

2007年版临床戒烟指南

(试行本)

世界卫生组织烟草或健康合作中心
中国疾病预防控制中心控烟办公室
中国控制吸烟协会医院控烟专业委员会

二 七年六月

目 录

前言.....	1
第一章 吸烟对健康的危害和戒烟的益处	4
一、烟草流行情况.....	4
二、卷烟烟雾中的有害成分.....	5
三、吸烟与疾病的关系.....	5
四、戒烟的益处 早戒比晚戒好，戒比不戒好	6
第二章 烟草依赖是一种慢性病 治疗需要持久战.....	7
第三章 干预措施	10
第一节 对愿意戒烟的吸烟者 -5A法帮助戒烟	12
第二节 对于不愿意戒烟的吸烟者 -5R法增强戒烟动机	25
第三节 曾吸烟者 防止复吸.....	26
一、防止复吸初级方案.....	27
二、防止复吸的规范方案.....	27
附件 1 戒烟方法简要流程图.....	29
附件 2 戒烟日记.....	30
附件 3 戒烟协议书.....	31
附件 4 戒烟药物.....	32
附件 5 国内的戒烟门诊.....	36
附件 6 控烟资源.....	38
参考文献.....	40

写作组成员：

王辰 肖丹 孙永昌 黄克武 支修益 姜垣

专家组成员：

杨功焕 姜垣 杨焱 王辰 肖丹 孙永昌 黄克武 崔小波
胡大一 洪绍光 支修益 康健 姚婉贞 童朝晖 林英翔 沈霜红
陈航 翁心植

秘书组：

肖丹 景行 褚水莲 孙凤贵

工作单位：

- 1世界卫生组织烟草或健康合作中心 北京呼吸疾病研究所
首都医科大学附属北京朝阳医院
- 2 中国疾病预防控制中心控烟办公室
- 3北京大学第三医院呼吸内科
- 4北京大学人民医院
- 5中国医科大学呼吸疾病研究所
- 6首都医科大学附属北京安贞医院
- 7首都医科大学肺癌诊疗中心 首都医科大学宣武医院胸外科
- 8中国癌症基金会控烟与肺癌防治工作部
- 9 中国控制吸烟协会医院控烟专业委员会
- 10美国癌症协会驻华代表处

前 言

2006年 1月世界卫生组织 (WHO)《烟草控制框架公约》(FCTC)在中国已经正式生效,其中第 14条明确提出,每一缔约方应考虑到国家现状和重点,制定和传播以科学证据和最佳时间为基础的适宜、综合和配套的指南,并应采取有效的措施以促进戒烟和对烟草依赖的适当治疗。为了履行 FCTC,推动中国的戒烟服务,特制定此指南。

中国有 3.5亿烟民,戒烟是整个控烟工作的有机组成部分,帮助吸烟者戒烟的策略具有十分积极的作用。戒烟的直接效应和间接效应都很明显。首先,戒烟 1年后,冠心病 (CHD) 死亡的危险性大约可以降低一半,且随戒烟时间的延长而继续降低。戒烟也可减少很多疾病的发病率及病死率,包括中风、外周血管性疾病、慢性阻塞性肺疾病 (COPD)、肺炎以及胃和十二指肠溃疡。任何年龄的人,戒烟后都可以改善健康状况和生活质量。戒烟还有明显的经济效益。其次,戒烟可以减少周围的人尤其是其家庭成员和同事的被动吸烟危害。而且,吸烟者戒烟的行为还会给其家庭、朋友、同事带来示范作用,特别是影响青少年对吸烟的态度。所以,任何国家的控烟干预都应重视吸烟者的戒烟问题。

美国、加拿大和西欧一些发达国家的吸烟率已经开始逐渐下降。根据美国罗得岛州行为危险因素监测 (BRFSS) 资料,1998年该州的现在吸烟率与 1988年相比,从 26.0%下降到 22.6%。其中,25岁以上人群的现在吸烟率在下降,但是,18~24岁年龄段人群现在吸

烟率从 21%上升到 30%。所以，该州十年吸烟率的下降是由于成年吸烟者的戒烟，而不是开始吸烟人数的减少引起的。由此可知，促进戒烟而降低吸烟率是可行的。FCTC中明确规定了戒烟干预的内容。虽然在发展中国家，还存在着一些障碍使得戒烟干预不能广泛有效地实施，但是随着公约的推广、生效，会督促各个国家逐渐将戒烟干预纳入到控制措施中。

烟草是给人类健康造成威胁的罪魁祸首之一，医生则担负着保护人类健康权益的神圣职责，从这个角度来说，医生与烟草是不相容的，控制烟草使用应该是医生义不容辞的责任之一。然而，不幸的是在很多国家里的许多医生没有把烟草控制当作他们职业责任中的一部分，取而代之的是，他们只是单纯地治疗因吸烟而引起的各种疾病。这种思维模式在一些缺乏浓厚控烟氛围的国家中尤为有害，但在不少国家包括中国都司空见惯。作为医生，首先是应该不吸烟。但在一些高吸烟率的国家，医生甚至比一般的公众吸烟更严重，成了控烟的反面典型，这与医生的责任和形象明显相冲突。

烟草是医生职业生涯中面对的最大的可预防的致病因素，医生帮助降低烟草危害最直接的方法就是帮助患者戒烟。研究显示，没有接受治疗的吸烟者每年戒烟的平均比例大约为 2%，而临床医生简洁的建议就会使戒烟 6个月或 6个月以上的人员增加 2%。医生劝导戒烟的效果与医生劝导的程度或努力度成正比，3分钟以下的简短咨询建议可使成效增加 30%，3~ 10分钟的简短咨询建议可使之增加 60%，10分钟以上的详细咨询建议可使之增加 130%，如果再

加上护理人员的协助，效果会更好。医生是帮助吸烟者戒烟的最佳人选，当患者就医时，一个能以身作则拒绝烟草的医生给患者提出的不要再吸烟的简单忠告，就可能完全改变患者以后的吸烟行为。这样的忠告比任何其他人的劝告及任何其他形式的宣传教育都要有效得多。

本指南可供各级各专业临床医生特别是全科医生，护士以及公共卫生医师在自己的临床或公共卫生实践中使用。

第一章 吸烟对健康的危害和戒烟的益处

一、烟草流行情况

WHO 比拟吸烟的危害猛于非典和海啸。目前全世界吸烟人数约有 13 亿，每年有 490 万人死于烟草相关疾病，占总死亡构成的 1/10，预计 2030 年该数目将升至 1000 万，其中的 700 万分布在发展中国家，占总死亡构成的 1/6。烟草相关死亡目前已占全球死因构成的第一位，到 2025 年其死亡总数将超过肺结核、疟疾、生产和围产期并发症及艾滋病的总和。

中国是世界上最大的烟草生产国、消费国和受害国，有 3.5 亿烟民，每年死于烟草相关疾病的人数为 100 万，超过因艾滋病、结核、交通事故以及自杀死亡人数的总和，占全部死亡人数的 12%，预计 2020 年将上升至 33%。如果目前吸烟状况得不到有效控制，与此相关的死亡 2025 年将增至 200 万，2050 年将升至 300 万，从现在到 2050 年将有 1 亿中国人死于与烟草相关疾病，其中一半将在中年（35~60 岁）死亡，即损失 20~25 年的寿命。

中国目前共进行过三次关于吸烟的流行病学调查。第一次是 1984 年，翁心植教授组织领导了全国第一次吸烟的流行病学调查，开始了烟草控制的崭新局面，引起了政府和人民的广泛重视；1996 年，杨功焕教授在全国 30 个省的 145 个疾病监测点的 12 万多人群

