

HIỆU QUẢ CAI THUỐC LÁ CỦA PHƯƠNG PHÁP TƯ VẤN TRỰC TIẾP KẾT HỢP TƯ VẤN QUA ĐIỆN THOẠI Ở BỆNH NHÂN HÔ HẤP NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Thị Lệ Quyên¹

Ngô Quý Châu^{1,2}

Trần Xuân Bách³

¹ Trung tâm Hô hấp,
Bệnh viện Bạch Mai

² Bộ môn Nội, Đại học Y Hà Nội

³ Viện Đào tạo Y học Dự phòng
và Y tế Công cộng, Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm:

Phạm Thị Lệ Quyên

Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai
Email: phamlequyenbmbh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/03/2021

Ngày phản biện: 11/04/2021

Ngày đồng ý đăng: 15/04/2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Xác định tỷ lệ cai thuốc lá bằng phương pháp tư vấn trực tiếp khi nằm viện ở bệnh nhân mắc một số bệnh phổi; 2. Đánh giá hiệu quả cai thuốc lá bằng phương pháp tư vấn trực tiếp khi nằm viện kết hợp với tư vấn qua điện thoại sau khi ra viện ở bệnh nhân mắc một số bệnh phổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân hút thuốc mắc một số bệnh phổi, nhập viện tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2020; nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên, so sánh song song 2 nhóm: can thiệp cai thuốc lá thông thường và can thiệp tích cực.

Kết quả: 164 bệnh nhân, nhóm can thiệp thông thường 79, nhóm can thiệp tích cực 85. Tại thời điểm theo dõi 6 tháng, tỷ lệ cai thuốc (xác nhận bởi một người nhà sống cùng và đo nồng độ CO trong hơi thở ra) thời điểm 7 ngày, cai thuốc liên tục 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tương ứng là 64,56%; 64,56%; 63,29%; 46,84% ở nhóm can thiệp thông thường và 75,29%; 75,29%; 74,12% và 55,29% ở nhóm can thiệp tích cực.

Kết luận: Bệnh nhân trong nhóm can thiệp tích cực có khả năng cai thuốc ở thời điểm theo dõi 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng cao hơn nhóm can thiệp thông thường nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Hiệu quả cai thuốc lá, tư vấn trực tiếp, tư vấn qua điện thoại, bệnh nhân hô hấp nhập viện

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hút thuốc lá gây ra nhiều vấn đề về sức khỏe dẫn đến phải nhập viện, đặc biệt vì các bệnh lý hô hấp, tim mạch và ung thư. Việc phải nhập viện là hoàn cảnh để người hút thuốc dễ dàng tiếp nhận các thông điệp về cai thuốc lá từ nhân viên y tế. Hơn nữa, môi trường không khói thuốc trong bệnh viện cũng có thể đem đến cơ hội tốt để những người hút thuốc cai

thuốc. Vì vậy, việc cung cấp điều trị cai thuốc ở bệnh viện có thể là một chiến lược dự phòng sức khỏe hiệu quả.

Hầu hết người hút thuốc đã thực sự bỏ thuốc khi nhập viện, tuy nhiên, phần lớn họ lại hút thuốc lại ngay sau khi ra viện [1],[2],[3]. Những bệnh nhân tiếp tục hút thuốc sau khi ra viện có nhiều khả năng tái nhập viện hơn so với những người tiếp tục duy trì cai thuốc. [4], [5]

Việc giúp họ cai thuốc và duy trì cai thuốc sau khi ra viện sẽ giúp cứu sống họ và giảm các chi phí chăm sóc y tế [6],[7],[8],[9].

Các nghiên cứu đã chỉ ra việc tư vấn ngắn trực tiếp cho đối tượng hút thuốc khi họ nhập viện điều trị có hiệu quả cai thuốc thấp [6]. Một phân tích tổng quan các nghiên cứu ở những bệnh nhân hút thuốc nhập viện cho thấy các can thiệp cần kéo dài ít nhất 1 tháng sau khi ra viện mới có thể đạt được hiệu quả cai thuốc có ý nghĩa thống kê [6]. Điều này cho thấy cần có các can thiệp tích cực hơn để giảm tái hút thuốc sau khi ra viện. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã tiến hành các can thiệp cai thuốc trên nhóm bệnh nhân nhập viện vì các bệnh lý tim mạch, nhóm bệnh nhân nhập viện phẫu thuật hoặc nhóm bệnh nhân nhập viện với mọi nguyên nhân bệnh liên quan đến hút thuốc lá, tuy nhiên rất ít nghiên cứu tiến hành trên nhóm bệnh nhân nhập viện vì các bệnh lý hô hấp [6],[10].

