

中国临床戒烟指南

(2015 年版)

中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会

编辑委员会

(按姓氏笔画排序)

于竞进	毛群安	石琦	李新华	吴良友	张宗久
金生国	姚宏文	秦耕	秦怀金	夏晶	雷正龙

专家组

专家组组长

王辰 中日友好医院

专家组成员 (按姓氏笔画排序)

于欣	北京大学第六医院
王克安	新探健康发展研究中心
支修益	首都医科大学宣武医院
石琦	国家卫生和计划生育委员会
石远凯	中国医学科学院肿瘤医院
白春学	复旦大学附属中山医院
闫睿	国家卫生和计划生育委员会
许桂华	中国控制吸烟协会
孙永昌	首都医科大学附属北京同仁医院
李恬静	国家卫生和计划生育委员会
杨杰	中国疾病预防控制中心
杨娜	国家卫生和计划生育委员会
杨焱	中国疾病预防控制中心
杨甫德	北京回龙观医院
肖丹	中日友好医院
肖琳	中国疾病预防控制中心
吴宜群	新探健康发展研究中心
张珍祥	华中科技大学同济医学院附属同济医院
林岩	国际防痨和肺部疾病联合会
林昊翔	国家卫生和计划生育委员会

郝 伟	中南大学湘雅二医院
胡大一	北京大学人民医院
姜 垣	中国疾病预防控制中心
姜玉冰	国家卫生和计划生育委员会
姚婉贞	北京大学第三医院
顾化民	国家卫生和计划生育委员会
黄克武	首都医科大学附属北京朝阳医院
程明美	国家卫生和计划生育委员会

核心写作人员（按姓氏笔画排序）

王 辰	中日友好医院
肖 丹	中日友好医院
吴司南	北京医院
褚水莲	中日友好医院

通讯联系人

王 辰	电子邮箱地址: cyh-birm@263.net
肖 丹	电子邮箱地址: danxiao@263.net

前 言

控制吸烟，包括防止吸烟和促使吸烟者戒烟，是人群疾病预防和个体保健最重要与可行的措施。大量研究证据表明，戒烟可降低或消除吸烟导致的健康危害。任何人在任何年龄戒烟均可获益，且戒烟越早、持续时间越长，健康获益就越大。应使广大公众及吸烟者深刻认识吸烟与二手烟暴露对健康的危害，促使人们努力创建家庭、单位和社会的无烟环境，并鼓励吸烟者积极尝试戒烟。

戒烟意愿是吸烟者本人成功戒烟的基础。然而，对于大部分吸烟者，尤其是已经罹患烟草依赖的吸烟者，戒烟是困难的，需要卫生计生人员的专业化戒烟干预。有效的专业化戒烟干预能够强化吸烟者戒烟的信心和决心，帮助其缓解戒断症状，解决戒烟过程中的问题，并将健康教育贯穿戒烟干预的全过程，从而提高戒烟的成功率。为此，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于 2007 年共同编写了《2007 年版中国临床戒烟指南(试行本)》，旨在指导卫生计生工作者科学、有效地帮助吸烟者戒烟。原卫生部 2012 年发布的《中国吸烟危害健康报告》中，也以专章阐述了烟草依赖、戒烟的健康益处与戒烟治疗等内容。

为了更好地指导戒烟干预工作，国家卫生和计划生育委员会委托世界卫生组织烟草或健康合作中心组织国内戒烟领域专家，编写了此部《中国临床戒烟指南（2015 年版）》（以下简称《指南》）。《指南》在《2007 年版中国临床戒烟指南（试行本）》的基础上，参考近年来国际临床戒烟领域最新的证据和已取得的临床试验结果，结合我国戒烟干预工作的特点编写。《指南》正文分为两个部分，分别针对不同类别的卫生计生工作者。

第一部分——戒烟干预：针对卫生计生专业人员。其中，强化戒烟干预部分针对专业戒烟干预机构的工作人员以及卫生计生系统中参与提供专业戒烟干预的工作人员（如戒烟门诊的医务人员）；简短戒烟干预部分针对所有有机会接触就医者的卫生计生人员（包括医生、护士、药师、技师等）。

第二部分——对戒烟干预的行政支持和管理：针对卫生计生机构管理人员及卫生计生政策制定者。

《指南》的写作得到了国家卫生和计划生育委员会相关部门、中国疾病预防控制中心、中国控制吸烟协会、中华医学会、中国医师协会、中国医院协会、中国抗癌协会、中国癌症基金会等部门或组织及国内外相关领域专家的大力支持和悉心指导，在此，谨致诚挚谢忱。今后，《指南》还将根据临床戒烟领域的科学证据，动态进行修订和更新。限于水平，《指南》中或有疏漏欠妥之处，敬祈读者指正。

