

目 录

前 言	3
一 开设门诊的意义	5
二 戒烟门诊开设	7
(一) 开设计划	7
(二) 门诊设置	7
(三) 人员构成	7
(四) 人员培训	7
(五) 仪器设备	8
(六) 开诊时间	8
三 戒烟的方法	9
(一) 烟草依赖是慢性成瘾性疾病	9
(二) 戒烟方法介绍	12
(三) 戒烟治疗实施步骤	19
(四) 药物治疗	24
(五) 预防复吸	29
四 戒烟门诊的维持	31
(一) 领导的重视和支持	31
(二) 内部的制度与宣传	31
(三) 外部宣传	31
五 戒烟门诊的评价	33
(一) 评价的意义	33
(二) 评价的种类和内容	33
(三) 评价指标	34
附 件	36
一 烟草的流行与危害	36
二 常见问题及其处理	43
三 戒烟日记	46
四 SMOKE CHECK使用介绍	47
五 门诊问卷	50

前 言

2006年1月世界卫生组织《烟草控制框架公约》在中国已经正式生效。其中第14条明确指出，每一缔约方应考虑到本国家的现状和重点，制定和传播以科学证据和最佳实践为基础的适宜、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。制订本《指南》的目的就是为了履行世界卫生组织《烟草控制框架公约》，推动中国的戒烟工作。

我国目前吸烟人数约为3.5亿，居世界各国之首，每年死于烟草相关疾病的人数为100万。如果目前吸烟状况得不到有效控制，到2020年与吸烟相关的死亡将增至200万，50年内将有1亿中国人死于与烟草相关疾病。因此积极开展戒烟工作对于我国居民的健康有着重要的意义。

吸烟在医学上已经被界定为是一种慢性、成瘾性疾病，唯有通过专业的治疗及长期的努力才能增加戒烟的成功率。国际成功控烟实践证明，医生在控烟中是最具有潜质的人群，他们不但可以利用专业知识帮助吸烟者戒烟，而且可以推动国家就控烟问题进行立法，同时不吸烟和戒烟成功的医生也能成为吸烟者的榜样。医生在戒烟方面的权威性和说服力，远胜过吸烟者的亲人或周围其他人。

然而，国内医务人员在戒烟方面的行为、认知和技能现状不容乐观。2004年中国疾病预防控制中心对六个城市医务人员吸烟情况进行了调查，23%的内科医生不了解吸烟是心血管疾病的危险因素，97.4%的医生不了解尼古丁替代疗法，只有7.1%的医生能够帮助吸烟者制定戒烟计划。

随着国家履约步伐的加快，以及居民对健康需求的增加，必将使越来越多的吸烟者愿意戒烟进而加入到戒烟行列，这势必会对医务人员的戒烟能力提出更高的要求。本《指南》的目的就是为戒烟门诊工作的开展提供指导，帮助医务人员提高提供戒烟服务的能力，为吸烟者提供切实有效的帮助。也希望率先开设的戒烟门诊，进一步拓展工作职能，成为本地区的健康教育和技能培训中心，为当地的医务人员，特别是社区卫生服务中心的全科医生，提供培训实习的机会，帮助他们掌握戒烟理念和技能，把戒烟服务变成他们每天医疗实践中的重要内容，帮助吸烟者戒烟，真正把疾病控制的关口前移，把“预防为主”的卫生方针落实到实际工作中来。

为了建立戒烟网络，从 2006 年起，中国疾控中心慢病中心在美国癌症协会和香港大学的帮助下，开始尝试进行戒烟服务的培训。从 2006 年开始，我们陆续举办了一系列培训班，完善了培训手册，在北京、成都、上海、武汉、广州、河南省南阳市、三门峡市等地市尝试性的开设了一些戒烟门诊，为今后其他地区开展类似工作提供有益借鉴。在两年实践的基础上，参考国内外相关资料，我们完成了这本《戒烟门诊操作指南》。2008 年中央支持地方控烟项目也明确要求各地加强控烟能力建设，包括建立戒烟网络，提高医务人员的戒烟能力，在各地开设戒烟门诊过程中，本《指南》也可以作为工作的参考。

在《指南》完成过程中，我们得到了美国癌症协会、香港大学的支持。同时，美国癌症协会在戒烟门诊试点过程中，发放了一些种子资金。不同地区对于戒烟服务媒体宣传、戒烟门诊评估方面进行了有益的尝试，为我们完成手册提供了参考。在此我们一并致谢。

同时我们也强烈推荐每一个医生能够学习由世界卫生组织健康或健康合作中心、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等单位编写《2007 年版中国戒烟指南》，在各自的临床或公共卫生实践中帮助吸烟者戒烟。

一 开设门诊的意义

天花的灭绝，主要归因于牛痘的发明和广泛使用，疫苗在控制各种传染病的流行上起到了重要的作用。烟草也像传染病一样，正从发达国家向发展中国家蔓延，控烟烟草流行的疫苗就是各类控烟的政策，它的成分包括了全面开展健康教育，提高烟草价格，室内 100%无烟政策，全面禁止烟草广告和促销以及帮助吸烟者戒烟（图 1）。

如果没有综合性的控烟政策，大多数吸烟的人往往是得了吸烟相关疾病之后才开始戒烟，1996 年全国流行病学调查结果显示，吸烟者中，只有 17% 的人希望戒烟。随着控烟政策的加强，吸烟者对吸烟危害认识的深入，希望戒烟的比例越来越高。2002 年全国营养调查结果显示，有 26% 的吸烟者希望能够戒烟，虽然比例不是很高但比 6 年前，已经提高了近 10 个百分点。控烟政策是开设戒烟门诊的前提。

随着我国履行世界卫生组织《烟草控制框架公约》进程的加快，公共场所、工作场所将逐步实施禁烟，并禁止烟草做广告，要求烟盒上出现大而清晰的健康警句。和其他国家一样，这些措施必将导致戒烟需求的迅猛增加，越来越多的吸烟者希望在戒烟过程中得到专业的服务，以便能够更顺利地戒烟，在戒烟过程中能够减少一些痛苦，少走一些弯路。

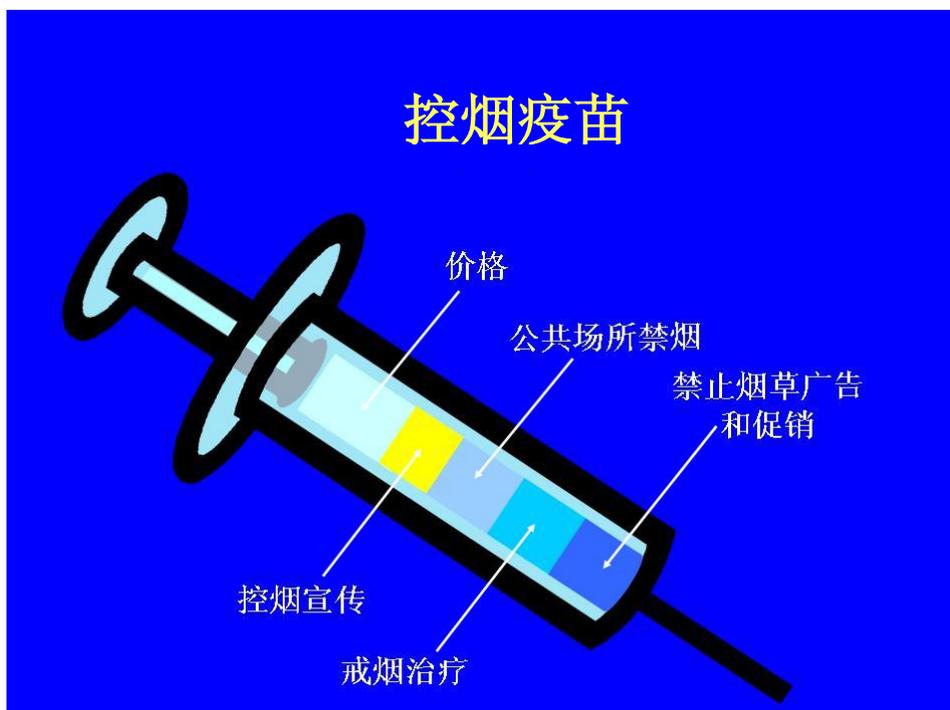


图 1 控烟疫苗的组成

吸烟危害巨大，可以导致多个系统的疾病，肿瘤方面包括肺癌、食道癌、胃癌、胰腺癌、膀胱癌及肾癌等；慢性疾病包括慢性阻塞性肺疾病（COPD）、冠心病、脉管炎、胃十二指肠溃疡等。被动吸烟也与肺癌、成人慢性咳嗽、儿童哮喘的发生发展有关。但如果能够成功戒烟，则其危害就可逐渐消退。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可进一步降低。戒烟 5 年，卒中的危险可以恢复到正常不吸烟者的水平。积极戒烟，造福人民，意义重大。

吸烟是一种慢性、成瘾性疾病，吸烟者对烟草有依赖性，常常导致欲罢不能、中途失败或复吸。唯有通过专业的治疗及长期的努力才能增加戒烟的成功率。设立戒烟门诊可以为戒烟者提供专业的指导，并可进行长期随访、监督和管理，解决戒烟过程中出现的不适并及时调整戒烟策略，有利于戒烟成功。

群众在关心自己的健康时最信赖的就是身边的医疗卫生人员，医生在戒烟方面有不可替代的权威性和说服力。据估计每年大约有 70%~90%的吸烟者与医生接触，因此当吸烟者因病痛就诊时，医生利用这一有利时机进行戒烟指导，常常会取得良好效果。

2004 年中国疾控中心对中国六个大城市医生的吸烟状况和控烟能力进行了调查，发现绝大多数医生都不具备帮助吸烟者戒烟的能力。医生是帮助吸烟者戒烟的最佳人选，如果医生不掌握戒烟技能，就不能提供有效指导。我们的医生需要培训，戒烟门诊可以作为一个培训中心，为医生特别是社区医生提供培训实习的机会，提高他们帮助病人戒烟的能力。

二 戒烟门诊开设

（一）开设计划

凡事预则立，不预则废。在开戒烟门诊之前，我们应该先完成开设计划，包括人员配备、人员培训、场地的选择、开诊时间设定、门诊宣传、评估计划、仪器设备和戒烟药品的准备等。另外很重要的一点是应该认识到戒烟门诊不是以营利为目的，而且在开始开设时需要一定的支持。医院领导的支持十分重要，不仅在于他们可以提供硬件方面的支持，更重要的是可以推动临床医务工作者对戒烟的意识，有助于戒烟门诊影响的扩大及长期维持。门诊药物的采购及媒体宣传等方面也需要医院相关部门的参与及配合。

（二）门诊设置

在目前的情况下，由于烟草控制的理念只得到少数吸烟者的认可，大部分吸烟者对吸烟的危害还没有充分认识。虽然我国有 3.5 亿的烟民，但进入戒烟门诊的患者占吸烟人群的比例还很低，相信随着烟草控制力度的加强，戒烟需求量会越来越大，因此戒烟门诊不一定单独开设，否则门诊的可利用率较低。为充分利用现有资源，建议开设在内科相关科室中（如呼吸内科、心血管内科、神经内科等），其他科室如妇科、外科等感兴趣也可以加入，特别推荐开设在有全科医生的科室中。戒烟门诊的设置可以因地制宜，随着条件的改变进行适当调整。

