

# 由醫院介入之戒菸模式--- 簡介渥太華模式之戒菸計劃

臺大醫院家庭醫學部 鍾宜璇 張皓翔 郭斐然 黃國晉

## 前言

許多疾病與吸菸的關係密不可分，而且一般吸菸者相對於未吸菸者平均多出了兩倍的住院時間。戒菸對健康以及慢性或急性病的發生率都有明顯的益處<sup>1</sup>，而透過醫院介入的戒菸計畫，可以幫助患者建立一個完整的治療方案並且持續的提供支持與追蹤。研究顯示，結合藥物治療及行為控制，對於降低病患的吸菸率，經研究顯示有最大的成效<sup>2</sup>。然而，至今仍只有少數醫院能夠擁有持續性及長期性的戒菸計畫的進行<sup>1</sup>。本文將要探討在這方面最成功的「渥太華模式之戒菸計劃」(Ottawa Model for Smoking Cessation)是如何施行以及其效果。

## 渥太華模式戒菸計劃(Ottawa Model for Smoking Cessation, OMSC)

由醫院介入的戒菸計畫，好處是可以由機構中找到大量的吸菸者，吸菸者入院原因與抽菸相關的話，可以增加戒菸動力。另外，充足的人力、系統性的評估、用藥的便利性、戒斷症狀的治療和長期的追蹤都是其有利的因素。另外，透過醫院為媒介，更可以擴及至社區施行。2002年起，由University of Ottawa Heart Institute(UOHI)開始實施戒菸計畫<sup>3</sup>，2006年更擴及安大略省的其他醫院，直至今年，已有接近100間醫院參與此計畫。

如表一所示，做法是首先詢問每個入院病患，找出吸菸者，並詳細紀錄他們的菸癮程度。接著以清楚且強力並針對個人的說明來建議患者戒菸。評估其中有戒菸想法的患者，包含自覺戒菸的重要性及信心程度，找出其中有在30日內想戒菸的患者，訂定戒菸日期、給予

表一 吸菸患者之詢問清單

- 使用程度
  - 過去6個月
  - 過去7天
- 抽菸史
- 一天抽第一支菸的時間
- 戒菸的意願及信心
- 目前對吸菸所擔心的問題
- 過去戒菸用藥史

表二 戒菸諮詢之清單

- 由醫師或護理師完成
- 戒菸建議
- 評估戒菸意願
- 協助
  - 行為控制
  - 藥物治療
  - 訂定戒菸日期
- 後續追蹤

行為控制諮商，包含增強動機、提醒吸菸的壞處及戒菸的好處、提供戒斷症狀的排解及第一線藥物治療的方法，在出院後仍繼續作持續性的追蹤<sup>4</sup> (表二)。而針對最近沒有戒菸想法的患者，則提供他們自我保健方式及後續戒菸管道。整個流程又被簡稱為5A(圖一)，包含詢問(ask)，建議(advice)、評估(assess)、協助(assist)以及後續安排(arrange)<sup>5</sup>。

## 渥太華模式之戒菸計劃的特色

其中最具有特色的地方為互動式的追蹤系統



圖一 戒菸流程之5A

(interactive voice response system, 簡稱IVR), 以一般的戒菸計畫來說, 並不提供後續的追蹤, 簡而言之, 之後是否可以持續戒菸, 就靠患者「自行」選擇。而OMSC中, 在出院後的第 3, 14, 30, 60, 90, 120, 150, 及 180 天會有互動式留言系統打電話給病人, 並且用少於十個設定好的問題, 例如「在出院後有再吸菸嗎?」來評估抽菸狀態以及「還有再使用尼古丁貼片嗎?」「還有再使用戒必適嗎?」「有再去進行戒菸諮詢嗎?」來了解目前的進行的戒菸治療方法。之後, 再將病患區分出已戒菸以及重新開始吸菸者。對於戒菸病患, 會再詢問「從0分至5分, 對於自己接下來能夠持續戒菸的信心有多少?」, 對於戒菸困難之病患, 後續提供加強戒菸的訊息。對於菸癮復發的病患, 後續則會確認他們抽菸的程度以及重新灌輸他們戒菸的念頭<sup>6</sup>。整個過程大約3分鐘。為了確保持續性的支持系統, OMSC也會建議病患出院後定期拜訪自己家庭醫師。由於有這個互動系統, 可以將每個人的資料建檔並且提供個人化的需求, 一位護理師約莫可控管1000位病人, 一旦