《中国临床戒烟指南》专家组

2015年4月28日

目录

一、戒烟干预	
(一) 强化戒烟干预.....	5
1. 烟草依赖的表现.....	5
2. 烟草依赖的诊断标准	6
3. 烟草依赖严重程度的评估	6
4. 干预方法	7
5. 成功戒烟的过程	9
6. 戒烟药物	10
(二) 简短戒烟干预.....	13
二、对戒烟干预的行政支持和管理.....	14
1. 无烟政策.....	14
2. 控烟与临床戒烟培训.....	14
3. 设立控烟及戒烟提示.....	14
4. 评估和反馈.....	14
5. 奖惩机制.....	14
6. 配备专业戒烟干预人员.....	15
7. 戒烟门诊.....	15
参考文献.....	18

一、戒烟干预

吸烟可以成瘾，称为烟草依赖。烟草依赖是一种慢性疾病，其国际疾病分类（ICD-10）编码为 F17.2。许多吸烟者知道吸烟的危害，并有意愿戒烟，但因烟草依赖而难以戒烟。部分烟草依赖者甚至在罹患吸烟相关疾病后仍不能戒烟。对吸烟者应判断其是否患有烟草依赖并对严重程度进行评估。烟草依赖者戒烟常需依靠专业化的戒烟干预。

（一）强化戒烟干预

强化戒烟干预包括联合使用多种干预方法、进行多次随访、增加每次干预的时间、几位医生共同进行干预等，适用于烟草依赖较为严重并愿意接受强化干预的吸烟者。强化戒烟干预应由经过培训的临床医生实施。

1. 烟草依赖的表现

烟草依赖表现在躯体依赖和心理依赖两方面。躯体依赖表现为，吸烟者在停止吸烟或减少吸烟量后，出现一系列难以忍受的戒断症状（表 1、表 2），包括吸烟渴求、焦虑、抑郁、不安、头痛、唾液腺分泌增加、注意力不集中、睡眠障碍等。一般情况下，戒断症状可在停止吸烟后数小时开始出现，在戒烟最初 14 天内表现最强烈，之后逐渐减轻，直至消失。大多数戒断症状持续时间为 1 个月左右，但部分患者对吸烟的渴求会持续 1 年以上。心理依赖又称精神依赖，俗称“心瘾”，表现为主观上强烈渴求吸烟。烟草依赖者出现戒断症状后若再吸烟，会减轻或消除戒断症状，破坏戒烟进程。

表 1 烟草戒断症状

症状	持续时间
易激惹	<4 周
抑郁	<4 周
不安	<4 周
注意力不集中	<2 周
食欲增加	>10 周
睡眠障碍	<1 周
吸烟渴求	>2 周

- 烟草依赖者会出现戒断症状，但并非每个人都会出现所有症状
- 戒断症状不是长期持续存在的，大部分症状在戒烟后 4 周内消失
- 患者可通过使用戒烟药物及改变认知与行为等方法缓解戒断症状

表 2 烟草戒断症状量表*

项目	评分	项目	评分
吸烟的冲动		焦虑	
易激惹、受挫感或生气		坐立不安	
难以集中注意力		入睡困难	
食欲增加		睡眠易醒	
情绪低落			

以上各项为戒烟者在过去一天中的感受，以 0~4 分计分。完全没有：0 分；轻微：1 分；中度：2 分；严重：3 分；非常严重：4 分

* 明尼苏达烟草戒断症状量表（MNWS）

2. 烟草依赖的诊断标准

参照 ICD-10 中关于药物依赖的诊断条件，烟草依赖的临床诊断标准为：
在过去 1 年内体验过或表现出下列 6 项中的至少 3 项，可以做出诊断。

- (1) 强烈渴求吸烟。
- (2) 难以控制吸烟行为。
- (3) 当停止吸烟或减少吸烟量后，出现戒断症状。
- (4) 出现烟草耐受表现，即需要增加吸烟量才能获得过去吸较少量烟即可获得的吸烟感受。
- (5) 为吸烟而放弃或减少其他活动及喜好。
- (6) 不顾吸烟的危害而坚持吸烟。

3. 烟草依赖严重程度的评估

对于存在烟草依赖的患者，可根据以下两个量表（表 3、表 4）评估其严重程度。

烟草依赖评估量表和吸烟严重度指数（heaviness of smoking index, HSI）的累计分值越高，说明吸烟者的烟草依赖程度越严重，该吸烟者从强化戒烟干预，特别是戒烟药物治疗中获益的可能性越大。

表 3 烟草依赖评估量表*

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？	否	是		
您认为哪一支烟最不愿意放弃？	其他时间	晨起第一支		
您每天吸多少支卷烟？	≤10 支	11~20 支	21~30 支	>30 支
您早晨醒来后第 1 个小时是否比其他时间吸烟多？	否	是		
您患病在床时仍旧吸烟吗？	否	是		

