

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN TRỌNG QUANG ĐỨC

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
CỦA PHƯƠNG PHÁP CÂY CHỈ KẾT HỢP
TẬP DƯỠNG SINH TRONG KIỂM SOÁT
HEN PHẾ QUẢN THỂ HƯ HÀN**

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2021

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



NGUYỄN TRỌNG QUANG ĐỨC

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
CỦA PHƯƠNG PHÁP CÂY CHỈ KẾT HỢP
TẬP DƯỠNG SINH TRONG KIỂM SOÁT
HEN PHẾ QUẢN THỂ HƯ HÀN**

Chuyên ngành : Y học cổ truyền

Mã số : 87.20.115

LUẬN VĂN THẠC SỸ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS.BS. Phạm Hồng Vân

HÀ NỘI - 2021

LỜI CẢM ƠN

Tôi xin trân trọng gửi lời cảm ơn tới Ban Giám Đốc, phòng đào tạo sau đại học Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam; Ban Giám Đốc – Bệnh viện Châm Cứu Trung ương đã tạo điều kiện cho tôi được học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Lời cảm ơn tiếp theo, với lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc nhất tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn chân thành tới cô PGS.TS.BS. Phạm Hồng Vân là người thầy tâm huyết đã trực tiếp chỉ bảo, hướng dẫn tận tình, đóng góp nhiều ý kiến quý báu cũng như động viên tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu và hoàn thành luận văn này.

Tôi xin gửi lời cảm ơn tới tập thể các Thầy thuốc, nhân viên Y tế tại Bệnh viện Châm Cứu Trung Ương cũng như Bệnh viện Tuệ Tĩnh đã giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu.

Tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới tất cả các Thầy, những nhà khoa học là Giáo sư, Phó Giáo sư, Tiến sĩ trong Hội đồng, đã luôn hướng dẫn, chỉ bảo tôi trong suốt quá trình học tập và đóng góp cho tôi những ý kiến quý báu để tôi hoàn thành và bảo vệ thành công luận văn này.

Tôi xin được gửi lời cảm ơn tới các nhà khoa học, các tác giả những công trình nghiên cứu mà tôi đã tham khảo và sử dụng các số liệu trong quá trình nghiên cứu và hoàn thiện luận văn này.

Sau cùng, tôi xin tỏ lòng biết ơn đến cha mẹ, người thân và bạn bè đã luôn bên cạnh ủng hộ, động viên tôi trong cuộc sống cũng như trong thời gian hoàn thành luận văn thạc sĩ.

Xin được trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày 25 tháng 06 năm 2021

Nguyễn Trọng Quang Đức

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Nguyễn Trọng Quang Đức, học viên cao học khóa 10 Học viện Y Dược Học Cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS.BS. Phạm Hồng Vân

1. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam
2. 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 nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 25 tháng 06 năm 2021

Học viên

Nguyễn Trọng Quang Đức

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ACT	: Bộ câu hỏi đánh giá mức độ kiểm soát hen (Asthma Control Test)
CLCS	: Chất lượng cuộc sống
CNHH	: Chức năng hô hấp
D ₀	: Trước điều trị
D ₂₀	: Sau cấy chỉ lần 1
D ₄₀	: Sau cấy chỉ lần 2
D ₆₀	: Sau cấy chỉ lần 3
ĐC	: Đối chứng
EIB	: Co thắt phế quản do gắng sức (Exercise-induced bronchospasm).
FEV	: Thể tích thở ra gắng sức trong 6 giây đầu (Forced expiratory volume during the first six seconds of the forced vital capacity).
FEV1	: Thể tích thở ra gắng sức giây đầu (Forced expiratory volume in first second).
FVC	: Dung tích sống gắng sức (<i>Forced vital capacity</i>).
GINA	: Chương trình khởi động toàn cầu về phòng chống hen (<i>Global Initiative for Asthma</i>).
HPQ	: Hen phế quản
ICS	: Corticosteroid dạng hít (inhaled corticosteroids).
LABA	: Kích thích beta2 tác dụng dài (Long Acting Beta 2 Agonist).
NC	: Nghiên cứu
PEF	: Lưu lượng thở ra đỉnh (<i>Peak expiratory flow</i>).
PPDS	: Phương pháp dưỡng sinh
RLTK	: Rối loạn thông khí
Th1	: Tế bào lympho giúp đỡ T1
Th2	: Tế bào lympho giúp đỡ T2
TKP	: Thông khí phổi
YHCT	: Y học cổ truyền
YHHĐ	: Y học hiện đại

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ.....	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU	3
1.1. TỔNG QUAN VỀ HEN PHẾ QUẢN.....	3
1.1.1. Hen phế quản theo y học hiện đại.....	3
1.1.2. Hen phế quản theo y học cổ truyền	8
1.2. TỔNG QUAN VỀ CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN ...	11
1.2.1. Phương pháp cây chỉ.....	11
1.2.2. Phương pháp dưỡng sinh	13
1.2.3. Phương pháp thăm dò chức năng thông khí phổi	15
1.3. CÁC NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG CÂY CHỈ VÀ TẬP DƯỠNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ.....	17
1.3.1. Ứng dụng trong điều trị hen phế quản	17
1.3.2. Ứng dụng trong điều trị bệnh.....	17
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	19
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU	19
2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu	19
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân	20
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU	20
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu	20
2.2.2. Cỡ mẫu và phân nhóm nghiên cứu	20
2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu và cách xác định chỉ tiêu nghiên cứu	21
2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị.....	24
2.2.5. Phương tiện nghiên cứu	24
2.2.6. Quy trình điều trị.....	26
2.2.7. Phương pháp tiến hành	29
2.2.8. Phương pháp xử lý phân tích số liệu trong nghiên cứu	29

2.2.9. Đạo đức Y học trong nghiên cứu.....	30
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	32
3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	32
3.2. KẾT QUẢ KIỂM SOÁT HEN CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮY CHỈ KẾT HỢP TẬP DƯỠNG SINH TRÊN LÂM SÀNG	34
3.2.1. Biến đổi triệu chứng lâm sàng của hen phế quản thể hư hàn theo y học cổ truyền.....	34
3.2.2. Biến đổi mức độ hen trên lâm sàng bằng bảng biến đổi bậc hen theo tiêu chuẩn của GINA 2018	35
3.2.3. Biến đổi mức độ kiểm soát hen bằng test kiểm soát hen (ACT) tại các thời điểm nghiên cứu	36
3.2.4. Biến đổi giá trị điểm trung bình mức độ kiểm soát hen theo bộ test kiểm soát hen (ACT) tại các thời điểm nghiên cứu.	37
3.2.5. Biến đổi mức độ đánh giá chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) tại các thời điểm nghiên cứu	38
3.2.6. Biến đổi giá trị điểm trung bình mức độ chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) tại các thời điểm nghiên cứu	39
3.2.7. Kết quả điều trị	40
3.2.8. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị... ..	41
3.3. BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN DƯỚI ẢNH HƯỞNG CỦA CẮY CHỈ VÀ TẬP DƯỠNG SINH.....	41
3.3.1. Biến đổi chỉ số huyết học.....	41
3.3.2. Biến đổi chỉ số sinh hoá.....	42
3.4. BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ PHỔI Ở BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN DƯỚI ẢNH HƯỞNG CỦA CẮY CHỈ KẾT HỢP TẬP DƯỠNG SINH.....	42

3.4.1. Biến đổi của dung tích sống (VC) và dung tích sống gắng sức (FVC) trước và sau điều trị	42
3.4.2. Biến đổi thể tích thở ra gắng sức trước và sau điều trị	43
3.4.3. Biến đổi lưu lượng thở ra đỉnh và chỉ số Tiffeneau và Gaensler trước và sau điều trị.....	44
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN.....	45
4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.....	45
4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới.....	45
4.1.2. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh	46
4.1.3. Đặc điểm yếu tố gây khởi phát cơn hen	47
4.2. KẾT QUẢ KIỂM SOÁT HEN TRÊN BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN THỂ HƯ HÀN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CÂY CHỈ KẾT HỢP TẬP DƯỠNG SINH.....	48
4.2.1. Kết quả cải thiện triệu chứng hen phế quản.	48
4.2.2. Kết quả cải thiện bậc hen theo GINA 2018.....	50
4.2.3. Kết quả kiểm soát hen theo bộ test kiểm soát hen (ACT).....	51
4.2.4. Kết quả cải thiện chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S).....	52
4.2.5. Kết quả điều trị chung.....	54
4.2.6. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.....	57
4.3. BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ THÔNG KHÍ PHỔI DƯỚI ẢNH HƯỞNG CỦA CÂY CHỈ KẾT HỢP TẬP DƯỠNG SINH.....	58
KẾT LUẬN.....	64
KIẾN NGHỊ.....	65
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1.	Tiêu chuẩn chẩn đoán hen ở người lớn.....	5
Bảng 1.2.	Phân loại bậc nặng nhẹ của bệnh theo GINA 2018.....	6
Bảng 1.3.	Phân loại mức độ kiểm soát hen theo test kiểm soát hen ACT...	7
Bảng 1.4.	Các chỉ số chức năng thông khí phổi.....	16
Bảng 2.1.	Chẩn đoán hen phế quản theo tiêu chuẩn của GINA.....	19
Bảng 2.2.	Tiêu chuẩn đánh giá biến đổi bậc hen trên lâm sàng theo GINA ..	21
Bảng 2.3.	Phân loại mức độ kiểm soát hen theo test kiểm soát hen ACT ..	22
Bảng 2.4.	Tiêu chuẩn đánh giá mức độ kiểm soát hen theo bộ test ACT...	23
Bảng 2.5.	Tiêu chuẩn đánh giá chất lượng cuộc sống theo AQLQ	23
Bảng 2.6.	Đánh giá kết quả điều trị.....	24
Bảng 2.7.	Tên, vị trí và tác dụng của các huyết vị điều trị.....	27
Bảng 3.1.	Phân bố bệnh nhân theo tuổi.....	32
Bảng 3.2.	Phân bố bệnh nhân theo giới tính.	32
Bảng 3.3.	Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.	33
Bảng 3.4.	Phân loại yếu tố nghi ngờ dị ứng.....	33
Bảng 3.5.	Biến đổi triệu chứng lâm sàng của bệnh hen phế quản thể hư hàn theo y học cổ truyền tại các thời điểm nghiên cứu.....	34
Bảng 3.6.	Bảng biến đổi bậc hen theo GINA 2018.....	35
Bảng 3.7.	Biến đổi mức độ kiểm soát hen bằng test ACT tại các thời điểm NC	36
Bảng 3.8.	Biến đổi mức độ đánh giá chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) tại các thời điểm NC	38
Bảng 3.9.	Kết quả điều trị	40
Bảng 3.10.	Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị	41

Bảng 3.11. Biến đổi chỉ số huyết học.....	41
Bảng 3.12. Biến đổi chỉ số sinh hoá.....	42
Bảng 3.13. Biến đổi của dung tích sống và dung tích sống gắng sức.....	42
Bảng 3.14. Biến đổi của thể tích thở ra gắng sức.....	43
Bảng 3.15. Biến đổi lưu lượng thở ra đỉnh, chỉ số Tiffeneau và Gaensler ...	44

DANH MỤC HÌNH

Hình 2.1.	Phương tiện dùng trong cấy chỉ	25
Hình 2.2.	Máy đo chức năng thông khí phổi Spirometer Hi-801	25
Hình 2.3.	Máy xét nghiệm huyết học Celltac Es	26

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Biến đổi giá trị điểm trung bình mức độ kiểm soát hen theo bộ test ACT tại các thời điểm nghiên cứu	37
Biểu đồ 3.2.	Biến đổi giá trị điểm trung bình mức độ chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) tại các thời điểm nghiên cứu	39

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là tình trạng viêm mạn tính đường thở với sự tham gia của nhiều tế bào thành phần tế bào, làm tăng tính đáp ứng đường thở (co thắt, phù nề, tăng tiết đờm) gây tắc nghẽn, hạn chế luồng khí đường thở, làm xuất hiện các dấu hiệu khò khè, khó thở, nặng ngực và ho tái diễn nhiều lần, thường xảy ra vào ban đêm và sáng sớm, có thể phục hồi tự nhiên hoặc do dùng thuốc [1], [2], [3].

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 2014 trên thế giới đang có khoảng 340 triệu người mắc bệnh hen, tỉ lệ mắc bệnh vẫn đang phát triển theo hướng tăng dần, dự kiến với tình trạng đô thị hóa tăng từ 45% lên 59% vào năm 2025 thì thế giới sẽ có thêm 100 triệu người bệnh nữa [4], [5].

Thống kê của chương trình khởi động toàn cầu về phòng chống hen (GINA) cho thấy mỗi năm trên thế giới có khoảng 250.000 trường hợp tử vong do hen, điều quan trọng hơn là 85% những trường hợp tử vong do hen có thể tránh được nếu được phát hiện sớm, điều trị đúng và kịp thời [4], [5].

Hiện nay những tiến bộ của khoa học kỹ thuật trong y học đã giúp hiểu biết hơn về nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của bệnh hen. Mục tiêu của ngành y tế là kiểm soát và tìm ra các biện pháp phòng chống căn bệnh này một cách hiệu quả.

Y học hiện đại đã có nhiều phương pháp điều trị hen như dùng các loại thuốc cắt cơn bằng đường uống hay xịt có hiệu quả nhanh. Bên cạnh đó YHCT cũng góp phần không nhỏ để kiểm soát bệnh hen như uống thuốc sắc y học cổ truyền và các phương pháp không dùng thuốc như châm cứu, cấy chỉ, tập dưỡng sinh...

Cấy chỉ là phương pháp đưa chỉ catgut vào huyết vị, qua quá trình tự tiêu của chỉ có tác dụng duy trì sự kích thích lâu dài qua đó tạo tác dụng điều trị bệnh [9], [10].

Dưỡng sinh là phương pháp tự tập luyện để nâng cao thể chất, giữ sức khỏe phòng bệnh và chữa bệnh. Đặc biệt là phương pháp dưỡng sinh của Nguyễn Văn Hưởng với các động tác tập thở bốn thì âm dương, chông mông thở...có tác dụng tăng cường thông khí phổi, giảm nguy cơ tắc nghẽn đường thở, hỗ trợ điều trị tốt hen phế quản [11].

Với mục đích bước đầu chứng minh hiệu quả của phương pháp cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh trong điều trị hen phế quản và cung cấp cho các nhà lâm sàng thêm lựa chọn trong điều trị và kiểm soát hen phế quản, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá kết quả của phương pháp cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh trong kiểm soát hen phế quản thể hư hàn”** với hai mục tiêu sau:

- 1. Đánh giá kết quả kiểm soát hen trên lâm sàng của phương pháp cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng.*
- 2. Đánh giá kết quả của phương pháp cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh trong cải thiện chức năng hô hấp do hen phế quản.*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. TỔNG QUAN VỀ HEN PHẾ QUẢN

1.1.1. Hen phế quản theo y học hiện đại

1.1.1.1. Định nghĩa hen phế quản

Theo chương trình khởi động toàn cầu về phòng chống hen (*Global Initiative for Asthma- GINA*) năm 2018: “Hen là một bệnh lý đa dạng, thường có đặc điểm là viêm đường thở mạn tính với sự hiện diện bệnh sử có các triệu chứng hô hấp như khò khè, khó thở, nặng ngực và ho. Các triệu chứng này thay đổi theo thời gian và về cường độ cùng với sự giới hạn luồng khí thở ra thay đổi” [1].

1.1.1.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của hen phế quản

❖ Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ [2], [3], [4]:

- Di truyền: Yếu tố di truyền, cơ địa dị ứng...
- Các yếu tố môi trường, các dị nguyên, nhiễm virus: hoá chất, bụi, khói thuốc lá, phấn hoa...
- Các yếu tố nguy cơ khởi phát: thay đổi thời tiết, vận động quá sức, một số mùi vị đặc biệt (đặc biệt khói thuốc lá), cảm xúc mạnh, v.v...

❖ Cơ chế bệnh sinh:

- Cơ chế bệnh sinh của hen rất phức tạp nhưng có thể mô tả tóm tắt bằng sự tương tác của ba quá trình bệnh lý cơ bản là: Viêm mạn tính đường thở, tăng đáp ứng của phế quản và co thắt, phù nề xuất tiết phế quản, trong đó viêm mạn tính đường thở là trung tâm [12], [13], [14]:

+ Viêm mạn tính đường thở: có sự tham gia của nhiều tế bào viêm (đại thực bào), tế bào Th1, Th2, tế bào mast, lympho bào và các chất trung gian hóa học, chủ yếu là các chất trung gian tiên phát (histamin, serotonin, bradykinin, PAF, ...), các chất trung gian thứ phát (leucotrien, prostaglandin, các neuropeptid), các cytokin (interleukin, TNF α , INF γ , v.v...) [12], [13], [14].

+ Tăng tính đáp ứng đường thở: là bất thường sinh lý đặc trưng của hen. Đây là tình trạng đáp ứng co thắt phế quản quá mức với các yếu tố kích thích đường hít. Việc tăng tính phản ứng đường thở liên quan đến tần suất triệu chứng hen, do đó làm giảm tình trạng này là mục tiêu điều trị quan trọng. Phế quản co thắt khi đáp ứng với các chất kích thích trực tiếp như histamine và cả các yếu tố kích thích gián tiếp, vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của quá trình viêm mạn tính làm co thắt các cơ trơn, gây phù nề niêm mạc và tăng xuất tiết. Kết quả là xuất hiện các triệu chứng của hen như: khó thở, khò khè, nặng ngực và ho. Các triệu chứng này thường xuất hiện hoặc nặng lên vào ban đêm và sáng sớm vì có liên quan đến chức năng của hệ phó giao cảm [12], [13], [14].

1.1.1.3. Triệu chứng hen phế quản

❖ *Lâm sàng:*

- Triệu chứng cơ năng: khó thở, ho, khò khè, nặng ngực.

Đặc điểm của cơn khó thở: xuất hiện đột ngột thường buổi tối hoặc nửa đêm về sáng, khó thở ở thì thở ra hoặc cả hai thì, khó thở thành từng cơn (ngoài cơn bệnh nhân bình thường), cơn khó thở có thể tự kết thúc khi không dùng thuốc hoặc giảm khi dùng các thuốc giãn phế quản.

- Triệu chứng thực thể: Trong cơn khó thở khám phổi thấy: Gõ lồng ngực vang, nghe rì rào phế nang giảm, có ran rít, ran ngáy. Sau cơn hen thường không thấy gì đặc biệt.

Trên lâm sàng cơn hen phế quản thường chia 3 giai đoạn:

+ Tiền triệu: Hắt hơi, sổ mũi, ngứa mắt, buồn ngủ, ho, v.v...

+ Cơn khó thở: khó thở ra, chậm, khò khè, tiếng rít (bản thân người bệnh và người xung quanh có thể nghe thấy), mức độ khó thở tăng dần, có thể kèm theo vã mồ hôi, nói khó.

+ Thoái lui: Cơn có thể ngắn 5-15 phút, có thể kéo dài hàng giờ hoặc dài hơn. Cơn hen có thể tự hồi phục, kết thúc bằng khó thở giảm dần, ho và khạc đờm trong, quánh dính [2], [3],[15], [16].

❖ *Cận lâm sàng:*

- Chụp XQ tim phổi: Trong cơn hen, lồng ngực căng phồng, các khoảng gian sườn giãn rộng, cơ hoành hạ thấp, phổi tăng sáng, rốn phổi đậm.

- Đo chức năng thông khí: Những nơi có điều kiện cần đo chức năng hô hấp với các chỉ tiêu như: PEF, FEV1 và Tiffeneau, Gaensler để đánh giá mức độ nặng nhẹ của cơn hen, khả năng hồi phục và sự dao động của luồng khí tắc nghẽn, giúp khẳng định chẩn đoán hen [2], [3], [15], [16].

1.1.1.4. Chẩn đoán hen phế quản

- Ở Việt Nam hiện nay chủ yếu dựa vào bảng tiêu chuẩn chẩn đoán hen của GINA 2018 (bảng 1.1)

Bảng 1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán hen ở người lớn [1].

1. Tiền sử có các triệu chứng hô hấp thay đổi
<p>Các triệu chứng điển hình là thở khò khè, khó thở, nặng ngực và ho.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thông thường người bị hen có nhiều hơn một trong các triệu chứng này. • Các triệu chứng xảy ra thay đổi theo thời gian và cường độ. • Các triệu chứng thường xảy ra hoặc xấu hơn vào ban đêm hay lúc thức giấc • Các triệu chứng thường khởi phát khi tập thể dục, cười lớn, tiếp xúc các dị nguyên hoặc không khí lạnh. • Các triệu chứng thường xảy ra hay trở nên xấu đi khi nhiễm siêu vi.
2. Bằng chứng giới hạn luồng khí thở ra bị thay đổi
<ul style="list-style-type: none"> • Ít nhất một lần trong quá trình chẩn đoán có thể tích thở ra tối đa/giây, là thể tích thở ra trong giây đầu tiên của động tác thở ra mạnh, đơn vị là l/giây (FEV1) thấp, chứng cứ cho thấy tỉ lệ đánh giá rối loạn thông khí tắc nghẽn (FEV1/FVC) bị giảm. Tỉ lệ FEV1/FVC bình thường lớn hơn 0,75-0,80 đối với người lớn.

1.1.1.5. Phân loại hen phế quản

- *Phân loại theo nguyên nhân*: gồm hen dị ứng, hen không dị ứng, hen khởi phát muộn, hen có giới hạn luồng khí cố định, hen trên người béo phì [2], [3], [17], [18].

