

BỘ Y TẾ

TÀI LIỆU
HƯỚNG DẪN TỔ CHỨC TƯ VẤN ĐIỀU TRỊ
CAI NGHIỆN THUỐC LÁ TẠI VIỆT NAM

Hà Nội, năm 2018

Chủ biên:

GS.TS. Đặng Vạn Phước

PGS. TS. Lương Ngọc Khuê

Ban biên soạn:

PGS.TS Lê Thị Tuyết Lan

PGS.TS Trần Văn Ngọc

TS. Nguyễn Thị Tố Như

TS. Lê Khắc Bảo

ThS. Phan Thị Hải

MỤC LỤC

MỤC LỤC	iii
DANH MỤC CÁC BẢNG – SƠ ĐỒ – HÌNH VẼ	iv
LỜI NÓI ĐẦU	v
CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN VÀ PHƯƠNG PHÁP	1
1. Tổng quan về nghiện và cai nghiện thuốc lá tại Việt Nam	1
2. Phương pháp biên soạn hướng dẫn	5
3. Định nghĩa – Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá – cai thuốc lá	6
4. Cơ chế nghiện thuốc lá và cơ chế cai nghiện thuốc lá	9
5. Sơ đồ tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá	15
CHƯƠNG 2: ĐÁNH GIÁ NGHIỆN THUỐC LÁ	16
1. Đánh giá ban đầu	16
2. Đánh giá chuyên sâu	17
A. Đánh giá chuyên sâu quyết tâm cai nghiện thuốc lá	17
B. Đánh giá chuyên sâu mức độ nặng nghiện thực thể	22
C. Đánh giá cơ địa tâm thần kinh của người nghiện thuốc lá	25
CHƯƠNG 3: TƯ VẤN CÀI NGHIỆN THUỐC LÁ	27
1. Cơ sở khoa học của tư vấn cai nghiện thuốc lá	27
2. Tư vấn ngắn cai nghiện thuốc lá	33
3. Tư vấn chuyên sâu	38
A. Tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai thuốc lá	38
B. Tư vấn chuyên sâu tiến hành cai nghiện thuốc lá	44
C. Tư vấn chuyên sâu cai nghiện thuốc lá cho đối tượng đặc biệt	48
CHƯƠNG 4: ĐIỀU TRỊ CÀI NGHIỆN THUỐC LÁ	54
1. Cơ sở khoa học của thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá	54
2. Chỉ định và chống chỉ định thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá	57
3. Sử dụng thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá	59
A. Nicotine thay thế loại viên nhai	59
B. Nicotine thay thế loại băng dán	60
C. Bupropion	61
D. Varenicline	62
E. Kết hợp thuốc	62

CHƯƠNG 5: TRIỂN KHAI TƯ VẤN ĐIỀU TRỊ CAI NGHIỆN THUỐC LÁ	64
TÀI LIỆU THAM KHẢO	67

DANH MỤC CÁC BẢNG BIỂU

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá theo DSM IV	7
Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng cai nghiện thuốc lá theo DSM IV	8
Bảng 3: Bảng câu hỏi Q Mat đánh giá quyết tâm cai nghiện thuốc lá	17
Bảng 4: Thang tương ứng thị giác đánh giá quyết tâm cai nghiện thuốc lá	18
Bảng 5: Biến thiên các yếu tố ảnh hưởng quyết tâm cai nghiện thuốc lá.....	21
Bảng 6: Câu hỏi Fagerstrom đầy đủ	23
Bảng 7: Câu hỏi Fagerstrom thu gọn	23
Bảng 8: Nồng độ CO hơi thở ra tiên đoán cách hút thuốc lá.....	24
Bảng 9: Câu hỏi trầm cảm lo âu tại bệnh viện (HAD)	25
Bảng 10: Yếu tố chủ đạo ở từng giai đoạn chuyển đổi hành vi hút thuốc lá.....	32
Bảng 11: Yêu cầu lời khuyên cai thuốc lá trong tư vấn ngắn cai thuốc lá	35
Bảng 12: Sắp xếp hỗ trợ trong tư vấn ngắn cai nghiện thuốc lá.....	37
Bảng 13: Tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai nghiện thuốc lá 5R.....	40
Bảng 14: Kỹ năng mềm trong tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai nghiện thuốc lá	42
Bảng 15: Tư vấn chuyên sâu tiến hành cai nghiện thuốc lá	46

DANH MỤC CÁC SƠ ĐỒ/HÌNH VẼ

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 1: Cơ chế thần kinh sinh học và thần kinh tâm lý nghiện thuốc lá.....	14
Sơ đồ 2: Quy trình tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tại các tuyến cơ sở y tế.....	15
Sơ đồ 3: Đánh giá ban đầu nghiện thuốc lá tại cơ sở y tế.....	16
Sơ đồ 4: Đánh giá chuyên sâu quyết tâm cai nghiện thuốc lá	22
Sơ đồ 5: Đánh giá mức độ nặng nghiện thuốc lá thực thể	25
Sơ đồ 6: Chu trình chuyển đổi hành vi hút thuốc lá Proschaska	28
Sơ đồ 7: Quy trình tư vấn ngăn cai nghiện thuốc lá tại các tuyến cơ sở y tế.....	34

DANH MỤC HÌNH VẼ

Hình 1: Thụ thể nicotine	10
Hình 2: Kích thích thụ thể nicotine	10
Hình 3: Phóng thích hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh.	11
Hình 4: Các yếu tố ảnh hưởng quyết tâm cai nghiện thuốc lá.....	19

LỜI NÓI ĐẦU

Hút thuốc lá là một trong những vấn đề y tế công cộng hàng đầu tại Việt Nam. Theo Tổ chức y tế thế giới, Việt Nam là 1 trong 15 nước hút thuốc lá nhiều nhất thế giới với tỷ lệ hút thuốc lá trên người trưởng thành trên 15 tuổi là 45.3% ở nam và 1,1% ở nữ (GATS, 2015). Hút thuốc lá là nguyên nhân gây nên gánh nặng bệnh tật với khoảng 50% người hút thuốc lá sẽ tử vong sớm do các bệnh liên quan đến thuốc lá, và tuổi thọ trung bình của người hút thuốc giảm khoảng 15 năm so với người không hút thuốc lá. Bên cạnh đó, hút thuốc lá cũng gây nên những gánh nặng về kinh tế và xã hội, đặc biệt là các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Năm 2015, người dân Việt Nam chi 31.000 tỷ đồng để mua thuốc lá và chi phí điều trị và tổn thất do mất khả năng lao động vì ốm đau và tử vong sớm cho 5 nhóm bệnh trong 25 bệnh do sử dụng thuốc lá gây ra là hơn 23.000 tỷ đồng/năm.

Nhằm hạn chế việc sử dụng thuốc lá và giảm nhẹ gánh nặng bệnh tật, kinh tế và xã hội, một trong những phương pháp được chứng minh có hiệu quả là cai nghiện thuốc lá trong đó tỷ lệ tử vong trên người hút thuốc lá sẽ giảm dần về mức của người không hút thuốc lá, tỷ lệ thuận với khoảng thời gian cai thuốc lá. Cai nghiện thuốc lá càng sớm thì lợi ích đạt được về sức khỏe càng cao, tuy nhiên cai nghiện thuốc lá vào bất kỳ thời điểm nào cũng không bao giờ được xem là muộn.

Nghiện thuốc lá không chỉ là một thói quen mà có bản chất là bệnh tâm thần. Theo phân loại bệnh tật quốc tế (ICD) của Tổ chức Y tế thế giới, nghiện nicotine trong thuốc lá là bệnh tâm thần với mã số bệnh tật F.17, phân loại chung nhóm với nghiện rượu, ma túy, các chất hướng thần khác; và không xa bệnh tâm thần phân liệt, rối loạn dạng tâm thần phân liệt và các rối loạn khí sắc. Do đó, cai nghiện thuốc lá không dễ dàng với tỷ lệ thành công của tự cai nghiện thuốc lá thấp, thậm chí tỷ lệ thành công của tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá ngay lần đầu cũng không cao. Bởi vậy, nghiện thuốc lá cần phải được chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa theo đúng qui trình dành cho một bệnh tật đúng nghĩa chứ không chỉ là thay đổi một thói quen thông thường.

Để hỗ trợ người hút thuốc lá cai nghiện, trên thế giới hiện đã có các hướng dẫn điều trị cai nghiện thuốc lá bao gồm các khuyến cáo cụ thể về biện pháp tư vấn cai thuốc lá có kết hợp hay không kết hợp với thuốc điều trị cai thuốc lá. Các biện pháp điều trị này đã được chứng minh về mặt khoa học là an toàn và hiệu quả trong cai

nghiện thuốc lá và cần được phổ biến rộng trong cộng đồng. Tại Việt Nam, nhu cầu được tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá ngày càng cao với 53,6% những người hút thuốc muốn bỏ thuốc lá và 39,6% đã có nỗ lực bỏ thuốc lá trong 12 tháng qua (GATS, 2015). Hiện nay, Chương trình tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá đã được triển khai thí điểm tại Việt Nam, tuy nhiên chưa có tài liệu hướng dẫn cập nhật cho các cán bộ y tế về tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới.

Hướng dẫn được biên soạn nhằm mục đích cung cấp cho **cán bộ y tế** tại Việt Nam từ tuyến **quận huyện trở lên** các hướng dẫn thực hành tổ chức tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá có tính chất pháp lý; cung cấp cho các **tổ chức cơ sở y tế, tổ chức quản lý y tế, tổ chức bảo hiểm y tế** một cơ sở pháp lý làm căn cứ xây dựng kế hoạch tham gia tích cực vào hoạt động phòng chống tác hại thuốc lá nói chung và hoạt động tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá nói riêng tại Việt Nam. Hướng dẫn được xây dựng trên cơ sở tham khảo các hướng dẫn tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá trên thế giới và điều chỉnh phù hợp với tình hình thực tế của người hút thuốc lá và kinh nghiệm điều trị của cán bộ y tế tại Việt Nam.

Các tài liệu đi kèm hướng dẫn này bao gồm: (1) sổ tay tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá dùng cho tư vấn ban đầu tại các cơ sở y tế; (2) cẩm nang các câu hỏi và giải đáp thường gặp trong tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá; (3) đĩa CD tuyển tập các bài giảng powerpoint dùng trong tập huấn nâng cao năng lực cán bộ y tế về tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá và các bài nói chuyện với bệnh nhân và cộng đồng chung về tác hại thuốc lá và cai nghiện thuốc lá.

CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Tổng quan về nghiện và cai nghiện thuốc lá tại Việt Nam:

Nghiện thuốc lá là một trong những vấn đề y tế công cộng hàng đầu tại Việt nam với những tác động không chỉ đến sức khỏe của người hút thuốc lá và hút thuốc thụ động mà còn ảnh hưởng đến kinh tế và xã hội của quốc gia. Nhu cầu được hỗ trợ cai nghiện thuốc lá từ cộng đồng là rất cao trong khi các biện pháp cai nghiện thuốc lá do Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo đã được chứng minh an toàn, hiệu quả, khả thi trong việc giảm nhẹ gánh nặng y tế, kinh tế - xã hội do hút thuốc lá.

Nghiện thuốc lá là một vấn đề y tế công cộng hàng đầu tại Việt nam

Điều tra toàn cầu năm 2015 (GATS) của Tổ chức Y tế Thế giới về tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành trên 15 tuổi cho thấy Việt Nam là một trong 15 nước có số người hút thuốc cao nhất trên thế giới [1]. Tỷ lệ người trưởng thành trên 15 tuổi hút thuốc là 45,3% ở nam giới và 1,1 % ở nữ là [1]. Riêng đối với nhóm tuổi từ 20-34 tuổi thì tuổi trung bình bắt đầu hút thuốc hàng ngày là gần 19 tuổi[1]. Tỷ lệ hút thuốc lá thụ động tại gia đình là 53,5% và 36,8% người không hút thuốc bị phơi nhiễm với khói thuốc lá tại nơi làm việc [1].

Theo tổ chức Y tế Thế giới, 50% người hút thuốc lá sẽ chết sớm vì các bệnh liên quan đến thuốc lá với tuổi thọ trung bình giảm khoảng 15 năm so với người không hút thuốc lá [3]. Số người tử vong hàng năm liên quan đến thuốc lá hiện tại là 6 triệu [4], sẽ tăng lên đến 7 triệu năm 2020 và 8 triệu năm 2030 nếu tỷ lệ hút thuốc lá không giảm [5]. Hút thuốc lá là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến các bệnh ung thư (phế quản, khoang miệng, vòm họng, thực quản, bàng quang, tụy...); bệnh tim mạch (nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, viêm tắc động mạch chi dưới...); bệnh hô hấp (viêm nhiễm đường hô hấp, hen suyễn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) [3]. Tần suất bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Việt Nam năm 2001, ước đoán dựa trên tần suất hút thuốc lá tại Việt Nam, là 6,7% - cao nhất trong số 12 quốc gia trong khu vực châu Á Thái Bình Dương [6]. Nguy cơ ung thư phế quản tăng 20 – 30% và bệnh mạch vành tăng 25 – 30% trên người hút thuốc lá thụ động [3]. Hút thuốc thụ động thúc đẩy đợt cấp của hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, làm nặng thêm bệnh lý tim mạch, là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây nhiễm trùng hô hấp và bệnh tai mũi họng ở trẻ nhỏ [3]. Hút thuốc lá

trong thai kỳ làm thai chậm tăng trưởng trong tử cung, mẹ hút thuốc lá sau sinh là nguyên nhân hàng đầu gây đột tử ở trẻ sơ sinh [3].

Tổ chức Y tế Thế giới ước tính thiệt hại kinh tế trên toàn thế giới hàng năm do hút thuốc lá khoảng 500 tỷ đô la Mỹ [4]. Năm 2015, người Việt Nam chi 31 nghìn tỷ đồng mua thuốc lá hút [1]. Năm 2011, chi phí điều trị và tổn thất do mất khả năng lao động vì tử vong sớm cho 5 bệnh ung thư phổi, ung thư đường tiêu hóa và hô hấp trên, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, nhồi máu cơ tim, đột quy do hút thuốc lá tại Việt Nam là hơn 23 nghìn tỷ đồng [7].

Cai nghiện thuốc lá có hiệu quả giảm nhẹ gánh nặng y tế - xã hội do hút thuốc lá

Tỷ lệ tử vong của người cai thuốc lá giảm về mức của người không hút thuốc lá tương ứng thời điểm cai thuốc lá: tuổi thọ sẽ tăng thêm 3, 6, 9 hoặc 10 năm nếu người hút thuốc lá cai thuốc lá từ năm 60, 50, 40 hay 30 tuổi [8]. Cai thuốc lá giảm rõ nguy cơ mắc bệnh liên quan thuốc lá: nguy cơ ung thư phế quản giảm 50% - 90% sau 15 năm, nguy cơ ung thư hầu họng và đường tiêu hóa trở về mức bình thường sau 10 năm, nguy cơ tai biến mạch máu não trở về mức bình thường sau 1 năm, nguy cơ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giảm 50% sau 15 năm cai thuốc lá [9]. Đối với người hút thuốc lá đã mắc các bệnh liên quan đến thuốc lá, cai thuốc lá giúp làm chậm diễn tiến của bệnh: nguy cơ tái phát nhồi máu cơ tim và đột tử sau nhồi máu cơ tim sẽ giảm 50% sau 1 năm, trở về mức bình thường sau 5 năm, tốc độ sụt giảm chức năng phổi trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính về bình thường ngay khi cai thuốc lá [10]. Cai thuốc lá giúp tăng hiệu quả thuốc điều trị: cai thuốc lá giúp phục hồi tính nhạy cảm với corticoid hít trong hen, tăng hiệu quả của điều trị kháng giáp tổng hợp trong cường giáp [10]. Cai thuốc lá càng sớm thì hiệu quả về mặt sức khỏe càng cao, dù cai thuốc lá ở tuổi 70 – 80 vẫn mang lại lợi ích cho sức khỏe rõ ràng [10].

Các biện pháp tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá do WHO khuyến cáo gồm tư vấn điều trị nhận thức hành vi và điều trị bằng thuốc có hiệu quả trong cai thuốc lá trên thế giới (**Chứng cứ A**) [3]. Phân tích gộp các thử nghiệm ngẫu nhiên mù đôi có đối chứng cho thấy: biện pháp không dùng thuốc – tư vấn điều trị nhận thức hành vi cho tỷ lệ cai thuốc lá 21,7%; các biện pháp dùng thuốc – nicotine băng dán, bupropion, vareniciline cho tỷ lệ cai thuốc lá lần lượt là 23,4% (OR = 1,9), 24,2% (OR = 2) và 33,2% (OR = 3,1) cao hơn giả dược [3]. Tỷ lệ cai thuốc lá sẽ tăng khi kết hợp với các biện pháp tư

vấn điều trị, tỷ lệ cai thuốc lá của tư vấn kết hợp với thuốc tăng 1,7 lần so với tư vấn đơn thuần (OR = 1,3 – 2,1), kết hợp nicotine băng dán và bupropion cho tỷ lệ cai thuốc lá lên đến 28,9% (23,5 – 35,1%) sau 6 tháng [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu năm 2005 tại bệnh viện Đại học Y dược TPHCM cho thấy tư vấn kết hợp bupropion cho tỷ lệ cai thuốc lá thành công sau 9 tuần là 60% [12], tỷ lệ cai thuốc lá thành công sau 12 tháng là 20% cho tư vấn điều trị nhận thức hành vi đơn thuần, 33% cho tư vấn kết hợp nicotine thay thế, và 29% cho tư vấn kết hợp bupropion [13].

Lợi ích về mặt y tế cũng được thể hiện gián tiếp qua lợi ích về mặt kinh tế. Giá phải trả cho một năm sống thêm có chất lượng (QALY: Quality Adjusted Life Year) dao động từ 128 đến 1450 đô la Mỹ, con số này đã được chứng minh có hiệu quả về lâm sàng lẫn kinh tế (lợi ích – chi phí) đối với các cơ quan cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu [14].

Các biện pháp tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá chưa được cập nhật và triển khai đúng mức cho nhân viên y tế tại Việt Nam

Nhu cầu được hỗ trợ cai thuốc lá trong cộng đồng rất cao với tỷ lệ 70% người đang hút thuốc lá cho biết có ý muốn cai thuốc lá và hàng năm 40% số người hút thuốc lá cai thuốc lá ít nhất 1 ngày [10]. Ngoài ra, cơ hội can thiệp hỗ trợ cai thuốc lá từ nhân viên y tế cũng rất cao vì ít nhất 70% người hút thuốc lá có khám sức khỏe hàng năm [3]. Nhiều nghiên cứu cho thấy lời khuyên cai thuốc lá từ nhân viên y tế được xem là động lực quan trọng giúp người nghiện thuốc lá thử cai thuốc lá [3].

Tại Việt Nam, điều tra toàn cầu năm 2015 (GATS) cho thấy có 53,6% người đang hút thuốc có kế hoạch hoặc có ý định bỏ thuốc trong tương lai. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự. Khảo sát năm 2006 tại 5 tỉnh thành phố Việt Nam cho kết quả có 75% học sinh đang hút thuốc lá trong độ tuổi 13 – 15 muốn cai thuốc lá [15]. Tỷ lệ người hút thuốc lá tại quận Ngũ Hành Sơn – Đà Nẵng muốn cai thuốc lá là 77% [16]. Và có 87% bệnh nhân COPD đến khám bệnh tại bệnh viện Đại học Y dược TPHCM có mong muốn cai thuốc lá [17].

Mặc dù vậy, các biện pháp tư vấn điều trị cai thuốc lá do WHO khuyến cáo chưa được triển khai rộng rãi. Dịch vụ tư vấn cai nghiện thuốc lá hoàn chỉnh chỉ hiện diện ở 9 quốc gia, đáp ứng nhu cầu 5% dân số toàn thế giới [15]. Tại Việt Nam, trong số người hút thuốc lá khi đi khám bệnh, 45,6% được cán bộ y tế hỏi về tình trạng hút thuốc lá, 40,5% được cán bộ y tế khuyên cai thuốc lá, chỉ 3% được tư vấn cai thuốc lá

và 0,4% được kê thuốc cai thuốc lá [1]. Tỷ lệ thấp người hút thuốc lá được cung cấp dịch vụ tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá có thể được giải thích thông qua tỷ lệ thấp cán bộ y tế được tập huấn về công tác tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá. Nghiên cứu tại TPHCM cho thấy tỷ lệ biết các biện pháp tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá do WHO khuyến cáo là 11% trong số 345 sinh viên y khoa năm thứ ba của Đại học Y dược TPHCM năm 2006 [19] và 10% trong số 626 nhân viên y tế của bệnh viện Nguyễn Tri Phương TPHCM năm 2008 [20]. Vì thế, chỉ 17,3% nhân viên y tế tự tin có khả năng hỗ trợ người hút thuốc lá cai thuốc lá, 31,6% luôn đưa ra lời khuyên cai thuốc lá nhưng chỉ 16,3% bác sỹ thực sự tư vấn biện pháp cai thuốc lá cho người hút thuốc lá tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương TPHCM [20]. Tại khoa hô hấp bệnh viện Chợ Rẫy TPHCM, 4% người hút thuốc lá được bác sỹ hướng dẫn cụ thể cách cai thuốc lá [21]. Nghiên cứu tại Hà Nội năm 2004 cho thấy 89,9% trong số 539 nhân viên y tế tại bệnh viện Bạch Mai cho biết cán bộ y tế cần được đào tạo cụ thể về phương pháp cai nghiện thuốc lá [22].

Năm 2015 - 2016, Bộ Y tế đã hỗ trợ thành lập Tổng đài tư vấn cai nghiện thuốc lá tại Bệnh viện Bạch Mai và phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá tại 9 Bệnh viện trên cả nước để triển khai công tác hỗ trợ cai nghiện và tư vấn cai nghiện thuốc lá cho người hút thuốc. Các hoạt động hỗ trợ nâng cao năng lực cho các cán bộ y tế về tư vấn cai nghiện thuốc lá đã được tổ chức trong đó có 105 giảng viên nguồn và 437 cán bộ y tế trên 63 tỉnh, thành phố đã được tập huấn. Tính đến tháng 3/2017, tổng đài tư vấn hỗ trợ cai nghiện thuốc lá miễn phí (1800-6606) đã trả lời 7.128 cuộc gọi, tư vấn cai nghiện thuốc lá cho 4.462 khách hàng qua điện thoại, thực hiện gọi lại cho khách hàng được 520 cuộc để kiểm tra quá trình cai thuốc. Tư vấn trực tiếp cho 193 ca tới Phòng tư vấn và 187 ca là bệnh nhân tại Trung tâm hô hấp

Khảo sát hiệu quả hoạt động năm 2016 tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy, trong số 1.648 người được gọi, có 469 người trả lời (28,4%), tỷ lệ bỏ thuốc tại thời điểm phỏng vấn là 8,9% (31,3% trên 469 người). Tại Bệnh viện Phổi trung ương, Báo cáo khảo sát kết quả tư vấn cai nghiện thuốc lá năm 2016 cho thấy 69% người đến cai nghiện thuốc lá là lao động phổ thông trong đó viên chức văn phòng chỉ chiếm 16%, đa số họ đã có các bệnh đi kèm, điều này cho thấy công tác tư vấn cai nghiện thuốc lá hiện tại chưa vươn đến được đa số bộ phận người hút thuốc lá còn “khỏe mạnh” ngoài cộng đồng, đa số người cai thuốc lá có quyết tâm cao nhưng tỷ lệ cai thuốc lá trong thời gian 3

tháng còn thấp cho thấy nhu cầu được hỗ trợ tiếp tục, lâu dài là rất lớn. Nhìn chung, số người tìm đến các đơn vị này để được tư vấn, điều trị vẫn còn thấp do sự nhận biết của cộng đồng còn hạn chế, kinh nghiệm và kỹ năng tư vấn của nhân viên y tế chưa đồng bộ, thiếu thốn các thuốc thiết yếu dùng trong điều trị cai thuốc lá.

2. Phương pháp biên soạn hướng dẫn:

Hướng dẫn tổ chức tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tại Việt Nam được biên soạn đưa ra các khuyến cáo đảm bảo tính khoa học và khả thi, phù hợp với các chứng cứ khoa học hiện tại và tình hình cụ thể tại Việt Nam. Ba cơ sở được dùng để biên soạn hướng dẫn bao gồm: các tài liệu y khoa kinh điển về nghiện và cai nghiện thuốc lá, các hướng dẫn quốc gia dựa trên chứng cứ về tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá của các nước trên thế giới, kinh nghiệm triển khai tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tại Việt nam.

Tài liệu y khoa kinh điển về nghiện và cai nghiện thuốc lá

Các tài liệu y khoa kinh điển về nghiện và cai nghiện thuốc lá cung cấp kiến thức tổng quát về nghiện và cai nghiện thuốc lá bao gồm: thành phần các chất trong khói thuốc lá và cơ chế gây hại lên sức khỏe; cơ chế gây nghiện; chẩn đoán nghiện thuốc lá: tiêu chí chẩn đoán nghiện, đánh giá mức độ nghiện, mức độ quyết tâm muốn cai thuốc lá; tư vấn điều trị cai thuốc lá: cơ chế tác dụng của các biện pháp tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá, chỉ định và chống chỉ định, cách dùng thuốc [8][9][10][23].

Hướng dẫn quốc gia tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá của các nước trên thế giới

Các tài liệu được chọn tham khảo và đưa vào hướng dẫn này là các hướng dẫn quốc gia được biên soạn dựa trên y học chứng cứ nhằm đảm bảo tính khoa học của các khuyến cáo; các hướng dẫn của các quốc gia có đặc điểm phát triển văn hóa - kinh tế - xã hội tương tự Việt Nam nhằm lựa chọn các khuyến cáo có tính khả thi trong điều kiện thực tế của Việt Nam. Đáp ứng được tiêu chí này, các tài liệu đã được tham khảo và đưa vào tài liệu này gồm hướng dẫn của các quốc gia Hoa Kỳ [3], Brazil [24], Pháp [25], Scotland [26], Úc [27], New Zealand [28], Singapore [29], Malaysia [30].

Kinh nghiệm triển khai tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tại Việt nam

Các kinh nghiệm bước đầu triển khai tư vấn, điều trị cai nghiện thuốc lá tại Việt Nam được lựa chọn đưa vào tài liệu này với mục tiêu làm cho các khuyến cáo đưa ra sát với thực tế. Các kinh nghiệm này, dù còn ít và áp dụng trên phạm vi nhỏ nhưng

cũng phần nào minh họa cho việc triển khai các hướng dẫn trên thế giới vào hoàn cảnh cụ thể Việt Nam. Các kinh nghiệm được đưa vào bao gồm tình hình hút thuốc lá của bệnh nhân đến tư vấn cai thuốc lá tại các cơ sở y tế [17][18][21][31], kinh nghiệm xây dựng đơn vị tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá [13]; kinh nghiệm truyền thông nâng cao nhận thức cộng đồng về tác hại thuốc lá [18], hiệu quả các biện pháp tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá đã được áp dụng trên lâm sàng tại Việt Nam [12][13].

