

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

Phạm Thị Lệ Quyên^{1,✉}, Ngô Quý Châu², Trần Xuân Bách²

¹Bệnh viện Bạch Mai,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ cai thuốc lá bằng phương pháp tư vấn trực tiếp khi nằm viện và 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. Nghiên cứu can thiệp trên 143 bệnh nhân hút thuốc mắc một số bệnh phổi, nhập viện tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2017 đến 10/2020, Các bệnh nhân được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm: 73 bệnh nhân can thiệp cai thuốc lá thông thường và 70 bệnh nhân can thiệp tích cực. Kết quả 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 65,75%; 65,75%; 64,38%; 46,58% ở nhóm can thiệp thông thường và 81,43%; 81,43%; 81,43% và 64,29% ở nhóm can thiệp tích cực. Bệnh nhân nhóm can thiệp tích cực có khả năng cai thuốc ở thời điểm theo dõi 3 tháng và 6 tháng cao hơn nhóm can thiệp thông thường OR, 95%CI lần lượt là 3,72 (1,56 - 8,85) và 2,45 (1,08 - 5,56).

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

I. 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.¹⁻³ 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.⁶⁻⁹

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 hạn chế trên tỷ lệ cai thuốc kéo dài.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

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Lệ Quyên,

Bệnh viện Bạch Mai

Email: phamlequyenbmbh@gmail.com

Ngày nhận: 20/10/2020

Ngày được chấp nhận: 10/11/2020

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.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 10 năm 2020

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân > 18 tuổi, nhập viện 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. Phương pháp

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 Fagerstrom¹¹ (FTQ 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 sỹ điều trị thực hiện và 1 lần tư vấn sâu (từ 30 phút trở lên) do bác sỹ phòng tư vấn trực tiếp hoặc nghiên cứu sinh thực hiện. 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 đối 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.

Cỡ mẫu: lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu. Kết quả 146 bệnh nhân: nhóm can thiệp thông thường 73; nhóm can thiệp tích cực: 73 bệnh nhân, 3 bệnh nhân tử vong vì ung thư phổi trong thời gian theo dõi 6 tháng bị loại còn 70 bệnh nhân.

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.

3. 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 thuốc liên tục 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng) sẽ sử dụng cách phân tích intention - to - treat (phân tích theo phân bổ 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 sẽ được sử dụng để so sánh hai nhóm với tuổi, giới, chẩn đoán khi ra viện, tiền sử hút và cai thuốc trước đó, như là các yếu tố ảnh hưởng thêm vào mô hình.

4. 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.

III. KẾT QUẢ

Tổng số 143 bệnh nhân: nhóm CT thông thường 73, nhóm CT tích cực 70, 3 bệnh nhân mất theo dõi ở thời điểm 6 tháng (nhóm CT tích cực 2, nhóm CT thông thường 1) nhưng vẫn liên lạc được với người nhà trả lời vẫn còn hút thuốc

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

Bảng 1. Phân bố về đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố môi trường

Biến số	CT thông thường N (%) / M \pm SD	CT tích cực N (%) / M \pm SD	P
Tuổi trung bình	52,58 \pm 13,56	51,84 \pm 11,41	> 0,05
Độ tuổi			
18 – 24	1 (1,37)	2 (2,86)	
25 – 34	8 (10,96)	3 (4,29)	
35 – 44	7 (9,59)	9 (12,86)	
45 – 54	23 (31,51)	22 (31,43)	> 0,05
55 – 64	23 (31,51)	25 (35,71)	
\geq 65	11 (15,07)	9 (12,86)	
Tình trạng hôn nhân			
Kết hôn	66 (91,67)	66 (94,29)	
Độc thân	3 (4,17)	3 (4,29)	> 0,05
Ly dị/ly thân	0 (0,00)	1 (1,43)	
Góa	3 (4,17)	0 (0,00)	
Nghề nghiệp			
Thất nghiệp	0 (0,00)	1 (1,45)	
Tự do	5 (6,85)	9 (13,04)	> 0,05
Cán bộ công chức	5 (6,85)	6 (8,70)	