中领导开展了吸烟行为的流行病学调查，其结果受到国内外学术界的好评；2002年，开展了全国第三次吸烟的流行病学调查，结果显示，当年我国 15 岁以上人群吸烟率为 35.8%，其中男性和女性吸烟率分别为 66.0%和 3.1%。

二、卷烟烟雾中的有害成分

卷烟烟雾是由 4000 多种化合物组成的复杂混合物，由存在于气相中的挥发物和存在于颗粒中的半挥发物及非挥发物组成，其中气体占 95%，如氮、氧、一氧化碳、二氧化碳及氢氰类、挥发性亚硝酸、烃类、氨、挥发性硫化物、腈类、酚类、醛类等。另外 5%为颗粒物，如烟焦油、尼古丁（烟碱）等。在这些化合物中，尼古丁是引起成瘾的物质，烟焦油、一氧化碳、氢氰酸、氨及芳香化合物等是主要的有毒物质，其中至少有 43 种为已知的致癌物。所有癌症死亡的原因，大约 30%可归因于烟草制品的使用。

三、吸烟与疾病的关系

1998 年，刘伯齐教授、钮式如教授、杨功焕教授在我国分别组织领导 100 万死亡人群回顾性调查和 25 万人群追踪性调查。两项调查均显示，吸烟致死中 COPD 占 45%，肺癌占 15%，食管癌、胃癌、肝癌、脑卒中、CHD 和肺结核各占 5%~ 8%。

吸烟是许多疾病的患病危险因素，烟草几乎可以损害人体的所有器官，诸如心血管系统、呼吸系统、生殖系统、内分泌腺和皮肤等。与吸烟相关的疾病及病变包括高血压、CHD 中风、消化性溃

疡、癌症（肺、唇、口、鼻、咽、喉、食管、胃、肝、肾、膀胱、胰腺和子宫颈）、COPD 哮喘、血栓闭塞性脉管炎、阳痿、主动脉瘤、周围血管病、粒细胞性白血病、肺炎、白内障、克隆病、髋关节骨折、牙周病等。吸烟量越大、烟龄越长和开始吸烟的年龄越早，吸烟相关疾病和死亡的风险越大。由于吸烟造成的健康损害具有长期滞后性的特点，吸烟 10 年、20 年甚至更长时间相关疾病才能出现，所以在疾病出现之前，吸烟者往往认识不到吸烟的危害。

四、戒烟的益处 早戒比晚戒好，戒比不戒好

各个年龄段戒烟均有益处。30 岁以前戒烟能使肺癌的风险减少 90%。戒烟 5 年后，由于吸烟所致的口腔和食管肿瘤风险的增加将减少一半。戒烟后心脏病风险的降低更为迅速，1 年内吸烟所致的死亡就将减半，15 年内绝对风险与从未吸烟者类似。吸烟使肺功能随年龄降低的速度加快，戒烟能轻度升高肺功能，逆转肺功能降低的速度。无论何时戒烟，戒烟者的寿命都将长于持续吸烟者。一项对英国男医生进行的为期 50 年前瞻随访队列研究发现，吸烟者与不吸烟者相比平均早死亡约 10 年，60、50、40 或 30 岁时戒烟分别可赢得约 3、6、9 或 10 年的预期寿命。

所谓“早戒比晚戒好，戒比不戒好”，是指早戒者比晚戒者可增加更多的寿命年数，而戒烟增加的寿命年数都是“健康的生命年数”，另外，戒烟者与继续吸烟者相比，在他们的生命中更少地伴有疾病和残疾。

第二章 烟草依赖是一种慢性病 治疗需要持久战

WHO已将烟草依赖作为一种疾病列入国际疾病分类（ICD-10）

（F17.2, 属精神神经疾病），确认烟草是目前人类健康的最大威胁。

烟草依赖又称尼古丁依赖，特点为无法克制的尼古丁觅求冲动，以及强迫性地、连续地使用尼古丁，以体验其带来的欣快感和愉悦感，并避免可能产生的戒断症状。吸烟成瘾的实质就是尼古丁依赖。

尼古丁是 1828年首次从烟草中提取出的一种生物碱，原来被认为是烟草中特有的化学成分，近来研究发现，某些植物尤其是茄科植物体内也可以合成尼古丁。尼古丁极易由口腔、胃肠、呼吸道粘膜吸收。吸入的尼古丁 90%在肺部吸收，其中 1/4在几秒钟内即进入大脑。尼古丁对人体最显著的作用是对交感神经的影响，可引起呼吸兴奋、血压升高；可使吸烟者自觉喜悦、敏捷、脑力增强、减轻焦虑和抑制食欲。大剂量尼古丁可对植物神经、骨骼肌运动终板胆碱能受体及中枢神经系统产生抑制作用，导致呼吸肌麻痹、意识障碍等。长期吸入可导致机体活力下降，记忆力减退，工作效率低下，甚至造成多种器官受累的综合病变。尼古丁的最大危害就在于成瘾性，吸烟者一旦成瘾，每 30~ 40分钟就需要吸一支烟，以维持大脑尼古丁稳定水平，当达不到这一水平时吸烟者就会感到烦躁、不适、恶心、头痛并渴望补充尼古丁，感觉似乎与鸦片毒品无异。

尼古丁依赖具有药物成瘾的全部特征。WHO专家委员会将药物成瘾正式定义为：“由于反复使用某种药物所引起的一种周期性或慢性中毒状态”，具有以下特征：（1）有一种不可抗拒的力量强制性地驱使人们使用该药物，并不择手段去获得它；（2）有加大剂量

的趋势；（3）对该药的效应产生精神依赖并一般都产生躯体依赖；（4）对个人和社会都产生危害。所谓躯体依赖，又称生理依赖，即反复使用依赖特性药物，一旦停止用药，将发生一系列具有特征性的、令人难以忍受的症状与体征。吸烟者戒烟后出现烦躁不安、易怒、焦虑、情绪低落、注意力不集中、失眠、心率降低、食欲增加等均为停止吸烟后的戒断症状。精神依赖，又称心理依赖，俗称“心瘾”，表现为对药物的强烈渴求。用药后出现欣快感和松弛宁静感，可以满足心理需要，停药后会产生难以忍受的痛苦和折磨，只得继续使用药物。

烟草依赖是一种明确界定的神经精神疾病，从烟草中反复摄取尼古丁会导致大脑的神经通路发生变化，从而在戒烟时会产生强烈的吸烟的欲望，这种欲望会削弱甚至摧毁戒烟的决心。烟草依赖的确切机理尚不清楚，有证据显示与 4-2 尼古丁乙酰胆碱受体上调和多巴胺能通路发生功能性改变有关。

烟草依赖的原因与社会环境、心理因素和遗传因素都有密切的关系，而且互为因果。社会因素方面：烟草制作成为卷烟以后，成为了一种容易获得的消费品。由于烟草的价格便宜，随着经济收入的增加，人们可获得性进一步提高，成为烟草滥用的重要原因。家庭中父母的行为往往是子女模仿的目标，研究表明，生活在父母吸烟中的家庭的孩子，长大后吸烟率高于不吸烟家庭的子女。同伴影响和社会压力，使缺乏自信和生活能力的青少年容易成为吸烟者，把吸烟和独立使用成瘾物质当作成熟的标志；吸毒者多数也是在同伴的影响下，开始从吸烟走上吸毒道路的。心理因素方面：Eysenck

