

戒菸介入之實證基礎 與戒菸指引

臺安醫院 吳憲林

1

- 瑞典類風溼性關節炎流行病學探討 Swedish Epidemiological Investigation of Rheumatoid Arthritis 個案控制研究
- 1204病例
- 871控制對照

Smoking is a major preventable risk factor for Rheumatoid arthritis
Estimations of risks after various exposures to cigarette Smoke
Ann Rheum Dis. 2011 March; 70(3): 508-511

4

介入 與 觀察

- 觀察性族群研究
- 介入性研究

2

ACPA 陽性RA病例與控制對照

吸菸包 x 年	病例	對照	勝算比
不吸菸	207(28.2%)	347(39.8%)	1.0
0-9	159(21.6%)	219(25.1%)	1.2(1.0-1.6)
10-19	144(19.6%)	134(15.4%)	2.0(1.6-2.6)
20-	225(30.6%)	171(19.6%)	2.6(2.0-3.3)
P for trend	< .0001		
戒菸年\不吸菸	207	347	1.0
0-9	143	177	2.4(1.8-3.1)
10-19	71	127	1.7(1.2-2.3)
20-	60	133	1.4(1.0-2.0)
P for trend	< .0001		

5

病例對照研究

- 比較族群中有該疾病或結果(試驗組)與無該疾病或結果(對照組)的二群人，找出危險因子。

3

Cohort study世代研究

- 一群特定人追蹤一段時間。
- 暴露在某種介入之次群組，觀察其結果發生率。
- 世代研究大多是前瞻性的，但也有少數是回溯性的。

6

美國女護士研究

- 前瞻性的世代研究，在1976年30-55歲女護士121,700人
- 1976-2002追蹤吸菸狀態與類風溼性關節炎診斷

7

戒菸介入降低併發症

- 傷口有關介入5%，對照31%，P=0.001
- 心血管介入0%，對照10%，P=0.08
- 第二次手術介入4%，對照15%，P=0.07

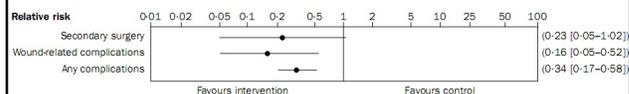


Figure 2: Relative risk of postoperative events
Bars=95% CI.

10

吸菸者每日吸菸量與RA相對風險

吸菸量(根/天)	個案數	人×年	RR(年齡)	RR(多變數)
從不吸菸	237	1,020,587	1.0	1.0
1-14	42	154,617	1.17(0.84-1.63)	1.15(0.82-1.60)
15-24	68	198,617	1.50(1.14-1.96)	1.48(1.12-1.96)
>=25	52	123,453	1.85(1.37-2.51)	1.80(1.32-2.44)
P for trend			<.001	<.001

Smoking Intensity, Duration, and Cessation, and the Risk of Rheumatoid Arthritis in Women
The American Journal of Medicine (2006) 119, 503-511

Karen H. Costenbader, Diane Feskanich, Lisa A. Mandl, Elizabeth W. Karlson

8

戒菸降低併手術發症

併發症	吸菸	減量	戒菸	P
傷口	12(26%)	7(27%)	0	0.0004
任何	20(44%)	12(46%)	4(10%)	0.001

11

隨機控制研究：手術前戒菸

- 手術前6-8週。
- 120人分為兩組。介入組與對照組各60人。
- 介入組：諮詢與NRT，戒菸或吸菸量少一半以上。
- 52對照組與56介入組開刀。
- 併發症介入組18%，對照組52%。(p=0.0003)

Lancet; Jan 12, 2002; 359; 114-117

9

系統性文獻回顧

- 對特定問題的文獻回顧，找尋與這問題有關的高品質研究。
- 經常使用統計方法(meta analysis)結合所有結果來分析，或依方法學評分實證強度。

12

戒菸時減重與3個月戒菸率

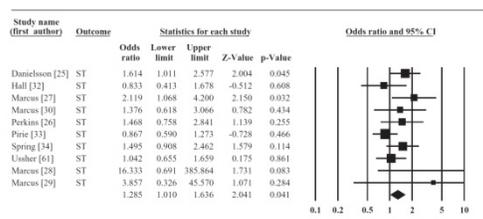


Figure 2 Effect of control treatment (smoking cessation only) versus weight treatment (smoking cessation+weight control) on odds of short-term (ST) smoking cessation. Diamond indicates overall short-term effect. The width of the diamond indicates the 95% confidence interval. The size of the square for each individual effect is proportional to the study's weight in the analysis. CI: confidence interval; Tx: treatment

