

戒烟和烟草依赖治疗

药师手册



FIP Development Goals

戒烟

FIP 实践转型关于非传染性疾病的方案



International
Pharmaceutical
Federation

版权所有 2023 年国际药学联合会（FIP）。

国际药学联合会（FIP）

Andries Bickerweg 5

2517 JP The Hague

The Netherlands

www.fip.org

保留所有权利。本出版物的任何部分都不得储存在任何检索系统中，也不得以任何形式或手段--电子、机械、录音或其他方式--转录，除非注明来源。对于因使用本报告中的任何数据和信息而造成的任何损失，FIP 概不负责。我们已采取一切措施，确保本报告中的数据和信息的准确性。

意向声明

本手册的目的是为临床实践提供以证据为基础的建议，这些建议来自于最新的和相关的研究。虽然遵守这些指南可以在许多情况下改善临床结果，但不应认为它们可以替代个性化的临床判断。我们鼓励临床医生根据每个人独特的尼古丁成瘾程度、表现和可用的当地管理方案，为其量身定制治疗策略。

当有重大发展需要更新时，将对该手册进行审查。尽管已尽一切努力确保本出版物的准确性，但仍可能出现错误或遗漏。在这种情况下，将在本文件的在线版本中公布更正内容，该版本在任何时候都是最终版本。最新版本可在 FIP 网站上找到。

作者

Inês Nunes da Cunha 博士，FIP 实践发展和转型项目主管

马来西亚双威市双威大学医学与生命科学学院 Long Chiau Ming 教授

莫纳尔-帕特尔，FIP 实习生和药学候选人 圣路易斯健康科学和药学大学 2023 年

Lauren Rae Camarillo, FIP 实习生和药学候选人 圣路易斯卫生科学和药学大学 2023 年

马来西亚莫纳什大学药学院的 Jamuna Rani Appalasamy 博士，马来西亚

编辑

Gonçalo Sousa Pinto, FIP 实践发展和转型负责人

推荐引文

国际药学联合会（FIP）。支持戒烟和烟草依赖的治疗：药师手册。The Hague: 国际药学联合会; 2023

封面图片

©shutterstock.com | Nong2

翻译

本文由广东省药学会组织从英文翻译而来。如果两个文本之间有任何分歧，将以国际药学联合会英文原版文件为准。版权归国际药学联合会所有。

主译：魏 理 主任药师 广州医科大学附属第一医院

喻鹏久 副主任药师 广州医科大学附属第一医院

译者：赵志刚 主任药师 首都医科大学附属北京天坛医院

卞晓岚 主任药师 上海交通大学医学院附属瑞金医院

曾英彤 主任药师 广东省人民医院

周露茜 副主任医师 广州医科大学附属第一医院

万利梅 主治医师 广东药科大学附属第一医院

温炳钦 主管药师 广州医科大学附属第一医院

徐惠茵 药师 广州医科大学附属第一医院

吴耀洲 药师 广州医科大学附属第一医院

刘紫萱 硕士生 广州医科大学附属第一医院

目录

目录.....	4
执行摘要.....	6
鸣谢.....	7
前言.....	8
1 简介.....	10
1.1 世界各地的烟草使用负担.....	10
1.2 烟草和尼古丁产品的范围及其对健康的影响.....	12
1.3 尼古丁和成瘾机制.....	15
1.4 戒烟的好处.....	17
2 烟草使用和特殊风险人群.....	18
2.1 癌症.....	18
2.2 心血管疾病.....	19
2.3 慢性呼吸道疾病.....	20
2.4 糖尿病.....	20
2.5 精神疾病.....	21
2.6 青春期/青少年.....	22
2.7 怀孕.....	22
2.8 老年人.....	24
3 由药房主导的戒烟干预措施.....	25
3.1 简要建议.....	26
3.1.1 对准备戒烟的人进行简短的烟草干预（5As 模式）.....	27
3.1.2 对尚未准备好戒烟的人进行简短的烟草干预（5R 模式）.....	33
3.2 强化行为支持/咨询.....	34
3.2.1 激励性访谈.....	36
3.2.2 支持戒烟的认知和行为策略.....	37
3.3 烟草依赖的药物治疗.....	39
3.3.1 一线治疗.....	39
3.3.2 二线治疗.....	48
3.3.3 效益有限或未经证实的治疗方法.....	49
3.3.4 提高药物接受度和依从性.....	50
4 支持戒烟的其他资源和工具.....	51
4.1 戒烟的数字工具.....	51
4.2 电话支持.....	54
4.3 自助材料.....	54
4.4 烟草依赖性评估的工具.....	55
4.4.1 尼古丁依赖检测量表.....	55
4.4.2 烟草依赖量表.....	55
4.4.3 香烟依赖性量表.....	56
4.4.4 烟碱依赖综合征量表.....	56
4.4.5 烟碱成瘾清单.....	56

4.4.6 烟草依赖评估量表和吸烟严重度指数	57
4.4.7 威斯康星吸烟依赖动机清单 (WISDM) 。	57
4.5 评估戒烟动机或准备情况的工具	57
4.5.1 为什么测试	57
4.5.2 变化阶段的评估工具	57
4.5.3 激励的标尺	59
4.6 帮助核实戒烟的工具	60
4.6.1 评估尼古丁或代谢物浓度的工具	60
4.6.2 评估呼出气体中的一氧化碳浓度	61
4.7 支持戒烟尝试和促进长期戒烟的工具	61
5 戒烟活动和方案	64
6 转诊和跨专业合作以支持戒烟	66
7 结论	67
8 参考文献	68
9 附录	84
附录 1.尼古丁依赖检测量表 ¹⁵⁴	84
附录 2.烟草依赖量表 ¹⁵⁶	85
附录 3.香烟依赖性量表 ¹⁵⁸	86
附录 4.吸烟重度指数 ²⁰⁰	89

执行摘要

根据世界卫生组织（WHO）的数据，烟草使用是全世界可预防的主要死因之一，每年有 800 多万人死亡。令人震惊的是，这些死亡人数中每年有 700 多万与烟草使用直接相关，而每年有 120 万是由 "二手" 烟，或吸入他人吸烟的烟雾造成的。全世界 13 亿烟草使用者中的绝大多数都生活在中低收入国家（LMICs）。2020 年，世界上 22.3% 的人口普遍使用烟草，全世界有 36.7% 的男性和 7.8% 的女性消费烟草制品。在如此高的流行率下，烟草使用显然是一个重大的全球健康威胁，造成广泛的发病率和死亡率。

使用烟草对健康的负面影响是有据可查的。然而，放弃烟草和戒烟可能是一个具有挑战性的过程，但在正确的支持下，实现无烟生活的旅程可以变得更容易。药师在帮助烟草使用者戒烟和保持节制方面可以发挥重要作用。药师具有专业知识和可及性，因为被认定为是为那些希望戒除烟瘾和烟草依赖的人提供基于证据的建议、药物和支持的理想提供者。

本手册是药师支持个人戒烟的全面而实用的资源，强调了药师在为寻求戒烟的患者提供全面而协调的管理中的关键作用。它涵盖了最新的以证据为基础的做法、技术和策略，以帮助我们的病人戒烟并不再重新开始。这本手册所包含的信息是切实可行的，并且是根据在该领域工作的药师的需要而定制的。通过使用手册中的信息和策略，药师可以为改善公共卫生和减少烟草使用对医疗系统的负担做出贡献。

该手册涵盖了戒烟的各个方面，包括烟草使用对公共卫生的负担、药师在戒烟和烟草依赖治疗中的作用，以及为患者提供有效管理的策略。它对如何进行病人评估、制定治疗计划和选择适当的药物来控制戒断症状提供了实用的指导。该手册涵盖了提供患者教育和支持、监测和调整治疗计划以及在必要时将患者转介给其他医疗专业人士的策略。手册还强调了跨专业合作的重要性，将戒烟服务纳入常规初级卫生保健，以及需要考虑烟草使用对有潜在疾病的患者的影响。

药师有很多机会参与到戒烟工作中，如果掌握了适当的知识和技能（在配套出版物《[FIP 戒烟及非传染性疾病中其他风险因素的专业发展知识和技能参考指南](#)》中有所规定），药师完全可以与医疗团队的其他成员合作，为吸烟者提供从预防和筛查到管理和治疗优化的服务。

鸣谢

FIP 和作者感谢那些为本出版物做出贡献的人以及专家咨询小组的所有成员，他们的名字列在下面，感谢他们对本手册的宝贵审查、评论和建议。

Darush Attar-Zadeh 先生，英国帝国学院健康伙伴的临床研究员，国际初级保健呼吸组治疗烟草依赖性学院，英国。

马来西亚双威大学医学与生命科学学院 **Long Chiau Ming 教授**

世界卫生组织健康促进部医疗官员 **傅东波博士**

Charis Girvalaki 博士，欧洲吸烟和烟草预防网络，比利时布鲁塞尔

哥斯达黎加大学药学院的 **Angie Leon-Salas 教授**，哥斯达黎加

Jacqueline Maimin 女士，独立社区药房协会，南非

马来西亚莫纳什大学药学院 **Jamuna Rani Appalasamy 博士**

本手册的内容是由作者和编辑独立制作的，没有受到外部各方或合作伙伴的影响。

FIP 感谢世界卫生组织对本出版物的专家贡献。

前言

[FIP 非传染性疾病](#)（NCDs）[实践转型计划](#)旨在为 FIP 成员组织提供工具和战略支持，以发展和实施药学服务，在非传染性疾病的预防、筛查、管理和治疗优化方面产生持续的积极影响，并改善患者结果和卫生系统的效率和可持续性。该计划的愿景是促进全球药学实践的转变和服务质量的提高，以改善非传染性疾病患者的健康结果和生活质量。

该计划包括编制实践支持手册、知识和技能指南、实施指南和支持，以及在五个主要非传染性领域（[糖尿病](#)、[精神健康](#)、[慢性呼吸道疾病](#)、[癌症](#)和[心血管疾病](#)）及其风险因素（包括烟草使用）的能力发展培训。

全世界有 13 亿烟草使用者，其中一半将死于与烟草有关的疾病。¹据报道，烟草使用是各种非传染性疾病共同的主要风险因素，特别是慢性呼吸道疾病、心血管疾病、癌症和糖尿病--联合国定义的五个主要关注的非传染性疾病中的四个。在全世界范围内，30 岁及以上的成年人中，14%的非传染性相关死亡可归因于烟草。¹世卫组织《烟草控制框架公约》，包括治疗烟草使用和依赖的第 14 条，已被纳入联合国可持续发展目标 3。^{2,3}

戒烟（尤其是戒烟）是降低非传染性流行率的最重要干预措施之一。世卫组织已将戒烟作为六项关键的具有成本效益和高影响力的措施之一，以帮助各国在 MPOWER 框架下减少烟草需求。^{4,5}在世卫组织看来，包括药师在内的卫生专业人员在社会上任何群体中都具有促进减少烟草使用的最大潜力。⁶

1998 年，世界卫生组织承认药师在帮助个人戒烟和防止潜在吸烟者开始吸烟方面的关键作用。⁷2003 年，FIP 理事会批准了[FIP 关于药师在促进无烟未来中的作用的政策声明](#)。2009 年 FIP 出版的《[遏制烟草流行](#)》中也强调了药师在戒烟服务中的重要贡献：[药房的全球作用](#)》和 2015 年 FIP 出版物《[建立无烟社区：药师的实用指南](#)》。这本出版物描述了世界各地成功的戒烟药房干预措施，并概述了药师参与的不同戒烟活动。然而，考虑到全球烟草使用的流行程度和负担，特别是作为非传染性疾病的一个风险因素，必须扩大和巩固药剂师及专业组织包括 FIP 在这一领域的作用，支持从业人员实施和提供这一领域的一系列服务。这对那些生活在低收入国家的人来说尤其重要，在这些国家，烟草使用的流行率占全世界吸烟者的 80%以上，而针对烟草使用的戒烟服务却很有限。⁴

总的来说，通过提供以人为本的医药服务，药师在医疗保健系统中发挥着关键作用，通过整体方法来确保健康的生活和福祉，以及促进 NCDs 患者更有效、合理和经济地使用药物。药师可以通过管理让

人们避免和预防包括烟草使用在内的风险因素，以此作为其日常工作的一部分，为预防 NCDs 做出贡献。

在 FIP 关于非传染性疾病的工作背景下，特别是作为 2021 年启动的 FIP 非传染性疾病实践转型计划的一部分，建议该计划帮助患者避免非传染性疾病的风险因素，如烟草使用。

总之，药师可以通过以下方式戒烟做出贡献和支持戒烟：

- 健康促进和教育；
- 询问烟草使用情况；
- 与希望戒除烟草使用的个人接触；
- 行为改变的支持；
- 药物干预和治疗优化；
- 转诊和跨专业协作实践；以及
- 帮助制定公共政策。

本手册介绍了世界各地的药师以证据为基础的戒烟干预的成功案例，这些案例使戒烟者健康状况得到了改善，并给社会带来了经济效益。我们相信，这些案例会给那些致力于支持个人戒烟的药师带来启发，并提供宝贵的指导。

FIP 致力于与世界各地的成员组织和个人药师合作，加强和扩大药师在戒烟和治疗烟草依赖方面的作用，从而为公共卫生做出有意义的贡献。我们鼓励您花时间阅读这本手册，熟悉其中提供的资源和策略。我们可以共同帮助我们的患者实现无烟生活，降低他们患非传染性疾病的风险，并改善他们的整体健康和幸福。



多米尼克-乔丹

FIP 主席

1 简介

1.1 世界各地的烟草使用负担

烟草包括一系列通过加工 *Nicotiniana tabacum* 和 *Nicotiniana rustica* 植物的叶片获得的物质。除燃烧的烟草制品外，烟草还可以以各种方式使用，包括电子烟和咀嚼烟草。烟草燃烧时，会释放出有毒的烟雾，含有大约 7000 种化学物质，其中一些被广泛认为对健康有害，包括焦油和尼古丁等有毒物质，以及一氧化碳。⁸尼古丁是一种高度成瘾的物质，是导致烟草成瘾的关键，世界卫生组织认为这是一种慢性和复发性的疾病。烟草依赖影响着全球大约 13 亿人。^{9,10}

烟草使用是一个主要的公共卫生问题，给全世界的个人、社区和经济带来了沉重的负担。它是全世界可预防的死亡的首要原因，导致了各种疾病并造成过早死亡。⁹它也是肺癌、心血管疾病和慢性阻塞性肺病（COPD）等非传染性疾病的一个直接原因。

根据世卫组织的数据，烟草使用每年导致 800 多万人死亡。其中约有 120 万人的死亡是由于生活在慢性烟草使用者附近而导致的二手或三手烟暴露。^{10,11}二手烟草烟雾是指从香烟或其他烟草制品的燃烧端释放的烟雾，以及吸烟者呼出的烟雾。¹⁰第三手烟草烟雾指的是吸烟停止后残留在房间里的烟草烟雾，以及人们离开充满烟雾的环境后残留在衣服上的烟草烟雾。¹¹烟草使用是一个重大的公共卫生挑战，它不仅影响使用者和周围人的健康，而且对个人和社区的经济和社会地位也有负面影响。¹²烟草使用的后果在中低收入国家尤为严重，因为这些国家对烟草使用的控制措施往往不严，而且烟草业拥有巨大的影响力。¹³值得关注的是，世界上 80% 以上的烟草使用者都在中低收入国家。¹⁰例如，印度是第二大烟草消费国，该国 29% 的成年人使用烟草。孟加拉国的烟草使用率也很惊人，35% 的成年人使用烟草制品，43% 的人在 workplace 接触到二手烟。¹⁴烟瘾带来的经济负担对烟草使用者来说尤其具有挑战性，因为烟草产品价格昂贵，家庭可能难以平衡基本生活用品的费用和烟草相关疾病的医疗费用。¹⁰

除了直接的健康影响外，烟草使用还具有重大的经济和社会影响。¹²烟草使用是可预防的死亡和疾病的主要原因，它是世界上许多国家面临的主要公共卫生挑战。数据显示，烟草使用者将其可支配收入的约 5-10% 用于购买烟草制品。¹²这不仅会影响烟草使用者，也会影响他们的家庭，因为这增加了他们的经济负担，导致生活质量下降。烟草使用会影响一个人的社会生活，因为在很多情况下，烟草使用有负面的污名，会影响人际关系和社会对烟草使用者的看法。¹²

烟草使用不仅给人类健康带来严重风险，而且对环境也有不利影响。烟草生产和消费对环境有重大影响。烟草种植需要大量的土地、水和农药，导致森林砍伐和土壤退化。¹⁵烟草种植还涉及到有毒化学品

的使用，会污染水源并伤害野生动物。烟草产品的生产也产生了大量的污染物，从包装和运输产品到处理烟蒂和其他与烟草有关的污染物。¹⁶烟蒂是最常见的污染物，可能需要多年才能分解，并向环境释放有毒的化学物质。香烟、无烟烟草和电子烟等烟草制品会造成塑料污染的积累，含有微塑料的香烟过滤嘴是全球第二大塑料污染源。¹⁷烟草烟雾也造成了空气污染。世卫组织估计，烟草业对环境的影响是毁灭性的，每年造成 6 亿棵树、20 万公顷土地和 220 亿吨水的损失，以及 8400 万吨二氧化碳排放。¹⁸这些影响在中低收入国家尤其令人担忧，这些国家的资源已经很有限，需要用于粮食生产，但这些资源不是用来种植可以养活当地社区的农作物，而是被转用于烟草生产。¹⁷

烟草使用不仅对使用者，而且对他们周围的人都是一中威胁，唯一被证明有效的消除风险的方法是戒烟。由于烟草的高度成瘾性，许多使用者发现自己很难戒烟，需要医疗机构的专业支持才能成功实现戒烟。只有 4% 的使用者能够自行戒烟。¹⁰

世卫组织已宣布烟草使用是一种全球流行病，需要各国政府、卫生组织和其他利益攸关方采取强有力的持续行动。2003 年，世卫组织成员国通过了《世卫组织烟草控制框架公约》（WHO FCTC），以解决全球烟草流行的问题。^{3,19}此后，该公约得到了 FIP 的支持。迄今为止，已有 182 个国家签署并批准了这一具有法律约束力的条约，努力解决尚未满足的烟草控制需求。^{10,20}世卫组织《烟草控制框架公约》的成功实施面临一个重大障碍，即来自烟草业的干扰，特别是在中低收入国家。^{21,22}为了应对这一挑战，必须对系统和结构进行重大改革。然而，药师个人或通过药学会集体可以在促进烟草控制和戒烟方面发挥作用，动员药学会支持世卫组织 MPOWER 措施。²³世卫组织 MPOWER 战略遵循世卫组织《烟草控制框架公约》的指导方针，并已被证明在拯救生命和减少医疗费用方面是有效的。¹⁰MPOWER 是以下内容的首字母缩写：^{4,5}

- 监测烟草使用和预防政策；
- 保护人们免受吸烟危害；
- 提供戒烟的帮助（戒烟）；
- **警示**烟草的危害；
- 执行对烟草广告、促销和赞助的禁令；以及
- 提高烟草税。

世卫组织关于 2019 年全球烟草流行情况的报告显示，烟草管控政策的实施力度加大，有 50 亿人，即世界人口的 65%，至少被一项全面的烟草控制措施所覆盖，是 2007 年的 4 倍多。²⁴有效的烟草管控措施，如增加烟草产品的税收，实施无烟政策，以及提供戒烟服务，可以帮助减少烟草使用的负担。然而，需要在个人、社区和政府层面协调做出一致的努力来应对这一全球健康挑战。多个国家已经实施并持续资助反对烟草使用的运动，其中包括烟草产品包装上的图形警告和禁止营销活动策略。由于烟草

依赖在低收入国家更为普遍，对产品实施更高的税收一直是鼓励戒烟的最有效方式。事实表明，烟草价格提高 10%，高收入国家的烟草使用就会减少 4%，中低收入国家则会减少 5%。¹⁰ 持续努力减少烟草使用，是改善全球健康和减少疾病负担的重要措施。

1.2 烟草和尼古丁产品的范围及其对健康的影响

烟草和烟草相关产品种类繁多，包括传统产品，如香烟、雪茄、自制卷烟、烟斗和水烟。还有一些较新的产品，如电子尼古丁输送系统（ENDS），也被称为电子烟或 Vape 笔，以及 HEETS，也被称为 HeatSticks，在不同的单位中加热烟草。¹³ 其他烟草产品包括无烟烟草产品，如咀嚼烟草、干鼻烟、湿鼻烟和可溶解烟草产品。^{13,25} 无论哪种产品，它们总是带有重大的健康风险，因为烟草本身是有毒的。

香烟是使用最多的烟草制品，由切得很细的烟草卷在纸上制成。可燃烧的香烟含有烟草，燃烧后产生烟雾，被人吸入。烟草烟雾含有 7000 多种化学物质，其中 250 种已知会造成伤害，至少有 69 种是已知的致癌物。²⁶ 烟草烟雾会造成负面的健康影响，如加重哮喘症状和呼吸道感染症状。它增加了患慢性疾病的风险，如癌症、慢性呼吸道疾病和心血管疾病。接触烟草烟雾和烟草制品越多，对健康产生不利影响的风险越大。¹²

雪茄是圆柱形的烟草制品，通常比香烟大，由空气腌制和发酵的烟叶混合制成。长时间的老化和发酵过程会产生高浓度的致癌化合物。有几种不同形状和大小的雪茄，包括 Cigarillos、Double coronas、cheroots、stumpen、chuttas 和 dhumtis。²⁵ 无论哪种类型，雪茄都含有烟草和有毒化学品，对健康有损害。雪茄中的毒素和刺激物的浓度比香烟中高。²⁵ 抽雪茄时，烟草被燃烧，产生的烟雾被吸入肺部。雪茄的烟至少含有 69 种已知的致癌物，包括有毒的化学物质，如一氧化碳、铅和重金属。²⁶ 抽雪茄与一些严重的健康问题有关，包括口腔、喉咙、喉部、食道和肺部的癌症。²⁷