0~3 分：轻度烟草依赖；4~6 分：中度烟草依赖；≥7 分：重度烟草依赖

* 法氏烟草依赖评估量表（Fagerström test for nicotine dependence, FTND）

表 4 吸烟严重度指数

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
您每天吸多少支卷烟？	≤10 支	11~20 支	21~30 支	>30 支

≥4 分为重度烟草依赖

4. 干预方法

医生应询问就医者的吸烟状况，评估吸烟者的戒烟意愿，根据吸烟者的具体情况提供恰当的治疗方法。目前常以“5R”法增强吸烟者的戒烟动机，用“5A”法帮助吸烟者戒烟。

(1) 对于暂时没有戒烟意愿的吸烟者采取“5R”干预措施增强其戒烟动机

“5R”包括：

- **相关 (Relevance)**：使吸烟者认识到戒烟与其自身和家人的健康密切相关。
- **危害 (Risk)**：使吸烟者认识到吸烟的严重健康危害。
- **益处 (Rewards)**：使吸烟者充分认识到戒烟的健康益处。
- **障碍 (Roadblocks)**：使吸烟者知晓和预估戒烟过程中可能会遇到的问题和障碍。同时，让他们了解现有的戒烟干预方法（如咨询和药物）可以帮助他们克服这些障碍。
- **反复 (Repetition)**：反复对吸烟者进行上述戒烟动机干预。

医生要首先了解吸烟者的感受和想法，把握其心理。医生应对吸烟者进行引导，强调吸烟的严重危害、戒烟的目的和意义，解除其犹豫心理，使之产生强烈的戒烟愿望并付诸行动。

(2) 对于愿意戒烟的吸烟者采取“5A”戒烟干预方案

“5A”包括：

- **询问 (Ask)** 并记录所有就医者的吸烟情况。
- **建议 (Advise)** 所有吸烟者必须戒烟。

以明确、强烈以及个体化的话语建议所有吸烟者戒烟

明确指出：吸烟可导致多种疾病；吸低焦油卷烟、中草药卷烟同样有害健康；偶尔吸烟也有害健康；任何年龄戒烟均可获益，戒烟越早越好。

强烈建议：现在必须戒烟；戒烟是为健康所做的最重要的事情之一。

个体化劝诫：将吸烟与就医者最关心的问题联系起来，如目前的症状、对健康的忧虑、经济花费、二手烟暴露对家庭成员及他人的不良影响等。

- 评估（Assess）吸烟者的戒烟意愿（图 1）。

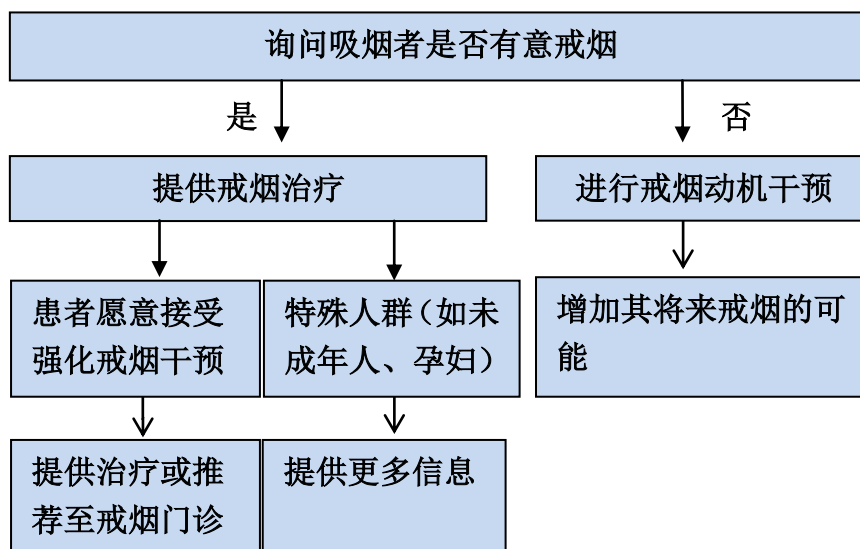


图 1 评估吸烟者戒烟意愿流程图

- 提供戒烟帮助（Assist）。
 - ✓ 向吸烟者提供实用的戒烟咨询。
 - ✓ 向吸烟者提供戒烟资料，介绍戒烟热线（全国戒烟热线 400-888-5531、400-808-5531，卫生热线 12320）。
 - ✓ 推荐有戒烟意愿的吸烟者使用戒烟药物。