Tại Việt Nam, dịch vụ hỗ trợ cai nghiện thuốc lá bắt đầu được triển khai rộng rãi từ năm 2015 với sự thành lập của tổng đài quốc gia về hỗ trợ cai nghiện thuốc lá và các phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá tại các bệnh viện. Tuy nhiên hiện chưa nhiều nghiên cứu đánh giá về hiệu quả của các dịch vụ này và chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả trên nhóm bệnh nhân nhập viện.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ cai thuốc lá bằng phương pháp tư vấn trực tiếp khi nhập viện ở bệnh nhân mắc một số bệnh phổi điều trị tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai.*

2. *Đánh giá hiệu quả cai thuốc lá bằng phương pháp tư vấn trực tiếp khi nhập viện kết hợp với tư vấn qua điện thoại sau khi ra viện ở bệnh nhân mắc một số bệnh phổi điều trị tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2020.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân >18 tuổi, nhập viện điều trị nội trú dưới 1 tháng tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai với chẩn đoán một trong các bệnh sau: hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm phổi mắc phải cộng đồng, lao phổi – màng phổi, tràn khí màng phổi, ung thư phổi, đang hút thuốc hoặc còn hút thuốc trong vòng 1 tháng trước khi nhập viện, và mong muốn cai thuốc hoặc tiếp tục duy trì cai thuốc ngay sau khi ra viện.

- Tiêu chuẩn loại trừ: nữ giới, bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, có suy giảm về nhận thức ảnh hưởng đến việc chấp thuận tham gia nghiên cứu hoặc tham gia vào can thiệp, có vấn đề về giao tiếp ảnh hưởng đến việc tiếp nhận sự can thiệp (câm, điếc), sức khỏe quá yếu không cho phép nhận sự can thiệp hoặc dự đoán tuổi thọ ngắn, có lạm dụng các chất gây nghiện khác (cần sa, ma túy).

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp, ngẫu nhiên, so sánh song song hai nhóm.

Bệnh nhân sau khi được sàng lọc và đồng ý tham gia vào nghiên cứu sẽ được phân tầng theo mức độ phụ thuộc nicotine dựa vào thang điểm Fagerstrom [11] gồm 6 câu hỏi về đặc điểm hút thuốc của bệnh nhân để phân ra các mức độ nghiện thực thể nhẹ (0-3 điểm), trung bình (4-5 điểm) và nặng (6-10 điểm); bệnh nhân sau đó được phân ngẫu nhiên theo tỷ lệ 1:1 bằng phương pháp bốc thăm vào 2 nhóm: can thiệp thông thường (CT thông thường) (chỉ tư vấn trực tiếp khi điều trị nội trú) và can thiệp tích cực (CT tích cực) (tư vấn trực tiếp khi điều trị nội trú kết hợp tư vấn chủ động qua điện thoại sau khi ra viện).

- Các can thiệp trong nghiên cứu:

+ **Tư vấn cai thuốc trực tiếp:** khi bệnh nhân đang điều trị nội trú, gồm 1 lần tư vấn ngắn dưới 5 phút do bác sĩ điều trị thực hiện sau khi nhập viện 1 ngày và 1 lần tư vấn sâu (30 phút trở lên) do bác sĩ phòng tư vấn trực tiếp hoặc nghiên cứu sinh thực hiện trong vòng 1 tuần kể từ khi nhập viện. Nội dung tư vấn ngắn và tư vấn sâu: theo mô hình tư vấn 5As (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange)¹² với sự hỗ trợ tùy thuộc vào giai đoạn trưởng thành quyết tâm cai thuốc theo Prochaska và Diclemente¹³ với những đối tượng đã muốn cai thuốc và kết hợp sử dụng mô hình 5Rs (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition) để tăng cường động cơ cai thuốc với những đối tượng chưa muốn cai thuốc lá.¹²

+ **Tư vấn chủ động qua điện thoại sau khi ra viện:** gồm 6 lần gọi điện thoại chủ động: P1-P6 (1 tuần, 2 tuần, 3 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng sau khi ra viện). Thực hiện bởi tư vấn viên của tổng đài quốc gia tư vấn hỗ trợ cai thuốc miễn phí 18006606. Thời gian mỗi cuộc gọi: 2-15 phút tùy thuộc từng bệnh nhân. Nội dung tư vấn mỗi lần thay đổi tùy theo tình huống cụ thể và nhu cầu của bệnh nhân: tăng cường quyết tâm cai thuốc, khuyến khích tiếp tục quá trình cai thuốc, phòng tránh tái hút thuốc trở lại và các mẹo cai giúp bệnh nhân chế ngự các vấn đề khó chịu khi cai.

