạo thành phương pháp dưỡng sinh. Trong đó, phương pháp thở là quan trọng nhất, là yếu tố quyết định sự thành công trong việc phục hồi sức khỏe.

+ Thở bốn thì có hai thì dương, hai thì âm có kê mông và giơ chân

giao động[34] :

Định nghĩa: Thở bốn thì có hai thì dương, hai thì âm có kê mông và giờ chân giao động là phương pháp quan trọng và được chú trọng nhất trong ba cách thở chính của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng, là kỹ thuật cơ bản cũng là bí quyết thành công của phương pháp dưỡng sinh. Luyện thở bốn thì có hai thì dương, hai thì âm có kê mông và giờ chân giao động để luyện tổng hợp về thần kinh, khí và huyết, trọng tâm là luyện thần kinh, chủ động về ức chế và hưng phấn nhằm mục đích ngủ tốt, đồng thời cũng làm khí huyết lưu thông.

Mục đích và ý nghĩa của luyện thở đối với cai nghiện thuốc lá: Mục đích chính của luyện thở bốn thì có hai thì dương, hai thì âm có kê mông và giờ chân giao động là luyện thần kinh, luyện quá trình hoạt động của thần kinh gồm hai quá trình hưng phấn và ức chế để chủ động về thần kinh, làm chủ hai quá trình ấy, luyện sự linh hoạt thay đổi giữa hai quá trình ấy, chủ động về xúc cảm, vui buồn, giận, thương ghét, lo lắng, suy nghĩ, sợ sệt... về giấc ngủ cho ngủ ngon. Mục đích phụ là làm cho hơi thở ngày càng mạnh lên, hơi thở mạnh thì huyết chạy đều, không bị ứ trệ. Trong quá trình cai nghiện thuốc lá của bệnh nhân, vấn đề ảnh hưởng nhiều đến kết quả cai nghiện đó là hội chứng cai. Những triệu chứng của hội chứng cai chủ yếu là những triệu chứng như: chán nản, lo âu, mất ngủ, dễ nổi giận, bồn chồn, khó tập trung... theo tây y đó là các triệu chứng về rối loạn hoạt động của tâm thần kinh, theo y học cổ truyền đó là các triệu chứng biểu hiện sự mất cân bằng âm dương, những triệu chứng này khiến bệnh nhân khó chịu và thôi thúc bệnh nhân tái nghiện. Đối chứng với luyện thở bốn thì có hai thì dương, hai thì âm có kê mông và giờ chân giao động chúng tôi nhận thấy tác dụng phương pháp này chủ yếu cũng là cân bằng trạng thái tâm thần kinh, cũng như lập lại cân bằng âm dương, khí huyết của cơ thể vì vậy mà có thể cải thiện được những triệu chứng của hội chứng cai, phù hợp để lựa chọn điều trị cai nghiện thuốc lá trên

bệnh nhân. Ngoài ra với bệnh nhân nghiện thuốc lá lâu năm thường mắc phải các bệnh mãn tính về hô hấp đặc biệt là các bệnh mạn như: viêm phế quản mạn hay nặng hơn là COPD, khí phế thũng... ở những bệnh nhân này thường sẽ có sự suy giảm về thông khí hô hấp do viêm mạn tính gây chít hẹp đường dẫn khí. Luyện thở là một biện pháp đã được nhiều nghiên cứu chứng minh có thể cải thiện thông khí hô hấp trên bệnh nhân và cũng là một khuyến cáo điều trị đối với những bệnh nhân này.

Công thức thở bốn thì:[35]

- Thì một: Hít vào đều, sâu, tối đa, ngực nở, bụng phình và cứng. Thời gian bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở tương ứng với câu “Hít vào ngực nở, bụng căng”.

- Thì hai: Giữ hơi, cơ hoành và lồng ngực đều co thắt tối đa, thanh quản mở, hai chân giơ thay phiên nhau cao 20cm. Thời gian bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở tương ứng với câu: “Giữ hơi cố gắng hít thêm”.

- Thì ba: Thở ra thoải mái, tự nhiên không kìm, không thúc. Thời gian bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở tương ứng với câu: “Thở ra không kìm không thúc”.

- Thì bốn: Ngừng thở, thư giãn hoàn toàn có cảm giác nặng và ấm, tự kỷ ám thị: Tay chân tôi nặng và ấm, toàn thân tôi nặng và ấm, thời gian bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở, tương ứng với câu: “Nghĩ thời nặng ấm chân tay”.

Giải thích 4 thì:[34]

- Thì 1: Hít vào, đều, sâu, tối đa để chủ động về lưu lượng cho đều và đảm bảo hơi vào sâu và tối đa đến tận cùng các phế nang ở các vùng đỉnh phổi, thân phổi và đáy phổi, ngực nở tối đa, bụng phình, xong phải đảm bảo bảo cứng, nghĩa là các cơ bụng, cơ hông, cơ đáy chậu phản ứng trở lại cơ hoành để kìm tạng phủ không bung ra.

Áp suất dương ở bụng và âm ở phổi, máu chạy về tim dễ dàng.

- Thì 2: Giữ hơi là thì khó nhất và phức tạp nhất vì nó tăng hiệu suất của hơi thở, hoàn chỉnh việc trao đổi Oxy và Carbonic tăng cường chủ động của cơ thể, luyện ý chí của con người.

Thanh quản phải mở: để áp suất trong phổi không tăng, không chóng mặt, không nhức đầu, không tức ngực, khác hẳn với trường hợp nhốt hơi.

Thì này có gờ chân lên độ cao 20 cm (cao bằng bàn chân) để tăng cường co thắt cơ bụng, cơ hông và cơ đáy chậu, làm cho bụng cứng hơn, cơ hoành sẽ co thắt thêm, hít thêm hơi để bụng căng cứng như gỗ.

- Thì 3: Thở ra không kìm không thúc: tất cả các cơ hoàn toàn thả lỏng. Thở ra là nhờ sức nặng và tính đàn hồi của lồng ngực và bụng làm cho bụng xẹp xuống, nên chỉ thở ra đến mức gần triệt để (không ép bụng và ép ngực để thở ra triệt để).

Thở ra tự nhiên, thoải mái như “con cò đáp xuống ruộng đồng” như lượn sóng (đã lên cao trên bãi cát) rút xuống trở về, như người đi xe đạp xuống dốc cầu. Con người dễ chịu, khỏe khoắn.

- Thì 4: Nghỉ, thư giãn hoàn toàn, để có cảm giác nặng và ấm. Ta tự kỳ ám thị thêm: “ Tay chân tôi nặng và ấm, toàn thân tôi nặng và ấm”.

1.6. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước về phương pháp nhĩ châm và dưỡng sinh.

1.6.1 Nghiên cứu về nhĩ châm:

Nghiên cứu của khoa Y tế công cộng, bệnh viện Nhân dân số 4 Tế Nam, Sơn Đông trên 53 trường hợp nghiện thuốc lá tại Nga sử dụng các điểm Tuyến thượng thận, Dạ dày, Tim, Nội tiết, Gan cùng một số huyết toàn thân điều trị cai nghiện thuốc lá sau 4 liệu trình đạt kết quả khả quan với 36 tốt, 12 khá và 5 trường hợp không đạt[36].

Một nghiên cứu của NR Waite, JB Clough được đăng trên tạp chí Bristish Journal of General Practice năm 1998 với thử nghiệm mù đơn so sánh giữa 2 nhóm, một nhóm sử dụng nhĩ châm và một nhóm sử dụng giả

được kết quả cho thấy nhóm được sử dụng nhĩ châm có hiệu quả rõ rệt trong điều trị cai nghiện thuốc lá hơn so với nhóm dùng giả dược[37].

Tăng Khánh Hồng (2009) đã sử dụng kết hợp nhĩ châm (vùng vỏ thượng thận, nội tiết, giao cảm) cùng các huyết toàn thân (Bách hội, Tứ thần thông, Thần môn) và trong 7 ngày thấy cai thuốc lá đạt 87% tốt[38].

Tô Minh Lan, Trương Quang Anh thuộc bệnh viện Miên Dương số 3 Trung Quốc điều trị cai nghiện thuốc lá cho 27 bệnh nhân bằng phương pháp nhĩ châm kết hợp điều trị tâm lý với kết quả khả quan với 11 trường hợp khỏi, 14 trường hợp cải thiện, 2 trường hợp không kết quả, tỉ lệ hiệu quả 92,6%. Quan sát sau 1 năm điều trị không một ai trong số người điều trị khởi tái nghiện[39].

Châu Bằng Phi (2003) châm huyết Liệt khuyết 2 bên, mỗi lần 20 phút, một lần 1 ngày trong 5 ngày, nghỉ 2 ngày, tổng liệu trình điều trị trong 4 tuần cho kết quả tỷ lệ cai thuốc lá thành công đạt 96,9% [40].

Hoàng Đồng Minh (2007) cho rằng nghiện thuốc lá liên quan đến các tạng tỳ, phế, tâm và đưa ra phương pháp cai nghiện thuốc lá bằng châm cứu kết hợp với một trong các phương thuốc: tuyên phế hóa đàm, hoặc thư cân giải uất, bổ tâm tỳ, hoặc thanh nhiệt thư can, tuyên phế hóa đàm trong 7 ngày cho kết quả cai thuốc rất tốt [41].

Tại Việt Nam năm 2017 Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh, cùng cộng sự, tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương đã điều trị cai nghiện thuốc lá cho 41 bệnh nhân bằng phương pháp nhĩ áp kết hợp tư vấn cai nghiện thuốc lá trong 28 ngày đạt kết quả 63,4% khá tốt[8].

1.6.2 Nghiên cứu về dưỡng sinh:

Phạm Huy Hùng (1996) nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở người tập luyện dưỡng sinh theo phương pháp của Bác sĩ Nguyễn Văn Hương cho thấy: độ giãn cột sống được cải thiện, độ giãn nở của

lòng ngực tăng có ý nghĩa thống kê so với trước tập, các chỉ số hô hấp được cải thiện[42].

Nguyễn Thị Vân Anh (2000) nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Nguyễn Văn Hương trên bệnh nhân có hội chứng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính cho thấy: bài tập có tác dụng cải thiện tình trạng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính, trương lực mạch máu não giảm, khả năng đàn hồi của thành mạch được cải thiện[43].

Phạm Thúc Hạnh, Lê Thị Kim Dung, Trần Thị Lan năm 2001 Nghiên cứu tác dụng dưỡng sinh trên bệnh nhân bụi phổi, hen phế quản, tăng huyết áp và trên người cao tuổi cho kết quả tốt, huyết áp ổn định, cải thiện được chức năng hô hấp cho bệnh nhân[33].

Lê Thị Kim Dung 2002 với nghiên cứu sử dụng kết hợp khí công dưỡng sinh dân tộc trên 65 bệnh nhân chẩn đoán hen phế quản độ II đã đạt được kết quả tốt với chức năng thông khí phổi của bệnh nhân được cải thiện, số cơn hen giảm, kết quả điều trị hen kết hợp khí công dưỡng sinh dân tộc đạt 88,24% khá tốt[44].

Lê Thị Hiền (2003) nghiên cứu ảnh hưởng của luyện tập thư giãn cổ truyền lên một số chỉ số sinh học cho thấy: luyện tập thư giãn cổ truyền gây biến đổi tích cực tới một số chỉ số sinh học ở người trưởng thành bình thường, người có tuổi tăng huyết áp và người có tuổi có hội chứng suy nhược thần kinh, các chỉ số này biến đổi điều chỉnh để về trạng thái ổn định[45].

Trịnh Hữu Lộc(2007) nghiên cứu ảnh hưởng của bài tập quyền dưỡng sinh với sức khỏe của người cao tuổi nữ thấy phương pháp tập dưỡng sinh có tác dụng tốt đối với cơ thể trên cả sức khỏe về thể chất, cải thiện về ăn uống, giấc ngủ, tinh thần[46]

CHƯƠNG 2. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu

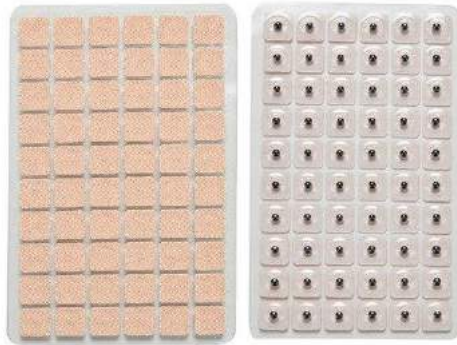
- **Chất liệu nghiên cứu:** Hạt Vương bất lưu hành(VBLH)

Mô tả hạt: Hạt tròn cân đối, màu đen. Đường kính hạt 1,6mm

Hạt VBLH trên miếng dán có đường kính 5mm

Sản xuất tại: Trung Quốc

Hạn sử dụng: 2 năm



Hình 2. 1. Miếng dán nhĩ áp

- **Phương tiện nghiên cứu:**

+ Máy Smokerlyzer



Hình 2. 2 Máy Smokerlyzer

+ Que dò huyết



Hình 2. 3. Que dò huyết

- + Ống nghe, huyết áp kế, đồng hồ đếm mạch
- + Bệnh án nghiên cứu
- + Bông cotton vô trùng, kẹp, khay quả đậu...

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán nghiện thuốc lá khi tới khám và được điều trị tại Phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Chọn bệnh nhân nghiện thuốc lá không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tuổi từ 18 - 80.
- Mức độ quyết tâm cai thuốc lá đánh giá theo bảng Q-MAT ≥ 7 điểm.
- Tiêu chuẩn nghiện thuốc lá được chẩn đoán theo DSM – IV:

1	<p>Dùng nạp thuốc lá thể hiện bằng 1 trong 2 dấu hiệu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Phải hút lượng thuốc lá nhiều hơn để đạt được cùng cảm giác “phê” như cũ • Hút cùng một lượng thuốc lá như cũ thì cảm giác “phê” đạt được sẽ giảm đi
2	<p>Triệu chứng cai nghiện thuốc lá thể hiện bằng các dấu hiệu sau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cảm giác kích thích, bứt rứt, khó chịu khi không có thuốc lá hút

	<ul style="list-style-type: none"> • Biến mất các cảm giác khó chịu kể trên khi hút trở lại thuốc lá
3	Hút thuốc lá lâu hơn, nhiều hơn so với dự tính
4	Mong muốn hoặc nỗ lực cai thuốc lá nhiều lần nhưng chưa thành công
5	Dành rất nhiều thời gian và công sức cho việc tìm kiếm và hút thuốc lá
6	Giảm hoặc ngưng các hoạt động, thú vui khác vì dành thời gian cho hút thuốc lá
7	Tiếp tục hút thuốc lá cho dù biết hoặc thậm chí là bị các tác hại do thuốc lá gây ra

Chẩn đoán xác định nghiện thuốc lá khi thỏa mãn ít nhất 3/7 tiêu chuẩn trên kéo dài trong vòng 12 tháng.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những người nghiện thuốc lá mắc các bệnh truyền nhiễm cấp tính, lao, K, viêm gan, mắc các bệnh nặng như suy tim, suy gan, suy thận, HIV giai đoạn cuối, bệnh nhân không đủ sức khỏe tham gia nghiên cứu, bệnh nhân có các rối loạn về tâm- thần kinh nặng.

- Người nghiện thuốc lá đang bị viêm nhiễm, nhiễm trùng hay chấn thương vùng tai, bệnh nhân dị ứng với miếng dán VBLH.

- Phụ nữ có thai, bệnh nhân đang sử dụng một phương pháp khác, bệnh nhân không tuân thủ điều trị, người nghiện nặng hơn có thể xem xét ngừng nghiên cứu.

2.3. Địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại Phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

2.4. Thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 6/2020 – 9/2020

2.5. Phương pháp nghiên cứu

2.5.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành theo mô hình thử nghiệm lâm sàng có đối chứng (so sánh trước sau điều trị và so sánh giữa 2 nhóm)

2.5.2. Tiến hành nghiên cứu

- Ngày đầu tiên đến khám: Người nghiện thuốc lá được khám sơ bộ, phát phiếu điều tra. Lựa chọn đối tượng đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

- Tiến hành tư vấn cai nghiện thuốc lá cho người nghiện thuốc lá. Thời gian tư vấn từ 15-30 phút và cung cấp số điện thoại để hỗ trợ cai nghiện.

- Đo nhịp tim, huyết áp, nồng độ CO trong hơi thở. Tiến hành làm các xét nghiệm: công thức máu, sinh hóa máu (AST, ALT, Ure, Creatinin...), xét nghiệm nước tiểu.

- Giải thích cho bệnh nhân về phương pháp điều trị cai nghiện, hướng dẫn bệnh nhân tự thư giãn 5 phút trước và sau khi tiến hành luyện thở đối với nhóm bệnh nhân có dùng phương pháp luyện thở dưỡng sinh.

- Tiến hành điều trị cai nghiện thuốc lá với hai nhóm như sau:

Nhóm 1: Điều trị bằng phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.

Bước 1: Hướng dẫn bệnh nhân tự luyện tập tại nhà phương pháp luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng theo trình tự:

+ Luyện thở: (15 phút) Ở đây chúng tôi áp dụng phương pháp thở 4 thì có kê mông và giơ chân.[35]

- Tư thế tập: Nằm ngửa, đầu không gối, kê mông cao 10 – 20 cm chân duỗi thẳng, một tay để lên ngực, một tay để lên bụng.

- Các thì thở:

Thì một: Hít vào đều, sâu, tối đa, ngực nở, bụng phình và cứng. Thời gian bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở tương ứng với câu “Hít vào ngực nở, bụng căng”.

Thì hai: Giữ hơi, cơ hoành và lồng ngực đều co thắt tối đa, thanh quản mở, hai chân giơ thay phiên nhau cao 20cm. Thời gian bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở tương ứng với câu: “Giữ hơi cố gắng hít thêm”.

Thì ba: Thở ra thoải mái, tự nhiên không kìm, không thúc. Thời gian bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở tương ứng với câu: “Thở ra không kìm không thúc”.

Thì bốn: Ngừng thở, thư giãn hoàn toàn có cảm giác nặng và ấm, tự kỷ ám thị: Tay chân tôi nặng và ấm, toàn thân tôi nặng và ấm, thời gian bằng $\frac{1}{4}$ hơi thở, tương ứng với câu: “Nghĩ thời nặng ấm chân tay”.

Bước 2 Điều trị bằng phương pháp nhĩ áp.

Công thức huyệt:

- | | | |
|-------------|-------------|----------|
| 1. Thần môn | 2. Thận | 3. Phế |
| 4. Tâm | 5. Tỳ | 6. Miệng |
| 7. Dưới vò | 8. Giao cảm | |

Phương thức điều trị:

Kỹ thuật nhĩ áp:

- Mỗi lần dùng 3-4 điểm gắn miếng nhĩ áp lên điểm đó. Dặn bệnh nhân khi có cảm giác thèm hút, muốn hút hoặc có cảm giác khó chịu khác khi cai thuốc thì dùng tay ấn vào điểm đã gắn miếng nhĩ áp trên loa tai của mình trong 5-10 giây.

- 7 ngày thay miếng dán 1 lần

- Hai bên loa tai thay đổi nhau dán nhĩ áp.

- Tùy thuộc vào các triệu chứng của người cai thuốc lá gặp phải mà chọn các điểm dán trên loa tai cho phù hợp.

Nhóm 2: Điều trị cai nghiện thuốc lá bằng phương pháp nhĩ áp:

Tiến hành dán miếng dán nhĩ áp với kỹ thuật như trên.

- Liệu trình điều trị: Điều trị 28 ngày liên tục, mỗi bệnh nhân được thay miếng dán 5 lần vào các ngày: D0, D7, D14, D21, D28 và tự luyện thở bài tập

luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng mỗi ngày 15 phút trong 28 ngày tại nhà theo hướng dẫn.

- Khi hết liệu trình tiếp tục theo dõi quan sát bệnh nhân thêm 1 tháng để đánh giá hiệu quả của phương pháp can thiệp.