Addiction, 2009, 104, 1472-1486

證據等級分類

- 文獻依其研究架構，大致分成5級實證醫學證據等級。
- Level I：有顯著意義的隨機對照研究（Randomized controlled trials, RCT）報告。
- Level II：世代研究（Cohort study）。
- Level III：病例及對照組研究（Case-control study）。
- Level IV：病例報告（Case series）。
- Level V：專家意見（Expert opinion）。

School of Health and Related Research, University of Sheffield, UK

戒菸時減重與6個月戒菸率

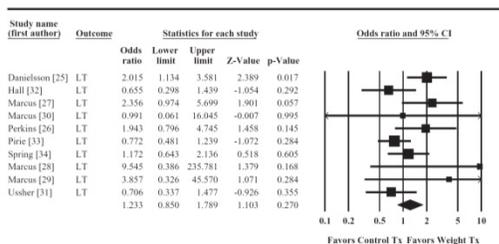


Figure 3 Effect of control treatment (smoking cessation only) versus weight treatment (smoking cessation+weight control) on odds of long-term (LT) smoking cessation. Diamond indicates overall long-term effect. The width of the diamond indicates the 95% confidence interval. The size of the square for each individual effect is proportional to the study's weight in the analysis. CI: confidence interval; Tx: treatment

證據等級

- 1 RCT：Randomized control test (隨機分派且有對照組的研究)
- 2 世代研究：Cohort study
- 3 臨床指引：此表原文用 CDR (clinical decision rules)，目前的通用語是 clinical practice guidelines (CPG)
- 4 預後研究：Outcome study

Oxford Center for EBM, May 2001

不同研究類型的證據等級



臨床指引的建議等級

- Group A：根據Level I 證據所做的建議。
- Group B：根據Level II 證據所做的建議。
- Group C：根據Level III 證據所做的建議。
- Group D：根據Level III 以下等級證據所做的建議。

辨識吸菸狀態影響 Meta-analysis

- 對於吸菸病患的介入(9個研究)
- 吸菸病患的戒菸率(3個研究)

篩檢系統	臨床介入率(95% C.I.)	Odds ratio (95% C.I.)	病患戒菸率(95% C.I.)	Odds ratio (95% C.I.)
無	38.5%	1.0	3.1	1.0
有	65.6% (58.3-72.6%)	3.1 (2.2-4.2)	6.4 (1.3-11.6)	2.0 (0.8-4.8)
資料來源	Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update P78-79			

19

統合分析(2000): 每次時間 (43研究)

接觸程度	預期戒菸率(95%CI)	OR (95% CI)
無	10.9	1.0
最小 <3分鐘	13.4 (10.9-16.1)	1.3 (1.01-1.6)
低強度 3-10分鐘	16.0 (12.8-19.2)	1.6 (1.2-2.0)
高強度 >10分鐘	22.1 (19.4-24.7)	2.3 (2.0-2.7)

簡短介入(<3分鐘)增加戒菸率。醫師至少應提供每個吸菸者簡短介入，不論吸菸者是否被轉介到強力介入<證據強度 A>

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update P84

22

建議

- 應規則詢問所有吸菸者的吸菸狀態並記載。證據顯示臨床篩檢系統，如擴大生命徵象以包括吸菸狀態或使用其他提示系統，顯著提高臨床介入率。<證據強度A>
- 在辨識吸菸者與建議戒菸之後，應這時評估病患的戒菸意願<證據強度C>

20

統合分析(2000): 總共時間 (35研究)

接觸總時間	預期戒菸率(95%CI)	OR (95% CI)
無	11.0	1.0
1-3分鐘	14.4 (11.3-17.5)	1.4 (1.1-1.8)
4-30分鐘	18.8 (15.6-22.0)	1.9 (1.5-2.3)
31-90分鐘	26.5 (21.5-31.4)	3.0 (2.3-3.8)
91-300分鐘	28.4 (21.3-35.5)	3.2 (2.3-4.6)
>300分鐘	25.5 (19.2-31.7)	2.8 (2.0-3.9)