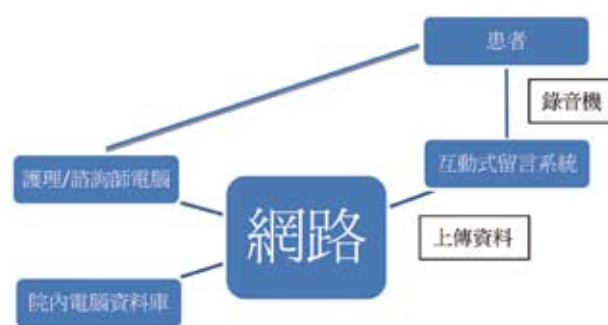
發現病患中途停止用藥、出院後仍想戒菸但放棄戒菸、沒有強烈信心覺得自己可以成功戒菸以及發現有藥物副作用者, 經電腦存檔第二天再彙整給護理師, 之後則由護理師親自以電話跟病人諮詢, 因而大大的提升了戒菸率。

據統計, 全加拿大約莫有5分之1的人為吸菸者, 因而可推論住

院病患中也會有5分之1的比率在抽菸。因此除了上述特色外, 一般戒菸計畫都是由民眾自由參加, 而OMSC則是主動的連繫住院中有抽菸的病患來提供戒菸諮詢, 由於住院病患通常也較關心自己的身體健康狀況, 而這也是一個介入患者戒菸的機會。

### 戒菸成效

在UOHI中, 每年有超過6,500位患者住院, 超過1,500 位的吸菸患者被登入, 而其中有大約1,470 (98%)個人來接受進一步的諮詢治療。約有7成比例的吸菸者經過諮詢後開始在6個月內有了戒菸的念頭, 因此, 在醫療機構中能得到



圖二 戒菸互動式的追蹤系統

醫護人員方面的支持是可以增進戒菸的動力。而互動式的追蹤比起傳統式的戒菸模式，亦可提升戒菸效果( $OR = 2.27, 0.92-5.62; p=.07$ )<sup>7</sup>。透過詳細的諮詢行為控制、藥物治療及持續的追蹤，增加了患者15%(29% 增進至 44%)的長期戒菸率，而直到最近的資料發現已接近50%。至2006年，共有超過30,000人參予了此項計畫。另外，根據2009年的統計資料，亦節省了450張床次及20萬美元的醫療支出。另一篇研究也指出，與在施行渥太華模式戒菸計劃之前相比，參與OMSC醫院的6個月的戒菸率之提升是有顯著差異性的(29.4% 相對18.3%;  $p = .02$ )<sup>6</sup>

### 結論

今年三月，政府開始實施二代戒菸條例，將戒菸治療的範圍全面擴大到門診、急診以及住院，並增加了戒菸個案追蹤費及個案管理費<sup>8</sup>。有了渥太華模式戒菸計劃的成功實例，可以針對台灣醫院戒菸模式來進行設計及改良，進而提升全民的戒菸比率及成效。

### 參考文獻

1. Campbell S, Pieters K, Mullen KA, et al: Examining sustainability in a hospital setting: case of smoking cessation. *Implementation Science* 2011; 6: 108-18
2. Coleman T: ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ* 2004; 328: 397-9.
3. Ottawa Model for Smoking Cessation [homepage] University of Ottawa Heart Institute, 2012 [http://www.ottawamodel.ca/en\\_main.php](http://www.ottawamodel.ca/en_main.php) 2012/10/21
4. Reid RD, Pipe AL, Quinlan B: Promoting smoking cessation during hospitalization for coronary artery disease. *Can J Cardiol* 2006; 22: 775-80.
5. Fiore MC, Hatsukami DK, Baker TB: Effective tobacco dependence treatment. *JAMA* 2002; 288: 1768-71.
6. Reid RD, Mullen KA, Slovinec ME, et al: Smoking cessation for hospitalized smokers: An evaluation of the "OttawaModel". *Nicotine & Tobacco Research* 2010; 12: 11-8.
7. Reid RD, Pipe AL, Quinlan B, et al: Interactive voice response telephony to promote smoking cessation in patients with heart disease: A pilot study. *Patient Education and Counseling* 2007; 66: 319-26.
8. 二代戒菸[homepage]行政院衛生署國民健康局, 2012<http://tobacco.bhp.doh.gov.tw/Show.aspx?MenuId=590> 2012/10/21. 