

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



TÔ HÙNG VINH

**ĐẶC ĐIỂM THỂ CHẤT Y HỌC CỔ
TRUYỀN VÀ THỰC TRẠNG HÚT
THUỐC LÁ CỦA NGƯỜI DÂN TẠI
PHƯỜNG 05 QUẬN 10, THÀNH PHỐ
HỒ CHÍ MINH**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

HÀ NỘI, NĂM 2023

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

HỌC VIỆN Y DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM



TÔ HÙNG VINH

**ĐẶC ĐIỂM THỂ CHẤT Y HỌC CỔ TRUYỀN
VÀ THỰC TRẠNG HÚT THUỐC LÁ CỦA
NGƯỜI DÂN TẠI PHƯỜNG 05 QUẬN 10,
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Chuyên ngành: Y học cổ truyền

Mã Số: 8720115

Người hướng dẫn khoa học: PGS.TS.BS. TRẦN THÁI HÀ

HÀ NỘI, NĂM 2023

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	3
1.1. Tổng quan về thể chất Y học cổ truyền.....	3
1.2. Tổng quan về thuốc lá	11
1.3. Các nghiên cứu về thể chất y học cổ truyền và hút thuốc lá trên thế giới và Việt Nam	25
1.4. Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu	30
CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	32
2.1. Đối tượng nghiên cứu	32
2.2. Phương pháp nghiên cứu	32
2.3. Liệt kê và định nghĩa các biến số nghiên cứu	33
2.4. Phương pháp thu thập số liệu	38
2.5. Các loại sai số và biện pháp khắc phục sai số:	38
2.6. Phương pháp phân tích số liệu:	39
2.7. Hạn chế của nghiên cứu.....	40
2.8. Đạo đức trong nghiên cứu	40
CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	42
3.1. Đặc điểm người tham gia nghiên cứu.....	42
3.2. Đặc điểm thể chất y học cổ truyền của người tham gia nghiên cứu.....	48
3.3. Mối liên quan giữa hút thuốc lá và thể chất y học cổ truyền.....	60
CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN	66
4.1. Bàn luận về đặc điểm của người tham gia nghiên cứu.....	66
4.2. Bàn luận về đặc điểm thể chất của người tham gia nghiên cứu	70
4.3. Bàn luận về mối liên quan thể chất YHCT và hút thuốc lá của người dân tại phường 05 quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh.	77
KẾT LUẬN	83
KHUYẾN NGHỊ.....	85
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

TÊN VIẾT TẮT	TÊN TIẾNG ANH	TÊN TIẾNG VIỆT
BMI	Body Mass Index	Chỉ số khối cơ thể
CCMQ	Constitution in Chinese Medicine Questionnaire	Bảng câu hỏi về thể chất y học cổ truyền Trung Quốc
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease	Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính
FNDT	Fagerström Nicotine Dependence Test	Bài trắc nghiệm Fagerstrom đánh giá sự phụ thuộc/nghiện Nicotine của cơ thể người hút thuốc lá
HIS	Heaviness of Smoking Index	Chỉ số hút thuốc lá nặng
QSU-Brief	Brief questionnaire of smoking urges	Bảng câu hỏi về thôi thúc hút thuốc
RLLM		Rối loạn lipid máu
TCMC	Traditional Chinese medicine constitution	Thể chất Y học cổ truyền
WHO	World Health Organization	Tổ chức Y tế thế giới
YHCT		Y học cổ truyền
YHĐ		Y học hiện đại
ĐTĐ typ 2		Đái tháo đường typ 2
THA		Tăng huyết áp
BMV		Bệnh mạch vành
Thể chất cơ địa, bẩm sinh		Cơ địa
95%CI	95% Confidence Interval	Khoảng tin cậy 95%

DANH MỤC BẢNG

Bảng 1.1 Tiêu chuẩn phân loại để xếp thể chất dựa vào AS.....	5
Bảng 3.1 Đặc điểm về giới tính của đối tượng hút thuốc lá	42
Bảng 3.2 Số lượng nam-nữ của mẫu nghiên cứu	42
Bảng 3.3 Phân bố theo tuổi của mẫu nghiên cứu.....	43
Bảng 3.4 Trình độ học vấn của mẫu nghiên cứu	43
Bảng 3.5 Đặc điểm nghề nghiệp của mẫu nghiên cứu.....	44
Bảng 3.6 Đặc điểm của nhóm đối tượng hút thuốc lá.....	45
Bảng 3.7 Đặc điểm của người hít khói thuốc lá thụ động theo giới tính	47
Bảng 3.8 Tỷ lệ các dạng thể chất y học cổ truyền của mẫu nghiên cứu	48
Bảng 3.9 Tần suất yếu tố tuổi theo thể chất YHCT	49
Bảng 3.10 Tần suất yếu tố giới tính theo thể chất YHCT.....	50
Bảng 3.11 Tần suất trình độ học vấn theo thể chất YHCT	50
Bảng 3.12 Tần suất nghề nghiệp theo thể chất YHCT.....	51
Bảng 3.13 Tần suất và tỷ lệ BMI theo thể chất YHCT.....	52
Bảng 3.14 Tần suất và tỷ lệ mất ngủ theo thể chất YHCT	52
Bảng 3.15 Tần suất và tỷ lệ sử dụng bia rượu theo thể chất YHCT	53
Bảng 3.16 Tần suất và tỷ lệ tập thể dục hàng ngày theo thể chất YHCT	53
Bảng 3.17 Tần suất và tỷ lệ bệnh mãn tính theo thể chất YHCT	54
Bảng 3.18 Tần suất các bệnh mãn tính theo thể chất y học cổ truyền	55
Bảng 3.19 Môi trường quan của các yếu tố với thể chất Bình hòa	55
Bảng 3.20 Môi trường quan của các yếu tố với thể chất Khí hư.....	56
Bảng 3.21 Môi trường quan của các yếu tố với thể chất Dương hư	56
Bảng 3.22 Môi trường quan của các yếu tố với thể chất Âm hư.....	57
Bảng 3.23 Môi trường quan của các yếu tố với thể chất Huyết ứ.....	57
Bảng 3.24 Môi trường quan của các yếu tố với thể chất Đàm thấp.....	58
Bảng 3.25 Môi trường quan của các yếu tố với thể chất Thấp nhiệt.....	58
Bảng 3.26 Môi trường quan của các yếu tố với thể chất Khí uất.....	59
Bảng 3.27 Môi trường quan của các yếu tố với thể chất cơ địa, bẩm sinh	59

Bảng 3.28 Tần suất và tỉ lệ hút thuốc lá theo thể chất y học cổ truyền	60
Bảng 3.29 Ảnh hưởng của thuốc lá lên thể chất y học cổ truyền	61
Bảng 3.30 Tỉ lệ thể chất y học cổ truyền theo đối tượng thuốc lá	62
Bảng 3.31 Tỉ lệ bệnh mãn tính theo đối tượng hút thuốc lá.....	63
Bảng 3.32 Tỉ lệ sử dụng bia rượu theo đối tượng hút thuốc lá	64
Bảng 3.33 Tỉ lệ mất ngủ theo đối tượng hút thuốc lá	64
Bảng 3.34 Môi trường quan của hút thuốc lá với thể chất y học cổ truyền	65

LỜI CẢM ƠN

Để hoàn thành luận văn này tôi đã nhận được sự giúp đỡ vô cùng to lớn và quý báu của các Thầy, Cô, đồng nghiệp, bạn bè và gia đình.

Tôi xin trân trọng cảm ơn: Ban Giám đốc Học viện Y- Dược học cổ truyền Việt Nam, phòng Đào tạo Sau đại học cùng các Bộ môn Khoa phòng của Học viện là nơi trực tiếp đào tạo và tận tình giúp đỡ, tạo điều kiện cho tôi trong suốt quá trình học tập và nghiên cứu và hoàn thành luận văn.

Tôi xin trân trọng cảm ơn Ủy ban nhân dân Phường 05 Quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh là nơi đã giúp đỡ, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình thu thập số liệu và nghiên cứu để hoàn thành đề tài.

Tôi xin bày tỏ lòng kính trọng và biết ơn sâu sắc tới PGS.TS. Trần Thái Hà là người Thầy đã hết lòng quan tâm, tận tình hướng dẫn, dạy bảo, dìu dắt tôi trong suốt quá trình nghiên cứu đề tài, kiến thức chuyên môn và hoàn thành luận văn.

Tôi vô cùng biết ơn các Thầy, các Cô trong Hội đồng thông qua đề cương, Hội đồng chấm luận văn Thạc sỹ Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam đã đóng góp cho tôi nhiều ý kiến quý báu để tôi hoàn thành luận văn.

Cuối cùng, tôi xin bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới gia đình, đồng nghiệp và bạn bè, những người luôn sát cánh, giúp đỡ và động viên tôi trong suốt quá trình học tập, nghiên cứu cũng như trong công việc và cuộc sống.

Hà Nội, ngày 10 tháng 04 năm 2023

Học viên

Tô Hùng Vinh

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là Tô Hùng Vinh, học viên Cao học khóa 13, Học viện Y- Dược học cổ truyền Việt Nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của PGS.TS. Trần Thái Hà.

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

2. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận của cơ sở nghiên cứu.

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

Hà Nội, ngày 10 tháng 04 năm 2023

Người viết cam đoan

Tô Hùng Vinh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, việc ứng dụng y học cổ truyền trong công tác quản lý sức khỏe được mọi người hướng đến. Nhiều công trình nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của y học cổ truyền trong việc hỗ trợ điều trị cũng như nâng cao thể trạng và phòng ngừa bệnh tật. Trong đó nhiều nghiên cứu cho thấy có mối liên quan của tình trạng sức khỏe và bệnh tật với sự thay đổi tình trạng thể chất theo y học cổ truyền. Các nghiên cứu cho thấy phương pháp y học cổ truyền có thể phát hiện ra sự thay đổi thể chất của một người trước khi có bệnh thật sự, giúp ích cho việc quản lý sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật sớm hơn[1],[2],[3],[4]. Xu hướng nghiên cứu mối liên quan của các yếu tố lối sống, khí hậu, thói quen ăn uống lên sự thay đổi thể chất y học cổ truyền là hướng đi mới trên thế giới, góp phần kiểm soát những bệnh mãn tính; các công trình nghiên cứu về thể chất y học cổ truyền trong nước đa số với cỡ mẫu nhỏ, đối tượng chủ yếu là người bệnh mắc bệnh mãn tính đang điều trị nội trú tại bệnh viện chưa cho thấy được đặc điểm thể chất y học cổ truyền của cộng đồng dân cư trong nước nói riêng và từng địa phương nói chung[6],[7],[8],[9]. Ngoài ra, các nghiên cứu quốc tế và trong nước chưa mô tả kỹ mối liên quan giữa hút thuốc lá với thể chất y học cổ truyền, đây là một thiếu sót lớn vì thuốc lá nguy hiểm cho toàn nhân loại dù dùng ở bất kỳ dạng nào, dù với một lượng rất nhỏ, dù là hít phải khói thuốc lá thụ động. Vào năm 2007, WHO đã giới thiệu sáu biện pháp chiến lược MPOWER là những hướng dẫn thực tế và hiệu quả với chi phí phù hợp cho các quốc gia để từng bước kiểm soát mức độ tiêu thụ thuốc lá. Trong đó đề cao vai trò của mục tiêu cảnh báo về sự nguy hiểm của thuốc lá và bảo vệ mọi người khỏi việc sử dụng thuốc lá[10],[11]. Từ năm 2007 đến nay, nước ta vẫn còn gánh nặng bệnh tật và gánh nặng kinh tế xã hội liên quan đến thuốc lá, tỉ lệ hút thuốc lá còn đông nên cần thiết nghiên cứu thêm về tác hại của thuốc lá lên sức khỏe con người theo góc nhìn y học cổ truyền.

Hiện tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu tiến hành khảo sát thể chất y học cổ truyền trên cộng đồng dân cư, nhất là khảo sát thể chất y học cổ truyền của người hút thuốc lá[6],[7],[8]. Nhằm kế thừa, phát huy vốn quý của YHCT và góp phần nghiên cứu lĩnh vực này, chúng tôi tiến hành đề tài **“Đặc điểm thể chất y học cổ**

truyền và thực trạng hút thuốc lá của người dân tại phường 5 quận 10, TP.HCM
thông qua bộ câu hỏi *Constitution in Chinese Medicine Questionnaire* (CCMQ) với
2 mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm thể chất y học cổ truyền của người dân tại phường 05 quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022.*
- 2. Phân tích mối liên quan thể chất y học cổ truyền và hút thuốc lá của người dân tại phường 05 quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022.*

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về thể chất Y học cổ truyền

1.1.1. Khái niệm và nguồn gốc

Khái niệm:

Thể chất y học cổ truyền Trung Quốc (thể chất y học cổ truyền, TCMC) là một khái niệm để phân biệt sự khác biệt về đặc điểm sinh lý của con người thông qua lăng kính của y học cổ truyền. Định nghĩa thể chất YHCT được công nhận nhiều nhất do Giáo sư Wang đề xuất[1],[12],[13]: Thể chất y học cổ truyền là sự tổng hợp, nguyên vẹn, tương đối ổn định và tự nhiên của các đặc tính cá nhân về hình thái, chức năng sinh lý và tình trạng tâm lý, được hình thành bẩm sinh và thông qua quá trình sống, xác định tính nhạy cảm đối với một số yếu tố gây bệnh cũng như xu hướng bệnh. TCMC không chỉ xác định tính nhạy cảm đối với một số mầm bệnh và bệnh tật mà còn liên quan chặt chẽ đến sự phát triển và tiên lượng bệnh[1].

Nguồn gốc và sự phát triển lịch sử của lý thuyết Thể chất y học cổ truyền:

Lý thuyết về TCMC bắt nguồn từ sách Hoàng Đế Nội Kinh chỉ ra rằng sự khác biệt về thể chất giữa các cá nhân đã tồn tại từ khi họ sinh ra và có thể thay đổi theo tuổi tác. Ngoài ra, nó cũng tạo ra một hệ thống sơ bộ để phân loại các yếu tố khác nhau dựa trên nước da, tầm vóc (béo hay gầy), tính khí (dũng cảm hay hèn nhát), cảm xúc, tuổi tác, âm dương và ngũ hành của mỗi cá nhân, tóm tắt một cách có hệ thống các đặc điểm sinh lý, bệnh lý và tâm lý của từng loại vóc dáng và luận giải mối quan hệ giữa vóc dáng và các bệnh tật, đặt cơ sở ban đầu cho sự hình thành và phát triển lý thuyết TCMC. Đến thời Đông Hán, Trương Trọng Cảnh, một trong những thầy thuốc xuất sắc nhất trong lịch sử y học Trung Quốc, đã chỉ ra rằng tình trạng thể chất của cá nhân có liên quan chặt chẽ đến sự khởi phát và phát triển của bệnh, do đó, ông nêu chủ trương: Các phương pháp điều trị nên thay đổi theo thể trạng của người bệnh ngay cả đối với cùng một bệnh, từ đó trở đi lý thuyết TCMC đã được áp dụng trong thực hành lâm sàng. Nhiều thầy thuốc trong các triều đại sau này bao gồm Jin (266

AD), Sui, Tang, Song, Jin (1115 AD) và Yuan đã làm phong phú thêm lý thuyết về TCMC[14].

Dựa trên sự thảo luận nghiêm túc về y văn cổ đại và phân tích toàn diện các nghiên cứu về TCMC, Giáo sư Qi Wang và nhóm nghiên cứu của ông đã cải thiện cách phân loại trước đây mà ông đã nêu ra vào năm 1995 và đề xuất phương pháp phân loại tiêu biểu nhất được gọi là “quy tắc chín dạng thể chất”, trong đó phân dạng thể chất y học cổ truyền của con người thành 9 loại: bình hòa (cân bằng), dương hư, âm hư, đằm thấp, khí hư, thấp nhiệt, huyết ứ, Khí uất và thể chất cơ địa, bẩm sinh. Vì phân loại này được hình thành dựa trên đầy đủ các nghiên cứu lý thuyết và lâm sàng trước đó, ngoài kinh nghiệm lâm sàng và ý tưởng học thuật của những người đề xuất, nó được phần lớn các bác sĩ đông y ở Trung Quốc thừa nhận [12],[13],[15],[16]. Sau đó, TCMC với tư cách là một nhánh mới của lý thuyết y học cổ truyền Trung Quốc, dùng để phân tích các đặc điểm của lối sống và sức khỏe con người, ngày càng thu hút nhiều sự quan tâm nghiên cứu. Kết quả là, một số lượng lớn các dự án nghiên cứu về TCMC đã được thực hiện và đạt được những bước tiến vượt bậc trong suốt bốn mươi năm qua [4],[14],[16],[17],[18],[19],[20],[21],[22],[23],[24],[25],[26],[27].

Để đo lường các dạng thể chất một cách khách quan, một số thang đo đã được phát triển trong suốt thập kỷ qua. Thang điểm thường được công nhận và chấp nhận là thang điểm thể chất TCM do GS Wang phát triển vào năm 2005 tên là Bảng câu hỏi về thể chất y học Trung Quốc (CCMC - Constitution in Chinese Medicine Questionnaire)[13]. Nghiên cứu trước đây do Wang và các đồng nghiệp của ông thực hiện cho thấy thang đo này có độ tin cậy và hiệu lực tốt[28],[29],[30].

Vào ngày 9 tháng 4 năm 2009, Hiệp hội Y học Trung Quốc đã ban hành Bảng câu hỏi CCMC là tiêu chuẩn chính thức để phân loại và xác định thể chất y học cổ truyền, biến nó thành một phương pháp thống nhất và tiêu chuẩn để xác định dạng thể chất y học cổ truyền[12],[13]. Đây là bảng câu hỏi tự đánh giá, có 60 câu hỏi, mỗi câu hỏi được gắn vào 5 mức độ trả lời tương ứng là không, hiếm khi, ít, thỉnh thoảng, luôn luôn (tương ứng 1- 5 điểm), và được phân thành 9 mục tương đương với 9 dạng thể chất, điểm số của mỗi dạng thể chất được tiêu chuẩn hóa từ 0 đến 100.

Tổng điểm của mỗi mục sẽ nhận được bằng cách tổng hợp điểm của các câu hỏi có liên quan và sau đó chuyển đổi chúng thành một điểm chuẩn hóa thông qua công thức bên dưới, và sau đó điểm chuẩn hóa được sử dụng để xác định dạng thể chất theo tiêu chí phân loại (Bảng 1.1) [1],[12],[14],[28][25],[31].

Công thức điều chỉnh [6],[7],[8]:

$$AS = \frac{TS - \text{số mục}}{\text{số mục} \times 4} \times 100$$

AS là điểm chuẩn hóa sau khi chuyển đổi

TS là tổng số điểm của mỗi mục (cộng tổng điểm của các câu hỏi liên quan).

Thể chất cân bằng là thể chất bình hòa, 8 dạng thể chất khác là thể chất không cân bằng, đánh giá theo bảng tiêu chuẩn dưới đây:

Bảng 1.1 Tiêu chuẩn phân loại để xếp thể chất dựa vào AS

Loại bản chất	Tiêu chí	Nhận định kết quả
Thể chất bình hòa (thể chất cân bằng)	AS thể bình hòa ≥ 60	Có
	Và AS của 8 thể không cân bằng < 30	
	AS thể bình hòa ≥ 60	Có xu hướng
	Và AS của 8 thể không cân bằng < 40	
	Không đáp ứng các điều kiện trên	Không
Thể chất không cân bằng	AS của 8 thể không cân bằng ≥ 40	Có
	AS của 8 thể không cân bằng 30 - 39	Có xu hướng
	AS của 8 thể không cân bằng < 30	Không

PHÂN LOẠI CÁC DẠNG THỂ CHẤT YHCT

Thể chất YHCT được phân thành 9 dạng là:

- Bình hòa (Dạng A)
- Khí hư (Dạng B)
- Dương hư (Dạng C)
- Âm hư (Dạng D)
- Đàm thấp (Dạng E)
- Thấp nhiệt (Dạng F)

- Huyết ú (Dạng G)
- Khí uất (Dạng H)
- Cơ địa, bẩm sinh (Dạng I).

1. Thể chất bình hòa (Dạng A)

- Đặc điểm chung: Âm dương khí huyết điều hòa, thể trạng trung bình, sắc mặt hồng nhuận, tinh thần khỏe khoắn là những đặc trưng chủ yếu.

- Đặc điểm hình thể: Thân thể khỏe mạnh, cường tráng.

- Biểu hiện hay gặp: Sắc mặt, da dẻ sáng nhuận, tóc dày và bóng, sắc mũi nhuận, giác quan tốt, môi hồng nhuận, không dễ mệt mỏi, thể lực dồi dào, chịu được nóng lạnh, ngủ ngon, ăn uống tốt, nhị tiện bình thường, lưỡi hồng nhạt, rêu trắng mỏng, mạch hòa hoãn có lực.

- Đặc điểm tâm lý: Tính cách hiền hòa, thoải mái.

- Xu hướng bệnh tật: Rất ít khi bị bệnh.

- Khả năng thích ứng với ngoại cảnh: Thích ứng tốt với hoàn cảnh tự nhiên và xã hội.

2. Thể chất khí hư (Dạng B)

- Đặc điểm chung: Nguyên khí bất túc, mệt mỏi, khí đoản, tự hãn là đặc trưng chủ yếu.

- Đặc điểm hình thể: Cơ nhục nhẽo, không săn chắc.

- Biểu hiện hay gặp: Tiếng nói thường ngày hơi yếu, khí đoản ngại nói, dễ mệt mỏi, tinh thần không phấn chấn, dễ ra mồ hôi, chất lưỡi hồng nhạt, rìa lưỡi có hàn răng, mạch nhược.

- Đặc điểm tâm lý: Tính cách hướng nội, không thích mạo hiểm.

- Xu hướng bệnh tật: Dễ mắc bệnh cảm mạo, các chứng sa, sau khi mắc bệnh hồi phục chậm.

- Khả năng thích ứng với ngoại cảnh: Không chịu được phong, hàn, thử, thấp tà.

3. Thể chất dương hư (Dạng C)

- Đặc điểm chung: Biểu hiện hư hàn chứng như dương khí bất túc, sợ lạnh, tay chân không ấm là những đặc trưng chủ yếu.
- Đặc điểm hình thể: Cơ nhục mềm nhẽo không săn chắc.
- Biểu hiện hay gặp: Bình thường hay sợ lạnh, tay chân không ấm, thích ăn đồ ấm nóng, tinh thần không phấn chấn, lưỡi nhạt mềm bệu, mạch trầm trì.
- Đặc điểm tâm lý: Tính cách trầm tĩnh, hướng nội.
- Xu hướng bệnh tật: Dễ mắc đàm ẩm, thủy thũng, tiết tả; khi cảm tà dễ tòng hàn hóa.
- Khả năng thích ứng với ngoại cảnh: Chịu được mùa hạ, không chịu được mùa đông, dễ cảm phong, hàn thấp tà.

4. Thể chất âm hư (Dạng D)

- Đặc điểm chung: Thiếu âm dịch, biểu hiện triệu chứng hư nhiệt như miệng táo họng khô, lòng bàn tay chân nóng là những đặc trưng chủ yếu.
- Đặc điểm hình thể: Hình thể hơi gầy
- Biểu hiện hay gặp: Lòng bàn tay chân nóng, miệng khô, họng khô, mũi hơi khô, thích nước mát, đại tiện khô táo, lưỡi đỏ ít tân, mạch tế sác.
- Đặc điểm tâm lý: Tính tình nóng nảy, hướng ngoại năng động, hoạt bát.
- Xu hướng bệnh tật: Dễ mắc bệnh hư lao, mất tinh, mất ngủ, cảm tà dễ tòng nhiệt hóa.
- Khả năng thích ứng với ngoại cảnh: Chịu được đông, không chịu được hạ, không chịu được thử nhiệt táo tà.

5. Thể chất đàm thấp (Dạng E)

- Đặc điểm chung: Đàm thấp ngưng tụ biểu hiện hình thể béo, bụng to, miệng dính, rêu lưỡi nhờn là những đặc trưng chủ yếu.
- Đặc điểm hình thể: Hình thể béo, bụng to nhẽo.
- Biểu hiện hay gặp: Da mặt nhiều dầu, nhiều mồ hôi dính, tức ngực, nhiều đàm, miệng nhờn dính hoặc ngọt, thích ăn đồ béo ngọt, rêu lưỡi nhờn, mạch hoạt.
- Đặc điểm tâm lý: Tính cách thiên về ôn hòa, chín chắn, nhẫn nại.
- Xu hướng bệnh tật: Dễ mắc bệnh tiêu khát, trúng phong, hung tý...

- Khả năng thích ứng với ngoại cảnh: Khó thích ứng với hoàn cảnh ẩm thấp, tiết trời mưa dầm.

6. Thể chất thấp nhiệt (Dạng F)

- Đặc điểm chung: Thấp nhiệt nội uẩn, biểu hiện thấp nhiệt như mặt cầu bồng bóng nhòn, miệng đắng, râu lưỡi vàng nhòn là những đặc trưng chủ yếu.

- Đặc điểm hình thể: Hình thể trung bình hoặc hơi gầy.

- Biểu hiện hay gặp: Mặt bóng nhòn cầu bồng, dễ bị trúng cá, miệng đắng khô, mình nặng nề hay buồn ngủ, đại tiện dính trệ không thông sướng hoặc táo kết, tiểu tiện vàng ngắn, nam giới vùng hạ bộ ẩm ướt, nữ giới khí hư nhiều, chất lưỡi hơi đỏ, râu lưỡi vàng nhòn, mạch hoạt sác.

- Đặc điểm tâm lý: Dễ nóng nảy, phiền muộn.

- Xu hướng bệnh tật: Hay bị trúng cá mụn nhọt, hoàng đản, nhiệt lâm...

- Khả năng thích ứng với ngoại cảnh: Khó thích ứng với khí hậu thấp nhiệt cuối hạ đầu thu, thấp nhiệt hoặc nhiệt độ không khí hơi cao.

7. Thể chất huyết ứ (Dạng G)

- Đặc điểm chung: Huyết hành không thông sướng, biểu hiện triệu chứng huyết ứ như da dễ ám tối, chất lưỡi ám tím là những đặc trưng chủ yếu.

- Đặc điểm hình thể: Béo gầy đều thấy.

- Biểu hiện hay gặp: Da dễ ám tối, sắc tố trầm, dễ xuất hiện ban ứ, môi miệng nhạt ám, lưỡi tối hoặc có điểm ứ, lạc mạc dưới lưỡi tím hoặc giãn rộng, mạch sác.

- Đặc điểm tâm lý: Dễ bị phiền muộn, hay quên.

- Xu hướng bệnh tật: Dễ bị chứng trung hà hoặc chứng đau, huyết chứng.

- Khả năng thích ứng với ngoại cảnh: Không chịu được hàn tà.

8. Thể chất Khí uất (Dạng H)

- Đặc điểm chung: Khí cơ uất trệ, biểu hiện triệu chứng như tinh thần u uất, lo lắng, yếu đuối là những đặc trưng chủ yếu.

- Đặc điểm hình thể: Phần lớn hình thể gầy.

- Biểu hiện hay gặp: Tinh thần u uất, tình cảm yếu đuối, buồn phiền không vui, lưỡi hồng nhạt, râu lưỡi trắng mỏng, mạch huyền.

- Đặc điểm tâm lý: Tính cách hướng nội không ổn định, hay nhạy cảm lo lắng.

- Xu hướng bệnh tật: Dễ bị trầm cảm (Tạng táo), mai hạch khí, hoang tưởng (Bách hợp bệnh) và chứng uất.

- Khả năng thích ứng với ngoại cảnh: Phản ứng với những kích thích về thần kinh kém, không thích ứng với thời tiết âm u mưa dầm.

9. *Thể chất cơ địa, bẩm sinh (thể chất đặc biệt) (Dạng I)*

- Đặc điểm chung: Dị tật bẩm sinh, giảm chức năng sinh lý, phản ứng dị ứng là những đặc trưng chủ yếu.

- Đặc điểm hình thể: Thể chất dị ứng, thường không đặc hiệu, bẩm sinh bất thường hoặc có dị tật, hoặc có sinh lý không đầy đủ.

- Biểu hiện hay gặp: Thể chất cơ địa dị ứng, thường gặp hen suyễn, dị ứng nổi mề đay, ngứa họng, ngạt mũi, hắt hơi; bị bệnh di truyền, bẩm sinh di truyền hoặc bệnh có tính chất gia đình, bệnh có ảnh hưởng tới sinh trưởng và phát dục từ thời kỳ bào thai.

- Đặc điểm tâm lý: Tùy theo bẩm sinh thể chất có sự khác nhau.

- Xu hướng bệnh tật: Cơ địa dị ứng hay mắc bệnh hen suyễn, mề đay, dị ứng thuốc và phấn hoa... Bệnh có tính di truyền như bệnh Hemophilia, bệnh Down, các bệnh di truyền thai nhi như ngũ trì (chậm đứng, chậm đi, chậm mọc tóc, chậm mọc răng và chậm nói), ngũ nhuyễn (đầu mềm, cổ mềm, chân tay mềm, cơ nhục mềm, miệng mềm), hở thóp, co giật, thai đản...

- Khả năng thích ứng với ngoại cảnh: Khả năng thích ứng kém, với thể chất dị ứng thì dễ bị dị ứng thời tiết, dễ bị phát bệnh cũ.

1.1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến thể chất Y học cổ truyền

Thể chất chủ yếu được xác định bởi các yếu tố bẩm sinh bao gồm dân tộc, di truyền và giới tính có tính ổn định. Tuy nhiên, các đặc tính thể chất không phải lúc nào cũng tĩnh và cũng có thể thay đổi theo tuổi tác và ảnh hưởng của các yếu tố mắc phải khác nhau bao gồm lối sống, thói quen ăn uống, môi trường, khí hậu, cảm xúc, bệnh tật và các phương pháp điều trị nhận được, v.v.[14],[32],[33],[34]. Trên cơ sở này, tình trạng thể chất không cân bằng có thể được cải thiện thông qua việc điều chỉnh toàn bộ cơ quan bằng phương pháp y học cổ truyền[21].

Mối quan hệ giữa TCMC và bệnh tật:

Theo lý luận y học cổ truyền, sự thiếu hụt của chính khí là cơ sở của sự xuất hiện các bệnh khác nhau, hoặc là nguyên nhân chính dẫn đến bệnh tật. Nhiều học giả Trung Quốc cho rằng thể chất của một cá nhân đại diện mức độ chính khí của họ, thể chất có thể phản ánh khí, huyết, âm và dương cũng như các chức năng cơ thể có cân bằng hay không và do đó cũng phản ánh sức đề kháng với bệnh tật của họ. Nói chung so với những người có thể chất yếu, những người có thể chất mạnh có khả năng chống chọi với sự xâm nhập của các yếu tố gây bệnh và ngay cả khi họ mắc bệnh, tình trạng bệnh của họ thường tương đối nhẹ, thời gian ngắn và có thể dễ dàng chữa khỏi[35].

Ví dụ, những người có thể chất dương hư dễ mắc phải hàn thấp tà, và những người có thể chất Khí uất dễ sinh ra Khí uất huyết ứ[13],[27]. Thể chất của cá nhân cũng tác động đến sự phát triển và chuyển hóa của bệnh tật, nghĩa là sự diễn tiến bệnh và tiên lượng bệnh, do cùng một nguyên nhân gây ra, sẽ khác nhau giữa các cá nhân với các dạng thể chất khác nhau[35],[36]. Các yếu tố hành vi lối sống đã được xác định có liên quan đến các dạng thể chất gồm chỉ số khối cơ thể (BMI), bia rượu và thức khuya, vóc dáng, thói quen tập thể dục, huyết áp tâm trương, nghiện thuốc lá, ngủ sớm và dậy muộn, chế độ ăn nhiều dầu mỡ, cách cho ăn sau khi sinh và giấc ngủ không đều, căng thẳng, môi trường ồn ào[18],[23],[27],[35],[37].

Từ quan điểm của y học cổ truyền, việc giữ gìn sức khỏe cho người bệnh dựa trên tình trạng thể chất của họ có ý nghĩa rất lớn. Tìm ra các yếu tố tiềm ẩn liên quan đến các thể chất không cân bằng và sau đó cố gắng loại bỏ các tác động để duy trì hoặc có được một thể chất cân bằng là mục tiêu cuối cùng trong việc giữ gìn sức khỏe hoặc phòng ngừa bệnh tật. Vì TCMC có thể chỉ ra tình trạng sức khỏe tổng thể của một người dù không mắc bất kỳ bệnh nghiêm trọng nào, do đó có tiềm năng ứng dụng to lớn trong việc điều trị khi chưa bệnh và chăm sóc sức khỏe, nó trở thành một chủ đề đáng để nghiên cứu và ứng dụng lâm sàng[14],[21].