（三）人员构成

戒烟门诊工作人员除具有专业知识外，需具有无私奉献、投身公益事业的热心。戒烟门诊应至少配备 1 名接受过正规戒烟技能培训并考核合格的执业医师。除医学专业知识外，必须具有一定程度的心理知识及心理咨询技能。至少有 1 名护士或者是社区工作者协助登记及随访。如有条件可以培养一定数量的志愿者，协助劝导吸烟者进入戒烟门诊及参加其他戒烟相关的公益工作。

（四）人员培训

为提供规范的戒烟服务，门诊工作人员应接受系统的培训，包括理论学习和临床实习。

1. 理论学习

1) 烟草的流行：介绍国际烟草流行状况，国际上成功的控烟经验；中国烟草流行状况，

吸烟所导致的疾病负担，目前控烟所面临的挑战；简单介绍世界卫生组织《烟草控制框架公约》主要内容及履约进展。

2) 烟草的危害：吸烟危害发现及认识的过程，吸烟和肿瘤、循环系统疾病、呼吸系统疾病的关系；被动吸烟的危害；对烟草的一些新的认识，包括低焦油问题、薄荷味卷烟、过滤嘴问题、吸烟和老年痴呆等问题。

3) 戒烟的益处：包括戒烟不同时间身体的反应、疾病累计危险程度下降情况、对经济的影响。

4) 烟草成瘾机制：尼古丁生理、心理成瘾的机制。

5) 戒烟药物的使用：不同种类戒烟药物的原理、适应症、使用方法、禁忌症等。

6) 戒烟心理行为干预：5A，5R 模型以及戒烟中使用到的一些戒烟工具，如戒烟日记、戒烟协议、尼古丁成瘾评估、呼出气 CO 浓度测定等。

7) 戒烟过程中戒断症状处理：处理生理和心理戒断症状，包括如何随访、如何防止复吸等问题。

8) 门诊的宣传推广。

2. 临床实习

在开设戒烟门诊之前，应该到有条件的、已经开设比较成功的戒烟门诊实习，掌握问诊、体检、干预、处理戒断症状和随访等技能。

(五) 仪器设备

门诊需配备电话（预约及随访用）、血压计、体重计、听诊器、呼出气一氧化碳（CO）检测仪等设备。为做好门诊的管理及患者随访，准备好戒烟门诊首诊登记表、随访登记表、评估表等。门诊还应该备有一些吸烟有害健康的宣传教育材料，如宣传折页、戒烟手册、宣传画、挂图等。根据各地的条件，可以增设影像资料（DVD、电视机等），器官模型（如肺脏、心脏、血管等）。

(六) 开诊时间

戒烟门诊应该有固定的出诊时间，至少每周开诊一次，每次时间不少于半天。根据工作

量，适当增加开诊时间。戒烟门诊开始开设时，每次可接诊 3~5 例患者，进行个别治疗，首诊时间不少于 30 分钟。如果就诊患者增加可采取预约的方式，鼓励患者进入戒烟门诊。如果每次门诊患者超过十例以上，可以以小组的形式进行治疗。

三 戒烟的方法

（一）烟草依赖是慢性成瘾性疾病

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。

1. 尼古丁依赖与戒断症状

尼古丁依赖，又称烟草依赖，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，并且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、失眠或睡眠障碍、心率降低、食欲增加等均为停止吸烟后的戒断症状（图 2）。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。尼古丁与其他成瘾物质如海洛因、杜冷丁、可卡因、酒精等一样，在中枢尼古丁与尼古丁胆碱样受体结合，导致多巴胺释放的增加，进而带来平静愉悦感，可以满足心理需要。尼古丁与受体竞争性结合使得受体激活延长、受体脱敏及上调，当尼古丁水平下降时，受体恢复到开放状态，引起高应急状态，导致觅药行为（图 3）。

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 $\alpha 4\beta 2$ 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。

烟草依赖是一种慢性病，具有高复发性的特点。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。



图 2 戒断症状

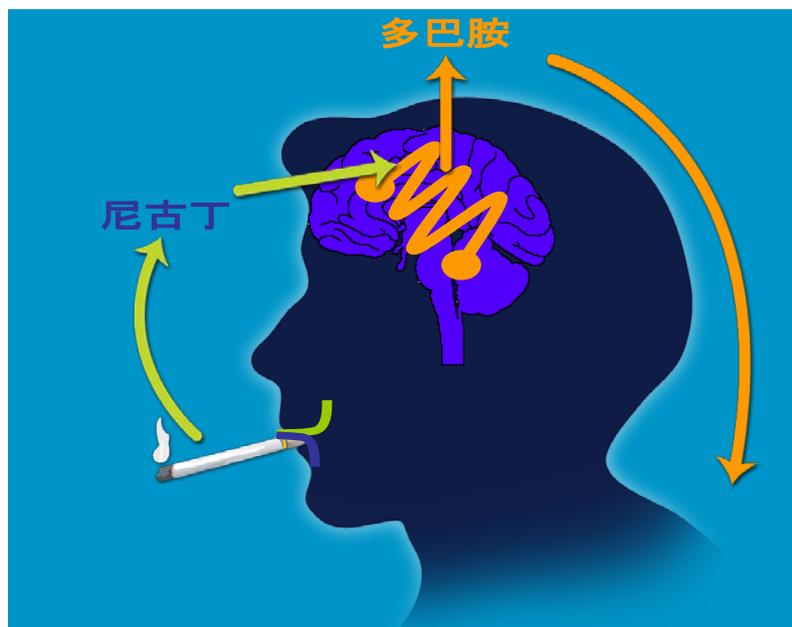


图 3 尼古丁成瘾机制

2. 烟草依赖程度评估方法

尼古丁成瘾是一种慢性成瘾性疾病，判断成瘾的强度可以使用 Fagerstrom 量表测定对尼古丁的依赖程度。

表1 尼古丁依赖检验量表 (FTND)

	FTND	分值
1.你早晨醒来后多长时间吸第一支烟?	≤5 分钟	3
	6—30 分钟	2
	31—60 分钟	1
	>60 分钟	0
2.你是否在禁烟场所很难控制吸烟的需求?	是	1
	否	0
3.你认为哪一支烟你最不愿意放弃?	早晨第一支	1
	其他	0
4.你每天吸多少支烟?	≤10	0
	11—20	1
	21—30	2
	≥31	3
5.你早晨醒来后第一个小时是否比其他时间吸烟多?	是	1
	否	0
6.你卧病在床时是否仍旧吸烟?	是	1
	否	0

分值范围：0~10。分值所代表的依赖水平：0~2分，很低；3~4分，低；5分，中度；6~7分，高；8~10分，很高。FTND≥6时，被认为是区分尼古丁高度依赖的标准。一般情况下，尼古丁低度依赖的吸烟者容易戒烟，高度依赖者一般有多次戒烟的经历，他们需要得到更多的戒烟帮助。

3. 戒烟各个阶段

明确患者所处的阶段，有针对性地提供适当支持至关重要。根据吸烟者的戒烟意向可将其改变过程分成几个连续的阶段：思考前期（不想戒）、思考期（考虑戒烟，但不是近期）、准备期（计划近期戒烟）、行动期（努力戒烟）、维持戒烟（已戒断一段时间）和复吸期（图4）。

思考前期：仍在吸烟，尚未引起戒烟的动机（尚未认真考虑于往后6个月内有所改变）。

思考期：仍在吸烟，已经有戒烟的动机（认真考虑于往后6个月内有所改变），尚未设定戒烟日。

准备期：准备采取行动，认真计划于1个月内停止吸烟。

行动期：已戒烟但不到6个月。

维持期：持续成功地不吸烟 6 个月以上。

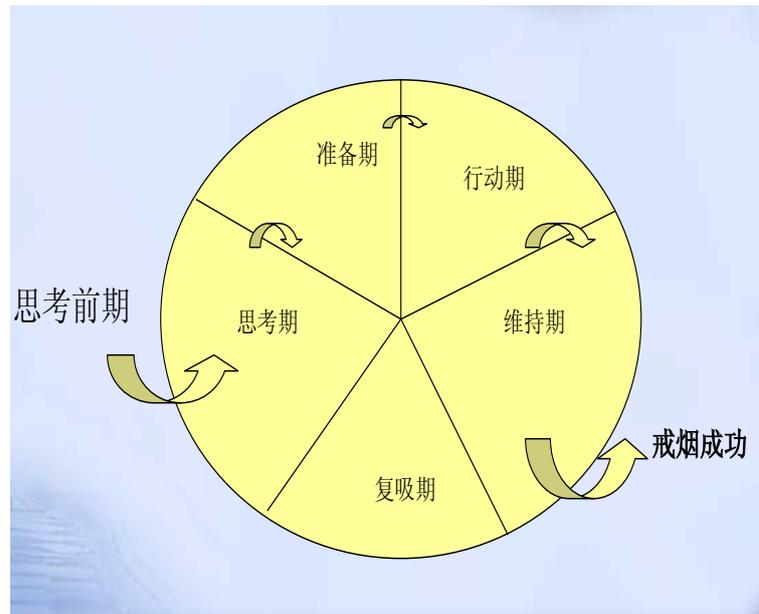


图4 戒烟5个时期

在成功戒烟前，吸烟者可能会在打算戒烟和采取戒烟行动两阶段间循环多次。针对戒烟的不同时期，干预的侧重点各不相同，如在戒烟的行动期前应该进行相关、危害、回报、障碍、重复措施来增强不愿意戒烟的吸烟者的戒烟动机。

（二）戒烟方法介绍

烟草依赖是一种药物依赖，吸烟的生理及心理的奖赏增加了反复行为。戒烟过程中不仅要克服生理依赖，还要克服心理依赖及改变行为习惯，因此戒烟需要采取综合的干预措施。

下图显示对处于不同戒烟时期的吸烟者的干预程序：

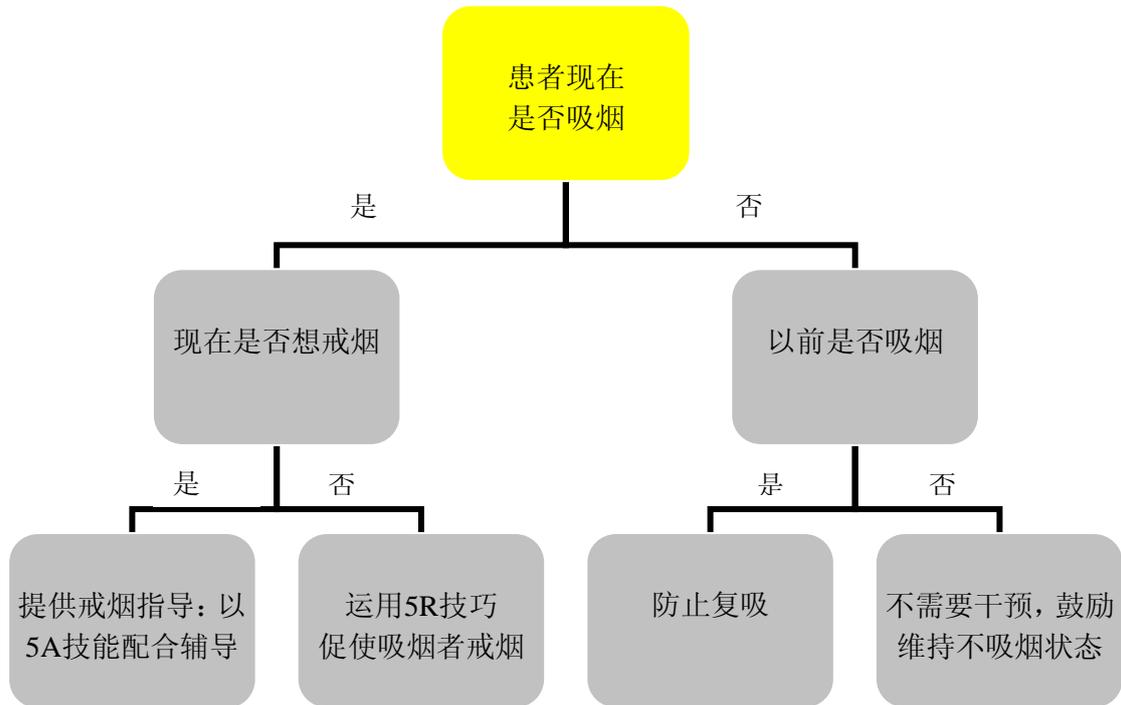


图 5 戒烟干预措施

1. 5A及5R理论

(1) 5A 技能

5A 技能可以直接、快捷地确认那些有意戒烟的吸烟者，并确认如何采取较佳的途径帮助他们成功戒烟。5A 技能包括：询问（Ask）、建议（Advice）、评估（Assess）、帮助（Assist）、随访（Arrange）。