2.6. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu.

- Mẫu nghiên cứu: Lấy 60 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, phân bố vào 2 nhóm sao cho có sự tương đồng về tuổi, giới, mức độ bệnh, quyết tâm cai nghiện.

+ Nhóm 1 - Nhóm nghiên cứu(NNC) (30 bệnh nhân): Điều trị bằng phương pháp nhĩ áp kết hợp phương pháp luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.

+ Nhóm 2 - Nhóm chứng(NC) (30 bệnh nhân): Điều trị bằng phương pháp nhĩ áp.

Phương pháp chọn mẫu: Theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu mỗi nhóm $n = 30$.

2.7. Biến số và chỉ số nghiên cứu.

STT	Biến số	Định nghĩa	Loại biến	Phương pháp thu thập
A. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu				
A.1	Họ và tên	Họ và tên của đối tượng theo đăng ký trong sổ hộ khẩu gia đình		Phát vấn
A.2	Giới tính	Nam/ nữ	Nhị phân	Phát vấn
A.3	Tuổi	Tuổi dương lịch	Rời rạc	Phát vấn
A.4	Số năm hút thuốc lá	Tổng số năm hút thuốc	Rời rạc	Phát vấn

A5	Số điều hút trong ngày		Rời rạc	Phát vấn
A5	Lý do bắt đầu hút thuốc lá	Nguyên nhân khiến đối tượng bắt đầu hút thuốc	Danh mục	Phát vấn
A6	Tổng số lần bỏ thuốc lá		Rời rạc	Phát vấn
A7	Lý do cai thuốc lá	Lý do khiến đối tượng cai thuốc lá lần này	Danh mục	Phát vấn
A8	Mức độ nghiện	Mức độ nghiện phân chia theo thang Fagerstrom	Thứ hạng	Phát vấn/ tính toán và phân loại
A9	Quyết tâm cai nghiện thuốc	Phân chia theo thang Q-mat	Thứ hạng	Phát vấn/ tính toán và phân loại
B. Kết quả điều trị				
B1	Các triệu chứng của hội chứng cai	Các triệu chứng xuất hiện sau khi cai	Nhị phân	Hỏi bệnh
B2	Kết quả tính theo thang MPSS	Phân loại kết quả cai nghiện theo thang điểm MPSS(thang đánh giá sự cải thiện triệu chứng)	Thứ hạng	Hỏi bệnh, tính toán và phân loại
B3	Nhịp tim	Nhịp tim của bệnh nhân trong một phút	Rời rạc	Khám lâm sàng
B4	Huyết áp	Huyết áp động mạch của bệnh nhân	Liên tục	Khám lâm sàng sử dụng máy

				đo huyết áp
B5	Chỉ số nước tiểu, huyết học, sinh hóa	Định lượng về một số chỉ số có trong nước tiểu và máu của bệnh nhân	Liên tục	Cận lâm sàng sử dụng máy phân tích chuyên dụng tại khoa cận lâm sàng.
B6	Nồng độ khí CO	Nồng độ CO đo trong hơi thở của bệnh nhân	Liên tục	Sử dụng máy smokerlyzer
B7	Kết quả cai nghiện dựa theo nồng độ CO	Dựa vào nồng độ CO đánh giá mức độ nghiện và kết quả cai của bệnh nhân	Thứ hạng	Dùng nồng độ CO để phân loại
B8	Kết quả 1 tháng sau đợt điều trị	Sau 1 tháng ngừng điều trị bệnh nhân còn hút thuốc hay không	Nhị phân	Hỏi
B9	choáng	Cảm giác của bệnh nhân	Nhị phân	Hỏi
B10	Mẫn ngứa	Cảm giác ngứa, nổi sẩn tại vị trí đặt nhĩ áp	Nhị phân	Hỏi, quan sát
B11	Nhiễm trùng	Nhiễm trùng xung quanh vùng đặt nhĩ áp	Nhị phân	Hỏi, quan sát

2.8. Cách thu thập và đánh giá số liệu

2.7.1. Cách thu thập số liệu.

- Sử dụng phát vấn và dùng các phương pháp khám lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết để thu thập, theo dõi thông tin cũng như số liệu của đối tượng đã chọn trong nghiên cứu.

2.7.2. Các chỉ tiêu chung đánh giá đối tượng.

Các chỉ tiêu chung

Tiến hành đánh giá trước khi bệnh nhân được điều trị (D0).

- Nhóm tuổi và giới tính
- Số năm hút thuốc lá
- Lý do hút thuốc lá
- Số điếu thuốc lá hút trong ngày
- Tổng số lần bỏ thuốc lá
- Lý do cai thuốc lá.
- Mức độ nghiện thực thể: Thang điểm Fagerstrom
- Quyết tâm cai nghiện thuốc lá: Bảng Q-MAT

2.4.2. Các chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị

- Lâm sàng:

+ Các dấu hiệu lâm sàng của Hội chứng cai: Theo dõi, đánh giá tại các thời điểm: D0, D7, D14, D21, D28.

+ Nhịp tim, huyết áp: Theo dõi tại các thời điểm: D0, D7, D14, D21, D28, đánh giá trước sau điều trị.

Phương pháp đếm mạch: đếm tần số mạch ở cổ tay trái trong vòng 1 phút bằng đồng hồ đếm mạch, được tính bằng đơn vị lần/phút.

Phương pháp đo Huyết áp: huyết áp đo ở tay trái bằng huyết áp kế đồng hồ của Nhận bản, đo ở tư thế nằm, được tính bằng đơn vị mmHg.

+ Đánh giá hiệu quả làm giảm các triệu chứng của hội chứng cai theo thang điểm MPSS (Mood and Physical Symptoms Scale) ở hai thời điểm trước và sau điều trị (D0 và D28)[47].

Thang điểm MPSS bao gồm 12 triệu chứng, được đánh giá từ 1 (không có) đến 5 (cực kỳ nhiều) như sau:

Anh/chị hãy chỉ ra những triệu chứng mà Anh/chị cảm thấy trong 24 giờ qua (Khoanh tròn vào câu trả lời).

	Không có	Có nhưng không đáng kể	Có đáng kể	Có nhiều	Có rất nhiều
1. Chán nản	1	2	3	4	5
2. Lo âu	1	2	3	4	5
3. Dễ nổi giận	1	2	3	4	5
4. Bồn chồn	1	2	3	4	5
5. Cảm thấy đói	1	2	3	4	5
6. Khó tập trung	1	2	3	4	5
7. Khó ngủ về đêm	1	2	3	4	5

8. Thời gian Anh/ chị cảm thấy thôi thúc phải hút thuốc lá trong 24 giờ vừa qua? (Khoanh tròn vào câu trả lời)

Không có	Ít, không đáng kể	Một vài lần trong ngày	Nhiều lần trong ngày	Hầu hết thời gian trong ngày	Tất cả thời gian trong ngày
0	1	2	3	4	5

9. Mức độ thôi thúc Anh/chị phải hút thuốc lá trong 24 giờ qua? (Khoanh tròn vào câu trả lời)

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Mạnh	Rất mạnh	Cực kỳ mạnh
0	1	2	3	4	5

Anh/chị có những triệu chứng này trong 24 giờ qua hay không? (Khoanh tròn vào câu trả lời)

	Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nhiều	Rất nhiều
10. Đau rất trong miệng	1	2	3	4	5
11. Táo bón	1	2	3	4	5
12. Ho/ rất họng	1	2	3	4	5

Tổng điểm tối thiểu: 10 điểm

Tổng điểm tối đa: 60

$A = \text{Tổng điểm D0} - \text{Tổng điểm D28}$

Đánh giá kết quả điều trị:

+ Tốt: $A \geq 75\%$ hoặc tất cả các triệu chứng đều về giới hạn tối thiểu sau điều trị

+ Khá: $50\% \leq A < 75\%$

+ Trung bình: $25\% \leq A < 50\%$

+ Kém: $A < 25\%$.

- Cận lâm sàng:

+ Các chỉ số huyết học, sinh hóa, nước tiểu: Theo dõi, đánh giá trước và sau điều trị (D0 và D28).

Các chỉ số xét nghiệm huyết học, sinh hóa, nước tiểu được làm tại các khoa cận lâm sàng tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

+ Nồng độ khí CO: Theo dõi tại các thời điểm: D0, D7, D14, D21, D28, đánh giá trước và sau điều trị.

Nồng độ khí CO trong hơi thở ra được đo bằng máy Smokerlyzer tại phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá - Bệnh viện Y học cổ truyền TW.

Người được kiểm tra chỉ cần ngậm ống nối, hút không khí từ miệng vào, giữ chặt hơi thở trong 15 giây, sau đó thổi từ từ hơi thở ra ống, kết quả CO ppm và %COHb tương đương sẽ hiển thị trực tiếp trên máy.

Đánh giá kết quả điều trị dựa trên nồng độ khí CO như sau:

+ Loại tốt: nồng độ khí CO trong hơi thở 1 – 5 ppm

+ Loại khá: nồng độ khí CO trong hơi thở 6 – 10ppm

+ Không kết quả: Bệnh nhân hút thuốc trở lại: nồng độ khí CO trong hơi thở ≥ 11 ppm

Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

- Choáng
- Mẫn ngứa
- Nhiễm trùng
- Tình trạng nghiện nặng hơn....

2.9. Sai số và biện pháp khắc phục.

Loại sai số	Nguyên nhân	Biện pháp khắc phục
Sai số chọn	Sai số do chọn mẫu thuận tiện: mẫu thuận tiện là nhóm đối tượng tiện lợi cho việc nghiên cứu, tuy nhiên lại mang yếu tố chủ quan và không đại diện cho tất cả đối tượng nghiên cứu. Sai số do ghép cặp bệnh nhân không tương đồng	Áp dụng mẫu câu hỏi phân loại, mẫu bệnh án để ghép cặp bệnh nhân tương đồng, tránh việc đưa bệnh nhân nhẹ vào nhóm nghiên cứu còn bệnh nặng đưa vào nhóm chứng.
	Sai số chẩn đoán.	Áp dụng đúng theo tiêu chuẩn chẩn đoán và loại trừ; nâng cao kỹ năng khám và chẩn đoán cho bác sỹ; hỏi bệnh nhân và thăm khám kỹ để tránh sai sót cho nhớ lại hay kể bệnh sai.

Loại sai số	Nguyên nhân	Biện pháp khắc phục
Sai số thông tin	<p>Do công cụ xét nghiệm cận lâm sàng chưa đạt tiêu chuẩn, độ chính xác chưa cao.</p> <p>Người khám và khảo sát chưa chính xác.</p> <p>Đối tượng trả lời không hiểu rõ bộ câu hỏi tự điền.</p>	<p>Cần kiểm định, cũng như sử dụng đồng bộ các công cụ đánh giá để không có sự khác biệt giữa các đối tượng. Bộ câu hỏi được thử nghiệm và điều chỉnh trước khi điều tra.</p> <p>Có hướng dẫn điền phiếu cụ thể và giải thích các thuật ngữ mới</p>
	Sai số do đối tượng bỏ cuộc.	<p>Giải thích rõ về lợi ích khi tham gia nghiên cứu để bệnh nhân được biết.</p> <p>Cần động viên, giải thích và quan tâm tới bệnh nhân trong quá trình nghiên cứu.</p>

2.10. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y sinh học SPSS 20.0 Sử dụng thuật toán:

- + Tính tỷ lệ phần trăm (%).
- + Tính trung bình và độ lệch chuẩn (SD).
- + Student – T test so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình trước và sau điều trị.

+ Kiểm định:

Với $p > 0,05$ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Với $p \leq 0,05$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

2.11. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được hội đồng đạo đức và hội đồng khoa học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam, bệnh viện YHCT Trung ương thông qua và phê chuẩn.

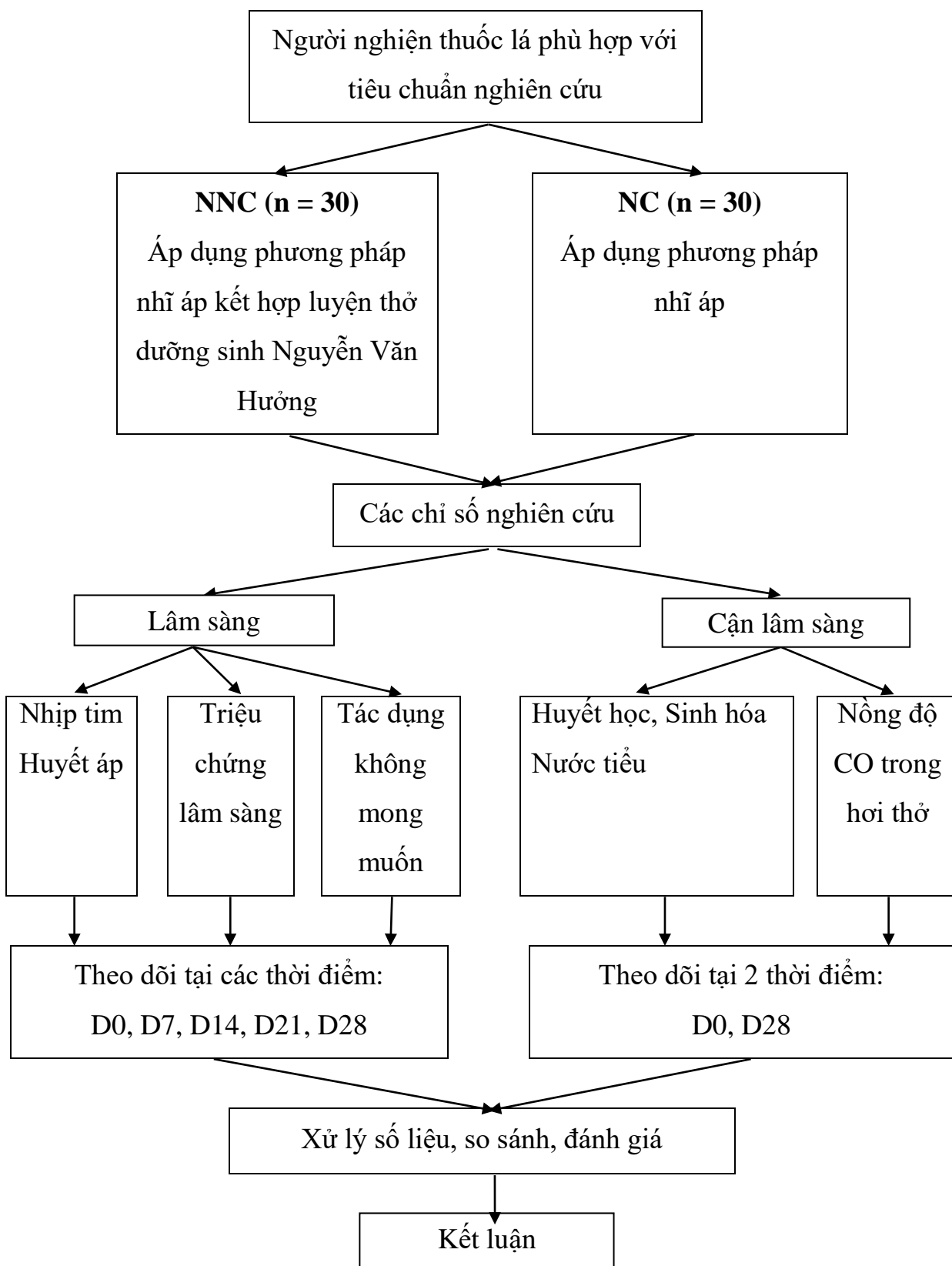
- Đề tài của chúng tôi được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho cộng đồng.

- Bệnh nhân được tư vấn về cai nghiện thuốc lá trong suốt quá trình điều trị và được giải thích rõ về tác dụng của nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trong quá trình điều trị.

- Nghiên cứu được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho người bệnh.

- Bệnh nhân hoàn toàn đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân có thể từ chối tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào.
- Kết quả nghiên cứu được công bố cho mọi người .

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU



CHƯƠNG 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới tính.

Bảng 3. 1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm Tuổi	Nhóm nghiên cứu (n = 30)		Nhóm chứng (n = 30)	
	n	%	n	%
≤ 20	0	0	0	0
21 – 40	3	10	5	16,7
41 – 60	15	50	18	60
> 60	12	40	7	23,3
∑	30	100	30	100
p NNC-NC	> 0,05			

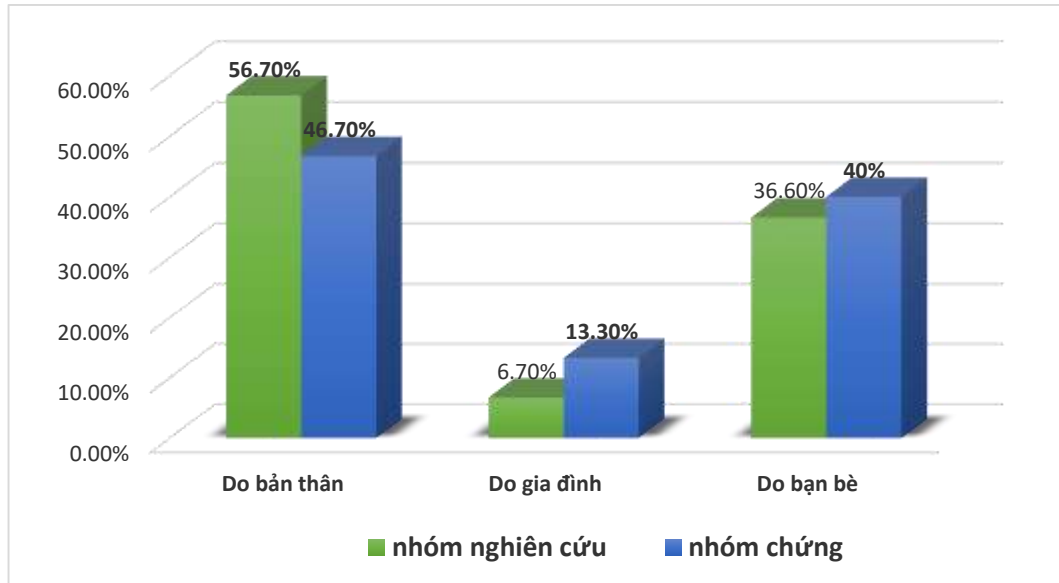
Bảng 3. 2 Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhóm Giới	Nhóm nghiên cứu (n = 30)		Nhóm chứng (n = 30)	
	n	%	n	%
Nam	30	100	30	100
Nữ	0	0	0	0
∑	30	100	30	100

Nhận xét: Kết quả bảng 3.1 và 3.2 cho thấy đối tượng nghiên cứu của cả 2 nhóm đều là nam giới (100%), không có đối tượng nghiên cứu nào là nữ. Trong đó phần lớn các đối tượng nghiên cứu đều trong độ tuổi từ 40 trở lên, cụ thể ở nhóm nghiên cứu nhóm bệnh nhân từ 41 – 60 chiếm đa số 50%, và ở nhóm chứng nhóm bệnh nhân từ 41 – 60 chiếm 60%.

Sự khác biệt giữa 2 nhóm về phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính không có ý nghĩa thống kê với p NNC-NC > 0.05.