2.4. Cỡ mẫu

Lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu. Kết quả 164 bệnh nhân: nhóm CT thông thường 85 bệnh nhân, loại trừ 6 bệnh nhân (gồm 4 bệnh nhân tử vong trước thời gian theo dõi 6 tháng vì ung thư phổi, 2 bệnh nhân sử dụng nicotine thay thế khi về nhà) còn lại 79 bệnh nhân; nhóm CT tích cực 85 bệnh nhân.

2.5. Thu thập số liệu, các chỉ tiêu đánh giá và công cụ đánh giá

Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, bao gồm:

- Thu thập số liệu tại thời điểm ban đầu:

Các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử hút và cai thuốc trước đó, lý do cai thuốc lần này, mức độ quyết tâm cai thuốc, chẩn đoán xác định bệnh, thời gian nằm viện, kết quả điều trị bệnh.

- **Thu thập số liệu tại các thời điểm đánh giá (1 tháng, 3 tháng, 6 tháng):** bệnh nhân sẽ được gọi điện thoại lại để theo dõi, nghiên cứu viên sẽ cố gắng liên lạc bằng được với bệnh nhân và một người thân của bệnh nhân, ít nhất là 10 cuộc trước khi kết luận là không liên lạc được với thời gian gọi cửa sổ ở mỗi thời điểm là 5 ngày. Các số liệu đánh giá gồm: tình trạng hút và cai thuốc hiện tại, những thuận lợi, khó khăn khi cai thuốc, sự hỗ trợ từ gia đình, xã hội trong quá trình cai thuốc. Những bệnh nhân báo cáo là cai được thuốc ở thời điểm theo dõi 6 tháng sẽ được mời đến bệnh viện để xác nhận bằng đo nồng độ khí CO trong hơi thở ra, đánh giá mức độ hài lòng với dịch vụ cai thuốc.

- Các chỉ tiêu đánh giá và công cụ để đánh giá

+ **Tỷ lệ cai thuốc thời điểm 7 ngày:** "Trong vòng 7 ngày qua ông/bà có hút thuốc lá dù chỉ là một hơi không?", "Trong vòng 7 ngày qua ông/bà có sử dụng bất kỳ sản phẩm gì khác của thuốc lá không?". Bệnh nhân được xác định là cai thuốc lá thời điểm 7 ngày nếu trả lời không với cả hai câu hỏi trên và có sự xác nhận của một người thân sống cùng ở các thời điểm đánh giá qua điện thoại.

+ **Tỷ lệ cai liên tục 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng:** "Trong vòng 1 tháng/3 tháng/6 tháng kể từ khi ra viện ông/bà có hút thuốc lá dù chỉ là một hơi không?", "Trong vòng 1 tháng/3 tháng/6 tháng kể từ khi ra viện ông/bà có sử dụng bất kỳ sản phẩm nào của thuốc lá không?" Bệnh nhân được xác định là cai thuốc lá liên tục 1 tháng/3 tháng/6 tháng nếu trả lời không với

cả hai câu hỏi trên và có sự xác nhận của một người thân sống cùng khi gọi điện thoại. Riêng tỷ lệ cai liên tục 6 tháng sẽ được xác nhận thêm bởi đo nồng độ CO trong hơi thở ra <10ppm tại bệnh viện. Trường hợp đo CO >10ppm nhưng người nhà xác nhận đã cai thuốc lá sẽ lấy giá trị đo CO làm tiêu chuẩn và bệnh nhân được coi là vẫn hút thuốc lá.

+ Đo nồng độ CO trong hơi thở ra: được thực hiện bởi bác sỹ phòng tư vấn trực tiếp đã được đào tạo và thành thạo kỹ thuật đo CO, sử dụng máy micro CO của nhà sản xuất Care Fusion (Hoa Kỳ), thực hiện chuẩn máy định kỳ theo khuyến cáo của nhà sản xuất.

2.6. Phân tích và xử lý số liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm STATA để phân tích số liệu. Các phân tích thống kê mô tả được sử dụng để mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu.

Với chỉ tiêu nghiên cứu chính là tỷ lệ cai thuốc tại các thời điểm theo dõi (tỷ lệ cai thuốc thời điểm 7 ngày, cai liên tục 1 tháng, 3 tháng, 6

tháng) sẽ sử dụng cách phân tích theo phân bố ngẫu nhiên ban đầu (những trường hợp chưa hoàn tất can thiệp vẫn được đưa vào phân tích và sẽ được coi là chưa cai được thuốc).

