**BỘ Y TẾ**

**BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG**

🙞🙟🕮🙝🙜

**ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ**

**NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ TƯ VẤN**

**CAI NGHIỆN THUỐC LÁ (KHÔNG DÙNG THUỐC: CHÂM CỨU, XOA BÓP, BẤM HUYỆT…) CỦA Y HỌC**

**CỔ TRUYỀN HỖ TRỢ CHO BỆNH NHÂN**

**CAI NGHIỆN THUỐC LÁ**

**CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI:**

***BS.CKII. TRƯƠNG THỊ XUÂN HÒA***

**ĐỒNG CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI:**

***THS. BS. ĐÀO HỮU MINH***

**HÀ NỘI - 2017**

**BỘ Y TẾ**

**BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG**

**🙞🙟🕮🙝🙜**

**ĐỀ TÀI CẤP CƠ SỞ**

**NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG PHÁC ĐỒ TƯ VẤN**

**CAI NGHIỆN THUỐC LÁ (KHÔNG DÙNG THUỐC: CHÂM CỨU, XOA BÓP, BẤM HUYỆT…) CỦA Y HỌC**

**CỔ TRUYỀN HỖ TRỢ CHO BỆNH NHÂN**

**CAI NGHIỆN THUỐC LÁ**

**CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI:**

***BS.CKII. TRƯƠNG THỊ XUÂN HÒA***

**ĐỒNG CHỦ NHIỆM ĐỀ TÀI:**

***THS. BS. ĐÀO HỮU MINH***

**THƯ KÝ ĐỀ TÀI:**

***TS. BS. TRẦN THÁI HÀ***

**Cán bộ tham gia nghiên cứu:**

*KS. CNKT. Nguyễn Tường Linh*

*BS. Trần Long*

*Ths. BS. Thái Hoàng Dương*

*DĐ. Đinh Thị Hồng Nhung*

*Và cộng sự*

**Hà Nội - 2017**

**CHỮ VIẾT TẮT**

BN  : Bệnh nhân

CO : carbon mono oxite

DSM – IV : Diagnostic and Statistical Manual

of Mental Disorders 4th

NHK : (4-methylnitrosamino) – 1 – (3-pyridyl)

– 1 – butanone

NNN : N’ – nitrosonornicotine

PHA : polyciclic aromatic hydrocacbon

PCTH : Phòng chống tác hại

PCTHTL : Phòng chống tác hại thuốc lá

TTN : thanh thiếu niên

VAS : Thang nhìn (Visual analogue scale)

YHHĐ : Y học hiện đại

YHCT : Y học cổ truyền

WHO : Tổ chức Y tế thế giới

**MỤC LỤC**

[ĐẶT VẤN ĐỀ 1](#_Toc475006250)

[CHƯƠNG 1:](#_Toc475006251) [TỔNG QUAN TÀI LIỆU 2](#_Toc475006252)

[1.1. Một số khái niệm cơ bản: 2](#_Toc475006253)

[1.1.1. Thuốc lá 2](#_Toc475006254)

[1.2. Tình hình nghiện thuốc lá trên thế giới và Việt Nam: 3](#_Toc475006255)

[1.2.1. Trên thế giới: 3](#_Toc475006256)

[1.2.2. Hút thuốc lá ở Việt Nam 5](#_Toc475006257)

[1.3.Yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ hút thuốc lá 6](#_Toc475006258)

[1.3.1.Yếu tố chủ quan: 6](#_Toc475006259)

[1.3.2.Yếu tố khách quan 7](#_Toc475006260)

[1.4. Tác hại của hút thuốc lá: 11](#_Toc475006261)

[1.4.1. Khái niệm nghiện thuốc lá: 11](#_Toc475006262)

[1.4.2. Thành phần và tác hại của thuốc lá đối với cơ thể người: 11](#_Toc475006263)

[1.4.3. Đường vào cơ thể và dược động học của nicotin: 13](#_Toc475006264)

[1.4.4. Tính chất, công dụng và độc tính của nicotin: 14](#_Toc475006265)

[1.4.5. Con đường chuyển hóa của nicotin và tác dụng lên cơ quan đích: 15](#_Toc475006266)

[1.4.6. Những biểu hiện nhiễm độc Nicotin: 16](#_Toc475006267)

[1.4.7. Chẩn đoán nhiễm độc nicotin mạn tính: 18](#_Toc475006268)

[1.4.8. Điều trị: 19](#_Toc475006269)

[1.5. Phương pháp nhĩ châm 20](#_Toc475006270)

[1.5.1. Mối liên hệ giữa tai và hệ thống kinh lạc. 20](#_Toc475006271)

[1.5.2. Quan hệ giữa tai và các tạng phủ. 21](#_Toc475006272)

[1.5.3. Một số ứng dụng loa tai của người xưa. 22](#_Toc475006273)

[1.5.4. Các tài liệu hiện đại về châm tai. 22](#_Toc475006274)

[1.6. Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá và các tiêu chuẩn liên quan: 24](#_Toc475006275)

[1.6.1. Nghiện thuốc lá được chẩn đoán khi thỏa mãn 3/7 tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện của DSM-IV: 24](#_Toc475006276)

[1.6.2. Đau là sự đánh giá chủ quan của bệnh nhân qua thang điểm VAS. 27](#_Toc475006277)

[1.6.3. Đo nồng độ CO trong hơi thở: 27](#_Toc475006278)

[CHƯƠNG 2:](#_Toc475006279) [ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 29](#_Toc475006280)

[2.1. Đối tượng nghiên cứu: 29](#_Toc475006281)

[2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: 29](#_Toc475006282)

[2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: 29](#_Toc475006283)

[2.2. Phương pháp nghiên cứu: 30](#_Toc475006284)

[2.2.1. Thiết kế nghiên cứu 30](#_Toc475006285)

[2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. 30](#_Toc475006286)

[2.3. Tiến hành nghiên cứu: 30](#_Toc475006287)

[2.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân nghiên cứu: 30](#_Toc475006288)

[2.3.2. Tiến hành điều trị: 31](#_Toc475006289)

[2.3.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. 32](#_Toc475006290)

[2.4. Chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị: 32](#_Toc475006291)

[2.4.1. Chỉ tiêu lâm sàng 32](#_Toc475006292)

[2.4.2. Các chỉ tiêu cận lâm sàng: 33](#_Toc475006293)

[2.5. Xử lý số liệu: 33](#_Toc475006294)

[2.6. Đạo đức nghiên cứu: 33](#_Toc475006295)

[2.7. Giám sát, hạn chế sai số 33](#_Toc475006296)

[CHƯƠNG 3:](#_Toc475006297) [KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 34](#_Toc475006298)

[3.1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiện thuốc lá: 34](#_Toc475006299)

[3.1.1 Giới tính: 34](#_Toc475006300)

[3.1.2. Tuổi: 34](#_Toc475006301)

[3.1.3. Độ tuổi bắt đầu hút: 35](#_Toc475006302)

[3.1.4. Lý do hút thuốc: 36](#_Toc475006303)

[3.1.5. Lần đầu tiên bỏ thuốc sau khi hút: 37](#_Toc475006304)

[3.1.6. Lý do lần đầu tiên bỏ thuốc 38](#_Toc475006305)

[3.1.7. Lần bỏ thuốc lá lâu nhất 39](#_Toc475006306)

[3.1.8. Tổng số lần bỏ thuốc lá: 40](#_Toc475006307)

[3.1.9. Lý do hút nhiều khi nào 40](#_Toc475006308)

[3.1.10. Lý do tiếp tục hút thuốc 41](#_Toc475006309)

[3.1.11. Số lượng điếu thuốc hút trong ngày: 42](#_Toc475006310)

[3.1.12. Cảm giác thèm thuốc nhất: 42](#_Toc475006311)

[3.1.13. Yếu tố ảnh hưởng đến khả năng cai thuốc: 43](#_Toc475006312)

[3.1.14. Nơi tiếp xúc chủ yếu với khói thuốc 43](#_Toc475006313)

[3.1.15. Quyết tâm bỏ thuốc lá: 44](#_Toc475006314)

[3.1.16. Khó chịu hoặc bất mãn với hành vi hút thuốc của mình 44](#_Toc475006315)

[3.1.17. Điếu thuốc đầu tiên hút sau khi ngủ dậy: 45](#_Toc475006316)

[3.1.18. Các biểu hiện sau khi bỏ thuốc lá: 46](#_Toc475006317)

[3.2. Kết quả điều trị: 47](#_Toc475006318)

[3.2.1. Sự cải thiện các triệu chứng sau bỏ thuốc lá 47](#_Toc475006319)

[3.2.2. Sự cải thiện triệu chứng đau đầu sau điều trị cai nghiện TL: 48](#_Toc475006320)

[3.2.3. Nồng độ khí CO trước và sau điều trị: 49](#_Toc475006321)

[3.2.4. Sự thay đổi nhịp tim và huyết áp trước và sau điều trị: 49](#_Toc475006322)

[3.2.5. Các chỉ số xét nghiệm trước và sau điều trị: 50](#_Toc475006323)

[3.2.6. Đánh giá kết quả dựa trên 7 tiêu chí của DMS - IV 51](#_Toc475006324)

[CHƯƠNG 4:](#_Toc475006325) [BÀN LUẬN 52](#_Toc475006326)

[KẾT LUẬN 57](#_Toc475006327)

[KIẾN NGHỊ 58](#_Toc475006328)

[TÀI LIỆU THAM KHẢO](#_Toc475006329)

PHỤ LỤC

DANH MỤC BẢNG

[Bảng 1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá theo DSM - IV 24](#_Toc475006409)

[Bảng 1.2. Thang điểm Q-Mat đánh giá quyết tâm cai thuốc lá 25](#_Toc475006410)

[Bảng 3.1: Giới tính 34](#_Toc475006411)

[Bảng 3.2: Tuổi 34](#_Toc475006412)

[Bảng 3.3: Độ tuổi bắt đầu hút 35](#_Toc475006413)

[Bảng 3.4: Lý do hút thuốc 36](#_Toc475006414)

[Bảng 3.5: Lần đầu tiên bỏ thuốc lá sau khi hút 37](#_Toc475006415)

[Bảng 3.6: Lý do lần đầu tiên bỏ thuốc 38](#_Toc475006416)

[Bảng 3.7: Lần bỏ thuốc lá lâu nhất 39](#_Toc475006417)

[Bảng 3.8: Tổng số lần bỏ thuốc lá 40](#_Toc475006418)

[Bảng 3.9. Hút nhiều thuốc nhất vào lúc nào 40](#_Toc475006419)

[Bảng 3.10: Lý do tiếp tục hút thuốc 41](#_Toc475006420)

[Bảng 3.11. Số lượng điếu thuốc hút trong ngày 42](#_Toc475006421)

[Bảng 3.12. Thời điểm thèm hút thuốc nhất. 42](#_Toc475006422)

[Bảng 3.13. Yếu tố ảnh hưởng đến khả năng cai thuốc. 43](#_Toc475006423)

[Bảng 3.14. Nơi tiếp xúc chủ yếu với khói thuốc 43](#_Toc475006424)

[Bảng 3.15. Quyết tâm bỏ thuốc lá 44](#_Toc475006425)

[Bảng 3.16. Khó chịu hoặc bất mãn với hành vi hút thuốc của mình. 44](#_Toc475006426)

[Bảng 3.17. Sau khi ngủ dậy bao lâu thì hút điếu đầu tiên. 45](#_Toc475006427)

[Bảng 3.18. Các biểu hiện sau khi bỏ thuốc lá. 46](#_Toc475006428)

[Bảng 3.19. Các triệu chứng sau bỏ thuốc 47](#_Toc475006429)

[Bảng 3.20. Sự cải thiện triệu chứng đau đầu sau cai nghiện 48](#_Toc475006431)

[Bảng 3.21. Nồng độ khí CO trước và sau điều trị 49](#_Toc475006432)

[Bảng 3.22. Sự thay đổi nhịp tim và huyết áp trước và sau điều trị. 49](#_Toc475006433)

[Bảng 3.23. Các chỉ số huyết học trước và sau cai nghiện thuốc lá 50](#_Toc475006434)

[Bảng 3.24. Các chỉ số sinh hóa trước và sau điều trị 50](#_Toc475006435)

[Bảng 3.25. Các chỉ số mỡ máu trước và sau điều trị 50](#_Toc475006436)

[Bảng 3.26: Đánh giá kết quả điều trị 51](#_Toc475006437)

DANH MỤC BIỂU ĐỒ

[Biểu đồ 3.1: Giới tính 34](#_Toc475006529)

[Biểu đồ 3.2: Tuổi 35](#_Toc475006530)

[Biểu đồ 3.3: Độ tuổi bắt đầu hút 35](#_Toc475006531)

[Biểu đồ 3.4: Lý do hút thuốc 36](#_Toc475006532)

[Biểu đồ 3.5: Lần đầu tiên bỏ thuốc lá sau khi hút 37](#_Toc475006533)

[Biểu đồ 3.6: Lý do lần đầu tiên bỏ thuốc 38](#_Toc475006534)

[Biểu đồ 3.7: Lần bỏ thuốc lá lâu nhất 39](#_Toc475006535)

[Biểu đồ 3.8: Tổng số lần bỏ thuốc lá 40](#_Toc475006536)

[Biểu đồ 3.9. Hút nhiều thuốc nhất vào lúc nào 41](#_Toc475006537)

[Biểu đồ 3.10: Lý do tiếp tục hút thuốc 41](#_Toc475006538)

[Biểu đồ 3.11. Thời điểm thèm hút thuốc nhất. 42](#_Toc475006539)

[Biểu đồ 3.12. Yếu tố ảnh hưởng đến khả năng cai thuốc. 43](#_Toc475006540)

[Biểu đồ 3.13. Sau khi ngủ dậy bao lâu thì hút điếu đầu tiên. 45](#_Toc475006541)

[Biểu đồ 3.14. Các biểu hiện sau khi bỏ thuốc lá. 47](#_Toc475006542)

[Biểu đồ 3.15. Các triệu chứng sau bỏ thuốc 48](#_Toc475006543)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, trên thế giới có khoảng 1,3 tỷ người hút thuốc. Mỗi năm có khoảng 5 triệu người chết sớm bởi thuốc lá và ước tính số lượng này sẽ tăng gấp đôi vào năm 2020. Ở nước ta có khoảng 15,5 triệu người nghiện thuốc lá, đứng hàng đầu thế giới với 47,4% nam giới trưởng thành hút thuốc lá. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, nước ta hàng năm có khoảng 40.000 ca tử vong do các bệnh liên quan đến thuốc lá, con số này sẽ là 70.000 vào năm 2030 nếu không có biện pháp phòng chống tích cực.

Đã có rất nhiều nghiên cứu chứng minh tác hại của thuốc lá với sức khỏe. Khói thuốc lá có khoảng 7000 hóa chất gây ung thư và các chất gây nguy hại khác, đặc biệt là nicotin, một chất gây nghiên quyết dịnh sự phụ thuộc và chống lại các cố gắng bỏ thuốc lá. Vì thế thuốc lá chịu trách nhiệm là nguyên nhân của nhiều bệnh lý mãn tính nguy hiểm như đột quỵ, nhồi máu cơ tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hay ung thư…[4]. Không chỉ là gánh nặng cho hệ thống chăm sóc sức khỏe quốc gia, nó còn là gánh nặng lớn với kinh tế, ảnh hưởng tiêu cực tới môi trường, tăng nguy cơ buôn lậu và cháy nổ.Trước những tác hại to lớn về kinh tế xã hội cũng như sức khỏe như vậy, hàng loạt những nỗ lực lớn đầu tư cho các chương trình phòng chống tác hại của thuốc lá tại mỗi quốc gia nói riêng và trên phạm vi toàn thế giới nhằm tiến tới kiểm soát và giảm tỷ lệ hút thuốc. Đã có nhiều biện pháp hỗ trợ cai nghiện thuốc lá như sử dụng viên dán nicotine, laser, tâm lý liệu pháp … nhưng kết quả còn thấp và tỷ lệ tái nghiện thuốc lá vẫn còn cao.