3. Định nghĩa – Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá – cai thuốc lá:

Định nghĩa nghiện thuốc lá

Nghiện thuốc lá là một trạng thái tâm thần – thể chất xuất hiện do tương tác giữa cơ thể với nicotine có trong thuốc lá, được biểu hiện bằng sự thôi thúc phải hút thuốc lá liên tục và đều đặn để đạt được cảm giác dễ chịu khi hút thuốc lá đồng thời tránh cảm giác khó chịu khi thiếu thuốc lá, hành vi hút thuốc lá tiếp tục duy trì ngay cả khi người nghiện biết rõ hay thậm chí là bị các tác hại do thuốc lá gây ra [23].

Nghiện tâm lý, nghiện hành vi và nghiện thực thể là ba thành phần cấu thành nên nghiện thuốc lá [9]. Ba thành phần này thường đồng thời tồn tại trên một người nghiện thuốc lá, tuy nhiên mức độ quan trọng của từng thành phần thay đổi tùy theo mỗi cá nhân [8][10].

Nghiện tâm lý biểu hiện qua cách suy nghĩ, nhận thức và niềm tin “lệch lạc” về hành vi hút thuốc lá [9]: trẻ em mới lớn tin rằng hút thuốc lá là biểu hiện của “trưởng thành”, “nam tính”; người lớn nhận thức rằng hút thuốc lá là phương tiện “cần thiết” trong giao tiếp xã hội. Người nghiện tâm lý hút thuốc lá vì các suy nghĩ, nhận thức và niềm tin “lệch lạc” đó.

Nghiện hành vi biểu hiện qua các động tác sử dụng thuốc lá đã trở nên “thành thục” do quá trình lặp đi lặp lại rất nhiều lần trước đó, thậm chí các động tác đã trở thành “phản xạ có điều kiện”, xuất hiện ngoài ý chí người nghiện [9]: gặp người quen, rút thuốc lá ra mời, ăn cơm xong rút thuốc lá ra hút, một số trường hợp động tác hút thuốc lá trở nên “vô thức” ví dụ đang cầm điếu thuốc lá trên tay, ngậm điếu thuốc lá trên miệng mà quên luôn là đang cầm hay đang ngậm điếu thuốc lá. Người nghiện hành vi hút thuốc lá như một thói quen, và cảm thấy “không quen” khi các động tác liên quan thói quen ấy bị gián đoạn.

Nghiện thực thể biểu hiện qua cảm giác thôi thúc khó chịu do nồng độ nicotine máu giảm xuống khi không hút thuốc lá, và cảm giác dễ chịu (thư giãn, thoải mái, dễ

tập trung chú ý, cõi mở) do nồng độ nicotine máu tăng cao khi hút thuốc lá [9]. Chính nồng độ nicotine máu đã quyết định cảm xúc của người hút thuốc lá, thúc đẩy và duy trì hành vi hút thuốc lá vì thế đã hình thành nên tên gọi nghiện thực thể, nghĩa là lệ thuộc vào nồng độ chất gây nghiện là nicotine máu. Như vậy, người nghiện thuốc lá thực thể buộc lòng phải hút thuốc lá để tránh các cảm giác khó chịu khi ngưng hút thuốc lá (còn gọi là hội chứng cai nghiện thuốc lá). Cảm giác dễ chịu khi nồng độ nicotine máu tăng cao còn được gọi là củng cố dương tính, trong khi đó cảm giác khó chịu xuất hiện khi nồng độ nicotine trong máu giảm thấp, được xem là các củng cố âm tính ngăn trở hành vi hút thuốc lá bị gián đoạn [9].

Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá

Nghiện thuốc lá đặc trưng bởi các triệu chứng nhận thức, hành vi, sinh lý cường bức người nghiện thuốc lá tiếp tục hút thuốc lá mặc dù đã biết hay bị nhiều tác hại liên quan đến thuốc lá [23]. Nghiện thuốc lá bao gồm việc sử dụng thuốc lá liên tục và thường dẫn đến dung nạp thuốc lá, hội chứng cai thuốc lá và hành vi hút thuốc lá không cưỡng lại nổi [23].

Nghiện thuốc lá được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn DSM-IV do hội tâm thần Hoa Kỳ đưa ra năm 1994 (**Bảng 1**).

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện thuốc lá theo DSM – IV [23]

1	Dung nạp thuốc lá thể hiện bằng 1 trong 2 dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"> • Phải hút lượng thuốc lá nhiều hơn để đạt được cùng cảm giác “phê” như cũ • Hút cùng một lượng thuốc lá như cũ thì cảm giác “phê” đạt được sẽ giảm đi
2	Triệu chứng cai nghiện thuốc lá thể hiện bằng các dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"> • Cảm giác kích thích, bứt rứt, khó chịu khi không có thuốc lá hút • Biến mất các cảm giác khó chịu kể trên khi hút trở lại thuốc lá
3	Hút thuốc lá lâu hơn, nhiều hơn so với dự tính
4	Mong muốn hoặc nỗ lực cai thuốc lá nhiều lần nhưng chưa thành công
5	Dành rất nhiều thời gian và công sức cho việc tìm kiếm và hút thuốc lá
6	Giảm hoặc ngưng các hoạt động, thú vui khác vì dành thời gian cho hút thuốc lá
7	Tiếp tục hút thuốc lá cho dù biết hoặc thậm chí là bị các tác hại do thuốc lá gây ra

Chẩn đoán xác định nghiện thuốc lá đòi hỏi sự hiện diện ít nhất 3/7 tiêu chí liên tục ít nhất 12 tháng [23]. Tiêu chí 1 và 2 là không bắt buộc phải hiện diện để có thể chẩn

đoán nghiện thuốc lá, nghĩa là, không cần có triệu chứng dung nạp thuốc lá hay triệu chứng cai nghiện thuốc lá để xác định chẩn đoán nghiện thuốc lá [23].

Chẩn đoán nghiện thuốc lá thực thể đòi hỏi sự hiện diện của tiêu chí 1 và hoặc 2 [23]. Trong trường hợp không có tiêu chuẩn 1 và 2, nghiện thuốc lá sẽ được phân loại là nghiện thuốc lá tâm lý hoặc nghiện thuốc lá hành vi.

Hội chứng cai nghiện thuốc lá đặc trưng cho nghiện thuốc lá thực thể và cũng được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của DSM – IV (Bảng 2).

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng cai nghiện thuốc lá theo DSM –IV [23]

A	Hút thuốc lá mỗi ngày trong thời gian kéo dài ít nhất nhiều tuần lễ.			
B	Ngưng hay giảm hút thuốc lá trong 24 giờ xuất hiện ít nhất 4/8 triệu chứng			
	1	Khí sắc vui vẻ hoặc buồn bã quá mức	5	Khó tập trung
	2	Mất ngủ	6	Sốt nhẹ - lạnh run
	3	Kích thích, bứt rứt, nóng giận	7	Chậm nhịp tim
	4	Lo âu	8	Thèm ăn có thể dẫn đến tăng cân
C	Triệu chứng cột B tác động to lớn đời sống xã hội, nghề nghiệp hay lĩnh vực khác			
D	Các triệu chứng trên không do các bệnh nội khoa hay tâm thần nào khác gây ra.			

Định nghĩa cai thuốc lá:

Tình trạng cai thuốc lá là sự từ bỏ hoàn toàn hút thuốc lá trong thời gian kéo dài ít nhất 12 tháng [8]. Giảm số lượng điếu thuốc lá hút không được gọi là cai thuốc lá [8]. Thỉnh thoảng mới hút một điếu cũng không được gọi là cai thuốc lá [8].

Tình trạng đã cai thuốc lá (ex-smoker) không bao giờ tương đương với tình trạng không hút thuốc lá (non-smoker) vì bất kỳ lúc nào người đã cai thuốc lá cũng có nguy cơ cao tái nghiện thuốc lá trở lại và quá trình này diễn ra rất nhanh chóng [10]. Như vậy, tình trạng cai thuốc lá bao giờ cũng là tình trạng tạm thời chứ không phải là cai thuốc lá vĩnh viễn.

4. Cơ chế nghiện thuốc lá và cơ chế cai nghiện thuốc lá:

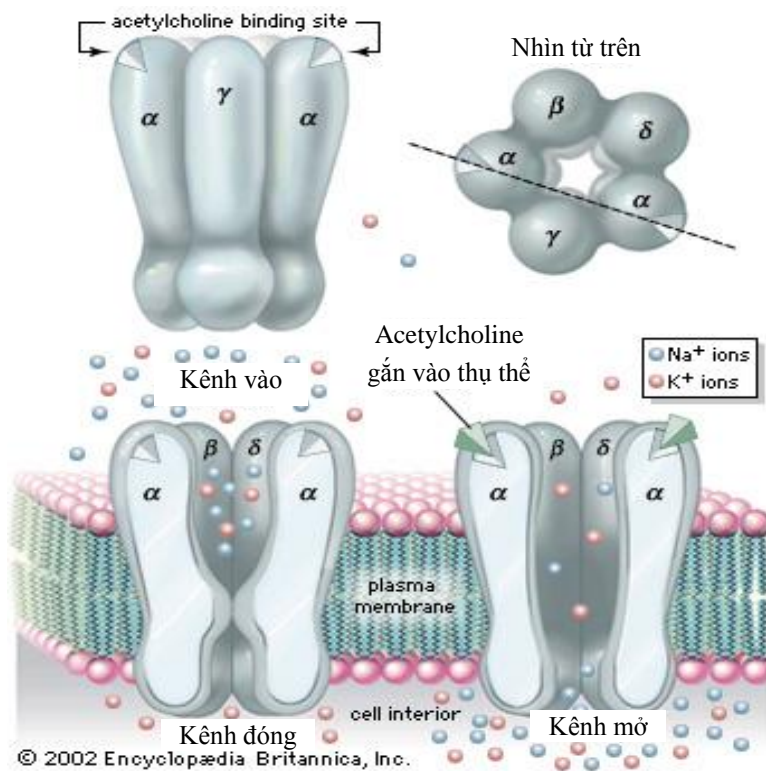
Cơ chế thần kinh sinh học nghiện thuốc lá thực thể:

Nicotine cùng với đặc điểm dược động lực học đặc biệt của nó là nguyên nhân chính gây nghiện thuốc lá thực thể [9].

Đặc điểm dược động nicotine quyết định bởi đặc tính ưa mỡ của nicotine. Nicotine hấp thụ rất nhanh qua các màng cơ thể: niêm mạc miệng, hàng rào phế nang – mao mạch tại phổi [9]. Sau khi hấp thụ qua mao mạch phổi, nicotine đi nhanh vào tĩnh mạch phổi, qua tim trái, rồi đi nhanh lên não trong thời gian rất ngắn từ 7 đến 10 giây, đạt nồng độ trong máu động mạch gấp 10 lần máu tĩnh mạch [9]. Tại não, nicotine gắn với các thụ thể nicotine và gây ra các tác động dược lý [9]. Nicotine chuyển hóa thành cotinine chủ yếu ở gan nhờ men cytochrome P₄₅₀ và CYP_{2A6}, sau đó thải chủ yếu qua thận, ngoài ra cũng thải qua các dịch cơ thể khác như mồ hôi, nước bọt [9]. Đây chính là cơ sở khoa học của các xét nghiệm định lượng nồng độ cotinine trong nước tiểu hay cotinine nước bọt nhằm đánh giá chuyển hóa của nicotine trong cơ thể [9]. Thời gian bán hủy của nicotine trong cơ thể khoảng hai giờ [9]. Đây là lý do vì sao người nghiện thuốc lá thực thể có khuynh hướng hút thuốc lá rất đều đặn mỗi 2 giờ để bù đắp cho nồng độ nicotine giảm xuống trong cơ thể.

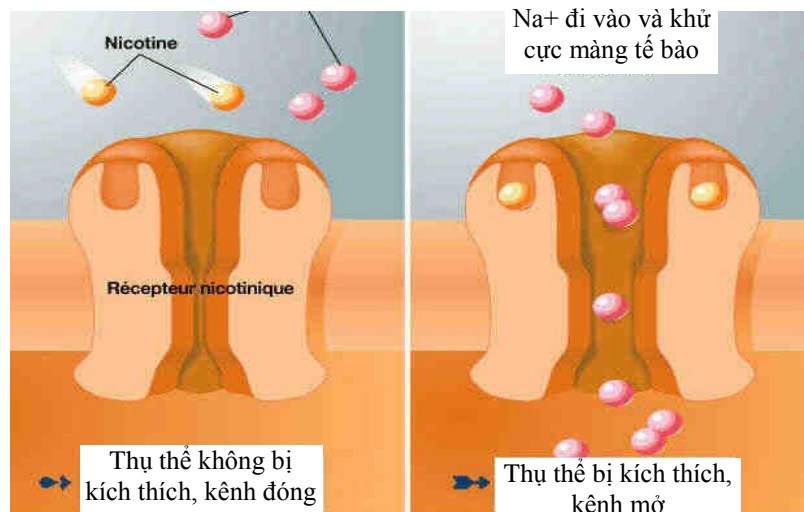
Đặc tính dược lực của nicotine được quyết định bởi cấu trúc giống nhau giữa nicotine và acetylcholine. Acetylcholine vốn là một hoá chất trung gian dẫn truyền thần kinh quan trọng trong cơ thể. Nicotine có thể phát huy tác dụng tương tự acetylcholine nhờ tham gia vào nhiều quá trình sinh lý trong cơ thể: tác dụng đồng vận trên 2 loại thụ thể của acetylcholine là nicotinic và muscarinic [9]. Quá trình tác động của nicotine lên cơ thể thông qua thụ thể nicotinic có thể được mô tả như sau:

- Thụ thể nicotinic thần kinh bản chất là các kênh Na⁺, có cấu trúc ngũ giác gồm 5 tiểu đơn vị. Thụ thể ở thần kinh trung ương chỉ gồm các tiểu đơn vị α và β . 9 dưới tiểu đơn vị α là $\alpha_2 - \alpha_{10}$ và 3 dưới tiểu đơn vị β là $\beta_2 - \beta_4$. Thụ thể ở não chủ yếu là $\alpha_4\beta_2$ (Hình 1) [9].
Thụ thể gắn acetylcholine



Hình 1: Thụ thể nicotine (Nguồn: Encyclopædia Britannica, Inc) [9]

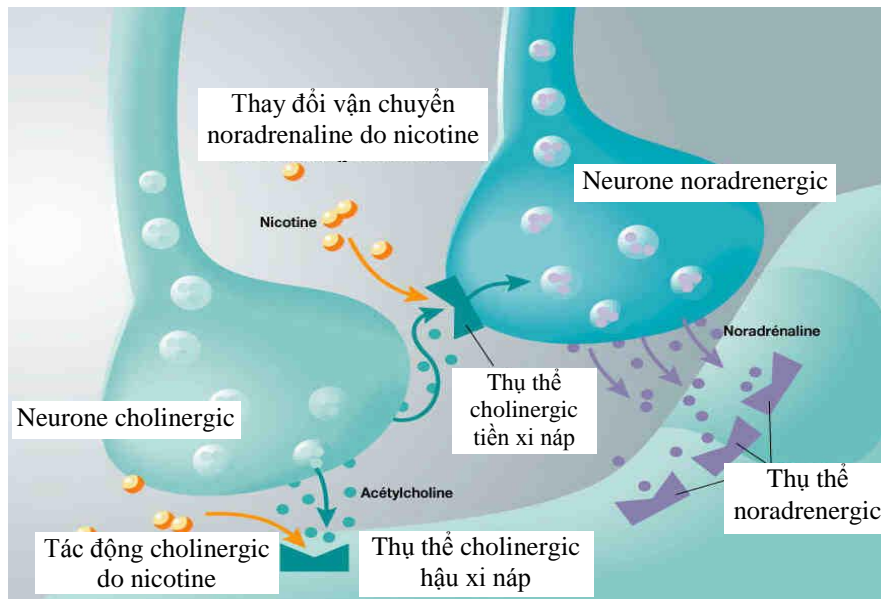
- Nicotine lên đến não sẽ gắn kết với thụ thể nicotine tại trung tâm thừng sẽ làm mở kênh Na^+ làm ion Na^+ đi vào neurone thần kinh (Hình 2) [9].



Hình 2: Kích thích thụ thể nicotine (Nguồn: Jean Perriot [9])

- Ion Na^+ đi vào tế bào sẽ làm khử cực màng tế bào kích thích neurone thần kinh phóng thích các hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh như acetylcholine, noradrenaline, dopamine, serotonin [9]. Các hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh này đến lượt nó gây nên một loạt các hiệu ứng về mặt tâm thần kinh như cảm giác sáng khoái, giảm mệt mỏi, tăng cường quá trình nhận và xử lý thông tin, giảm

lo âu [9]. Các hiệu ứng thần kinh dễ chịu này được gọi là các củng cố dương tính cho hành vi hút thuốc lá [9] (**Hình 3**).



Hình 3: Phóng thích hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh (Nguồn: Jean Perriot [9]).

- Khi hút thuốc lá tiếp tục, các thụ thể nicotine bị kích thích liên tục sẽ trở nên trở tương đối, lượng hóa chất trung gian được tiết ra tại trung tâm thưởng sẽ giảm đi, không đủ để duy trì các kích thích như trước [9]. Ngoài ra, cơ thể còn đáp ứng dần dần với hiện tượng trở tương đối thụ thể nicotine bằng cách tăng tổng hợp thêm thụ thể nicotinic (điều hòa hướng lên: upregulated) [9]. Người nghiện thuốc lá phải hút nhiều thuốc lá hơn để đủ lượng nicotine vượt qua hiện tượng thụ thể bị trở tương đối về chất lượng và tăng về số lượng [9]. Đây chính là cơ chế của hiện tượng dung nạp thuốc lá.
- Khi các thụ thể nicotine đã quen với tình trạng phải có nicotine để khởi phát các quá trình thần kinh, nồng độ nicotine máu giảm khi ngưng hút thuốc lá dẫn đến các kênh Na^+ tại các thụ thể nicotine không mở, các neurone thần kinh giảm phóng thích hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh, não bộ thiếu tương đối các chất dẫn truyền thần kinh này và gây ra các cảm giác khó chịu của hội chứng cai nghiện thuốc lá như mệt mỏi, cáu gắt, mất tập trung [9]. Hiệu ứng tâm thần kinh khó chịu này được gọi là các củng cố âm tính cho hành vi hút thuốc lá [9]. Người nghiện thuốc lá phải hút thuốc lá trở lại để duy trì các hoạt động thần kinh như trước [9]. Đây chính là cơ chế của hiện tượng cai nghiện thuốc lá.

- Tóm lại cơ chế thần kinh sinh học của nghiện thuốc lá là đặc điểm được động lực học đặc biệt của nicotine cho phép hình thành củng cố dương tính khi nồng độ nicotine máu cao và củng cố âm tính khi nồng độ nicotine máu thấp. Củng cố dương và âm tính này giúp duy trì hành vi hút thuốc lá.

Cơ chế thần kinh sinh học cai nghiện thuốc lá thực thể:

Phá vỡ củng cố dương tính và âm tính cho hành vi hút thuốc lá chính là cơ chế của tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá [9]. Cơ chế giải thích cụ thể như sau:

- Phá vỡ củng cố dương tính: người nghiện thuốc lá hút thuốc lá để tìm các cảm giác sảng khoái dễ chịu khi nồng độ nicotine máu cao, đây chính là củng cố dương tính [9]. Củng cố dương tính bị phá vỡ khi hút thuốc lá không mang lại cảm giác sảng khoái dễ chịu như trước. Điều trị cai thuốc lá bằng vareniciline cho phép ức chế một phần thụ thể nicotine, làm nồng độ nicotine trong máu cao cũng không kích thích được thụ thể nicotine, người nghiện thuốc lá bớt cảm giác sảng khoái khi hút thuốc lá. Củng cố dương tính bị phá vỡ. Người nghiện thuốc lá có thể cai thuốc lá.
- Phá vỡ củng cố âm tính: người nghiện thuốc lá hút thuốc lá để tránh cảm giác khó chịu khi nồng độ nicotine máu thấp, hay là củng cố âm tính [9]. Củng cố âm tính bị phá vỡ khi cai thuốc lá không mang lại cảm giác khó chịu như trước. Ví dụ, nicotine băng dán dùng trong điều trị cai nghiện thuốc lá giúp nồng độ nicotine trong máu không xuống quá thấp khi cai thuốc lá, người nghiện thuốc lá bớt cảm giác khó chịu khi cai thuốc lá. Củng cố âm tính bị phá vỡ. Người nghiện thuốc lá sẽ có thể cai được thuốc lá.
- Như vậy, cơ chế thần kinh sinh học của cai nghiện thuốc lá là sử dụng các biện pháp can thiệp bằng thuốc giúp hạn chế ảnh hưởng của nồng độ nicotine máu cao, hay củng cố dương tính và ảnh hưởng của nồng độ nicotine máu thấp, hay củng cố âm tính lên cơ thể.

Cơ chế thần kinh tâm lý của nghiện thuốc lá tâm lý và hành vi:

Cơ chế thần kinh tâm lý của nghiện thuốc lá tâm lý, hành vi chưa được được hiểu rõ như cơ sở thần kinh sinh học của nghiện thuốc lá thực thể [9]. Các hóa chất trung gian cụ thể nào, các thụ thể thần kinh nào đã tham gia vào quá trình thần kinh tâm lý của nghiện tâm lý và hành vi chưa được nghiên cứu tường tận. Mặc dù vậy, mô hình củng cố dương tính và âm tính cho hút thuốc lá trong nghiện thuốc lá thực thể vẫn có thể áp dụng tốt để giải thích cơ chế nghiện thuốc lá tâm lý và hành vi.

Trong nghiện thuốc lá tâm lý, niềm tin “lệch lạc” về giá trị biểu trưng của hút thuốc lá là động cơ khiến người nghiện thuốc lá tâm lý hút thuốc lá. Thực hiện hành vi hút thuốc lá là phù hợp với niềm tin “lệch lạc” của họ vì vậy sẽ mang lại cảm giác an tâm, dễ chịu. Đây chính là củng cố dương tính. Trái lại, không thực hiện hành vi hút thuốc lá đi ngược với niềm tin “lệch lạc” của họ về thuốc lá, mang lại cho người nghiện tâm lý cảm giác bất an, cảm giác “chưa hoàn thành”. Đây chính là củng cố âm tính. Sự kết hợp của củng cố dương tính và âm tính trong trường hợp này không nhất định là qua trung gian của nicotine [9].

Trong nghiện thuốc lá hành vi, các động tác liên quan đến việc hút thuốc lá ví dụ: bỏ bao thuốc lá vào túi, bật hộp quẹt châm thuốc, cầm điều thuốc trên hai ngón tay, ngậm điều thuốc trên môi, chính là động cơ khiến người nghiện thuốc lá hành vi hút thuốc lá [9]. Thực hiện các động tác như thế đã trở nên một “qui trình”, một “lối mòn” sẽ mang lại cho cơ thể cảm giác thoải mái, dễ chịu. Đây chính là củng cố dương tính. Trái lại, ngưng thói quen, hành vi phản xạ này mang lại cảm giác “bất an”, “thiếu thốn” cho người nghiện thuốc lá hành vi. Đây chính là củng cố âm tính. Sự kết hợp của củng cố dương tính và âm tính trong trường hợp này, tương tự như trong nghiện tâm lý, là không nhất định qua trung gian của nicotine [9].

Cơ chế thần kinh tâm lý của cai nghiện thuốc lá tâm lý và hành vi:

Cơ chế cai nghiện thuốc lá tâm lý và hành vi cũng dựa trên việc phá vỡ củng cố dương tính và củng cố âm tính nhưng không nhất thiết phải sử dụng thuốc cai nghiện thuốc lá như trong điều trị nghiện thực thể. Tư vấn điều chỉnh niềm tin và nhận thức “lệch lạc” được dùng để điều chỉnh nghiện tâm lý. Tư vấn các bài tập hành vi để thay thế các động tác, thói quen liên quan đến hành vi sử dụng thuốc lá thành các động tác, thói quen mới không liên quan đến hành vi sử dụng thuốc lá là cách để điều chỉnh nghiện hành vi [9]. Điều này khẳng định điều trị cai nghiện thuốc lá không luôn luôn đòi hỏi phải có thuốc cai thuốc lá.

Liên quan giữa cơ chế nghiện thuốc lá thực thể và nghiện tâm lý, hành vi:

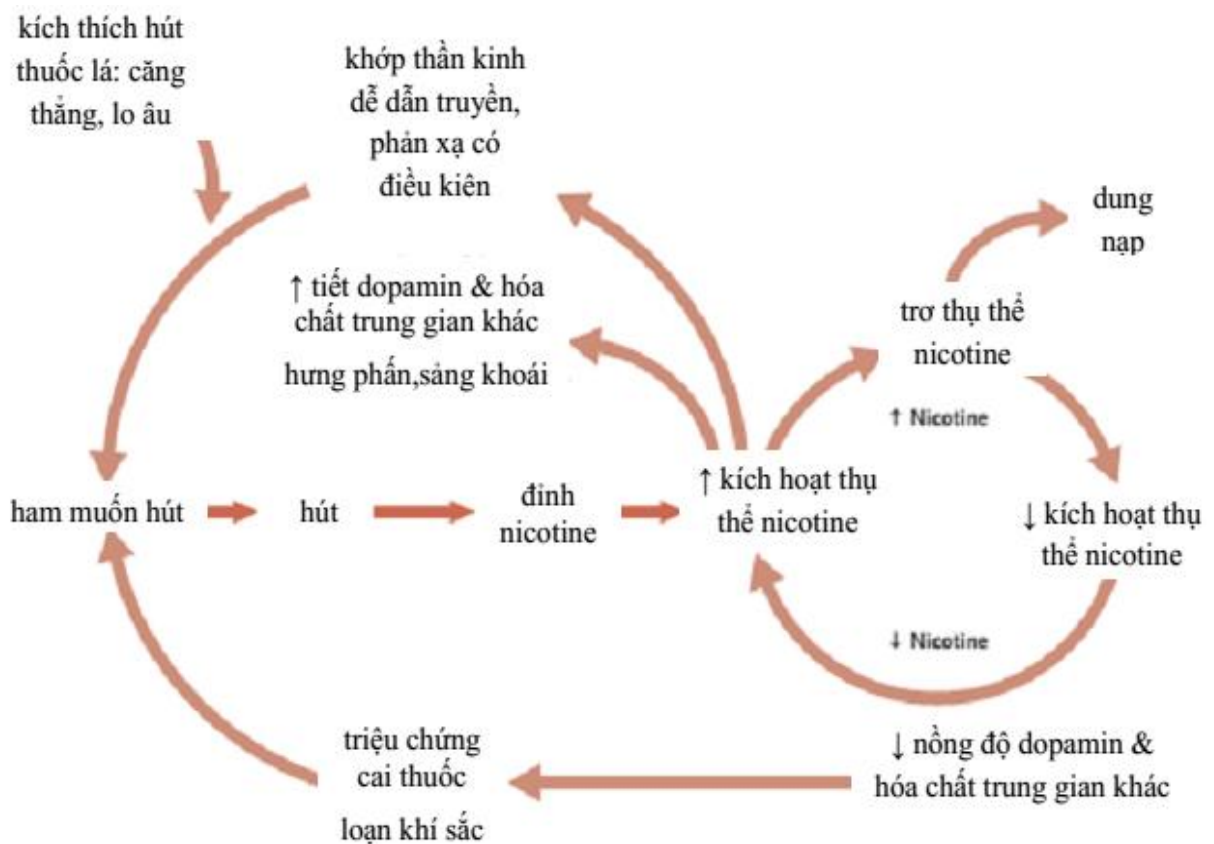
Ba thành phần nghiện thuốc lá thực thể, tâm lý và hành vi không độc lập với nhau, ngược lại liên quan chặt chẽ với nhau thành một khối thống nhất.