面對面戒菸諮詢與戒菸成功有很強的劑量反應關係。深度戒菸諮詢比較弱的介入更有效。如果可能要用深度諮詢<證據強度 A>

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update P85

23

醫師勸導戒菸的成效(7研究)

醫師勸戒	戒菸率(95%CI)	OR (95%CI)
無	7.9	1.0
有	10.2 (8.5-12.0)	1.3 (1.1-1.6)

醫師勸導戒菸增加戒菸率。所有醫師應強烈建議每個吸菸病患戒菸<證據強度A>

21

統合分析(2000): 個別諮詢次數 (46研究)

接觸次數	預期戒菸率(95%CI)	OR (95% CI)
0-1	12.4	1.0
2-3	16.3 (13.7-19.0)	1.4 (1.1-1.7)
4-8	20.9 (18.1-23.6)	1.9 (1.6-2.2)
>8	24.7 (21.0-28.4)	2.3 (2.1-3.0)

4次以上的個別諮詢增加戒菸率特別有效。臨床工作者應努力與戒菸者面對面諮詢4次以上。<證據強度 A>

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update P86

24

統合分析(2000): 臨床工作者類型 (29研究)

臨床工作者類型	預期戒菸率 (95%CI)	OR (95% CI)
沒有人	10.2	1.0
自助手冊	10.9 (9.1-12.7)	1.1 (0.9-1.3)
非醫師	15.8 (12.8-18.8)	1.7 (1.3-2.1)
醫師	19.9 (13.7-26.2)	2.2 (1.5-3.2)

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update P88

25

統合分析(2000): 各種介入型式 (58研究)

介入類型	預期戒菸率 (95%CI)	OR (95% CI)
沒有治療	10.8	1.0
自助手冊	12.3 (10.9-13.6)	1.2 (1.02-1.3)
主動式電話諮詢	13.1 (11.4-14.8)	1.2 (1.1-1.4)
團體諮詢	13.9 (11.6-16.1)	1.3 (1.1-1.6)
個別諮詢	16.8 (14.7-19.1)	1.7 (1.4-2.0)

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update P90

28

統合分析(2000): 臨床工作者類型 數 (37研究)

臨床工作者類型數	預期戒菸率 (95%CI)	OR (95% CI)
沒有人	10.8	1.0
1種	18.3 (15.4-21.1)	1.8 (1.5-2.2)
2種	23.6 (18.4-28.7)	2.5 (1.9-3.4)
3種以上	23.0 (20.0-25.9)	2.4 (2.1-2.9)

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update P88

26

統合分析(2000): 戒菸介入種類數 (54研究)

介入種類	預期戒菸率 (95%CI)	OR (95% CI)
沒有治療	10.8	1.0
1種	15.1 (12.8-17.4)	1.5 (1.2-1.8)
2種	18.5 (15.8-21.1)	1.9 (1.6-2.2)
3或4種	23.2 (19.9-26.6)	2.5 (2.1-3.0)

Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update P91

29

建議

- 多種臨床工作者類型都增加戒菸率。因此，所有臨床工作者都可以提供戒菸介入。<證據強度 A>
- 多種臨床工作者比單種臨床工作者提供的戒菸介入更有效。因此，鼓勵多種臨床工作者一起提供戒菸介入。<證據強度 C>

27

統合分析 (2008): 戒菸專線

介入方式	研究數	戒菸率 (95% C.I.)	勝算比 (95% C.I.)
極少或無諮詢、自助手冊	9	8.5	1.0
戒菸專線		12.7 (11.3-14.2)	1.6 (1.4-1.8)
單用藥物	6	23.2	1.0
藥物 + 專線		28.1 (24.5-32.0)	1.3 (1.1-1.6)

30

建議

- 主動式電話諮詢、團體諮詢、與個別諮詢都是有效的型式，都應用於戒菸介入。**<證據強度 A>**
- 多種型式提供的戒菸介入增加戒菸率，應鼓勵**<證據強度 A>**
- 量身訂做的材料，包括列印與透過網路，有助於幫助戒菸。因此，臨床工作者應選擇為戒菸者提供量身訂做的自助材料**<證據強度 B>**

31

- 兩種戒菸諮詢與行為治療導致較高的戒菸率：**(1)**提供戒菸者實質諮詢(問題解決/技巧訓練)，與**(2)**治療時提供支持與鼓勵。這些類型諮詢成分應包括在戒菸介入**<證據強度 B>**

