

HIỆU QUẢ CAI THUỐC LÁ CỦA PHƯƠNG PHÁP TƯ VẤN TRỰC TIẾP TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN HÔ HẤP NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Thị Lệ Quyên¹

Ngô Quý Châu²

Trần Xuân Bách³

¹Trung tâm Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội

³Bộ môn Kinh tế Y tế, Trường 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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ cai thuốc lá bằng phương pháp tư vấn trực tiếp khi điều trị nội trú 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 không có đối chứng.

Kết quả: 134 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 128 bệnh nhân. Tại thời điểm theo dõi 6 tháng, tỷ lệ cai thời điểm 7 ngày, tỷ lệ cai kéo dài 1 tháng, tỷ lệ cai kéo dài 3 tháng, tỷ lệ cai kéo dài 6 tháng có xác nhận của người nhà lần lượt là 53,13; 52,34; 50,78% và 48,44%. Tỷ lệ cai xác nhận bằng đo nồng độ khí CO trong hơi thở ra tại thời điểm theo dõi 6 tháng 42,97%.

Kết luận: Tư vấn cai thuốc lá trực tiếp trong thời gian điều trị nội trú bước đầu cho thấy là can thiệp cai thuốc lá có hiệu quả trên nhóm bệnh nhân nhập viện vì các bệnh lý phổi.

Từ khóa: hiệu quả cai thuốc lá, tư vấn trực tiếp, 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 gián tiếp cho đối tượng hút thuốc khi họ nhập viện điều trị có hiệu quả cai thuốc thấp. 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 các phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá trực tiếp tại các bệnh viện. Tuy nhiên hiện chưa nhiều nghiên cứu đánh giá về hiệu quả của hình thức tư vấn 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 mục tiêu: 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. 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 không có đối chứng

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 sau khi nhập viện 1 ngày và 1 lần tư vấn sâu (30 phút trở lên) do bác sỹ 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)¹¹ với sự hỗ trợ tùy thuộc vào giai đoạn trưởng thành quyết tâm cai thuốc theo Prochaska và Diclemente¹² 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 [11].

Cỡ mẫu: Lấy tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu. 134 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 128 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 số 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 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.

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.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trung thực, tuân thủ các nguyên lý và đạo đức trong nghiên cứu khoa học. Trước khi tiến hành sàng lọc đối tượng vào nghiên cứu chúng tôi giải thích rõ cho đối tượng nội dung nghiên cứu, chỉ sau khi nhận được sự chấp nhận từ đối tượng nghiên cứu chúng tôi mới tiến hành các bước của nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 134 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 128 bệnh nhân.

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố về đặc điểm nhân khẩu học, yếu tố môi trường và chẩn đoán bệnh

Biến số		N(%)
Tuổi trung bình	53 ± 12,75	
Độ tuổi (Mean ± SD)	18 – 34	13 (10,16)
	35 – 44	14 (10,94)
	45 – 54	38 (29,69)
	55 – 64	43 (33,59)
	≥ 65	20 (15,63)
Tình trạng hôn nhân	Kết hôn	119 (93,70)
	Độc thân	5 (3,94)
	Ly dị/Ly thân/ Góa	3 (2,36)
Nghề nghiệp	Thất nghiệp	1 (0,78)
	Tự do	51 (39,84)
	Cán bộ công chức	11 (8,59)
	Công nhân	16 (12,50)
	Lái xe	8 (6,25)
	Nông dân	30 (23,44)
	Nghề khác	11 (8,59)