① 询问（Ask）：询问并记录患者的吸烟状况。

了解吸烟者的吸烟史、吸烟行为特征、家庭和社会背景等，明确吸烟行为所处的阶段。

可将吸烟情况记录表作为病历首页的一部分，并注意保证记录随时更新。

② 建议（Advice）：强化戒烟意识，劝说吸烟者戒烟。

结合吸烟者的年龄、身份、健康情况、病史、吸烟行为特征等，明确、有力地反复提出个体化的戒烟建议。向病人发放文字宣传材料。关于吸烟危害的宣传教育应客观，避免夸大其词，应尽可能选择病人最容易接受的方式进行干预。有条件者，可以通过仪器（如：CO 呼出量分析仪）测试的方式刺激吸烟者做出戒烟的决定。

第 1 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量。

第 2 点：强调戒烟的重要性。吸烟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一步”。

第 3 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”。

③ 评估 (Assess)：评估吸烟者的戒烟动机与意愿。

了解在强化吸烟者的戒烟意识方面的成效，明确吸烟者是否决心戒烟。

戒烟动机和决心大小对戒烟成败至关重要，对每一位吸烟者评估其戒烟的动机与愿望。可通过询问戒烟的兴趣与意向判定戒烟动机，例如可以询问：“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 4 个“A”，对吸烟者的戒烟努力提供具体的支持。对于那些还没有决定戒烟的吸烟者，不能强迫他们戒烟，重要的是遵循个体化的原则，定期与所有病人讨论吸烟的害处与戒烟的益处，鼓励尽早下定戒烟决心。此过程中要避免争论，应提供动机干预，具体详见 5R 方法。

5R 方法

对于目前还不想戒烟的吸烟者，建议运用下述 5R 措施：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，促使吸烟者戒烟。

相关 (Relevance)

向吸烟者提供的教育、劝导要与吸烟者本人及其身边的人密切相关，要切中每位戒烟者所关心的问题。增强戒烟动机的教育信息要围绕其本人的年龄、身份、身体状况、病史、家庭状况（如家里有孩子）、以往的戒烟经历（理由、失败的原因等）等，以求产生更大的说服力。

危害 (Risk)

告知吸烟者吸烟的短期和长期危害，强调与其个人关系最大的危险。如：引致多种癌症、心脏病、呼吸系统疾病、损害胎儿/婴幼儿健康、阳痿、影响生育能力等。同时，还应强调低焦油或低尼古丁含量的烟草制品并不能真正减低烟害处；被动吸烟危害家人健康。

报偿/益处 (Rewards)

使吸烟者认识到戒烟能带来的切身利益，强调那些和吸烟者最可能相关的益处。如：促进健康、有利于现患疾病的恢复、延缓衰老、节省花销、保护孩子和家人免遭被动吸烟危害、为孩子树立不吸烟的榜样等。

障碍 (Roadblocks)

医师应引导吸烟者了解戒烟过程中可能遇到的各种障碍，并教授处理技巧。如：戒断症状、信心不足、缺乏支持等。

重复 (Repetition)

利用每次与病人接触或沟通的机会，反复加强增加戒烟动机的干预。不断鼓励吸烟者积极尝试戒烟。对于有过戒烟失败经历者，告知他们大多数人在成功戒烟之前往往要经过多次反复。

④ 帮助 (Assist)：提供戒烟帮助

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在天津等六个城市调查了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) 让吸烟者了解自己的吸烟类型

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，即记吸烟日记。记录每次吸烟的时间、场所、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，使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维持戒烟设计方法。

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：

- 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。
- 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）。
- 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。
- 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，可以一起参加到这个项目，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，要将卷烟随手可及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。

戒烟承诺书

我与自己签订的戒烟承诺书

我向自己承诺完全戒烟

从

_____年_____月_____日开始

承诺人签名_____

保存人签名_____

9) 选择适当的戒烟方法

“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，戒烟过程中的意志力是必须的。

⑤ 安排随访 (Arrange) :

- ◇ 以面对面或电话来定期进行后续追踪：每周一次连续四到八周，接着每月一次连续三个月。随访时，使用随访问卷对戒烟行为进行记录。
- ◇ 可由护士进行追踪是否有戒断症状出现。

◇ 设立戒烟热线电话，提供随时服务。

2. 各种干预方式的循证证据

循证分级是指：从已查到的资料，按设计科学性、随机性、双盲对照、观察年限的长短以及结论的支持程度，可分为 A、B、C、D：

A--资料具有设计科学、严格对照试验（随机或非随机）、有统计学分析、其结论支持同一种方案。可以定为可推荐性。

B--设计提供了可观察分析的研究资料，有对照组，但不完全支持该方案。

C--意见支持该治疗方案，有推荐性，虽有较好的科学统计，但结论尚有争议或缺少对照组的观察。

D--不符合上述条件。

（1）面对面戒烟咨询（循证等级A）

在戒烟专家处得到个别咨询可能有助于吸烟者做出戒烟的成功尝试。多项研究已证实，个别咨询的戒烟成功率是最低限度戒烟干预的 1.55 倍。现有研究未发现个别咨询和群体治疗之间存在疗效差异。结论：面对面戒烟咨询有助于吸烟者戒烟。

（2）电话咨询（循证等级B）

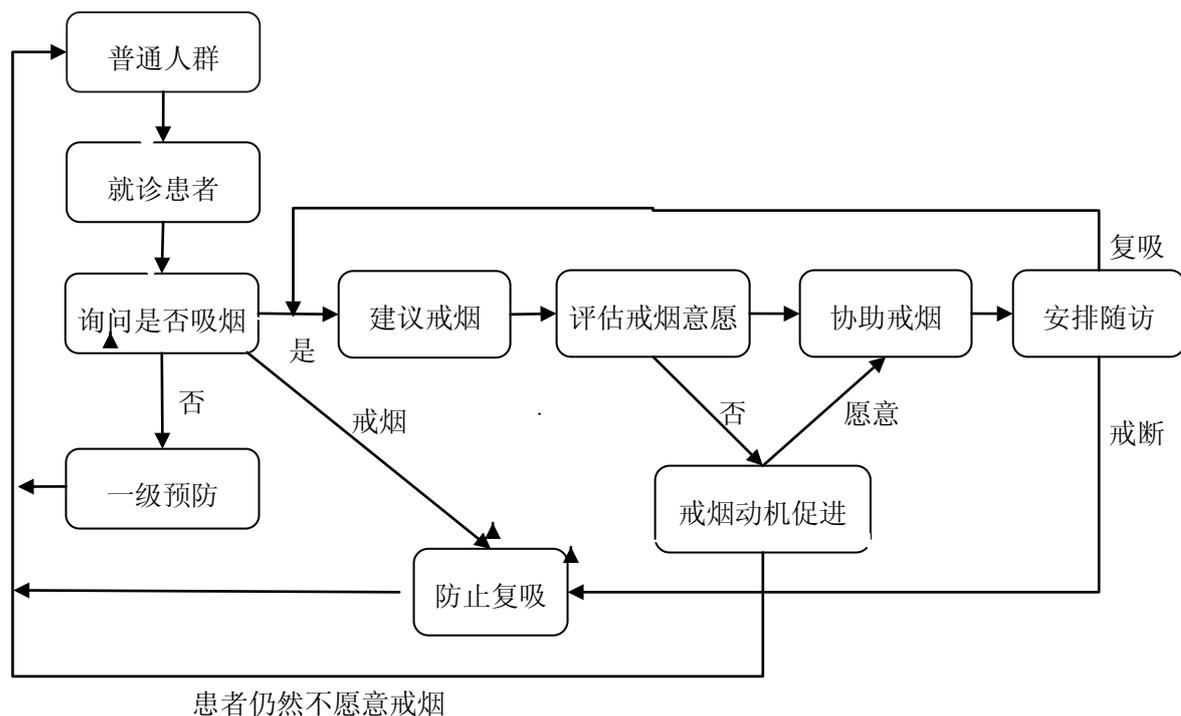
电话咨询能给戒烟者提供支持与帮助。对于无面对面咨询干预的戒烟而言，积极的电话咨询是有效的。尽管热线随机试验较难开展，但间接的证据提示电话咨询对戒烟起着一定的作用。电话咨询加入药物治疗或面对面干预的有效性尚待评估。

（3）医生建议（循证等级A）

临床医生由于疾病的原因会建议患者戒烟，这种建议虽然简单，却起着很强的干预作用。随机试验结果显示，与不提出戒烟建议相比，临床医生劝阻吸烟的简单建议可使戒烟率提高 1.69 倍，高强度劝阻优于低强度劝阻（前者是后者的 1.44 倍）。结论：临床医生简单的建议有助于戒烟，高强度的劝阻意义更大。

（三）戒烟治疗实施步骤

根据中国的情况，结合 5A、5R 理论，我们提出以下门诊操作步骤。



1. 问诊

初诊时，询问患者的基本人口学信息、吸烟行为、既往戒烟行为，填写“戒烟门诊登记表”（附件五）。利用“戒烟门诊登记表”不仅能对吸烟者的戒烟意愿、尼古丁依赖程度进行评估，也为今后的随访及评价提供了基线资料。

2. 基本查体与辅助检查

- (1) 对每位就诊者应进行包括血压、心率、体重在内的常规体格检查，并记录检查结果；
- (2) 呼出气 CO 检测；
- (3) 必要时可根据需要行心电图、胸片、肺功能等检查。

