



戒烟与烟草依赖治疗

全球吸烟人数为13亿。除非立即采取行动，其中6.5亿¹将因为使用烟草而过早死亡¹。根据世界卫生组织的估计，“目前的统计数字表明，在今后的30到50年，除非鼓励成年吸烟者戒烟，否则烟草相关死亡不可能降低。”²

每年数百万人戒烟，但是不戒烟的人更多，而且戒烟成功率一直较低。戒烟能成为成年人预防疾病低成本高效益的方法。比如在美国，戒烟比乳房X光照片、宫颈涂片、结肠直肠癌或高血压检查更省钱，却更有益于健康³。

尼古丁：烟草瘾的基础

烟草含有尼古丁，尼古丁是一种很容易使人上瘾的强效物质。大多数烟草产品都能将尼古丁有效地传送到大脑，使人们迅速上瘾，并且继续有瘾。尼古丁使一个本来有理性、动力、知识并且了解烟草风险的人陷入继续使用烟草的不幸处境⁴。

有关烟草使人对其产生依赖的证据已经积累了多年。2000年，英国皇家医学院对这些研究总结后，得出结论：尼古丁是一种与海洛因、可卡因一样使人上瘾的毒品，吸烟的主要目的是将一剂尼古丁迅速传送到大脑⁵。许多国家的研究表明，尽管绝大多数的烟草使用者都想戒烟，每年试图戒烟一次的人不到一半，而且能长期成功戒烟的人非常少。虽然每年大约40%的烟草使用者会认真地戒烟一次，只有3%的人真正实现长期戒烟⁶。

- 美国的调查发现，多达70%的烟草使用者报告他们有强烈的戒烟兴趣⁷。
- 2002年的一份报告表明，澳大利亚45.6%的吸烟者准备在接下来的6个月中戒烟⁸。
- 2003年代表爱尔兰烟草控制办公室⁹的一项研究表明，爱尔兰76%的吸烟者希望戒烟，其中67%以前曾试图戒过烟⁹。

烟草业设置的戒烟障碍

除了由于政府政策不力以及尼古丁的成瘾性造成的戒烟障碍，烟草业本身也通过其大量经济和政治资源，为戒烟努力设置许多障碍。

由于缺乏有效的管制，烟草业能够生产和推销“淡味”“低焦油”卷烟，他们声称这些卷烟能降低对健康的危害，但是事实是并不减少总体的疾病风险。虽然没有任何证据表明这些产品降低疾病风险，烟草业把这些产品向健康意识强、有戒烟“风险”的吸烟者大力推销，为吸烟者继续吸烟找寻借口，从而操纵他们的烟。

烟草业直接或借助伪装的组织出面，攻击吸烟健康后果的科学证据，公开声称吸烟不像批评者所说的那样有害，或者“各种东西”都有害。有几家烟草公司仍然不承认吸烟成瘾。这些公关策略与科学如此脱节，对大多数消费产品都不会有效。但是吸烟者常常有为自己的烟草依赖寻找借口的强烈欲望，虽然常人能认识到这些策略试图欺骗消费者，吸烟者却把它们视为继续吸烟辩解的希望，从而避免试图戒烟的痛苦¹⁰。

医护人员的重要作用

由世界各地145个国家签署和通过的世界卫生组织条约《烟草控制框架公约》第14条要求各国政府“将诊断和治疗烟草依赖及对戒烟提供的咨询服务纳入国家卫生和教育计划。”国际抗癌联合会指出，医护专业人员“有责任对烟草依赖提供咨询和治疗，就像对待任何其它疾病或上瘾一样。”¹¹

新西兰全国卫生与残疾顾问委员会2002年发表的题为《戒烟指导方针》¹²的报告发现，“□□证据表明，医护人员即便是简短的劝告，对于戒烟率也有重要影响。”

但是许多医护机构缺乏治疗烟草依赖的恰当工具。比如对英国24所医学院的研究论文发现，其中10所学院的课程材料没有提到吸烟或者戒烟¹³。美国的一项研究发现，在过去一年中看过医生的烟草使用者中，医护人员提出给予戒烟帮助的只占15%，而约定了下次讨论戒烟的仅占3%