烟斗烟草是一种专门用于在烟斗中抽吸的烟草。它通常以散装形式出售，有各种口味和强度。有几种不同类型的烟斗烟草，包括芳香型烟斗烟草、英式烟斗烟草、弗吉尼亚烟斗烟草和伯利烟斗烟草。²⁸

电子输送系统：有两种类型的电子输送系统，即电子尼古丁输送系统（ENDS）和电子非尼古丁输送系统（ENNDS）。ENNDS 的功能是通过加热液体来产生气溶胶，供使用者吸入。这些电子液体可能包含一系列添加剂、香料和化学品，可能损害人类健康，但不包含烟草。ENNDS 和 ENDS 可能难以区分，因为它们都经常采用吸引年轻人的口味，而且通常被认为不会成瘾，比传统烟草产品更安全。此外，对于某些产品来说，同一个装置可以用于含尼古丁的液体和不含尼古丁的液体，而且有些产品的外观相

似。ENDS 被设计为不含尼古丁，但实际上，一些标为“零尼古丁”的电子液体在测试时被发现含有尼古丁。²⁹

ENDS 也被称为电子烟或电子烟，是以电池为动力的设备，以气溶胶的形式提供尼古丁，然后吸入肺部。电子烟通过加热通常包括尼古丁、香料和其他化学品（如甘油和丙二醇）的液体溶液进行操作。因此，使用者会吸入一种气溶胶，通常称为蒸汽，因此称为“vaping”。这些产品具有与传统烟草产品不同的化学成分。³⁰ 产品在设计、功能、形状、尺寸以及所含尼古丁和/或香料的数量方面有所不同。一些产品是一次性设备；蒸汽笔、水箱系统和一些类似传统香烟的产品。¹³

通常情况下，烟草和相关行业宣传和推广 ENDS 是传统香烟的更安全替代品（因为它们不含烟草），导致许多用户认为它们对健康的危害明显小于烟草制品，特别是香烟；然而，它们的安全性和长期影响仍在调查之中。^{13,31}

电子烟或吸食产品使用相关的肺部伤害（EVALI）是美国疾病控制和预防中心（CDC）在 2019 年确定的一种情况，此前在美国全国范围内爆发了与电子烟产品或吸食相关的严重肺部疾病。EVALI 的症状可能与其他呼吸系统疾病的症状相似，并可能包括咳嗽、呼吸急促、胸痛、恶心、呕吐或发烧。在严重的情况下，患者可能需要通气，有些病例是致命的。截至 2020 年 2 月 18 日，所有 50 个州、哥伦比亚特区和两个美国领土[波多黎各和美属维尔京群岛]已向 CDC 报告了 2807 例住院 EVALI 病例或死亡病例；在 29 个州和哥伦比亚特区已确认 68 人死亡。³² 维生素 E 醋酸酯是存在于一些含有 THC 的电子烟或电子烟产品中的一种添加剂，与 EVALI 的爆发密切相关。³² 虽然 EVALI 病例的数量在 2019 年达到高峰后有所下降，但这种情况仍然是一个重要的公共卫生问题。^{31,33}

证据表明，在全球许多国家，包括澳大利亚、英国和美国，ENDS 产品在年轻人中越来越受欢迎。³⁴⁻³⁶ 一些研究表明，使用这些设备可能有助于戒烟。³⁷ 然而，需要更全面的证据来证实这一发现。另外，一些证据表明，使用 ENDS 与希望戒烟或防止复吸的吸烟者的成功率提高没有关系。³⁸⁻⁴²

尽管人们认为电子烟是比传统香烟更安全的替代品，但其潜在的健康影响仍不清楚，越来越多的证据表明 ENDS 的有害影响（见

表 1）。¹³ 香料等成分没有得到很好的研究，但根据现有证据，这些成分可能会导致产品的毒性水平。¹³ 使用 ENDS 的一些短期影响包括头痛、呼吸道影响、咳嗽以及对喉咙和口腔的刺激。³⁷ 电子烟对健康的影响是持续研究和辩论的主题。然而，世卫组织和其他卫生组织已经对使用电子烟的潜在负面健康影响表示关切。^{13,43} 世卫组织关于 ENDS 的一些关键信息是：¹³

- ENDS 会让人上瘾，而且并非没有伤害；
- 为了最大限度地保护公众健康，应对 ENDS 进行严格监管；

- 使用 ENDS 的儿童和青少年会使他们吸食香烟的风险增加一倍；以及
- 烟草控制工作必须继续专注于减少烟草使用，避免烟草和相关行业造成的干扰。

表 1 电子烟的一些实际或潜在健康影响

健康影响	描述
尼古丁成瘾	电子烟含有尼古丁，这是很容易上瘾的。 ⁴³ 治疗剂量的尼古丁可以通过尼古丁替代疗法有利于人们摆脱尼古丁成瘾，帮助人们戒烟。 ⁴⁴ 然而，当儿童、青少年或从未吸烟的人使用时，电子烟可能导致尼古丁成瘾。 ¹³ 已经发现标签上的尼古丁浓度和实际浓度之间存在重大差异，许多产品的尼古丁含量比标签上显示的多，甚至所谓的不含尼古丁的产品也含有尼古丁。此外，一些电子液体含有的尼古丁比普通香烟还要多。 ⁴⁵
呼吸系统问题	电子烟产生的气溶胶可能含有重金属和挥发性有机化合物等有害化学物质，会伤害肺部和呼吸道，增加患肺癌和慢性阻塞性肺病等疾病的风险，并加剧哮喘症状。电子烟与呼吸道问题有关，如咳嗽、喘息和呼吸短促。 ⁴³
心血管问题	使用电子烟会增加心率和血压，这可能导致心血管问题，如心脏病发作和中风。每天使用 ENDS 与心肌梗塞的风险增加有关。 ¹³
化学接触	电子液体含有一系列化学品，其中一些已知是有害的。 ¹³ 其中一个例子是在有香味的电子烟中发现的双乙酰，吸入后会导致闭塞性支气管炎，通常被称为 "爆米花肺"。 ⁴⁶
接触精神活性物质	除了尼古丁之外，在一些电子烟中还发现了精神活性物质（如大麻二酚 [CBD]、合成大麻素受体激动剂 [SCRAS] 和四氢大麻酚 [THC]）。吸食四氢大麻酚有可能导致运动功能受损，判断力改变，以及记忆和认知方面的问题。它还可能导致一些人成瘾。此外，吸食四氢大麻酚还与 EVALI 有关。 ⁴⁷

健康影响	描述
二手接触	电子烟产生的气雾会让非使用者接触到有害的化学物质（包括尼古丁和致癌物），这导致每年有 120 万人死亡。二手蒸汽可能会提高患心脏病和肺癌的风险。 ¹³
吸烟的风险增加	与不使用 ENDS 的儿童和青少年相比，使用 ENDS 的儿童和青少年使用传统香烟和其他烟草制品的可能性至少是两倍。 ¹³

总的来说，电子烟有潜在的健康风险，任何吸烟并考虑使用电子烟作为替代品的人都应该意识到这些风险，并与他们的医疗保健提供者，包括他们的药师，讨论戒烟和使用其他戒烟工具。

1.3 尼古丁和成瘾机制

尼古丁是一种高度成瘾的刺激物质，存在于烟草植物中，它存在于各种形式的烟草制品中，包括香烟、不燃烧的香烟、无烟烟草（如蘸料、鼻烟、鼻烟和咀嚼烟草）、水烟以及大多数电子烟。⁴⁸它是烟草中最主要的成瘾物质，导致反复使用，并可能造成身体依赖。利用时，尼古丁迅速到达大脑并导致肾上腺素的释放，从而导致心率加快、血压升高和警觉性提高。⁴⁹随着时间的推移，大脑变得习惯于使用尼古丁，当突然停止使用尼古丁时，会出现戒断症状。戒断症状可能包括易怒、焦虑、难以集中注意力和对尼古丁的强烈渴望。^{50, 51}

尼古丁成瘾的病理生理学涉及重复接触尼古丁后大脑发生的变化。尼古丁在分子、神经解剖学和药理学特性方面与其他成瘾药物有许多相似之处。它主要通过与大脑中特定的尼古丁乙酰胆碱受体结合来发挥其作用，这反过来又刺激了乙酰胆碱的释放和代谢。尼古丁还刺激多巴胺能系统，导致大脑中与奖励和强化有关的区域——*纹状体*中的多巴胺浓度增加。尼古丁的这一特性被认为在行为变化和对尼古丁的依赖性发展中发挥了重要作用。除多巴胺能系统外，其他神经系统如 GABA 能、5-羟色胺能、去甲肾上腺素能和脑干胆碱能也可能参与调解尼古丁的影响。导致尼古丁依赖的神经生物学途径可能涉及尼古丁对尼古丁乙酰胆碱受体的依附、对多巴胺能系统的刺激和激活导致尼古丁成瘾的一般药理变化。⁵²

随着时间的推移，大脑会适应尼古丁的反复出现和释放神经递质，导致大脑奖励系统的变化，从而导致成瘾的发生。在停止使用烟草后的一两个小时内，大脑的奖励系统会发生变化，并依赖尼古丁来感

觉正常，导致渴望和戒断症状。一些人群更容易对尼古丁成瘾；例如，患有精神疾病的人吸烟的可能性是其他人群的两倍。烟草使用在低收入的少数民族人口中也更常见。⁵³

尼古丁戒断症状是戒烟或其他形式的尼古丁使用后出现的生理和心理症状。最严重的症状通常发生在戒烟的第一周。这些症状从轻微到严重不等，可持续数天至数周。常见的尼古丁戒断症状包括^{54, 55}

- 对尼古丁的渴望；
- 焦虑；
- 烦躁不安；
- 情绪变化；
- 难以集中注意力；
- 心率下降；
- 失眠或睡眠紊乱；
- 食欲增强或体重增加；
- 抑郁症；
- 烦躁不安；以及
- 头痛。
-

尼古丁戒断的最严重症状可能因人而异，但一些最难处理的症状包括：^{56, 57}

- 对尼古丁的强烈渴望；
- 抑郁症和焦虑症；
- 烦躁和不安；
- 难以入睡和集中注意力；
- 食欲增强和体重增加；以及
- 头痛和恶心。

戒烟可能是非常具有挑战性的，因为尼古丁是一种高度成瘾的物质，会出现戒断症状。¹²大多数人发现，如果没有专业医疗人员或尼古丁替代产品的帮助，自己戒烟是非常具有挑战性的。根据世界卫生组织的数据，卫生专业人员的简短建议可使戒烟成功率提高 30%，而强化建议可使戒烟机会提高 84%。⁶

来自卫生专业人员的简要建议可将戒烟成功率提高 30%，而强化建议可将戒烟的机会提高 84%。⁶

烟草使用往往与负面情绪有关，因此，识别增加烟瘾的情绪和社会诱因很重要。¹²戒烟可能是一个挑战，但如果有本手册中所述的正确工具和支持，是可以做到的。

1.4 戒烟的好处

减少健康风险和改善整体健康的最好方法是戒烟和完全停止使用所有烟草制品。研究表明，肺功能和血液循环在戒烟后 2 至 12 周内得到改善，戒烟一年后患冠心病的风险下降 50%。越早停止使用烟草，可以获得的健康益处越多（表 2）。此外，烟草使用者的家庭也可以从较低的医疗费用中获益，因为二手烟暴露会导致妇女的生殖健康缺陷，增加儿童的呼吸道疾病。¹²

表 2 戒烟的健康益处¹²

戒烟后的时间	有利于健康的影响
20 分钟	心率和血压下降。
12 小时	一氧化碳血液水平降低到正常水平。
2-12 周	循环得到改善，肺功能得到提高。
1-9 个月	咳嗽和呼吸急促减少。
1 年	冠心病的风险降低到大约一半。
5 年	戒烟后 5 到 15 年，中风的风险会降低到不吸烟者的水平。
10 年	肺癌的风险减少一半，口腔、咽喉、食道、膀胱、宫颈和胰腺癌症的风险也会减少。
15 年	冠心病的风险降低到不吸烟者的水平。

戒烟不仅对健康有积极影响，而且对社会生活、经济责任也有积极影响，并能减少一个人的医疗负担。戒烟每年为烟草使用者节省资金。例如，在美国，平均而言，戒掉每天一包烟的习惯，每年平均可节省 1380-2540 美元。对于吸烟量较大的人来说，戒烟所节省的费用甚至更大。⁵⁸ 这些额外的资金可以产生重大影响，特别是在大多数吸烟者所在的低收入地区。吸烟者的医疗费用明显高于非吸烟者。例如，中国报告称，每年因吸烟而产生的医疗费用约为 452.8 亿美元。⁵⁹ 戒烟还可以对个人的社会生活产生积极影响，因为他们不再需要去有可用空间的地方吸烟或抽烟休息。^{12, 58}

2 烟草使用和特殊风险人群

烟草使用是一个重要的公共卫生问题，因为它的持续使用对个人和社会产生负面影响。烟草对健康的众多严重影响是有据可查的，包括增加患心脏病、中风和癌症的风险。烟草使用大大增加了获得慢性呼吸道疾病的风险，并将加剧其症状。接触二手烟和三手烟会对健康产生不利影响，特别是对高风险人群，包括儿童、老人和患有基础疾病的人。

2.1 癌症

烟草制品含有广泛的致癌物。长期使用烟草会导致癌症控制基因受损，增加患多种类型癌症的风险，包括肺癌和口腔癌。^{26,60} 被诊断为癌症后继续使用烟草的人，治疗效果较差。⁶¹ 因此，戒烟对于提高癌症治疗期间的积极效果至关重要，这就是为什么许多国家发起了戒烟运动，以提高人们的认识并鼓励个人戒烟。⁶²⁻⁶⁴

药师可以为吸烟或使用烟草制品的癌症患者提供全面的支持，包括与烟草使用相关的健康风险教育、戒烟的行为策略和药物干预，如尼古丁替代疗法。这种多方面的方法可以大大改善戒烟效果，并最终为癌症患者带来更好的健康结果。关于药师在癌症管理中的作用的更多信息可[在这里](#)找到。

链接背后的机制

烟草产品中至少有 69 种化学物质是已知的致癌物。一种产品的致癌成分取决于其配方。所有烟草制品都含有亚硝胺，这是烟草固化阶段产生的致癌化合物。最明显的致癌亚硝胺是 N'-nitrosornicotine 和 4-（甲基亚硝胺）-1-（3-吡啶基）-1-丁酮。在香烟烟雾中还发现了多种致癌化合物，因为高温会产生多环芳烃，可导致癌症并对肾脏和肝脏产生不利影响。⁶⁰

烟草使用和癌症之间的联系已被证实，这种关系背后的机制已被广泛研究。烟草烟雾中的有害化学物质可导致 DNA 损伤和突变，从而导致癌细胞的发展。此外，烟草烟雾中含有致癌物质，可以直接损害肺部和其他器官的内衬细胞。吸烟还削弱了免疫系统，降低了身体抵抗癌细胞的能力。使用烟草引起的慢性炎症会进一步促进癌症的发展。⁶⁵

继续使用烟草制品的后果

长期使用任何烟草制剂都有患不同类型癌症的风险，包括影响肺、口腔、喉、咽、食道、鼻腔、胰腺、膀胱、胃、肝、肾、输尿管、宫颈、结直肠和卵巢的癌症，它还可能导致急性髓系白血病。²⁶ 在接受

癌症确诊后继续吸烟会增加肿瘤药物副作用的风险，并可能降低其中一些治疗的效果，包括厄洛替尼和氯丙嗪。^{66, 67}

戒掉烟草制品的使用

戒掉烟草制品是消除烟草带来的癌症风险和避免癌症治疗期间可能出现的并发症的唯一途径。癌症诊断引起的精神和情绪反应可能会使戒烟更加困难，这就是为什么医护人员的支持对戒烟至关重要。⁶⁸ 癌症患者可以与药师、护理人员 and 他们的肿瘤医生合作，讨论戒烟方案。

2.2 心血管疾病

烟草使用是全世界心血管疾病（CVD）发展、过早死亡和残疾的最突出的可预防风险因素之一。在全球与心血管疾病有关的死亡中，约有 12% 是由吸烟造成的。⁶⁹ 女性吸烟者患冠心病的风险比男性吸烟者高 25%。在确诊心血管疾病后继续吸烟会阻碍治疗或控制心血管疾病的努力。^{69, 70}

药师应鼓励已确诊的患者或有患心血管疾病风险的患者戒烟。他们应该提供资源，如咨询和关于获得尼古丁替代疗法的建议。关于药师在预防和管理心血管疾病中的作用的更多信息可[在这里](#)找到。

链接背后的机制

烟草使用通过干扰内皮细胞功能、影响凝血系统和诱发血管功能障碍等机制导致心血管疾病。研究显示，有烟草使用史的患者血清总胆固醇、低密度脂蛋白和血清甘油三酯水平明显增加。有烟草使用史的人还显示白细胞数量明显增加，这与某些动脉硬化斑块的形成直接相关。⁷¹

继续使用烟草制品的后果

烟草使用与心血管疾病的药物发生相互作用。这可能导致普萘洛尔、氟卡尼和华法林等药物的有效性降低。此外，吸烟已被证明对心血管健康有许多负面影响，并可增加不良事件的风险。⁶⁶

戒掉烟草制品的使用

研究表明，戒烟和继续保持无烟状态可以改善内皮功能。⁷¹ 戒烟是降低风险和尽量减少烟草使用所诱发的并发症的唯一途径。戒烟一年后，患心脏病的风险降低了 50%。⁷² 患有心血管疾病的人或有获得心血管疾病高风险的人应该制定戒烟计划，并与他们的心脏病专家和初级保健医生讨论他们的选择。^{71, 73}

2.3 慢性呼吸道疾病

患有慢性呼吸道疾病（CRDs）的人极易受到烟草的负面健康影响；特别是吸入的药物。⁶⁸吸烟和吸食是许多 CRD 的风险因素，包括慢性阻塞性肺病（COPD）和哮喘。^{13, 74}吸烟会加剧呼吸道症状，如气短、咳嗽、喉咙痛和增加感染的风险。⁷⁴在一些国家，戒烟运动专门针对减少患呼吸道疾病的风险。⁷⁵⁻⁷⁸关于药师在 CRD 中的作用的更多信息可[在此](#)查阅。

链接背后的机制

吸入香烟导致气道上皮内的氧化应激，这可能导致气流的限制，是 COPD 发病的直接因素。⁷⁹影响呼吸系统的其他机制包括损害纤毛功能，导致感染的风险增加，而且有多种成分是呼吸道刺激物，如丙烯醛、乙酸、环己酮和萘。^{80, 81}

继续使用烟草制品的后果

患有 CRD 的人继续吸烟将进一步的增加疾病并发症的风险、降低治疗的有效性并增加感染的风险。吸烟对呼吸系统疾病患者的不利影响会加剧，并使症状难以控制。茶碱等药物的疗效也会因烟草使用而降低。⁶⁶

戒掉烟草制品的使用

戒烟是消除烟草对 CRDs 的并发症和风险的唯一途径。患有 CRDs 的人应该与他们的药师、肺科医生和初级保健医生一起工作，制定一个全面的戒烟计划。这个计划可以帮助减少病情加重和相关并发症的风险。

2.4 糖尿病

糖尿病患者特别容易受到烟草使用的负面健康影响。研究表明，吸烟会增加患 2 型糖尿病的风险，并使已经患有糖尿病的人的血糖控制更加复杂。^{82, 83}药师在帮助糖尿病患者戒烟方面可以发挥重要作用。他们可以推荐非处方产品来帮助戒烟，对任何药物进行咨询，并提供有关在哪里接受额外戒烟服务的资源。关于药师在糖尿病预防和管理中的作用的更多信息可[在此](#)查阅。

链接背后的机制

烟草使用和糖尿病之间联系的确切机制并不完全清楚。然而，有证据表明，接触烟草烟雾会导致氧化应激和炎症，这些都是已知的 2 型糖尿病发展的风险因素。⁸⁴此外，烟草使用还可能影响胰岛素敏感性、葡萄糖代谢和血糖水平，使糖尿病的管理更加复杂。^{84, 85}

继续使用烟草制品的后果

患有糖尿病时继续吸烟会产生严重的后果。它增加了发展严重并发症的风险，包括心血管疾病、神经损伤、肾脏疾病和视网膜病变。糖尿病周围血管疾病和神经病变还可能导致糖尿病足感染或溃疡，以及潜在的脚步、脚甚至四肢截肢风险。⁸⁶此外，吸烟也会干扰某些糖尿病药物的效果，使糖尿病症状更难控制。⁸⁵

戒掉烟草制品的使用

戒烟是减少发生与糖尿病相关的严重并发症风险的最佳途径。有各种资源可以帮助人们戒烟，包括尼古丁替代疗法、行为改变疗法、支持小组和咨询。此外，糖尿病患者应与他们的医疗服务提供者（包括药师）密切合作，制定一个全面的计划来管理他们的糖尿病和减少他们发生并发症的风险。

2.5 精神疾病

烟草使用与精神障碍之间的联系常常被忽视。研究表明，烟草使用与一系列的精神健康状况密切相关，包括抑郁症、焦虑症和药物滥用障碍。⁸⁷患有精神疾病的人比一般人更有可能使用烟草，而且已经发现精神疾病在患者无法戒烟或抵制复发方面起着积极作用。⁸⁷

链接背后的机制

精神障碍与烟草使用之间的联系很复杂，主要与尼古丁依赖有关，因为这种具有精神活性和成瘾性的物质可以起到增强情绪的作用，暂时缓解焦虑和抑郁的症状。⁸⁸然而，随着时间的推移，烟草使用会使这些情况恶化，并增加患其他精神障碍的风险。⁸⁹