3. 评估

(1) 戒烟意愿评估

戒烟动机和决心大小对戒烟成败至关重要，对每一位吸烟者评估其戒烟的动机与愿望。戒烟动机可通过询问戒烟的兴趣与意向判定。

对于目前还不想戒烟的吸烟者，建议运用 5R 技巧促使其戒烟。

(2) 尼古丁依赖程度评估

由于依赖性会影响干预措施的选择，在欲戒烟者中确定烟草依赖程度尤为重要。评价尼古丁依赖程度的最通用的定量方法是使用 FTND 量表测试（表 1）。

4. 干预

(1) 行为干预（详见“戒烟方法介绍”部分）

(1) 药物治疗（详见“药物治疗”部分）

(2) 戒断症状处理

戒断症状的本质是尼古丁依赖和心理依赖。戒断症状在戒烟后几小时内即可出现。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，尝试戒烟者可能会诉说由于停止吸烟，他们出现了种种不适，如：渴望吸烟、烦躁不安、易激惹、注意力不能集中、紧张、抑郁、头痛、口干、咳嗽咳痰、刺痛感、腹泻或便秘、睡眠障碍等症状，医学上称之为戒断症状群。戒断症状是暂时的，多数戒烟者在戒烟后的头 1~2 周内戒断症状最强烈，3~4 周后逐渐减弱至消失。

处理好戒断症状对戒烟的成败很重要。可以尝试以下方法对抗吸烟欲望：吸烟欲望强烈时，尽量延迟吸烟；做一些使自己无法吸烟的事情，如刷牙、织毛衣、运动、种花、嘴里嚼些东西等替代行为；想吸烟时做深呼吸；喝水或果汁；与他人讨论、交流。建立一整套的健康的生活方式，饮食清淡，多吃水果蔬菜；保证睡眠；增加体育锻炼等。戒烟期间应避免酒、浓茶等刺激性饮料与食物。使用辅助戒烟药物，有助于缓解戒断症状。

以下是针对吸烟者的具体问题可以采取的相应措施：

① 体重增加

戒烟后可能会食欲增加，可以多吃一些蔬菜水果进行替代，多喝水，但不要吃巧克力、甜点等高能量的零食，以防发胖。

体重增加是很多戒烟者遇到的共同问题。一些成功戒烟者后期因体重增加导致复吸。因此从制定目标戒烟日起，就应开始实施体重控制计划，具体计划因人而异。可以给戒烟者开设运动及营养处方。

运动处方的设定：

- 运动时目标心率的设定： $(220 - \text{年龄}) \times 60\% \sim 80\%$ 。
- 如果你是40岁： $180 \times 60\% \sim 80\% = 108 \sim 144$ ，所以一个40岁的人在运动时，心跳数保持每分钟108~144次是最恰当的。
- 每周运动三次，每次运动保持这样的心跳15~20分钟。

既往已有运动习惯者，在戒烟期间，在原有运动量的基础上，增加10~20%。

营养处方的设定：

- 适当控制碳水化合物的摄入。
- 摄入含维生素高的饮食。
- 热卡摄入：20~25千卡/kg/天。
- 热量分配：脂肪、碳水化合物、蛋白质根据体质指数设定。

② 吸烟的欲望

诸如饮水、喝茶、咀嚼干海藻或无糖口香糖的替代行为可以有效。

③ 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。

④ 不能集中精力

开始戒烟后建议吸烟者减少工作负担1周，以便释放压力。

⑤ 头痛

让吸烟者做深呼吸，并在睡觉时抬高双脚。

⑥ 疲乏，嗜睡

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。

⑦ 失眠

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。

⑧ 便秘

让吸烟者大量饮水。

5. 随访与预防复吸

随访可强化戒烟效果。戒烟后的头 1 个月内，戒断症状较严重，应安排随访，一般要求在 1 周、2 周、1 月时间点均应进行随访。此后，在 2 个月、3 个月和 6 个月时，还应安排随访。必要时需要对随访频次进行调整，比如：对复吸者，可能需要适当增加随访次数。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：

- 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；
- 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；
- 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；
- 戒烟药物的效果和存在的问题；
- 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。

对坚持戒烟者：

- 表示赞赏与鼓励支持；
- 了解戒烟药物的应用情况，考虑是否需要调整用药、何时减量；
- 解答戒烟过程中出现的戒断或其它问题；
- 讨论如何预防复吸。

预防复吸的措施包括：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；提示有可能导致复吸的高危因素、危险境况。提醒戒烟者一支烟也不要再吸，提前计划好应对措施，如：远离有可能引起再次吸烟的环境；学会拒绝别人敬烟的技巧；科学处理紧张压力等。鼓励病人做好应对偶尔退步的应对方法，以阻止真正的复吸。

对复吸者：

- 告之立即停止吸烟；
- 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。
- 重新调整方案，使之成为一次学习经历，鼓励重新回到不吸烟状态
- 重建乐观态度，让复吸者意识到偶尔吸一支烟并不意味着本次戒烟的失败，关键是要从中获得教训；需要帮助他们找出复吸的原因和有效的对抗方法；
- 鼓励重新设定一个戒烟日期；如果患者尚不想尝试戒烟，询问推迟的理由。

（四）药物治疗

目前有多种有效的戒烟药物可供使用。WHO 建议使用的一线辅助戒烟药物，均具有可靠的提高长期戒烟率的疗效，包括：尼古丁贴片、尼古丁口胶糖、尼古丁舌下含片、尼古丁喷鼻剂、尼古丁吸入剂、安非他酮缓释片，另有 2007 年获批准上市的尼古丁受体拮抗剂-伐尼克兰可供使用。

WHO 建议使用的二线辅助戒烟药物可乐定和去甲替林，也有一定的辅助戒烟效果，在一线药物无效时可考虑使用。

1. 尼古丁替代治疗（NRT）

尼古丁替代治疗的循证医学评价（循证等级 A）

尼古丁替代治疗的目的是替代烟草中的部分尼古丁成分，减少因戒烟导致的戒断症状。Silagy 等于 2002 年检索了 Cochrane 烟草成瘾组试验注册资料库。萃取资料基于病例的选择、NRT 的剂量及时间、结果判断指标、随机方法及随访完整性（是否完成 6 个月随访）。主要的戒断成功标志是：至少 6 个月不复吸。结论：所有的 NRT 剂型（贴剂、口胶剂、喷鼻剂、吸入剂及舌下含片）对促进戒烟都是有效的，能增加戒断率 50%~100%左右。NRT 的有效性显示：戒烟效果不依赖于提供给吸烟者的附加支持强度。提供更强的附加支持强度，似乎能促进戒断，但不是 NRT 成功的必要条件。

WHO 建议的一线辅助戒烟药物中，有 4 种是尼古丁替代品。尼古丁替代治疗即在停止吸烟的同时使用尼古丁替代品，主要是以非烟草的形式，部分提供原来从烟草中获得的尼古

丁，以缓解戒断症状，减轻吸烟欲望，一旦达到戒烟的目的应逐步停止使用。业已证实，尼古丁替代递减治疗是一有效的戒除烟瘾的治疗手段，可减轻戒断症状，降低复吸率，提高戒烟成功率。

(1) 尼古丁贴剂（24 小时型、16 小时型）

- a) 剂量（24小时型）：大（30cm²，52.5mg），适合1天吸烟超过20支者；中（20cm²，35mg），适合1天吸烟少于20支者；小（10cm²，17.5mg）。戒烟过程中逐渐减少尼古丁替代治疗的用量，并最后将尼古丁替代品抛掉。
- b) 剂量（16小时型）：15mg贴片（目前国产大多为此型）。
- c) 使用方法：选取清洁、干燥、无毛、没有伤口的部位，最好在躯干的部位，或是贴在臀部上，用手掌压十秒钟，以确保贴的牢固。每天都需换新的部位贴。
- d) 副作用：
 - ✧ 皮肤：35%的人会有红肿及瘙痒的现象。
 - ✧ 中枢神经：头痛，失眠。
 - ✧ 心血管疾病：有冠状动脉心脏病者会有风险。
 - ✧ 消化道：消化不良。
 - ✧ 其它：类似感冒的症状。
- e) 优点：用药时没人知道；不需要医师处方；容易使用；稳定维持体内尼古丁浓度。
- f) 缺点：使用者无法调整剂量；尼古丁释放速度比其它产品慢。
- g) 注意事项：
 - ✧ 24小时剂型与16小时剂型，差异在于后者在睡眠时不会持续释放尼古丁。
 - ✧ 此类尼古丁取代治疗的标准疗程为6~8周，如果有复吸的可能，则可延长疗程至3个月，延长尼古丁取代治疗的使用至6个月或甚至1年。
 - ✧ 应极力要求病人务必禁烟，否则会增强尼古丁副作用。

(2) 尼古丁口胶剂

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。剂量有2mg/片（用于吸烟<25支/天）和4mg/片（用于吸烟>25支/天）。具体用法：

- a) 剂量：尼古丁口嚼片为可咀嚼的口香糖。使用4mg的嚼片（>25支烟/天）或2mg的嚼片（<25支烟/天），8~12周。
- b) 1天的用量：大部分人在治疗的头1个月里每日咀嚼8-12块，但24小时内不要超过30

块。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。

- c) 使用方法：开始慢慢嚼，变软后再含在颊部，任其慢慢吸收。口嚼片使用时和一般口香糖不同，咀嚼到有辣味时，表示尼古丁已释放出来，这时应将嚼片含于颊部，由颊部吸收，约3分钟后没有辣味时再重新咀嚼，如此反复再加上自我调节每片可维持1-1.5小时左右。
- d) 副作用：恶心、下颌关节酸痛、消化不良、打嗝。
- e) 优点：使用者能自行控制剂量、代替吸烟时的口感；当使用嚼片时，能够减少体重的增加。
- f) 缺点：需要适当的咀嚼技巧以达到应有的效果并避免副作用；使用者不能在咀嚼的时候吃其它的食物或喝饮料；会损坏牙齿；有假牙者使用较为困难。
- g) 注意事项：
 - ◇ 避免在饮料或餐点前、后15分钟内使用，因酸性唾液会减少尼古丁吸收。
 - ◇ 使用后30分钟血液中的尼古丁达到最高浓度，2~3小时后恢复正常。

(3) 尼古丁舌下含片

尼古丁舌下含片是目前国际上的较新剂型，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，并避免了首过作用；含化时间延长，符合抽烟者的习惯，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。

使用方法：渴求吸烟时即含1片。起始剂量是1~2片/小时。大部分人开始戒烟最初4周每天服用8~12片（根据每日吸烟量、吸烟习惯的不同而异），每日最大剂量不得超过20片。服用第4~8周，逐渐递减含服药品片数。推荐治疗时间为12周。

注意事项：需舌下含化，不得咽下或咀嚼。

(4) 尼古丁喷鼻剂

具体用法：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剂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。

(5) 尼古丁吸入剂

尼古丁吸入剂为非处方药。具体用法：初始剂量一般为 6~16 支/日，通常每喷 1 次需呼吸 20 分钟后再喷下 1 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。

2. 缓释盐酸安非他酮

缓释盐酸安非他酮的循证医学评价（循证等级 A）

Tonstad 等通过检索 Cochrane 烟草成瘾组试验注册资料库，入选约 100 例随机、双盲、对照试验，发现随着剂量的增加，戒断率也不断增长。在七周戒断率比较中，安慰剂为 19%、100mg 组为 29%、150mg 组为 39%、300mg 为 44%；一年戒断率比较，结果分别为 12%、20%、23% 和 24%，与安慰剂治疗相比，盐酸安非他酮缓释剂一年戒断成功率为安慰剂的 2.16 倍。结论：盐酸安非他酮缓释剂的戒烟效果较肯定，特别对戒烟合并抑郁症患者，如与 NRT 联合使用，效果更明显。