实用的戒烟咨询

戒烟应彻底：不要在戒烟后尝试吸烟，即使是一口烟。

戒烟经验：帮助吸烟者回忆、总结之前戒烟尝试中的成功经验与失败原因。在过去戒烟经验的基础上进行本次戒烟。

帮助吸烟者制订戒烟计划：设定戒烟日，应在 2 周之内开始戒烟；告诉家人、朋友、同事自己已决定戒烟，取得他们的理解和支持；预见在戒烟中可能出现的问题，特别是在戒烟最初的几周内可能出现的问题或困难，如尼古丁戒断症状等；处理掉身边与吸烟有关的全部物品，在完全戒烟前使家中与办公室（桌）无烟。

控制吸烟欲望：改变与吸烟密切相关的生活行为习惯，如改变清晨的行为顺序，先洗漱、吃饭，再上卫生间等；建立一些补偿行为，可借用一些替代物，如饮水、咀嚼无糖口香糖等。

分析戒烟中可能遇到的问题：如应对戒断症状、避免吸烟诱惑、改变生活习惯等。

处理戒断症状：针对吸烟者的主诉可以采取相应措施，如：

“我感觉紧张、烦躁”——做深呼吸，散步；

“我不能集中精力”——减少工作负担；

“我感觉身体疲乏，总想睡觉”——保证充足睡眠；

“我总想吃东西”——多吃一些蔬菜、水果进行替代，不要吃高热量的零食。

限酒：在戒烟期间饮酒会降低戒烟成功率。

家庭中的其他吸烟者：应鼓励家中其他吸烟者共同戒烟，至少要求他们不在戒烟者面前吸烟。

- **安排（Arrange）随访：**吸烟者开始戒烟后，应安排随访至少 6 个月，6 个月内随访次数不宜少于 6 次。随访的形式可以是要求戒烟者到戒烟门诊复诊或通过电话了解其戒烟情况。

(3) 对于已戒烟者采取措施防止复吸

复吸多发生在戒烟后较短的时间内，新近戒烟者面临较高的复吸风险，但戒烟数月后甚至数年后仍可发生复吸。

- 对于开始戒烟者，医生应给予充分肯定，并强调戒烟对健康的巨大益处，并帮助他们解决戒烟中遇到的问题。

- 医生应持续关注戒烟者的戒烟进程，并告知戒烟者若出现复吸倾向应主动向医生寻求帮助。

- 对戒烟成功者，医生可与他们探讨戒烟的经验，进一步巩固戒烟状态。
- 告诫戒烟成功者可能还会遇到诱导其复吸的因素，应有所戒备并加以抵制。
- 告知戒烟者如有复吸发生，应尽早报告医生以获得及时干预，不要“羞于”报告。

5. 成功戒烟的过程

戒烟一般要经历从“没有想过戒烟”到“完全戒烟”的过程。因此，对于戒烟干预的结果，不应简单地理解为“戒”或“没戒”，而是递增的、阶段性的“成功”过程（图 2）。多数