Nơi ở	Nông thôn	88 (68,75)
	Thành thị	40 (31,25)
Có nhiều bạn hút thuốc	105 (82,03)	
Tiếp xúc khói thuốc nơi làm việc	86 (84,31)	
Cấm hút thuốc ở nơi làm việc	Có	7 (6,86)
	Không	95 (93,14)
Sống cùng nhà với người hút thuốc	Có	35 (27,34)
	Không	93 (72,66)
Người hút thuốc sống cùng nhà (N=35)	Ông/bà	1 (2,86)
	Cha/mẹ	5 (14,29)
	Anh/Chị/Em	3 (8,57)
	Con	25 (71,42)
	Bạn bè	1 (2,86)
Chẩn đoán bệnh hô hấp	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	17 (13,28)
	Ung thư phổi	28 (21,88)
	Hen phế quản	6 (4,69)
	Viêm phổi mắc phải cộng đồng	55 (42,97)
	Lao phổi – màng phổi	15 (11,72)
	Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát	7 (5,47)
Thời gian nằm viện trung bình	10.07 ± 5,36	
Thời gian điều trị nội trú	≤1 tuần	88 (68,75)
	>1 tuần	40 (31,25)

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $53 \pm 12,75$. Phần lớn đối tượng nghiên cứu đều ở lứa tuổi trung niên, đã kết hôn. Đối tượng làm nghề tự do chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là nông dân. Hầu hết đối tượng đều có trình độ học vấn từ cấp 3 trở xuống, phần lớn sống ở khu vực nông thôn. Về yếu tố môi trường, phần lớn đối tượng đều có nhiều bạn hút thuốc (82,03%) và phải tiếp xúc khói thuốc ở nơi làm việc (84,31%). 93,14% đối tượng làm việc trong

môi trường không có quy định cấm hút thuốc, và 27,34% sống cùng nhà với người hút thuốc (trong số đó chủ yếu người hút thuốc sống cùng nhà là con của bệnh nhân). Bệnh gặp nhiều nhất là viêm phổi mắc phải cộng đồng (42,79%), tiếp đến là ung thư phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, lao phổi màng phổi. Thời gian điều trị nội trú trung bình là 10,07 ngày, trong đó hai phần ba số đối tượng có thời gian điều trị nội trú dưới 1 tuần.

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

	Biến số	N(%)
Lý do hút thuốc	Hòa đồng với mọi người	123 (96,09)
	Là sở thích	12 (9,68)
	Giảm căng thẳng	5 (4,03)
	Tập trung dễ hơn	1 (0,80)
	Giữ bình tĩnh	1 (0,80)
	Tránh béo phì	1 (0,80)
	Khác	3 (2,38)
Mức độ phụ thuộc nicotine (Fagerstrom)	Nhẹ	17 (13,28)
	Trung bình	82 (64,06)
	Nặng	29 (22,66)
Tuổi bắt đầu hút thuốc đầu tiên	≤14	22 (17,19)
	15-18	57 (44,53)
	≥19	49 (38,28)
Tuổi bắt đầu hút thuốc hàng ngày	≤14	21 (16,41)
	15-18	57 (44,53)
	≥19	50 (39,06)
Số năm hút thuốc trung bình (Mean ± SD)	35,05 ± 13,02	
Số năm hút thuốc	<5 năm	2 (1,56)
	5 – 10 năm	6 (4,69)
	11 – 20 năm	8 (6,25)
	>20 năm	112 (87,50)
Số lượng thuốc hút trung bình/ngày (Mean ± SD)	18,23 ± 8,85	
Số điếu thuốc hút/ngày	1-5 điếu	6 (4,69)
	6-10 điếu	16 (12,50)
	11-19 điếu	32 (25,00)
	≥20 điếu	74 (57,81)
Loại thuốc hút	Thuốc lào	64 (50,00)
	Thuốc lá điếu	48 (37,50)
	Cả thuốc lá điếu và thuốc lào	16 (12,50)
Hút thuốc trong nhà	106 (82,81)	
Hút thuốc trong xe ô tô	4 (3,13)	
Nỗ lực cai thuốc trước đó	0 lần	78 (60,94)
	≥1 lần	50 (39,06)
Số lần cai thuốc trước đó	1,92 ± 1,52	
Phương pháp cai thuốc đã từng sử dụng	Tự cai	48 (100)
	Khác	0