- *Phân loại theo bậc nặng nhẹ (bảng 1.2)*:

Bảng 1.2. Phân loại bậc nặng nhẹ của bệnh theo GINA 2018 [1]

Bậc hen	Triệu chứng ban ngày	Triệu chứng ban đêm	Mức độ cơn hen ảnh hưởng đến hoạt động	Lưu lượng đỉnh (PEF)	Dao động PEF
I	<1 lần/tuần	≤2lần/tuần	Không giới hạn hoạt động thể lực	>80%	<20%
II	>1 lần/tuần nhưng <1 lần/ngày	>2 lần/tháng	Có thể ảnh hưởng hoạt động thể lực	80%	20%-30%
III	Hàng ngày	>1 lần/tuần	Ảnh hưởng hoạt động thể lực	60%-80%	>30%
IV	Thường xuyên	Thường có	Giới hạn hoạt động thể lực	≤60%	>30%

Chú ý:

- ✓ Chỉ cần 1 biểu hiện ở bậc nặng nhất là đủ xếp vào bậc đó.
- ✓ Bệnh nhân dù ở bậc hen nhẹ nhất không thường xuyên nhưng có cơn hen cấp nặng cần được điều trị như hen trung bình dai dẳng (bậc III).
- ✓ Bệnh nhân ở bất cứ bậc hen nào cũng có thể bị cơn hen cấp nặng.

- *Phân loại mức độ kiểm soát hen bằng test kiểm soát hen ACT (bảng 1.3)*:

Đây là công cụ đã được kiểm định tốt để đo lường mức độ kiểm soát hen trong thực tế lâm sàng. Được Hội Phổi Hoa Kỳ nghiên cứu và đưa ra áp dụng toàn thế giới vào 5/2004.

Bảng 1.3. Phân loại mức độ kiểm soát hen theo test kiểm soát hen ACT [19]

Câu 1: Trong 4 tuần qua, bao nhiêu ngày bệnh hen phải làm bạn nghỉ làm, nghỉ học hay phải nghỉ tại nhà?				
Tất cả các ngày (1)	Hầu hết các ngày (2)	Một số ngày (3)	Chỉ một ít ngày (4)	Không có ngày nào (5)
Câu 2: Trong 4 tuần qua bạn có gặp cơn khó thở không?				
>1 lần/ngày (1)	=1 lần/ngày (2)	3-6 lần/tuần (3)	1-2 lần/tuần (4)	Không có lần nào (5)
Câu 3: Trong 4 tuần qua, bạn có thường phải thức giấc ban đêm hay phải dậy sớm do các triệu chứng của hen như ho, khò khè, nặng ngực?				
≥4 đêm/ 1 tuần (1)	2-3 đêm/1tuần (2)	1 đêm/ 1 tuần (3)	1-2 lần/4 tuần (4)	Không có lần nào (5)
Câu 4: Trong 4 tuần qua, bạn có thường sử dụng thuốc cắt cơn dạng xịt hay khí dung không?				
≥3lần/ngày (1)	1-2 lần/ ngày (2)	2-3 lần/1 tuần (3)	≤1lần/ tuần (4)	Không có lần nào (5)
Câu 5: Bạn đánh giá cơn hen của bạn được kiểm soát như thế nào trong 4 tuần qua?				
Không kiểm soát (1)	Kiểm soát kém (2)	Có kiểm soát (3)	Kiểm soát tốt (4)	Kiểm soát hoàn toàn (5)

Kết quả đánh giá: - Dưới 20 điểm: hen chưa được kiểm soát
 - Từ 20-24 điểm: hen được kiểm soát tốt.
 - Trên 25 điểm: hen được kiểm soát hoàn toàn.

1.1.1.6. Điều trị hen phế quản

a) Mục tiêu điều trị: nhằm đạt 6 mục tiêu kiểm soát hen [2], [3], [15], [16]:

- + Không có triệu chứng hen (hoặc có ít nhất).
- + Không thức giấc do hen.
- + Không phải dùng thuốc cắt cơn (hoặc dùng ít nhất).
- + Không hạn chế hoạt động thể lực.

- + Chức năng phổi (PEF; FEV1) trở lại bình thường.
- + Không có cơn kịch phát.

b) Điều trị cụ thể [2], [3], [16]:

- *Cơn hen nhẹ*: Hít corticoid 200mcg/ngày hoặc uống prednisolon 0,5 - 1mg/kg/ngày.
- *Cơn hen trung bình*: Uống prednisolon 60 - 80 mg/ngày hoặc tiêm, truyền methylprednisolon 120 - 180 mg/ngày.
- *Cơn hen nặng*: Uống hoặc tiêm, truyền corticoid như cơn hen trung bình.

1.1.2. Hen phế quản theo y học cổ truyền

1.1.2.1. Khái niệm

Hen phế quản theo y học cổ truyền thuộc chứng Háo suyễn - Háo rỗng, tức là khí không được liễm nạp về thận, tỳ dương hư yếu thủy thấp ứ đọng sinh ra đờm. Trong cổ họng phát ra tiếng gọi là háo (hen) thở hít gấp gáp, khí đưa lên nhiều mà đưa xuống ít gọi là (suyễn). Chứng háo suyễn thường gặp trong các bệnh hen phế quản, phế quản viêm thể hen, phế khí thũng, tâm phế mạn [20], [21], [22].

1.1.2.2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

- Nguyên nhân:

Chứng hen suyễn (hen phế quản theo y học cổ truyền) có thể phát sinh do bốn nguyên nhân chính sau đây:

- + Do ngoại tà xâm nhập: Thường gặp loại phong hàn và phong nhiệt. Phong hàn phạm vào Phế khiến phế khí bị ứ tắc, thăng giáng thất thường, nghịch lên thành suyễn. Phong nhiệt từ đường hô hấp vào Phế hoặc phong hàn bị uất lại thành nhiệt không tiết ra được gây ngưng trệ ở phế thành háo suyễn [22], [23], [24].

+ Do Phế Thận hư yếu: Do ho lâu ngày hoặc bệnh lâu ngày làm Phế bị suy, phế khí và đường hô hấp bị trở ngại gây nên suyễn. Hoặc do Thận hư yếu không nhuận được Phế, không nạp được khí gây nên suyễn. Như vậy bệnh suyễn chủ yếu ở Phế, có quan hệ với Thận và nếu nặng hơn có quan hệ cả với Tâm. Vì theo Nội Kinh: mọi chứng ho, đầy tức, hơi thở đều thuộc về Phế. Phế chủ khí, khí chủ thăng giáng. Khí thuận (giáng) thì bình thường, Phế nghịch (đi lên) thì gây nên suyễn. Ngoài ra Tâm Phế suy yếu lâu ngày, Phế khí thiếu làm ảnh hưởng đến tim cũng gây ra suyễn. Tương ứng chứng bệnh Tâm Phế mạn của y học hiện đại [22], [23], [24].

+ Do Tỳ Phế hư yếu: Tỳ hư sinh đàm thấp thịnh ứ đọng tại Phế gây tắc phế lạc, khí đạo không thông làm cho khó thở. Hoặc bệnh lâu ngày phế hư không chủ khí sinh khí nghịch khó thở. Thận chủ nạp khí, do bẩm sinh hoặc bệnh lâu ngày ảnh hưởng đến thận, thận không nạp được khí cũng sinh khó thở.

+ Do Đờm trọc nội thịnh: Do ăn uống không điều độ hoặc bữa bãi làm ảnh hưởng đến công năng vận hoá của Tỳ, tích trệ lại thấp đờm. Trong thức ăn có những chất làm tổn thương Tỳ Vị, Tỳ vận hoá kém, thuỷ cốc dễ sinh thấp đàm ứ đọng tại phế gây tắc phế lạc, Phế khí bị trở ngại gây nên hen. Thường gặp ở những bệnh nhân Tỳ hư, đàm thịnh. Hoặc người vốn có đờm thấp tích trệ đi ngược lên lên gây thành đờm, ứ trệ ở Phế, làm cho khí cơ và sự thăng giáng của Phế bị ngăn trở gây ra suyễn. Hoặc do Phế nhiệt nung nấu tân dịch thành đờm, đờm hoả gây trở ngại thành suyễn.

So sánh với các nguyên nhân YHHĐ nêu ra có thể thấy rằng:

+ Tuy YHCT không nêu lên yếu tố dị ứng và vi trùng, nhưng cũng đã thống nhất với YHHĐ về nhận định rằng sự thay đổi thời tiết, ăn uống và lao lực có thể là những yếu tố gây nên háo suyễn.

+ Sự thay đổi về tinh thần như quá sợ, quá giận dữ, bi quan... cũng là những yếu tố làm cho công năng võ não hỗn loạn, gây nên sự mất thăng bằng

giữa hai hệ thần kinh giao cảm và đối giao cảm đều là cơ địa dễ gây nên háo suyễn [22], [23].

- Cơ chế bệnh sinh:

Dựa trên dựa trên học thuyết Ngũ hành và Tạng tượng, bệnh liên quan chủ yếu đến công năng của ba tạng Phế, Tỳ và Thận [22], [23], [24].

- Tạng Phế: Phế chủ tuyên phát, túc giáng, chủ khí, chủ hô hấp. Khó thở là do chức năng chủ khí, tuyên giáng của phế bị rối loạn.

+ Phế khí hư mất chức năng tuyên giáng làm khí không giáng xuống được mà lại đi nghịch lên gây ra khó thở.

+ Phế kim vốn khắc Can mộc nhưng nếu Phế kim hư thì Can mộc có thể phản khắc làm cho Phế hư thêm vì vậy đa số người bệnh lên cơn khó thở vào khoảng nửa đêm, giờ của mộc khí vượng (Tý - Đờm: 23-1 giờ sáng, Sửu - Can: 1-3 giờ sáng).

+ Tâm hỏa vốn khắc Phế kim, Tâm chủ thần minh, vì vậy sự rối loạn về tinh thần cũng ảnh hưởng đến Phế.

- Tạng Thận: thận chủ nạp khí. Thận không nạp được khí, khí không giáng xuống mà đi nghịch lên gây ra khó thở.

+ Thận hư không khí hóa nước thì thủy thấp dâng lên cũng sinh ra đờm làm tắc phế lạc gây ra khó thở.

+ Thận dương hư không ôn Tỳ dương, chức năng vận hóa thủy cốc của Tỳ suy giảm, và thận không khí hóa nước, Phế khí không túc giáng, không thông điều thủy đạo sinh nhiều đàm gây khó thở, ngực đầy tức.

- Tạng Tỳ: Tỳ thổ là mẹ của Phế kim, Tỳ hư không sinh được Phế làm cho Phế bị hư yếu gây nên khó thở. Mặt khác Tỳ chủ vận hóa thủy cốc, Tỳ hư chức năng vận hóa kém không biến thủy cốc thành tinh chất để nuôi cơ thể mà lại sinh ra đờm thấp, đờm bị tích lại ở Phế làm cho phế lạc không thông, Phế khí bị uất gây ra khó thở.

1.1.2.3. Các thể lâm sàng

Háo suyễn gồm chứng hư suyễn và thực suyễn. So sánh với YHHĐ thì thực suyễn là đang trong cơn hen và hư suyễn là ngoài cơn hen.

-Thực suyễn: gồm thể thực hàn (hàn háo), thể thực nhiệt (nhiệt háo), thể đàm trọc ngăn Phế.

-Hư suyễn: gồm thể hư hàn, thể hư nhiệt.

1.1.2.4. Hen phế quản thể hư hàn

- Triệu chứng: Bệnh lâu ngày, thở gấp, thở khò khè. Người mệt mỏi, thiếu khí, đoản hơi, tiếng nói nhỏ yếu. Ho khạc đờm trắng, loãng. Sợ lạnh, tự hãn, sắc mặt trắng. Chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng. Mạch hư tế hoặc hư nhược.

- Biện chứng luận trị: Phế chủ khí, thông điều thủy đạo. Khi Phế khí hư yếu làm cho người bệnh thở ngắn, tiếng nói nhỏ, mệt mỏi. Phế không thông điều thủy đạo, thủy thấp đàm trọc ứ đọng không được khơi thông hình thành chứng trạng thủy ẩm đình tụ ở trong như khái thấu, ngực khó chịu, ra đờm rãi sắc trong loãng, ho khó thở [22], [23], [24].

- Chẩn đoán bát cương: Lý Hư Hàn.

• Pháp điều trị: Bổ Phế, ích khí định suyễn.

• Phương: + Dùng thuốc: Bài 1: Ngọc bình phong tán gia giảm.

Bài 2: Quế chi gia Hoàng kỳ thang

+ Không dùng thuốc: Châm bổ các huyệt: Phế du, Thận du, Tỳ du, Phong long, Định suyễn, Tam âm giao...[20], [21], [22].

1.2. TỔNG QUAN VỀ CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN

1.2.1. Phương pháp cấy chỉ

1.2.1.1. Khái niệm

Cấy chỉ là thường gọi là chôn chỉ, vùi chỉ, thắt buộc chỉ, có nghĩa là đưa chỉ tự tiêu vào huyết của hệ kinh lạc để duy trì sự kích thích lâu dài qua đó tạo tác dụng điều trị. Cấy chỉ là một phương pháp châm cứu đặc biệt, là bước tiến của châm cứu kết hợp với y học hiện đại [9], [10].

Từ những năm 1971, Nguyễn Tài Thu đã nghiên cứu áp dụng cấy chỉ điều trị cho bệnh nhân bại liệt cho kết quả khả quan [9]. Cho đến nay phương pháp cấy chỉ đã được Bộ Y tế cho phép là một trong những kỹ thuật chuyên ngành của YHCT và triển khai rộng rãi trong các bệnh viện YHCT và các khoa YHCT của Bệnh viện Đa khoa trên toàn quốc [9].

1.2.1.2. Tác dụng sinh học của phương pháp cấy chỉ

Chỉ Catgut được sử dụng trong cấy chỉ là chỉ dùng trong phẫu thuật ngoại khoa, bản chất là một protit tự tiêu trong vòng 15 - 20 ngày. Chúng được sản xuất từ ruột non của cừu, mèo, dạ dày cá... Quá trình tự tiêu của chỉ tại huyết vị có vai trò nhất định trong hỗ trợ điều trị bệnh như hen phế quản và một số bệnh khác [9], [10].

Khi cấy chỉ catgut vào huyết đạo sẽ tạo ra phản ứng hoá sinh, gây kích thích liên tục làm tăng sinh protein, hydratcarbon và kích thích tuần hoàn máu, tăng dinh dưỡng tại vùng huyết đạo.

Sau khi chỉ catgut được cấy vào huyết vị rồi do sự thay đổi sinh hoá bên trong cơ thể, người ta nhận thấy sự đồng hoá của cơ thể tăng cao còn sự dị hoá của cơ thể lại giảm đi, kèm tăng cao protein và hydratcarbon ở cơ, giảm acid lactic cũng như giảm sự phân giải acid từ đó tăng chuyển hoá dinh dưỡng của cơ. Bên cạnh đó thông qua quan sát đối chiếu thấy ở vị trí cấy chỉ lưới máu mao mạch tăng, huyết quản tân sinh, lượng máu lưu thông tăng nhiều, tuần hoá máu cũng được cải thiện [9], [10].

Các tác dụng chính của cấy chỉ bao gồm tác dụng giảm đau do nâng được ngưỡng đau của cơ thể, tác dụng an thần, tác dụng tạo ra trạng thái tĩnh của cơ thể (ổn định nội môi), tác dụng tăng cường miễn dịch nhờ đó tăng sức đề kháng của cơ thể với bệnh tật (do sự tăng bạch cầu, các loại kháng thể, gammaglobulin và các cơ chế khác), tác dụng tâm lý (trấn an), tác dụng kích thích hồi phục vận động ở bệnh nhân liệt [9].

1.2.1.3. Tác dụng theo học thuyết y học cổ truyền

Chỉ catgut được cấy vào huyết vị tác dụng với tính chất vật lý, tạo ra một kích thích cơ học như châm cứu nên có cơ chế tác dụng như cơ chế tác dụng của châm cứu. Theo học thuyết kinh lạc, bệnh tật phát sinh do sự mất cân bằng âm dương, làm rối loạn hoạt động bình thường của hệ kinh lạc, do vậy tác dụng cơ bản của châm là điều chỉnh cơ năng hoạt động của hệ kinh lạc. Khi tạng phủ có bệnh thường có những biểu hiện thay đổi bệnh lý trên các đường kinh mang tên nó hoặc trên các đường kinh có mối liên quan biểu lý với nó, do đó khi cấy chỉ catgut vào huyết vị nó sẽ tác động vào các huyết trên kinh mạch đó.

1.2.2. Phương pháp dưỡng sinh

1.2.2.1. Định nghĩa

Theo Nguyễn Văn Hưởng, dưỡng sinh là một phương pháp tự lực cánh sinh, tự mình tập luyện cho mình nhằm mục đích bồi dưỡng sức khỏe, phòng và trị bệnh mạn tính, tiến tới sống lâu và sống có ích [11].

1.2.2.2. Cơ sở lý luận của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

- Dựa vào quy luật âm dương

Học thuyết âm dương chỉ ra rằng mọi sự vật hiện tượng đều tồn tại quan hệ hai mặt đối lập nhưng thống nhất. Âm và dương liên kết với nhau để tạo thành một thực thể, chúng không thể thiếu nhau hoặc đứng một mình. Học thuyết âm dương cho rằng cơ thể con người là một khối thống nhất, là một phần của thiên nhiên (tiểu vũ trụ), sống hài hoà cân bằng với thiên nhiên. Hoạt động sống là kết quả của sự tương tác của các thành phần trong cơ thể một cách hài hoà và thống nhất. Bệnh tật phát sinh là do sự mất cân bằng âm dương trong cơ thể [11], [53].

- Dựa vào thuyết Tinh Khí Thần

Tuệ Tĩnh, một danh y của Việt Nam thế kỷ 14 đã có hai câu thơ nổi tiếng:

“Bế tinh, dưỡng khí, tồn thần,

Thanh tâm, quả dục, thủ chân, luyện hình”.

Tinh - Khí - Thần là ba tố chất cơ bản trong cơ thể con người, chúng rất quan trọng đối với một con người tồn tại trong giai đoạn vật thể. Nó quyết định toàn bộ sự tồn tại và phát triển của con người đó, từ khi còn nhỏ đến khi lớn lên và trở về già. Một trong ba yếu tố này suy giảm, kém đi hay thiếu hụt là dẫn đến con người sẽ bị bệnh. Nếu cả ba yếu tố này đều suy giảm sẽ nguy hại tới tính mạng, con người đó khó có khả năng tồn tại.

Tinh - Khí - Thần là biểu hiện quá trình chuyển hoá vật chất (tinh thức ăn, huyết, tinh sinh dục) thành năng lượng (khí) mà hình thức cao nhất là thần, thần trở lại điều khiển khí và tinh, toàn bộ cơ thể. Khí lực cũng giúp đồ ăn tiêu hoá nhanh thành tinh hoa dinh dưỡng, huyết và tinh sinh dục. Sự chuyển hoá này xảy ra trong cơ thể một cách liên tục, nếu có rối loạn thì sẽ sinh bệnh, nếu ngưng lại thì chết [11], [53].

1.2.2.3. Đặc điểm của phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

- *Xây dựng cho con người một nếp sống dưỡng sinh hợp lý, khoa học*

Phương pháp dưỡng sinh hướng dẫn cho chúng ta trong việc làm hằng ngày như ăn, ngủ, thở, tập thể dục, thái độ tinh thần trong cuộc sống để giúp xây dựng nên một sức khỏe về tinh thần và thể xác, để có thể sống vui, sống khỏe, sống lâu và sống có ích [11].

- *Giúp người bệnh phòng và trị bệnh mạn tính cho chính mình*

Phương pháp dưỡng sinh kết hợp cái hay nhất của dân tộc với cái tinh túy nhất của thế giới mới đủ sức chống lại các bệnh mạn tính khó chữa. Phương pháp dưỡng sinh phát huy sức miễn dịch đề kháng của cơ thể để chống bệnh, phát huy yếu tố “nội lực tự sinh” của cơ thể là một sức mạnh màu nhiệm, tiềm tàng mà chỉ phương pháp dưỡng sinh mới khởi động nổi [11], [53].

1.2.2.4. Các kỹ thuật trong phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng

Các kỹ thuật trong phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng chia làm 3 phần (phụ lục 3):

- **Phần 1:** Động tác thư giãn: Thư giãn có tác dụng cả về thể chất lẫn tinh thần, về tinh thần giúp vỏ não chủ động nghỉ ngơi làm cho tinh thần thoải mái không căng thẳng. Về mặt thể chất làm chủ được các giác quan và cảm giác, không để các xung kích bên ngoài tác động vào cơ thể. Về mặt sinh học thư giãn xóa bỏ dần những phản xạ có hại cho cơ thể.

- **Phần 2:** Tập các động tác thở, chống xơ cứng, có tác dụng tăng dung lượng khí phổi, mềm cơ, hành khí hoạt huyết thông kinh hoạt lạc, có ảnh hưởng tốt về tâm lý và sinh lý phù hợp với người bệnh hen phế quản. Gồm các động tác như thở 4 thì âm dương, phá kết vùng ngoan cổ, chống mộng thở, dang hai chân ra xa nghiêng mình.

- **Phần 3:** Tự xoa bóp bấm huyết. Có tác dụng điều hòa âm dương, hoạt huyết chỉ thống, thông kinh hoạt lạc, thư cân giãn cơ, bệnh nhân tự xoa bóp vùng xoang, mũi, lưng và ngực của mình gồm các động tác: xoa, day, bấm, phát.

1.2.3. Phương pháp thăm dò chức năng thông khí phổi

1.2.3.1. Khái niệm thông khí phổi và thăm dò chức năng thông khí phổi

Thông khí phổi (TKP) là sự lưu thông của dòng khí vào và ra giữa không khí và phế nang. Khi quá trình TKP bị rối loạn sẽ làm ảnh hưởng đến các chức năng khác của phổi như chức năng trao đổi khí và vận chuyển khí.

Thăm dò chức năng thông khí khi nghỉ ngơi, khi gắng sức, khi hít một số sản phẩm có thể gây co thắt phế quản giúp cho chẩn đoán nguyên nhân gây cơn khó thở. Thăm dò CNTT trong hen phế quản giúp phát hiện sớm sự tắc nghẽn của phế quản, phát hiện sự có mặt của hiện tượng co thắt phế quản và khẳng định chẩn đoán hen phế quản, qua đó xác định đặc tính của rối loạn thông khí (tắc nghẽn, hạn chế và hỗn hợp). Chỉ có thăm dò chức năng thông khí mới xác định được mức độ nặng hay nhẹ của cơn hen. Thăm dò CNTT cho phép định lượng mức độ tổn thương và khả năng phục hồi của quá trình thông khí phổi. [25], [26], [27].