吸烟者会经历全部或大部分戒烟阶段，最后才完全成功戒烟。临床医生要帮助每个吸烟者解决戒烟各阶段遇到的问题，最终成功戒烟。

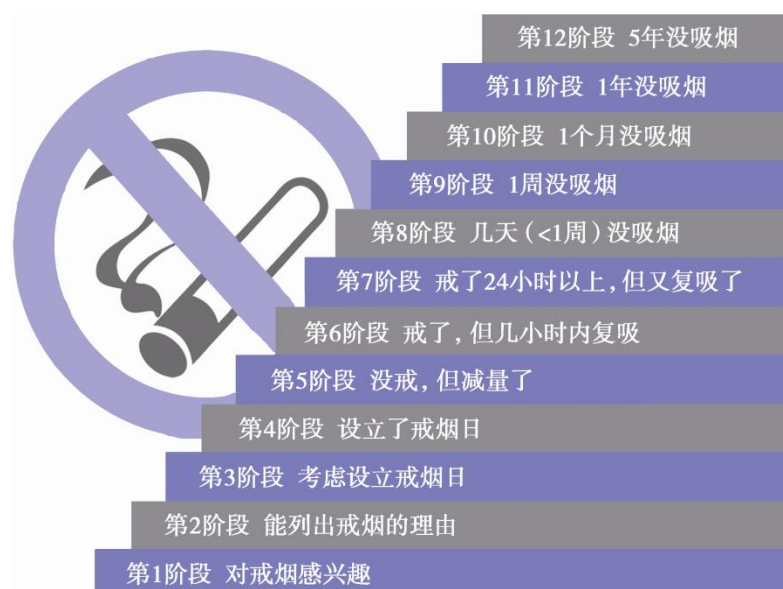


图 2 成功戒烟的 12 个阶段

6. 戒烟药物

(1) 戒烟药物可以缓解戒断症状，辅助有戒烟意愿的吸烟者提高戒烟成功率。

(2) 不是所有吸烟者都需要使用戒烟药物才能成功戒烟，但医生应向每一位希望获得戒烟帮助的吸烟者提供有效戒烟药物的信息。

(3) 对于存在药物禁忌或使用戒烟药物后疗效尚不明确的人群（如非燃吸烟草制品使用者、少量吸烟者、孕妇、哺乳期妇女以及未成年人等），目前尚不推荐使用戒烟药物。

(4) 目前我国已被批准使用的戒烟药物有：

- 尼古丁贴片、尼古丁咀嚼胶（非处方药）。
- 盐酸安非他酮缓释片（处方药）。
- 伐尼克兰（处方药）。

(5) 盐酸安非他酮缓释片和伐尼克兰存在一些禁忌证和需要慎用的情况，医生应严格依照说明书指导戒烟者使用。

(6) 应对使用戒烟药物者的情况进行监测，包括是否发生不良反应、规律服用情况以及戒烟效果等。

(7) 戒烟药物可能会影响体内其他药物的代谢（如氯氮平、华法林等），必要时应根据药物说明书调整这些药物的使用剂量。

国内可获得的一线戒烟药物的使用方法及注意事项见表 5。

关于各药品的详细说明见有关产品说明书。

尼古丁替代疗法类药物

- 尼古丁替代疗法 (nicotine replacement therapy, NRT) 类药物 (如尼古丁贴片、尼古丁咀嚼胶) 通过向人体释放尼古丁, 代替或部分代替吸烟者通过吸烟获得的尼古丁, 从而减轻或消除戒断症状。
- 以 NRT 类药物辅助戒烟安全有效, 可使长期戒烟的成功率增加 1 倍。
- 不同剂型的 NRT 类药物在戒烟疗效方面无显著差别, 可遵从戒烟者的意愿选择。
- 使用 NRT 贴片或咀嚼胶的疗程应至少达到 12 周。
- 单一药物减轻戒断症状不明显时, 可联合使用两种 NRT 类药物 (如联合使用贴片和咀嚼胶), 可望取得更好效果。
- NRT 类药物可长期使用 (超过 12 周), 但临床医生应对患者进行规律随访, 了解他们的使用情况和吸烟状态。
- 在戒烟前, 吸烟者可使用 NRT 类药物减少吸烟量。
- 一旦开始尝试戒烟, 应规律使用 NRT 类药物。
- NRT 类药物为非处方药, 可在医院或药店购买。吸烟者在使用前宜咨询专业医生, 并在医生指导下使用。

伐尼克兰

- 伐尼克兰为 $\alpha_4\beta_2$ 尼古丁乙酰胆碱受体的部分激动剂, 同时具有激动及拮抗的双重调节作用。
- 伐尼克兰可使长期戒烟率提高 2 倍以上。
- 应在戒烟日前 1 周开始使用, 并规律使用 12 周。
- 伐尼克兰为处方药, 需凭医生处方在医院或药店购买。
- 医生在开具处方之前, 应核实用药禁忌和使用的注意事项。
- 孕期或哺乳期妇女以及未成年人禁止使用伐尼克兰。
- 应监测戒烟者使用伐尼克兰的不良反应。
- 常见的不良反应包括恶心、异常梦境和睡眠障碍。曾经报道过的更严重的不良反应事件有心脏事件、抑郁、自杀倾向和自杀行为, 但尚不确定与使用伐尼克兰存在明确相关性。
- 如果戒烟者在使用伐尼克兰后出现了情绪或行为的改变, 建议及时联系专业医生。

盐酸安非他酮缓释片

- 盐酸安非他酮缓释片 (bupropion hydrochloride sustained release tablets) 是一种抗抑郁药, 可以缓解戒断症状, 提高戒烟成功率。
- 盐酸安非他酮缓释片为处方药, 需凭医生处方在医院或药店购买。
- 吸烟者应在戒烟日前 1 周使用药物, 并至少使用 7 周。
- 医生在开具处方之前, 应核实用药禁忌和使用的注意事项。
- 孕期或哺乳期妇女以及未成年人禁止使用盐酸安非他酮缓释片。
- 常见不良反应包括口干、失眠和头痛等, 具体不良反应及用药禁忌见表 5。
- 药物选择应取决于吸烟者的意愿并结合临床医师关于用药相关风险的评估。

联合用药

- 已被证实有效的药物组合包括:
 - ✓ 长疗程尼古丁贴片治疗 (>14 周) + 其他 NRT 类药物 (如咀嚼胶)。
 - ✓ 尼古丁贴片 + 盐酸安非他酮缓释片。
- 戒烟药物配合戒烟咨询等综合干预可进一步提高戒烟成功率。
- 对于有戒烟意愿的少量吸烟者 (每日吸烟 < 10 支), 也可使用戒烟药物。该类人群使用 NRT 药物时可以考虑减小剂量, 使用盐酸安非他酮缓释片和伐尼克兰时则不需减量。