Lý do hút thuốc của hầu hết đối tượng là để hoà đồng với mọi người (96,09%). Phần lớn đối tượng có mức độ phụ thuộc nicotine ở mức trung bình (64,6%) đến nặng (22,06%). Gần hai phần ba số đối tượng nghiên cứu bắt đầu hút điếu thuốc đầu tiên (61,72%) và hút thuốc hàng ngày (60,94%) từ trước 18 tuổi. Số năm hút thuốc trung bình của đối tượng là 35,05 năm. Số điếu thuốc hút trung bình mỗi ngày tương ứng là 18,23; trên 82,81% đối tượng nghiên cứu

hút trên 10 điếu thuốc mỗi ngày. Loại thuốc hút chủ yếu vẫn là thuốc lá và thuốc lá điếu công nghiệp. Phần lớn đối tượng đều có thói quen hút thuốc trong nhà (82,81%), 3,13% đối tượng hút thuốc trong xe ô tô. Hơn một phần ba đối tượng có tiền sử cai thuốc trước đó (39,06%) và tất cả đều tự cai thuốc mà chưa từng sử dụng các phương pháp hỗ trợ cai thuốc đã được chứng minh hiệu quả.

3.2. Hiệu quả cai thuốc của phương pháp tư vấn trực tiếp trên bệnh nhân mắc một số bệnh phổi điều trị nội trú

Bảng 3.3: Tỷ lệ cai thuốc lá sau khi ra viện tại các thời điểm theo dõi (N=128)

Tỷ lệ cai thuốc lá		N (%)
1 tháng sau khi ra viện	Cai thời điểm 7 ngày	82 (64,57)
	Cai kéo dài 1 tháng	77 (60,63)
3 tháng sau khi ra viện	Cai thời điểm 7 ngày	73 (57,48)
	Cai kéo dài 1 tháng	70 (55,12)
	Cai kéo dài 3 tháng	67 (52,76)
6 tháng sau khi ra viện	Cai kéo dài 7 ngày	68 (53,13)
	Cai kéo dài 1 tháng	67 (52,34)
	Cai kéo dài 3 tháng	65 (50,78)
	Cai kéo dài 6 tháng	62 (48,44)
	Xác nhận đã cai thuốc với nồng độ CO <10ppm	55 (42,97)

Tại thời điểm 6 tháng, tỷ lệ cai thuốc lá thời điểm 7 ngày, cai thuốc liên tục 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng (có xác nhận của một người thân của bệnh nhân) tương ứng

là 53,13; 52,34; 50,78 và 48,44%. Tỷ lệ cai thuốc lá ở thời điểm 6 tháng có xác nhận bằng đo nồng độ CO hơi thở ra là 42,97%.

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. Tổng số 134 bệnh nhân, loại trừ 6 bệnh nhân (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 128 bệnh nhân. Kết quả cho thấy, tại thời điểm 6 tháng, tỷ lệ cai thuốc lá thời điểm 7 ngày, cai thuốc liên tục 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng (có xác nhận của một người thân của bệnh nhân) tương ứng là 53,13; 52,34; 50,78 và 48,44%. Tỷ lệ cai thuốc lá ở thời điểm 6 tháng có xác nhận bằng đo nồng độ CO hơi thở ra là 42,97%. Tỷ lệ cai thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao, 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 bác sĩ điều trị và bác sĩ phòng tư vấn cai thuốc lá giúp khả năng cai thuốc thành công cao.