1.2.3.2. Các chỉ số dùng trong thăm dò chức năng thông khí phổi

Theo tiêu chuẩn kỹ thuật, kinh nghiệm thăm dò chức năng phổi của Việt Nam và các giá trị tham chiếu của Hiệp hội hô hấp Châu Âu Sáng kiến chức năng phổi toàn cầu (GLI) 2012 [4], [25], [26], [27]. Các chỉ số dùng trong thăm dò chức năng thông khí phổi gồm (bảng 1.4):

Bảng 1.4. Các chỉ số chức năng thông khí phổi

Viết tắt	Các chỉ số	Giá trị bình thường
VC	Vital capacity: Dung tích sống là số lít tối đa thở ra được khi hít vào hết sức.	>80%
FVC	Forced vital capacity: Dung tích sống gắng sức là thể tích khí thu được khi thở ra thật nhanh, thật mạnh sau khi đã hít vào hết sức.	>80%
FEV1	Forced expiratory volume in first second: Thể tích thở ra tối đa/giây là thể tích thở ra trong giây đầu tiên của động tác thở ra mạnh, đơn vị là lít/giây.	>80%
FEV1/VC	Tiffeneau: đánh giá rối loạn thông khí tắc nghẽn.	>70%
FEV1/FVC	Gaensler: đánh giá rối loạn thông khí tắc nghẽn.	>70%
PEF	Peak expiratory flow: Lưu lượng đỉnh là lưu lượng ra khỏi phổi trong khi thở ra tối đa.	>80%

1.2.3.3. Các rối loạn thông khí hô hấp thường gặp [25], [26], [27], [28]

+ Rối loạn thông khí tắc nghẽn: là trở ngại đường thở làm giảm tốc độ thở tối đa được đánh giá bằng FEV1 (VC bình thường, FEV1 <70%). Hay gặp ở hen phế quản, COPD...

+ Rối loạn thông khí hạn chế: là giảm sức chứa của phổi được đánh giá bằng VC (VC <80%, FEV1 bình thường hoặc giảm). Hay gặp ở tràn khí, tràn dịch màng phổi, xơ phổi vô căn...

+ Rối loạn thông khí hỗn hợp: là bao gồm tắc nghẽn và hạn chế.

1.3. CÁC NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG CÂY CHỈ VÀ TẬP DƯỠNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ

1.3.1. Ứng dụng trong điều trị hen phế quản

Năm 2009, Lê Thị Kim Dung và Phạm Thúc Hạnh nghiên cứu sự biến đổi chức năng thông khí phổi ở 22 bệnh nhân hen phế quản tại bệnh viện Tuệ Tĩnh sau tập khí công dưỡng sinh cho thấy số lần lên cơn hen và số lần dùng thuốc giảm bên cạnh đó cải thiện được thông khí phổi [35].

Năm 2016, Bùi Thị Hương, Bùi Văn Dân và Hoàng Thị Lâm đã tiến hành nghiên cứu “Đánh giá mức độ kiểm soát hen bằng ACT (asthma control test) đối với bệnh nhân câu lạc bộ hen tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho kết quả có 56.67% bệnh nhân của câu lạc bộ kiểm soát tốt cơn hen và kết luận ACT là test đơn giản có giá trị cao trong kiểm soát hen [36].

Năm 2017, Hoàng Văn Hiếu ở bệnh viện châm cứu Trung ương đã tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả của phương pháp cấy chỉ catgut trong điều trị bệnh nhân hen phế quản cho thấy tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát cơn hen tốt và cải thiện chức năng thông khí phổi chiếm 70,2%, chỉ có 25,5% bệnh nhân kiểm soát cơn hen kém [37].

1.3.2. Ứng dụng trong điều trị bệnh

Năm 2012, Nguyễn Hữu Thám tại bệnh viện y học cổ truyền Thừa Thiên Huế đã tiến hành nghiên cứu hiệu quả điều trị đau thần kinh tọa thể phong hàn thấp bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp thuốc y học cổ truyền cho kết quả khỏi chiếm 97,2 % so với 69,4% ở nhóm đối chứng. [42].

Năm 2013, Hồ Thị Tâm đã tiến hành đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyết

tại bệnh viện Đống Đa. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hết đau lưng chiếm 80%, còn đau nhẹ chiếm 20% [44].

Nghiên cứu của tác giả Ngô Chiến Thuật (2017) tại Bệnh viện Châm cứu TƯ về phương pháp điện châm kết hợp tập dưỡng sinh theo phương pháp Nguyễn Văn Hưởng trong điều trị thoái hóa khớp gối cho thấy tỷ lệ bệnh nhân khỏi chiếm tới 83,3%, tỷ lệ bệnh nhân đỡ chiếm 13,4% và chỉ 3,3% bệnh nhân còn đau khớp gối [45].

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Là bệnh nhân được chẩn đoán HPQ thể hư hàn bậc I, II và III điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung Ương và Bệnh viện Tuệ Tĩnh.

Thời gian từ tháng 05/2019 đến tháng 05/2020

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

2.1.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHĐ

- Bệnh nhân được chẩn đoán HPQ bậc I, II và III theo tiêu chuẩn của GINA 2018 như sau:

Bảng 2.1. Chẩn đoán hen phế quản theo tiêu chuẩn của GINA [1].

Bậc hen	Triệu chứng ban ngày	Triệu chứng ban đêm	Mức độ cơn hen ảnh hưởng đến hoạt động	Đo chức năng thông khí phổi	
				PEF	Dao động PEF
I	<1lần/tuần	≤ 2 lần/tuần	Không giới hạn hoạt động thể lực	>80%	<20%
II	>1lần/tuần nhưng <1 lần/ngày	>2 lần/tháng	Có thể ảnh hưởng hoạt động thể lực	80%	20%-30%
III	Hàng ngày	>1 lần/tuần	Ảnh hưởng hoạt động thể lực	60%-80%	>30%

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, tuân thủ quá trình điều trị trong thời gian tham gia nghiên cứu.

2.1.1.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo YHCT

- Bệnh nhân được chẩn đoán HPQ ở bậc I, II và III theo tiêu chuẩn của GINA 2018 và có các triệu chứng lâm sàng của chứng háo suyễn thể hư hàn theo YHCT với các triệu chứng:

- Sợ lạnh, tự hãn, sắc mặt trắng.
- Thở gấp, thở khò khè.
- Ho khạc đờm trắng loãng.
- Người mệt mỏi, thiếu khí, đoản hơi, tiếng nói nhỏ yếu.
- Chất lưỡi nhợt, rêu trắng.
- Mạch hư nhược.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân HPQ bậc IV theo GINA 2018.
- Bệnh nhân được chẩn đoán HPQ bậc I, II và III theo tiêu chuẩn của GINA 2018 nhưng không có các triệu chứng lâm sàng của chứng háo suyễn thể hư hàn theo YHCT.
- Có tiền sử các bệnh phổi, có tổn thương và biến dạng lồng ngực, cột sống, có bệnh lý tim mạch.
- Bệnh nhân dị ứng với chỉ cátgut.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu dọc thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng so sánh trước – sau điều trị.

2.2.2. Cỡ mẫu và phân nhóm nghiên cứu

2.2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu

Là cỡ mẫu tối thiểu, gồm 60 bệnh nhân .

2.2.2.2. Phân nhóm nghiên cứu

Các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu sẽ được thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất, và chia thành hai nhóm theo phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên, số lẻ vào nhóm nghiên cứu, số chẵn vào nhóm đối chứng.

- **Nhóm nghiên cứu (Nhóm NC):** Gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh.

- **Nhóm đối chứng (Nhóm ĐC):** gồm 30 bệnh nhân, được điều trị bằng cây chỉ (theo phác đồ tương tự của nhóm NC).

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu và cách xác định chỉ tiêu nghiên cứu

2.2.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu được đánh giá bằng phỏng vấn tại thời điểm vào viện gồm: nhóm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, các yếu tố dị ứng.

2.2.3.2. Chỉ tiêu lâm sàng

Các chỉ tiêu lâm sàng được đánh giá tại 4 thời điểm trước nghiên cứu (D0), sau điều trị 20 ngày (D20), sau điều trị 40 ngày (D40) và sau điều trị 60 ngày (D60) gồm:

+ Theo dõi biến đổi mức độ hen trên lâm sàng bằng bảng biến đổi bậc hen theo tiêu chuẩn của GINA 2018.

Bảng 2.2. Tiêu chuẩn đánh giá biến đổi bậc hen trên lâm sàng theo GINA (2018)

Bậc hen	Triệu chứng ban ngày	Triệu chứng ban đêm	Cho điểm	Đánh giá kết quả điều trị
I	<1lần/tuần	≤ 2 lần/tuần	3	Tốt
II	>1lần/tuần nhưng <1 lần/ngày	>2 lần/tháng	2	Khá
III	Hàng ngày	>1 lần/tuần	1	Trung bình-kém

+ Đánh giá mức độ kiểm soát hen bằng test kiểm soát hen (ACT).

Bảng 2.3. Phân loại mức độ kiểm soát hen theo test kiểm soát hen ACT [16]

Câu 1: Trong 4 tuần qua, bao nhiêu ngày bệnh hen phải làm bạn nghỉ làm, nghỉ học hay phải nghỉ tại nhà ?				
Tất cả các ngày (1)	Hầu hết các ngày (2)	Một số ngày (3)	Chỉ một ít ngày (4)	Không có ngày nào (5)
Câu 2: Trong 4 tuần qua bạn có gặp cơn khó thở không?				
>1 lần/ngày (1)	=1 lần/ngày (2)	3-6 lần/tuần (3)	1-2 lần/tuần (4)	Không có lần nào (5)
Câu 3: Trong 4 tuần qua, bạn có thường phải thức giấc ban đêm hay phải dậy sớm do các triệu chứng của hen như ho, khò khè, nặng ngực?				
≥4 đêm/1 tuần (1)	2-3 đêm/1 tuần (2)	1 đêm/ 1 tuần (3)	1-2 lần/4 tuần (4)	Không có lần nào (5)
Câu 4: Trong 4 tuần qua, bạn có thường sử dụng thuốc cắt cơn dạng xịt hay khí dung không?				
≥3lần/ngày (1)	1-2 lần/ ngày (2)	2-3 lần/1 tuần (3)	≤1lần/ tuần (4)	Không có lần nào (5)
Câu 5: Bạn đánh giá cơn hen của bạn được kiểm soát như thế nào trong 4 tuần qua?				
Không kiểm soát (1)	Kiểm soát kém (2)	Có kiểm soát (3)	Kiểm soát tốt (4)	Kiểm soát hoàn toàn (5)

Đánh giá kết quả:

- Dưới 20 điểm: hen chưa được kiểm soát
- Từ 20-24 điểm: hen được kiểm soát tốt.
- 25 điểm: hen được kiểm soát hoàn toàn.

Bảng 2.4. Tiêu chuẩn đánh giá mức độ kiểm soát hen theo bộ test ACT

Mức độ kiểm soát hen	Điểm ACT	Cho điểm	Đánh giá kết quả điều trị
Kiểm soát hoàn toàn	25 điểm	3	Tốt
Kiểm soát tốt	Từ 20- 24 điểm	2	Khá
Chưa kiểm soát được	Dưới 20 điểm	1	Trung bình-kém

+ Đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân HPQ theo bộ câu hỏi *AQLQ(S)* (phụ lục 2) gồm 32 câu hỏi đánh giá trong các lĩnh vực triệu chứng lâm sàng, hạn chế hoạt động, rối loạn cảm xúc, tác nhân môi trường. Mỗi câu hỏi sẽ có thang điểm từ 1-7 (1 = ảnh hưởng nặng nề; 7= không ảnh hưởng). Và điểm trung bình tổng thể được tính bằng cách cộng lại điểm của 32 câu hỏi và chia trung bình:

Đánh giá kết quả:

- Từ 6 điểm trở lên: Tình trạng sức khỏe tốt
- Từ 4 đến 6 điểm: Tình trạng sức khỏe khá
- Nhỏ hơn 4 điểm: Tình trạng sức khỏe kém

Bảng 2.5. Tiêu chuẩn đánh giá chất lượng cuộc sống theo AQLQ

Đánh giá chất lượng cuộc sống	Điểm chất lượng cuộc sống	Cho điểm	Đánh giá kết quả điều trị
Sức khỏe tốt	Từ 6 điểm trở lên	3	Tốt
Sức khỏe khá	Từ 4 đến 6 điểm	2	Khá
Sức khỏe kém	Nhỏ hơn 4 điểm	1	Trung bình-kém

2.2.4.3. Chỉ tiêu cận lâm sàng

a) Chức năng thông khí phổi

Chức năng thông khí phổi được xác định bằng máy Spirometer HI- 801 của hãng CHEST Nhật Bản (hình 2.2) tại 2 thời điểm trước điều trị (D0) và sau điều trị (D60) với các chỉ số sau:

- + Dung tích sống (VC).
- + Dung tích sống thở mạnh (FVC).
- + Thể tích thở ra tối đa/giây (FEV1).
- + Chỉ số Tiffeneau (FEV1/VC).
- + Chỉ số Gaensler (FEV1/FVC).
- + Lưu lượng đỉnh (PEF).

b) Chỉ số huyết học và hóa sinh máu

- Đánh giá chức năng tạo máu (Hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) và chức năng gan thận (Ure, Creatinin, AST, ALT) tại 2 thời điểm trước điều trị (D0) và sau điều trị (D60) được xác định bằng máy Celltac Es của hãng Nihon kohden Nhật Bản (hình 2.3).

2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị

- Dựa trên tiêu chuẩn đánh giá biến đổi bậc hen trên lâm sàng theo GINA, bộ test đánh giá kiểm soát cơn hen ACT và bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống AQLQ(S), chúng tôi đánh giá kết quả điều trị theo các mức độ như sau:

Bảng 2.6. Đánh giá kết quả điều trị

Mức độ bệnh	Điểm	Kết quả điều trị
Nhẹ	8 - 9	Tốt
Vừa	5 - 7	Khá
Nặng	3 - 4	Trung bình - kém

2.2.5. Phương tiện nghiên cứu

2.2.5.1. Dụng cụ

- Kim cấy chỉ vô trùng dùng 1 lần, chỉ Catgut Plain cỡ 3/0.
- Bông, cồn 70 độ, panh có máu, khay quả đậu, kéo 22 cm, nĩa gấp chỉ, đĩa thủy tinh Petri đường kính 6 cm, hộp Inox đựng bông cồn, găng tay vô khuẩn cỡ 7,5, gạc vô trùng, băng dính (hình 2.1).

- Hộp chống sốc
- Máy đo chức năng thông khí phổi Spirometer Hi- 801 của hãng Chest Nhật Bản (hình 2.2).
- Máy xét nghiệm huyết học Celltac Es (Mek-7300k) của hãng Nihon Kohden Nhật Bản (hình 2.3).



Hình 2.1. Phương tiện dùng trong cấy chỉ



Hình 2.2. Máy đo chức năng thông khí phổi Spirometer Hi-801



Hình 2.3. Máy xét nghiệm huyết học Celltac Es

2.2.6. Quy trình điều trị

2.2.6.1. Quy trình đo chức năng thông khí phổi [26]

1. Kỹ thuật viên đo chức năng hô hấp

- Nhận phiếu yêu cầu làm chức năng hô hấp.
- Giải thích cho người bệnh ngồi đợi theo thứ tự. Gọi tên theo thứ tự.
- Ghi các chỉ số cân nặng, chiều cao ở trên cùng của phiếu yêu cầu.
- Hướng dẫn người bệnh ngồi vào ghế và điền phiếu tự đánh giá trước đo chức năng hô hấp.
 - Nhập tên, tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao vào máy đo.
 - Hướng dẫn người bệnh cách thực hiện các động tác đo VC, FVC:
 - + Đo dung tích sống (VC): Bệnh nhân ngậm kín miệng vào ống, kẹp mũi. Hít thở bình thường đến khi màn hình xuất hiện yêu cầu thì: Hít vào từ từ hết sức. Nhấn space. Thở ra từ từ đến hết. Hít vào. Kết thúc phép đo VC.
 - + Đo dung tích sống thở mạnh (FVC): Bệnh nhân ngậm kín miệng vào ống, kẹp mũi. Hít thở bình thường 4 lần. Hít vào hết sức. Thổi ra thật nhanh, thật

mạnh hết sức, kéo dài ít nhất 6 giây hoặc khi không thể thở ra được nữa. Hít vào sâu. Kết thúc phép đo.

– Yêu cầu người bệnh làm thử hít vào và thở ra trước khi thực hiện đo CNHH.

– Đo 3 - 8 lần cho mỗi chỉ số VC, FVC.

– Đánh giá sơ bộ các tiêu chuẩn của chức năng hô hấp.

– In kết quả với đủ cả 3 đường cong lưu lượng - thể tích.

2. Bác sĩ chuyên khoa hô hấp đọc kết quả

– Đánh giá chức năng hô hấp về các tiêu chuẩn lặp lại và chấp nhận được của kết quả đo chức năng hô hấp.

– Đọc kết quả chức năng hô hấp.

2.2.6.2. Phác đồ huyết cáy chỉ điều trị hen phế quản

Căn cứ vào lý luận YHCT và Quy trình cáy chỉ điều trị hen của Bộ Y tế chúng tôi đã chọn các huyết 2 bên để cáy chỉ điều trị bệnh hen phế quản thể hư hàn gồm: Phế du, Định suyễn, Khí xá, Thiên đột, Đản trung, Cao hoang du, Thận du (bảng 2.2) [46].

Bảng 2.7. Tên, vị trí và tác dụng của các huyết vị điều trị [52]

Tên	Vị trí	Tác dụng	Ký hiệu Quốc tế
Phế du	Dưới gai đốt sống D3-D4 đo ngang ra 1,5 thốn	Điều phế, lý khí, thanh hư nhiệt, bổ hư lao, hòa vinh huyết, trị hen phế quản.	B13
Cao hoang du	Dưới gai đốt sống D4 đo ngang 3 thốn	Bổ phế, kiện tỳ, bổ hư lao, bổ thận, trị hen phế quản	B43
Định	Dưới mồm gai đốt sống	Định suyễn, giáng nghịch, trị	

suyễn	D7 đo ngang 0,5 thốn	các bệnh ho, suyễn	
Khí xá	Từ huyết nhân nghinh kéo thẳng xuống gặp bờ trên xương đòn	Điều khí, hoạt huyết, thư cân, hoạt lạc, thanh lợi yết hầu, chủ trị hen phế quản, đau họng.	S11
Thiên đột	Giữa chỗ ồm trên bờ xương ức vùng cổ họng	Tuyên phế, hóa đàm, lợi yết, khai âm. Chủ trị hen suyễn	CV22
Đản trung	Ở điểm gặp nhau của đường dọc giữa xương ức với đường ngang qua 2 đầu núm vú	Điều khí, giáng nghịch, thanh phế, hóa đàm, thông ngực. Chủ trị hen phế quản	CV17
Thận du	Dưới gai ngang sống thất lưng 2 đo ngang ra 1,5 thốn	Ích thủy, tráng hoả, điều hoà thận khí. Chủ trị hen phế quản.	B23

❖ **Quy trình kỹ thuật cấy chỉ [47]:**

- Rửa tay sạch, đi găng tay vô trùng.
- Cắt chỉ tự tiêu thành từng đoạn khoảng 0,5cm - 1cm.
- Luồn chỉ vào nòng kim.
- Xác định huyết và sát trùng vùng huyết cấy chỉ.
- Châm kim nhanh qua da và đưa chỉ từ từ vào huyết.
- Dùng ngón tay ấn lên sát chân kim rồi rút kim ra, dán gạc vô trùng lên huyết vừa cấy chỉ, dán băng dính lên để giữ gạc.
- Sau khi tiến hành cấy chỉ, để bệnh nhân nằm nghỉ tại giường 20 phút, theo dõi mạch, huyết áp, tình trạng đau tại chỗ cấy, chảy máu, dị ứng mẩn ngứa tại chỗ cấy chỉ, lòi chân chỉ.
- Dặn bệnh nhân không tắm ít nhất sau cấy 8 tiếng, tránh mang vác, làm việc nặng.

2.2.6.3. Bài tập dưỡng sinh

Dựa theo lý luận của YHCT và phương pháp dưỡng sinh của Nguyễn Văn Hưởng, chúng tôi lựa chọn bài tập cho bệnh nhân HPQ với thời gian tập 30 phút gồm 3 phần như sau (phụ lục 3):

- **Phần 1:** Thư giãn.

- **Phần 2:** Tập các động tác:

+ Thở 4 thì âm dương có kê móng và giơ chân dao động và các biến thể

+ Phá kẹt vùng ngoan cổ để giải phóng lồng ngực .

+ Chống móng thở.

+ Dạng hai chân ra xa, nghiêng mình.

-**Phần 3:** Tự xoa bóp với các động tác xoa, day, ấn, bầm, phát.

2.2.7. Phương pháp tiến hành

- Bệnh nhân được lựa chọn vào các nhóm nghiên cứu sẽ được điều trị và theo dõi trong thời gian 60 ngày:

Nhóm nghiên cứu:

- Bệnh nhân được cấy chỉ 3 lần:

+ Lần thứ nhất: ngay khi vào viện (D0).

+ Lần thứ hai: sau lần thứ nhất 20 ngày (D20).

+ Lần thứ ba: cách lần thứ hai 20 ngày (D40).

- Kết hợp tập dưỡng sinh 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 60 ngày vào lúc 6h sáng.

Nhóm đối chứng: Điều trị bằng cấy chỉ đơn thuần với liệu trình như nhóm nghiên cứu.

2.2.8. Phương pháp xử lý phân tích số liệu trong nghiên cứu

Các số liệu được xử lý theo chương trình SPSS 20.0 sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Các test thống kê được dùng:

χ^2 - test: so sánh sự khác nhau giữa các tỷ lệ %.

T - student test: so sánh sự khác nhau giữa hai giá trị trung bình.