Test χ^2 được sử dụng để so sánh tỷ lệ cai thuốc giữa hai nhóm ở các thời điểm theo dõi. Phân tích hồi quy logistic được sử dụng để so sánh hai nhóm về tuổi, chẩn đoán bệnh, tiền sử hút và cai thuốc trước đó như là các yếu tố ảnh hưởng thêm vào mô hình.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua và chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của trường Đại học Y Hà Nội.

3. KẾT QUẢ

Tổng số 164 bệnh nhân: nhóm CT thông thường 85 bệnh nhân, loại trừ 6 bệnh nhân (gồm 4 bệnh nhân tử vong trước thời gian theo dõi 6 tháng vì ung thư phổi, 2 bệnh nhân sử dụng nicotine thay thế khi về nhà) còn lại 79 bệnh nhân; nhóm CT tích cực 85 bệnh nhân.

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu ở hai nhóm thời điểm ban đầu

Bảng 3.1. Phân bố về đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố môi trường

Biến số	CT thông thường N (%) / M ± SD	CT tích cực N (%) / M ± SD
Tuổi trung bình	53.23 ± 13.54	51.55 ± 11.14
18 – 24	1 (1,27)	2 (2,35)
25 – 34	8 (10,13)	4 (4,71)
35 – 44	8 (10,13)	10 (11,76)
45 – 54	24 (30,38)	30 (35,29)
55 – 64	24 (30,38)	29 (34,12)
≥ 65	14 (17,72)	10 (11,76)
Kết hôn	73 (92,41)	80 (94,12)
Độc thân	3 (3,80)	4 (4,71)
Ly dị/ly thân	0 (0,00)	1 (1,18)

Góa	3 (3,80)	0 (0,00)
Thất nghiệp	0 (0,00)	1 (1,18)
Tự do	23 (29,11)	30 (35,29)
Cán bộ công chức	4 (5,06)	7 (8,24)
Công nhân	9 (11,39)	8 (9,41)
Lái xe	4 (5,06)	5 (5,88)
Nông dân	28 (35,44)	24 (28,24)
Học sinh/sinh viên	0 (0,00)	1 (1,18)
Nghề khác	11 (13,92)	9 (10,59)
Không đi học	0 (0,00)	0 (0,00)
Hết cấp 1	8 (10,13)	7 (8,24)
Hết cấp 2	40 (50,63)	44 (51,76)
Hết cấp 3	25 (31,65)	24 (28,24)
Đại học/Sau đại học- Cao đẳng	6 (7,59)	10 (11,76)
Nông thôn	59 (74,68)	62 (72,94)
Thành thị	20 (25,32)	23 (27,06)
Không	48 (60,76)	62 (73,81)
Có (ông/bà, cha/mẹ, con, bạn bè)	31 (39,24)	23 (26,19)
Có	5 (7,81)	7 (9,09)
Không	59 (92,19)	70 (90,91)

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm về các đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm về môi trường xung quanh. Phần lớn đối tượng ở hai nhóm đều ở lứa tuổi trung niên, đã kết hôn. Đối tượng làm nghề nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm. Hầu hết đối tượng

đều có trình độ học vấn từ cấp 3 trở xuống. Về yếu tố môi trường, phần lớn đối tượng làm việc trong môi trường không có quy định cấm hút thuốc, và khoảng một phần ba bệnh nhân ở hai nhóm sống cùng nhà với người hút thuốc.

Bảng 3.2. Đặc điểm hành vi hút và cai thuốc lá trước đó

Biến số	CT thông thường N (%) /M ± SD	CT tích cực N (%) /M ± SD
Nhẹ (0-3 điểm)	17 (21,52)	17 (20,00)
Trung bình (4-5 điểm)	52 (65,82)	55 (64,71)
Nặng (6-10 điểm)	10 (12,66)	13 (15,29)
≤14	11 (13,92)	15 (17,65)
15-18	37 (46,84)	36 (42,35)

≥19	31 (39,24)	34 (40,00)
≤14	11 (13,92)	13 (15,29)
15-18	36 (45,57)	35 (41,18)
≥19	32 (40,51)	37 (43,53)
Số năm hút thuốc	35,00 ± 13,81	32,91 ± 12,27
Số điếu thuốc hút trung bình/ngày	15,94 ± 7,91	17,03 ± 9,14
1-5 điếu	16 (20,51)	16 (19,05)
6-10 điếu	26 (33,33)	17 (20,24)
10-19 điếu	15 (19,23)	31 (36,90)
≥20 điếu	21 (26,92)	20 (23,81)
Thuốc lào	42 (53,16)	39 (45,88)
Thuốc lá điếu công nghiệp	30 (37,97)	36 (42,35)
Cả thuốc lá điếu công nghiệp và thuốc lào	7 (8,86)	10 (11,76)
0 lần	71 (89,87)	77 (91,67)
≥1 lần	8 (10,13)	7 (8,33)