3.1.2. Lý do bắt đầu hút thuốc lá

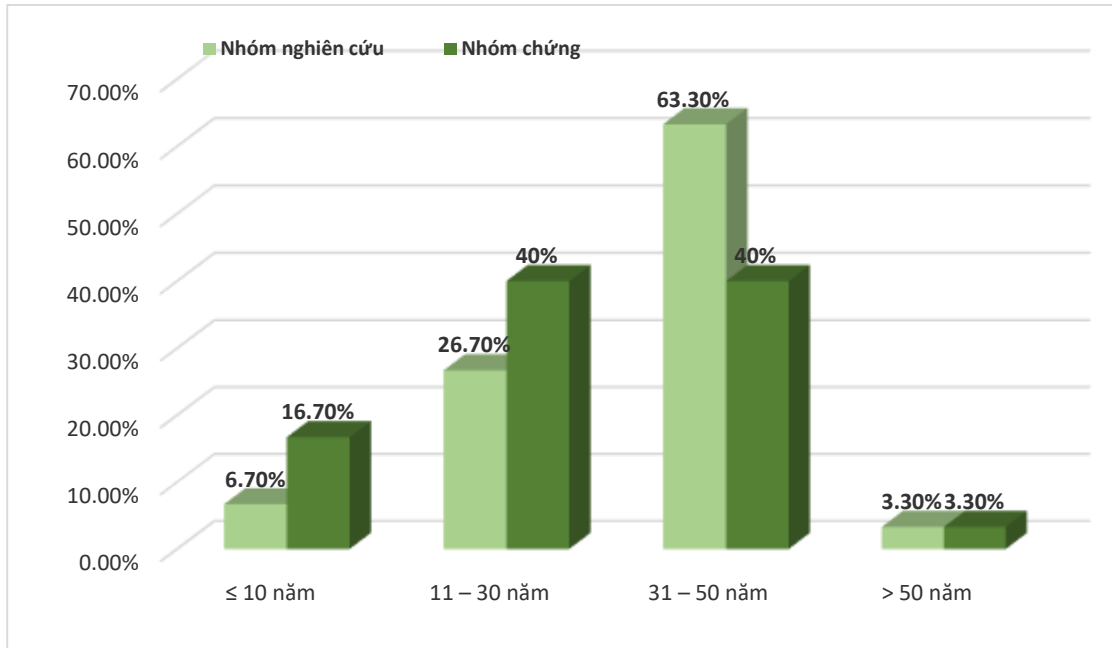


Biểu đồ 3. 1 Lý do bắt đầu hút thuốc lá

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho thấy lý do bắt đầu hút thuốc lá nguyên nhân chủ yếu do bản thân và bạn bè chiếm tỉ lệ cao với lần lượt là 56,7%, 36.6% ở nhóm nghiên cứu và lần lượt 46.7%, 40% ở nhóm chứng, trong gia đình có người hút là 1 lý do ít gặp nhưng cũng là 1 nguyên nhân thúc đẩy việc hút thuốc lá của thành viên khác trong gia đình.

So sánh 2 nhóm chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \text{ NNC-NC} > 0.05$

3.1.3. Số năm hút thuốc lá

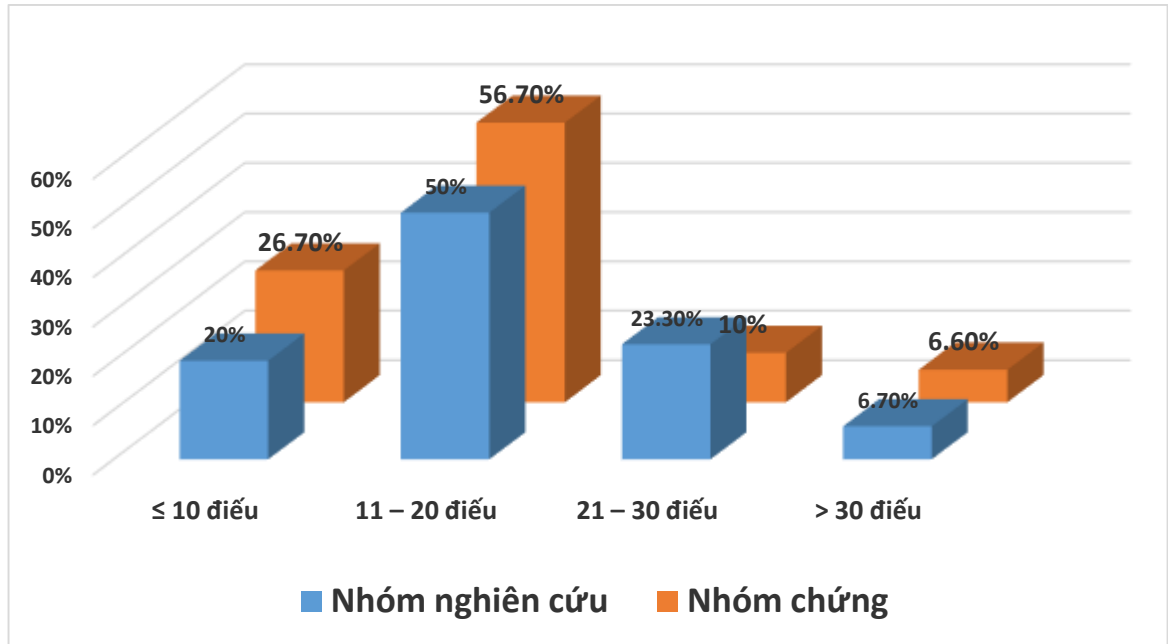


Biểu đồ 3. 2 Số năm hút thuốc lá

Nhận xét: Qua biểu đồ 3.2 cho thấy các đối tượng nghiên cứu của cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có thời gian hút thuốc lá tương đối lâu, tỉ lệ từ 11 – 30 năm và 31 – 50 năm ở nhóm nghiên cứu lần lượt là 26,7% và 63.3%, ở nhóm chứng với tỉ lệ bằng nhau là 40%

Sự khác biệt giữa 2 nhóm: nhóm nghiên cứu và nhóm chứng về số năm hút thuốc lá không có ý nghĩa thống kê với $p \text{ NNC-NC} > 0.05$.

3.1.4. Số lượng điếu thuốc hút trong ngày

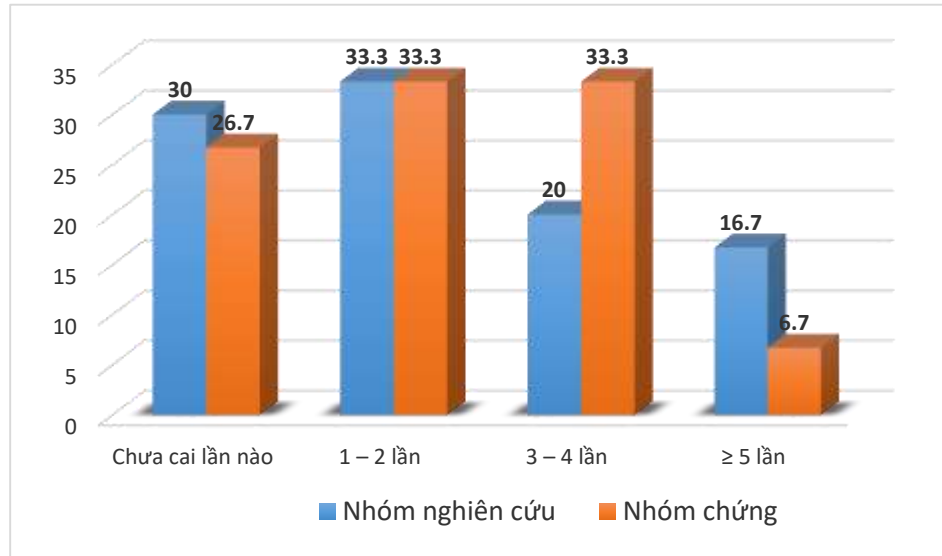


Biểu đồ 3. 3 Số lượng điếu thuốc hút trong ngày

Nhận xét: Qua biểu đồ 3.3 ta thấy ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tỉ lệ người hút từ 11 – 20 điếu trong 1 ngày là cao nhất, lần lượt ở nhóm chứng và nhóm nghiên cứu là 50% và 56.7%

Sự khác biệt giữa hai nhóm về số lượng điếu hút trên 1 ngày của 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p \text{ NNC-NC} > 0.05$

3.1.5. Tổng số lần bỏ thuốc lá

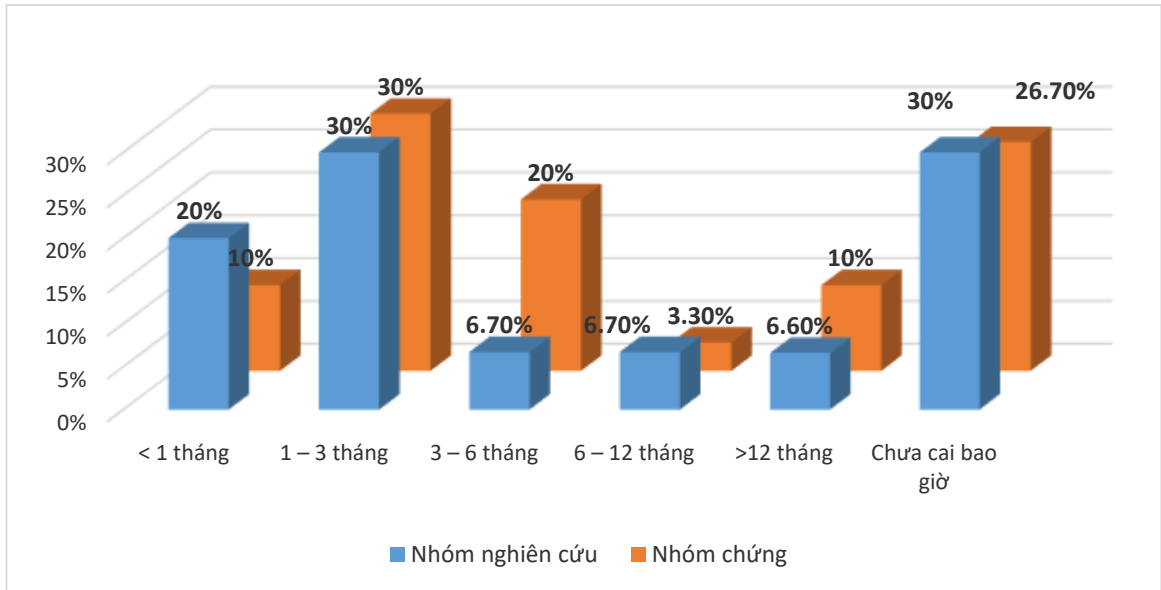


Biểu đồ 3. 4 Tổng số lần bỏ thuốc lá

Nhận xét: Qua biểu đồ 3.4 cho thấy tỉ lệ người đến cai thuốc lá trong lần này chưa từng cai thuốc bao giờ và cai được 1 – 2 lần chiếm chủ yếu, tỉ lệ này ở nhóm nghiên cứu lần lượt là 30% và 33,3%, ở nhóm chứng lần lượt là 26.7% và 33,3%

Sự khác biệt giữa 2 nhóm về tổng số lần cai thuốc lá không có ý nghĩa thống kê với $p_{\text{NNC-NC}} > 0.05$.

3.1.6. Lần bỏ thuốc lâu nhất

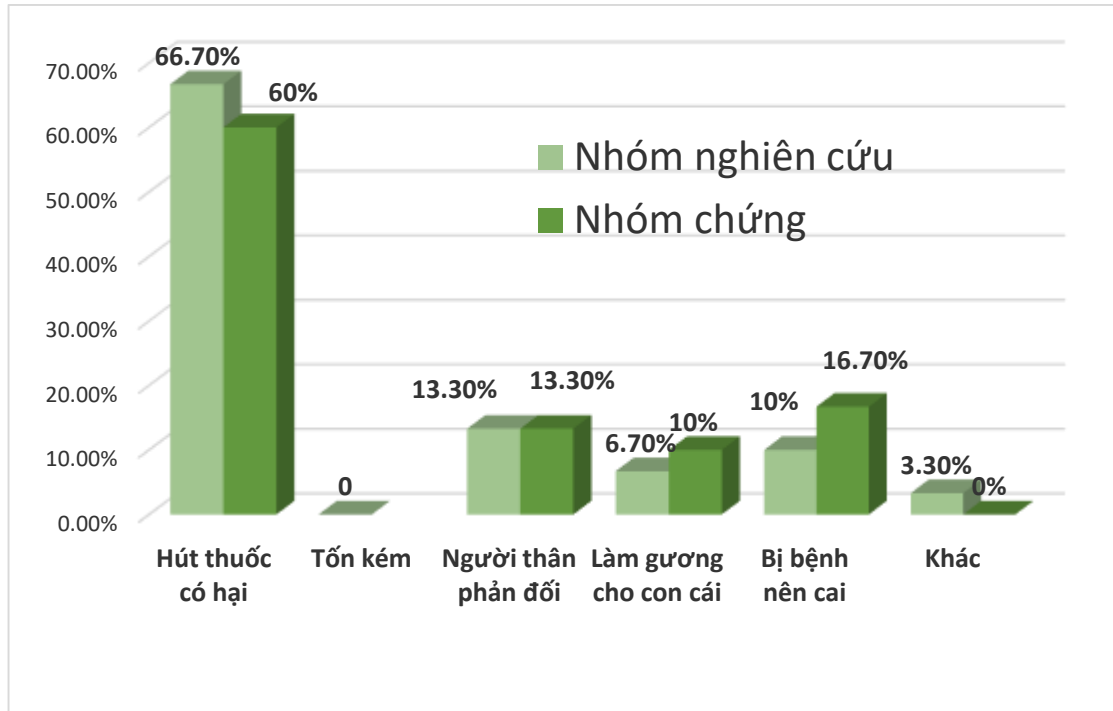


Biểu đồ 3. 5 Lần bỏ thuốc lâu nhất

Nhận xét: Qua biểu đồ 3.5 ta thấy ở cả 2 nhóm nghiên cứu và nhóm chứng những người đã từng cai thuốc và thời gian cai được lâu nhất từ 1 – 3 tháng chiếm đa số, tỉ lệ này ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng cùng là 30% trên tổng số.

Sự khác biệt giữa 2 nhóm về thời gian của lần bỏ thuốc lâu nhất không có ý nghĩa thống kê với $p \text{ NNC-NC} > 0.05$

3.1.7. Lý do cai thuốc lá

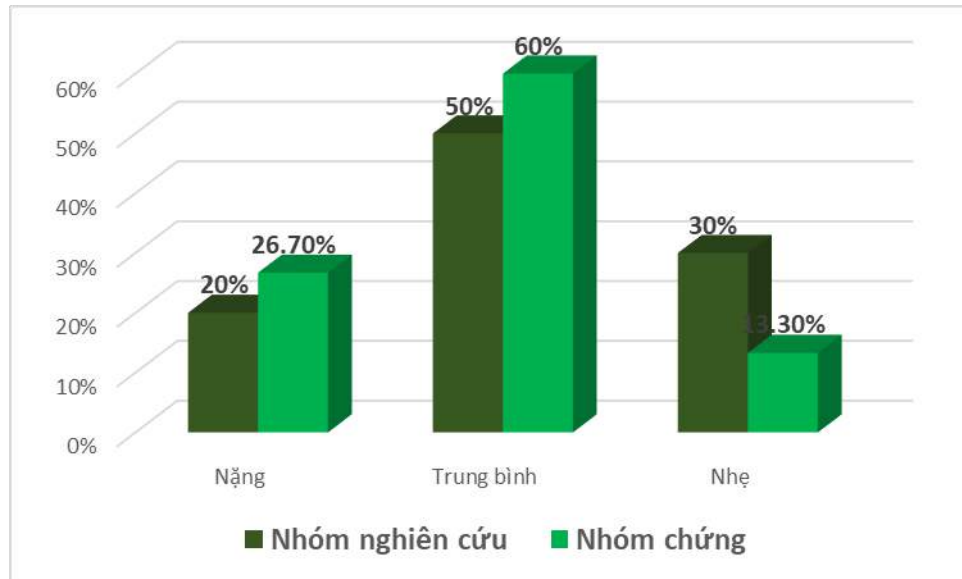


Biểu đồ 3. 6 Lý do cai thuốc lá

Nhận xét: Qua biểu đồ 3.6 cho thấy lý do cai thuốc lá ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng chủ yếu là do hút thuốc lá có hại cho sức khỏe, tỉ lệ này ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là 66.7% và 60%.

Sự khác biệt giữa 2 nhóm về lý do cai thuốc lá không có ý nghĩa thống kê với $p \text{ NNC-NC} > 0.05$

3.1.8. Mức độ nghiện thực thể theo thang điểm Fagerstrom

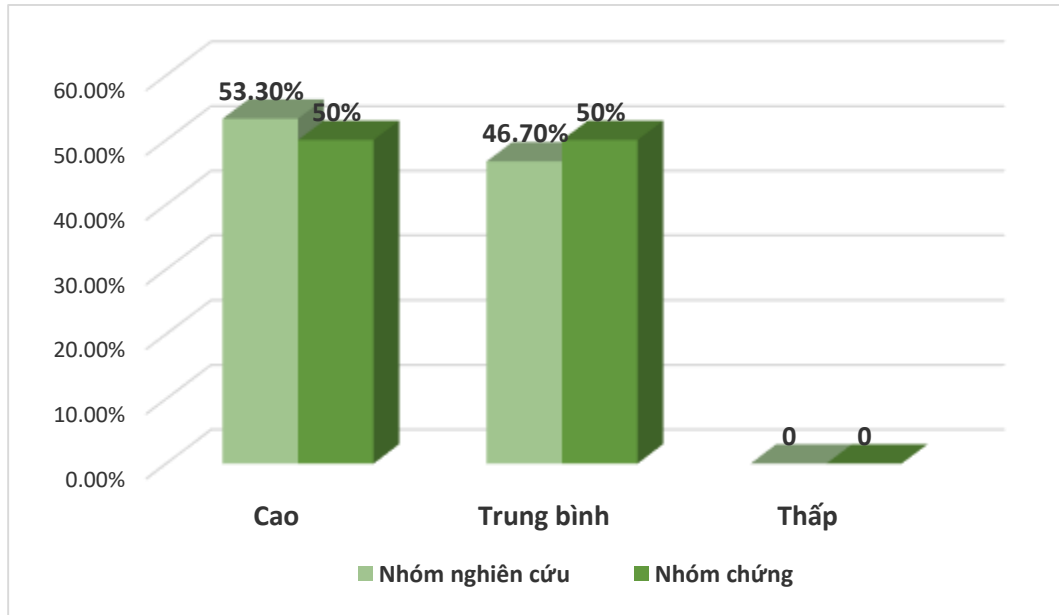


Biểu đồ 3. 7 Mức độ nghiện thực thể theo thang điểm Fagerstrom

Nhận xét: Nhìn vào biểu đồ 3.7 ta thấy có sự tương đồng về mức độ nghiện thực thể giữa 2 nhóm nghiên cứu và chứng. Cả nhóm chứng và nhóm nghiên cứu có tỷ lệ nghiện thực thể ở mức trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất, 50% ở nhóm nghiên cứu và 60 % ở nhóm chứng.

Sự khác biệt về mức độ nghiện thực thể giữa 2 nhóm nghiên cứu và chứng không có ý nghĩa thống kê với $p \text{ NNC-NC} > 0.05$.

3.1.9 Quyết tâm cai thuốc lá



Biểu đồ 3. 8 Quyết tâm cai thuốc lá

Nhận xét: Nhìn vào biểu đồ 3.8 ta thấy cả nhóm chứng và nhóm nghiên cứu đều có tỷ lệ bệnh nhân có quyết tâm cai nghiện cao và trung bình chiếm tỷ lệ rất cao, tỉ lệ này lần lượt là 53.3% và 46.7% ở nhóm nghiên cứu và cùng bằng 50% ở nhóm chứng. Không có bệnh nhân nào có quyết tâm cai nghiện thấp.