2.2.9. Đạo đức Y học trong nghiên cứu

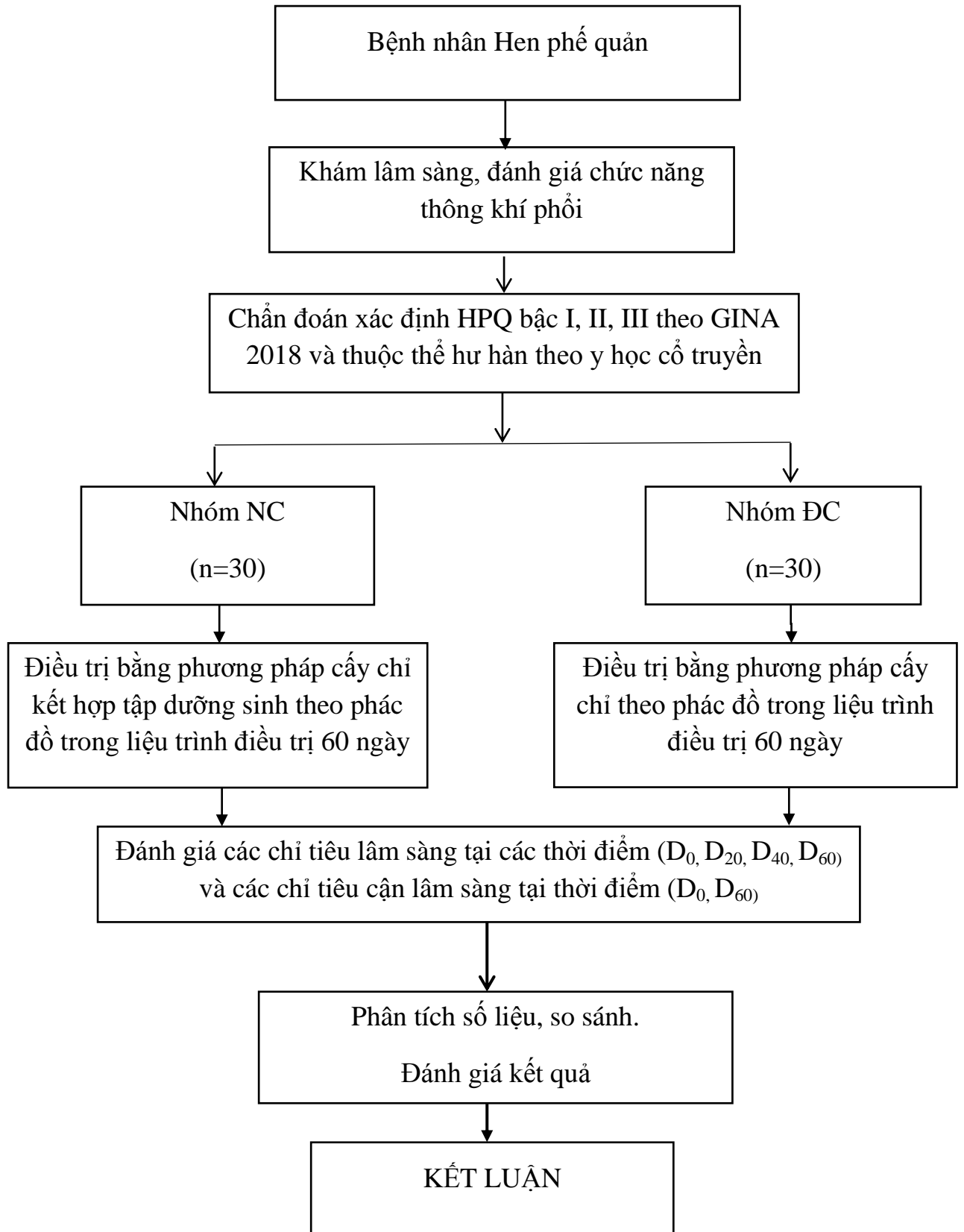
- Đề cương nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng xét duyệt đề cương nghiên cứu Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

- Được sự tự nguyện hợp tác của đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu hoàn toàn có quyền từ chối tham gia chương trình nghiên cứu.

- Nghiên cứu này chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho cộng đồng mà không nhằm mục đích nào khác.

- Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

- Khách quan trong đánh giá và phân loại, trung thực trong xử lý số liệu.



Sơ đồ 2.1. Sơ đồ nghiên cứu

CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi.

Tuổi	Nhóm NC(1) (n=30)		Nhóm ĐC (2) (n=30)		Chung (n=60)	
	n	%	n	%	n	%
18-30	5	16,7	5	16,7	10	16,7
31-50	12	40	11	36,7	23	38,3
51-60	11	36,7	12	40	23	38,3
>60	02	6,6	02	6,6	4	6,7
p	$p_{1-2} > 0,05$					

Nhận xét:

Hen phế quản gặp chủ yếu ở lứa tuổi từ 31-60 (23/30 BN), chiếm 38,33%, ít gặp nhất là ở độ tuổi > 60 tuổi (2/30 BN), chiếm 6,6%.

Không có sự khác biệt giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng về độ tuổi mắc bệnh ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính.

Giới	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Chung (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%
Nữ (a)	9	30	11	36,7	20	33,3
Nam (b)	21	70	19	63,3	40	66,7
p	$p_{1-2} > 0,05; p_{a-b} < 0,05$					

Nhận xét:

Tỷ lệ BN nam mắc hen phế quản nhiều hơn BN nữ ở cả hai nhóm nghiên cứu (chiếm 66,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Không có sự khác biệt về phân bố bệnh nhân mắc hen phế quản theo giới tính ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh.

Thời gian mắc bệnh	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Chung (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%
< 1 năm	7	23,3	9	30	16	26,7
1 - 5 năm	17	56,7	16	53,3	32	55
5 - 10 năm	4	13,3	3	10	7	11,6
> 10 năm	2	6,7	2	6,7	4	6,7
p	$p_{1-2} > 0,05$					

Nhận xét:

Ở cả hai nhóm, số bệnh nhân mắc bệnh hen phế quản từ 1-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (55%) và thấp nhất là số bệnh nhân có thời gian mắc hen phế quản trên 10 năm (6,7%). Không có sự khác biệt về phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh của nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Phân loại yếu tố nghi ngờ dị ứng

Yếu tố liên quan	Nhóm NC (1) (n = 30)		Nhóm ĐC (2) (n = 30)		Chung (n = 60)	
	n	%	n	%	n	%
Thực phẩm	3	10	2	6,6	5	8,3
Thuốc (Aspirin...)	2	6,7	2	6,7	4	6,7
Thời tiết	13	43,3	15	50	28	46,7
Lông động vật	3	10	5	16,7	8	13,3
Khói, bụi, phấn	4	13,3	2	6,7	6	10
Không rõ	5	16,7	4	13,3	9	15
p	$p_{1-2} > 0,05$					

Nhận xét: Tỷ lệ BN có yếu tố nghi ngờ dị ứng chiếm tỷ lệ cao nhất là do thời tiết (chiếm 46,7%), thấp nhất là do dị ứng thuốc (chiếm 6,7%). Không có sự khác biệt về yếu tố nghi ngờ dị ứng giữa 2 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.2. KẾT QUẢ KIỂM SOÁT HEN CỦA PHƯƠNG PHÁP CẮY CHỈ KẾT HỢP TẬP DUỖNG SINH TRÊN LÂM SÀNG

3.2.1. Biến đổi triệu chứng lâm sàng của hen phế quản thể hư hàn theo y học cổ truyền

Bảng 3.5. Biến đổi triệu chứng lâm sàng của bệnh hen phế quản thể hư hàn theo y học cổ truyền tại các thời điểm nghiên cứu.

Thời điểm		D0 (1)		D20 (2)		D40 (3)		D60 (4)		P
Triệu chứng	Nhóm (n=30)	n	%	n	%	n	%	n	%	
Khó thở, thở gấp rút, thở khò khè	Nhóm NC (a)	25	83,3	18	60	12	40	04	13,3	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (b)	26	86,7	13	43,3	16	53,3	12	40	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
Ho đờm trắng loãng	Nhóm NC (a)	29	96,7	20	66,7	11	36,7	03	10	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (b)	28	93,3	19	93,3	18	60	15	50	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
Sợ lạnh, tự hãn, sắc mặt trắng	Nhóm NC (a)	25	83,3	19	83,3	12	40	03	10	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (b)	27	90	17	56,7	16	53,3	14	46,7	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
Mệt mỏi, đoản hơi	Nhóm NC (a)	23	76,7	06	2	10	33,3	02	6,7	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (b)	26	86,7	23	76,7	20	66,7	17	56,7	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
Chất lưỡi nhợt, rêu trắng	Nhóm NC (a)	29	96,7	17	56,7	12	40	8	26,7	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (b)	27	90	21	70	21	70	20	66,7	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
P		$P_{a-b} > 0,05$		$P_{a-b} < 0,05$		$P_{a-b} < 0,05$		$P_{a-b} < 0,05$		

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về sự biến đổi các triệu chứng hen thể hư hàn theo y học cổ truyền ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tại thời điểm trước điều trị ($p > 0,05$).

Các triệu chứng hen phế quản thể hư hàn theo y học cổ truyền đều

giảm dần theo liệu trình điều trị ở cả hai nhóm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân giảm các triệu chứng hen ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Trong đó số bệnh nhân có triệu chứng mệt mỏi, đoãn hơi giảm nhiều nhất (từ 23 bệnh nhân xuống còn 6 bệnh nhân) so với các triệu chứng khác. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Sau 40 ngày điều trị, nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh theo phương pháp Nguyễn Văn Hưởng có số bệnh nhân giảm các triệu chứng hen phế quản theo y học cổ truyền nhiều hơn so với nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ đơn thuần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết thúc 60 ngày điều trị, số BN ở nhóm nghiên cứu giảm các triệu chứng hen theo YHCT nhiều hơn so với nhóm đối chứng. Trong đó triệu chứng sợ lạnh, tự hãn, sắc mặt trắng giảm nhiều nhất (từ 12 xuống còn 3 BN). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Biến đổi mức độ hen trên lâm sàng bằng bảng biến đổi bậc hen theo tiêu chuẩn của GINA 2018

Bảng 3.6. Bảng biến đổi bậc hen theo GINA 2018

Bậc hen		Thời điểm		D0 (1)		D20 (2)		D40 (3)		D60 (4)		p
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Bậc I	Nhóm NC (a)	09	30	15	50	23	76,7	26	86,7	$p_{1-2,3,4} < 0,05$		
	Nhóm ĐC (b)	07	23,3	12	40	15	50	18	60	$p_{1-2,3,4} < 0,05$		
Bậc II	Nhóm NC (a)	08	26,7	05	16,7	4	13,3	3	10	$p_{1-2,3,4} < 0,05$		
	Nhóm ĐC (b)	09	30	10	33,3	8	26,7	7	23,3	$p_{1-2,3,4} < 0,05$		
Bậc III	Nhóm NC (a)	13	43,3	10	33,3	3	10	1	3,3	$p_{1-2,3,4} < 0,05$		
	Nhóm ĐC (b)	14	46,7	8	26,7	7	23,3	5	16,7	$p_{1-2,3,4} < 0,05$		
p		$p_{a-b} > 0,05$		$p_{a-b} < 0,05$		$p_{a-b} < 0,05$		$p_{a-b} < 0,05$				

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về sự biến đổi bậc hen theo GINA 2018 ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tại thời điểm trước điều trị ($p > 0,05$).

Sự biến đổi bậc hen ở nhóm bệnh nhân điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh và nhóm cấy chỉ đơn thuần sau liệu trình điều trị đều giảm bậc dần. ($p < 0,05$).

Tại thời điểm sau 20 ngày, nhóm nghiên cứu có số bệnh nhân giảm bậc nhiều hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Tại thời điểm sau 40 ngày, sự biến đổi bậc hen ở nhóm cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh nhiều hơn so với nhóm cấy chỉ đơn thuần ($p < 0,05$).

Thời điểm sau 60 ngày, số bệnh nhân giảm bậc hen từ bậc II,III xuống còn bậc I ở nhóm nghiên cứu nhiều hơn ở nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

3.2.3. Biến đổi mức độ kiểm soát hen bằng test kiểm soát hen (ACT) tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.7. Biến đổi mức độ kiểm soát hen bằng test ACT tại các thời điểm NC

Mức độ kiểm soát hen (ACT)	Thời điểm Nhóm (n=30)	D0 (1)		D20 (2)		D40 (3)		D60 (4)		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Kiểm soát hoàn toàn	Nhóm NC (1)	9	30	12	40	16	53,3	24	80	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (2)	10	33,3	10	33,3	12	40	15	50	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
Kiểm soát tốt	Nhóm NC (1)	13	43,3	12	40	10	33,3	5	16,7	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (2)	11	36,7	11	36,7	10	33,3	8	26,7	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
Chưa kiểm soát	Nhóm NC (1)	8	26,7	6	20	4	13,3	1	3,3	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (2)	9	30	9	30	8	26,7	7	23,3	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
p		$p_{a-b} > 0,05$		$p_{a-b} < 0,05$		$p_{a-b} < 0,05$		$p_{a-b} < 0,05$		

Nhận xét:

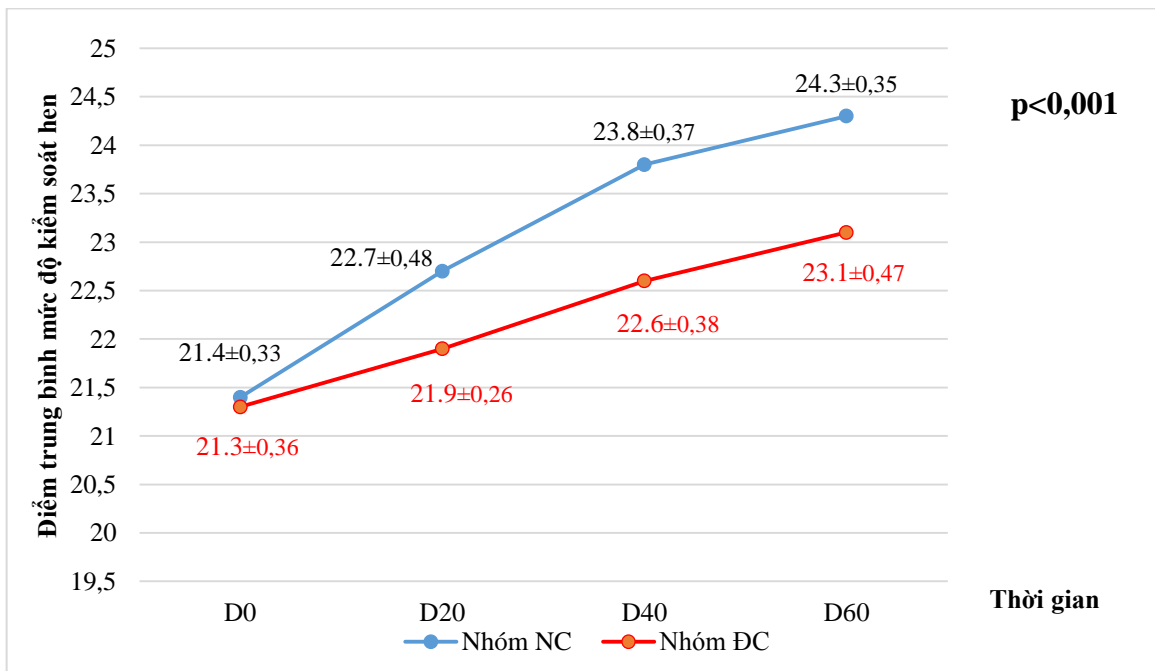
Không có sự khác biệt về sự biến đổi mức độ kiểm soát hen theo bộ test ACT tại các thời điểm nghiên cứu ban đầu giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$)

Tại thời điểm sau 20 ngày, nhóm cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát hen hoàn toàn và kiểm soát tốt cao hơn so với nhóm cây chỉ đơn thuần ($p < 0,05$).

Tại thời điểm sau 40 ngày, tỷ lệ kiểm soát hoàn toàn của nhóm nghiên cứu (53,33%) cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng (40%), ($p < 0,05$).

Sau 60 ngày điều trị, nhóm cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có tỷ lệ kiểm soát hoàn toàn (80%) cao hơn nhiều so với nhóm cây chỉ đơn thuần (50%), ($p < 0,05$).

3.2.4. Biến đổi giá trị điểm trung bình mức độ kiểm soát hen theo bộ test kiểm soát hen (ACT) tại các thời điểm nghiên cứu.



Biểu đồ 3.1. Biến đổi giá trị điểm trung bình mức độ kiểm soát hen theo bộ test ACT tại các thời điểm nghiên cứu

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về sự biến đổi giá trị điểm trung bình mức độ kiểm soát hen theo bộ test ACT ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tại thời điểm trước điều trị ($p > 0,05$).

Giá trị điểm trung bình mức độ kiểm soát hen theo bộ test ACT ở cả nhóm cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh và nhóm cây chỉ đơn thuần đều có sự biến đổi sau liệu trình điều trị ($p < 0,01$).

Tuy nhiên tại thời điểm sau 20 ngày, điểm trung bình ở nhóm nghiên cứu tăng hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,01$).

Sau điều trị 40 ngày, nhóm cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có điểm trung bình cao hơn nhóm đối chứng ($p < 0,01$).

Sau điều trị 60 ngày, nhóm nghiên cứu có sự cải thiện về điểm trung bình mức độ kiểm soát hen phế quản ($24,3 \pm 0,35$ điểm) cao hơn so với nhóm đối chứng ($23,1 \pm 0,47$ điểm), ($p < 0,01$).

3.2.5. Biến đổi mức độ đánh giá chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.8. Biến đổi mức độ đánh giá chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) tại các thời điểm NC

Chất lượng cuộc sống (AQLQ)	Thời điểm Nhóm (n=30)	D0 (1)		D20 (2)		D40 (3)		D60 (4)		P
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Tốt	Nhóm NC (a)	12	40	15	50	18	60	25	83,3	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (b)	11	36,7	11	36,7	13	43,3	16	53,3	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
Khá	Nhóm NC (a)	11	36,7	9	30	8	26,7	4	13,3	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (b)	11	36,7	11	36,7	10	33,3	9	30	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
Kém	Nhóm NC (a)	7	23,3	6	20	4	13,3	1	3,4	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
	Nhóm ĐC (b)	8	26,6	8	26,6	7	23,4	5	16,7	$p_{1-2,3,4} < 0,05$
P		$p_{a-b} > 0,05$		$p_{a-b} < 0,05$		$p_{a-b} < 0,05$		$p_{a-b} < 0,05$		

Nhận xét:

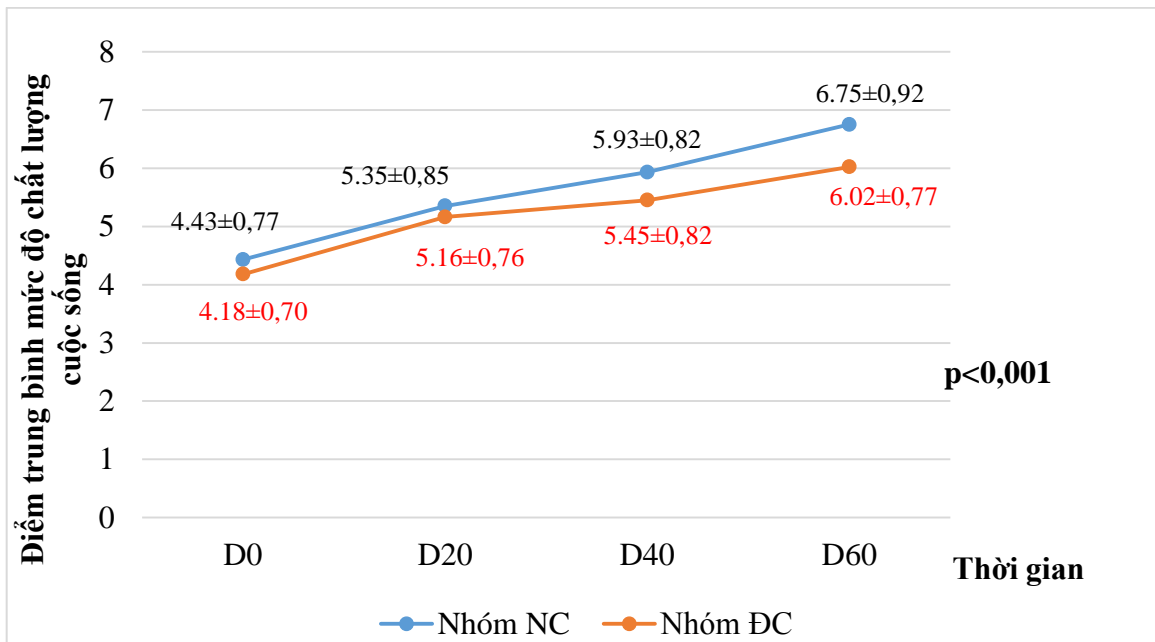
Không có sự khác biệt về sự biến đổi mức độ chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) tại các thời điểm nghiên cứu ban đầu giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng ($p > 0,05$)

Tại thời điểm sau 20 ngày, nhóm cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng cuộc sống ở mức độ tốt (50%) cao hơn so với nhóm cây chỉ đơn thuần (36,7%), ($p < 0,05$).

Tại thời điểm sau 40 ngày, tỷ lệ chất lượng sống ở mức độ tốt của nhóm nghiên cứu (60%) cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng (43,3%), ($p < 0,05$).

Sau 60 ngày điều trị, nhóm cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có tỷ lệ bệnh nhân HPQ đạt mức độ chất lượng cuộc sống tốt (83,3%) cao hơn nhiều so với nhóm cây chỉ đơn thuần (53,3%), ($p < 0,05$).

3.2.6. Biến đổi giá trị điểm trung bình mức độ chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) tại các thời điểm nghiên cứu



Biểu đồ 3.2. Biến đổi giá trị điểm trung bình mức độ chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) tại các thời điểm nghiên cứu

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về sự biến đổi giá trị điểm trung bình mức độ chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng tại thời điểm trước điều trị ($p > 0,05$).

Giá trị điểm trung bình mức độ chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) ở cả nhóm cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh và nhóm cấy chỉ đơn thuần đều có sự biến đổi sau liệu trình điều trị ($p < 0,05$).