Các nghiên cứu về thể chất y học cổ truyền hiện nay chủ yếu là trên người dân Trung Quốc. Phần lớn dân số Trung Quốc có thể chất không cân bằng; khí hư, dương hư, đàm thấp và thấp nhiệt là những thể chất phổ biến. Các nghiên cứu cũng nhận thấy có sự khác biệt đáng kể trong sự phân bố của một số thể chất không cân bằng nhất định giữa dân số ở Bắc Trung Quốc và Nam Trung Quốc, ví dụ, ở Nam Trung

Quốc thể chất đàm thấp là một trong những thể chất phổ biến nhất, trong khi ở Tây Bắc Trung Quốc thể chất âm hư là một trong những thể chất không cân bằng phổ biến nhất, điều này hoàn toàn phù hợp với lý thuyết y học cổ truyền cho rằng sự khác biệt do Nam Trung Quốc có khí hậu nóng ẩm thấp nhiều hơn và Tây Bắc Trung Quốc khí hậu khô nhiều hơn. Giống như dân số chung, hầu hết người cao tuổi Trung Quốc có thể chất không cân bằng và khí hư, dương hư và đàm thấp là những dạng thể chất phổ biến nhất. Ngược lại, sự phân bố các loại TCMC ở nhóm trẻ lại có những đặc điểm khác nhau. Thứ nhất, tỷ lệ thể chất cân bằng tương đối cao so với các nhóm già, đặc biệt là ở những người lính trẻ. Điều này có thể liên quan đến việc tập thể dục lâu dài; Thứ hai, không giống như sự phân bố của các thể chất không cân bằng ở người cao tuổi, thể chất thấp nhiệt phổ biến ở nhóm dân số trẻ. Điều thú vị là, thể chất cơ địa, bẩm sinh là loại hiếm nhất của dân số Trung Quốc, nhưng nó phổ biến hơn ở người da trắng Mỹ và Canada[14],[20].

1.2. Tổng quan về thuốc lá

1.2.1. Cây thuốc lá và thuốc lá

Cây thuốc lá : còn gọi là Lão bầu (Tày), Yên thảo, Jờ rào (Kho), *Nicotiana thnam* (Campuchia), Yên thảo (Trung Quốc), Tabac (Pháp). Tên khoa học là *Nicotiana tabacum L*, thuộc họ *Solanaceae* (Cà). Cây thuốc lá vốn nguồn gốc ở châu Mỹ, nhưng được đưa về trồng ở nhiều nước trên thế giới. Những nước sản xuất nhiều thuốc lá trên thế giới có Mỹ (gần một triệu tấn/năm), Trung Quốc, Ấn Độ, Braxin, Nhật Bản. Những năm gần đây thuốc lá được trồng ở các tỉnh Vĩnh Phúc, Cao Bằng, Lạng Sơn, Hà Tây (Ba Vì), Gia Lai, Kon Tum, Đắk Lắk...[38],[39].

1.2.2. Thành phần Thuốc lá và khói thuốc lá

Thuốc lá đã phơi hay sấy khô còn chứa tới 20% nước, hàm lượng chất vô cơ cũng rất cao: 15-20% trong đó chủ yếu là kali, canxi, photphát, nitrat. Các chất protein và lipid thường chỉ chiếm 12 và 5% trọng lượng khô. Hàm lượng các axit hữu cơ cũng rất cao: 15-20% trong đó chủ yếu là axit malic, kèm theo axit xitric, các axit-phenol như axit cafeic, clorogenic (2-4% trọng lượng khô), axit quinic, và một axit đặc biệt: axit nicotinic (β pyridine cacbonic). Trong thuốc lá còn có các hợp chất đa phenol: Ngoài axit clorogenic, còn có các flavonozit: rutozit chiếm 1%, izoquexitrozit,

quexetol, vết cumarin, scopoletol. Các hợp chất đa phenol đóng vai trò quan trọng trong màu sắc và hương vị thuốc lá. Thuốc lá còn chứa một ít tinh dầu (linalola, bocneola), các hợp chất kiềm bay hơi (pyridine, N-metyl pyrrolidin), nhiều men (gluxidaza, oxydaza, catalaza)[23],[40].

Người ta cho hoạt chất chủ yếu của thuốc lá, thuốc lào là chất nicotine. Hàm lượng nicotine thay đổi từ 2 đến 10%, thuốc lào có thể chứa tới 16% nicotine. Bên cạnh nicotine người ta còn thấy nornicotin (có nhiều trong một số loài thuốc lá trồng), anabasin (vì lần đầu tiên được chiết từ cây thuộc chi Anabasis) họ Rau muối (Chenopodiaceae). Anabasin là đồng phân của nicotine. Ngoài ra người ta còn thấy một ít chất như nicotelin, nicotylin, myosmin...[38].

Khói thuốc lá và các chất có trong khói thuốc lá:

Trong khói thuốc lá chứa hơn 7000 loại hoá chất. Trong đó có hàng trăm loại có hại cho sức khoẻ, bao gồm chất gây nghiện và các chất gây độc. Người ta chia ra 4 nhóm chính[40],[41],[42]:

Nicotine: Là một chất không màu, chuyển thành màu nâu khi cháy và có mùi khi tiếp xúc với không khí. Nicotine được hấp thụ qua da, miệng và niêm mạc mũi hoặc hít vào phổi. Tác dụng gây nghiện của nicotine một cách nhanh chóng đến não, trong vòng 10 giây sau khi hít vào. Tác dụng gây nghiện của nicotine chủ yếu là trên hệ thần kinh trung ương với sự có mặt của các thụ thể nicotine trên các tế bào thần kinh tại “trung tâm thưởng” ở hệ viền não bộ, các hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh bao gồm dopamin, serotonin, noradrenaline được phóng thích. Chúng gây ra nhiều tác động tâm thần kinh như là cảm giác sảng khoái, tâm trạng vui vẻ, tăng chú ý, tăng hoạt động nhận thức và trí nhớ ngắn hạn. Não bộ nhanh chóng nhận ra rằng có thể dùng thuốc lá để kích thích bài tiết dopamin và như vậy khởi động quá trình hút thuốc lá kéo dài nhiều năm tháng.

Monoxit carbon (khí CO): Khí CO có nồng độ cao trong khói thuốc lá và sẽ được hấp thụ vào máu, gắn với hemoglobine với ái lực mạnh hơn 210 lần oxy. Khí CO đi nhanh vào máu và chiếm chỗ của oxy trên hồng cầu và như thế sau hút thuốc

lá, một lượng hồng cầu trong máu tạm thời mất chức năng vận chuyển O_2 vì đã gắn kết với CO. Hậu quả là cơ thể không đủ oxy để sử dụng.

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

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

1.2.3. Phân loại đường dùng thuốc lá và khói thuốc lá

Hút thuốc lá bao gồm hút trực tiếp thuốc lá điếu, thuốc lá cuộn, thuốc lào, tẩu thuốc lá, xì gà điếu, shisha, các sản phẩm thuốc lá đun nóng và bất kỳ dạng thuốc lá hút nào khác (các sản phẩm thuốc lá không khói, bidis, kreteks, thuốc lá điện tử...) [11],[43].

Khói thuốc thụ động là khói bay vào không gian kín khi mọi người đốt các sản phẩm thuốc lá như thuốc lá điếu, điếu cuốn và ống điếu. Người không hút thuốc hít phải khói thuốc lá gọi là người hít (hoặc hút) thuốc lá thụ động [11],[41]. Khói thuốc thụ động là sự kết hợp của khói “phụ” (khói do sản phẩm thuốc lá đang cháy tạo ra) và khói “chính” (khói do người hút thuốc thở ra) [44],[45].

Dòng khói phụ là phần khói tỏa ra từ đầu cháy của điếu thuốc bao gồm cả phần khói từ giấy cuộn 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 nhiệt 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 (hít 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[45],[46].

Tất cả các dạng thuốc lá đều có hại và không có mức phơi nhiễm thuốc lá nào là an toàn. Không có mức phơi nhiễm an toàn với khói thuốc lá thụ động[47].

1.2.4. Gánh nặng bệnh tật – kinh tế - xã hội liên quan thuốc lá

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) [11]:

Thuốc lá giết chết tới một nửa số người sử dụng. Tỷ lệ tử vong ở những người hút thuốc cao hơn khoảng ba lần so với những người chưa bao giờ hút thuốc[43],[48],[49].

Thuốc lá giết chết hơn 8 triệu người mỗi năm trên toàn cầu. Hơn 7 triệu người trong số đó tử vong là do sử dụng thuốc lá trực tiếp trong khi khoảng 1,2 triệu người do tiếp xúc với khói thuốc thụ động. Hơn 80% trong số 1,3 tỷ người sử dụng thuốc lá trên thế giới sống ở các nước có thu nhập thấp và trung bình, nơi gánh nặng bệnh tật và tử vong liên quan đến thuốc lá là nặng nề nhất.

Một người hút thuốc thường xuyên sẽ mất hơn một thập kỷ tuổi thọ . Nguy cơ tử vong và bệnh tật do thuốc lá tăng lên theo số lượng thuốc lá hút, nhưng thiệt hại bắt đầu từ việc sử dụng một số lượng rất nhỏ thuốc lá.

Ở trẻ em:

Tác hại của thuốc lá bắt đầu từ trước khi sinh, vì phụ nữ mang thai hút thuốc sẽ sinh ra trẻ sơ sinh có nguy cơ mắc các bệnh bẩm sinh, ung thư, bệnh phổi và đột tử cao hơn[10],[11]. Tiếp xúc với khói thuốc lá thụ động cũng có thể làm tăng tần suất và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng hen suyễn ở trẻ em bị hen suyễn. Tiếp xúc với khói thuốc làm chậm quá trình phát triển phổi của trẻ em và có thể khiến trẻ bị ho, thở khò khè và cảm thấy khó thở[50].

Ở phụ nữ: Hút thuốc làm cho phụ nữ khó mang thai hơn. Phụ nữ mang thai hút thuốc có nguy cơ sảy thai cao hơn, mang thai ngoài tử cung, sinh con quá sớm và nhẹ cân bất thường, sinh con bị sứt môi và / hoặc hở hàm ếch[51]. Ở phụ nữ có thai, nó gây ra các biến chứng thai nghén và sinh con nhẹ cân. phụ nữ không hút thuốc và những người ở tầng lớp kinh tế xã hội thấp hơn, thường có nguy cơ phơi nhiễm thuốc

lá thụ động và gánh nặng liên quan cao hơn. Đối với nhiều người, nhà và quán ăn là nơi tiếp xúc chính với khói thuốc của phụ nữ và trẻ em[10] .

Hầu hết những người sử dụng thuốc lá trở nên nghiện khi còn trẻ mà không biết những hậu quả sức khỏe mà việc sử dụng thuốc lá cuối cùng sẽ gây ra cho họ trong tương lai [11],[49],[52] .

Các chi phí kinh tế của việc sử dụng thuốc lá là rất lớn và bao gồm các chi phí chăm sóc sức khỏe đáng kể để điều trị các bệnh do sử dụng thuốc lá gây ra cũng như nguồn nhân lực bị mất do bệnh tật và tử vong do thuốc lá gây ra[52],[2],[10].

1.2.4.1. Thay đổi của cơ thể liên quan thuốc lá

Ngoại trừ liên quan trực tiếp tăng nguy cơ ung thư và là một trong những tác nhân ung thư thường gặp nhất, hút thuốc lá còn dẫn tới những thay đổi lên tổng trạng và làm suy yếu các cơ quan:

Hệ da:

Da bị tổn thương do khói thuốc lá thường có màu xám xịt[53].

Một người hút thuốc càng nhiều thì càng có nguy cơ bị khô da, nhăn sớm, do hút thuốc làm tăng sản xuất một loại enzyme phá vỡ collagen trong da và giảm lượng oxy dinh dưỡng cho da, khiến da chảy xệ[54],[55],[56],[57],[58]. Cùng với nhau, những thay đổi này làm tăng thêm những gì một số bác sĩ mô tả lâm sàng là “khuôn mặt của người hút thuốc”[59].

Hút thuốc làm suy yếu quá trình chữa lành vết thương, trì hoãn quá trình hồi phục và tăng nguy cơ biến chứng[60]. Hút thuốc có thể khiến mọi người dễ bị mụn trứng cá hơn và làm chậm quá trình chữa lành vết thâm[61].

Hút thuốc có thể làm hỏng các mạch máu mắt, kết mạc mắt bị nhuộm màu, gây kích ứng mắt, khô mắt, tăng tốc độ đục thủy tinh thể, thoái hóa điểm vàng, tăng nhãn áp[62],[63]. Hút thuốc lá kéo dài gây ra sự đổi màu của các ngón tay và móng tay trên bàn tay được sử dụng để cầm thuốc lá[53],[64].

Nguy cơ phát triển bệnh vẩy nến cao hơn gấp hai lần, trong đó phụ nữ có nguy cơ cao nhất[64],[65],[66]. Hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh mụn mủ lòng bàn tay bàn chân (PP- palmoplantar pustulosis)[67].

Hệ chuyển hóa:

Một nghiên cứu cho rằng hút thuốc làm tăng tỷ lệ trao đổi chất của cơ thể (tỷ lệ đốt cháy calo) lên khoảng 10%, hoặc làm thay đổi điểm đặt trọng lượng cơ thể, ngăn chặn sự thèm ăn[68]. Ảnh hưởng của nicotine đối với tỷ lệ trao đổi chất có thể giải thích tại sao những người hút thuốc có xu hướng nhẹ cân hơn những người không hút thuốc[68],[69],[70].

Ở những người hút thuốc, lượng mỡ tích trữ nhiều hơn quanh eo và thân trên và ít hơn quanh hông, tỷ lệ eo trên hông (WHR) cao hơn so với người không hút thuốc[50],[71],[59],[72]. Chỉ số WHR cao có liên quan đến nguy cơ phát triển bệnh tiểu đường[52], kháng insulin[48], bệnh tim[54],[73], đột quỵ[74],[75], hội chứng chuyển hóa[48],[76],[77],[78], các vấn đề về túi mật[59], và ung thư vú[60].

Khoang miệng:

Hút thuốc gây chứng hôi miệng (hôi miệng) cùng với răng và nướu bị ố vàng[62]. Sử dụng thuốc lá làm tăng nguy cơ viêm nha chu, khiến răng rụng, có xu hướng đáp ứng kém hơn với điều trị, tăng khả năng cấy ghép răng bị hỏng[50],[63],[66],[79].

Các tình trạng răng miệng không ác tính phổ biến khác bao gồm “bệnh hắc tố của người hút thuốc”; bạch sản ở lưỡi, đặc trưng bởi các đốm hoặc mảng trắng trên lưỡi hoặc âm hộ; và vòm miệng màu trắng xám với các nốt sần đỏ (vết sưng), “vòm miệng của người hút thuốc” / viêm miệng do nicotin[53],[77].

Hệ hô hấp:

Giảm chức năng phổi và khó thở do phù nề và hẹp đường thở, tăng tiết chất nhầy, suy giảm hệ thống thanh thải của phổi, dẫn đến tích tụ các chất độc hại, gây kích ứng và tổn thương phế nang, viêm phế quản mãn tính, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính[79],[80].

Hệ tuần hoàn:

Cơ thất mạch máu và máu bị cô đặc hơn, dễ bị đông máu hơn, giảm lưu lượng máu đến tứ chi[44],[65],[81].

Tổn thương niêm mạc của động mạch, được cho là một yếu tố góp phần gây ra xơ vữa động mạch (sự tích tụ chất béo tích tụ trên thành động mạch)[73],[82].

Tăng huyết áp và tăng nhịp tim, tăng nguy cơ đột quỵ, suy tim và nhồi máu cơ tim[43],[82],[83].

Hệ miễn dịch:

Hút thuốc làm giảm số lượng tế bào lympho, ảnh hưởng các tế bào miễn dịch, làm dễ bị nhiễm trùng hơn và lâu hồi phục hơn như viêm phổi và cúm[84],[85],[86],[87].

Hệ sinh dục:

Ở nam: Số lượng tinh trùng thấp hơn, tỷ lệ tinh trùng dị dạng cao hơn, tổn thương vật chất di truyền[88],[78].

Ở nữ: Giảm khả năng sinh sản, chu kỳ kinh nguyệt không đều hoặc không có kinh, mãn kinh sớm hơn, tăng nguy cơ ung thư cổ tử cung. Tăng rất nhiều nguy cơ đột quỵ và đau tim nếu người hút thuốc trên 35 tuổi và uống thuốc tránh thai[89].

Hệ tiêu hóa:

Giảm khả năng ngừa và nếm, kích ứng và viêm dạ dày ruột[50]. Tăng nguy cơ loét ruột, viêm loét đại tràng và bệnh Crohn, tăng nguy cơ biến chứng, tái phát của bệnh Crohn và tăng nguy cơ phải dùng đến phẫu thuật, corticosteroid hoặc thuốc ức chế miễn dịch[90],[91].

1.2.4.2. Cai nghiện thuốc lá

Các phương pháp điều trị nhằm giải quyết chứng nghiện nicotine về thể chất, tâm lý phụ thuộc vào tác dụng của nicotine và các khía cạnh hành vi của việc sử dụng thuốc lá[92]. Hỗ trợ cai nghiện bao gồm cả tư vấn và dược liệu pháp.

Tư vấn liên quan đến việc thúc đẩy người sử dụng thuốc lá bỏ thuốc lá bằng cách xem xét các hậu quả do việc hút thuốc gây ra. Nó cũng liên quan đến việc giáo dục người sử dụng thuốc lá về những tác động có lợi cho sức khỏe của việc cai thuốc lá. Tất cả những người hút thuốc nên được xem xét để điều trị bằng dược, nhưng đặc biệt cần nhắc đến với những người hút thuốc với một số tình trạng y tế nhất định, những người hút thuốc dưới 10 điếu thuốc mỗi ngày, phụ nữ mang thai / cho con bú và thanh thiếu niên. liệu pháp thay thế nicotine (NRT) và bupropion, clonidine và nortriptyline như một liệu pháp đầu tiên[93].

Liệu pháp thay thế nicotine (NRT) được cung cấp qua da, qua đường miệng (keo cao su, viên ngậm / viên ngậm dưới lưỡi, ống hít) hoặc qua đường mũi. Cơ sở lý luận chính của việc sử dụng nicotin y tế là thay thế nicotin ở người sử dụng thuốc lá theo cách thay thế một số tác dụng của nó đồng thời giảm khả năng nghiện (ví dụ: giảm lượng và tốc độ phân phối nicotin) và độc tính liên quan đến việc sử dụng thuốc lá. Việc sử dụng nicotin thuốc dẫn đến giảm các triệu chứng cai nghiện[47],[94],[95],[96].

1.2.5. Quan điểm của Y học cổ truyền về thuốc lá

1.2.5.1. Nhận thức của YHCT về thuốc lá

Các thầy thuốc cổ đại đã nhận ra tác hại của thuốc lá và việc sử dụng thuốc lá đối với cơ thể người, và đặt tên khói do hút thuốc là "hỏa thuốc lá" (tạm dịch), thể hiện một cách sinh động các đặc tính và tính chất của khói thuốc lá.

Khói thuốc lá có tính nóng và độc, có thể làm thiêu đốt toàn thân, phát tán mạnh trong không khí. Dựa trên điều này, cổ nhân phân loại thuốc lá là chất độc, và khuyên: “Những người khỏe mạnh nên tránh xa”.

Phân loại nguyên nhân gây bệnh của y học cổ truyền chia thành ba nhóm, bao gồm[97]:

- Nguyên nhân bên trong (nội nhân): bao gồm các loại tình chí (cảm xúc) là vui, buồn, giận, lo lắng, sợ hãi,...

- Nguyên nhân bên ngoài (ngoại nhân): bao gồm sáu loại tà khí gây bệnh cho con người là Phong, Hàn, Thử, Thấp, Táo, Hỏa.

- Không do nguyên nhân bên trong và bên ngoài (bất nội ngoại nhân): bao gồm bệnh do ăn uống (âm thực thất điều), vệ sinh, lao lực, tình dục quá độ, trùng thú cắn, tai nạn, thiên tai, do thuốc, dịch lệ....

Hút thuốc lá và các nguy cơ của nó chưa được xếp loại chính thức vào nhóm nguyên nhân nào trong phân loại ở trên . Ở Trung Quốc, cả sách giáo khoa "Lý thuyết cơ bản về y học cổ truyền Trung Quốc" tái bản định kỳ cũng không có nội dung liên quan đến hút thuốc lá; vấn đề hút thuốc cũng hiếm khi được thảo luận trong các bệnh và hội chứng có liên quan chặt chẽ đến hút thuốc, chẳng hạn như đau thắt ngực, đột

quy, chóng mặt, bệnh phổi, ung thư và các bệnh khác, các tài liệu hướng dẫn của các bệnh viện Trung Quốc biên soạn cũng không thảo luận một cách đầy đủ về thuốc lá như một nguyên nhân gây bệnh. Tình hình cũng tương tự như ở Việt Nam, các giáo trình đại học chính quy về Lý luận y học cổ truyền, bệnh học Y học cổ truyền, tài liệu hướng dẫn thực hành lâm sàng hiện nay cũng chưa đề cập thuốc lá và cơ chế bệnh sinh của thuốc lá một cách rõ ràng.

1.2.5.2. Các đặc tính của thuốc lá theo YHCT:

Bản thảo cương mục viết: Thuốc lá có tính tân (cay) ôn, có độc.

Trương Cảnh Nhạc: Thuốc lá vị tân khí ôn, tính vi nhiệt, tính thăng, thuộc dương, đốt lên hút có thể bị say.

Khi dùng quá nhiều, sẽ thành chất độc, hao phế hại bì mao, ho đau họng, tiêu tán khí hao huyết.

Hút thuốc lá là bất nội ngoại nhân:

Y học cổ truyền chia nguyên nhân gây bệnh thành 3 loại là bên trong (nội nhân), bên ngoài (ngoại nhân) và những nguyên nhân khác (bất nội ngoại nhân)

Nội nhân : do thất tình (bảy loại tình chí): vui, giận, buồn, lo, nghĩ, kinh, sợ xuất hiện đột ngột, mạnh mẽ hoặc tác động lâu dài, vượt quá phạm vi hoạt động sinh lý bình thường của cơ thể thì sẽ gây nên bệnh.

Ngoại nhân : do lục dâm, lệ khí : Sáu thứ khí phong, hàn, thử, thấp, táo, hoả của khí hậu gây bệnh xâm nhập vào cơ thể qua đường da lông hay mũi miệng, do thời tiết quá khắc nghiệt hoặc chính khí cơ thể hư suy mà gây bệnh.

Bất nội ngoại nhân : do ăn uống không điều độ (ẩm thực thất điều), lao lực quá độ, té ngã, đã thương, trùng thú cắn....

Thứ nhất, cây thuốc lá là cây cỏ mọc tự nhiên nên bản thân thuốc lá không gây hại cho con người mà việc sản xuất và sử dụng thuốc lá là nhân tạo (thuốc lá không phải là ngoại nhân khí hậu).

Thứ hai, hầu hết khói thuốc lá đi vào phổi của người hút thuốc qua miệng và mũi, và một lượng nhỏ đi vào dạ dày, khói thuốc lá là thủ phạm gây bệnh, hít phải khói thuốc thụ động tác hại không khác gì người hút thuốc lá chủ động. Vì vậy hút

thuốc lá nên là nguyên nhân ảm thực. Theo phân loại nguyên nhân gây bệnh y học cổ truyền, rối loạn do ăn uống thuộc bất nội ngoại nhân[97].

Thuốc lá thuộc dương tà:

Thuốc lá bản chất là cây cỏ, cây cỏ có thể sinh ra lửa, dựa vào lửa thì bản chất là dương vì vậy khói thuốc lá trước hết có tính bốc hỏa và thuộc dương tà. Khói xâm nhập từ miệng và mũi và đốt cháy miệng, lưỡi, vòm họng, đường thở và phổi, cuối cùng gây hại cho toàn bộ cơ thể[97],[98].

Bản chất khói thuốc lá là khô và nóng:

Người hút thuốc lá thường bị khô miệng, khát nước và đắng miệng, là những biểu hiện của tính nóng và khô[98].

Thuốc lá bản và độc hại:

Khói thuốc lá có tính ứ trọc tích tụ: Những người hút thuốc lá thường có lớp rêu lưỡi nhơn dính, có màu trắng hoặc vàng hoặc bản, hoặc có vết ố trên mặt, v.v ... và những nơi nhiều khói thuốc thường khiến người ta khó thở, thậm chí ho, nghẹt thở, ngạt thở, chóng mặt, khó chịu, v.v. , vì vậy khói có chất ứ trọc.

Khói thuốc lá rất độc. Chất độc thuốc lá có thể giết chết côn trùng. Thời cổ đại, độc tính của nó thường được dùng để tránh côn trùng hoặc dùng làm thuốc trừ sâu. Cảnh Nhạc Toàn Thư có nói: "Khói thuốc lá thuộc về dương độc", có thể gây say tức thì, dương khí rất mạnh, người ta không thắng được nên nếu nuốt phải sẽ say.

Khói độc có tích tụ: Chất độc trong khói thuốc lá có xu hướng tích tụ lâu ngày, chất độc nhỏ trở thành chất độc lớn, tác hại nhỏ trở thành tác hại lớn. Khói độc xâm nhập vào phổi, tích tụ theo thời gian làm khí huyết ngưng trệ, ngưng tụ thành chất độc, sinh ra ung thư phổi[98],[99].

Khói thuốc lá có tính phát tán:

Khói thuốc lá khuếch tán và phát tán nhanh, không có giới hạn, có thể nhanh chóng phát tán trong nhà, sau khi hít phải sẽ phát tán trong cơ thể. Cũng như nicotin trong khói thuốc có thể đến não trong vòng 8 giây. Với tích chất nhẹ nhàng, phát tán, thích động, thích di chuyển thì khói thuốc lá còn mang đặc tính của phong [100].

Khói thuốc lá là sự kết hợp của tính nóng, khô, sấp, đục, bản (ứ trọc), độc và phát tán[99].

1.2.5.3. Cơ chế bệnh sinh của thuốc lá theo y học cổ truyền

Thuốc lá khi dùng quá nhiều, sẽ tích tụ độc chất, hao phế hại da lông, ho đau họng, tính khô nóng làm tán khí thiêu huyết dịch[97],[98],[99]:

Thuốc lá tính thuộc dương, chất nhẹ chủ thăng, tổn thương tân dịch, mà phế là nơi tập trung của khí và tân dịch, phế khai khiêu ở mũi họng, dễ dẫn đến hao phế thương tân, gây táo nhiệt, nội nhiệt căng thịnh, luyện dịch thành đàm, đàm nhiệt hồ kết, kinh mạch ứ trệ.

Tổn thương lục phủ ngũ tạng, tổn hại toàn thân, sinh nhiều bệnh, khí độc xâm nhập vào phổi từ mũi miệng. Phế quản lý khí của toàn bộ cơ thể (chức năng Phế chủ khí), và phân bố khí đến toàn bộ cơ thể. Đầu tiên hút thuốc làm tổn thương phế, phế khí mất cân bằng, gây ho và khạc đàm; thứ hai, nó làm tổn thương Tỳ vị khí gây nghiện thuốc, sau đó là tâm, cuối cùng liên quan đến toàn bộ các cơ quan tạng phủ.

Phế là cơ quan mỏng manh (kiểu tạng), khả năng chống lại sự tấn công của tà khí kém, khói thuốc có thể làm ức chế sự tuyên thông của Phế, hô hấp bất thường, thở không thông, khí uất huyết ứ ở Phế, thủy dịch cơ thể không được phân phối mà sinh ra đàm, tích độc mà sinh bệnh, thậm chí còn gây ho, khò khè, ung thư và các bệnh khác.

Nhiệt từ khói thuốc lá xâm nhập vào tâm phế từ miệng và đường hô hấp, cùng huyết khí lan tràn khắp cơ thể, khiến cho thân thể bị thương âm dịch. Tuy nhiên, với lượng hút và độ tuổi hút khác nhau thì mức độ tổn hại đến âm phận là khác nhau. Nói chung, khi bắt đầu hút thuốc, phế âm và tân dịch bị tổn thương đầu tiên, biểu hiện là khô miệng hoặc khát nước, chán ăn, giảm cảm giác thèm ăn, gầy ốm khi hút thuốc kéo dài. Khi tuổi hút thuốc lá càng tăng thì tổn thương thể chất càng nặng, âm phận sẽ cạn kiệt, lúc này tỷ lệ mắc các bệnh mãn tính sẽ tăng lên và tuổi thọ sẽ bị rút ngắn lại.

Khói thuốc lá khi hút còn đi thẳng xuống phủ Vị, tính của Vị thổ thích nhuận ghét táo, nếu gặp nhiều táo nhiệt, âm khuy tân thương dẫn tới bệnh cảnh vị âm khuy hư, thương Vị tổn huyết, dẫn đến công năng thất thường, ảnh hưởng khí cơ tạng phủ. Tổn thương Vị khí và Vị âm dẫn đến đầy bụng, đau dạ dày, đau bụng, ăn ít sụt cân.

Phế Tỳ Vị khí hư sinh ra đàm và ứ trệ, khí bất hành thì thủy dịch không thông ứ trệ lâu ngày phù hợp với các hiện tượng tạo thành xơ vữa động mạch[58]. Mạch là phủ của huyết, khí hư âm kém lâu ngày thì không nuôi dưỡng được huyết mạch, huyết mạch không thông lợi, dần dần bị tắc nghẽn, và các xảy ra hiện tượng tê ngực, đột quy và các bệnh khác, phù hợp với các nghiên cứu chỉ ra hút thuốc là yếu tố nguy cơ chính của các bệnh tim và mạch máu não, bệnh mạch vành, tăng huyết áp, bệnh mạch máu ngoại vi[23],[27],[76].

Độc tính và trọc khí trong khói thuốc lá còn làm tổn hại tinh và khí, nguy hại cho bà mẹ và trẻ em.

Tóm lại, khói thuốc lá gây ra bệnh tật, phần lớn tích tụ theo thời gian, tích tụ ít lại nhiều, lâu dần sinh ra nhiều loại tà khí, làm tổn hại chính khí, tổn hại tạng phủ, kinh lạc, âm dương tổn thương, tụ đàm. và huyết ứ, dẫn đến mất cân bằng giữa chính khí và tà, cuối cùng sinh ra nhiều loại bệnh, những người đa tảo đa hỏa và khí hư khí đoản mà ra nhiều mồ hôi, đều không nên dùng[18].

Hoàng Đông Minh (2007) cho rằng nghiện thuốc lá liên quan đến các tạng tỳ, phế, tâm và đưa ra phương pháp cai nghiện thuốc lá bằng châm cứu kết hợp với một trong các phương thuốc: tuyên phế hóa đàm, hoặc thư cân giải uất, bổ tâm tỳ, hoặc thanh nhiệt thư can, tuyên phế hóa đàm trong 7 ngày cho kết quả cai thuốc rất tốt[101].

Theo lý luận y học cổ truyền, bệnh tật hình thành do sự mất cân bằng của các yếu tố Âm Dương, Khí, Huyết trong cơ thể, từ đó gây rối loạn chức năng của các cơ quan tạng phủ và các hệ thống tiêu hóa, hô hấp, tiết niệu, tim mạch,... Hút thuốc lá là yếu tố gây bệnh có tính nhiệt, khi nghiện sẽ ảnh hưởng đến công năng ngũ tạng chủ yếu là các tạng phế, tỳ vị, tâm thận, biểu hiện rõ nhất ở giai đoạn nghiện lâu năm và trong quá trình cai thuốc lá. Cụ thể khi rối loạn chức năng tạng Phế, Phế khí hư và thiếu tân dịch sẽ gây khô họng miệng, khô mũi, đau họng, ho khan, đàm vàng khó khạc, tảo bón, nôn nao kích động, khó ngủ,... Khi rối loạn chức năng Can Tỳ có các triệu chứng tinh thần ủ rũ, đau tức hông sườn, chán ăn mệt mỏi, gầy ốm tay chân mỏi nặng, da vàng sạm, mất ngủ,... Khi rối loạn chức năng Tâm Thận biểu hiện dễ đổ mồ hôi, hồi hộp, chóng mặt, ù tai, giảm thính lực, mất ngủ, các rối loạn về tình dục,...

Do ảnh hưởng của thuốc lá làm người nghiện thuốc lá xuất hiện các triệu chứng lâm sàng thuộc các chứng trạng sau:

Khí hư: Thuốc lá mang đặc tính phong nhiệt tà xâm nhập Phế, dẫn lưu toàn thân, tích nhiệt tại phế gây rối loạn chức năng Phế chủ khí, đến Tỳ Vị gây rối loạn chức năng thăng đề vận hóa Tỳ Vị, nguồn hóa sinh tinh khí nuôi dưỡng toàn thân suy giảm, Thận khí không được bồi dưỡng gây hàng loạt triệu chứng Khí hư toàn thân như sợ lạnh, dễ cảm lạnh, dễ ho, giảm tập trung, mệt mỏi, yếu sức, dễ lo âu căng thẳng, suy sinh dục...

Đàm thấp: Phế chủ túc giáng và thông điều thủy đạo, thuốc lá táo nhiệt làm cho thủy đạo khó thông, kết hợp với Tỳ vị vận hóa thủy thấp kém gây nên tình trạng đàm thấp ứ đọng, đàm thấp trở trệ gây các triệu chứng vướng đàm, ho đàm, tay chân nặng mỏi, nặng đầu, choáng váng, ngực sườn đầy tức, tiêu hóa kém,....