继续使用烟草制品的后果

继续使用烟草制品的精神疾病患者面临着一系列的负面后果。烟草使用会加重精神疾病的症状，导致住院率上升，治疗效果下降，预期寿命降低。烟草使用也会与精神药物发生作用，有可能导致不良反应、药物相互作用和降低药效。⁸⁹

戒掉烟草制品的使用

烟草使用与精神疾病之间的联系，突出了将戒烟作为精神健康治疗的一部分的重要性。戒烟可以改善心理健康的结果，提高心理健康治疗的效果。此外，戒烟计划可以为希望停止使用烟草制品的精神疾病患者提供支持和资源。⁹⁰关于药师在心理健康护理中的作用的更多信息可以[在这里](#)找到。

2.6 青春期/青少年

全世界 13 至 15 岁的青少年中约有十分之一是烟草使用者。⁹¹ 从年轻时开始使用烟草，有可能提高日后罹患多种疾病的风险，如癌症、心血管疾病和糖尿病。接触二手烟和第三手烟也有可能增加这些疾病的风险并造成有害影响。根据美国疾病控制中心的数据，自 2014 年以来，电子烟已成为美国青少年最常使用的烟草产品。⁹² 由于法定年龄限制和潜在的影响，青少年不太可能寻求戒烟帮助。

药师应该为青少年提供一个安全的空间来谈论戒烟问题，并通过提供可能有利于他们的方案和其他资源来鼓励他们戒烟。一些国家已经实施了戒烟运动和其他协议，以限制青少年对烟草的接触和使用。

93-96

链接背后的机制

尽管青少年时期接触烟草的长期影响还没有被完全了解，但研究表明，一个人吸烟的时间越长，他们患一系列威胁生命的疾病的风险就越大。此外，接触二手烟会导致内皮细胞的变化，这可能使接触二手烟的青少年面临负面健康影响的风险。因此，劝阻青少年使用烟草，创造无烟环境以保护他们的健康非常重要。⁷¹

继续使用烟草制品的后果

青少年持续使用烟草会增加他们出现各种相关健康问题的风险。对于患有哮喘的青少年来说，烟草使用会导致病情加重和症状加重。此外，年轻时的烟草使用是日后发展为慢性阻塞性肺病和肺癌的主要风险因素。因此，减少这些风险的最有效方法是鼓励年轻人戒烟。

戒掉烟草制品的使用

越早停止使用烟草，身体就有越多的时间恢复，获得烟草引起的疾病的风险就越低。因此，鼓励年轻人戒烟并支持他们的戒烟努力，对于促进长期健康结果和改善他们的生活质量至关重要。同伴支持小组的跟进可能是激励青少年自行戒烟的一种有希望的方法。⁹²

2.7 怀孕

怀孕期间的烟草使用率因所研究的国家和人口的不同而有很大差异。一项研究发现，在全球范围内，怀孕期间吸烟的流行率为 1.7%。尽管这似乎是一个相对较低的流行率，但在许多国家怀孕期间吸烟仍然很普遍，如爱尔兰（38.4%）、乌拉圭（29.7%）和保加利亚（29.4%）。在欧洲地区观察到的怀孕期间吸烟率最高（8.1%），而在非洲地区观察到的吸烟率最低（0.8%）。⁹⁷

怀孕期间使用烟草是一个重要的公共卫生问题，因为它可能对母亲和发育中的胎儿产生严重后果。烟草是一种已知的致畸物，怀孕期间使用烟草与出生缺陷和疾病有关，如认知迟缓、畸形、早产、低出生体重、死胎、婴儿猝死综合症和其他一系列对孩子不利的健康结果。⁹⁸ 使用烟草不仅有可能伤害胎儿，也有可能伤害母亲，因为它可能导致母亲的并发症，如焦虑或抑郁症的风险增加，前置胎盘和流产。⁹⁹

所有的孕妇都应该接受烟草使用的评估，并在怀孕初期和整个孕期为她们提供戒烟选择。⁶⁸ 基于怀孕期间使用烟草的风险，药师应鼓励孕妇戒烟，并提供资源和支持帮助她们戒烟。在许多国家，也有一些公共卫生运动，旨在减少孕妇的烟草使用，并提高对怀孕期间烟草使用相关风险的认识。¹⁰¹⁻¹⁰³ 孕妇戒烟干预流程图可[在这里](#)找到。

链接背后的机制

烟草影响怀孕的确切机制尚不清楚。研究表明，烟草可能对输卵管内的平滑肌运动产生负面影响，也可能影响上皮细胞的功能。¹⁰⁴ 虽然烟草使用影响怀孕的机制还不太清楚，但已经证明其影响对母亲和胎儿都是有害的。

继续使用烟草制品的后果

怀孕期间继续吸烟不仅会增加婴儿的风险，也会增加母亲的风险。吸烟有可能增加先天性畸形的比率，增加并发症的风险，并可能促成涉及不孕的因素。¹⁰⁵ 继续吸烟还可能使某些药物的效力降低，如氟伏沙明和氯丙嗪。⁶⁶

戒掉烟草制品的使用

尽管建议在受孕前戒烟；但事实证明，在怀孕的前 20 周内戒烟可以改善母亲和孩子的结果。有一些重要的因素可能会使怀孕期间戒烟变得困难，如压力增加、荷尔蒙变化和心理健康问题，这些都会增加渴望。妇女应该与她们的产科医生或医疗保健提供者交谈，因为他们可以提供与怀孕相适应的戒烟方案。¹⁰⁶

2.8 老年人

老年人很容易受到多种随年龄增长而产生的疾病的影响，如心血管疾病和认知障碍。心血管疾病是全球死亡的主要原因，每年约有 1790 万人死亡。¹⁰⁷ 烟草有能力与多种药物相互作用，并可能使某些疾病状态的症状管理复杂化。

研究表明，一些医疗服务提供者不太可能向老年患者提供戒烟方案。¹⁰⁸ 因此，药师鼓励并强调向老年患者提供戒烟选择是至关重要的。有许多选择可以提供给这一人群，如尼古丁替代疗法和咨询选择。

链接背后的机制

很少有研究探讨长期使用烟草对老龄人口的确切机制。烟草确实会改变某些药物的代谢和疗效，如某些降压药和抗抑郁药。向医护人员报告烟草使用情况是至关重要的。⁶⁶

继续使用烟草制品的后果

与年轻群体相比，老年人通常使用更多的处方药，并可能服用更多的非处方药。吸烟可能会影响这些药物的疗效。老年人也更容易出现认知功能的变化和心理变化，这可能使戒烟更加困难。¹⁰⁹ 烟草使用与认知障碍和过早死亡的风险较高有关。¹¹⁰

戒掉烟草制品的使用

戒烟是防止任何进一步的并发症和发展任何新的健康问题的最佳途径。任何年龄段的戒烟都有能力改善健康结果。老年人应该与他们的医疗服务提供者和家庭成员或照顾者讨论戒烟的选择，包括尼古丁替代疗法，可以根据任何当前的药物治疗方案进行调整。

3 由药房主导的戒烟干预措施

在 20 世纪初，当烟叶因药用原因在药店销售时，尼古丁和药店之间出现了历史性的联系。随着时间的推移，由于尼古丁的高需求和强效作用，这种做法演变成了 "香烟销售药店" 的概念。然而，随着吸烟的危害和不利影响变得明显并得到验证，药店的作用转向成为 "戒烟药店"。这种转变发生在 20 世纪 60 年代，将社区药房的模式从销售烟草香烟过渡到提供戒烟指导和帮助。这种情况导致了 1984 年美国食品和药物管理局批准的第一个尼古丁替代疗法的发展。¹¹¹

几十年来，药师在帮助病人戒烟和预防未来吸烟方面发挥了关键作用。他们提供咨询和监测，配发帮助戒烟管理的药物，并支持个人克服烟瘾。¹¹¹

以药房为主导的戒烟干预措施，指的是药师在协助想要戒烟的患者方面的作用，在世界各地都可以看到。¹¹¹⁻¹¹⁷ 这些干预措施可以从简短的建议到更细致的计划，取决于患者的需求和喜好。由药房主导的戒烟干预措施在挽救生命和减少烟草相关疾病的负担，包括预防非传染性疾病方面具有成本效益。^{111, 116, 118, 119}

有效的戒烟策略应主要涉及行为咨询，以提高戒烟过程中的动机并提供支持。行为干预可以采用建议、讨论、鼓励和其他行动的形式，帮助患者成功戒烟。¹²⁰ 也可以推荐药物干预，以帮助减少尼古丁的强化作用，并缓解通常与戒烟有关的戒断症状。由药房主导的干预措施的主要目标应该是防止复吸，并在复吸时向患者提供支持，鼓励他们在未来进行戒烟尝试。^{121, 122} 值得注意的是，动机在戒烟的成功中起着重要作用，行为咨询和药物治疗相结合的方法可以大大增加实现长期戒烟的机会。^{123, 124}

在药房推广戒烟计划可以使更多的患者使用该服务。西班牙的一项研究认为，药物管理是实现戒烟的成功方法，43% 的患者在 12 个月后实现了完全戒烟，与其他医疗环境相比，这是一个更好的结果。该研究的作者建议，应在机构层面系统地推广药房戒烟服务，以帮助减少烟草对健康的负面影响。¹²⁵

在加拿大实施以社区为基础的药师主导的戒烟计划，与未参加该计划的患者相比，等待全关节置换手术的患者戒烟率较高。因此，推荐使用这些社区资源，并可将其作为接受选择性手术的个人的护理标准。¹²⁶

另一项在泰国进行的研究表明，社区药房的戒烟服务，结合呼出的一氧化碳水平的自我报告来衡量患者的戒烟情况，成功地帮助患者戒烟。¹²⁷

在尼日利亚，一项关注社区药师在戒烟方面的态度和做法的研究表明，许多药师愿意在他们的诊所提供戒烟服务，但他们可能需要专门的培训来有效地执行这一任务。¹²⁸

如前所述，世卫组织已将戒烟列为六项 MPOWER 措施之一（即提供戒烟帮助）。^{4,5}这意味着世卫组织鼓励为戒烟提供支持⁶并相信包括药师在内的卫生专业人员在促进社会减少烟草使用方面有很大的潜力。

为帮助培训戒烟方面的卫生专业人员，世卫组织创建了一个自学课程，可供初级保健医生和其他卫生专业人员在线免费学习。¹²⁹这一资源对有意将提供戒烟服务作为其日常工作一部分的药师尤其有帮助。关于初级保健提供者培训的更多信息：简短的烟草干预（世卫组织电子学习课程）可[在此](#)获得。欧洲吸烟和烟草预防网络提供[烟草治疗的认证课程](#)。这一在线培训项目为欧洲的医疗卫生专业人员提供了接受最新循证实践培训的机会，以帮助他们的病人戒烟。

3.1 简要建议

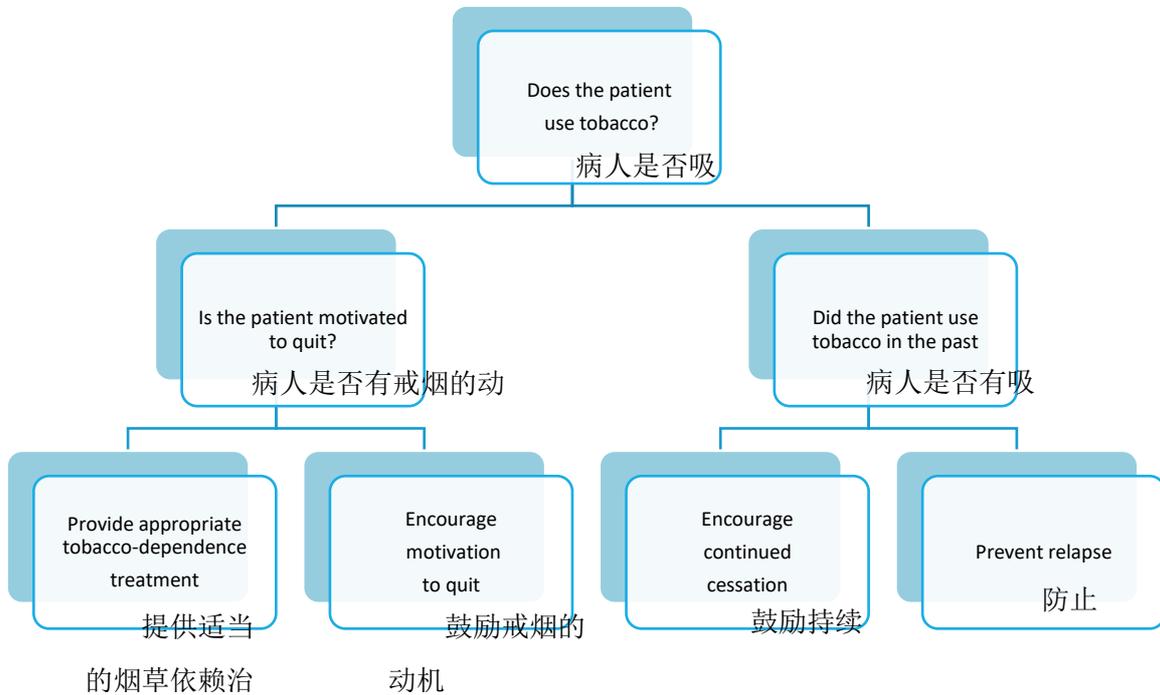
根据 WHO 的规定，简短建议指的是对所有烟草使用者提出的停止使用烟草的建议，通常只需要几分钟的时间，通常是在与医生或医护人员的常规咨询或交流过程中提出（见图 1）。简短戒烟建议的目的是让烟草使用者进行戒烟尝试。¹³⁰

社区环境中的药师在指导病人戒烟方面有很大的优势。他们很容易接触到公众，并提供一系列的预防服务来帮助改善病人的健康状况。医院里的药师也能帮助病人，为有特殊医疗条件或并发症的住院病人提供建议。医院药师在住院期间与病人的亲属和护理人员直接接触方面提供了一个优势。这是药师为病人及其家属提供建议和必要支持以促进戒烟的大好时机。就戒烟的重要性、对健康结果的影响以及对其他风险和疾病的预防进行咨询，为烟草使用者提供他们所需的戒烟资源。¹¹¹

包括药师在内的初级卫生保健专业人员可以通过询问患者的烟草状况来帮助他们实行戒烟。如果初级卫生保健人员持续询问烟草使用情况并鼓励烟草使用者戒烟，他们每年有可能接触到 80% 以上的烟草使用者。这种方法可以促使 40% 的使用者尝试戒烟，并帮助 2-3% 的接受简短建议的人成功戒烟。¹²

药师可以通过利用不同的基于证据的工具来协助改变人们的行为。因此，药师必须定期询问烟草使用情况并提供支持。最简单的方法是[非常简单的建议（VBA）](#)或 3As 模式（询问、建议、行动）。

¹³¹[VBA+](#)是一个更广泛的选择，可以由药师推荐，他们有机会建议进行药物干预。¹³²当有更多时间时，药师应鼓励他们的团队利用 WHO 的 5As 和 5Rs 方法来有效地提供戒烟干预（见下文）。¹²

图 1.提供简短戒烟干预措施的算法¹²

3.1.1 对准备戒烟的人进行简短的烟草干预（5As 模式）

5As 模型(图 2) 是一个很有价值的工具，药师可以通过在患者进入医疗机构的三到五分钟内提供建议来帮助准备戒烟的患者。当任何病人走到药房柜台时，药师都应该执行这个模式，以确保遵循正确的流程，引导病人做出积极的行为改变。该模式包括五个步骤：询问、建议、评估、协助和安排。

通过使用 5As 模式，药师可以为患者提供全面的戒烟支持，最终帮助他们戒烟并改善他们的健康。

12, 133

询问： 问的步骤包括询问患者的健康行为。药师应在每次接诊时例行询问所有患者是否为烟草使用者，并将他们的回答记录下来。诸如“你吸烟吗？”或“你使用任何烟草制品吗？”这样的问题是药师如何实施这一方法的好例子。此外，各国应考虑在所有医疗记录中记录烟草使用状况，以鼓励医疗卫生机构之间就戒烟进行沟通。¹²

药师应在每次接诊时例行询问所有患者是否是烟草使用者。

建议： 劝告的步骤包括就需要改变的行为以及为什么要改变的原因提供清晰而简明的建议。药师应鼓励所有的人了解戒烟的重要性，并在与他们交谈时，确保他们的建议是清晰、有力和个性化的。清晰

的建议可以包括这样的陈述：“重要的是你要明白你现在应该停止使用烟草，我可以帮助你”或“偶尔或轻微使用烟草仍然被认为对你的健康有危险”。坚定的语气可以表明药师有意帮助患者，并建立患者与提供者之间的可信度。一个例子可以包括：“作为您的药师，我需要您知道，使用烟草会导致许多未来的

的问题，保护您健康的最好方法是现在就停止。我们在这里为您提供帮助”。建议的个性化是获得个人信任的另一种方式。建议可以根据患者的人口统计学、健康问题或社会因素来确定。例如，由于生育风险增加，成年女性可能比男性更有可能参与戒烟。药师可能遇到的许多患者会有不同的健康问题，所以用针对他们需求的建议来鼓励他们，可以帮助促进戒烟。社会决定因素，如生孩子或经济上的考虑，可能是戒烟的动机，因此强烈建议制定个性化的问题和声明。在其他情况下，如果药师不能为患者提供建议，那么问“你不喜欢做烟民的什么？”可能会有帮助，可以让他们自我反思，药师也可以获得更多的理解，继续引导谈话。¹²

所有使用任何形式烟草的人都应该被建议戒烟。建议应该是明确、有力和个性化的。

评估：评估这一步骤可以让药师确定病人对戒烟的准备程度。在这里，药师应该问病人两个基本问题：“你愿意成为一名非吸烟者吗？”和“你认为你有机会成功戒烟吗？”。这些问题将关注病人的戒烟愿望和能力。如果问题一的答案是“不确定”或“不”，而问题二的答案是“不”，这意味着病人还没有准备好戒烟，药师应该使用 5Rs 方法进行干预（见下文）。如果两个答案都是“是”，那么病人已经准备好开始戒烟了，药师应该采“协助”和“安排”的例子来进行提问。¹²

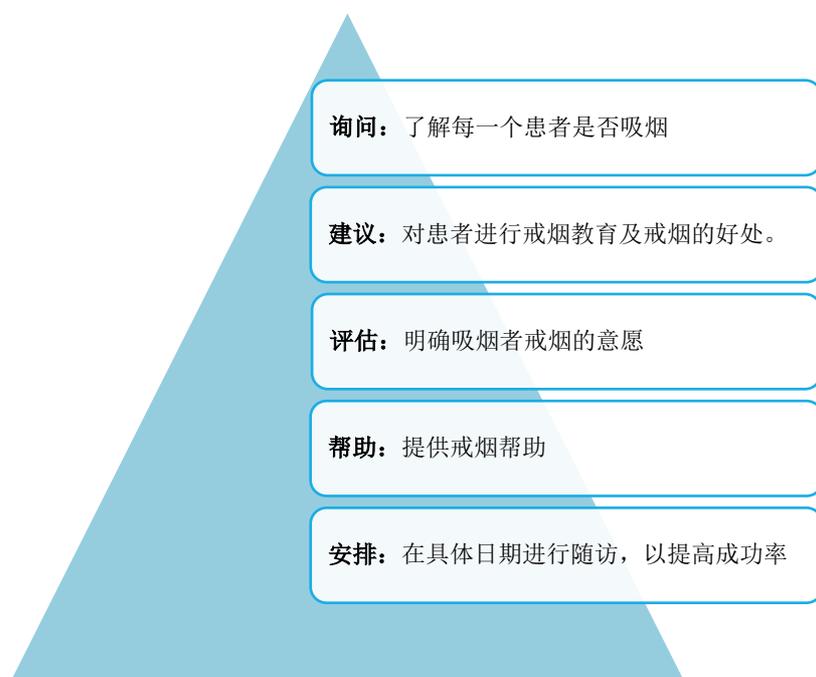
协助：协助的步骤包括与病人一起制定他们愿意遵守的戒烟计划。药师可以帮助病人制定戒烟计划，提供有用的咨询、社会支持、补充材料和其他有用的资源，并在需要时推荐使用经批准的药物。药师可以用 STAR 法协助病人制定戒烟计划。¹³³这个方法可以让病人

- 在两周内确定一个戒烟日期；
- 告诉他们的家人、朋友和同事有关戒烟的情况，并要求提供更多的支持；
- 预测在戒烟过程中可能出现的挑战；
- 从病人的环境中清除所有烟草制品，创造一个无烟空间。

药师还应提供咨询，重点是帮助患者识别和练习认知和行为应对方法，以管理任何危险的情况，因为这些活动可能会增加烟草使用或复吸的风险。药师还应提供有关戒烟益处的信息和社会支持团体，以鼓励戒烟尝试。药师应以关心和关注的态度进行沟通，并让患者放心，他们应该讲述自己的戒烟历程。我们鼓励药师准备一份服务清单，以便在患者求助时随时提供指导。这些服务可以包括戒烟热线、戒烟诊所或支持小组等资源。¹²

安排随访：安排步骤包括建立一个后续随访计划，以监测病人的进展，并根据需要提供持续支持。药师应安排与患者进行面谈或电话联系，进行后续访问，如果需要额外的帮助，可以考虑转介给专家。第一次随访联系需要安排在戒烟日期前一周，第二次可以在戒烟日期后一个月内完成。药师应该帮助所有的患者认识和预测当前或未来的挑战，以及可以获得的额外资源和支持。药师还应该评估患者的药物使用情况，并解决任何疑虑，为他们的下一次后续联系制定随访计划。对于保持戒断的病人，应该向他们表示祝贺，以促进鼓励。在复吸的情况下，药师应该提醒病人可以从他们的经验中吸取教训，并将其应用于未来的戒烟尝试。如果有必要，药师还可以建议患者接受额外的强化治疗或由专家提供更多支持。¹²

图 2.帮助准备戒烟的病人的 5As 模式¹²



5As 模式被设计为一种简短、有效和实用的行为改变方法。它经常被用于初级保健环境和其他保健环境，以帮助个人改善其健康行为并预防或控制慢性病。我们鼓励药师在与病人的每一次交流中都要实践这一模式。如果时间有限，药师应该考虑从每个类别中提出几个问题来解决任何问题。¹²

这种模式也是接近任何来药房的接触过二手烟的病人的一种简单方法。询问所有不吸烟的人他们周围是否有人吸烟，然后教育他们避免接触。确定病人是否愿意减少易感性，并协助他们将环境改造成无烟空间。最后，确保安排一周后的后续联系，以支持病人。¹²

简要建议示例 1：烟草使用 and 高血压

客户 (C): 你好!