Tuy nhiên tại thời điểm sau 20 ngày, điểm trung bình ở nhóm nghiên cứu tăng hơn so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Sau điều trị 40 ngày, nhóm cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có điểm trung bình cao hơn nhóm đối chứng ($p < 0,05$).

Sau điều trị 60 ngày, nhóm nghiên cứu có sự cải thiện về điểm trung bình chất lượng cuộc sống ($6,75 \pm 0,92$) cao hơn so với nhóm đối chứng ($6,02 \pm 0,77$), ($p < 0,05$).

3.2.7. Kết quả điều trị**Bảng 3.9. Kết quả điều trị**

Kết quả điều trị \ Nhóm	Nhóm NC (1) (n=30)		Nhóm ĐC (2) (n=30)	
	n	%	n	%
Tốt	22	73,33	04	13,33
Khá	05	16,67	11	36,67
Trung bình - kém	03	10	15	50
Tổng	30	100	30	100
p	$p < 0,05$			

Nhận xét:

Số bệnh nhân ở cả 2 nhóm điều trị đều có sự cải thiện mức độ bệnh lý so với trước điều trị.

Kết quả tốt và khá sau điều trị ở nhóm cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh chiếm 90% cao hơn so với nhóm cấy chỉ đơn thuần ($p < 0,05$).

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

Bảng 3.10. Theo dõi tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Triệu chứng \ Nhóm	Nhóm NC (1), (n=30)		Nhóm ĐC (2), (n=30)	
	n	%	n	%
Ngứa	1	3,33	1	3,33
Viêm tại chỗ không khuẩn	1	3,33	0	0
Chỉ tiêu chậm	0	0	0	0
Chảy máu	0	0	0	0
Lộ đầu chỉ	0	0	0	0

Nhận xét:

Theo dõi triệu chứng không mong muốn ở cả nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng thì bệnh nhân có biểu hiện ngứa ở mỗi nhóm là 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3,33%, còn viêm tại chỗ không khuẩn có 1 bệnh nhân tại nhóm nghiên cứu. Còn lại các triệu chứng khác không có biểu hiện ở cả hai nhóm.

3.3. BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN DƯỚI ẢNH HƯỞNG CỦA CÂY CHỈ VÀ TẬP DƯỠNG SINH

3.3.1. Biến đổi chỉ số huyết học

Bảng 3.11. Biến đổi chỉ số huyết học

Chỉ số XN	Nhóm NC (1), (n=30)		Nhóm ĐC (2), (n=30)	
	D0 (a)	D60 (b)	D0 (a)	D60 (b)
Hồng cầu	4,75 ± 0,81	4,65 ± 0,92	4,62 ± 0,78	4,47 ± 0,69
Bạch cầu	8,22 ± 5,4	7,93 ± 2,12	7,47 ± 3,4	7,24 ± 2,67
BC Lympho	2,87 ± 1,46	2,06 ± 1,52	3,15 ± 1,01	2,66 ± 1,57
BC ĐNTT	6,32 ± 1,95	5,32 ± 2,65	5,67 ± 2,01	4,56 ± 1,92
Tiểu cầu	233 ± 15,96	255 ± 21,52	242 ± 23,32	239 ± 19,98
P	p ₁₋₂ > 0,05; p _{a-b} > 0,05		p ₁₋₂ > 0,05; p _{a-b} > 0,05	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về các chỉ số huyết học giữa hai nhóm nghiên cứu ở cả hai thời điểm trước và sau điều trị ($p > 0,05$).

3.3.2. Biến đổi chỉ số sinh hoá

Bảng 3.12. Biến đổi chỉ số sinh hoá

Chỉ số XN	Nhóm NC (1), (n=30)		Nhóm ĐC (2), (n=30)	
	D0 (a)	D60 (b)	D0 (a)	D60 (b)
AST	22,31±11,26	21,66±8,72	24,42±8,43	23,07±4,23
ALT	24,61±12,27	24,60±12,27	23,79±13,23	24,20±5,42
Urê	5,24±2,52	5,09±1,51	5,52±1,03	5,12±1,12
Creatinin	72,15±10,13	72,36±12,50	72,12±12,06	73,91±11,39
p	$p_{1-2} > 0,05$; $p_{a-b} > 0,05$		$p_{1-2} > 0,05$; $p_{a-b} > 0,05$	

Nhận xét:

Không có sự khác biệt về các chỉ số sinh hoá giữa hai nhóm nghiên cứu ở cả hai thời điểm trước và sau điều trị ($p > 0,05$).

3.4. BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ PHỔI Ở BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN DƯỚI ẢNH HƯỞNG CỦA CÂY CHỈ KẾT HỢP TẬP DƯỠNG SINH

3.4.1. Biến đổi của dung tích sống (VC) và dung tích sống gắng sức (FVC) trước và sau điều trị .

Bảng 3.13. Biến đổi của dung tích sống và dung tích sống gắng sức

Thời điểm		Chỉ số	VC	FVC	p
D0 (a) (n=30)	Nhóm NC (1)		82,12 ± 2,98	84,02 ± 3,04	$p_{1-2} > 0,05$
	Nhóm ĐC (2)		81,54 ± 2,67	82,34 ± 2,43	
D60 (b) (n=30)	Nhóm NC (1)		97,02 ± 2,54	98,06 ± 2,07	$p_{1-2} < 0,05$
	Nhóm ĐC (2)		93,08 ± 3,67	94,52 ± 2,35	
p			$p_{a-b} < 0,05$		

Nhận xét:

Trước điều trị, không có sự khác biệt về chỉ số dung tích sống và dung tích sống gắng sức ở cả hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Sau điều trị, chỉ số dung tích sống và dung tích sống gắng sức ở cả hai nhóm đều tăng ($p < 0,001$). Tuy nhiên nhóm cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có tỷ lệ tăng cao hơn nhóm cấy chỉ đơn thuần ($p < 0,05$).

3.4.2. Biến đổi thể tích thở ra gắng sức trước và sau điều trị**Bảng 3.14. Biến đổi của thể tích thở ra gắng sức**

Thời điểm Chỉ số	D0 (a)		D60 (b)	
	Nhóm NC (1) (n=30)	Nhóm ĐC (2) (n=30)	Nhóm NC (1) (n=30)	Nhóm ĐC (2) (n=30)
FEV₁	80,8±2,78	80,2±2,90	92,6±4,01	88,3±3,26
p	$p_{1-2} > 0,05$		$p_{1-2} < 0,05$	
	$p_{a-b} < 0,05$			

Nhận xét:

Trước điều trị, không có sự khác biệt về thể tích thở ra gắng sức ở cả hai nhóm ($p > 0,05$).

Sau điều trị, thể tích thở ra gắng sức ở cả hai nhóm đều tăng hơn. Tuy nhiên nhóm cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có chỉ số thể tích thở ra gắng sức ($92,6 \pm 4,01$) tăng cao hơn so với nhóm cấy chỉ đơn thuần ($p < 0,05$).

3.4.3. Biến đổi lưu lượng thở ra đỉnh và chỉ số Tiffeneau và Gaensler trước và sau điều trị

Bảng 3.15. Biến đổi lưu lượng thở ra đỉnh, chỉ số Tiffeneau và Gaensler

Thời điểm		Chỉ số	Tiffeneau	Gaensler	PEF	p
D0 (a) (n=30)	Nhóm NC (1)		85,5± 3,78	83,7± 4,65	82,3± 2,97	p ₁₋₂ >0,05
	Nhóm ĐC (2)		84,82±2,86	82,9±3,84	81,9 ± 2,30	
D60 (b) (n=30)	Nhóm NC (1)		90,6±3,25	91,3±3,13	95,6± 3,16	p ₁₋₂ <0,05
	Nhóm ĐC (2)		87,3±2,74	88,5±2,56	89,6±1,96	
p			p _{a-b} <0,05			

Nhận xét:

Trước điều trị, không có sự khác biệt về lưu lượng đỉnh, chỉ số Tiffeneau và Gaensler ở cả hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

Sau điều trị, lưu lượng đỉnh, chỉ số Tiffeneau và Gaensler ở cả hai nhóm đều tăng. Tuy nhiên ở nhóm NC có tỷ lệ tăng cao hơn so với nhóm ĐC ($p < 0,001$).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân hen phế quản thể hư hàn đến khám và điều trị bằng cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh tại Bệnh viện Châm Cứu TW và Bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng 05 năm 2019 đến tháng 05 năm 2020, chúng tôi xin bàn luận về một số đặc điểm của bệnh nhân hen phế quản thể hư hàn như sau:

4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.1 và bảng 3.2 cho thấy không có sự khác biệt về lứa tuổi mắc bệnh hen phế quản và giới giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$) và nhóm tuổi từ 31 đến 60 có tỷ lệ mắc hen phế quản cao nhất chiếm 69,99 % ở cả 2 nhóm nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nhận xét về đặc điểm của BN HFQ trong các nghiên cứu của Hoàng Văn Hiếu và Trần Thị Ngọc Mai. Các tác giả đều đưa ra nhận xét rằng hen phế quản gặp nhiều ở lứa tuổi > 40 và chiếm tỷ lệ 70,3 % đến 79,5% [37], [48].

Trong số bệnh nhân hen phế quản thì tỉ lệ bệnh nhân nữ ít hơn nam 20/40 bệnh nhân (bệnh nhân nữ ở nhóm nghiên cứu chiếm tỷ lệ 30%, bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 70%), tương tự như vậy ở nhóm đối chứng, bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 36,67%, bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 63,33%.

Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như nghiên cứu về dịch tễ học và tình hình kiểm soát hen phế quản ở người trưởng thành Việt Nam tại bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội của Trần Thúy Hạnh, Nguyễn Văn Đoàn và cộng sự cho thấy tỷ lệ gặp ở nam (chiếm 4,6%) nhiều hơn nữ (chiếm 3,62%) [49].

Nghiên cứu của tác giả Trần Thị Ngọc Mai tại Trung tâm dị ứng miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai cho rằng trong số 66 BN có 46 bệnh nhân nam (chiếm 69,6%) và 20 bệnh nhân nữ (chiếm 30,3%) [48].

Hiện nay, chưa có bằng chứng rõ ràng về vấn đề giới tính và các hormone sinh dục đóng vai trò như thế nào trong việc gây nên bệnh hen suyễn. Nhưng các nghiên cứu lại cho thấy tỷ lệ nam giới mắc bệnh hen phế quản nhiều hơn nữ giới, điều đó có thể lý giải một phần bởi nam giới trong độ tuổi trưởng thành thường phải lao động vất vả hơn, bên cạnh đó không những tiếp xúc nhiều với môi trường có khói thuốc mà còn hút thuốc lá nhiều hơn là nữ giới và dễ dẫn đến nguy cơ mắc bệnh hen hơn [58],[59].

4.1.2. Đặc điểm về thời gian mắc bệnh

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.3 cho thấy, ở nhóm nghiên cứu số bệnh nhân mắc bệnh từ 1- 5 năm là 17/30 bệnh nhân (chiếm 56,67%), số bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm là 2/30 bệnh nhân (chiếm 6,67%). Ở nhóm đối chứng, số bệnh nhân mắc bệnh từ 1-5 năm là 16/30 bệnh nhân (chiếm 53,33%), số bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm là 2/30 bệnh nhân (chiếm tỷ 6,67%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu năm 2017 tại Bệnh viện Châm cứu TW của Hoàng Văn Hiếu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh từ 1-5 năm chiếm cao nhất 53,2%, chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,5% ở nhóm bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm [37].

Việc chú trọng đến thời gian mắc bệnh ở bệnh nhân HPQ là điều cần thiết, nhằm đánh giá được mức độ cũng như đặc điểm của bệnh nhân trong việc điều trị bệnh hen phế quản trong YHHĐ cũng như trong YHCT. Năm bắt yếu tố này chúng tôi nghiên cứu đặc điểm thời gian mắc bệnh của bệnh nhân nhằm đánh giá cũng như theo dõi mức độ cải thiện bệnh nhân của từng nhóm bệnh nhân theo thời gian và mức độ khác nhau để có sự can thiệp kịp thời trong điều trị HPQ.

Một số tác giả cho rằng thời gian mắc hen càng ngắn thì tỷ lệ cải thiện điều trị cũng như việc áp dụng bậc điều trị hen phế quản cũng thấp hơn so với nhóm bệnh nhân có thời gian điều trị lâu dài [60].

4.1.3. Đặc điểm yếu tố gây khởi phát cơn hen

Hen phế quản được coi là một tình trạng bệnh lý mạn tính nguyên nhân do tiếp xúc với các dị nguyên bên ngoài gây dị ứng vùng hô hấp. Việc phát hiện cũng như ngăn chặn sự tiếp xúc này góp phần giải quyết được triệt để nguyên nhân gây ra hen phế quản. Vì vậy việc ghi nhận, theo dõi các yếu tố gây khởi phát hen phế quản là điều hết sức quan trọng, giúp quá trình điều trị và phục hồi chức năng hô hấp cho bệnh nhân hen phế quản dễ dàng cũng như hiệu quả hơn trên lâm sàng. Những nghiên cứu thời gian người đây rất nhiều nhà khoa học đồng tình rằng các yếu tố như khói, bụi, lông động vật, thực phẩm... có thể gây ra sự khởi phát hen phế quản cũng như tăng lên sự trầm trọng của bệnh. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu các đặc điểm tiền sử liên quan đến các yếu tố gây khởi phát cơn hen như thực phẩm, thuốc, thời tiết, lông động vật, khói bụi.

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.4 cho thấy yếu tố nghi ngờ dị ứng nhiều nhất là thời tiết. Sau đó đến các yếu tố như khói, bụi, phấn, lông động vật, thuốc và thực phẩm. Kết quả ở hai nhóm nghiên cứu đều không có sự khác biệt.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như Hoàng Văn Hiếu, Trương Thị Ngọc Mai hay Nguyễn Thị Vân cũng cho rằng yếu tố về thời tiết và đặc biệt là mùa là một trong những yếu tố khởi phát cơn hen nhiều nhất [37],[48],[50].

Ngoài ra các tác giả trên còn cho rằng các yếu tố khói, bụi đang là một trong những yếu tố có nguy cơ tăng cao ở nhóm bệnh hen phế quản chỉ sau các tác nhân như thức phẩm và thuốc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thì yếu tố khói, bụi, phấn chiếm tỷ lệ cao hơn so với các tác nhân nêu trên, lý giải

điều này chúng tôi cho rằng môi trường không khí ở thành phố có tỷ lệ ô nhiễm khói bụi đang ngày càng cao nên kéo theo sự gia tăng nhóm bệnh nhân có tiền sử kích phát do tác nhân khói bụi nhiều hơn so với các nhóm thực phẩm hay thuốc [54], [55], [56].

4.2. KẾT QUẢ KIỂM SOÁT HEN TRÊN BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN THỂ HƯ HÀN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CÂY CHỈ KẾT HỢP TẬP DƯỠNG SINH.

4.2.1. Kết quả cải thiện triệu chứng hen phế quản.

Để kiểm soát tình trạng hen cũng như chất lượng điều trị đối với bệnh nhân hen phế quản, các nhà lâm sàng thường đánh giá và phân tích các triệu chứng cơ năng cũng như một số tính chất cơn hen theo dõi tình trạng sức khỏe người bệnh để đưa ra phác đồ điều trị hen phế quản phù hợp. Đối với hen phế quản thể hư hàn của y học cổ truyền, nguyên nhân là do phong hàn phạm vào tạng Phế khiến phế khí bị ứ tắc, thăng giáng thất thường, nghịch lên thành suyễn hoặc do ho lâu ngày hoặc bệnh lâu ngày làm công năng tạng Phế bị suy giảm, phế khí và đường hô hấp bị trở ngại gây nên suyễn, hoặc do Thận hư yếu không nhuận được Phế, không nạp được khí gây nên suyễn. Chính từ các nguyên nhân đó mà chúng tôi đánh giá kết quả điều trị trên lâm sàng dựa trên những triệu chứng chứng hen hàn được mô tả theo YHCT như đờm, loãng có bọt, sợ lạnh, thích ấm, mệt mỏi, đoản hơi, khó thở, sắc mặt trắng, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng.

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.5 cho thấy các triệu chứng ho đờm trắng loãng, khó thở, sợ lạnh, sắc mặt trắng, mệt mỏi đoản hơi, chất lưỡi nhợt, rêu trắng đều biến đổi theo chiều hướng giảm dần ở cả 2 nhóm trong suốt quá trình điều trị nhưng ở nhóm cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh các triệu chứng giảm rõ rệt và hiệu quả hơn so với nhóm cây chỉ đơn thuần. Ở

nhóm nghiên cứu triệu chứng khó thở, thở gấp, thở rút, thở khò khè ban đầu chiếm tỷ lệ 83,33%, sau điều trị 60 ngày chỉ còn lại 13,33% bệnh nhân có triệu chứng này ($p < 0,001$). Theo dõi các triệu chứng này ở nhóm đối chứng chúng tôi thấy trước điều trị có 86,67% số bệnh nhân có triệu chứng khó thở, thở gấp, thở rút, thở khò khè, sau điều trị giảm xuống còn 12 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 40% ($p < 0,05$). Sự khác biệt ở nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy sau liệu trình 60 ngày điều trị chỉ còn 04 bệnh nhân có triệu chứng khó thở, thở gấp, thở khò khè ở nhóm điều trị bằng cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh, thấp hơn nhiều so với số bệnh nhân có triệu chứng này ở nhóm nghiên cứu là 12 bệnh nhân. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tương tự các triệu chứng khác cũng có điểm tương đồng, tại thời điểm sau 20 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm đối chứng và nhóm nghiên cứu với $p < 0,05$. Tại thời điểm sau 40 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tăng lên với $p < 0,01$ và thời điểm sau 60 ngày là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các triệu chứng của hen phế quản được cải thiện theo chiều hướng khả quan như trên là do tác dụng của phương pháp cây chỉ, làm tăng kháng thể không đặc hiệu là nguyên nhân dẫn đến giảm nguy cơ dị ứng (thời tiết, dị nguyên, ...), tăng cường khả năng chống viêm, chống nhiễm trùng (do kích thích làm tăng sinh bạch cầu, là đội quân chiến đấu bảo vệ cơ thể trước các tác nhân gây bệnh) [9], [10]. Bên cạnh đó dưới tác dụng của các huyết vị được lựa chọn để cây chỉ cũng là yếu tố giúp cải thiện các triệu chứng của hen phế quản. Phế du là huyết bồi dưỡng của tạng phế, nằm trên kinh túc thái dương bàng quang, là nơi dương khí của tạng phế tỏa ra, khi cây chỉ vào huyết Phế du không chỉ đưa dương khí giúp ôn ấm tạng phế mà nó còn điều hoà phế khí, làm cho phế khí được thăng giáng thông suốt, từ đó giúp thanh lọc chất độc,

đào thải cặn bã ra bên ngoài, hỗ trợ vùng phổi được khoẻ mạnh và thanh khiết hơn. Huyết Định suyễn là huyết ngoài kinh nhưng có tác dụng điều trị hen phế quản rất hiệu quả, khi cấy chỉ vào huyết Định suyễn sẽ có tác dụng chỉ khái bình suyễn, thông tuyên lý phế, nhờ nó mà bệnh nhân giảm được các triệu chứng ho rất hiệu quả. Khi cấy chỉ vào các huyết vị như Khí xá, Thiên đột, Đản trung có công dụng rất tốt trong việc điều khí, hoá đàm, thanh phế. Chính việc lựa chọn các huyết vị như vậy đã giúp bệnh nhân giảm được các triệu chứng của hen phế quản trên lâm sàng như ho, sợ lạnh, khó thở, đờm trắng loãng.

4.2.2. Kết quả cải thiện bậc hen theo GINA 2018

Chương trình khởi động toàn cầu về phòng chống hen - GINA 2018 đã đưa ra bảng tiêu chuẩn chẩn đoán bậc hen dựa trên các yếu tố triệu chứng ban ngày, triệu chứng ban đêm để đánh giá mức độ HFQ. Khi các triệu chứng được cải thiện thì có nghĩa là mức độ hen cũng có sự cải thiện theo chiều hướng tốt hơn. Chính vì vậy, chúng tôi lựa chọn tiêu chuẩn chẩn đoán bậc hen theo GINA để đánh giá hiệu quả của phương pháp cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh trong điều trị hen phế quản.

Kết quả tại bảng 3.6 cho thấy sự biến đổi bậc hen theo GINA 2018 ở cả nhóm cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh và nhóm cấy chỉ đơn thuần đều có sự cải thiện, có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tại thời điểm sau 20 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p < 0,05$. Tại thời điểm sau 40 ngày, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tăng lên với $p < 0,01$ và thời điểm sau 60 ngày là $p < 0,001$. Số bệnh nhân trước điều trị và sau điều trị ở cả nhóm cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh và nhóm cấy chỉ đơn thuần đều có sự cải thiện về bậc hen nhưng nhóm cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh cho kết quả khả quan hơn, số bệnh nhân nhóm nghiên cứu biến đổi từ bậc III, bậc II lên bậc I là 17 bệnh nhân đạt 86,67% với $p < 0,001$ so với nhóm đối chứng chỉ có 11 bệnh nhân biến đổi

bậc từ bậc III, bậc II lên bậc I đạt 60% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Điều này cũng có ý nghĩa là sự cải thiện các triệu chứng hen xuất hiện với tần suất hàng ngày giảm xuống nhỏ hơn 1 lần/tuần và bệnh nhân không bị giới hạn hoạt động thể lực.

Sự cải thiện rõ rệt nhất là ở số bệnh nhân hen phế quản bậc III với các triệu chứng như khó thở, thở khò khè, thở gấp rút, người mệt mỏi sau điều trị ở nhóm nghiên cứu giảm từ 13 bệnh nhân xuống còn 1 bệnh nhân đạt 92,3%, nhóm chứng từ 14 bệnh nhân xuống còn 5 bệnh nhân đạt 64,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ở bậc II có sự thay đổi bệnh nhân sau điều trị ở nhóm nghiên cứu giảm xuống còn 5 bệnh nhân đạt 62,8% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ so với nhóm chứng là 2 bệnh nhân đạt 22,3% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt trong nhóm nghiên cứu các thời điểm khác nhau của bảng biến đổi bậc hen GINA của nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, ở nhóm đối chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2.3. Kết quả kiểm soát hen theo bộ test kiểm soát hen (ACT)

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ test đánh giá mức độ kiểm soát cơn hen của Chương trình khởi động toàn cầu về phòng chống hen-GINA 2018 để đánh giá hiệu quả điều trị. Đây là công cụ đã được kiểm định tốt để đo lường mức độ kiểm soát hen trong thực tế lâm sàng, được Hội Phổi Hoa Kỳ nghiên cứu và đưa ra áp dụng toàn thế giới vào tháng 5 năm 2005.