Thấp nhiệt: Hút thuốc lá lâu ngày, ăn uống kém gây đàm thấp nội sinh kết hợp đặc tính dương nhiệt của thuốc lá dễ sinh chứng thấp nhiệt trở trệ sinh các chứng người nóng, đắng miệng, mất ngủ, da vàng, cấu gât,....

Âm hư: Tính táo nhiệt của thuốc lá tích tụ tại Phế, hun đốt tân dịch tại Phế, xâm nhập theo khí huyết mà tiêu hao tân dịch toàn thân, Phế Can Thận âm hư gây nên tình trạng sụt cân, khô họng, khô mũi, khô da, tiểu đỏ sẫm, tâm phiền khó ngủ, ngứa, mình nóng lưỡi đỏ,....

Huyết ứ : Theo nguyên lý Khí hành thì Huyết hành, vận hành của Khí trở trệ do ngũ tạng khí hư, Tỳ hóa sinh huyết dịch kém, Tâm khí bị nhiệt nhiễu loạn suy giảm chức năng chủ huyết mạch gây nên tình trạng huyết trệ lâu ngày thành ứ.

1.2.5.4. Cai nghiện thuốc lá theo y học cổ truyền

Việc phân loại và can thiệp nghiện thuốc lá bằng phương pháp y học cổ truyền tập trung chủ yếu vào thanh nhiệt giải độc, cân bằng lại Âm Dương Khí Huyết cho người nghiện thuốc[102],[103]. Dựa trên cơ chế gây nghiện của thuốc lá theo y học hiện đại, y học cổ truyền cũng có các phương pháp hỗ trợ quá trình cai nghiện giúp cơ thể có thể thích nghi dần với tình trạng thiếu hụt nicotine thông qua các cơ chế về thần kinh thể dịch bao gồm[2],[39]:

Liệu pháp châm cứu:

Dùng kim châm cứu một số huyết 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 cấy chỉ catgut:

Liệu pháp cấy chỉ được sử dụng với nguyên lý giống như châm cứu truyền thống. Nhưng với ưu điểm đặc thù của cấy chỉ catgut là phương pháp cấy chỉ catgut vào huyết đạo của cơ thể, từ đó có những kích thích liên tục và lâu dài trên huyết, giúp cho việc cắt đứt cảm giác thèm thuốc khó chịu của hội chứng cai.

Phương pháp nhĩ châm:

Tại viện Y học cổ truyền Trung ương thời gian qua đã có những nghiên cứu khoa học cho thấy tác dụng rất tốt khi sử dụng phương pháp nhĩ châm, hoặc áp nhĩ, dán hạt Vương bất lưu hành trên các đối tượng cai nghiện thuốc lá[39].

Phương pháp xoa bóp bấm huyết:

Bằng cách tác động trên huyết đạo của cơ thể. Xoa bóp bấm huyết thời gian qua cũng được áp dụng rất nhiều trong việc hỗ trợ cai nghiện thuốc lá

Các bài thuốc Y học cổ truyền:

Thuốc hỗ trợ cai nghiện thuốc lá bằng các bài thuốc Y học cổ truyền. Như bài thuốc Viên ngậm CTL của Bệnh viện YHCT TƯ đã bước đầu cho thấy tác dụng tốt trong hỗ trợ cai nghiện thuốc lá.

Khí công dưỡng sinh:

Phương pháp luyện tập thở khí công dưỡng sinh cũng đã được phổ biến và áp dụng trong việc hỗ trợ cai nghiện thuốc lá.

1.3. Các nghiên cứu về thể chất y học cổ truyền và hút thuốc lá trên thế giới và Việt Nam

1.3.1. Nghiên cứu trên thế giới về thể chất y học cổ truyền và hút thuốc lá

Năm 2007, một nghiên cứu của Vương Kỳ và cộng sự tiến hành dựa trên y văn cổ và hiện đại nêu lên các đặc điểm của các dạng thể chất trên bốn khía cạnh: cấu trúc hình thái (Đề cập đến các đặc điểm quan sát, bao gồm cơ thể và tính cách); chức năng sinh lý; đặc điểm tâm lý (Chẳng hạn như tính cách và cảm giác); và trạng thái phản ứng (Khả năng thích ứng với môi trường tự nhiên và xã hội). Ví dụ, dựa trên cấu trúc hình thái, những người có thể đàm thấp là người thừa cân với béo bụng. Trong khía cạnh chức năng sinh lý, người thừa cân sẽ có làn da nhờn, thường tăng tiết mồ hôi và dễ bị mệt mỏi. Đặc điểm tâm lý thường ôn hòa hoặc nhu nhược, và có khả năng thích nghi kém với môi trường ẩm ướt và mùa mưa. Bốn nhóm đặc trưng này cung cấp một cơ sở và hướng dẫn để xác định các dạng thể chất trong y học cổ truyền[104].

Năm 2013, Wendy Wong thực hiện nghiên cứu nhằm điều chỉnh và áp dụng Bảng câu hỏi về thể chất y học cổ truyền Trung Quốc (CCMQ) cho người Hoa ở Hồng Kông. 10 người bệnh và 10 bác sĩ Trung y (CMP) đã xác nhận giá trị nội dung (CVI: 50% –100%) của CCMQ. 1084 đối tượng đã hoàn thành nghiên cứu cắt ngang với 98,6% người có thể được xếp vào một hoặc nhiều dạng thể chất. Tỷ lệ thành công trong quy mô là 85,7% –100% đối với bảng CCMQ. Tính hợp lệ của cấu trúc được hỗ trợ bởi các mối tương quan vừa phải giữa điểm CCMQ và SF-12v2. Phân tích nhân tố khẳng định cho thấy một cấu trúc có thể tái lập như đã được giả thuyết. Tính nhất quán nội bộ (độ tin cậy) (Cronbach's alpha > 0,6) và độ tin cậy kiểm tra lại cũng đạt yêu cầu (ICC > 0,6) cho tất cả các thang đo. Những người có thể chất trung bình có chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe, HRQOL, tốt hơn đáng kể so với những người có thể chất không cân bằng, điều này hỗ trợ tính hợp lệ và tầm quan trọng của lý thuyết y học cổ truyền về phân dạng thể chất. Bảng câu hỏi CCMQ đã được điều chỉnh cho người Hoa ở Hồng Kông và được chứng minh là hợp lệ, đáng tin cậy và nhanh nhạy[26].

Năm 2013, Yangyang Wang và cộng sự tiến hành nghiên cứu mối quan hệ giữa hút thuốc lá và uống rượu với các dạng thể chất y học cổ truyền Trung Quốc. Mẫu nghiên cứu gồm 8448 đối tượng từ chín tỉnh và thành phố được chọn từ cơ sở dữ liệu điều tra tình trạng sức khỏe và thể chất, phân đôi tượng thành 4 nhóm chỉ hút thuốc; chỉ uống rượu; cả hút thuốc và uống rượu; không hút thuốc và không uống rượu. Sử dụng phân tích tương ứng để tìm mối quan hệ giữa hút thuốc lá và uống rượu và thể chất y học cổ truyền. Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa hút thuốc và uống rượu và các thể chất bình hòa, đàm thấp và thấp nhiệt. Những người không hút thuốc lá hoặc uống rượu có xu hướng thể chất dương hư, âm hư, khí hư, Khí uất, thể chất cơ địa, bẩm sinh dị ứng, hoặc huyết ú. Sự khác biệt được tác giả giải thích là với tình trạng thiếu khí, âm hư, dương hư và thể chất cơ địa, bẩm sinh dị ứng, người đó có khả năng chịu đựng thuốc lá và rượu kém hơn, do đó, họ thường ít thích thuốc lá và rượu hơn[4].

Năm 2013, Wei liu tiến hành nghiên cứu mối quan hệ giữa các đặc điểm thể chất y học cổ truyền và các hội chứng ở người bệnh COPD, cỡ mẫu 498 người bệnh COPD. Kết quả cho thấy rằng các thể chất khí hư, đàm thấp và thấp nhiệt là các thể chất phổ biến trong COPD. Có một mối tương quan đáng kể giữa thể chất y học cổ truyền và các hội chứng của bệnh COPD. Vì vậy, trong các giai đoạn khác nhau của COPD, việc điều trị điều chỉnh thể chất cơ địa, bẩm sinh là các thể chất thiên lệch là có lợi để tăng hiệu quả phòng ngừa và điều trị[24].

Năm 2014, Youzhi Sun tiến hành nghiên cứu sự phân bố thể chất y học cổ truyền (TCMC) của phụ nữ người Hoa ở Hồng Kông và các yếu tố ảnh hưởng lên thể chất. Có tổng cộng 944 phụ nữ địa phương từ 30 đến 65 tuổi, được tuyển chọn từ 18 quận của Hồng Kông tham gia. Kết quả có 764 (80,9%) người tham gia thuộc thể chất không cân bằng. Dạng thể chất phổ biến nhất là Khí hư (53,9%), tiếp theo là Đàm thấp (38,9%), Dương hư (38,2%), Âm hư (35,5%), Huyết ú (35,4%) và Khí uất (31%). 611 người tham gia (64,7%) có ít nhất hai dạng thể chất không cân bằng cùng lúc. Phân tích logistic từng bước chỉ ra rằng tình trạng sức khỏe toàn thân kém (OR, 1,76 - 2,89), cảm xúc tiêu cực (OR = 1,39), thừa cân (OR = 1,58), trình độ học vấn cao (OR = 1,18) và làm việc trí óc (OR = 1,44) là tương quan thuận với một số TCMC

không cân bằng nhất định. Trong khi đó, tuổi già (OR, 0,59 - 0,73), thói quen tập thể dục (OR, 0,61 - 0,79) và tiền sử sinh sản (OR = 0,72) cho thấy mối liên quan nghịch với các thể chất không cân bằng. Ngoài ra, tình trạng sức khỏe toàn thân và tình trạng cảm xúc, thói quen tập thể dục và tuổi tác có liên quan đáng kể đến các loại TCMC không cân bằng kết hợp. Nhưng nghiên cứu này không phát hiện ra rằng hút thuốc lá liên quan bất kỳ loại TCMC không cân bằng nào. Tác giả giải thích cho hiện tượng này là vì cỡ mẫu có thói quen hút thuốc quá nhỏ (19 người – 2% số người tham gia nghiên cứu) và hầu hết trong số họ chỉ tiêu thụ rất ít điều thuốc mỗi ngày (11 người dưới 5 điếu/ngày, 3 người hút trên 10 điếu/ngày) nên vẫn chưa đủ để thống kê được mối tương quan do thuốc lá[105].

Năm 2008, Wang Qi tiến hành nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng liên quan đến thể chất đàm thấp theo y học cổ truyền Trung Quốc. Cỡ mẫu 2230 người trên 15 tuổi (bao gồm cả người khỏe mạnh và người bệnh) từ cộng đồng và trung tâm y tế của năm khu vực định hướng ở Trung Quốc (đông, tây, nam, bắc và trung tâm), khảo sát bằng bảng câu hỏi CCMQ. Kết quả Các yếu tố ảnh hưởng được xử lý bằng phương trình hồi quy nhiều bước, sau đó sắp xếp theo thứ tự có liên quan giảm dần: bệnh liên quan đến lối sống, kiểu cơ thể, thói quen tập thể dục, huyết áp tâm trương, nghiện thuốc lá, ngủ sớm và thức khuya, ăn nhiều dầu mỡ, cách cho ăn sau khi sinh và giờ ngủ không đều. Nghiên cứu này hướng tới triển vọng thay đổi lối sống và hành vi để cải thiện thể chất đàm thấp[106].

Năm 2021, Qian Bai tiến hành nghiên cứu mối tương quan giữa các yếu tố nhân khẩu học, yếu tố lối sống với thể chất y học cổ truyền Trung Quốc trên người cao tuổi ở Ma Cao. Nghiên cứu sử dụng Bảng câu hỏi CCMQ, phân tích mô tả để minh họa các đặc điểm nhân khẩu học và phân bố thể chất, phân tích nhân tố khám phá (EFA) để khám phá các yếu tố tiềm ẩn ảnh hưởng đến thể chất thiên lệch, và trọng số của mỗi biến đổi với thể chất đã được tính toán thêm. Kết quả: Tổng cộng có 313 người cao tuổi tham gia khảo sát, 86 người (27,48%) có thể chất bình hòa; thể chất thiên lệch chiếm 72,52%. Đối với thể chất Khí uất và dương hư, ba yếu tố ảnh hưởng được xác định là học vấn, thói quen ngủ và hành vi lối sống. Đối với thể chất âm hư, giáo dục, uống rượu thuốc lá, thói quen ngủ và tập thể dục là các yếu tố

ảnh hưởng tiềm tàng. Việc tiêu thụ thuốc lá, thời gian ngủ và thời gian tập thể dục có ảnh hưởng lớn nhất đến thể chất Khí uất; thời gian ngủ, trình độ học vấn và lượng nước giải khát chứa đường liên quan thể chất đàm thấp; thời gian học vấn, mức độ uống rượu và trình độ học vấn liên quan thể chất dương hư; và số giờ tập thể dục hàng tuần, thời lượng ngủ và trình độ học vấn đối với thể chất âm hư[18].

Năm 2017, Yanbo Zhu tiến hành nghiên cứu này mối liên hệ của 9 dạng thể chất của Y học cổ truyền Trung Quốc (TCM) với 5 bệnh mãn tính: tăng huyết áp, tăng lipid máu, đái tháo đường, bệnh tim và béo phì. Tổng cộng có 2.660 người (1.400 nam; 1.260 nữ) được thu thập từ cộng đồng, các trường đại học hoặc trung tâm khám sức khỏe từ chín tỉnh của Trung Quốc được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là $52,54 \pm 13,92$. Trong đó, 600 (22,56%) người thuộc thể chất bình hòa. Tỷ lệ thể chất bình hòa có bệnh mãn tính (16,00% ~ 23,70%) thấp hơn tỷ lệ trong dân số chung (32,14%). Thể chất bình hòa và âm hư có tương quan đáng kể với tăng huyết áp và đái tháo đường, thể chất khí hư tương quan với bệnh tim, thể chất đàm thấp liên quan đến béo phì và thể chất thấp nhiệt tương quan với tăng lipid máu. Mối tương quan giữa các dạng thể chất và năm bệnh mãn tính là khác nhau. Điều này có ý nghĩa ngay cả những người có thể chất bình hòa cũng không nên bỏ qua việc quản lý sức khỏe[27].

Năm 2014, Yanbo Zhu và cộng sự tiến hành nghiên cứu mối quan hệ giữa các yếu tố lối sống-hành vi khác nhau và thể chất đàm thấp theo y học cổ truyền, để cung cấp chiến lược quản lý sức khỏe cho thể chất đàm thấp. Thiết kế nghiên cứu có nhóm chứng là 1380 người thể chất bình hòa, và 1380 trường hợp thể chất đàm thấp bằng bảng câu hỏi CCMQ . Sử dụng kiểm định Chi-square để so sánh sự khác biệt của các lối sống-hành vi trong mỗi nhóm; phân tích hồi quy logistic một yếu tố và nhiều yếu tố được sử dụng để so sánh các mối quan hệ của các yếu tố lối sống-hành vi và thể chất đàm thấp. Kết quả: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm thể chất đàm thấp và nhóm thể chất bình hòa trong hành vi lối sống (thói quen ăn kiêng, tiêu thụ thuốc lá và rượu, thói quen tập thể dục, thói quen ngủ). Kết quả của phân tích hồi quy logistic một yếu tố chứng minh rằng nguy cơ hình thành đàm thấp giảm đáng kể trong chế độ ăn thanh đạm (OR = 0,68); các yếu tố nguy cơ của thể chất đàm thấp là ăn

nhều thức ăn béo (OR = 2,36), ngủ sớm và dậy muộn (OR = 1,87), hút thuốc lá (OR = 1,83), ăn đồ nướng (OR = 1,68), uống rượu (OR = 1,63), ăn mặn (OR = 1,44), ngủ thất thường (OR = 1,43), ít hoạt động thể chất (OR = 1,42), ăn ngọt (OR = 1,29), ngủ và dậy muộn (OR = 1,26), và lượng thức ăn cay nồng (OR = 1,21). Bất kể sự tương tác giữa các yếu tố lối sống - hành vi, kết quả của phân tích hồi quy đa biến cho thấy rằng các yếu tố nguy cơ của thể chất đằm thấp là ngủ sớm và dậy muộn (OR = 1,94), ăn nhiều thức ăn béo (OR = 1,80), hút thuốc lá (OR = 1,50), ngủ thất thường (OR = 1,50), ăn đồ nướng (OR = 1,40), ngủ và dậy muộn (OR = 1,40), ít hoạt động thể chất (OR = 1,31), ngủ muộn và dậy muộn sớm (OR = 1,27), và ăn ngọt (OR = 1,27), và nguy cơ mắc bệnh đằm thấp vẫn giảm đáng kể khi ăn thanh đạm (OR = 0,79)[37].

1.3.2. Nghiên cứu tại Việt Nam về thể chất y học cổ truyền

Năm 2021, Trịnh Thị Diệu Thường đã tiến hành khảo sát các thể chất y học cổ truyền đái tháo đường type II, nghiên cứu cắt ngang mô tả, sử dụng bảng câu hỏi CCMQ để khảo sát tỷ lệ 9 thể chất y học cổ truyền trên 269 người bệnh nội trú tại các bệnh viện YHCT thành phố Hồ Chí Minh, Thống nhất, An Bình. Kết quả: thể chất khí hư 26,76%, đằm thấp 20,82%, thấp nhiệt 18,96%, âm hư 8,55%, huyết ú 7,43%, dương hư 6,7%, khí uất 5,58%, thể chất cơ địa, bẩm sinh 5,2%, và thể chất bình hòa 0%. Tỷ lệ bệnh lý mãn tính đi kèm gồm tăng huyết áp 76,95%, tai biến mạch máu não 57,25%, bệnh mạch vành 59,85%, thoái hóa khớp 27,5%. Trong các bệnh lý mãn tính đi kèm theo đái tháo đường; đối với tăng huyết áp, đa số thuộc thể khí hư 27,55% và đằm thấp 18,84%; TBMMN chiếm tỷ lệ cao nhất là thể khí hư 33,12%; BMV cũng chiếm tỷ lệ cao nhất là thể khí hư 35,4%; Thoái hóa khớp thể khí hư 24,32%, âm hư 20,27%, và huyết ú 21,63% chiếm tỷ lệ chủ yếu[7].

Năm 2021, Trần Thị Phương Trinh tiến hành đề tài Khảo sát các dạng thể chất Y học cổ truyền và bốn bệnh lý mãn tính (Tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, tai biến mạch máu não, bệnh mạch vành) trên người bệnh rối loạn lipid máu, sử dụng bảng câu hỏi CCMQ khảo sát trên 390 người bệnh trên 20 tuổi đang điều trị tại bệnh viện YHCT TP.HCM, bệnh viện An Bình và bệnh viện Thống Nhất. Kết quả: Thể chất đằm thấp 26,9%, khí hư 23,3%, thấp nhiệt 19%, khí uất 9%, huyết ú 9%, dương hư 6,4%, âm hư 3,9%, thể chất cơ địa, bẩm sinh 2,6% và bình hòa 0%. Nghiên cứu

cho thấy các mối quan hệ như sau: thể đàm thấp liên quan đến tăng huyết áp, thể Khí uất liên quan đến bệnh mạch vành, thể khí hư và dương hư liên quan tai biến mạch máu não, thể thấp nhiệt liên quan đái tháo đường[8].

Năm 2021, Nguyễn Thị Hương Dương tiến hành khảo sát các dạng thể chất y học cổ truyền trên người bệnh tăng huyết áp và xác định mối liên quan của 5 yếu tố lối sống (hút thuốc lá, uống bia rượu, chất lượng giấc ngủ, BMI, hoạt động thể lực) với các dạng thể chất, nghiên cứu cắt ngang mô tả sử dụng bảng câu hỏi CCMQ đã chuẩn hóa để phỏng vấn 199 người bệnh trên 18 tuổi, được chẩn đoán tăng huyết áp, đang điều trị nội trú tại bệnh viện YHCT TP.HCM. Kết quả có 187 người bệnh (94%) chỉ có 1 dạng thể chất, 6% người bệnh có từ 2 dạng thể chất trở lên; 118 người bệnh (59,3%) có lối sống lành mạnh và 81 người bệnh (40,7%) có lối sống không lành mạnh. Trong 187 người bệnh chỉ có 1 dạng thể chất thì dạng chiếm tỉ lệ cao nhất là âm hư 50,3%, các thể còn lại lần lượt là đàm thấp 15,5%, khí hư 12,8%, dương hư 4,8%, huyết ứ 3,2%, Khí uất 1,6%, thấp nhiệt 1,1%, thể chất cơ địa, bẩm sinh 1,1% và thể chất bình hòa 9,6%[6].

Năm 2021, Trần Vương Phi Phi và cộng sự khảo sát tỉ lệ các thể lâm sàng y học cổ truyền trên bệnh tăng huyết áp bằng CCMQ, nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 288 người bệnh trên 18 tuổi có chẩn đoán tăng huyết áp đang điều trị tại bệnh viện YHCT TP.HCM, bệnh viện An Bình, bệnh viện Thống Nhất từ 10/2020 đến 06/2021, dùng bảng câu hỏi CCMQ để phân chia chín dạng thể chất y học cổ truyền. Kết quả tỷ lệ 9 thể lâm sàng YHCT trong mẫu nghiên cứu gồm khí hư 20,8%, đàm thấp 17,4%, âm hư 16,3%, dương hư 14,2%, Khí uất 10,4%, thấp nhiệt 8,3%, huyết ứ 6,9%, thể chất cơ địa, bẩm sinh 5,6% và loại bình hòa 0%; có đến 55,2% người bệnh tăng huyết áp là thừa cân- béo phì và 45,5% người bệnh có đã nghỉ hưu phù hợp với yếu tố nguy cơ lý tăng huyết áp có liên quan đến tuổi và tình trạng chuyển hóa[9].

1.4. Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu

Phường 5 quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh, có 4 khu phố là Khu phố (KP) 1,2,3,4. Bao gồm 46 tổ dân phố. Phường có diện tích tổng thể là 16,23 ha, gồm 2445 hộ dân có tổng số nhân khẩu là 10.708; phía Bắc tiếp giáp Phường 8 Quận 10 (giới

hạn bởi đường Vĩnh Viễn), phía Nam tiếp giáp Phường 9 Quận 5 (giới hạn bởi đường Nguyễn Chí Thanh), phía Đông tiếp giáp Phường 4 Quận 10 (giới hạn bởi đường Nguyễn Tri Phương), phía Tây tiếp giáp Phường 6 Quận 10 (giới hạn bởi đường Ngô Quyền). Dân cư đa số là lao động, một bộ phận là cán bộ công nhân viên, cán bộ hưu trí[107].

Tuy diện tích và dân số phường không lớn, nhưng trong 10 năm gần đây chưa có khảo sát hoặc đề tài cộng đồng về hút thuốc lá và y học cổ truyền nào được tiến hành tại đây, nên số liệu các năm trước về tình hình hút thuốc lá của dân cư địa phương là không có, điều này gây khó khăn cho công tác quản lý và tuyên truyền giảm hút thuốc lá tại địa phương, nên chúng tôi tiên phong tiến hành đề tài tại phường 5 quận 10 để bước đầu cung cấp số liệu cho các nhà quản lý, góp phần vào chăm sóc, nâng cao sức khỏe người dân trên địa bàn.

CHƯƠNG 2.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu

Người trên 15 tuổi và dưới 75 tuổi sinh sống thường xuyên tại địa bàn phường 5 Quận 10. [27],[46],[71],[108],[109].

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Người không thể hoàn thành bảng câu hỏi vì bất kỳ lý do gì (rối loạn ngôn ngữ, rối loạn trí nhớ, sa sút trí tuệ không thể giao tiếp được, cảm điếc, bệnh nặng chưa kiểm soát tốt).

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Địa điểm nghiên cứu: Phường 5 quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5 đến hết tháng 11 năm 2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu

Công thức :

$$n = \frac{z^2 \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) \times p(1-p)}{d^2} \times DE \quad [110],[111]$$

Trong đó:

n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết;

Tỷ lệ ước lượng $p=0,206$ [46],[112],[113];

$\alpha = 0,05$. $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$;

Độ chính xác (hay sai số cho phép) $d=0,05$;

Hệ số thiết kế (DE) = 1,6;

Ta tính được cỡ mẫu là $n = 404$

Dự trù tỷ lệ không trả lời là 10%, tính được $n = 445$ người. Trên thực tế, cỡ mẫu nghiên cứu thu được là 449 người.

2.2.3. Trình bày phương pháp chọn mẫu

Kỹ thuật chọn mẫu 2 bước:

Bước 1: Liệt kê danh sách các tổ dân phố của mỗi khu phố, chọn ngẫu nhiên 4 tổ dân phố trong mỗi khu phố bằng phần mềm chọn số ngẫu nhiên: www.random.org.

Bước 2: Tại tổ dân phố, lấy nhà tổ trưởng dân phố làm nơi phỏng vấn đầu tiên, tiếp theo là các hộ gia đình xung quanh hộ gia đình đầu tiên được chọn lựa. Tiến hành lấy số liệu theo phương pháp “nhà liền nhà”, bắt đầu từ nhà đầu tiên cho đến khi đủ 26 người đại diện cho mỗi tổ. Mỗi hộ gia đình chọn tối đa hai thành viên đủ điều kiện và phỏng vấn khi không có mặt người xung quanh để tránh sai lệch thông tin. Nghiên cứu viên tiến hành phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi soạn sẵn[114].

2.2.4. Các bước tiến hành trong nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn đối tượng phù hợp theo tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Bước 2: Tiến hành thu thập số liệu.

Bước 3: Tiến hành nhập số liệu vào phần mềm và phân tích

Bước 4: Xác định tỉ lệ các dạng thể chất YHCT và đặc điểm thể chất YHCT của mẫu nghiên cứu.

Bước 5: Xác định mối liên quan thể chất YHCT và hút thuốc lá của mẫu nghiên cứu.

2.3. Liệt kê và định nghĩa các biến số nghiên cứu

2.3.1. Biến số nền

BIẾN SỐ	LOẠI BIẾN	ĐỊNH NGHĨA
Giới tính	Nhị phân	Được ghi nhận từ chứng minh thư/ căn cước công dân. Có 2 giá trị: Nam và nữ.

Tuổi	Định lượng	Được tính bằng năm hiện tại trừ cho năm sinh của đối tượng. Năm sinh được ghi nhận trong chứng minh thư/căn cước công dân. Đơn vị: năm
Trình độ học vấn	Thứ hạng	Có 5 giá trị: Tiểu học hoặc dưới tiểu học, Trung học cơ sở, Trung học phổ thông, Trung cấp đại học, Sau đại học
Nghề nghiệp	Định danh	Có 6 giá trị: Thất nghiệp; lao động tự do; cán bộ, viên chức; công nhân, nông dân; học sinh, sinh viên; các đối tượng khác.

2.3.2. Biến số kết cuộc

BIẾN SỐ	LOẠI BIẾN	ĐỊNH NGHĨA
Tình trạng hút khói thuốc lá thụ động (ở nhà hoặc chỗ làm) hiện tại	Định danh	Có 3 giá trị: hút hàng ngày, thỉnh thoảng, không bao giờ hút.
Số năm hút thuốc lá	Định lượng	Được tính bằng năm hiện tại trừ cho năm bắt đầu hút thuốc/hít khói thuốc thụ động
Số điếu thuốc lá hút trong ngày	Thứ tự	Được tính từ tổng số bao/gói/điếu sử dụng trung bình mỗi ngày. Đơn vị: điếu.
Số gói x năm	Định tính	Có 3 giá trị: không hút thuốc; hút mức trung bình: 0-19 gói x năm; hút mức độ nhiều: ≥ 20 gói x năm. Được tính bằng số gói hút trung bình một ngày nhân cho số năm hút.

Thời gian hít khói thuốc lá thụ động trong ngày	Thứ hạng	Được tính từ tổng thời gian hít khói thuốc lá thụ động tại nhà, chỗ làm và chỗ hay lui tới. Có 3 giá trị là <1 giờ, >= 1 giờ và <4 giờ. Đơn vị là giờ
COPD	Nhị phân	Tiền sử đối tượng được chẩn đoán hoặc có sử dụng thuốc điều trị. Có 2 giá trị: có bệnh COPD và không có bệnh
Ung thư	Nhị phân	Tiền sử đối tượng được chẩn đoán ung thư bất kỳ cơ quan nào trong cơ thể. Có 2 giá trị: có ung thư và không có bệnh
RLLM	Nhị phân	Tiền sử đối tượng được chẩn đoán Rối loạn lipid máu hoặc có sử dụng thuốc RLLM. Có 2 giá trị: có bệnh RLLM và không có bệnh
THA	Nhị phân	Tiền sử đối tượng được chẩn đoán Tăng huyết áp hoặc có sử dụng thuốc tăng huyết áp . Có 2 giá trị: có bệnh THA và không có bệnh
ĐTĐ týp 2	Nhị phân	Tiền sử đối tượng được chẩn đoán đái tháo đường hoặc có

		<p>sử dụng thuốc hạ đường huyết/ insulin.</p> <p>Có 2 giá trị: có bệnh ĐTĐ và không có bệnh</p>
Đột quy (Tai biến mạch máu não)	Nhị phân	<p>Tiền sử đối tượng được chẩn đoán Đột quy/ Tai biến mạch máu não.</p> <p>Có 2 giá trị: có bệnh đột quy và không có bệnh</p>
Bệnh mạch vành	Nhị phân	<p>Tiền sử đối tượng được chẩn đoán hoặc tiền căn đã từng can thiệp mạch vành (đặt stent, bắc cầu), hoặc nhồi máu cơ tim.</p> <p>Có 2 giá trị: Có bệnh mạch vành và không có bệnh</p>
Thời gian tập thể dục trong tuần	Thứ hạng	<p>Ghi nhận tổng thời gian tập thể dục của đối tượng.</p> <p>Có 3 giá trị: >150 phút, <= 150 phút, không tập thể dục</p>
BMI	Thứ hạng	<p>Thu thập chiều cao (cm) và cân nặng (kg) của đối tượng, sau đó dùng công thức tính chỉ số BMI = cân nặng/ (chiều cao)²</p> <p>BMI được phân độ theo bảng chỉ số khối cơ thể do WHO đề ra dành cho khu vực</p>

		<p>Châu Á – Thái Bình Dương (WPRO):</p> <p>Phân loại theo các mức độ như sau: Gầy: <18,5; Trung bình: 18,5 - 22,9; Thừa cân: 23 - 24,9; Béo phì độ I: 25 - 29,9; Béo phì độ II: >=30.</p>
Uống bia rượu	Thứ hạng	<p>Đơn vị tính là đơn vị rượu. Gồm 3 mức độ: hoàn toàn không uống, uống trung bình: uống \leq 14 đơn vị/tuần (nam), \leq 12 đơn vị/tuần (nữ); uống nhiều: nam $>$14 đơn vị/tuần và nữ $>$7 đơn vị/tuần</p>
Chất lượng giấc ngủ	Nhị phân	<p>Có 2 giá trị là Tốt và kém, dựa theo tiêu chuẩn mất ngủ không thực tồn DSM-V; chất lượng giấc ngủ tốt: không mất ngủ theo DSM-V, chất lượng giấc ngủ kém: có mất ngủ theo DSM-V</p>
Thể chất YHCT	Định danh	<p>9 giá trị là các dạng thể chất bao gồm: Bình hòa, Khí hư, Dương hư, Âm hư, Đàm thấp, Thấp nhiệt, Huyết ú, Khí uất và Thể chất cơ địa, bẩm sinh.</p>
Hút thuốc lá	Định danh	<p>Có 5 giá trị bao gồm: Nhóm hút thuốc lá, Nhóm không hút</p>

		thuốc lá (có 2 phân nhóm nhỏ hơn là nhóm hít thuốc lá thụ động và nhóm không tiếp xúc thuốc lá), nhóm tiếp xúc thuốc lá (bao gồm nhóm hít thuốc lá và nhóm hít thuốc lá thụ động).
--	--	--

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Bước 1: Chọn các đối tượng phù hợp tiêu chuẩn chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại tham gia vào nghiên cứu.

Bước 2: Thực hiện thu thập số liệu bằng cách phỏng vấn, ghi nhận thông tin bằng phiếu trả lời câu hỏi, điền bảng phân dạng thể chất YHCT bằng bảng câu hỏi CCMQ .

Kết thúc thu thập số liệu.

2.4.1. Dụng cụ nghiên cứu

Phiếu trả lời câu hỏi và bảng câu hỏi CCMQ (Phụ lục I, II)

2.5. Các loại sai số và biện pháp khắc phục sai số:

Sai số mắc phải:

- Sai số do điều tra viên: Điều tra viên bỏ sót câu hỏi khi thu thập thông tin, sai số khi ghi chép thông tin.

- Sai số do đối tượng trả lời phỏng vấn: Sai số nhớ lại do đặc thù của bộ câu hỏi là hỏi về các sự kiện trước thời điểm phỏng vấn, do đối tượng trả lời đại khái, hoặc cố tình trả lời vòng vo không trả lời đúng câu hỏi

- Sai số do đối tượng trả lời không hiểu câu hỏi

- Sai số trong quá trình thu thập thông tin: Lựa chọn nhầm hoặc bỏ qua các hộ gia đình được lựa chọn.