Y học cổ truyền cũng có nhiều phương pháp điều trị hỗ trợ cai nghiện thuốc lá như sử dụng nhĩ châm, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, tập luyện dưỡng sinh thuốc thang YHCT... Tuy nhiên cho tới nay chưa có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá một cách đầy đủ và khoa học về tác dụng hỗ trợ cai nghiện thuốc lá của phương pháp nhĩ châm.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

***Đánh giá tác dụng hỗ trợ cai nghiện thuốc lá của phương pháp nhĩ châm kết hợp tư vấn cai nghiện thuốc lá***

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Một số khái niệm cơ bản:

1.1.1. Thuốc lá

1.1.1.1. Khái niệm

Thuốc lá là tên gọi của một loại sản phẩm được làm chủ yếu từ nguyên liệu là lá thuốc lá đã thái sợi, được cuốn hay nhồi định hình bằng giấy, có dạng hình trụ (thường có độ dài dưới 120 mm, đường kính khoảng 10 mm). Thuốc lá điếu thường được đốt cháy ở một đầu, để cháy âm ỉ nhằm mục đích tạo khói và khói này theo dòng khí vào miệng người hút từ đầu đối diện (thường có gắn đầu lọc). Thuật ngữ thuốc lá thường được dùng theo nghĩa chung liên quan đến thuốc lá, trong khi thuốc lá điếu nhằm chỉ cụ thể loại sản phẩm thuốc lá sợi đã cuốn thành điếu. Tuy nhiên, đôi khi, thuật ngữ này cũng được sử dụng để chỉ loại thuốc hút khói nhưng được làm từ một số loại thực vật khác (cây gai dầu…). Ở Việt Nam, đặc biệt là vùng nông thôn, người dân có thể sử dụng thuốc lào như một sản phẩm thay thế thuốc lá.

1.1.1.2. Lịch sử phát triển

Không ai biết chính xác thuốc lá và hút thuốc được xuất phát từ đâu và từ bao giờ.Tuy nhiên, dựa vào các bằng chứng khảo cổ người ta tin rằng thuốc láđược trồng ở châu Mĩ vào khoảng 6000 năm trước Công Nguyên.Năm 1542, Christopher Columbus (người khám phá ra Mĩ châu) được vài người Mĩ da đỏ tặng một số thuốc lá khô khi ông ta gặp họ lần đầu,sau đó, được ông mang về Tây Ban Nha.Cây thuốc lá được trồng lần đầu tiên tại Santo Domigo(thuộc cộng hòa Dominique) và từ đó được trồng khắp châu Âu.

 Thời gian đầu, hình thức sử dụng rất đa dạng: hút bằng tẩu,quấn thành điếu, nhai hít… Nửa sau thế kỷ 19, máy sản xuất thuốc lá tự động được chế tạo, khiến sản xuất thuốc lá trở nên dễ dàng, nhanh chóng (từ lúc đầu trung bình 200 điếu/phút sau tăng lên 9000 điếu/phút), khiến việc sử dụng thuốc lá dạng điếu trở nên thông dụng.Với sự xuất hiện của hàng loạt công ty thuốc lá lớn hoạt động rầm rộ, tỷ lệ hút thuốc lá tăng nhanh chóng vào cuối thế kỷ 19, đầu thế kỷ 20.

Theo chân người phương tây, thuốc lá du nhập vào châu Á, qua các cuộc chiến tranh xâm lược, trong đó có Việt Nam.

1.1.1.3. Sản xuất thuốc lá

Ở Việt Nam, cả nước hiện có 17 doanh nghiệp sản xuất thuốc lá điếu với diện tích trồng thuốc lá gần 16.000 ha; có gần 20.000 lao động làm việc trong ngành công nghiệp thuốc lá và gần 220.000 lao động nông nghiệp trong sản xuất nguyên liệu.Tổng sản lượng của toàn ngành thuốc lá có xu hướng tăng nhanh trong khoảng 10 năm gần đây.Năm 2000, sản lượng đạt khoảng 2,7 tỷ bao, con số này đã tăng lên khoảng trên 4 tỷ bao năm 2007,khoảng 4,8 tỷ bao năm 2009 và 5,2 tỷ bao năm 2010 [10].

Giá thuốc lá ở Việt Nam thuộc loại thấp nhất thế giới,trung bình khoảng 5.500 đồng/bao(tương đương 0,29 USD/bao), có loại chỉ khoảng 4.000 đồng/bao (trong khi Trung Quốc là 1,52 USD/bao, Malaysia là 1,32 USD/bao, đặc biệt ở Anh là 6,93 USD/bao). Điều này làm cho thanh thiếu niên và người nghèo Việt Nam dễ dàng tiếp cận với thuốc lá hơn so với các quốc gia khác trên thế giới. Bên cạnh đó, tình hình vi phạm các quy định về sản xuất kinh doanh thuốc lá liên quan đến cấm quảng cáo, khuyến mại, tiếp thị vẫn còn tương đối phổ biến, hoạt động kinh doanh và sử dụng thuốc lá lậu vẫn chưa được kiểm soát hiệu quả [10].

1.2. Tình hình nghiện thuốc lá trên thế giới và Việt Nam:

1.2.1. Trên thế giới:

- Theo thông báo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2006 tỷ lệ nam giới hút thuốc lá ở các nước phát triển là 30 – 40%, ở các nước đang phát triển từ 40 – 70%. Tỷ lệ nữ giới hút thuốc lá ít hơn từ 20 – 40% ở các nước đang phát triển và từ 2 – 10% ở các nước phát triển [13].

- Ở Mỹ nam giới hút thuốc nhiều hơn phụ nữ và hơn 30% những người hút thuốc lá sống dưới mức nghèo khổ. Ngành y tế Mỹ đã rất cố gắng trong việc kiểm soát và hạn chế tác hại của thuốc lá đến cộng đồng bằng nhiều biện pháp tuy nhiên cứ 5 người Mỹ thì có 1 người tiếp tục hút thuốc lá [13].

- Ở Nga có hơn 40% người trưởng thành nghiện thuốc lá, tại Pháp tỷ lệ người nghiện thuốc lá là 30% ở người lớn. Nghiên cứu của WHO về tình hình hút thuốc lá ở Châu Á năm 2005 cho thấy trong 700 triệu người hút thuốc lá phần lớn là nam giới tuổi trưởng thành có tỷ lệ cao hơn nhiều so với phụ nữ; Trung Quốc xấp xỉ 70%, Indonesia 68%, Thái Lan 49.2%, Nhật Bản và Ấn Độ là 47.5%, Philipin 40%. Tỷ lệ nữ hút thuốc lá ở Nhật Bản và Ấn Độ (18 – 19.5%) cao hơn ở Trung Quốc và Indonesia (3 – 5%) [13].

- Nghiên cứu của M.A.E.L Batawi (1978), các nước phát triển, thuốc lá và bụi thuốc lá đang là vấn đề thời sự, cần có những giải pháp cụ thể ngăn ngừa tác hại nghiêm trọng của bụi thuốc lá, đặc biệt là Nicotin trong ngành công nghiệp sản xuất thuốc lá .

Nghiên cứu của Geh L.bach và Sa. K. vadze 1995 đã chứng minh những tác động của thuốc lá trên những công nhân thu hái thuốc lá biểu hiện: đau đầu, mất ngủ, buồn nôn gây suy nhược thần kinh. Một số công trình nghiên cứu khác của Weilan SK, Mundt KA, Keil U (1996) và nghiên cứu của WHO (1997) chứng minh tỷ lệ mắc bệnh ung thư phổi trên những bệnh nhân hút thuốc lá, những công nhân trong các nhà máy sản xuất thuốc lá cao hơn so với nhóm không tiếp xúc với thuốc lá [1][9].

Nghiên cứu của Dương Hiển Phát và cộng sự (2000) cai nghiện thuốc lá cho 16 bệnh nhân, dán cao tự chế từ 06 – 10 ngày vào một số huyệt Thận du, Nghinh hương, Hợp cốc,.v.v… kết quả 88.64% có kết quả trong đó có 54.76% hoàn toàn không hút trở lại, giảm hút là 14.6% và hút lại là 14.19%.

Nghiên cứu của Cô Chính Dung Bệnh viện Giang Tô Trung Quốc (2012) cai nghiện thuốc lá cho 900 trường hợp bằng cao dán huyệt vị, kết quả đạt 83% không hút thuốc trở lại.[15][16][17][18].

1.2.2. Hút thuốc lá ở Việt Nam:[3] [5] [7] [8]

- Theo kết quả điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành năm 2010 ở Việt Nam cho thấy khoảng 50% nam giới hút thuốc lá, tỷ lệ nữ là 3.5%, trong đó 65% có độ tuổi từ 25 – 45; 26% thanh thiếu niên độ tuổi từ 14 – 25 hút thuốc lá, trên 40% là nam cán bộ y tế và cán bộ y tế nữ là 1.3%, đặc biệt người hút thuốc lá tăng cao từ 85 – 93% ở các quán bar. Theo đó là những người hút thuốc lá thụ động cũng có tỷ lệ 49% ở nơi làm việc và 68% ở các gia đình. Ước tính khoảng 8.5% triệu người Việt Nam (10% dân số) chết sớm do hút thuốc lá.

- Nghiên cứu của WHO tại Việt Nam năm 2003 có 71% trẻ em dưới 5 tuổi sống trong các gia đình có người hút thuốc lá, xấp xỉ 60% trẻ em ở tuổi thiếu niên thường xuyên hít phải khói thuốc lá ở nhà.

Hút thuốc lá không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn chi phí tốn kém, gánh nặng kinh tế cho cá nhân, gia đình và xã hội. Cũng theo nghiên cứu của WHO năm 2003 số tiền mua thuốc lá lên đến 8000 tỷ đồng/ năm.

Cho đến nay Đảng, Nhà nước ta đã có nhiều giải pháp chỉ đạo, các phương tiện thông tin đại chúng tăng cường công tác tuyên truyền, cảnh báo tác hại vô cùng nghiệm trọng đến sức khỏe con người. Nhằm bv sức khỏe nhân dân, nhất là giới trẻ chính phủ đã ra quyết định cấm hút thuốc lá nơi công cộng ngày 01 – 01 – 2010.

Quy định được mọi tầng lớp nhân dân đồng tình, tác động tích cực đến nhận thức của nhân dân góp phần giảm thiểu tác hại của thuốc lá đến cộng đồng và đi đến môi trường sống không có khói thuốc.

- Các công trình trong nước cũng đã đi sâu nghiên cứu ảnh hưởng của môi trường khói thuốc bụi thuốc đến sức khỏe cộng đồng như:

+ Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Tạo (1989) sự ô nhiễm ở nhà máy thuốc lá Thăng Long gây tác hại sức khỏe và bệnh lý đường hô hấp của các công nhân sản xuất .

+ Hà Huy Kỳ, Nguyễn Huy Thiệp (1996) tỷ lệ nhiễm độc nicotine ở một số nhà máy sản xuất thuốc lá tại các tỉnh miền Bắc, kết quả cho thấy mối tương quan tỷ lệ thuận giữa bệnh tật với mức độ nhiễm Nicotine: suy nhược thần kinh chiếm 50%; bệnh mũi họng chiếm 58.2%; rối loạn thần kinh thực vật chiếm 43.7%; rối loạn tiêu hóa chiếm 43.7%, xét nghiệm cotinin (chất chuyển hóa của nicotine) trong nước tiểu cho hơn 200 công nhân kể cả người không hút thuốc lá thấy kết quả 100% có cotinin trong nước tiểu cao hơn người bình thường không hút thuốc lá, không tiếp xúc với thuốc lá .

Hà Huy Kỳ, Vũ Khánh (2001) định lượng cotinin trong nước tiểu của những người tiếp xúc với thuốc lá. Kết quả cho thấy lượng cotinin niệu của nhóm nghiên cứu cao hơn nhiều lần so với nhóm chứng. Cũng nghiên cứu này chỉ ra mối liên quan giữa nồng độ cotinin niệu với một số bệnh lý: cotinin niệu nhỏ hơn 3.56µg/l cho thấy biểu hiện bệnh lý tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa… cotinin niệu > 3.56µg/l biểu hiện rõ bệnh lý suy nhược thần kinh, rối loạn thực vật, bệnh lý hô hấp, mũi, họng, xạm da,….

1.3.Yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ hút thuốc lá

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng này trên từng nhóm đối tượng cụ thể. Trong đó có thể đề cập tới:

1.3.1.Yếu tố chủ quan:

**- Nhận thức**: Kém hiểu biết về tác hại của thuốc lá dẫn tới tỷ lệ hút thuốc cao ở nhóm nghèo, học vấn thấp (tỷ lệ ở nhóm nông dân cao hơn nhóm trí thức, 81% so với 67%). Tỷ lệ bỏ thuốc ở nhóm này cũng ít hơn hẳn [3].

**- Niềm tin, thái độ**:Đây là yếu tố rất quan trọng, môi trường xung quanh,bạn bè người thân hút thuốc dễ dẫn tới hiện tượng hút thuốc lá đặc biệt ở đối tượng thanh thiếu niên, rõ hơn cả là nam giới [6]. Các yếu tố tâm lý thay đổi tuổi dậy thì phải kể đến. Lúc này hút thuốc được coi là hành vi khẳng định bản thân, chứng tỏ mình là người lớn…Với các nhóm đối tượng khác nó cũng giữ vai trò quan trọng quyết định hành vi hút thuốc.Rất nhiều người biết rõ tác hại của thuốc lá nhưng vẫn sử dụng vì những lý do như: thuốc lá tạo sự minh mẫn, tăng cảm hứng, để thư giãn hay dùng trong giao tiếp để tăng mối quan hệ…đây là yếu tố dùng để giải thích tỷ lệ cao hút thuốc trong nhóm trí thức, văn nghệ sĩ, và nhất là đối tượng bác sĩ, sinh viên y khoa.

**- Kinh tế**:Đây là yếu tố thuận lợi cho việc sử dụng thuốc. Nhà nước hiện nay đang sử dụng biện pháp đánh thuế các sản phẩm từ thuốc lá nhằm tăng giá thành và hạn chế tỷ lệ người sử dụng. Tuy nhiên, giá thuốc lá tại Việt Nam còn rẻ, vì vậy, tiếp cận với các sản phẩm này rất dễ dàng. Cả ở nhóm thu nhập thấp, số tiền chi ra cho việc mua thuốc lá cũng không hề nhỏ [8].

**- Tuổi:**Tỷ lệ hút thuốc ở người trưởng thành chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nhóm tuổi. Xu hướng sử dụng thuốc trong thanh niên ngày càng tăng và độ tuổi ngày càng trẻ.Trong SAVY 2 tỷ lệ đang hút thuốc có xu hướng tăng theo nhóm tuổi, từ 14-17 tuổi là 11%, nhóm 18-21 tuổi là 41% và nhóm 22-25 tuổi là 47%. Trung bình TTN hút 8 điếu thuốc một ngày và có quá nửa số thanh thiếu niên từ 22-25 tuổi hút trên 10 điếu một ngày. Tuổi bắt đầu sử dụng thuốc lá trung bình là17 tuổi [6]. Đây là độ tuổi khả năng nhận thức còn hạn chế, yếu tố tâm lý dễ bị ảnh hưởng của nhiều yếu tố xung quanh như bạn bè, người thân…dẫn đến tình trạng thử hút ở thanh thiếu niên cao, tăng theo tuổi cùng với nó là nghiện thuốc lá và tỷ lệ cao tiếp tục hút tới trưởng thành.