Sự khác biệt về quyết tâm cai nghiện giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p \text{ NNC-NC} > 0.05$.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Sự cải thiện các triệu chứng của hội chứng cai

Bảng 3.3 Các triệu chứng của hội chứng cai

Triệu chứng	Nhóm nghiên cứu (n=30)					Nhóm chứng (n=30)				
	D0	D7	D14	D21	D28	D0	D7	D14	D21	D28
Thèm thuốc	25	29	13	10	8	24	30	18	13	10
Lo lắng	6	2	0	0	0	8	7	2	1	0
Căng thẳng	11	13	3	0	0	10	7	5	2	1
Cáu gắt	5	2	0	0	0	5	3	1	0	0
Giảm tập trung	9	12	3	2	2	8	11	6	5	2
Mất ngủ	4	2	0	0	0	2	3	3	1	1
Đau đầu	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ho	2	3	0	0	0	3	2	0	0	0
Ngứa họng	2	1	0	0	0	3	1	0	0	0
Tăng cân	0	4	4	3	2	0	5	6	3	2
Khác	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σ	65	68	23	15	12	63	69	41	25	16
p(D0-D28)	< 0,05					< 0,05				

Nhận xét: Nhìn vào bảng 3.3 ta thấy triệu chứng cai xuất hiện nhiều nhất vào ngày đầu tiên đến ngày thứ 7 sau khi cai nghiện, các triệu chứng cai thường gặp nhất là thèm thuốc, căng thẳng, giảm tập trung, lo lắng, cáu gắt, mất ngủ, tăng cân. Phương pháp cai thiệp làm giảm rõ rệt triệu chứng của hội chứng cai, các triệu chứng này bắt đầu giảm từ ngày thứ 14 và giảm mạnh vào ngày thứ 21, so sánh 2 nhóm thấy ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ xuất hiện hội chứng cai thấp hơn và giảm rõ rệt hơn so với nhóm chứng.

3.2.2. Đánh giá kết quả dựa trên thang điểm MPSS

Bảng 3. 4 Kết quả theo thang MPSS

Kết quả	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)	
	n	%	n	%
Tốt	17	56,7	9	30
Khá	6	20	10	33,3
Trung bình	5	16,7	3	10
Kém	2	6,7	8	26,7
Σ	30	100	30	100
p NNC-NC	< 0,05			

Nhận xét: Bảng 3.4 cho ta thấy kết quả điều trị theo thang điểm MPSS ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, nhóm nghiên cứu có kết quả tốt có tỉ lệ cao hơn với kết quả là 56.7% so với nhóm chứng là 30%, kết quả kém của nhóm nghiên cứu cũng thấp hơn với tỉ lệ 6.7% so với nhóm chứng 26.7%

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p NNC-NC < 0.05.

3.2.3. Thay đổi nồng độ khí CO trước và sau điều trị

Bảng 3. 5 Nồng độ khí CO

Ngày	Nồng độ khí CO (ppm)		p NNC-NC
	Nhóm nghiên cứu (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	
D0	16±2,12	15,27±2,3	> 0,05
D7	13,17±2,89	13,23±2,33	> 0,05
D14	9,7±2,53	11,53±3,4	< 0,05
D21	7,97±3,67	10,27±3,8	< 0,05
D28	5,77±4,51	8,47±5,32	< 0,05
p	Trước sau	0,00	0,00

Nhận xét: Bảng 3.5 cho ta thấy nồng độ khí CO trong hơi thở bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, kết quả này giảm rõ rệt sau 7 ngày và sau quá trình điều trị ở cả 2 nhóm, nhóm nghiên cứu nồng độ khí CO sau 7 ngày điều trị giảm từ 16±2.12 xuống chỉ còn 13.17±2.89 và sau 28 ngày chỉ số này chỉ còn 5.77±4.51; nhóm chứng nồng độ khí CO sau 7 ngày giảm từ 15.27±2.3 xuống chỉ còn 13.23±2.33 và sau 28 ngày chỉ số này chỉ còn 8.47±5.32. Kết quả này có ý nghĩa thống kê với p sau 7 ngày và p trước sau điều trị đều < 0.05.

So sánh giữa 2 nhóm ta thấy có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với p NNC-NC < 0.05.

3.2.4. Đánh giá kết quả điều trị dựa trên nồng độ CO

Bảng 3. 6 Kết quả dựa theo nồng độ CO

Kết quả	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)	
	n	%	n	%
Tốt	19	63,3	14	46,7
Khá	3	10	6	20
Không kết quả	8	26,7	10	33,3
Σ	30	100	30	100
p(CO) NNC-NC	< 0,05			

Nhận xét: Nhận xét: Nhìn vào bảng 3.6 cho thấy đó có sự khác nhau giữa 2 nhóm nghiên cứu và chứng, trong đó nhóm nghiên cứu có tỷ lệ tốt cao hơn so với nhóm chứng và tỷ lệ không kết quả thấp hơn nhóm chứng. Cụ thể, nhóm nghiên cứu tỷ lệ tốt là 63.3 %, không kết quả là 26.7 % và nhóm chứng tỷ lệ tốt là 46.7%, không kết quả là 33.3 %.

Kết quả sự thay đổi về nồng độ CO có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p \text{ NNC-NC} < 0.05$

3.2.5. Tương quan giữa kết quả điều trị và một số đặc điểm của bệnh nhân

Bảng 3. 7 Tương quan giữa kết quả điều trị nhóm tuổi

Kết quả điều trị	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)			
	≤ 20	21 – 40	41 – 60	> 60	≤ 20	21 – 40	41 – 60	> 60
Tốt	0	3(15,8%)	10(52,6%)	6(31,6%)	0	3(21,4%)	8(57,2%)	3(21,4%)
Khá	0	0	1(33,3%)	2(66,7%)	0	0	4(66,7%)	2(33,3%)
Không kết quả	0	0	4(50%)	4(50%)	0	2(20%)	6(60%)	2(20%)

Nhận xét: Nhìn vào bảng 3.7 cho ta thấy kết quả điều trị tốt ở nhóm nghiên cứu lứa tuổi từ 21 – 40 chiếm 15,8%, tuổi từ 41 – 60 chiếm 52.6%, > 60 tuổi chiếm 31.6%, ở nhóm chứng kết quả điều trị tốt ở lứa tuổi từ 21 – 40 tuổi và > 60 tuổi có tỉ lệ đều bằng 21.4%, ở lứa tuổi từ 41 – 60 có tỉ lệ 57.2%. Kết quả điều trị khá ở nhóm nghiên cứu có 66.7% thuộc nhóm > 60 tuổi, 33.3% ở nhóm 41 – 60 tuổi, ở nhóm chứng có 66.7% người thuộc nhóm từ 41 – 60 tuổi, 33.3% người thuộc nhóm > 60 tuổi, kết quả này cho thấy sự tương đồng giữa nhóm chứng và nhóm nghiên cứu kết quả khá tốt chủ yếu thuộc nhóm đối tượng từ 41 – 60 tuổi

Bảng 3. 8 *Tương quan giữa kết quả điều trị và mức độ nghiện*

Kết quả điều trị	Nhóm nghiên cứu (n=30)			Nhóm chứng (n=30)		
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Tốt	5(26,3%)	12(63,15%)	2(10,52%)	6(42,85%)	6(42,85%)	2(14,3%)
Khá	2(6,7%)	0	1(3,3%)	1(3,3%)	5(16,7%)	0
Không kết quả	2(6,7%)	3(10%)	3(10%)	1(3,3%)	7(23,3%)	2(6,7%)

Nhận xét: Nhìn vào bảng 3.8 ta thấy kết quả điều trị tốt ở hai nhóm tập trung ở những người có mức độ nghiện nhẹ và trung bình chiếm đa số cụ thể ở nhóm nghiên cứu kết quả tốt có 26.3% người có mức độ nghiện nhẹ, 63.15% người có mức độ nghiện trung bình, ở nhóm chứng kết quả tốt ở nhóm người có mức độ nghiện nhẹ và trung bình đều bằng 42.85%

Bảng 3. 9 *Tương quan giữa kết quả điều trị và quyết tâm cai*

Kết quả điều trị	Nhóm nghiên cứu (n=30)			Nhóm chứng (n=30)		
	Thấp	Trung bình	Cao	Thấp	Trung bình	Cao
Tốt	0	8(42,1%)	11(57,9%)	0	6(42,85%)	8(57,15%)
Khá	0	2(6,7%)	1(3,3%)	0	3(50%)	3(50%)
Không kết quả	0	4(50%)	4(50%)	0	6(60%)	4(40%)

Nhận xét: Bảng 3.9 cho ta thấy kết quả điều trị tốt tập trung nhiều nhất ở những người có quyết tâm cao so với người có quyết tâm trung bình ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, cụ thể ở nhóm nghiên cứu với kết quả điều trị tốt có 59.7% người có quyết tâm cai nghiện cao, 42.1% người có

quyết tâm cai nghiện trung bình, với kết quả điều trị khá có 66.7% người có quyết tâm cao, 33.3% người có quyết tâm trung bình, ở nhóm chúng tỉ lệ điều trị tốt ở người có quyết tâm cao là 66.7 % và ở người có quyết tâm trung bình là 33.3%.

Bảng 3. 10 Tương quan giữa kết quả điều trị và thang MPSS

	Nhóm nghiên cứu (n=30)				Nhóm chứng (n=30)			
	Tốt	Khá	Trung bình	Kém	Tốt	Khá	Trung bình	Kém
Tốt	16(84,2%)	3(15,8%)	0	0	6(42,86%)	7(50%)	1(7,14%)	0
Khá	1(33,3%)	2(66,7%)	0	0	3(50%)	3(50%)	0	0
Không kết quả	0	1(12,5%)	5(62,5%)	2(25%)	0	0	2(20%)	8(80%)

Nhận xét: Nhận xét: Nhìn vào bảng 3.10 ta thấy, cả nhóm chứng và nhóm nghiên cứu tỷ lệ điều trị tốt cao nhất ở nhóm có tỷ lệ MPSS tốt và khá, kết quả điều trị khá cao nhất ở nhóm MPSS khá và trung bình, không kết quả cao nhất ở nhóm MPSS trung bình và kém.

3.2.6. Sự thay đổi nhịp tim và huyết áp

Bảng 3. 11 Sự thay đổi nhịp tim và huyết áp

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu (n=30)			Nhóm chứng (n=30)		
	Trước điều trị	Sau điều trị	P	Trước điều trị	Sau điều trị	P
Nhịp tim	72,33±9,27	72,73±8,63	> 0,05	73,9±5,8	74,1±5,18	>0,05
HATĐ	121,33±6,81	119,83±7,25		126,67±10	127±9,15	
HATT	73,5±4,76	73,5±9,75		80,33±7,64	80,17±7,13	

Nhận xét: Kết quả của bảng 3.11 ta thấy không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị đối với các chỉ số nhịp tim và huyết áp với $p > 0.05$.

3.2.7. Các chỉ số xét nghiệm

Bảng 3. 12 Các chỉ số nước tiểu

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu (n=30)			Nhóm chứng (n=30)		
	Trước điều trị	Sau điều trị	P	Trước điều trị	Sau điều trị	P
Tỷ trọng	1,017±0,008	1,018±0,007	>0,05	1,009±0,004	1,008±0,004	>0,05
PH	6,32±0,65	6,27±0,54		7,33±0,9	7,13±0,8	

Bảng 3. 13 Các chỉ số huyết học

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu (n=30)			Nhóm chứng (n=30)		
	Trước điều trị	Sau điều trị	P	Trước điều trị	Sau điều trị	P
Hồng cầu	4,84±0,42	4,79±0,45	>0,05	4,67±0,26	4,7±0,26	>0,05
Bạch cầu	7,85±2,16	7,67±0,89		7,01±0,41	6,97±0,58	
Tiểu cầu	232±42,1	234,17±45		312,37±12,4	312,07±21,67	

Bảng 3. 14 Các chỉ số sinh hóa máu

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu (n=30)			Nhóm chứng (n=30)		
	Trước điều trị	Sau điều trị	P	Trước điều trị	Sau điều trị	P
Ure	5,99±1,43	6,03±0,89	>0,05	4,49±0,21	4,49±0,19	>0,05
Creatinin	97,27±16,11	94,97±11,9		71,63±3,58	72,37±3,59	
Glucose	5,62±1,18	5,54±0,7		4,91±0,17	4,9±0,18	
GOT	29,83±7,9	28,8±7,18		23,57±3,27	24,83±3	
GPT	42,6±8,4	41,37±7,37		29,87±4,19	31,2±3,65	
Cholesterol	5,2±0,58	5,18±0,52		4,86±0,082	4,88±0,73	
Triglycerid	2,16±0,88	2,06±0,74		1,71±0,064	1,68±0,11	
HDL	1,18±0,32	1,12±0,22		1,28±0,092	1,25±0,11	
LDL	2,61±0,39	2,58±0,46		3,1±0,28	3,14±0,17	

Nhận xét:

Nhìn vào kết quả của các bảng 3.12, 3.13 và 3.14 ta thấy không có sự thay đổi nào có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị đối với các chỉ số tỷ trọng, pH nước tiểu, hồng cầu bạch cầu, tiểu cầu và các chỉ số sinh hóa máu với p đều > 0.05.

3.3.8. Theo dõi tác dụng không mong muốn

Bảng 3. 15 Tác dụng không mong muốn

STT	Dấu hiệu	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)	
		n	%	n	%
1	Choáng	0	0	0	0
2	Mãn ngứa	0	0	0	0
3	Nhiễm trùng	0	0	0	0
Σ		0	0	0	0

Nhận xét: Nhìn vào bảng 3.15 cho thấy khi sử dụng phương pháp điều trị bằng Nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh trên bệnh nhân cai nghiện thuốc lá không ghi nhận có các tai biến xảy ra.

3.2.9. Đánh giá kết quả cai nghiện thuốc lá 1 tháng sau đợt điều trị.

Bảng 3. 16 Kết quả 1 tháng sau đợt điều trị

Kết quả \ Nhóm	Nhóm nghiên cứu (n=30)		Nhóm chứng (n=30)	
	N	%	N	%
Không còn hút thuốc	22	73,3	20	66,7
Hút thuốc lại	8	26,7	10	33,3

Nhận xét: Nhìn vào bảng 3.16 cho ta thấy sau khi kết thúc đợt điều trị hiệu quả cai nghiện vẫn còn, không có sự thay đổi về kết quả cai nghiện ở cả hai nhóm với 73.3% người không còn hút thuốc ở nhóm nghiên cứu, 66.7% người không còn hút ở nhóm chứng.

CHƯƠNG 4. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu đánh giá tác dụng của phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh điều trị cai nghiện thuốc lá tại phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương chúng tôi xin đưa ra một số bàn luận sau.

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và giới tính

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 60 bệnh nhân cai nghiện thuốc lá, chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, trong đó 100% bệnh nhân là nam giới, không có bệnh nhân nào là nữ giới. Nhóm tuổi xuất hiện cao nhất trong nghiên cứu ở cả 2 nhóm là từ 41 – 60 tuổi, ở nhóm nghiên cứu tỉ lệ này là 50%., nhóm chứng với tỉ lệ 60%, sau đó là nhóm > 60 tuổi cũng chiếm tỉ lệ cao với 40% ở nhóm nghiên cứu, 23.3% ở nhóm chứng, nhóm tuổi từ 21 – 40 chiếm 10% ở nhóm nghiên cứu và 16.7% ở nhóm chứng, cả 2 nhóm đều không có bệnh nhân nào thuộc nhóm ≤ 20 tuổi, độ tuổi trẻ nhất là 26 tuổi, lớn nhất là 81 tuổi. Sự khác biệt giữa 2 nhóm về phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính không có ý nghĩa thống kê với $p \text{ NNC-NC} > 0.05$.

Theo kết quả điều tra toàn cầu năm 2015 về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tỷ lệ nam giới Việt Nam hút thuốc lá là 45,3% và nữ giới hút thuốc lá 1,1%, tỉ lệ cao nhất nằm ở độ tuổi từ 25 – 64 tuổi chiếm tổng là 53.9%, độ tuổi ≥ 65 tuổi và 15 – 24 tuổi chiếm tỉ lệ thấp hơn với tỉ lệ lần lượt là 14.9% và 12.6% [2]. Kết quả này cho thấy nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên phạm vi nhỏ nhưng có sự tương đồng với tình hình thực tiễn của Việt Nam với tỉ lệ nam giới hút thuốc lá chủ yếu, độ tuổi hút thuốc cũng có sự tương đồng khi lứa tuổi từ 21 – 60 chiếm 60% ở nhóm nghiên cứu và 76.7% ở nhóm chứng, tuy nhiên nghiên cứu có sự khác biệt khi độ tuổi > 60 tuổi ở cả 2 nhóm của chúng tôi đều cao hơn nhóm tuổi 21 – 40 tuổi sự khác biệt này có thể giải thích vì nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu nhằm vào đối tượng nghiện

thuốc và muốn cai thuốc, người > 60 tuổi khi sức khỏe đã suy giảm nên cần quan tâm nhiều tới sức khỏe hơn, họ đã nghỉ hưu vì thế cũng có thời gian hơn để chăm sóc sức khỏe vì thế tỉ lệ mong muốn và đến cai thuốc lá sẽ cao hơn.

So sánh với nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017), ở nghiên cứu này tỷ lệ nam giới hút thuốc lá chiếm 97.6%, nữ giới chỉ có 1 người chiếm 2.4%, độ tuổi hút thuốc lá chủ yếu nằm trong 40-60 tuổi chiếm tỉ lệ cao với 68.5% [8], nghiên cứu của Dương Trọng Nghĩa, Hoàng Lam Dương (2017) cũng có độ tuổi hút thuốc từ 20 – 60 tuổi chiếm 71.8%, > 60 tuổi chiếm 26.1% cho thấy sự tương đồng giữa nghiên cứu của chúng tôi và những nghiên cứu này

So sánh với một số nghiên cứu trong nước khác về tình trạng hút thuốc, chúng tôi nhận thấy cũng có sự tương đồng trong kết quả nghiên cứu. Theo Nguyễn Thị Thi Thơ (2017) tỷ lệ nam giới hút thuốc lá là 49.18%, nữ giới chỉ chiếm 0.5% [48]. Theo Nguyễn Hồng Hoa (2014) tỷ lệ hút thuốc lá ở độ tuổi 24-55 chiếm tỷ lệ cao nhất 61%, trên 55 tuổi chiếm 28.9% và 18-24 tuổi chiếm 10.1% [49].

4.1.2. Lý do bắt đầu hút thuốc lá

Biểu đồ 3.1 cho thấy lý do bắt đầu hút thuốc lá của bệnh nhân nghiện thuốc lá xuất phát từ bản thân mình chiếm tỉ lệ cao nhất là 56.7% ở nhóm nghiên cứu và 46.7% ở nhóm chứng, những lý do này có thể như thích thể hiện bản thân, hút thử hay tìm cảm giác sảng khoái, hay hút thuốc để giải tỏa căng thẳng, stress trong cuộc sống và công việc hàng ngày. Những tư tưởng cố hữu từ lâu như vui buồn thì tìm đến điều thuốc chén rượu, hút thuốc là biểu tượng của sự nam tính.. cũng là lý do khiến nhiều người lựa chọn điều thuốc lá.

Nguyên nhân xuất phát từ bạn bè cũng chiếm tỉ lệ cao với lần lượt là 36.6% ở nhóm nghiên cứu và 40% ở nhóm chứng, yếu tố trong gia đình hút

có tỉ lệ thấp hơn với tỉ lệ 6.7% ở nhóm chứng và 13.3% ở nhóm nghiên cứu. Theo Bộ Y tế và Tổng cục thống kê (2010) *Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ hai (SAVY)[16]*, 54% Thanh thiếu niên Việt Nam trả lời lý do hút thuốc là “Vì các bạn em đều hút”, có 13% người trả lời lý do bắt đầu hút thuốc là “ vì cảm thấy quá căng thẳng”, 3.4% cho biết mình hút thuốc để chứng tỏ là người lớn, tỷ lệ số người trả lời lý do hút thuốc là do mọi người xung quanh hút là 11.3%;. Trong số những người hút thuốc lá: 57.8% có cha hút thuốc, 20% có anh trai hút thuốc, 3% có mẹ hút thuốc. Điều này cho thấy môi trường xung quanh ảnh hưởng rất lớn đến việc hút thuốc của người nghiện thuốc lá và lý do tiếp tục hút của họ. Đặc biệt ở Việt Nam môi trường xung quanh rất thuận lợi và dễ dàng cho việc tiếp cận và hút thuốc lá. Đối chứng nghiên cứu này với nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương đồng về tỉ lệ.