¹⁴。如果防止吸烟的和管理吸烟成为主流医学的一部分，那么医学院的学生和卫生工作者必须获得对必要技能的教育和培训，使他们能够治疗病人中的烟草上瘾问题¹⁵。

实施《烟草控制框架公约》

《公约》第14条要求各国“促进戒烟和对烟草依赖的适当治疗”。因为各国的经济情况、管理体系和医疗保健系统各不相同，治疗烟草依赖需要多管齐下。因此控烟计划不应仅仅鼓励烟草使用者戒烟，还应提供对戒烟的支持。治疗服务可以通过医护机构、学校、政府机构和社区组织提供。这些服务包括：

- 通过烟草产品包装、媒体、学校、社区团体和医护机构提供的**健康教育**，应描述吸烟的健康风险，并提供戒烟策略。世界卫生组织2003年一份报告¹⁶得出结论说，“一个支持的环境，包括...信息量的增加，将提高吸烟者戒烟的可能性。”
- **咨询**能够有效地帮助吸烟者戒烟。由经过恰当培训的戒烟咨询人员提供高强度的行为支持，对有强烈戒烟动力的吸烟者来说，是最有效的非药物干预方式¹⁷。美国疾控中心推荐，确定吸烟者并给予劝告，提供短期咨询以及全套治疗服务（包括药物辅助、高强度行为咨询，以及戒烟跟踪访问）¹⁸。在美国预防服务工作组推荐的服务中，戒烟咨询被列为最重要的级别，但是使用率却最低¹⁹。迄今为止，戒烟咨询还没有发挥它的最大效用。
 - 许多**孕妇儿童健康诊所**提供成功的戒烟项目。怀孕期间是戒烟的适当时机，成功的干预产生短期明显的高回报效果²⁰。怀孕期间也为戒烟干预提供了多次机会²¹。最有效的干预是在例行的产前访问时，利用针对吸烟孕妇的信息和自助材料，极大提高怀孕期间的戒烟率²²。在怀孕后期开始的产后戒烟的成功干预手段把戒烟动机从保护胎儿转向保护产妇产后健康，以及最终创造无烟家庭的目标²³。

- 各国政府可以要求烟草公司在**所有的卷烟包装**和销售点展示**戒烟信息**。这些信息可以包括“戒烟热线”的电话号码，吸烟者可以打电话寻求戒烟指导。美国的一项分析表明，戒烟热线电话咨询把吸烟者长期戒烟的可能性提高了30%²⁴。因为戒烟热线电话可设计得没有使用障碍□比如提供多语种服务，延长电话服务时间，无需交通□，在有充足电话服务的国家，戒烟热线电话为各种吸烟者提供服务。
- 各国政府可以为烟草产品和药用尼古丁产品“**创造公平竞争环境**”。在大多数国家，烟草产品基本上不受管制，而帮助人们戒烟的产品则列为药物，受到严格管制。
- 用世界卫生组织的话说就是“保证尼古丁的未来市场不被污染最严重的产品卷烟继续控制”很重要²⁵。
- 各国政府必须**保护人们不受二手烟的危害**。要求无烟工作场所和公共场所（包括公共交通工具、医疗机构、教育和体育设施、餐厅和酒吧）的法律促进并加强人们试图戒烟的努力。

在**公费医疗保险**的国家，应考虑报销对证据表明的烟草依赖的治疗费。保险不包含，以及治疗的昂贵和缺乏，阻碍人们使用这些治疗。每个国家都必须权衡成本和利益，但在有些情况下，向所有人提供烟草治疗保险将是积极的一步。有了这种保险，吸烟者使用高强度服务的可能性增加²⁶。

- 尽管**药物辅助方法**很昂贵，并且不是世界任何地方都有，像尼古丁替代治疗，包括尼古丁口香糖、吸入剂、鼻腔喷剂、糖锭、贴片，以及安非他酮和瓦伦尼克林等非尼古丁戒烟药物，能帮助烟草使用者戒烟。尼古丁替代疗法向人体提供低剂量的尼古丁，但却不产生烟草烟雾中的其它许多有害物质，能够显著提高其它戒烟努力的成功率²⁷。

总之，推广停止吸烟和其它烟草使用的最有效方法是综合对烟草使用者个人的治疗服务，以及社会人群层面鼓励烟草使用者戒烟的政策干预。社会人群层面的干预方法包括提高烟草产品价格，要求在工作场所和公共场所全面禁烟的法律，教育公众烟草使用危害和戒烟好处的项目，以及医疗保险报销戒烟治疗费。

互联网上的资源：

世界卫生组织：有关戒烟和烟草依赖治疗的建议

(WHO: Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence
http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/index.html)

美国卫生部：治疗烟草使用和依赖：临床实践指导原则，2000

(US Department of Health and Human Services, Treating Tobacco Use and Dependence: A Clinical Practice Guideline, 2000 www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm)