药师(P): 你好, 欢迎进来!今天有什么可以帮助您的吗?

C: 我是来取药的。

P: 我在这里看到你的药物是治疗高血压的。如果你不介意我问, 你是否吸烟或使用任何烟草制品?

C: 谢谢你的询问。我每隔一天就抽一次烟。我知道吸烟对我没有好处, 所以我正在努力减少。

P: 你是对的。我很高兴听到你正在努力减少。吸烟是心血管疾病的一个很大的风险因素。继续吸烟会使你的高血压恶化, 还可能对你的心脏造成进一步的损害和并发症。我强烈建议你戒烟。在 1 到 10 的范围内 (其中 1 为低, 10 为高), 你现在有多大的动力去完全戒烟?

C: 目前, 我认为我有 9 分的戒烟动机。你能解释一下吸烟与我的高血压有什么关系吗?

P: 这很好。我看到你对戒烟感兴趣, 在药房里我们可以帮助你。你吸烟时吸入的尼古丁和化学物质会损害你的心脏和血管, 导致一种叫做斑块的粘性物质在你的动脉中堆积。吸烟已被证明会使您的血压升高, 所以我需要你知道, 现在戒烟是改善你未来健康状况的最好方法。

C: 我没有意识到我的吸烟与我的高血压有关。吸烟是否会给我的药物治疗带来一些问题?

P: 当然会。吸烟会与你的药物发生相互作用, 导致药物不能发挥预期作用。这种情况会使你的病情恶化, 也可能导致潜在的住院风险。如果你的血压不能得到控制, 你将来可能需要更高剂量的药物, 这可能导致药物副作用的风险增加。

C: 那么, 我还可以做其他事情来帮助保护我的心脏和控制我的血压吗?

P: 是的。除了不吸烟之外, 你还可以采取健康的生活方式。这可以通过吃健康的食物, 保持健康的体重, 以及参加适当的体育活动来实现。体育活动也显示可以减少对吸烟的渴望。记住, 重要的是你要知道吸烟会对你的身体造成其他风险, 如心脏病发作、中风甚至死亡。现在戒烟将增加你的预期寿命, 是改善你心血管健康的最好方法。你喜欢做什么样的事情来改善你的健康?

C: 我喜欢在大自然中散步。我想我会在我的日常工作中加入更多这样的活动。我从今天与你的交流中学到了很多。我打算和我的配偶谈谈戒烟的事, 然后再来药房和你讨论进一步的计划。

P：这是个好消息。我很高兴能帮助你，我很期待你能回来。你想先和你的配偶谈谈，这真是太棒了。告知你的家人和朋友关于戒烟的事情，可以让你在这段戒烟旅程中获得支持。我将给你这些读物和资源，其中包括我们今天讨论的信息和关于戒烟好处的其他细节。如果你同意，我将在这一周内给你打电话，跟进任何问题。如果你有任何问题或疑虑，请回来拜访我们的药房。我们一直在这里帮助你。

C：我会看一下这份材料，并在本周来拜访你。谢谢你的帮助。

P：很高兴能提供帮助。再见了。

简要建议示例 2：帮助戒除烟草使用

C：你好。我想戒烟，我希望你能帮助我。

P：你好。是的，当然，我很愿意帮助你停止使用烟草，这是你现在和将来可以采取的保护你健康的最佳行动。你多长时间吸一次烟或使用一次烟草制品？

C：在过去 10 年中，我每天至少抽四到五支烟。我过去曾试图戒烟，但我不知道为什么不能成功。

P：我理解这可能是一个很难改掉的习惯，但这并不是不可能的。每一次戒烟尝试都是一个机会，让你了解哪些情况会促进或阻碍你戒烟。你能找出其中的一些情况吗？

C：是的，我把吸烟与我以前的工作联系在一起，那份工作压力很大。另外，因为我所有的同事都是烟草使用者，在他们身边不抽烟很困难。现在可能很容易尝试，因为我最近换了一份压力较小的工作，而且我在家里工作。因此，我不必面对这两种情况。

P：这听起来不错。我很高兴你能够确定这两种情况，一旦它们不再出现在你的生活中，你可能就能在这次新的尝试中戒烟。能够识别戒烟中的挑战和困难是非常重要的，一旦这些挑战和困难被消除，戒烟就会变得更容易。干得好。

C：我认为这次我做了。我明白它对我的身体可能产生的影响，而且我想保护我的身体，因为我正在变老。我怎样才能开始呢？

P：很高兴听到这个消息。在你的戒烟过程中，我将全力帮助你。让我们制定一个戒烟计划来帮助你准备。首先，我们将设定一个戒烟日期。在那之前，你应该告诉家人和朋友你的戒烟情况，并请求

他们的支持。这段经历并不容易，会有一些挑战，但有别人的帮助会引导你完成这个过程。同样重要的是，你要把所有的烟草制品从家里拿出来，确保你的家和工作空间保持无烟环境。在以前的戒烟尝试中，你尝试过什么样的事情？你自己有什么想法吗？

C：其他时候我试图在没有帮助的情况下戒烟。当我一个人的时候，我可以减少吸烟，但是当我去上班，周围的人都吸烟，最后我也吸烟了，所以我从来没有成功过。而且当我感到无聊，在家里没有事情可做时，我也会抽得更多。我没有想法，当我感到无聊的时候可以做什么。

P：我可以理解这可能与你的吸烟有关。你想让我分享一些关于其他人发现的有用的想法吗？

C：是的，请。

P：有些人考虑从事一项他们喜欢的新爱好。这将使你花时间在你喜欢的活动上，并分散你的注意力，使你不会因为无聊而想抽烟。你喜欢做什么样的事情？

C：我喜欢园艺。现在我在家里呆的时间多了，我会尝试花更多时间在花园里。谢谢你的提醒。我想这将是一个调整，但我已经准备好戒烟并想保护我的身体。有什么地方我可以去寻求额外的支持吗？

P：是的。你可以随时到我们的药房来询问任何问题和疑虑。我还会向你提供额外的材料，其中有关于戒烟热线和支持小组的信息。这些资源在帮助你戒烟方面有很大的好处，里面有更多关于如何到达当地社区的免费帮助热线和方案的信息。

C：好的，这很好。在这个过程中，你会向我进行随访管理吗？

P：当然可以。让我们在本周安排一次后续访问，这样我们就可以讨论你的经历，解决你可能有的任何问题或担忧。然后，在未来，我们可以在一个月内或你认为有必要的时候跟进。你有什么问题要问我？

C：如果我没能成功戒烟怎么办？

P：这没关系。记住，即使你这次没有成功，你也可以从这次经验中吸取教训，并在将来继续努力戒烟。如果需要的话，我们还可以研究能够帮助你戒烟的专家支持或药物产品。踏出第一步，承认戒烟的重要性是很重要的，你已经做得很好了。继续相信自己，并知道有额外的帮助在等着你。如果你有任何问题，请联系我或药房的同事。

C：好的，我会的，非常感谢你的帮助。

3.1.2 对尚未准备好戒烟的人进行简短的烟草干预（5R 模式）

5Rs 模型（图 3）是根据动机访谈的原则开发的一个简短的动机干预模式，用于帮助那些还没有准备好改变行为的人。该模式可提高戒烟的积极性，包括激励性咨询干预的五个基本要素：相关性、风险、益处、障碍和重复性。药师可利用该模型将信息个性化，帮助患者认识到戒烟与他们的健康的相关性，识别与烟草使用相关的风险，强调戒烟的回报，预测成功的路障，并通过重复强化信息。通过使用 5R 模式，药师可以有效地提高戒烟的积极性，并帮助个人取得长期的戒烟成功。¹²5R 代表的是

相关性：相关性这一步骤包括确定改变行为的原因是重要的，以及它与个人的目标和价值观有什么关系。药师在处理疾病状况、风险、健康问题、以前的戒烟经历或个人戒烟障碍时，激励性信息是一种有效的策略，可以实施。像“戒烟与您个人有什么关系？”这样的问题就是专业人士鼓励患者分享他们对戒烟的想法的一个例子。¹²

•

风险：在风险步骤中，药师应协助患者识别和认识与他们个人相关的烟草使用的负面影响。在这里，药师可以问：“你对烟草使用可能带来的健康风险了解多少？”和“你具体担心什么？”以评估他们的担忧。风险可以是急性的、长期的或环境的。急性风险可分为呼吸急促、哮喘加重、呼吸道感染风险增加、对怀孕和不育的危害。长期风险可能包括心脏病发作、中风、癌症、慢性阻塞性肺病和需要持续护理。环境风险，如伴侣患肺部和心脏疾病的风险增加、低出生体重、婴儿猝死综合症、哮喘和烟草使用者子女的呼吸道感染，是烟草使用的负面后果的例子。¹²

•

益处：益处步骤包括确定个人在行为改变后将获得的好处和积极结果。药师应要求患者认识到戒烟的好处，如问“你知道戒烟对你的健康有什么好处吗？”。常见的正面例子可能包括健康状况的改善、经济上的节省、成为孩子和家庭成员的榜样、嗅觉和味觉的改善以及体育活动中表现的提高。戒烟还有利于身体外观，减少皱纹和衰老的影响，牙齿变白，这可能会使人对自己感觉更好。药师应鼓励烟草使用者戒烟，帮助他们了解戒烟的意义。¹²

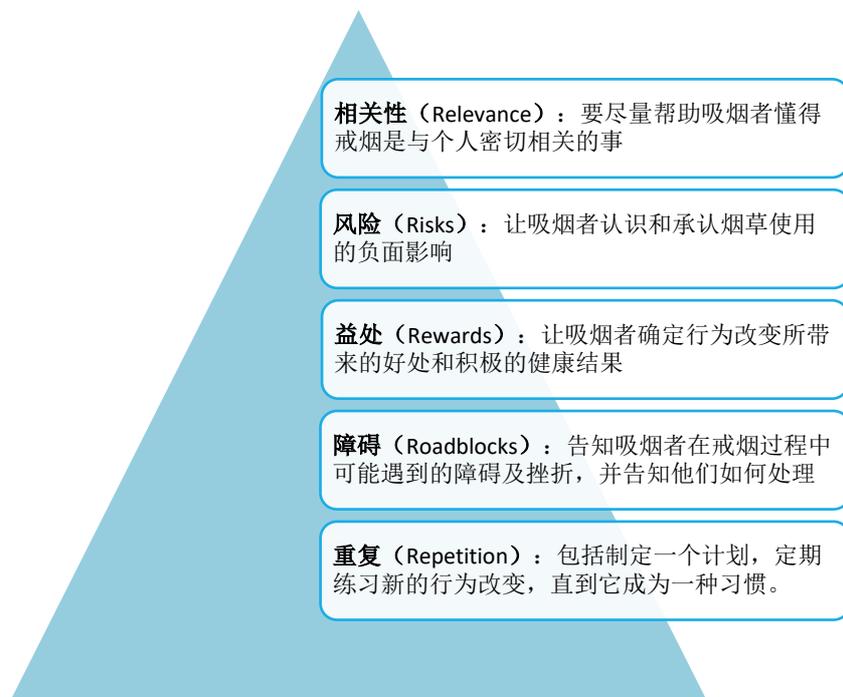
•

障碍：在障碍步骤中，药师可能会要求病人找出戒烟的特殊障碍，并提供可以帮助管理这些障碍的解决方案。常见的障碍可能包括戒断症状、体重增加、抑郁症、缺乏支持和害怕失败。诸如“对您来说，戒烟有什么困难？”这样的问题可以帮助患者认识到他们的障碍，药师可以通过提供咨询和药物管理帮助指导患者。¹²

•

反复练习：重复的步骤包括制定一个定期练习新行为的计划，直到它成为一种习惯。药师应继续评估患者戒烟的准备情况。鼓励在每次就诊时，当没有积极性的病人走到药房柜台前时，都要进行重复练习。药师可以说“现在我们已经谈过这个问题了，让我们看看你是否有不同的感觉”。在这里，药师应该思考 5As 模型，在这个模型中，我们要评估病人是否准备好进行戒烟尝试。药师应该向病人提出两个必要的问题来确定其意愿，如果病人准备好了，就按照 5As 模式，实施这些策略来评估戒烟。如果病人还没有准备好，就用积极的评价来结束互动，如“我明白这是一个困难的过程，但我知道你可以做到，我们在这里帮助你”。以鼓励的话语结束，将鼓励病人在决定改变其行为时再来找你。¹²

图 3.提高戒烟积极性的 5R 模式¹²



总的来说，5Rs 模式是一种实用而灵活的行为改变方法，可以应用于广泛的习惯和行为，包括与健康有关的行为、生活习惯和个人发展。通过解决影响行为改变的关键因素，5Rs 模式可以帮助个人提高他们的动机和信心，并最终实现他们的目标。药师应将这一模式和策略应用于那些尚未准备好戒烟的患者。

3.2 强化行为支持/咨询

行为改变的重点是如何有效地帮助个人改变其行为，以实现特定的目标或改善其福祉。它通常侧重于培养支持积极变化的新习惯和技能，以及提高动机和自我效能感。这可能包括关于如何做出持久改

变、如何克服障碍和诱惑、如何跟踪进展以及如何长期保持积极行为的建议。行为干预采取建议、讨论、鼓励和其他活动的形式，旨在帮助戒烟尝试取得成功。¹²⁰

强化行为支持或咨询是一种全面的、多学科的行为改变方法，重点是帮助个人克服复杂或持久的行为问题。这种类型的支持通常包括个人咨询或治疗、家庭或同伴/团体支持以及基于社区的干预，并使用针对特定人群（如弱势群体）需求的特定工具。药师在为病人提供支持和咨询方面发挥着关键作用，他们可以随时向社区中的各种群体提供咨询、鼓励、资源和治疗建议。⁹⁰

强化行为支持通常用于解决复杂或持续的行为问题，如药物滥用、饮食紊乱和其他精神健康状况。它也可用于帮助有发育障碍、自闭症或其他神经发育状况的人提高其社会和适应能力。⁹⁰

强化行为支持的目标是通过解决导致问题的根本因素，帮助个人实现其行为的持久、有意义的改变。这可能包括解决心理健康问题，改善社会技能和关系，以及发展新的应对策略和习惯。¹²⁰

强化行为支持通常包括与个人、其家庭和其他医疗保健专业人员密切合作，制定一个全面的、个性化的治疗计划，以满足其独特的需求和目标。这种类型的支持通常在一个较长的时期内提供，并定期跟进和监测，以确保正在取得进展，并确保正在解决任何阻碍变化的障碍。

强化行为支持是帮助个人戒烟的一种行之有效的方法。它涉及咨询、辅导和药物管理的结合，以解决烟瘾的生理和心理问题。行为支持可以包括一些策略，如识别诱因和应对机制，设定可实现的目标，并提供持续的鼓励和支持。强化行为支持可以通过各种渠道提供，包括面对面的或虚拟的辅导课程，基于电话的辅导或团体辅导方案。研究表明，接受强化行为支持的人更有可能成功戒烟并长期保持戒烟。

¹²⁰ 强化行为支持的一些例子包括：

- **团体咨询：**团体咨询旨在为正在尝试戒烟的人提供支持和指导。参与者可以分享他们的经验，提出问题，并从正在经历同样过程的其他人那里获得反馈。¹²⁰
- **个人咨询：**个人咨询课程为试图戒烟的个人提供个性化的支持和指导。在这些会议中，个人可以讨论他们在戒烟方面的具体挑战和障碍，并与辅导员一起制定一个克服这些障碍的计划。¹²⁰
- **电话咨询：**电话咨询是接受戒烟强化行为支持的一种方便、便捷的方式。个人可以拨打戒烟热线，与训练有素的辅导员交谈，他们可以提供有关戒烟的建议、支持和信息。¹²⁰

3.2.1 激励性访谈

动机访谈是一种咨询方式，主要是帮助个人提高改变的动机。在这些会谈中，个人可以探讨他们对戒烟的想法和感受，并制定一个计划来克服任何改变的障碍。鼓励患者改变动机的一个基本咨询工具是使用封闭式和开放式的问题。在与病人的每一次互动中，包括他们的首次就诊和任何后续会议，都应该强制使用这些问题。封闭式问题允许药师收集有关病人的重要信息以进一步帮助他们。这些问题一般以“什么”、“哪里”、“如何”、“有”、“何时”和“是否”等词开始。一旦药师了解了情况，他们就可以过渡到开放式的问题，以了解病人的关切和感受。诸如“你的治疗进展如何？”或“告诉我你对这整个过程的看法”这样的问题，可以从病人那里得到更多的单字答案，并可能让他们自我认识和反思自己的想法，以促进积极的改变。^{133, 134}

要进行一次成功的动机性谈话，有必要包括四个不同的过程：接触、聚焦、唤起和计划。接触过程是由服务提供者用来了解病人的情况，并为他们创造一个环境，使他们在讨论行为改变时感到舒适。在接触过程中，药师应该确保他们支持、安慰病人并与他们建立关系。聚焦过程经常被用来指导对话，在这个过程中，病人应该确立目标，如目标行为和行为改变的障碍。唤起过程使药师能够引导病人进行积极的改变，并帮助他们建立动机。它也允许反思病人是否愿意变得更好，药师应该通过谈话帮助病人发展内部动机。规划过程利用了改变和解决冲突的想法或关注点所需的奉献精神。药师应该制定一个明确的行动计划，包括设定目标、形成计划和建立对病人的支持。¹³⁵

此外，有四种核心的动机访谈技能，被称为 OARS--开放式提问、肯定、反思和总结。这些技能在咨询和协助病人戒烟时是必不可少的：

- **开放式问题**使病人有机会分享他们对特定情况的看法和任何可能有用的重要信息。如果向病人提供开放式的问题，他们在行为改变方面会获得更多的信任和接受。开放式问题要求病人的回答不仅仅是“是”或“不是”，而且常常允许他们反思自己的想法，以实施积极的改变。适当时考虑使用封闭式问题也很重要，因为这些问题可以为简单的问题提供快速的答案。¹³⁵
- 在动机访谈中，**肯定**是在病人身上建立积极行为改变的信心的关键因素。药师应提供有效的、真诚的、适当的肯定，使病人感到被认可和理解。¹³⁵
- **反思**是激励式面谈中的一项主要技能，用于建立对病人的兴趣、同情和理解。反思性倾听使药师能够参与到病人所说的话中，澄清任何问题或关切，并处理冲突，以影响积极的行为改变。¹³⁵
- **总结**是一种策略，它允许药师用三或四句话来总结所遇到的谈话内容。在这段时间里，应该向病人强调所讨论的信息，以显示积极的倾听，并确保双方都同意所讨论的信息。总结也提供了一个避免误解、纠正信息和解决关切的机会。¹³⁵

3.2.2 支持戒烟的认知和行为策略

药师在实施认知和行为策略以支持烟草使用者的戒烟努力中可以发挥关键作用。认知策略包括使用逻辑思维来帮助克服烟瘾，挑战烟草使用的感知益处，以及应对烟瘾。药师可以通过提供有关烟草使用的风险和戒烟的益处的信息，鼓励烟草使用者考虑烟草使用的后果。他们还可以对烟草使用的预期好处提出质疑，如缓解压力或控制体重，并展示烟草使用者如何在没有香烟的情况下应对他们的压力水平。

136

事实证明，在戒烟日之前保持几天的烟草使用日记对一些患者是有益的，因为这有助于他们更清楚自己的烟草使用模式。通过追踪他们的烟草使用诱因和高风险情况，患者可以制定替代活动和应对策略。例如，如果患者发现早上的一杯咖啡会触发他们的烟草使用冲动，他们可以考虑换成茶或果汁，以减少心理上的联想。烟草使用者可能与他们的烟草使用习惯有着多年的复杂关系。因此，戒掉这个终生的习惯需要大量的努力和时间。认知策略也可以帮助前烟草使用者处理他们的渴望。药师可以指导患者停止思考，即有意识地不去想烟草的使用，或进行思想替代，即选择思考其他事情来转移注意力。¹³⁶

可以推荐几种行为策略，帮助烟草使用者应对高风险的情况和诱因。药师可以建议一些策略，并支持烟草使用者寻找自己的替代品和替代活动。例如，"4D"是一个有用的策略，它建议延迟、深呼吸、慢慢喝水，以及做一些其他事情来转移注意力。建议延迟对吸烟的冲动采取行动，因为这种冲动通常在5分钟后就会减弱，而且戒烟的动机会重新出现。缓慢地进行长距离呼吸，在慢慢释放之前保持几秒钟，可以帮助平复心境，减少焦虑。慢慢地喝水，品味其味道，可以提供与烟草使用相似的感觉，有助于缓解使用烟草的冲动。找一个分散注意力的活动，如做运动，可以帮助转移注意力，减少使用烟草的欲望。这些策略对试图戒烟的烟草使用者很有用，药师可以建议并支持实施这些行为策略，帮助患者戒烟。¹³⁶