的研究发现吸烟者外向性格居多，且外向程度与吸烟量成正比。我国的另一项研究也发现，有神经质倾向的个体吸烟率较高。另外，烟草依赖还与遗传因素有关，吸烟开始、持续、依赖、吸烟量以及戒烟行为均受遗传因素的影响。

烟草依赖是一种慢性高复发性疾病。只有少数吸烟者第一次戒烟就完全戒掉，大多数吸烟者均有戒烟后复吸的经历，需要多次尝试才能最终戒烟。烟草依赖的治疗是一个长期过程，需要持续进行，在这个过程中应强调心理支持和建议的重要性。医生要帮助每个吸烟者朝着戒掉最后一支烟的目标努力，每次至少解决吸烟者戒烟过程中的一点问题。

第三章 干预措施

在帮助吸烟者戒烟之前，应首先了解戒烟者戒烟的通常模式(图1)。Prochaska和 Diclemente采用该模式描述了戒烟的一系列阶段，在不同阶段吸烟者对问题的看法和认识是不同的，所以对处在不同阶段的吸烟者应采取不同的干预措施。

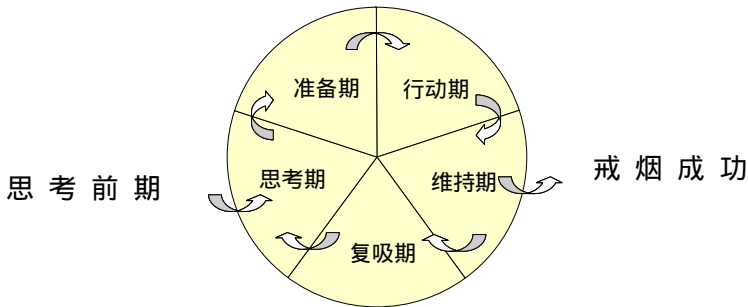
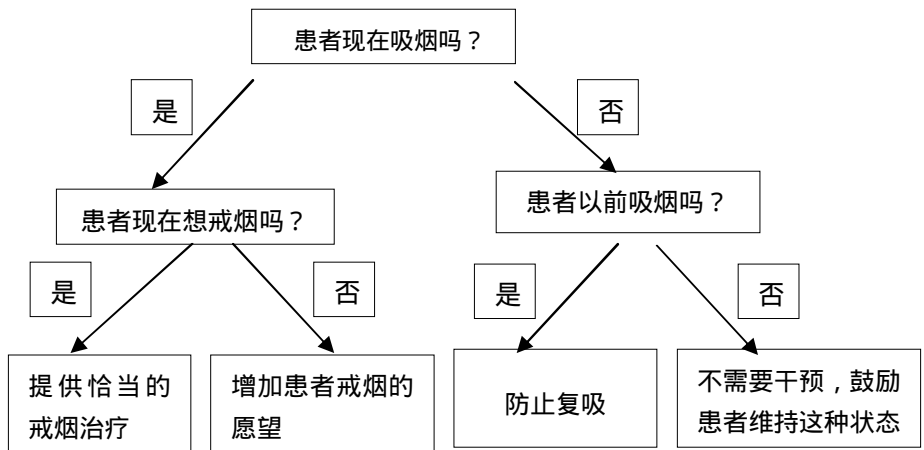


图 1 戒烟者戒烟的通常模式

在这一模式中，处于思考前期的人不想戒烟；随着对吸烟危害性认识的增强，吸烟者会进入思考期，这一阶段的吸烟者往往处于进退两难的境地，一方面认识到应该戒烟，另一方面仍与烟难以割舍；经过长期的思考，吸烟者将进入准备期，处于准备阶段的人开始计划戒烟；接着他们把戒烟付诸实施，即进入了行动期；紧随着行动期的是维持期，在这一阶段戒烟的行为得到巩固；如果这种巩固不能继续下去，吸烟者将进入复吸期，再次回到思考期或思考前期。如果维持期持续下去，他们将戒烟成功。

戒烟过程中要对吸烟者吸烟状况进行筛查。当医生询问患者吸烟状况并对其戒烟愿望进行评估后，才能根据吸烟者的具体情况提供恰当的治疗方法。目前国外常用 5A 法帮助吸烟者戒烟，或者用 5R 法增强吸烟者戒烟动机，增加戒烟愿望。下图（图 2）是识别吸烟状况的简要流程图，主要针对的三类人群为（1）愿意戒烟的吸烟者；（2）不愿意戒烟的吸烟者；（3）曾吸烟者。以下将分别进行阐述。

图 2 吸烟状况的识别



注：预防复吸的干预措施对于已戒烟多年的成年人是不必要的。

第一节 对愿意戒烟的吸烟者 -5A法帮助戒烟

对于愿意戒烟的吸烟者采用 5A法进行治疗，即“询问 (ask)、建议 (advice)、评估 (assess)、帮助 (assist)和安排随访 (arrange)”。

第一步 询问 了解患者是否吸烟

执行问诊制度，保证每个患者就诊时，医生都能询问其基本情况并将其烟草使用情况记录下来，最好使用统一的记录系统。对于从不吸烟或已戒烟多年的成年人，以及病历上已清楚记录吸烟情况的患者，没有必要进行重复评估。

具体来讲，医生要询问患者是否吸烟并将答案记录在病历中。对于吸烟的患者，要询问他们对尼古丁的依赖程度及其对戒烟的兴趣。上述信息对于有效地进行戒烟治疗非常必要。尼古丁依赖性评分表见表 1。

表 1: Fagerström 尼古丁依赖性评分表

评估内容	0分	1分	2分	3分
您早晨醒来后多长时间吸第一支烟？	>60分钟	31~ 60分钟	6~ 30分钟	5分钟
您是否在许多禁烟场所很难控制吸烟的需求	否	是		
您认为哪一支烟您最不愿意放弃？	其他时间	早晨第一支		
您每天抽多少支卷烟？	10支	11~ 20支	21~ 30支	>30支
您早晨醒来后第一个小时是否比其它时间吸烟多？	否	是		
您卧病在床时仍旧吸烟吗？	否	是		

注：积分 0-3分为轻度依赖；4-6分为中度依赖；7分提示高度依赖

第二步 建议 强化吸烟者的戒烟意识

强化吸烟者的戒烟意识，就是要用一种清晰的、强烈的、个性化的方式，劝说每一位吸烟者戒烟。

第一点：告诉吸烟者“毫不犹豫地”戒烟！应该以清楚的言语告诉吸烟者戒烟以及戒烟的时间。例如：您从现在就应该开始戒烟，

要完全戒掉，而不能只是减少吸烟的量。

第二点：强调戒烟的重要性！烟草使用不仅是一个最能有效预防的病因，而且也是影响疾病预后的主要因素。应该与吸烟者交流戒烟的重要性。例如：戒烟是你恢复健康的最重要的一步。

第三点：告知吸烟者为什么应该戒烟！结合吸烟者的病史和症状，以及被动吸烟对吸烟者的孩子和家庭的危害等，告知吸烟者为什么应该戒烟。例如，如果吸烟者患有除烟草之外无其他原因可解释的慢性咳嗽，则应告诉吸烟者，“我认为您的咳嗽是吸烟所致。如果您戒烟，咳嗽将会得到改善。”下面列举了一些戒烟的理由，在劝说吸烟者戒烟时可以提及。