**- Giới**: Hút thuốc lá là hành vi tương đối phổ biến ở nam giới Việt Nam nhưng rất hiếm gặp ở nữ, SAVY2 cho thấy gần 40% nam TTN đã từng hút thuốc, tỷ lệ này ở nữ là dưới 1%. Tuy nhiên có sự gia tăng tỷ lệ hút thuốc ngày càng cao ở nữ ở 1 số nơi.Có thể thấy giới tính không chỉ quy định sự khác biệt mang tính sinh học mà nó còn liên quan đến nhiều yếu tố xã hội, văn hóa [6].

1.3.2.Yếu tố khách quan

**- Môi trường xã hội**: Mức độ phơi nhiễm xung quanh: nơi có nhiều người sử dụng thuốc lá thì tỷ lệ gia tăng hút thuốc cao, tỷ lệ trẻ vị thành niên hút thuốc cao. Đặc biệt những người có vai trò đại diên như: giáo viên, bác sĩ, công an…dễ là tấm gương vì thế nếu họ hút thuốc thì chắc chắn tỷ lệ hút trong cộng đồng sẽ cao. Tỷ lệ số người trả lời lý do hút thuốcdo mọi người xung quanh hút là 11,3% [6].

**- Các chuẩn mực đạo đức, xã hội:** nam giới phải biết hút thuốc, uống rượu hay hút thuốc là phương tiện giao tiếp…những quan điểm nay làm thúc đẩy sự gia tăng tỷ lệ hút thuốc. Vai trò của yếu tố gia đình cũng ảnh hưởng tới tỷ lệ hút thuốc. Trong số những người hút thuốc:57,8% có cha hút thuốc, 20% có anh trai hút thuốc, 3% có mẹ hút thuốc [6].

**- Bạn bè** là yếu tố ảnh hưởng lớn tới tỷ lệ này. 54% người trả lời lý do hút thuốc là do bạn bè rủ rê.Đặc biệt là nhóm thanh thiếu niên, vùng nông thôn cao hơn thành thị,ở độ tuổi 14-17 tỷ lệ là 15,45%,tăng gấp 2 lần ở độ tuổi 22-25 (34,4%). Yếu tố này cũng cũng có những ảnh hưởng tích cực, vai trò của nhóm không hút thuốc trong việc khuyến khích bỏ thuốc lá. Tỷlệ trong TTN nam bị bạn bè rủ rê hay ép buộc năm hút thuốc 2009 là 54%, tỷ lệ này chỉ còn 46% nếu người này đồng thời có bạn bè động viên tránh xa thuốc lá và chỉ còn 22% nếu người này không bị bạn bè rủ rê hay ép buộc hút thuốc [6].

**-Khả năng tiếp cận thuốc lá**: Thuốc lá hiện đang được bày bán rộng rãi, người dân có thể dễ dàng mua sử dụng mà không có bất kỳ hạn chế nào. Việc quy định độ tuổi hút thuốc, các quy dịnh cấm sử dụng thuốc hầu như chưa có vàchưa được thực thi hiệu quả. Có 98,15% người trả lời dễ dàng tiếp cận thuốc lá [10]. Quảng cáo thuốc lá phổ biến,giới thiệu sự hấp dẫn của thuốc lá như tăng sự quyến rũ, thuốc lá đầu lọc giúp người hút an tâm sử dụng dù thực chất không hề giảm được tác hại.Việc bắt buộc in hình tác hại thuốc lá lên bao bì đã được ban hành thành luật nhưng vẫn chưa đảm bảo 100%. Tuy nhiên bước đầu cho thấy đây là biện pháp có hiệu quả khi người sử dụng có ấn tượng mạnh và nhiều người đã có ý định bỏ thuốc lá khi nhìn những hình ảnh đó.

**- Tuyên truyền giáo dục về tác hại của thuốc lá**: Chỉ 1 nửa số người trưởng thanh trong nghiên cứu Điều tra toàn quốc về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thanh Việt Nam (GAST,2010) biết tác hại của thuốc lá, tin thuốc lá liên quan tới các bệnh đau tim, đột quị [3]. Như vậy nhận thức về tác hại của thuốc lá trong cộng đồng không cao. Công tác tuyên truyền còn chưa thực sự hiệu quả. Điều đó lý giải vì sao tỷ lệ hút thuốc còn cao.

**- Dịch vụ hỗ trợ:**Thiếu các dịch vụ hỗ trợ cai nghiện, các sản phẩm thay thế nên việc bỏ thuốc lá trở nên khó khăn hơn.

“Môi trường không khói thuốc lá”:

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng môi trường không khói thuốc làm tăng nỗ lực bỏ thuốc thành công hơn 10 lần cho những người hút thuốc.

**Tăng cường xây dựng môi trường không khói thuốc [2]**

Nhằm tăng cường công tác phòng chống tác hại của thuốc lá và giảm thiểu tử vong do thuốc lá đem lại, Chính phủ Việt Nam đã không ngừng nỗ lực giảm tình trạng thuốc lá trên cả nước, tuân thủ theo Công ước khung của WHO về kiểm soát thuốc lá.

Năm 2013, hệ thống văn bản pháp luật đã được hoàn thiện, Quốc hội khóa 13 đã thông qua Luật Phòng, chống tác hại (PCTH) của thuốc lá; đa dạng hóa các hoạt động thông tin, giáo dục và truyền thông thông qua các loại tờ rơi, áp phích, tài liệu truyền thông, phóng sự, tin vắn trên truyền hình…; thúc đẩy và theo dõi việc cấm toàn diện các hoạt động quảng cáo, khuyến mại và tài trợ; in cảnh báo sức khỏe trên bao bì các sản phẩm thuốc lá; tăng cường sự tiếp cận đối với dịch vụ cai nghiện thuốc lá; nhân rộng môi trường không khói thuốc lá; thúc đẩy hợp tác đa ngành và mạng lưới PCTH của thuốc lá; triển khai nghiên cứu theo dõi và đánh giá.

Hoạt động xây dựng môi trường không khói thuốc tại các Bộ, ngành, các tỉnh, thành phố được tăng cường.Bộ Y tế đã phối hợp với các Bộ, ngành, đoàn thể, các tổ chức hoạt động PCTH thuốc lá tại Việt Nam và các tỉnh, thành phố,: Hải Phòng, Quảng Ninh, Nha Trang, Hội An, Huế, Thái Nguyên, Đà Nẵng, Tiền Giang, Đồng Tháp, Thành phố Hồ Chí Minh, Hà Tĩnh, Thái Bình xây dựng thành công các mô hình: nơi làm việc không khói thuốc, bệnh viện không khói thuốc, trường học không khói thuốc, phương tiện giao thông công cộng không khói thuốc; thành phố du lịch không khói thuốc. Các mô hình này hiện đang được tiếp tục mở rộng, thể hiện sự quyết tâm của các cấp chính quyền trong việc xây dựng môi trường không khói thuốc lá và thực thi Luật PCTH thuốc lá.

Hoạt động xây dựng môi trường không khói thuốc đã bước đầu đạt được những kết quả đáng ghi nhận, việc thực hiện môi trường không khói thuốc có phần nào được cải thiện so với trước đây, đặc biệt là tại trường học, bệnh viện, cơ quan công sở và trên các phương tiên giao thông cộng cộng. Tại các cuộc họp, hội thảo, hội nghị của các cơ quan công sở việc hút thuốc hầu như không còn. Một số các sự kiện trong cộng đồng như đám cưới, đám tang, ..tại nhiều địa phương đã bỏ hoặc giảm hẳn việc mời hút thuốc lá/thuốc lào, hành vi hút thuốc nơi công cộng ngày càng không được cộng đồng chấp nhận như trước đây.

**Môi trường không khói thuốc bảo vệ sức khỏe con người**

Các nghiên cứu được tiến hành tại châu Âu và châu Mỹ cho thấy, môi trường không khói thuốc làm giảm số ca nhồi máu cơ tim. Cụ thể, toàn nước Mỹ tránh được 195.000 ca nhồi máu cơ tim mỗi năm nhờ quy định môi trường không khói thuốc. Còn ở New York, chỉ một năm sau khi New York thông qua quy định thoáng khí trong nhà, chất lượng không khí ở các quán bar và nhà hàng đã được cải thiện đáng kể. Khi kiểm tra những nhà hàng không hút thuốc, nồng độ cotinine giảm xuống 85%. Bên cạnh đó, 150.000 người không phải phơi nhiễm với khói thuốc khi làm việc.

Ngoài ra, môi trường không khói thuốc giúp cho những người hút thuốc bỏ được thuốc lá hay giảm số lượng hút thuốc hằng ngày. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng môi trường không khói thuốc làm tăng nỗ lực bỏ thuốc thành công hơn 10 lần cho những người hút thuốc. Theo các nghiên cứu gần đây từ Australia, Mỹ, Đức, cho thấy, 29% lượng người hút thuốc cố gắng giảm thói quen hút 3,1 điếu thuốc/ngày khi sống trong những môi trường không khói thuốc.

Hơn nữa, theo BS Nguyễn Xuân Lâm (Hội Y tế Công cộng Việt Nam), bằng việc loại trừ hành vi hút thuốc tại nơi công cộng, chính sách không hút thuốc có thể giúp cho việc giảm thiểu hút thuốc lá ở thanh thiếu niên. Hầu hết các cộng đồng hay quốc gia thành công trong giảm thiểu hút thuốc ở thanh thiếu niên đều đã thực hiện chính sách không hút thuốc mạnh mẽ tại nơi làm việc và nơi công cộng. Thanh thiếu niên càng có ít cơ hội chứng kiến hành vi hút thuốc của người lớn thì càng khó chấp nhận hành vi hút thuốc, từ đó, khả năng hút thuốc ở thanh thiếu niên cũng giảm đi…

**- Quy định pháp luật về phòng chống tác hại của thuốc lá**:Các văn bản pháp luật về PCTHTL, kể cả quản lý kinh doanh thuốc lá đến nay phần nhiều đã lạc hậu, không theo kịp các yêu cầu mới nảy sinh, chưa bảo đảm tính hệ thống, đồng bộ, toàn diện. Các quy định về xử phạt vi phạm pháp luật trong lĩnh vực này chưa đủ mạnh nên hiệu quả chưa cao. Các văn bản pháp luật về sản xuất, kinh doanh thuốc lá chưa chú trọng đến nội dung PCTHTL, đặc biệt giá và thuế thuốc lá còn ở mức thấp [2].

Mặt khác, hệ thống văn bản pháp luật về PCTHTL còn nhiều khoảng trống (chưacó quy địnhvề thông tin, giáo dục, truyền thông; quyền của người không hút thuốc lá; trách nhiệm của người đứng đầu địa điểm cấm hút thuốc lá; in cảnh báo sức khỏe bằng hình ảnh; huy động tài chính cho PCTHTL), một số văn bản đã bộc lộ những mâu thuẫn, chồng chéo(quy định về in cảnh báo sức khỏe trên bao bì thuốc lá không thống nhất, còn chồng chéo giữa các văn bản của Chính phủ, Thủ tướng Chính phủ và Bộ Y tế) [2].

1.4. Tác hại của hút thuốc lá:

1.4.1. Khái niệm nghiện thuốc lá:

Nghiện thuốc lá thực chất là nghiện chất nicotine có trong thuốc lá, tương tự như nghiện các chất ma túy khác như morphin, heroin, cocain,…

1.4.2. Thành phần và tác hại của thuốc lá đối với cơ thể người:

1.4.2.1. Thành phần của thuốc lá và khói thuốc lá:

Thuốc lá có tên Latin là Nicotinna tabacum.Thuốc lá được sử dụng từ lâu bằng cách cuộn các lá thuốc rồi hút hoặc dưới dạng điếu thuốc.

Nicotin là một ancaloid có trong thuốc lá với một tỷ lệ thay đổi từ 0.05 – 8%.Thông thường tỷ lệ này từ 2 – 3%. Hàm lượng nicotin thay đổi phụ thuộc nhiều yếu tố như: khí hậu, đất đai,.v.v… nicotin không phải là ancaloid duy nhất có trong thuốc lá; người ta đã phân lập được nhiều ancaloid khác như: nicotellin, nicotein, isonicotein, nicotimin, nicotysin, nicoloin, anabasin [10] [12] [13].

Trong thuốc lá còn có nhiều chất như: acid citric, acid malic, acid oxalic, pyridin, cyanur [13].

\* Khói thuốc lá và các chất có trong khói thuốc lá: Khi điếu thuốc lá cháy, khói thuốc lá gồm dòng khói chính và dòng khói phụ được phát sinh.

Dòng khói chính là khói thuốc người hút hít và miệng trong suốt thời gian hút.

Dòng khói phụ là phần khói tỏa ra từ đầu cháy của điếu thuốc bao gồm cả phần khói từ giấy cuốn xung quanh điếu thuốc bị cháy. Dòng khói phụ có thành phần chất độc cao hơn dòng khói chính rất nhiều: nồng độ monoxyt cacbon (CO) gấp 15 lần, nicotin gấp 21 lần, formaldehyt gấp 50 lần và dimathylnitrosamin gấp 130 lần. Sở dĩ như vậy là do khói thuốc chính chảy ở nhiệu độ cao và không qua lọc. Chính vì vậy mà những người không hút thuốc lá nhưng thường xuyên phải hít thở trong môi trường có khói thuốc (hút thuốc lá thụ động) cũng bị những tác hại tương tự như những người hút thuốc lá. Tuy nhiên do dòng khói phụ được pha loãng với không khí nên mức độ tác hại của dòng khói phụ còn phụ thuộc vào diện tích phòng, thể tích không khí nơi hút thuốc lớn hay nhỏ.

Khói thuốc lá chứa trên 7000 chất hóa học tồn tại dưới 2 dạng:

+ Dạng hạt bao gồm các chất gây nghiện, điển hình là nicotin, chất hắc ín, các hỗn hợp màu nâu trong đó chứa các chất như benzen, benzopyren,… Nhiều thực nghiệm trên súc vật đã kết luận thành phần hạt của khói thuốc lá là chất gây ung thư ở đường hô hấp và các cơ quan khác trong cơ thể [5] .

+ Dạng khí của khói thuốc lá gồm có monoxyt cacbon (CO), những khí độc khác như amoniac, diethylnitrosan,formaldehyt,hydrogen,…

Trong số hơn 7000 chất hóa học, có tới trên 69 chất đã được chứng minh là nguyên nhân gây ung thư. Nhiều chất gây ung thư trong khói thuốc lá đã được mô tả trong đó polyciclic aromatic hydrocacbon (PAH) và (4-methylnitrosamino) – 1 – (3-pyridyl) – 1 – butanone(NHK) và N’ – nitrosonornicotine (NNN) trong khói thuốc lá là nguyên nhân quan trọng gây ung thư phổi. Trong khói thuốc lá còn có những chất gây ung thư khi chúng kết hợp với nhau. Một số chất trong khói thuốc lá là tác nhân kích thích phát triển khổi ung thư làm bệnh tiến triển nhanh hơn.

1.4.3. Đường vào cơ thể và dược động học của nicotin:

\* Đối với người hút thuốc lá:

- Nicotin trực tiếp ngấm qua lưỡi, mặt khác trong khói thuốc có hơn 7000 chất độc cùng với nicotin được hít vào phổi vào máu và được nuốt vào qua đường tiêu hóa.