34

統合分析2000：各種諮詢與行為治療成效(64研究)

類型	戒菸率 (95% C.I.)	勝算比 (95% C.I.)
無諮詢/行為治療	11.2	1.0
放鬆/呼吸	10.8 (7.9-13.8)	1.0 (0.7-1.3)
後效契約Contingency contracting	11.2 (7.8-14.6)	1.0 (0.7-1.4)
體重/飲食	11.2 (8.5-14.0)	1.0 (0.8-1.3)
菸量漸減	11.8 (8.4-15.8)	1.1 (0.8-1.5)
負面影響	13.6 (8.7-18.5)	1.2 (0.8-1.9)
治療內的社會支持	14.4 (12.3-16.5)	1.3 (1.1-1.6)
治療外的社會支持	16.2 (11.8-20.6)	1.5 (1.1-2.1)
實質諮詢(問題解決/技巧訓練)	16.2 (14.0-18.5)	1.5 (1.3-1.8)

32

常見實質諮詢成分

- 辨識危險情況：事件、內心狀態、或活動
- 發展對應技巧：找出與練習對付吸菸衝動或問題解決技巧。通常這些技巧是用來對付危險情況。
- 提供基本資訊：提供關於吸菸與成功戒菸的基本資訊。

35

厭惡吸菸 aversive smoking

- 25個研究。12個快速吸菸，9個用其他方法
- 快速吸菸勝算比**1.98 (95% CI: 1.36 to 2.90)**
- 這些研究的漏斗圖(funnel plot)不對稱，因為相對缺乏負面結果的小研究。
- 大多數的研究有許多嚴重方法學問題，可能導致偽陽性。有一個研究使用生化驗證所有自述戒菸成功者，得出結果沒意義。
- 其他厭惡吸菸法無效。勝算比**1.15 (0.73-1.82)**

Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD000546.

33

辨識危險情況

- 壞心情緒與壓力
- 遇到別人吸菸
- 喝酒
- 經歷吸菸衝動
- 看到菸、菸灰缸、打火機等吸菸線索、有菸可抽

36

發展對應技巧

- 學習預期與避免誘惑與誘發情境
- 學習認知與行為活動以對應吸菸衝動(例如：分散注意力；改變常規習慣)
- 做好生活型態改變，減壓、改善生活品質、減少暴露於吸菸線索
- 學習降低負面情緒的認知策略

37

鼓勵病患嘗試戒菸

- 戒菸找專業。本院提供戒菸服務
- 讓病患相信自己有能力戒菸

40

提供基本資訊

- 任何吸菸(即使只吸一口)增加完全復發的可能
- 戒斷症狀通常在戒菸第1-2週內到達頂點，但是可能持續數月。這些症狀包括負面情緒、想吸菸衝動、與無法專心
- 吸菸成癮的本質

38

表達關心與擔心

- 詢問病患對於戒菸的感覺
- 需要時直接表達關心與願意幫助
- 詢問病患對於戒菸的害怕與矛盾

41

常見治療內社會支持成分

- 鼓勵病患嘗試戒菸
- 表達關心與擔心
- 鼓勵病患談論戒菸過程

39

鼓勵病患談論戒菸過程

- 病患戒菸的理由
- 對於戒菸的顧慮或擔心
- 病患已達到的成功
- 戒菸遭遇的困難

42

統合分析(2008)：藥物結合諮詢 與否的成效(18研究)

治療	戒菸率	勝算比
只用藥物	21.7	1.0
藥物結合諮詢	27.6 (25.0-30.3)	1.4 (1.2-1.6)
0-1次諮詢 + 藥物	21.8	1.0
2-3次諮詢 + 藥物	28.0 (23.0-33.6)	1.4 (1.1-1.8)
4-8次諮詢 + 藥物	26.9 (24.3-29.7)	1.3 (1.1-1.5)
>8次諮詢 + 藥物	32.5 (27.3-38.3)	1.7 (1.3-2.2)

43

目前無意戒菸的建議

- 動機式晤談技巧有助於增加病患日後嘗試戒菸的可能性。因此，臨床工作者應當使用動機式技巧以鼓勵目前無意戒菸的吸菸者考慮日後嘗試戒菸<證據強度 B>

46

統合分析(2008)：諮詢結合藥物 與否的成效(18研究)

治療	戒菸率(95% C.I.)	勝算比(95% C.I.)
只用諮詢	14.6	1.0
藥物結合諮詢	22.1 (18.1-26.8)	1.7 (1.3-2.1)