例子 后续访问的例子

C：你好。很高兴再次见到你。我又回来找你复诊了。

P：你们好。再次见到你真是太好了。你最近过得怎么样？

C：我做得很好。有些时候，不吸烟是很困难的，但我在尽力。

P：你的工作做得很好。你已经成功戒烟了吗？

C：是的。如果我有想抽烟的时候，我会尽量站起来，做一些有意义的事情来代替。

P：恭喜你。寻找策略和爱好来转移自己的注意力，重新引导这些情况，是预防吸烟的好方法。告诉我更多关于你在做什么。告诉我你在做什么样的生产活动来代替吸烟。

C：嗯，我喜欢骑自行车。它使我忘记了吸烟的冲动，我甚至觉得我在改善我的身体健康。

P：这很好！告诉我，你喜欢戒烟的什么？

C：我从未意识到我在香烟上浪费了这么多钱。戒烟后，我能够把每天花在香烟上的钱全部省下来，我计划在年底买些好东西。

P：这是奖励自己的一个绝妙方法。戒烟可能很难，但你正走在一条通往成功的伟大道路上。我很高兴能在这里帮助你的旅程。那么，告诉我这个过程对你来说是如何进行的。

C：就像你说的，有时会很困难。我知道改善我的整体健康和进一步降低健康问题风险的最好方法是我需要继续戒烟。我看到我的咳嗽和呼吸有所改善，我也在减少使用吸入器。我喜欢因为我戒掉了一个坏习惯而省钱。我知道这将继续具有挑战性，但在家人和药房的支持下，我知道我可以做到这一点。

P：我们是来帮助你的。我很高兴你明白不吸烟的好处，并看到你的症状有所改善。你正在实践良好的行为改变，你所取得的进展已经产生了变化。减少使用吸入器表明你的呼吸正在变好，继续戒烟可以防止任何药物的相互作用。你有什么问题要问我？

C：我读了你在我们上次访问时提供给我的材料，当时我们制定了一个戒烟计划。你给了我关于服务、支持团体和戒烟基本知识的信息。如你所知，我正在使用尼古丁替代疗法产品。我一直在使用第 1 步，即 21 毫克的贴片，我的医生建议现在转到第 2 步。

P：是的，你将从 21 毫克的第一步贴片过渡到 14 毫克的第二步贴片。医生已经减少了你的药量。你的用药情况如何？

C：补片的效果很好。我没有注意到我的睡眠和梦境有任何干扰，但我确实注意到我的皮肤在使用部位发红。这正常吗？

P：很高兴听到你在服用 NRT 后情况良好。使用贴片时，皮肤刺激是完全正常的。为了防止刺激恶化，确保每天更换贴片的部位，把它贴在没有毛的皮肤上。祝贺你到目前为止的旅程。你在保护你的健康和参与更健康的生活方式方面采取了很大的步骤。让我们设定一个月后的另一次个人访问跟进。在那之前，当你需要帮助时，请致电药房。我们将在这里解决任何问题或疑虑。

C：这很完美。我很快就会再见到你。我为我所取得的成就感到骄傲，我期待着继续我的积极行为。谢谢你。

3.3 烟草依赖的药物治疗

药物干预在烟草依赖的管理中起着重要作用，因为它们可以帮助减少戒断症状和渴望，从而增加戒烟的机会。戒烟药物分为一线药物（最有效且副作用小）：尼古丁替代疗法（NRT）、安非他酮 SR（缓释）和伐尼克兰；以及二线药物（效果较差且副作用大）：去甲替林。^{121, 137} 一线药物在帮助烟草使用者戒烟方面是有效的，它们通常与行为干预结合使用，以提高其疗效。¹²¹ 可以建议所有的病人进行药物治疗，特别是那些每天抽 10 支或更多烟的病人，或者那些在起床后 30 至 60 分钟内开始吸烟的病人。^{123, 138}

大约 70% 的香烟吸烟者希望戒烟，然而，通常平均需要六次左右的尝试才能实现长期戒烟。虽然每一种方法单独使用时都可能有效，但将行为咨询和使用 NRT 产品、安非他酮或伐尼克兰的药物治疗结合起来，可以大大增加戒烟的可能性。根据一项对 19,488 名烟草使用者的荟萃分析，药物治疗和行为咨询的结合在 6 个月内产生了 15.2% 的戒烟率，而简单建议或标准护理的戒烟率则为 8.6%。¹²⁴

作为药物专家，药师在支持戒烟工作中发挥着至关重要的作用，他们向患者介绍各种可用的药物，评估尼古丁依赖，推荐适当的药物治疗，监测药物的使用，并提供咨询以支持戒烟。此外，药师可以与其他医疗服务提供者合作，确保患者得到全面和协调的烟草依赖治疗。

3.3.1 一线治疗

烟草依赖的一线药物治疗包括 NRT 和非尼古丁药物，如伐尼克兰和安非他酮。¹²¹ 一项名为 EAGLES 的临床试验进行了随机双盲研究，涉及 8144 名烟草使用者，以评估伐尼克兰、安非他酮、尼古丁贴片和安慰剂的功效和安全性。结果表明，与安非他酮（16.2%）和尼古丁贴片（15.7%）相比，伐尼克兰的六个月戒烟率明显更高，达到 21.8%。每个治疗方案都比安慰剂（9.4%）更有效。将不同的 NRT 产品结合使用，如将尼古丁贴片与其他 NRT 产品结合使用，比使用单一 NRT 产品更有效。此外，与使用单一产品相比，将具有不同作用机制的药物（如伐尼克兰和 NRT）结合使用，在一些研究中已被证明可以提高戒烟率。因此，NRT 和非尼古丁药物是治疗烟草依赖的有效一线药物治疗方法，但重要的是将这些治疗方法与行为支持和咨询相结合，以达到最佳效果。¹²⁴

值得注意的是，患者应根据其个人需要和病史，接受适当的指导，以决定使用哪种药物。还要注意的，在一些国家，药师开具或发放伐尼克兰和安非他酮可能受到限制，它们可能需要医生的处方。药师必须了解各自国家有关戒烟药物处方和配药的规定和法律。

尼古丁替代疗法：NRT 是一种提供受控数量的尼古丁以帮助控制戒断症状和戒烟时产生的渴望的疗法。NRT 有多种形式，如咀嚼胶、锭剂、贴片、吸入器和鼻腔喷雾剂，所有这些产品都会逐渐释放尼古丁，从而降低症状和渴望的强度。由于有多种选择，病人可以根据他们的具体要求、容忍度和预算选择最合适的 NRT 产品。NRT 产品通过提供含有尼古丁的替代品，在提供烟草的替代物方面已经显示出有效性。因此，选择合适的 NRT 产品对成功戒烟至关重要，需要考虑患者的喜好和个人情况。¹²¹

联合 NRT 疗法涉及使用多种形式的 NRT，对于使用单一形式的 NRT 不成功的患者来说可能是一个合适的选择，因为它提供了一个更全面和个性化的方法来管理戒断症状和渴望。¹³⁷ 混合型 NRT 包括同时使用尼古丁贴片（一种长效 NRT 形式）和短效尼古丁产品，如尼古丁口香糖或尼古丁锭，由病人选择。戒烟贴片可在 24 小时内持续缓解戒断症状，而短效产品则根据需要用来控制任何意外的渴望或戒断症状。组合式 NRT 是推荐的 NRT 方法，但根据成本、副作用和病人的偏好等因素，使用单一形式的 NRT 也可能是一种可接受的选择。¹²¹ 表 3 包括可用于戒烟的 NRT 产品的例子。^{121, 133, 137}

表 3. 尼古丁替代疗法产品^{121, 133, 137}

NRT 产品	剂量	初始剂量	用法用量	不良反应	药学干预/特殊考虑
咀嚼胶	<ul style="list-style-type: none"> • 2 毫克 • 4 毫克 	<ul style="list-style-type: none"> • 对于在醒后 30 分钟内吸烟的烟草使用者，建议使用 4 毫克的剂量。 • 对于醒后吸烟超过 30 分钟的烟草使用者，建议使用 2 毫克的剂量。 	<ul style="list-style-type: none"> • 最多：24 片/天 • 每天每 1-2 小时 1 片，持续 6 周。 • 每天每 2-4 小时 1 片，持续 2 周。 • 每天每 4-8 小时 1 片，持续 2 周。 	<ul style="list-style-type: none"> • 头痛 • 咳嗽 • 口腔刺激症 • 打嗝 • 颞部疼痛 • 消化不良 	<ul style="list-style-type: none"> • 每个口香糖持续时间约为 30 分钟。 • 咀嚼胶不应该像普通口香糖那样不断咀嚼。 • 缓慢的咀嚼可以使咀嚼胶释放出一种 "辛辣" 般的刺痛感，这意味着咀嚼胶应该放在咀嚼胶和脸颊之间，以便吸收尼古丁。 • 旋转牙龈在口腔中 "停放" 的位置。 • 当刺痛感消失后，慢慢咀嚼咀嚼胶以重新激活尼古丁释放。 • 30 分钟后或感觉消失后丢弃咀嚼胶。 • 治疗可能持续长达 12 周

NRT 产品	剂量	初始剂量	用法用量	不良反应	药学干预/特殊考虑
锭剂	<ul style="list-style-type: none"> 2 毫克 4 毫克 	<ul style="list-style-type: none"> 对于在醒来后 30 分钟内开始吸烟的烟草使用者，建议使用 4 毫克的尼古丁锭剂。 对于醒后超过 30 分钟才吸第一支烟的烟草使用者，推荐使用 2 毫克的锭剂。 	<ul style="list-style-type: none"> 在治疗的前 6 周，患者可每隔 1 至 2 小时使用 1 片。 最大剂量：每 6 小时 5 片或每天 20 片。 在接下来的 6 周内逐渐减少每天使用的锭剂数量。 	<ul style="list-style-type: none"> 噁心 打嗝 咳嗽 头痛 消化不良 	<ul style="list-style-type: none"> 对于不希望或不能咀嚼尼古丁口香糖的患者（例如，由于颞下颌关节疾病）来说是一种替代方案。 吸收发生在整个口腔旋转的时候。 应将该锭剂放入口中，让其在 30 分钟内溶化。 请勿咀嚼或吞咽锭剂。 治疗可能持续长达 12 周。
<ul style="list-style-type: none"> 贴剂 	<ul style="list-style-type: none"> 7 毫克 14 毫克 21 毫克 3 个步骤的方法： 步骤 1=21 毫克/24 小时 	<ul style="list-style-type: none"> 最初的治疗剂量取决于每天吸烟的数量： <ul style="list-style-type: none"> 重度吸烟者 >10 支/天 轻度吸烟者 ≤10 支/天 	<ul style="list-style-type: none"> >10 支/天=6 周的步骤 1，然后 2 周的步骤 2，再 2 周的步骤 3。 ≤10 支/天=6 周的步骤 2，然后 2 周的步骤 3。 	<ul style="list-style-type: none"> 异常梦境 失眠 皮肤刺激（施用部位的一过性瘙痒、烧灼感和刺痛）。 	<ul style="list-style-type: none"> 贴剂以各种剂量生产，并遵循 3 个步骤的方法，如剂量栏中解释的那样。 应每天在清洁的皮肤上贴单片。 贴在颈部和腰部之间的无毛皮肤上。 贴的部位应每天轮换。 不要把贴剂切成小块。

NRT 产品	剂量	初始剂量	用法用量	不良反应	药学干预/特殊考虑
	<ul style="list-style-type: none"> 第 2 步=14 毫克/24 小时 第 3 步=7 毫克/24 小时 				
鼻腔喷剂	0.5 毫克/ 喷雾	<ul style="list-style-type: none"> 每隔 1-2 小时在每个鼻孔喷一次。 	<ul style="list-style-type: none"> 建议剂量为每小时喷 1 或 2 次。 最大剂量是每小时喷 10 次，每天总喷洒量不超过 80 喷。 	<ul style="list-style-type: none"> 鼻腔刺激 喉部刺激 鼻炎 打喷嚏 撕裂 	<ul style="list-style-type: none"> 不建议有反应性气道疾病的患者使用。 鼻腔喷雾剂产生的尼古丁峰值水平高于其他 NRT 产品。 为确保尼古丁的充分吸收，告诉病人在灌注时将头向后倾斜。 治疗可能持续 3 至 6 个月。
吸入器	4 毫克/盒	<ul style="list-style-type: none"> 最初的剂量是 "根据需要" 进行个性化设定，并在治疗过程中逐渐递减： 	<ul style="list-style-type: none"> 使用头 3 个月后剂量逐渐减少。 	<ul style="list-style-type: none"> 口腔和喉咙的刺激 鼻炎 咳嗽 	<ul style="list-style-type: none"> 每个药盒可提供 80 次吸入。 治疗可能持续长达 6 个月。

NRT 产品	剂量	初始剂量	用法用量	不良反应	药学干预/特殊考虑
		<ul style="list-style-type: none">在治疗的前 6 至 12 周，患者每天可使用 6 至 16 个药液匣。			

非尼古丁药物：有几种非尼古丁药物已经被批准用于治疗烟草依赖（表 4）。表 4) 安非他酮是一种抗抑郁药，有助于减少戒断症状和渴望。安非他酮缓释剂被认为可以通过两种不涉及尼古丁的方法帮助个人戒烟。它的作用是阻碍大脑神经细胞对去甲肾上腺素和多巴胺的重吸收，这可以减少戒断症状、尼古丁渴望和吸烟的冲动。此外，它还具有阻碍某些尼古丁乙酰胆碱受体的次要作用，尽管这种活动的全部意义还没有被完全理解。¹³³

伐尼克兰的作用是部分阻断尼古丁受体的活动，这可以减少尼古丁的愉悦效果，也可以减轻戒断症状。这意味着，如果使用伐尼克兰的病人选择吸烟，他们可能会发现尼古丁的效果不那么令人愉快。许多临床研究表明，接受伐尼克兰的病人比接受安慰剂的病人在戒烟方面更成功。¹³³

联合疗法：联合疗法包括使用两种或更多的药物来增加成功的机会和提高戒断率。例如，可以使用 NRT 和安非他酮的组合来提高治疗效果，减少戒断症状和渴望的严重程度。由于其部分尼古丁拮抗剂机制，伐尼克兰不应该与 NRT 联合使用。¹³³

表 4.非尼古丁类药物^{133, 136}

非尼古丁药物	初始剂量	剂量增加	副作用	禁忌症	药师干预/特殊考虑
安非他酮	<ul style="list-style-type: none"> 150 毫克，每天一次，连用 3 天 	<ul style="list-style-type: none"> 从第 4 天起：150 毫克，每天两次 最大剂量：300 毫克 	<ul style="list-style-type: none"> 失眠 口干 头痛 减肥 噁心 呕吐 心动过速 	<ul style="list-style-type: none"> 癫痫病发作。 有饮食失调史（目前或以前有暴食症或神经性厌食症的历史）。 同时使用单胺氧化酶抑制剂或在过去 14 天内服用过这些药物。 突然停用酒精、苯二氮卓类药物、巴比妥类药物或抗癫痫药物。 	<ul style="list-style-type: none"> 可与 NRT 产品结合使用。 在戒烟日期前 1-2 周开始用药，持续 7-12 周。 剂量要分开 8 小时。 出现失眠的病人应考虑提前给药时间。 出于对成本的考虑，可提供非专利制剂。 对于较重的烟草使用者，有些治疗时间可能会持续到 6 个月。
伐尼克兰	<ul style="list-style-type: none"> 第 1 至 3 天 =0.5 毫克，每天一次 第 4 至 7 天 =0.5 毫克，每天两次 	<ul style="list-style-type: none"> 每周滴定维持剂量。 第 8 天及以后=1 毫克，每天两次 	<ul style="list-style-type: none"> 噁心 异常梦境 头痛 失眠 	<ul style="list-style-type: none"> 严重超敏反应 	<ul style="list-style-type: none"> 剂量滴定发生在 1 周内。 应在戒烟日期前 1 周服药。 治疗可能持续 12 周；成功完成之前 3 个月治疗的病人可能需要额外的 12 周治疗，以增加戒断的机会。

非尼古丁药物	初始剂量	剂量增加	副作用	禁忌症	药师干预/特殊考虑
		<ul style="list-style-type: none">继续这个剂量 11 周（共 12 周的治疗）。	<ul style="list-style-type: none">烦躁不安自杀的想法		<ul style="list-style-type: none">由于其部分尼古丁拮抗剂的机理作用，不应与 NRT 产品一起使用。

需要再次指出的是，烟草依赖的药物治疗应与行为支持和咨询结合使用，因为这些药物与全面的戒烟计划结合使用时最为有效。¹²⁰

3.3.2 二线治疗

烟草依赖的二线药物治疗方案通常在一线治疗不成功或个人不能很好耐受时使用。这些选择包括替代药物，它们针对不同的作用机制。用于治疗烟草依赖的替代药物包括去甲替林。

去甲替林是一种三环类抗抑郁药，已被证明在减轻戒断症状和减少吸烟冲动方面有一定的疗效（见表 5）。¹²¹

表 5.戒烟的二线药理治疗^{139, 140}

医学	起始剂量	剂量增加	副作用	禁忌症	药师干预/特殊考虑
去甲替林	<ul style="list-style-type: none"> 第 1 至 3 天= 每日一次，每次 25 毫克，睡前服用 第 4 至 7 天=50 毫克，每天睡前一次 	维持剂量： <ul style="list-style-type: none"> 第 8 天及以后=75 毫克，每天睡前一次 	<ul style="list-style-type: none"> 便秘 腹泻 口干 噁心 尿潴留 恶梦 视力模糊 	<ul style="list-style-type: none"> 超敏症 使用 MAOIs（同时使用或在停用去甲替林或 MAO 后的 14 天内）。 	<ul style="list-style-type: none"> 在计划戒烟日期前>2 周开始服药。 怀孕 治疗的长度为 8-12 周。

需要注意的是，使用去甲替林治疗烟草依赖应该在医疗服务提供者的密切监督下进行。这是因为这种药可能有副作用，而且可能不适合有某些医疗条件的人。此外，考虑使用二线治疗方法的人在做出决定前应充分了解其风险和益处。

3.3.3 效益有限或未经证实的治疗方法

除了烟草依赖的一线和二线药物治疗外，还有其他已经研究或用于这种情况的选择，但其益处有限或未被证实。这些方法包括**可乐定**、**野靛碱**和电子香烟。

可乐定：可乐定主要用于治疗高血压。然而，它也被研究用于治疗烟草依赖的潜力，因为它已被证明对减少戒断症状有一定效果，包括易怒、焦虑和不安。可乐定通过减少交感神经系统的活动而发挥作用，交感神经系统负责调节身体的战斗或逃跑反应。在烟草依赖的情况下，可乐定可能通过降低该系统的活动来帮助减少戒断症状，从而降低症状的严重程度。¹²⁴ 可乐定通常以小剂量处方，可以是片剂或透皮贴剂，通常每天给药两次。可乐定可能有副作用，如嗜睡、口干和头晕。此外，它还可能与其他药物发生相互作用，并且可能不适合患有某些疾病的人，如心脏病或肝病。^{121, 124}

野靛碱：野靛碱是一种植物性生物碱，是一种针对 α -4 β -2 尼古丁乙酰胆碱受体的部分激动剂。多年来，金雀花在一些东欧、中欧和中亚国家被用于戒烟，但在美国或西欧尚未上市。^{121, 141}

电子香烟：电子香烟是一种手持式电子烟具，通过产生气溶胶加热含有尼古丁的液体来模拟吸烟（见第 1.2 节）。⁰。这种设备产生的气溶胶被吸入肺部，可能含有有害物质，如致癌的化学品和微粒。^{37, 121} 电子香烟含有毒素，会让人上瘾，对身体有害。这些产品仍然是新推出的，需要进行许多额外的研究，以显示其长期的健康影响。¹⁴² 重要的是要明白，电子香烟的作用还不清楚，长期的好处还没有显示出来。¹²¹ 电子烟会带来健康风险，特别是对非烟草使用者、年轻人和儿童，虽然它们可能帮助烟草使用者戒烟，但需要更好的证据来了解它们对健康的影响、安全性和对戒烟的功效。³¹ 包括世卫组织在内的各种卫生组织都对使用电子烟可能带来的不良健康后果表示关切。⁴³

药学专业人员可以在减轻使用电子烟的危害方面发挥关键作用，他们可以告知并指导患者电子烟对健康的潜在影响，以及对经证实的干预措施不成功的吸烟者在戒烟方面的潜在用途。在一些国家，如澳大利亚，药师已经为希望戒烟并有处方的成年人配发这些产品并提供建议。¹⁴³

药师还可以在监测和管理使用电子烟的潜在不利影响方面发挥作用，如尼古丁成瘾或肺部损伤。他们可以为试图戒烟的病人提供咨询和支持，并为他们提供适当的资源和经过验证的戒烟辅助工具。

总的来说，药师可以发挥重要作用，帮助患者在使用电子烟方面做出知情决定，并为他们提供所需的支持和资源，以管理与电子烟使用相关的潜在风险。药师应告知患者电子烟对健康的影响，并解释其长期影响尚不清楚。¹²¹ 电子烟也会带来健康风险，特别是对非吸烟者、年轻人和儿童，虽然它们可能在帮助一些吸烟者戒烟方面发挥作用，但它们可能会阻碍一些人的戒烟，从而延长或增加对尼古丁的成瘾。因此，需要更好的证据来了解它们在烟草和戒烟方面的健康影响、安全性和有效性。³¹