4.1.3 Số năm hút thuốc lá

Nhìn vào biểu đồ 3.2 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi gần như hầu hết các đối tượng nghiên cứu đều đã trải qua quá trình hút thuốc lá nhiều năm kéo dài. Cụ thể, ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ hút thuốc ≤ 10 năm chiếm 6.7%, hút thuốc 11-30 năm chiếm 26.7%, đã hút thuốc 31-50 năm chiếm tỷ lệ 63.3 %, trên 50 năm chiếm tỷ lệ 3.3 %. Trong đó tỷ lệ cao nhất là đã hút thuốc 31-50 năm, tiếp đến là đã hút thuốc 11-30 năm, tổng nhóm này chiếm đến 90%. Còn ở nhóm chứng, tỷ lệ hút thuốc ≤ 10 năm chiếm 16.7%, hút thuốc 11-30 năm và 31-50 năm đều chiếm tỷ lệ 40%; và trên 50 năm chiếm tỷ lệ 3.3 %, tỷ lệ cao nhất là hút thuốc 11 – 30 năm và từ 31-50, hai nhóm có sự tương đồng với nhau với $p \text{ NNC-NC} > 0.05$

Mặt khác các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi nằm trong độ tuổi 41-60 tuổi chiếm đa số ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng cho thấy các bệnh nhân nghiện thuốc lá đã có hành vi hút thuốc lá từ rất trẻ và kéo dài rất nhiều

năm. Kết quả này khá phù hợp với thực tiễn Việt Nam, đa số người nghiện thuốc lá đều bắt đầu hút từ rất sớm và có quá trình hút thuốc lá kéo dài nhiều năm. Theo điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam, độ tuổi trung bình của thanh thiếu niên Việt Nam khi hút điếu thuốc lá đầu tiên là 16,9 tuổi, và có tới 71,7% nam thanh niên đã từng hút thuốc lá cho biết đến nay vẫn hút thuốc lá [16].

So sánh với nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017)[8], ở nghiên cứu này tỷ lệ người nghiện thuốc lá bắt đầu hút thuốc lá ở độ tuổi < 20 tuổi chiếm đến 61.0%. Điều này cho thấy có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.1.4. Số điếu thuốc lá hút trong ngày

Biểu đồ 3.3 cho thấy ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng tỉ lệ người hút từ 11 – 20 điếu là nhiều nhất lần lượt là 50% ở nhóm nghiên cứu và 56.7 % ở nhóm chứng, sau đó là đến tỉ lệ người hút từ 21 – 30 điếu ở nhóm nghiên cứu chiếm 23.3%, nhóm chứng chiếm 10%, tỉ lệ người hút ≤ 10 điếu ở nhóm nghiên cứu chiếm 20%, nhóm chứng chiếm 26.7%, tỉ lệ người hút từ > 30 điếu là ít nhất với 6.7% ở cả 2 nhóm. Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về số lượng điếu hút với $p \text{ NNC-NC} > 0.05$

So sánh theo GATS 2015[2] tỉ lệ người hút từ 11 – 20 điếu chiếm nhiều nhất là 38.3%, người hút ≥ 20 điếu chiếm ít hơn với tỉ lệ là 37.6% thấy nghiên cứu của chúng tôi tuy có cỡ mẫu nhỏ nhưng cũng có sự tương đồng với nghiên cứu với quy mô quốc gia này. Qua đó cũng cho thấy ở Việt Nam tỉ lệ người hút thuốc với số lượng khá lớn, nguyên nhân này một phần do sự tiếp cận với thuốc lá ở Việt Nam rất dễ dàng, ngoài ra giá thành thuốc cũng rất rẻ, hầu như tất cả các đối tượng đều có thể mua và sử dụng một cách dễ dàng.

4.1.5. Tổng số lần cai thuốc lá

Qua biểu đồ 3.4 cho thấy tổng số lần cai thuốc ở nhóm nghiên cứu có tỉ lệ cao nhất ở nhóm cai được 1 – 2 lần là 33.3%, còn ở nhóm chứng tỉ lệ cao nhất là ở hai nhóm có số lần cai từ 1 – 2 lần và từ 3 – 4 lần cũng là 33.3%. Các bệnh nhân nghiện thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần nằm trong độ tuổi lao động 21 - 60 tuổi, có số năm hút thuốc rất lâu, chiếm tỷ lệ cao nhất là đã hút thuốc 31 - 50 năm. Nhưng tỷ lệ người hút thuốc lá chưa từng cai nghiện lần nào lên đến gần 30%, cho thấy tình trạng người nghiện thuốc lá chưa tiếp cận được với các biện pháp cai nghiện và có kiến thức về cai nghiện là rất cao, do vậy cần tăng cường các biện pháp tiếp cận và tư vấn cai nghiện cho người hút thuốc lá. Điều này ảnh hưởng không nhỏ đến hiệu quả của công tác cai nghiện thuốc lá. Số lần cai thuốc lá trong quá khứ có mối liên quan với khả năng cai thuốc thành công trong tương lai. Theo Timea R Partos và cộng sự (2013), có khoảng 94% người hút thuốc lá đã từng thử cai thuốc lá trong quá khứ. So với những người mới cai thuốc lần 1, những người có trên 2 lần cai thuốc lá có nhiều khả năng thử lại trong tương lai hơn. Có vẻ như càng bỏ thuốc lá nhiều lần, thay vì họ mất tinh thần, bị ngăn cản bởi những thất bại trong quá khứ, họ lại muốn thử cai thuốc lá lại[48].

Kết quả nghiên cứu này không tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017)[8]. Trong nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh thì tỷ lệ bệnh nhân chưa cai nghiện lần nào chỉ chiếm 31.7%, đã từng cai 1-3 lần chiếm tỷ lệ cao nhất 65.9%. Sở dĩ không có sự tương đồng này là do cả 2 nghiên cứu đều tiến hành trên một cỡ mẫu nhỏ, do vậy chưa có sự tương thích trong đánh giá chỉ tiêu này.

4.1.6. Lần bỏ thuốc lâu nhất

Qua biểu đồ 3.5 ta thấy ở cả nhóm chứng và nhóm nghiên cứu thời gian cai thuốc lâu nhất từ 1 – 3 tháng chiếm đa số với tỉ lệ là 30% ở cả hai nhóm,

thời gian cai dưới 1 tháng có tỉ lệ là 20% ở nhóm nghiên cứu và 10% ở nhóm chứng, thời gian cai từ 3 – 6 tháng ở nhóm nghiên cứu là 6.7% và nhóm chứng là 20%, thời gian cai từ 6 – 12 tháng ở nhóm nghiên cứu là 6,7%, nhóm chứng là 3.3%, thời gian cai > 12 tháng ở nhóm nghiên cứu là 6.6%, nhóm chứng là 10%. Kết hợp với biểu đồ 3.4 ta thấy ở cả 2 nhóm số lần đã từng cai thuốc của bệnh nhân ít và thời gian cai cũng ngắn. Điều này cũng dễ hiểu bởi việc cai thuốc lá hết sức khó khăn. Trong quá trình cai thuốc lá, họ sẽ luôn phải đối mặt với những rào cản như khó chịu của hội chứng cai, trầm cảm, cảm giác thèm thuốc,... cũng như ảnh hưởng từ những người hút thuốc lá xung quanh. Do đó việc hút thuốc lá trở lại được xem là một trong những giai đoạn của quá trình cai thuốc lá. Bên cạnh đó, môi trường xung quanh, áp lực từ công việc và cuộc sống, sự ảnh hưởng của những người xung quanh như: gia đình, bạn bè cũng ảnh hưởng không nhỏ đến sự thành công trong việc cai thuốc lá. Chính những lý do này khiến cho các đối tượng nghiên cứu thất bại trong điều trị.

Trong nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017)[8], tỉ lệ người cai thuốc trong thời gian lâu nhất là dưới 3 tháng chiếm tỉ lệ là cao nhất với tổng là gần 61%, tỉ lệ thời gian cai trên 3 tháng chỉ chiếm 24.39%, so sánh với nghiên cứu của chúng tôi hiện tại có sự tương đồng về tỉ lệ.

4.1.7. Lý do cai thuốc lá

Biểu đồ 3.6 cho thấy trong các lý do cai thuốc lá, lý do nhận thức thấy thuốc lá có hại cho sức khỏe chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 66.7% ở nhóm nghiên cứu và 60% ở nhóm chứng. Việc người hút thuốc lá quyết định cai thuốc do biết được tác hại của thuốc lá đến sức khỏe chứng tỏ hiệu quả của việc tuyên truyền về tác hại của thuốc lá của chính phủ đến người dân và sự quan tâm của người dân đến sức khỏe của mình ngày càng tăng. Yếu tố hút thuốc do tốn kém chiếm tỉ lệ thấp nhất với 0% ở cả 2 nhóm điều này cũng giải

thích được khi giá một bao thuốc lá tại Việt Nam phổ biến ở mức dưới 20.000 đồng. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), giá này nằm trong 15 nước thấp nhất thế giới. Thuế thuốc lá ở Việt Nam chỉ bằng 35% giá bán lẻ, rất thấp so với trung bình thế giới (56%). WHO khuyến cáo thuế phải bằng 70% giá bán lẻ. Các lý do khác chiếm tỉ lệ thấp hơn như người thân phản đối chiếm 13.3% ở cả 2 nhóm, làm gương cho con cái chiếm 6.7% ở nhóm nghiên cứu, 10% ở nhóm chứng, bị bệnh nên cai chiếm 10% ở nhóm nghiên cứu, 16.7% ở nhóm chứng, mặc dù chiếm tỉ lệ nhỏ nhưng cũng không thể phủ định những yếu tố xung quanh cũng là lý do quan trọng trong quá trình cai nghiện của bệnh nhân.

4.1.7. Mức độ nghiện thực thể

Để cai nghiện thuốc lá, việc chẩn đoán mức độ nghiện thực thể cho các đối tượng nghiên cứu rất quan trọng. Căn cứ vào mức độ nghiện nặng nhẹ của người nghiện từ đó điều chỉnh phương pháp điều trị thích hợp nhất cho từng bệnh nhân.

Qua biểu đồ 3.7 mức độ nghiện thực thể theo thang điểm Fagerstrom được phân làm 3 mức độ: nhẹ, trung bình, nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ người nghiện mức độ trung bình chiếm cao nhất với tỉ lệ 50% ở nhóm nghiên cứu, 60% ở nhóm chứng, mức độ nghiện nặng chiếm tỉ lệ 20% ở nhóm chứng, 26.7% ở nhóm nghiên cứu, mức độ nghiện nhẹ chiếm tỉ lệ 30% ở nhóm nghiên cứu và 13.3% ở nhóm chứng. Không có sự khác biệt về mức độ nghiện thực thể giữa 2 nhóm nghiên cứu với $p_{\text{NNC-NC}} > 0.05$.

4.1.8. Quyết tâm cai thuốc lá

Để thành công trong điều trị nghiện thuốc lá, người nghiện thuốc lá cần có kiến thức, quyết tâm và sự hỗ trợ của các biện pháp can thiệp. Trong đó quyết tâm cai nghiện thuốc lá là yếu tố quan trọng quyết định thành công trong cai nghiện thuốc lá. Người nghiện thuốc có quyết tâm càng cao thì tỉ lệ

thành công càng cao, người nghiện không có quyết tâm cai hay quyết tâm cai thấp thì tỷ lệ thành công thấp.

Qua biểu đồ 3.8 cho thấy ở nhóm nghiên cứu có 53.3% bệnh nhân có quyết tâm cai nghiện thuốc lá cao, 46.7% bệnh nhân có quyết tâm cai nghiện trung bình và không có bệnh nhân quyết tâm thấp; và ở nhóm chứng tỷ lệ bệnh nhân có quyết tâm cai nghiện cao và trung bình đều chiếm 50%, không có quyết tâm cai nghiện thấp. Điều này góp phần không nhỏ cho sự thành công trong công tác cai nghiện thuốc lá của chúng tôi.

So sánh với nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017)[8], nghiên cứu này chỉ nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân có quyết tâm cai hay không có quyết tâm cai nghiện và tỷ lệ bệnh nhân có quyết tâm cai là 82,9%, bệnh nhân không có quyết tâm cai là 17.1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, quyết tâm cai nghiện được chia thành 3 mức độ khác nhau, đó là quyết tâm cao, quyết tâm trung bình và quyết tâm thấp, trong đó quyết tâm cao và trung bình chiếm 100%, không có quyết tâm thấp. Việc lựa chọn bệnh nhân có quyết tâm cai nghiện cao hơn góp phần làm tăng hiệu quả điều trị so với nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017).

4.2. Kết quả điều trị của bệnh nhân nghiện cứu

4.2.1. Sự cải thiện các triệu chứng của hội chứng cai

Kết quả bảng 3.3 biểu thị các triệu chứng của hội chứng cai được theo dõi ở các mốc thời gian khác nhau. Các triệu chứng này xuất hiện nhiều nhất vào ngày đầu và ngày thứ 7 sau khi cai thuốc lá, các triệu chứng thường gặp nhất là: thèm thuốc, lo lắng, căng thẳng, cáu gắt, giảm tập trung, mất ngủ, tăng cân..., khi áp dụng phương pháp cai thiệp các triệu chứng cai bắt đầu giảm từ ngày thứ 14 và giảm mạnh vào ngày thứ 21. Ngày đầu khi cai nghiện thuốc lá hầu như bệnh nhân nào cũng phải đối mặt với triệu chứng chính là thèm thuốc tỉ lệ này chiếm tới 83.3% ở nhóm nghiên cứu, 80% ở nhóm chứng,

cùng với các triệu chứng lo lắng chiếm 20% ở nhóm nghiên cứu, 26.6% ở nhóm chứng, căng thẳng chiếm 36.6% ở nhóm nghiên cứu, 33.3% ở nhóm chứng, cáu gắt đều chiếm 16.6% ở nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, giảm tập trung chiếm 30% ở nhóm nghiên cứu, 36.6% ở nhóm chứng, mất ngủ chiếm 13.3% ở nhóm nghiên cứu, 6.67% ở nhóm chứng, chỉ có 1 bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu xuất hiện đau đầu tương đương với tỉ lệ 3.33%, ngoài ra còn 1 số triệu chứng khác như ho, ngứa họng cũng chiếm 1 tỉ lệ nhỏ ở hai nhóm. Sau 7 ngày điều trị, đây là thời kỳ khó khăn nhất của người cai, nồng độ nicotin trong máu bắt đầu giảm xuống, các triệu chứng khó chịu của hội chứng cai bắt đầu biểu hiện nhiều hơn nhất là triệu chứng thèm thuốc tăng gần 100% ở cả hai nhóm, giảm tập trung tăng lên 40% ở nhóm nghiên cứu, 36.6% ở nhóm chứng, căng thẳng tăng 43.3% ở nhóm nghiên cứu. Các triệu chứng khác cũng có sự thay đổi khác nhau giữa hai nhóm như triệu chứng mất ngủ đã cải thiện ở nhóm nhĩ áp có kết hợp luyện thở dưỡng sinh giảm từ 4 xuống còn 2 bệnh nhân, còn ở nhóm chỉ dùng phương pháp nhĩ áp từ 2 bệnh nhân mất ngủ tăng đến 3 bệnh nhân.....ngoài ra đến ngày thứ 7 đã bắt đầu xuất hiện triệu chứng tăng cân, ở người cai nghiện thuốc lá nguyên nhân tăng cân thường do nicotin làm tăng trao đổi chất, giảm thèm ăn...vì vậy khi cai nghiện sẽ khiến cơ thể tốn ít calo hơn, ăn ngon miệng hơn dẫn đến việc tăng cân. Từ sau ngày thứ 14, người cai nghiện bắt đầu quen dần với sự sụt giảm nồng độ nicotin trong máu khi áp dụng phương pháp cai thiệp thì các triệu chứng cai bắt đầu giảm ở cả hai nhóm, đến ngày thứ 28 thì các triệu chứng giảm rõ rệt: tỉ lệ thèm thuốc ở nhóm nghiên cứu còn 26.6%, nhóm chứng là 33.3%, căng thẳng còn 3.3% ở nhóm chứng, mất ngủ còn 3.3% ở nhóm chứng, giảm tập trung và tăng cân còn 6.67% ở cả 2 nhóm, các triệu chứng khác như cáu gắt, lo lắng, đau đầu, ho, ngứa họng không còn.

So sánh với nhóm chứng, khi áp dụng 2 phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh thì tỷ lệ xuất hiện hội chứng cai thấp hơn và hiệu quả

làm giảm các triệu chứng của hội chứng cai cũng cao hơn. Cụ thể, ngày đầu tiên cai nghiện tổng số triệu chứng cai của hội chứng là 65 triệu chứng đối với nhóm nghiên cứu và 63 triệu chứng đối với nhóm chứng, sau 14 ngày ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ này xuống còn 23 triệu chứng và sau 28 ngày chỉ còn 12 triệu chứng; ở nhóm chứng, sau 14 ngày chỉ số này là 35 triệu chứng và sau 28 ngày là 16 triệu chứng. Sự thay đổi các triệu chứng ở cả 2 nhóm trước và sau can thiệp có ý nghĩa với $p(D0 - D28) < 0.05$.

So sánh với nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017), kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu này, nghiên cứu này cũng ghi nhận các triệu chứng cai thường gặp nhất là thèm thuốc, căng thẳng, cáu gắt, giảm tập trung... và thời gian bắt đầu giảm là ngày thứ 14 sau khi cai nghiện.

4.2.2. Đánh giá dựa trên thang điểm MPSS

Các triệu chứng của hội chứng cai trong tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá DSM IV (1994) gồm chán nản, lo âu, dễ nổi giận, bồn chồn, cảm thấy đói (thèm ăn) và/ hoặc tăng cân, khó tập trung, khó ngủ về đêm và giảm nhịp tim. Cảm giác thèm hút thuốc lá tuy không nằm trong tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá nhưng là một triệu chứng quan trọng được theo dõi. Ngoài ra một vài nghiên cứu còn chỉ ra các triệu chứng khác thường xuất hiện sau khi bỏ thuốc như táo bón, các triệu chứng cảm cúm (ho, đau rát họng, chảy nước mũi, sốt, đau đầu, đau mỏi cơ), loét miệng. Các thử nghiệm lâm sàng về cai thuốc lá hiện nay đều quan tâm và sử dụng các triệu chứng này để đánh giá hiệu quả điều trị do việc làm giảm mức độ thèm thuốc và các triệu chứng trong hội chứng cai sẽ làm tăng khả năng cai thuốc lá thành công [51]

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng thang điểm MPSS để theo dõi các đối tượng nghiên cứu trước và sau điều trị. MPSS gồm 12 triệu chứng được đánh giá và cho điểm tương ứng với các mức độ từ không có đến có rất nhiều, kết quả dựa vào tổng điểm trước và sau khi cai. Bảng 3.4 cho thấy áp

dụng phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh trong điều trị cai nghiện thuốc lá có tác dụng cải thiện tốt các triệu chứng lâm sàng của hội chứng cai theo thang điểm MPSS. Kết quả cải thiện các triệu chứng này đạt tỷ lệ 56.7% tốt, 20% khá, 16.7% trung bình và 6.7% kém.

So sánh giữa 2 nhóm nghiên cứu và chúng ta thấy kết quả điều trị theo thang điểm MPSS của nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm chứng, kết quả điều trị dựa theo thang MPSS của nhóm chứng là 30% tốt, 33.3% khá, 10% trung bình và 26.7% kém ($p < 0.05$). Rào cản lớn trong cai nghiện thuốc lá là khi ngừng hút thuốc, nồng độ nicotin trong cơ thể giảm bệnh nhân phải đối mặt với các triệu chứng khó chịu của hội chứng cai, sự cải thiện các triệu chứng của hội chứng cai là mục tiêu chính của nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh, đó cũng là điểm quan trọng để giúp bệnh nhân đạt kết quả tốt trong quá trình cai nghiện.