- Sai số trong quá trình nhập liệu.

Cách khắc phục sai số:

- Điều tra viên cần phải hiểu kỹ về bộ câu hỏi cũng như ngôn ngữ ở địa phương.

- Đối với sai số do đối tượng trả lời: hỏi chi tiết kỹ hơn, kiểm tra chéo thông tin bằng cách lập lại câu hỏi.

- Đối với sai số trong quá trình thu thập số liệu: Giám sát, kiểm tra số liệu tại thực địa

- Đối với sai số trong quá trình làm sạch số liệu và nhập liệu: Đọc phiếu và làm sạch trước khi nhập liệu, tạo các công thức kiểm tra nhằm hạn chế sai số trong quá trình nhập liệu.

- Làm sạch các số liệu bị thiếu và số liệu vô lý trước khi phân tích.

2.6. Phương pháp phân tích số liệu:

Nhập & quản lý dữ liệu: Microsoft excel 2019

Phân tích số liệu: Stata 14.0

Biến định lượng mô tả bằng trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị. Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Thống kê biến số nền và các dạng thể chất: mô tả theo tần suất và tỷ lệ phép kiểm chi bình phương hoặc phép kiểm Fisher' exact, xác định có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Thống kê tương quan : Khảo sát một số yếu tố liên quan đến dạng thể chất YHCT dùng hồi quy logistic đa biến.

Xây dựng mô hình hồi quy logistic đa biến

Bước 1: Xác định các biến số và hệ số hồi quy trong mô hình.

Biến phụ thuộc: 9 dạng thể chất YHCT (có, không với từng dạng thể chất YHCT)

Biến độc lập:

- Tuổi (định lượng)
- Giới tính: Nam, nữ
- Trình độ học vấn (Tiểu học và dưới tiểu học, Trung học cơ sở, Trung học phổ thông, Trung cấp đại học).
- Tiếp xúc thuốc lá (hút thuốc lá, hít thuốc lá thụ động), không tiếp xúc thuốc lá (không hút thuốc lá và không hít thuốc lá thụ động), không hút thuốc lá.
- BMI (định lượng)

- Uống bia rượu (có, không)
- Chất lượng giấc ngủ (có mất ngủ, không mất ngủ)
- Bệnh nền THA, RLLM, bệnh mạch vành, đột quy, ĐTĐ typ2, COPD, ung thư (có, không)
- Thời gian tập thể dục trong tuần (có, không)

Bước 2: Lựa chọn và kiểm định các biến số độc lập.

Các biến độc lập cần thỏa mãn 2 điều kiện:

Không tương quan hoặc độc lập với nhau: Được kiểm định trực tiếp thông qua kiểm định Chi square.

Các biến độc lập có ít nhất ≥ 10 mẫu/ 1 biến và giá trị $p < 0,05$.

Bước 3: Lựa chọn và kiểm định mô hình hồi quy logistic thiết lập

Dựa vào chỉ số ước lượng hợp lý (-2Log likelihood). Mô hình có chỉ số -2Log likelihood thấp nhất là mô hình phù hợp nhất. [6, 23]

2.7. Hạn chế của nghiên cứu

Chỉ tiến hành nghiên cứu trên địa bàn một phường.

Có thể còn nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến dạng thể chất YHCT.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài của chúng tôi được tiến hành hoàn toàn nhằm mục đích chăm sóc, bảo vệ sức khỏe cho cộng đồng. Nghiên cứu hoàn toàn không gây tổn hại, ảnh hưởng đến tinh thần, sức khỏe, cuộc sống, kinh tế của đối tượng tham gia nghiên cứu. Mục đích và nội dung nghiên cứu được thông báo cụ thể cho mọi đối tượng tham gia nghiên cứu. Những thông tin đối tượng được nghiên cứu cung cấp chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu này

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ về mục đích, nội dung nghiên cứu. ĐTNC có quyền đặt câu hỏi về mục đích và nội dung nghiên cứu. ĐTNC có quyền từ chối, hoặc ngừng tham gia nếu không muốn hoặc nghi ngờ.

- Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được điền vào phiếu tự nguyện tham gia nghiên cứu trước khi tiến hành thu thập thông tin.

- Các thông tin thu thập không bao gồm các thông tin có thể nhận diện ĐTNC:
Tên, tuổi, địa chỉ, vị trí công tác.

- Kết quả nghiên cứu được báo cáo không làm ảnh hưởng đến đối tượng nghiên cứu.

Thông tin từ nghiên cứu sẽ được bảo mật và chỉ sử dụng cho nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y sinh học của Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam thông qua và phê chuẩn ngày 08 tháng 06 năm 2022

CHƯƠNG 3.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm người tham gia nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về giới và tuổi

Bảng 3.1 Đặc điểm về giới tính của đối tượng hút thuốc lá

		Đặc điểm	Nam	Nữ
Nhóm hút thuốc lá (n = 106)		n	101	5
		Tỉ lệ	95%	5%
Nhóm không hút thuốc lá	Nhóm hút thuốc lá thụ động (n = 191)	n	85	106
		Tỉ lệ	45%	55%
	Nhóm không tiếp xúc thuốc lá (n = 152)	n	99	53
		Tỉ lệ	65%	35%

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu, nhóm người hút thuốc lá thụ động chiếm tỉ lệ cao nhất 43%, tiếp đó là nhóm không tiếp xúc thuốc lá chiếm 34%, tỉ lệ người hút thuốc lá là 24%. Trong nhóm có hút thuốc lá, tỉ lệ nam giới chiếm đa số 95%, tỉ lệ nữ hút thuốc lá chỉ chiếm 5%. Trong nhóm hút thuốc lá thụ động, tỉ lệ nam giới chiếm 45% ít hơn nữ giới chiếm 55%. Trong nhóm không tiếp xúc thuốc lá, tỉ lệ nam giới chiếm đa số là 65%, nữ giới 35%.

Bảng 3.2 Số lượng nam-nữ của mẫu nghiên cứu

	n	Tuổi
Nam	285 (63%)	48,8 ± 15,0
Nữ	164 (37%)	43,7 ± 16,1
p nam – nữ	p = 0,00	p=0,99

Nhận xét: Mẫu nghiên cứu tổng cộng 449 người, trong đó tỉ lệ nam giới chiếm đa số với 63%, tỉ lệ nữ chiếm 37%, tuổi trung bình và độ lệch chuẩn của hai giới xấp

xi nhau. Khác biệt của số lượng người nam và nữ có ý nghĩa thống kê, khác biệt của độ tuổi trung bình theo giới tính không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.3 Phân bố theo tuổi của mẫu nghiên cứu

Tuổi	Nhóm hút thuốc lá (n= 106)	Nhóm không hút thuốc lá (n= 343)
15-24	8 (8%)	45 (13%)
25-44	41 (39%)	97 (28%)
45-64	49 (46%)	134 (39%)
≥ 65	8 (8%)	67 (20%)

Nhận xét: Trong nhóm người có hút thuốc lá, độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 45-64 tuổi chiếm 46%, tiếp theo là nhóm từ 25-44 tuổi chiếm 39%, 2 nhóm còn lại chiếm tỉ lệ bằng nhau là 8%. Trong nhóm người không hút thuốc lá, độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất cũng là 45-64 tuổi với 39%, tiếp theo là độ tuổi từ 25-44 tuổi chiếm 28%, nhóm trên 65 tuổi chiếm 20% và nhóm tuổi tỉ lệ thấp nhất là từ 15-24 tuổi chiếm 13%.

3.1.2. Trình độ học vấn và nghề nghiệp

Bảng 3.4 Trình độ học vấn của mẫu nghiên cứu

Trình độ học vấn	Nhóm hút thuốc lá (n= 106)	Nhóm không hút thuốc lá (n= 343)
Tiểu học và dưới tiểu học	7 (7%)	19 (6%)
Trung học cơ sở	12 (11%)	24 (7%)
Trung học phổ thông	42 (40%)	203 (59%)
Trung cấp đại học	29 (27%)	44 (13%)
Sau đại học	16 (15%)	53 (15%)

Nhận xét: Trong nhóm hút thuốc lá, chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm tốt nghiệp trung học phổ thông với 40%, tiếp đó là nhóm trình độ từ trung cấp đại học với 27%,

tiếp theo là 2 nhóm trình độ sau đại học và tốt nghiệp Trung học cơ sở lần lượt là 15% và 11%, và nhóm trình độ ít nhất là nhóm tốt nghiệp tiểu học và dưới tiểu học với 7%. Trong nhóm không hút thuốc lá, nhóm trình độ trung học phổ thông cũng là nhóm có tỉ lệ cao nhất với 59%, tiếp theo là nhóm trình độ sau đại học chiếm 15%, theo sau là nhóm trung cấp đại học với 13%, hai nhóm có trình độ thấp hơn là tốt nghiệp trung học cơ sở và tốt nghiệp tiểu học trở xuống lần lượt chỉ chiếm 6% và 7%.

Bảng 3.5 Đặc điểm nghề nghiệp của mẫu nghiên cứu

Nghề nghiệp	Nhóm hút thuốc lá (n= 106)	Nhóm không hút thuốc lá (n= 343)
Thất nghiệp	6 (6%)	4 (1%)
Lao động tự do	58 (55%)	218 (64%)
Cán bộ, viên chức	12 (11%)	18 (5%)
Công nhân, nông dân	11 (10%)	30 (9%)
Học sinh, sinh viên	6 (6%)	37 (11%)
Các đối tượng khác	13 (12%)	36 (10%)

Nhận xét: Theo kết quả khảo sát, tất cả các nghề nghiệp được khảo sát đều có người hút thuốc lá. Trong nhóm hút thuốc lá, chiếm tỉ lệ cao nhất là lao động tự do với 55%, tiếp theo các đối tượng ngành nghề khác chiếm 12%, cán bộ viên chức chiếm 11%, công nhân nông dân chiếm 10%, tỉ lệ thấp nhất là 6% thuộc về tỉ lệ học sinh sinh viên và thất nghiệp. Trong nhóm không hút thuốc lá, tỉ lệ nghề cao nhất là lao động tự do với 64%, tiếp theo là 3 nhóm có tỉ lệ xấp xỉ nhau là nhóm đối tượng khác 10%, học sinh sinh viên 11% và công nhân nông dân với 9%, cán bộ viên chức chỉ chiếm 5% và thất nghiệp chiếm 1%.

3.1.3. Đặc điểm của nhóm hút thuốc lá

Bảng 3.6 Đặc điểm của nhóm đối tượng hút thuốc lá

Đặc điểm		n	Tỉ lệ %
Tổng số người hút thuốc lá		106	100%
Dạng dùng thuốc lá	Thuốc lá điếu	100	94%
	Tẩu/ Điếu cày/ Điếu bát/ Xì gà/ Shisha	0	0%
	Khác	6	6%
Thói quen hút thuốc lá hiện nay	Hàng ngày	85	80%
	Thỉnh thoảng	16	15%
	Hiếm khi	5	5%
Tuổi bắt đầu hút thuốc	<= 20 tuổi	57	54%
	>20 tuổi	49	46%
Số năm hút thuốc lá	< 10 năm	21	20%
	10 - 30 năm	43	41%
	>= 30 năm	42	40%
Số điếu hút trung bình trong 1 ngày	<5	5	5%
	5 – 10	24	23%
	11 – 20	39	37%
	>20	38	36%
Số gói x năm	<= 10	43	41%
	11- 20	24	23%
	> 20	36	34%

Nhận xét: Trong 106 người hút thuốc lá, có 94% người hút thuốc lá truyền thống dạng điếu, 6% người hút những dạng thuốc lá khác như thuốc lá điện tử, điếu

cày,... Trong đó, 80% người hút thuốc được khảo sát là hút hàng ngày, 15% thỉnh thoảng hút và 5% hiếm khi hút. Đối với độ tuổi bắt đầu hút thuốc lá, 54% người bắt đầu hút lúc dưới 20 tuổi, 46% bắt đầu hút khi trên 20 tuổi. Phân loại theo số năm hút thuốc lá, nhóm hút thuốc lá dưới 10 năm chiếm 20%, nhóm hút từ 10 – 30 năm và nhóm hút thuốc lá trên 30 năm chiếm tỉ lệ cao gần bằng nhau là 41% và 40%. Khảo sát về số điếu thuốc lá hút trung bình 1 ngày, nhóm hút dưới 5 điếu/ ngày chiếm tỉ lệ thấp nhất là 5%, tiếp theo là nhóm hút từ 5 – 10 điếu/ngày chiếm 23%, nhóm hút 11 – 20 điếu/ ngày và nhóm trên 20 điếu/ngày lần lượt chiếm 37% và 36%. Khi tính số lượng tiêu thụ thuốc lá theo chỉ số số gói x năm, nhóm có tỉ lệ cao nhất là nhóm dưới 10 gói x năm chiếm 41%, tiếp theo là nhóm trên 20 gói x năm với 34%, nhóm tỉ lệ ít nhất là 11 – 20 gói x năm với 23%.

3.1.4. Đặc điểm của nhóm hút thuốc lá thụ động

Bảng 3.7 Đặc điểm của người hút khói thuốc lá thụ động theo giới tính

Đặc điểm		Nam (n=85)	Nữ (n=106)	Tổng (n=191)
Mức độ hút khói thuốc thụ động trong nhà tại gia đình	Hàng ngày	63 (33%)	78 (41%)	141 (74%)
	Hàng tuần	5 (3%)	4 (2%)	9 (5%)
	Hàng tháng	5 (3%)	6 (3%)	11 (6%)
	Lâu hơn 1 tháng 1 lần	3 (2%)	6 (3%)	9 (5%)
	Không bao giờ	9 (5%)	12 (6%)	21 (11%)
Mức độ hút khói thuốc thụ động tại khu vực chỗ làm, khu vực ăn uống giải trí hay lui tới	Hàng ngày	64 (34%)	81 (42%)	145 (76%)
	Hàng tuần	6 (3%)	5 (3%)	11 (6%)
	Hàng tháng	8 (4%)	8 (4%)	16 (8%)
	Lâu hơn 1 tháng 1 lần	7 (4%)	12 (6%)	19 (10%)
	Không bao giờ	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tổng thời gian trung bình hút khói thuốc lá thụ động trong ngày	< 1h	58 (30%)	72 (38%)	131 (68%)
	> = 1h	15 (8%)	13 (7%)	28 (15%)
	> 4h	12 (7%)	20 (10%)	32 (17%)

Nhận xét: Trong 191 người hút khói thuốc lá thụ động, có 89% người hút khói thuốc lá thụ động tại nhà, 100% người ít khói thuốc lá thụ động tại chỗ làm, khu vực ăn uống giải trí. Trong nhóm hút khói thuốc lá thụ động tại nhà, tần suất hút thụ động hàng ngày chiếm tỉ lệ cao nhất với 74% (33% là nam, nữ chiếm 41%), tần

suất hít thuốc lá thụ động hàng tuần, hàng tháng hoặc lâu hơn chiếm tỉ lệ thấp xấp xỉ nhau 5%. Trong nhóm hít khói thuốc lá thụ động tại chỗ làm, khu vực ăn uống giải trí, có 76% là hít thụ động hàng ngày (34% là nam, nữ chiếm 42%), mức độ hít khói thuốc lá thụ động hàng tuần là thấp nhất, chiếm 6% (3% là nam, 3% là nữ), tần suất hít khói thụ động hàng tháng chiếm 8% (4% là nam, 4% là nữ), nhóm hít phải thụ động lâu hơn 1 tháng 1 lần chiếm 10% (4% là nam, 6% là nữ). Phân loại theo thời gian hít khói thuốc lá thụ động trong ngày, 68% đối tượng là hít phải dưới 1 giờ (30% là nam, 38% là nữ), mức độ hít thụ động từ 1 – 4 giờ chiếm 15% (8% là nam, 7% là nữ), nhóm hít thụ động trên 4 tiếng chiếm 17% (7% là nam, 10% là nữ).

3.2. Đặc điểm thể chất y học cổ truyền của người tham gia nghiên cứu

3.2.1. Phân bố thể chất y học cổ truyền và một số đặc điểm liên quan thể chất y học cổ truyền

Bảng 3.8 Tỉ lệ các dạng thể chất y học cổ truyền của mẫu nghiên cứu

Dạng thể chất	n	Tỉ lệ %
Bình hòa	22	5%
Khí hư	66	15%
Dương hư	56	12%
Đàm thấp	34	8%
Thấp nhiệt	26	6%
Huyết ứ	84	19%
Âm hư	86	19%
Khí uất	79	18%
Cơ địa, bẩm sinh	90	20%
Tổng	543	

Nhận xét: Trong tổng cộng 449 người được khảo sát, thể chất y học cổ truyền loại cơ địa, bẩm sinh chiếm tỉ lệ cao nhất với 20%, dạng thể chất huyết ứ và âm hư chiếm tiếp theo với 19%, thể chất loại Khí uất chiếm 18%, thể chất loại khí hư và

đương hư lần lượt là 15% và 12%, các dạng thể chất còn lại chiếm tỉ lệ thấp hơn bao gồm thể chất đằm thấp chiếm 8%, thể chất loại thấp nhiệt chiếm 6%, thể chất loại Bình hòa chỉ chiếm 5%.

Bảng 3.9 Tần suất yếu tố tuổi theo thể chất YHCT

Tuổi	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Đương hư (n=56)	Huyết ứ (n=84)	Đằm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
15-24	4 (18%)	2 (3%)	9 (16%)	10 (12%)	5 (15%)	4 (15%)	7 (8%)	11 (14%)	10 (11%)
25-44	8 (36%)	18 (27%)	13 (23%)	27 (32%)	12 (35%)	11 (42%)	22 (26%)	19 (24%)	24 (27%)
45-64	10 (45%)	30 (45%)	25 (45%)	26 (31%)	14 (41%)	11 (42%)	38 (44%)	28 (35%)	41 (46%)
≥ 65	0 (0%)	16 (24%)	9 (16%)	21 (25%)	3 (9%)	0 (0%)	19 (22%)	21 (27%)	15 (17%)
\bar{X}	40,4	52,2	46,3	49,4	44,0	42,1	48,6	47,8	48,3
\pm SD	\pm 14,4	\pm 13,9	\pm 16,6	\pm 14,7	\pm 15,5	\pm 12,2	\pm 16,2	\pm 16,3	\pm 15,9

Nhận xét: Trong tất cả 9 dạng thể chất YHCT thì độ tuổi 45 – 64 đều chiếm tỉ lệ cao nhất (từ 31% trở lên), kể đến là độ tuổi từ 25 - 44 tuổi chiếm từ 23% trở lên, đối với thể chất Bình hòa, Đằm thấp, Thấp nhiệt thì tỉ lệ người dân trong độ tuổi 15 – 24 tuổi cao hơn người dân từ trên 65 tuổi (từ 15% trở lên), thể chất Dương hư có tỉ lệ trong độ tuổi 15 – 24 và từ trên 65 tuổi ngang nhau là 9%, các thể chất còn lại có tỉ lệ người từ trên 65 tuổi cao hơn người 15 – 24 tuổi (từ 16% trở lên).

Bảng 3.10 Tần suất yếu tố giới tính theo thể chất YHCT

Giới tính	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Dương hư (n=56)	Huyết ứ (n=84)	Đàm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
Nam	9 (41%)	51 (77%)	29 (52%)	49 (58%)	23 (68%)	20 (77%)	63 (73%)	58 (73%)	54 (60%)
Nữ	13 (59%)	15 (23%)	27 (48%)	35 (42%)	11 (32%)	6 (23%)	23 (27%)	21 (27%)	36 (40%)

Nhận xét: Nhìn chung, đa số nam tỉ lệ giới tính nam lớn hơn giới nữ ở các thể chất không cân bằng (từ 52% trở lên), chỉ riêng thể chất Bình hòa là có tỉ lệ nữ cao hơn nam (59% nam so với 41% nam).

Bảng 3.11 Tần suất trình độ học vấn theo thể chất YHCT

Trình độ học vấn	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Dương hư (n=56)	Huyết ứ (n=84)	Đàm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
<= Tiểu học	1 (5%)	3 (5%)	3 (5%)	3 (4%)	3 (9%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (5%)	4 (4%)
THCS	0 (0%)	2 (3%)	1 (2%)	7 (8%)	5 (15%)	1 (4%)	5 (6%)	5 (6%)	7 (8%)
THPT	15 (68%)	32 (48%)	27 (48%)	48 (57%)	13 (38%)	12 (46%)	34 (40%)	46 (58%)	60 (67%)
>= Trung cấp	3 (14%)	9 (14%)	13 (23%)	12 (14%)	6 (18%)	8 (31%)	22 (26%)	15 (19%)	10 (11%)
Sau ĐH	3 (14%)	9 (14%)	12 (21%)	14 (17%)	7 (21%)	5 (19%)	11 (13%)	9 (11%)	9 (10%)

Nhận xét: Trong đặc điểm trình độ văn hóa, tất cả các thể chất YHCT đều có tỉ lệ cao nhất là trình độ tốt nghiệp THPT (từ 38% trở lên), kể đến là trình độ từ tốt nghiệp trung cấp đại học và sau đại học (từ 10% trở lên), trình độ văn hóa THCS và từ Tiểu học trở xuống chiếm tỉ lệ thấp nhất.

Bảng 3.12 Tàn suất nghề nghiệp theo thể chất YHCT

Nghề nghiệp	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Dương hư (n=56)	Huyết ứ (n=84)	Đàm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
Thất nghiệp	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	1 (3%)	1 (4%)	3 (3%)	0 (0%)	4 (4%)
Lao động tự do	15 (68%)	44 (67%)	26 (46%)	52 (62%)	20 (59%)	19 (73%)	51 (59%)	54 (68%)	57 (63%)
Cán bộ, viên chức	3 (14%)	2 (3%)	5 (9%)	4 (5%)	2 (6%)	0 (0%)	8 (9%)	7 (9%)	8 (9%)
Công nhân, nông dân	0 (0%)	9 (14%)	7 (13%)	6 (7%)	5 (15%)	2 (8%)	11 (13%)	2 (3%)	5 (6%)
Học sinh, sinh viên	4 (18%)	2 (3%)	9 (16%)	8 (10%)	4 (12%)	2 (8%)	5 (6%)	7 (9%)	7 (8%)
Các đối tượng khác	0 (0%)	9 (14%)	9 (16%)	13 (15%)	2 (6%)	2 (8%)	8 (9%)	9 (11%)	9 (10%)

Nhận xét: Ngành nghề lao động tự do chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 9 dạng thể chất YHCT (từ 46% trở lên), thất nghiệp chiếm tỉ lệ thấp nhất ở cả 9 dạng thể chất (từ 4% trở xuống) ở thể chất Bình hòa, chủ yếu là 3 ngành nghề lao động tự do, học sinh sinh viên và cán bộ viên chức; ở các dạng thể chất khác, tỉ lệ học sinh sinh viên, cán bộ viên chức, công nhân và các nhóm ngành nghề khác có sự chênh lệch: công nhân, nông dân chiếm tỉ lệ cao hơn học sinh sinh viên, cán bộ viên chức và ngành nghề khác ở thể chất Khí hư, Âm hư, Đàm thấp ; ngành nghề khác chiếm tỉ lệ cao hơn ở các thể chất còn lại.

Bảng 3.13 Tần suất và tỉ lệ BMI theo thể chất YHCT

BMI	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Dương hư (n=56)	Huyết ứ (n=84)	Đàm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
<18.5	1 (5%)	26 (39%)	2 (4%)	8 (10%)	3 (9%)	4 (15%)	8 (9%)	7 (9%)	4 (4%)
<23	11 (50%)	6 (9%)	29 (52%)	30 (36%)	16 (47%)	13 (50%)	36 (42%)	46 (58%)	32 (36%)
<25	2 (9%)	16 (24%)	11 (20%)	19 (23%)	2 (6%)	7 (27%)	27 (31%)	19 (24%)	18 (20%)
<30	8 (36%)	18 (27%)	13 (23%)	18 (21%)	12 (35%)	2 (8%)	15 (17%)	6 (8%)	32 (36%)
>=30	0 (0%)	4 (6%)	1 (2%)	9 (11%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	4 (4%)
$\bar{X} \pm SD$	23,2 ± 2,9	23,8 ± 3,6	22,8 ± 3,0	22,6 ± 2,8	23,1 ± 3,5	21,9 ± 2,7	23,8 ± 4,0	22,0 ± 2,3	24,0 ± 3,5

Nhận xét: Có sự phân bố theo chỉ số BMI không đồng đều giữa các dạng thể chất, thể chất Bình hòa, Dương hư, Thấp nhiệt, Khí uất có tỉ lệ BMI từ 18.5 – 23 cao nhất, thể chất khí hư có tỉ lệ BMI <18.5 cao nhất, BMI >= 30 có tỉ lệ thấp nhất ở cả 9 dạng thể chất.

Bảng 3.14 Tần suất và tỉ lệ mất ngủ theo thể chất YHCT

Mất ngủ	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Dương hư (n=56)	Huyết ứ (n=84)	Đàm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
Có	1 (5%)	25 (38%)	18 (32%)	27 (32%)	13 (38%)	7 (27%)	27 (31%)	17 (22%)	33 (37%)
Không	21 (95%)	41 (62%)	38 (68%)	57 (68%)	21 (62%)	19 (73%)	59 (69%)	62 (78%)	57 (63%)

Nhận xét: Tần suất bị mất ngủ của cả 9 dạng thể chất ít hơn người ngủ ngon, chỉ khoảng 20 - 30%, đặc biệt thể chất Bình hòa tỉ lệ mất ngủ thấp nhất chỉ có 5%.

Bảng 3.15 Tần suất và tỉ lệ sử dụng bia rượu theo thể chất YHCT

Bia rượu	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Dương hư (n=56)	Huyết ú (n=84)	Đàm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
Không	11 (50%)	35 (53%)	36 (64%)	52 (62%)	18 (53%)	15 (58%)	35 (41%)	34 (43%)	62 (69%)
Trung bình	11 (50%)	28 (42%)	15 (27%)	25 (30%)	12 (35%)	9 (35%)	46 (53%)	41 (52%)	24 (27%)
Nhiều	0 (0%)	3 (5%)	5 (9%)	7 (8%)	4 (12%)	2 (8%)	5 (6%)	4 (5%)	4 (4%)

Nhận xét: Đa số người tham gia nghiên cứu ít sử dụng rượu bia (trên 50%), riêng thể chất Âm hư và Khí uất có người uống rượu bia lần lượt là 59% và 57%.

Bảng 3.16 Tần suất và tỉ lệ tập thể dục hàng ngày theo thể chất YHCT

Thời gian tập thể dục	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Dương hư (n=56)	Huyết ú (n=84)	Đàm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
<150 phút	10 (45%)	20 (30%)	11 (20%)	17 (20%)	11 (32%)	10 (38%)	23 (27%)	20 (25%)	25 (28%)
>= 150 phút	4 (18%)	6 (9%)	6 (11%)	9 (11%)	3 (9%)	5 (19%)	12 (14%)	13 (16%)	11 (12%)
Không tập	8 (36%)	40 (61%)	39 (70%)	58 (69%)	20 (59%)	11 (42%)	51 (59%)	46 (58%)	54 (60%)
p	p < 0,05								

Chi- square test

Nhận xét: Đa số người được khảo sát là không tập thể dục, chủ yếu mọi người tập thể dục dưới 2 giờ 1 ngày, chỉ riêng thể chất Bình hòa và thể chất Thấp nhiệt có tỉ lệ tập thể dục trên 2 giờ/ ngày cao.

Bảng 3.17 Tần suất và tỉ lệ bệnh mãn tính theo thể chất YHCT

Tiền căn bệnh lý	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Dương hư (n=56)	Huyết ú (n=84)	Đàm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
COPD	1 (5%)	6 (9%)	0 (0%)	8 (10%)	1 (3%)	0 (0%)	3 (3%)	3 (4%)	3 (3%)
THA	3 (14%)	25 (38%)	21 (38%)	17 (20%)	6 (18%)	3 (12%)	20 (23%)	16 (20%)	26 (29%)
ĐTĐ typ 2	0 (0%)	13 (20%)	6 (11%)	8 (10%)	3 (9%)	3 (12%)	5 (6%)	2 (3%)	5 (6%)
RLLM	6 (27%)	21 (32%)	17 (30%)	24 (29%)	15 (44%)	6 (23%)	18 (21%)	9 (11%)	26 (29%)
Ung thư	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	2 (2%)	1 (3%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)
Đột quy.	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)	4 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)	2 (3%)	3 (3%)
Bệnh mạch vành	1 (5%)	5 (8%)	3 (5%)	8 (10%)	3 (9%)	3 (12%)	6 (7%)	2 (3%)	6 (7%)
p	p < 0,05								

Chi- square test

Nhận xét: Trong phân bố tiền căn bệnh lý, COPD, ung thư, đột quy, bệnh mạch vành luôn chiếm tỉ lệ bệnh thấp nhất ở cả 9 dạng thể chất. Tăng huyết áp thường gặp ở người thể chất Khí hư, Dương hư, Cơ địa bẩm sinh. Đái tháo đường thường gặp ở thể chất Khí hư. Rối loạn lipid máu có tỉ lệ cao nhất ở thể chất Đàm thấp, kế tiếp là thể chất Khí hư, Dương hư.

Bảng 3.18 Tần suất các bệnh mãn tính theo thể chất y học cổ truyền

Tiền căn bệnh lý	Đặc điểm	Thể chất cân bằng	Thể chất không cân bằng
	COPD (n=25)	1 (4%)	24 (96%)
	THA (n=136)	3 (2%)	134 (98%)
	ĐTĐ typ 2 (n=45)	0 (0%)	45 (100%)
	RLLM (n=140)	6 (4%)	136 (96%)
	Ung thư (n=7)	0 (0%)	7 (100%)
	Đột quy (n=12)	0 (0%)	12 (100%)
	Bệnh mạch vành (n=37)	1 (3%)	36 (97%)

Nhận xét: Người có thể chất cân bằng ít có tiền căn bệnh lý hơn các dạng thể chất không cân bằng, không ghi nhận người có thể chất cân bằng có các loại bệnh lý ảnh hưởng chất lượng cuộc sống nhiều như đái tháo đường typ 2, ung thư, đột quy .

3.2.2. Mối tương quan giữa các yếu tố ảnh hưởng lên thể chất y học cổ truyền trên người tham gia nghiên cứu

Bảng 3.19 Mối tương quan của các yếu tố với thể chất Bình hòa

Yếu tố	OR	SE	95% CI	p
Giới tính	0,27	0,14	0,1 - 0,7	0,01
Có tập thể dục	3,68	1,90	1,3 - 10,1	0,012
Bị mất ngủ	0,24	0,16	0,1 - 0,9	0,033

Nhận xét: Các yếu tố giới tính, tập thể dục, tình trạng mất ngủ có liên quan đến thể chất Bình hòa ($p < 0,05$). Nữ giới có khả năng đạt thể chất Bình hòa nhiều hơn nam 27%. Người có tập thể dục có khả năng đạt thể chất Bình hòa gấp 3.68 lần

so với người không tập. Người không bị mất ngủ có khả năng đạt thể chất Bình hòa nhiều hơn người bị mất ngủ 24%.

Bảng 3.20 Mối tương quan của các yếu tố với thể chất Khí hư

Yếu tố	OR	SE	95% CI	p
Giới tính	2,16	0,68	1,2 - 3,9	0,01
Đái tháo đường typ 2	2,83	1,18	1,2 - 6,4	0,01
Tăng huyết áp	2,13	0,60	1,2 - 3,7	0,01

Nhận xét: Các yếu tố giới tính, đái tháo đường typ 2, tăng huyết áp có liên quan đến thể chất Khí hư ($p < 0,05$). Giới tính nam có khả năng là thể chất Khí hư gấp 2,16 lần so với nữ. Người bị Đái tháo đường và Tăng huyết áp có nguy cơ gặp thể chất Khí hư cao hơn 2.83 lần và 2.13 lần so với người đường huyết và huyết áp bình thường.

Bảng 3.21 Mối tương quan của các yếu tố với thể chất Dương hư

Yếu tố	OR	SE	95% CI	p
Tăng huyết áp	2,03	0,70	1,0 - 3,9	0,04

Nhận xét: Tăng huyết áp có liên quan đến thể chất Dương hư ($p < 0,05$). Người bị tăng huyết áp có gấp đôi khả năng trở thành thể chất Dương hư so với người huyết áp bình thường.

Bảng 3.22 *Mối tương quan của các yếu tố với thể chất Âm hư*

Yếu tố	OR	SE	95% CI	p
Giới tính	1,74	0,46	1,0 - 2,9	0,04
Tuổi	1,02	0,01	1,00 - 1,03	0,04
BMI	0,91	0,04	0,8 - 0,9	0,04
Có uống bia rượu	2,34	0,63	1,4 - 3,9	0,00

Nhận xét: Thể chất Âm hư có tương quan với giới tính, tuổi, chỉ số khối cơ thể và tình trạng sử dụng rượu bia ($p < 0,05$). Nam giới có nguy cơ thể chất Âm hư cao gấp 1.74 so với nữ giới. Mỗi khi tăng thêm 1 tuổi thì nguy cơ bị thể chất Âm hư cao hơn 1.02 lần. BMI càng thấp càng tăng nguy cơ thể chất Âm hư lên 91%. Uống rượu bia làm tăng khả năng là thể chất Âm hư gấp 2.34 lần so với người không hút thuốc uống rượu.