3.3.4 提高药物接受度和依从性

吸烟是一个很难戒除的习惯，许多人需要尝试六次才能成功戒烟。¹²⁴通过药师提供有关药物依从性和管理的支持和建议，可以改善健康结果。为了提供有效的药物治疗管理，我们需要认识到一些注意事项，并与病人进行讨论。至关重要的一点是，患者要理解他们愿意做出积极行为改变的重要性。戒烟药物有助于缓解戒断症状；但是，药物并不能治愈烟瘾。药师应该提供有关戒烟的潜在影响和治疗管理的信息。此外，确保病人服用正确的剂型和剂量也很重要。这将减少不良反应的风险。如果剂量太低，药物的效果就会下降，导致戒断症状，而如果剂量太高，病人可能会出现更多的副作用。同样重要的是，病人要知道他们需要服用多长时间的药物。有些 NRT 产品在服药一段时间后，会有一个递减的剂量。在这段时间内，应鼓励病人继续改变行为。此外，病人可以考虑通过心理支持来进一步优化治疗，因为专业的帮助会提高成功率。¹²⁵

药师可以利用 COM-B（能力、机会、动机、行为）模型来设计他们的戒烟服务。这个模型是制定和实施行为改变干预措施的指南。具体来说，通过利用 COM-B，药师可以创建有针对性的干预措施，以促进戒烟。“能力”指的是一个人参与戒烟活动所需的知识和技能。“机会”指的是超越个人的外部因素，可以促进行为的改变。“动机”与改变行为的愿望有关，包括情感、习惯和分析决策。能力、机会和动机共同作用，影响和推动行为改变。COM-B 模型还可以帮助确定作为坚持尼古丁替代疗法的促进因素或障碍的因素。2020 年的一项系统综述分析了 26 项研究，这些研究利用 COM-B 模型来确定影响坚持使用 NRT 的因素。从这一回顾中获得的见解可以帮助指导药师主导的干预措施的发展，旨在改善 NRT 的依从性。

144

有几种药物已被证明可通过药代动力学或药效学机制与烟草烟雾发生作用。药代动力学相互作用可影响其他药物的吸收、分布、代谢和消除，可能导致超出预期的药理反应。药效学相互作用可以改变其他药物的预期效果或作用。触发相互作用所需的准确吸烟量是未知的，而且假定所有烟草使用者都同样容易发生相同程度的相互作用。¹⁴⁵在许多发生相互作用的情况下，病人可能需要调整剂量以达到足够的药效和安全。已证实与烟草烟雾发生相互作用的药物包括氯氮平、茶碱、奥氮平、普萘洛尔、胰岛素、肝素、苯二氮卓类药物如阿普唑仑、阿片类药物和三环类抗抑郁药、 β -阻断剂、氟哌啶醇、吸入型皮质激素和激素类避孕药。^{145, 146}激素类避孕药的组合是最需要考虑的相互作用，因为 35 岁或以上的妇女如果每天吸烟 15 支或更多，其严重的心血管副作用的风险就会增加，这使得所有激素类避孕药的使用成为禁忌。¹⁴⁵药师了解这些药物的相互作用是很重要的，这样他们可以向病人提供有效的建议，并酌情与其他服务提供者联系。关于如何优化治疗效果的更多信息可[在此](#)查阅。

4 支持戒烟的其他资源和工具

4.1 戒烟的数字工具

近年来，用于戒烟的数字工具变得越来越流行。这些工具可以非常有效地帮助个人戒烟和克服烟草依赖。一些最常用的戒烟数字工具是戒烟 APP、在线支持小组、NRT 应用、短信方案、虚拟咨询和社交媒体活动。

戒烟应用程序：戒烟应用程序是为烟草使用者提供戒烟资源和支持的移动应用程序。它们提供一系列的功能，如跟踪进度、设定目标和提供激励信息。药师可以推荐使用移动应用程序和数字工具，为戒烟提供个性化的支持和资源，如[世界卫生组织的戒烟应用程序](#)。

在线支持小组：在线支持小组是虚拟社区，人们可以在这里与经历同样戒烟过程的人联系。这些团体提供同伴支持、建议和鼓励，以帮助烟草使用者保持良好状态。在线支持小组的例子包括[BecomeAnEX](#)和[QuitNet](#)。

NRT 应用程序：NRT 应用程序为使用尼古丁替代产品（如尼古丁口香糖或贴片）的人提供支持和资源。它们提供的功能包括剂量跟踪、提醒和关于 NRT 好处的信息。

短信方案：短信计划是一种简单而有效的方式，可以定期接受戒烟支持和鼓励。它们每天或每周发送短信，提供提示、提醒和激励信息，帮助烟草使用者保持良好状态。[SmokefreeTXT](#) 就是一个短信计划的例子。

虚拟咨询：虚拟咨询提供训练有素的咨询师或教授的在线支持，他们可以帮助烟草使用者戒烟。他们提供个性化的支持、建议和指导，帮助烟草使用者克服障碍，保持动力。虚拟咨询项目的例子有[MyQuit Coach](#)和[Florence](#)。Florence 由世界卫生组织与 Soul Machines、亚马逊网络服务和谷歌云合作开发，是一个人工智能机器人，作为一个全天候的虚拟卫生工作者，为试图戒烟的人提供数字建议。

社交媒体宣传：社交媒体活动可以成为促进戒烟的有效方式，并为试图戒烟的个人提供支持。这些活动可以提供激励性信息，通过视频叙述分享成功故事，并提供资源和支持。

总的来说，用于戒烟的数字工具可以成为戒烟的有效途径。它们可以帮助正在尝试戒烟的人保持动力和方向，使戒烟的过程更容易管理，压力更小。表 6 和表 7 列出了一些可用于戒烟的数字和在线工具、移动应用和基于网络的项目。

表 6.可用于支持个人停止使用烟草的数字和在线工具

组织机构	资源	URL
美国癌症协会 (ACS)	ACS 戒烟指南	https://www.cancer.org/healthy/stay-away-from-tobacco/guide-quit-smoking.html
美国心脏协会 (AHA)	美国健康协会的戒烟资源	https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-lifestyle/quit-smoking-tobacco
美国肺脏协会 (ALA)	ALA 免于吸烟的自由	https://www.lung.org/quit-smoking
无烟儿童运动	无烟儿童资源	https://www.tobaccofreekids.org/
美国疾病控制和预防中心 (CDC)	疾病预防控制中心的戒烟资源	https://www.cdc.gov/tobacco/quit_smoking/index.htm
欧洲吸烟和烟草预防网络 (ENSP)	ENSP 资源	https://ensp.network/resources/
美国国家癌症研究所 (NCI)	NCI 无烟组织	https://smokefree.gov/
美国国立卫生研究院 (NIH)	美国国立卫生研究院无烟化	https://smokefree.nih.gov/
真理倡议	成为一个执行者	https://www.becomeanex.org/
美国退伍军人事务部 (VA)	VA 烟草与健康	https://www.mentalhealth.va.gov/quit-tobacco/
世界卫生组织 (WHO)	世界卫生组织的戒烟资源	https://www.who.int/activities/quit-smoking

组织机构	资源	URL
	世界卫生组织戒烟工具包	https://www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day/2021/quitting-toolkit

表 7.可用于支持个人停止使用烟草的移动应用程序

移动应用程序	iOS/Android/基于网络	基于订阅的
ALA 免于吸烟的在线计划	基于网络的（移动友好）。	没有
成为一个执行者	基于网络的（移动友好）。	没有
国民保健服务局戒烟	安卓/iOS/ 基于网络	没有
摆脱困境--永远戒烟	基础设施	免费（有应用内购买的免费）。
点击率	iOS/Android	是
渴望戒烟	iOS/Android	是（可免费试用）。
弗拉米	安卓	免费（有应用内购买的免费）。
佛罗伦萨（世界卫生组织）	基于网络的（移动友好）。	没有
ismokay - 戒烟	iOS/Android	免费（有应用内购买的免费）。
Kwit	iOS/Android	免费（有应用内购买的免费）。
我的戒酒伙伴	iOS/Android	没有
我的戒烟教练 (LIVESTRONG)	基础设施	没有

国民保健服务局戒烟	iOS/Android	没有
现在就戒烟：马克斯-克尔斯登	iOS/Android	免费（有应用内购买的免费）。
戒烟指南	iOS/Android	没有
现在退出	iOS/Android	免费（有应用内购买的免费）。
辞职	iOS/Android	没有
戒烟追踪器：停止吸烟	安卓	免费（有应用内购买的免费）。
无烟	iOS/Android	免费（有应用内购买的免费）。
SmokeFree28	iOS/Android	没有
无烟：减少或戒掉	iOS/Android	没有
戒烟 - EasyQuit 免费	安卓	没有
世界卫生组织戒烟应用程序	iOS/Android	没有

4.2 电话支持

电话支持为个人尝试戒烟提供了一种方便的方式。这种支持也被称为戒烟热线，远程提供咨询服务，包括由合格的医疗服务提供者提供建议、指导和激励，以克服戒烟挑战。¹⁴⁷ 电话支持使有沟通障碍、无法获得其他资源、行动不便或生活在偏远地区的人受益。此外，具有强化视频会议服务的远程医疗提供了与电话支持相当的效果。然而，所涉及的费用、戒烟中心的准备情况和宽带接入问题限制了远程医疗的使用，特别是在农村社区。^{148, 149}

4.3 自助材料

自助材料可以有效地帮助那些在没有医护人员或辅导员协助的情况下需要戒烟干预的个人。¹⁵⁰ 从这些材料中获得的信息包括与烟草使用相关的健康风险、关于戒烟尝试的提示、管理烟瘾的策略或监测戒

断症状。然而，强烈建议为个别烟草使用者提供有针对性的信息、¹⁵¹强化项目的可用性取决于一个国家的财政支持。¹⁵²这些材料作为独立或辅助治疗提供，使个人能够按照自己的条件和速度自我管理戒烟尝试。自助材料包括书籍、传单、多媒体和在线资源。大多数材料也可以从干预措施中获得，这些干预措施涉及通过个人方式或基于电话的服务的支持小组以及各种关于戒烟的社区活动。

4.4 烟草依赖性评估的工具

烟草依赖有三个方面的：身体依赖、心理依赖以及行为和社会依赖。因此，在评估患者时必须考虑这三个方面。有几种简单易行的工具，包括药师在内的医护人员常用于烟草依赖性评估。这些工具都是为评估烟草依赖的不同方面而设计的，可以提供有价值的信息，帮助指导治疗决策。药师可以很容易地使用这些工具来评估患者的尼古丁依赖程度和戒烟动机，并根据评估结果提供适当的支持以帮助个人克服烟草依赖。¹⁵³

4.4.1 尼古丁依赖检测量表

Fagerström 耐受性问卷最初由 Karl-Olov Fagerström 开发，1991 年由 Todd Heatherton 等人进行了修改，成为广泛使用的 [Fagerström 尼古丁依赖检测量表 \(FTND\)](#)。¹⁵⁴FTND 已被普遍用于研究和临床，以评估尼古丁依赖性并监测依赖性随时间的变化。它还用于识别可能从 NRT 或其他戒烟干预措施中受益的人。

FTND 是一份自制的、有六个问题的问卷，评估身体对尼古丁成瘾的强度。该测试询问有关烟草使用行为的问题，如一个人醒来后多久吸烟，每天吸多少支烟，使用的强迫性和依赖性。这些问题根据个人的回答进行评分，其结果可用于确定尼古丁依赖的程度，并指导药师对病人进行最佳治疗（见附录 1）。¹⁵⁴FTND 的一个变种被用来测量无烟烟草（ST）使用者的依赖性。¹⁵⁵

4.4.2 烟草依赖量表

烟草依赖量表（TDS）是一个用于识别烟草依赖者的工具。它被设计成一种快速而简单的方式来评估烟草依赖程度，并提供适当的戒烟干预措施，如 NRT 和咨询。¹⁵⁶

该筛选器由一系列 10 个问题组成，评估个人的尼古丁依赖程度、烟草使用行为和戒烟历史。问题的例子包括 "你每天抽多少支烟？"、"你以前是否尝试过戒烟？"、"你是否使用过尼古丁替代疗法或其他药

物来戒烟？”（见附录 2）。根据个人对这些问题的回答，筛查器提供一个分数，表明烟草依赖的程度。然后，药师可以利用这个分数来确定适当的干预或治疗水平。¹⁵⁶

TDS 是基于《诊断与统计手册》第四版（DSM-IV）和《国际疾病分类》第十版（ICD-10）中概述的依赖性定义。TDS 在与吸烟有关的研究中通常被用作烟草依赖的筛查工具，但在 ST 使用者中也表现出可接受的可靠性和有效性。¹⁵⁷

4.4.3 香烟依赖性量表

[香烟依赖性量表（CDS）](#)是一个用于评估烟草使用者中香烟依赖性严重程度的工具。该工具包括 12 个项目的量表，称为 CDS-12，以及该量表的 5 个项目版本（CDS-5）。CDS-12 涵盖了 DSM-IV 和 ICD-10 定义的依赖性的主要内容（即强迫性、戒断症状、失控、时间分配、忽视其他活动和不顾伤害坚持使用）。CDS-5 具有类似的测量特性，但只包括前五个问题（见附录 3）。¹⁵⁸CDS 对于识别高度依赖并可能需要更密集的干预措施来戒烟的烟草使用者特别有用，如 NRT 或二线药物治疗。

4.4.4 烟碱依赖综合征量表

[烟碱依赖综合征量表（NDSS）](#)是一个由 19 个项目组成的多维量表，对尼古丁成瘾的五个方面进行评估：“驱动力”测量渴望、戒断症状和吸烟的强迫性；“优先性”测量与其他强化形式相比对吸烟的偏爱程度；“耐受性”测量对吸烟影响的敏感性降低；“连续性”测量吸烟习惯的规律性；“刻板性”测量吸烟模式的一致性。^{159, 160}

4.4.5 烟碱成瘾清单

[烟碱成瘾清单（HONC）](#)是一份由 10 个项目组成的调查表，用于确定青少年烟草依赖的开始和程度。¹⁶¹检查表上的每个项目都可能是自主性丧失开始时出现的第一个症状，因此，将问卷中的所有 10 个项目都包括在内，对检测丧失的程度非常重要。¹⁶²

对 HONC 中任何问题的积极回答都表明自主性的丧失和依赖性的开始，其中积极回答的数量表明依赖性的程度。目前，HONC 问卷只用于青少年，但建议进一步测试以确定对成年烟草使用者的适用性。

4.4.6 烟草依赖评估量表和吸烟严重度指数

烟草依赖评估量表和吸烟严重度指数 (HSI) 是一份由两个项目组成的问卷，源自法格斯特伦的尼古丁依赖性测试，用于测量烟草使用的强度和频率。¹⁶³ 这个自我报告测试的问题集中在个人吸第一支烟的时间和每天吸烟的数量上，以估计吸烟的强度和烟草的依赖性。然后将尼古丁依赖性分为三个类别水平：低 (0-1)，中 (2-4) 和高 (5-6) (见附录 4)。¹⁶⁴

4.4.7 威斯康星吸烟依赖动机清单 (WISDM)。

威斯康星吸烟依赖动机清单表是一份包含 68 个项目的问卷，旨在评估 13 种不同的吸烟动机。这个测试所包括的不同领域是附属依恋、自动性、失去控制、行为选择、认知增强、渴望、线索暴露、负强化、正强化、社会/环境目标、味道/感官特性、容忍和体重控制。^{165, 166}

4.5 评估戒烟动机或准备情况的工具

4.5.1 为什么测试

为什么测试是在加拿大药师协会的帮助下开发的，现在它被广泛使用和推广，例如，由成瘾和精神健康中心。这个测试允许病人从吸烟原因的不同类别中回答一组简短的问题。每个答案都会显示一个分数，以确定个人的烟草使用动机。这个测试为药师提供了一个优势，帮助病人识别和了解他们吸烟的原因和诱因。¹⁶⁷

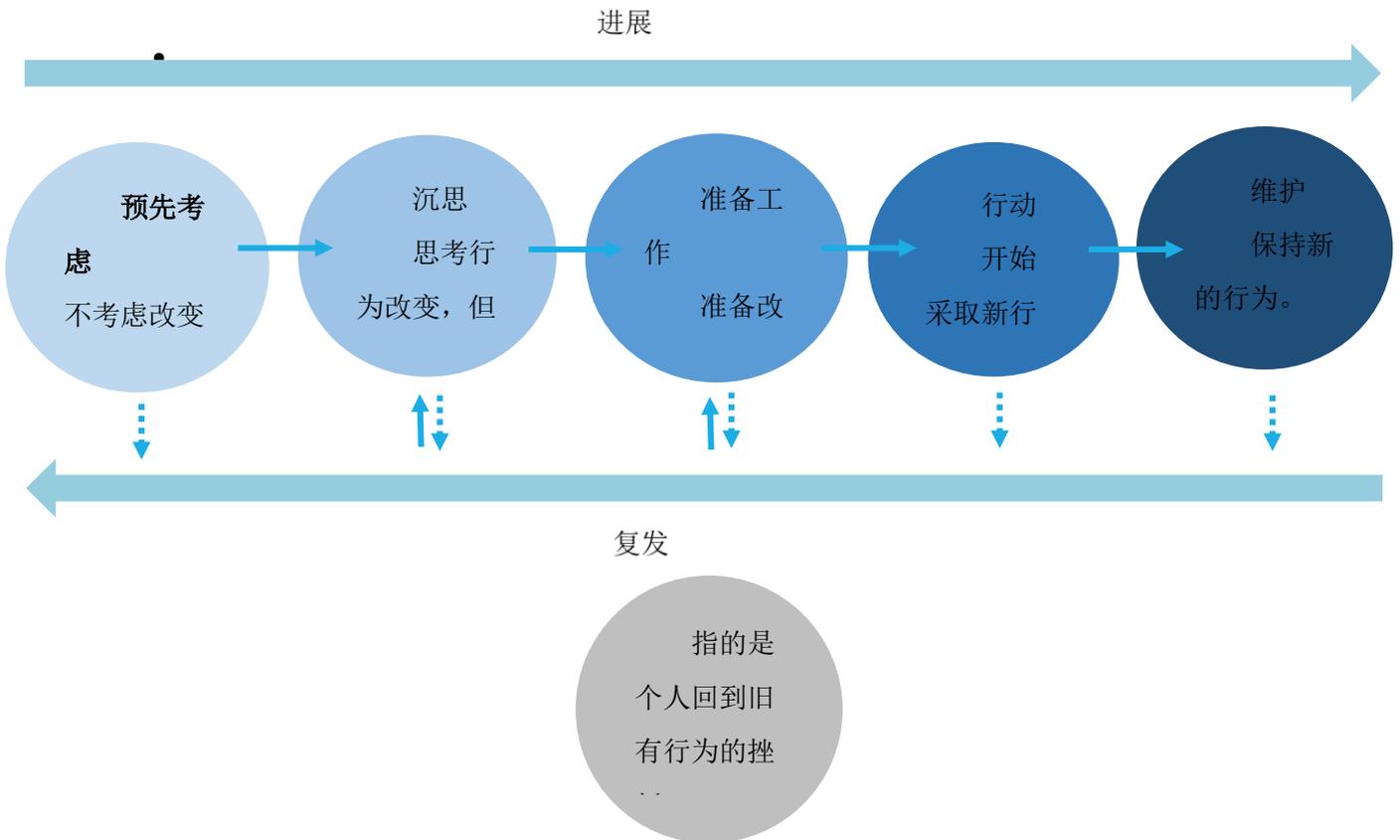
4.5.2 变化阶段的评估工具

1983 年，普罗查斯卡和迪克莱门特提出了 "变化阶段"，作为 "行为变化理论模型" (Transtheoretical Model of Behaviour Change) 的一个组成部分，也被称为 TTM。¹⁶⁸ TTM 概述了测量变化的过程、阶段和方法。变革阶段模型包括五个阶段：沉思前、沉思、准备、行动和维持。第六个阶段，即复发，常常被加入，因为在改变过程中，挫折是正常的。最初，变化阶段模型是为了帮助个人克服成瘾行为，如吸烟、吸毒或酗酒和暴饮暴食。然而，它后来已成为改变疗法的标准，并可应用于一系列行为。

要对吸烟的病人进行分类，一种方法是确定他们的 "变化阶段"，这包括评估病人的戒烟准备情况。确定这一点的一个简单方法是确定患者是否以及何时愿意考虑戒烟。¹⁶⁹ 这个工具可以让药师通过确定患者可能遇到的成瘾的五个行为阶段来确定烟草使用者的改变准备程度。这个模型中的各个阶段 (见

图 4) 包括：预想、沉思、准备、行动和维持。以下是可能发生的情况，以及通过适当对话可能实施的潜在干预。^{167, 169}

图 4 修改后的变化阶段（改编自 Prochaska & DiClemente）¹⁶⁸



思考前的思考

- 情景：患者走到药房柜台前，不愿意停止使用烟草，当被问及戒烟问题时，患者表现出防御性。患者说 "从来没有" 或 "超过 6 个月"。
- 干预措施：药师应征得同意，开启关于戒烟的谈话，并提供关于戒烟的好处和任何必要的额外帮助的建议。
- 对话："如果有一天，你准备好讨论你的烟草使用习惯，我将很乐意帮助你。"

沉思

- 情景：患者希望停止吸烟，但没有考虑采取下一步措施。患者说 "在一个月以上，六个月以下"。

- 干预措施：药师可以利用动机访谈的策略，帮助病人识别诱因，了解潜在的戒烟障碍。
- 对话："你认为什么因素可能阻碍你考虑戒烟？"和"你有什么理由要戒烟？"

准备工作

- 情景：病人准备在下个月尝试戒烟，并已决定承诺采取行动。
- 干预措施：药师应帮助病人制定戒烟计划，提供有关尼古丁依赖程度的额外教育，并协助制定戒烟策略。
- 对话："你已经准备好戒烟了，这很好，祝贺你做出这个决定。我在这里帮助你制定一个计划，使你的尝试取得成功。"