\* Nicotin vào máu một phần bị phân hủy ở gan, nicostin được đào thải ra ngoài qua nước tiểu. Lượng nicotin đào thải qua nươc tiều bằng khoảng 15% lượng nicotin đã được hấp thụ vào cơ thể.Nicotin còn được thải qua nước bọt, qua phổi, mồ hôi, nhưng không qua mật.Ở súc vật nicotin còn được thải qua sữa. Bán chu kỳ sinh học của nicotin trong cơ thể rất ngắn chỉ từ 1.5h đến 2h vì vậy cứ sau một khoảng thời gian 2 – 3h người hút thuốc lá lại có cảm giác thèm và muốn hút tiếp. Cotinin là sản phẩm chuyển hóa đầu tiên và chủ yếu của nicotin, được hình thành qua phản ứng oxy hóa nicotin xảy ra ở microsom của tế bào gan, trong đó trans-3 hydrocotinine chiếm đa phần còn một lượng nhỏ là nicotin – N – oxide. Cotinin có bán chu kỳ sinh học dài trên 20 giờ, nó tồn tại lâu trong các dịch sinh học. Phần nicotin tự do trong máu được đào thải phần lớn ra ngoài, còn phần nicotin kết hợp với các protein ở các tạng phủ gây độc hại thì đào thải rất chậm. Các công trình nghiên cứu trên thế giới cho thấy có những người bỏ thuốc lá sau một thời gian dài mà xét nghiệm vẫn còn thấy nicotin trong máu. Điều này lý giải thêm cho những trường hợp nhiễm độc nicotin mạn tính như: các công nhân trong nhà máy sản xuất thuốc lá hay những người nghiện nặng,…

\* Tác hại của khói thuốc lá đối với sức khỏe con người: hút thuốc lá là một nguyên nhân gây nên bệnh tật và chết sớm nhiều nhất trên thế giới mà ta có thể tránh được.

Theo WHO dự báo nếu tình trạng hút thuốc lá trên thế giới vẫn như hiện nay thì đến cuối những năm 2020, số người bị chết do hút thuốc lá sẽ là 10 triệu người mỗi năm. Chỉ tính riêng Trung Quốc tới thời điểm 2020 – 2030 sẽ có từ 1 - 2 triệu người chết do hút thuốc lá mỗi năm.

Ở Mỹ, thuốc lá là nguyên nhân của 20% tổng số tử vong hàng năm. Còn ở Anh, cứ 1000 thanh niên đang hút thuốc lá thì sẽ có một người trở thành kẻ giết người, 6 người bị giết trên đường phố và 250 người sẽ bị chết bởi hút thuốc lá.

Hút thuốc lá cũng là nguyên nhân chính gây tử vong ở các nước đang phát triển. Nếu xu hướng hút thuốc lá không giảm thì khoảng 30 triệu trẻ em Châu Âu và 50 triệu trẻ em Trung Quốc có thể sẽ bị chết vì những bệnh có liên quan đến hút thuốc lá.

1.4.4. Tính chất, công dụng và độc tính của nicotin:[4]

1.4.4.1. Tính chất của nicotin:

Nicotin được Posselt và Reimann phân lập từ thuốc lá năm 1828.Nicotin là một metyl - 2 - (3 - pyridil) - pyrolidin (C10H14N2). Nicotin nóng chảy ở dưới 80oC, có thể hỗn hợp với nước ở bất cứ tỷ lệ nào và trong dung môi hữu cơ cũng vậy. Nicotin là chất lỏng sánh như dầu, không màu và hơi có mùi. Khi tiếp xúc với không khí và ánh sáng nicotin chuyển sang màu nâu sẫm và có mùi rất mạnh và đặc biệt nicotin có phản ứng kiềm mạnh, tạo thành những muối bền vững. Nicotin kết tủa dung dịch của hầu hết các muối kim loại (Hg, Pb, Zn,.v.v…).

1.4.4.2. Tác dụng và độc tính của Nicotin:

\*Tác dụng: Trong nông nghiệp nicotin được dùng làm thuốc trừ sâu cho cây trồng trong các nhà kính bằng cách để bay hơi từ một dung dịch lỏng hoặc đun nóng lên hơi nicotin bốc lên được quạt thổi khắp nơi, tác dụng gây độc của nicotin bay hơi trong vài giờ. Nicotin ngoài tác dụng gây nhiễm độc còn có nhiều ảnh hưởng tâm lý như sự sảng khoái, giảm lo lắng, giảm căng thẳng, làm cho ăn ngon, tăng kích thích nhưng cũng gây thư giãn. Tác dụng kích thích của thuốc lá nhiều khi cần thiết cho người lao động phải làm các động tác lặp đi lặp lại, phải tập trung chú ý. Người nghiện thuốc lá là phải đảm bảo duy trì và điều hòa lượng nicotin trong máu hàng ngày. Đây chính là một trong những khó khăn mà người nghiện thuốc lá khó từ bỏ .

\* Độc tính: Nicotin rất độc.Thực nghiệm thấy rằng nhỏ 1 - 2 giọt nicotin lên giác mạc thỏ, lên lưỡi cho hoặc mèo có thể gây tử vong ngay lập tức.

Nước sắc 15 - 30g thuốc lá cho thụt vào hậu môn cũng làm chết người. Lewwis nêu trường hợp một cháu bé 2 tuổi mút tẩu thuốc của người bố đã bị chết sau vài giờ.

Như vậy, nicotin là một loại thuốc độc bảng A tác dụng rất nhanh có thể so với acid cyahydric .

1.4.5. Con đường chuyển hóa của nicotin và tác dụng lên cơ quan đích:

Nicotin được hấp thụ nhanh qua niêm mạc, qua da, qua đường hô hấp, qua đường tiêu hóa, một phần bị phá hủy ở gan.Nicotin được đào thải ra ngoài qua đường nước tiểu.Theo Lazorev (1976), lượng nicotin thải qua nước tiểu chỉ chiếm 15% lượng nicotin đã được hấp thụ vào cơ thể; nicotin còn được thải qua cả nước bọt, phổi, mồ hôi nhưng không qua mật. Ở súc vật còn thấy nicotin thải ra qua sữa và có thể vượt qua hàng rào nhau thai .

Nicotin có tác dụng như một chất kích thích thần kinh phó giao cảm. Dù tác động qua tuần hoàn hay tại chỗ lên thần kinh, nicotin khu trúc tác dụng vào các hạch của hệ thần kinh tự động, thần kinh giao cảm và phó giao cảm. Sau khi bị kích thích các hạch của thần kinh tạng giải phóng adrenalin gây tác hại làm tăng huyết áp, tăng đường huyết, giãn đồng tử .

Đối với hệ thần kinh tự động, nghiên cứu của Langley (1905) rồi sau đến Chauchard đã cho thấy nicotin tác động đến cả hai hệ thống, trước là các sợi phó giao cảm, sau là giao cảm và trước là kích thích sau là làm tê liệt .

Đối với tim, nicotin làm tim đập chậm, huyết áp hạ. Sau đó, tim đập nhanh, huyết áp tăng trước khi tử vong [4] .

Đối với tiêu hóa, nicotin gây co thắt ruột dữ dội, rồi làm tê liệt gây tăng tiết và gây cạn dịch .

Đối với hệ thần kinh trung ương, tác động cũng vậy, kích thích, ức chết và rồi tê liệt .

Nicotin ảnh hưởng tới quá trình cấu tạo tế bào máu, gây đột biến gene. Nicotin tác động lên màng não làm thay đổi hàm lượng adrenalin gây tác hại không lường

1.4.6. Những biểu hiện nhiễm độc Nicotin:

1.4.6.1. Nhiễm độc cấp tính:

Biểu hiện triệu chứng: đau đầu, chóng mặt, buồn nôn, nôn, ỉa chảy. Nhịp tim nhanh, huyết áp tăng, toát mồ hôi lạnh, hạ thân nhiệt, mẩn ngứa ngoài da,… Trong trường hợp nặng khi hấp thu một lượng lớnnicotin gây mê sảng, khó thở, co giật. Trong trường hợp quá nặng thì tim ngừng đập với tình trạng trụy tim mạch, gây tử vong tức thời mà không có một dấu hiệu nhiễm độc sớm nào .

1.4.6.2. Nhiễm độc nicotin mạn tính:

Nhiễm độc mạn tính là biểu hiện của nhiễm độc nicotin nghề nghiệp và thường là do trong quá trình lao động phải tiếp xúc với thuốc lá, có nồng độ nicotin cao. Biểu hiện của nhiễm độc nicotin mạn tính :

\* Trên cơ quan tạng phủ:

- Đối với niêm mạc, có hiện tượng kích thích; niêm mạc mũi họng khô và ở công nhân mới tiếp xúc có cảm giác đầy bụng.Những triệu chứng này có thể mất đi sau ít ngày thích ứng.Đối với phụ nữ, hiện tượng kích thích còn gặp ở cả niêm mạc sinh dục . Ở người nhiện thuốc lá còn thấy bệnh viêm miệng.

Thường gặp bệnh viêm kết mạc ở công nhân sản xuất thuốc lá với triệu chứng ban đầu là chay nước mắt, nhức mắt

- Đối với da, ở phần để hở xuất hiện các tổn thương kiểu viêm da.Làm thử các thử nghiệm cho thấy đây là hiện tượng dị ứng. Các bệnh ngoài da nới chung hay lặp đi lặp lại nhất là các tổn thưởng ở bàn tay. Ở những người tiếp xúc bằng tay với thuốc lá, như công nhân đóng mở các kiện thuốc lá hay tước cọng lá thuốc, móng tay bị mỏng, dễ gãy và dễ bong.

\* Dấu hiệu toàn thân:

- Tim mạch: nicotin gây cơn đau tim nhịp ngoại tâm thu, biến đổi huyết áp. Có thể có rối loạn mạn tính như viêm động mạch, vữa xơ động mạch, nhồi máu cơ tim. Về các rối loạn tim mạch, các ý kiến rất khác nhau, nhưng lại thống nhất: nicotin là một yếu tố thuận lợi gây biến cố tim mạch .

- Trên hệ thần kinh có nhiều ý kiến khác nhau về tác động của nicotin lên hệ thần kinh. Có ý kiến cho rằng nicotin kích thích, tăng cường hoạt động trí óc, ý kiến khác lại chứng minh nicotin ảnh hưởng xấu đến hoạt động trí óc, trí nhớ giảm sút, dễ quên.

Nhức đầu là một triệu chứng rất hay gặp ở nhiễm độc nicotin nghề nghiệp. Một số trường hợp bị run. Thần kinh thị giác và thính giác có thể vị tổn thương nên có thể có điếc và thị lực giảm sút .

Các dấu hiệu loạn trương lực do thần kinh thực vật có thể xuất hiện, giai đoạn bắt đầu là kích thích hệ phó giao cảm, bởi tình trạng co thắt (ruột, gan, cơn đau quặn thận), tim đập chậm, huyết áp giảm và sau nhiều năm là giai đoạn suy sụp dẫn tới tình trạng tăng huyết áp và rong kinh ở phụ nữ .

- Trên hệ tiêu hóa: các triệu chứng hay gặp là buồn nôn, ăn khó tiêu, tiêu chảy.

- Trên hệ hô hấp: niêm mạc hô hấp bị kích thích mạn tính, đặc biệt bệnh nhân khó thở, giảm thông khí phổi. Bệnh nhân bị viêm phế quản mạn và giãn phế nang.

- Trên nội tiết: nicotin gây tăng đường huyết và đường niệu, gât rối loạn sinh dục.

Có một sự khác nhau cơ bản giữa nhiễm độc cấp do sử dụng nicotin làm hóa chất trừ sâulà cơ thể hấp thụ lượng nicotin lớn trong một lần, còn nhiễm độc mạn tính là do tiếp xúc lâu dài với các liều nhỏ nicotin như khi hút thuốc lá. Còn nhiễm độc nicotin nghề nghiệp chính là nhiễm độc mạn tính gặp ở công nhân tiếp xúc nghề nghiệp với nicotin.

1.4.7. Chẩn đoán nhiễm độc nicotin mạn tính:

\* Dấu hiệu lâm sàng :

- Niêm mạc: có hiện tượng kích thích, niêm mạc mũi họng khô, viêm miệng, viêm kết mạc (chảy nước mắt, nhức mắt, giảm thị lực).

- Da, móng: viêm da dị ứng, móng tay mỏng dễ gãy.

- Tim mạch: Cơn đau tim, thay đổi nhịp tim, nhịp ngoại tâm thu, biến đổi huyết áp.

- Thần kinh: nhức đầu, kém ngủ, dễ quên, thính lực và thị lực giảm sút, run.

- Tiêu hóa: buồn nôn, ăn không ngon miệng, khó tiêu, tiêu chảy, ợ chua, đau thượng vị.

- Hô hấp: viêm phế quản mạn, giãn phế nang, giảm thông khí phổi.

\* Dấu hiệu cận lâm sàng:

Lượng nicotin niệu :

Đối với người không hút thuốc lá: Lượng nicotin niệu trên 0.3 mg/l.

Đối với người hút thuốc lá: Lượng nicotin niệu trên 1.2 mg/l

1.4.8. Điều trị:

1.4.8.1. Đối với nhiễm độc cấp tính:

Cần cấp cứu bệnh nhân thật nhanh.Trường hợp nhiễm độc đường tiêu hóa và bệnh nhân tỉnh, phải gây nôn, tiến hành rửa dạ dày. Dùng dung dịch Pecmangannat kali 0.1% hay dung dịch acid tanic 0.5%, nếu không có các dung dịch trên thì có thể dùng nước chè đặc thay thế.

- Trường hợp nhiễm độc đường hô hấp: cần đưa bệnh nhân ra ngay khỏi vùng ô nhiễm.

- Trường hợp nhiễm độc qua da: cần rửa sạch bằng nước xà phòng.

- Bệnh nhân trong tình trạng suy hô hấp, trụy tim mạch cần cấp cứu tim mạch, đặt nội khí quản, thở máy,…

1.4.8.2. Đối với nhiễm độc mạn tính:

Hiện nay không có thuốc giải độc đặc hiệu nên chủ yếu áp dụng phương pháp điều trị triệu chứng.

1.4.8.3. Điều trị nghiện thuốc lá:

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

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

- Miếng dán nicotin.

- Kẹo cao su nicotin.

- Viên ngậm nicotin.

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

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

\* Liệu pháp tâm lý: kết hợp với sự quyết tâm của người nghiện trên cơ sở phân tích, đánh giá những tác hại của thuốc lá với sức khỏe người nghiện và cộng đồng.

1.5. Phương pháp nhĩ châm [14]:

Từ những năm 1950 đến nay, châm cứu phát triển vô cùng mạnh mẽ. Trong quá trình chữa bệnh, trên cơ sở thừa kế phương pháp châm cứu kinh điển, các nhà thực hành châm cứu đã dựa vào các bộ vị của cơ thể mà sáng tạo ra nhiều phương pháp mới, tìm ra nhiều huyệt mới, dùng kim châm vào đó để điều trị có hiệu quả cho nhiều chứng bệnh khiến cho phương pháp chữa bệnh bằng châm cứu ngày càng có thêm nhiều nội dung phong phú.

Châm loa tai (nhĩ châm) là một trong các phương pháp châm cứu mới ấy. Theo các y văn cổ, cách tác động lên tai nhằm mục đích chữa bệnh cũng đã được nêu trong các sách Nội kinh- Linh khu (ra đời từ thế kỷ thứ IV đến thế kỷ thứ II – trước công nguyên), nhưng mãi đến năm 1957 BS Paul Nogier (người Pháp) mới nêu lên thành phương pháp trị liệu nhĩ châm.