Quá trình hình thành nghiện thuốc lá khởi đầu với nhận thức lệch lạc về vai trò hút thuốc lá. Lần hút thuốc lá đầu tiên trong đời hoàn toàn do nhận thức lệch lạc hay nghiện tâm lý. Hút thuốc lá mang nicotine đi vào cơ thể và hình thành nghiện thực thể.

Nghiện thực thể hình thành đòi hỏi hành vi hút thuốc lá lặp đi, lặp lại theo chu kỳ bán hủy nicotine. Hành vi lặp đi, lặp lại sẽ hình thành thói quen hút thuốc lá hay nghiện hành vi. Nghiện hành vi duy trì cung cấp nicotine thường xuyên cho cơ thể, củng cố nghiện thực thể và nghiện tâm lý.

Sau khi hình thành nghiện thuốc lá, ba thành phần nghiện thuốc lá thực thể, tâm lý và hành vi tiếp tục tương tác, củng cố lẫn nhau duy trì hút thuốc lá. Một tình huống “đặc biệt”: vui, buồn quá mức có thể kích thích ‘ham muốn’ hút thuốc lá. Ham muốn hút thuốc lá vào thời điểm đó hoàn toàn là do nghiện tâm lý, nhưng hành vi hút thuốc lá nối tiếp sẽ kích hoạt cơ chế nghiện thực thể và nghiện hành vi.

Cơ chế thần kinh sinh học và thần kinh tâm lý được thể hiện qua **Sơ đồ 1** dưới đây.

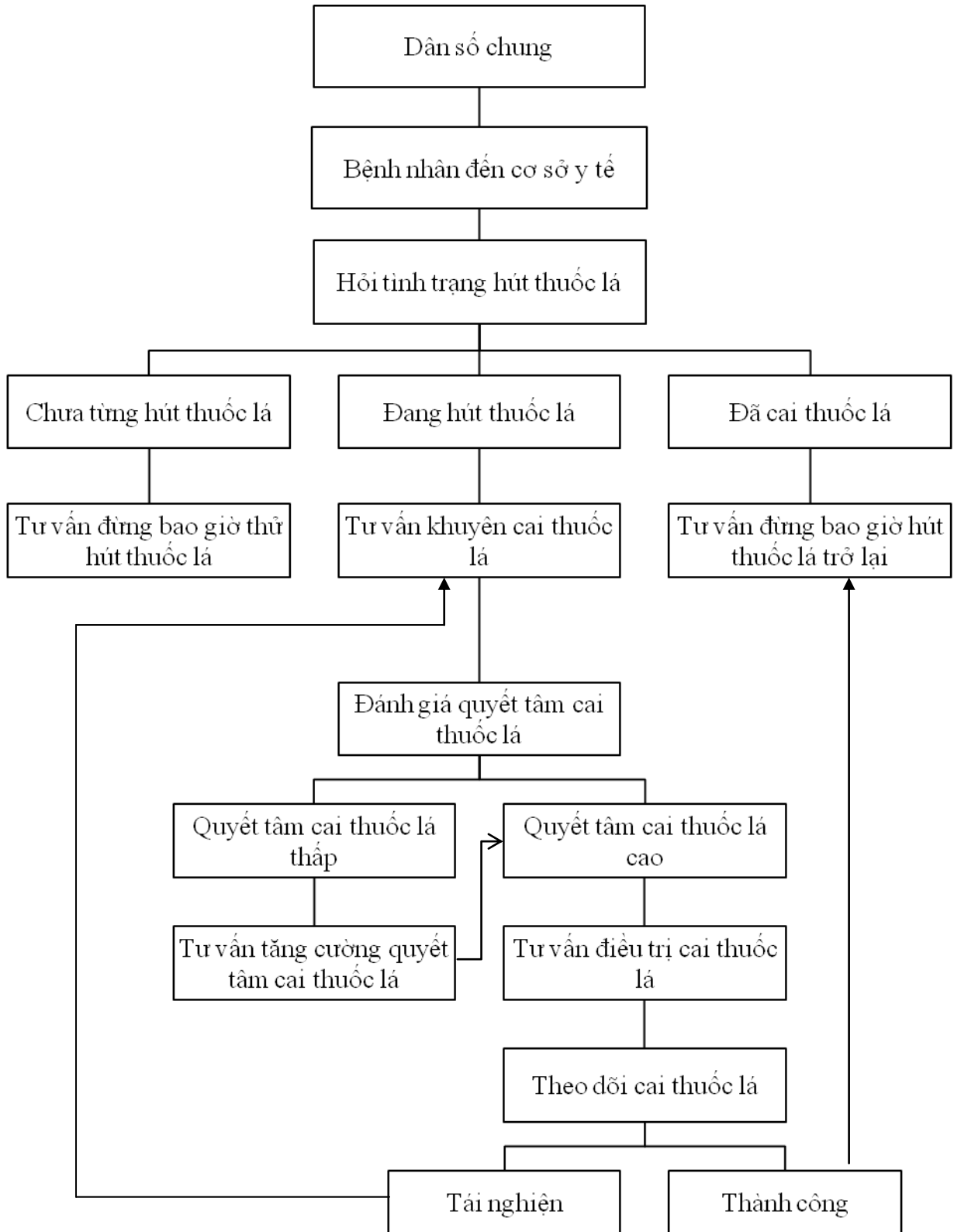


Sơ đồ 1: Cơ chế thần kinh sinh học và thần kinh tâm lý nghiện thuốc lá

(Nguồn: Robert S. Schwartz 2010 [11])

5. Sơ đồ tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá:

Quá trình tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá cho người đến các tuyến y tế cho dù là tuyến y tế cơ sở hoặc tuyến cao hơn có thể được mô hình hóa như dưới đây (**Sơ đồ 1**).



Sơ đồ 2: Quy trình tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tại các tuyến y tế

CHƯƠNG 2: ĐÁNH GIÁ NGHIỆN THUỐC LÁ

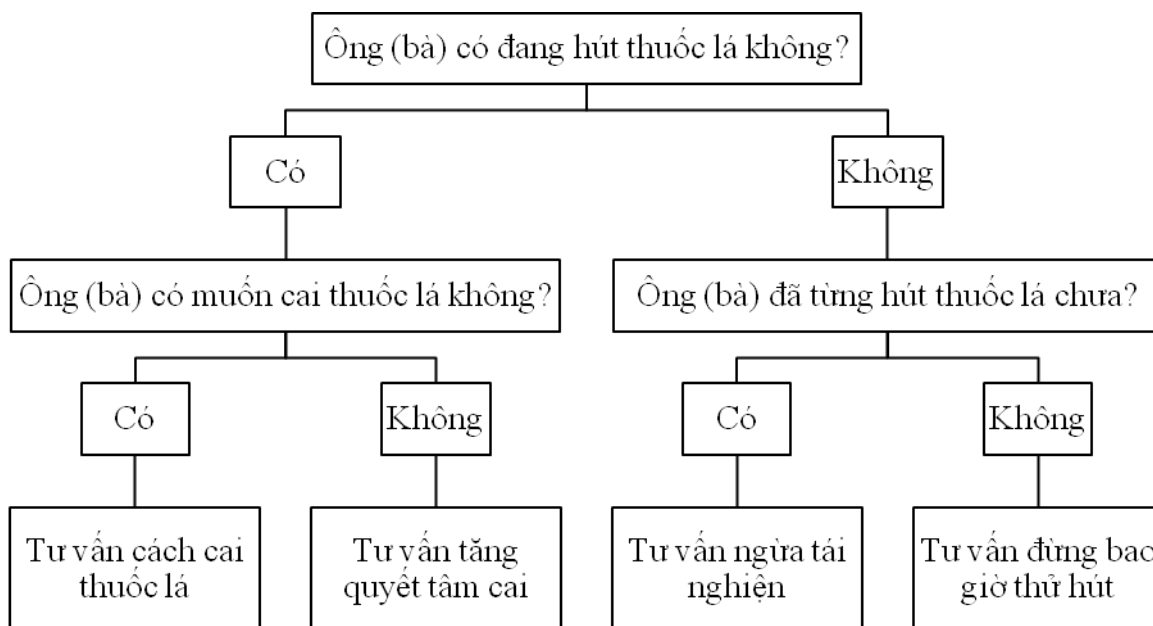
1. Đánh giá ban đầu:

Khuyến cáo: Mọi bệnh nhân đến khám bệnh tại mỗi cơ sở y tế ở tất cả các tuyến cần được nhân viên y tế hỏi và ghi nhận tình trạng hút thuốc lá (**Chứng cứ A**) [3].

Khuyến cáo: Sau khi nhận diện người hút thuốc lá và khuyên cai thuốc lá, nhân viên y tế nên đánh giá quyết tâm cai thuốc lá của người hút thuốc lá (**Chứng cứ C**) [3].

Khuyến cáo: Sau khi đánh giá quyết tâm cai thuốc lá của người hút thuốc lá, nếu không có điều kiện đánh giá chuyên sâu nghiện thuốc lá, nhân viên y tế có thể tiến hành tư vấn điều trị cai thuốc lá ngay mà vẫn đạt hiệu quả (**Chứng cứ A**) [3].

Tình trạng hút thuốc lá và quyết tâm cai thuốc lá có thể đánh giá ban đầu nhanh chóng bằng cách hỏi bệnh nhân có đang hút thuốc lá không, đã từng hút thuốc lá chưa, và có muốn cai thuốc lá không [8]. Trả lời ba câu hỏi ngắn này sẽ giúp chia tình trạng hút thuốc lá ra 4 nhóm, từ đó định hướng phương pháp tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tương ứng (**Sơ đồ 2**).



Sơ đồ 3: Đánh giá ban đầu nghiện thuốc lá tại mọi cơ sở y tế

Đánh giá ban đầu được khuyến cáo đơn giản để đảm bảo mọi nhân viên y tế cho dù có phải là bác sỹ hay không có thể thực hiện được [3]. Đánh giá ban đầu là nền tảng của tư vấn ngắn vốn đã được chứng minh là có hiệu quả cho đa số các trường hợp nghiện thuốc lá [3].

Ngoài bốn dấu hiệu sinh tồn truyền thống (huyết áp, mạch, nhiệt độ, nhịp thở), dấu hiệu sinh tồn thứ năm là tình trạng hút thuốc lá được đề nghị bổ sung đánh giá trên mọi bệnh nhân đến cơ sở y tế để đảm bảo tình trạng hút thuốc lá được phát hiện một

cách có hệ thống [3]. Điều dưỡng kết hợp hỏi và ghi nhận luôn tình trạng hút thuốc lá khi kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn [8]. Nghiên cứu cho thấy hệ thống đánh giá tại cơ sở y tế có mục hỏi tình trạng hút thuốc lá sẽ giúp tăng tỷ lệ bệnh nhân được hỗ trợ cai thuốc lá [3].

Đánh giá ban đầu cho phép nhận diện các trường hợp nghiện thuốc lá chưa muốn cai thuốc lá ngay sau khi được tư vấn ngắn. Nhân viên y tế có thể giới thiệu họ đi tư vấn chuyên sâu để được tư vấn tăng cường quyết tâm cai nghiện thuốc lá [3]. Tư vấn chuyên sâu có thể được tổ chức tại tuyến y tế cơ sở nếu nơi đó có điều kiện triển khai. Tuy nhiên, do yêu cầu về nhân sự tư vấn chuyên sâu cai nghiện thuốc lá cần được đào tạo bài bản, các tuyến y tế cao hơn có khả năng đáp ứng yêu cầu cao hơn tuyến y tế cơ sở.

2. Đánh giá chuyên sâu:

Đánh giá chuyên sâu nghiện thuốc lá nối tiếp đánh giá ban đầu nghiện thuốc lá. Sau khi tư vấn ngắn, những người nghiện thuốc lá chưa muốn cai thuốc lá ngay, người nghiện thuốc lá đã thử cai thuốc lá nhưng gặp quá nhiều khó khăn chưa thể vượt qua, đôi khi dẫn đến tái nghiện là các đối tượng cần được tư vấn chuyên sâu cai nghiện thuốc lá [9]. Đánh giá chuyên sâu nghiện thuốc lá là nền tảng của tư vấn chuyên sâu cai nghiện thuốc lá [9].

Đánh giá chuyên sâu nghiện thuốc lá bao gồm việc đánh giá quyết tâm cai nghiện thuốc lá, mức độ nặng của nghiện thuốc lá thực thể, cơ địa tâm thần kinh của người nghiện thuốc lá.

A. Đánh giá chuyên sâu quyết tâm cai nghiện thuốc lá:

Quyết tâm cai nghiện thuốc lá được đánh giá chuyên sâu nhờ sử dụng bảng câu hỏi Q–Mat (**Bảng 3**) hoặc thang tương ứng thị giác (**Bảng 4**). Thang tương ứng thị giác tương ứng khá tốt với quyết tâm nội tại của đối tượng cai thuốc lá. Đối với đối tượng có khó khăn trong việc đọc chữ, thang tương ứng thị giác là một lựa chọn thay thế có hiệu quả. Đánh giá này nên được lặp lại tại các lần tư vấn khác nhau để theo dõi biến thiên quyết tâm cai nghiện thuốc lá.

Bảng 3: Bảng câu hỏi Q – Mat đánh giá quyết tâm cai nghiện thuốc lá [9]

1. Ông (bà) dự tính hút thuốc lá như thế nào trong 6 tháng tới?	Điểm	2. Ông (bà) dự tính hút thuốc lá như thế nào trong 4 tuần tới?	Điểm
• Nhiều như bây giờ	0	• Nhiều như bây giờ	0

• Ít đi một chút	2	• Ít đi một chút	2
• Ít đi rất nhiều	4	• Ít đi rất nhiều	4
• Không còn hút nữa	8	• Không còn hút nữa	6
3. Ông (bà) thực lòng có muốn cai thuốc lá ?	Điểm	4. Ông (bà) có tự trách bản thân vì vẫn còn hút thuốc lá ?	Điểm
• Chưa muốn cai	0	• Không bao giờ	0
• Muốn cai ít	1	• Đôi khi	1
• Muốn cai vừa	2	• Thường xuyên	2
• Muốn cai nhiều	3	• Rất thường xuyên	3
Giải thích: Mức độ quyết tâm: Thấp (0 – 6); Trung bình (7 – 13); Cao (14 – 20).			

Bảng 4: Thang tương ứng thị giác đánh giá quyết tâm cai nghiện thuốc lá [9]

Ông (bà) tự đánh giá mức độ quyết tâm cai thuốc lá của ông (bà) ở mức nào?

Hãy tự vạch lên thang đo này một vạch tương ứng với mức độ quyết tâm của ông (bà)

Rất thấp		Rất cao

Mặt thang đo hướng về phía người được hỏi

Bác sỹ dựa trên vạch đánh dấu của người được hỏi, so sánh với điểm số tương ứng bên mặt thang đo hướng về bác sỹ và ghi hồ sơ mức độ quyết tâm tương ứng của người được hỏi (*).

Rất thấp	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Rất cao

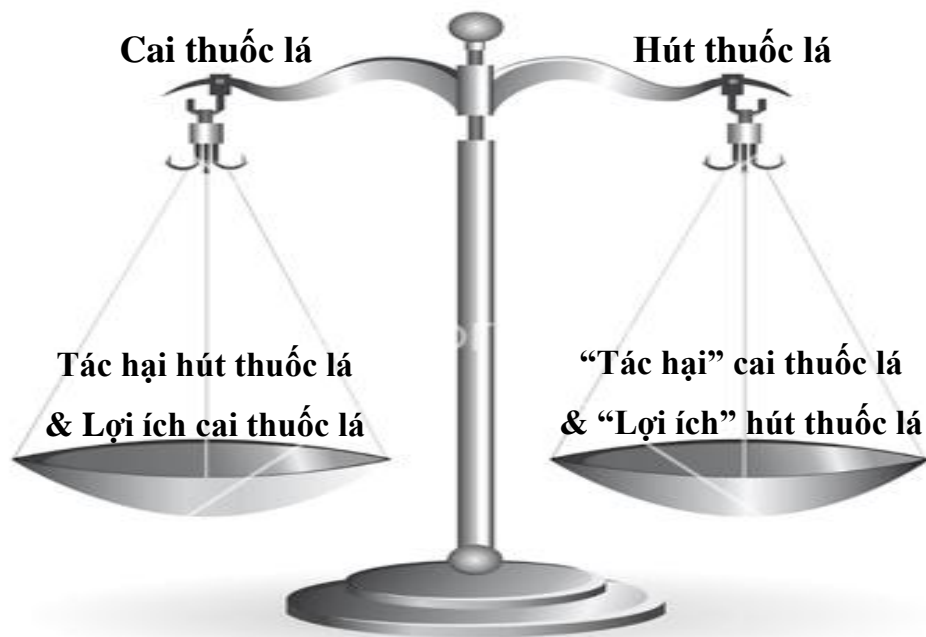
Mặt thang đo hướng về phía nhân viên y tế

(* **Giải thích:** mức độ quyết tâm: Thấp (0 – 3); Trung bình (4 – 7); Cao (8 – 10).

Sau khi đánh giá quyết tâm cai nghiện thuốc lá, nhân viên y tế cần xác định các yếu tố ảnh hưởng quyết tâm cai nghiện thuốc lá của người nghiện thuốc lá. Các yếu tố này là tiền đề cho việc cá thể hóa nội dung tư vấn chuyên sâu, tăng cường quyết tâm cai thuốc lá cho bệnh nhân.

Quyết tâm cai nghiện thuốc lá cao hay thấp là kết quả tương tác giữa các yếu tố làm người nghiện thuốc lá muốn cai thuốc lá và các yếu tố làm người nghiện thuốc lá muốn hút; là kết quả tương tác giữa “lợi ích” và tác hại của việc hút thuốc lá so với lợi

ích và “tác hại” của việc cai thuốc lá (**Hình 4**). Trong đó, tác hại hút thuốc lá và lợi ích cai thuốc lá là hai yếu tố thúc đẩy cai thuốc lá, trong khi đó “tác hại” cai thuốc lá và “lợi ích” hút thuốc lá là hai yếu tố thúc đẩy hút thuốc lá.



Hình 4: Các yếu tố ảnh hưởng quyết tâm cai nghiện thuốc lá

Các yếu tố ảnh hưởng quyết tâm cai nghiện thuốc lá rất đa dạng và có thể khác biệt nhiều giữa những người nghiện thuốc lá.

Tác hại hút thuốc lá: hút thuốc lá có nhiều tác hại và thường được nhắc đến nhất, bao gồm tác hại lên sức khỏe bản thân và người xung quanh. Hỏi bệnh nhân có biết tác hại của hút thuốc lá không là chưa đủ, bác sỹ cần phải xác định những tác hại của hút thuốc lá mà bệnh nhân biết hoặc không biết có ý nghĩa thực sự với bệnh nhân như thế nào. Những tác hại của hút thuốc lá mà người nghiện thuốc lá có thể kể ra như sau:

- Mắc bệnh liên quan đến hút thuốc lá, sợ bệnh đang mắc sẵn nặng lên do hút thuốc lá.
- Suy giảm nhan sắc do hút thuốc lá: vàng răng, hôi miệng, xấu da do hút thuốc lá.
- Ảnh hưởng đến sức khỏe người khác: vợ có thai, gia đình có con nhỏ.
- Vi phạm các qui định cấm hút thuốc lá tại cơ quan, nơi bị cấm hút thuốc lá.
- Tài chính: tốn kém tiền mua thuốc lá để hút, tốn kém chi phí điều trị bệnh
- Làm gương xấu cho trẻ con trong gia đình, đồng nghiệp tại cơ quan.

“Lợi ích” hút thuốc lá: Đối với những người không nghiện thuốc lá, hút thuốc lá chỉ có tác hại mà không có “lợi ích” gì. Hút thuốc lá thực sự có “ý nghĩa” với một số

người nghiện thuốc lá chứ không phải chỉ có tác hại. Những “lợi ích” mà người nghiện thuốc lá có thể kể ra như sau:

- Hòa đồng với bạn bè: hút thuốc lá trong dịp thư giãn, họp mặt nhân sinh nhật, lễ, tết, gặp gỡ bạn bè, người thân.
- Giải tỏa căng thẳng, lo âu: hút thuốc lá khi gặp những tình huống đau khổ, căng thẳng, buồn bã ví dụ thất nghiệp, thi rớt, người thân bị bệnh hoặc qua đời.
- Tăng hiệu quả hoạt động trí óc: sinh viên hút thuốc lá trong thời gian học thi; nghệ sỹ, nhà thơ, nhà báo hút thuốc lá trong lúc hoạt động nghệ thuật, sáng tác, viết lách.

Lợi ích cai thuốc lá: cai thuốc lá có nhiều lợi ích nhưng lại hay bị người nghiện thuốc lá đánh giá thấp. Các lợi ích của cai thuốc lá mà người nghiện thuốc lá có thể kể ra gồm:

- Thoát khỏi sự phụ thuộc vào thuốc lá.
- Giúp các bệnh đang mắc được ổn định hay cải thiện hơn.
- Làm gương tốt trong gia đình, cơ quan vì đã tuân thủ được quy định cấm hút thuốc lá.

“Tác hại” cai thuốc lá: Đối với người **không** nghiện thuốc lá, cai thuốc lá chỉ có lợi ích mà không thể có tác hại. Tuy nhiên, cai thuốc lá thực sự là nỗi “lo ngại” đối với nhiều người nghiện thuốc lá, họ cho rằng cai thuốc lá còn có “tác hại” nữa chứ không chỉ có “lợi ích”. Những “tác hại” cai thuốc lá mà người nghiện thuốc lá có thể kể ra rất nhiều:

- Cai thuốc lá thất bại: là mối lo ngại thường trực đối với nhiều người nghiện thuốc lá, đặc biệt là người nghiện nặng, đã từng cai thuốc lá và tái nghiện nhiều lần.
- Hội chứng cai thuốc lá: là mối lo ngại rất gần gũi với nỗi sợ cai thuốc lá thất bại. Trong đa số trường hợp thể hiện tình trạng nghiện thuốc lá thực thể nặng.
- Tăng cân khi cai thuốc lá: là sự lo ngại đối với người nghiện thuốc lá vì có đến 2/3 người cai thuốc lá tăng cân. Tăng cân là một nguyên nhân gây tái nghiện thường gặp.
- Mất niềm vui hút thuốc lá: một số người nghiện thuốc lá thực sự đã xem hút thuốc lá như là một sở thích và cảm thấy hối tiếc nếu phải bỏ đi sở thích này. Người nghiện thuốc lá tâm lý và hành vi thường có cùng quan điểm này.
- Tình huống căng thẳng: là bối cảnh người nghiện thuốc lá lo ngại nhiều khi họ cai thuốc lá. Họ lo ngại rằng sẽ không đương đầu và vượt qua được các tình huống

căng thẳng khi không có thuốc lá. Nhiều người cai thuốc lá tái nghiện trong bối cảnh này.

- Nỗi cô đơn khi cai thuốc lá: một số người nghiện thuốc lá xem hút thuốc lá như là một người bạn, hút thuốc lá giúp họ tự tin hơn trong đám đông. Họ sợ phải đương đầu cảm giác trống vắng khi cai thuốc lá tương tự cảm giác phải chia tay người thân yêu.
- Ảnh hưởng mối quan hệ với người xung quanh: người nghiện thuốc lá sống và làm việc trong môi trường có nhiều người hút thuốc lá thường quan tâm đến “tác hại” này.
- Cai thuốc lá làm nặng lên các bệnh sẵn có, hoặc làm xuất hiện bệnh: đây rõ ràng là một nhận thức “lệch lạc” về cai thuốc lá, nhưng lại khá phổ biến trong cộng đồng người nghiện thuốc lá. Dù vài bệnh thực sự nặng lên khi cai thuốc lá ví dụ trầm cảm, tâm thần phân liệt, đa số các lo ngại khác là do thông tin không chính xác ví dụ: cai thuốc lá làm tăng huyết áp, cai thuốc lá làm xuất hiện ung thư phổi...

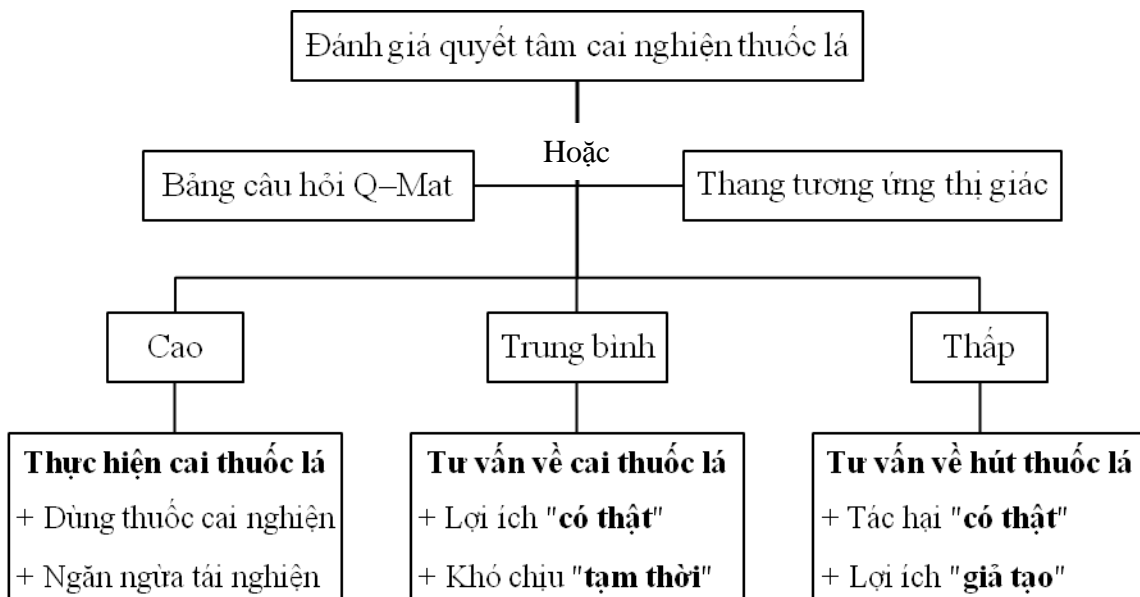
Nhận thức của người có quyết tâm cai nghiện thuốc lá thấp và người có quyết tâm cai nghiện thuốc lá cao gần như đối lập nhau. Thay đổi quyết tâm cai nghiện thuốc lá là thay đổi nhận thức về tầm quan trọng các yếu tố ảnh hưởng quyết tâm cai nghiện thuốc lá (**Bảng 5**).