行动

- 情景：病人正在减量或已确定了戒烟日期。
- 干预措施：药师应向病人提供持续的支持和资源，以确定可能的触发因素，防止复发。
- 对话："你认为你戒烟后最大的挑战是什么？"和"你是否因为药物或戒断症状而出现了任何副作用？"

维护

- 情景：患者已经保持无烟状态至少6个月了。
- 干预措施：药师应该在病人的整个过程中提供支持和鼓励。还应该对健康结果的改善进行监测。
- 对话："自从你停止使用烟草后，你注意到了哪些积极的变化？"和"哪些方法对你停止使用烟草有帮助？"

4.5.3 激励的标尺

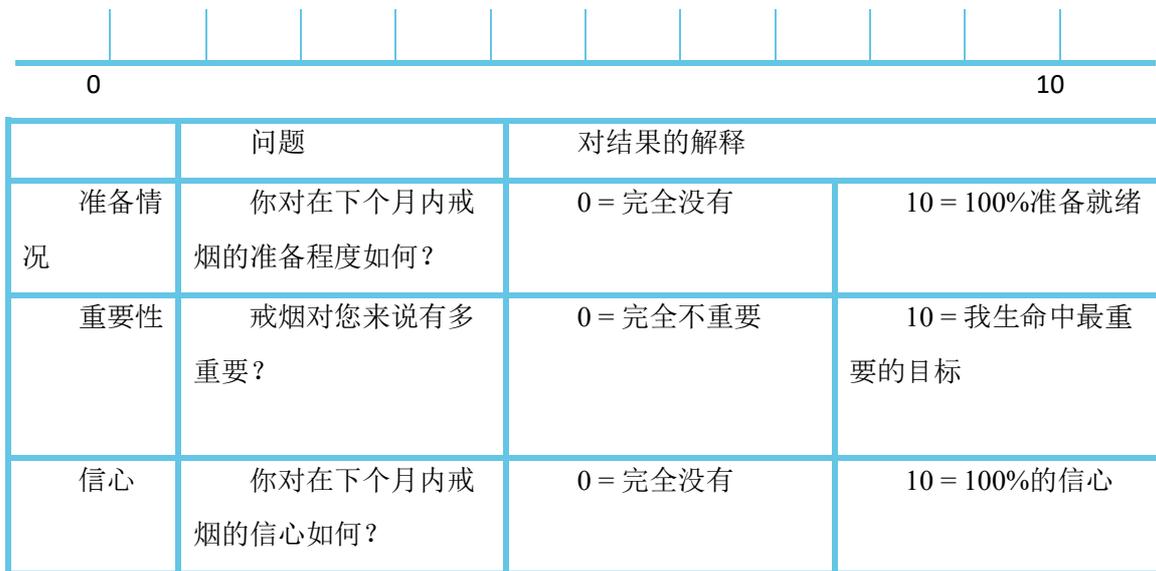
戒烟准备度尺（RCR）是一个可以用于戒烟咨询的工具例子，它可以评估患者的戒烟准备度，并容易引起关于戒烟动机和障碍的对话。¹⁷⁰RCR 是一个有用的工具，因为它承认患者通常处于不同的戒烟准备阶段，干预措施应根据他们的准备程度进行调整。

尺子通常包括一个从 0 到 10 的刻度，0 代表 "完全没有准备好戒烟"，10 代表 "完全准备好戒烟"。患者被要求在标尺上给自己的戒烟准备情况打分，这个分数有助于药师确定患者的变化阶段，并据此进行咨询。接下来，药师会问病人为什么不把标记放在更靠右的位置。这些信息可以帮助确定病人正在经历

的潜在障碍，并让药师提出克服这些障碍的策略建议。最后，药师应该问病人为什么不把标记放在左边。这可以为激励性声明提供信息，并将其传递给病人。^{170, 171}

根据问题的不同，动机标尺不仅可以测量戒烟的准备情况，还可以测量戒烟对患者的重要性以及他们对戒烟的信心（见图 5）。通过使用动机尺评估患者的戒烟动机，药师可以提供更加个性化的建议，增加患者成功戒烟的机会。动机规则是支持动机访谈的有用工具。^{170, 171}

图 5 动机标尺--视觉模拟量表



4.6 帮助核实戒烟的工具

4.6.1 评估尼古丁或代谢物浓度的工具

尼古丁在体内被代谢成可替宁、反式-3'-羟基可替宁和诺尼丁。⁴⁹在这些代谢物中，可替宁是检测尼古丁暴露的最常用的标志物。吸烟量和可替宁水平之间的关系受香烟中尼古丁量的改变、香烟产品的使用和吸烟模式的影响。¹⁷²由于可替宁的血浆半衰期较长，测量可替宁水平比测量尼古丁水平更受欢迎。¹⁷³实验室的尿液检测可以根据检测到的尼古丁及其代谢物的浓度，帮助区分主动和被动尼古丁暴露。然而，应该注意的是，这些结果并不总是结论性的。对于确定最近的暴露，检测血浆或血清可能是必要和有用的。¹⁷⁴

4.6.2 评估呼出气体中的一氧化碳浓度

评估呼出气体中的一氧化碳（CO）浓度是一种无创的、快速的、相对便宜的、可靠的和常用的方法，用于评估吸烟状况和烟草烟雾暴露。一氧化碳是一种有毒气体，由包括烟草在内的有机材料的不完全燃烧产生。吸入后，CO 与红血球中的血红蛋白结合，减少了可带入组织的氧气量。对呼出气体中 CO 浓度的测量反映了已经吸入并吸收到血液中的 CO 数量。¹⁷⁵

评估呼出气体中的 CO 浓度通常使用 CO 呼吸分析仪，也称为 CO 监测器。接受测试的人向连接在分析仪上的口罩呼吸，分析仪测量呼出气体中的 CO 量，通常为百万分之一。¹⁷⁶

在烟草使用者中，呼出气体中的 CO 浓度明显高于非烟草使用者。一个典型的非吸烟者的 CO 浓度低于 10ppm，而吸烟者的浓度可能从 10ppm 到 30ppm 以上，这取决于吸烟的数量和其他因素。此外，接触二手烟也会导致呼出气体中 CO 浓度的增加。¹⁷⁷

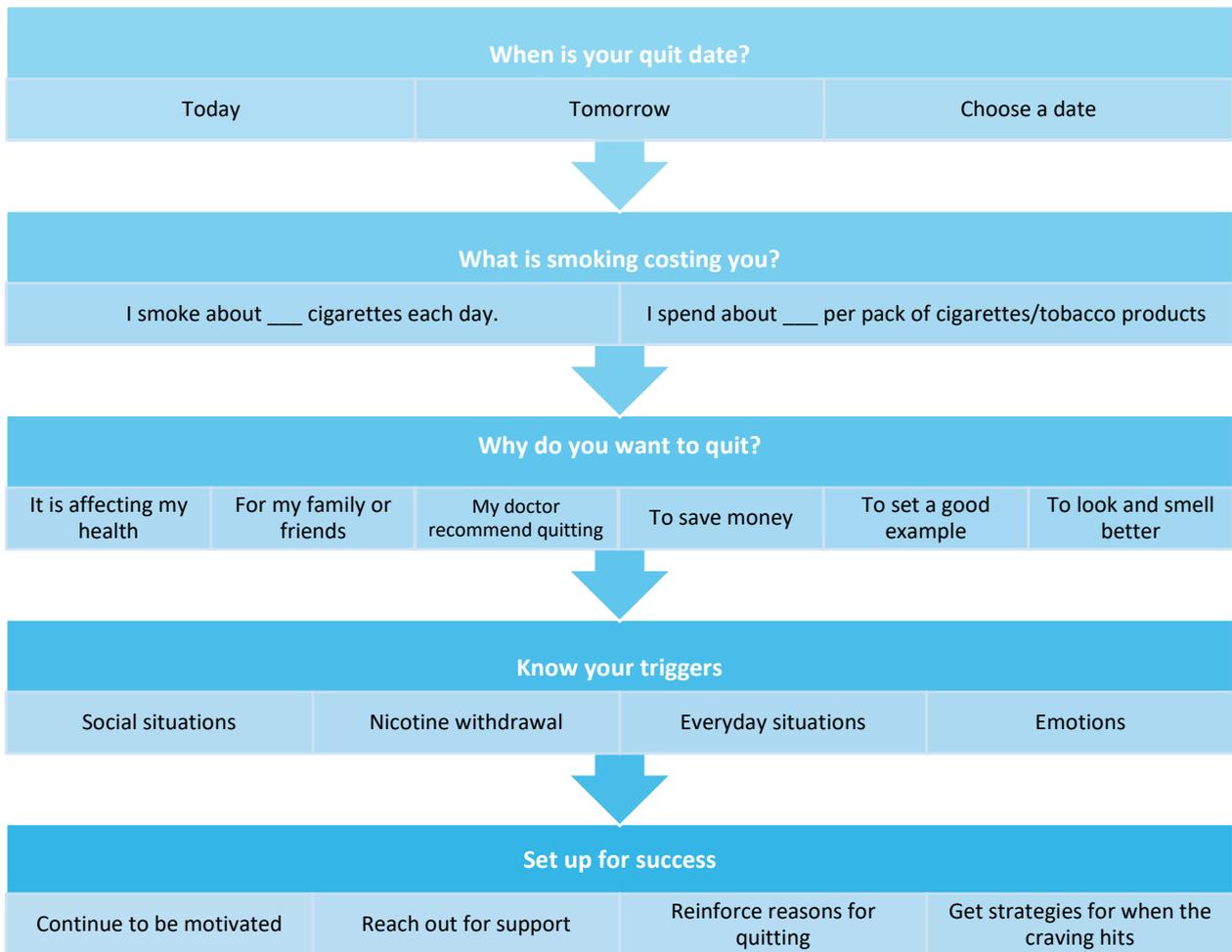
评估呼出气体中的 CO 浓度在一些情况下是有用的，包括戒烟计划、关于吸烟行为和暴露的研究，以及职业健康和安全评估。¹⁷⁵

4.7 支持戒烟尝试和促进长期戒烟的工具

药师可以提供常规的后续干预和评估，支持患者的戒烟之旅。他们有机会与患者进行更频繁的互动，因此在公共卫生领域获得戒烟服务方面发挥着重要作用。随访是成功戒烟和保持无烟生活方式的最相关步骤之一。图 6 提供了一个戒烟计划的例子，使患者能够看到并了解有效戒烟和保持无烟生活方式的步骤。

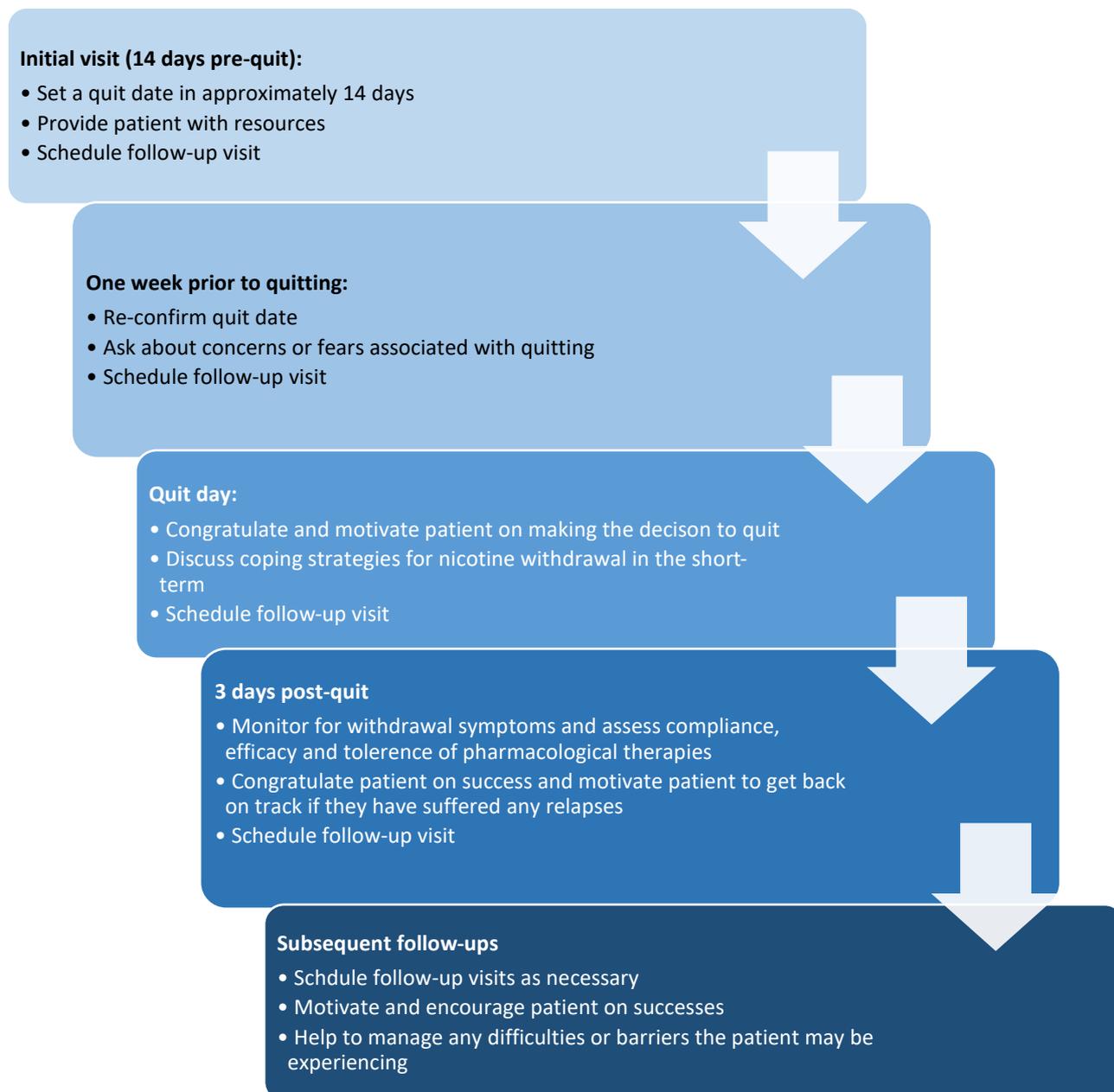
药师可以在这个过程的任何阶段进行干预，提供支持和资源以确保病人的成功。随访协议是成功的关键。因此，药师应始终保持警惕，鼓励有烟草使用史的患者到药房或医疗卫生机构进行随访，以确保他们得到所有可能的戒烟选择和支持。¹⁶⁷

戒烟可能是一种挑战。然而，制定一个个性化的戒烟计划可以简化这一过程，帮助患者在困难时期保持专注和坚定，并最终成功戒烟。重要的是要准确地确定病人要戒掉的是什么，这样药师才能和他们一起制定最准确的计划。不同的产品，如烟枪、香烟和无烟产品，含有不同数量的尼古丁，使用这些产品的时间会影响戒断症状的严重程度。确定病人想要戒烟的确切日期、戒烟的动机和可能引起渴望的诱因也很重要。在戒烟的头几天，重要的是要确定病人可能遇到的任何困难或戒断症状，以便在渴望发生时有所对策，并与保健专业人员进行跟进。^{178,179} 图 6 显示了制定个性化戒烟计划的主要步骤。患者可以在此制定自己的戒烟计划。

图 6 个人化戒烟计划的步骤¹⁷⁹

我们建议药师定期审查和评估他们由药师领导的项目和活动。这将使药房团队能够确定优势、劣势、机会和威胁。药师在消除烟草使用对公众健康的负面影响方面发挥着至关重要的作用，确保这些项目能满足参与项目的患者的需求。后续管理是帮助患者戒烟过程中的一个重要部分，为了提供最佳管理，往往需要多次上门服务。加拿大药师协会的“[戒烟和吸入烟草](#)”（QUIT）项目就是一个多疗程强化戒烟项目的例子，该项目为患者提供了一个后续计划的建议大纲（见图 7）。¹⁶⁷

药师应确保在戒烟的整个过程中为患者提供服务。对患者进行定期随访可以让药师发现潜在的障碍，并在复发前进行干预。改善随访的一个有用策略是在每次互动中安排下一次预约，这样可以减少在这个过程中失去患者的风险。统计显示，大约 22% 的烟草使用者在三个月内复吸、¹⁸⁰而在戒烟后的第 1 至 5 年，35-40% 的烟草使用者会复吸。¹⁸¹因此，药师为所有有烟草使用史的患者提供长期的随访管理是非常重要的，有助于防止复发，确保成功戒烟。

图 7.戒烟和开始吸烟（QUIT）的后续计划¹⁶⁷

5 戒烟活动和方案

戒烟活动对于降低全世界的烟草使用流行率至关重要。由于在烟草对健康的有害影响方面有充分的研究和基本数据，所有地区的国家都应该反对烟草使用。这些活动可以采取多种形式，包括公共教育计划、健康广告和有针对性的社区计划。有针对性的信息传递强调了对健康有直接好处的部分，如减少心血管疾病或肺癌的风险。这些活动为试图戒烟的个人提供资源，包括关于治疗方法的类型、支持小组和治疗的信息。药师通常是个人在戒烟工作中的第一个接触点。他们与其他医疗服务提供者、与健康有关的组织和社区支持团体合作，促进戒烟运动。以下是全球各地药师在戒烟工作中发挥关键作用的一些例子。

马来西亚和新加坡等亚洲国家的社区推广计划涉及药师走访学校和公共场所，以提高对烟草使用危害的认识并促进戒烟工作。马来西亚最近的活动包括无烟一代倡议；2015年启动的马来西亚戒烟服务，即 mQuit 计划，以及 2016年由卫生部发起的 KOTAK 或 Kesihatan Oral Tanpa Rok（无烟口腔健康）。¹⁸²⁻¹⁸⁴ 随着 2004年认证戒烟服务提供者认证的推出，许多医院和社区药师帮助个人在政府医院设施指定的戒烟诊所寻求戒烟治疗。^{185, 186} 药师在诊所提供咨询服务和 NRT。在新加坡，国家戒烟计划（IQuit）提高了戒烟意识，有 10,000人报名参加该计划。健康促进委员会报告说，医疗机构和社区零售药店的 200多个戒烟“接触点”已经成功招募了他们。这一举措包括为寻求戒烟帮助的人传播免费戒烟热线的信息，以及在学校为年轻人提供咨询。^{187, 188}

澳大利亚药房公会支持全国烟草活动，该活动旨在降低该国的烟草使用率。¹⁸⁹ 澳大利亚的药师通过提供有关戒烟产品的信息并提供咨询和团体支持，鼓励烟草使用者戒烟。除了全国性的运动和戒烟热线外，许多独立的药店也接受了挑战，将戒烟服务作为他们自己的反烟草行动。澳大利亚药师加强了对原住民和托雷斯海峡岛民社区的文化适应性服务，提供低价、有补贴的戒烟药物。¹⁹⁰ 同样，在新西兰，诸如《奥特亚罗瓦无烟 2025 行动计划》这样的健康计划为药师提供了持续的支持，以消除吸烟烟草制品的危害。药师提供个性化的戒烟计划，并提供戒烟包和戒烟卡，烟草使用者据此获得补贴的 NRT 产品，如尼古丁贴片、咀嚼胶和锭剂。^{191, 192}

2012年在英国发起的 Stoptober 活动提高了人们对停止吸烟的认识和愿望。¹⁹³ 这项活动包括 28天内的戒烟挑战，使之成为一场社会运动，涉及到通过社交网络的各种方法，利用个人故事的激励策略，以及为行为改变设定 SMART 目标。药师在提供指导和建议的强化支持方面至关重要。社区药房在参与当地和全国性的活动（如无烟日）中提供简短的建议。作为后续行动，训练有素的药师在他们的药店提供结构化的戒烟干预，或提供转介到当地的戒烟服务机构。^{194, 195}

2018年，美国药师协会发起了“药师促进健康生活”活动，提高了人们对药师各种医疗保健服务的认识。戒烟认证计划鼓励更多药师帮助个人戒烟。其他活动，如 Stay Smokefree For Good，让公众放心地通过 QuitGuide、在线咨询和激励服务来获得帮助。¹⁹⁶在加拿大，药师的戒烟服务或戒烟指导可以根据省和地区的情况获得。全国性运动“无烟好奇”帮助公众识别适当的资源和工具，并提供免费的戒断症状试用 NRT。此外，魁北克省的药师通过奖励制度来促进戒烟服务，奖励那些能够在六周内戒烟的人。¹⁹⁷最成功的活动之一是由加拿大卫生部发起的“Break It Off”活动，向年轻的成年人提供戒烟资源和支持。

更多由药师推动的运动和计划的例子可以在 FIP 出版物《[建立无烟社区 药师实用指南](#)》中找到。

6 转诊和跨专业合作以支持戒烟

转诊和跨专业合作是支持个人戒烟的重要因素。药师可以通过以下方式在这个过程中发挥关键作用：

- **转介给医疗服务提供者：**药师可以将个人转介给医疗保健提供者，如初级保健医生、专家或戒烟热线服务，以获得额外的戒烟支持和资源。
- **与其他医护人员合作：**药师可以与其他医护人员（如医生、护士和心理学家）合作，为试图戒烟的人提供全面、协调的管理。
- **信息和病人数据的共享：**药师可以与其他医护人员分享信息和病人数据，以确保管理的连续性和改善病人的结果。
- **融入初级保健：**药师可与初级保健提供者合作，将戒烟服务纳入常规初级保健，确保个人得到全面和协调的管理。
- **药物重整：**药师可以协调戒烟者的药物管理，确保戒烟者获得适当有效的药物并监测任何不良反应。