1.5.1. Mối liên hệ giữa tai và hệ thống kinh lạc.

Theo người xưa,Tai không phải là một khí quan cô lập mà nó có quan hệ mật thiết với các bộ phận khác của cơ thể:“thập nhi kinh mạch, tam bách lục thập ngũ lạc, kỳ khí huyết giai thương vu diện nhi tẩu khổng khiếu, kỳ liệt khí tẩu vu nhĩ thính” nghĩa là khí huyết của 12 đường kinh và 365 lạc đều chạy lên mặt, tưới nhuần ngũ quan (mũi, mặt, môi, lưỡi, và tai), thất khiếu (hai mắt, hai tai, hai lỗ mũi, miệng) và não tủy ở bộ phận đầu trong đó khí huyết đi ra tưới vào tai.

Thiên u kinh mạch (Linh khu) lại ghi rõ sự tuần hoàn của 6 đường kinh dương đều đi qua tai:

+ “Mạch của Thủ Thiếu dương Tam tiêu kinh chạy lên gáy liên lạc sau tai, chạy thẳng lên góc trên tai, từ sau tai vào trong tai rồi lộn ra từ ốc tai...”.

+ “Mạch của Thủ Thái dương Tiểu trường kinh đến đuôi mắt chuyển vào trong tai...”.

+ “Mạch của Túc Thiếu dương Đởm kinh từ sau tai vào trong tai, đi ra trước tai...”.

+ “Mạch của Túc Thái dương Bàng quang kinh từ đỉnh đầu đến góc trên tai...”.

+ “Mạch của Túc Dương minh Vị kinh dọc theo huyệt Giáp xa lên trước tai...”.

+ “Biệt lạc của Thủ Dương minh Đại tràng vào tai hợp với tông mạch”.

Thiên “Mậu thích luận”sách Tố Vấn viết: “Năm lạc của sáu kinh âm đều hội ở trong tai”.

Thiên“Khấu vấn” sách Linh khu nói:“Nhĩ vi tổng mạch chi số tụ”nghĩa là loa tai là nơi tụ tập của các kinh mạch.

1.5.2. Quan hệ giữa tai và các tạng phủ.

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

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

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

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

1.5.3. Một số ứng dụng loa tai của người xưa.

Vào khoảng thế kỷ thứ II - III, Trương Trọng Cảnh đã dùng cách đổ nước hẹ vào tai để cấp cứu người chết đuối.

Thế kỷ VI-VII Tôn Tử Mạc châm cứu vào khoảng đối bình tai để chữa bệnh vàng da, và dùng ngải cứu vào huyệt Dương duy (sau tai) để chữa tai ù, tai điếc.

Trong bộ sách “Bản thảo cương mục” Lý thời Trân (đời nhà Minh) có ghi kinh nghiệm của Trần Tạng Khí (đời nhà Đường trước đó) dùng cách dán xác rắn vào tai để chữa sốt rét.

Dương Kế Châu (đời nhà Minh) trong sách“Châm cứu Đại thành’’ghi dùng ngải cứu nhĩ tiêm để chữa đau mắt có màng.

Từ những lời bàn trong sách xưa mà lý giải có thể tai cùng với toàn thân tồn tại nhiều nơi quan hệ mật thiết, lập thành một cần chỉnh thể thống nhất. Khi cơ thể có bệnh sẽ biểu hiện ra những những“điểm’’phản ứng trên tai, khi chữa bệnh có thể lấy làm điểm kích thích để chữa bệnh toàn thân.

1.5.4. Các tài liệu hiện đại về châm tai.

Ở Châu Âu, Hypocrates (460-370 tr.CN - Thầy thuốc người Hy lạp, được thừa nhận là ông tổ của ngành Y)cũng đã viết về kinh nghiệm của người Ai cập cổ đại: người ta dùng cách đốt bỏng trên tai để chữa đau lưng, rạch tĩnh mạch sau tai để chữa chứng bất lực về sinh lí ở nam giới.

Khoảng cuối thế kỷ XVIII, đầu thế kỷ XIX, nhiều tác giả Phương Tây quan tâm đến nghiên cứu loa tai như John Hunter, Paul- Josheph, Barther…Họ quan niệm rằng tai là một vùng sinh phản xạ, và bằng cách tiếp nhận một người đàn ông bị ong đốt ở vành tai khiến anh ta đau đến nỗi không đi lại được.

Năm 1850, Rulker ghi nhận kết quả giảm đau tốt ở địa khu tọa do đốt vùng vành tai...

Năm 1957, tại Hội nghị châm cứu họp ở Tây Đức, bác sỹ Paul Nogier (người Pháp) và cộng sự đã công bố công trình nghiên cứu huyệt vị ở tai và nêu cách châm một số điểm( huyệt) ở tai để chữa một số bệnh tác động lên đó, ta có thể gây nên cảm giác đau (hoặc êm dịu) ở những nơi xa xôi của cơ thể và ngược lại. Điều đặc biệt là vị bác sỹ này tuyên bố là trước đó ông không có nghiên cứu gì về châm loa tai của người Tàu (vì ông không biết tiếng Trung quốc).

Sau đó ít lâu, lần lượt một số nước có các công trình nghiên cứu về châm loa tai và có các sách viết về phương pháp châm mới này.

Năm 1962, Trung Quốc cho xuất bản một tài liệu hợp tác các báo cáo về châm loa tai. Năm 1972 xuất bản tiếp tài liệu về “Nhĩ châm” và là nước đầu tiên dùng một số huyệt trên loa tai để châm tê.

Ở Việt Nam, châm loa tai được nghiên cứu từ những năm 60 của thế kỉ XX tại Viện Đông y trung ương. Trên Tạp chí Đông y những năm 1973, 1974 đến năm 1986 có đăng nhiều bài viêt về châm loa tai của tác giả Nguyễn Văn Tiến, về ứng dụng châm loa tai trong chẩn đoán chữa bệnh của các tác giả Trần Thúy, Phạm Duy Nhạc, Hoàng Bảo Châu, Trần Quang Đạt, Lê Hồng Hoa, Trần quốc Hiếu...

Phương pháp châm loa tai được chính thức đưa vào chương trình giảng dạy cho sinh viên chuyên khoa YHCT ở các trường Đại học Y, được giới thiệu tương đối đày đủ trong các sách Bài giảng Y học cổ truyền, Châm cứu học.

Năm 1986, Nhà xuất bản Y học Hà Nội cho in và phát hành cuốn “Châm loa tai và một số phương pháp châm khác” của các tác giả Trần Thúy, Trần Quang Đạt nhằm giới thiệu sâu về một số phương pháp châm mới cho đồng nghiệp tham khảo.

Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn phác đồ và công thức nhĩ châm hỗ trợ cai nghiện thuốc lá cụ thể như sau:

**Công thức huyệt:**

1. Thần môn 2. Thận 3. Phế

4. Tâm 5. Tỳ 6. Miệng

7. Dưới vỏ 8. Giao cảm

**Phương thức điều trị:**

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

* Mùa hè 1 tuần thay miếng dán 2 lần.
* Mùa đông 1 tuần thay miếng dán 1 lần.
* Hai bên loa tai thay đổi nhau dán nhĩ áp.
* Tùy thuộc vào các triệu chứng của người cai thuốc lá gặp phải mà chọn các điểm dán trên loa tai cho phù hợp.

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

1.6.1. Nghiện thuốc lá được chẩn đoán khi thỏa mãn 3/7 tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện của DSM-IV:

Bảng 1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá theo DSM - IV

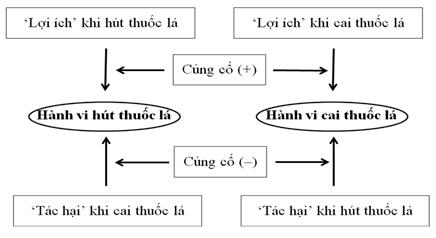


Không cần có tiêu chuẩn 1 và 2 để chẩn đoán nghiện thuốc lá, tuy nhiên để chẩn đoán nghiện thuốc lá thực thể, nghĩa là lệ thuộc vào nồng độ nicotin trong máu, bắt buộc phải có tiêu chuẩn 1 và / hoặc 2. Sự hiện diện của thành phần nghiện thực thể cho thấy chế độ điều trị buộc phải có thành phần điều trị bằng thuốc, tư vấn đơn thuần trên người nghiện thuốc lá thực thể không cho tỷ lệ thành công cao. Mức độ nặng nhẹ nghiện thực thể quyết định liều lượng và thời gian dùng thuốc điều trị. Mức độ nghiện thuốc lá thực thể được đánh giá bằng thang điểm Fagerstrom thu gọn và / hoặc nồng độ CO trong hơi thở ra:

Bảng 1.2. Thang điểm Q-Mat đánh giá quyết tâm cai thuốc lá

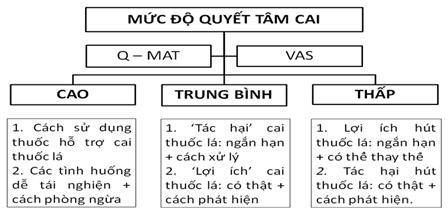


**Thành công cai nghiện thuốc là tùy thuộc nhiều vào quyết tâm cai thuốc lá của người nghiện.** Quyết tâm cai nghiện thuốc lá có thể được đánh giá qua thang điểm Q-Mat

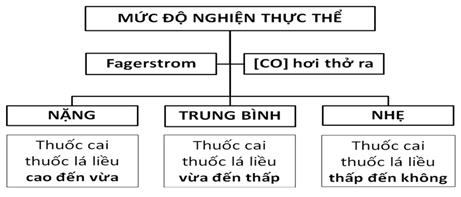


Hiện tại có hai biện pháp điều trị cai nghiện thuốc lá: (1) điều trị cai nghiện thuốc lá không dùng thuốc – Tư vấn, (2) điều trị cai nghiện thuốc lá dùng thuốc – varenicline, nicotin thay thế và buprobion. Tư vấn điều trị tác động được đồng thời 4 thành tố cấu thành quyết tâm cai thuốc lá kể trên. Điều trị bằng thuốc chỉ tác động được 1 – 2 thành tố mà thôi, trong đó varenicline tác động làm giảm “lợi ích” của hút thuốc lá và “tác hại” của cai thuốc lá; nicotin thay thế và bupropion làm giảm “tác hại” của hút thuốc lá. Như vậy tư vấn điều trị cai thuốc lá lúc nào cũng là điều trị cơ bản trong cai thuốc lá, điều trị bằng thuốc giúp tăng thêm tỷ lệ thành công tư vấn cai thuốc lá.

Nguyên tắc của tư vấn cai thuốc lá là sử dụng kỹ thuật điều trị nhận thức – hành vi tác động vào 4 thành tố hình thành quyết tâm cai thuốc lá để tăng cường quyết tâm cai thuốc lá của người nghiện thuốc lá. Tùy mức độ quyết tâm cai thuốc lá khác nhau, can thiệp tư vấn sẽ ưu tiên chọn lựa các thành tố tư vấn.



Nguyên tắc của điều trị cai nghiện thuốc lá bằng thuốc là sử dụng hóa chất làm giảm nhẹ “tác hại” của cai thuốc lá (tất cả ba thuốc) và “lợi ích” của hút thuốc lá (riêng varenicline). Liều lượng, thời gian, quyết định đơn trị liệu hay phối hợp điều trị căn cứ vào mức độ nặng của nghiện thực thể.



1.6.2. Đau là sự đánh giá chủ quan của bệnh nhân qua thang điểm VAS.

Mức độ đau của bệnh nhân: mức độ đau được đánh giá theo thang điểm VAS từ 1 đến 10 bằng thước đo độ của hãng Astra- Zeneca. Thang điểm số học đánh giá mức độ đau VAS là một thước có hai mặt:

* Một mặt: chia thành 11 vạch đều nhau từ 0 đến 10 điểm.
* Một mặt: có 5 hình tượng, có thể quy ước và mô tả ra các mức để bệnh nhân tự lượng giá cho đồng nhất độ đau như sau:
* Hình tượng thứ nhất (tương ứng 0 điểm): bệnh nhân không cảm thấy bất kỳ một đau đớn khó chịu nào.
* Hình tượng thứ hai (tương ứng 1-2,5 điểm): bệnh nhân thấy hơi đau, khó chịu, không mất ngủ, không vật vã và các hoạt động khác bình thường
* Hình tượng thứ ba (tương ứng > 2,5- 5 điểm): bệnh nhân đau khó chịu, mất ngủ, bồn chồn, khó chịu, không dám cử động hoặc có phản xạ kêu rên.
* Hình tượng thứ tư (tương ứng > 5- 7,5 điểm): đau nhiều, đau liên tục, bất lực vận động, luôn kêu rên.
* Hình tượng thứ năm (tương ứng > 7,5- 10 điểm): đau liên tục, toát mồ hôi. Có thể choáng ngất.

**Đánh giá kết quả điều trị:**

* Không đau = 0 điểm Đau nhẹ = 1 - 2,5 điểm.
* Đau vừa = >2, 5 - 5 điểm Đau nặng = > 5 điểm.

1.6.3. Đo nồng độ CO trong hơi thở:

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

Người không hút thuốc lá hoặc đã cai thuốc lá thành công sẽ có nồng độ CO của người **KHÔNG HÚT THUỐC LÁ (0-6ppm)**

Carbon monooxide (CO) là một khí độc hại, không mùi, không màu, không vị. Nó được hình thành bởi sự đốt cháy của chất hữu cơ ở nhiệt độ cao khi không có đủ oxy

Khi hít phải khí CO, CO loại bỏ Oxy trong máu để hình thành chất Carbon Hemoglobin (COHb). CO có thể tồn tại trong máu đến 24 giờ, tùy thuộc vào các yếu tố như hoạt động thể chất, tình dục, cường độ  hút. Thời gian bán hủy là khoảng 5 giờ. CO (ppm) và Carbon Hemoglobin (COHb) có mối tương quan:

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

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

**Ranh giới giữa người hút thuốc lá và người không hút thuốc lá là 6ppm CO.**

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

* **0-6ppm** là nồng độ của người không hút thuốc lá
* **7-10ppm**là của người hút thuốc lá thụ động
* **11-15ppm** là của người hút thuốc lá ít
* **Và trên 15ppm** là dành cho những người nghiện thuốc lá nặng

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Chọn bệnh nhân nghiện thuốc lá không phân biệt giới, nghề nghiệp, tuổi từ 15 – 80.

- Tiêu chuẩn nghiện thuốc lá được chẩn đoán DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual ò Mental Disorders 4th) trích từ “Sổ tay chẩn đoán và thống kê các rối loạn sức khỏe tâm thần” do hiệp hội Tâm thần Hoa kỳ biên soạn với 07 triệu chứng sau:

**1. Hội chứng dung nạp thuốc lá:**

+ Hút thuốc lá tăng mỗi ngày để có cảm giác “phê” như trước.

+ Hút thuốc lá như cũ sẽ giảm cảm giác “phê” so với trước.

**2. Hội chứng cai thuốc lá:**

+ Cai thuốc lá biểu hiện bứt rứt, kích thích, nóng nảy.

+ Hút thuốc trở lại thì các triệu chứng trên không còn.