Bảng 3.23 *Mối tương quan của các yếu tố với thể chất Huyết ứ*

Yếu tố	OR	SE	95% CI	p
Có tập thể dục	0,59	0,16	0,3 - 1,0	0,05
COPD	2,84	1,32	1,1 - 7,1	0,03

Nhận xét: Thể chất Huyết ứ có liên quan đến tình trạng tập thể dục và tiền căn bệnh lý COPD ($p < 0,05$). Người có tập thể dục giảm khả năng gặp thể chất Huyết ứ 41% so với người không tập thể dục. Người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tăng 2.84 lần nguy cơ trở thành thể chất Huyết ứ.

Bảng 3.24 Mối tương quan của các yếu tố với thể chất Đàm thấp

Yếu tố	OR	SE	95% CI	p
Rối loạn Lipid máu	3,07	1,35	1,3 - 7,2	0,01

Nhận xét: Tiền căn rối loạn lipid máu có liên quan đến thể chất Đàm thấp ($p < 0,05$). Người có tiền căn rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ gặp phải thể chất Đàm thấp 3.07 lần so với người không bị rối loạn lipid máu.

Bảng 3.25 Mối tương quan của các yếu tố với thể chất Thấp nhiệt

Yếu tố	OR	SE	95% CI	p
Giới tính	3,11	1,64	1,1 - 8,7	0,03
BMI	0,83	0,07	0,7 - 0,9	0,02

Nhận xét: Thể chất Thấp nhiệt có tương quan với giới tính, chỉ số BMI ($p < 0,05$). Nam giới có nguy cơ trở thành thể chất Thấp nhiệt gấp 3.11 lần so với nữ giới. Người có BMI thấp giảm được 83% nguy cơ gặp phải thể chất Thấp nhiệt.

Bảng 3.26 Mối tương quan của các yếu tố với thể chất Khí uất

Yếu tố	OR	SE	95% CI	p
Giới tính	2,33	0,77	1,2 - 4,4	0,01
BMI	0,86	0,05	0,8 - 0,9	0,01
Bị mất ngủ	0,49	0,16	0,2 - 0,9	0,03
Rối loạn Lipid máu	0,42	0,17	0,2 - 0,9	0,03
Có uống bia rượu	2,48	0,70	1,4 - 4,3	0,00

Nhận xét: Thể chất Khí uất có liên quan đến các yếu tố giới tính, BMI, tình trạng mất ngủ, có tiền căn rối loạn lipid máu, tình trạng sử dụng rượu bia ($p < 0,05$). Nam giới có nguy cơ trở thành thể chất Khí uất gấp 2.33 lần so với nữ giới. Người có BMI thấp và không bị mất ngủ giảm được 86% và 49% nguy cơ gặp phải thể chất Khí uất. Người không bị rối loạn Lipid máu giảm được 42% nguy cơ trở thành thể chất Khí uất. Người uống bia rượu làm tăng nguy cơ Khí uất lên gấp 2.48 lần so với người không uống rượu bia.

Bảng 3.27 Mối tương quan của các yếu tố với thể chất cơ địa, bẩm sinh

Yếu tố	OR	SE	95% CI	p
Giới tính	2,33	0,77	1,2 - 4,4	0,01
BMI	1,13	0,05	1,0 - 1,2	0,00
Bị mất ngủ	1,98	0,54	1,1 - 3,4	0,01
Có uống bia rượu	3,16	0,91	1,8 - 5,5	0,00

Nhận xét: Thể chất cơ địa, bẩm sinh có liên quan đến các đặc điểm giới tính, chỉ số BMI, tình trạng mất ngủ, có dùng rượu bia ($p < 0,05$). Trong đó, những người giới tính nam tăng khả năng trở thành thể chất cơ địa, bẩm sinh 2,33 lần, BMI càng cao, có tình trạng mất ngủ, có sử dụng rượu bia cũng làm gia tăng khả năng dẫn đến thể chất cơ địa, bẩm sinh lần lượt là gấp 1,13 lần, 1,98 lần và 3,16 lần.

3.3. Môi liên quan giữa hút thuốc lá và thể chất y học cổ truyền

3.3.1. Phân bố tỉ lệ hút thuốc lá theo thể chất y học cổ truyền

Bảng 3.28 Tần suất và tỉ lệ hút thuốc lá theo thể chất y học cổ truyền

Hút thuốc lá	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Dương hư (n=56)	Huyết ứ (n=84)	Đàm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
Có hút thuốc lá	7 (32%)	23 (35%)	8 (14%)	15 (18%)	17 (50%)	11 (42%)	17 (20%)	7 (9%)	13 (14%)
Hít thuốc lá thụ động	7 (32%)	24 (36%)	31 (55%)	40 (48%)	9 (26%)	4 (15%)	49 (57%)	43 (54%)	38 (42%)
Không tiếp xúc thuốc lá	8 (36%)	19 (29%)	17 (30%)	29 (35%)	8 (24%)	11 (42%)	20 (23%)	29 (37%)	39 (43%)
Số điều hút/ngày	10,1 ± 9,2	8,2 ± 11,3	4,9 ± 13,2	4,2 ± 11,1	11,7 ± 16,7	9,7 ± 14,8	4,0 ± 11,3	2,3 ± 9,2	1,8 ± 5,0

Nhận xét: Tần suất người tham gia nghiên cứu có hút thuốc lá tương đối thấp ở thể chất Dương hư, Huyết ứ, Khí uất và thể chất cơ địa, bẩm sinh (dưới 14%), tần suất hút thuốc lá nhiều nhất ở 3 thể chất Khí hư, Đàm thấp và thấp nhiệt (trên 35%). Tần suất hít thuốc lá thụ động ở thể chất Thấp nhiệt là thấp nhất chỉ 14%, các thể chất khác đều có tỉ lệ người hít thuốc lá thụ động nhiều hơn người hút thuốc lá.

Số điều thuốc lá hút trung bình một ngày của thể chất Đàm thấp là cao nhất, thấp nhất là thể chất Cơ địa, bẩm sinh và thể chất Khí uất.

Bảng 3.29 Ảnh hưởng của thuốc lá lên thể chất y học cổ truyền

Hút thuốc lá	Bình hòa	Khí hư	Dương hư	Huyết ú	Đàm thấp	Thấp nhiệt	Âm hư	Khí uất	Cơ địa
p nhóm hút thuốc lá (n=106) – nhóm không tiếp xúc thuốc lá (n=343)	0,35	0,02	0,06	0,17	0,00	0,02	0,35	0,001	0,022
p nhóm hút thuốc lá (n=106) – nhóm hít thuốc lá thụ động (n=191)	0,25	0,039	0,03	0,149	0,001	0,002	0,056	0,00	0,09
p nhóm hút thuốc lá thụ động (n=191) – nhóm không tiếp xúc thuốc lá (n=152)	0,8	0,3	0,55	0,288	0,8	0,34	0,004	0,4	0,2

Chi-square test

Nhận xét: Khi kiểm định tỉ lệ người hút thuốc lá, người hít thuốc lá thụ động, người không hút thuốc lá và người không tiếp xúc thuốc lá theo phân dạng thể chất YHCT, thể chất Khí hư, Đàm thấp, Thấp nhiệt và Khí uất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ người hút thuốc lá với người hít thuốc lá thụ động và người không tiếp xúc thuốc lá, không có sự khác biệt giữa nhóm hít thuốc lá thụ động và nhóm không hút thuốc lá. Ở thể chất cơ địa, bẩm sinh, chỉ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm hút thuốc lá và nhóm không tiếp xúc thuốc lá.

Bảng 3.30 Tỷ lệ thể chất y học cổ truyền theo đối tượng thuốc lá

	Bình hòa (n=22)	Khí hư (n=66)	Dương hư (n=56)	Huyết ứ (n=84)	Đàm thấp (n=34)	Thấp nhiệt (n=26)	Âm hư (n=86)	Khí uất (n=79)	Cơ địa (n=90)
Hút thuốc lá (n=106)	7%	22%	8%	14%	16%	10%	16%	7%	12%
Hít thuốc lá thụ động (n=191)	4%	13%	16%	21%	5%	2%	26%	23%	20%
Không tiếp xúc thuốc lá (n=152)	5%	13%	11%	19%	5%	7%	13%	19%	26%

Nhận xét: Thể chất Khí hư, Âm hư, Đàm thấp, Huyết ứ có tỷ lệ hút thuốc lá cao nhất, thể chất Bình hòa và Khí uất có tỷ lệ thấp nhất. Thể chất Âm hư, Khí uất, Huyết ứ có tỷ lệ hít thuốc lá thụ động nhiều nhất. Thể chất cơ địa, bẩm sinh, Khí uất và Huyết ứ là 3 thể chất có tỷ lệ không tiếp xúc thuốc lá nhiều nhất.

3.3.2. Phân bố các yếu tố bệnh mãn tính, sử dụng bia rượu, mất ngủ theo đối tượng hút thuốc lá

Bảng 3.31 Tỷ lệ bệnh mãn tính theo đối tượng hút thuốc lá

Tiền căn bệnh mãn tính	Nhóm hút thuốc lá (n=106)	Nhóm không hút thuốc lá		p nhóm hút thuốc lá – nhóm không hút thuốc lá
		Nhóm hút thuốc lá thụ động (n=191)	Nhóm không tiếp xúc thuốc lá (n=152)	
COPD	8 (8%)	7 (4%)	6 (4%)	p=0,001
THA	37 (35%)	48 (25%)	25 (16%)	
ĐTĐ typ 2	17 (16%)	13 (7%)	7 (5%)	
RLLM	54 (51%)	42 (22%)	28 (18%)	
Ung thư	5 (5%)	1 (1%)	0 (0%)	
Đột quy	4 (4%)	4 (2%)	3 (2%)	
Bệnh mạch vành	16 (15%)	9 (5%)	8 (5%)	

Chi square test

Nhận xét: Tỷ lệ tất cả các bệnh mãn tính khảo sát trong nghiên cứu ở nhóm có hút thuốc lá đều cao hơn so với nhóm hút thuốc lá thụ động và nhóm không tiếp xúc với thuốc lá, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Nhóm hút thuốc lá thụ động có tỷ lệ bệnh Tăng huyết áp, Đái tháo đường typ 2, Rối loạn lipid máu cao hơn so với nhóm không tiếp xúc thuốc lá.

Bảng 3.32 Tỷ lệ sử dụng bia rượu theo đối tượng hút thuốc lá

Sử dụng bia rượu	Nhóm hút thuốc lá (n=106)	Nhóm không hút thuốc lá	
		Nhóm hút thuốc lá thụ động (n=191)	Nhóm không tiếp xúc thuốc lá (n=152)
Không (n=262)	31 (29%)	137 (72%)	94 (62%)
Trung bình (n=158)	57 (54%)	50 (26%)	51 (34%)
Nhiều (n=29)	18 (17%)	4 (2%)	7 (5%)
p nhóm hút thuốc lá – nhóm không hút thuốc lá			0,000

Chi square test

Nhận xét: Nhóm hút thuốc lá có tỉ lệ sử dụng bia rượu cao (71%) đặc biệt là dùng bia rượu với lượng nhiều đến 17% hơn hẳn nhóm không hút thuốc lá, khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.33 Tỷ lệ mất ngủ theo đối tượng hút thuốc lá

Mất ngủ	Nhóm hút thuốc lá (n=106)	Nhóm không hút thuốc lá	
		Nhóm hút thuốc lá thụ động (n=191)	Nhóm không tiếp xúc thuốc lá (n=152)
Có (n=177)	45 (42%)	76 (40%)	56 (37%)
Không (n=272)	61 (58%)	115 (60%)	96 (63%)
P	p có tiếp xúc thuốc lá – không hút thuốc lá = 0,4		

Chi square test

Nhận xét: Tình trạng mất ngủ của 3 nhóm đối tượng thuốc lá không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

3.3.3. Mối tương quan của thuốc lá và thể chất y học cổ truyền

Bảng 3.34 Mối tương quan của hút thuốc lá với thể chất y học cổ truyền

Dạng thể chất	Hút thuốc lá			
	OR	SE	95% CI	p
Khí hư	1,93	0,55	1,1 - 3,4	0,02
Đàm thấp	4,32	2,15	1,6 - 11,4	0,000
Thấp nhiệt	2,53	1,05	1,1 - 5,7	0,03
Khí uất	0,17	0,08	0,1 - 0,4	0,00
	Có tiếp xúc thuốc lá			
Dạng thể chất	OR	SE	95% CI	p
Âm hư	2,30	0,68	1,3 - 4,1	0,01
Cơ địa, bẩm sinh	0,58	0,15	0,3 - 0,9	0,04

Nhận xét: Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ trở thành thể chất Khí hư gấp 1,93 lần so với người không hút thuốc lá. Hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ trở thành thể chất Đàm thấp 4,32 lần so với người không hút thuốc lá, tăng nguy cơ thành thể chất Thấp nhiệt 2,53 lần so với người không hút thuốc lá. Người có tiếp xúc với thuốc lá cũng tăng nguy cơ trở thành thể chất Âm hư gấp 2,3 lần so với người hoàn toàn không tiếp xúc thuốc lá. Người không hút thuốc lá giảm dc 17% nguy cơ trở thành thể chất Khí uất và người không tiếp xúc thuốc lá giảm dc 58% nguy cơ trở thành thể chất Cơ địa, bẩm sinh.

CHƯƠNG 4.

BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm của người tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn đối tượng trên 15 tuổi do là lứa tuổi vị thành niên, là độ tuổi bắt đầu hút thuốc theo báo cáo của WHO và GATTS, dưới 75 tuổi là do tỉ lệ hút thuốc lá ở nhóm tuổi này trở lên giảm dần do suy giảm chức năng cơ thể, suy giảm nhận thức và uống nhiều loại thuốc theo nghiên cứu của Jiska Cohen-Mansfield (2016)[109].

Tổng cộng nghiên cứu khảo sát được 495 người, khi xử lý và làm sạch số liệu, loại bỏ những phiếu khảo sát không đủ tiêu chuẩn, không đủ thông tin và có sự sai sót còn lại 449 đối tượng được đưa vào phân tích kết quả. Trong 449 đối tượng cho thấy nam giới chiếm đa số với 63%, gấp 1,7 lần nữ giới tham gia nghiên cứu, khác biệt có ý nghĩa thống kê này có thể giải thích do phụ nữ khi có mặt tại nhà thì bận chăm sóc gia đình và con cái hơn nam, đồng thời nữ giới ít đồng ý tham gia khảo sát liên quan đến thuốc lá hơn nam vì cho rằng mình không hút thì không cần khảo sát.

Trong mẫu nghiên cứu, tỉ lệ người hút thuốc lá là 24% (95% người hút là nam giới), nhóm người hút thuốc lá thụ động chiếm tỉ lệ rất cao là 43% và chia đều cho cả 2 giới nam hút thụ động 45%, nữ hút thụ động 55%; nhóm người không tiếp xúc thuốc lá chiếm 34% và tỉ lệ nam giới không tiếp xúc thuốc lá nhiều hơn nữ 2,8 lần (nam 65%, nữ 35%). Nhìn chung có 35,4% nam trong nghiên cứu có hút thuốc lá chủ động, trong khi tỉ lệ hút thuốc lá chủ động ở nữ là 3%, tỉ lệ trong nghiên cứu phù hợp với công bố của Trần Thái Hà năm 2022 về đặc điểm lâm sàng của người nghiện thuốc lá tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương cũng có tỉ lệ hút thuốc lá chủ động ở nam cũng nhiều hơn nữ (nam 84,5%, nữ 15,5%) [115]. Khi so sánh với kết quả của nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và thể tạng theo y học cổ truyền của người nghiện thuốc lá tại thành phố Hà Nội năm 2022 cũng cho kết quả gần tương đồng với khảo

sát của chúng tôi có 96,4% người hút thuốc lá là nam giới, trong khi nữ hút thuốc lá chỉ 3,6% [116]. Dựa báo cáo của GATS 2015 cho thấy cả nước có 36,7% nam giới, 0,8% nữ giới và tính chung là 18,2% người trưởng thành (tương đương 12,6 triệu người) đang hút thuốc lá điều, tương đồng với tỉ lệ nam giới hút thuốc lá của nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ nữ hút thuốc lá của địa phương có cao hơn so với trung bình cả nước [46]. Tỉ lệ hút thuốc lá thụ động của nam và nữ gần ngang nhau có thể do nam dễ hít phải khi đi ăn uống với bạn bè và ở chỗ làm còn nữ giới có hiện tượng hít khói thuốc lá thụ động ở nhà.

Tuổi trung bình của hai giới xấp xỉ nhau, đều nằm ở độ tuổi trưởng thành và độ tuổi lao động. Trong nhóm người có hút thuốc lá, 2 nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 45-64 tuổi chiếm 46% và nhóm từ 25-44 tuổi chiếm 39%, nhóm tuổi trên 65 tuổi thấp hơn nhiều còn 8%. Trong nhóm người không hút thuốc lá, độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất cũng là 45-64 tuổi với 39%, tiếp theo là độ tuổi từ 25-44 tuổi chiếm 28%, nhóm trên 65 tuổi chiếm 20% nhiều hơn 2,5 lần nhóm hút thuốc lá, điều này có thể giải thích do càng lớn tuổi ít hút thuốc lá hơn do các vấn đề về sức khỏe của bản thân và gia đình của đối tượng giảm sút, mắc các bệnh mãn tính liên quan hoặc không liên quan đến hút thuốc như: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, ... cũng như kiến thức về tác hại của thuốc lá. Nhóm tuổi hút thuốc lá nhiều nhất nằm trong độ tuổi lao động cũng phù hợp với công bố của Trần Thái Hà năm 2022 về đặc điểm lâm sàng của người nghiện thuốc lá có kết quả độ tuổi hút thuốc lá nhiều nhất nằm trong khoảng từ 45 - 64 tuổi chiếm 53%, kế đến là khoảng 25 - 44 tuổi chiếm 28,5%, ít nhất là nằm trong nhóm trên 65 tuổi chiếm 8.5% [115]. Khi so sánh với kết quả của nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và thể tạng theo y học cổ truyền của người nghiện thuốc lá tại thành phố Hà Nội năm 2022 cũng cho kết quả người hút thuốc lá ở khoảng từ 40 - 59 tuổi chiếm tỷ lệ 43,8% và khoảng từ 20 - 39 tuổi chiếm 31,2%, công bố này cũng phù hợp với khảo sát của chúng tôi về tuổi hút thuốc lá nhiều nhất là tuổi lao động là trung niên [116].

Về đặc điểm học vấn của người tham gia nghiên cứu. Nhìn chung, học vấn từ trung học cơ sở trở xuống là 18% ở nhóm hút thuốc lá trong khi nhóm không hút thuốc lá là 13%, tỉ lệ này phù hợp với thống kê của WHO (2021) là hành vi hút thuốc

lá liên quan đến trình độ học vấn thấp [52]. Tiếp đó là nhóm trình độ trung học phổ thông là nhóm có tỉ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, một điểm đặc biệt là nhóm có trình độ học vấn cao từ trung cấp đại học ở nhóm hút thuốc lá là 30% xấp xỉ với nhóm không hút thuốc lá là 28%, điều này có thể giải thích là do hiện tượng phổ cập giáo dục tốt tại thành phố trực thuộc trung nên đã giảm sự chênh lệch của học vấn với hành vi thuốc lá, ngoài ra sự ra đời của các dòng thuốc lá điều nhỏ gọn hơn, tiện lợi hơn, tinh tế hơn, cũng thúc đẩy việc sử dụng thuốc lá ở giới học vấn cao, thuốc lá ngoài là công cụ hút để giao tiếp hoặc thư giãn, cũng có thể dùng như một dụng cụ trang sức thời gian cho nam giới [117],[118],[119].

Phân bố tỉ lệ hút thuốc lá theo ngành nghề, kết quả cho thấy tất cả các nghề nghiệp được khảo sát đều có người hút thuốc lá: Chiếm tỉ lệ cao nhất là lao động tự do với 55%, tiếp theo các đối tượng ngành nghề khác chiếm 12%, cán bộ viên chức chiếm 11%, công nhân nông dân chiếm 10%, tỉ lệ thấp nhất là 6% thuộc về tỉ lệ học sinh sinh viên và thất nghiệp. Trong nhóm không hút thuốc lá, tỉ lệ nghề cao nhất là lao động tự do với 64%, tiếp theo là 3 nhóm có tỉ lệ xấp xỉ nhau là nhóm đối tượng khác 10%, học sinh sinh viên 11% và công nhân nông dân với 9%, cán bộ viên chức chỉ chiếm 5% và thất nghiệp chiếm 1%. Ngành nghề lao động chủ yếu của mẫu nghiên cứu là lao động tự do và nhóm ngành nghề khác. Khi so sánh với kết quả của nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và thể tạng theo y học cổ truyền của người nghiện thuốc lá tại thành phố Hà Nội năm 2022, cũng có sự tương đồng kết quả với nghiên cứu của chúng tôi khi ngành nghề có tỉ lệ hút thuốc lá nhiều nhất là lao động tự do (48,1%) và các ngành nghề khác (25,1%) [116]. Lao động tự do đa số không làm việc trong nhà, nơi cơ quan có cấm hút thuốc nên có tỉ lệ hút thuốc cao, ngoài ra ngành nghề lao động tự do là nhóm có sự không ổn định về thu nhập, nhiều áp lực vô hình nên dễ có xu hướng tìm đến thuốc lá như một công cụ thư giãn.

Đặc điểm của đối tượng hút thuốc lá chủ động

Trong 106 người hút thuốc lá, có 94% người hút thuốc lá truyền thống dạng điếu, 6% người hút những dạng thuốc lá khác như thuốc lá điện tử, điếu cày,....., tỉ lệ này phù hợp các tỉ lệ trong các nghiên cứu khảo sát...hút thuốc lá dạng điếu vẫn đang là dạng dùng thường nhất của thuốc lá... Trong đó, 80% người hút thuốc được khảo

sát là hút hàng ngày, 15% thỉnh thoảng hút và 5% hiếm khi hút, tỉ lệ này giải thích phù hợp cho việc thuốc lá gây nghiện nên đa số người hút thuốc lá sẽ phải dùng thường xuyên để duy trì trạng thái cơ thể. Đối với độ tuổi bắt đầu hút thuốc lá, 54% người bắt đầu hút lúc dưới 20 tuổi, 46% bắt đầu hút khi trên 20 tuổi, kết. Phân loại theo số năm hút thuốc lá, nhóm hút thuốc lá dưới 10 năm chiếm 20%, nhóm hút từ 10 – 30 năm và nhóm hút thuốc lá trên 30 năm chiếm tỉ lệ cao gần bằng nhau là 41% và 40%. Kết quả của độ tuổi bắt đầu hút thuốc và số năm hút thuốc lá cho thấy việc tiêu thụ thuốc lá đa số khởi đầu sớm bắt đầu từ tuổi thanh thiếu niên <20 tuổi và kéo dài nhiều năm sau này, tỉ lệ hút thuốc lá từ 10 năm trở đi là 81% cho thấy thuốc lá gây nghiện khó bỏ và tạo thành thói quen lâu năm cho người hút. Khi so sánh với kết quả của nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và thể tạng theo y học cổ truyền của người nghiện thuốc lá tại thành phố Hà Nội năm 2022, sự tương đồng với nghiên cứu khảo sát của chúng tôi rất cao khi có 29,5% người hút thuốc lá dưới 10 năm, hút từ 10 – 30 năm chiếm 45,1%, 25,4% hút trên 30 năm[116]. Khảo sát về số điều thuốc lá hút trung bình 1 ngày, nhóm hút dưới 5 điều/ ngày chiếm tỉ lệ thấp nhất là 5%, tiếp theo là nhóm hút từ 5 – 10 điều/ngày chiếm 23%, nhóm hút 11 – 20 điều/ ngày và nhóm trên 20 điều/ngày lần lượt chiếm 37% và 36%. Khi tính số lượng tiêu thụ thuốc lá theo chỉ số số gói x năm, nhóm có tỉ lệ cao nhất là nhóm dưới 10 gói x năm chiếm 41%, tiếp theo là nhóm trên 20 gói x năm với 34%, nhóm tỉ lệ ít nhất là 11 – 20 gói x năm với 23%. So sánh với báo cáo GATS 2015 cho thấy số điều thuốc lá trung bình hàng ngày của một người hút hàng ngày là 13,7 điều cũng phù hợp với kết quả khảo sát của chúng tôi [46].

Đặc điểm của đối tượng hút thuốc lá thụ động

Trong 191 (42,5%) người hít khói thuốc lá thụ động, có 89% người hít khói thuốc lá thụ động tại nhà, 100% người ít khói thuốc lá thụ động tại chỗ làm, khu vực ăn uống giải trí, kết quả này phù hợp với phân bố người tham gia nghiên cứu nam giới chiếm đa số nên phơi nhiễm thuốc lá chủ yếu là chỗ làm và quán ăn chỗ tụ tập. Đa số là hít thụ động hàng ngày chiếm tỉ lệ cao nhất với 76%, tần suất hít thuốc lá thụ động hàng tuần, hàng tháng hoặc lâu hơn chiếm tỉ lệ thấp giống nhau tầm 5%. So sánh với báo cáo GATS 2015 cho thấy tỉ lệ người bị phơi nhiễm thuốc lá tại gia đình

là 59,9% và tỉ lệ người bị phơi nhiễm thuốc lá tại nơi làm việc là 42,6%, tại nhà hàng quán bar là 89,1%; nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ người bị phơi nhiễm thụ động thấp hơn so với cả nước thời điểm 2015 (42,5% người khảo sát có phơi nhiễm thụ động so với 59,9% trong báo cáo) có thể do hiệu quả của quá trình kiểm soát thuốc lá và sự phổ biến của tác hại thuốc lá, nhất là trong bối cảnh sau đại dịch covid - 19, có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi về tỉ lệ phơi nhiễm cao tại và chỗ làm quán ăn nhiều hơn tỉ lệ phơi nhiễm tại nhà [46]. Theo báo cáo của Nguyễn Minh Ngọc năm 2022 thì tỉ lệ hít thuốc lá thụ động tại nhà của nước ta theo khu vực thành thị là 50% nông thôn là 59,75% cũng cao tương đồng như nghiên cứu của chúng tôi (43% phơi nhiễm thuốc lá thụ động)[120]. Theo một khảo sát được tiến hành tại thành phố Hà Nội năm 2010 thì người bị phơi nhiễm thụ động tại nhà thường là phòng khách (68,2%), phòng ngủ (11,4%), ban công của gia đình (13,6%), một số ít người khói thuốc lá của người thân trong phòng ăn và bếp (3,5%) và sử dụng thuốc lá làm tăng khoảng cách nghèo, tăng gánh nặng cho kinh tế và chi phí y tế của gia đình[120],[121].

Phân loại theo thời gian hít khói thuốc lá thụ động trong ngày, 68% đối tượng là hít phải dưới 1 giờ (30% là nam, 38% là nữ), mức độ hít thụ động từ 1 – 4 giờ chiếm 15% (8% là nam, 7% là nữ), nhóm hít thụ động trên 4 tiếng chiếm 17% (7% là nam, 10% là nữ). Không có sự khác biệt của 2 giới về hít khói thuốc lá thụ động ($p>0,05$). Nhìn chung, mức độ hít khói thuốc lá thụ động đa số là mỗi ngày và thời gian dưới một giờ là chính.

4.2. Bàn luận về đặc điểm thể chất của người tham gia nghiên cứu

Trong tổng cộng 449 người được khảo sát, thể chất y học cổ truyền dạng cơ địa, bẩm sinh chiếm tỉ lệ cao nhất là 20%, dạng thể chất huyết ú và âm hư tiếp theo với 19%, thể chất loại Khí uất chiếm 18%, thể chất loại khí hư và dương hư lần lượt là 15% và 12%, các dạng thể chất còn lại chiếm tỉ lệ thấp hơn bao gồm thể chất đàm thấp chiếm 8%, thể chất loại thấp nhiệt chiếm 6%, thể chất loại Bình hòa chỉ chiếm 5%. Kết quả cho thấy tỉ lệ thể chất Bình hòa của dân cư địa phương thấp hơn những nghiên cứu khác, phân bố tỉ lệ các dạng thể chất khác với các nghiên cứu khác có thể

giải thích do thời tiết khí hậu, thức ăn, tập quán ăn uống, thói quen sinh hoạt và các điều kiện lao động nghỉ ngơi tại địa phương nói chung và TPHCM nói riêng có sự khác biệt. So sánh với nghiên cứu của Wang và cộng sự năm 2009 trên 21 948 người ở 9 tỉnh Trung Quốc có thể chất Bình hòa chiếm 32,14%, Khí hư 13,42%, Thấp nhiệt 9,08%, Dương hư 9,04%, Âm hư 8,27%, Huyết ú 8,10%, Khí uất 7,66%, thể chất Đàm thấp 7,32% và thể chất cơ địa, bẩm sinh 4,97%; kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thể chất Bình hòa thấp hơn và tỉ lệ thể chất cơ địa, bẩm sinh cao hơn có thể giải thích do môi trường sống 2 nước khác nhau và có thể dân cư Trung Quốc có nhiều thói quen giữ gìn sức khỏe hơn dân cư tại địa phương[104].

Tổng quát về phân bố giới tính của các dạng thể chất, tỉ lệ giới tính nam nhiều hơn nữ ở các thể chất không cân bằng (từ 1,1 – 3,3 lần) phù hợp với tình hình chung tỉ lệ nam được khảo sát nhiều hơn nữ, chỉ riêng thể chất Bình hòa là có tỉ lệ nữ cao hơn nam (59% nam so với 41% nam) và sự khác biệt nam nữ này có ý nghĩa thống kê cho thấy nữ có xu hướng sức khỏe tốt hơn nam. Các dạng thể chất Khí hư, Dương hư, Âm hư, Khí uất có sự khác biệt về tỉ lệ nam nữ có ý nghĩa thống kê cho thấy nam giới có xu hướng dễ mắc rối loạn kiểu Khí hư, Dương hư, Âm hư, Khí uất nhiều hơn nữ.

Về phân bố độ tuổi, trong tất cả 9 dạng thể chất YHCT thì độ tuổi 45 – 64 đều chiếm tỉ lệ cao nhất (từ 31% - 45%), kể đến là độ tuổi từ 25 -44 tuổi chiếm từ 23% - 42%, đối với thể chất Bình hòa, Đàm thấp, Thấp nhiệt thì tỉ lệ người dân trong độ tuổi 15 – 24 tuổi cao hơn người dân từ trên 65 tuổi; các thể chất Khí hư, Âm hư, Huyết ú, Khí uất tỉ lệ người từ trên 65 tuổi cao (từ 20% - 24%). Thể chất Bình hòa và thể chất thấp nhiệt là 2 thể chất duy nhất không có người từ trên 65 tuổi, có thể giải thích là do càng lớn tuổi càng khó giữ được cơ thể khỏe mạnh Bình hòa. Những thể chất liên quan đến hư nhược và lao lực như Khí hư, Âm hư, Huyết ú, Khí uất thì có hiện tượng tăng tỉ lệ thuận với độ tuổi càng lớn cho thấy cần phải quan tâm đề phòng những rối loạn này cho người lớn tuổi tại địa phương.

Trong đặc điểm trình độ văn hóa, nhìn chung tất cả các thể chất YHCT đều có phân bố rất ít ở nhóm có học vấn thấp (tiểu học và dưới tiểu học), tỉ lệ học vấn trung học cơ sở cao nhất ở thể chất Đàm thấp (15%) và thấp nhất ở thể chất Bình hòa (0%), trình độ tốt nghiệp THPT chiếm đa số với tỉ lệ cao nhất ở thể chất Bình hòa (68%),

thấp nhất là thể chất Đàm thấp (38%); trình độ từ trung cấp đại học có tỉ lệ cao nhất ở thể chất Thấp nhiệt (31%) và Âm hư (26%), thấp nhất ở thể chất cơ địa, bẩm sinh (11%); trình độ sau đại học có tỉ lệ cao nhất là Dương hư và Đàm thấp (21%), thấp nhất là thể chất cơ địa, bẩm sinh chỉ chiếm 10%, khác biệt giữa trình độ học vấn của thể chất cân bằng và các thể chất không cân bằng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả cho thấy trình độ văn hóa ảnh hưởng không đáng kể đến phân bố thể chất YHCT trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do số lượng người trong mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn, chưa đủ số lượng người có trình độ học vấn thấp để tiến hành kiểm định phân tích kết quả, ngoài ra trình độ văn hóa không đại diện được cho những hành vi thói quen có ảnh hưởng đến thể chất.