表 5 国内可获得的一线戒烟药物的使用方法及注意事项

药品名(英文名)	用法、用量及疗程	不良反应	禁忌	注意事项	规格及获得途径
尼古丁贴片 (nicotine patch)	用法: 撕去保护膜后迅速将其粘贴于清洁、干燥、少毛、无创面的躯干或四肢部位, 贴后紧压 10~20 秒, 每日需更换粘贴部位 用量: 每 24 小时或 16 小时一次, 每次一贴。治疗开始时宜用较大剂量, 按照疗程逐渐减量 疗程: 12 周或根据戒烟情况延长	局部皮肤反应 (皮肤发红、针刺感、轻度瘙痒等); 心悸; 失眠; 头晕; 多梦	对尼古丁成分过敏	①年龄<18 岁者, 吸烟<10 支/日者, 孕期或哺乳期妇女, 急性心肌梗死后 2 周内、严重心律失常、不稳定型心绞痛患者, 药物控制不佳的高血压患者, 对胶带走过敏或有皮肤病的患者慎用 ②对于有睡眠障碍的患者, 可在睡前撕去贴片或使用 16 小时剂型	16 小时剂型 (5 毫克/片、10 毫克/片、15 毫克/片) 24 小时剂型 (7 毫克/片、14 毫克/片、21 毫克/片) 非处方药
尼古丁咀嚼胶 (nicotine chewing gum)	用法: 置于颊和牙龈之间, 缓慢间断咀嚼, 约 30 分钟后尼古丁可全部释放。吸烟支数≤20 支/日者使用 2 毫克剂型; 吸烟支数>20 支/日者使用 4 毫克剂型 用量: 戒烟第 1~6 周: 每 1~2 小时 1 片, 8~12 片/日 (不超过 24 片/日); 第 7~8 周: 每 2~4 小时 1 片, 4~8 片/日; 第 9~12 周: 每 6~8 小时 1 片, 2~4 片/日 疗程: 12 周或根据治疗情况延长	下颌关节酸痛; 消化不良; 恶心; 打嗝; 心悸 (大多短暂且轻微, 若咀嚼方法正确可以避免或减轻不良反应)	对尼古丁成分过敏	年龄<18 岁者, 吸烟<10 支/日者, 怀孕或哺乳期妇女, 急性心肌梗死后 2 周内、严重心律失常、不稳定型心绞痛患者, 药物控制不佳的高血压患者慎用	2 毫克/片 4 毫克/片 非处方药
盐酸安非他酮缓释片 (bupropion hydrochloride sustained release tablets)	用法: 口服 用量: 戒烟前 1 周开始用药。用药第 1~3 天: 150 毫克, 每日 1 次; 第 4~7 天: 150 毫克, 每日 2 次; 第 8 天起: 150 毫克, 每日 1 次 疗程: 7~12 周或根据治疗情况延长	口干; 易激惹; 失眠; 头痛; 眩晕等	癫痫; 使用其他含有安非他酮成分的药物; 现在或既往诊断为贪食症或厌食症; 过去 14 天中服用单胺氧化酶抑制剂; 对安非他酮或类似成分过敏; 突然戒酒或停用镇静剂	①每日用药量不得超过 300 毫克 ②心脏疾病、肝脏损害、肾功能障碍患者以及曾有过敏史和过敏体质者慎用 ③本品可能会导致失眠, 因此应避免在睡觉前服用	150 毫克/片 处方药
伐尼克兰 (varenicline)	用法: 口服 用量: 戒烟前 1 周开始用药。用药第 1~3 天: 0.5 毫克, 每日 1 次; 第 4~7 天: 0.5 毫克, 每日 2 次; 第 8 天起: 1 毫克, 每日 2 次 疗程: 12 周或根据治疗情况延长	恶心 (轻到中度); 口干; 腹胀; 便秘; 多梦; 睡眠障碍等	对伐尼克兰或类似成分过敏	有严重肾功能不全患者 (肌酐清除率<30 毫升/分) 慎用	0.5 毫克/片 1.0 毫克/片 处方药

（二）简短戒烟干预

卫生计生人员是帮助吸烟者戒烟的最佳人选。卫生计生机构在提供医疗卫生服务过程中，应建立首诊询问吸烟史制度，明确建议吸烟者戒烟。对于有戒烟意愿的吸烟者，应提供进一步戒烟指导和帮助；对于尚无戒烟意愿的吸烟者，应激发其戒烟动机。这些干预一般耗时不超过 3 分钟，但可促进吸烟者尝试戒烟并提高戒烟成功率。