Biến số	CT thông thường N (%) / M ± SD	CT tích cực N (%) / M ± SD	P
Công nhân	9 (12,33)	8 (11,59)	
Lái xe	5 (6,85)	4 (5,80)	
Nông dân	25 (34,25)	20 (28,99)	
Học sinh/sinh viên	0 (0,00)	1 (1,45)	
Nghề khác	24 (32,88)	20 (28,99)	
Trình độ học vấn			
Không đi học	0 (0,00)	0 (0,00)	
Hết cấp 1	8 (10,96)	6 (8,57)	
Hết cấp 2	38 (52,05)	36 (51,43)	> 0,05
Hết cấp 3	21 (28,77)	21 (30,00)	
Đại học/Sau đại học - Cao đẳng	6 (8,22)	7 (10,00)	
Nơi ở			
Nông thôn	56 (76,71)	53 (75,71)	> 0,05
Thành thị	17 (23,29)	17 (24,29)	
Sống cùng nhà với người hút thuốc khác			
Không	43 (58,90)	49 (70,00)	
Ông/bà	1 (1,37)	0 (0,00)	
Cha/mẹ	4 (5,48)	5 (7,14)	> 0,05
Anh/Chị/Em	2 (2,74)	1 (1,43)	
Con	22 (30,14)	15 (21,43)	
Bạn bè	1 (1,37)	0 (0,00)	
Cắm hút thuốc ở nơi làm việc			
Có	5 (8,20)	7 (10,94)	> 0,05
Không	56 (91,80)	57 (89,06)	

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, trình độ đại học – cao đẳng trở lên chỉ chiếm tỷ lệ thấp. 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 2 nhóm sống cùng nhà với người hút thuốc.

Bảng 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	P
Mức độ phụ thuộc nicotine (Fagerstrom)			

Biến số	CT thông thường N (%) /M ± SD	CT tích cực N (%) /M ± SD	P
Nhẹ (0 - 3 điếu)	16 (21,92)	16 (22,86)	
Trung bình (4 - 5 điếu)	48 (65,75)	46 (65,71)	> 0,05
Nặng (6 - 10 điếu)	9 (12,33)	8 (11,43)	
Tuổi bắt đầu hút thuốc đầu tiên			
≤14	10 (13,70)	11 (15,71)	
15 - 18	33 (45,21)	29 (41,43)	> 0,05
≥19	30 (41,10)	30 (42,86)	
Tuổi bắt đầu hút thuốc hàng ngày			
≤14	10 (13,70)	10 (14,29)	
15 - 18	32 (43,84)	29 (41,43)	> 0,05
≥19	31 (42,47)	31 (44,29)	
Số năm hút thuốc	34,18 ± 13,59	33,60 ± 12,42	> 0,05
Số điếu thuốc hút trung bình/ngày	12,29 ± 8,43	12,42 ± 7,99	> 0,05
Số lượng thuốc hút trung bình/ngày			
1 - 5 điếu	15 (20,83)	15 (21,74)	
6 - 10 điếu	24 (33,33)	16 (23,19)	> 0,05
10 - 19 điếu	13 (18,06)	23 (33,33)	
≥20 điếu	20 (27,78)	15 (21,74)	
Loại thuốc hút			
Thuốc lào	40 (54,79)	35 (50,00)	
Thuốc lá điếu công nghiệp	27 (36,99)	27 (38,57)	> 0,05
Cả thuốc lá điếu công nghiệp và thuốc lào	6 (8,22)	8 (11,43)	
Nỗ lực cai thuốc trong vòng 12 tháng qua			
0 lần	66 (90,41)	63 (90,00)	> 0,05
≥1 lần	7 (9,59)	7 (10,00)	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm về mức độ phụ thuộc nicotine, tuổi bắt đầu hút 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 số đối tượng nghiên cứu ở hai nhóm đều bắt đầu hút thuốc 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 12,29 và 12,42 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 cả hai nhóm không có tiền sử cai thuốc trong vòng 12 tháng trước khi nhập viện.

Bảng 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 (%)	P
Chẩn đoán bệnh phổi			
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	9 (12,33)	11 (15,94)	
Ung thư phổi	12 (16,44)	7 (10,14)	
Hen phế quản	3 (4,11)	5 (7,25)	> 0,05
Viêm phổi mắc phải cộng đồng	33 (45,21)	28 (40,58)	
Lao phổi – màng phổi	11 (15,07)	12 (17,39)	
Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát	5 (6,85)	6 (8,70)	
Thời gian nằm viện (ngày)			
≤1 tuần	31 (42,47)	28 (40,00)	> 0,05
> 1 tuần	42 (57,53)	42 (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.