Về đặc điểm nghề nghiệp, ngành nghề lao động tự do chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 9 dạng thể chất YHCT, cao nhất ở thể chất Thấp nhiệt (73%), thấp nhất ở thể chất Dương hư (46%); thất nghiệp chiếm tỉ lệ thấp nhất ở cả 9 dạng thể chất (từ 4% trở xuống); Cán bộ viên chức có tỉ lệ cao nhất ở ở thể chất Bình hòa (14%) và thấp nhất ở thể chất Thấp nhiệt (0%); công nhân chiếm tỉ lệ cao nhất ở thể chất Đàm thấp (15%) và thấp nhất ở thể chất Bình hòa (0%); thể chất Bình hòa lại có tỉ lệ học sinh sinh viên cao nhất với 18% và thấp nhất là thể chất Khí hư với 3%; ở nhóm các ngành nghề khác, thể chất Bình hòa không có ai trong khi nhiều nhất là thể chất Dương hư (16%). Nhìn chung, Lao động tự do, Học sinh sinh viên và Cán bộ viên chức là những ngành nghề lành mạnh ít lao lực và tiếp xúc môi trường độc hại hơn nên có liên quan đến thể chất Bình hòa hơn những ngành nghề khác ($p < 0,05$).

Về thói quen uống bia rượu, đa số là người không sử dụng rượu bia (trên 50%), riêng thể chất Âm hư và Khí uất có người uống rượu nhiều hơn lượng người không uống. Trong kết quả khảo sát của chúng tôi, phần lớn là sử dụng bia rượu với lượng trung bình, chỉ một phần nhỏ lạm dụng bia rượu uống lượng nhiều, ngay cả thể chất Bình hòa cũng có tỉ lệ sử dụng bia rượu là 50% nhưng dùng ít nên phù hợp với quan điểm lạm dụng bia rượu mới gây hại.

Về tình trạng mất ngủ, thể chất Bình hòa tỉ lệ mất ngủ thấp nhất chỉ có 5%, thể chất Khí hư, Đàm thấp có tỉ lệ mất ngủ cao nhất (38%), nhìn chung kết quả khảo sát cho thấy người dân địa phương ít gặp tình trạng mất ngủ, cả 8 thể chất không cân bằng

đều có tỉ lệ người bị mất ngủ khác nhau cho thấy mất ngủ có thể là một yếu thay đổi thể chất. Theo nghiên cứu của Zhu năm 2014, tình trạng ngủ thất thường, ngủ trề và dậy muộn có liên quan đến thể chất Đầm thấp (OR = 1,5) cũng phù hợp với kết quả khảo sát của nghiên cứu này[37].

Trong phân bố tiền căn bệnh lý, người có tiền căn COPD chỉ chiếm 5,6% mẫu khảo sát, ung thư chiếm 1,6%, đột quỵ 2,7%, bệnh mạch vành 8,2%, kết quả khảo sát của nghiên cứu chúng tôi là nghiên cứu cộng đồng ngẫu nhiên, nên có tỉ lệ thấp các bệnh mãn tính có thể giải thích do những người có bệnh mãn tính này ít đồng ý tham gia nghiên cứu, mệt mỏi không muốn bị làm phiền, do hạn chế đi lại nên khảo sát viên khó tiếp cận được,... Ba bệnh lý chiếm tỉ lệ nhiều là Tăng huyết áp (30,5%), Đái tháo đường typ 2 (10%) và Rối loạn lipid máu (31,6%): Tăng huyết áp thường gặp ở người thể chất Khí hư và Dương hư (38%), ít gặp ở thể chất Thấp nhiệt (12%); đái tháo đường typ 2 thường gặp ở thể chất Khí hư (20%), không gặp ở thể chất Bình hòa; rối loạn lipid máu có tỉ lệ cao nhất ở thể chất Đầm thấp (44%), ít nhất ở thể chất Khí uất (11%). Phân bố tiền căn Đái tháo đường typ 2 của chúng tôi có nét giống với nghiên cứu khảo sát của Trịnh Thị Diệu Thường năm 2021 trên 269 người bệnh nội trú bị Đái tháo đường type 2 tại 3 bệnh viện của thành phố Hồ Chí Minh khi với kết quả thể chất khí hư 26,76%, đầm thấp 20,82%, thấp nhiệt 18,96%, âm hư 8,55%, huyết ú 7,43%, dương hư 6,7%, khí uất 5,58%, thể chất cơ địa, bẩm sinh 5,2%, và thể chất bình hòa 0% [7]. Khi so sánh với các nghiên cứu của Trung quốc năm 2015 về tương quan của thể chất và các bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp có tỉ lệ thể chất Bình hòa 20,67%, thể chất Đầm thấp chiếm 25,54%, Âm hư 15,16% và thể chất Khí hư 13,18%; nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ thể chất Bình hòa và Đầm thấp thấp hơn, tỉ lệ Khí hư và Âm hư cao hơn do số lượng người có BMI thấp trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn, chế độ ăn ngủ làm việc của người dân nước ta kém hợp lý hơn nên tỉ lệ tăng huyết áp thể hư nhược cao hơn[122]. Nghiên cứu của Wang và cộng sự năm 2017 cho thấy rối loạn lipid máu có liên quan đến thể chất Đầm thấp, Khí hư, Dương hư, Âm hư, Huyết ú cũng tương đồng với kết quả của nghiên cứu chúng tôi[123].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số người dân được khảo sát không tập thể dục, tỉ lệ không tập cao nhất ở thể chất Dương hư (70%), thấp nhất ở thể chất Bình hòa (36%); thể chất Bình hòa có tỉ lệ tập thể dục cao nhất lần lượt là 63%, đây cũng là thể chất có số lượng người tập luyện được trên 150 phút 1 tuần nhiều nhất với 18%, điều này cho thấy tập thể dục là một yếu tố quan trọng giúp đạt được thể chất cân bằng. Khi so sánh báo cáo của quốc gia về tình trạng sức khỏe của thanh niên Việt Nam năm 2015 cho thấy tỉ lệ tập thể dục ở vùng Đông Nam Bộ là 31,9% nằm trong những vùng có tỉ lệ tập thể dục cao nhất nước, tỉ lệ này cũng phù hợp với kết quả của nghiên cứu chúng tôi[117]. Nghiên cứu trên 944 người Hồng Kông của Youzhi Sun năm 2014 cũng cho thấy tập thể dục là một yếu tố bảo vệ khỏi thể chất không cân bằng[105].

Có sự phân bố theo chỉ số BMI không đồng đều giữa các dạng thể chất, BMI < 18,5 có tỉ lệ cao nhất ở thể chất Khí hư (39%), thấp nhất ở thể chất Dương hư và thể chất Cơ địa, bẩm sinh (4%); BMI từ 18.5 – <23 chiếm tỉ lệ cao nhất ở thể chất Khí uất (58%), thấp nhất ở thể chất Khí hư (9%); BMI từ 23 - <25 nhiều nhất là thể chất Âm hư (31%), thấp nhất là thể chất Đàm thấp (6%); BMI từ 25 - <30 có tỉ lệ cao nhất ở thể chất Bình hòa và thể chất Đặc biệt (36%), thấp nhất ở thể chất Thấp nhiệt và Khí uất (6%); BMI trên 30 cao nhất ở thể chất Huyết ứ, thấp nhất ở thể chất Bình hòa, Thấp nhiệt, Âm hư. Kết quả cho thấy sự người ở thể chất Khí hư có khả năng gây ồm cao hơn các thể chất khác, người thể chất Bình hòa, Đàm thấp và thể chất Cơ địa, bẩm sinh có nguy cơ béo phì độ I, và người béo phì độ II có khả năng dẫn đến thể chất Huyết ứ.

Các đặc điểm có tương quan với thể chất YHCT của người tham gia nghiên cứu

Thể chất Bình hòa: Nữ giới có khả năng đạt thể chất Bình hòa nhiều hơn nam 27%. Người có tập thể dục có khả năng đạt thể chất Bình hòa gấp 3,68 lần so với người không tập. Người không bị mất ngủ có khả năng đạt thể chất Bình hòa nhiều hơn người bị mất ngủ 24%. Tuy nhiên theo Các báo cáo nghiên cứu thể chất dựa vào dữ liệu sức khỏe của Trung Quốc, Đài Loan, Hồng Kong cho rằng nữ giới có khả năng phát triển các thể chất không cân bằng cao gấp 3 đến 4 lần so với các đối tượng

nam, kết luận này khác biệt so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, một phần vì số lượng nữ tham gia nghiên cứu thấp hơn nam, một phần có thể do ý thức giữ gìn sức khỏe của nữ giới nước ta cao hơn nam, thường hay giải quyết sớm những vấn đề bệnh tật hơn nam[104],[118],[124]. Ngoài ta theo nghiên cứu của Youzhi Sun năm 2014, tiến hành nghiên cứu sự phân bố thể chất y học cổ truyền (TCMC) của phụ nữ người Hoa ở Hồng Kông và các yếu tố ảnh hưởng lên thể chất cho kết quả tuổi già (OR, 0,59-0,73), thói quen tập thể dục (OR, 0,61-0,79) và tiền sử sinh sản (OR = 0,72) cho thấy mối liên quan nghịch với các thể chất không cân bằng, kết luận này có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi tập thể dục là yếu tố bảo vệ thể chất cân bằng và đa số thể chất cân bằng đều ở lứa tuổi trẻ[105].

Thể chất Khí hư: Giới tính nam có khả năng là thể chất Khí hư gấp 2,16 lần so với nữ. Người bị Đái tháo đường và Tăng huyết áp có nguy cơ gặp thể chất Khí hư cao hơn 2,83 lần và 2,13 lần so với người đường huyết và huyết áp bình thường.

Thể chất Dương hư: So với các nghiên cứu khác, tăng huyết áp sẽ có liên quan đến các thể chất Khí hư, Đàm thấp,... nhưng kết quả của nghiên cứu chúng tôi thì chỉ có thể chất Dương hư có liên quan đến tiền căn Tăng huyết áp có thể giải thích do khác biệt về điều kiện sinh sống, khí hậu và đối tượng nghiên cứu[7],[9],[27],[125].

Thể chất Âm hư: Thể chất Âm hư có tương quan với giới tính, tuổi, chỉ số khối cơ thể và tình trạng sử dụng rượu bia. Nam giới có nguy cơ thể chất Âm hư cao gấp 1,74 so với nữ giới. Mỗi khi tăng thêm 1 tuổi thì nguy cơ bị thể chất Âm hư cao hơn 1,02 lần. BMI càng thấp càng tăng nguy cơ thể chất Âm hư lên 91%. Uống rượu bia và thuốc lá làm tăng khả năng là thể chất Âm hư 2,34 và 2,3 lần so với người không hút thuốc uống rượu. So sánh với nghiên cứu năm 2021 của Qian Bai về tương quan giữa các yếu tố nhân khẩu học, yếu tố lối sống với thể chất y học cổ truyền Trung Quốc trên 313 người cao tuổi ở Ma Cao, cho kết quả là trình độ giáo dục, uống rượu bia, thói quen ngủ và tập thể dục là các yếu tố ảnh hưởng tiềm tàng đến thể chất âm hư, kết quả của nghiên cứu chúng tôi có sự tương đồng về quan điểm uống rượu bia có liên quan gia tăng nguy cơ Âm hư[18]. Việc nam giới có nguy cơ âm hư cao hơn có thể do các thói quen ăn uống nghỉ ngơi chưa hợp lý, kết hợp sử dụng rượu bia là tác nhân nhiệt gây hao âm phạt, người Âm hư có biểu hiện là gầy sụt cân, nóng trong

người, đau nóng trong xương, môi khô miệng khát tiêu đở ít,... cũng phù hợp với kết quả BMI càng thấp càng có nguy cơ gặp thể chất Âm hư trong nghiên cứu[4],[97].

Thể chất Huyết ú: Thể chất Huyết ú có liên quan đến tình trạng tập thể dục và tiền căn bệnh lý COPD. Người có tập thể dục giảm khả năng gặp thể chất Huyết ú 41% so với người không tập thể dục. Người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tăng 2,84 lần nguy cơ trở thành thể chất Huyết ú. Có sự tương đồng của nghiên cứu chúng tôi với nghiên cứu trên 944 người Hồng Kông của Youzhi Sun năm 2014 cũng cho thấy thể chất Huyết ú có liên quan đến thói quen tập thể dục [105]. So với nghiên cứu của Ye Ling năm 2018 trên 125 người bệnh COPD cho kết quả thể chất người bệnh COPD chủ yếu là Dương Hư, Khí Hư, Đàm Thấp, Thấp Nhiệt, Huyết ú; thể chất Huyết ú có liên quan đến FIB và D-dimer ($P < 0,05$), trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có thể chất Huyết ú là có liên quan đến COPD có thể do số lượng người có tiền căn COPD trong nghiên cứu chưa nhiều chỉ có 25 đối tượng (5,6%) và mẫu nghiên cứu tại địa phương lại có nguy cơ tim mạch cao [124],[126].

Thể chất Đàm thấp: Người có tiền căn rối loạn Lipid máu làm tăng nguy cơ gặp phải thể chất Đàm thấp 3,07 lần so với người không bị rối loạn lipid.

Thể chất Thấp nhiệt: Thể chất Thấp nhiệt có tương quan với giới tính, chỉ số BMI. Nam giới có nguy cơ trở thành thể chất Thấp nhiệt gấp 3.11 lần so với nữ giới. Người có BMI thấp giảm được 83% nguy cơ gặp phải thể chất Thấp nhiệt. Trong các nghiên cứu khác, thể chất thấp nhiệt có liên quan đến mức độ rượu bia và đái tháo đường, do trong nghiên cứu chúng tôi số lượng người có thể chất thấp nhiệt không nhiều nên không cho ra được mối tương quan rõ ràng[4],[18],[23],[27].

Thể chất Khí uất : Thể chất Khí uất có liên quan đến các yếu tố giới tính, BMI, tình trạng mất ngủ, có tiền căn rối loạn lipid máu, tình trạng sử dụng rượu bia. Nam giới có nguy cơ trở thành thể chất Khí uất gấp 2,33 lần so với nữ giới. Người có BMI thấp và không bị mất ngủ giảm được 86% và 49% nguy cơ gặp phải thể chất Khí uất. Người không bị rối loạn Lipid máu giảm được 42% nguy cơ trở thành thể chất Khí uất. Người uống bia rượu làm tăng nguy cơ Khí uất lên gấp 2,48 lần so với người không uống rượu bia. So với nghiên cứu của Wang năm 2013 về mối liên quan của rượu bia và thuốc là với thể chất y học cổ truyền, kết quả của Wang dựa trên 8848

người ở 9 tỉnh Trung Quốc cho thấy hầu hết những người bị Dương hư, Âm hư, Khí hư, thể chất Cơ địa, bẩm sinh hay Huyết ú đều không có thói quen uống rượu hay hút thuốc do có khả năng chịu thuốc lá và rượu yếu hơn, có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của chúng tôi là rượu bia có liên quan với thể chất Khí uất (OR = 2,48), thể chất cơ địa, bẩm sinh (OR = 3,16), và thể chất Âm hư (OR = 2,34), có thể giải thích là người dân địa phương không quan tâm nhiều về sức khỏe, vẫn tiếp tục sử dụng bỏ qua hậu quả của bia rượu[4].

Thể chất cơ địa, bẩm sinh : Thể chất cơ địa, bẩm sinh có liên quan đến các đặc điểm giới tính, chỉ số BMI, tình trạng mất ngủ, có dùng rượu bia. Trong đó, những người giới tính nam, BMI càng cao, có tình trạng mất ngủ, có sử dụng rượu bia làm gia tăng khả năng dẫn đến thể chất cơ địa, bẩm sinh, ngược lại người không tiếp xúc thuốc lá giảm được 58% nguy cơ trở thành thể chất cơ địa, bẩm sinh. Nghiên cứu của Yi Wang năm 2021 về mối liên hệ giữa thể chất YHCT và lối sống không lành mạnh những người có nguy cơ tim mạch cao trên 1739 người ở Quảng Châu, Trung Quốc, kết quả cho thấy những người thuộc thể chất cơ địa, bẩm sinh (OR=2,166, 95% CI=1,029-4,559; p =0,042) có khả năng là người thường xuyên uống rượu hơn, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của chúng tôi [126] .

4.3. Bàn luận về mối liên quan thể chất YHCT và hút thuốc lá của người dân tại phường 05 quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh.

Theo kết quả bảng 3.30, các thể chất Khí hư, Âm hư, Đàm thấp, Huyết ú có tỉ lệ hút thuốc lá cao nhất lần lượt là 22% 16% và 14%, trong khi đó thể chất Bình hòa có tỉ lệ thấp nhất chỉ 7%, theo đông y, thuốc lá mang tính hao khí hại Phế Vị, nhiệt táo thương âm dùng lâu ngày dẫn đến tình trạng khí âm lưỡng hư có thể dẫn đến tình trạng Khí hư, Âm hư, phế khí hư không giúp khí cơ thăng giáng điều đạt, không thể giúp tâm điều hòa vận hành huyết mạch, chức năng thông điều thủy đạo hạn chế lâu ngày âm thấp ú đọng dễ sinh đàm thấp, huyết ú nên kết quả trên phù hợp với lý luận y học cổ truyền, chúng tôi tiến hành kiểm tra mối tương quan cho kết quả hút thuốc lá có liên quan đến thể chất Khí hư với OR=1,93, liên quan đến thể chất Âm hư với OR=2,3, liên quan đến thể chất Đàm thấp với OR=4,32 cho thấy có mối liên hệ chặt chẽ của thuốc lá và các thể chất này, kết quả này gợi ý cần tiến hành nghiên cứu theo

đôi để khẳng định được mối quan hệ nhân quả của hút thuốc lá thay đổi thể chất y học cổ truyền theo hướng mất cân bằng.

Theo kết quả bảng 3.30, thể chất Âm hư, Khí uất, Huyết ứ có tỉ lệ hút thuốc lá thụ động cao nhất lần lượt là 26%, 23% và 21%, theo lý thuyết về phơi nhiễm thuốc lá, đối tượng hút thuốc lá thụ động gặp nhiều tổn thương hơn đối tượng trực tiếp hút thuốc lá do hít phải cả 2 loại khói từ đầu điều thuốc đang cháy và từ khói thuốc nhả ra từ người hút, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi, hút thuốc lá thụ động có liên hệ với thể chất Âm hư với OR=2,3, giải thích do số lượng người hút thuốc lá thụ động của các thể chất khá ít (bảng 3.28), và thời gian hút thuốc lá thụ động của đối tượng nghiên cứu đa số là dưới 1 giờ (68% hút thuốc lá thụ động dưới 1 giờ)(bảng 3.7) nên chưa nổi bật được mối quan hệ của hút thuốc lá thụ động với thể chất y học cổ truyền.

Theo kết quả bảng 3.30, thể chất cơ địa, bẩm sinh, Khí uất là 2 thể chất có tỉ lệ không tiếp xúc thuốc lá nhiều nhất lần lượt là 26% và 19%, giải do 2 thể chất này có sự nhạy cảm về tác nhân dị ứng và những tác nhân ảnh hưởng đến Khí phận của cơ thể, nên dễ thấy khó chịu khi tiếp xúc với khói thuốc lá hơn các thể chất khác.

Theo kết quả bảng 3.21, nhóm người hút thuốc lá có tỉ lệ các bệnh mãn tính đều cao hơn so với nhóm hút thuốc lá thụ động và nhóm không tiếp xúc với thuốc lá (tỉ lệ gấp đôi với nhóm không hút thuốc lá, riêng ung thư tỉ lệ gấp 5 lần so với nhóm không hút thuốc lá). Ngoài ra, nhóm hút thuốc lá thụ động cũng có tỉ lệ bệnh Tăng huyết áp, Đái tháo đường typ 2, Rối loạn lipid máu cao hơn so với nhóm không tiếp xúc thuốc lá, kết quả phù hợp với những khuyến cáo và kiến thức hiện nay hút thuốc là là yếu tố nguy cơ và là nguyên nhân của các bệnh lý tim mạch, ung thư và COPD[44],[49],[127],[128].

Kết quả bảng 3.31 cho thấy nhóm hút thuốc lá có tỉ lệ sử dụng rượu bia nhiều hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm không hút thuốc lá và nhóm không tiếp xúc với thuốc lá, gợi ý người nghiện thuốc lá cũng có xu hướng nghiện bia rượu, kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Saul Shiffman (1996) về nghiện hút thuốc lá cũng làm gia tăng mức độ nghiện rượu bia, khi cai nghiện rượu bia cũng làm tăng tỉ lệ nghiện thuốc lá như một hành vi thay thế [129].

Tình trạng mất ngủ của 3 nhóm đối tượng thuốc lá không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, dù nghiên cứu của Liao Yanhui (2019) cho kết quả hút thuốc lá làm tăng khả năng rối loạn giấc ngủ, tăng số lần thức giấc, khó vào giấc hơn người không hút thuốc, trong nghiên cứu của chúng tôi chưa cho thấy sự khác biệt của triệu chứng mất ngủ do nghiên cứu của chúng tôi chỉ khảo sát định tính với câu trả lời là có – không, không dùng những thang điểm đánh giá chất lượng giấc ngủ chuyên sâu như Chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (PSQI)[130].

Theo kết quả bảng 3.18, tần suất người tham gia nghiên cứu có hút thuốc lá tương đối thấp ở thể chất Dương hư, Âm hư, Huyết ứ, Khí uất và thể chất cơ địa, bẩm sinh (dưới 14%), tần suất hút thuốc lá nhiều nhất ở 3 thể chất Khí hư, Đàm thấp và Thấp nhiệt (trên 35%). Thuốc lá theo y học cổ truyền có tính táo nhiệt, mặc dù có thể thông dương trực hàn tà nhưng dùng lâu hại khí, phế khí không tuyên phát tức giáng, thủy thấp không thông đình trệ dễ gây tình trạng thấp ứ đọng và thấp nhiệt, phế chủ khí suy kém làm khí huyết vận hành trở trệ tạo điều kiện dễ hình thành khí uất, tâm phế khí hư không ôn ấm được huyết mạch ngoại biên tứ chi gây triệu chứng hàn lãnh giống dương hư, thuốc lá dương táo hao khí tổn âm nên dễ dẫn tới tình trạng âm hư nặng thêm. Những người thuộc những thể chất dễ gặp tác hại của thuốc lá như dương hư, âm hư, thấp nhiệt, huyết ứ, thể chất cơ địa, bẩm sinh sẽ có khả năng dung nạp thuốc lá thấp hơn, khó chịu và dễ dẫn đến bệnh lý hơn nên tỉ lệ họ dùng thuốc lá ít hơn. Đồng thời, người dùng thuốc lá thường xuyên và kéo dài lại tích tụ hao tổn và táo nhiệt có thể làm cơ thể trở nên khí hư, đàm thấp, thấp nhiệt.

Tần suất hút thuốc lá thụ động ở thể chất Thấp nhiệt là thấp nhất chỉ 14%, các thể chất dương hư, huyết ứ, khí hư, đàm thấp, âm hư, khí trệ đều có tỉ lệ người hút thuốc lá thụ động nhiều hơn người không tiếp xúc thuốc lá. Nhìn chung chỉ có 33,8% người tham gia nghiên cứu không tiếp xúc với thuốc lá dưới bất kỳ hình thức nào, tỉ lệ có phơi nhiễm với thuốc lá của địa phương cao phù hợp với báo cáo của GATS 2015 với 53,5% người không hút thuốc bị phơi nhiễm với khói thuốc lá tại gia đình và 36,8% người không hút thuốc làm việc tại các khu vực trong nhà bị phơi nhiễm với khói thuốc lá tại nơi làm việc [46]. Bất kỳ thể chất nào cũng có người hút thuốc lá và hút thuốc lá thụ động, cả thể chất cân bằng và các thể chất không cân bằng, tuy

nhiên do số lượng người thể chất cân bằng ít (chỉ có 22 người chiếm 5% mẫu nghiên cứu) nên không đủ điều kiện tiến hành so sánh các đặc điểm liên quan đến mức độ hút và thời gian hút thuốc, thời gian phơi nhiễm khói thuốc lá thụ động của các thể chất với nhau.

Khi kiểm định tỉ lệ người hút thuốc lá, người hít thuốc lá thụ động, người không hút thuốc lá và người không tiếp xúc thuốc lá theo phân dạng thể chất YHCT (bảng 3.19), thể chất Khí hư, Đàm thấp, Thấp nhiệt và Khí uất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỉ lệ người hút thuốc lá với người hít thuốc lá thụ động và người không tiếp xúc thuốc lá, không có sự khác biệt giữa nhóm hít thuốc lá thụ động và nhóm không hút thuốc lá. Ở thể chất Cơ địa, bẩm sinh, chỉ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm hút thuốc lá và nhóm không tiếp xúc thuốc lá. Ở thể chất Dương hư, chỉ có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm hút thuốc lá và nhóm hít thuốc lá thụ động. Ở thể chất Âm hư lại có sự khác biệt giữa nhóm hít thuốc lá thụ động và nhóm không tiếp xúc thuốc lá. Kết quả kiểm định gợi ý việc hút thuốc lá có hại hơn hít thuốc lá thụ động, vì có sự khác biệt kể cả khi phân tích với nhóm hít thuốc lá thụ động và nhóm không tiếp xúc thuốc lá, trong khi hít thuốc lá thụ động lại không khác biệt với nhóm không tiếp xúc (trừ trường hợp thể chất Âm hư), số liệu thực tế có sự khác biệt với lý thuyết cho rằng đối tượng hít thuốc lá thụ động sẽ hấp thu nhiều độc tố hơn so với hút thuốc lá trực tiếp vì không có đầu lọc, nên về lý thuyết tỉ lệ và chỉ số tương quan OR của nhóm hít thuốc lá thụ động phải vượt trội hơn so với tỉ lệ của nhóm hút thuốc lá chủ động, việc này có thể giải thích do đối tượng hít thuốc lá thụ động căn bản không thích khói thuốc lá nên có thể tránh mặt đi nơi khác, thời gian tiếp xúc khói thuốc lá ngắn và những tác hại của thuốc lá có thể hồi phục dần khi không tiếp tục phơi nhiễm, nên ảnh hưởng của nhóm hít thuốc lá thụ động không rõ ràng như nhóm hút thuốc lá chủ động hút (80% hút hàng ngày)[44],[120],[131].

So sánh với nghiên cứu mối quan hệ giữa hành vi ăn uống với thể chất y học cổ truyền năm 2022 ở Đài Loan trên 2760 người từ 30 – 70 tuổi, kết quả có 740 người (26,8%) có thể chất cân bằng (54,2% là nam), trong đó không uống rượu bia 91,7%, không hút thuốc lá 72,8%, không có thói quen tập thể dục 52,3%; kết quả

nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỉ lệ thể chất cân bằng ít hơn (5%), tỉ lệ không uống rượu bia thấp hơn (50%), tỉ lệ không hút thuốc lá thấp hơn (68%), tỉ lệ không tập thể dục ít hơn (36%), sự khác biệt có thể giải thích do người dân phường 5 quận 10 có tỉ lệ hút thuốc và rượu bia nhiều, nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch hơn, ít tập thể dục nên tỉ lệ người dân đạt thể chất cân bằng ít hơn, ngoài ra còn nhiều yếu tố liên quan đến thói quen ăn uống, chế độ dinh dưỡng cũng ảnh hưởng đến thể chất y học cổ truyền[118].

Nhìn chung, kết quả của nghiên cứu chúng tôi cho thấy hút thuốc lá có liên quan đến thể chất Khí hư (OR = 1,93), Âm hư (OR = 2,3), Đàm thấp (OR = 4,32), Thấp nhiệt (OR = 2,53), Khí uất (OR = 0,17), thể chất Cơ địa, bẩm sinh (OR = 0,58), kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ye Ling năm 2018 phát hiện ra rằng tình trạng Dương hư, Khí hư và Âm hư có mối tương quan với chỉ số hút thuốc, $p < 0,05$ [124]. Nghiên cứu năm 2022 của Đài Loan trên 2760 người cũng cho kết quả những đối tượng hút thuốc lá có nhiều khả năng bị Dương hư (AOR = 1,72, $P < 0,001$), Âm hư (AOR = 1,55, $P = 0,002$) hoặc Đàm thấp (AOR = 2,04, $P < 0,001$) cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi[118], kết quả trên phù hợp với giả thuyết y học cổ truyền về thuốc lá có tính ôn táo, gây độc và tích tụ, dùng lâu dài sẽ hao khí tổn âm, âm dương thất điều, khí cơ trở trệ gây ứ đọng đàm thấp, phát sinh thể trạng nhạy cảm dễ mất quân bình, từ đó gây nên nhiều bệnh lý mãn liên quan như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, bệnh mạch vành,...So sánh với nghiên cứu năm 2021 của Qian Bai về tương quan giữa các yếu tố nhân khẩu học, yếu tố lối sống với thể chất y học cổ truyền Trung Quốc trên 313 người cao tuổi ở Ma Cao, cho kết quả thuốc lá là yếu tố ảnh hưởng tiềm tàng đến thể chất âm hư, kết quả của nghiên cứu chúng tôi có sự tương đồng về quan điểm tiếp xúc thuốc lá có liên quan gia tăng nguy cơ Âm hư[18].

Nghiên cứu của Zhu năm 2014 về tìm mối quan hệ giữa các yếu tố hành vi lối sống với thể chất Đàm thấp của Y học cổ truyền trên 1380 người ở 9 tỉnh Trung Quốc, có kết quả là nguy cơ của người hút thuốc lá trở thành thể chất Đàm thấp tăng 1,5 lần (OR=1,50)[37]. Nghiên cứu của Yi Wang năm 2021 về mối liên hệ giữa thể chất YHCT và lối sống không lành mạnh những người có nguy cơ tim mạch cao trên

1739 người ở Quảng Châu, Trung Quốc, kết quả cho thấy những người thuộc thể chất Đàm thấp (tỷ lệ chênh lệch được điều chỉnh [OR]=1,999, khoảng tin cậy 95% [CI]=1,003-3,984; $p = 0,049$) có xu hướng là những người đang hút thuốc, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của chúng tôi [126].

Việc hút thuốc lá có OR <1 ở thể chất Khí uất và thể chất cơ địa, bẩm sinh có thể diễn giải là người có thể chất cơ địa, bẩm sinh dễ bị dị ứng và khó chịu với khói thuốc lá nên ít sử dụng và ít chấp nhận phơi nhiễm khói thuốc hơn 42% so với người thường, họ thường chủ động né tránh hít phải khói thuốc; ngoài ra, công dụng nguyên thủy của việc sử dụng thuốc lá là để làm lưu thông khí huyết tắc trệ và ôn dương tinh tảo nên nhiều người sử dụng thuốc lá như công cụ giúp tập trung làm việc, để thư giãn, để giao lưu giải trí hoặc để hưng phấn sáng tạo nên những đối tượng Khí uất cũng có xu hướng dùng thuốc lá cho việc giảm bớt căng thẳng công việc[99],[132].

KẾT LUẬN

1. Kết luận về đặc điểm thể chất y học cổ truyền của người dân tại phường 05 quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh.

Thể chất y học cổ truyền loại cơ địa, bẩm sinh chiếm tỉ lệ cao nhất với 20%, dạng thể chất huyết ú và âm hư chiếm 19%, thể chất loại Khí uất chiếm 18%, thể chất loại khí hư và dương hư lần lượt là 15% và 12%, các dạng thể chất còn lại chiếm tỉ lệ thấp hơn bao gồm thể chất đàm thấp chiếm 8%, thể chất loại thấp nhiệt chiếm 6%, thể chất loại Bình hòa chỉ chiếm 5%.

Mẫu nghiên cứu có nguy cơ tim mạch cao, lối sống kém lành mạnh (có tỉ lệ rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, mất ngủ, BMI, sử dụng bia rượu thuốc lá cao, tỉ lệ tập thể dục thấp)

Thể chất Bình hòa có liên quan đến giới tính nữ (OR=0,27), có tập thể dục (OR=3,68), ngủ ngon là một yếu tố bảo vệ thể chất Bình hòa (OR=0,24).

Thể chất Khí hư có liên quan đến giới tính nam (OR=2,16), đái tháo đường typ 2 (OR=2,83), tăng huyết áp (OR=2,13).

Thể chất Dương hư có liên quan đến tiền căn tăng huyết áp (OR=2,03)

Thể chất Âm hư có liên quan đến nam giới (OR=1,74), tuổi càng cao (OR=1,02), BMI càng thấp (OR=0,91), sử dụng rượu bia (OR=2,34).

Thể chất Huyết ú có liên quan đến tình trạng không tập thể dục (OR=0,59), tiền căn COPD (OR=2,84).

Thể chất Đàm thấp có liên quan đến tiền căn rối loạn lipid máu (OR=3,07).

Thể chất Thấp nhiệt có liên quan đến nam giới (OR=3,11), BMI càng thấp (OR=0,83).

Thể chất Khí uất có liên quan đến nam giới (OR=2,33), BMI càng thấp (OR=0,86), tuổi càng nhỏ (OR=0,86), tiền căn rối loạn lipid máu (OR=0,42), ngủ ngon là một yếu tố bảo vệ thể chất Khí uất (OR=0,49), có sử dụng bia rượu (OR=2,48).

Thể chất Cơ địa, bẩm sinh có liên quan đến nam giới (OR=2,33), BMI càng cao (OR=1,13), có tình trạng mất ngủ (OR=1,98), có sử dụng bia rượu (OR=3,16).