3. Hút thuốc lâu hơn và nhiều hơn so với dự kiến.

4. Muốn và từng thử cai thuốc lá nhưng chưa thành công.

5. Dành nhiều thời gian cho việc tìm và hút thuốc lá.

6. Giảm hoặc từ bỏ các hoạt động xã hội khác.

7. Vẫn tiếp tục hút mặc dù biết tác hại của thuốc lá

**Bệnh nhân có từ 3/7 tiêu chuẩn trên được chẩn đoán là nghiện thuốc lá.**

+ Đo nồng độ khí CO trong hơi thở của Bệnh nhân nghiện thuốc lá

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân nghiện thuốc lá mắc các bệnh truyền nhiễm cấp tính, lao, K, viêm gan, mắc các bệnh nặng như suy tim, suy gan, suy thận, HA cao, HIV giai đoạn cuối.

- Bệnh nhân hút thuốc lá trở lại trong quá trình nghiên cứu hoặc không tuân thủ quy trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:n = 41, đảm bảo thống kê và tính xác xuất.

2.3. Tiến hành nghiên cứu:

2.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân nghiên cứu:

- Khám lâm sàng: khám và hỏi bệnh theo bệnh án nghiên cứu sàng lọc đảm bảo cỡ mẫu và phát hiện bệnh không đủ tiêu chuẩn loại khỏi nghiên cứu.

+ Lâm sàng:

\* Thời gian hút thuốc lá liên tục từ > 06 tháng.

\* Có từ 3/7 triệu chứng của DSM – IV.

**Thang điểm đánh giá quyết tâm cai nghiện thuốc lá**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TT** |  | **Điểm** |
| 1 | Anh sẽ hút thuốc lá như thế nào trong 06 tháng nữa |  |
|  | - Nhiều như bây giờ | 0 |
| - Ít đi một chút | 2 |
| - Ít đi rất nhiều | 4 |
| - Không còn hút nữa | 8 |
| 2 | Anh thực lòng muốn cai thuốc lá không |  |
|  | - Hoàn toàn chưa muốn | 0 |
| - Chỉ muốn một chút | 1 |
| - Muốn vừa phải | 2 |
| - Muốn rất nhiều | 3 |
| 3 | Anh sẽ hút thuốc lá như thế nào trong 04 tuần nữa |  |
|  | - Nhiều như bây giờ | 0 |
| - Ít đi một chút | 2 |
| - Ít đi rất nhiều | 4 |
| - Không còn hút nữa | 6 |
| 4 | Anh thường xuyên bất mãn với hành vi hút thuốc lá của bản thân |  |
|  | - Không bao giờ | 0 |
| - Đôi khi | 1 |
| - Thường xuyên | 2 |
| - Rất thường xuyên | 3 |
| Kết quả: Từ 0 – 6 điểm: quyết tâm thấp; 7 – 13 điểm: quyết tâm trung bình; 14 – 20 điểm: quyết tâm cao | | |

\* Cận lâm sàng:

- Đo nồng độ khí CO trong hơi thở.

- Các bệnh nhân đến được xét nghiệm cơ bản.

2.3.2. Tiến hành điều trị:

**a) Tiến hành điều trị hỗ trợ cai nghiện thuốc lá bằng phương pháp nhĩ châm:**

**Công thức huyệt:**

1. Thần môn 2. Thận 3. Phế

4. Tâm 5. Tỳ 6. Miệng

7. Dưới vỏ 8. Giao cảm

**Phương thức điều trị:**

* Mỗi lần dùng 3 🡪 4 điểm gắn miếng nhĩ áp lên điểm đó. Dặn bệnh nhân khi có cảm giác thèm hút, muốn hút hoặc có các cảm giác khó chịu khác khi cai thuốc thì dùng tay ấn vào điểm đã gắn miếng nhĩ áp trên loa tai của mình trong 5 - 10 giây.
* Mùa hè 1 tuần thay miếng dán 2 lần.
* Mùa đông 1 tuần thay miếng dán 1 lần.
* Hai bên loa tai thay đổi nhau dán nhĩ áp.
* Tùy thuộc vào các triệu chứng của người cai thuốc lá gặp phải mà chọn các điểm dán trên loa tai cho phù hợp.
* Liệu trình điều trị: 4 tuần liên tục

**b) Kết hợp tư vấn cai nghiện thuốc lá.**

2.3.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

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

- Thời gian nghiên cứu:từ tháng 4 năm 2016 đến tháng 12 năm 2016.

2.4. Chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị:

2.4.1. Chỉ tiêu lâm sàng:Các dấu hiệu lâm sàng được đánh giá theo dõi ngày đầu (N0); ngày thứ 7 (N15), ngày thứ 28 (N28).

- Loại tốt: 5/7 triệu chứng (-); nồng độ khí CO trong hơi thở 1 – 6 ppm

- Loại khá: 3 – 4/7 triệu chứng (-);nồng độ khí CO trong hơi thở 7 – 10ppm

- Loại Không kết quả: Bệnh nhân hút thuốc trở lại:nồng độ khí CO trong hơi thở> 11 ppm

+ Đánh giá kết quả trên 7 tiêu chí của DSM – IV

+ Đánh giá sự cải thiện các triệu chứng: ngủ, đau đầu, thèm hút thuốc lá buổi sáng ngủ dậy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ngủ | Đau đầu (Tính theo VAS) | Thèm hút thuốc lá lúc ngủ dậy | Nồng độ khí CO trong hơi thở |
| Tốt | > 6h/ngày | 0 – 3 điểm | Không | 1 - 6 |
| Khá | 4 – 5h/ngày | 4 – 6 điểm | Không | 7 - 10 |
| Không kết quả | < 4h/ngày | ≥ 7 điểm | Thèm hút thuốc lá trở lại | >11 |

+ Theo dõi, đánh giá cải thiện mạch, HA ở các thời điểm: ngày đầu, ngày thứ 7, ngày thứ28.

2.4.2. Các chỉ tiêu cận lâm sàng:

- Theo dõi đánh giá các chỉ số huyết học, sinh hóa máu, nước tiểu thành phần, XQ tim phổi thẳng trước và sau điều trị (ngày đầu và ngày thứ 28).

- Đo nồng độ khí CO trong hơi thở ở ngày đầu (N0); ngày 28 (N28).

2.5. Xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y sinh học SPSS 16.0

2.6. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu chỉ được thực hiện sau khi được Hội đồng Đạo đức của bệnh viện YHCT TW thông qua. Các đối tượng nghiên cứu sẽ được các điều tra viên giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu và việc tham gia nghiên cứu của họ là hoàn toàn tự nguyện, không mang tính ép buộc. Trong quá trình điền phiếu hoặc trả lời phỏng vấn theo bộ câu hỏi hoặc phỏng vấn sâu, nếu các đối tượng nghiên cứu cảm thấy không thoải mái, họ hoàn toàn có quyền từ chối trả lời tiếp và ngừng tham gia bất cứ lúc nào. Thông tin do đối tượng nghiên cứu cung cấp được bảo mật, đảm bảo tính khuyết danh và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Các thông tin thu thập sẽ được lưu trữ trong kho có khóa và chỉ có nhóm nghiên cứu mới có quyền tiếp cận các thông tin này. Sau 5 năm từ ngày thực hiện nghiên cứu này, các thông tin này sẽ được hủy bỏ.

2.7. Giám sát, hạn chế sai số

Nghiên cứu có thể gặp phải sai số nhớ lại.

Phương pháp hạn chế: bộ câu hỏi được thiết kế với câu hỏi kiểm tra chéo. Điều tra viên là các cán bộ điều tra có kinh nghiệm, đã từng tham gia ít nhất một cuộc điều tra thực địa. Câu hỏi sau khi thu thập được làm sạch trước khi nhập liệu. Quá trình giám sát kiểm tra lại chất lượng của các phiếu điều tra. 20% số phiếu của mỗi điều tra viên theo từng ngày sẽ được nhóm nghiên cứu chọn ra ngẫu nhiên để giám sát lại, nếu có sai sót sẽ yêu cầu điều tra viên điều tra lại và làm sạch tại chỗ. Nếu có quá 5% số phiếu có sai sót, điều tra viên sẽ bị yêu cầu làm lại toàn bộ phiếu trong ngày hôm đó.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiện thuốc lá:

3.1.1 Giới tính:

Bảng 3.1: Giới tính

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N | Phần trăm |
| Nam | 40 | 97.6 |
| Nữ | 1 | 2.4 |
| Tổng | 41 | 100 |

Qua bảng trên ta thấy sô lượng nam giới chiếm tỷ lệ rất cao 97.6%, điều này cũng phù hợp với tình hình thực tế của xã hội là nam giới hút thuốc chiếm chủ đạo

Biểu đồ 3.1: Giới tính

3.1.2. Tuổi:

Bảng 3.2: Tuổi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **Phần trăm** |
| 20 – 40 tuổi | 14 | 34.1 |
| 41 – 60 | 24 | 58.5 |
| > 61 tuổi | 3 | 7.3 |
| Tổng | 41 | 100 |

Biểu đồ 3.2: Tuổi

Dựa vào biểu đồ trên ta nhận thấy người hút thuốc nằm trong độ tuổi từ 41 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 24 người (58.5%)

3.1.3. Độ tuổi bắt đầu hút:

Bảng 3.3: Độ tuổi bắt đầu hút

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **Phần trăm** |
| < 20 tuổi | 25 | 61.0 |
| 21 – 40 tuổi | 16 | 39.0 |
| Tổng | 41 | 100 |

Biểu đồ 3.3: Độ tuổi bắt đầu hút

Qua bảng 3 ta thấy độ tuổi bắt đầu hút thuốc ở người dưới 20 tuổi là 25 người chiếm tỷ lệ 61%. Điều này chứng minh rằng càng ngày tỷ lệ hút thuốc ở người trẻ tuổi càng cao.

3.1.4. Lý do hút thuốc:

Bảng 3.4: Lý do hút thuốc

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Hút thử** | **Bạn bè** | **Cảm giác sảng khoái** | **Gia đình có người hút** | **Giảm căng thẳng** | **Tự tin, bình tĩnh** |
| Có | 19 (46.3) | 26 (63.4) | 5 (12.2) | 11 (26.8) | 14 (34.1) | 6 (14.6) |
| Không | 22 (53.7) | 15 (36.6) | 36 (87.8) | 30 (73.2) | 27 (65.9) | 35 (85.4) |
| Tổng | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 |

Biểu đồ 3.4: Lý do hút thuốc

Qua bảng trên ta thấy chủ yếu hút thuốc có lên quan đến vấn đề bạn bè rủ rê là 2 6 người chiếm tỷ lệ 63.4%, sau đó mới đến việc hút thử (19 người chiếm 46.3%) và giảm căng thẳng (14 người chiếm 34.1%)

3.1.5. Lần đầu tiên bỏ thuốc sau khi hút:

Bảng 3.5: Lần đầu tiên bỏ thuốc lá sau khi hút

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **Phần trăm** |
| < 5 năm | 7 | 17.1 |
| 5 – 10 năm | 7 | 17.1 |
| 10 – 20 năm | 13 | 31.7 |
| 20 – 30 năm | 6 | 14.6 |
| > 30 năm | 2 | 4.9 |
| Chưa bao giờ | 6 | 14.6 |
| Tổng | 41 | 100 |

Thông qua bảng trên ta nhận thấy số người sau 5 năm mới bắt đầu bỏ thuốc lần đầu chỉ là 7 người chiếm tỷ lệ 17.1%. Con số này đạt cao nhất vào 10 – 20 năm sau khi hút là 13 người chiếm tỷ lệ 31.7%.

Biểu đồ 3.5: Lần đầu tiên bỏ thuốc lá sau khi hút

3.1.6. Lý do lần đầu tiên bỏ thuốc

Bảng 3.6: Lý do lần đầu tiên bỏ thuốc

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **Phần trăm** |
| Tự mình | 18 | 43.9 |
| Do người nhà khuyên | 17 | 41.5 |
| Chưa bao giờ | 6 | 14.6 |
| Tổng | 41 | 100 |

Biểu đồ 3.6: Lý do lần đầu tiên bỏ thuốc

Qua biểu đồ trên ta thấy phần lớn bỏ thuốc là do tự ý chí bản thân mình ( 18 người chiếm tỷ lệ 43.9%), sau đó mới tới việc tham gia của người nhà (17 người chiếm tỷ lệ 41.5%). Điều này chứng minh là nếu ý chí tốt và gia đình động viên tích cực thì việc bỏ thuốc lá sẽ đạt hiệu quả cao.

3.1.7. Lần bỏ thuốc lá lâu nhất

Bảng 3.7: Lần bỏ thuốc lá lâu nhất

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **Phần trăm** |
| < 1 tháng | 14 | 34.1 |
| 1 – 3 tháng | 11 | 26.8 |
| 3 – 6 tháng | 3 | 7.3 |
| 6 – 12 tháng | 2 | 4.9 |
| > 1 năm | 5 | 12.3 |
| Chưa bao giờ | 6 | 14.6 |
| Tổng | 41 | 100 |

Biểu đồ 3.7: Lần bỏ thuốc lá lâu nhất

Thông qua biểu đồ trên ta thấy tỷ lệ người bỏ được thuốc lá trong thời gian ngắn (< 1 tháng) đạt tỷ lệ cao nhất 43.1% với 14 người

3.1.8. Tổng số lần bỏ thuốc lá:

Bảng 3.8: Tổng số lần bỏ thuốc lá

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **Phần trăm** |
| Chưa lần nào | 13 | 31.7 |
| 1 – 3 lần | 27 | 65.9 |
| > 10 lần | 1 | 2.4 |
| Tổng | 41 | 100 |

Biểu đồ 3.8: Tổng số lần bỏ thuốc lá

**Nhận xét:** kết quả cho thấy những người nghiện thuốc lá thường đã thử cai nghiện vài lần thất bại. tỷ lệ cai TL 1 – 3 lần chiếm tỷ lệ 65,9 %.

3.1.9. Lý do hút nhiều khi nào

Bảng 3.9. Hút nhiều thuốc nhất vào lúc nào

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **Phần trăm** |
| Buồn | 30 | 73.2 |
| Vui | 2 | 4.9 |
| Uống rượu/beer | 9 | 22.0 |
| Tổng | 41 | 100 |

Biểu đồ 3.9. Hút nhiều thuốc nhất vào lúc nào

Dựa vào bảng 9 ta thấy khi buồn tỷ lệ hút thuốc cao nhất 73.2%, còn khi vui tỷ lệ hút thuốc chỉ đạt 4.9%.

3.1.10. Lý do tiếp tục hút thuốc

Bảng 3.10: Lý do tiếp tục hút thuốc

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **Phần trăm** |
| Thói quen | 19 | 46.3 |
| Nghiện | 21 | 51.2 |
| Tìm cảm giác sảng khoái | 1 | 2.4 |
| Tổng | 41 | 100 |

Biểu đồ 3.10: Lý do tiếp tục hút thuốc

Dựa vào biểu đồ trên ta nhận thấy tỷ lệ nghiện thuốc lá chiếm cao nhất với 21 người đạt 51.2%, sau đó đến hành vi thói quen cầm hoặc hút thuốc với 19 người đạt 46.3%.

3.1.11. Số lượng điếu thuốc hút trong ngày:

Bảng 3.11. Số lượng điếu thuốc hút trong ngày

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dưới 5 điếu** | | **5 – 10 điếu** | | **10 – 20 điếu** | | **> 20 điếu** | |
| **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** | **N** | **%** |
| Số điếu ít nhất/ngày | 16 | 39.0 | 17 | 41.5 | 7 | 17.1 | 1 | 2.4 |
| Số điếu nhiều nhất/ngày | 4 | 9.8 | 2 | 4.9 | 27 | 65.9 | 8 | 19.5 |

Nhận xét: trong 41 bệnh nhân nghiên cứu số bệnh nhân từng hút 10 – 20 điếu / ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 65,9%.