戒烟的理由：(1) 对无症状吸烟者的戒烟理由：吸烟使人易患各种疾病；吸烟对于您家人和周围的人来讲是一件令人讨厌的事；如果戒烟，您的健康状态将会得到改善；禁烟的场所越来越多；如果戒烟，您对食物的味觉和嗅觉会得到改善；如果戒烟，你将可能对每件事情都充满信心。(2) 对于吸烟者而言，为什么吸烟是患病的危险因素：如果吸烟者同时患有高血压和高胆固醇血症，他们发生动脉硬化、缺血性心脏病、脑梗塞以及其他疾病的风险将更增加。如果有癌症或其他吸烟相关疾病家族史的患者吸烟，同类疾病发生的危险将会增加。(3) 对于患有疾病和具有症状的吸烟者的戒烟理由：今天看到的下列症状都可能与您吸烟有关：咳嗽和粘痰、呼吸短促、脸色差、清晨虚弱、刷牙时感觉恶心、胃痛、食欲下降等。(4) 对于年轻吸烟者的戒烟理由：对您来讲，现在的年龄戒烟比较

容易；吸烟使您的呼吸和衣服的味道很不好闻，而且使您的牙齿变黄；吸烟还要花钱；吸烟对您的运动能力有影响（降低注意力）；吸烟不再被社会所接受。（5）对于怀孕女性吸烟者的戒烟理由：吸烟可以减轻胎儿体重；吸烟可以导致流产、早产或死胎；吸烟可以增加婴儿猝死综合征发生的危险。（6）有未成年孩子的吸烟家长的戒烟理由：吸烟能增加孩子呼吸道感染（肺炎、支气管炎等）的机率；吸烟为您的孩子树立了不良榜样；停止吸烟有助于改善您家庭成员的健康状态。（7）老年吸烟者的戒烟理由：即使在您这个年龄，戒烟也可以减少发生缺血性心脏病、癌症等疾病的危险；如果戒烟，您呼吸中的烟草味道将会消失，您的孙子可能会更愿意和您玩。（8）女性吸烟者的戒烟理由：吸烟刺激皮肤使皱纹增加；如果戒烟，您的皮肤将会变好；吸烟可加速骨质疏松；吸烟可引起不孕。

第三步 评估 明确吸烟者戒烟的意愿

在第二步时，医生在尝试强化吸烟者的戒烟意识。而这一步则要了解在强化吸烟者的戒烟意识方面的成效，以及吸烟者是否决心戒烟。可以询问诸如以下这些问题：“您希望尝试一下戒烟吗？”或“对于戒烟这一问题，您有什么想法？”

对于那些已经决定戒烟的吸烟者，可以进行第四步，对吸烟者的戒烟努力提供具体的支持。另一方面，对于那些还没有决定戒烟的吸烟者，不能强迫他们戒烟，应提供动机干预，具体详见5R方法，在此过程中要避免争论。

第四步 帮助 帮助吸烟者戒烟

1 帮助吸烟者树立正确的观念

2004 年中国疾病预防控制中心对天津等六个省会城市调查 3650 名医生，发现男性医生吸烟率为 45.8%，有 23.9% 的内科医生不了解吸烟是心血管的致病因素之一，97.4% 的医生不了解尼古丁替代疗法，4.9% 的医生不知道吸烟可导致肺癌，只有 7.1% 的医生帮助吸烟者制定戒烟计划。上述结果表明中国男性医生吸烟率高，控烟能力缺乏。医生首先要树立正确的观念，才能帮助吸烟者正确认识吸烟的危害和戒烟的益处，纠正偏见。医生应向戒烟者阐明烟草危害、戒烟益处以及戒烟的方法和原理，应根据戒烟者的知识层次和文化背景，与之讨论控烟的政策、法规、措施以及烟草经济等方面的问题。这些讨论有助于吸烟者与医生的良好配合，提高戒烟率。

2 审查戒烟的理由

为帮助已经决定戒烟的吸烟者成功戒烟，鼓励吸烟者具有挑战精神是非常重要的。为了达到这一目的，应让吸烟者再次坚定渴望戒烟的理由。

可要求吸烟者主动列出吸烟对于吸烟者的“好处”和坏处、戒烟的“坏处”和好处以及继续吸烟和戒烟的原因，越具体越好，并由吸烟者保存，目的就是让吸烟者认清矛盾，做出决定。这一过程可以增加吸烟者的戒烟愿望，在以后戒烟过程中遇到困难失去勇气时可以获得鼓励。

3 让吸烟者观察自己的吸烟类型

为了有效地准备开始戒烟，应告知吸烟者关注自己的吸烟行为

并进行记录，也就是让吸烟者记吸烟日记。记录吸烟者每次吸烟的时间，吸烟的场所以及吸烟者当时的心情等。至少要连续记录 2~ 3 天，最好记录 1 周。通过对吸烟行为进行观察，吸烟者可以了解自己的“吸烟特点”，即在什么时间和什么场合吸烟？了解这些特点有助于为吸烟者设计出个性化的维持戒烟方案。

4 确定开始戒烟的日期

对于已经决定戒烟的吸烟者来讲，最重要的一步是让吸烟者选择一个具体的开始戒烟日期。这个日期应该被确定在至少 1 周或 2 周的准备期后，但如果吸烟者想立刻戒烟，也应该尊重其意愿。此外，当确定开始戒烟的日期时，要考虑以下因素：（1）选择一个吸烟者心理上放松、没有精神或时间压力的时候开始戒烟，例如选择吸烟者的工作负担已经减轻了的时候。（2）选择吸烟者不上班的时候开始戒烟（特别是在开始戒烟后大约一周的时间里吸烟者可以不上班）。（3）由于饮酒时再次吸烟的危险较大，所以要避免选择饮酒机会较多的日期开始戒烟。这些时间包括年终聚会、新年聚会、欢迎宴会、告别宴会和其他社会活动等。（4）可以选择一个对吸烟者来讲具有特殊意义的日期作为开始戒烟的日期，例如，自己的生日或家庭成员的生日，结婚纪念日，世界戒烟日等。可以推荐的其他时间包括吸烟者搬家、换工作、新的一年的开始、一个月的开始时间等。

5 创造一个有助于吸烟者戒烟的环境

为帮助吸烟者自然地在其生活中不再吸烟，要告知吸烟者如何

创造一个较容易戒烟的环境。

为开始这项工作，吸烟者应通知配偶、家庭成员、朋友、同事和其他密切接触的人，自己已经戒烟了，使他们明白自己想戒烟的愿望并能够配合。鼓励吸烟者告知家人、朋友、同事等尽量克制在自己面前吸烟，要求他们不要邀请自己外出饮酒。其次，吸烟者要通知周围的人，如果有人也想开始戒烟，可以组成一个戒烟小组，彼此交换信息、互相鼓励。

戒烟前应该给吸烟者的一些忠告还包括：不要存留卷烟，要将总是卷烟缭绕的环境变成一个没有卷烟的环境；在过去总是吸烟的地方和场合放置一些警示牌，例如“起床时不要吸烟”、“饭后不要吸烟”等。增加不能吸烟的时间和场所；当特别想吸烟时，试着忍耐几分钟不吸烟。对那些迫不及待要吸烟的人也可以试试想象训练；用烟草替代物来释放压力，因为以往吸烟者的手和嘴每天都会很多次重复吸烟的动作，戒烟之后一般不会立即改掉这个习惯性动作，所以可选择一些替代品来帮助克服，如口香糖、牙签等可针对嘴上的习惯，铅笔、勺子、咖啡搅拌棒等可针对手上的习惯；开始戒烟的前一天，吸烟者要扔掉所有保留的烟草产品、打火机和和其他吸烟用具。