44

5R

- 動機式晤談的內容可以用“5 R's”來表示：
- 相關Relevance,
- 危險Risks,
- 好處Rewards,
- 障礙Roadblocks,
- 重複Repetition
- 研究顯示“5 R's”增加日後戒菸嘗試。

47

建議

- 結合諮詢與藥物對於戒菸比單用任何一個都更有效。因此，儘可能同時提供嘗試戒菸病患諮詢與藥物<證據強度 A>
- 在諮詢結合藥物時，有強烈證據顯示諮詢次數與戒菸成功率有關。因此，除了藥物之外，臨床工作者應儘可能提供嘗試戒菸的病患多次戒菸諮詢 <證據強度 A>

45

相關Relevance

- 鼓勵病患表明為何戒菸與自己有關，越具體越好。假如它與自己的疾病狀態或風險、家庭或社交情況、健康的隱憂、年齡、性別、或其他重要病人特性有關(如：以前戒菸經驗、個人戒菸障礙)，動機性資訊的衝擊最大。

48

危險Risks

- 讓病患找出吸菸的可能負面後果。臨床工作者可以暗示與明示那些與病患最有相關的危險。臨床工作者應強調吸低焦油菸或使用其他形式的菸品不會消除這些危險。

49

重複Repetition

- 每次遇到無動機的病人就診時，就重複一次。應教導過去戒菸失敗的使用菸品者，大多數的戒菸成功者都是重複嘗試戒菸。

52

好處Rewards

- 找出停止吸菸的可能好處。臨床工作者可以明示或暗示那些看來與病患最有關的好處。

50

動機式晤談的四大原則

- 表達同理心
- 發展不一致
- 與抗拒纏鬥
- 提高自我效能

53

障礙Roadblocks

- 讓病患找出戒菸的障礙或阻力，並提供治療(解決問題的諮詢、藥物)以對付障礙。
- 典型的障礙包括：
- 戒斷症狀、怕失敗、體重增加、缺少支持、憂鬱、享受吸菸、身旁其他吸菸者、有效治療的認知不足

51

用藥建議

- 除非有禁忌症與特定族群(孕婦、無菸菸品使用者、低度吸菸者、青少年)，臨床工作者應鼓勵所有嘗試戒菸的病患使用有效藥物治療菸品依賴。<證據強度 A>

54

US DHHS

US DHHS 主導
 8政府與非營利機構協助：
 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ);
 Centers for Disease Control and Prevention (CDC);
 National Cancer Institute (NCI);
 National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI);
 National Institute on Drug Abuse (NIDA);
 American Legacy Foundation;
 Robert Wood Johnson Foundation (RWJF);
 University of Wisconsin School of Medicine and
 Public Health's Center for Tobacco Research and
 Intervention (UW-CTRI).
8700個研究文獻

Treating Tobacco Use And Dependence

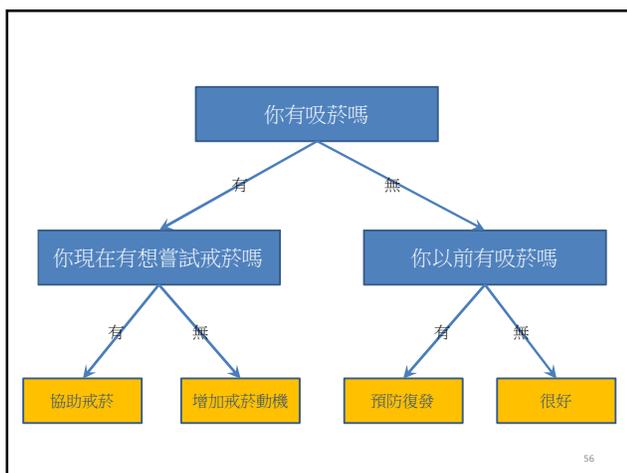
U.S. Department of Health and Human Services
Public Health Service

55

簡要介入5A

- Ask 問病人是否有抽菸
- Advice 勸病人戒菸
- Assess 評估嘗試戒菸意願
- Assist 假如個案有意願戒菸，提供藥物與諮詢或轉介到諮詢或其他治療以協助個案嘗試戒菸。
- Arrange 安排追蹤以避免復發