3.1.12. Cảm giác thèm thuốc nhất:

Bảng 3.12. Thời điểm thèm hút thuốc nhất.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **%** |
| Mới ngủ dậy | 32 | 78.0 |
| Buồn | 3 | 7.3 |
| Vui | 1 | 2.4 |
| Khác | 5 | 12.2 |
| Tổng | 41 | 100 |

Biểu đồ 3.11. Thời điểm thèm hút thuốc nhất.

Nhìn vào bảng trên ta thấy hút điếu thuốc đầu tiên ngay sau khi ngủ dậy chiếm tỷ lệ cao nhất đạt 78%

3.1.13. Yếu tố ảnh hưởng đến khả năng cai thuốc:

Bảng 3.13. Yếu tố ảnh hưởng đến khả năng cai thuốc.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N | % |
| Bản thân | 36 | 87.8 |
| Gia đình | 1 | 2.4 |
| Công việc | 4 | 9.8 |
| Tổng | 41 | 100 |

Biểu đồ 3.12. Yếu tố ảnh hưởng đến khả năng cai thuốc.

Qua biểu đồ này ta nhận thấy yếu tố ảnh hưởng lớn nhất đến khả năng cai thuốc lá là chính bản thân người hút ( 36 người chiếm tỷ lệ 87.8%)

3.1.14. Nơi tiếp xúc chủ yếu với khói thuốc

Bảng 3.14. Nơi tiếp xúc chủ yếu với khói thuốc

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **%** |
| Ở nhà và nơi công cộng | 33 | 80.5 |
| Nơi làm việc | 8 | 19.5 |
| Tổng | 41 | 100 |

Nhận xét: kết quả cho thấy người nghiện thuốc lá có môi trường tiếp xúc khói thuốc chủ yếu ở nhà và nơi công cộng: 80,5%

3.1.15. Quyết tâm bỏ thuốc lá:

Bảng 3.15. Quyết tâm bỏ thuốc lá

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N | % |
| Có | 34 | 82.9 |
| Không | 7 | 17.1 |
| Tổng | 41 | 100 |

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân có quyết tâm cai nghiện Tl là 82,9%. Điều này cho thấy đa số các bệnh nhân tìm đến với bác sỹ hỗ trợ khi đã thực sự có quyết tâm cai nghiện thuốc lá.

3.1.16. Khó chịu hoặc bất mãn với hành vi hút thuốc của mình

Bảng 3.16. Khó chịu hoặc bất mãn với hành vi hút thuốc của mình.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | N | % |
| Có | 40 | 97.6 |
| Không | 1 | 2.4 |
| Tổng | 41 | 100 |

Nhận xét: Kết quả cho thấy có tới 97,6% bệnh nhân tự khó chịu và bất mãn với hành vi hút thuốc của mình. Vì thế họ mới có quyết tâm cai TL và tìm đến với hỗ tợ y tế.

3.1.17. Điếu thuốc đầu tiên hút sau khi ngủ dậy:

Bảng 3.17. Sau khi ngủ dậy bao lâu thì hút điếu đầu tiên.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **N** | **%** |
| Trong vòng 5 phút | 7 | 17.1 |
| Trong vòng 30 phút | 22 | 53.7 |
| 31 – 60 phút | 11 | 26.8 |
| Sau 60 phút | 1 | 2.4 |
| Tổng | 41 | 100 |

Biểu đồ 3.13. Sau khi ngủ dậy bao lâu thì hút điếu đầu tiên.

Nhìn vào bảng trên ta thấy sau khi ngủ dậy trong vòng 30 phút phải hút điếu thuốc đầu tiên chiếm tỷ lệ lớn nhất đạt 53.7%

3.1.18. Các biểu hiện sau khi bỏ thuốc lá:

Bảng 3.18. Các biểu hiện sau khi bỏ thuốc lá.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Triệu chứng sau cai TL** |  | **N** | **%** |
| Thèm | Có | 27 | 65.9 |
| Không | 14 | 34.1 |
| Lo lắng | Có | 6 | 14.6 |
| Không | 35 | 85.4 |
| Bồn chồn | Có | 11 | 26.8 |
| Không | 30 | 73.2 |
| Căng thẳng | Có | 5 | 12.2 |
| Không | 36 | 87.8 |
| Cáu gắt | Có | 5 | 14.6 |
| Không | 35 | 85.4 |
| Lâng lâng | Có | 3 | 7.3 |
| Không | 38 | 92.7 |
| Tăng cân | Có | 12 | 29.3 |
| Không | 29 | 70.7 |
| Quên | Có | 1 | 2.4 |
| Không | 40 | 97.6 |
| Chú ý đến thuốc | Có | 2 | 4.9 |
| Không | 39 | 95.1 |
| Muốn gây sự | Có | 0 | 0.0 |
| Không | 41 | 100 |
| Chán nản | Có | 1 | 2.4 |
| Không | 40 | 97.6 |
| Giảm tập trung | Có | 7 | 17.1 |
| Không | 34 | 82.9 |
| Giảm hoạt động tinh thần | Có | 1 | 2.4 |
| Không | 40 | 97.6 |
| Mất ngủ | Có | 2 | 4.9 |
| Không | 39 | 95.1 |
| Rối loạn cảm giác | Có | 10 | 24.4 |
| Không | 31 | 75.6 |
| Thèm ăn | Có | 3 | 7.3 |
| Không | 38 | 92.7 |
| Nghĩ về hút thuốc | Có | 9 | 22.0 |
| Không | 32 | 78.0 |

Biểu đồ 3.14. Các biểu hiện sau khi bỏ thuốc lá.

**Nhận xét:** các triệu chứng thường gặp nhất sau cai thuốc lá là thèm ăn 65,9%; bồn chồn 26,8% ; rối loạn cảm giác 24,4% và giảm tập trung 17,1%.

3.2. Kết quả điều trị:

3.2.1. Sự cải thiện các triệu chứng sau bỏ thuốc lá

Bảng 3.19. Các triệu chứng sau bỏ thuốc

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N1** | | **N7** | | **N14** | | **N21** | | **N28** | |
|  | **Có** | **Không** | **Có** | **Không** | **Có** | **Không** | **Có** | **Không** | **Có** | **Không** |
| Nóng nảy, kích thích | 24 | 17 | 23 | 18 | 0 | 41 | 0 | 41 | 0 | 41 |
| Mất ngủ | 0 | 41 | 0 | 41 | 0 | 41 | 0 | 41 | 0 | 41 |
| Thèm hút | 41 | 0 | 41 | 0 | 36 | 5 | 19 | 22 | 15 | 26 |

Biểu đồ 3.15. Các triệu chứng sau bỏ thuốc

Theo kết quả bảng trên ta nhận thấy các triệu chứng nóng nảy, kích thích và thèm hút thuốc lá giảm dần sau 14 ngày điều trị. Đến ngày 28 thì triệu chứng nóng nảy, kích thích đã hết ở tất cả các bệnh nhân; cảm giác thèm hút chỉ còn 15/41 người.

3.2.2. Sự cải thiện triệu chứng đau đầu sau điều trị cai nghiện TL:

Bảng 3.20. Sự cải thiện triệu chứng đau đầu sau cai nghiện

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Thời điểm**  **Mức độ đau** | **Nhóm nc (n = 41)** | | | | |
| **TĐT** | | **SĐT** | | **P** |
| **n** | **%** | **n** | **%** |
| Không đau | 0 | 0 | 19 | 46,34 | P< 0,05 |
| Đau nhẹ | 25 | 60,98 | 7 | 17,07 |
| Đau vừa | 5 | 12,19 | 13 | 31,71 |
| Đau nặng | 11 | 26,83 | 2 | 4,88 |

**Nhận xét:**

Mức độ đau đầu được cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ đau nặng giảm từ 26,83% xuống còn 4,88% (Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05).

3.2.3. Nồng độ khí CO trước và sau điều trị:

Bảng 3.21. Nồng độ khí CO trước và sau điều trị

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N** | **Ngày 1** | **Ngày 7** | **Ngày 28** | **P trước sau** |
| Nồng độ khí CO (ppm) | 41 | 19.88±2.69 | 15.34±4.35 | 9.10±7.12 | < 0.05 |
| P sau 7 ngày |  | < 0.05 | |  |  |

Dựa vào kết quả bảng trên ta nhận thấy nồng độ khí CO trong máu bệnh nhân giảm rõ rệt chỉ sau 07 ngày điều trị và đến ngày 28 nồng độ khí CO chỉ còn 9.10 ± 7.12. Kết quả này có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị với P < 0.05.

3.2.4. Sự thay đổi nhịp tim và huyết áp trước và sau điều trị:

Bảng 3.22. Sự thay đổi nhịp tim và huyết áp trước và sau điều trị.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **N** | **Ngày 1** | **Ngày 7** | **Ngày 28** | **P trước sau** |
| Nhịp tim | 41 | 76.95 ± 2.06 | 77.00 ± 1.65 | 77.37 ± 0.88 | > 0.05 |
| HA tối đa | 41 | 122.68 ± 4.48 | 123.90±4.93 | 123.66±4.87 | > 0.05 |
| HA tối thiểu | 41 | 76.59±4.80 | 78.49±4.09 | 78.29±3.80 | > 0.05 |

Nhìn vào kết quả trên ta thấy không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị đối với chỉ số nhịp tim và huyết áp với P > 0.05.

3.2.5. Các chỉ số xét nghiệm trước và sau điều trị:

Bảng 3.23. Các chỉ số huyết học trước và sau cai nghiện thuốc lá

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Bạch cầu** | **Hồng cầu** | **HGB** | **HCT** | **Tiểu cầu** |
| N1 | 7.41 ± 1.17 | 5.14 ± 6.55 | 123.02±10.63 | 52.10±63.1 | 200.39±40.79 |
| N28 | 7.43 ± 0.95 | 4.16 ± 0.40 | 123.08±10.59 | 42.16±3.44 | 202.95±29.15 |
| P | > 0.05 | > 0.05 | > 0.05 | > 0.05 | > 0.05 |

**Nhận xét:** Sự thay đổi về các chỉ số huyết học không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05

Bảng 3.24. Các chỉ số sinh hóa trước và sau điều trị

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Ure** | **Creatinin** | **Glucose** | **GOT** | **GTP** |
| N1 | 5.5±1.45 | 98.29±14.38 | 5.11±0.67 | 27.56±5.32 | 31.92±4.42 |
| N28 | 5.57±1.42 | 97.87±11.31 | 5.28±0.72 | 28.87±9.18 | 30.66±4.82 |
| P | < 0.05 | < 0.05 | > 0.05 | > 0.05 | >0.05 |

**Nhận xét:** sự thay đổi về các chỉ số glucose, GOT, GPT không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Các chỉ số ure và creatinin có giảm trong giới hạn bình thường ( p<0,05)

Bảng 3.25. Các chỉ số mỡ máu trước và sau điều trị

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cholesterol** | **Triglycerid** | **HDL** | **LDL** |
| N1 | 5.52±6.50 | 1.32±0.36 | 1.33±0.89 | 2.78±0.54 |
| N28 | 4.51±0.42 | 1.33±0.36 | 1.34±0.89 | 2.86±0.42 |
| P | > 0.05 | > 0.05 | > 0.05 | > 0.05 |

**Nhận xét:** các chỉ số về mỡ máu thay đổi không đáng kể sau quá trình cai nghiện thuốc lá ( p> 0,05)

3.2.6. Đánh giá kết quả dựa trên 7 tiêu chí của DMS - IV

Bảng 3.26: Đánh giá kết quả điều trị

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kết quả** | **Nhóm NC (n = 41)** | |
| **Số BN** | **Tỷ lệ %** |
| Tốt | 26 | 63,4 |
| Khá | 0 | 0 |
| Không kết quả | 15 | 36,6 |
| Tổng số | 41 | 100 |

**Nhận xét:** Kết quả cai nghiện thuốc lá bằng nhĩ châm kết hợp tư vấn đạt tỷ lệ 63,4% tốt và 36,6% không kết quả.

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Kết quả bảng 19 cho thấy các triệu chứng nóng nảy, kích thích và thèm hút thuốc lá giảm dần sau 14 ngày điều trị. Đến ngày 28 thì triệu chứng nóng nảy, kích thích đã hết ở tất cả các bệnh nhân; cảm giác thèm hút chỉ còn 15/41 người. Đây là các triệu chứng làm người nghiện thuốc lá rất khó chịu và dễ tái nghiện nếu không có được quyết tâm cao và sự hỗ trợ y tế tốt.

Mức độ đau đầu được cải thiện rõ rệt sau can thiệp nhĩ châm kết hợp tư vấn cai nghiện thuốc lá. Điều này được thể hiện rõ ở bảng 20 khi tỷ lệ đau nặng giảm từ 26,83% xuống còn 4,88% (Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05).

Kết quả cai nghiện thuốc lá có thành công hay không dựa vào chỉ số nồng độ khí CO trong máu bệnh nhân sau liệu trình cai nghiện. Dựa vào kết quả bảng 21 ta nhận thấy nồng độ khí CO trong máu bệnh nhân giảm rõ rệt chỉ sau 07 ngày điều trị và đến ngày 28 nồng độ khí CO chỉ còn 9.10 ± 7.12. Kết quả này có ý nghĩa thống kê trước với P < 0.05.

Hiệu quả cai nghiện thuốc lá bằng phương pháp nhĩ châm kết hợp tư vấn đạt tỷ lệ 63,4% tốt và 36,6% không kết quả. Điều này cho thấy những trường hợp nếu có quyết tâm cai nghiện và sự hỗ trợ tư vấn và áp dụng nhĩ châm thì kết quả cai nghiện rất tốt thể hiện qua sự cải thiện nồng độ đo khí CO và các triệu chứng của hội chứng cai như đau đầu, mất ngủ, mệt mỏi… Các trường hợp không trưởng thành được quyết tâm cai thì không đạt hiệu quả mong muốn dù đã áp dụng nhĩ châm hỗ trợ tư vấn cai nghiện TL.

Theo kết quả của nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cai thuốc lá của các biện pháp hỗ trợ cai thuốc lá còn chưa đạt hiệu quả cao: tỷ lệ bỏ thuốc là 5 - 10% cho tư vấn ngắn; 20 - 30% cho tư vấn tích cực có cung cấp các kỹ năng xứ trí tình huống; 35% cho tư vấn tích cực kết hợp nicotin thay thế; 30% cho bupropion đơn thuần, 35% cho bupropion kết hợp nicotin thay thế. Tất cả những tỷ lệ này đều thấp hơn 50%.

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

Có thể thấy một người nghiện thuốc lá có thể cai thuốc lá - và tái nghiện nhiều lần, nhưng tất cả những lần đó sẽrất khác nhau. Ở những lần sau, người cai nghiện đã có kinh nghiệm của những lần cai thuốc lá trước, họ biết vì sao tại nghiện, họ biết khi cai thuốc lá phải chịu những khó khăn gì, đâu là “cám dỗ” khiến họ hút trở lại. Căn cứ vào các kinh nghiệm đó, họ có thể lên kế hoạch phù hợp cho lần cai thuốc lá hiện tại để tránh tái nghiện như các lần trước. Như vậy, trong công tác cai nghiện thuốc lá không có “thất bại” mà chỉ có “chưa thành công”, và “thất bại” tạm thời là những bước cần thiết để có được “thành công vĩnh viễn” sau này.