6 回顾以往的戒烟经历

建议吸烟者认真回顾自己以往戒烟的经历，并从中找出哪些是对自己有帮助的，哪些是导致复吸的原因，以便在这次的戒烟过程中汲取经验教训。

7 对面临的挑战要有思想准备

要告诉吸烟者在戒烟过程中会遇到的挑战。比如，在戒烟的头几个星期会出现戒断症状、戒断症状产生的原因有哪些、戒断症状的强度因人而异、戒断症状在戒烟的第 1~ 3 周内最明显、对卷烟的心理依赖会持续很长时间，等等。

8 签一份戒烟协议

建议吸烟者与自己签一份戒烟协议，并留一份给支持者，这样不仅可以获得他人的鼓励，还可以让人予以督促，使戒烟更容易成功。

9 选择适当的戒烟方法

让吸烟者自己选择采用“逐渐减量法”或“突然停止法”。“突然停止法”虽然在戒烟的头两个星期会出现一系列不适症状，但由于戒烟药物的使用，不适症状会明显减轻。而“逐渐减量法”由于持续时间较长，往往不容易坚持，而且一部分选择“逐渐减量法”的吸烟者其实是为自己不想戒烟找借口，所以建议最好采用“突然停止法”。

10 鼓励使用戒烟药物

除特殊情况外，应鼓励使用戒烟药物。同时，要向吸烟者强调戒烟药物并不是一种灵丹妙药，它本身并不能使人戒烟，即便是尼古丁制剂，它所提供的尼古丁并没有卷烟那么令人满意，所以，戒烟过程中的意志力是必须的。

11 控制吸烟者持续的吸烟欲望

吸烟者开始戒烟后将会持续经历强烈的烟瘾。口腔会感觉空荡荡的，手会感觉被忽视，而且在大脑还未开始思维之前，手就伸向了卷烟。在这种情况下，需要告知吸烟者控制这种持续的吸烟愿望的方法，包括：（1）改变吸烟者的行为类型：也就是要改变与吸烟密切相关的吸烟者的生活行为类型。例如：清晨改变吸烟者的行为顺序，洗漱、吃早饭等、让吸烟者不喝咖啡或酒精饮料、饭后迅速从座位上起来等。（2）改善吸烟者的环境：要改变那种能为吸烟者提供吸烟机会的环境，以防止怂恿吸烟者吸烟的情况出现。例如：扔掉所有烟草制品、打火机、烟灰缸和其他吸烟用品、远离吸烟者、避免停留在很有可能使吸烟者想吸烟的地方，如避免到酒吧之类的地方。（3）建立一些补偿行为：吸烟者可以借用一些烟草替代物，例如饮水或茶、咀嚼干海藻或无糖口香糖、进行深呼吸、刷牙、散步等。告诉吸烟者可选择一种或几种对自己有效的方法，以便能够应付持续的吸烟欲望。

12 处理戒断症状

戒烟后血液中尼古丁浓度减低，加上心理上和行为习惯的原因会出现渴望吸烟、头晕目眩、胃部不适、便秘、紧张、易激惹、注意力不能集中、抑郁及失眠等症状，医学上称之为戒断症状群。这些症状在戒烟后 2~ 3周后可迅速消失。需要告知吸烟者寻找解决戒断症状的方法，并强调这些症状只在戒烟的早期出现，戒烟成功后，不仅这些症状会消失，而且还会感觉自己比戒烟前更轻松，更充满活力。以下是针对吸烟者的主诉可以采取的相应措施：

“我一直有吸烟的欲望”：诸如饮水喝茶，或咀嚼干海藻或无糖口香糖的替代行为可以有效。

“我感觉易激动，不能平静”：鼓励吸烟者慢慢地深呼吸，感觉紧张的肌肉渐渐松弛；散步或适度锻炼这些补偿行为也可以有效。

“我不能够集中精力”：在开始戒烟后让吸烟者减少工作负担 1 周，以便释放压力。

“我头疼”：让吸烟者做深呼吸，并在睡觉时抬高双脚。

“我感觉身体疲乏，而且总想睡觉”：让吸烟者得到充分的睡眠，并且建议吸烟者午睡、适度锻炼、洗热水澡、用干或湿毛巾擦拭全身。

“我不能睡觉”：告知吸烟者避免饮用含咖啡因的饮料，适度锻炼，用温水洗澡。

“我开始便秘了”：让吸烟者大量饮水。

“我总想吃东西”：可以多吃一些蔬菜水果进行替代，多喝水，但不要吃巧克力等高能量的零食，以防发胖。

13 给自己一些适当的奖励

在戒烟的过程中，每取得一次小小的胜利，都可以给自己一点奖励，这样可以时刻督促自己取得最终的胜利。

14 处理容易使吸烟者复吸的危险情况

吸烟者戒烟时，其吸烟的冲动并没有消失。经常可以看到，正在戒烟的人与同事饮酒时，当被问到是否想“抽一根烟”时，他们的手就已经下意识地伸出去接烟了。因为有些人很难抵御烟的诱惑，

所以要求吸烟者观察自己的吸烟习惯，要告诉吸烟者事先准备好有针对性的对抗措施，以应对可能再次吸烟的情况。可能再次吸烟的危险情况包括：当吸烟者在工作和人际关系方面感觉不安时；心情抑郁时；外出饮酒时；戒烟者看到有人正在吸烟时。

15 提供辅助材料

应该免费给吸烟者提供戒烟辅助材料。辅助材料应言简意赅、通俗易懂，并保证可读性和趣味性。如果有条件，可以根据吸烟者的年龄特点和教育程度设计多种版本，以便更具针对性。在下次就诊时，可询问他们阅读材料的情况，考虑是否补充提供其它相关材料。

16 提供电话咨询

如果有条件，最好能提供电话咨询，这样吸烟者可及时获得帮助支持。

第五步 随访

吸烟者开始戒烟后，应安排长期随访，随访时间至少 6 个月。近期的随访应频繁，安排在戒烟日之后的第一个星期、第二个星期和第一个月内，总共随访次数不要少于 6 次。随访的形式可以要求戒烟者到戒烟门诊复诊，或通过电话了解其戒烟情况。在随访时，应鼓励每个戒烟者就以下问题进行主动讨论：(1) 戒烟者是否从戒烟中获得了益处；获得了什么益处，如咳嗽症状减轻、形象改善、自信心增强等；(2) 在戒烟方面取得了哪些成绩，如从戒烟日起完全没有吸烟、戒断症状明显减轻、自己总结的一些戒烟经验，等等；

(3) 在戒烟过程中遇到了哪些困难，如烦躁、精神不集中、体重增加等；如何解决这些困难；(4) 戒烟药物的效果和存在的问题；(5) 在今后可能遇到的困难，如不可避免的吸烟诱惑、戒烟意识的松懈等。

1 称赞吸烟者戒烟成功

对于已经确定了戒烟日的吸烟者，当他们来进行下一次检查时，必须要证实他们的戒烟状态。可以询问他们：“自上次见到你后，你戒烟的情况如何？”

对于所有戒烟者，应给予鼓励，并根据不同情况给予相应的指导：(1) 对自戒烟日后完全不吸烟者给予祝贺和鼓励；(2) 对偶尔吸烟者，应告诉他已经获得了巨大成功，在漫长的戒烟过程中偶尔吸烟的现象是正常的，经过努力，最后的一两支烟一定能够完全戒掉；(3) 对还没有戒烟的吸烟者，应该询问他们失败的原因，以及对他们来讲，怎样做更容易戒烟。尝试过戒烟但最后失败的吸烟者，往往都说他们的失败是因为“我的意志力差，对我来说，戒烟似乎是不可能的。”“当我试着戒烟时，我心里的压力好像增加了。”“我没法抵御吸烟的欲望”等。对于这些情况，推荐的方法是消除吸烟者对戒烟过程中遇到的这些障碍的焦虑和注意。对于那些想再次戒烟的吸烟者，可通过帮助他们选择一个新的开始戒烟日，并予以鼓励。(4) 复吸的吸烟者中，有些人认为他们重新吸烟，他们是失败者。这些吸烟者视戒烟为畏途，感到失去了再次戒烟的勇气。事实上，吸烟者的再次吸烟并不代表他们是失败的，而是一次有价