Bảng 5: Biến thiên các yếu tố ảnh hưởng quyết tâm cai nghiện thuốc lá

Quyết tâm cai nghiện thuốc lá	Thấp	Trung bình	Cao
• “Lợi ích” của hút thuốc lá	++++	++	+
• Tác hại của hút thuốc lá	+++	+++	++
• “Tác hại” của cai thuốc lá	++	+++	+++
• Lợi ích của cai thuốc lá	+	++	++++

Điều quan trọng là trên cùng một người nghiện thuốc lá, bốn yếu tố ảnh hưởng quyết tâm cai nghiện thuốc lá luôn “đấu tranh” với nhau, làm cán cân hút và cai thuốc lá lệch sang bên hút thuốc lá hay cai thuốc lá. Nghĩa là, quyết tâm cai nghiện thuốc lá cao có thể chuyển biến thành thấp, và ngược lại khi các yếu tố ảnh hưởng quyết tâm cai nghiện thuốc lá biến thiên đủ lớn về lượng và hoặc về chất. Theo dõi liên tục quyết tâm cai nghiện thuốc lá trong quá trình tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá là cần thiết.

Đánh giá quyết tâm cai nghiện thuốc lá và yếu tố ảnh hưởng giúp định hướng nội dung tư vấn tăng cường quyết tâm cai thuốc lá (**Sơ đồ 3**).



Sơ đồ 4: Đánh giá chuyên sâu quyết tâm cai nghiện thuốc lá

B. Đánh giá chuyên sâu mức độ nặng nghiện thực thể:

Mức độ nặng của nghiện thực thể có thể được đánh giá qua bảng câu hỏi Fagerstrom đầy đủ (**Bảng 6**) hay thu gọn (**Bảng 7**), khách quan hóa bằng đo nồng độ CO hơi thở ra (**Bảng 8**).

Bảng câu hỏi Fagerstrom khá phổ biến trên lâm sàng nhờ ưu điểm dễ nhớ, dễ áp dụng, đặc biệt là bảng câu hỏi thu gọn. Tuy nhiên bảng câu hỏi này cũng có nhược điểm là có thể đánh giá mức độ nặng nghiện thực thể dưới mức hoặc quá mức khi cách hút thuốc lá thay đổi. Thực vậy, mức độ hút mạnh, hút sâu và nín hơi sau hút khác biệt giữa những người hút thuốc lá. Cùng một số lượng điếu thuốc lá, hút mạnh, sâu và nín hơi sau hút sẽ lấy được nhiều nicotine vào máu hơn hút nhẹ, nông và không nín hơi [9]. Nghĩa là, một số lượng điếu thuốc lá xác định mỗi ngày có thể biểu hiện các mức độ nghiện thuốc lá thực thể khác nhau.

Nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy người nghiện thuốc lá ở nước ta không hút nhiều điếu thuốc lá, nhưng lại hút rất mạnh, sâu và nín hơi sau khi hút [17]. Dựa trên số lượng điếu thuốc lá hút mỗi ngày có thể chỉ xếp họ vào nhóm nghiện thực thể nhẹ đến trung bình, thực tế họ nghiện thuốc lá thực thể nặng, được minh chứng qua nồng độ CO trong hơi thở ra [17].

Trường hợp bác sỹ lâm sàng nghi ngờ mức độ nghiện thực thể chưa phản ánh đúng qua điểm số khi trả lời bảng câu hỏi Fagerstrom, bác sỹ có thể chỉ định xét nghiệm đo

nồng độ CO trong hơi thở ra để kiểm tra kiểu cách hút thuốc lá của bệnh nhân, qua đó chẩn đoán chính xác hơn mức độ nghiện và chỉ định liều lượng thuốc cai thuốc lá phù hợp [8]. Kết quả CO hơi thở ra > 20 ppm thì xác định nghiện nặng, dù kết quả câu hỏi Fagerstrom chỉ là nhẹ hay trung bình.

Bảng 6: Câu hỏi Fagerstrom đầy đủ [32]

1. Buổi sáng sau khi thức dậy bao lâu, ông (bà) bắt đầu hút thuốc lá?	Điểm	2. Mỗi ngày ông (bà) hút bao nhiêu điếu thuốc lá?	Điểm
• ≤ 5 phút	3	• ≤ 10 điếu	0
• 6 – 30 phút	2	• 10 – 20 điếu	1
• 31 – 60 phút	1	• 21 – 30 điếu	2
• > 60 phút	0	• > 30 điếu	3
3. Khi phải nhịn hút thuốc lá ở các nơi bị cấm, ông (bà) khó chịu không?	Điểm	4. Ông (bà) hút nhiều hơn sau thức dậy so với các thời điểm khác?	Điểm
• Có	0	• Đúng	1
• Không	1	• Sai	0
5. Ông (bà) thấy khó nhịn hút thuốc lá trong hoàn cảnh nào nhất?	Điểm	6. Ông (bà) tiếp tục hút thuốc lá ngay cả khi không khỏe phải không?	Điểm
• Buổi sáng khi vừa mới thức dậy	1	• Đúng	1
• Vào một thời điểm khác	0	• Sai	0
Giải thích: Mức độ nghiện thực thể: Nặng (7 – 10); Trung bình (4 – 6); Nhẹ (0 – 3)			

Heatherton, Fagerstrom và cộng sự cải biên bảng 6 câu hỏi đầy đủ thành bảng Fagerstrom thu gọn chỉ gồm 2 câu hỏi nhưng vẫn đánh giá được mức độ nghiện thuốc lá (**Bảng 7**) [33]

Bảng 7: Câu hỏi Fagerstrom thu gọn [33]

1. Buổi sáng sau khi thức dậy bao lâu, ông (bà) bắt đầu hút thuốc lá?	Điểm	2. Mỗi ngày ông (bà) hút bao nhiêu điếu thuốc lá?	Điểm
• ≤ 5 phút	3	• ≤ 10 điếu	0

• 6 – 30 phút	2	• 10 – 20 điều	1
• 31 – 60 phút	1	• 21 – 30 điều	2
• > 60 phút	0	• > 30 điều	3
Giải thích: mức độ nghiện thực thể: Nặng (5 – 6); Trung bình (3 – 4); Nhẹ (0 – 2)			

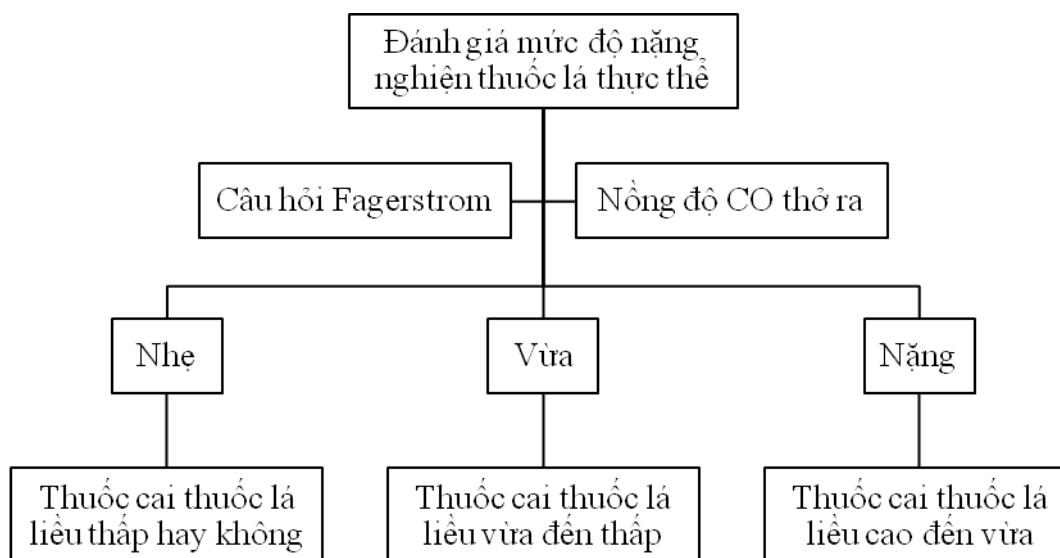
Nồng độ CO trong hơi thở ra tăng cao khi bệnh nhân hút thuốc lá sâu, mạnh, nín hơi sau hút và ngược lại giảm thấp nếu bệnh nhân không hút thuốc lá, hút thuốc lá thụ động hoặc chỉ hút nhẹ, nông và không nín hơi sau hút [8] (**Bảng 8**). Cần lưu ý đảm bảo các tiêu chuẩn kỹ thuật khi thực hiện đo CO để tránh chỉ số CO cao giả tạo, ví dụ đo CO ngay khi vừa hút thuốc lá trong vòng 30 phút.

Bảng 8 : Nồng độ CO hơi thở ra tiên đoán cách hút thuốc lá [8]

Trị số	≤ 5 ppm	6 – 10 ppm	11 – 20 ppm	> 20 ppm
Giải thích	Không hút thuốc lá	Hút thuốc lá thụ động	Hút thuốc lá chủ động	Hút thuốc lá chủ động, rít mạnh, sâu, nín hơi

Nghiện thuốc lá cấu thành bởi ba thành phần: tâm lý, hành vi và thực thể [9]. Hai thành phần nghiện tâm lý và hành vi có thể được giải quyết tốt với tư vấn đơn thuần; riêng thành phần nghiện thực thể, tư vấn cần được kết hợp thuốc điều trị nghiện thực thể [9]. Mức độ nặng nghiện thực thể quyết định liều lượng và thời gian thuốc điều trị nghiện thuốc lá.

Đánh giá mức độ nặng nghiện thuốc lá thực thể giúp bác sỹ ước lượng ban đầu liều lượng các thuốc cai thuốc lá chỉ định cho bệnh nhân phù hợp mức độ nghiện thực thể (**Sơ đồ 5**).



Sơ đồ 5: Đánh giá mức độ nặng nghiện thuốc lá thực thể

C. Đánh giá cơ địa tâm thần kinh của người nghiện thuốc lá:

Đánh giá cơ địa tâm thần kinh của người nghiện thuốc lá có vai trò quan trọng trong tư vấn điều trị cai thuốc lá [8]. Cơ địa tâm thần kinh trầm cảm – lo âu là yếu tố nguy cơ cao của quá trình cai nghiện thuốc lá [8].

Việc đánh giá cơ địa tâm thần kinh ở tuyến y tế cơ sở rõ ràng là không có độ khả thi cao. Tuy nhiên, người có cơ địa trầm cảm lo âu thường nghiện nặng và hay tái nghiện nhiều lần. Như vậy, nhân viên y tế tuyến y tế cơ sở có thể giới thiệu các bệnh nhân nặng này lên tuyến cao hơn để được tư vấn chuyên sâu, và lúc đó đánh giá cơ địa trầm cảm lo âu là một trong các phần việc quan trọng phải thực hiện, thậm chí cần phải hội chẩn với chuyên khoa tâm thần để can thiệp cho các trường hợp khó.

Cơ địa tâm thần kinh trầm cảm, lo âu trên người nghiện thuốc lá có thể được đánh giá qua thang điểm HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) bởi các bác sỹ không công tác tại chuyên khoa tâm thần [34] (**Bảng 9**).

Bảng 9: Câu hỏi trầm cảm lo âu tại bệnh viện (HAD) [34]			
1. Ông (bà) cảm thấy căng thẳng phải không?			A
• Rất thường xuyên	3	• Tỉnh thoảng	1
• Thường xuyên	2	• Không bao giờ	0
2. Ông (bà) cảm thấy vẫn còn thích theo đuổi các sở thích của mình như trước không?			D
• Cũng như xưa	0	• Chỉ còn thích sơ sơ	2
• Còn thích nhưng giảm	1	• Hết thích hẳn	3

3. Ông (bà) có cảm thấy lo sợ dường như điều gì đó rất đáng sợ sẽ sắp xảy ra không?			A
• Rất thường xuyên	3	• Có nhưng không để ý	1
• Không nhiều	2	• Không bao giờ	0
4. Ông (bà) có cảm thấy yêu đời không?			D
• Như trước đây	0	• Ít hơn trước đây	2
• Nhiều hơn trước đây	1	• Hoàn toàn không	3
5. Ông (bà) có cảm thấy lo lắng không?			A
• Rất thường xuyên	3	• Tỉnh thoảng	1
• Thường xuyên	2	• Hiếm khi	0
6. Ông (bà) có hay khôi hài không?			D
• Không bao giờ	0	• Thường xuyên	2
• Hiếm khi	1	• Rất thường xuyên	3
7. Ông (bà) có thể ngồi yên một chỗ không làm gì mà vẫn cảm giác thư giãn thoải mái?			A
• Hoàn toàn được	0	• Hiếm khi	2
• Có thể được	1	• Không bao giờ	3
8. Ông (bà) có cảm giác là làm việc gì cũng chậm chạp cả			D
• Rất thường xuyên	3	• Đôi khi	1
• Thường xuyên	2	• Không bao giờ	0
9. Ông (bà) có cảm giác sợ hãi đến ngộp thở không?			A
• Không bao giờ	0	• Khá thường xuyên	2
• Đôi khi	1	• Rất thường xuyên	3
10. Ông (bà) còn lưu ý quan tâm chăm sóc bề ngoài của bản thân nữa không?			D
• Hoàn toàn không còn quan tâm	3	• Giảm ít	1
• Giảm nhiều	2	• Vẫn còn quan tâm như trước đây	0
11. Ông (bà) có cảm giác bồn chồn không yên không?			A
• Chính xác là như vậy	3	• Không hẳn là vậy	1

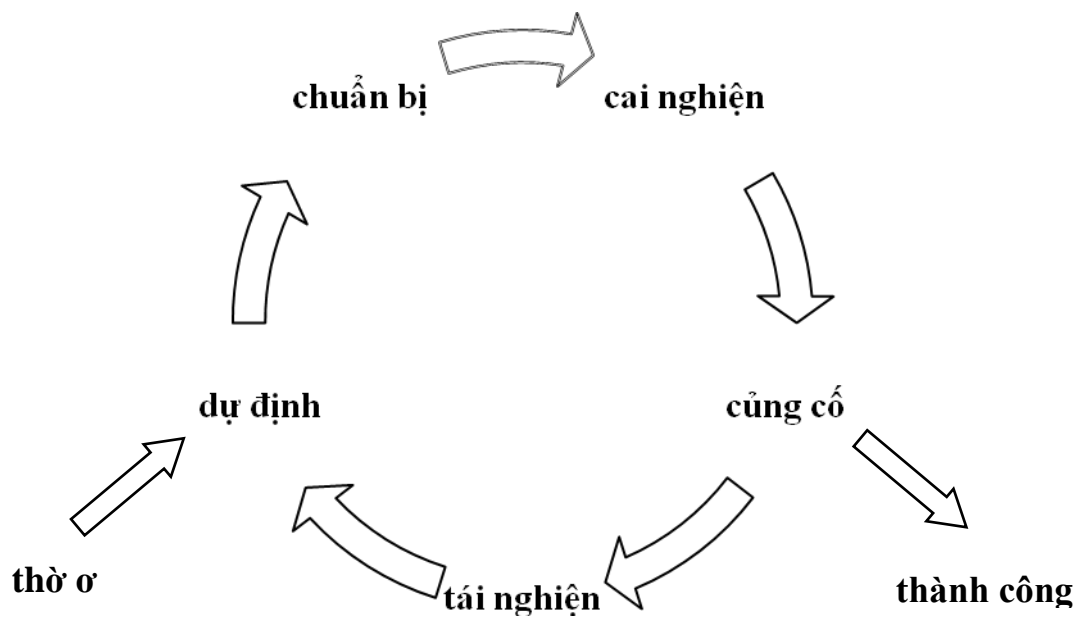
• Có một chút	2	• Hoàn toàn không	0
12. Ông (bà) có còn hay nảy ra sáng kiến để làm việc này, việc khác không?			D
• Cũng như trước đây	0	• Ít hơn trước đây nhiều	2
• Hơi ít hơn trước đây	1	• Không còn sáng kiến nữa	3
13. Ông (bà) có cảm giác hoảng loạn đột ngột hay không?			A
• Rất thường xuyên	3	• Đôi khi	1
• Thường xuyên	2	• Không bao giờ	0
14. Ông (bà) có cảm giác vui vẻ khi đọc sách, xem truyền hình, nghe phát thanh không?			D
• Thường xuyên	0	• Hiếm khi	2
• Đôi khi	1	• Không bao giờ	3
Giải thích:			
Tổng điểm A > 8	Cơ địa lo âu	Tổng điểm A + H > 13	Trạng thái trầm cảm nhẹ
Tổng điểm D > 8	Cơ địa trầm cảm	Tổng điểm A + H > 19	Trạng thái trầm cảm nặng

Người có cơ địa trầm cảm và lo âu sẽ có nguy cơ nặng lên các triệu chứng này khi cai thuốc lá [8]. Đánh giá cơ địa trầm cảm, lo âu giúp bác sỹ và người nghiện thuốc lá có sự chuẩn bị cần thiết khi cai thuốc lá [8].

CHƯƠNG 3: TƯ VẤN CẢI NGHIỆN THUỐC LÁ

1. Cơ sở khoa học của tư vấn cai nghiện thuốc lá:

Quá trình chuyển đổi hành vi hút thuốc lá Prochaska là nền tảng của tư vấn cai nghiện thuốc lá [36]. Chu trình Prochaska gồm bảy giai đoạn liên kết với nhau (Số đồ 5) [36].



Sơ đồ 6: Chu trình chuyển đổi hành vi hút thuốc lá Proschaska [36]

Sự chuyển đổi lần lượt qua các giai đoạn là liên tục [36] với thời gian trải qua từng giai đoạn là khác nhau giữa các cá thể, thay đổi tùy vào các biện pháp can thiệp từ ngoài mà người hút thuốc lá nhận được [36]. Quá trình chuyển đổi hành vi không phải là vòng tròn khép kín, ngược lại là vòng xoắn ốc đi lên, và cứ mỗi lần đi qua một vòng là người cai thuốc lá có thêm các trải nghiệm mới vốn cần thiết và là tiền đề cho cai thuốc lá thành công sau này [36].

Giai đoạn “thờ ơ” tương ứng thời gian người hút thuốc lá không có kiến thức về tác hại thuốc lá và đương nhiên không có dự định cai thuốc lá [36]. Người hút thuốc lá ở giai đoạn “thờ ơ” được gọi là người hút thuốc lá “hạnh phúc” do họ chỉ cảm nhận được “lợi ích” mà không cảm thấy được “tác hại” của việc hút thuốc lá [10].

Giai đoạn “thờ ơ” có thể minh họa với trường hợp chàng trai mới lớn tập hút thuốc lá cảm nhận được hút thuốc lá biểu trưng cho “tự do”, “trưởng thành” và “sành điệu”; hoặc trường hợp người trưởng thành mới hút thuốc lá cảm nhận được lợi ích “giảm lo âu”, “giảm căng thẳng” khi hút thuốc lá. Cả hai trường hợp này đều không biết, không cảm nhận tác hại của hút thuốc lá. Họ chính là những người hút thuốc lá “hạnh phúc” trong giai đoạn thờ ơ.

Thời gian hút thuốc lá còn quá ngắn chưa đủ bộc lộ những tác hại của thuốc lá trên sức khỏe, các hiệu ứng tâm thần kinh khi hút thuốc lá quá rõ ràng làm cho người thuốc lá “hạnh phúc” không có ý niệm tìm hiểu về tác hại thuốc lá, không tin nếu có tình cờ biết được tác hại thuốc lá, nếu có tin thì cũng sẽ cho rằng tác hại hút thuốc lá không

xây ra cho bản thân họ. Do vậy, người hút thuốc lá trong giai đoạn “thờ ơ” chưa có dự định cai thuốc lá.

Giai đoạn “thờ ơ” kéo dài từ vài tháng đến nhiều năm và kết thúc khi người hút thuốc lá đủ “trưởng thành” về mặt nhận thức để có thể biết và tin rằng tác hại hút thuốc lá là có thật, khi thời gian hút thuốc lá “đủ dài” để gây một vài tác hại trên sức khỏe có thể cảm nhận được ví dụ: vàng răng, hơi thở hôi, ho vào buổi sáng.

Giai đoạn “dự định” tương ứng thời điểm người hút thuốc lá đã có đủ nhiều kiến thức về tác hại thuốc lá để tin rằng thuốc lá thực sự có hại cho sức khỏe hoặc người hút thuốc lá đã hút đủ lâu để có thể trải nghiệm một số tác hại hút thuốc lá trên bản thân, gia đình, kết quả là họ có dự định cai thuốc lá [36]. Người hút thuốc lá ở giai đoạn “dự định” được gọi là người hút thuốc lá “lưỡng lự” do họ cảm nhận được “tác hại” nhưng đồng thời cũng cảm nhận mạnh mẽ “lợi ích” hút thuốc lá [10].

Giai đoạn “dự định” có thể minh họa với trường hợp người hút thuốc lá một thời gian bắt đầu cảm thấy mệt, ho khi hút thuốc lá, hoặc chứng kiến người thân, bạn bè mắc bệnh do hút thuốc lá, hoặc có cơ hội biết các thông tin về tác hại thuốc lá. Họ bắt đầu tin rằng hút thuốc lá có tác hại, nhưng chưa muốn từ bỏ hút thuốc lá ngay vì còn tiếc “lợi ích” hút thuốc lá.

Hiểu biết tác hại thuốc lá chưa đủ sâu, trải nghiệm về tác hại hút thuốc lá chưa đủ nhiều, bên cạnh đó “lợi ích” do hút thuốc lá còn lớn, người hút thuốc lá trong giai đoạn “dự định” có dự định cai thuốc lá nhưng chưa quyết định thời điểm, tạm thời họ vẫn tiếp tục hút thuốc lá.

Giai đoạn “dự định” kéo dài cũng vài tháng đến vài năm. Cảm nhận “lợi ích” hút thuốc lá ngày càng giảm, cảm nhận tác hại hút thuốc lá ngày càng tăng. Người hút thuốc lá “lưỡng lự” sẽ bắt đầu nhận thức được lợi ích của cai thuốc lá và giai đoạn “dự định” sẽ kết thúc ở đó để chuyển sang giai đoạn “chuẩn bị”.

Giai đoạn “chuẩn bị” tương ứng thời gian người hút thuốc lá cảm nhận hút thuốc lá nhiều tác hại hơn “lợi ích”, cảm nhận được lợi ích cai thuốc lá, kết quả họ chuẩn bị cai thuốc lá [36]. Người hút thuốc lá ở giai đoạn “chuẩn bị” được gọi là người hút thuốc lá “lo lắng” do họ còn lo lắng nhiều về “tác hại” cai thuốc lá nên chưa dám cai hẳn [10].

Giai đoạn “chuẩn bị” có thể minh họa với trường hợp người hút thuốc lá nhận thức rõ ràng lợi ích cai thuốc lá và tự thay đổi hành vi để thử cai thuốc lá: không hút thuốc lá mỗi khi thức dậy, không hút thuốc lá trong nhà, giảm số lượng điếu thuốc lá hút mỗi

ngày. Tuy nhiên người này chưa dám cai hẳn vì vẫn còn lo lắng các “khó chịu” khi cai thuốc lá: lên cân, buồn bã, mất ngủ. Người này có động thái đi tìm hiểu phương pháp hỗ trợ cai thuốc lá.

Giai đoạn “chuẩn bị” kéo dài ngắn hay dài tùy thuộc vào kết quả quá trình tìm kiếm các phương pháp hỗ trợ cai nghiện thuốc lá và sẽ kết thúc khi người hút thuốc lá tìm được nguồn hỗ trợ nào đó mà họ tin tưởng rằng có thể giúp họ cai thuốc lá “đỡ vất vả hơn”, lúc này họ sẽ chuyển sang giai đoạn “cai nghiện” thực sự.

Giai đoạn “cai nghiện” tương ứng thời điểm người hút thuốc lá nhận thức rõ ràng về biện pháp hỗ trợ cai nghiện thuốc lá nhằm kiểm soát các tác hại của cai nghiện thuốc lá và tiến hành cai nghiện thuốc lá thực sự [36]. Giảm số lượng điếu thuốc lá hút không được gọi là giai đoạn cai nghiện mà chỉ là giai đoạn chuẩn bị [10].

Giai đoạn “cai nghiện” có thể được minh họa với trường hợp người hút thuốc lá sau một thời gian tìm hiểu và tìm ra một biện pháp hỗ trợ cai nghiện thuốc lá nào đó, ví dụ dùng châm cứu, dùng miếng dán nicotine và quyết định cai thuốc lá hoàn toàn từ thời điểm đó.

Giai đoạn “cai nghiện” có giá trị lý thuyết hơn là thực tế vì diễn ra rất ngắn, được tính bằng thời điểm ra quyết định và thực hiện cai nghiện thuốc lá thực sự. Đây là khoảng thời gian ngắn xảy ra sau khi giai đoạn “chuẩn bị” chín mùi và ngay trước khi giai đoạn “củng cố” bắt đầu. Trên quan điểm trưởng thành về nhận thức, giai đoạn “cai nghiện” là một mốc then chốt trong quá trình cai thuốc lá nên được phân loại thành một giai đoạn độc lập [36].

Giai đoạn “củng cố” tương ứng thời gian ngay sau khi quyết định cai thuốc lá hoàn toàn cho đến thời điểm 1 năm sau cai thuốc lá [36]. Giai đoạn “củng cố” đặc trưng bởi các “khó chịu” và các “nỗ lực” người cai thuốc lá dùng đến để vượt qua nhằm tránh tái nghiện. Các “khó khăn” của giai đoạn “củng cố” là các cám dỗ từ môi trường bên ngoài (cảnh người khác hút thuốc lá, mùi thơm của khói thuốc lá, bạn bè mời hút thuốc lá) và bên trong (cảm giác thèm thuốc lá, khoảnh khắc buồn bã, vui sướng, cô đơn, sum họp, thành công, thất bại) [10].

Giai đoạn “củng cố” kết thúc hoặc bằng tái nghiện khi người cai thuốc lá hút thuốc lá lại hoặc thành công khi người cai nghiện thuốc lá đạt được ngưỡng 1 năm cai thuốc lá [36]

Giai đoạn “tái nghiện” tương ứng thời điểm người đang cai thuốc lá hút thuốc lá trở lại. Tái nghiện có thể xảy ra sớm trong vòng 6 tháng đầu tiên khi cai thuốc lá thậm

chí là rất sớm trong vòng vài ngày thậm chí vài giờ sau cai thuốc lá. Tái nghiện cũng có thể xảy ra muộn trong vòng 6 tháng đến 1 năm sau cai thuốc lá. Tái nghiện cũng có thể xảy ra cả trong giai đoạn thành công nghĩa là vào khoảng thời gian sau 1 năm cai thuốc lá, thậm chí là rất muộn, vào khoảng hàng chục năm sau khi cai thuốc lá. Tái nghiện là giai đoạn mà đa số người cai thuốc lá phải trải qua: 90% người hút thuốc lá đi vào chu trình cai nghiện thuốc lá sẽ trải qua giai đoạn tái nghiện [10]. 80% người hút thuốc lá tự cai thuốc lá tái nghiện trong 1 tháng, và hằng năm chỉ có 3% cai nghiện thuốc lá thành công [11]. Khái niệm cai nghiện “thất bại” không tồn tại mà chỉ có khái niệm cai nghiện “chưa thành công” hoặc “tái nghiện” mà thôi.