缓释盐酸安非他酮是一种用于戒烟的一线处方药物。该药不含尼古丁，亦具有较强的尼古丁依赖抑制作用。其可能的机制为通过作用于中枢神经系统成瘾通路减少患者对烟草的渴望和患者的戒断症状。安非他酮的单药戒烟率在 20~25%，是安慰剂对照组的 2 倍，同时采用强化支持戒烟率能达到 35%。使用该药同时能使病人更好地控制体重。对非抑郁症患者，安非他酮能提高情绪，增强精力充沛感和愉悦感。此药在国内已上市。使用方法：

- a) 剂量：150毫克/片，每天1片先吃三天，之后每天2片，分两次吃，中间间隔8小时，可持续7~12周。
- b) 使用方法：至少在戒烟前1周就要开始使用。
- c) 副作用：失眠、口干、颤抖、癫痫患者慎用。
- d) 优点：使用容易；不含尼古丁；吸烟者常是抑郁症患者，可收到一箭双雕的作用。
使用缓释盐酸安非他酮戒烟时能够暂时减缓体重的增加。
- e) 禁忌症：

- ◇ 癫痫病患者。
- ◇ 并用单氨氧化酶抑制剂者。
- ◇ 厌食症或不正常食欲旺盛者。
- ◇ 对缓释盐酸胺非他酮有过敏者。

f) 注意事项:

- ◇ 必须在戒烟前1周开始使用。
- ◇ 与尼古丁替代治疗并用时效果会增加，对于尼古丁严重依赖的吸烟者戒烟效果可从单一缓释盐酸胺非他酮之30%增加到双药的36%。开始使用配合15~30毫克的贴片，在第四周换成7~15毫克的贴片，第六周再换成3.5~7毫克的贴片。

3. 尼古丁受体拮抗剂-伐尼克兰

a) 作用机理：伐尼克兰与神经元中 $\alpha 4\beta 2$ 尼古丁-乙酰胆碱受体（nAChR）具有高度亲和力及选择性。伐尼克兰为该受体的部分激动剂，即对该受体同时具有激动及拮抗的作用。激动剂作用弱于尼古丁对该受体作用，当与尼古丁同时存在时则对其受体具有拮抗作用。尼古丁与伐尼克兰竞争人脑内同一 $\alpha 4\beta 2$ nAChR结合位点，后者与受体的亲和力高于前者。因此，伐尼克兰能有效阻断尼古丁对 $\alpha 4\beta 2$ 受体及中脑边缘多巴胺系统的充分激动作用，这两者正是吸烟强化-奖赏作用的潜在神经元机制。

b) 剂型：有0.5mg/片，1.0mg/片两种剂型。

c) 用法与用量：在戒烟日之前1至2周开始治疗。第1—3日：0.5mg，每日1次（白色片）；第4—7日：0.5mg，每日2次（白色片）；第8日—治疗结束：1mg，每日2次（淡蓝色片）。

- ◇ 应在戒烟日期前1~2周开始服用本品。
- ◇ 对无法耐受本品不良反应的患者，可暂时或长期将剂量降至每日2次，每次0.5mg。
- ◇ 应用水整片吞服，餐前餐后均可服用。
- ◇ 患者应服用本品治疗12周。
- ◇ 一般疗程12周。对于经12周治疗戒烟成功的患者，可考虑续加1个12周疗程，剂量仍为每日2次，每次1mg。

d) 副作用：食欲增加、梦境异常、失眠、头痛、恶心

e) 禁忌症：对本品活性成分或任何辅料成份过敏者

f) 注意事项:

- ◇ 可能需要调整这些药物的应用剂量（例如氨茶碱、华法林及胰岛素）。

- ◇ 有精神病史的患者用药应予以注意，并应给予相应的建议。
- ◇ 尚无癫痫患者应用本品的临床经验。
- ◇ 治疗结束时，最多有3%的患者出现易怒、吸烟渴求、抑郁和/或失眠等症状的增加，这些症状与停止应用本品相关。
- ◇ 处方医生应告知患者相关信息，并考虑或与患者讨论是否需逐渐减量。
- ◇ 对驾驶及操作机器的能力可能具有轻至中度的影响。
- ◇ 可能引起头晕及嗜睡，因此可能影响驾驶及操作机器的能力。建议患者首先确定本品对其驾驶、操作复杂机器或从事其它具有潜在风险的活动是否有影响，再从事此类活动。

4. 二线戒烟药物

(1) 可乐定

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。

(2) 去甲替林

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。冠心病患者慎用。

(五) 预防复吸

戒烟后预防复吸是戒烟最大的挑战，尤其在刚开始的 2~4 周，在没有心理准备的情况下容易复发，所以戒烟通常需要 3 周的准备时间。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，可以采取简单的或者系统的方法帮助戒烟者预防复吸。

1. 防止复吸的初级方法

每一次与最近刚戒烟者见面时，都需要使用如下的方法进行预防复吸的干预。

对于每一个正在戒烟的吸烟者，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。

2. 防止复吸的系统方法

在使用预防复吸的系统方法时，吸烟者需要识别那些可能不利于成功戒烟的因素。常见的易导致复吸的问题及可采取的相应措施如下：

（1）缺少支持：可以安排随访，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。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。

四 戒烟门诊的维持

中国目前有 3.5 亿吸烟者，2002 年和 1996 年两次烟草流行病学调查结果相比，戒烟率从 9.42% 上升到 11.5%，这意味着增加了 700 万戒烟者。但是不打算戒烟者依然占了绝大多数，达到 74%，戒烟和打算戒烟的比例仍然很低；相当比例的人对吸烟对健康的危害，以及戒烟的好处依然存在许多糊涂的认识。因此戒烟门诊的任务不仅仅是帮助前来就诊的患者戒断烟瘾，同时担负着宣传、教育，维持门诊持续发展的工作。

（一）领导的重视和支持

争取领导的重视和支持是戒烟门诊顺利开展和可持续性发展的重要条件。应通过多种方式和途径向院长和上级领导宣传门诊的重要意义。把控烟和戒烟作为医务人员的职责，将戒烟门诊的维持列入议事日程，统筹规划，确保持续的人力和物力的投入。

（二）内部的制度与宣传

在门诊所在的医院内部制定一系列有利于戒烟门诊可持续发展的制度及宣传活动：

- 设立门诊就诊患者吸烟状况病历登记制度；
- 院内医务人员控烟及戒烟方法培训班；
- 院内健康教育课（针对大众及住院患者）；
- 培训病房护士并要求其对每一个吸烟的新入院患者进行辅导；
- 戒烟与疾病相关宣传手册或彩页的制作与发放等；
- 戒烟门诊与院内其他相关门诊的有机结合，如高血压门诊、糖尿病门诊等。

（三）外部宣传

当戒烟门诊运转良好后，运用媒体宣传的方法，让广大居民特别是吸烟者知晓戒烟门诊是非常主要的一个环节。首先，应制定一个阶段性的媒体宣传方案，在实施宣传方案的同时，注意评价，不断调整宣传计划。媒体宣传应该是一个持续性的活动，不能仅仅停留在门诊开设的前期，力求有的放矢，将有限的资源直接投入到目标人群。

媒体宣传的形式很多，如电视广告、报纸、传单、海报、短信等。工作人员应该依据当地的特点以及实际投入力度来制定最有效的媒体宣传组合。主要的方式有以下几种：

- 在“世界无烟日”及“戒烟竞赛”等活动前后运用平面媒体及视频媒体开展宣传活

动；

- 举办社区健康大课堂；
- 在社区培训戒烟志愿者；
- 定期向社区居民发放控烟相关知识及门诊的折页、张贴海报；
- 对吸烟者以小组形式进行短期戒烟培训等。

五 戒烟门诊的评价

（一）评价的意义

在戒烟门诊开设过程中，评价占有重要地位，应将评价作为戒烟门诊总体规划的重要组成部分。通过评价，可以判断工作的开展是否遵照了原有的计划，资金等的支出是否得到了应有的回报。通过评价，还可以判断工作的效果，从而总结出好的实践经验。。

（二）评价的种类和内容

根据戒烟门诊运行的不同阶段和重点，评价大致可分为：形成评价、过程评价、效果评价三大类型。

1. 形成评价

是戒烟门诊在计划过程中和实施早期进行的评价。主要是为门诊实施方案的制订过程提供信息，从而提高计划实施的可行性，减少实施中存在的问题。主要包括：需求评价、收集基础资料、门诊试运行等。

2. 过程评价

是门诊实施过程中的评价。动态观察计划实施过程中各项活动内容的质量和数量，以便及时发现问题和改进，保证计划目标的实现。它是开展效果评价的先决条件。

过程评价的核心内容有：工作人员工作质量和能力、传播材料的作用、吸烟者的参与程度及满意度、院内院外环境支持程度、院内相关制度建立情况和社区发动的情况等。

过程评价的方法：评价主要采用定性调查方法来进行。通常采用的方法有观察法、中心拦截法、专题小组讨论和深入访谈来完成。

3. 效果评价

主要评价戒烟门诊开设后，目标的实现程度如何。

（1）效果评价的核心内容：

个体层面：门诊工作者能力，包括知识和相关技能的掌握。戒烟者的知识、态度和行为的改变，以及戒烟相关技能的掌握。

组织层面：相关制度的制订和执行、院内设置的改变和资源的变化等。

(2) 效果评价的方法：通常采用定性和定量相结合。对现有资料的分析至关重要：门诊病人资料（问卷、评分表等）、宣传资料、活动记录、财务报表、培训资料等；在现有资料分析的基础上为了达到全面评价门诊效果的目的，关键人物访谈（院长、上级主管部门的领导、门诊医生等）及戒烟者典型案例分析也是非常重要的环节。

(3) 效果评价的时间：依据门诊开设的时间及门诊量以及人力物力状况确定效果评价的时间，通常应在门诊开设 6 个月及 1 年各开展 1 次效果评价。

(三) 评价指标

1. 门诊运行：

(1) 资源

- 人力物力、来源、可持续。

(2) 门诊设置

- 门诊的地点、必要的配备；
- 门诊的时间（每周几次、每次几小时）、医生或护士人数。

(3) 人员培训

- 接受过正规戒烟知识和技能培训的内容、次数及培训单位；
- 培训的测评及其方式、接受现场辅导时间及方式。

(4) 接诊

- 接诊的吸烟者数：自行前来的吸烟者数、转诊的吸烟者数；
- 完成基线问卷的吸烟者数；
- 接受咨询服务的吸烟者数；
- 使用 NRT 的吸烟者数；
- 使用其它戒烟药的吸烟者数；
- 接诊的时间、接诊方式（面谈、电话）、接诊人员、所用的宣教材料的种类。