值的学习机会。因此应向这些吸烟者解释清楚，在戒烟过程中重新吸烟是一个普遍现象，多数已经成功戒烟的吸烟者都经历过三四次复吸的经历。此外，还要鼓励他们把这次失败视为再次努力挑战戒烟的一次经验。在吸烟者再次面对挑战、准备戒烟的过程中，要与其讨论能够帮助他们避免再次吸烟的措施。对那些面对戒烟挑战的吸烟者和实施戒烟治疗的医生来讲，最重要的一点就是绝不放弃努力。

2 证实吸烟者的戒烟疗效

如果戒烟持续一段时间而没有吸烟，吸烟者将会在身体和精神两方面都感觉到振作和精力充沛，这就是所说的来自成功戒烟的自信。放弃吸烟可以改善健康和身体状况。对吸烟者来说，戒烟的主要效应可概括如下：“它可以改善我的不适症状和身体状况”、“它可以使我感觉更有信心，帮助我继续前进”、“它降低了我患病的危险”、“它有助于我周围人的健康”等。可以通过比较吸烟者戒烟前后的精神和身体状况来证实戒烟的疗效。戒烟的主要疗效包括：咳嗽和粘痰消失；呼吸比以前见好；醒来时感觉精力充沛；能够感觉到食物的香味，而且味觉似乎也更好了；胃口感觉比以前好，而且食欲也增加了；皮肤看上去好多了；散步时不再气喘吁吁了；口腔异味已经没有了；唱歌时声音较以前有力了；不再把钱浪费到卷烟上了；不再担心其他人会对我吸烟感到厌烦了；衣服上和家里不再有烟味了；感觉现在我对做任何事都充满信心，等等。

3 对没有再次吸烟者的忠告

已经成功戒烟的吸烟者，有时在不经意中莫名其妙地再次开始吸烟。在这种情况下，要询问吸烟者有关让他完全没有信心抵御烟瘾的情形。换句话讲，就是要询问吸烟者与吸烟有关的一些危险因素。然后要告诉吸烟者如何排除这些因素的影响，以及解决这些问题的方法。尤其要告诉吸烟者对戒烟后的第一个月应该特别关注，在这一阶段要努力避免可能引起再次吸烟的环境，例如避免到提供酒精饮品的场所、避免疲惫、避免出现工作压力等。在吸烟者没有信心坚持戒烟的情况下，若找出能避免上述情况的办法，可增强戒烟的信心。

4 提醒持续戒烟的患者，防止复吸

如果患者坚持没有吸烟，并不意味着患者确信：“我不会再吸烟了。”要提醒他们防止复吸。方法包括：时时想到烟的危害；牢记促使戒烟的原因及其在戒烟时所起的作用；回想戒烟以来感觉是多么的良好；从持续戒烟至今的事实中感受到自信；鼓励周围的人戒烟。

第二节 对于不愿意戒烟的吸烟者 -5R法增强戒烟动机

可采用 5 个 R 的干预措施，即相关(Relevance)、风险(Risks)、益处(Rewards)、障碍(Roadblocks)、重复(Repetition)，来动员不愿意戒烟的吸烟者，增强其戒烟动机。

相关：要尽量帮助吸烟者懂得戒烟是与个人密切相关的事。如果能结合吸烟者的患病状态、患病危险性、家庭或社会情况（如家里有小孩）、健康问题、年龄、性别、及其它重要问题（如以往的戒

烟经验，个人造成的戒烟障碍等），效果会更好。

风险：应让吸烟者知道吸烟可能造成的对其本人的短期和长期的负面影响以及吸烟的环境危害。可以提出和强调与吸烟者本人具体情况相关的风险，并着重强调吸低焦油/低尼古丁的卷烟或其它形式的烟草（如无烟的烟草、雪茄和烟斗）并不能减少这些风险。

益处：应当让吸烟者认识戒烟的潜在益处，并说明和强调那些与吸烟者最可能相关的益处，如：促进健康；增加食欲；改善体味；节约金钱；良好的自我感觉；家里、汽车内和衣服上气味更清新；呼吸也感到更清新；不再担心戒烟；为孩子树立一个好的榜样；养育更健康的婴儿和孩子；不再担心吸烟会影响别人；身体感觉更舒服；在体育活动中表现更出色；减少皮肤皱纹或皮肤老化等。

障碍：医生应告知吸烟者在戒烟过程中可能遇到的障碍及挫折，并告知吸烟者如何处理。

重复：每遇到不愿意戒烟的吸烟者，都应重复上述干预。对于曾经在戒烟尝试中失败的吸烟者，要告知他们大多数人都是在经历过多次戒烟尝试后才成功戒烟的。

第三节 曾吸烟者 防止复吸

大多数复吸发生在戒烟后不久，也有少数人在戒烟数月甚至几年后出现复吸。防止复吸是戒烟过程中非常重要的环节，除前面已经提到的方法外，可以采取初级的（简单的）或者规范的（强化的）方案。

一、防止复吸的初级方案

每一次与最近刚戒烟成功者见面时，都需要实施这些干预。对于每一个不再复吸的前吸烟者，我们都要表示祝贺并给予强烈的支持，从而使其完全抵制吸烟。对于一个最近刚戒烟的吸烟者，可使用设计好的一些开放式提问来维持戒烟状态（如戒烟对你有何益处？）。医生应当鼓励吸烟者积极讨论以下几个问题：从戒烟中得到的好处，包括潜在的健康方面的好处；在戒烟中取得的成功经验，如完全停止吸烟的时间，戒断症状的减轻等；所碰到的或预料到的妨碍戒烟的问题，如压抑、体重增加、酗酒或家庭内其他人吸烟等。

二、防止复吸的规范方案

在实施防止复吸的规范方案期间，吸烟者需要识别那些可能不利于他（或她）成功戒烟的因素。他们可能报告的问题及可采取的相应对策如下：

（1）缺少支持：可以安排随访或电话访视，帮助吸烟者寻找其周围存在的支持力量，介绍他们参加可以提供戒烟咨询或支持的组织，如戒烟门诊。

（2）心情不好或忧郁：可以说一些鼓励的话，给予治疗药物，或转诊给戒烟专家。

（3）强烈或持续的戒断症状：继续提供戒烟咨询，分析戒断症状的原因；延长戒烟药使用时间或增加（或联合）药物治疗。

（4）体重增加：建议规律运动，强调健康饮食，反对严格节食。使吸烟者确信戒烟后体重增加是正常的，但也是可以自我控制的，

不会太严重。采用可延缓体重增加的药物，如盐酸安非他酮缓释片。

(5) 精神萎靡不振或时常感到饥饿：加以安慰，告诉他们这种感觉是常见的、也是自然的反应。要进一步调查吸烟者确实没有沉溺于周期性的吸烟，建议自我奖励，强调开始吸烟（即使只是闻一下）也将增加吸烟的欲望，使戒烟变得更困难。