Giai đoạn “tái nghiện” có thể diễn ra dưới bốn tình huống.

- Tình huống một: tái nghiện do không vượt qua được “tác hại” cai thuốc lá, ví dụ tăng cân do cai thuốc lá.
- Tình huống hai: tái nghiện do không đạt được lợi ích cai thuốc lá, ví dụ ngăn ngừa ung thư tiến triển, bệnh nhân ung thư phế quản đang cai thuốc lá, phát hiện ung thư di căn, sẽ hút thuốc lá trở lại vì thất vọng với lợi ích cai thuốc lá.
- Tình huống ba: tái nghiện do cảm nhận “lợi ích” của hút thuốc lá tăng vọt, ví dụ người đang cai thuốc lá bị mất người thân hút thuốc lá trở lại để giảm buồn.
- Tình huống bốn: tái nghiện do cảm nhận “tác hại” thuốc lá giảm đi, ví dụ người đang cai thuốc lá hút thuốc lá trở lại vì nghe quảng cáo là loại thuốc lá mới sản xuất có đầu lọc đặc biệt có thể làm giảm tác hại thuốc lá.

Giai đoạn “thành công” tương ứng thời điểm người cai thuốc lá vượt qua được thời điểm 1 năm sau khi cai thuốc lá mà vẫn chưa tái nghiện [34].

Giai đoạn thành công đặc trưng bằng cảm nhận mạnh mẽ của người cai nghiện thuốc lá về lợi ích cai thuốc lá. Trong giai đoạn này họ thường ít quan tâm đến “tác hại” của cai thuốc lá, “lợi ích” và “tác hại” của hút thuốc lá. Do thiếu cảnh giác, họ vẫn có nguy cơ tái nghiện ở giai đoạn này. Thành công trong cai thuốc lá không bao giờ là thành công vĩnh viễn.

Các giai đoạn trong quá trình chuyển đổi hành vi hút thuốc lá Proschaska liên quan mạnh mẽ mức độ quyết tâm cai thuốc lá. Tương tác giữa các yếu tố ảnh hưởng quyết tâm cai nghiện thuốc lá đã hình thành các giai đoạn khác nhau trong chu trình Proschaska, tương ứng từng giai đoạn sẽ có một yếu tố giữ vai trò chủ đạo (**Bảng 10**).

Bảng 10: Yếu tố chủ đạo ở từng giai đoạn chuyển đổi hành vi hút thuốc lá

Yếu tố ảnh hưởng Giai đoạn	Hút thuốc lá		Cai thuốc lá	
	Lợi ích	Tác hại	Lợi ích	Tác hại
Thờ ơ	√			
Dự định		√		
Chuẩn bị			√	
Cai nghiện				√
Củng cố				√
Tái nghiện (*)	√	√	√	√
Thành công			√	

(*) Yếu tố nổi bật trong giai đoạn tái nghiện có thể khác biệt giữa các lần tái nghiện

Quá trình chuyển đổi hành vi Proschaska không phải là vòng tròn khép kín mà là vòng xoắn ốc đi lên [36]. Trải nghiệm của các lần tái nghiện trước đó sẽ được tích lũy làm tiền đề cho thành công cai nghiện thuốc lá trong những lần sau.

Tư vấn cai nghiện thuốc lá là cung cấp cho người hút thuốc lá các yếu tố cần thiết để thay đổi các giai đoạn chuyển đổi hành vi hút thuốc lá Proschaska. Tùy giai đoạn chuyển đổi hành vi hút thuốc lá, các yếu tố cần được tư vấn sẽ thay đổi theo. Người hút thuốc lá “hạnh phúc” trong giai đoạn “thờ ơ” được tư vấn về tác hại thuốc lá sẽ có nhận thức đúng mức về tác hại thuốc lá, không còn thờ ơ nữa và sẽ chuyển từ giai đoạn “thờ ơ” sang “dự định”. Người hút thuốc lá “lưỡng lự” trong giai đoạn “dự định” được tư vấn về lợi ích cai thuốc lá sẽ hết lưỡng lự và chuyển từ giai đoạn “dự định” sang “chuẩn bị”. Người hút thuốc lá “lo lắng” trong giai đoạn “chuẩn bị” được tư vấn về “tác hại” cai thuốc lá và các biện pháp hỗ trợ vượt qua sẽ hết “lo lắng” và chuyển từ giai đoạn “chuẩn bị” sang “cai nghiện”. Người cai thuốc lá trong giai đoạn củng cố được tư vấn về các giải pháp vượt qua “tác hại” cai thuốc lá bao gồm cả thuốc điều trị, duy trì tốt tình trạng cai thuốc lá trong ít nhất một năm sẽ chuyển sang giai đoạn thành công. Tùy theo từng lý do tái nghiện, người tái nghiện được tư vấn tương ứng để chuyển vào giai đoạn mới “dự định”, “chuẩn bị” hay “cai nghiện”.

Tư vấn cai nghiện thuốc lá giúp quá trình chuyển biến qua các giai đoạn chuyển đổi hành vi hút thuốc lá diễn ra nhanh hơn. Thành công của tư vấn cai nghiện thuốc lá không chỉ đánh giá bằng tỷ lệ cai thuốc lá thành công mà còn được đánh giá qua tỷ lệ người hút thuốc lá đã thay đổi được giai đoạn chuyển đổi hành vi hút thuốc lá.

2. Tư vấn ngắn cai nghiện thuốc lá:

Khuyến cáo: Bác sỹ nên đưa lời khuyên cai thuốc lá mạnh mẽ đến mọi người hút thuốc lá vì lời khuyên của bác sỹ giúp tăng tỷ lệ cai thuốc lá thành công. (**Chứng cứ A**) [3].

Khuyến cáo: Nhân viên y tế ở mọi vị trí công tác nên tư vấn ngắn cai thuốc lá vì việc này giúp tăng tỷ lệ cai thuốc lá thành công (**Chứng cứ A**) [3].

Khuyến cáo: Nhân viên y tế ở nhiều vị trí công tác nên cùng tư vấn ngắn cai thuốc lá vì tư vấn đồng thời có hiệu quả cao hơn tư vấn riêng lẻ (**Chứng cứ C**) [3].

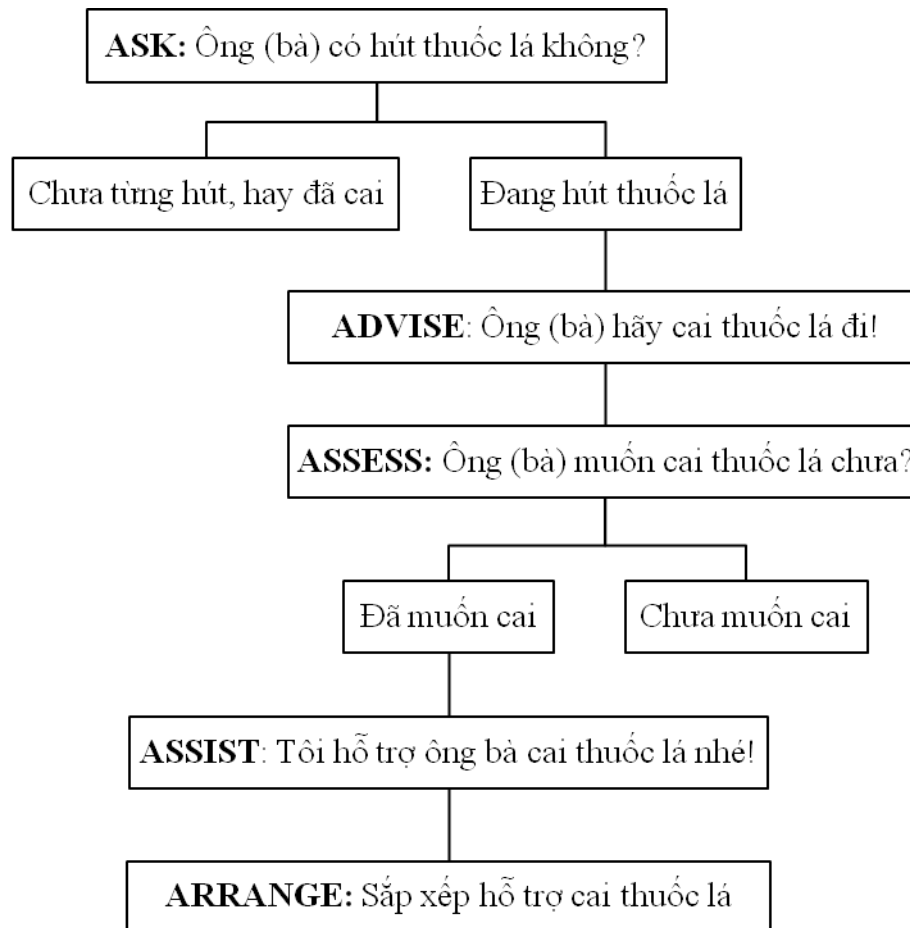
Khuyến cáo: Mọi người hút thuốc lá nên được tư vấn ngắn ít nhất là ở mức tối thiểu < 3 phút cho dù muốn hay không tiếp tục được tư vấn sâu cai nghiện thuốc lá vì tư vấn ngắn dù thực hiện ở mức tối thiểu < 3 phút cũng tăng tỷ lệ cai thuốc lá thành công (**Chứng cứ A**) [3].

Khuyến cáo: Tập huấn kỹ năng giải quyết tình huống và khuyến khích cai nghiện thuốc lá là loại tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá cho tỷ lệ cai nghiện thuốc lá cao (**Chứng cứ B**) [3].

Khuyến cáo: Người hút thuốc lá được tư vấn ngắn cai nghiện thuốc lá nên được theo dõi để đánh giá hiệu quả trong các lần tái khám sau này. Nếu thành công, người cai nghiện thuốc lá cần được khen ngợi và cung cấp các giải pháp phòng tái nghiện. Nếu tái nghiện, người tái nghiện cần được đánh giá lại quyết tâm cai thuốc lá lần nữa (**Chứng cứ C**) [3].

Khuyến cáo: Điều trị kết hợp tư vấn và dùng thuốc cai thuốc lá cho hiệu quả cao hơn hẳn từng biện pháp riêng lẻ. Vì thế nếu có điều kiện nên kết hợp tư vấn và thuốc cai nghiện thuốc lá cho người hút thuốc lá (**Chứng cứ A**) [3].

Tư vấn ngắn cai nghiện thuốc lá có mục tiêu nhận diện nhanh người hút thuốc lá và tư vấn ngắn gọn từ 3 – 10 phút. Tư vấn ngắn cai nghiện thuốc lá đề cập đến 5 chữ A: **A**sk (hỏi về tình trạng hút thuốc lá), **A**dvice (khuyến cai thuốc lá), **A**ssess (đánh giá dự định cai thuốc lá), **A**ssist (đề nghị hỗ trợ cai thuốc lá) và **A**rrange (sắp xếp hỗ trợ cai thuốc lá) (**Sơ đồ 6**) [3].



Sơ đồ 7: Quy trình tư vấn ngăn cai nghiện thuốc lá tại các tuyến cơ sở y tế

ASK: Hỏi tình trạng hút thuốc lá là bước đầu tiên phải làm trong tư vấn ngăn cai nghiện thuốc lá (**Chứng cứ A**) [3]. Nếu câu trả lời là không, cần hỏi thêm câu hỏi phụ là: “Ông (bà) đã từng hút thuốc lá chưa?”. Hỏi tình trạng hút thuốc lá giúp phân loại người được hỏi thành ba nhóm: chưa bao giờ hút thuốc lá, từng hút thuốc lá hiện đã cai, và đang hút thuốc lá.

Đối với người chưa bao giờ hút thuốc lá, tư vấn viên cần chúc mừng và khuyến cáo họ không bao giờ thử hút thuốc lá. Quy trình tư vấn ngăn cho đối tượng này kết thúc tại đây.

Đối với người đã từng hút thuốc lá và hiện nay đã cai, tư vấn viên cần chúc mừng và khuyến cáo họ không bao giờ hút thuốc lá trở lại. Quy trình tư vấn ngăn cho đối tượng này kết thúc tại đây.

Đối với người đang hút thuốc lá, quy trình tư vấn ngăn cai nghiện thuốc lá sẽ tiếp tục qua bước hai là khuyên cai thuốc lá.

ADVISE: Khuyến cai thuốc lá được thực hiện cho mọi người đang hút thuốc lá bất kể họ có muốn cai thuốc lá hay không (**Chứng cứ A**) [3].

Yêu cầu của lời khuyên cai thuốc lá trong tư vấn ngắn cai nghiện thuốc lá là: rõ ràng, mạnh mẽ, và tương thích với cá nhân người được tư vấn (**Bảng 11**) [3].

Bảng 11: Yêu cầu lời khuyên cai thuốc lá trong tư vấn ngắn cai nghiện thuốc lá [3]

Tiêu chí	Các ví dụ minh họa
Rõ ràng	<ul style="list-style-type: none"> • Ông (bà) phải cai thuốc lá <u>ngay bây giờ</u>, tôi sẽ hỗ trợ ông (bà)! • Hút thuốc lá <u>nhẹ</u> hay <u>đôi khi</u> mới hút thì cũng <u>rất nguy hiểm!</u> • <u>Giảm</u> số lượng điếu thuốc lá mỗi ngày không thể gọi là cai thuốc lá!
Mạnh mẽ	<ul style="list-style-type: none"> • Cai thuốc lá là chuyện <u>cần thiết</u> và <u>quan trọng nhất</u> ông bà có thể làm! • Ông (bà) <u>phải</u> cai ngay hôm nay, không chần chừ gì nữa! • Ở đây <u>cấm</u> hút thuốc lá!
Tương thích	<ul style="list-style-type: none"> • Hút thuốc lá làm bệnh phổi <u>của</u> ông (bà) vào cơn cấp nhiều hơn! • Cai thuốc lá giúp vết mổ <u>của</u> ông (bà) mau hồi phục! • Tiếp tục hút thuốc lá sẽ làm bệnh ung thư <u>của</u> ông (bà) tiến triển nhanh hơn!

Tiêu chí **rõ ràng** ám chỉ thái độ dứt khoát “**nói không**” với thuốc lá. Và như thế nhân viên y tế phải làm cho bệnh nhân hiểu được rằng không thể có bất kỳ một nhượng hay thỏa hiệp nào đối với hành vi hút thuốc lá. Như vậy nhân viên y tế không được khuyên bệnh nhân “**giảm**” hút thuốc lá mà chỉ được quyền khuyên “**cai**” thuốc lá.

Tiêu chí **mạnh mẽ** được thể hiện qua việc sử dụng những động từ mạnh mẽ ví dụ động từ “**phải**” cai thuốc lá thay vì “**nên**” cai thuốc lá, động từ “**cấm**” hút thuốc lá thay vì “**tránh**” hút thuốc lá. Vài ý kiến cho rằng sử dụng động từ mạnh mẽ có thể làm bệnh nhân phản ứng và bất hợp tác, tuy nhiên trên thực tế động từ mạnh mẽ vẫn phát huy hiệu quả nhiều hơn.

Tiêu chí **tương thích** được hiểu là lời khuyên đưa ra phải có liên quan trực tiếp về mặt lợi ích hoặc nguy cơ với người được khuyên. Lời khuyên đúng nhưng không liên

quan trực tiếp sẽ có hiệu quả thấp hơn. Lưu ý sử dụng từ sở hữu “**của**” sẽ giúp làm mạnh tính tương thích.

ASSESS: Đánh giá dự định cai thuốc lá cần được đưa ra ngay sau lời khuyên cai thuốc lá. Tư vấn viên chỉ cần hỏi: “Ông (bà) có muốn cai thuốc lá không?” [3].

Đối với người trả lời “không”, tư vấn viên cần giới thiệu bệnh nhân đi tư vấn chuyên sâu đánh giá giai đoạn chuyển đổi hành vi hút thuốc lá và được tư vấn tăng cường quyết tâm cai nghiện thuốc lá. Quy trình tư vấn ngắn kết thúc tại đây [3].

Đối với người trả lời “có”, quy trình tư vấn ngắn cai nghiện thuốc lá sẽ chuyển sang bước bốn là đề nghị hỗ trợ cai thuốc lá [3].

ASSIST: Nhân viên y tế cần đề nghị hỗ trợ cai thuốc lá cho người hút thuốc lá có dự định cai thuốc lá bằng lời đề nghị: “Tôi hỗ trợ ông (bà) cai thuốc lá nhé!” [3]

Đối với người trả lời “không”, tư vấn viên có thể hẹn họ quay trở lại lần sau, hoặc giới thiệu họ đi tư vấn chuyên sâu đánh giá mức độ nghiện thực thể, cơ địa tâm thần kinh và khởi động tư vấn chuyên sâu cai nghiện thuốc lá bao gồm việc sử dụng thuốc cai nghiện thuốc lá. Quy trình tư vấn ngắn kết thúc tại đây [3].

Đối với người trả lời “có”, quy trình tư vấn ngắn cai nghiện thuốc lá sẽ chuyển sang bước năm là sắp xếp hỗ trợ cai nghiện thuốc lá [3].

ARRANGE: Sắp xếp hỗ trợ cai nghiện thuốc lá được thực hiện khi người hút thuốc lá muốn cai thuốc lá và đồng ý nhận sự hỗ trợ từ nhân viên y tế. Sắp xếp hỗ trợ cai thuốc lá thay đổi tùy theo năng lực chuyên môn của nhân viên y tế.

Nhân viên y tế không có chuyên môn ví dụ nhân viên bảo vệ, lái xe, hộ lý có thể khuyên người hút thuốc lá cai thuốc lá và sau đó giới thiệu người muốn cai thuốc lá và đồng ý nhận hỗ trợ từ nhân viên y tế đến gặp các đồng nghiệp có năng lực chuyên môn cao hơn: điều dưỡng, bác sỹ để được hỗ trợ tốt hơn.

Điều dưỡng, kỹ thuật viên có thể hướng dẫn người muốn cai thuốc lá nhận diện các yếu tố thuận lợi và thách thức cho lần cai thuốc lá này, sau đó lên lập kế hoạch cai thuốc lá cụ thể với các giải pháp để vượt qua (**Bảng 12**).

Bác sỹ có thể kê toa và hướng dẫn sử dụng thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá khi cần thiết, nhằm tăng cơ hội thành công cai thuốc lá (**Bảng 12**).

Điều then chốt trong sắp xếp hỗ trợ cai nghiện thuốc lá là nhân viên y tế phải thể hiện cam kết sẵn sàng hỗ trợ, chia sẻ động viên các khó khăn khi cai thuốc lá và có lên lịch hẹn tái khám, theo dõi hiệu quả tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá (**Bảng 12**).

Bảng 12: Sắp xếp hỗ trợ trong tư vấn ngăn cai nghiện thuốc lá

	Các ví dụ minh họa
Nhận diện thuận lợi và thách thức	<ul style="list-style-type: none"> Hỏi các trải nghiệm từ các lần cai nghiện thuốc lá trước đây để dự đoán các yếu tố thuận lợi, khó khăn cho cai nghiện thuốc lá lần này. Hỏi các trải nghiệm từ các lần cai nghiện thuốc lá trước đây về cách đương đầu và vượt qua thách thức để lên kế hoạch đối phó cho lần cai nghiện thuốc lá này. <p style="text-align: center;">Thảo luận về các lo ngại và tình hình hiện tại để xác định yếu tố thuận lợi và nguy cơ cho lần cai thuốc lá này.</p>
Lập kế hoạch cụ thể cai thuốc lá về thời gian, phương tiện cai thuốc lá	<ul style="list-style-type: none"> Cai thuốc lá nên được lập kế hoạch để có thể tiến hành ngay trong vòng hai tuần sau lần tư vấn đầu tiên. Chuẩn bị sự hỗ trợ từ môi trường sống và làm việc bằng cách thông báo rộng rãi cho mọi người về quyết định cai thuốc và đề nghị mọi người cảm thông, hỗ trợ. . Chuẩn bị môi trường sống và làm việc không thuốc lá: kêu gọi mọi người cùng cai thuốc lá, tạm thời tránh xa nơi có nhiều người hút thuốc lá. Lập kế hoạch cụ thể đối phó các thách thức có thể có trong lần cai nghiện thuốc lá này xuất phát từ phần nhận diện yếu tố thuận lợi và thách thức ở trên Giới thiệu tư vấn chuyên sâu trong trường hợp phức tạp.

Giới thiệu thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá	<ul style="list-style-type: none"> • Chỉ định thuốc cai nghiện thuốc lá khi cần và hướng dẫn sử dụng thuốc cai nghiện thuốc lá về liều lượng, cách dùng cụ thể. • Giải thích vai trò thuốc cai thuốc lá giúp tăng tỷ lệ cai thuốc lá thành công bằng cách giảm nhẹ hội chứng cai thuốc lá. • Nhấn mạnh thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá không thay thế cho tư vấn và quyết tâm cai nghiện thuốc lá của người hút thuốc lá.
Cam kết hỗ trợ, động viên nỗ lực cai nghiện thuốc lá	<ul style="list-style-type: none"> • Cam kết sẵn sàng hỗ trợ: “Chúng tôi sẽ luôn sẵn sàng để hỗ trợ ông (bà)”, “Trong quá trình cai thuốc lá nếu có gì trở ngại hãy liên lạc với chúng tôi”, “Đây là số điện thoại tư vấn hỗ trợ cai nghiện thuốc lá, ông (bà) có thể gọi bất kỳ lúc nào” • Động viên khuyến khích: “Ông (bà) đã rất quyết tâm và những biện pháp điều trị này rất có hiệu quả, ông (bà) hãy cố gắng, ông (bà) sẽ thành công thôi”, “Ông (bà) đã có kinh nghiệm trong lần cai thuốc lá trước đây, kinh nghiệm đó sẽ giúp ông (bà) cai nghiện thuốc lá thành công trong lần này thôi”.

3. Tư vấn chuyên sâu:

A. Tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai thuốc lá:

Khuyến cáo: Nhân viên y tế cần tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai thuốc lá cho người đang hút thuốc lá nhưng chưa muốn cai thuốc lá vì tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai thuốc lá có hiệu quả giúp tăng cơ hội cai thuốc lá trong tương lai (**Chứng cứ B**) [3].

Khuyến cáo: Nhân viên y tế nên cố gắng gặp và tư vấn chuyên sâu cai thuốc lá từ 4 lần trở lên cho người hút thuốc lá vì điều này đặc biệt có hiệu quả trong tăng tỷ lệ cai thuốc lá thành công (**Chứng cứ A**) [3].

Khuyến cáo: Người hút thuốc lá nên được khuyến cáo đi tư vấn chuyên sâu nếu có thể vì tư vấn chuyên sâu có hiệu quả hơn tư vấn ngắn và tỷ lệ cai nghiện thuốc lá thành công liên quan chặt chẽ với thời gian và số lần tư vấn (**Chứng cứ A**) [3].

Khuyến cáo: Tư vấn chủ động qua điện thoại, tư vấn theo nhóm và tư vấn cá nhân đều hiệu quả và nên được sử dụng trong cai nghiện thuốc lá (**Chứng cứ A**) [3].

Khuyến cáo: Tư vấn điều trị cai thuốc lá kết hợp nhiều hình thức khác nhau giúp tăng tỷ lệ cai thuốc lá thành công (**Chứng cứ A**) [3].

Khuyến cáo: Nhân viên y tế cần chọn tài liệu phù hợp cung cấp cho người hút thuốc lá muốn cai thuốc lá vì tài liệu liên quan đến cai nghiện thuốc lá được viết phù hợp với nhu cầu riêng biệt của cá nhân có hiệu quả trong giúp cai thuốc lá (**Chứng cứ A**) [3].

Một thách thức của tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá là người hút thuốc lá chưa muốn cai thuốc lá do quyết tâm cai nghiện thuốc lá còn thấp. Quy trình tư vấn ngắn thường dừng lại ở bước ba trước các đối tượng này. Tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai nghiện thuốc lá cần được giới thiệu cho các đối tượng này.

Tư vấn chuyên sâu cai nghiện thuốc lá được định nghĩa là tư vấn nhiều lần (> 4 lần), tư vấn thời gian dài (> 10 phút) và được thực hiện bởi nhân viên y tế được huấn luyện bài bản về tư vấn điều trị cai thuốc lá, thường là bác sỹ chuyên khoa về tư vấn cai nghiện thuốc lá.

Đánh giá chuyên sâu quyết tâm cai nghiện thuốc lá là tiền đề để tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai thuốc lá. Nhận diện giai đoạn chuyển đổi hành vi hút thuốc lá, tác động lên các yếu tố ảnh hưởng quyết tâm tương ứng là nguyên tắc cốt lõi, nghĩa là, tư vấn tác hại hút thuốc lá cho giai đoạn “thờ ơ”, tư vấn lợi ích cai thuốc lá cho giai đoạn “dự định”, tư vấn về “tác hại” hay các rào cản trong cai nghiện thuốc lá cho giai đoạn “chuẩn bị”, tư vấn các giải pháp vượt qua rào cản trong cai nghiện thuốc lá cho giai đoạn “cai nghiện” và “củng cố”.

Tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai thuốc lá được mô hình hóa thành tư vấn 5R bao gồm: **R**elevance (lưu ý tính tương thích), **R**isks (đề cập nguy cơ), **R**ewards (đề cập lợi ích), **R**oadblocks (đề cập rào cản) và **R**epetition (lặp lại thường xuyên) (**Bảng 13**) [3]

Bảng 13: Tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai nghiện thuốc lá 5R

<p>RELEVANCE Tương thích</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Động viên người hút thuốc lá nêu chi tiết, cụ thể các lý do biện minh cho cai thuốc lá (nguy cơ hút thuốc lá, lợi ích cai thuốc lá) rất phù hợp với chính họ. • Tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai nghiện thuốc lá hiệu quả cao nhất nếu liên quan trực tiếp đến người hút thuốc lá hay gia đình của họ về nguy cơ của hút thuốc lá, lợi ích và rào cản của cai thuốc lá.
<p>RISKS Nguy cơ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Động viên người hút thuốc lá nêu và giải thích rõ nguy cơ của hút thuốc lá trên bản thân và gia đình họ. • Nhấn mạnh việc dùng thuốc lá mọi dạng gồm thuốc lá hàm lượng hắc ín thấp, thuốc lá không khói không giúp giảm nguy cơ lên sức khỏe do hút thuốc lá.
<p>REWARDS Lợi ích</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Động viên người hút thuốc lá nêu và giải thích rõ lợi ích của cai thuốc lá trên bản thân và gia đình họ. • Nhấn mạnh việc cai thuốc lá là mang lại lợi ích thực sự, có thể cảm nhận được, có thể xuất hiện rất sớm chứ không chỉ là giảm nguy cơ trong tương lai. Chứng minh cho người hút thuốc lá về lợi ích cai thuốc lá là có thật và có thể cảm nhận được giúp tăng có ý nghĩa quyết tâm cai nghiện thuốc lá.
<p>ROADBLOCKS Rào cản</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Động viên người hút thuốc lá nêu và giải thích rõ rào cản của cai thuốc lá họ hay gia đình có thể gặp. • Nhấn mạnh các biện pháp vượt rào cản là then chốt để tăng cường quyết tâm cai nghiện thuốc lá. Giải thích kỹ lưỡng để đảm bảo người hút thuốc lá hiểu rõ và có thể áp dụng thành công các biện pháp vượt rào cản này là rất quan trọng.