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm về mức độ phụ thuộc nicotine, tuổi bắt đầu hút điếu thuốc đầu tiên, tuổi bắt đầu hút thuốc hàng ngày, số năm hút thuốc, số lượng thuốc hút trung bình mỗi ngày, loại thuốc hút, tiền sử cai thuốc trước đó. Trên một nửa đối tượng nghiên cứu ở hai nhóm đều bắt đầu hút điếu thuốc đầu tiên và hút thuốc hàng ngày từ

trước 18 tuổi. Hầu hết đối tượng đều hút thuốc trên 20 năm. Số điếu thuốc hút trung bình mỗi ngày tương ứng là 15,94 và 17,03 điếu ở nhóm can thiệp thông thường và nhóm can thiệp tích cực. Loại thuốc hút chủ yếu vẫn là thuốc lào và thuốc lá điếu công nghiệp ở cả hai nhóm. Hầu hết đối tượng ở hai nhóm không có tiền sử cai thuốc trong vòng 12 tháng trước khi nhập viện.

Bảng 3.3. Phân bố theo chẩn đoán bệnh lý hô hấp và thời gian nằm viện

Biến số	CT thông thường N (%)	CT tích cực N (%)
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	10 (12,82)	13 (15,48)
Ung thư phổi	14 (17,95)	9 (10,71)
Hen phế quản	3 (3,85)	6 (7,14)
Viêm phổi mắc phải cộng đồng	35 (44,87)	35 (41,67)
Lao phổi – màng phổi	11 (14,10)	14 (16,67)
Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát	5 (6,41)	7 (8,33)
≤1 tuần	36 (45,57)	34 (40,00)
>1 tuần	43 (54,43)	51 (60,00)

Không có khác biệt giữa hai nhóm về phân bố bệnh hô hấp được chẩn đoán và thời gian nằm viện. Bệnh gặp nhiều nhất ở cả hai nhóm

là viêm phổi mắc phải cộng đồng, tiếp đến là lao phổi màng phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và ung thư phổi.

3.2. Hiệu quả cai thuốc của hai phương pháp can thiệp

Bảng 3.4. Tỷ lệ cai thuốc lá theo nhóm can thiệp

Tỷ lệ cai thuốc lá	CT thông thường N (%)	CT tích cực N (%)	P
Theo dõi 1 tháng (xác nhận bởi người nhà)			
Chưa cai	28 (35,44)	17 (20,00)	0,027
Cai thời điểm 7 ngày	51 (64,56)	68 (80,00)	
Cai liên tục 1 tháng	48 (60,76)	59 (69,41)	>0,05
Theo dõi 3 tháng (xác nhận bởi người nhà)			
Chưa cai	26 (33,33)	21 (25,00)	>0,05
Cai thời điểm 7 ngày	52 (66,67)	63 (75,00)	
Cai liên tục 1 tháng	48 (61,54)	60 (72,29)	>0,05
Cai liên tục 3 tháng	46 (58,97)	54 (65,06)	>0,05
Theo dõi 6 tháng (xác nhận bởi người nhà và đo nồng độ CO trong hơi thở ra)			
Chưa cai	28 (35,44)	21 (24,71)	>0,05
Cai thời điểm 7 ngày	51 (64,56)	64 (75,29)	
Cai liên tục 1 tháng	51 (64,56)	64 (75,29)	>0,05
Cai liên tục 3 tháng	50 (63,29)	63 (74,12)	>0,05
Cai liên tục 6 tháng	37 (46,84)	47 (55,29)	>0,05

Tại thời điểm 6 tháng, tỷ lệ cai thuốc (xác nhận bởi một người nhà sống cùng và đo nồng độ CO trong hơi thở ra) thời điểm 7 ngày, cai thuốc liên tục 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tương ứng là 64,56%; 64,56%; 63,29%; 46,84% ở nhóm can thiệp thông thường và 75,29%; 75,29%;

74,12% và 55,29% ở nhóm can thiệp tích cực. Tỷ lệ cai thuốc thời điểm 7 ngày, tỷ lệ cai liên tục 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng ở nhóm can thiệp tích cực đều cao hơn nhóm can thiệp thông thường tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Ảnh hưởng của phương pháp hỗ trợ cai đến kết quả cai thuốc

Các yếu tố OR (95% CI)		OR thô		OR hiệu chỉnh 1(*)		OR hiệu chỉnh 2(**)	
		P	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	
Theo dõi 1 tháng	Nhóm thông thường	1	>0,05	1	>0,05	1	>0,05
	Nhóm tích cực	1,84 (0,86 – 3,93)		2,22 (0,95 – 5,22)		1,80 (0,66 – 4,86)	