2. Kết luận về mối liên quan thể chất YHCT và hút thuốc lá của người dân tại phường 05 quận 10 Thành phố Hồ Chí Minh.

Các thể chất Khí hư, Âm hư, Đàm thấp, Huyết ứ có tỉ lệ hút thuốc lá cao nhất lần lượt là 22% 16% và 14%, thể chất Bình hòa có tỉ lệ thấp nhất 7%. Thể chất Cơ địa, bẩm sinh, Khí uất là 2 thể chất có tỉ lệ không tiếp xúc thuốc lá nhiều nhất lần lượt là 26% và 19%.

Hút thuốc lá có liên quan đến thể chất Khí hư (OR=1,93), Thấp nhiệt (OR=2,53), Khí uất (OR=0,17), Đàm thấp (OR=4,32); có tiếp xúc thuốc lá có liên quan thể chất Âm hư (OR=2,30), thể chất Cơ địa, bẩm sinh (OR=0,58).

KHUYẾN NGHỊ

Cần tiếp tục đẩy mạnh tuyên truyền giáo dục về tác hại và ngưng sử dụng thuốc lá cho người dân địa phương. Hướng dẫn các phương pháp ăn uống sinh hoạt phù hợp tỉ lệ thể chất của địa phương.

Nghiên cứu mở rộng thêm các yếu tố khác ảnh hưởng đến thể chất y học cổ truyền và những phương pháp y học cổ truyền giúp nâng cao thể chất cho người dân địa phương. Mở rộng nghiên cứu theo dõi sự thay đổi thể chất y học cổ truyền theo thời gian trên đối tượng hút thuốc lá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 王琦 (2005), *中医体质学*, Vol. 2, 人民卫生出版社, 北京. (Vương Kỳ (2005). *Trung y thể chất học*, Bắc Kinh: Nhà xuất bản vệ sinh nhân dân)
2. Jian-Hua Wang and et al. (2019), "Acupuncture for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of 24 randomized controlled trials", *Tobacco Induced Diseases*. 17(June).
3. Yingying Wang and et al. (2016), "Effect of acupuncture treatment on smoking cessation in smokers from Hong Kong", *Journal of Traditional Chinese Medicine = Chung I Tsa Chih Ying Wen Pan*. 36(5), 634-639.
4. Yangyang Wang and et al. (2013), "Correlation between tobacco and alcohol use and Traditional Chinese Medicine constitutions: an analysis based on a sample from general population of China", *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 33(5), 642-646.
5. Adrian R White and et al. (2014), "Acupuncture and related interventions for smoking cessation", *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014(1).
6. Nguyễn Thị Hương Dương và Tăng Khánh Huy (2021), "Khảo sát các dạng thể chất Y học cổ truyền trên bệnh nhân tăng huyết áp", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 25(số 5), tr. 83-91.
7. Trịnh Thị Diệu Thường và Đỗ Ngọc Bảo Duy (2021), "Khảo sát các thể lâm sàng Y học cổ truyền trên bệnh nhân đái tháo đường type II", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 25(Số 5), tr. 20 -26.
8. Trần Thị Phương Trinh và Phạm Huy Kiến Tài (2021), "Khảo sát mối liên quan các thể lâm sàng Y học cổ truyền và bốn bệnh lý mạn tính trên bệnh nhân rối loạn lipid máu", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 25(Số 5), tr. 74-82.
9. Nguyễn Thị Sơn, Trần Vương Phi Phi, Lê Hoàng Minh Quân (2021), "Khảo sát tỉ lệ các thể lâm sàng Y học cổ truyền trên bệnh tăng huyết áp bằng bảng CCMQ", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*. 25(5), tr. 51-57.
10. Neil W, Schluger Jeffrey and et al. (2018), *Tobacco Atlas*, Mcgraw-Hill Education, American Cancer Society, Inc. and Vital Strategies.
11. WHO (2021), *Tobacco*, World Health Organization, truy cập ngày 23 - 08 2022, tại trang web <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
12. China Association of Chinese Medicine (2009), "Classification and determination of constitution in TCM", *World J Integr Tradit West Med*. 4(4), 303-304.
13. Q. Wang (2005), "Classification and diagnosis basis of nine basic constitutions in Chinese medicine", *Beijing Univ Tradit Chin Med*. 28(4), 1-8.
14. Youzhi Sun and et al. (2018), "The theory development of traditional Chinese medicine constitution: a review", *Journal of Traditional Chinese Medical Sciences*. 5(1), 16-28.

15. Heli Lv and et al. (2015), "Physical and mental health conditions of young college students with different Traditional Chinese Medicine constitutions in Zhejiang Province of China", *Journal of Traditional Chinese Medicine = Chung I Tsa Chih Ying Wen Pan*. 35(6), 703-708.
16. Chen Xia and et al. (2012), "[Traditional Chinese medicine constitution types in 127 elderly patients with insomnia: an investigation in communities of Yangpu District, Shanghai]", *Zhong Xi Yi Jie He Xue Bao = Journal of Chinese Integrative Medicine*. 10(8), 866-873.
17. Sonia Baccetti and et al. (2015), "Smoking cessation with counselling and Traditional Chinese Medicine (TCM): A randomized controlled trial", *Acupuncture and Related Therapies*. 3(4), 48-54.
18. Qian Bai and et al. (2021), "The Correlation between Demographical and Lifestyle Factors and Traditional Chinese Medicine Constitution among Macau Elderly Individuals", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2021, 1-9.
19. Shih-Lin Chen and et al. (2021), "Body constitution of traditional Chinese medicine caused a significant effect on depression in adult women", *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 42, 101288.
20. Jing Huoyru and et al. (2012), "Applying Constitution in Chinese Medicine Questionnaire,designed by WANG Qi(English version) to survey TCM constitutions of the American and Canadian Caucasian in Beijing", *Zhonghua Zhongyiyao Zazhi*. 27(9), 2417-2419.
21. Lingru Li and et al. (2019), "The Role of Chinese Medicine in Health Maintenance and Disease Prevention: Application of Constitution Theory", *The American Journal of Chinese Medicine*. 47(03), 495-506.
22. Mihui Li and et al. (2017), "A Study of Traditional Chinese Medicine Body Constitution Associated with Overweight, Obesity, and Underweight", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: eCAM*. 2017.
23. Xue Wang Liang, Qi Jiang, and et al. (2020), "Clinical research linking Traditional Chinese Medicine constitution types with diseases: a literature review of 1639 observational studies", *Journal of Traditional Chinese Medicine = Chung I Tsa Chih Ying Wen Pan*. 40(4), 690-702.
24. Wei Liu, Zheng-Hang Ge and et al. (2013), "Study on relations between characteristics of traditional chinese medicine body constitutions and syndromes in COPD patients", *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi = Zhongguo Zhongyao Zazhi = China Journal of Chinese Materia Medica*. 38(20), 3587-3590.
25. Yi Liu and et al. (2016), "Relationship between traditional Chinese medicine constitutional types with chemotherapy-induced nausea and vomiting in patients with breast cancer: an observational study", *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 16(1), 451.
26. Wendy Wong and et al. (2013), "Validation of the Constitution in Chinese Medicine Questionnaire: Does the Traditional Chinese Medicine Concept of

- Body Constitution Exist?", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2013.
27. Yanbo Zhu and et al.. (2017), "Association between Nine Types of TCM Constitution and Five Chronic Diseases: A Correspondence Analysis Based on a Sample of 2,660 Participants", *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2017, 1-7.
 28. Wang Ji Jing, Hui-ru và and et al. (2015), "Preliminary Compiling of English Version of Constitution in Chinese Medicine Questionnaire", *J Anhui Univ Chinese Me*, 21-25.
 29. Y.B. Zhu, Q. Wang and et al. (2006), "Preliminary compilation of TCM constitutional questionnaire", *Chin J Clin Rehabil*. 3, 12-14.
 30. Q. Wang, Y.B. Zhu, and et al. (2006), "Preliminary assessment on performance of TCM constitution questionnaire", *Chin J Clin Rehabil*. 3, 15-17.
 31. Yanbo Zhu and et al. (2008), "Development and Validation of the Japanese Version of the Constitution in Chinese Medicine Questionnaire (CCMQ)", *Kampo Medicine*. 59(6), 783-792.
 32. Jie Di and et al. (2014), "Correspondence analysis of chinese medical constitution features in different ages population", *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi Zhongguo Zhongxiyi Jiehe Zazhi = Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine*. 34(5), 627-630.
 33. 陈荣玲 朱璇璇 (2018), "舌面脉体质辨识偏颇体质的中医辨证调质护理", *中西医结合护理*. 4(2), 80. (Trần Dung Linh, Chu Xuân Xuân (2018), "Phân biệt mạch và lưỡi để xác định thể chất TMC thiên lệch", *Điều dưỡng Trung y Tây y kết hợp*. 4(2), 80)
 34. 唐绍红 石婷婷 (2020), "体质量指数与中医体质类型的相关性研究", *中西医结合护理*. 6(5), 67. (Đường Thiệu Hồng, Thạch Đình Đình (2020), "Nghiên cứu về mối tương quan giữa chỉ số khối cơ thể và thể trạng TCM", *Điều dưỡng Trung y Tây y kết hợp*. 6(5), 67)
 35. Mai Shi and et al. (2016), "Relationship between Life Habits and Constitution Types of Chinese Medicine in the Senile Living at Home in Beijing Downtown", *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi Zhongguo Zhongxiyi Jiehe Zazhi = Chinese Journal of Integrated Traditional and Western Medicine*. 36(5), 564-569.
 36. 石婷婷 王蓓 (2021), "住院患者跌倒风险与中医体质的相关性", *中西医结合护理*. 7(6), 6. (Thạch Đình Đình, Vương Bối (2021), "Mối tương quan giữa nguy cơ té ngã của bệnh nhân nội trú và thể chất TCM", *Điều dưỡng Trung y Tây y kết hợp*. 7(6), 6.)
 37. Yanbo Zhu and et al. (2014), "Case-control study on the associations between lifestyle-behavioral risk factors and phlegm-wetness constitution", *Journal of Traditional Chinese Medicine*. 34(3), 286-292.

38. Đỗ Tất Lợi (2006), "Những cây thuốc và vị thuốc Việt nam", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 344-346.
39. Bệnh Viện Y Học Cổ Truyền Trung Ương Bộ Y Tế (2020), "Đánh giá nhu cầu sử dụng và khả năng tiếp cận một số phương pháp cai nghiện thuốc lá bằng y học cổ truyền của người dân tại Hà Nội".
40. Chương trình phòng chống tác hại của thuốc lá quốc gia Bộ y tế (2014), *Gánh nặng bệnh tật và tổn thất kinh tế của việc sử dụng thuốc lá*, Hà Nội.
41. Chương trình phòng chống tác hại của thuốc lá quốc gia Bộ y tế (2013), *Bệnh tật do thuốc lá gây ra*, truy cập ngày 11-12-2021, tại trang web <http://vinacosh.gov.vn/vi/tac-hai-thuoc-la/benh-tat-do-thuoc-la-gay-ra/>.
42. Bộ y tế (2013), *Hút thuốc làm giảm khả năng sinh sản và rối loạn tình dục ở nam giới*, truy cập ngày 23-08-2022, tại trang web <http://vinacosh.gov.vn/vi/tac-hai-thuoc-la/benh-tat-do-thuoc-la-gay-ra/2013/08/81E21094/hut-thuoc-lam-giam-kha-nang-sinh-san-va-roi-loan-tinh-duc-o-nam-gioi/>.
43. Omar Abdel-Rahman and et al. (2017), "Cigarette smoking as a risk factor for the development of and mortality from hepatocellular carcinoma: An updated systematic review of 81 epidemiological studies", *Journal of Evidence-Based Medicine*. 10(4), 245-254.
44. Geetha Raghuvver and et al. (2016), "Cardiovascular Consequences of Childhood Secondhand Tobacco Smoke Exposure: Prevailing Evidence, Burden, and Racial and Socioeconomic Disparities: A Scientific Statement From the American Heart Association", *Circulation*. 134(16).
45. National Cancer Institute (2020), *Cancer Trends Progress Report: Secondhand Smoke Exposure* truy cập ngày 02-09-2021.
46. Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá quốc gia Tổng cục thống kê (2015), *Điều tra tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành, chủ biên, Bộ Y tế*.
47. Transdisciplinary Tobacco Use Research Center (TTURC) Tobacco Dependence và các cộng sự. (2007), "Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: implications for nicotine dependence", *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 9 Suppl 4, 555-570.
48. Sarah H. Nash and et al. (2017), "Cigarette Smoking and Mortality in Adults Aged 70 Years and Older: Results From the NIH-AARP Cohort", *American Journal of Preventive Medicine*. 52(3), 276-283.
49. Kirstin Pirie and et al. (2013), "The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK", *The Lancet*. 381(9861), 133-141.
50. Centers for Disease Control and Prevention (US); National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US); Office on Smoking and Health (US). (2010), *How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General*, Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US), Rockville, MD : Washington, DC, 704.

51. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health (2014), *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General* Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US).
52. WHO (2021), *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products*, World Health Organization, Geneva.
53. Marie-France Demierre and et al. (1999), "Public knowledge, awareness, and perceptions of the association between skin aging and smoking", *Journal of the American Academy of Dermatology*. 41(1), 27-30.
54. Skylar A. Souyoul and et al. (2018), "Nutraceuticals: A Review", *Dermatology and Therapy*. 8(1), 5-16.
55. C. Lahmann and et al. (2001), "Matrix metalloproteinase-1 and skin ageing in smokers", *Lancet (London, England)*. 357(9260), 935-936.
56. American Council on Science and Health (2003), *Cigarettes: What The Warning Label Doesn't Tell You-Information Tobacco Companies Don't Want Teens To Know About The Dangers Of Smoking*, American Council on Science and Health, New York.
57. Francesca Saladini and et al. (2016), "Effects of smoking on central blood pressure and pressure amplification in hypertension of the young", *Vascular Medicine (London, England)*. 21(5), 422-428.
58. Gerasimos Siasos and et al. (2014), "Smoking and atherosclerosis: mechanisms of disease and new therapeutic approaches", *Current Medicinal Chemistry*. 21(34), 3936-3948.
59. Douglas model (1985), "Smoker's face: an underrated clinical sign?", *British medical journal*. 291, 1760 - 1762.
60. Lars Tue Sørensen (2012), "Wound healing and infection in surgery: the pathophysiological impact of smoking, smoking cessation, and nicotine replacement therapy: a systematic review", *Annals of Surgery*. 255(6), 1069-1079.
61. B Dreno, S Preneau (2012), "Female acne - a different subtype of teenager acne? ", *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 26(3), 277-282.
62. Dimitra Makrynioti and et al. (2020), "Ocular conditions and dry eye due to traditional and new forms of smoking: A review", *Contact Lens & Anterior Eye: The Journal of the British Contact Lens Association*. 43(3), 277-284.
63. Norhani Mohidin, Adlie B, Jaafar (2020), "Effect of Smoking on Tear Stability and Corneal Surface", *Journal of Current Ophthalmology*. 32(3), 232-237.
64. Arisa Ortiz, Sergei A, Grando (2012), "Smoking and the skin", *International Journal of Dermatology*. 51(3), 250-262.
65. Robert Kantor and et al. (2016), "Association of atopic dermatitis with smoking: A systematic review and meta-analysis", *Journal of the American Academy of Dermatology*. 75(6), 1119-1125.

66. Robert Kantor, Jonathan I, Silverberg (2017), "Environmental risk factors and their role in the management of atopic dermatitis", *Expert review of clinical immunology*. 13(1), 15-26.
67. U. Mrowietz, P. C. M. van de Kerkhof (2011), "Management of palmoplantar pustulosis: do we need to change?", *The British Journal of Dermatology*. 164(5), 942-946.
68. J Audrain-McGovern, NL Benowitz (2011), "Cigarette Smoking, Nicotine, and Body Weight", *Clinical pharmacology and therapeutics*. 90(1), 164-168.
69. Ariana M. Chao and et al. (2019), "Tobacco Smoking, Eating Behaviors, and Body Weight: A Review", *Current addiction reports*. 6, 191-199.
70. Michel Cabanac, Patrick Frankham (2002), "Evidence that transient nicotine lowers the body weight set point", *Physiology & Behavior*. 76(4-5), 539-542.
71. Sun S. Kim and et al. (2012), "A Systematic Review of Smoking Cessation Intervention Studies in China", *Nicotine & Tobacco Research*. 14(8), 891-899.
72. James Gatherwright and et al. (2012), "The contribution of endogenous and exogenous factors to female alopecia: a study of identical twins", *Plastic and Reconstructive Surgery*. 130(6), 1219-1226.
73. Barbara Messner, David Bernhard (2014), "Smoking and cardiovascular disease: mechanisms of endothelial dysfunction and early atherogenesis", *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*. 34(3), 509-515.
74. Zhengming Chen and et al. (2015), "Contrasting male and female trends in tobacco-attributed mortality in China: evidence from successive nationwide prospective cohort studies", *Lancet (London, England)*. 386(10002), 1447-1456.
75. Biqi Pan and et al. (2019), "The relationship between smoking and stroke: A meta-analysis", *Medicine*. 98(12).
76. Xin Liu and et al. (2018), "Smoking and smoking cessation in relation to risk of diabetes in Chinese men and women: a 9-year prospective study of 0.5 million people", *The Lancet. Public Health*. 3(4), 167-176.
77. Trịnh Đình Hải, Nguyễn Thị Hồng Minh, Lê Thị Thu (2021), "Mối liên quan của các yếu tố nguy cơ với bệnh viêm quanh răng mạn tính", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 503(1), tr. 49-53.
78. A. Natali and et al. (2005), "Heavy smoking is an important risk factor for erectile dysfunction in young men", *International Journal of Impotence Research*. 17(3), 227-230.
79. Dorota Emilia Bielska and et al. (2015), "Exposure to environmental tobacco smoke and respiratory tract infections in pre-school children - a cross-sectional study in Poland", *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*. 22(3), 524-529.
80. Prescott G, Woodruff and et al. (2016), "Clinical Significance of Symptoms in Smokers with Preserved Pulmonary Function", *The New England Journal of Medicine*. 374(19), 1811-1821.
81. José F, Rivas-Vilchis and et al. (2008), "Vascular Responses to Manual PC6 Acupuncture in Nonsmokers and Smokers Assessed by the Second Derivative

- of the Finger Photoplethysmogram Waveform", *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*. 1(1), 58-62.
82. Takahisa Kondo and et al. (2019), "Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease", *Circulation Journal: Official Journal of the Japanese Circulation Society*. 83(10), 1980-1985.
 83. Megan Watson and et al. (2019), "Relation Between Cigarette Smoking and Heart Failure (from the Multiethnic Study of Atherosclerosis)", *The American Journal of Cardiology*. 123(12), 1972-1977.
 84. Feifei Qiu and et al. (2017), "Effects of Cigarette Smoking on Transplant Survival: Extending or Shortening It?", *Frontiers in Immunology*. 8, 127.
 85. Clinton S. Robbins and et al. (2004), "Cigarette smoke decreases pulmonary dendritic cells and impacts antiviral immune responsiveness", *American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology*. 30(2), 202-211.
 86. Iván J, Núñez-Gil, and et al. (2021), "Impact of smoking on COVID-19 outcomes: a HOPE Registry subanalysis ", *BMJ Nutrition Prevention & Health*. 4(1), 285–292.
 87. Chun-Ling Liang, Feifei Qiu, and et al. (2017), "Impacts of cigarette smoking on immune responsiveness: Up and down or upside down? ", *Oncotarget*. 8(1), 268–284.
 88. Nguyễn Hoàng Bảo Sơn và Nguyễn Đỗ Nguyên (2015), "Mối liên quan giữa hút thuốc lá với chất lượng tinh trùng nam giới đến khám hiếm muộn tại Bệnh viện Từ Dũ", *Tạp chí Phụ sản*. 13(2B), tr. 75-78.
 89. Catherine Chamberlain and et al. (2017), "Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2.
 90. Michel Underner and et al. (2016), "Smoking, smoking cessation and Crohn's disease", *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*. 45(4 Pt 1), 390-402.
 91. Peter Laszlo Lakatos, Tamas Szamosi and et al. (2007), "Smoking in inflammatory bowel diseases: good, bad or ugly?", *World Journal of Gastroenterology*. 13(46), 6134-6139.
 92. N. L. Benowitz (1999), "Nicotine addiction", *Primary Care*. 26(3), 611-631.
 93. Bộ Y Tế (2018), *Tài liệu hướng dẫn tổ chức tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tại Việt Nam*, Hà Nội, 78.
 94. Kindred K, Harris, and et al. (2016), "Metabolic effects of smoking cessation", *Nature reviews. Endocrinology*. 12(5), 299-308.
 95. Ulrich John and et al. (2004), "Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity--a population-based study including smoking cessation after three years", *Drug and Alcohol Dependence*. 76(3), 287-295.
 96. Umesh Wadgave, L. Nagesh (2016), "Nicotine Replacement Therapy: An Overview", *International Journal of Health Sciences*. 10(3), 425-435.
 97. 张安玲 · 丁元庆 (2013), "吸烟的病因属性及致病机制探讨", *山东中医药大学学报*. 37(1),16-18. (Trương An Linh, Đinh Nguyên Thanh (2013), "Thảo

- luận về các thuộc tính căn nguyên và cơ chế gây bệnh của việc hút thuốc", *Tạp chí Đại học Y học Cổ truyền Trung Quốc Sơn Đông*. 37(1), 16-18)
98. 冯淬灵, 刘治坤, 北京中医药大学东直门医院, 北京 (2014), "从邪毒致病浅析吸烟引发慢性阻塞性肺疾病", *Chinese Journal of Information on TCM*. 21(6), 102-103. (Phùng Quế Linh, Lưu Chí Khôn, Bệnh viện Dongzhimen thuộc Đại học Y học cổ truyền Trung Quốc Bắc Kinh, Bắc Kinh (2014), "Phân tích bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính do hút độc tố gây ra", *Tạp chí Thông tin về TCM của Trung Quốc*. 21(6), 102- 103.)
99. 成都中医药大学针推学院 李雪青 薛斌 成都中医药大学附属医院 胡玲香 (2003), "烟毒与脾脏关系的中医理论探讨", *浙江中医杂志*, 51-52. (Lý Tuyết Thanh, Trương Châm cứu, Đại học Y học Cổ truyền Thành Đô, Hồ Linh Hương, Bệnh viện trực thuộc Đại học Y học Cổ truyền Thành Đô (2003), "Lý thuyết y học cổ truyền Trung Quốc về mối quan hệ giữa độc tố thuốc lá và tạng tỳ", *Tạp chí Y học cổ truyền Chiết Giang*, 51-52).
100. Janne Hukkanen, Peyton Jacob and et al. (2005), "Metabolism and disposition kinetics of nicotine", *Pharmacological Reviews*. 57(1), 79-115.
101. 宋宁, 黄瑾明, 黄凯 (2007), "黄瑾明医案选之戒烟", *辽宁中医药大学学报*. 1. (Tống Ninh, Hoàng Đổng Minh, Hoàng Khải (2007). *Tuyển tập y án của Hoàng Đổng Minh về cai thuốc lá*. Báo Trường Đại học Trung y dược Liêu Ninh.)
102. 郑遵法, 陈杰, 陈丽娜 (2007), "中草药对香烟中烟雾毒害的解毒作用中国中西医结合急救杂志". 14 (2): 73. (Trịnh Tôn Pháp, Trần Kiệt, Trần Lệ Na. *Nghiên cứu tác dụng giải độc của thuốc lá đông y đối với độc hại từ khói thuốc*. 14 (2): 73.)
103. Huang WL (2019), "Treatment for Smoking Addiction without the Use of Any Medication", *Journal of Pulmonary Medicine and Respiratory Diseases*. 2(1), 18-27.
104. Wang Qi, Zhu YanBo (2009), "Epidemiological investigation of constitutional types of Chinese medicine in general population: based on 21,948 epidemiological investigation data of nine provinces in China.", *China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy*. 24(1), 7-12.
105. Youzhi Sun and et al. (2014), "Characteristics of TCM constitutions of adult Chinese women in Hong Kong and identification of related influencing factors: a cross-sectional survey", *Journal of Translational Medicine*. 12(1), 140.
106. Zhu Yan-Bo, Wang Qi (2008), "Study on related influencing factors of phlegm-wetness constitution in Chinese medicine", *Journal of Beijing University of Traditional Chinese Medicine*.
107. Đảng ủy - HĐND - UBND - UBMTTQVN Phường 5 Quận 10 *Giới thiệu chung Phường 5 Quận 10*, truy cập ngày 23-08-2022 , tại trang web <http://phuong5.quan10.gov.vn/Gioi-thieu-chung>.

108. World Health Organization (2001), *Men, ageing and health : achieving health across the life span*.
109. Jiska Cohen-Mansfield (2016), "Predictors of Smoking Cessation in Old–Old Age", *Nicotine & Tobacco Research*. 18 (7), 1675–1679.
110. Đỗ Văn Dũng (2020), "Xác định cỡ mẫu cho nghiên cứu y tế", *Bài giảng môn nghiên cứu khoa học*, tr. 27.
111. Lưu Ngọc Hoạt, Hoàng Văn Minh (2020), *Tính toán cỡ mẫu nghiên cứu*, Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức khỏe, Trường Đại học Y tế công cộng, 22-67.
112. Nguyễn Quang Chính (2020), "Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc lá và thực hiện luật pcth củ thuốc lá trên địa bàn thành phố hải phòng năm 2020", Trung Tâm truyền thông Giáo dục sức khỏe thành phố Hải Phòng
truy cập ngày 23-08-2021, tại trang web
<http://trungtamytekienan.vn/Default.aspx?sid=1297&pageid=31369&catid=54472&id=348071&catname=trang-chu&title=hoi-nghi-nghiem-thu-de-tai-nghien-cuu-tinh-hinh-su-dung-thuoc-la-va-thuc-hien-luat-pcth-cu-thuoc>.
113. Hoàng Văn Minh, Lương Ngọc Khuê (2011), "Nghiên cứu tần suất và mức độ người hút thuốc lá ở người việt nam", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*. 15(2), tr. 94-100.
114. Susan Norwood, Lâm Thị Thu Tâm, Trần Thiện Trung (2013), "Kiến Thức Và Thái Độ Của Người Dân Về Sơ Cứu Bỏng Tại Quận Tân Phú, Thành Phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*. 7(4), tr. 223-228.
115. Bùi Thị Phương Thảo, Trần Thái Hà (2022), "Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiện thuốc lá tại bệnh viện y học cổ truyền trung ương", *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 510, tr. 163-165.
116. Vũ Nam, Trần Thái Hà, Nguyễn Hoàng Anh (2022), "Đặc điểm lâm sàng và thể tạng theo y học cổ truyền của người nghiện thuốc lá tại thành phố hà nội", *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 513, tr. 55-58.
117. *Báo cáo quốc gia về thanh niên việt nam* (2015), Bộ Nội Vụ, Quỹ dân số Liên Hợp Quốc tại Việt Nam, Hà Nội.
118. M. F. Hsu and et al. (2022), "Different traditional Chinese medicine constitution is associated with dietary and lifestyle behaviors among adults in Taiwan", *Medicine (Baltimore)*. 101(39).
119. Grzegorz Brożek and et al. (2017), "E-smoking among students of medicine - frequency, pattern and motivations", *Advances in Respiratory Medicine*. 85(1), 8-14.
120. Nguyễn Ánh Ngọc, Nguyễn Minh Ngọc, Bùi Hà Thu, Vũ Linh Hoàng (2022), "Tác động xấu của việc sử dụng thuốc lá ở Việt Nam", *Kiểm soát Thuốc lá 2022*. 31 (2), 146-151.
121. Lê Vũ Anh, Lê Thị Thanh Hương (2012), "Nghiên cứu thăm dò tính khả thi của chương trình can thiệp “Trẻ em nói không với hút thuốc thụ động”", *Tạp chí Y tế công cộng*. 21, tr. 24-31.
122. Yanying Kong, Qin Huang (2015), "Investigation of Traditional Chinese Medical Constitution Types and Cardiovascular Risk Factors in Hypertension

- Patients: An Analysis of 1108 Cases", *Journal of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine*. 6, 598-602.
123. Zhang WJ, Yang MC, and et al. (2017), "Analysis of distribution of TCM constitutions and complications such as hyperuricemia of 534 patients with hyperlipemia", *Chin Arch Tradit Chin Med*. 35(4), 984-988.
 124. Lin Xiaomei, Ye Ling (2018), "Study on the Correlation between Traditional Chinese Medicine Constitution and Obesity, Blood Coagulation, Blood Lipids and Smoking Index in Patients with COPD", *Chinese Medicine Modern Distance Education Of China*. 16 (24), 48-50.
 125. *Applying Constitution in Chinese Medicine Questionnaire, designed by WANG Qi(English version) to survey TCM constitutions of the American and Canadian Caucasian in Beijing-- 《China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy》 2012年09期*, truy cập ngày 23-08-2021.
 126. Y. Wang and et al. (2021), "Body Constitution and Unhealthy Lifestyles in a Primary Care Population at High Cardiovascular Risk: New Insights for Health Management", *Int J Gen Med*. 14, 6991-7001.
 127. Maki Inoue-Choi and et al. (2017), "Association of Long-term, Low-Intensity Smoking With All-Cause and Cause-Specific Mortality in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study", *JAMA internal medicine*. 177(1), 87-95.
 128. Chunlei Li and et al. (2017), "Recuperating lung decoction attenuates inflammation and oxidation in cigarette smoke-induced COPD in rats via activation of ERK and Nrf2 pathways", *Cell Biochemistry and Function*. 35(5), 278-286.
 129. Mark Balabanis, Saul Shiffman (1996), "Do Drinking and Smoking Go Together?", *Alcohol Health and Research World*. 20, 107-110.
 130. Liqin Xie, Yanhui Liao, and et al. (2019), "Sleep quality in cigarette smokers and nonsmokers: findings from the general population in central China", *BMC Public Health*. 19.
 131. Ryan Ng and et al. (2020), "Smoking, drinking, diet and physical activity-modifiable lifestyle risk factors and their associations with age to first chronic disease", *International Journal of Epidemiology*. 49(1), 113-130.
 132. 浙江中医学院 浙江, 张光霁 (1999), "烟酒病因说", *中国中医基础医学杂志*. 1.(Trương Quảng Tế, Đại học Y học cổ truyền Trung Quốc Chiết Giang (1999), "Căn nguyên của thuốc lá và rượu", *Tạp chí y học cổ truyền Trung Quốc cơ bản*.1.)
 133. 李英帅等 (2015), "中医体质量表应用中的疑难问题解读", *中医杂志*. 56(10), 844-846.(Lý Anh Soái và cộng sự (2015). Giải thích các khó khăn gặp phải trong ứng dụng bảng câu hỏi đánh giá theo thể chất của Y học cổ truyền. *Tạp chí Trung Y*. 56(10), 844-846.)

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC I:

BẢN THÔNG TIN DÀNH CHO NGƯỜI THAM GIA NGHIÊN CỨU VÀ CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tên nghiên cứu: Đặc điểm thể chất y học cổ truyền và thực trạng hút thuốc lá của người dân tại phường 5 quận 10, TP.HCM.

Nhà tài trợ: không

Nghiên cứu viên chính: BS. TÔ HÙNG VINH

Người hướng dẫn: PGS. TS. BS. TRẦN THÁI HÀ

Đơn vị chủ trì: Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam

Kính thưa Ông/Bà

Tôi là Bác sĩ Tô Hùng Vinh, hiện đang là học viên cao học chuyên ngành Y học cổ truyền, Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam. Chúng tôi hiện tiến hành nghiên cứu liên quan đến hút thuốc lá trên địa bàn dân cư Phường 5 Quận 10. Ông/Bà là người có hút thuốc lá hoặc hít khói thuốc lá thụ động và chúng tôi muốn mời Ông/Bà cùng tham gia vào nghiên cứu với mong muốn khảo sát mối tương quan của hút thuốc lá và các dạng thể chất theo Y học cổ truyền.

Trước khi Ông/Bà quyết định có tham gia vào nghiên cứu hay không, chúng tôi mời Ông/Bà tìm hiểu và đọc kỹ các thông tin liên của nghiên cứu. Chúng tôi luôn sẵn sàng trả lời về những thuật ngữ chuyên môn khó hiểu, hoặc câu hỏi của Ông/Bà để biết rõ thêm, để thảo luận hoặc để trao đổi thêm chi tiết. Ông/Bà hãy dành thời gian suy nghĩ kỹ trước khi đồng ý hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Chúng tôi xin cảm ơn Ông/Bà đã dành thời gian đọc bản thông tin.

I. THÔNG TIN NGHIÊN CỨU

1. Mục đích nghiên cứu

Hút thuốc lá và hít khói thuốc lá thụ động đã được chứng minh là liên quan đến bệnh tật và các vấn đề sức khỏe trong cộng đồng, việc cai nghiện thuốc lá và kiểm soát các triệu chứng liên quan thuốc lá vẫn còn gặp nhiều thách thức. Hiện nay các công trình nghiên cứu về tác hại và ảnh hưởng của thuốc lá theo y học cổ truyền còn nhiều thiếu sót, với mục đích tìm hiểu mối tương quan giữa hút thuốc lá và các

dạng thể chất Y học cổ truyền, từ đó có thể góp phần quản lý sức khỏe cho đối tượng có hút thuốc lá bằng phương pháp y học cổ truyền.