(5) 随访

- 随访次数、频率；
- 完成全部随访的人数、没有完成随访的人数及原因；
- 戒烟的人数；
- 有意愿戒烟的人数；

- 减少吸烟量的人数（减量 50% 以上的人）。

(6) 时点戒烟率

- 1 个月、3 个月、6 个月时点戒烟率；
- 经呼气 CO 测试证实的 3 个月、6 个月时点戒烟率；

2. 门诊的宣传教育

(1) 院内

- 开发医院领导工作的对象，如院长、书记、科主任等的形式，次数/人数，及效果（如：医院给了人力、物力、财力；或政策的支持）；
- 印制的宣传资料种类，如张贴画、小册子或折页、宣传单；
- 发放出去资料种类和数量、发送对象及发放的形式；
- 利用院内的宣传栏、网页、院报等做宣传的次数及其效果；
- 在院内做过戒烟知识和技能培训的次数、参加的人数；
- 新加入到倡导戒烟行列中的人数；自愿提供戒烟服务的医生、护士的人数；
- 开设门诊后，医护人员戒烟的人数。

(2) 院外

- 在周边社区、学校等开展的有关控烟的相关宣教活动的形式和次数；
- 与其它相关单位合作开展有关控烟的宣教工作的形式和次数；
- 开展媒体宣传的形式（新闻发布会、电视广播报道、报纸等）和频次；
- 印制宣传资料（如张贴画、小册子、折页、宣传单等）的种类和数量；
- 发放的次数和数量、发送对象和形式。

附 件

一 烟草的流行与危害

（一）烟草在世界及中国的流行

全球大约有12.5亿烟民，每年有500万人死于烟草。如果烟草使用的流行状况维持不变，预计2025年烟民人数将上升到17亿，全球吸烟相关的死亡人数将达到1000万，其中700万发生在发展中国家。有6.5亿现今的烟民死于烟草，相当于全球人口的10%。超出由艾滋病、疟疾、肺结核、交通事故、孕妇死亡、杀人和自杀的死亡总和。上世纪，归因于烟草引起的死亡近1亿。如果不采取行动，烟草在本世纪将夺走超过10亿人的生命。

我国目前吸烟人数约为3.5亿，居世界各国之首，是世界上最大的烟草生产国、消费国和受害国，每年死于烟草相关疾病的人数为100万。其中男性吸烟率高达66%，而作为健康楷模的医务人员的吸烟状况更令人担忧，男性医生吸烟率高达57%；如果目前吸烟状况得不到有效控制，戒烟措施得不到全面实施，到2020年与吸烟相关的死亡将增至200万，50年内将有1亿中国人死于烟草相关疾病，其中一半将在中年（35~60岁）死亡，即损失20~25年的寿命。

（二）烟草的危害

1. 烟草中的有害物质

烟草燃烧的烟雾中含有4000多种已知的化学物质，它们是造成吸烟者成瘾和健康损害的罪魁祸首。主要有害成分包括：尼古丁、焦油、一氧化碳、胺类、酚类、烷烃、醇类、多环芳烃、氮氧化合物、重金属元素镍、镉及有机农药等。

（1）尼古丁

尼古丁可以作用于吸烟者的大脑，使人们对烟草产生依赖性。尼古丁对人大脑的直接作用是使吸烟者感觉灵敏、兴奋和/或放松。尼古丁还可以引起血管收缩，使血压升高；使血管内膜受损，引起冠状动脉痉挛，诱发心绞痛和心肌梗死；引起心跳加快。但是，尼古丁的这些作用只有在吸烟时才会出现，而在以其他形式使用尼古丁（如尼古丁替代疗法）时不会出现，这是因为吸烟时尼古丁能够非常迅速地进入人体并发生作用。

(2) 焦油

焦油是烟草燃烧后产生的黑色物质，它在烟雾中以细小颗粒的形式存在。焦油是引起肺癌和喉癌的主要原因，也会加重哮喘及其他肺部疾病的症状。而且，焦油还是使吸烟者手指和牙齿发黄的原因。

(3) 一氧化碳

一氧化碳是一种无色无味的气体。每支卷烟可以产生约20~30ml一氧化碳。它与血红蛋白的亲合力比氧气高260倍。吸烟者在冬季封闭的房间中吸一支烟，全家人血液中的碳合血红蛋白会升高6倍。一氧化碳还会使胆固醇贮量增多，加速动脉粥样硬化。

(4) 放射性物质

吸烟分解、放出的射线，是重要的致癌因素。

(5) 其他有害物质

烟草中还含有氰化钾、甲醛、丙烯醛、砷、汞、镉、镍、氨、砒霜、杀虫剂等致命成分。

吸烟者患肺癌的危险比非吸烟者高18倍；65岁前患心肌梗塞的危险比非吸烟者高3倍；50%的心血管疾病引起的死亡都归因于烟草。吸烟导致动脉直径的缩小，引起循环不足；增加血栓形成的机率（动脉阻塞），最终可能导致心脏病发作、直接威胁大脑；动脉直径收缩，逐渐引起循环不足；改变动脉内部的保护层，导致动脉粥样斑块的形成；斑块上的一个小开口都会导致斑块内容物在高压下渗出，形成血栓（凝块），从而影响血液循环；循环不足可以导致脚趾坏死，在某些时候，甚至不得不截肢；烟草还可以导致许多其它疾病：脑中风、骨质疏松症（骨密度减少，引起疼痛和骨折）、慢性支气管炎、胃溃疡、退行性牙龈炎等等。

由烟草导致的死亡通常都伴随着长期而痛苦的疾病。烟草不仅引起老年人的死亡，在美国，35~69岁的男性死亡中有36%可归因于吸烟，相同年纪的女性为31%。在英国，男性的相应数字为31%，女性为25%。目前中国居民每年由于吸烟导致死亡高达100万，占全部死亡的12%。由于吸烟导致的死亡有20—30年的滞后期，目前死亡反映的是中国60~70年代计划经济烟草定量供应的一种模式，现在吸烟的后果将在未来20—30年间显示。专家预测中国2020年每年将有200万人死于烟草相关疾病。

2. 吸烟引起的疾病

20世纪头10年，英国、德国和美国的男性人群中肺癌的发病率开始上升，烟草与健康的危害逐渐成为思维敏锐的医学人员的注意。1950年相继有五项吸烟与健康的重要研究成果问世：4个来自美国，1个来自英国。其中来自英国的Doll和Hill的研究，观察了649例男性和60例女性肺癌死亡病人和相同数量的非肿瘤死亡病人的吸烟习惯，并仔细地排除了可能的混杂因素和偏性。他们的研究结果证明肺癌死亡者中吸烟的比例和非肿瘤死亡者中吸烟的比例有非常显著性差异：严重吸烟者（每天25支以上）患肺癌的可能性是不吸烟者的50倍。之后，大约有上万篇有关吸烟对肺癌、心脑血管疾病的发病和死亡的研究论文在过去50年内发表。这些论文从不同的角度证明了吸烟是肺癌、慢性呼吸系统疾病、冠心病、脑卒中等多种疾病发生和死亡的重要危险因素。其中有代表性的研究是1950、1960、和1970年在美国、瑞典、日本、加拿大和英国开始的对吸烟和非吸烟者患病和死亡的长期观察。

Doll和Hill从1951年开始对34439名男医生和6194名女医生进行了为期40年的前瞻性随访研究，直至1990年。研究结果表明，所调查医生死于吸烟相关肿瘤性和非肿瘤性疾病的率与他们的吸烟情况的剂量反应关系有显著的统计学意义。图6显示的是被随访医生冠心病死亡率与每天吸烟量的关系，每天吸烟25支及以上的医生冠心病死亡率是从没有吸烟的医生的近2倍。另外，吸烟者和非吸烟者，不同吸烟量的吸烟者的存活率之间的差异也有显著性意义。如图7所示，死于每天吸烟15~24支的被随访医生在35~69岁死亡的率（40%）是非吸烟医生的（20%）2倍，而每天吸25支及以上的死亡率更是高达50%。

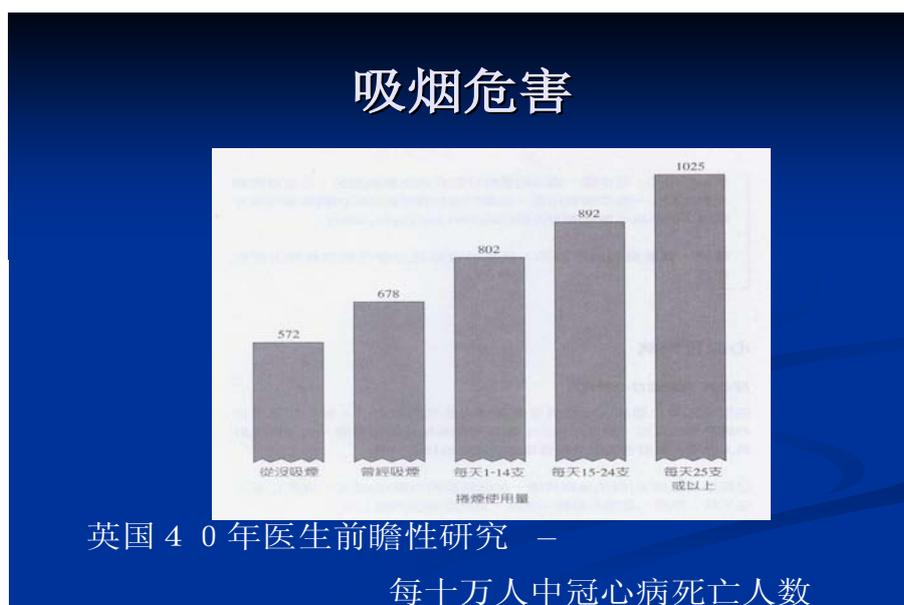


图 6 不同吸烟量的随访人群冠心病死亡情况（需要一个清晰的图片）

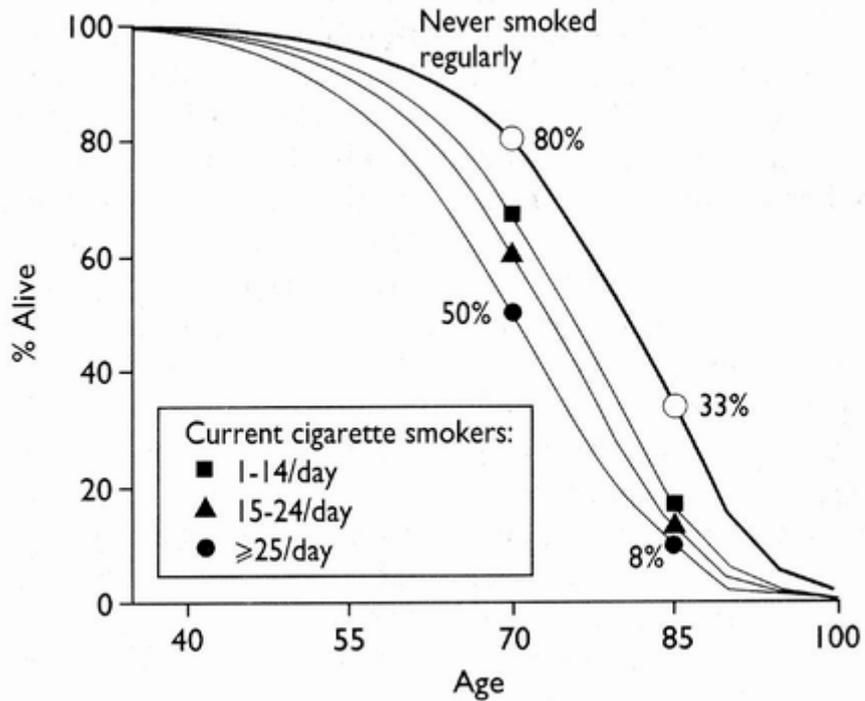


图7 35岁及以上不同吸烟者和非吸烟者的存活率情况（根据随访40年里年龄别死亡率按寿命表估算）

1981年日本和希腊有报道称嫁给吸烟者的非吸烟女性肺癌危险增加。随后，美国和其他国家（包括中国）的许多研究都发现了这种联系。第一个关于环境烟草烟雾（ETS）暴露与肺癌关系的研究是在1981年报道的。Hirayama的早期报道是建立在日本的一项前瞻性研究基础上的，该研究包括91,540名非吸烟妇女，其肺癌的标化死亡率随丈夫吸烟量的增加而升高，而且该结果排除了混杂因素的影响（见图8）。当随访人群扩大时，仍得到相同结论。建立在同样的队列研究基础上，Hirayama还发现那些与每天吸1~19根和20根以上的吸烟女性结婚的非吸烟男性，其肺癌危险性也显著增加。1981年，Trichopoulos等也报道嫁给吸烟者的女性的肺癌危险增加。他们在希腊做了一个病例对照研究，除了外科畸形的肺癌病例均包括在内。到1986年，相关证据已经非常多，当年的三个综合性报道中都提出环境烟草烟雾（ETS）暴露是肺癌的一个原因。随后的很多Meta分析和大型队列研究都为被动吸烟是肺癌、冠心病等的危险因素提供了科学的证据。