4.2.3. Đánh giá kết quả điều trị dựa theo nồng độ CO

Nồng độ CO trong hơi thở tương quan thuận với số điều thuốc hút hàng ngày nên việc giảm được số điều thuốc hút hàng ngày sau điều trị kéo theo việc giảm nồng độ CO trong hơi thở. Kết quả nồng độ CO trong hơi thở cũng được chúng tôi sử dụng ở những thời điểm khám lại và tư vấn. Dựa vào chỉ số này chúng ta có thể đánh giá được đối tượng nghiên cứu có hút thuốc lá hay không, hút nhiều hay ít, hút chủ động hay thụ động. Các đối tượng được nhìn thấy chỉ số khác biệt rõ rệt ngay sau những nỗ lực bỏ thuốc lá đầu tiên giúp họ củng cố và có thêm động lực để tiếp tục điều trị.

Kết quả bảng 3.5 ta thấy nồng độ khí CO trong hơi thở bệnh nhân giảm rõ rệt trong quá trình điều trị. Chỉ sau 07 ngày điều trị, nồng độ khí CO giảm xuống từ 16 ± 2.12 ngày đầu tiên xuống còn 13.17 ± 2.89 và đến ngày 28 thì chỉ số này chỉ còn 5.77 ± 4.51 . Kết quả này có ý nghĩa thống kê trước với p sau 7 ngày và p trước sau điều trị đều < 0.05 .

So sánh với nhóm chứng, khi áp dụng mỗi nhĩ áp tác động lên bệnh nhân thì tỷ lệ này giảm chậm hơn, cụ thể, nồng độ khí CO của nhóm chứng ngày đầu tiên là 15.27 ± 2.3 và sau 28 ngày chỉ số này là 8.47 ± 5.32 , cao hơn so với nhóm nghiên cứu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê trước với $p \text{ NNC-NC} < 0.05$.

Dựa vào nồng độ khí CO trong hơi thở của bệnh nhân phân loại kết quả điều trị thì phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh đạt tỷ lệ 63.3% tốt, 10.0% khá và 26.7% không kết quả.

So sánh giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ta thấy kết quả điều trị khi kết hợp nhĩ áp với luyện thở dưỡng sinh tỷ lệ cao hơn so với nhóm chỉ áp dụng phương pháp nhĩ áp, ở nhóm kết hợp tỷ lệ tốt khá chiếm đến 73.3%, còn nhóm chỉ sử dụng nhĩ áp tỷ lệ tốt khá chiếm 66.7%. Kết quả sự thay đổi về nồng độ CO có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p \text{ NNC-NC} < 0.05$

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của các nghiên cứu về cai nghiện thuốc lá trong nước và trên thế giới. Theo Michael C. Fiore và cộng sự đã tổng kết 17 nghiên cứu về nicotine patch (1994) cho thấy tỷ lệ bỏ thuốc lá thành công dao động từ 14.4% - 69% ở nhóm nghiên cứu và 4.9% - 51.2% ở nhóm đối chứng[53].

Tăng Khánh Hồng (2009) đã sử dụng kết hợp nhĩ châm (vùng võ thượng thận, nội tiết, giao cảm) cùng các huyết toàn thân (Bách hội, Tứ thần thông, Thần môn) và trong 7 ngày thấy cai thuốc lá đạt 87% tốt[38]. Tô Minh Lan, Trương Quang Anh thuộc bệnh viện Miên Dương số 3 Trung Quốc điều trị cai nghiện thuốc lá cho 27 bệnh nhân bằng phương pháp nhĩ châm kết hợp điều trị tâm lý với kết quả khả quan với 11 trường hợp khỏi, 14 trường hợp cải thiện, 2 trường hợp không kết quả, tỉ lệ hiệu quả 92,6%. Quan sát sau 1 năm điều trị không một ai trong số người điều trị khỏi tái nghiện[39]. Châu Bằng Phi (2003) châm huyết Liệt khuyệt 2 bên, mỗi lần 20 phút, một lần 1 ngày trong 5 ngày, nghỉ 2 ngày, tổng liệu trình điều trị trong 4 tuần cho kết

qua tỷ lệ cai thuốc lá thành công đạt 96,9% [40]. Tất cả các nghiên cứu này đều sử dụng phương pháp không dùng thuốc và cho kết quả nghiên cứu khả thi hơn kết quả của chúng tôi. Tuy nhiên các nghiên cứu này đa phần đều chỉ nghiên cứu đánh giá trong một thời gian ngắn, chưa đánh giá toàn diện được nên tác dụng điều trị có thể sẽ cao hơn.

So sánh với nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017)[8], kết quả cai nghiện thuốc lá bằng nhĩ áp kết hợp tư vấn đạt tỷ lệ tốt khá là 63,4% thì nghiên cứu của chúng tôi đạt tỷ lệ tốt khá cao hơn 73.3% do áp dụng 2 phương pháp là nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh trong điều trị cai nghiện thuốc lá nên kết quả cũng khả quan hơn.

Trong công tác cai nghiện thuốc lá không có khái niệm “thất bại” mà chỉ có “chưa thành công”. Nếu chúng ta nhìn nhận thành công trong cai thuốc lá ở một khía cạnh tích cực khác, tuy các biện pháp can thiệp cai thuốc lá có thể chưa giúp người nghiện thuốc lá bỏ thuốc lá trong lần can thiệp nào đó nhưng chắc chắn người nghiện thuốc lá được hỗ trợ này sẽ có một sự chuyển biến trong nhận thức, thái độ, hành vi của mình đối với việc hút thuốc lá, lúc này người nghiện thuốc lá đã tiến thêm một bước trong quá trình trưởng thành quyết tâm cai nghiện của họ. So với người nghiện thuốc lá chưa được can thiệp, họ đã tiến gần hơn đến thành công cai thuốc lá thực sự. Như vậy nếu quan niệm cai thuốc lá là một quá trình gồm nhiều giai đoạn nối tiếp nhau để một người hút thuốc lá từ giai đoạn thờ ơ - nghĩa là không hề biết về tác hại thuốc lá đến thành công - bỏ thuốc lá liên tục, thì việc chuyển sang giai đoạn cao hơn của tiến trình này cũng đã là một “thành công” của biện pháp can thiệp cai thuốc lá.

Có thể thấy một người nghiện thuốc lá có thể cai thuốc lá và tái nghiện nhiều lần, nhưng tất cả những lần đó sẽ rất khác nhau. Ở những lần sau, người cai nghiện đã có kinh nghiệm của những lần cai thuốc lá trước, họ biết vì sao tái nghiện, họ biết khi cai thuốc lá phải chịu những khó khăn gì, đâu là “cám

dễ” khiến họ hút trở lại. Căn cứ vào các kinh nghiệm đó, họ có thể lên kế hoạch phù hợp cho lần cai thuốc lá hiện tại để tránh tái nghiện như các lần trước. Như vậy, trong công tác cai nghiện thuốc lá không có “thất bại” mà chỉ có “chưa thành công”, và “thất bại” tạm thời là những bước cần thiết để có được “thành công vĩnh viễn” sau này.

Vì thế, có thể khẳng định kết quả cai nghiện thuốc lá của phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tỷ lệ 63.3% tốt, 10.0% khá và 26.7% không kết quả là một kết quả khả quan cần tiếp tục được đánh giá trên một nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và phối hợp với các phương pháp khác để nâng cao hiệu quả điều trị cai nghiện thuốc lá.

4.2.4. Tương quan giữa kết quả điều trị và một số đặc điểm của bệnh nhân

- Theo kết quả nghiên cứu tương quan giữa kết quả điều trị và nhóm tuổi, nhóm nghiên cứu cho tỷ lệ tốt ở các nhóm tuổi lần lượt 21 – 40 tuổi là 15.8%, 41 – 60 tuổi là 52.6 %, > 60 tuổi là 31.6 %; tỷ lệ khá 33.3% ở nhóm 41 – 60 tuổi, 66.7% ở nhóm >60 tuổi; tỷ lệ không kết quả ở nhóm 41 – 60 tuổi và > 60 tuổi bằng nhau và bằng 50%. Tại nhóm chứng kết quả có được ở số bệnh nhân có kết quả tốt chiếm 21.4% ở nhóm 21 – 40 tuổi, 57.2% ở nhóm 41 – 60 tuổi, 21.4% ở nhóm > 60 tuổi; kết quả khá 66,7% ở nhóm 41 – 60 tuổi, 33.3% ở nhóm > 60 tuổi; không kết quả lần lượt ở các nhóm 21 – 40 tuổi 20%, 41 – 60 tuổi 60%, > 60 tuổi 20%.

Kết quả bảng 3.7 cho thấy ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng kết quả điều trị tốt hơn ở nhóm 41 – 60 tuổi. Tuy nhiên do số lượng bệnh nhân nghiên cứu và bệnh nhân nhóm chứng trong nghiên cứu khá thấp và tỷ lệ bệnh nhân ở 2 nhóm nằm trong độ tuổi 41 -60 chiếm đa số vì thế chưa đủ cơ sở để xác định chắc chắn khả năng điều trị của nhóm tuổi này là cao hơn. Nhưng theo lý luận Y học cổ truyền thì độ tuổi cũng sẽ có ảnh hưởng đến kết quả điều trị, nhóm bệnh nhân 41 – 60 tuổi bao gồm những độ tuổi có khí huyết còn hưng thịnh, ngũ tạng lục phủ điều hòa nên khả năng đáp ứng với

điều trị sẽ cao hơn so với nhóm tuổi > 60 tuổi (độ tuổi các tạng can, tỳ, tâm, thận đã hư suy). Vì thế dù có hạn chế về số lượng phân chia trong mỗi nhóm tuổi, nhưng kết quả cũng phần nào phản ánh đúng thực tế.

- Về tương quan giữa kết quả điều trị và mức độ nghiện, ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ tốt chiếm 26.3% ở người nghiện nhẹ, 63.15% ở người nghiện trung bình và 10.52% ở người nghiện nặng; tỷ lệ khá chiếm 33.3% ở người nghiện nặng và 66.7% ở người nghiện nhẹ; không kết quả chiếm 37.5% ở người nghiện nặng và trung bình và 25% ở người nghiện nhẹ. Nhóm chứng tỷ lệ tốt chiếm 42.85% ở người nghiện nhẹ và nghiện trung bình, 14.3% nghiện nặng; tỷ lệ khá chiếm 16.7% ở người nghiện nhẹ, 83.3% ở nhóm nghiện trung bình và không kết quả 70 % ở nhóm nghiện trung bình, 10 % ở nhóm nghiện nhẹ, 20% ở nhóm nghiện nặng.

Kết quả này cho thấy ở cả 2 nhóm nghiên cứu và chứng kết quả điều trị tốt khá chiếm tỷ lệ cao nhất ở những người có mức độ nghiện trung bình và nhẹ, không kết quả chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm nghiện trung bình và nặng. Tuy cũng bị hạn chế bởi số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu và tỷ lệ bệnh nhân có mức độ nghiện trung bình cao hơn các nhóm khác. Nhưng kết quả cũng phần nào phản ánh đúng thực tế, người có mức độ nghiện nặng hơn thì triệu chứng cai sẽ biểu hiện rầm rộ hơn và khả năng cai nghiện sẽ thấp hơn so với người có mức độ nghiện nhẹ hơn.

- Về tương quan giữa kết quả điều trị và quyết tâm cai qua bảng 3.9 cho thấy kết quả điều trị tốt chủ yếu nằm ở nhóm có quyết tâm cai nghiện cao, cụ thể ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ tốt chiếm 42.1% ở người có quyết tâm trung bình và 57.9% ở người có quyết tâm cao; tỷ lệ khá chiếm 66.7% ở người có quyết tâm trung bình, 33.3% ở người có quyết tâm cao; không kết quả cùng chiếm 50% ở người có quyết tâm trung bình và quyết tâm cao. Ở nhóm chứng tỷ lệ tốt chiếm 42.85 % ở người quyết tâm trung bình và 57.15% ở người quyết tâm cao; tỷ lệ khá cùng chiếm 50% ở người quyết tâm cao và trung bình;

không kết quả chiếm 60% ở người quyết tâm trung bình và 40% ở người quyết tâm cao. Quyết tâm cai là một yếu tố quan trọng quyết định việc cai thuốc có thành công hay không. Tuy nhiên quyết tâm ban đầu này còn cần phải duy trì suốt trong quá trình cai thuốc lá để giúp họ đối mặt với những khó khăn trong quá trình cai thuốc. Đây cũng là một trong những mục tiêu quan trọng của tư vấn cai nghiện thuốc lá trong quá trình nghiên cứu của chúng tôi.

4.2.5. Tương quan giữa kết quả điều trị và thang điểm MPSS

- Nhìn vào bảng 3.10 ta thấy, có sự tương quan giữa kết quả điều trị theo nồng độ CO và sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng theo thang điểm MPSS. Cả nhóm nghiên cứu và nhóm chứng đều có tỷ lệ điều trị tốt nằm ở nhóm đánh giá theo MPSS tốt và khá, kết quả điều trị khá nằm ở nhóm MPSS khá và trung bình, không kết quả cao nhất ở nhóm MPSS trung bình và kém. Cụ thể là theo kết quả nghiên cứu, nhóm nghiên cứu cho tỷ lệ tốt ở các nhóm có điểm MPSS tốt và khá lần lượt là 84.2% và 15.8%, tỷ lệ khá chiếm 33.3% ở nhóm MPSS tốt, 66.7% ở nhóm MPSS khá, không kết quả có tỷ lệ MPSS khá là 12.5%, MPSS trung bình chiếm 62.5% và MPSS kém chiếm 25%. Tại nhóm chứng, kết quả tốt ở các nhóm MPSS khá là 50%, MPSS tốt là 42.86% và MPSS trung bình chiếm 7.14%, kết quả khá ở các nhóm tốt và khá đều là 50.0% và không kết quả lần lượt là 20% ở nhóm MPSS trung bình, 80% ở nhóm MPSS kém.

4.3. Các huyết sử dụng trong nghiên cứu và luyện thở dưỡng sinh.

Nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh có tác dụng làm thay đổi mùi vị của thuốc lá và cải thiện các triệu chứng của hội chứng cai gây ra.

Do vậy về nhĩ áp, chúng tôi sử dụng các huyết:

Thần môn nằm tại hố tam giác của tai, chủ yếu nhận sự chi phối từ phân nhánh tai trán của nhánh thần kinh hàm dưới thuộc dây thần kinh sinh ba (dây V), tác động vào huyết có tác dụng hưng phấn hệ phó giao cảm. Huyết

thần môn còn là huyết trọng yếu để gây tê, giảm đau, có thể làm cho lượng endorphin (chất giảm đau tự nhiên) tăng cao, làm tiêu trừ hoặc ngăn chặn sự phụ thuộc nicotin của cơ thể, điều trị kiên trì có thể tích lũy và tăng cường sự ngăn chặn này, từ đó đạt được hiệu quả là cai được thuốc lá.

Dưới vỏ có hiệu quả trấn tĩnh an thần, có thể điều tiết chức năng của vỏ não, có tác dụng ức chế đối với cảm giác hưng phấn của vỏ não khi hút thuốc, uống rượu.

Phế nằm tại phần phía trên của vùng lỗ tai ngoài, nhận sự chi phối của thần kinh tai lớn và thần kinh chẩm bé, vùng ngay sau lưng của huyết lại nhận sự chi phối của nhánh tai của thần kinh lang thang (dây X), có tác dụng điều lí phế khí làm ức chế phản xạ có điều kiện là hút thuốc đã hình thành trước đây.

Tỳ vị là gốc của hậu thiên, lấy huyết vị có thể làm cường kiện tỳ vị, tăng cường khả năng miễn dịch của cơ thể, đồng thời điều trị triệu chứng thèm ăn, tăng cân của hội chứng cai.

Giao cảm có thể điều tiết chức năng của thần kinh thực vật, cải thiện sự rối loạn chức năng của thần kinh thực vật, phối hợp với **Miệng** có thể làm giảm lui và giải trừ cảm giác lợm giọng buồn nôn, phối hợp với huyết **Phế** để ức chế thói quen hút thuốc.

Tâm có tác dụng điều chỉnh các rối loạn công năng của tạng Tâm, định chí, an thần, làm giảm triệu chứng cáu gắt, khó chịu hay mất ngủ khi cai nghiện thuốc lá.

Thận tác dụng toàn thân, tăng cường yếu tố tiên thiên đồng thời điều trị các rối loạn công năng của tạng Thận gây ra các triệu chứng như suy giảm tinh trùng, sinh lý kém...

Về luyện thở dưỡng sinh:

Bệnh nhân hút thuốc lá thường có triệu chứng về đường hô hấp như ho, rất họng lâu ngày có thể gây tình trạng khó thở. Nguyên nhân khó thở là do đường dẫn khí bị tác động của khói thuốc nên có tình trạng viêm mạn tính gây

chít hẹp ảnh hưởng đến thông khí hô hấp. Thông khí hô hấp giảm thì luyện thở là phương pháp rất tốt để hỗ trợ điều trị. Phân tích các thì thở trong Luyện thở dưỡng sinh với thì hít vào đều sâu tối đa, ngực nở bụng căng, cơ hô hấp lúc này được hoạt động với biên độ lớn, có tác dụng tăng cường hoạt động của mô phổi, giúp cho sự thông khí phổi được dễ dàng, làm tăng lưu lượng thở và trao đổi khí. Ngoài ra áp suất dương ở bụng và âm ở phổi, máu chạy về tim dễ dàng. Thì thứ 2 là giữ hơi cơ hoành và lồng ngực đều co thắt tối đa kết hợp giờ chân giao động, lúc này các ống phế quản và phế nang đều căng ra sau khi hít vào sâu lại được giữ hơi giúp đường dẫn khí được thông và thời gian trao đổi oxi ở phế nang được kéo dài, ngoài ra giữ hơi kết hợp giờ chân giao động là thêm một bước tập vận động cho hầu hết các cơ hô hấp trong đó chủ yếu là cơ hoành và các cơ vùng ngực bụng. Thì thứ 3 là thở ra từ từ thoải mái, tự nhiên, luồng khí đã được trao đổi được thoát ra từ từ, và thời gian kéo dài có thể giảm bớt lượng khí cặn trong phổi. Thì thứ 4 giúp điều hòa, cơ thể được thả lỏng, nghỉ ngơi để sẵn sàng chuẩn bị cho thì thở tiếp theo.

Khi hút thuốc và cai thuốc lá ngoài những triệu chứng về hô hấp (Phế) người bệnh còn phải đối mặt các triệu chứng của hội chứng cai như: lo lắng, cáu gắt, hồi hộp, mất tập trung, mất ngủ, đắng miệng, khô miệng, thèm thuốc... Theo lý luận y học cổ truyền bệnh tật sinh ra do sự mất cân bằng về âm dương, khí huyết trong cơ thể vì vậy có thể thấy những triệu chứng này là nguyên nhân của sự mất cân bằng đó mà ra. Cụ thể đó là sự rối loạn của các tạng phủ trong cơ thể như Tâm, Can, Tỳ, Thận... Như vậy nếu muốn làm giảm các triệu chứng này cần phải lập lại cân bằng âm dương của tạng phủ. Luyện thở trong phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng chú trọng vào luyện thở cơ hoành, tác dụng xoa bóp nội tạng, cách thở bốn thì có hai thì dương hai thì âm, có kê móng và giờ chân giao động chủ yếu có tác dụng để luyện tổng hợp về thần kinh, chủ động về ức chế và hưng phấn, luyện sự linh hoạt thay đổi giữa hai quá trình, chủ động về cảm xúc[34], luyện thở là điều khí, hơi thở

là khí, khí hành thì huyết vận, Can được điều hòa thì giảm cái gắt khó chịu... Chức năng tạng Thận được cải thiện giảm triệu chứng mất ngủ có nguyên nhân tại Thận, giúp cơ thể khỏe mạnh, giảm lo lắng.. Tâm được an định thì ngủ tốt hơn, giảm hồi hộp trống ngực, căng thẳng... Tỳ vận hóa tốt giảm các triệu chứng đắng miệng, khô miệng, buồn nôn, thêm thuốc... Vì vậy mà kết hợp cách thở bốn thì có hai thì dương hai thì âm, có kê môn và giao chân giao động để tăng tăng hiệu quả điều trị của nhĩ áp, hỗ trợ nhĩ áp trong điều trị các triệu chứng do hội chứng cai gây ra.