Các dạng thể chất theo Y học cổ truyền

Bình hòa	Khí hư	Dương hư
Huyết ứ	Đàm thấp	Thấp nhiệt
Âm hư	Khí uất	Cơ địa, bẩm sinh

2. Ông/Bà có bắt buộc phải tham gia nghiên cứu không?

Ông/Bà có toàn quyền quyết định có tham gia hay không. Trước khi Ông/Bà quyết định tham gia vào nghiên cứu, chúng tôi sẽ gửi bản thông tin này và Ông/Bà sẽ đọc kỹ và quyết định có ký vào giấy tự nguyện đồng ý tham gia hay không.

3. Lợi ích khi tham gia nghiên cứu

Về mặt tinh thần, khi tham gia nghiên cứu này, Ông/Bà chắc chắn đã đóng góp rất to lớn vào việc giúp cho ngành Y tế nói chung, ngành Y học cổ truyền nói riêng và những người hút thuốc lá với hy vọng có được thêm một hướng phòng ngừa bệnh tật mới cho tương lai cũng như bổ sung thêm các phương pháp Y học cổ truyền trong quản lý hút thuốc lá tại địa phương.

Khi tham gia nghiên cứu, Ông/ Bà sẽ được tư vấn miễn phí các vấn đề thắc mắc về thuốc lá cũng như tình trạng sức khỏe của mình.

Khi có ý muốn cai nghiện thuốc lá, Ông/Bà sẽ được hướng dẫn các trung tâm cai nghiện thuốc lá được cấp phép và được phát Cẩm nang cai nghiện thuốc lá (Bộ Y Tế, 2018) để hiểu hơn về lợi ích cũng như quá trình cai nghiện của mình.

4. Chúng tôi bảo mật dữ liệu nghiên cứu như thế nào ?

Mọi thông tin thu thập được có liên quan đến Ông/Bà trong suốt quá trình nghiên cứu sẽ được giữ bí mật. Cụ thể:

Nghiên cứu không thu thập những thông tin nhạy cảm của Ông/Bà.

Thông tin liên quan đến Ông/Bà sẽ được viết tắt hoặc mã hóa.

Những dữ liệu này chỉ có chủ nhiệm đề tài và nghiên cứu viên được phép tiếp cận đầy đủ các thông tin. Ngoài nhóm nghiên cứu, Hội đồng Khoa học, Hội đồng Y đức của Học Viện Y Dược Học Cổ Truyền Việt Nam cũng có quyền tiếp cận các thông tin mà Ông/Bà cung cấp trong trường hợp cần thiết.

5. Ông/Bà liên hệ với chúng tôi bằng cách nào ?

Nếu Ông/Bà có câu hỏi hoặc ý kiến gì về nghiên cứu của chúng tôi, Ông/Bà có thể liên hệ với trực tiếp với nghiên cứu viên chính:

Bác sĩ. Tô Hùng Vinh – Điện thoại di động: 0356716604.

Email: tohungvinh.yhct@gmail.com

II. CHẤP THUẬN THAM GIA NGHIÊN CỨU

Tôi đã đọc và hiểu nội dung thông tin nghiên cứu trên đây, đã có cơ hội xem xét và đặt câu hỏi về thông tin liên quan nghiên cứu này. Tôi đã nói chuyện trực tiếp với nghiên cứu viên và được trả lời thỏa đáng tất các câu hỏi. ***Tôi tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.***

Chữ ký của người tham gia:

Họ tên

Chữ ký

Ngày tháng năm

Chữ ký của Nghiên cứu viên/người lấy chấp thuận:

Tôi người ký tên dưới đây, xác nhận rằng người bệnh tình nguyện tham gia nghiên cứu ký bản đồng thuận đã đọc toàn bộ Thông tin trên đây, các thông tin này đã được giải thích cặn kẽ cho người bệnh và người bệnh đã hiểu rõ bản chất, lợi ích và nguy cơ khi tham gia nghiên cứu này.

Họ tên

Chữ ký

Ngày tháng năm

Văn bản này được lập thành hai bản, nghiên cứu viên và người tham gia nghiên cứu, mỗi người giữ một bản. ***Nội dung và giá trị của hai bản này là như nhau.***

PHỤ LỤC II:
PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU

“ĐẶC ĐIỂM THỂ CHẤT Y HỌC CỔ TRUYỀN VÀ THỰC TRẠNG HÚT
THUỐC LÁ CỦA NGƯỜI DÂN TẠI PHƯỜNG 05 QUẬN 10, THÀNH PHỐ HỒ
CHÍ MINH”

Ngày phỏng vấn: / /2022

Mã:

--	--	--	--	--

Tổ dân phố:

Khu phố:

A. THÔNG TIN CHUNG

A01. Tên viết tắt (ví dụ: Nguyễn H.T):

A02. Giới tính: Nam Nữ

A03. Tuổi:

A04. Trình độ văn hóa cao nhất mà anh/chị đã hoàn thành?

- Tốt nghiệp tiểu học hoặc thấp hơn
- Tốt nghiệp Trung học cơ sở
- Tốt nghiệp Trung học phổ thông
- Tốt nghiệp Đại học/ Cao đẳng/ Trung cấp nghề
- Tốt nghiệp Sau Đại học
- Không biết

A05: Hiện tại anh chị làm nghề gì (có thu nhập)?

- Thất nghiệp
- Nghề tự do
- Cán bộ, công chức, viên chức
- Công nhân, nông dân
- Học sinh, Sinh viên
- Khác (ghi rõ):

A06. Chiều cao: cm Cân nặng: kg

A07. Thời gian tập thể dục trong tuần:

- <150ph

- ≥ 150 ph
- Không tập

A08. Ông/Bà đã được chẩn đoán bệnh nào dưới đây?

- COPD
- Tăng huyết áp
- Ung thư
- Đái tháo đường typ 2
- Đột quy
- Rối loạn mỡ máu
- Bệnh mạch vành/ Bệnh tim thiếu máu cục bộ

A09. Ông/ Bà uống bao nhiêu bia, rượu 1 tuần?

- Bia : Lon/ tuần
- Rượu:Lít/ tuần
- Loại rượu: ≥ 30 độ cồn (rượu đế, rượu nếp, chuối hột,..)
- ≥ 15 độ cồn (sake, wine, champagne,..)

B. KHẢO SÁT VỀ HÚT THUỐC LÁ

B01. Ông / Bà bắt đầu hút thuốc từ năm bao nhiêu tuổi:

B02. Ông / Bà đang dùng thuốc lá theo dạng nào?

- Thuốc lá điếu làm sẵn
- Thuốc lá cuộn tay
- Tàu
- Xì gà
- Điếu cày/ điếu bát
- Shisha
- Khác

B03. Thói quen hút thuốc lá hiện nay

- Hàng ngày
- thỉnh thoảng (vài ngày/ tuần)
- Hiếm khi (vài ngày/ tháng)

B04. Hiện nay trung bình trong 1 ngày (hoặc tuần), anh/chị hút bao nhiêu cho mỗi loại dưới đây:

Thuốc lá điếu làm sẵn: bao/gói/điếu:

Thuốc lá cuộn tay: bao/gói/điếu:.....

Tẩu: bao/gói/điều:

Xì gà: bao/gói/điều:.....

Điều cày/ điều bát: số lần / tuần:.....

Shisha: số lần / tuần:

Các loại khác:.....

C. KHẢO SÁT VỀ HÍT KHÓI THUỐC THỤ ĐỘNG

C01. Mức độ hít khói thuốc thụ động trong tại nhà của anh/chị như thế nào?

- Hàng ngày
- Hàng tuần
- Hàng tháng
- Lâu hơn 1 tháng 1 lần
- Không bao giờ

C02. Mức độ hít khói thuốc thụ động tại chỗ làm, khu vực ăn uống hay lui tới thế nào?

- Hàng ngày
- Hàng tuần
- Hàng tháng
- Lâu hơn 1 tháng 1 lần
- Không bao giờ

C03. Tổng thời gian trung bình hít khói thuốc lá thụ động trong ngày:

- Dưới 1h
- Trên 1h
- Trên 4 giờ

D. KHẢO SÁT VỀ THỂ CHẤT Y HỌC CỔ TRUYỀN

Mỗi câu hỏi chọn 1 trong 5 mức độ lựa chọn:

- (1). **Không có:** hoàn toàn không xuất hiện.
- (2). **Hiếm khi có (Ít):** xuất hiện 1-3 ngày/tuần hoặc < 1 tuần/tháng.
- (3). **Thỉnh thoảng có (Đôi khi):** xuất hiện 3-4 ngày/tuần hoặc 1-2 tuần/tháng.

(4). **Thường xuyên có (Tương đối):** xuất hiện 4-6 ngày/tuần hoặc 2-3 tuần/tháng.

(5). **Luôn luôn có (Nhiều):** xuất hiện hầu hết các ngày

Xin Ông/ Bà vui lòng cho biết tình trạng sức khỏe của Ông/ Bà trong 1 năm qua.

STT	Triệu chứng	Không	Hiếm Khi	Đôi khi	Thường xuyên	Luôn Luôn
1	Ông/ Bà có hay cảm thấy bàn tay hay bàn chân bị lạnh hoặc ẩm ướt không ?					
2	Ông / Bà có cảm giác sợ lạnh, dễ bị lạnh vùng bụng, lưng, hoặc thất lưng, đầu gối của không?					
3	Ông / Bà có cảm thấy sợ lạnh (dễ bị lạnh), và có xu hướng mặc nhiều quần áo hơn những người khác không?					
4	Ông / Bà có cảm thấy không chịu được lạnh (mùa đông hoặc máy điều hòa, quạt điện..) như người bình thường không?***** Ông/ Bà có cảm thấy dễ bị lạnh nhiều hơn những người khác khi vào mùa lạnh, ngồi dưới máy lạnh hay quạt,... không?					
5	Ông / Bà có dễ bị cảm lạnh hơn người bình thường không? Hoặc Ông/ Bà có dễ bị cảm lạnh hơn so với trước không ?					
6	Ông / Bà có cảm thấy khó chịu khi ăn (uống) đồ có tính hàn hoặc sợ ăn (uống) đồ lạnh không?					

7	<p>Ông / Bà có dễ bị tiêu chảy hoặc đau bụng khi tiếp xúc với lạnh hoặc ăn uống đồ có tính hàn không?</p>					
8	<p>Ông / Bà có hay cảm thấy nóng lòng bàn tay hoặc lòng bàn chân không?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nóng tăng về chiều tối, thích cầm vật lạnh hoặc ngủ để ngoài chăn. - Hoặc tay chân thường không yên, cảm giác nóng nảy bứt rứt, nhúng vào nước mát thì dễ chịu. 					
9	<p>Ông / Bà có hay cảm thấy nóng khuôn mặt và thân mình không? (Nóng về chiều hoặc về đêm và có giờ giấc nhất định, có thể kèm theo vã mồ hôi)</p>					
10	<p>Ông / Bà có cảm thấy da hoặc môi bị khô hay thô ráp không?</p>					
11	<p>Sắc môi miệng của Ông / Bà có bị đỏ so với người bình thường không?</p> <p>Hoặc Môi của ông/ bà có đỏ hơn so với trước hay không?</p>					
12	<p>Ông / Bà có hay bị táo bón hoặc phân khô không?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Số lần đại tiện giảm, dưới 2 lần/tuần, khi đi phải rặn, lượng phân ít, khô cứng. - Hoặc thời gian bài tiết dài hơn bình thường, phân khô khó ra. 					
13	<p>Ông / Bà có cảm thấy hai gò má đỏ, hơi đỏ về chiều hoặc có cơn nóng phừng mặt không? (Đầu mặt cảm giác cơn nóng</p>					

	phùng. Con xuất hiện với thời gian ngắn, ít khi kéo dài hơn 30p, thường xuất hiện vào buổi chiều hoặc khi có các cảm xúc mạnh như giận dữ, bức bối.)					
14	Ông / Bà có cảm thấy mắt khô, cuộm, vướng, nhắm mắt lại hoặc sử dụng thuốc nhỏ mắt thì thấy dễ chịu không?					
15	Ông / Bà có cảm thấy khô miệng, khô họng và luôn muốn uống nước không?					
16	Ông/ Bà có cảm thấy dễ bị mệt mỏi hơn so với trước không ? (Sau khi làm việc hay gắng sức xuất hiện tình trạng mệt mỏi kéo dài > 1 ngày).****					
17	Ông / Bà có hay bị hụt hơi khi nói (hơi thở ngắn, thở không sâu) không? Ông/ Bà có bị tình trạng hụt hơi (hơi thở ngắn) mà không phải do vừa vận động thể lực không ?					
18	Ông / Bà có hay hồi hộp, tim đập nhanh thành thịch không? (ngay cả khi có hoặc không có yếu tố kích thích như: lo lắng, sợ hãi, tức giận))					
19	Ông/ Bà có dễ bị hoa mắt hoặc chóng mặt khi đứng lên không ? - Cảm giác đầu bồng bênh, nhẹ. - Hoặc thấy tối sầm mặt mũi + mắt thăng bằng.					

20	Ông / Bà thích yên tĩnh và không tích nói chuyện (ngại nói) hơn so với trước không?					
21	<p>Khi nói, tiếng nói Ông / Bà có bị nhỏ, yếu và không có sức không?*****</p> <p>Hoặc Ông/ Bà có dễ thấy mệt mỏi, thờ hờn hển hay nói yếu sức khi nói chuyện không ?</p>					
22	Ông/ Bà có dễ đổ mồ hôi (so với trước) khi tăng hoạt động, thời tiết nóng hay mặc quần áo dày không ?					
23	Ông/ Bà có cảm thấy vùng ngực đầy tức (Nặng ngực) hoặc vùng bụng đầy trướng không ?					
24	Ông/ Bà có cảm thấy tay chân hoặc toàn thân nặng nề hoặc chậm chạp không?					
25	Bụng của ông/ bà có to ra, nhão hoặc xệ hơn so với trước không ?					
26	<p>Ông / Bà có cảm thấy mi mắt trên bị nề hơn người bình thường không? (mi mắt sưng nề nhẹ lúc mới ngủ dậy)</p> <p>Hoặc có xuất hiện tình trạng mi mắt trên căng đầy hơn so với trước không?</p>					
27	Ông / Bà có cảm giác dính nhớt trong miệng không?					
28	<p>Ông/ Bà có hay ho và cảm giác có đàm vướng trong cổ họng không ?</p> <p>- Đàm trắng loãng dễ khạc + khạc được thì giảm ho.</p>					

	- Và ho khạc đàm tăng vào mỗi sáng hoặc sau ăn, hoặc sau tiếp xúc lạnh.					
29	Ông/ Bà có thấy rêu lưỡi của mình dày nhớt hoặc dơ không?					
30	Ông/ Bà có xuất hiện tình trạng da vùng trán, mũi hoặc cảm tiết nhiều dầu hoặc bóng nhờn không ?					
31	Ông/ Bà có dễ bị nổi mụn trứng cá hoặc mụn nhọt ở bất kỳ chỗ nào trên cơ thể không ?					
32	Ông / Bà có cảm thấy đắng miệng hoặc có vị lạ trong miệng không?					
33	Ông/ Bà có đại tiện phân sệt, dính hoặc đại tiện có cảm giác không hết phân không ?					
34	Ông / Bà có cảm giác nóng đường tiểu hoặc nước tiểu sậm màu không?					
35	Ông có thấy vùng bộ phận sinh dục dễ bị ẩm ướt hay không? (dành cho nam giới) Bà có thấy khí hư màu vàng không? (dành cho nữ giới)					
36	Ông / Bà có thường cảm thấy tâm trạng chán nản buồn bã không vui, chán nản trầm lắng mà không có lý do không?****					
37	Ông / Bà có dễ bị căng thẳng, bất an lo lắng không yên hoặc thái quá hay không?					

38	Ông / Bà có cảm giác đa sầu đa cảm, dễ cảm thấy tổn thương, dễ xúc động hay dễ khóc không?					
39	Ông / Bà có dễ sợ hãi hay dễ hoảng hốt không? - Gặp sự việc thường dễ khiếp hãi, hoặc bình thường vô cớ tự cảm thấy hoang mang sợ sệt, trong lòng hồi hộp không yên.					
40	Ông / Bà có thường thờ dài không?					
41	Ông/ Bà có cảm thấy trong cổ họng có cảm giác không thoải mái (ví dụ, có gì đó bị mắc kẹt trong cổ họng) nuốt không xuống hay khạc không ra hay không ?					
42	Trên da Ông / Bà có tự nhiên xuất hiện những vết bầm tím hoặc bầm đen không?					
43	Ông/ Bà có thấy những mạch máu nhỏ màu đỏ, tím hoặc đỏ tím xuất hiện trên má của mình không?					
44	Ông/ Bà có cảm thấy đau ở vị trí nào đó trên cơ thể không?					
45	Ông / Bà có thấy da mặt của mình tối màu (sắc mặt không tươi, không hồng hào, da sạm, nám) và dễ bị đốm nâu (tàn nhang) so với trước không?					
46	Ông / Bà có dễ bị quầng thâm mắt không?					
47	Ông / Bà có hay dễ quên không?*****					

	<p>- Trí nhớ giảm sút, rất hay quên những việc đã qua.</p> <p>- Hoặc nói trước quên sau, thoáng chốc đã quên hết.</p>					
48	Ông/ Bà có cảm thấy môi của mình sậm hơn, hoặc tím hơn so với trước không ?					
49	Ông / Bà có dễ bị hắt hơi ngay cả khi không bị cảm lạnh không?					
50	Ông / Bà có hay nghẹt mũi hay sổ mũi ngay cả khi không bị cảm không?					
51	Ông / Bà có bị ho hay khò khè khi thay đổi thời tiết, thay đổi nhiệt độ hoặc khi ngửi mùi khó chịu không?					
52	Ông / Bà có bị dị ứng không? (với thuốc, thức ăn, lông thú cưng, mùi, phấn hoa, hoặc khi chuyển mùa, hoặc thay đổi thời tiết).					
53	Da của Ông / Bà có dễ bị nổi dị ứng (mề đay, phát ban,...) không?					
54	Khi bị dị ứng Da của Ông / Bà có bao giờ xuất hiện ban xuất huyết (đốm chấm xuất huyết đỏ tím) không?					
55	Da của Ông / Bà có hiện tượng khi gãi là đỏ, kèm xuất hiện dấu vết gãi không?					
56	Ông/ Bà có cảm thấy có nhiều sức lực, sức khỏe để làm việc hoặc tham gia các hoạt động khác không?					
57	Ông / Bà có dễ thích nghi với những thay đổi của môi trường, tự nhiên và xã					

	hội không? (ví dụ như chuyển mùa, đổi nhà, đổi công việc,...)					
58	<p>Ông / Bà có tình trạng khó ngủ hoặc mất ngủ không? ****</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hơn 30 phút mới vào giấc ngủ - Hoặc trong lúc ngủ hay giật mình tỉnh giấc > 30 phút - Hoặc sau khi tỉnh giấc vẫn còn thấy uể oải > 30 phút 					
59	Bình thường cũng có thấy đàm nhiều, đặc biệt là vùng họng thường có cảm giác đàm vướng không?					
60	Ông / Bà có bị đau trướng ở mạn sườn hoặc vùng ngực không?					

Xin chân thành cảm ơn sự hợp tác của Ông/Bà !

PHỤ LỤC III:
BẢNG DANH SÁCH NGƯỜI THAM GIA NGHIÊN CỨU TẠI PHƯỜNG 05
QUẬN 10 TPHCM

STT	Họ Tên (Viết Tắt)	Giới Tính	Tổ Dân Phố	Khu Phố
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Ngày..... tháng..... năm.....

Xác nhận của Phó chủ tịch UBND phường/ trưởng trạm Y tế phường

**PHỤ LỤC IV:
BẢNG CÁC TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ 9 DẠNG THỂ CHẤT THEO Y HỌC
CỔ TRUYỀN**

1. THỂ CHẤT BÌNH HÒA (CÂN BẰNG) (Dạng A)

Căn cứ vào cảm nhận của cơ thể trong 1 năm gần đây, ông bà hãy trả lời câu hỏi dưới đây	Không	Rất ít	Có lúc	Thường xuyên	Luôn luôn
1. Tinh thần và thể lực của ông bà có đầy đủ không?	1	2	3	4	5
2. Ông bà có dễ bị mệt mỏi không? *	1	2	3	4	5
3. Giọng nói của ông bà có bị thấp hoặc thiếu lực không? *	1	2	3	4	5
4. Ông bà có cảm thấy tâm trạng khó chịu không vui hoặc dễ bị trầm lắng không? *	1	2	3	4	5
5. Ông bà có cảm thấy không chịu được lạnh với người bình thường không? (Lạnh của mùa đông, lạnh của điều hòa, quạt...)*	1	2	3	4	5
6. Ông bà có khả năng thích ứng với sự thay đổi của hoàn cảnh ngoài tự nhiên và hoàn cảnh xã hội không?	1	2	3	4	5
7. Ông bà có dễ bị mất ngủ không? *	1	2	3	4	5
8. Ông bà có hay quên không? *	1	2	3	4	5
Đánh giá kết quả:	Có <input type="checkbox"/>		Có xu hướng <input type="checkbox"/>		Không <input type="checkbox"/>

Chú ý: Các mục có dấu* ở trong bảng này trước tiên phải được tính điểm hướng đảo ngược, tức là: 1->5, 2->4, 3->3, 4->2, 5->1, sau đó mới dùng công thức tính điểm đánh giá.

2. THỂ CHẤT KHÍ HƯ (Dạng B)

Căn cứ vào cảm nhận của cơ thể trong 1 năm gần đây, ông bà hãy trả lời câu hỏi dưới đây	Không	Rất ít	Có lúc	Thường xuyên	Luôn luôn
1. Ông bà có dễ mệt mỏi không?	1	2	3	4	5
2. Ông bà có dễ bị hụt hơi, thiếu khí không?	1	2	3	4	5
3. Ông bà có dễ bị hồi hộp trống ngực không?	1	2	3	4	5
4. Ông bà có dễ bị vầng đầu hoặc chóng mặt khi đứng không?	1	2	3	4	5
5. Ông bà có dễ bị cảm mạo so với người bình thường không?	1	2	3	4	5
6. Ông bà có thích yên tĩnh, ngại nói chuyện không?	1	2	3	4	5
7. Khi nói, tiếng nói của ông bà có bị vô lực không?	1	2	3	4	5
8. Khi vận động hơi nặng ông bà có dễ ra mồ hôi không?	1	2	3	4	5
Đánh giá kết quả: Có <input type="checkbox"/> Có xu hướng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>					

3. THỂ CHẤT DƯƠNG HƯ (Dạng C)

Căn cứ vào cảm nhận của cơ thể trong 1 năm gần đây, ông bà hãy trả lời câu hỏi dưới đây	Không	Rất ít	Có lúc	Thường xuyên	Luôn luôn
1. Tay chân của ông bà có hay bị lạnh không?	1	2	3	4	5

2. Vùng dạ dày, vùng sau lưng hoặc vùng thắt lưng đầu gối của ông bà có cảm giác sợ lạnh không?	1	2	3	4	5
3. Ông bà có cảm giác sợ lạnh, mặc nhiều quần áo so với người khác không?	1	2	3	4	5
4. Ông bà có cảm thấy không chịu được lạnh với người bình thường không? (Lạnh của mùa đông, lạnh của điều hòa, quạt...)	1	2	3	4	5
5. Ông bà có dễ bị cảm mạo so với bình thường không?	1	2	3	4	5
6. Ông bà ăn (uống) đồ lạnh có cảm giác khó chịu hoặc sợ khi ăn (uống) đồ lạnh không?	1	2	3	4	5
7. Ông bà sau khi bị lạnh hoặc sau khi ăn uống đồ lạnh ông bà có dễ bị đi ngoài không?	1	2	3	4	5
Đánh giá kết quả: Có <input type="checkbox"/> Có xu hướng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>					

4. THỂ CHẤT ÂM HƯ (Dạng D)

Căn cứ vào cảm nhận của cơ thể trong 1 năm gần đây, ông bà hãy trả lời câu hỏi dưới đây	Không	Rất ít	Có lúc	Thường xuyên	Luôn luôn
1. Ông bà có cảm giác lòng bàn tay chân nóng không?	1	2	3	4	5
2. Ông bà có cảm giác mặt và thân mình nóng không?	1	2	3	4	5
3. Da dẻ hoặc môi của ông bà có bị khô không?	1	2	3	4	5

4. Sắc môi miệng của ông bà có bị đỏ so với người bình thường không?	1	2	3	4	5
5. Ông bà có hay bị đại tiện táo bón hoặc khô không?	1	2	3	4	5
6. Mặt và hai gò má của ông bà có bị đỏ, hơi đỏ về chiều hoặc cơn nóng phùng mặt không?	1	2	3	4	5
7. Ông bà có cảm giác hai mắt khô sấp không?	1	2	3	4	5
8. Ông bà có cảm thấy miệng khô táo muốn uống nước không?	1	2	3	4	5
Đánh giá kết quả: Có <input type="checkbox"/> Có xu hướng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>					

5. THỂ CHẤT ĐÀM ẨM (Dạng E)

Căn cứ vào cảm nhận của cơ thể trong 1 năm gần đây, ông bà hãy trả lời câu hỏi dưới đây	Không	Rất ít	Có lúc	Thường xuyên	Luôn luôn
1. Ông bà có cảm giác khó chịu trong lồng ngực hoặc vùng bụng trướng đầy hay không?	1	2	3	4	5
2. Ông bà có cảm giác mình mẩy nặng nề không thoải mái không?	1	2	3	4	5
3. Ông bà có thấy bụng béo mềm nhẽo không?	1	2	3	4	5
4. Ông bà có thấy hiện tượng vùng trán tiết nhờn không?	1	2	3	4	5
5. Ông bà có thấy mi mắt trên nề hơn so với người bình thường không? (Mi	1	2	3	4	5

mắt trên có hiện tượng phù nhẹ vào lúc ngủ dậy)					
6. Ông bà có cảm giác dính nhót trong miệng không?	1	2	3	4	5
7. Bình thường cũng có thấy đàm nhiều, đặc biệt là vùng họng thường có cảm giác đàm vướng không?	1	2	3	4	5
8. Ông bà có cảm thấy rêu lưỡi dày nhờn hoặc cảm thấy rêu lưỡi dày không?	1	2	3	4	5
Đánh giá kết quả: Có <input type="checkbox"/> Có xu hướng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>					

6. THỂ CHẤT THẤP NHIỆT (Dạng F)

Căn cứ vào cảm nhận của cơ thể trong 1 năm gần đây, ông bà hãy trả lời câu hỏi dưới đây	Không	Rất ít	Có lúc	Thường xuyên	Luôn luôn
1. Vùng mặt hoặc mũi của ông bà có cảm giác nhờn dính hoặc bóng mỡ không?	1	2	3	4	5
2. Ông bà có dễ bị mụn nhọt, trứng cá không?	1	2	3	4	5
3. Ông bà có cảm thấy miệng đắng hoặc trong miệng có vị khác thường không?	1	2	3	4	5
4. Ông bà khi đại tiện có bị dính trệ không thoải mái hoặc không hết bãi không?	1	2	3	4	5
5. Ông bà khi đi tiểu có cảm giác trong đường tiểu nóng, nước tiểu màu đậm (sẫm màu) không?	1	2	3	4	5
6. Bà có thấy khí hư màu vàng không? (Câu hỏi cho nữ giới)	1	2	3	4	5
7. Ông có thấy vùng hạ bộ ẩm ướt không?	1	2	3	4	5

(Câu hỏi cho nam giới)					
Đánh giá kết quả:	Có <input type="checkbox"/>	Có xu hướng <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>		

7. THỂ CHẤT HUYẾT Ứ (Dạng G)

Căn cứ vào cảm nhận của cơ thể trong 1 năm gần đây, ông bà hãy trả lời câu hỏi dưới đây	Không	Rất ít	Có lúc	Thường xuyên	Luôn luôn
1. Trên da của ông bà có tự nhiên xuất hiện những đám màu xanh tím (hoặc xuất huyết dưới da) không?	1	2	3	4	5
2. Trên hai gò má của ông bà có những mạch đỏ nhỏ li ti không?	1	2	3	4	5
3. Trên thân thể của ông bà có chỗ nào đau không?	1	2	3	4	5
4. Sắc mặt của ông bà có ám tối hoặc dễ bị sạm đen không?	1	2	3	4	5
5. Ông bà có dễ bị thâm quầng mắt không?	1	2	3	4	5
6. Ông bà hay quên không?	1	2	3	4	5
7. Môi của ông bà có bị thâm không?	1	2	3	4	5
Đánh giá kết quả:	Có <input type="checkbox"/>	Có xu hướng <input type="checkbox"/>	Không <input type="checkbox"/>		

8. THỂ CHẤT KHÍ UẤT (Dạng H)

Căn cứ vào cảm nhận của cơ thể trong 1 năm gần đây, ông bà hãy trả lời câu hỏi dưới đây	Không	Rất ít	Có lúc	Thường xuyên	Luôn luôn
1. Ông bà có cảm giác khó chịu không vui, tâm trạng trầm lắng không?	1	2	3	4	5
2. Ông bà có dễ bị căng thẳng, lo lắng	1	2	3	4	5

không yên không?					
3. Ông bà có cảm giác đa sầu đa cảm, dễ tổn thương không?	1	2	3	4	5
4. Ông bà có cảm giác dễ sợ hãi hoặc dễ hoảng hốt không?	1	2	3	4	5
5. Mạng sườn hoặc vùng ngực có bị đau trướng không?	1	2	3	4	5
6. Ông bà có vô duyên vô cớ thờ dài không?	1	2	3	4	5
7. Vùng hầu họng của ông bà có cảm giác có dị vật mà khạc không ra, nuốt không xuống không?	1	2	3	4	5
Đánh giá kết quả: Có <input type="checkbox"/> Có xu hướng <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/>					

9. THỂ CHẤT CƠ ĐỊA, BẨM SINH (Dạng I)

Căn cứ vào cảm nhận của cơ thể trong 1 năm gần đây, ông bà hãy trả lời câu hỏi dưới đây	Không	Rất ít	Có lúc	Thường xuyên	Luôn luôn
1. Ông bà khi không bị cảm cũng có thể bị hắt hơi không?	1	2	3	4	5
2. Ông bà khi không bị cảm mạo cũng có thể bị ngạt mũi không?	1	2	3	4	5
3. Ông bà có ho khi thay đổi thời tiết, biến đổi nhiệt độ hoặc có mùi khó chịu không?	1	2	3	4	5
4. Ông bà có dễ bị dị ứng (Đối với động vật, thức ăn, mùi vị, phấn hoa hoặc thời tiết giao mùa, khí hậu thay đổi) không?	1	2	3	4	5
5. Da của ông bà có dễ bị dị ứng (nổi mề đay, phát ban...) không?	1	2	3	4	5

6. Da của ông bà khi bị dị ứng có xuất hiện tử ban (Ban đỏ tím, ban ú) không?	1	2	3	4	5
7. Da của ông bà có hiện tượng khi gãi là đỏ, kèm xuất hiện vạch gãi không?	1	2	3	4	5
Đánh giá kết quả:	Có <input type="checkbox"/>		Có xu hướng <input type="checkbox"/>		Không <input type="checkbox"/>

Ví dụ cách đánh giá thể chất

Ví dụ 1: Có 1 số người điễm chuyển hóa phân dạng thể chất như sau: Thể chất bình hòa 75 điễm, khí hư 56 điễm, dương hư 27 điễm, âm hư 25 điễm, đàm thấp 12 điễm, thấp nhiệt 15 điễm, huyết ú 20 điễm, khí uất 18 điễm, thể chất cơ địa bẩm sinh 10 điễm. Căn cứ vào tiêu chuẩn đánh giá, thể chất bình hòa thì điễm chuyển hóa phải ≥ 60 điễm; nhưng đối với các thể chất khác thì điễm chuyển hóa toàn bộ < 40 điễm, trong đó thể chất khí hư ≥ 40 điễm, vì thể số người này không thể phân thành thể chất bình hòa mà nên quy về thể chất khí hư.

Ví dụ 2: Có một số cá thể điễm chuyển hóa phân dạng thể chất như sau: Bình hòa 75 điễm, khí hư 16 điễm, dương hư 27 điễm, âm hư 25 điễm, đàm thấp 32 điễm, thấp nhiệt 25 điễm, huyết ú 10 điễm, khí uất 18 điễm, thể chất đặc biệt 10 điễm. Căn cứ vào tiêu chuẩn đánh giá, thể chất bình hòa điễm chuyển hóa phải ≥ 60 điễm; nhưng 8 dạng thể chất khác điễm chuyển hóa đều < 40 điễm, có thể đánh giá cơ bản thể chất bình hòa, đồng thời lại có điễm đánh giá thể chất đàm thấp 30 - 39 điễm có thể đánh giá là xu hướng đàm thấp. Vì vậy, có 1 số người được đánh giá chung là thể chất bình hòa nhưng lại có xu hướng đàm thấp.

Trường hợp xuất hiện 2 điễm giống nhau, sẽ tùy vào sự phán đoán của thầy thuốc đông y[133].