简短戒烟干预的具体方法（图 3）包括：

- 每位卫生计生人员在首次接触就医者时均应询问并记录其吸烟状况。

例如：

您是否吸烟？	1. 是	2. 否
(如果选择“是”，请回答以下问题)		
您每日吸烟多少支？	_____	支/日
您吸烟多少年了？	_____	年

可使用吸烟指数计算吸烟者的吸烟程度，单位为“包年”（1 包=20 支），

计算方法如下：

吸烟指数（包年）=每日吸烟量（包）×吸烟时间（年）

- 向吸烟者提供关于吸烟危害健康和吸烟与其自身疾病或健康有关的信息。
- 建议所有吸烟者必须戒烟。
- 向有戒烟意愿的吸烟者提供戒烟帮助。对于需要进一步戒烟干预的吸烟者，可推荐至戒烟门诊或建议拨打戒烟热线（全国戒烟热线 400-888-5531、400-808-5531，卫生热线 12320）。

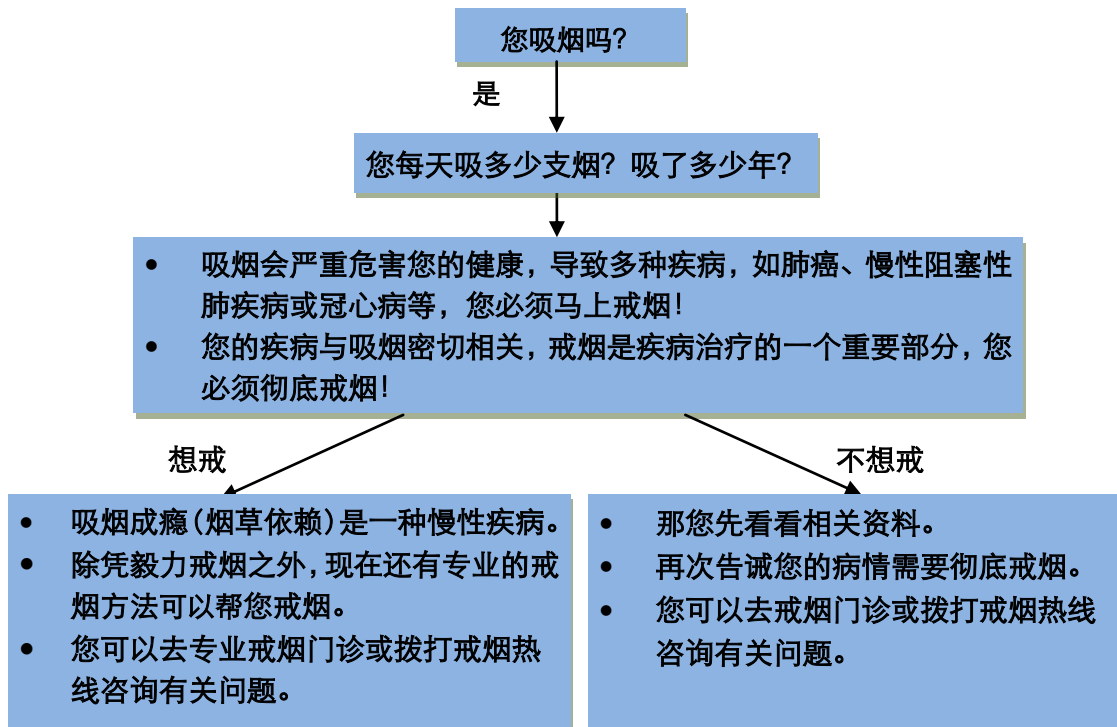


图 3 简短临床戒烟问诊流程

二、对戒烟干预的行政支持和管理

临床戒烟是一项社会性、政策性很强的工作，需要给予充分的政策和条件支持。现阶段我国已发布有关政策促进卫生计生机构开展戒烟干预，如原卫生部、全国爱卫办《无烟医疗卫生机构标准（试行）》中要求“医务人员掌握控烟知识、方法和技巧，对吸烟者至少提供简短的劝阻指导”，“在相应科室设戒烟医生和戒烟咨询电话”；国家卫生和计划生育委员会办公厅《关于进一步加强控烟履约工作的通知》中要求“卫生计生机构在提供医疗卫生服务过程中，应建立首诊询问吸烟史制度，将其纳入病历考核标准，为吸烟病人提供戒烟指导和服务”。卫生计生机构应严格执行国家有关政策，明确各级领导在临床戒烟工作中的职责，并将之纳入管理考核体系，积极推动临床戒烟工作的开展。