Theo dõi 3 tháng	Nhóm thông thường	1	>0,05	1	>0,05	1	>0,05
	Nhóm tích cực	1,28 (0,60 – 2,73)		1,29 (0,57 – 2,88)		1,44 (0,51 – 4,07)	
Theo dõi 6 tháng	Nhóm thông thường	1	>0,05	1	>0,05	1	>0,05
	Nhóm tích cực	1,67 (0,85 – 3,29)		1,86 (0,89 – 3,89)		1,98 (0,83 – 4,75)	

(*) OR hiệu chỉnh 1: hiệu chỉnh với đặc điểm hút và cai thuốc

(**) OR hiệu chỉnh 2: hiệu chỉnh với các yếu tố nhân khẩu học, đặc điểm hút và cai thuốc, chẩn đoán bệnh hô hấp và thời gian nằm viện

Bệnh nhân nhóm can thiệp tích cực có khả năng cai thuốc ở thời điểm theo dõi 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng đều cao hơn nhóm can thiệp thông thường nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam, đánh giá hiệu quả của dịch vụ cai thuốc trên nhóm bệnh nhân nhập viện vì các bệnh lý hô hấp. Với tổng số 164 bệnh nhân, trong đó 79 bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp thông thường, 85 bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp tích cực. Kết quả nghiên cứu cho thấy ở cả hai nhóm can thiệp đều cho hiệu quả cai thuốc lá cao ở thời điểm theo dõi 6 tháng với tỷ lệ cai thuốc (xác nhận bởi một người nhà sống cùng bệnh nhân và đo nồng độ CO trong hơi thở ra) thời điểm 7 ngày, tỷ lệ cai thuốc liên tục 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng tương ứng là 64,56%; 64,56%; 63,29%; 46,84% ở nhóm can thiệp thông thường và 75,29%; 75,29%; 74,12% và 55,29% ở nhóm can thiệp tích cực. Tỷ lệ cai thuốc cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể là do tất cả các bệnh nhân đều nhập viện vì các bệnh lý phổi có liên quan đến thuốc lá, việc hiểu được rõ các tác hại của thuốc lá đối với sức khỏe của bản thân, đồng thời môi trường

không khói thuốc trong bệnh viện cũng là môi trường thuận lợi để cai thuốc, cùng với sự hỗ trợ tư vấn cai thuốc từ các bác sỹ, tư vấn viên giúp khả năng cai thuốc thành công cao.

Tỷ lệ cai thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Lei Wu và cộng sự (2016) [14]. Các tác giả nghiên cứu trên 547 nam giới hút thuốc. Tại thời điểm theo dõi 12 tháng, tỷ lệ cai thời điểm 7 ngày tự báo cáo tương ứng là 14,8%; 26,4% và tỷ lệ cai liên tục 6 tháng tự báo cáo tương ứng 10,7; 19,6% ở nhóm chúng (chỉ nhận tư vấn trực tiếp 1 lần 40 phút và nhóm can thiệp (tư vấn trực tiếp 1 lần 40 phút và 4 cuộc tư vấn theo dõi qua điện thoại sau 1 tuần, 1, 3 và 6 tháng). Tỷ lệ cai thuốc của các tác giả thấp hơn có lẽ do đối tượng nghiên cứu là người không có bệnh nên động lực cai thuốc thấp hơn, hơn nữa tỷ lệ nghiện thực thể mức độ nặng của các đối tượng trong nghiên cứu này cũng cao hơn (trên 40% đối tượng nghiên cứu), tần suất can thiệp qua điện thoại cũng ít hơn (4 cuộc gọi) và đây là tỷ lệ cai theo dõi sau 12 tháng, dài hơn so với của chúng tôi là theo dõi sau 6 tháng.

Nhiều nghiên cứu về can thiệp cai thuốc trên đối tượng bệnh nhân nhập viện của các tác giả trên thế giới cũng cho tỷ lệ cai thuốc cao hơn trên nhóm đối tượng hút thuốc không mắc bệnh. Tuy nhiên tỷ lệ cai thuốc trong nghiên cứu chúng tôi cũng cao hơn so với trong các nghiên cứu của các tác giả khác [6],[10].