戒烟网（帮助烟草使用者戒烟的资源）

(QuitNet www.quitnet.org/qn_main.html)

注释：

- ¹ World Health Organization, *The World Health Report 2003 – Shaping the future*. (2003). <http://www.who.int/whig/2003/en/>
- ² World Health Organization. *Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence, 2003*. <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/>
- ³ A. Coffield, et al, "Priorities Among Recommended Clinical Preventive Services," *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 21 (2001), p.1-10.
- ⁴ Pan American Health Organization (PAHO). "Nicotine Addiction and Smoking Cessation." *Policy Brief*, (1999). <http://165.158.1.110/english/hpp/wntd_policy.htm>
- ⁵ Royal College of Physicians. *Nicotine Addiction in Britain*. (London: Royal College of Physicians; 2000).
- ⁶ PAHO, *op cit*.
- ⁷ *Ibid*.
- ⁸ New South Wales Department of Health. *Facts about smoking*. (2002). <<http://www.health.nsw.gov.au/public-health/health-promotion/tobacco/facts/>>
- ⁹ "Survey reveals 76% of Irish smokers want to quit." *Office of Tobacco Control*. (April 3, 2003). <<http://www.otc.ie/article.asp?article=49>>
- ¹⁰ Pan American Health Organization (PAHO). "Nicotine Addiction and Smoking Cessation. *Policy Brief*, (1999). <http://165.158.1.110/english/hpp/wntd_policy.htm>
- ¹¹ International Union Against Cancer. "Helping Smokers Stop: Ensuring Wide Availability of Smoking Cessation Interventions." Fact Sheet #9, (1993). <http://www.globalink.org/tobacco/fact_sheets/09fact.htm>
- ¹² New Zealand National Advisory Committee on Health and Disability, Guidelines for Smoking Cessation, Wellington, New Zealand, 2002, http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0025/Smoking_Cessation_full.pdf.
- ¹³ E. Roddy et al., "A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools." *Tobacco Control*. Vol. 13, No. 1, (March 2004), p. 74-77.
- ¹⁴ Agency for Healthcare Research and Quality, *Treating Tobacco Use and Dependence. A Clinical Practice Guideline*, 2000; <http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/default.htm>
- ¹⁵ "A study of smoking and smoking cessation on the curricula of UK medical schools. *Tobacco Control*, Vol. 13, No. 1, (March 2004), p. 74.
- ¹⁶ World Health Organization, Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst Century, Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence: Tools for Public Health, Edited by Dr. Vera da Costa e Silva, 2003, http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/.
- ¹⁷ Time Coleman, "ABC of Smoking Cessation." *British Medical Journal*, (February 2004).
- ¹⁸ Pbert, et al. "Development of state wide tobacco treatment specialist training and certification programme for Massachusetts." *Tobacco Control*. Vol. 9, No. 4 (December, 2000), p. 372-381.
- ¹⁹ A. Coffield, et al, "Priorities Among Recommended Clinical Preventive Services." *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 21 (2001), p. 1-10.
- ²⁰ C. Melvin, et al. "Recommended cessation counseling for pregnant women who smoke: a review of the evidence." *Tobacco Control*. Vol. 9, Suppl 3, (September 2000), p. iii80-iii84.
- ²¹ C. DiClemente, et al. "The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions." *Tobacco Control*. Vol. 9, Suppl 3, (September 2000), p. iii16 – iii21.
- ²² AHRQ U.S. Preventative Services Task Force Recommendations Statement. "Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease." (2004).
- ²³ C. DiClemente, "The process of pregnancy smoking cessation: implications for interventions." *Tobacco Control*. Vol. 9, Suppl 3, (September 2000), p. iii16 – iii21.
- ²⁴ M.C. Foire, W.C. Bailey, S.J. Cohen, SJ. "Treating Tobacco Use and Dependence: Clinical Practice Guideline." (Rockville, Md: Public Health Service; 2000).
- ²⁵ World Health Organization Scientific Advisory Committee on Tobacco Product Regulation (SACTob). *SACTob Recommendation on Nicotine and the Regulation in Tobacco and non-Tobacco Products*. <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590920.pdf>>

²⁶ “Preventing 3 Million Premature Deaths and Helping 5 Million Smokers Quit: A National Action Plan for Tobacco Cessation.” *American Journal of Public Health*. Vol. 94, (2004), p. 205-210

²⁷ PAHO, *op cit*.