REPETITION Lặp lại	<ul style="list-style-type: none"> • Cần lặp lại tư vấn cai nghiện thuốc lá mỗi lần người hút thuốc lá chưa muốn cai thuốc lá đến khám bệnh tại cơ sở y tế. • Trấn an nỗi lo lắng tái nghiện của người hút thuốc lá bằng cách khẳng định rằng đa số những người hút thuốc lá phải cai nghiện thuốc lá nhiều lần mới thành công và tái nghiện là một giai đoạn thường xảy ra trong quá trình cai nghiện thuốc lá.
------------------------------	---

RELEVANCE: **Tương thích** là đặc tính quan trọng cần có cho mọi tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai thuốc lá: “Hút thuốc lá làm triệu chứng ho của ông (bà) đang có nặng thêm lên”, “Thuốc cai nghiện thuốc lá giúp ông (bà) hạn chế tăng cân như lần trước.”

RISKS: **Nguy cơ** hút thuốc lá cần được tư vấn cho người quyết tâm cai thuốc lá thấp, tương ứng giai đoạn “thờ ơ”. Mục tiêu tư vấn nguy cơ hút thuốc lá là để tăng quyết tâm cai thuốc lá từ mức thấp lên trung bình, chuyển giai đoạn từ “thờ ơ” lên “dự định”, “chuẩn bị”: “Hút thuốc lá làm ông (bà) sẽ lên cơn hen cấp, làm dễ mắc nhiễm trùng phổi”, “Hút thuốc lá là nguyên nhân quan trọng gây bất lực, vô sinh cho ông (bà)”; “Vợ ông hít phải khói thuốc lá thụ động sẽ tăng nguy cơ sinh non, sinh trẻ nhẹ cân”, “Tiếp xúc khói thuốc lá làm trẻ nữ nhi dễ đột tử, trẻ nhỏ như con ông (bà) dễ bị viêm tai giữa, nhiễm trùng hô hấp.”

REWARDS: **Lợi ích** cai thuốc lá cần được tư vấn cho người có quyết tâm cai thuốc lá trung bình, tương ứng giai đoạn “dự định”. Mục tiêu tư vấn lợi ích cai thuốc lá là để tăng quyết tâm cai thuốc lá từ mức trung bình lên cao, chuyển giai đoạn từ “dự định” lên “chuẩn bị”, “cai nghiện”: “Cai thuốc lá giúp ông (bà) ngửi mùi tốt hơn”, “Ông (bà) sẽ đi lại khỏe hơn, da bớt nhăn, răng trắng hơn”, “Ông bà sẽ sinh con khỏe mạnh sau khi cai thuốc lá.”

ROADBLOCKS: **Rào cản** cai thuốc lá cần được tư vấn cho người có quyết tâm cai thuốc lá cao, tương ứng giai đoạn “chuẩn bị”: tiếc niềm vui hút thuốc lá, hội chứng cai thuốc, tăng cân do cai thuốc lá, sợ thất bại, sợ cô đơn, sợ ảnh hưởng mối quan hệ với người xung quanh. Mục tiêu tư vấn rào cản cai thuốc lá là để chuyển giai đoạn từ “chuẩn bị” lên “cai nghiện”.

Tư vấn các biện pháp cụ thể, khả thi để vượt qua rào cản là then chốt. Người tiếc niềm vui hút thuốc lá cần được giải thích lợi ích cai thuốc lá lớn hơn niềm vui hút thuốc lá. Người sợ hội chứng cai thuốc lá cần được hướng dẫn cách sử dụng thuốc điều trị để giảm nhẹ hội chứng cai nghiện thuốc lá. Người sợ tăng cân sau cai thuốc lá cần được hướng dẫn chế độ ăn và tập luyện thể lực hợp lý. Người sợ tái nghiện cần được trấn an rằng tái nghiện là bình thường và cần thiết trong cai thuốc lá, nhiều người thành công sau khi tái nghiện nhiều lần.

REPETITION: Lặp lại tư vấn cai nghiện thuốc lá là đặc tính quan trọng phải có trong tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai thuốc lá. Tái nghiện là hiển nhiên trong quá trình cai nghiện thuốc lá vì thế lặp lại tư vấn cai nghiện thuốc lá, thậm chí là rất nhiều lần cũng là bình thường. Lặp lại tư vấn cai nghiện thuốc lá cần thể hiện qua việc hẹn người hút thuốc lá quay lại để tư vấn tiếp, qua sự sẵn sàng chia sẻ, hỗ trợ từ nhân viên y tế, sự cung cấp liên tục các nguồn lực hỗ trợ cai nghiện thuốc lá trong đó có tài liệu cai nghiện thuốc lá.

Một số kỹ năng mềm cần được sử dụng trong tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai nghiện thuốc lá (**Bảng 14**).

Bảng 14: Kỹ năng mềm trong tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai thuốc lá

Thể hiện cảm thông	<ul style="list-style-type: none"> • Hỏi câu hỏi mở cho lý do hút thuốc lá và lo ngại khi cai thuốc lá: “Vì sao ông (bà) hút thuốc lá?”, “Ông (bà) đoán là chuyện gì sẽ xảy ra sau khi cai thuốc lá?” • Lắng nghe để phản hồi để chia sẻ với người hút thuốc lá: “Vậy ông bà hút thuốc lá để giảm cân?”, “Dù ông (bà) thích hút, ông bà vẫn sợ hút thuốc lá gây bệnh!” • Trấn an và chia sẻ nỗi lo của người hút thuốc lá: “Nhiều người cũng lo lắng về các khó khăn sẽ gặp phải khi cai thuốc lá như ông bà”. • Tôn trọng quyết định riêng tư của người hút thuốc lá: “Tôi hiểu ông (bà) chưa sẵn sàng cai thuốc lá bây giờ. Khi ông (bà) đã sẵn sàng hãy quay trở lại với tôi!”
---------------------------	---

<p style="text-align: center;">Làm rõ mâu thuẫn</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nêu rõ mâu thuẫn nội tại giữa hành vi với nhận thức về việc hút thuốc lá: “Ông (bà) hết lòng vì con ! Ông bà nghĩ sao về tác hại của hút thuốc lá lên các con ?” • Lập lại sự lưỡng lự của người hút thuốc lá: “Dường như ông bà rất trăn trở về chuyện hút hay cai thuốc lá! hãy nói rõ cho tôi hiểu tình hình của ông bà” • Xác định điểm then chốt của mâu thuẫn: “Ông (bà) rất lo lắng không biết giải quyết hội chứng cai thuốc lá như thế nào phải không?”
<p style="text-align: center;">Giúp vượt rào cản</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Xây dựng dự định cai thuốc lá: “Hiện nay các biện pháp điều trị cai thuốc lá rất hiệu quả chống hội chứng cai thuốc lá mà ông bà đã bị, ông bà thử sử dụng nhé!” • Gợi ý các cam kết cai thuốc lá: “Như vậy, ông (bà) thấy hút thuốc lá ảnh hưởng xấu đến sức khỏe ông bà và có lẽ quyết định sẽ cai thuốc lá” • Củng cố cam kết cai thuốc lá: “ Thật tuyệt! Ông (bà) đã quyết định cai thuốc lá, chúng tôi sẽ giúp ông (bà) tránh được cơn đột quỵ như cha ông (bà) từng bị”.
<p style="text-align: center;">Xây dựng niềm tin</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gợi ý tự tin: “Các biện pháp can thiệp cai thuốc lá rất hiệu quả, hơn 50% đã cai thành công!”, “Ông (bà) đã rất thành công trong lần cai thuốc lá trước đây!” • Củng cố tự tin từ trước: “Ông (bà) hãy kể tôi nghe về lần cai nghiện thuốc lá trước đây!” , “Vì sao ông (bà) đã quyết định cai thuốc lá dù cai thuốc lá là rất khó khăn?”, “Ông (bà) đã gặp các thách thức nào trong lần cai trước và đã vượt qua ra sao?”, “Ông bà có tự tin là lần này ông (bà) cũng thành công như lần trước không?” • Hỗ trợ duy trì tự tin: “Ông bà cảm thấy như thế nào về việc cai thuốc lá lần này với sự hỗ trợ của chúng tôi”, “Ông bà còn lẩn tránh gì nữa không trước khi chúng ta cùng tiến hành cai thuốc lá lần này ?”, “Chúng tôi lúc nào cũng sẵn sàng giúp đỡ ông bà, hãy điện thoại, email hoặc đến gặp trực tiếp bất cứ khi nào ông (bà) cần!”

B. Tư vấn chuyên sâu tiến hành cai nghiện thuốc lá:

Khuyến cáo: Kết hợp thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá với tư vấn cai nghiện thuốc lá mỗi khi cần thiết vì tỷ lệ cai nghiện thuốc lá thành công liên quan chặt với số lần tư vấn có kết hợp thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá (**Chứng cứ A**) [3].

Tư vấn chuyên sâu tiến hành cai nghiện thuốc lá được thực hiện sau tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai thuốc lá. Cụ thể hơn, tư vấn chuyên sâu cai nghiện thuốc lá được tiến hành khi quyết tâm cai nghiện thuốc lá của người hút thuốc lá đủ mạnh, tương ứng giai đoạn “cai nghiện” trong chu trình Proschaska. Nội dung tư vấn chuyên sâu tiến hành cai nghiện thuốc lá tập trung vào các giải pháp đối phó “tác hại”, khó chịu do cai thuốc lá chủ yếu ở hai giai đoạn “cai nghiện” và “củng cố”. Tư vấn chuyên sâu tiến hành cai nghiện thuốc lá nếu thành công cũng góp phần tăng cường và duy trì quyết tâm cai thuốc lá. Vì thế, tư vấn chuyên sâu tiến hành cai nghiện thuốc lá cũng chính là tư vấn tăng cường quyết tâm cai thuốc lá dành riêng cho giai đoạn “cai nghiện” và “củng cố”. Để đơn giản hóa về mặt khái niệm, tư vấn chuyên sâu tăng cường quyết tâm cai nghiện thuốc lá được chỉ định cho người hút thuốc lá còn đang hút thuốc lá, nghĩa là, ở trong các giai đoạn: “thờ ơ”, “dự định”, “chuẩn bị”, “tái nghiện”; tư vấn chuyên sâu thực hiện cai nghiện thuốc lá được chỉ định cho người hút thuốc lá đang cai thuốc lá, nghĩa là, ở trong các giai đoạn: “cai nghiện”, “củng cố”.

Tư vấn chuyên sâu tiến hành cai nghiện thuốc lá cần quyết định có chỉ định kết hợp thuốc cai nghiện thuốc lá không dựa trên kết quả đánh giá chuyên sâu mức độ nghiện thuốc lá thực thể. Nghiện thực thể nặng cần thuốc điều trị thời gian lâu hơn, liều cao hơn; ngược lại, nghiện thực thể nhẹ chỉ cần thuốc điều trị thời gian ngắn hơn, liều thấp hơn. Nghiện tâm lý, hành vi đơn thuần không có chỉ định dùng thuốc cai nghiện thuốc lá. Khi có chỉ định, bác sỹ cần tư vấn thêm cơ chế tác dụng của thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá, giới thiệu các loại thuốc, liều lượng phù hợp, cách sử dụng, cách theo dõi tác dụng chính và phụ thuốc cai nghiện thuốc lá, cách xử trí các tác dụng phụ của thuốc cai nghiện thuốc lá nếu có. Những phần này sẽ được trình bày kỹ hơn trong **chương 4** bản về thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá.

Điều trị bằng thuốc cai nghiện thuốc lá, dù quan trọng, không phải là thành phần duy nhất. Điều trị cai nghiện thuốc lá bằng thuốc phải luôn kết hợp với tư vấn cai nghiện thuốc lá. Không có bất kỳ thuốc điều trị nào có thể thay thế vai trò tư vấn.

Người nghiện thuốc lá chưa muốn cai thuốc lá không thể cai thuốc lá thành công chỉ với cấm đoán hoặc dùng thuốc cai thuốc lá. Bệnh nhân nghiện thuốc lá nhập khoa hồi sức sau một biến cố cấp tính như nhồi máu cơ tim không hút thuốc lá trong thời gian nằm trong khoa hồi sức vì bị cấm tuyệt đối. Họ có thể sẽ hút lại ngay trong thời gian vừa có thể đứng lên di chuyển ra khỏi phòng hồi sức.

Trong hai giai đoạn “cai nghiện” và “củng cố”, có nhiều “tác hại” cai thuốc lá có thể xảy ra, đe dọa thành công cai nghiện thuốc lá bao gồm: hội chứng cai thuốc lá, ham muốn hút thuốc lá đột ngột, tăng cân do cai thuốc lá, trầm cảm lo âu, quyết tâm giảm sút, mất cảnh giác, lỡ hút lại một hơi hay một điếu thuốc lá. Các biến cố này cần được nhận diện sớm và can thiệp tư vấn kịp thời để ngăn ngừa tái nghiện (**Bảng 15**).

Bảng 15: Tư vấn chuyên sâu tiến hành cai nghiện thuốc lá

	“Tác hại” cai thuốc lá trong giai đoạn “cai nghiện” và “củng cố”
Hội chứng cai thuốc lá	<ul style="list-style-type: none"> • Thường xuất hiện rất sớm từ 24 giờ đầu tiên, nặng nhất sau 1 tuần, giảm nhẹ từ tuần 4 – 6 và hết hẳn 6 tháng sau cai thuốc lá. Mức độ nặng tỷ lệ thuận với mức độ nặng của nghiện thuốc lá thực thể với cơ chế thiếu nicotine tuyệt đối hay tương đối. • Thường xuất hiện khi có nghiện thực thể nặng mà thuốc cai thuốc lá không được chỉ định hay chỉ định không đủ liều, không tuân thủ điều trị. • Cần tư vấn sử dụng thuốc cai nghiện thuốc lá (nếu chưa chỉ định), tăng liều, kéo dài thời gian hay kết hợp thuốc (nếu đã chỉ định), kiểm tra tuân thủ điều trị thuốc.
Ham muốn hút thuốc lá (Craving)	<ul style="list-style-type: none"> • Thường xuất hiện thành cơn ham muốn đột ngột, mạnh mẽ, dài 3 – 5 phút. Ham muốn xuất hiện không liên quan thời gian sau cai nghiện thuốc lá, không do thiếu nicotine mà do nghiện tâm lý, hành vi. • Thường xuất hiện khi có nghiện tâm lý, hành vi mà trong đó người nghiện thuốc lá đã liên kết một kích thích từ môi trường bên ngoài với hành vi hút thuốc lá: ăn món ngon, xem cuốn phim hay, trải nghiệm sự kiện hạnh phúc hoặc buồn bã. • Cần tư vấn hạn chế tiếp xúc với hoàn cảnh dễ có những kích thích gây hút thuốc lá; trì hoãn hút thuốc lá 3 – 5 phút khi có cơn ham muốn hút thuốc lá: đi bộ, uống nước, ngậm kẹo, nói chuyện, hít thở sâu.

Tăng cân	<ul style="list-style-type: none"> • Thường xuất hiện ngay sau khi bắt đầu cai thuốc lá, ổn định dần sau 3 – 12 tháng. cai thuốc lá giúp ăn ngon miệng, chuyển hóa cơ bản giảm. • Trấn an bệnh nhân không quá lo lắng về tăng cân sau cai thuốc lá vì tăng cân là thường gặp, không nhiều và tự giới hạn trong đa số trường hợp. Nhấn mạnh các lợi ích do cai thuốc lá sẽ lớn hơn nhiều so với việc tăng thêm một vài kg cân nặng. • Khuyến cáo chế độ ăn cân bằng, tập thể dục. Tư vấn dinh dưỡng khi tăng cân kèm rối loạn hành vi ăn uống. Kéo dài thời gian sử dụng thuốc cai nghiện thuốc lá.
Trầm cảm – lo âu	<ul style="list-style-type: none"> • Thường xuất hiện ngay khi bắt đầu cai thuốc lá và giảm dần theo thời gian với cơ chế thiếu nicotine tương đối trên cơ địa trầm cảm lo âu. Đa số các trường hợp, trầm cảm, lo âu giảm dần mà không cần can thiệp thuốc hướng thần. • Tư vấn sử dụng thuốc cai nghiện thuốc lá, giới thiệu bệnh nhân đi tư vấn chuyên gia tâm thần nếu triệu chứng trầm cảm, lo âu nặng nề hoặc kéo dài.
Quyết tâm giảm sút	<ul style="list-style-type: none"> • Theo thời gian cai nghiện, tác hại hút thuốc lá dần bị quên lãng trong khi đó “lợi ích” hút thuốc lá quay lại cám dỗ người cai thuốc lá: hòa đồng, giảm căng thẳng, tăng khả năng tập trung, tăng hiệu suất hoạt động trí óc. Hậu quả là quyết tâm cai nghiện thuốc lá giảm dần. • Tư vấn bệnh nhân nhắc lại đều đặn, thường xuyên động cơ cai thuốc lá để duy trì quyết tâm cai thuốc lá trong thời gian dài.
Mất cảnh giác	<ul style="list-style-type: none"> • Theo thời gian cai nghiện, các triệu chứng của hội chứng cai nghiện cũng như các khó chịu khi cai thuốc lá biến mất hết, người cai thuốc lá rơi vào mất cảnh giác cho rằng có thể cai thuốc lá hết sức dễ dàng, họ có tâm lý muốn “thử sức” hút lại vài điếu xem có nghiện trở lại không. • Luôn nhắc nhở người cai thuốc lá là dù chỉ hút lại một hơi cũng có thể khởi phát lại quá trình gây nghiện như cũ.

Lỡ hút lại một điếu	<ul style="list-style-type: none"> • Trong thời gian cai nghiện, nhiều tình huống thúc đẩy hút thuốc lá lại 1 hơi, 1 điếu. Lỡ hút lại một hơi một điếu có thể dẫn đến tái nghiện hoàn toàn dễ dàng và nhanh chóng. Người tái nghiện sẽ có cảm giác “xấu hổ, tự ti, mặc cảm” ngay sau đó. • Trấn an rằng dù hút lại 1 hơi cũng có thể dẫn đến tái nghiện nhưng không phải tất yếu. Tư vấn tránh ngay thuốc lá và các yếu tố thúc đẩy hút thuốc lá. • Tư vấn dùng thêm thuốc cai nghiện thuốc lá (nếu bệnh nhân đã ngưng thuốc cai thuốc lá) có thể giúp ngăn chặn việc hút lại 1 hơi dẫn đến tái nghiện hoàn toàn.
----------------------------	--

Tư vấn chuyên sâu cai nghiện thuốc lá cần thực hiện nhiều lần tùy theo đặc điểm của từng người nghiện thuốc lá. Nội dung tư vấn có thể được dàn trải ra nhiều buổi tùy theo mức độ tiếp thu của người được tư vấn. Do vậy việc hẹn theo dõi tái khám để được tư vấn tiếp tục là điều cần thiết. Bác sỹ cần bàn bạc lịch tái khám kỹ lưỡng với bệnh nhân. Thông thường sau khi khởi động cai thuốc lá, lịch hẹn sẽ là mỗi tuần một lần cho tháng đầu tiên; sau đó là tháng thứ 2, 3, 6 và 1 năm sau. Tuy nhiên tùy mức độ khó chịu trong quá trình cai trên từng cá nhân mà lịch tái khám có thể thay đổi tương ứng, ví dụ có thể thường xuyên hơn nếu bệnh nhân có nhiều khó chịu. Tư vấn qua điện thoại khi cần cũng là giải pháp có ích.

C. Tư vấn chuyên sâu cai nghiện thuốc lá cho đối tượng đặc biệt:

Bệnh nhân điều trị nội trú:

Nhiều người hút thuốc lá sẽ cai nghiện thuốc lá trong giai đoạn điều trị nội trú. Hiện tượng này có thể được giải thích bởi quyết tâm cai nghiện thuốc lá tăng. Thực vậy, tác hại hút thuốc lá cảm nhận rõ nhất trong giai đoạn điều trị nội trú: hút thuốc lá là nguyên nhân hay yếu tố thúc đẩy nhập viện. Ngoài ra, môi trường bệnh viện “không khói thuốc” rất thuận lợi cho cai thuốc lá. Đáng tiếc, hai yếu tố thuận lợi này sẽ suy giảm sau khi bệnh nhân xuất viện làm quyết tâm cai nghiện thuốc lá giảm, hậu quả là nhiều bệnh nhân đã cai được thuốc lá trong giai đoạn điều trị nội trú sẽ tái nghiện ngay sau khi xuất viện. Bác sỹ nên nhân cơ hội bệnh nhân nằm điều trị nội trú để tư vấn rõ hơn nữa cho bệnh nhân về tác hại hút thuốc lá, về lợi ích cai thuốc lá, các khó

chịu do cai thuốc lá mang lại mà đặc biệt nhấn mạnh đến các giải pháp vượt qua khó chịu của cai thuốc lá.

Một số bệnh nhân điều trị nội trú vẫn tiếp tục hút thuốc lá dù đã được tư vấn về tác hại thuốc lá và môi trường bệnh viện là không hút thuốc lá. Một trong các lý do hay gặp là do bệnh nhân nghiện thực thể quá nặng, và họ không thể vượt qua được khó chịu khi cai thuốc lá trong đó có hội chứng cai thuốc lá. Đánh giá mức độ nghiện bằng bảng câu hỏi Fagerstrom và kiểm chứng bằng đo nồng độ CO trong hơi thở ra giúp khẳng định chẩn đoán nghiện thực thể nặng. Bác sĩ cần kết hợp thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá vào toa thuốc điều trị hàng ngày cho bệnh nhân nhằm giảm nhẹ hội chứng cai thuốc lá. Một số bệnh nhân sẽ cai nghiện được thuốc lá với điều trị hỗ trợ này.

Bác sĩ cần tư vấn bệnh nhân tiếp tục cai thuốc lá sau khi xuất viện như là một thành phần bắt buộc của điều trị bệnh hiện tại. Bệnh nhân cũng cần được hẹn tái khám để được theo dõi quá trình cai nghiện thuốc lá song song với tiến triển của bệnh nền tảng.

Bệnh nhân mắc bệnh mạn tính liên quan hút thuốc lá:

Bệnh nhân mắc bệnh mạn tính liên quan hút thuốc lá (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen suyễn, ung thư, bệnh tim mạch .v.v.) là các đối tượng nguy cơ cao cần được ưu tiên trong tư vấn cai nghiện thuốc lá vì hút thuốc lá là nguyên nhân trực tiếp hay yếu tố thuận lợi gây bệnh. Bệnh nhân mắc bệnh mạn tính liên quan hút thuốc lá, biết rõ tác hại hút thuốc lá mà vẫn tiếp tục hút thuốc lá thường là các trường hợp nghiện thực thể nặng.

Tư vấn cai nghiện thuốc lá phải được xem là một thành phần bắt buộc trong phác đồ quản lý các bệnh này. Trong quá trình tư vấn cần đánh giá mức độ nặng của nghiện thuốc lá thực thể và kết hợp thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá khi có chỉ định.

Trong tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá, “rõ ràng” là một nguyên tắc quan trọng, trong đó nhấn mạnh đến việc “nói không” với thuốc lá, không chấp nhận “nhân nhượng” hay “thỏa hiệp”. Tuy nhiên, nguyên tắc này được áp dụng tương đối linh hoạt trong tư vấn trường hợp hút thuốc lá có nguy cơ cao này. Tiếp cận “giảm nguy cơ” (harm reduction) có thể được áp dụng cho trường hợp bệnh nhân mắc bệnh mạn tính liên quan thuốc lá vẫn chưa muốn cai thuốc lá sau khi đã được tư vấn tăng cường

quyết tâm cai [37]. Cách tiếp cận này có thể xem là một “thỏa hiệp” khi vẫn đồng ý cho bệnh nhân hút thuốc lá song song với sử dụng thuốc điều trị nicotine thay thế [38]. Nicotine thay thế giúp nồng độ nicotine máu bệnh nhân không giảm quá thấp để kích hoạt hội chứng cai nghiện thuốc lá, người nghiện thuốc lá không cần phải hút thuốc lá nhiều như trước để có đủ lượng nicotine cung cấp vào cơ thể như trước [38]. Lượng nicotine cung cấp cho cơ thể không giảm, trong khi đó các chất độc đi kèm khói thuốc lá giảm vì số lượng điếu thuốc lá hút đã giảm [38]. Cách tiếp cận này chỉ là giải pháp tình thế giúp giảm nguy cơ cho bệnh nhân trong thời gian chờ đợi quyết tâm cai nghiện thuốc lá tăng thêm để có thể cai nghiện thuốc lá hoàn toàn, đúng nghĩa.

Bệnh nhân mắc các bệnh tâm thần kinh:

Bệnh nhân mắc bệnh tâm thần kinh hút thuốc lá nhiều hơn [39], nghiện thực thể nặng hơn và tỷ lệ cai nghiện thuốc lá thấp hơn dân số không mắc bệnh tâm thần kinh [40].

Một tổng quan hệ thống đã được tiến hành để đánh giá hiệu quả của tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá trên bệnh nhân mắc bệnh tâm thần bao gồm tâm thần phân liệt, rối loạn trầm cảm đơn cực và lưỡng cực, rối loạn lo âu, rối loạn tâm thần sau sang chấn tâm lý [40]. Kết quả cho thấy bệnh nhân mắc bệnh tâm thần kinh vẫn có thể cai nghiện thuốc lá thành công với cách tiếp cận tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá thông thường [40]. Việc cai nghiện này có thể làm nặng lên vài triệu chứng của bệnh tâm thần nền tảng ở mức tối thiểu [40].

Bác sỹ nên tư vấn cai nghiện thuốc lá cho bệnh nhân rối loạn tâm thần đang hút thuốc lá với cách tiếp cận thông thường cho đa số trường hợp [3]. Nếu các triệu chứng tâm thần nặng lên, có thể hội chẩn cùng bác sỹ chuyên khoa tâm thần.

Phụ nữ có thai:

Khuyến cáo: Thai phụ hút thuốc lá có nhiều tác hại cho bản thân và bào thai. Bác sỹ cần tư vấn cai thuốc lá cho thai phụ hút thuốc lá bất kỳ khi nào có thể. Tư vấn chuyên sâu cai nghiện thuốc lá cho thai phụ nên kết hợp hỗ trợ can thiệp tâm lý xã hội (**Chứng cứ A**) [3].

Khuyến cáo: Mặc dù cai thuốc càng sớm thì càng tốt cho mẹ và bào thai, cai thuốc lá vào bất kỳ thời điểm nào trong thai kỳ cũng vẫn có lợi. Vì thế bác sỹ nên tư vấn cai

nghiện thuốc lá cho thai phụ ngay từ lần khám thai đầu tiên và lập lại suốt thai kỳ (**Chứng cứ B**) [3].

Thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá cho phụ nữ có thai: tổng quan hệ thống của thư viện Cochrane cho thấy điều trị nicotine thay thế tăng tỷ lệ cai thuốc lá vào giai đoạn sau thai kỳ 40% so với chứng [41]. Đáng tiếc, khi loại ra các thử nghiệm ngẫu nhiên có nguy cơ thiên lệch, không có nhóm chứng, điều trị nicotine thay thế không tăng tỷ lệ cai thuốc lá hơn giả dược, nhưng đồng thời cũng không tăng tác dụng phụ lên bào thai so với giả dược [41]. Các thử nghiệm ngẫu nhiên có chứng và cỡ mẫu đủ lớn trên đối tượng thai phụ hút thuốc lá hiện chưa đủ vì thế cả bupropion và varenicline đều không có chỉ định trên thai phụ [42].

Thanh thiếu niên hút thuốc lá:

Khuyến cáo: Nhân viên y tế cần hỏi tình trạng hút thuốc lá trên bệnh nhân thanh thiếu niên và phải khuyên các em cai thuốc lá hoàn toàn (**Chứng cứ B**) [3].

Khuyến cáo: Tư vấn cai nghiện thuốc lá có hiệu quả trên thanh thiếu niên hút thuốc lá. Vì thế nên tư vấn cai nghiện thuốc lá cho thanh thiếu niên hút thuốc lá (**Chứng cứ C**) [3].

Khuyến cáo: Hút thuốc lá thụ động rất có hại cho trẻ em. Tư vấn cai nghiện thuốc lá trong môi trường nhi khoa đã được chứng minh có hiệu quả tăng tỷ lệ cai thuốc lá thành công ở cha mẹ hút thuốc lá. Vì thế để bảo vệ trẻ khỏi tác hại của hút thuốc lá thụ động, nhân viên y tế nên hỏi về tình trạng hút thuốc lá của cha mẹ và tư vấn cai thuốc lá cho họ (**Chứng cứ B**) [3].

Thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá cho trẻ em: nicotine thay thế đã được chứng minh là an toàn trên thiếu niên tuy nhiên chưa có đủ chứng cứ cho thấy nicotine thay thế và bupropion là có hiệu quả kéo dài thời gian cai thuốc lá trên trẻ vì thế chưa có khuyến cáo dùng thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá cho trẻ em [3]. Tuy nhiên, đối với trẻ lớn nếu có tiêu chuẩn nghiện thực thể vẫn có thể chỉ định nicotine thay thế (**Chứng cứ B**) [43].

Tăng cân sau cai thuốc lá:

Khuyến cáo: Điều trị thuốc cai thuốc lá dùng bupropion, nicotinethay thế đơn thuần hoặc kết hợp có hiệu quả hạn chế tăng cân sau cai thuốc lá (**Chứng cứ B**).

Tăng cân sau cai thuốc lá rất thường gặp và là một trong các quan ngại hàng đầu của người cai thuốc lá. Đặc điểm tăng cân sau cai thuốc lá được phân tích trong một tổng quan hệ thống và phân tích gộp trên 35 nghiên cứu đoàn hệ với 63403 người cai thuốc lá so sánh với 388432 người tiếp tục hút thuốc lá [44]. Kết quả cho thấy cân nặng tăng trung bình 4,1 kg (CI 95% = 2,69 – 5,51) và BMI tăng trung bình 1,14 kg/m² (CI 95% = 0,5 – 1,79) trong nhóm người cai thuốc lá, và sự tăng này là lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với người tiếp tục hút thuốc lá [44]. Điều trị cai nghiện thuốc lá bằng thuốc có thể hạn chế tăng cân do cai thuốc lá, trong đó điều trị kết hợp hiệu quả hơn đơn trị liệu [45].

Tăng cân sau cai thuốc lá là do giảm chuyển hóa kết hợp với tăng lượng ăn vào. Nicotine có hoạt tính kích hoạt lipoprotein-lipase, tăng huy động mỡ dự trữ; kích thích giao cảm, tăng chuyển hóa, tăng tạo nhiệt; ức chế tiết insulin, gây tăng đường huyết, làm giảm cảm giác đói [9]. Nicotine máu giảm khi cai thuốc lá sẽ giảm kích hoạt lipoprotein-lipase làm tăng tổng hợp và dự trữ mỡ; giảm kích thích hệ thần kinh giao cảm làm giảm tốc độ chuyển hóa; tăng tiết insulin làm giảm đường huyết tăng cảm giác đói và nhu cầu ăn vào [9]. Ăn vào nhiều hơn còn do sự phục hồi tính nhạy cảm của các đầu dây thần kinh vị - khứu giác giúp cảm thấy thức ăn ngon hơn trước [9]. Hậu quả là người cai thuốc lá sẽ có dư thừa mỗi ngày từ 400 – 500 Kcal và dễ dàng tăng 2 – 3 kg trong vòng vài tuần sau cai thuốc lá [9]. Đôi khi người cai thuốc lá có thể bị rối loạn hành vi ăn uống, có những cơn thèm ăn mãnh liệt, đặc biệt thèm ngọt, ngay cả những người trước nay chưa từng có thói quen ăn ngọt; nguyên nhân do tăng tiết insuline gây hạ đường huyết và giảm serotonin ở não làm xuất hiện cơn thèm ngọt [9].

Trong tư vấn cai nghiện thuốc lá, bác sỹ không được bỏ qua hay xem nhẹ tác dụng phụ tăng cân sau cai thuốc lá. Bác sỹ cần cảnh báo nguy cơ này để người cai thuốc lá chuẩn bị. Nhưng, bác sỹ nên trấn an bệnh nhân rằng lợi ích đạt được sau khi cai thuốc lá vẫn lớn hơn nhiều tăng cân.

Bác sỹ cần tư vấn cụ thể biện pháp giải quyết tăng cân: khuyến khích lối sống lành mạnh gồm vận động thể lực, ăn nhiều rau quả, trái cây và uống ít rượu. Vận động thể lực ít nhất 3 lần mỗi tuần, mỗi lần dài 45 phút, ưu tiên môn thể thao nâng cao dẻo dai (chạy bộ, bơi lội) hơn sức mạnh (cử tạ); ưu tiên môn thể thao có tính đồng đội hơn là

cá nhân (đá banh, đánh cầu). Kết hợp thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá, có thể kết hợp thuốc khi cần. Vài trường hợp khó cần xin ý kiến bác sỹ chuyên khoa dinh dưỡng cho trường hợp tăng cân quá nhiều, bác sỹ tâm thần cho trường hợp tăng cân kết hợp rối loạn hành vi ăn uống.

CHƯƠNG 4: THUỐC ĐIỀU TRỊ CAI NGHIỆN THUỐC LÁ

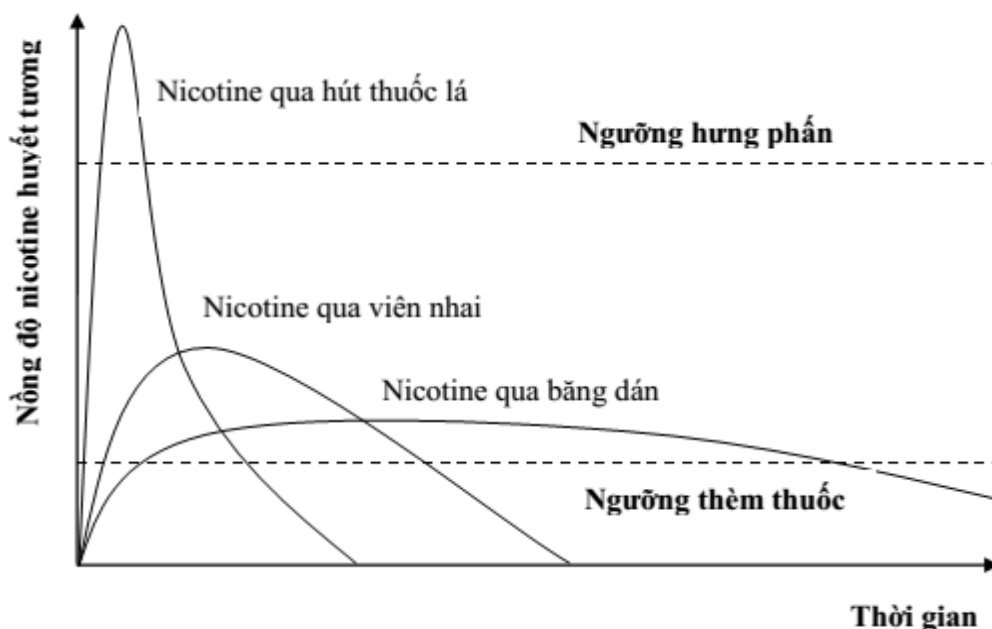
1. Cơ sở khoa học của thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá:

Trong ba thành phần cấu thành nghiện thuốc lá: nghiện thuốc lá thực thể, hành vi và tâm lý, thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá được chỉ định giải quyết thành phần nghiện thực thể. Cơ chế thần kinh sinh học của nghiện và cai nghiện thuốc lá thực thể và là nền tảng của thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá (**Chương 1, phần 4**) [9].

Các thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá có các vị trí tác động khác nhau: nicotine thay thế tác động lên nồng độ nicotine máu [9]; bupropion tác động lên nồng độ hóa chất trung gian tại khe khớp thần kinh và trực tiếp trên thụ thể nicotine [46][47]; varenicline tác động lên thụ thể nicotine [48]. Tuy vị trí tác động khác nhau, nhưng cả ba đều giống nhau ở một điểm then chốt là vô hiệu hóa đồng thời củng cố dương tính và âm tính của hút thuốc lá.

Nicotine thay thế:

Nicotine cung cấp qua thuốc lá gây nghiện thực thể, nhưng nicotine cung cấp qua các chế phẩm nicotine thay thế có hiệu quả cai nghiện. Đặc điểm dược động lực học khác nhau giữa nicotine cung cấp qua thuốc lá và nicotine thay thế đã tạo ra sự khác biệt này (**Hình 5**).



Hình 5: Cơ chế tác dụng của nicotine thay thế

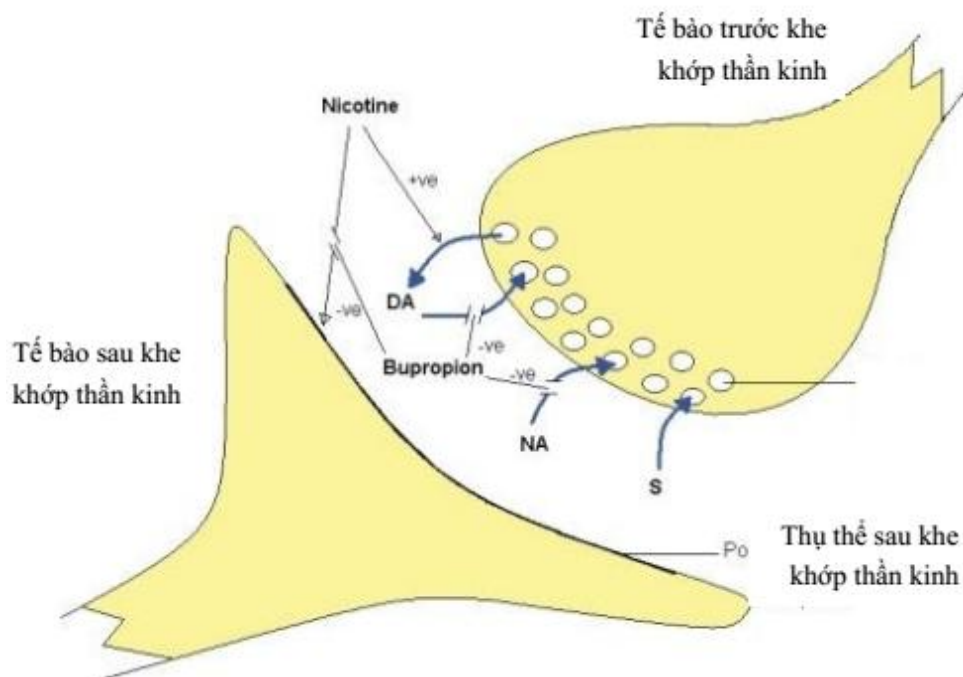
Nicotine trong khói thuốc lá thẩm qua hàng rào phế nang mao mạch vào máu, do vậy nồng độ nicotine trong máu tăng nhanh chóng vượt qua ngưỡng gây hưng phấn và

hình thành củng cố dương tính. Nicotine chuyển hóa qua gan và đào thải qua thận với thời gian bán hủy 2 giờ làm nồng độ nicotine trong máu giảm nhanh chóng thấp hơn ngưỡng gây thèm thuốc và hình thành củng cố âm tính (**Chương 1, phần 4**). Cơ chế dược động học này quyết định tính gây nghiện của nicotine cung cấp qua hút thuốc lá.

Nicotine trong viên nhai, miếng dán thấm vào máu lần lượt qua niêm mạc miệng và da, do vậy nồng độ nicotine trong máu tăng từ từ, không đạt được nồng độ ngưỡng gây hưng phấn. Đồng thời nicotine viên nhai và miếng dán được phóng thích liên tục giúp nồng độ nicotine trong máu luôn cao hơn nồng độ ngưỡng gây thèm thuốc. Nicotine trong chế phẩm thay thế không hình thành được củng cố dương tính và âm tính vì thế không gây nghiện, ngược lại, giúp cai nghiện thuốc lá vì giảm các khó chịu của hội chứng cai nghiện thuốc lá.

Bupropion:

Nicotine tác động qua hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh: khi hút thuốc lá, nicotine kích thích giải phóng acetylcholine, noradrenaline, dopamin, serotonin và tạo nên cảm giác dễ chịu (củng cố dương tính); khi cai thuốc lá, nồng độ nicotine máu giảm làm giảm nồng độ hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh, tạo nên cảm giác khó chịu (củng cố âm tính) (**Chương 1, phần 4**). Bupropion tác dụng cai nghiện qua hai cơ chế: tác dụng lên hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh và tác dụng trực tiếp tại thụ thể nicotine (**Hình 6**) [46].



Hình 6: Cơ chế tác dụng của bupropion (Nguồn: Wilkes S 2008 [46])

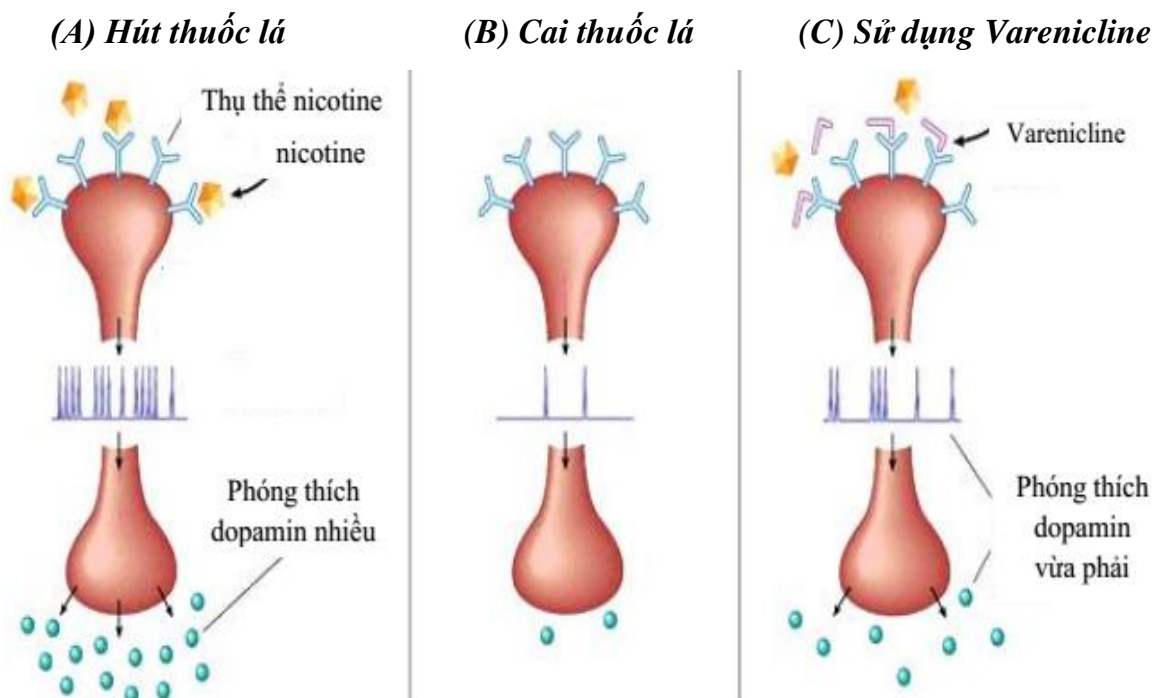
Bupropion ức chế tái hấp thu chọn lọc dopamin và noradrenaline tại khe khớp thần kinh làm nồng độ của chúng không bị giảm quá nhiều khi cai nghiện thuốc lá [47]. Kết quả, các khó chịu khi cai nghiện thuốc lá (củng cố âm tính) giảm đi [46]. Nhờ cơ chế này, bupropion đã vô hiệu hóa được củng cố âm tính của hút thuốc lá.

Bupropion có khả năng cạnh tranh trực tiếp với nicotine tại thụ thể làm nicotine không gắn kết tốt với thụ thể khi hút thuốc lá như trước nữa [46]. Kết quả, các cảm giác dễ chịu khi hút thuốc lá (củng cố dương tính) giảm đi [47]. Nhờ cơ chế này, bupropion đã vô hiệu hóa được củng cố dương tính của hút thuốc lá.

Bupropion ức chế tái hấp thu một phần mà không kích thích phóng thích thêm dopamin và noradrenaline tại khe khớp thần kinh, do vậy, không tạo được củng cố dương tính. Bệnh nhân sử dụng bupropion cai nghiện thuốc lá không thể trở nên nghiện bupropion được.

Varenicline:

Varenicline tác động trực tiếp lên thụ thể nicotine để cai nghiện thuốc lá (**Hình 7**) [48].



Hình 7: Cơ chế tác dụng của Varenicline (Nguồn: Foulds J 2006 [48])

Hút thuốc lá (A), thụ thể nicotine được gắn nicotine làm phóng thích nhiều hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh tạo nên cảm giác dễ chịu (củng cố dương tính). Cai thuốc lá (B), thụ thể nicotine không được gắn nicotine, hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh giảm hẳn tạo nên cảm giác khó chịu (củng cố âm tính). Khi sử dụng varenicline (C), thụ thể nicotine được gắn với varenicline và được kích thích một phần làm phóng thích mức độ vừa phải hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh, lượng hóa chất trung gian này không quá thấp nên không giảm được cảm giác khó chịu khi cai thuốc lá (củng cố âm tính); thụ thể nicotine cũng bị ức chế một phần, nghĩa là thụ thể nicotine, sau khi đã gắn với varenicline, sẽ giảm gắn với nicotine nên không tạo một đợt phóng thích mới hóa chất trung gian dẫn truyền thần kinh, kết quả là ngăn xuất hiện cảm giác dễ chịu khi hút thuốc lá (củng cố dương tính). Varenicline như thế vô hiệu hóa đồng thời củng cố dương tính và âm tính của hút thuốc lá [48].

Varenicline kích thích một phần thụ thể nicotine nên chỉ kích thích phóng thích vừa phải dopamin nên không đủ tạo củng cố dương tính. Bệnh nhân dùng varenicline cai nghiện thuốc lá không thể trở nên nghiện varenicline được.

2. Chỉ định và chống chỉ định thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá:

Khuyến cáo: Bác sỹ nên chỉ định thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá cho người cai thuốc lá, trừ khi có chống chỉ định hoặc chưa đủ chứng cứ về hiệu quả của thuốc cai nghiện thuốc lá trên dân số đó (thai phụ, thanh thiếu niên) (**Chứng cứ A**) [3].

Chỉ định thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá khá rộng rãi.

Thuốc điều trị giúp tăng hiệu quả cai nghiện thuốc lá với hệ số chênh OR thay đổi từ 2,27 (varenicline) đến 1,69 (bupropion) và 1,60 (nicotine thay thế) [42]. Thuốc điều trị có chỉ định rộng trên nhiều đối tượng hút thuốc lá muốn cai thuốc ngoại trừ trên đối tượng có chống chỉ định hoặc đối tượng mà chứng cứ cho thấy thuốc điều trị có thể không có hiệu quả như phụ nữ có thai, thanh thiếu niên, người nghiện thực thể nhẹ [3].

Thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá có cơ chế tác dụng chính trên nghiện thực thể. Chỉ định chính của thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá chủ yếu cho nghiện thực thể mức độ trung bình đến nặng. Tuy nhiên, nghiện thực thể có liên quan chặt chẽ với nghiện tâm lý và hành vi. Thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá vì thế vẫn có thể chỉ định cho

nghiện tâm lý, hành vi đơn thuần cho dù chứng cứ về hiệu quả không cao bằng nghiên cứu thực thể mức độ vừa, nặng.

Thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá dù có thể chỉ định cho nghiện tâm lý và hành vi nhưng không thể nào thay thế vai trò tư vấn. Chỉ định thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá trên người hút thuốc lá chưa muốn cai thuốc lá, quyết tâm cai nghiện thuốc lá thấp, tương đương giai đoạn “thờ ơ”, “dự định”, mà không kèm tư vấn tăng quyết tâm cai nghiện thuốc lá thích hợp, sẽ có cơ hội cai nghiện thành công thấp. Tuy nhiên điều này không đồng nghĩa với chống chỉ định thuốc cai nghiện thuốc lá trên các đối tượng này.

Chống chỉ định thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá không nhiều.

Chống chỉ định tuyệt đối của nicotine thay thế là không có [3]. Điều này có nghĩa là trong trường hợp cần thiết vẫn có thể chỉ định nicotine thay thế cho mọi bệnh nhân. Chống chỉ định tương đối và thận trọng khi dùng nicotine thay thế được đặt ra cho thai phụ vì nicotine thay thế chưa có đủ chứng cứ là có hiệu quả trên đối tượng này và nicotine thay thế lại là thuốc thuộc nhóm D đối với thai [3]. Đối với bệnh nhân tim mạch, dù nicotine thay thế không phải là một yếu tố nguy cơ độc lập gây nhồi máu cơ tim cấp, nicotine thay thế nên được dùng thận trọng trên bệnh nhân tim mạch có nguy cơ cao: nhồi máu cơ tim cấp mới, cơn đau thắt ngực không ổn định, rối loạn nhịp tim nghiêm trọng trong vòng 2 tuần [3].

Chống chỉ định tuyệt đối bupropion gồm tiền sử động kinh, rối loạn lưỡng cực, hành vi ăn uống, phụ nữ có thai, cho con bú, là thuốc nguy cơ C đối với thai [46]. Chống chỉ định tương đối và thận trọng dành cho bệnh nhân lớn tuổi, có suy gan, suy thận hoặc đang sử dụng các thuốc làm giảm ngưỡng động kinh [46]. Thuốc giảm ngưỡng động kinh là thuốc chống trầm cảm, chống loạn thần kể cả lithium, ức chế men MAO, corticoid toàn thân, theophyllin và tramadol [46]. Bệnh nhân lạm dụng rượu hay bị chấn thương đầu cũng có nguy cơ bị co giật khi sử dụng bupropion [46].

Chống chỉ định tuyệt đối varenicline chỉ trong trường hợp dị ứng với thành phần của thuốc [49]. Chống chỉ định tương đối phụ nữ có thai, cho con bú, varenicline chưa được chứng minh có hiệu quả trên phụ nữ có thai, cũng chưa được đánh giá trên phụ nữ cho con bú, là thuốc thuộc nhóm nguy cơ C đối với thai [49]. Cần thận trọng khi dùng varenicline trên bệnh nhân suy thận với độ thanh thải creatinine < 30 ml/phút

hay chạy thận nhân tạo [49]. Điểm đặc biệt đối với varenicline là không chống chỉ định trên bệnh tim mạch như nicotine thay thế [49].

3. Sử dụng thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá:

A. Nicotine thay thế loại viên nhai:

Khuyến cáo: Nicotine viên nhai có hiệu quả trong cai nghiện thuốc lá và nên chỉ định cho người cai thuốc lá (**Chứng cứ A**) [3].

Hàm lượng: 2 và 4 mg. Viên 2 mg được chỉ định cho nghiện thực thể nhẹ đến trung bình, viên 4 mg cho nghiện thực thể vừa đến nặng [50]. Thông thường, bệnh nhân hút ≤ 20 điếu/ngày sẽ được chỉ định loại viên 2 mg, bệnh nhân hút > 20 điếu/ngày sẽ được chỉ định loại 4 mg [50]. Viên ngậm dưới lưỡi (Nicorette ® microtab) là loại viên nhai đặc biệt, cho phép nicotine thấm qua trực tiếp qua niêm mạc dưới lưỡi [50]. Viên ngậm hàm lượng 1 mg, chỉ định cho nghiện thực thể nặng (hút > 20 điếu/ ngày) [50].

Liều lượng: Thay đổi tùy theo mức độ nặng nghiện thực thể. Đối với loại viên nhai thông thường, liều trung bình là 15 – 25 viên nhai mỗi ngày và giảm dần liều trong 12 tuần [50]. Khi liều hàng ngày chỉ còn 1 – 2 viên thì có thể ngưng thuốc nicotine thay thế [50]. Đối với loại viên ngậm dưới lưỡi, liều lượng thay đổi từ 1 – 2 viên/ giờ, đa số cần 8 – 12 hoặc 16 – 24 viên mỗi ngày, nhưng không được vượt quá liều 40 viên mỗi ngày [50]. Thời gian điều trị khoảng 3 tháng, nhưng sau khoảng thời gian này cần khuyên bệnh nhân giảm dần liều và ngưng thuốc lá liều lượng cần thiết mỗi ngày chỉ còn 1 – 2 viên [50].

Cách dùng: Bệnh nhân nhai viên nicotine cứ mỗi khi muốn hút thuốc lá [50]. Kỹ thuật sử dụng là nhai và nghỉ, nghỉ là, bắt đầu nhai viên ngậm cho đến khi cảm nhận rõ vị viên nhai thì dừng lại và để viên nhai nằm giữa lợi răng và niêm mạc má để nicotine thấm qua niêm mạc miệng, chờ vị của viên nhai biến mất thì nhai trở lại và để viên nhai qua vị trí khác giữa lợi răng và niêm mạc má, qui trình nhai – ngậm thực hiện khoảng 30 phút cho đến khi viên nhai hết vị [50]. Tránh nuốt nước miếng hay uống bất kỳ thức giải khát nào trừ nước trắng trong thời gian 15 phút trước và trong khi nhai [50].

Tác dụng phụ: Đối với loại viên nhai thông thường là đau mỗi hàm, loét niêm mạc miệng, kích thích họng và ho; viên nhai có thể dính vào kẽ răng gây sâu răng, vì thế

cần chăm sóc vệ sinh răng miệng kỹ lưỡng [50]. Đối với loại viên ngậm dưới lưỡi, tác dụng phụ là kích thích họng, khô miệng, nấc cụt, rát bỏng sau xương ức, khó tiêu, có thể tiêu chảy nếu nuốt nước miếng thường xuyên khi nhai [50]. Nhìn chung, tác dụng phụ thường thoáng qua và chỉ xuất hiện trong giai đoạn đầu tiên của điều trị, cần động viên bệnh nhân tiếp tục điều trị [50].

B. Nicotine thay thế loại miếng dán:

Khuyến cáo: Nicotine băng dán có hiệu quả trong cai nghiện thuốc lá và nên chỉ định cho người cai thuốc lá (**Chứng cứ A**) [3].