Nghiên cứu của Chen và cs (2013) [13] trên 85 bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm: 42 bệnh nhân nhóm can thiệp (nhận tư vấn sâu 1 lần, tài liệu hỗ trợ tự cai và 9 cuộc tư vấn qua điện thoại sau khi về nhà ở các thời điểm 1,2,3,4,6,8 tuần và 3 tháng; 43 bệnh nhân nhóm chứng chỉ nhận tư vấn ngắn cai thuốc khi ở bệnh viện. Kết quả ở thời điểm theo dõi 6 tháng, tỷ lệ cai thuốc lá kéo dài có xác nhận bằng đo nồng độ CO hơi thở ra ở nhóm chứng (chỉ nhận tư vấn ngắn cai thuốc) là 18,6%. Trong nghiên cứu khác của Pederson và cs (1991) [14] cũng trên bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (n=74) được phân ngẫu nhiên thành 2 nhóm: can thiệp và đối chứng, nhóm đối chứng chỉ nhận lời khuyên cai thuốc lá khi điều trị nội trú. Tỷ lệ cai thuốc lá tự báo cáo có xác nhận bằng đo nồng độ CO huyết thanh ở thời điểm theo dõi 6 tháng của nhóm đối chứng là 21,4%.

Tỷ lệ cai này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể là do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, ngoài tư vấn ngắn 1 lần bởi bác sĩ điều trị còn nhận thêm 1 lần tư vấn sâu bởi bác sĩ của phòng tư vấn trong vòng 1 tuần sau lần tư vấn ngắn.

Trên nhóm bệnh nhân hút thuốc nhập viện nói chung (chẩn đoán bệnh khác nhau), nghiên cứu của de Azevedo và cs (2010) [15] trên 237 bệnh nhân, được phân ngẫu nhiên vào 3 nhóm, trong đó nhóm can thiệp cường độ thấp nhận 15 phút tư vấn về lợi ích của cai thuốc. Kết quả, tỷ lệ cai thuốc lá thời điểm 7 ngày do bệnh nhân tự báo cáo đánh giá ở thời điểm 6 tháng sau khi ra viện là 41,7%, tương đương với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi.

Đối với nhóm bệnh nhân tim mạch, nghiên cứu của Feeney và cs (2001) [16] trên 198 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, các bệnh nhân được phân ngẫu nhiên thành hai nhóm: can thiệp và đối chứng, trong đó nhóm đối chứng chỉ nhận tư vấn cai thuốc lá ngắn từ bác sĩ kết hợp với tư vấn sâu bởi điều dưỡng (không rõ thời gian tư vấn) khi điều trị nội trú tại bệnh viện. Kết quả tỷ lệ cai kéo dài 12 tháng có xác nhận bằng nồng độ cotinine nước tiểu ở nhóm chứng là 2%. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này có lẽ do tư vấn sâu được thực hiện bởi điều dưỡng, khác với trong nghiên cứu của chúng tôi là bác sĩ, đây là tỷ lệ cai kéo dài 12 tháng nên cũng thấp hơn tỷ lệ cai theo dõi 6 tháng. Ngoài ra đối tượng nghiên cứu ở đây là bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, sau khi được can thiệp điều trị có thể triệu chứng cải thiện nhanh hơn hoặc bệnh nhân khỏi hoàn toàn nên quyết tâm cai thuốc theo thời gian có thể sẽ bị giảm xuống còn trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng

nguyên cứu là bệnh hô hấp, trong đó có nhiều bệnh triệu chứng dai dẳng mạn tính như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư phổi, hen phế quản, lao phổi vì vậy mà việc duy trì quyết tâm cai thuốc của bệnh nhân có thể cao hơn. Một nghiên cứu khác của J Ockene và cs (1992) [17], 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 chỉ nhận tư vấn ngắn khuyến cai thuốc. Đây là một tỷ lệ cai thuốc cao, tuy nhiên vẫn thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi (42,97%), điều này cũng có thể giải thích là do tần suất và cường độ can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của các tác giả (bệnh nhân chỉ nhận khuyến cai thuốc 1 lần khi nằm viện). Hơn nữa, đây là can thiệp trên nhóm bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, có thể có những đặc điểm khác so với nhóm bệnh nhân hô hấp.