4.4. Tác dụng không mong muốn

4.4.1. Thay đổi nhịp tim và huyết áp trước và sau điều trị

Kết quả bảng 3.11 cho thấy cai nghiện thuốc lá bằng nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh không làm thay đổi nhịp tim và huyết áp người cai nghiện.

Nhịp tim và huyết áp trước và sau điều trị đều nằm trong khoảng giá trị trung bình: nhịp tim trước khi cai nghiện là 72.33 ± 9.27 lần và sau khi cai nghiện là 72.73 ± 8.63 lần, huyết áp tối đa trước cai là 121.33 ± 6.81 mmHg và sau cai là 119.83 ± 7.25 mmHg, huyết áp tối thiểu trước cai là 73.50 ± 4.76 mmHg và sau cai là 73.5 ± 9.75 mmHg. Các chỉ số nhịp tim và huyết áp rất phù hợp với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là đa phần là nam giới và có độ tuổi chủ yếu nằm trong khoảng 41-60 tuổi.

Kết quả về sự thay đổi nhịp tim và huyết áp trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với p trước sau đều > 0.05 .

Nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017), cũng có kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, nhĩ áp không làm thay đổi mạch và huyết áp của người cai nghiện thuốc lá.

4.4.2. Các chỉ số xét nghiệm trước và sau điều trị

Phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh không làm thay đổi các chỉ số về huyết học, sinh hóa máu và nước tiểu, đồng thời phương pháp

này cũng không làm thay đổi hình ảnh XQ tim phổi và nội soi tai mũi họng của bệnh nhân trước và sau điều trị.

Kết quả bảng 3.12, 3.13, 3.14 cho thấy các trị số huyết học: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu; tỷ trọng và pH nước tiểu; các chỉ số sinh hóa: Ure, Creatinin, Glucose, GOT, GPT, Cholesterol, Triglycerid, HDL, LDL đều nằm trong giá trị trung bình, phương pháp cai thiệp gần như không tác động đến kết quả của các chỉ số này, các chỉ số này trước và sau khi điều trị gần như không thay đổi.

Kết quả về sự thay đổi về các chỉ số huyết học, sinh hóa máu, nước tiểu trước và sau điều trị đều không có ý nghĩa thống kê với p trước sau điều trị đều > 0.05 .

4.4.3. Theo dõi tác dụng không mong muốn

Theo dõi trong quá trình nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi sử dụng phương pháp điều trị nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh trên bệnh nhân cai nghiện thuốc lá tại phòng tư vấn cai nghiện bệnh viện Y học cổ truyền trung ương không ghi nhận có các tai biến như choáng, mất ngủ tại vị trí miếng dán nhĩ áp, nhiễm trùng hay bất kỳ tai biến nào khác xảy ra.

So sánh với nghiên cứu của Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017), ở nghiên cứu này cũng không ghi nhận có bất kỳ tai biến nào xảy ra đối với bệnh nhân cai nghiện thuốc lá khi sử dụng miếng dán nhĩ áp.

Điều này cho thấy nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh là phương pháp an toàn có thể áp dụng cho bệnh nhân để điều trị cai nghiện thuốc lá.

4.5. Đánh giá kết quả cai nghiện thuốc lá 1 tháng sau đợt điều trị

Một số nghiên cứu về cai nghiện thuốc lá trên thế giới có quan sát sau cai nghiện như Tô Minh Lan, Trương Quang Anh thuộc bệnh viện Miên Dương số 3 Trung Quốc điều trị cai nghiện thuốc lá cho 27 bệnh nhân bằng phương pháp nhĩ châm kết hợp điều trị tâm lý với kết quả khả quan với 11

trường hợp khỏi, 14 trường hợp cải thiện, 2 trường hợp không kết quả, tỉ lệ hiệu quả 92,6%. Quan sát sau 1 năm điều trị không một ai trong số người điều trị khỏi tái nghiện[39], Michael C. Fiore và cộng sự đã tổng kết 17 nghiên cứu về nicotine patch (1994) cho thấy tỷ lệ bỏ thuốc lá thành công dao động từ 14,4% - 69% ở nhóm dùng thuốc so với 4,9% - 51,2% nhóm dùng giả dược. Theo dõi sau 6 tháng, tỷ lệ bỏ thuốc lá giảm xuống còn 12,5% - 33,6% ở nhóm dùng thuốc [52]. Warren Lam và cộng sự với tổng kết từ 14 nghiên cứu liên quan đến nicotine gum (1987) cho kết quả tỷ lệ bỏ thuốc lá sau 6 tháng của nhóm dùng thuốc là 27% cao hơn so với nhóm dùng giả dược là 18%, 23% ở nhóm dùng thuốc so với 13% nhóm dùng giả dược sau 12 tháng [53]. Richard D. Hurt và cộng sự nghiên cứu tác dụng của bupropion (1997) cho thấy, sau 7 tuần điều trị, tỷ lệ bỏ được thuốc lá ở nhóm dùng liều 100 mg/ngày là 28,8%, 150 mg/ngày là 38,6%; 300 mg/ngày là 44,2% cao hơn so với nhóm dùng giả dược (19%). Theo dõi sau 1 năm, tỷ lệ này giảm xuống lần lượt là 19,6%; 22,9%; 23,1% cao hơn so với nhóm dùng giả dược 12,4% [54]. Tại nghiên cứu của chúng tôi vì thời gian nghiên cứu còn hạn chế nên bệnh nhân được theo dõi thêm 1 tháng sau cai nghiện, kết quả sau 1 tháng cai nghiện không có sự thay đổi với tỉ lệ là 73.3% người không còn hút thuốc ở nhóm nghiên cứu, 66. 7% người không còn hút ở nhóm chứng.

KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị cai nghiện thuốc lá trên 30 bệnh nhân nghiên cứu bằng phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh và 30 bệnh nhân đối chứng bằng phương pháp nhĩ áp tại phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương, chúng tôi đưa ra các kết luận sau:

1. Nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng có tác dụng điều trị cai nghiện thuốc lá trên một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng:

- Nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh có tác dụng cải thiện các triệu chứng của hội chứng cai, hiệu quả cải thiện triệu chứng của hội chứng cai theo thang điểm MPSS đạt tỷ lệ 56.7% tốt, 20% khá, 16.7% trung bình, 6.7% kém và cao hơn so với nhĩ áp đơn thuần với 30 % tốt, 33.3 % khá, 10 % trung bình, 26.7 % kém. ($p < 0.05$)

- Nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh làm giảm nồng độ CO trong hơi thở của bệnh nhân, kết quả điều trị dựa vào nồng độ CO trong hơi thở đạt tỷ lệ 63.3 % tốt, 10.0% khá và 26.7% không kết quả và cao hơn so với nhĩ áp đơn thuần với 46.7% tốt, 20% khá và 33.3% không kết quả. ($p < 0.05$)

- Theo dõi kết quả cai nghiện sau 1 tháng kết quả cai nghiện không có sự thay đổi với tỉ lệ là 73.3% người không còn hút thuốc ở nhóm sử dụng phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh, 66.7% người không còn hút ở nhóm sử dụng nhĩ áp đơn thuần.

2. Trong quá trình nghiên cứu, phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh không xuất hiện các tai biến như choáng, mất ngủ, nhiễm trùng trên bệnh nhân, phương pháp nghiên cứu cũng không làm thay đổi có ý nghĩa thống kê đối với các chỉ số: công thức máu (Hồng cầu, Bạch cầu, Tiểu cầu), Glucose máu, chức năng thận (Ure, Creatinin), men gan (GOT, GPT), mỡ máu (Cholesterol, Triglycerid, HDL, LDL), PH nước tiểu, tỉ trọng nước tiểu trên bệnh nhân nghiên cứu.

KHUYẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu đánh giá tác dụng điều trị Hội chứng cai trong cai nghiện thuốc lá trên 30 bệnh nhân nghiên cứu bằng phương pháp nhĩ áp kết hợp luyện thở dưỡng sinh và 30 bệnh nhân đối chứng bằng phương pháp nhĩ áp tại phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương chúng tôi có một số kiến nghị sau:

1. Cần mở rộng phạm vi nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.
2. Có thể triển khai phối hợp nhiều phương pháp không dùng thuốc của Y học cổ truyền để nâng cao hiệu quả điều trị cai nghiện thuốc lá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization(2019).** *Tobacco.* 26 July 2019
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
2. **Bộ Y Tế, WHO (2015).** *Điều tra toàn cầu về hút thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam (Global Adult Tobacco survey – GATS).*
3. **National Toxicology Program(2016).** Tobacco-Related Exposures. In: Report on Carcinogens. Fourteenth Edition. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program, 2016.
4. **U.S. Department of Health and Human Services (2010).** *How tobacco smoke cause disease. The biology and behavioral basis for smoking – attributable disease.*
5. **U.S. Department of Health and Human Services (2015).** *The health consequences of smoking – 50 years of progress.*
6. **Bộ y tế, Chương trình phòng chống tác hại của thuốc lá quốc gia (2013).** *Tác hại của thuốc lá..* Cập nhật lúc 10:16 27/08/2013
<http://vinacosh.gov.vn/vi/tac-hai-thuoc-la/thong-tin-ve-tac-hai-cua-thuoc-la/2013/08/81E2108C/thanh-phan-va-doc-tinh-cua-khoi-thuoc-la/>
7. **Bộ Y tế, Quỹ phòng chống tác hại của thuốc lá (2015).** *Hướng dẫn xây dựng cơ sở y tế không khói thuốc lá.* Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
8. **Trần Thái Hà, Trương Thị Xuân Hòa, Đào Hữu Minh (2017),** *Nghiên cứu xây dựng phác đồ tư vấn cai nghiện thuốc lá (không dùng thuốc: châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt...) của Y học cổ truyền hỗ trợ cho bệnh nhân cai nghiện thuốc lá.* Đề tài khoa học cấp cơ sở - Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.
9. **Marie Ng, Michael K. Freeman, Thomas D. Fleming, et al(2014),** *Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-*

2012.January 8, 2014,<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1812960>.

10. **WHO (2007).** *The European tobacco control report*
11. **Bộ Y Tế, WHO (2010).** *Điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam (GATS 2010).*
12. **Đỗ Tất Lợi (2006).** Những cây thuốc và vị thuốc Việt nam. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 344-346.
13. **Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al(2013).** 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *New England Journal of Medicine* 2013; 368(4):341–350.
14. **Bộ y tế, Chương trình phòng chống tác hại của thuốc lá quốc gia (2013).** *Tác hại của thuốc lá. Bệnh tật do thuốc lá gây ra.* Cập nhật lúc 10:44 27/08/2013, <http://vinacosh.gov.vn/vi/tac-hai-thuoc-la/benh-tat-do-thuoc-la-gay-ra/2013/08/81E21094/hut-thuoc-lam-giam-kha-nang-sinh-san-va-roi-loan-tinh-duc-o-nam-gioi/>.
15. **Bộ y tế (2015).** *Hỏi và đáp về phòng chống tác hại của thuốc lá tại Việt Nam.* Chương trình phòng chống tác hại của thuốc lá quốc gia.
16. **Bộ y tế và Tổng cục thống kê (2010).** *Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ hai (SAVY).*
17. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual (1994)*
18. **Jean Perriot (2003).** *Tabacologie et sevrage tabagique.*
19. **Yves Martinet et al (2007).** *Le traitement de la dépendance au tabac. Guide pratique.*
20. **Yves Martinet, Abraham Bohadana (2001).** *Le tabagisme. De la prévention au sevrage.*
21. **Bộ Y tế (2018).** *Tài liệu hướng dẫn tư vấn cai nghiện thuốc lá.* Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá quốc gia.

22. **Wilkes S (2008).** *The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation; International Journal of COPD.* 3(1) 45–53
23. **Warner C, Shoaib M (2005).** *How does bupropion work as a smoking cessation aid? Addict Biol.* 10(3):219-31.
24. **Foulds J (2006).** *The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. International Journal of Clinical Practice.* 60:571-576.
25. **Phân tích việc hút thuốc theo quan điểm của y học Trung Quốc,** http://www.360doc.cn/mip/828218939.html?zarsrc=30&utm_source=zalo&utm_medium=zalo&utm_campaign=zalo&fbclid=IwAR38WWlm4FLYKqn837Ol-iVeDOj99pu50V4XeW8V7RXvxFLCHfqzjNil0N4
26. **Bộ Y tế (2015).** *Lý luận Y học cổ truyền,* Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
27. **Trần Quốc Bảo (2013).** *Lý luận cơ bản Y học cổ truyền,* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
28. **Lê Quý Ngưu, Lương Tú Vân (2003).** *Nhĩ Châm,* Nhà xuất bản Thuận Hóa, Huế.
29. **Bộ môn châm cứu, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam(2018),** *Giáo trình châm cứu,* Lưu hành nội bộ, tr 242-245.
30. **TS.BS. Võ Trọng Tuấn - Dương Thị Ngọc Lan(2018).** *Dán hạt vương bất lưu hành – con đường mới trong nhĩ châm.* Truy cập ngày 17 tháng 09, 2019, <https://suckhoedoisong.vn/dan-hat-vuong-bat-luu-hanh-con-duong-moi-trong-nhi-cham-n143316.html> .
31. **Học viện Y học cổ truyền Trung Quốc (2000),** *Châm cứu học Trung Quốc,* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
32. **Trần Thúy (1986).** *Châm loa tai và một số phương pháp châm khác,* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

33. **Bộ môn Khí công – Dưỡng sinh – Xoa bóp bấm huyết, Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam (2018)**, *Xoa bóp – bấm huyết, Khí công – Dưỡng sinh*, Lưu hành nội bộ, tr 164-181.
34. **Nguyễn Văn Hưởng (1995)**, *Phương pháp dưỡng sinh*, NXB Y học, tr. 118-137.
35. **Khoa Châm cứu dưỡng sinh, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương (2005)**, *Dưỡng sinh thực hành*, tr. 39,40.
36. **Section of Community Medicine, The Fourth People's Hospital of Jinan, Shandong, China(2008)**. *Acupuncture combined with auricular point sticking and pressing for smoking cessation of 53 cases in Russia*. Zhongguo Zhen Jiu. 2008 Feb;28(2):133-4
37. **NR Waite, JB Clough(1998)** *A single-blind, placebo-controlled trial of a simple acupuncture treatment in the cessation of smoking*. British Journal of General Practice 1998 Aug; 48(433): 1487–1490.
38. **曾庆鸿 (2009)**. 针刺戒烟的临床观察. 湖南中医药大学学报, 29 (6): 62
Tăng Khánh Hồng (2009). *Quan sát lâm sàng về cai thuốc bằng châm cứu*. Báo Trường Đại học Trung y dược Hồ Nam. 29 (6): 62 – 36.
39. **粟明兰,张光英(2009)**. 耳针配合心理治疗戒烟临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2009,11(08):184-185.
Tô Minh Lan, Trương Quang Anh(2009) *Quan sát lâm sàng về nhĩ châm kết hợp với liệu pháp tâm lý để cai thuốc lá [J]*. Báo của Đại học Y học cổ truyền Liêu Ninh Trung Quốc, 2009,11 (08): 184-185.
40. **周鸿飞 (2003)**. 针刺列缺穴戒烟 66 例临床观察. 针灸临床杂志, 19 (7).
Châu Bằng Phi (2003). *66 quan sát lâm sàng khi cai thuốc bằng châm cứu*. Tạp chí châm cứu lâm sàng. 19 (7).
41. **黄瑾明, 宋宁, 黄凯. 黄瑾明医案选之戒烟(一) (2007)**. 辽宁中医药大学学报.

Hoàng Đông Minh, Tống Ninh, Hoàng Khải (2007). Tuyển tập y án của Hoàng Đông Minh về cai thuốc 1. *Báo Trường Đại học Trung y dược Liêu Ninh*.

42. **Phạm Huy Hùng (1996)**, *Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở người tập luyện dưỡng sinh theo phương pháp của Bác sỹ Nguyễn Văn Hương*, Luận văn Tiến sĩ Khoa học Y Dược, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
43. **Nguyễn Thị Vân Anh (2000)**, *Nghiên cứu tác dụng bài tập dưỡng sinh của Bác sỹ Nguyễn Văn Hương trên bệnh nhân có hội chứng thiếu năng tuần hoàn não mạn tính*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
44. **Lê Thị Kim Dung(2002)**. *Nghiên cứu thay đổi chức năng thông khí phổi, dưới lớp tế bào T, B và kết quả điều trị hen có kết hợp khí công dưỡng sinh dân tộc*. Luận án Tiến sĩ Y học – Trường Đại học Y Hà Nội.
45. **Lê Thị Hiền (2003)**, *Nghiên cứu ảnh hưởng của luyện tập thư giãn cổ truyền lên một số chỉ số sinh học*, Luận án tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
46. **Trịnh Hữu Lộc(2007)**. *Nghiên cứu ảnh hưởng của bài tập quyền dưỡng sinh với sức khỏe của người cao tuổi nữ*. Luận án tiến sĩ Giáo dục học, Viện khoa học thể dục thể thao.
47. **West R, Hajek P (2004)**, *Evaluation of the mood and physical symptoms scale (MPSS) to assess cigarette withdrawal* *Psychopharmacology*, 177, 195-9..
48. **Nguyễn Thị Thi Thơ, Nguyễn Thị Kiều Anh, Nguyễn Nhật Cảm (2017)**, *Thực trạng hút thuốc lá và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại thành phố Hà Nội năm 2016*. *Y học dự phòng*, tập 27, số 6, 211-229.

49. **Nguyễn Hồng Hoa (2014)**, *Tỷ lệ hút thuốc lá và các yếu tố liên quan ở nam từ 18 tuổi trở lên tại quận 6 – TP. Hồ Chí Minh*. Y học TP Hồ Chí Minh, tập 18, phụ bản số 6, 415-422.
50. **Timea R. Partos, Ron Borland, Hua Hie Yong et al (2013)**. The Quitting rollercoaster: How recent quitting history affects future cessation outcomes (Data from the international tobacco control 4 - contry cohort study). *Nicotine & Tobacco research*, Volume 15, Number 9, 1578 – 1587.
51. **Saul Shiffman, Robert J. West, David G. Gilbert (2004)**. Recommendation for the assessment of tobacco craving and withdrawal in smoking cessation trials. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 6, Issue 4, 599 – 614.
52. **Michael C. Fiore, Stevens S. Smith, Douglas E. Jorenby et al (1994)**. The effectiveness of the Nicotine patch for smoking cessation – A meta – analysis. *Jama*, Volume 271(24), 1940 – 1947.
53. **Warren Lam, Henry S. Sacks, Peter C. Sze, Thomas C. Chalmers (1987)**. Meta – analysis of randomised controlled trial of nicotine chewing – gum. *The lancet*, Volume 330, Issue 8549, 27 – 30.
54. **Richard D. Hurt, David P.L. Sachs, Ellert D. Glover et al (1997)**. A comparison of subnained – release bupropion and placebo for smoking cessation. *The New England Journal of Medicine*, Volume 337, Number 17, 1195 – 1202.

PHỤ LỤC 1

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Họ và tên:..... Tuổi: Giới tính:

Địa chỉ:.....

Ngày điều tra:/...../20....