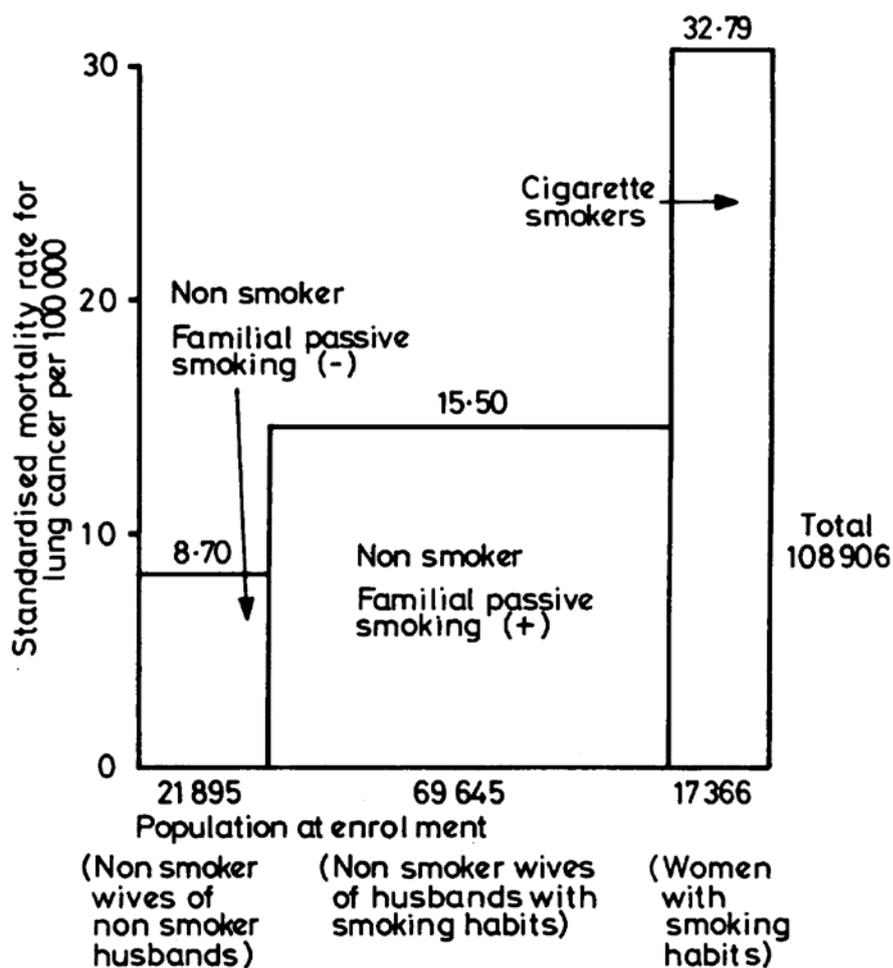


FIG 1—Lung cancer mortality in women according to the presence or absence of direct and familial indirect smoking.

图 8 1981 年日本 Hirayama 研究结果：吸烟妇女及是否暴露于家庭烟草烟雾妇女的肺癌死亡率

在我国，钮式如、杨功焕和英国牛津大学合作，于1990年开始对224,500名调查对象进行随访，以进行吸烟与死亡率的前瞻性研究。到1995年早期研究结果显示，吸烟者的总死亡率显著高于从不吸烟者（相对危险度1.19，95%可信区间1.13~1.25， $P<0.00001$ ）；在20岁以前开始吸烟的吸烟者其死亡率最高，特别是在城市。吸烟者的额外死亡率主要涉及肿瘤（1.26； $P<0.0001$ ）、呼吸道疾病（1.38； $P<0.00001$ ）及血管疾病（1.13； $P=0.01$ ）。如果这些疾病与吸烟是明显的因果关系，那么烟草所致死亡占中国男性成年人总死亡的12%，按此比例，到2000年烟草将造成70万男性的死亡（若百分率增加，人数会更多）。

“八五”队列研究结果也表明，在调整了年龄、性别等因素后，缺血性心脏病人群归因危险度百分比吸烟约为32%，仅次于高血压（约35%），远高于众所周知的危险因素高胆固醇（约为11%）和糖尿病（约3%），这些危险因素可以解释近80%的缺血性心血管病发病

因素，其中仅吸烟和高血压2项就可以解释67%。控制烟草使用理所当然成为我国预防和控制心血管病的主攻方向。

3. 被动吸烟的危害

被动吸烟是指不吸烟者吸入吸烟者呼出的烟雾及卷烟燃烧产生的烟雾，也称为“非自愿吸烟”，或“吸二手烟”。二手烟雾中含有几百种已知的有毒或者致癌物质，包括甲醛、苯、氯乙烯、砷、氨和氢氰酸等。

目前我国人群中遭受被动吸烟危害的人数高达5.4亿，其中15岁以下儿童有1.8亿。比较1984年、1996年、2002年全国吸烟行为流行病学调查数据显示，虽然人们的吸烟率已经出现了下降趋势，但被动吸烟状况没有任何改善。

被动吸烟增加成人肺癌、心血管疾病和慢性阻塞性肺病发生的危险性，增加哮喘的发病风险，损害肺功能。突出表现为：

- 二手烟雾与吸烟者本人吸入的烟雾相比，很多致癌和有毒化学物质的浓度更高。
- 呼吸二手烟雾即使时间很短，也会马上对心血管系统产生不良影响，从而增加心脏病发作的危险。
- 在家中或工作场合接触二手烟雾的非吸烟者，发生心脏疾病的风险提高了25%~30%，发生肺部疾病的风险提高了20%~30%。

被动吸烟对儿童健康的危害，涉及到儿童生长发育各个阶段，胎儿期母亲的主动或被动吸烟，出生后的被动吸烟都能引发疾病，如婴儿猝死综合征、急慢性呼吸系统疾病、急慢性中耳疾病等，诱发或加重哮喘，影响肺功能的发育。突出表现为：

- 婴幼儿尤其容易受到二手烟中毒物的侵害，因为他们正在长身体的时期。
- □ 接触二手烟的婴儿，更有可能患婴儿猝死综合征而夭折。
- □ 接触二手烟的婴儿，肺功能差得多，产生健康问题的风险更大。
- □ 二手烟引起婴幼儿支气管炎和肺炎，并增加患中耳炎的风险。
- □ 接触二手烟会使患有哮喘的孩子发病更频繁，病情更严重。

4. 戒烟的好处

戒烟可以省很多钱，可以除去身上的烟味，使手术后的伤口容易愈合，可以免除烟蒂引起的火灾，减少咳嗽、感冒的发生，减少皱纹的出现，恢复性欲及性功能，还可以减少意外

灾害的发生……戒烟最重要的益处在于找回健康。戒烟的收益是逐渐体现出来的：一般停止吸烟6小时后，心率会下降，血压也会轻微降低；12小时后，尼古丁将被排出体外；24小时后，一氧化碳将从肺部排出，使呼吸功能得到改善。此时也许会有咳嗽，因为通过咳嗽可以清除堵塞在气管和肺部的堵塞物。2天之后尼古丁所致的不良反应就会消失。2个月左右，手部和脚部的血液循环就会增加。戒烟1年之后，患心脏病的危险性会显著降低（图9）。

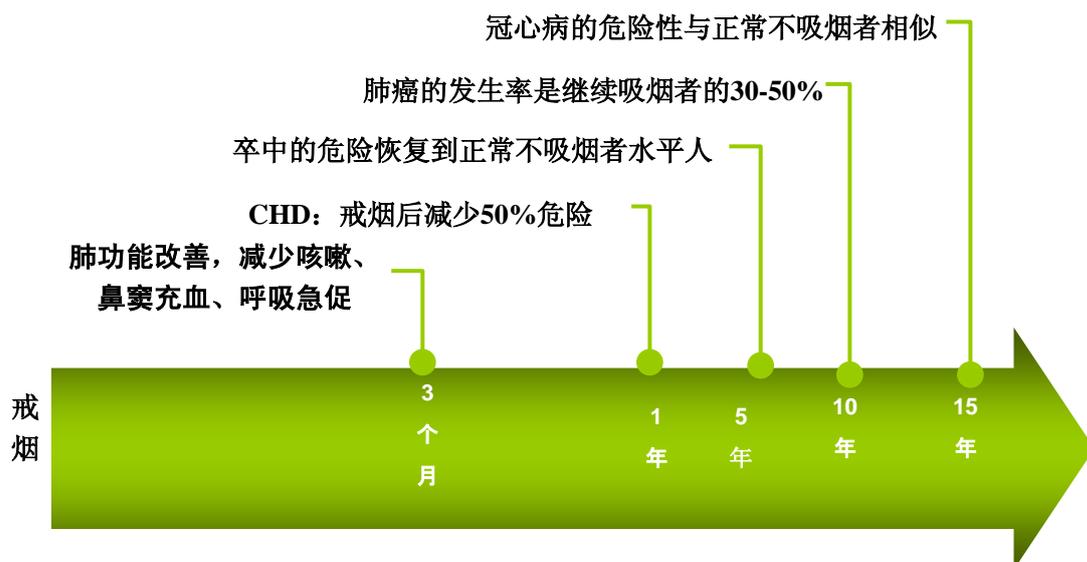


图9 戒烟的好处

二 常见问题及其处理

1. 问：烟瘾发作时太难受了，我受不了。

答：由于有烟瘾，戒烟之初是会让人难受的，但这些难受的感觉在戒烟后的1~2周内就会消失。同时，也有一些方法可以减少烟瘾带来的痛苦，例如，可以借助一些戒烟药物的帮助，这些药物有助于减轻戒烟时的一些症状，如强烈的吸烟欲望、紧张、易怒、焦虑、食欲增加、注意力不集中、以及坐立不安等。要记住，所有下决心并努力尝试的人都已经成功克服了烟瘾，你也一定行的。