Kết quả nghiên cứu được trình bày tại bảng 3.7 cho thấy mức độ kiểm soát hen theo bộ test ACT tại thời điểm ban đầu giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Tuy nhiên tại thời điểm sau điều trị 20 ngày, ở nhóm cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát hen hoàn toàn và kiểm soát tốt cao hơn so với nhóm cấy chỉ đơn thuần ($p < 0,05$).

Tại thời điểm sau 40 ngày, tỷ lệ kiểm soát hoàn toàn của nhóm nghiên cứu (53,33%) cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng (40%), ($p < 0,001$).

Sau 60 ngày điều trị, nhóm cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có tỷ lệ kiểm soát hoàn toàn (80%) cao hơn nhiều so với nhóm cây chỉ đơn thuần (50%), ($p < 0,001$).

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở biểu đồ 3.1 cho thấy điểm trung bình mức độ kiểm soát hen trước và sau điều trị có sự thay đổi rõ rệt trên lâm sàng. Sự khác biệt này có đều có ý nghĩa thống kê trên lâm sàng ($p < 0,05$). Điểm trung bình ACT trước và sau điều trị từ 21,4 điểm tăng lên 24,3 điểm ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng chỉ tăng từ 21,3 điểm lên 23,1 điểm. Điều đó cho thấy khả năng kiểm soát hen bằng phương pháp cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh đạt hiệu quả cao hơn so với phương pháp cây chỉ đơn thuần.

Theo GINA 2018, kiểm soát hen chính là chìa khoá để quản lý hen tốt. Khi kiểm soát hen tốt thì chức năng hô hấp, số ngày điều trị hay số ngày dùng thuốc giảm, các triệu chứng được cải thiện. Việc đánh giá khả năng kiểm soát hen là một trong những đánh giá chính trong việc điều trị hen phế quản. Trong quá trình điều trị hen phế quản bằng phương pháp cây chỉ Catgut kết hợp tập dưỡng sinh giúp cải thiện tốt các triệu chứng cơ năng của hen phế quản về y học hiện đại (gồm giảm các cơn ho và khó thở, không còn tình trạng nặng ngực) cũng như y học cổ truyền (không còn sợ lạnh, chất lưỡi hồng nhuận, cắt cơn ho không còn đờm trắng, hết mệt mỏi, đoạn hơi...) nên việc đánh giá sự kiểm soát hen phế quản trong nghiên cứu ở các mức độ hen phế quản hết sức rõ ràng cao hơn so với bệnh nhân chỉ dùng phương pháp cây chỉ đơn thuần.

4.2.4. Kết quả cải thiện chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S)

Nghiên cứu của nhiều nhà khoa học cho thấy HPQ làm sức khỏe giảm sút, mất ngủ gây suy nhược, giảm khả năng tập trung, giảm khả năng lao động, chất lượng cuộc sống giảm sút, ảnh hưởng đến hạn phúc cá nhân và gia đình. Mục đích để chăm sóc cho bệnh nhân hen là xác định và điều trị những

suy giảm chức năng gây phiền hà cho những bệnh nhân này trong cuộc sống hàng ngày của họ. Trong những năm gần đây, bảng câu hỏi AQLQ(S) nhằm đánh giá chất lượng cuộc sống do Juniper thiết kế năm 1992 đã được phát triển và xác nhận để đánh giá sự suy yếu chức năng (thể chất, xã hội, tình cảm và nghề nghiệp) đối với bệnh nhân HPQ [66]. Bộ câu hỏi gồm 32 câu hỏi, được chia thành 4 lĩnh vực chính, bao gồm 12/32 câu về các triệu chứng thường ngày của hen, 11/32 câu là các câu hỏi về hạn chế hoạt động thường ngày do HPQ, 5/32 câu về thay đổi cảm xúc và 4/32 câu hỏi về tiếp xúc với các yếu tố môi trường gây khởi phát cơn HPQ. Phiên bản đã được Việt hóa, tiến hành điều tra thử trước khi đưa vào sử dụng cho nghiên cứu (*phụ lục 7*).

Theo kết quả được trình bày ở bảng 3.8 và biểu đồ 3.2 cho thấy mức độ chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S) tại thời điểm ban đầu giữa nhóm nghiên cứu và nhóm đối chứng không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Tuy nhiên tại thời điểm sau 20 ngày, nhóm cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có tỷ lệ bệnh nhân đạt CLCS ở mức độ tốt cao hơn so với nhóm cây chỉ đơn thuần ($p < 0,05$).

Tại thời điểm sau 40 ngày điều trị, tỷ lệ bệnh nhân có chất lượng cuộc sống ở mức tốt của nhóm nghiên cứu là 60%, cao hơn hẳn so với nhóm đối chứng (43,33%), ($p < 0,05$).

Sau 60 ngày điều trị, nhóm cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh có tỷ lệ chất lượng cuộc sống ở mức độ tốt (83,33%) cao hơn nhiều so với nhóm cây chỉ đơn thuần (53,33%), ($p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở biểu đồ 3.2 cho thấy điểm trung bình mức độ CLCS trước và sau điều trị có sự thay đổi rõ rệt trên lâm sàng. Sự khác biệt này có đều có ý nghĩa thống kê trên lâm sàng ($p < 0,001$). Điểm trung bình CLCS theo AQLQ(S) trước và sau điều trị từ $4,43 \pm 0,77$ điểm tăng lên $6,75 \pm 0,92$ điểm ở nhóm nghiên cứu cao hơn so với nhóm đối chứng

chỉ tăng từ $4,18 \pm 0,70$ lên $6,02 \pm 0,77$ điểm. Điều đó cho thấy khả năng cải thiện CLCS theo thang điểm AQLQ(S) bằng phương pháp cấy chi kết hợp tập dưỡng sinh đạt hiệu quả cao hơn so với phương pháp cấy chi đơn thuần ($p < 0,05$).

Tác giả Juniper cũng khẳng định: Đánh giá chất lượng cuộc sống hen có thể được bao gồm trong cả thực hành lâm sàng, kết hợp với các biện pháp thông thường về chức năng đường thở, để cung cấp một bức tranh hoàn chỉnh về tình trạng sức khỏe của bệnh nhân [66]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả Thái Thị Thùy Linh và Trần Thị Thúy Hà [65], [67].

4.2.5. Kết quả điều trị chung

Để đánh giá kết quả của một phương pháp điều trị, không chỉ đơn thuần là dựa vào một yếu tố để kết luận mà phải kết hợp nhiều yếu tố lại với nhau. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả dựa vào sự biến đổi mức độ bệnh hen trên lâm sàng theo GINA thông qua tần suất xuất hiện các triệu chứng HPQ vào ban ngày và ban đêm, sự kiểm soát cơn hen (ACT) và bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống AQLQ(S). Từ đó phân loại ra tốt, khá, trung bình – kém.

Kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.9 cho thấy bệnh nhân có kết quả điều trị tốt tại nhóm nghiên cứu chiếm 73,33%, bệnh nhân có kết quả điểm chỉ khá chiếm 16,67% và kết quả trung bình - kém chiếm 10% cao hơn so với nhóm đối chứng, kết quả tốt có 13,33%, kết quả khá chiếm 36,67%, còn kết quả trung bình chiếm 50% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo cơ chế bệnh sinh của hen phế quản thể hư hàn thì phế chủ khí, thông điều thủy đạo, phế chủ tuyên phát, túc giáng, chủ khí, chủ hô hấp. Khi phế khí hư, yếu làm cho người bệnh thở ngắn, tiếng nói nhỏ, mệt mỏi. Khó thở là do chức năng chủ khí, tuyên giáng của phế bị rối loạn, Phế khí hư mất

chức năng tuyên giáng làm khí không giáng xuống được mà lại đi nghịch lên gây ra khó thở. Thận chủ nạp khí. Thận bắt nạp khí, khí không giáng xuống mà đi nghịch lên gây ra tình trạng khó thở. Thận hư không khí hóa nước thì thủy thấp dâng lên cũng sinh ra đờm làm tắc Phế lạc gây ra khó thở. Thận dương hư không ôn tỳ dương, chức năng vận hóa thủy cốc của tỳ suy giảm, và thận không khí hóa nước, phế khí không túc giáng được thông điều thủy đạo sinh nhiều đàm gây khó thở, ngực đầy tức. Tỳ thổ là mẹ của phế kim, Tỳ hư không sinh được phế làm cho phế bị hư yếu gây nên khó thở. Mặt khác Tỳ chủ vận hóa thủy cốc, tỳ hư chức năng vận hóa kém không biến thủy cốc thành tinh chất để nuôi cơ thể mà lại sinh ra đờm thấp, đờm bị tích lại ở phế làm cho phế lạc không thông, phế khí bị uất gây ra khó thở [21], [23].

Dựa vào lý luận y học cổ truyền về bệnh lý hao suyễn chúng tôi chọn cây chỉ vào các huyết Phế du, Cao hoang du, Định suyễn, Khí xá, Thiên đột, Đan trung, Thận du.

* Phế du là huyết bồi du của tạng Phế, nằm trên kinh túc Thái dương Bàng quan, là nơi dương khí của tạng Phế tỏa ra, có tác dụng đặc biệt để tán khí dương ở Phế. Kích thích vào huyết Phế du sẽ làm cho dương khí của phế được tỏa ra làm ôn ấm từ đó có tác dụng điều phế, lý khí, thanh hư nhiệt, bổ hư lao, hòa vinh huyết, chủ trị hen suyễn, lao phổi [29], [30], [51].

* Định suyễn: là huyết ngoài kinh có tác dụng chữa các bệnh ho, suyễn, khí quản viêm, phong ngứa, mề đay, dị ứng [29], [30], [51].

* Thiên Đột là huyết Hội của mạch Nhâm và Âm duy, là một trong bốn huyết hội của khí âm và dương, có tác dụng tuyên Phế, hóa đờm, lợi yết (hầu), khai âm (thanh), điều khí, trị bệnh họng đau, mất tiếng đột ngột, ợ, nấc, ho suyễn [29], [30], [51].

* Khí xá là huyết thứ 11 thuộc kinh Vị, về ý nghĩa tên gọi: khí có nghĩa là không khí nhưng ở đây nói đến tông khí (khí ở trong ngực) được tạo thành

bởi sự kết hợp của khí hô hấp và tinh chất nước cũng như thức ăn (cốc khí), huyết là nơi cư trú của tông khí, kinh khí đi qua huyết này, có tác dụng điều khí, hoạt huyết, thư cân, hoạt lạc, thanh lợi yết hầu, chủ trị hen suyễn, khó thở [29], [30], [50].

* Đản trung là huyết Hội của khí, hội của mạch Nhâm và Tiểu trường, Tam tiêu, Tỳ và Thận. Có tác dụng điều khí, giáng nghịch, thanh phế, hóa đờm, thông ngực, lợi cách (mô), chữa bệnh ngực đau, hen suyễn, thở kém, nấc [29], [30], [51].

* Thận du là huyết bồi du của tạng Thận và nằm trên đường kinh Túc Thái dương Bàng quang, là nơi dương khí của tạng Thận tỏa ra, có tác dụng ích thủy, tráng hỏa, điều Thận khí, kiện cân cốt, minh mục, thông nhĩ, chữa bệnh thận viêm, tiểu dầm, thắt lưng đau, điếc, tai ù, tiêu chảy mạn tính, kinh nguyệt rối loạn, liệt dương, di mộng tinh. Thận du còn là nơi nạp khí hậu thiên của cơ thể [29], [30], [51].

* Kết hợp nhóm huyết Cao hoang du, Định suyễn có tác dụng nâng cao chính khí cho người bệnh, bổ phế, kiện tỳ, làm giảm cơn hen kết hợp thêm với huyết Phế du càng làm tăng thêm tác dụng điều trị hen phế quản. Nhóm huyết Đản trung, Thận du có tác dụng bổ thận, điều khí giáng nghịch giúp hóa đờm thấp, làm cho phế thông suốt [29], [30], [51].

Ngoài việc chọn huyết để cấy chỉ điều trị hen phế quản có tác dụng làm giảm các triệu chứng của hen phế quản thì chúng tôi còn kết hợp tập dưỡng sinh theo phương pháp Nguyễn Văn Hưởng. Mục đích của phương pháp này là tự tập luyện để xây dựng cho con người một nếp sống dưỡng sinh hợp lý, khoa học, có thể phòng và trị bệnh mạn tính cho chính mình. Để đạt được mục đích giúp người bệnh tự kiểm soát được bệnh hen phế quản chúng tôi đã đưa ra bài tập với các động tác như thở bốn thì âm dương, phá kẹt vùng ngoan cổ, chống xông thở, ...làm tăng khả năng kiểm soát hen phế quản, giảm tác

ngheñ đường thở, tăng dung tích thở của bệnh nhân. Giống như động tác thở 4 thì âm dương, đây là động tác nhằm luyện thân kinh, chủ động về ức chế và hưng phấn, chủ động về xúc cảm, vui buồn, giận hờn...và quan trọng nhất nó giúp cho bệnh nhân làm chủ được hơi thở của chính mình. Với động tác phá kệt vùng ngoan cổ nó giúp cho vùng ngoan cổ được giãn ra và hết cứng trở nên dẻo dai, làm cho lồng ngực tự do hơn từ đó giúp cho phổi tăng thêm dung tích sống.

Với việc điều trị kết hợp phương pháp cấy chỉ và phương pháp dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng cho các bệnh nhân hen phế quản được chứng minh đạt được hiệu quả qua quá trình nghiên cứu đã góp phần giúp cho người bệnh cải thiện được chất lượng cuộc sống.

4.2.6. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Bất kỳ phương pháp điều trị nào áp dụng cho người bệnh đều cần phải lưu ý đến tác dụng không mong muốn để bảo đảm tính an toàn cho người bệnh. Chính vì vậy trong liệu trình 60 ngày điều trị hen phế quản, chúng tôi cũng tiến hành theo dõi những tác dụng không mong muốn trên lâm sàng cũng như sự biến đổi của 1 số chỉ số huyết học liên quan đến chức năng tạo máu (Hồng cầu, bạch cầu, bạch cầu Lympho, bạch cầu đa nhân trung tính, tiểu cầu), chức năng gan thận (AST, ALT, Ure, Creatinin) của người bệnh HFQ được điều trị bằng cấy chỉ kết hợp với tập dưỡng sinh.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.10 cho thấy trong số 60 bệnh nhân chỉ ghi nhận có 1 bệnh nhân có triệu chứng ngứa và 1 bệnh nhân có tình trạng viêm tại chỗ vô khuẩn (chiếm tỷ lệ 3,33%).

Chúng tôi cho rằng tình trạng ngứa ở bệnh nhân này nguyên nhân có thể do chỉ catgut. Việc bệnh nhân lần đầu tiếp xúc với phương pháp cấy chỉ catgut, cơ thể chưa quen với các tác nhân bên ngoài tác động vào mà sinh ra các phản ứng quá mẫn sau quá trình cấy chỉ. Tuy nhiên chúng tôi chỉ ghi nhận

được tình trạng ngứa tại chỗ, và chỉ kéo dài trong khoảng thời gian ngắn sau thời điểm cấy chỉ lần đầu tiên, mà không có các tình trạng sock phản vệ hay các tình trạng khác. Tương tự với 1 trường hợp viêm tại chỗ vô khuẩn chúng tôi cho rằng sau khi thực hiện thủ thuật cấy chỉ, cơ thể bệnh nhân có phản ứng lại với dị nguyên chưa rõ mới đưa vào nên sinh ra phản ứng viêm tại chỗ bao bọc lại tác nhân dị nguyên để vào vệ cơ thể. Trong các lần cấy chỉ tiếp theo thì bệnh nhân hoàn toàn không còn xuất hiện tình trạng trên. .

Các kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.11 cho thấy các chỉ số huyết học như hồng cầu, bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính ở cả hai nhóm trước và sau điều trị đều không có sự khác biệt ($p>0,05$).

Còn theo kết quả nghiên cứu ở bảng 3.12 các chỉ số sinh hoá như AST, ALT, Ure, Creatinin không có sự khác biệt ở cả hai nhóm trước điều trị và sau điều trị ($p>0,05$).

Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Hương, Hồ Thị Tâm, Hoàng Văn Hiếu [37], [39], [44].

Phương pháp cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh không gây biến chứng trên lâm sàng cũng như không làm thay đổi các chỉ số huyết học cũng như các chỉ số sinh hoá. Như vậy cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh là phương pháp điều trị an toàn với người bệnh hen phế quản.

4.3. BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ THÔNG KHÍ PHỔI DƯỚI ẢNH HƯỞNG CỦA CẤY CHỈ KẾT HỢP TẬP DƯỠNG SINH

Thăm dò chức năng thông khí (CNTK) là một trong những phương pháp đánh giá chất lượng chức năng hô hấp trong bệnh lý hen phế quản. Việc theo dõi các chỉ số CNTK phổi giúp các nhà lâm sàng có cái nhìn tổng quát hơn về tình trạng bệnh, sự suy giảm hô hấp một cách trực tiếp thông qua các chỉ số như dung tích sống (VC), dung tích sống gắng sức (FVC), thể tích thở ra tối đa/ giây (FEV1), chỉ số Tifeneau hay lưu lượng đỉnh (PEF) [4], [25]...

Thăm dò chức năng thông khí phổi để đánh giá hiệu quả điều trị và theo dõi hiệu quả kiểm soát cơn hen phế quản trong thời gian dài thì việc đo thăm dò chức năng thông khí phổi phải được làm nhắc đi nhắc lại vì sự tắc nghẽn phế quản trong bệnh hen phế quản tiến triển và thay đổi theo thời gian. Các chỉ số khách quan này rất quan trọng vì thông thường người bệnh và thầy thuốc không nhận ra những triệu chứng bệnh hoặc tiến triển của bệnh. Đo chức năng thông khí phổi để điều trị hen được sử dụng giống như đo huyết áp để chẩn đoán và theo dõi tăng huyết áp. Đa số trong cơn hen có giảm thông khí phế nang tắc nghẽn hay hỗn hợp, rối loạn tắc nghẽn đơn thuần gặp ở hen mới mắc, mức độ trung bình.

Việc chẩn đoán sớm cơn hen phế quản cho phép tìm được những biện pháp hữu hiệu để tránh sự tiến triển của bệnh về hướng tắc nghẽn phế quản không hồi phục ảnh hưởng đến trao đổi khí và nguy cơ đưa đến suy hô hấp, và có thể gây tử vong [4], [25].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá chức năng thông khí phổi bằng máy đo CNTK phổi Spirometer Hi-801 do Nhật Bản sản xuất, thông qua đó đánh giá sự tắc nghẽn của phế quản, phát hiện sự có mặt của hiện tượng co thắt phế quản và khẳng định chẩn đoán hen phế quản, xác định đặc tính của rối loạn thông khí (tắc nghẽn, hạn chế hay hỗn hợp), qua đó đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trình bày ở bảng 3.13 cho thấy chỉ số dung tích sống (VC) trước điều trị là 2,86 và sau điều trị là 3,06, chỉ số dung tích sống gắng sức (FVC) trước điều trị là 2,83 và sau điều trị là 3,06. Điều này cho thấy các chỉ số dung tích sống và dung tích sống gắng sức đều tăng dần lên dưới ảnh hưởng của cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh và trở về mức giới hạn bình thường ở giai đoạn sau điều trị. Như vậy cây chỉ kết hợp tập dưỡng

sinh theo phương pháp Nguyễn Văn Hương đã làm tăng thể tích khí trong phổi và giúp giảm nguy cơ rối loạn thông khí hạn chế ở bệnh nhân hen phế quản.

Theo kết quả nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.14, thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên của động tác thở gắng sức (FEV1) trước điều trị là $80,8\% \pm 2,78$ và sau điều trị tăng lên là $92,6\% \pm 4,01$ ($p < 0,05$). Thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên của động tác thở gắng sức (FEV1) tăng dần lên mức bình thường có ý nghĩa trong việc đánh giá mức độ thông thoáng của đường dẫn khí và khả năng giãn nở của phổi. Điều trị bằng phương pháp cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh đã góp phần làm tăng khả năng giãn nở của phổi và làm thông thoáng đường dẫn khí. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Hoàng Văn Hiếu khi điều trị bằng cấy chỉ đơn thuần [17].

Với kết quả trình bày ở bảng 3.15 cho thấy chỉ số Tiffeneau trung bình ở nhóm nghiên cứu tăng lên từ $85,9\% \pm 3,78$ trước điều trị thành $90,6\% \pm 3,25$ sau điều trị ($p < 0,05$). Chỉ số Gaensler trung bình ở nhóm nghiên cứu trước điều trị là $83,7\% \pm 4,65$ và tăng lên sau điều trị $91,3\% \pm 3,13$. Như vậy sau liệu trình điều trị bằng cấy chỉ kết hợp tập dưỡng sinh chỉ số Tiffeneau và Gaensler tăng có nghĩa là giảm sự rối loạn thông khí trên bệnh nhân hen phế quản, giúp đánh giá được mức độ chun giãn của phổi, lồng ngực, cơ hoành, mức độ thông thoáng của đường dẫn khí, là cơ sở để đánh giá rối loạn thông khí tắc nghẽn.

Đánh giá về chỉ số lưu lượng đỉnh (PEF) kết quả nghiên cứu ở bảng 3.15 cho thấy chỉ số trước điều trị là $82,3\% \pm 2,97$ và sau điều trị tăng lên $95,6\% \pm 3,16$. Chỉ số lưu lượng đỉnh (PEF) là chỉ số đánh giá lưu lượng ra khỏi phổi trong khi thở ra tối đa, ở phần đầu của thì thở ra nó phụ thuộc vào lực do cơ thở ra sản sinh và khẩu kính của đường thở nghĩa là phụ thuộc vào gắng sức, tiếp theo đó không phụ thuộc vào gắng sức nữa. PEF giảm khi có tình trạng tắc nghẽn đường thở. Vậy sau 60 ngày điều trị cấy chỉ kết hợp tập

dưỡng sinh cho một kết quả khả quan, giúp người bệnh cải thiện chất lượng cuộc sống.