Nghiên cứu của J Ockene và cs (1992) [15], thực hiện trên 267 bệnh nhân nhập viện vì bệnh mạch vành (đang hút thuốc/mới cai thuốc

trong 2 tháng trước đó). Theo dõi thời điểm 6 tháng, tỷ lệ cai liên tục xác nhận bởi đo nồng độ CO hơi thở ra tương ứng là 34% ở nhóm chúng (chỉ nhận tư vấn ngắn khuyến cai thuốc) và 45% ở nhóm can thiệp (tư vấn trực tiếp 1 lần 40 phút khi nằm viện, phát tại liệu hướng dẫn tự cai và tư vấn qua điện thoại 3 cuộc sau khi ra viện thời điểm 1, 3 tuần và 3 tháng). Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể giải thích là do sự khác nhau về tần suất can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả. Bệnh nhân trong nhóm can thiệp thông thường của chúng tôi ngoài tư vấn ngắn bởi bác sĩ điều trị còn nhận thêm 1 lần tư vấn sâu (>30 phút) bởi bác sĩ phòng tư vấn trực tiếp khi nằm viện so với nhóm chúng trong nghiên cứu của các tác giả chỉ nhận khuyến cai thuốc 1 lần khi nằm viện; đối với nhóm can thiệp tích cực của chúng tôi, tần suất can thiệp sau khi ra viện cũng nhiều hơn với 6 cuộc gọi ở các thời điểm 1, 2, 3, 4 tuần, 2 tháng, 3 tháng so với 3 cuộc gọi ở thời điểm 1 tuần, 3 tuần và 3 tháng trong nghiên cứu của các tác giả.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhóm can thiệp tích cực có khả năng cai thuốc ở thời điểm theo dõi 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng cao hơn nhóm can thiệp thông thường, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Phân tích tổng quan trên Cochrane cho thấy các can thiệp tư vấn cai thuốc bắt đầu từ khi nằm viện trên các bệnh nhân nhập viện và tiếp tục sau khi ra viện ít nhất 1 tháng cho hiệu quả cai thuốc cao hơn so với chỉ can thiệp khi nằm viện với RR 1,37 (95%CI 1,27-1,48; 25 thử nghiệm lâm sàng) [10]. Các can thiệp với cường độ ít tích cực hơn không giúp tăng tỷ lệ cai thuốc so với can thiệp thông thường. Hiệu quả tương tự cũng được thấy ở dưới nhóm bệnh nhân hút thuốc nhập viện vì các bệnh lý tim mạch (RR 1,42; 95% CI 1,29 – 1,56). Đối với dưới nhóm bệnh nhân mắc bệnh hô hấp trong phân tích gộp này chỉ gồm 3 nghiên cứu [Borglykke 2008, Miller 1997,

Pederson 1991] [10], kết quả cho thấy không có sự khác biệt về hiệu quả cai thuốc giữa nhóm can thiệp và nhóm chúng (can thiệp thông thường) (RR 1,22; 95%CI 0,93-1,60).

Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là không tính cỡ mẫu do số lượng bệnh nhân ít vì vậy chúng tôi lấy mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân thoả mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Mặc dù vậy, nghiên cứu cũng có những đóng góp cho thấy hiệu quả của các can thiệp cai thuốc lá trên đối tượng bệnh nhân nhập viện có hút thuốc.

5. KẾT LUẬN

Tư vấn trực tiếp (gồm 1 lần tư vấn ngắn và 1 lần tư vấn sâu >30 phút) khi điều trị nội trú là can thiệp cai thuốc có hiệu quả trên nhóm bệnh nhân nhập viện vì các bệnh lý phổi với tỷ lệ cai thuốc thời điểm 7 ngày, tỷ lệ cai liên tục 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng (xác nhận bởi người nhà sống cùng bệnh nhân và đo nồng độ CO hơi thở ra) tại thời điểm theo dõi 6 tháng tương ứng là 64,56%; 64,56%; 63,29%; 46,84%.

Tư vấn chủ động qua điện thoại sau khi ra viện (6 cuộc tại thời điểm 1, 2, 3, 4 tuần, 2, 3 tháng) thêm vào với tư vấn trực tiếp khi điều trị nội trú trên nhóm bệnh nhân nhập viện vì bệnh lý phổi mang lại hiệu quả cai thuốc cao hơn so với chỉ can thiệp tư vấn trực tiếp khi điều trị nội trú với tỷ lệ cai thuốc thời điểm 7 ngày, tỷ lệ cai liên tục 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng (xác nhận bởi người nhà sống cùng bệnh nhân và đo nồng độ CO hơi thở ra) tại thời điểm theo dõi 6 tháng tương ứng là 75,29%; 75,29%; 74,12% và 55,29%. Bệnh nhân trong nhóm can thiệp này có khả năng cai thuốc ở thời điểm theo dõi 3 tháng và 6 tháng cao hơn nhóm chỉ can thiệp tư vấn trực tiếp khi điều trị nội trú với OR, 95%CI lần lượt là 3,72 (1,56-8,85) và 2,45 (1,08-5,56).