58



假如個案無意願嘗試戒菸

- 提供動機式晤談，並安排在下次門診處理尼古丁的依賴。

59

三類病人分開討論

- (A) 目前吸菸，目前有意願戒菸
- (B) 目前吸菸，目前無意戒菸
- (C) 以前吸菸，目前戒菸
- 從未吸菸或戒菸很久了，就慶祝他們的狀態，鼓勵維持無菸的生活型態。

57

詢問並記錄吸菸狀態

60

勸病患戒菸Advise，勸導應該

- 清楚：完全停止
- 強烈：這件事很重要
- 個人化：與你有關

61

行為改變階段	臨床處理原則	說明
有意願戒菸者	完成5A's+加強介入	提供戒菸諮詢及治療服務，幫助個案戒菸。
現在沒有意願戒菸者	A1+A2+A3+B1+B2+A5	告知吸菸的壞處，勸告戒菸並增強個案戒菸意願。
剛戒菸者	C1+C2	透過稱讚、鼓勵並協助處理戒菸個案遇到的困難，預防再使用菸品。
5A's	詢問 (Ask, A1)	每次應診時，需有系統地辨識所有吸菸者
	忠告 (Advise, A2)	強烈敦促所有吸菸者戒菸
	評估 (Assess, A3)	評估吸菸者之戒菸意願
	協助 (Assist, A4)	提供病患戒菸協助
	安排 (Arrange, A5)	安排追蹤確保後續個案戒菸管理
增強動機的晤談 (B1)	• 表達同理心 • 找出落差 • 與抗拒纏鬥 • 強化自信	
5 R's增強動機的諮詢內容 (B2)	• 關聯性 (Relevance) • 危險性 (Risks) • 戒菸的好處 (Rewards) • 戒菸的障礙 (Roadblocks) • 反覆嘗試 (Repetition)	
恭喜及鼓勵 (Congratulations, C1)	對每一位已戒菸者，給予恭喜及鼓勵	
處理戒菸遇到的困難 (Encounter, C2)	對有遇到困難者，對症處理	

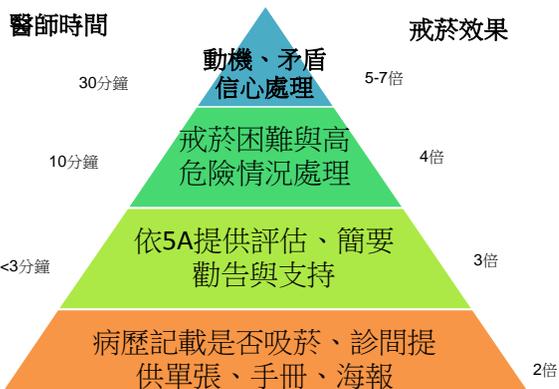
64

國民健康局臨床戒菸服務指引



- 政府在邁向下一個百年的時候，許下一個心願，希望在十年之內能夠讓全民的吸菸率減半。

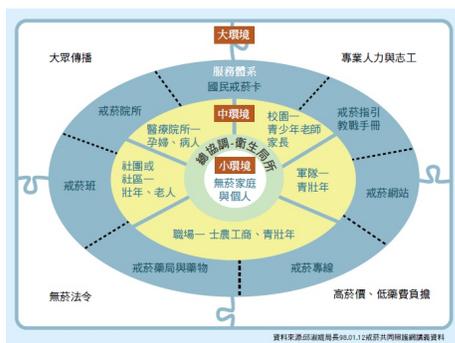
62



資料來源：Litt J, et "How to help your patients quit: practice based strategies for smoking cessation." Asia Pacific Family Medicine 2003; 2: 175-9

65

戒菸共同照護網



資料來源：國家衛生局98.01.12戒菸共同照護網推廣資料

63

訂定戒菸計畫 (STAR)

- **Set**：設定戒菸日
- **Tell**：爭取社會支持
- **Anticipate**：預期戒菸過程可能會遇到的困難，並了解對應方式。
- **Remove**：移除菸品，避免吸菸喝酒的聚會。

66

中度以上尼古丁依賴使用藥物

- 告知病患使用戒菸藥物不僅可以降低戒菸時戒斷症狀的不適，更可有效增加戒菸成功率。
- 目前臨床上使用戒菸藥物的對象，為年滿18歲，其尼古丁成癮度測試（FTND）得分達4分或以上，或平均1天吸10支菸或以上者。