Chúng tôi cho rằng sự thay đổi những chỉ số trên, đặc biệt chỉ số PEF, FEV1 ở đây trong đánh giá điều trị hen phế quản là hết sức quan trọng. Nó phản ánh sự hỗ trợ cải thiện rõ ràng trong điều trị hen phế quản như làm tăng được sức chứa của phổi, giảm được tắc nghẽn của đường thở.

Để lý giải cho điều này, chúng tôi đã lựa chọn cây chỉ vào huyết để tăng công năng cho tạng phủ, đặc biệt là tạng thận và phế, giúp điều phế khí, làm dương khí của phế được ôn ấm kết hợp lựa chọn liệu trình tập dưỡng sinh hợp lý cho các bệnh nhân hen phế quản theo phương pháp tập dưỡng sinh của bác sỹ Nguyễn Văn Hương để giúp tăng cường thông khí cho phổi, giảm nguy cơ tắc nghẽn đường thở, nâng cao thể trạng cho toàn bộ cơ thể, tăng cường hiệu quả điều trị bệnh.

Sự kết hợp của các nhóm huyết cây chỉ như Cao hoàng du, Định suyễn có tác dụng bổ hư, nâng cao chính khí kết hợp với Phế du để tăng cường bổ phế, thanh lợi yết hầu làm phế khí thông suốt. Nhóm huyết Khí xá, Đản trung, Thiên đột có tác dụng tuyên phế hoá đàm, điều khí giáng nghịch kết hợp với huyết Phong long nhằm thanh phế, hoá đàm, thông ngực, lợi yết hầu. Cây chỉ vào huyết Thận du giúp dương khí của thận được toả ra làm ôn ấm, khiến cho thận nạp đầy được khí từ đó phế khí tức giáng, thông điều thuỷ đạo.

Với thời gian được lựa chọn để tiến hành tập luyện là vào các buổi sáng sớm khi đó không khí trong lành, mát mẻ, yên tĩnh giúp bệnh nhân tập trung thư giãn và trao đổi khí tốt hơn. Đối với những người mắc bệnh hen vận động quá sức là một điều vô cùng nguy hại, bởi chúng có thể kích phát những cơn hen gây nguy hiểm cho người bệnh, vì thế mà chúng tôi đưa ra thời lượng tập luyện một cách hợp lý nhằm giúp người bệnh không bị quá sức mà vẫn đảm bảo hiệu quả của bài tập. Bài tập bao gồm 3 phần với tổng thời gian tập là 30 phút, ngày tập 1 lần vào 6h sáng.

Trong bài tập này phần đầu tiên được lựa chọn là thư giãn. Thư giãn có tác dụng cả về thể chất lẫn tinh thần. Về tinh thần, thư giãn giúp vỏ não chủ động nghỉ ngơi làm cho tinh thần thoải mái không căng thẳng. Về mặt thể chất, thư giãn giúp làm chủ được các giác quan và cảm giác, không để các xung kích bên ngoài tác động vào cơ thể. Về mặt sinh học thư giãn giúp xóa bỏ dần những phản xạ có hại cho cơ thể [11]. Sau quá trình thư giãn làm chủ được chính mình bệnh nhân sẽ được hướng dẫn luyện thở bốn thì âm dương gồm các thì sau:

+ 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.

+ Thì 2: Giữ hơi để tăng dung tích của hơi thở, hoàn chỉnh việc trao đổi O_2 và CO_2 . Thì này kết hợp động tác dao động chân để tăng cường co thắt cơ hoành giúp thuận lợi cho việc trao đổi khí.

+ Thì 3: Thở ra, không kìm, không thúc giúp cho việc làm mới không khí trong phế nang để quá trình trao đổi khí diễn ra trong máu.

+ Thì 4: Nghỉ, thư giãn hoàn toàn.

Đây là kỹ thuật cơ bản của dưỡng sinh với mục đích là chủ động trao đổi khí quan trọng nhất là nó giúp cho hơi thở được mạnh hơn, làm tăng dung tích phổi khi hít vào cũng như khi thở ra. Phương pháp thở trong dưỡng sinh ảnh hưởng đến nhiều chức năng của bộ phận hô hấp, nó làm tăng co giãn các cơ thở giúp người tập hít vào và thở ra được tối đa lượng không khí, giúp nâng cao khả năng trao đổi khí O_2 và CO_2 [11].

Tiếp đến là động tác phá kẹt vùng ngoan cổ hay động tác tay co lại rút ra phía sau có tác dụng làm cho vùng ngoan cổ giãn ra và hết cứng trở nên dẻo dai, làm cho lồng ngực hoạt động tự do hơn, tăng thêm dung tích sống và rất tốt cho điều trị hen phế quản. Giải phẫu lồng ngực gồm xương sống ở phía sau, xương ức ở phía trước, xương sườn ở hai bên, dính liền nhau bởi các khớp. Phía trước, giữa xương sườn và xương ức có khớp xương sụn. Xương

sườn, ở tư thế nghiêng về phía trước và phía dưới, khi bị bắp thịt thở kéo lên trên sẽ làm cho lồng ngực to lên theo đường kính ngang và đường kính trước sau. Nếu các khớp ấy cứng, nhất là các bản lề Tissie bị xơ cứng hay vôi hóa, làm cho vùng lưng trên cứng như tấm ván gỗ thì hơi thở bị trở ngại, người ta gọi đó là vùng ngoan cố. Phải tập đặc biệt vùng ấy cho các khớp được giải phóng thì hơi thở mới được tự do [11].

Để làm cho đờm dễ ra, vận chuyển mạnh khí huyết trong phổi, giúp phòng và điều trị bệnh hen chúng tôi lựa chọn động tác tập chống hông thở và dang hai chân ra xa nghiêng mình. Đây là động tác giúp khí được đẩy mạnh ra ngoài làm tăng dung tích của phổi, làm thông thoáng đường thở giảm nguy cơ tắc nghẽn.

Kết thúc các bài tập trên chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân tự tập các động tác như xoa, day, bấm, vỗ, phát. Bệnh nhân dùng tay tự xoa, day vào vùng mặt, vùng cạnh mũi giúp hơi thở được thông thoáng, làm ôn ấm vùng mặt ngăn hít phải không khí lạnh bên ngoài. Với các động tác vỗ phát vào vùng lưng và vùng ngực sẽ giúp long dịch tiết, long đờm, làm thông thoáng đường thở.

Sau khi hoàn thành xong các bài tập bệnh nhân sẽ cảm nhận được sự thông thoáng của đường thở cũng như tăng được lượng không khí khi hít vào hay thở ra, từ đó cung cấp O₂ cho toàn bộ cơ thể.

Như vậy sự kết hợp của phương pháp cấy chỉ với tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng đã làm tăng cường khả năng điều trị cho các bệnh nhân hen phế quản, giúp thông thoáng đường thở, nâng cao dung tích phổi từ đó kiểm soát được cơn hen.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị hen phế quản độ I, II, III thể hư hàn bằng phương pháp cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng trên 60 bệnh nhân với liệu trình điều trị 60 ngày, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

1. Phương pháp cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng là an toàn và có tác dụng kiểm soát hen phế quản trên lâm sàng:

- Làm giảm bậc hen theo Gina 2018: 17 bệnh nhân biến đổi từ bậc III, bậc II xuống bậc I. Trong đó có 10 bệnh nhân chuyển được 2 độ và 7 bệnh nhân chuyển 1 độ.

- Có tác dụng kiểm soát hen theo bộ test ACT: 24 bệnh nhân kiểm soát hoàn toàn (80%), 5 bệnh nhân kiểm soát tốt (16,7%) và 1 bệnh nhân kiểm soát hoàn toàn (3,3%).

- Cải thiện các triệu chứng của hen phế quản thể hư hàn: Triệu chứng khó thở từ 83,3% giảm xuống còn 13,3%, ho, đờm trắng loãng từ 96,7% giảm còn 10%, sợ lạnh từ 83,3% xuống còn 10%, mệt mỏi, đoản hơi giảm từ 76,7% xuống còn 6,7%, chất lưỡi nhợt, rêu trắng từ 96,7% giảm xuống còn 26,7%.

- Cải thiện chất lượng cuộc sống theo bộ câu hỏi AQLQ(S): 25 bệnh nhân (83,3%) có CLCS đạt mức tốt, 4 bệnh nhân (13,3%) ở mức khá và 1 bệnh nhân (3,4%) ở mức độ kém.

2. Phương pháp cây chỉ kết hợp tập dưỡng sinh Nguyễn Văn Hưởng có tác dụng cải thiện chức năng thông khí phổi ở bệnh nhân HPQ thể hư hàn:

- Tăng dung tích sống thở mạnh (FVC) tăng từ 84,02% lên 98,06% ($p < 0,05$), thể tích thở ra tối đa/giây (FEV1) từ 80,8% lên 92,6% ($p < 0,05$).

- Tăng chỉ số Tifeneau từ 85,5% lên 90,6%, Gaensler từ 83,7% lên 95,6% ($p < 0,05$).

- Tăng lưu lượng đỉnh (PEF) từ 82,3% trước điều trị lên 95,6% sau điều trị ($p < 0,05$).

KIẾN NGHỊ

1. Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian 60 ngày nên chưa đánh giá được tác dụng kéo dài của phương pháp điều trị. Vì vậy cần theo dõi bệnh nhân sau điều trị dài hơn để có thể đánh giá tác dụng duy trì mức độ kiểm soát cơn hen và cải thiện các chức năng thông khí phổi và chất lượng cuộc sống của phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp tập dưỡng sinh theo phương pháp Nguyễn Văn Hương để đánh giá được tính ưu việt với tác dụng duy trì và giảm nguy cơ tái phát của phương pháp điều trị.

2. Phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp với tập dưỡng sinh theo phương pháp Nguyễn Văn Hương trong điều trị hen phế quản thể hư hàn có tính an toàn và hiệu quả cao nên có thể được phổ biến và áp dụng rộng rãi cho các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GINA (2018)**. Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
2. **Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu (2011)**. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa, Hà Nội*, Nhà xuất bản y học.
3. **Trường đại học Y Hà Nội các bộ môn nội (2012)**. “*Bài giảng bệnh học nội khoa*”, Nhà xuất bản Y học, tr 19 – 28.
4. **Quanjer, P. H., Stanojevic, S., Stocks, J., & Cole, T. J. (2012)**. GLI-2012: all-age multi-ethnic reference values for spirometry. *Global Lung Initiative*.
5. **G.A.The Global Asthma Report (2014)**. Auckland, New Zealand: Global Asthma Network.
6. **Subbarao, P., Mandhane, P. J., & Sears, M. R. (2009)**. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *Cmaj*, 181(9), 181-190.
7. **Toskala, E., & Kennedy, D. W. (2015)**. Asthma risk factors. In *International forum of allergy & rhinology*.
8. **Trần Thúy Hạnh, Nguyễn Văn Đoàn và cộng sự (2010)**, *Dịch tễ học và tình hình kiểm soát hen phế quản ở người trưởng thành Việt Nam*, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội.
9. **Lê Thúy Oanh (2010)**, *Cấy chỉ*, Nhà xuất bản Y học.
10. **Trịnh Thị Diệu Thường (2017)**, *Cấy chỉ cơ bản trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học.
11. **Nguyễn Văn Hưởng (2012)**, *Phương pháp dưỡng sinh*, Nhà xuất bản Y học.
12. **Wadsworth, S. J., Sin, D. D., & Dorscheid, D. R. (2011)**. Clinical update on the use of biomarkers of airway inflammation in the management of asthma. *Journal of asthma and allergy*.

13. **Arima, M., & Fukuda, T. (2011).** Prostaglandin D2 and TH2 inflammation in the pathogenesis of bronchial asthma. *The Korean journal of internal medicine*, 26(1), 8.
14. **Nakagome, K., & Nagata, M. (2011).** Pathogenesis of airway inflammation in bronchial asthma. *Auris Nasus Larynx*, 38(5), 555-563.
15. **Nguyễn Văn Đoàn (2015),** “*Hiểu biết cần thiết cho người bệnh hen phế quản*”, Nhà xuất bản Y học.
16. **Bộ Y Tế (2009),** Quyết định 4776/QĐ-BYT ngày 4 tháng 12 năm 2009 về việc “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hen phế quản*”.
17. **Wenzel, S. E. (2012).** Asthma phenotypes: the evolution from clinical to molecular approaches. *Nature medicine*, 18, 716.
18. **Chung, K. F. (2014).** Defining phenotypes in asthma: a step towards personalized medicine. *Drugs*, 74, 719-728.
19. **Nathan, R. A., Sorkness, C. A., Kosinski, M., Schatz, M., Li, J. T., Marcus, P., ... & Pendergraft, T. B. (2004).** Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113(1), 59-65.
20. **Hoàng Bảo Châu (2006),** “*Hen (chứng háo)*”, Nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học, 102-112.
21. **Hoàng Bảo Châu (2006),** “*Khó thở (suyễn)*”, Nội khoa Y học cổ truyền, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 113-120.
22. **Nguyễn Nhược Kim, Nguyễn Thị Thu Hà, Đặng Kim Thanh (2016).** *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học.
23. **Trường Đại Học Y Hà Nội (2012),** *Hen phế quản*, Chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền, NXB Y học.
24. **Học viện Quân Y (2011),** *Bệnh học nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.

25. **Nguyễn Thị Vân (2007)**, *Chức năng hô hấp trong chẩn đoán và theo dõi hiệu quả điều trị dự phòng HPQ, Hen phế quản và dự phòng hen phế quản*, Nhà xuất bản Y học.
26. **Bộ Y Tế (2014)**, Quyết định 1981/QĐ-BYT ngày 05 tháng 6 năm 2014 về việc “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành hô hấp*”.
27. **Nguyễn Thị Lệ (2012)**, “*Đánh giá chức năng hô hấp ở bệnh nhân hen phế quản điều trị theo GINA*”, Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh.
28. **Kadir, M. A., Baig, T. N., & Rabbani, K. S. E. (2015)**. Focused impedance method to detect localized lung ventilation disorders in combination with conventional spirometry. *Biomedical Engineering: Applications, Basis and Communications*, 27(03), 1550029.
29. **Nghiêm Hữu Thành và Nguyễn Bá Quang (2011)**, *Giáo trình chăm cứu* Nhà xuất bản Y học.
30. **Hoàng Bảo Châu (2010)**, *Chăm cứu học trong Nội kinh*, Nhà xuất bản Y học.
31. **Nguyễn Tài Thu (2012)**, *Chăm cứu ở tuyến cơ sở*, Nhà xuất bản Y học.
32. **Nguyễn Tài Thu (2012)**, *Chăm cứu chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học
33. **Phạm Thúc Hạnh (2001)**, *Nghiên cứu biến đổi lâm sàng và thông khí phổi ở bệnh nhân bụi phổi silic sau tập khí công dưỡng sinh và dùng bài thuốc cổ truyền*, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
34. **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 văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội.
35. **Lê Thị Kim Dung, Phạm Thúc Hạnh (2009)**. Nghiên cứu sự biến đổi chức năng thông khí phổi ở người bệnh hen phế quản trước và sau tập khí công dưỡng sinh, *Tạp chí y học thực hành*, 667, tr 23.

36. **Bùi Thị Hương, Bùi Văn Dân và Hoàng Thị Lâm (2016)**, “*Đánh giá mức độ kiểm soát hen bằng ACT (asthma control test) đối với bệnh nhân câu lạc bộ hen, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*”, Tạp chí nghiên cứu y học, 99(1), 131-135.
37. **Hoàng Văn Hiếu (2017)**. *Đánh giá kết quả của phương pháp cấy chỉ catgut trong điều trị bệnh nhân hen phế quản*, Luận văn thạc sỹ y học cổ truyền, Học viên y dược học cổ truyền Việt Nam.
38. **Nguyễn Thị Bích Đào (2001)**, *Nghiên cứu tác dụng của phương pháp cấy chỉ Catgut vào huyết lên một số chỉ số sinh học và lâm sàng của bệnh nhân sau phẫu thuật trĩ*, Luận văn thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội, tr 21 – 29.
39. **Trần Thị Thanh Hương (2002)**, *Cấy chỉ điều trị giảm đau trong hội chứng đau vai gáy*, Tạp chí nghiên cứu Y dược học cổ truyền Việt Nam, 6, tr 38 – 39.
40. **Phạm Huy Hùng (2006)**, *Đánh giá một số trị số sinh hóa ở người tập dưỡng sinh theo phương pháp của bác sỹ Nguyễn Văn Hưởng*. Tạp chí nghiên cứu y dược học cổ truyền Việt Nam, 16, tr 24-30.
41. **Nguyễn Trường Sơn (2010)**, *Đánh giá tác dụng của phương pháp dưỡng sinh y học cổ truyền đối với phụ nữ thời kỳ mãn kinh*, Luận văn thạc sỹ y học cổ truyền, Trường đại học Y Hà Nội.
42. **Nguyễn Giang Thanh (2012)**, *Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối bằng phương pháp cấy chỉ catgut kết hợp với bài thuốc Độc hoạt tang ký sinh*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú , Trường Đại học Y Hà Nội.
43. **Trương Thị Xuân Hòa (2012)**, *Đánh giá tác dụng bài tập dưỡng sinh của Nguyễn Văn Hưởng trên đối tượng cựu chiến binh phơi nhiễm Dioxin*, Chuyên khoa II y học cổ truyền, Trường đại học Y Hà Nội.

44. **Hồ Thị Tâm (2013)**, *Đánh giá tác dụng điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
45. **Ngô Chiến Thuật (2017)**, *Đánh giá tác dụng của phương pháp điện châm kết hợp tập dưỡng sinh điều trị thoái hóa khớp gối*, Luận văn thạc sỹ y học cổ truyền, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
46. **Bộ Y Tế (2017)**, Quyết định 2279/QĐ-BYT ngày 2 tháng 6 năm 2017 về việc “*Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Cấy chỉ và laser châm chuyên ngành Châm cứu*”.
47. **Bộ Y Tế (2017)**, Quyết định 2279/QĐ-BYT ngày 2 tháng 6 năm 2017 về việc “*Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Cấy chỉ và laser châm chuyên ngành Châm cứu*”.
48. **Trần Thị Ngọc Mai (2011)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và thay đổi khí máu trên bệnh nhân Hen phế quản cấp tại Trung tâm dị ứng miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
49. **Trần Thúy Hạnh, Nguyễn Văn Đoàn và cộng sự (2015)**, *Dịch tễ học và tình hình kiểm soát hen phế quản ở người trưởng thành Việt Nam*, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội.
50. **Nguyễn Thị Vân (2007)**, *Chức năng hô hấp trong chẩn đoán và theo dõi hiệu quả điều trị dự phòng HPQ, Hen phế quản và dự phòng hen phế quản*, Nhà xuất bản Y học.
51. **Dương Kế Châu (1990)**, *Châm cứu đại thành*, Hội Y học dân tộc Tây Ninh, Hội Y học dân tộc TP Hồ Chí Minh.
52. **Lê Quý Ngưu (2016)**, *Từ điển huyết vị châm cứu*, NXB Thuận Hóa.
53. **Ngô Gia Hy, Bùi Lưu Yêm và Ngô Gia Lương (2015)**, *Khí công học và y học hiện đại*, Nhà xuất bản Đồng Nai.

54. **Loftus, P. A., & Wise, S. K. (2015, September)**, *Epidemiology and economic burden of asthma*. In International forum of allergy & rhinology (Vol. 5, No. S1, pp. S7-S10).
55. **Tarlo, S. M., & Lemiere, C. (2014)**, *Occupational asthma*. New England Journal of Medicine, 370(7), 640-649.
56. **Lummus, Z. L., Wisnewski, A. V., & Bernstein, D. I. (2011)**, *Pathogenesis and disease mechanisms of occupational asthma*. Immunology and allergy clinics of North America, 31(4), 699
57. **Simpson, J. L., Guest, M., Boggess, M. M., & Gibson, P. G. (2014)**, *Occupational exposures, smoking and airway inflammation in refractory asthma*. BMC pulmonary medicine, 14(1), 207.
58. **Kynnyk, J. A., Mastronarde, J. G., & McCallister, J. W. (2011)**, *Asthma, the sex difference*. Current opinion in pulmonary medicine, 17(1), 6-11.
59. **Laffont, S., Blanquart, E., & Guéry, J. C. (2017)**, *Sex differences in asthma: a key role of androgen-signaling in group 2 innate lymphoid cells*. Frontiers in immunology, 8, 1069.
60. **Nunes, C., Pereira, A. M., & Morais-Almeida, M. (2017)**, *Asthma costs and social impact*. Asthma research and practice, 3(1), 1.
61. **Gilson, B. S., Gilson, J. S., Bergner, M., Bobbit, R. A., Kressel, S., Pollard, W. E., & Vesselago, M. (1975)**. *The sickness impact profile. Development of an outcome measure of health care*. American journal of public health, 65(12), 1304-1310.
62. **Jenkinson, C., & Layte, R. (1997)**. *Development and testing of the UK SF-12*. Journal of health services research & policy, 2(1), 14-18.
63. **Hinz, A., Kohlmann, T., Stöbel-Richter, Y., Zenger, M., & Brähler, E. (2014)**. *The quality of life questionnaire EQ-5D-5L: psychometric properties and normative values for the general German population*. Quality of Life Research, 23(2), 443-447.

64. **Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Epstein, R. S., Ferrie, P. J., Jaeschke, R., & Hiller, T. K. (1992).** *Evaluation of impairment of health related quality of life in asthma: development of a questionnaire for use in clinical trials.* Thorax, 47(2), 76-83.
65. **Thái Thị Thùy Linh, Lê Văn Nhi (2011).** *Đánh giá chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân hen phế quản trước và sau khi điều trị theo Gina qua bộ câu hỏi của juniper.* Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 15, tr 447 - 452.
66. **Juniper, E. F. (1999).** *Health-related quality of life in asthma.* Current opinion in pulmonary medicine, 5(2), 105.
67. **Trần Thị Thúy Hà (2018).** *Thực trạng và hiệu quả can thiệp bệnh hen phế quản của công nhân tiếp xúc bụi bông tại cơ sở dệt, may Nam Định (2014-2016).* Luận văn tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y dược Hải Phòng.