1. 无烟政策

所有卫生计生机构均应推行严格的无烟政策，包括：

- 卫生计生场所全面禁止吸烟。
- 鼓励所有吸烟员工及就医者戒烟，并向他们提供戒烟帮助。

2. 控烟与临床戒烟培训

卫生计生机构应对全部员工进行多种形式的戒烟培训，至少包括：

- 所有员工入职培训中包括简短戒烟培训。
- 每年对员工进行戒烟的强化培训。

3. 设立控烟及戒烟提示

在显著位置设立控烟及戒烟提示标识。有条件的医院在门诊、住院病历、信息系统中设戒烟界面。

4. 评估和反馈

应采取有效方法评估进行戒烟干预的情况，并定期反馈结果。建议将评估结果纳入综合考核体系。

5. 奖惩机制

建议设立奖惩机制促进卫生计生人员对吸烟者实行戒烟干预。督促员工中的吸烟者戒烟并为其提供戒烟帮助。

6. 配备专业戒烟干预人员

有条件的卫生计生机构可配备经过专业培训并获得资格认证的医务人员进行专业戒烟干预。

7. 戒烟门诊

戒烟门诊是对吸烟者进行专业化戒烟干预的一种有效途径与方式，其对象主要是简短干预效果不佳或自愿接受强化戒烟干预的吸烟者。

- 医院及主管部门应积极在相关科室建立戒烟门诊并给予相应的政策支持。
- 有条件的卫生计生机构可设立单独诊室供戒烟医生进行戒烟干预。
- 有条件的卫生计生机构可配备经过专业培训并获得资格认证的戒烟医生。
- 应配备相关的检查设备，如呼出气一氧化碳检测仪等。
- 通过多种方式宣传戒烟门诊，引导吸烟者到戒烟门诊接受专业化戒烟干预。

附：我国政府颁布的戒烟工作相关政策摘录

- 原卫生部、全国爱卫办《无烟医疗卫生机构标准（试行）》（2008年）
 - 一、成立控烟领导组织，将无烟机构建设纳入本单位发展规划；
 - 二、建立健全控烟考评奖惩制度；
 - 三、所属区域有明显的禁烟标识，室内完全禁烟；
 - 四、各部门设有控烟监督员；
 - 五、开展多种形式的控烟宣传和教育；
 - 六、明确规定全体职工负有劝阻吸烟的责任和义务；
 - 七、鼓励和帮助吸烟职工戒烟；
 - 八、所属区域内禁止销售烟草制品；无烟医院在此基础上还要符合以下标准：
 - 九、医务人员掌握控烟知识、方法和技巧，对吸烟者至少提供简短的劝阻指导；
 - 十、在相应科室设戒烟医生和戒烟咨询电话。

- 国家卫生计生委办公厅《关于进一步加强控烟履约工作的通知》（2014年）

二、强化控烟措施，落实各项工作责任

各级各类卫生计生机构工作人员不得在禁止吸烟的室内外场所吸烟，并要有专兼职人员劝阻和制止他人违规吸烟行为；不得在机构内销售和提供烟草制品，全面禁止烟草广告、促销和赞助；按规定张贴禁烟标识。要将创建无烟卫生计生机构工作纳入各单位制度建设，加强相关人员培训和教育，要将控烟宣传教育纳入卫生计生人员岗位继续教育的必修课。给予必要的人员和经费支持，为员工提供戒烟帮助。卫生计生机构在提供医疗卫生服务过程中，应建立首诊询问吸烟史制度，将其纳入病历考核标准，为吸烟病人提供戒烟指导和服务。

参考文献

- 1 World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- 3 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- 4 世界卫生组织烟草或健康合作中心. 2007 年版中国临床戒烟指南 (试行本). 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- 5 中华人民共和国卫生部. 中国吸烟危害健康报告. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- 6 The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff. A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med*, 2008, 35 (2): 158-176.
- 7 Ministry of Health of New Zealand. The New Zealand Guideline for Helping People to Stop Smoking. Wellington, 2014.
- 8 Yu X, Xiao D, Li B, et al. Evaluation of the Chinese versions of the Minnesota nicotine withdrawal scale and the questionnaire on smoking urges-brief. *Nicotine Tob Res*, 2010, 12(6): 630-634.
- 9 Wang C, Xiao D, Chan KP, et al. Varenicline for smoking cessation: a placebo-controlled, randomized study. *Respirology*, 2009, 14(3): 384-392.
- 10 肖丹, 褚水莲, 景行, 等. 戒烟治疗成功标准的探讨. *中华结核和呼吸杂志*, 2011, 34(4): 1-2.
- 11 Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 1991, 86 (9): 1119-1127.
- 12 Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *Br J Addiction*, 1989, 84 (7): 791-800.
- 13 中华人民共和国卫生部, 全国爱卫办. 关于印发《无烟医疗卫生机构标准 (试行)》的通知 [卫妇社发 (2008) 15 号]. 2008.
<http://www.nhfpc.gov.cn/zhuzhan/wsbmgz/201304/6d86891c0df74625be30243467920534.shtml>
- 14 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 国家卫生计生委办公厅关于进一步加强控烟履约工作的通知 [国卫办宣传发[2014]8 号]. 2014.
<http://www.nhfpc.gov.cn/xcs/s3581/201402/6b85ec0e36974e1384843b0b77dd609c.shtml>