67

安排下次追蹤

- 初診日的第一週，至少以電話追蹤1次。
- 每個吸菸情況都是需要做些改變，尚未完全停止吸菸前應安排每週回診，除非有特殊情況，至少2週回診一次。
- 完全停止吸菸後，每隔1-2週回診一次，以評估是否要減藥，遇特殊情況始得安排3-4週回診一次。

70

提供解決問題或技巧訓練的建議

- 完全戒除
- 檢視以往戒菸經驗
- 討論可能出現的誘因或挑戰，找出如何成功克服吸菸的誘惑
- 戒酒或節酒
- 遠離吸菸者

68

追蹤時的作為

- 找出已發生的問題並預期接下來的挑戰：
 - 評估戒菸藥物使用情形與問題
 - 提醒善用戒菸專線資源（0800-636363）
 - 將吸菸當做慢性病治療，持續處理吸菸問題
- 沒吸菸－祝賀成功
- 失誤－
 - 檢討使用菸品的情境，引發完全停止的決心。
 - 失誤是提醒你要改變，不是你失敗了。
 - 考慮更深度的治療。

71

提供治療服務內的社會支持

- 鼓勵個案嘗試戒菸。
- 提供支持性的臨床環境。

69

現在沒有意願戒菸者

- 每次看診時，需辨識所有吸菸者
- 強烈鼓勵所有吸菸者戒菸
- 評估吸菸者之戒菸意願
- 增強動機的晤談

72

剛戒菸者

- 大部分的復吸個案，多在戒菸日後的2個禮拜內再使用菸品。隨著不使用菸品的時間愈長復吸率亦隨之下降。但少數的個案可能在持續戒菸多年後又復吸。
- 對於所有曾經吸菸者，不論已戒菸多久，都應該評估了解個案在處理戒菸時是否遇到困難並協助處理
- 對於曾經吸菸者，應評估個案再使用菸品的可能性

73

體重增加

- 告訴戒菸個案－體重些微增加是正常見。這是因為戒菸後熱量代謝與戒菸前不同。你的血脂肪會轉為皮下脂肪，且血糖會更容易進入皮下組織儲存。這樣雖然會增加體重，但是會降低心臟血管阻塞的風險。
- 有些人戒菸時心情差，用吃東西改善心情，這可以等戒菸後情緒穩定再來控制體重。

76

恭喜及鼓勵

- 對每一位最近戒菸的人，應當予以恭喜並強力鼓勵繼續維持。
- 經歷許多困難，終於你完全停止吸菸了。這是戒菸過程中很重要的一步，代表身體將逐步修復。目前戒菸遇到的問題是以前很難戒菸的原因，但是在保持不吸菸之後，身體會自動修復，這些問題會逐漸改善。

74

體重控制：飲食

- 想吸菸時使用低熱量的替代品，如：無糖口香糖、蔬菜。
- 避免吃白麵粉製品，包括包子、饅頭、餅乾、蛋糕、麵包；避免喝含糖飲料。
- 避免吃含有很多脂肪的食物如經油膩或油炸處理者、肉類及番茄醬、沙拉醬等醬汁
- 多吃蔬菜、不甜的水果、豆類，吃糙米或五穀米取代白米，吃麥片取代麵粉製品。晚餐避免吃醃類。

77

- 開放式問句，讓個案開始談論戒菸對個案的影響
 - 戒菸的好處：戒菸以後你覺得怎麼樣？
 - 戒菸過程的進步：戒菸多久了、戒斷症狀的減輕等
 - 遭遇或預期影響成功戒菸的威脅：沮喪、體重增加、酒、周圍有吸菸者、壓力等
 - 戒菸藥物使用者：藥物反應、藥物治療效果、副作用等

75

體重控制：運動

- 輕度運動如每天散步可以燃燒脂肪，每天散步1~2個小時可以控制體重。劇烈運動在消耗完肝醣前不會使用脂肪，戒菸時運動時間要超過1小時才容易減重。

78

有時又抽

- 建議使用戒菸藥物，避免前功盡棄
- 建議重起爐灶或再次許諾徹底戒除
- 安慰個案戒菸常需要經過多次努力，把這當做一個學習經驗（如：是在什麼情況下吸菸的？下次可以如何避免？）
- 提供或轉介接受加強戒菸介入