Hàm lượng: Nicotine băng dán là loại nicotine thay thế thường được dùng nhiều nhất, có hai dạng phóng thích chậm trong 16 giờ và 24 giờ [50]. Dạng phóng thích 16 giờ có ba hàm lượng 5, 10, 15 mg; dạng phóng thích 24 giờ có ba hàm lượng là 7, 14, 21 mg [50]. Cả hai dạng đều được chỉ định cho bệnh nhân hút từ 10 điếu/ ngày trở lên, tuy nhiên cũng không có cơ sở nào để không chỉ định cho bệnh nhân chỉ hút từ 10 điếu/ ngày trở xuống [50]. Dạng phóng thích 24 giờ được khuyến dùng cho bệnh nhân có triệu chứng thèm thuốc lá khi thức giấc vào buổi sáng, tuy nhiên lại gây kích ứng da và rối loạn giấc ngủ nhiều hơn dạng phóng thích 16 giờ, nicotine có thể gây rối loạn giấc ngủ cử động mắt nhanh (REM) [50].

Liều lượng: Thay đổi tùy theo mức độ nặng nghiện thực thể, liều trung bình là 1 – 2 băng mỗi ngày, thời gian 8 – 24 tuần [50]. Nicotine băng dán và viên nhai có thể kết hợp điều trị nghiện thực thể với liều lượng thay đổi (**Bảng 16**).

Cách dùng: Băng dán cần được dán vào buổi sáng lên vùng da khô, không có lông trước ngực hoặc cánh tay [50]. Băng dán được tháo ra vào buổi tối trước khi đi ngủ với loại băng dán 16 giờ, hoặc tháo ra vào sáng hôm sau với loại 24 giờ [50]. Băng dán mới sẽ được thay vào một vị trí khác với vị trí hôm trước, cứ thế thay đổi [50].

Tác dụng phụ: Có nhiều đặc điểm giống hội chứng cai nghiện thuốc lá, bao gồm: buồn nôn, tim đập nhanh, có giấc mơ nhiều hình ảnh, choáng váng [50]. Nếu bệnh nhân có tác dụng phụ quá nhiều và không giảm sau vài ngày, cần giảm liều xuống băng dán hàm lượng nhỏ hơn hoặc chuyển sang loại băng dán của hãng dược phẩm khác [50]. Kích ứng da thường gặp (50%), là tác dụng phụ đặc biệt của nicotine băng dán, thường nhẹ và tự giới hạn (ít hơn 5% phải ngưng băng dán vì kích ứng da) [50].

Đôi khi kích ứng da nặng lên cần điều trị bằng thoa kem hydrocortisone 1% hoặc triamcinolone 0,5%, luân chuyển vị trí dán [50].

Bảng 16: Liều lượng nicotine thay thế tùy theo mức độ nghiện thực thể

Hút điếu đầu tiên sau khi thức dậy	Số điếu thuốc lá hút mỗi ngày			
	< 10	10 – 20	20 – 30	> 30
60 phút	Không thuốc	Không thuốc ± Viên nhai	Viên nhai	Băng dán lớn
30 – 60 phút	Không thuốc ± Viên nhai	Viên nhai	Băng dán lớn	Băng dán lớn ± Viên nhai
6 – 30 phút	Viên nhai	Băng dán lớn	Băng dán lớn ± Viên nhai	Băng dán lớn + Viên nhai
< 5 phút	Băng dán lớn	Băng dán lớn ± Viên nhai	Băng dán lớn + Viên nhai	Băng dán lớn + vừa + Viên nhai

C. Bupropion:

Khuyến cáo: Bupropion SR có hiệu quả trong cai nghiện thuốc lá và nên chỉ định cho người cai thuốc lá (**Chứng cứ A**) [3].

Hàm lượng: Viên nén 150 mg.

Liều lượng: 3 ngày đầu tiên liều 150 mg, sau đó liều 300 mg mỗi ngày chia làm hai lần, tổng liều điều trị không vượt quá 300 mg/ ngày, tổng thời gian điều trị từ 7 – 12 tuần đôi khi có thể kéo dài đến 6 tháng khi cần thiết [3]. Liều lượng có thể giảm còn 150 mg mỗi ngày trong trường hợp có nguy cơ co giật do giảm ngưỡng động kinh như ở trên.

Cách dùng: Khởi động uống bupropion từ 1 – 2 tuần trước ngày dự định cai nghiện thuốc lá hoàn toàn để nồng độ bupropion máu có thể tăng dần đạt mức ổn định. Buổi sáng, uống 1 viên 150 mg trong 3 ngày, sau đó tăng liều lên 150 mg 2 lần mỗi ngày cách nhau 8 giờ, viên thứ hai uống trước 18 giờ để tránh mất ngủ do thuốc [3]. Bupropion là chất ức chế men cytochrom p450 2D6 và như thế sẽ làm giảm chuyển hóa các thuốc được chuyển hóa bởi men này: thuốc ức chế hấp thu chọn lọc Serotonine (SSRIs), chống trầm cảm ba vòng, ứ chế beta, propafenone, flecanide, risperidone và thioridazine, vì thế không nên dùng bupropion trên người đang dùng những thuốc trên để tránh tương tác thuốc [46].

Tác dụng phụ: Thường gặp gồm: lo âu, khô miệng, mất ngủ, buồn nôn, sụt cân, khô miệng, khô da, táo bón; các tác dụng ít gặp là nhức đầu, nổi mẩn và ngứa da, co giật.

D. Varenicline:

Khuyến cáo: Varenicline có hiệu quả trong cai nghiện thuốc lá và nên khuyến cáo người cai thuốc lá sử dụng (**Chứng cứ A**) [3].

Hàm lượng: Viên nén 0,5 mg và 1 mg.

Liều lượng: 3 ngày đầu tiên liều 0,5 mg; 4 ngày tiếp theo liều 1 mg; từ tuần thứ 2 đến 12 liều 2 mg mỗi ngày. Tổng thời gian điều trị 12 tuần, có thể kéo dài đến 24 tuần khi cần.

Cách dùng: Khởi động uống varenicline 1 tuần trước ngày dự định cai nghiện thuốc lá hoàn toàn để nồng độ varenicline máu tăng dần đạt mức ổn định. Buổi sáng, uống 1 viên 0,5 mg trong 3 ngày, sau đó tăng liều 1 viên 0,5 mg uống 2 lần mỗi ngày trong 4 ngày, sau đó tăng lên 1 viên 1 mg uống 2 lần mỗi ngày cho đến khi kết thúc điều trị [3].

Tác dụng phụ: Buồn nôn là tác dụng phụ thường gặp nhất, nên uống thuốc ngay sau khi ăn với một ly nước to để giảm thiểu tác dụng phụ này; rối loạn giấc ngủ, ác mộng cũng xảy ra với một số người, uống thuốc ngay sau ăn tối, chứ không đợi đến trước khi đi ngủ có thể không chế được tác dụng phụ này; rối loạn khả năng lái xe hoặc vận hành máy móc cũng được báo cáo trong vài trường hợp, cần cảnh báo nguy cơ này cho bệnh nhân biết trước.

E. Kết hợp thuốc:

Khuyến cáo: Kết hợp các thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá đã được chứng minh là có hiệu quả trong điều trị cai nghiện thuốc lá, vì thế nên được cân nhắc chỉ định cho người cai thuốc lá khi cần thiết (**Chứng cứ A**) [3].

Hai hình thức kết hợp thuốc đã được khảo sát và đánh giá hiệu quả tăng tỷ lệ cai nghiện thuốc lá trong số người hút thuốc lá là: kết hợp các dạng chế phẩm thay thế nicotine khác nhau: nicotine băng dán, nicotine viên nhai; kết hợp hai thuốc cơ chế tác dụng khác nhau: nicotine thay thế, bupropion, varenicline [51]. Các kết hợp này được kỳ vọng tăng hiệu quả cai nghiện thuốc lá thông qua tác dụng đồng vận giữa các thuốc có cơ chế khác nhau [51]. Ví dụ kết hợp giữa nicotine băng dán với nicotine viên nhai

giúp nồng độ nicotine máu được duy trì ổn định kết hợp với nồng độ nicotine máu tăng thêm khi cần thiết; kết hợp giữa varenicline với bupropion giúp hiệu quả cai nghiện thuốc lá của varenicline được kết hợp với hiệu quả chống tăng cân sau cai thuốc lá của bupropion [51].

Hiệu quả điều trị kết hợp hai dạng nicotine thay thế: nicotine băng dán và viên nhai đã được chứng minh qua tổng quan hệ thống bảy nghiên cứu với trên 3200 bệnh nhân tham gia [51]. Kết quả cho thấy kết hợp hai dạng nicotine thay thế giúp tăng tỷ lệ cai nghiện thuốc lá hơn 6 tháng có ý nghĩa thống kê so với nicotine thay thế đơn thuần hoặc không dùng nicotine với $RR = 1,35$ ($CI\ 95\% = 1,11 - 1,63$) [51]. Tác dụng phụ của kết hợp hai dạng nicotine thay thế không nhiều hơn tác dụng phụ của từng loại nicotin thay thế, đặc biệt không thấy tăng nguy cơ ngộ độc nicotine khi dùng kết hợp hai dạng nicotine thay thế [51].

Hiệu quả điều trị kết hợp bupropion với nicotine thay thế dựa trên kết quả phân tích gộp cho thấy bupropion kết hợp nicotine thay thế tăng tỷ lệ cai nghiện thuốc lá có ý nghĩa so với nicotine thay thế đơn thuần với $OR = 1,3$ ($CI\ 95\% = 1,0 - 1,8$) [51].

Hiệu quả điều trị kết hợp varenicline với nicotine thay thế được chứng minh trong thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên mù đôi có chứng [52]. Kết quả cho thấy kết hợp varenicline với nicotine thay thế tăng tỷ lệ cai nghiện thuốc lá cao hơn so với varenicline đơn thuần vào hai thời điểm 12 tuần ($OR = 1,85$, $CI\ 95\% = 1,19 - 2,87$) và 24 tuần ($OR = 1,98$, $CI\ 95\% = 1,25 - 3,14$) [52].

Hiệu quả điều trị kết hợp varenicline và bupropion đã được đánh giá trong tổng quan hệ thống bốn nghiên cứu với 1193 bệnh nhân tham gia [53]. Kết quả nghiên cứu cho thấy kết hợp bupropion với varenicline hiệu quả hơn varenicline đơn thuần trong tăng tỷ lệ cai nghiện thuốc lá tại các thời điểm 12, 26 và 52 tuần [53].

Như vậy trong trường hợp người hút thuốc lá nghiện nặng có nguy cơ cao tái nghiện hoặc tái nghiện thực sự với đơn trị liệu, bác sỹ có thể chỉ định điều trị kết hợp cho bệnh nhân để tăng hiệu quả điều trị. Các kết hợp điều trị có thể sử dụng gồm:

- Nicotine băng dán + nicotine viên nhai.
- Bupropion + nicotine băng dán hoặc viên nhai.
- Varenicline + nicotine băng dán hoặc viên nhai.
- Bupropion + varenicline.

CHƯƠNG 5: TRIỂN KHAI TƯ VẤN ĐIỀU TRỊ CAI NGHIỆN THUỐC LÁ

Khuyến cáo: Tư vấn cai nghiện thuốc lá đơn thuần hay kết hợp thuốc điều trị cai nghiện thực sự có lợi về mặt chi phí – hiệu quả so với các đầu tư y tế khác do đó nên tạo điều kiện cho tất cả mọi người hút thuốc lá được tư vấn điều trị cai thuốc lá (**Chứng cứ A**) [3].

Khuyến cáo: Nhân viên y tế đang làm việc hay đang được đào tạo nên được huấn luyện về tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá để hỗ trợ tăng quyết tâm cai thuốc lá cho người chưa muốn cai thuốc lá và hỗ trợ cai thuốc lá cho người muốn cai thuốc lá. Việc huấn luyện sẽ càng hiệu quả hơn nếu được tiến hành song song với thay đổi hệ thống y tế (**Chứng cứ B**) [3].

Tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá không những là can thiệp có hiệu quả trên thực hành lâm sàng, mà còn là đầu tư có lợi về mặt chi phí - lợi ích trên phương diện quản lý y tế. Phân tích chi phí và lợi ích của can thiệp tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá tại New Zealand thực hiện năm 2006 [54] và Thái Lan năm 2016 [55] đều chứng minh can thiệp tư vấn cai nghiện thuốc lá thật sự có lợi ích về mặt hiệu quả chi phí.

Nghiên cứu về chi phí lợi ích của việc huấn luyện nhân viên y tế là bác sỹ và dược sỹ về tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá thực hiện năm 2015 cho thấy riêng việc tập huấn này đã tăng được 0,09 năm sống có chất lượng (QALY) cho nam và 0,01 QALY cho nữ so với không tập huấn, và chứng minh rằng tập huấn cho cán bộ y tế về tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá là can thiệp thực sự hiệu quả về mặt chi phí lợi ích [56].

Trên phương diện sức khỏe cộng đồng, đầu tư triển khai tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá trong cả hệ thống y tế là hợp lý, tăng cơ hội người hút thuốc lá được tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá, tăng tỷ lệ người muốn cai thuốc lá và người cai thuốc lá thành công, giảm nhẹ gánh nặng chăm sóc sức khỏe cho cả cộng đồng.

Triển khai hệ thống nhận diện người hút thuốc lá tại mỗi cơ sở y tế với việc khuyến khích triển khai mẫu bảng các dấu hiệu sinh tồn mới trong đó có cả nội dung về tình trạng hút thuốc lá. Thay đổi mẫu bệnh án giấy hay điện tử có ô để điền tình trạng hút thuốc lá ngay bên cạnh bốn dấu hiệu sinh tồn căn bản: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở. Bất kỳ nhân viên y tế nào chịu trách nhiệm ghi dấu hiệu sinh tồn sẽ ghi lại tình trạng hút thuốc lá. Cần phải huấn luyện cho toàn bộ đội ngũ hiểu tầm quan

trọng của công việc này và phải thực hiện cho tất cả bệnh nhân tại mọi lần đến khám bệnh vì bất kỳ lý do nào.

Huấn luyện và cung cấp nguồn lực để đảm bảo mọi nhân viên y tế có thể tư vấn ngăn điều trị cai nghiện thuốc lá. Hệ thống y tế phải đảm bảo cho nhân viên y tế được huấn luyện đầy đủ để có thể thực hiện tư vấn ngăn; nhân viên y tế cũng như bệnh nhân có thể tiếp cận được nguồn lực dùng trong tư vấn cai nghiện thuốc lá đặc biệt là các thuốc cai nghiện thuốc lá.

- **Huấn luyện nguồn nhân lực:** Lòng ghép nội dung huấn luyện về tư vấn ngăn trong cai nghiện thuốc lá vào chương trình đào tạo cho nhân viên y tế (bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên) chưa tốt nghiệp. Tổ chức các khóa đào tạo liên tục ngắn hạn để cập nhật kiến thức tư vấn cai nghiện thuốc lá cho nhân viên y tế đang làm việc.
- **Cung cấp nguồn vật lực:** Chuẩn bị tài liệu về tác hại thuốc lá, về các can thiệp trong cai nghiện thuốc lá, đặc biệt chuẩn bị đầy đủ nguồn thuốc cai thuốc lá tại cơ sở y tế.

Vận động tuyên truyền trong cơ sở y tế thực hiện tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá, xây dựng nhóm nòng cốt tư vấn chuyên sâu điều trị cai nghiện thuốc lá và điều phối tư vấn ngăn điều trị cai nghiện thuốc lá trên toàn cơ sở y tế.

- **Vận động tuyên truyền thực hiện:** Cơ sở y tế truyền đạt đến toàn bộ nhân viên y tế về tầm quan trọng và trách nhiệm của nhân viên y tế tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá.
- **Xây dựng nhóm nòng cốt:** Cơ sở y tế lập ban điều phối đảm nhiệm công tác tư vấn chuyên sâu, đồng thời điều phối công tác tư vấn ngăn trong toàn bộ cơ sở y tế, đảm bảo nhận diện và tư vấn ngăn cho toàn bộ bệnh nhân đến với cơ sở y tế. Nhân viên y tế không là bác sỹ vẫn có thể tham gia trong tư vấn chuyên sâu.

Vận động đề ngành y tế và bảo hiểm y tế ban hành các qui định, chính sách hỗ trợ tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá.

- **Ban hành các qui định:** Yêu cầu thực hiện bảng dấu hiện sinh tồn mới có phần hỏi về tình trạng hút thuốc lá, yêu cầu mọi bệnh nhân đến cơ sở y tế phải được tư vấn ngăn, yêu cầu mọi bệnh nhân nội trú tiếp tục hút thuốc lá phải được tư vấn chuyên sâu cai thuốc lá.

- **Ban hành các chính sách:** Công nhận nghiện thuốc lá là một bệnh tâm thần chứ không chỉ là một thói quen, công nhận tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá là một kỹ thuật y tế đúng nghĩa, đưa thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá vào danh mục các thuốc thiết yếu trong bệnh viện. Qui định tư vấn cai nghiện thuốc lá là dịch vụ được bảo hiểm y tế chi trả, các thuốc điều trị cai nghiện thuốc lá phải được bảo hiểm y tế chi trả.
- **Củng cố các qui định, chính sách liên quan thuốc lá đã được ban hành:** Kiểm tra việc tuân thủ qui định cơ sở y tế không khói thuốc lá của ngành.

Triển khai tư vấn điều trị cai nghiện thuốc lá sẽ dựa trên các yêu cầu chung, cơ bản đã nêu trên đây. Việc triển khai cụ thể tại từng cơ sở y tế lại tùy thuộc rất nhiều vào đặc thù ở mỗi cơ sở y tế. Việc qui định cứng nhắc tuyên cơ sở y tế nào sẽ triển khai đến mức nào ví dụ chỉ triển khai tư vấn ngắn hay cả tư vấn chuyên sâu, lồng ghép tư vấn cai nghiện thuốc lá và các tư vấn thuộc chuyên khoa khác (tim mạch, hô hấp, nội tiết, .v.v.), hay lập phòng tư vấn cai nghiện thuốc lá riêng biệt sẽ làm hạn chế tính linh hoạt và khả thi trong việc triển khai tư vấn cai nghiện thuốc lá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Điều tra toàn cầu về tình hình sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành Việt Nam”.
2. Lê Tấn Phùng (2006), “Bước đầu khảo sát tình hình hút thuốc lá và các yếu tố liên quan ở phụ nữ dân tộc Raglai tỉnh Khánh Hòa”, Tạp chí Y học thực hành – Bộ Y tế, 533, tr 48 – 56.
3. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB et al (2008). Treating Tobacco Use and Dependence 2008 update. Clinical Practice Guideline Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
4. World Health Organization (2013). WHO report on the global tobacco epidemic: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. Geneva, Switzerland. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf (Access Dec 5, 2013).
5. Shafey O et al (2012). The Tobacco Atlas. 4th ed. American Cancer Society, Atlanta.
6. Tan WC et al (2003). "COPD prevalence in 12 Asia-Pacific countries and regions: projections based on the COPD prevalence estimation model". *Respirology*, 8 (2), 192-8.
7. Chương trình phòng chống tác hại thuốc lá, Bộ Y Tế. (2014). Gánh nặng bệnh tật và tổn thất kinh tế của việc sử dụng thuốc lá.
8. Yves Martinet et al (2007). Le traitement de la dépendance au tabac. Guide pratique.
9. Jean Perriot (2003). Tabacologie et sevrage tabagique.
10. Yves Martinet, Abraham Bohadana (2001). Le tabagisme. De la prévention au sevrage.
11. Benowitz, Neal L (2010). Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*. 362(24), 2295-2303.
12. Lê Khắc Bảo (2008). Hiệu quả bước đầu của tư vấn điều trị nhận thức hành vi kết hợp bupropion trong hỗ trợ cai thuốc lá. *Tạp chí Y học TP HCM*; 12 (1); 32 – 38.

13. Lê Khắc Bảo (2007). Hiệu quả tư vấn cai thuốc lá tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh 2005 – 2007. Tạp chí thông tin Y dược ; số chuyên đề lao và bệnh phổi; 339 – 349.
14. Ekpu VU, Brown AK (2015). The economic Impact of smoking and of reducing smoking Prevalence: Review of evidence. Tobacco Use Insights; 8;1–35.
15. Lý Ngọc Kính, Phan Thị Hải, Nguyễn Trọng Khoa, Nguyễn Tuấn Lâm, Đặng Huy Hoàng (2006). Tình hình sử dụng thuốc lá trong học sinh tuổi 13 – 15 tại năm tỉnh thành phố Việt nam. Tạp chí Y học thực hành – Bộ Y tế; 533; 29 – 47.
16. Huỳnh Bá Tân (2006). Nghiên cứu tình hình hút thuốc lá và các yếu tố liên quan tại quận Ngũ Hành Sơn thành phố Đà Nẵng. Tạp chí Y học thực hành – Bộ Y tế; 533; 57 – 65.
17. Lê Khắc Bảo (2006). Đặc điểm hút thuốc lá của người đến tư vấn cai nghiện thuốc lá tại đơn vị chăm sóc hô hấp bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Tạp chí Y học TPHCM; 10 (1); 104 – 115.
18. Lê Khắc Bảo (2006). Đặc điểm hút thuốc lá của bệnh nhân COPD đến khám tại đơn vị chăm sóc hô hấp bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Tạp chí Y học TPHCM; 10 (1); 116 – 123.
19. Lê Khắc Bảo (2007). Khảo sát thực trạng hút thuốc lá trong sinh viên y khoa năm 3- Đại học Y Dược TPHCM. Tạp chí Y học TPHCM; 11(1); 178 – 181.
20. Lê Khắc Bảo, Nguyễn Trung Thành (2009). Khảo sát thực trạng hút thuốc lá của nhân viên y tế tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học TPHCM; 13 (1); 133 – 139.
21. Lê Khắc Bảo, Lê Văn Việt, Đậu Nguyễn Anh Thư (2008). Khảo sát thực trạng hút thuốc lá của bệnh nhân khoa hô hấp bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học TPHCM; 12 (1); 39 – 44.
22. Ngô Quý Châu, Nguyễn Thị Thu Huyền. Tình hình hút thuốc lá, hiểu biết và thái độ của cán bộ y tế tại bệnh viện Bạch Mai năm 2004. Tạp chí Y học thực hành – Bộ Y tế 2006; 533; 65 – 74.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual (1994).
24. Brazilian Thoracic Society. Smoking cessation guideline 2008. J. bras. Pneumolo vol 34 (10)

25. Haute Autorité de Santé 2007. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, Efficience et prise en charge financière. .
https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515/fr/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere
26. NHS Scotland and ASH Scotland (2007). Smoking Cessation Update 2007.
27. Australian Government. Department of Health and Ageing (2004). Smoking Cessation Guidelines for Australian General Practice.
28. Ministry of Health New Zealand (2007). New Zealand Smoking Cessation Guidelines.
29. Health Promotion Board, Ministry of Health (2013). Clinical Practice Guidelines. Treating Tobacco Use and Dependence.
30. Ministry of Health Malaysia (2003). Clinical Practice Guidelines on Treatment of Tobacco Use and Dependence.
31. Trần Hoàng Thành, Nguyễn Thị Hiền. Nghiên cứu tình hình hút thuốc lá, tổn thương phế quản và mô bệnh tế bào trên bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát điều trị tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch Mai năm 2003 – 2004. Tạp chí Y học thực hành – Bộ Y tế 2005; 513; 213 – 216.
32. Pomerleau C S, Majchrezak MI, Pomerleau OF (1989). Nicotine dependence and the Fagerstrom Tolerance Questionnaire: a brief review. J Substance Abuse 1: 471-7
33. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 86:1119-27.
34. Zigmund AS, Snaith RT. The hospital anxiety depression scale (1983). Acta Psycho Scand; 67: 361 – 70.
35. WHO. WHO report on the global tobacco epidemic (2008) – The MPOWER package.
36. Prochaska J, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians (1991). Clinical Chest Medicine; 12(4):727 – 35.
37. Rodu B, Godshall WT (2006); Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers; Harm Reduct J; 21;3:37.

38. Le Houezec Jacques, Aubin Henri-Jean (2013); Pharmacotherapies and harm-reduction options for the treatment of tobacco dependence; *Expert Opin Pharmacother*;14(14):1959-67
39. MMWR Morb Mortal Wkly Rep (2013); Vital signs: current cigarette smoking among adults aged ≥ 18 years with mental illness - United States, 2009-2011. 8; 62(5):81-7.
40. Jennifer W Tidey, Mollie E Miller (2015). Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness. *BMJ*; 351: h4065. Published online 2015 Sep 21.
41. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, Cooper SE, Leonardi-Bee J (2015); *Cochrane Database Syst Rev*. Dec 22; (12). CD010078.
42. Aubin, H.-J., Luquiens, A. and Berlin, I. (2014), Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice. *Br J Clin Pharmacol*, 77: 324–336.
43. Rosen IM, Maurer DM (2008); Reducing tobacco use in adolescents. *Am Fam Physician*; 15;77(4):483-90.
44. Tian J, Venn A, Otahal P, Gall S (2015); The association between quitting smoking and weight gain: a systemic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Obes Rev* 16(10):883-901.
45. Mo Yang, Debajyoti Bhowmik, Xin Wang, Susan Abughosh (2013); Does combination pharmacological intervention for smoking cessation prevent post-cessation weight gain? A systemic review; *Addict Behav*; 38(3):1865-75.
46. Wilkes S (2008). The use of bupropion SR in cigarette smoking cessation; *International Journal of COPD*; 3(1) 45–53.
47. Warner C, Shoaib M (2005). How does bupropion work as a smoking cessation aid? *Addict Biol*; 10(3):219-31.
48. Foulds J (2006), The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. *International Journal of Clinical Practice*; 60:571-576.
49. Melissa A. Little and Jon O. Ebbert (2016), The safety of treatments for tobacco use disorder, *Expert Opinion on Drug Safety*, 15(3):333–41.

50. Thomas S (2007), Smoking cessation part 2: nicotine replacement therapy. *Nursing Standard*. 22 (5): 44-47.
51. Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD (2010), Combination Pharmacotherapy for Stopping Smoking: What Advantages Does it Offer? *Drugs*: 16;70(6):643-50.
52. Koegelenberg et al (2014), Efficacy of Varenicline Combined With Nicotine Replacement Therapy vs Varenicline Alone for Smoking Cessation. A Randomized Clinical Trial; *JAMA*. 2014;312(2):155-161.
53. Tiffany Vogeler et al (2016), Combination bupropion SR and varenicline for smoking cessation: a systematic review, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42:2, 129-139.
54. Shearer J, Shanahan M (2006). Cost effectiveness analysis of smoking cessation interventions. *Aust N Z J Public Health*; 30: 428 – 34.
55. Tosanguan Jiraboon, Chaiyakunapruk Nathorn (2016). Cost-effectiveness analysis of clinical smoking cessation interventions in Thailand *Addiction*: 111(2), 340-350.
56. Scott B. Cantor et al (2015). Cost-effectiveness analysis of smoking-cessation counseling training for physicians and pharmacists, *Addictive Behaviors* 45: 79–86.