戒烟后预防复发是戒烟最大的挑战，除识别那些可能不利于成功戒烟的因素外，还要以治疗慢性病的心态治疗戒烟，否则会减少治疗戒烟者的热忱，会使吸烟者对戒烟绝望，甚至望之却步。可建立戒烟热线咨询，回答关于戒断症状的问题，药物治疗的副作用并讨论临床症状。也可考虑长时间或联合用药，缓解那些突出的、或持续时间过长的戒断症状。

总之，烟草依赖是一种值得积极治疗的慢性疾病，需要反复干预。目前我们已有一些可使烟草依赖者摆脱成瘾甚至永久戒除的有效治疗方法。至今为止还没有任何其他临床干预措施像干预吸烟那样，能够如此有效地减少疾病的发生、防止死亡和提高生活质量。

附件 1 戒烟方法简要流程图

戒烟方法简要流程图

询问 了解患者是否吸烟

建议 强化吸烟者的戒烟意识

评估 明确吸烟者戒烟的意愿

对愿意戒烟的吸烟者

对不愿意戒烟的吸烟者

帮助 帮助吸烟者戒烟 ← 增强戒烟动机

心理治疗 + 鼓励使用药物

树立正确的观念

审查戒烟理由

确定戒烟日期

回顾戒烟经历

作好戒烟思想准备

处理戒断症状

提供辅助材料及电话咨询等

随访

防止复吸

附件 2 戒烟日记

烟的数量	时间	场所	情形	心情	程度	如何抵制
第 1支烟						
第 2支烟						
第 3支烟						
第 4支烟						
第 5支烟						
第 6支烟						
第 7支烟						
第 8支烟						
第 9支烟						
第 10支烟						

日期：

最想吸烟的情形：

在这些情形下最有效的抵制策略：

*心情：平淡 焦虑 紧张 生气 消沉 高兴 轻松 疲劳 无聊

* * 想吸烟的程度：没有 =0 很弱 =1 中等 =2 强 =3 非常强 =4

附件 3 戒烟协议书

我与自己签订戒烟协议书

我向自己承诺完全戒烟，从 XX(年) XX(月) XX(日) 开始。

承诺人签名：XX

保存人签名：XX

附件 4 戒烟药物

WHO建议使用的戒烟辅助药中，**一线药物**包括盐酸安非他酮、尼古丁贴片、尼古丁口胶、尼古丁鼻喷剂和尼古丁吸入剂五种药物，后四种均为尼古丁制剂，采用的是尼古丁替代疗法（nicotine replacement therapy, NRT），其中尼古丁贴片的效果最好、最稳定，其次是口胶，鼻喷剂和吸入剂效果稍差。尼古丁舌下含片为新的剂型。**二线药物**是指在一线药物无效时临床医生可选用的药物，包括可乐定和去甲替林。

盐酸安非他酮是一种具有多巴胺能 (dopaminergic)和去甲肾上腺素能 (noradrenergic)的抗抑郁剂，1997 年被用于戒烟。安非他酮是口服药，至少在戒烟前 1周开始服用，疗程为 7~ 12周。使用方便，不含尼古丁。副作用有口干、易激惹、失眠、头痛和眩晕等。癫痫患者、并用单胺氧化酶抑制剂者、厌食症或不正常食欲旺盛者禁用。对于尼古丁严重依赖的吸烟者，联合应用尼古丁替代治疗可使戒烟效果增加。

尼古丁贴片使用时需选取躯干或四肢的清洁、干燥、无毛、没有伤口的部位，必要时将局部的毛发剃除，撕去保护纸后迅速将之粘贴到相应的部位，同时紧压 10~ 20秒，以确保贴的牢固。不同的剂量规格保留时间不一。规定的保留时间过后，撕下旧的贴片，在粘新贴片时要更换不同的部位。标准疗程一般为 8周，如果有复吸的可能，则可延长疗程至 3个月、6个月或甚至 1年。

美国食品与药品管理局 (FDA) 于 1984年批准尼古丁口胶剂上

市,1995年批准为非处方药。剂型有 2mg/片 (用于吸烟 <25支/天) 和 4mg/片 (用于吸烟 >25支/天),使用时间为 8~ 12周,具体用法为每欲吸烟时咀嚼一片,咀嚼不要过多,需含在颊内,任其慢慢吸收。绝大多数吸烟者在治疗的头 1个月日用量为 10~ 12片,最多不超过 30片。当吸烟欲望减轻时可逐渐减少口胶剂的使用量,直至完全停药。副作用包括恶心、下颌关节酸痛、消化不良、打嗝等。优点是使用者能自行控制剂量并代替吸烟时的口感。注意避免在饮用饮料或进食前后 15分钟内使用。

尼古丁喷鼻剂具体用法是:当吸烟者有吸烟欲望时,头稍微后仰,将制剂喷入鼻孔,尼古丁可通过鼻粘膜吸收。喷鼻剂中的尼古丁较贴片或口胶剂中的尼古丁更易吸收。通常喷鼻剂的初始剂量为每小时喷 1~ 2次(每喷 1次约 0.05ml,含尼古丁 0.5mg),最高剂量为每天喷 80次(大约半瓶),最佳剂量为每天至少喷 16次。疗程一般为 8周,再用 4~ 6周逐渐停用,以防止戒断症状的发生。使用时需注意喷鼻时不要用鼻吸气或吞咽。副作用包括鼻部刺激感、打喷嚏、咳嗽、流眼泪等。

尼古丁吸入剂为非处方药。具体用法是初始剂量一般为 6~ 16支/日,通常每喷一次需呼吸 20分钟后再喷下一次;经调整后一旦确立了最佳剂量,就要维持 3个月,然后再用 3个月逐渐减量至停用。通过吸入剂吸入的尼古丁实际上并不是真正的吸入,因为尼古丁主要不通过肺吸收,而是通过口腔黏膜、食管和胃吸收,因此不易成瘾,使用安全、有效。

尼古丁舌下含片是目前国际上的最新剂型，起效迅速，释放均匀。与其他剂型相比，尼古丁舌下含片提高了尼古丁的稳定性，解决了尼古丁易挥发、遇光和空气易氧化等问题，并且使尼古丁的释放不受 pH 值的影响；提高了生物利用度，减少了因口服给药对胃肠道的刺激，并避免了首过效应；含化时间延长，符合吸烟者的习惯，利于帮助戒烟；服用方便，避免口胶用药时的复杂技巧要求。剂量规格是 2mg/片，起始剂量是 1~ 2片 /小时，最高剂量 20片 /日，应用 4周后逐渐减量，推荐治疗时间为 12周。

可乐定为 α_2 -肾上腺素能受体激动剂，可减少戒断期中枢蓝斑部位去甲肾上腺素能神经元放电，进而减轻戒断症状中交感神经系统功能亢进的症状。剂量为 0.1mg~ 0.3mg，每天两次，使用 3~ 10周。副作用包括口干、忧郁、头昏等。因可乐定具有降血压作用，使用受到限制，一般只用于较重的依赖者。去甲替林是三环类抗抑郁剂，具有抗胆碱作用和拟肾上腺素能作用，能提高情绪、减轻焦虑、改善睡眠等。研究显示，去甲替林可提高戒烟疗效。一般戒烟前 10~ 28天使用，25mg/日，之后增加剂量到 75mg~ 100mg/日，使用 12周。副作用包括口干、镇静、头昏等。CHD患者慎用。

伐尼克兰 (Varenicline酒石酸盐) 是最近在美国和欧洲上市的一种用于帮助成年烟民戒烟的戒烟药。该药是一种选择性的尼古丁乙酰胆碱受体的部分激动剂，作用于 $\alpha_4 \beta_2$ 尼古丁受体。国外临床试验结果表明，伐尼克兰治疗烟草依赖明显优于目前现有的治疗。该化合物的激动特性可以减轻烟瘾和戒断症状。另外，在治疗期间，