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

Bảng 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	25 (34,25)	12 (17,14)	0,020
Cai thời điểm 7 ngày	48 (65,75)	58 (82,86)	
Cai liên tục 1 tháng	45 (61,64)	53 (75,71)	
Theo dõi 3 tháng (xác nhận bởi người nhà)			
Chưa cai	27 (36,99)	11 (15,71)	0,004
Cai thời điểm 7 ngày	46 (63,01)	59 (84,29)	
Cai liên tục 1 tháng	43 (58,90)	57 (81,43)	
Cai liên tục 3 tháng	42 (57,53)	51 (72,86)	> 0,05
Theo dõi 6 tháng (xác nhận bởi người nhà và đo nồng độ CO trong hơi thở ra)			
Chưa cai	25 (34,25)	13 (18,57)	0,034
Cai thời điểm 7 ngày	48 (65,75)	57 (81,43)	
Cai liên tục 1 tháng	48 (65,75)	57 (81,43)	
Cai liên tục 3 tháng	47 (64,38)	57 (81,43)	

Tỷ lệ cai thuốc lá	CT thông thường N (%)	CT tích cực N (%)	P
Cai liên tục 6 tháng	34 (46,58)	45 (64,29)	0,033

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 65,75%; 65,75%; 64,38%; 46,58% ở nhóm can thiệp thông thường và 81,43%; 81,43%; 81,43% và 64,29% 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 với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Ảnh hưởng của phương pháp hỗ trợ cai thuốc đến kết quả cai thuốc

	OR thô		OR hiệu chỉnh 1 (*)		OR hiệu chỉnh 2 (**)	
	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
Theo dõi 1 tháng	2,52 (1,15 – 5,53)	0,0185	2,52 (1,12 – 5,66)	> 0,05	2,26 (0,85 – 6,01)	> 0,05
Theo dõi 3 tháng	3,15 (1,41 – 7,01)	0,0035	3,72 (1,56 – 8,85)	0,0045	5,98 (1,76 – 20,33)	0,0096
Theo dõi 6 tháng	2,28 (1,05 – 4,94)	0,0326	2,45 (1,08 – 5,56)	0,0304	2,45 (0,88 – 6,78)	> 0,05

(*) 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 vai thuốc

Bệnh nhân nhóm can thiệp tích cực có khả năng cai thuốc ở thời điểm theo dõi 3 tháng và 6 tháng cao hơn nhóm can thiệp thông thường với OR, 95%CI lần lượt là 3,72 (1,56 - 8,85) và 2,45 (1,08 - 5,56) khi hiệu chỉnh với các yếu tố về đặc điểm hút và cai thuốc trước đó. Khả năng cai thuốc ở nhóm can thiệp tích cực cũng cao hơn nhóm can thiệp thông thường ở thời điểm theo dõi 3 tháng khi hiệu chỉnh với cả các yếu tố nhân khẩu học và đặc điểm hút cai thuốc trước đó với OR, 95%CI là 5,98 (1,76 - 20,33).

IV. 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 143 bệnh nhân, trong đó 73 bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp thông thường, 70 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 65,75%; 65,75%; 64,38%; 46,58% ở nhóm can thiệp thông thường và 81,43%; 81,43%; 81,43%; 64,29% 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 sĩ, 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 cs (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) 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.

Nghiên cứu của Dornelas E.A và CS (2000)¹⁶ trên 100 bệnh nhân đang hút thuốc lá (còn hút thuốc trong vòng 1 tháng trước) nhập viện vì nhồi máu cơ tim cho thấy tại thời điểm theo dõi 6 tháng: tỷ lệ cai thuốc thời điểm 7 ngày (xác nhận bởi một người khác) là 67% ở nhóm can thiệp (tư vấn trực tiếp tại giường 20 phút bởi điều dưỡng khi nằm viện, kết hợp với 7 cuộc tư vấn qua điện thoại sau khi ra viện ở các thời điểm 1, 4, 8, 12, 16, 20 và 26 tuần) và 43% ở nhóm chúng (chỉ khuyến cai thuốc đơn thuần) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ cai thời điểm 7 ngày tại thời điểm theo dõi 6 tháng tương ứng là 81,43 và 65,75% ở nhóm can thiệp tích cực và nhóm can thiệp thông thường. Điều này có thể giải thích do sự khác nhau về thiết kế can thiệp, trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân được tư vấn trực tiếp 2 lần trong Bệnh viện với thời gian tư vấn dài hơn, tư vấn được thực hiện bởi các bác sĩ, trong khi đó tư vấn trực tiếp trong nghiên cứu này do điều dưỡng thực hiện với thời gian tư vấn ngắn hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhóm can thiệp tích cực có khả năng cai thuốc ở thời điểm theo dõi 3 tháng và 6 tháng cao hơn