Một phân tích gộp các nghiên cứu [10] về hiệu quả của các can thiệp cai thuốc lá trên nhóm bệnh nhân nhập viện cho thấy các can thiệp cai thuốc lá ngắn cường độ I (1 lần tư vấn dưới 15 phút trong thời gian nằm viện và không có hỗ trợ theo dõi sau khi ra viện) và cường độ II (1 hoặc nhiều lần tư vấn trên 15 phút trong thời gian nằm viện và không có hỗ trợ theo dõi sau khi ra viện) không hiệu quả hơn chăm sóc thông thường (chỉ khuyến cai thuốc) với (RR 1,14, 95%CI 0,82-1,59) và (RR 1,10, 95%CI 0,96-1,25) tương ứng. Tuy nhiên số lượng nghiên

cứu đưa vào phân tích còn ít (cường độ I chỉ có 1 nghiên cứu, cường độ II có 9 nghiên cứu), đối tượng bệnh nhân trong các nghiên cứu có chẩn đoán khác nhau, cỡ mẫu còn nhỏ, tư vấn viên cũng với trình độ hiểu biết rất khác nhau về bệnh học, chẩn đoán và điều trị cai nghiện thuốc lá (điều dưỡng, bác sỹ, tư vấn viên), cường độ can thiệp trong các nghiên cứu cũng không đồng nhất, các nghiên cứu đều trong khoảng thời gian trước năm 2010. Vì vậy cần có thêm những nghiên cứu để đánh giá chi phí- hiệu quả của các hình thức can thiệp cai thuốc lá trong bệnh viện.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy phương pháp tư vấn cai thuốc lá trực tiếp kết hợp tư vấn ngắn và tư vấn sâu có hiệu quả cai thuốc lá trên đối tượng bệnh nhân mắc bệnh lý hô hấp cần nhập viện, góp phần đánh giá hiệu quả của các can thiệp điều trị cai nghiện thuốc lá triển khai tại Việt Nam. Hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu còn nhỏ và không có nhóm đối chứng (so sánh với can thiệp tư vấn ngắn cai 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 (có xác nhận của một người thân của bệnh nhân) 53,13; 52,34; 50,78 và 48,44%. Tỷ lệ cai thuốc lá ở thời điểm 6 tháng có xác nhận bằng đo nồng độ CO hơi thở ra là 42,97%.

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 NA, 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 NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(5). doi:10.1002/14651858.CD001837.pub3
11. 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
12. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med*. 1991;12(4):727-735.
13. Chen J, Chen Y, Chen P, Liu Z, Luo H, Cai S. Effectiveness of individual counseling for smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease and asymptomatic smokers. *Exp Ther Med*. 2014;7(3):716-720.
14. Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *Int J Addict*. 1991;26(1):107-119.
15. de Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, da Silva VF, Botega NJ. General hospital admission as an opportunity for smoking-cessation strategies: a clinical trial in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(6):599-606.
16. Feeney GF, McPherson A, Connor JP, McAlister A, Young RM, Garrahy P. Randomized controlled trial of two cigarette quit programmes in coronary care

patients after acute myocardial infarction.
Intern Med J. 2001;31(8):470-475.

The Coronary Artery Smoking Intervention
Study. Health Psychol. 1992;11(2):119-126.
doi:10.1037/0278-6133.11.2.119

17. Ockene J, Kristeller JL, Goldberg R, et al.
Smoking cessation and severity of disease:

ABSTRACT

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

Objectives: To determine the tobacco quit rate of face to face counselling in hospitalized respiratory patients.

Material and Method: Current or recent quit smoker (in the past 1 month) patients, admitted in Respiratory Center – Bach Mai Hospital from October 2017 to October 2020; an interventional study, no control group..

Results: 134 patients, excluded 6 patients (4 patients for dying and 2 patients for using NRT during study time). 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) are 53.13; 52.34; 50.78% and 48.44%, respectively. The exhaled CO validated quit rate at 6 month follow-up is 42.79%..

Conclusion: Face to face smoking cessation interventions during inpatient treatment has initially shown effective outcomes in patients hospitalized for respiratory diseases.

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