它的拮抗特性又可以减少吸烟时的满足感,从而减少复吸的可能性。伐尼克兰有 0.5mg和 1mg两种剂型,在戒烟日之前 1至 2周开始治疗,疗程 12周,也可以再治疗 12周,同时考虑减量。副作用包括失眠、恶心、胃肠胀气以及便秘等。目前,中国正在进行该药的三期临床试验。

关于戒烟治疗的效果,一项检索了 10个数据库,入选了 70项关于 NRT 12项关于安非他酮和 4项关于伐尼克兰的随机对照临床试验(RCT)的综述和荟萃分析发现,NRT、安非他酮和伐尼克兰辅助戒烟均有效果。开始治疗后 3个月的戒烟率 NRT(OR 1.98, 95% CI, 1.77-2.21)、安非他酮(OR 2.13, 95% CI, 1.72-2.64)和伐尼克兰(OR 3.75, 95% CI, 2.65-5.30)均优于对照组。1年时的戒烟率 NRT(OR 1.71, 95% CI, 1.55-1.88)、安非他酮(OR 1.56, 95% CI, 1.10-2.21)和伐尼克兰(OR 2.96, 95% CI, 2.12-4.12)亦均优于对照组。两项 RCT评价 NRT 1年时的戒烟率不优于安非他酮(OR 1.14, 95% CI, 0.20-6.42)。三项 RCT评价伐尼克兰开始治疗后 3个月的戒烟率(OR 1.61, 95% CI, 1.16-2.21)和 1年时的戒烟率(OR 1.58, 95% CI, 1.22-2.05)均优于安非他酮。使用间接比较,开始治疗后 3个月的戒烟率(OR 1.01, 95% CI 0.79-1.29)和 1年时的戒烟率(OR 0.92, 95% CI 0.64-1.32)安非他酮不优于 NRT。开始治疗后 3个月的戒烟率(OR 1.66, 95% CI, 1.17-2.36)和 1年时的戒烟率(OR 1.73, 95% CI 1.22-2.45)伐尼克兰均优于 NRT。

附件 5 国内的戒烟门诊

首都医科大学附属北京朝阳医院 联系人：肖丹
电话：010-85231610

朝阳医院戒烟热线 电话：010-85231610
每周一下午

首都医科大学附属北京安贞医院 联系人：杨晓辉

2007年美国癌症协会和中国疾病预防控制中心合作项目在中国设立了如下一些戒烟门诊：

北京

中关村医院 联系人：孙颖
电话：010-51539103

北京市第六医院 联系人：彭堃
电话：010-64035566

复兴医院 联系人：李东霞

中日友好医院 联系人：余红霞
电话 010-84205252

武汉

武汉市汉水桥街社区卫生服务中心 联系人：刘国平
电话：027-83778039
周一全天、周二下午

武汉市常青花园社区卫生服务中心 联系人：韩文影
周二、四下午

武汉市戒烟热线 95120

成都

成都市六院门诊五楼 联系人：鄢志红
电话：028-84332033-8112
周二、三、五下午 2:30-5:00

广州

广州市第十二人民医院 联系人：杨烈
电话：020-38981268

河南

南阳市疾病预防控制中心 联系人：郭军杰

戒烟热线：0377-62076659

三门峡市黄河路社区卫生服务中心 联系人：张俊贤
每周四下午

附件 6 控烟资源

卫生部 www.moh.gov.cn

中国疾病预防控制中心控烟办公室 www.tobaccocontrol.com.cn

中国控制吸烟协会 www.cash-prc.com

世界卫生组织烟草或健康合作中心 www.bimr.cn

香港卫生署控烟办公室 www.tco.gov.hk

香港吸烟与健康委员会 www.smokefree.hk

华文戒烟网 www.e-quit.org

台湾财团法人董氏基金会 www.jtf.org.tw

中国癌症基金会 www.chinacancernet.org.cn

瑞士日内瓦州社会行为与卫生部卫生总署预防与促进健康项目

www.stop-tabac.ch/cn

世界卫生组织 www.who.int/tobacco/en

联合国儿童基金会 www.unicef.org

美国疾病预防控制中心 www.cdc.gov/tobacco

全球链接 (GLOBALINK) www.globalink.org

美国非吸烟者权利联盟 www.no-smoke.org

苏格兰吸烟与健康运动网站 www.ashscotland.org.uk

框架公约联盟 www.fctc.org/index.php

有效戒烟运动全球对话 www.stopsmokingcarpains.org

全球无烟伙伴 www.global smokefreepartnership.org

全球烟草预防与控制网 www.cdc.gov/tobacco/Global/index.htm

国际非政府反烟组织 www.ingcat.org

泛美卫生组织 www.paho.org

戒烟网 treatobacco.net

参考文献

- 1 Thompson F, Fagerstrom K. Current trends in international tobacco control. *Clin Occup Environ Med*, 2006, 5(1):101-116, ix
- 2 West R. Tobacco control: present and future. *Br Med Bull*, 2006, 77-78: 123-136
- 3 Slama K. The FCTC enters into effect in 2005. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2005, 9(2):119
- 4 Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 2004, 328(7455):1519- 1927
- 5 Niu SR, Yang GH, Chen ZM, et al. Emerging tobacco hazards in China: 2. Early mortality results from a prospective study. *BMJ*, 1998, 317(7170):1423-1424
- 6 翁心植. 吸烟与慢性阻塞性肺疾病. *中华全科医学杂志*, 2004, 3(4):232-233
- 7 杨功焕, 马杰民, 刘娜, 等. 中国人群 2002年吸烟和被动吸烟的现状调查. *中华流行病学杂志*, 2005, 26 (2): 77-83
- 8 卫生部履行《烟草控制框架公约》领导小组办公室. 2007年中国控制吸烟报告, 2007
- 9 香港地区戒烟辅导套, 2006
- 10 翁心植主编. 社区控烟手册, 2004
- 11 台湾地区临床戒烟指南, 2002
- 12 Moving Forward With the 5 A' s - Physician' s Manual for Quit Smoking Therapy. Source: Pfizer Company
- 13 European Office of World Health Organization. Help

- Smokers Stop. World Health Organization, 2001
- 14 U.S. Department of Health and Human Services. Treating Tobacco Use and Dependence. 2002
 - 15 Fiore MC. US public health service clinical practice guideline: treating tobacco use and dependence. *Respir Care*, 2000, 45(10):1200-1262
 - 16 Henningfield JE, Fant RV, Buchhalter AR, et al. Pharmacotherapy for nicotine dependence. *CA Cancer J Clin*, 2005, 55(5):281-299
 - 17 Zwar N, Richmond R, Borland R, et al. Smoking cessation guidelines for Australian general practice. *Aust Fam Physician*, 2005, 34(6):461-466
 - 18 Wu P, Wilson K, Dimoulas P, et al. Effectiveness of smoking cessation therapies: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 2006, 6:300
 - 19 West R. The clinical significance of "small" effects of smoking cessation treatments. *Addiction*, 2007, 102(4):506-509
 - 20 Reus VI, Obach RS, Coe JW, et al. Varenicline: new treatment with efficacy in smoking cessation. *Drugs Today*, 2007, 43(2):65-75
 - 21 Edwards R. The problem of tobacco smoking. *BMJ*, 2004, 328(7433):217-219
 - 22 Coleman T. ABC of smoking cessation. Use of simple advice and behavioural support. *BMJ*, 2004, 328(7436):397-399