6. KHUYẾN NGHỊ

Tư vấn trực tiếp khi điều trị nội trú đơn thuần hoặc kết hợp với tư vấn chủ động qua

điện thoại sau khi ra viện bước đầu cho thấy là can thiệp cai thuốc lá có hiệu quả trên nhóm bệnh nhân nhập viện vì các bệnh lý phổi. Vì vậy nên triển khai thực hiện cho các đối tượng bệnh nhân này nhằm góp phần tăng hiệu quả điều trị các bệnh lý hô hấp cho bệnh nhân cũng như giảm gánh nặng bệnh tật liên quan đến sử dụng thuốc lá nói chung. Cần tiếp tục có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để xác định tần suất can thiệp chi phí hiệu quả không chỉ trên nhóm bệnh nhân mắc bệnh lý hô hấp mà còn trên các nhóm bệnh nhân điều trị nội trú khác như bệnh lý tim mạch, ung thư, đột quỵ,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goodman MJ, Nadkarni M, Schorling JB. The natural history of smoking cessation among medical patients in a smoke-free hospital. *Subst Abuse*; 1998; 19(2):71-79.
2. Griebel B, Wewers ME, Baker CA. The effectiveness of a nurse-managed minimal smoking-cessation intervention among hospitalized patients with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 1998; 25(5):897-902.
3. Sundblad B-M, Larsson K, Nathell L. High Rate of Smoking Abstinence in COPD Patients: Smoking Cessation by Hospitalization. *Nicotine Tob Res*, 2008; 10(5):883-890.
4. Hasdai D, Garratt KN, Grill DE, et al. Effect of Smoking Status on the Long-Term Outcome after Successful Percutaneous Coronary Revascularization. *N Engl J Med*, 1997; 336(11):755-761.
5. Voors Adriaan A., van Brussel Ben L., Thijs Plokker H.W., et al. Smoking and Cardiac Events After Venous Coronary Bypass Surgery. *Circulation*, 1996; 93(1):42-47.
6. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Smokers: A Systematic Review. *Arch Intern Med*, 2008; 168(18):1950.
7. Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, et al. Cost-Effectiveness of a Hospital-Based Smoking Cessation Intervention. *Med Care*, 1998; 36(5):670-678.
8. Quist-Paulsen P, Bakke PS, Gallefoss F. Does smoking cessation improve Quality of Life in patients with coronary heart disease? *Scand Cardiovasc J*, 2006; 40(1):11-16.
9. Taylor DH Jr, Hasselblad V, Henley SJ, et al. Benefits of smoking cessation for longevity. *Am J Public Health*, 2002; 92(6):990-6.
10. Rigotti NA, Clair C, Munafo MR, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; (5).
11. Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*, 1989; 12(2):159-182.
12. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update: A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med*, 2008; 35(2):158-176.
13. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med*, 1991; 12(4):727-735.
14. Wu L, He Y, Jiang B, et al. Effectiveness of additional follow-up telephone counseling in a smoking cessation clinic in Beijing and predictors of quitting among Chinese male smokers. *BMC Public Health*, 2016; 16(1):63.
15. Ockene J, Kristeller JL, Goldberg R, et al. Smoking cessation and severity of disease: The Coronary Artery Smoking Intervention Study. *Health Psychol*, 1992; 11(2):119-126.

ABSTRACT

SMOKING CESSATION EFFECTIVENESS OF FACE TO FACE COUNSELLING FOLLOWING BY TELEPHONE COUNSELLING IN HOSPITALIZED RESPIRATORY PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: 1. To determine the tobacco quit rate of face to face counselling in hospitalized respiratory patients; 2. To evaluate the smoking cessation effectiveness of face to face counselling in hospital following with telephone counsellings post discharge in respiratory patients.

Material and Methods: Current or recent quit smoker (in the past 1 month) patients, admitted in Respiratory Center – Bach Mai Hospital from October 2017 to October 2020; a randomized intervention study, parallel comparison of two groups: usual intervention and active intervention.

Results: 164 patients, 79 in usual intervention group, 85 in active intervention group. At 6 months follow-up, the 7-days point prevalence quit rate, 1 months, 3 months, 6 months continuous quit rates (reported by a family member and validated by expired CO) are 64,56%; 64,56%; 63,29%; 46,84% in usual intervention group, respectively and 75,29%; 75,29%; 74,12% and 55,29% in active intervention group, respectively.

Conclusion: Patients in active intervention group were more likely to quit smoking at 1, 3 and 6 months follow-up than the usual intervention group but the difference was not significant.

Keywords: *Smoking cessation effectiveness, face to face counselling, telephone counselling, hospitalized respiratory patients.*