nhóm can thiệp thông thường với OR,95%CI lần lượt là 3,72 (1,56 - 8,85) và 2,45 (1,08 - 5,56) khi hiệu chỉnh với các yếu tố về đặc điểm hút và cai thuốc trước đó. Khả năng cai thuốc ở nhóm can thiệp tích cực cũng cao hơn nhóm can thiệp thông thường ở thời điểm theo dõi 3 tháng khi hiệu chỉnh với cả các yếu tố nhân khẩu học và đặc điểm hút cai thuốc trước đó với OR, 95%CI là 5,98 (1,76 - 20,33). Kết quả này cũng phù hợp với 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 chứng (can thiệp thông thường) (RR 1,22; 95%CI 0,93 - 1,60]. Tuy nhiên các nghiên cứu trên bệnh nhân hô hấp chủ yếu là bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, với can thiệp rất khác nhau về cường độ nên cần có thêm nghiên cứu để đánh giá hiệu quả trên nhóm bệnh nhân này.

Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là không tính cỡ mẫu do số lượng bệnh nhân ít vì vậy chúng tôi lấy mâu thuẫn tiện là tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Tuy vậy cỡ mẫu còn nhỏ vì vậy khi phân nhóm đặc điểm chung sự khác biệt không có ý nghĩa và kết quả cai thuốc của mỗi nhóm chưa mang tính đại diện cho quần thể.

V. 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 65,75%; 65,75%; 64,38%; 46,58%.

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 81,43%; 81,43%; 81,43% và 64,29%. 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).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M.D MJG, M.D MN, John B. Schorling M.D. MPH. The natural history of smoking cessation among medical patients in a smoke - free hospital. *Subst Abuse*. 1998;19 (2):71 - 79. doi:10.1080/08897079809511376
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, doi:10,1080/14622200802023890
4. Hasdai D, Garratt KN, Grill DE, Lerman A, Holmes DR. Effect of Smoking Status on the Long - Term Outcome after Successful Percutaneous Coronary Revascularization. *N Engl J Med.* 1997;336 (11):755 - 761. doi:10,1056/NEJM199703133361103
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. doi:10,1161/01.CIR.93.1.42
6. Rigotti nhân áp, Munafo MR, Stead LF. Smoking Cessation Interventions for Hospitalized Smokers: A Systematic Review. *Arch Intern Med.* 2008;168 (18):1950, doi:10,1001/archinte.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. doi:10,1080/14017430500384855
9. Benefits of Smoking Cessation for Longevity | AJPH | Vol. 92 Issue 6. Accessed October 9, 2020, <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10,2105/AJPH.92.6.990>
10. Rigotti nhân áp, Clair C, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (5). doi:10,1002/14651858.CD001837.pub3
11. Fagerstrom K - O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989;12 (2):159 - 182. doi:10,1007/BF00846549
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. doi:10,1016/j.amepre.2008.04.009
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. doi:10,1186/s12889 - 016 - 2718 - 5
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. doi:10,1037/0278 - 6133.11.2.119
16. Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD. A Randomized Controlled Trial of Smoking Cessation Counseling after Myocardial Infarction. *Prev Med.* 2000;30 (4):261 - 268. doi:10,1006/pmed.2000,0644

Summary

EFFECTIVENESS OF SMOKING CESSATION BY FACE TO FACE COUNSELLING FOLLOWED BY TELEPHONE COUNSELLING IN HOSPITALIZED RESPIRATORY PATIENTS

No previous studies had been conducted to evaluate the effectiveness of smoking cessation interventions in hospitalized patients in Vietnam. This study was conducted to determine the tobacco cessation rate from face to face counselling in hospitalized respiratory patients and evaluate the smoking cessation effectiveness from face to face counselling in hospital following with telephone counsellings post discharge in respiratory patients. This is a randomized intervention study, parallel comparison of two groups: usual intervention and active intervention. The study subjects were current or recent smokers in remission (within the past 1 month), admitted in Respiratory Center, Bach Mai Hospital from October 2017 to October 2020, Results showed that 143 patients, 73 received the usual intervention method, 70 received the active intervention method. At 6 months follow - up, 7 - days point prevalence cessation rate, 1 months, 3 months, 6 months continuous cessation rates (reported by a family member and validated by expired CO) are 65.75%; 65.75%; 64.38%; 46.58% respectively in the usual intervention group, and 81.43%; 81.43%; 81.43%; 64.29% respectively, in the active intervention group. In conclusion, patients in the active intervention group were more likely to quit smoking at 3 and 6 month follow - up than the usual intervention group with OR, 95% CI were 3.72 (1.56 - 8.85) and 2.45 (1.08 - 5.56), respectively.

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