Hỗ trợ cai thuốc lá là sử dụng những biện phápkết hợp để giúp người nghiện thuốc lá bỏ thuốc. Lẽ dĩ nhiên mức độ hỗ trợ càng cao, càng chuyên nghiệp thì người nghiện hút thuốc lá càng có cơ hội cai thuốc lá được thành công hơn.Vì là hỗ trợ nên các biện pháp này không thể nào thay thế được quyết tâm cai thuốc lá của người nghiện thuốc lá. Một số người nghiện thuốc lá tin tưởng rằng có một loại thuốc, một kỹ thuật thần kỳ nào đó có thể giúp họ từ một người hôm qua còn nghiện thuốc lá nặng hôm nay trở thành người không còn nghiện nữa - thậm chí chưa bao giờ hút thuốc lá. Đó là một tin tưởng hoàn toàn sai lầm. Và các biện pháp hỗ trợ cai thuốc lá dù là biện pháp tốt nhất cũng không bao giờ là một “phép lạ” cả.Tuy nhiên, nếu các biện pháp hỗ trợ không thể thay thế cho quyết tâm cai thuốc lá thì nó lại có thể làm quyết tâm này mạnh mẽ lên, duy trì được quyết tâm ở mức độ cao. Tuy rằng biện pháp hỗ trợ không thay thế cho hiểu biết nhưng có thể giúp hiểu biết ngày càng mạnh mẽ hơn. Như vậy, các biện pháp hỗ trợ có vai trò bổ túc trong công thức thành công cai nghiện thuốc lá. Chính vì vậy, tư vấn cai nghiện TL kết hợp can thiệp nhĩ châm đã hỗ trợ rất tốt cho quá trình cai nghiện thuốc lá.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nghiện thuốc lá được tư vấn cai nghiện TL kết hợp sử dụng nhĩ châm. Chúng ta đã biết, phương pháp tư vấn giúp điều chỉnh nhận thức - chuyển đổi hành vi. Biện pháp này được xem là biện pháp quan trọng trong hỗ trợ cai nghiện thuốc lá. Quá trình này gồm nhiều giai đoạn liện tục với nhau tùy vào hiểu biết cũng như quyết tâm của người cai thuốc lá. Mục tiêu của biện pháp này là thúc đẩy người cai thuốc lá trưởng thành hơn nữa trong chu trình trưởng thành quyết tâm cai thuốc lá. Bước đầu tiên, người nghiện thuốc lá được trang bị thông qua tư vấn các hiểu biết đúng đắn và đầy đủ về tác hại sức khỏe khi hút thuốc lá, về lợi ích cho sức khỏe khi ngưng hút thuốc lá. Những kiến thức này giúp một người hút thuốc lá trong giai đoạn “thờ ơ” có những ý định ban đầu về nhu cầu cần phải cai thuốc lá. Bước thứ hai, người “có ý định” được tư vấn về cơ chế gây nghiện, các phương pháp giúp họ thoát khỏi cơn nghiện thuốc lá, cách cân nhắc cái được và mất khi hút thuốc lá hoặc khi cai thuốc lá. Trên cơ sở đó, quyết tâm cai nghiện thuốc lá được củng cố. Người nghiện thuốc lá ở giai đoạn “có ý định” như vậy đã bước sang giai đoạn “chuẩn bị”. Bước thứ ba, người cai thuốc lá ở trong giai đoạn “chuẩn bị” được tư vấn các kiến thức, kỹ năng khống chế cơn nghiện, đối phó cơn thèm thuốc, phòng tránh “cám dỗ” tái nghiện. Như vậy, người cai thuốc lá ở giai đoạn “chuẩn bị” đã chuyển sang giai đoạn cai thuốc lá.

Bước thứ tư, tư vấn về những tình huống dễ dẫn đến tái nghiện sẽ được tư vấn, cách xử trí như thế nào trong từng tình huống cụ thể được đưa ra, nguyên nhân tái nghiện thường gặp cũng được phân tích và lên kế hoạch xử trí. Người cai thuốc lá trong giai đoạn củng cố sẽ được hỗ trợ như vậy.

Bước thứ năm, khi người cai thuốc lá tái nghiện, họ sẽ được tư vấn và phân tích lý do tái nghiện, họ được động viên khuyến khích để cai nghiện trở lại. Và tiếp tục như vậy. Cho đến một thời điểm nào đó người nghiện thuốc lá sẽ cai thuốc lá được hoàn toàn hay đi vào giai đoạn thành công.

Biện pháp tư vấn như vậy tác động được trong tất cả các giai đoạn của quá trình trưởng thành quyết tâm cai thuốc lá, giúp tăng cường hiểu biết và quyết tâm vì thế là thành phần quan trọng trong công thức thành công cai thuốc lá.

Bên cạnh đó, phương pháp nhĩ châm của YHCT tác động vào cơ thể người nghiện thuốc lá, giúp cơ thể giảm bớt các khó chịu gây ra bởi hội chứng cai thuốc khi bệnh nhân cai bỏ thuốc lá: đau đầu, mệt mỏi, cảm giác dòi bò... Theo YHCT, nhĩ châm thông qua tác động vào huyệt và kinh lạc có thể đuổingoại tà, điều hoà dinh vệ, thông được kinh lạc do đó làm điều hoà chức năng tạng phủ, chữa được khỏi bệnh tật. Theo cơ chế thần kinh – nội tiết – thể dịch, nhĩ châm có tác dụng làm tăng nồng độ Beta – endorphin (có tác dụng mạnh gấp hơn 200 lần morphin), catecholamin, cotisol và ACTH ... Theo cơ chế thần kinh, nhĩ châm có tác dụng ức chế dẫn truyền cảm giác đau trong cung phản xạ do đó làm giảm đau. Tất cả các tác động lên huyệt bằng nhĩ châm, điện châm, xoa bóp bấm huyệt sẽ hoạt hoá theo kiểu tạo ra cung phản xạ thần kinh ở ba mức độ: tại chỗ, tiết đoạn và toàn thân… Trong cung phản xạ có bộ phận nhạy cảm là da và cấu trúc thần kinh, mạch máu. Đường hướng tâm là các sợi thần kinh loại Aδ type I, II sợi C. Trung tâm phản xạ là các cấu trúc thần kinh từ mức tuỷ sống, đồi thị, vùng dưới đồi, các neuron thuộc hệ thần kinh trung ương. Đường ly tâm là những sợi thần kinh đi đến da, cơ, mạch máu và các tạng phủ…Tất cả các yếu tố: cơ, lý, hoá khi tác động vào huyệt có thể điều chỉnh được các rối loạn chức năng của cơ thể thông qua cung phản xạ này từ đó làm giảm bớt các triệu chứng của hội chứng cai thuốc lá.

Nghiện thuốc lá không đơn thuần chỉ là nghiện thực thể vào chất nicotin có trong thuốc lá mà đây là một quá trình nghiện phối hợp giữa: nghiện thực thể + nghiện về mặt tâm lý + nghiện về mặt hành vi. Vì thế, có thể khẳng định kết quả hỗ trọe cai nghiện thuốc lá của phương pháp nhĩ châm trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 63,4% tốt là một kết quả khá khả quan cần tiếp tục được đánh giá trên một nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và phối hợp thêm các phương pháp không dung thuốc khác của YHCT để nâng cao hiệu quả cai nghiện thuốc lá.

KẾT LUẬN

Nhĩ châm kết hợp tư vấn cai nghiện thuốc lá có tác dụng hỗ trợ cai nghiện thuốc lá:

* Nhĩ châm kết hợp tư vấn có tác dụng cải thiện các triệu chứng nóng nảy, kích thích, mất ngủ, thèm hút thuốc.
* Nhĩ châm kết hợp tư vấn có tác dụng cải thiện triệu chứng đau đầu theo thang điểm VAS.
* Nhĩ châm kết hợp tư vấn có tác dụng làm giảm hàm lượng CO trong máu của bệnh nhân sau cai nghiện thuốc lá.
* Hiệu quả cai nghiện thuốc lá theo tiêu chuẩn DMS - IV của phương pháp nhĩ châm kết hợp tư vấn đạt tỷ lệ 63,4% tốt và 36,6% không kết quả.

KIẾN NGHỊ

1. Phương pháp nhĩ châm kết hợp tư vấn cai nghiện thuốc lá đạt kết quả tốt, kỹ thuật đơn giản có thể phổ biến chuyển giao cho tuyến dưới hỗ trợ cai nghiện thuốc lá tại cộng đồng.
2. Cần mở rộng phạm vi nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có thể triển khai phối hợp nhiều phương pháp không dùng thuốc của YHCT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Thanh Bình, Quang Văn Tri (2008).** Đánh giá thực trạng hút thuốc thụ động ở bệnh nhân nữ. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, số 12: 140 – 145.
2. **Bộ y tế (2011).** Báo cáo tổng quan pháp luật về Phòng chống tác hại thuốc lá.
3. **Bộ y tế (2010).** Báo cáo kết quả từ điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành tại Việt Nam (GATS).
4. **Bộ y tế (2008).** Tác hại của thuốc lá. Chương trình phòng chống tác hại của thuốc lá quốc gia. http: //vinacosh.gov.vn/page11N80KO1TU9, cập nhật tháng 10/2008.
5. **Bộ y tế và Tổng cục thống kê (2003).** Báo cáo kết quả điều tra y tế quốc gia 2001 – 2002. Nhà xuất bản y học.
6. **Bộ y tế và Tổng cục thống kê (2010).** Điều tra quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam lần thứ hai (SAVY).
7. **Nguyễn Phương Hoa (2012).** Thực trạng hút thuốc lá và tỷ lệ mắc một số bệnh liên quan trong nhóm hút thuốc lá tại huyện Ba Vì năm 2010. Tạp chí nghiên cứu y học, phụ trương 80 (3B): 338 – 344.
8. **Nguyễn Thạc Minh, Hoàng Văn Kính, Nguyễn Tuấn Lâm, Nguyễn Thị Thu Hiền, Vũ Thị Bích Ngọc (2002).** Nghiên cứu gánh nặng tài chính của hút thuốc lá đối với hộ gia đình.
9. **Tổng cục thống kê (2009).** Kết quả toàn bộ Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam năm 2009.
10. **Trường đại học y tế công cộng (2010)**. Báo cáo điều tra thực trạng kinh doanh thuốc lá.
11. **Hoàng Văn Minh (2006)** . Epidemiology of cardiovascular disease in rural Vietnam. Phd thesis. Umea University. Sweden.
12. **Mackay J, Eriksen M, Shafey O**. Tobacco Atlas. Second Edition, 2006, page 42-43.
13. **WHO (2011).** Report on the global tobacco epidemic, 201: warning about the dangers of tobacco.
14. **Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội** (2005), *Châm cứu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
15. **陈芸，侯东辉，黄淑芬，等。**“烟草一号”对烟草戒断综合征大鼠纹状体氧化影响的实验研究。中国中医药现代远程教育，2007,5（11）：49 ~ 52
16. **陈杰，郑遵法，陈丽娜。**中草药对香烟中烟雾毒害的解毒作用研究。中国中西医集合急救杂志，2007,14（2）：73
17. **马荫笃。**中药支招戒烟不难。医药与保健，2003,3:50
18. **张慧琪。**中医药戒烟研究进展。中医药临床杂志，2011,23（9）：842 - 844

**DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **Họ và tên** | **Tuổi** | **Giới** | **Ngày vào viện** | **Ngày ra viện** |
| 1 | Nguyễn Văn C. | 48 | Nam | 5/4/2016 | 3/5/2016 |
| 2 | Nguyễn Văn H. | 50 | Nam | 5/4/2016 | 3/5/2016 |
| 3 | Nguyễn Văn T. | 50 | Nam | 31/5/2016 | 27/6/2016 |
| 4 | Nguyễn Văn D. | 54 | Nam | 31/5/2016 | 27/6/2016 |
| 5 | Nguyễn Văn M. | 44 | Nam | 27/5/2016 | 24/6/2016 |
| 6 | Triệu Xuân T. | 40 | Nam | 26/5/2016 | 23/6/2016 |
| 7 | Trần Viết L. | 73 | Nam | 7/6/2016 | 5/7/2016 |
| 8 | Nguyễn Văn Q. | 37 | Nam | 6/6/2016 | 4/7/2016 |
| 9 | Nguyễn Văn T. | 47 | Nam | 6/6/2016 | 4/7/2016 |
| 10 | Lê Đức T. | 48 | Nam | 23/6/2016 | 21/7/2016 |
| 11 | Nguyễn Văn T. | 43 | Nam | 8/6/2016 | 6/7/2016 |
| 12 | Ngô Quang T. | 59 | Nam | 1/7/2016 | 29/7/2016 |
| 13 | Nguyễn Văn L. | 40 | Nam | 6/7/2016 | 3/8/2016 |
| 14 | Nguyễn Văn N. | 43 | Nam | 8/7/2016 | 4/8/2016 |
| 15 | Trần Xuân T. | 25 | Nam | 8/7/2016 | 4/8/2016 |
| 16 | Vũ Anh M. | 41 | Nam | 29/7/2016 | 26/8/2016 |
| 17 | Nguyễn Văn S. | 53 | Nam | 8/7/2016 | 5/8/2016 |
| 18 | Nguyễn Đức Q. | 48 | Nam | 8/7/2016 | 5/8/2016 |
| 19 | Nguyễn Văn V. | 32 | Nam | 8/7/2016 | 5/8/2016 |
| 20 | Vũ Văn Đ. | 33 | Nam | 8/7/2016 | 5/8/2016 |
| 21 | Trần Mai H. | 58 | Nam | 31/8/2016 | 28/9/2016 |
| 22 | Dần Hữu D. | 67 | Nam | 26/8/2016 | 23/9/2016 |
| 23 | Lê Việt C. | 37 | Nam | 18/8/2016 | 15/9/2016 |
| 24 | Phạm Duy T. | 31 | Nam | 29/8/2016 | 26/9/2016 |
| 25 | Chu Việt H. | 40 | Nam | 30/8/2016 | 26/9/2016 |
| 26 | Nguyễn Thị Ngọc L. | 59 | Nữ | 15/8/2016 | 11/9/2016 |
| 27 | Nguyễn Tiến H. | 33 | Nam | 5/9/2016 | 2/10/2016 |
| 28 | Nguyễn Đẩu Q. | 61 | Nam | 12/9/2016 | 9/10/2016 |
| 29 | Nguyễn Văn T. | 40 | Nam | 28/9/2016 | 25/10/2016 |
| 30 | Kiều Hồng N. | 31 | Nam | 15/9/2016 | 12/10/2016 |
| 31 | Nguyễn Đình D. | 60 | Nam | 30/9/2016 | 27/10/2016 |
| 32 | Nguyễn Văn N. | 24 | Nam | 26/9/2016 | 23/10/2016 |
| 33 | Nguyễn Đức H. | 38 | Nam | 29/9/2016 | 26/10/2016 |
| 34 | Bùi Duy T. | 48 | Nam | 26/9/2016 | 23/10/2016 |
| 35 | Trần Duy H. | 33 | Nam | 5/9/2016 | 2/10/2016 |
| 36 | Đặng Thanh T. | 34 | Nam | 5/9/2016 | 2/10/2016 |
| 37 | Ninh Đức H. | 42 | Nam | 19/9/2016 | 16/10/2016 |
| 38 | Nguyễn Gia H. | 58 | Nam | 28/9/2016 | 25/10/2016 |
| 39 | Trần Hoài N. | 43 | Nam | 19/9/2016 | 16/10/2016 |
| 40 | Bùi Anh C. | 36 | Nam | 5/9/2016 | 2/10/2016 |
| 41 | Lê Thành H. | 42 | Nam | 19/10/2016 | 15/11/2016 |

**Xác nhận của phòng KHTH**