79

住院病人

- 民眾往往在生病的時候才會意識到健康的重要性，住院期間戒菸動機強且治療效果佳，戒菸成功率為一般民眾1.65倍，並可減少再次入院機會。因次，對每一位住院病人，應採取以下步驟：
- 在入院時詢問每一為病人的吸菸狀態並加以記錄。
- 對於現在吸菸者，將吸菸狀態列入住院問題列表中並列入出院診斷之一。
- 使用諮詢與藥物幫物吸菸者維持戒菸並治療戒斷症狀。
- 給予如何在住院期間戒菸與出院後維持戒菸之忠告及協助。
- 針對吸菸問題安排追蹤，至少在出院後一個月內要有支持性的接觸。

82

戒菸藥物療效比較(meta-analysis)

藥物種類	6個月點戒菸率 (95%CI)
尼古丁貼片+尼古丁口嚼錠 (持續使用>14 週)	36.5 (28.6-45.3)
Varenicline (2 mg/日)	33.2 (28.9-37.8)
尼古丁口嚼錠 (持續使用>14 週)	26.1 (19.7-33.6)
Varenicline (1 mg/日)	25.4 (19.6-32.2)
尼古丁吸入劑	24.8 (19.1-31.6)
Bupropion SR	24.2 (22.2-26.4)
尼古丁貼片 (持續使用>14 週)	23.7 (21.0-26.6)
尼古丁貼片 (持續使用6-14 週)	23.4 (21.3-25.8)
尼古丁口嚼錠 (持續使用6-14 週)	19.0 (16.5-21.9)
安慰劑	13.8

80

兒童及青少年

- 家長或長輩吸菸、有家庭二手菸暴露的青少年，是吸菸的高危險族群。透過**增強動機**等戒菸服務，有助強化吸菸兒童及青少年的戒菸意願，增加戒菸成功率。
- 在小兒科提供戒菸諮詢可提高父母之戒菸率；為保護兒童免於二手菸害，臨床人員應詢問父母吸菸狀態並提供戒菸忠告及協助。
- **戒菸諮詢**是對兒童及青少年安全暨有效的治療方法。

83

特殊族群戒菸治療服務

- 住院病人
- 兒童及青少年
- 孕婦
- 精神疾病及物質濫用者
- 輕度吸菸者（尼古丁成癮度測試分數<4分 (FTND) 或平均1天吸<10支菸者）或無煙菸草使用者

81

戒菸諮詢

青少年吸菸者	推估戒菸成功率 (95%CI)
一般治療	6.7
戒菸諮詢	11.6 (7.5-17.5)

84

孕婦

- 在任何懷孕期間戒菸都有益，愈早戒愈好。
- 應在第一次以及整個懷孕期間提供有效的戒菸介入。
- 主動詢問孕婦吸菸狀態。
- 有吸菸者，提供戒菸諮詢與行為治療。
- 若孕婦每日吸菸量大且經行為與諮詢療法仍無法戒菸，評估吸菸與戒菸藥品相權取其輕者，經醫師專業判斷得使用尼古丁替代藥物或抗憂鬱戒菸藥品。

85

- 自助教材對孕婦效果好。如：戒菸教戰手冊、孕婦戒菸手冊等

吸菸孕婦	推估戒菸成功率 (95%CI)
一般治療	8.6
自助教材	15.0 (10.1-21.6)

88

孕婦用藥安全性考量

- FDA將尼古丁吸劑與噴鼻劑列為「D」類孕期用藥警告（證實對人類胚胎有害，但使用於孕期吸菸者或許利多於弊）、將抗憂鬱劑Bupropion列為「B」類孕期用藥警告。

86

精神疾病及物質濫用者

- 吸菸率顯著偏高。
- 提供戒菸服務，需克服吸菸者拒絕戒菸的衝突；建議選擇於精神症狀不嚴重時提供戒菸治療。
- 需特別注意吸菸者在戒菸過程體內藥物濃度或藥效變化。

89

- 盡可能提供每一位吸菸孕婦比簡短勸戒更有效的面對面心理社會介入（參考A4協助(Assist)-行動4）。

吸菸孕婦	推估戒菸成功率 (95%CI)
一般治療	7.6
心理社會介入	13.3 (9.0-19.4)

87

輕度吸菸者

- 這族群戒菸藥物效果不明確。
- 臨床人員應給予清楚、強烈的戒菸勸戒，強化個案戒菸動機，提供專業戒菸諮詢及戒菸服務介入。

90