2. 问：我吸烟多年，要有问题早有了，戒烟又有有什么用呢？而且有些人吸了一辈子烟也没事。

答：戒烟永不太迟。据估计，一个吸烟者在未曾患上慢性病之前就戒烟的话，1年后他因吸烟致病的机会将降低66%；戒烟10年之后，他患上因吸烟而致的严重疾病的概率可以像从未吸过烟的人一样。当然，每个人的体质都是有差异的，因此烟草不可能让100%的吸烟者都患上肺癌或是早死。但不可否认的是，烟草确实夺去了许多人的生命。仅根据身边的个别现象，就认为吸烟可能无害，是不明智的想法。

3. 问：我怕戒烟后会发胖。

答：不是所有人戒烟后都发胖的。因戒烟而发胖的人，在一段时间内的平均体重也不过增加2~5公斤。只须在饮食习惯和日常活动方面做一些调整，便可防止发胖或尽快使体重恢复到原来的状态。

4. 问：我吸的是带过滤嘴的“好烟”，它焦油含量少，对身体危害不大。

答：减少焦油的吸入，可能会减低患某些疾病的危险，但不会降低患肺癌及心脏病的机会。不管烟草内所含的焦油怎样低，你和你周围的人仍然会吸入数百种有毒的化学物质。根本没有所谓的“安全香烟”。

5. 问：吸烟已经成为我改不了的习惯。

答：在美国、加拿大等国家，差不多半数的吸烟者都戒了烟，如果他们做得到，你也可以做得到，只要下定决心，就一定可以改变这个习惯。

6. 问：戒烟后，身体失去平衡，很容易生病。

答：很多人认为，多年吸烟，身体已经习惯了烟草，一旦戒烟，身体失去了平衡，会很容易生病。看到了好多这样的例子，戒烟后，很快得了肺癌。事实上，的确有这样的案例，患肺癌的原因不是因为戒烟，而是因为长期吸烟，已经对身体造成了损害。大人群流行病学研究结果显示，吸烟者戒烟后，患各种疾病的危险性都在下降，其中癌症的风险下降最慢，要到十年以后才能表现出来。

7. 问：吸烟导致肺癌是老年人的事，我还年轻，因此不用担心。

答：事实上，吸烟可以导致至少十种不同的癌症，肺癌仅仅是其中一种。而且，每种癌症都可能发生在任何年龄。

8. 问：我担心戒烟会使我变得烦躁或消沉。

答：确实，一些人在戒烟后会变得烦躁或消沉。这是典型的戒断症状，如果使用抑制尼古丁产品或是安非他酮等药物，这些症状就会缓解。然而，无论是否使用这些产品，2~3个星期后，大部分的戒断症状都会消失。如果消沉症状持续时间超过1个月，就需要引起重视并去看医生。

9. 问：老都老了，戒烟干什么，戒了也没用。

答：戒烟没有年龄限制。不管你是20岁、40岁还是70岁，只要你戒烟，你就能更健康、长寿。卷烟平均含有60多种化合物，这些化合物可导致多种致死性疾病，如癌症、中风及心脏病，不论对老年人还是年轻人均有危害。

10. 问：男人不抽烟，白在世上颠。

答：在我国，许多人都认为是男人就应该吸烟。许多人觉得作为男子汉必须经常带着一包烟。但是你知道吗，吸烟是阳痿最主要的原因之一；世界上几个最大的烟草企业之一的英美烟草公司的前任主管已经宣布自己再也不吸烟了；我们国家现在的最高领导人都不吸烟。上述事实说明，不吸烟你也能成为真正的男子汉。

11. 问：吸烟有助于思考问题，我干嘛要戒烟？

答：事实上，由于吸烟者对尼古丁和抽烟的动作产生了依赖作用，因而在不吸烟时很难集中注意力，产生烦躁、焦虑等感觉，吸烟可以解除人体的这些依赖，从而使吸烟者能够集

中注意力思考问题。可见必须依赖于烟才能集中注意力思考问题，本来是抽烟造成的恶果，却被人们当成了吸烟的好处。而且由于吸烟可以降低脑血流量，还可能会降低智力，从而进一步影响吸烟者思考问题。

12. 问：我戒烟失败了，我肯定戒不了烟了。

答：戒烟的过程比较长，十个戒烟者自己戒有九个会失败，大部分人要戒好几次才会成功，如果有医护人员的帮忙可增加2~3倍的成功率。你已经有能力停止吸烟一段时间了，这表明你可以不依赖烟草生活，这本身就已经是一种成功。不要泄气，重新给自己鼓励，并尽快计划一次新的尝试。

13. 吸烟有助于保持身体苗条。

答：由于烟草中的尼古丁本身具有抑制食欲的作用，烟草对舌头上味蕾有一定的破坏作用，所以，吃东西的时候，品尝不出食物中的味道。但利用这种方法保持体重是一种很危险的做法。希望减轻体重的朋友，还是要通过运动和膳食习惯的调整达到目的。

三 戒烟日记

戒烟日记

观察自己并做笔记是戒烟的一个非常有效的方法。许多戒烟者发现，吸烟时做记录有助于他们控制吸烟的习惯和打破这种规律性。他们说，这样做能清楚地认识他们自认为了解的习惯。为什么不用几天时间尝试以下的经历呢：在你的烟盒里放一张我们做的吸烟者日记。在点燃每一支烟前，记下日期、时间、情形、情绪、想抽烟的程度，以及在当时的情况下抵制吸烟欲望的方法。每天晚上，重新读一遍你的日记并认真思考。

吸烟支数	时间	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

四 Smoke Check 使用介绍

一、概述

Smoke Check 手持式吸烟监测计，无需外接电源，由电池支持工作，用于测量呼出气体中的一氧化碳（CO）浓度。

在戒烟门诊中可检查戒烟者的进展及依从性，从而起到指导性作用。Smoke Check 具有多项性能使其操作简单，测量准确。

这些性能包括：自动调零功能、警示灯提示吸烟水平、高 CO 警示、简便的校准。

二、导言

Smoke Check 装有一个燃料电解感应器，通过一端（呼出气体中）CO 及另一端（周围空气中）的氧气反应，产生与 CO 浓度相称的电流。感应器的电流输出由一个微处理器监控，该微处理器可检测肺泡气体呼出浓度峰值。高水平呼出 CO 浓度提示碳氧血红蛋白浓度升高，这大多由吸烟导致。

上述结果随即以 4 个区间范围在 Smoke Check 的液晶屏上清晰显示。Smoke Check 面板上的警示灯可即时提示吸烟水平。Smoke Check 的校准值具有极高的稳定性，其他呼出气体（如氢）对于测量灵敏度的干扰极小。

三、测量结果阐述

Smoke Check 对于吸烟消耗量提供了一种简单有效的监测方法，因此可用于吸烟防治中心或其他戒烟机构。呼出的 CO 浓度作为吸烟消耗量一个极好的间接验证指标已经广泛应用于各类戒烟中心。

吸烟者呼出的 CO 浓度参考值，以及警示灯设置状态：

CO(ppm)	吸烟消耗量	提示灯
0 - 6	非吸烟者	绿色
7 - 10	轻度吸烟者	琥珀色
11-20	重度吸烟者	红色
20+	极重度吸烟者	红色闪烁+报警

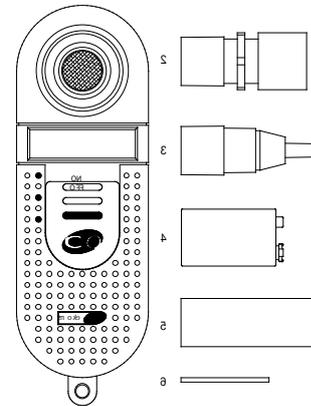
需要注意，城市环境中的 CO 水平很高，这可能导致呼出 CO 比正常值上升几个 ppm。

在这种情况下可能会有非吸烟者测量结果显示为轻度吸烟者(7-10 ppm)。

四、包装内件说明

Smoke Check 外包装为轻便坚固的手提盒，包装内由以下部件组成：

- 1 Smoke Check 主机
- 2 22 mm 口含器转换头
- 3 校准用 22 mm 变径连接头
- 4 PP3 碱性电池
- 5 一次性口含器 4 只
- 6 校准按钮工具



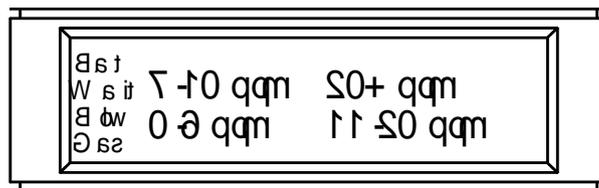
五、使用方法

a) 准备和使用前注意事项

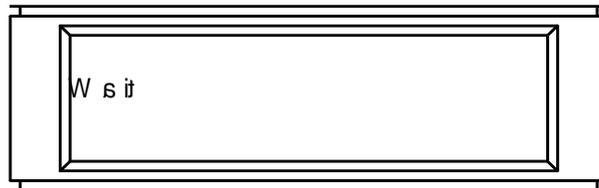
- 1) Smoke Check 必须在室温条件下使用，才可保证其测量精确度。
- 2) 安装电池
- 3) 将口含器转换头插入 Smoke Check，再将一次性口含器插入转换头的另一端。
- 4) 如有可能，患者在测试前应先用清水漱口。但勿用漱口水，以免影响读数。

b) 操作步骤

将开关推至中位，随即三色灯闪亮，并显示图例：

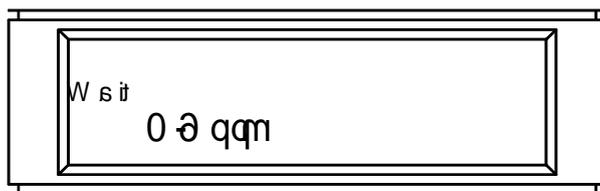


指导患者吸气并屏气 20 秒。仪器将会自动调零 12 秒，其间屏幕显示如下：

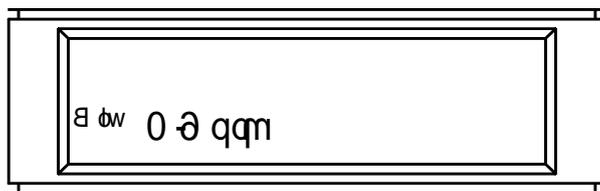


重要提示：在此期间一定不能进行测试。

12 秒后屏幕显示如下：



患者如果不能屏气 20 秒，可以指导患者紧含口含器，缓慢呼气至极限。但是，更加精确的测试结果仍然需要患者屏气 20 秒直到听到提示声，此时屏幕显示如下：



几秒钟后，CO 读数将上升至稳定水平，且最后的结果将会保留至关机。同时，会显示下列中的一个阐释：

- 0 – 6 ppm 绿色指示灯
- 7 – 10 ppm 琥珀色指示灯
- 11– 20 ppm 红色指示灯
- 20+ ppm 红灯闪烁+报警

重要提示：

再次测试前，必须先关机并且取下口含器和转换头至少 1 分钟。这将有助于重新与周围气压平衡，并使传感器表面干燥。再次使用以前须仔细察看确保传感器表面的水汽已经完全蒸发。

五 门诊问卷