PHẦN A: PHẦN ĐÁNH GIÁ CHUNG

STT	Câu hỏi	Trả lời
1.	Anh/chị hút thuốc lá được bao nhiêu năm rồi?	1. ≤ 10 năm 2. 11 – 30 năm 3. 31 – 50 năm 4. > 50 năm
2.	Lý do Anh/chị bắt đầu hút thuốc lá là gì?	1. Do bản thân 2. Do gia đình có người hút 3. Do bạn bè rủ rê
3.	Số lần Anh/chị cai thuốc lá?	1. Chưa cai lần nào 2. 1 – 2 lần 3. 3 – 4 lần 4. Từ 5 lần trở lên
4.	Hãy chỉ ra lý do Anh/chị bỏ thuốc lá là gì? (câu hỏi nhiều lựa chọn)	1. Hút thuốc lá có hại cho sức khỏe 2. Hút thuốc lá rất tốn kém 3. Bạn bè và gia đình phản đối hút thuốc lá 4. Làm gương cho con cái 5. Bị bệnh nên phải cai 6. Khác

PHẦN B: ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NGHIỆN THỰC THỂ THEO THANG ĐIỂM FAGERSTROM

1. Buổi sáng sau khi thức dậy bao lâu, Anh(chị) bắt đầu hút thuốc lá?	Điểm	2. Mỗi ngày anh(chị) hút bao nhiêu điếu thuốc lá?	Điểm
• ≤ 5 phút	3	• ≤ 10 điếu	0
• 6 – 30 phút	2	• 11 – 20 điếu	1
• 31 – 60 phút	1	• 21 – 30 điếu	2
• > 60 phút	0	• > 30 điếu	3
3. Khi phải nhịn hút thuốc lá ở các nơi bị cấm, anh(chị) khó chịu không?	Điểm	4. Anh(chị) hút nhiều hơn sau thức dậy so với các thời điểm khác?	Điểm
• Có	1	• Đúng	1
• Không	0	• Sai	0
5. Anh(chị) thấy khó nhịn hút thuốc lá trong hoàn cảnh nào nhất?	Điểm	6. Anh(chị) tiếp tục hút thuốc lá ngay cả khi không khỏe phải không?	Điểm
• Buổi sáng khi vừa mới thức dậy	1	• Đúng	1
• Vào một thời điểm khác	0	• Sai	0

TỔNG ĐIỂM:

PHẦN C: ĐÁNH GIÁ QUYẾT TÂM CẢI NGHIỆN THUỐC LÁ THEO BẢNG Q – MAT

<p>1/ Anh(chị) dự tính hút thuốc lá như thế nào trong 06 tháng tới?</p> <p>- Nhiều như bây giờ 0</p> <p>- Ít đi một chút 2</p> <p>- Ít đi rất nhiều 4</p> <p>- Không còn hút nữa 8</p>	<p>3/ Anh(chị) dự tính hút thuốc lá như thế nào trong 04 tuần tới?</p> <p>- Nhiều như bây giờ 0</p> <p>- Ít đi một chút 2</p> <p>- Ít đi rất nhiều 4</p> <p>- Không còn hút nữa 6</p>
<p>2/ Anh(chị) thực lòng muốn cai thuốc lá không?</p> <p>- Hoàn toàn chưa muốn 0</p> <p>- Chỉ muốn một chút 1</p> <p>- Muốn vừa phải 2</p> <p>- Muốn rất nhiều 3</p>	<p>4/ Anh(chị) thường xuyên bắt mẫn với hành vi hút thuốc lá của bản thân?</p> <p>- Không bao giờ 0</p> <p>- Đôi khi 1</p> <p>- Thường xuyên 2</p> <p>- Rất thường xuyên 3</p>

TỔNG ĐIỂM:

PHẦN D. THANG ĐIỂM MPSS (Mood and Physical Symptoms Scale)

Anh/chị hãy chỉ ra những triệu chứng mà Anh/chị cảm thấy trong 24 giờ qua (Khoanh tròn vào câu trả lời).

	Không có	Có nhưng không đáng kể	Có đáng kể	Có nhiều	Có rất nhiều
2. Chán nản	1	2	3	4	5
2. Lo âu	1	2	3	4	5
3. Dễ nổi giận	1	2	3	4	5
4. Bồn chồn	1	2	3	4	5
5. Cảm thấy đói	1	2	3	4	5
6. Khó tập trung	1	2	3	4	5
7. Khó ngủ về đêm	1	2	3	4	5

8. Thời gian Anh/ chị cảm thấy thôi thúc phải hút thuốc lá trong 24 giờ vừa qua? (Khoanh tròn vào câu trả lời)

Không có	Ít, không đáng kể	Một vài lần trong ngày	Nhiều lần trong ngày	Hầu hết thời gian trong ngày	Tất cả thời gian trong ngày
0	1	2	3	4	5

9. Mức độ thôi thúc Anh/chị phải hút thuốc lá trong 24 giờ qua? (Khoanh tròn vào câu trả lời)

Không có	Nhẹ	Vừa phải	Mạnh	Rất mạnh	Cực kỳ mạnh
0	1	2	3	4	5

Anh/chị có những triệu chứng này trong 24 giờ qua hay không? (Khoanh tròn vào câu trả lời)

	Không có	Nhẹ	Vừa phải	Nhiều	Rất nhiều
10. Đau rất trong miệng	1	2	3	4	5
11. Táo bón	1	2	3	4	5

12. Ho/ rất hộng	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

TỔNG ĐIỂM:

PHẦN E. THEO DÕI ĐIỀU TRỊ

1. Cải thiện triệu chứng lâm sàng:

D0:.....

D7:.....

D14:.....

D21:.....

D28:.....

2. Nồng độ CO

D0	D7	D14	D21	D28

3. Nhịp tim, huyết áp

D0	D7	D14	D21	D28
Nhịp tim:	Nhịp tim:	Nhịp tim:	Nhịp tim:	Nhịp tim:

Huyết áp:	Huyết áp:	Huyết áp:	Huyết áp:	Huyết áp:
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

4. Các chỉ số xét nghiệm

Chỉ số	D0	D28
Bạch cầu		
Hồng cầu		
Tiểu cầu		
Ure		
Creatinin		
Glucose		
GOT		
GPT		
Cholesterol		
Triglycerid		
LDL		
HDL		
Xn Nước tiểu		

5. Kết quả cai nghiện sau 1 tháng kết thúc liệu trình điều trị.

Hiện tại anh(chị) còn hút thuốc hay không?

1: Có

2: Không

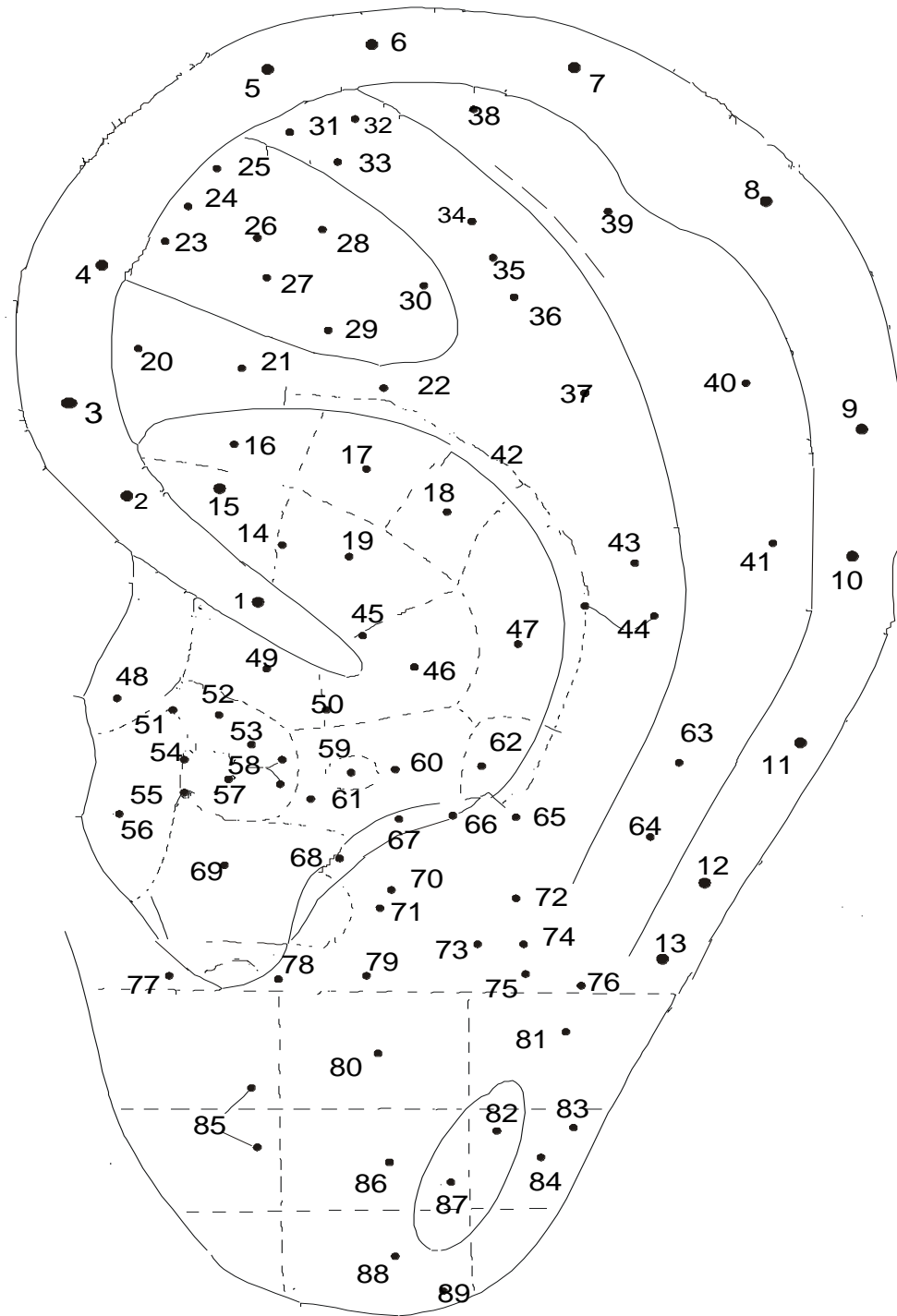
Người làm bệnh án

PHỤ LỤC 2

CÔNG THỨC HUYỆT SỬ DỤNG TRONG NGHIÊN CỨU

1. Điểm nhĩ áp

Tên huyệt	Vị trí huyệt
Thần môn	Ở góc dưới của chỗ chia đôi đôi luân tai
Giao cảm	Ranh giới giữa mép trên của chân dưới đôi vành tai và vai cạnh trong vành tai
Dưới vó	Cạnh trước của vành trong đôi nhĩ bình
Phế	Ở vùng bao quanh huyệt Tâm
Miệng	Ở vách sau bên trên của miệng lỗ ống tai ngoài
Tâm	Ở giữa chỗ lõm xoắn tai dưới
Tỳ	Ở phía dưới huyệt Can, giữa huyệt điềm huyết dịch và huyệt khu gan phải sừng to
Thận	Ở bờ dưới gờ đôi luân tai dưới, trên huyệt Tiểu trường



Sơ đồ huyết loa tai

17. Thận 20. Giao cảm 30. Thần môn 52. Miệng
 59. Tâm 61. Phế 62. Tỳ 68. Dưới vỏ

PHỤ LỤC 3

TƯ VẤN CẢI NGHIỆN

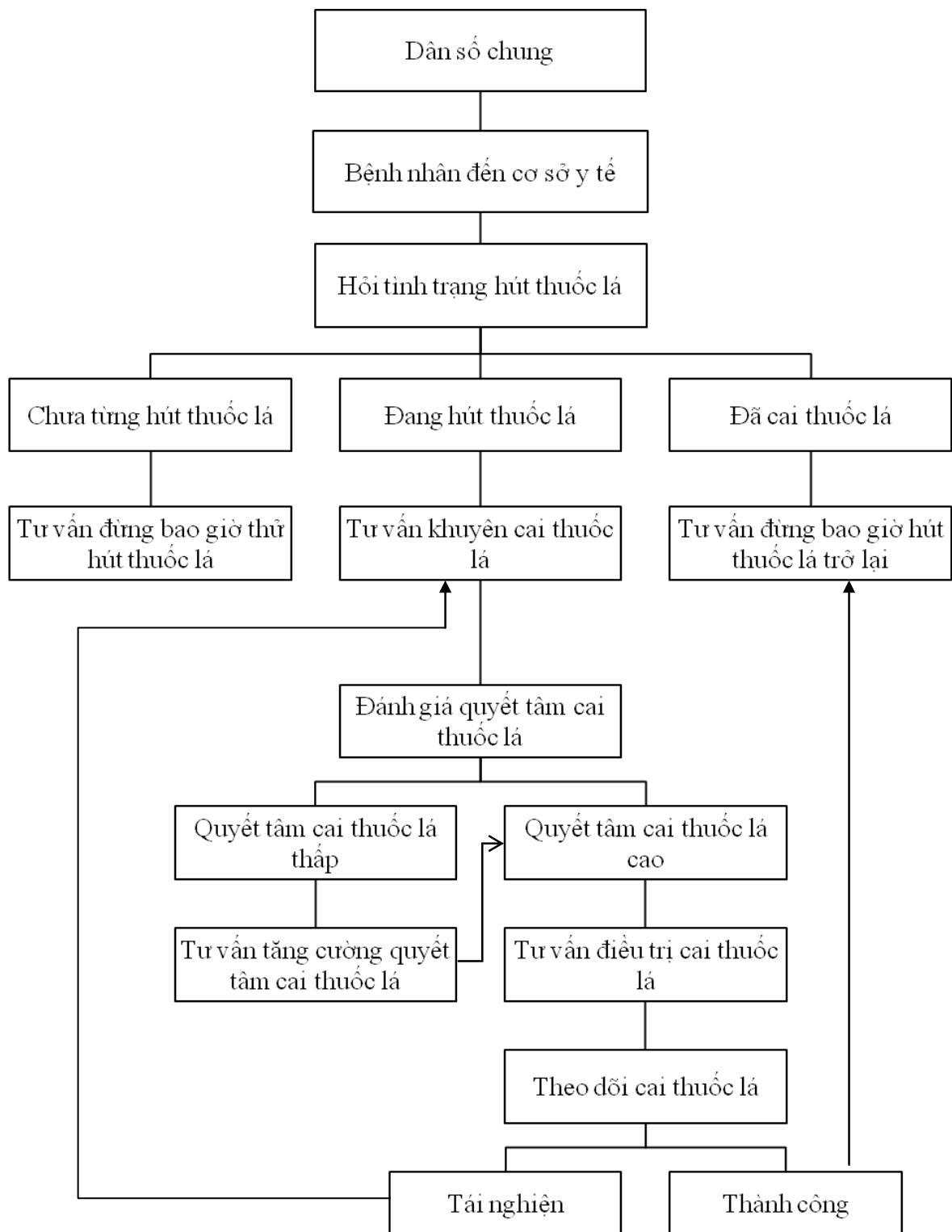
1. Năm bước trong tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá

Ask – Hỏi tình trạng hút thuốc lá	Nhận diện và ghi lại tình trạng hút thuốc lá cho mỗi bệnh nhân đến cơ sở y tế vì mọi lý do vào mọi thời điểm.
Advise – Khuyên cai thuốc lá	Sử dụng lời khuyên rõ ràng, mạnh mẽ, tương thích với cá nhân người được tư vấn
Assess – Đánh giá	<p>Người đang hút thuốc lá <input type="checkbox"/> Hỏi có muốn cai thuốc lá không ?</p> <p>Người đã cai thuốc lá <input type="checkbox"/> Hỏi đã cai được bao lâu rồi và hiện nay còn gặp khó khăn gì không ?</p>
4. Assist – Hỗ trợ	<p>Người muốn cai thuốc lá <input type="checkbox"/> Tư vấn điều trị cai thuốc lá.</p> <p>Người chưa muốn cai thuốc lá <input type="checkbox"/> Tư vấn tăng quyết tâm cai thuốc lá.</p> <p>Người vừa cai thuốc lá <input type="checkbox"/> Tư vấn điều trị ngừa tái nghiện thuốc lá.</p>
Arrange – Sắp xếp theo dõi hiệu quả	<p>Cai thuốc lá sau tư vấn cai thuốc lá</p> <p>Tăng quyết tâm cai thuốc lá sau tư vấn tăng quyết tâm cai.</p> <p>Không tái nghiện sau tư vấn phòng tái nghiện.</p>

2. Tư vấn hỗ trợ tăng quyết tâm cai thuốc lá

1/ Thể hiện cảm thông	<p>+ Dùng câu hỏi mở (thay vì đóng) để tìm hiểu lý do hút thuốc lá (“Vì sao ông/bà hút thuốc lá?”), lo ngại khi cai thuốc lá (“Ông/bà nghĩ là sau khi cai thuốc lá thì sẽ xảy ra chuyện gì?”).</p> <p>+ Dùng kỹ thuật lắng nghe sau đó phản hồi để chia sẻ với người hút thuốc lá: “Vậy là ông/bà hút thuốc lá để giảm cân?”; “Vậy là ông/bà rất thích hút thuốc lá, tuy nhiên ông bà sợ hút thuốc lá sẽ gây ra các bệnh nguy hiểm sau này hơn nữa người thân của ông/bà không muốn ông/bà hút thuốc lá?”</p> <p>+ Tìm cách bình thường hóa nỗi lo của người hút thuốc lá: “Nhiều người cũng lo lắng về khó khăn sẽ gặp phải khi cai thuốc lá như ông/bà”.</p> <p>+ Tôn trọng quyết định của người hút thuốc lá: “Tôi hiểu ông/bà chưa sẵn sàng cai thuốc lá lần này. Tuy nhiên tôi luôn ở đây để hỗ trợ khi ông/bà muốn cai thuốc lá.”</p>
2/ Chỉ rõ mâu thuẫn	<p>+ Chỉ rõ sự mâu thuẫn giữa hành vi hút thuốc lá hiện tại với suy nghĩ, niềm tin của người hút thuốc lá: “Ông/bà có thói quen hi sinh cho gia đình, ông/bà nghĩ sao về tác hại của thuốc lá lên con cái?”.</p> <p>+ Củng cố và ủng hộ các câu nói có tính chất cam kết cai thuốc lá: “Như vậy là ông/bà nhận thấy hút thuốc lá đã có ảnh hưởng đến sức khỏe của ông/bà.” “Thật là hay khi ông/bà đã quyết định cai thuốc lá sau khi hết bận rộn”</p> <p>+ Xây dựng và tăng cường các cam kết cai thuốc lá: “Hiện nay các biện pháp điều trị cai thuốc lá rất hiệu quả”. “Chúng tôi sẽ giúp</p>

	ông/bà tránh được cơn đột quỵ như cha của ông/bà”.
3/ Xác định rào cản	<p>+ Lặp lại sự lưỡng lự của người hút thuốc lá: “Hình như ông/bà cảm thấy rất trăn trở về vấn đề nghiện thuốc lá”.</p> <p>+ Thể hiện cảm thông: “Ông/bà rất lo lắng không biết giải quyết hội chứng cai thuốc lá như thế nào phải không ?”</p>
4/ Đề xuất giải pháp	<p>+ Giúp người được tư vấn tự tin thành công: “Các biện pháp can thiệp cai thuốc lá hiện nay rất hiệu quả”, “Hơn 50% người hút thuốc lá đã cai thuốc lá thành công”, “Ông/bà đã từng rất thành công ở lần cai thuốc lá trước đây !”.</p> <p>+ Thể hiện sự quan tâm giúp đỡ giải quyết lo lắng: “Một số phương pháp có thể giúp giảm nhẹ lo lắng của ông/bà, ông/bà có muốn thử không ?”, “Ông/bà cảm thấy ra sao về việc cai thuốc lá”, “Ông/bà có băn khoăn gì khi cai thuốc lá không?”, “Chúng tôi lúc nào cũng sẵn sàng giúp đỡ ông/bà”.</p> <p>+ Khuyến khích người được tư vấn nói về tiến trình cai thuốc lá, nhờ đó quyết tâm cai thuốc lá sẽ tăng dần: “Tại sao ông/bà muốn cai thuốc lá” “Những quan ngại của ông/bà khi cai thuốc lá là gì ?”, “Ông/bà đã gặp những khó khăn gì khi cai thuốc lá lần trước” “Nhờ đâu mà lần trước ông/bà cai thuốc lá thành công ?”</p>



Quy trình tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tại các tuyến y tế[21]