PHỤ LỤC 1

Số bệnh án:

Số thứ tự:

MẪU BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

I. HÀNH CHÍNH

Họ và tên bệnh nhân:

Giới: nam, nữ

Tuổi:

Nghề nghiệp:

Địa chỉ:

Ngày vào viện:

Ngày ra viện:

II. LÝ DO VÀO VIỆN:

III. BỆNH SỬ

1. Thời gian mắc bệnh:

2. Lý do vào viện:

3. Hoàn cảnh khởi phát:

❖ Triệu chứng đầu tiên:

- Ho
- Khò khè, khó thở
- Nặng ngực

❖ Triệu chứng khác:

IV. TIỀN SỬ

1. Bản thân:

2. Gia đình:

A. KHÁM THEO YHHD:

1. Toàn thân:

2. Hô hấp:

3. Tuần hoàn:

4. Các bộ phận khác:

5. Cận lâm sàng:

Đo chức năng thông khí phổi:

Thông số	Trước ĐT	Sau ĐT
FVC		
FEV1		
FEV1/FVC		
FEV1/VC		
PEF		

Chỉ số công thức máu:

Chỉ số	Trước ĐT	Sau ĐT
HC		
BC		
BC Lympho		
BC ĐNTT		
AST		
ALT		
URE		
CREATINE		

6. Chẩn đoán:

B. KHÁM THEO YHCT:

TỨ CHẨN:

1. Thần:

Tỉnh táo

Mệt mỏi

2. Sắc:

Tươi nhuận

Xanh

Đen

Vàng

Đỏ

Trắng

3. Chất lưỡi:
- | | | | |
|-------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Bình thường | <input type="checkbox"/> | Nhợt | <input type="checkbox"/> |
| Bệu | <input type="checkbox"/> | Đỏ | <input type="checkbox"/> |
4. Rêu lưỡi:
- | | | | |
|-------------|--------------------------|------|--------------------------|
| Bình thường | <input type="checkbox"/> | Vàng | <input type="checkbox"/> |
| Trắng | <input type="checkbox"/> | Dính | <input type="checkbox"/> |
5. Miệng, họng:
- | | | | |
|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Bình thường | <input type="checkbox"/> | Khô, háo khát | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
6. Ăn uống:
- | | | | |
|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Thích mát | <input type="checkbox"/> | Thích nóng | <input type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|
7. Đại tiện:
- | | | | |
|-------------|--------------------------|-----|--------------------------|
| Bình thường | <input type="checkbox"/> | Táo | <input type="checkbox"/> |
|-------------|--------------------------|-----|--------------------------|
8. Tiểu tiện:
- | | | | |
|-------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Bình thường | <input type="checkbox"/> | Vàng ít | <input type="checkbox"/> |
| Trong dài | <input type="checkbox"/> | Buốt dắt | <input type="checkbox"/> |
9. Cảm giác:
- | | | | |
|----------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Đau lưng | <input type="checkbox"/> | Mỏi gối | <input type="checkbox"/> |
|----------|--------------------------|---------|--------------------------|
10. Đầu mặt:
- | | | | |
|---------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Đau đầu | <input type="checkbox"/> | Ù tai | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|-------|--------------------------|
11. Mạch:
- | | | | |
|-----|--------------------------|------|--------------------------|
| Phù | <input type="checkbox"/> | Trầm | <input type="checkbox"/> |
| Sác | <input type="checkbox"/> | Hoạt | <input type="checkbox"/> |
12. Khám khớp gối:
- | | | | |
|------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Đau cựa ấn | <input type="checkbox"/> | Đau thiện án | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|--------------|--------------------------|

CHẨN ĐOÁN

Bát cương:

- | | | | |
|------|--------------------------|-------|--------------------------|
| Biểu | <input type="checkbox"/> | Lý | <input type="checkbox"/> |
| Hàn | <input type="checkbox"/> | Nhiệt | <input type="checkbox"/> |
| Hư | <input type="checkbox"/> | Thực | <input type="checkbox"/> |

Tạng phủ:

- | | | | |
|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Can | <input type="checkbox"/> | Thận | <input type="checkbox"/> |
| Tâm | <input type="checkbox"/> | Phế | <input type="checkbox"/> |
| Tỳ | <input type="checkbox"/> | Vị | <input type="checkbox"/> |
| Đờm | <input type="checkbox"/> | Bàng Quang | <input type="checkbox"/> |
| Đại trường | <input type="checkbox"/> | Tiểu trường | <input type="checkbox"/> |

Nguyên nhân:

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Nội nhân | <input type="checkbox"/> | Ngoại nhân | <input type="checkbox"/> |
| Bất nội ngoại nhân | <input type="checkbox"/> | | |

BỆNH DANH:**C. ĐIỀU TRỊ:**

1. Cây chi kết hợp tập dưỡng sinh
2. Cây chi đơn thuần

D. CÁC CHỈ SỐ NGHIÊN CỨU

Biến đổi triệu chứng lâm sàng HPQ thể hư hàn theo YHCT tại các thời điểm NC

Triệu chứng Thời điểm NC	Khó thở, thở gấp rút, khò khè		Ho, đờm trắng loãng		Sợ lạnh, tự hãn, sắc trắng xanh		Mệt mỏi, đoản hơi	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
D0								
D20								
D40								
D60								

Đánh giá mức độ kiểm soát hen theo bộ test ACT tại các thời điểm NCCâu hỏi mức độ kiểm soát hen ACT	Điểm	D0	D20	D40	D60
Câu 1: Trong 4 tuần qua, bao nhiêu ngày bệnh hen phải làm bạn nghỉ làm, nghỉ học hay phải nghỉ tại nhà ?	1-5				
Tất cả các ngày					
Hầu hết các ngày					
Một số ngày					
Chỉ một ít ngày					
Không có ngày nào					

Câu 2: Trong 4 tuần qua bạn có gặp cơn khó thở không ?	1-5				
>1 lần/ngày					
=1 lần/ngày					
3-6 lần/tuần					
1-2 lần/tuần					
Không có lần nào					
Câu 3: Trong 4 tuần qua, bạn có thường phải thức giấc ban đêm hay phải dậy sớm do các triệu chứng của hen như ho, khò khè, nặng ngực ?	1-5				
≥ 4 đêm/1 tuần					
2-3 đêm/1 tuần					
1 đêm/ 1 tuần					
1-2 lần/4 tuần					
Không có lần nào					
Câu 4: Trong 4 tuần qua, bạn có thường sử dụng thuốc cắt cơn dạng xịt hay khí dung không ?	1-5				
≥ 3 lần/ngày					
1-2 lần/ ngày					
2-3 lần/1 tuần					
≤ 1 lần/tuần					
Không có lần nào					
Câu 5: Bạn đánh giá cơn hen của bạn được kiểm soát như thế nào trong 4 tuần qua ?	1-5				
Không kiểm soát					
Kiểm soát kém					
Có kiểm soát					
Kiểm soát tốt					
Kiểm soát hoàn toàn					
Tổng điểm					
Kết quả					

Hà Nội, ngày... tháng ...năm 2019

Bác sỹ

Phụ lục 2

BẢNG CÂU HỎI KHẢO SÁT ẢNH HƯỞNG CỦA BỆNH HEN SUYỄN TỚI CUỘC SỐNG VỚI CÁC HOẠT ĐỘNG CHUẨN (AQLQ(S))

Gồm 32 câu hỏi có 4 lĩnh vực:

- Triệu chứng: 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 29, 30
- Giới hạn hoạt động: 1, 2, 3, 4, 5, 11, 19, 25, 28, 31, 32
- Chức năng tình cảm: 7, 13, 15, 21, 27
- Tác nhân môi trường: 9, 17, 23, 26

**QUÝ VỊ BỊ BỆNH SUYỄN HẠN CHẾ NHƯ NÀO TRONG HAI TUẦN
VỪA QUA Ở NHỮNG HOẠT ĐỘNG SAU:**

	Hoàn toàn bị hạn chế	Cực kỳ bị hạn chế	Rất bị hạn chế	Bị hạn chế vừa phải	Một số hạn chế	Ít bị hạn chế	Hoàn toàn không bị hạn chế
1. Hoạt động mạnh (Như vội vàng, luyện tập, chạy lên cầu thang, chơi thể thao)	1	2	3	4	5	6	7
2. Hoạt động vừa phải (Như đi lại, nội trợ, làm vườn, mua sắm, leo cầu thang)	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinh hoạt xã hội (Như nói chuyện, chơi với trẻ em/ vật nuôi, thăm bạn bè/ họ hàng)	1	2	3	4	5	6	7
4. Hoạt động liên quan đến công việc (Nhiệm vụ quý vị phải thực hiện tại công sở*)	1	2	3	4	5	6	7
5. NGŨ	1	2	3	4	5	6	7

QUÝ VỊ CẢM THẤY KHÓ CHỊU HAY KHỔ SỞ NHƯ THỂ NÀO TRONG HAI TUẦN VỪA QUA?

	Rất nhiều	Nhiều	Tương đối nhiều	Vừa phải	Một ít	Rất ít	Không
6. Quý vị cảm thấy khó chịu hay khổ sở thể nào trong hai tuần qua do bị Tức Ngực	1	2	3	4	5	6	7

NHÌN CHUNG TRONG HAI TUẦN QUA, BAO NHIÊU LẦN QUÝ VỊ:

	Luôn luôn	Hầu hết thời gian	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Ít khi	Hầu như chưa bao giờ	Chưa bao giờ
7. Cảm thấy lo lắng về bệnh hen	1	2	3	4	5	6	7
8. Cảm thấy hụt hơi do hen	1	2	3	4	5	6	7
9. Có triệu chứng hen do tiếp xúc khói thuốc lá	1	2	3	4	5	6	7
10. Thở khò khè trong lồng ngực	1	2	3	4	5	6	7
11. Cảm thấy phải tránh điều kiện hay môi trường do khói thuốc lá	1	2	3	4	5	6	7

QUÝ VỊ CẢM THẤY KHÓ CHỊU VÀ KHỔ SỞ NHƯ THẾ NÀO TRONG HAI TUẦN QUA:

	Rất nhiều	Nhiều	Tương đối nhiều	Vừa phải	Một ít	Rất ít	Không
12. Quý vị cảm thấy khó chịu hay khổ sở như thế nào trong hai tuần qua do ho	1	2	3	4	5	6	7

NHÌN CHUNG HAI TUẦN QUA, BAO NHIÊU LẦN QUÝ VỊ:

	Luôn luôn	Hầu hết thời gian	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Ít khi	Hầu như chưa bao giờ	Chưa bao giờ
13. Cảm thấy bức tức do hen	1	2	3	4	5	6	7
14. Cảm thấy nặng ngực	1	2	3	4	5	6	7
15. Cảm thấy lo lắng về nhu cầu dùng thuốc hen	1	2	3	4	5	6	7
16. Cảm thấy nhu cầu đặng hắng	1	2	3	4	5	6	7
17. Có triệu chứng hen do tiếp xúc với bụi	1	2	3	4	5	6	7

18. Cảm thấy khó thở ra do hen	1	2	3	4	5	6	7
19. Cảm thấy phải tránh điều kiện hay môi trường do bụi	1	2	3	4	5	6	7
20. Tỉnh dậy vào buổi sáng với triệu chứng hen	1	2	3	4	5	6	7
21. Cảm thấy lo lắng vì không có thuốc hen	1	2	3	4	5	6	7
22. Cảm thấy khó chịu vì thở nặng nề	1	2	3	4	5	6	7
23. Có triệu chứng hen do thời tiết hay ô nhiễm không khí bên ngoài	1	2	3	4	5	6	7
24. Bị thức giấc vào ban đêm do bệnh hen	1	2	3	4	5	6	7
25. Tránh hay hạn chế đi ra ngoài do thời tiết hay ô nhiễm không khí	1	2	3	4	5	6	7
26. Có triệu chứng hen do tiếp xúc với mùi nồng gắt hay nước hoa	1	2	3	4	5	6	7

27. Cảm thấy sợ vì không thể thở được	1	2	3	4	5	6	7
28. Cảm thấy phải tránh điều kiện hay môi trường có mùi nồng gắt hay nước hoa	1	2	3	4	5	6	7
29. Bệnh hen ảnh hưởng tới giấc ngủ ngon vào ban đêm của quý vị	1	2	3	4	5	6	7
30. Cảm thấy rất cố gắng mới thở được	1	2	3	4	5	6	7

QUÝ VỊ BỊ HẠN CHẾ NHƯ NÀO TRONG SUỐT HAI TUẦN QUA:

	Hoàn toàn bị hạn chế	Cực kỳ bị hạn chế	Rất hạn chế	Bị hạn chế vừa phải	Một số hạn chế	Ít bị hạn chế	Hoàn toàn không bị hạn chế
	1	2	3	4	5	6	7
31. Hãy nghĩ tới toàn bộ các hoạt động mà quý vị muốn tham gia trong suốt hai tuần vừa qua. Các hoạt động bị bệnh							

hen hạn chế ở mức độ nào							
32. Nhìn chung, trong tất cả cá hoạt động mà quý vị đã tham gia trong hai tuần qua, quý vị bị bệnh hen hạn chế như thế nào	1	2	3	4	5	6	7

Phụ lục 3

Phương pháp dưỡng sinh của bác sĩ Nguyễn Văn Hưởng.

CHUẨN BỊ:

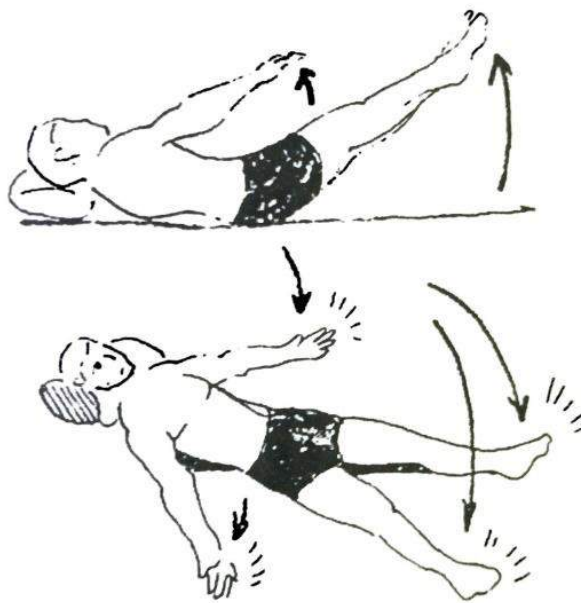
- Chuẩn bị hoàn cảnh: địa điểm và không gian tập sạch sẽ, yên tĩnh, tránh gió lùa.

- Chuẩn bị bản thân: sắp xếp thời gian, trang phục rộng rãi thoải mái, vệ sinh cá nhân, tinh thần thoải mái và hưng phấn.

CÁCH TẬP:

Phần 1: Thư giãn (5 phút) (hình 1)

Trước khi tập đề 2 – 3 phút làm thư giãn cho cơ thể làm chủ lấy mình, điều khiển thư giãn để cho cơ thể luôn luôn trở về thư giãn sau mỗi động tác, vì có thư giãn cơ thể mới lấy lại được sức lực, lấy lại được quân bình trong cơ thể. Phải tự kiểm tra mỗi ngày về thư giãn bằng cách đưa tay thẳng lên (hưng phần) rồi buông xuôi cho nó rớt xuống theo quy luật sức nặng (ức chế).



Hình 1

Phần 2: Gồm các động tác thở 4 thì âm dương, phá kẹt vùng ngoan cổ, chống hông thở và dang hai chân ra xa nghiêng mình.

- **Động tác 1: Thở 4 thì âm dương có kê hông và giờ chân dao động (5 phút).**

Là cách thở để luyện tổng hợp về thần kinh, khí và huyết, trọng tâm là luyện thần kinh, chủ động về ức chế và hưng phấn.

Chuẩn bị: Tư thế nằm ngửa, có kê hông (ban đầu kê gối cao độ 5cm, sau quen có thể nâng dần từ 10cm đến 15cm), chân thẳng, một tay để trên ngực, một tay để trên bụng để tự kiểm tra hơi thở.

Động tác:

- Thời 1: hít vào, đều, sâu, tối đa, ngực nở, bụng phình và cứng. Thời gian $\frac{1}{4}$ hơi thở, “Hít vào, ngực nở, bụng căng”.

- Thời 2: giữ hơi, cơ hoành và các lồng ngực đều co thắt tối đa, thanh quản mở, giờ chân dao động rồi để chân xuống. Thời gian $\frac{1}{4}$ hơi thở. “Giữ hơi cố gắng, hít thêm”.

- Thời 3: thở ra thoải mái, tự nhiên, không kìm, không thúc. Thời gian $\frac{1}{4}$ hơi thở. “Thở ra, không kìm, không thúc”.

- Thời 4: 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 $\frac{1}{4}$ hơi thở. “Nghỉ ngơi, nặng ấm, tay chân”.

Sau khi tập xong thở 4 thì âm dương, có kê hông và giờ chân dao động, ta làm thêm 1 số động tác biến thể như sau :

- Biến thể 1: 2 tay xuôi theo mình, 2 chân khít nhau giờ lên 20cm dao động qua lại 4 lần (hình 2a).

- Biến thể 2: 2 chân giờ lên 20cm đạp xe đạp 4 lần (hình 2b).

- Biến thể 3: 2 chân khít nhau, giờ lên 20cm và để xuống 4 lần (hình 2c).

- Biến thể 4: mỗi chân giơ lên 20cm chân kia để xuống thay phiên nhau 4 lần (hình 2d).

- Biến thể 5: 2 chân dao động 1 lượt.

Hình 2



Hình 2a



Hình 2b



Hình 2c



Hình 2d

4

- **Động tác 2: Phá kẹt vùng ngoan cổ để giải phóng lồng ngực (hình X1, X2) (5 phút)**

Chuẩn bị: Bệnh nhân nằm trên 1 cái gối đặt dưới vùng ngoan cổ. Hai tay ôm ngực cho sát.

Động tác: Hai tay đưa thẳng ra bên, hít vô triệt để, giữ hơi, dao động, lăn tròn xương sống nhất là vùng ngoan cổ 4-6 cái, thở ra bằng cách hai tay ôm ngực cho sát. Làm từ 5-10 động tác.

Tác dụng: Gỡ kẹt lồng ngực, giải phóng sức thở.



Hình X1



Hình X2

- Động tác 3: Chông môn thở (5 phút)

Chuẩn bị: Chuẩn bị và dựa trên điểm tựa gồm 2 đầu gối, hai cùi chỏ, hai cánh tay và cái trán, bàn tay để úp.

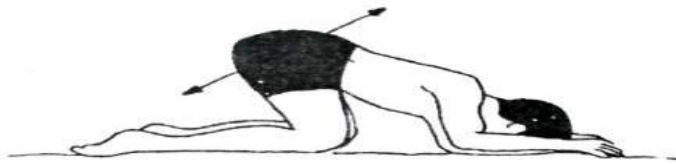
Động tác: Hít vô tới đa, giữ hơi, dao động qua lại từ 4-6 cái, thở ra triệt để có ép bụng. Làm như thế 5-10 hơi thở (hình 15).

Mức độ 1 : như trên

Mức độ 2: Có thót bụng. Sau mỗi hơi thở ra có ép bụng (2 giây) đóng thanh quản, thót bụng (2 giây) rồi thở lại bình thường (hình 15a).

Mức độ 3: Thở ra triệt để có cúi đầu, gập cằm xuống xương ức (gập cằm ức) để đẩy hết hơi ra, có ép bụng(2 giây), đóng thanh quản, thót bụng (2 giây) rồi thở lại bình thường (hình 15b).

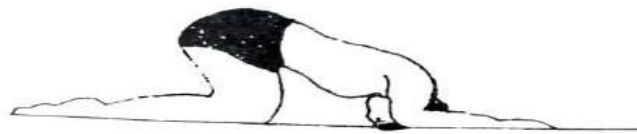
Tác dụng: tốt cho bệnh hen phế quản, làm cho đờm ra dễ.



Hình 15



Hình 15a



Hình 15b

- **Động tác 4: Dạng hai chân ra xa, nghiêng mình (5 phút):**

Chuẩn bị: Chân đứng dạng ra xa, hai tay buông xuôi.

Động tác: Thở bằng vai rút lên cao, hít vô tối đa, giữ hơi và dao động bằng cách nghiêng mình qua bên trái, tay bên ấy vượt chân từ trên xuống tận mắt cá ngoài, tay bên phải vượt hông từ đùi đến nách, rồi nghiêng mình qua bên trái, cũng vượt tay như trên, làm dao động từ 4-6 cái, xong đứng thẳng, thở ra triệt để có ép bụng làm như vậy từ 2-6 hơi thở (hình 57, 57a).

Tác dụng: vận chuyển mạnh khí huyết trong phổi, phòng và chữa bệnh hen.



Hình 57



Hình 57a

Phần 3: Tự xoa bóp bấm huyệt (5 phút):

+ Xoa: Dùng vân tay, gốc bàn tay hoặc mô ngón tay út, ngón tay cái xoa tròn trên da di chuyển nhẹ nhàng mềm mại trên da từ phía trong lông mày ra phía ngoài xuống dưới gò má, vào mũi và đi lên phía trên lông mày.

+ Day: Dùng gốc bàn tay, mô ngón tay út, mô ngón tay cái hơi dùng sức ấn xuống da và di động theo hình tròn, làm chậm mềm mại, làm từ vùng mũi đi lên trên.

+ Bấm: Dùng ngón tay cái bấm vào vị trí các huyệt: Nghinh hương, Thiên đột, Đản trung, Hợp cốc...

+ Phát: Bàn tay hơi khum, giữa lòng bàn tay hơi hõm, phát từ nhẹ đến nặng vào vùng lưng trên và vùng ngực

Kết thúc bài tập nghỉ ngơi