当患者对烟草严重上瘾时，药师可能需要将他们转介给其他医疗卫生专业人员以获得额外的支持。药师考虑烟草使用对患有潜在疾病（如心血管或呼吸系统疾病）的患者的影响也很重要。在这些情况下，戒烟可能是管理疾病的关键。因潜在疾病而准备戒烟的患者应被转介到他们的初级保健医生处，以评估戒烟策略和跟进。

跨专业合作对于有效的戒烟支持至关重要。世界卫生组织 2019 年更新的跨专业合作实践声明¹⁹⁸和 2010 年 FIP 的《药学合作实践声明¹⁹⁹强调了将药师纳入医疗保健团队以改善患者结果的重要性。与其他医护人员紧密合作，使药师能够协调医生或其他医护人员所开出的病人治疗护理，并有助于提高健康效果。例如，医生可能会开出药物来帮助控制戒断症状，而药师则可以提供关于正确剂量和潜在副作用的建议。同时，心理健康专家可以提供咨询和行为治疗，帮助患者应对与戒烟相关的压力和诱因。

总的来说，有效的戒烟支持需要一种合作的方式，即由多个医疗卫生专业人员共同合作，为患者提供全面的护理。药师在这一过程中发挥着关键作用，既为患者提供直接支持，又在必要时将他们转介给其他专业人士。

7 结论

烟草使用被认为是世界范围内的一个主要公共卫生问题，对个人健康和医疗卫生系统都有重大影响。随着医疗费用的不断增加，医疗工作者对其干预和服务的要求也越来越高，认识到药师的潜在贡献及其独特的技能和知识对实现所有人更好的健康结果至关重要。

药师具有与公众互动的特殊性，使他们能够在整个戒烟过程中有效地接触和支持患者。从健康宣传，到筛查，到评估，到干预和随访，药师在为戒烟患者提供全面协调的护理方面发挥着重要作用。他们有能力提供个性化的、可获得的护理，这使他们成为改善公共卫生和减少烟草使用对医疗系统负担的宝贵财富。

本手册是药师戒烟的综合指南。它强调了药师在帮助人们戒烟方面的关键作用，并强调了药师在为患者提供全面、协调的管理时可以采用的不同策略。该手册强调了跨专业合作的重要性，以及药师将戒烟服务纳入常规初级卫生保健的重要性。它还强调需要考虑烟草使用，特别是吸烟对有潜在疾病的患者的影响，以及将他们转介给初级保健提供者进行评估和跟踪的重要性。

通过使用本手册中的信息和策略，药师可以有效地支持患者的戒烟努力，并改善患者的治疗效果。我们希望这本手册能成为世界各地的药师在提供有效的戒烟支持方面的宝贵资源。

8 参考文献

1. NCD Alliance. Tobacco Use [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://ncdalliance.org/why-ncds/risk-factors-prevention/tobacco-use>.
2. NCD Alliance. The NCD Alliance: Putting non-communicable diseases on the global agenda [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: https://ncdalliance.org/sites/default/files/rfiles/NCD_A_Tobacco_and_Health.pdf.
3. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: Organization WH [Internet]. 2003. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf>.
4. World Health Organization. It's time to invest in cessation: the global investment case for tobacco cessation. Geneva: Organization WH [Internet]. 2021. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039308>.
5. World Health Organization. MPOWER [Internet]. updated [accessed: Available at: <https://www.who.int/initiatives/mpower>.
6. World Health Organization. Quitting tobacco [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.who.int/activities/quitting-tobacco>.
7. World Health Organization. Pharmacists and action on tobacco.: [Internet]. 1998. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108128/1/E61288.pdf>.
8. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Tabaquismo y deshabituación tabáquica [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://www.cofbadajoz.com/wp-content/uploads/2018/03/TABAQUISMO-Y-DESHABITUACION%CC%81N.pdf>.
9. World Health Organization. Tobacco [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1.
10. World Health Organization. Tobacco: Key facts [Internet]. 2022. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
11. American NonSmokers' Rights Foundation (ANRF). Thirdhand Smoke [Internet]. 2023. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://no-smoke.org/smokefree-threats/thirdhand-smoke/>.
12. World Health Organization. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care. Geneva: Organization WH [Internet]. 2014. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.paho.org/en/documents/toolkit-delivering-5as-and-5rs-brief-tobacco-interventions-primary-care>.
13. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. [Internet]. 2021. [accessed: 7 February 2023]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>.

14. World Health Organization. Tobacco control [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.who.int/bangladesh/health-topics/tobacco>.
15. Hammerich A, El-Awa F, Latif NA et al. Tobacco is a threat to the environment and human health. *East Mediterr Health J*. 2022;28(5):319-20. [accessed: 8 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35670435>.
16. Centers for Disease Control and Prevention (US). Environmental Impacts of the Tobacco Lifecycle [Internet]. 2022. updated [accessed: 8 May 2022]. Available at: <https://www.cdc.gov/globalhealth/infographics/tobacco/tobacco-lifecycle.html>.
17. World Health Organization. WHO raises alarm on tobacco industry environmental impact [Internet]. 2022. updated [accessed: 8 May 2023]. Available at: <https://www.who.int/news/item/31-05-2022-who-raises-alarm-on-tobacco-industry-environmental-impact>.
18. World Health Organization. Tobacco: poisoning our planet [Internet]. 2022. updated [accessed: 8 May 2023]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051287>.
19. World Health Organization. The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an overview [Internet]. 2021. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://fctc.who.int/publications/m/item/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-an-overview>.
20. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control: Parties [Internet]. 2023. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://fctc.who.int/who-fctc/overview/parties>.
21. Bialous S, Da Costa ESL. Where next for the WHO Framework Convention on Tobacco Control? *Tob Control*. 2022;31(2):183-6. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35241586>.
22. Matthes BK, Robertson L, Gilmore AB. Needs of LMIC-based tobacco control advocates to counter tobacco industry policy interference: insights from semi-structured interviews. *BMJ Open*. 2020;10(11):e044710. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33243822>.
23. Kaur J, Rinkoo AV, Gouda HN et al. Implementation of MPOWER Package in the South-East Asia Region: Evidence from the WHO Report on the Global Tobacco Epidemic (2009-2021). *Asian Pac J Cancer Prev*. 2021;22(S2):71-80. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34780141>.
24. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use [Internet]. 2019. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>.
25. World Health Organization. Towards tobacco-free young people in the African Region [Internet]. 2014. updated [accessed: 5 May 2023]. Available at: <https://www.afro.who.int/publications/towards-tobacco-free-young-people-african-region>.
26. National Cancer Institute (NCI). Harms of Cigarette Smoking and Health Benefits of Quitting [Internet]. 2017. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/cessation-fact-sheet>.
27. Yoshida K, Gowers KHC, Lee-Six H et al. Tobacco smoking and somatic mutations in human bronchial epithelium. *Nature*. 2020;578(7794):266-72. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31996850>.

28. Pipe Tobacco – A Complete Guide [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.enjoydokka.com/guide/pipe-tobacco-guide/>.
29. Raymond BH, Collette-Merrill K, Harrison RG et al. The Nicotine Content of a Sample of E-cigarette Liquid Manufactured in the United States. *J Addict Med*. 2018;12(2):127-31. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29280749>.
30. World Health Organization. Heated tobacco products: information sheet - 2nd edition [Internet]. 2020. updated [accessed: Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-HPR-2020.2>].
31. Banks E, Yazidjoglou A, Brown S et al. Electronic cigarettes and health outcomes: umbrella and systematic review of the global evidence. *Med J Aust*. 2023;218(6):267-75. [accessed: 11 April 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36939271>.
32. Centers for Disease Control and Prevention (US). Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products [Internet]. 2020. updated [accessed: 29 May 2023]. Available at: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/severe-lung-disease.html#:~:text=As%20of%20February%2018%2C%202020,of%20February%2018%2C%202020.
33. Sund LJ, Dargan PI, Archer JRH et al. E-cigarette or vaping-associated lung injury (EVALI): a review of international case reports from outside the United States of America. *Clin Toxicol (Phila)*. 2023;61(2):91-7. [accessed: 18 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36636876>.
34. Barrington-Trimis JL, Urman R, Berhane K et al. E-Cigarettes and Future Cigarette Use. *Pediatrics*. 2016;138(1). [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27296866>.
35. Bhatt JM, Ramphul M, Bush A. An update on controversies in e-cigarettes. *Paediatr Respir Rev*. 2020;36:75-86. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33071065>.
36. Hava C. Shocking health hazards of vaping for young people. *Australian Pharmacist*. 2023. [accessed: 11 April 2023]. Available at: https://www.australianpharmacist.com.au/shocking-health-hazards-vaping-young-people/?utm_source=Pharmaceutical+Society+of+Australia&utm_campaign=3796ada2c8-EMAIL_CAMPAIGN_2023_03_29&utm_medium=email&utm_term=0_4aee916820-3796ada2c8-85220939.
37. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;4(4):CD010216. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33913154>.
38. Weaver SR, Huang J, Pechacek TF et al. Are electronic nicotine delivery systems helping cigarette smokers quit? Evidence from a prospective cohort study of U.S. adult smokers, 2015-2016. *PLoS One*. 2018;13(7):e0198047. [accessed: 29 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29985948>.
39. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med*. 2016;4(2):116-28. [accessed: 29 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26776875>.
40. Wang RJ, Bhadriraju S, Glantz SA. E-Cigarette Use and Adult Cigarette Smoking Cessation: A Meta-Analysis. *Am J Public Health*. 2021;111(2):230-46. [accessed: 29 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33351653>.

41. Chen R, Pierce JP, Leas EC et al. Effectiveness of e-cigarettes as aids for smoking cessation: evidence from the PATH Study cohort, 2017-2019. *Tob Control*. 2022. [accessed: 29 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35131948>.
42. Al-Delaimy WK, Myers MG, Leas EC et al. E-cigarette use in the past and quitting behavior in the future: a population-based study. *Am J Public Health*. 2015;105(6):1213-9. [accessed: 29 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25880947>.
43. World Health Organization. E-cigarettes are harmful to health. [Internet]. 2020. [accessed: 7 February 2023]. Available at: <https://www.who.int/news/item/05-02-2020-e-cigarettes-are-harmful-to-health>.
44. Attar-Zadeh D. The role of e-cigarettes in treating tobacco dependence. *Primary Care Respiratory Update*. 2019;10(18). [accessed: 5 May 2023]. Available at: <https://www.pcrs-uk.org/sites/default/files/pcru/articles/2019-Autumn-Issue-18-RoleofECigs.pdf>.
45. Taylor A, Dunn K, Turfus S. A review of nicotine-containing electronic cigarettes-Trends in use, effects, contents, labelling accuracy and detection methods. *Drug Test Anal*. 2021;13(2):242-60. [accessed: 18 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33450135>.
46. American Lung Association. Popcorn Lung: A Dangerous Risk of Flavored E-Cigarettes [Internet]. 2016. updated [accessed: 18 May 2023]. Available at: <https://www.lung.org/blog/popcorn-lung-risk-ecigs>.
47. Frinculescu A, Coombes G, Shine T et al. Analysis of illicit drugs in purchased and seized electronic cigarette liquids from the United Kingdom 2014-2021. *Drug Test Anal*. 2022. [accessed: 18 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35466538>.
48. US Food & Drug Administration (FDA). Nicotine Is Why Tobacco Products Are Addictive [Internet]. 2022. updated [accessed: 5 May 2023]. Available at: <https://www.fda.gov/tobacco-products/health-effects-tobacco-use/nicotine-why-tobacco-products-are-addictive>.
49. Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med*. 2010;362(24):2295-303. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20554984>.
50. National Institute on Drug Abuse. Mind Matters: The Body's Response to Nicotine, Tobacco and Vaping [Internet]. 2019. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://nida.nih.gov/research-topics/parents-educators/lesson-plans/mind-matters/nicotine-tobacco-vaping#:~:text=How%20does%20nicotine%20work%3F,good%20feelings%20all%20at%20once>.
51. Linneberg A, Jacobsen RK, Skaaby T et al. Effect of Smoking on Blood Pressure and Resting Heart Rate: A Mendelian Randomization Meta-Analysis in the CARTA Consortium. *Circ Cardiovasc Genet*. 2015;8(6):832-41. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26538566>.
52. Tiwari RK, Sharma V, Pandey RK et al. Nicotine Addiction: Neurobiology and Mechanism. *J Pharmacopuncture*. 2020;23(1):1-7. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32322429>.
53. Martin LM, Sayette MA. A review of the effects of nicotine on social functioning. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2018;26(5):425-39. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29952615>.
54. National Cancer Institute (NCI). Nicotine Withdrawal [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://smokefree.gov/challenges-when-quitting/withdrawal>.

55. National Cancer Institute (NCI). Handling Nicotine Withdrawal and Triggers When You Decide To Quit Tobacco [Internet]. 2022. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/tobacco/withdrawal-fact-sheet>.
56. American Cancer Society. Why People Start Smoking and Why It's Hard to Stop [Internet]. 2022. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.cancer.org/healthy/stay-away-from-tobacco/why-people-start-using-tobacco.html>.
57. American Heart Association. Why it's so hard to quit smoking [Internet]. 2018. updated [accessed: 28 March 2028]. Available at: <https://www.heart.org/en/news/2018/10/17/why-its-so-hard-to-quit-smoking>.
58. American Lung Association. Helping Smokers Quit Saves Money: 2011. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.lung.org/getmedia/8d023b16-ea93-486b-a5d9-aed38c2daf4a/quit-smoking-saves-money.pdf.pdf>.
59. Huang S, Wei H, Yao T et al. The impact of smoking on annual healthcare cost: an econometric model analysis in China, 2015. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):187. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33639939>.
60. Hecht SS, Hatsukami DK. Smokeless tobacco and cigarette smoking: chemical mechanisms and cancer prevention. Nat Rev Cancer. 2022;22(3):143-55. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34980891>.
61. Togawa K, Bhatti L, Tursan d'Espaignet E et al. WHO tobacco knowledge summaries: tobacco and cancer treatment outcomes. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2018. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-TKS-18.1>.
62. Tammemagi MC, Berg CD, Riley TL et al. Impact of lung cancer screening results on smoking cessation. J Natl Cancer Inst. 2014;106(6):dju084. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24872540>.
63. Golcic M, Tomas I, Stevanovic A et al. Smoking Cessation after a Cancer Diagnosis: A Cross-Sectional Analysis in the Setting of a Developing Country. Clin Pract. 2021;11(3):509-19. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34449569>.
64. deRuiter WK, Barker M, Rahimi A et al. Smoking Cessation Training and Treatment: Options for Cancer Centres. Curr Oncol. 2022;29(4):2252-62. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35448157>.
65. Vineis P, Caporaso N. Tobacco and cancer: epidemiology and the laboratory. Environ Health Perspect. 1995;103(2):156-60. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7737063>.
66. Molden E, Spigset O. [Tobacco smoking and drug interactions]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2009;129(7):632-3. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19337332>.
67. Petros WP, Younis IR, Ford JN et al. Effects of tobacco smoking and nicotine on cancer treatment. Pharmacotherapy. 2012;32(10):920-31. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23033231>.

68. European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). 2020 Guidelines for treating tobacco dependence [Internet]. 2020. updated [accessed: Available at: <https://ensp.network/2020-guidelines-english-edition/>].
69. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Smoking and cardiovascular health: messages to the public, women, youth and cardiologists. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean [Internet]. 2018. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/361352>.
70. Kondo T, Nakano Y, Adachi S et al. Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease. *Circ J*. 2019;83(10):1980-5. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31462607>.
71. Messner B, Bernhard D. Smoking and cardiovascular disease: mechanisms of endothelial dysfunction and early atherogenesis. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2014;34(3):509-15. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24554606>.
72. World Health Organization. Tobacco responsible for 20% of deaths from coronary heart disease [Internet]. 2020. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.who.int/news/item/22-09-2020-tobacco-responsible-for-20-of-deaths-from-coronary-heart-disease>.
73. Prochaska JJ, Benowitz NL. Smoking cessation and the cardiovascular patient. *Curr Opin Cardiol*. 2015;30(5):506-11. [accessed: 5 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26196657>.
74. Tiotiu A, Ioan I, Wirth N et al. The Impact of Tobacco Smoking on Adult Asthma Outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3). [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33498608>.
75. Qin R, Liu Z, Zhou X et al. Adherence and Efficacy of Smoking Cessation Treatment Among Patients with COPD in China. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2021;16:1203-14. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33958864>.
76. Finocchio E, Olivieri M, Nguyen G et al. Effects of Respiratory Disorders on Smoking Cessation and Re-Initiation in an Italian Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3). [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33494306>.
77. Garcia T, Andrade S, Biral AT et al. Evaluation of smoking cessation treatment initiated during hospitalization in patients with heart disease or respiratory disease. *J Bras Pneumol*. 2018;44(1):42-8. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29538542>.
78. Stavaux E, Goupil F, Barreau G et al. Use of a Smartphone Self-assessment App for a Tobacco-Induced Disease (COPD, Cardiovascular Diseases, Cancer) Screening Strategy and to Encourage Smoking Cessation: Observational Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2022;8(2):e19877. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35195530>.
79. Aghapour M, Raei P, Moghaddam SJ et al. Airway Epithelial Barrier Dysfunction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Role of Cigarette Smoke Exposure. *Am J Respir Cell Mol Biol*. 2018;58(2):157-69. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28933915>.

80. Centers for Disease Control and Prevention (US), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US), (US). OoSaH. 7, Pulmonary Diseases. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA)2010.
81. Willis DN, Liu B, Ha MA et al. Menthol attenuates respiratory irritation responses to multiple cigarette smoke irritants. *FASEB J*. 2011;25(12):4434-44. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21903934>.
82. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2007;298(22):2654-64. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18073361>.
83. Wei X, E M, Yu S. A meta-analysis of passive smoking and risk of developing Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Res Clin Pract*. 2015;107(1):9-14. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25488377>.
84. Sliwiska-Mosson M, Milnerowicz H. The impact of smoking on the development of diabetes and its complications. *Diab Vasc Dis Res*. 2017;14(4):265-76. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28393534>.
85. Keith RJ, Al Rifai M, Carruba C et al. Tobacco Use, Insulin Resistance, and Risk of Type 2 Diabetes: Results from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *PLoS One*. 2016;11(6):e0157592. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27322410>.
86. Centers for Disease Control and Prevention. Smoking and Diabetes [Internet]. 2022. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.cdc.gov/diabetes/library/features/smoking-and-diabetes.html>.
87. Goodwin RD, Zvolensky MJ, Keyes KM. Nicotine dependence and mental disorders among adults in the USA: evaluating the role of the mode of administration. *Psychol Med*. 2008;38(9):1277-86. [accessed: 8 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18366824>.
88. Galiatsatos P, Oluyinka M, Min J et al. Prevalence of Mental Health and Social Connection among Patients Seeking Tobacco Dependence Management: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(18). [accessed: 8 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36142029>.
89. Pal A, Balhara YP. A Review of Impact of Tobacco Use on Patients with Co-occurring Psychiatric Disorders. *Tob Use Insights*. 2016;9:7-12. [accessed: 8 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26997871>.
90. Campion J, Hewitt J, Shiers D et al. Pharmacy guidance on smoking and mental disorder. Royal College of Psychiatrists NPAaRPS [Internet]. 2017. [accessed: 28 March 2023]. Available at: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/policy/pharmacy-guidance-smoking-and-mental-health-2017-update.pdf?sfvrsn=6f6015ad_2.
91. World Health Organization. Adolescent and young adult health: 2022. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>.
92. Centers for Disease Control and Prevention (US). Youth and Tobacco Use: 2022. updated [accessed: 3 May 2023]. Available at: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm.

93. Sanders A, Robinson C, Taylor SC et al. Using a Media Campaign to Increase Engagement With a Mobile-Based Youth Smoking Cessation Program. *Am J Health Promot.* 2018;32(5):1273-9. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28925292>.
94. Sadeghi R, Mazloomi Mahmoodabad SS, Fallahzadeh H et al. Hookah is the enemy of health campaign: a campaign for prevention of hookah smoking among youth. *Health Promot Int.* 2020;35(5):1125-36. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31687738>.
95. Hutchinson P, Leyton A, Meekers D et al. Evaluation of a multimedia youth anti-smoking and girls' empowerment campaign: SKY Girls Ghana. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1734. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33203403>.
96. Chan L, El-Haddad N, Freeman B et al. Evaluation of 'Shisha No Thanks' - a co-design social marketing campaign on the harms of waterpipe smoking. *BMC Public Health.* 2022;22(1):386. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35197044>.
97. Lange S, Probst C, Rehm J et al. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2018;6(7):e769-e76. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29859815>.
98. Tarasi B, Cornuz J, Clair C et al. Cigarette smoking during pregnancy and adverse perinatal outcomes: a cross-sectional study over 10 years. *BMC Public Health.* 2022;22(1):2403. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36544092>.
99. Schilling L, Spallek J, Maul H et al. Active and Passive Exposure to Tobacco and e-Cigarettes During Pregnancy. *Matern Child Health J.* 2021;25(4):656-65. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33211261>.
100. Pereira B, Figueiredo B, Pinto TM et al. Effects of Tobacco Consumption and Anxiety or Depression during Pregnancy on Maternal and Neonatal Health. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(21). [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33158085>.
101. Tappin DM, MacAskill S, Bauld L et al. Smoking prevalence and smoking cessation services for pregnant women in Scotland. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2010;5:1. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20092650>.
102. Haviland L, Thornton AH, Carothers S et al. Giving infants a great start: launching a national smoking cessation program for pregnant women. *Nicotine Tob Res.* 2004;6 Suppl 2:S181-8. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203820>.
103. Harris JE, Balsa AI, Triunfo P. Tobacco control campaign in Uruguay: Impact on smoking cessation during pregnancy and birth weight. *J Health Econ.* 2015;42:186-96. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25985121>.
104. Guo Q, Li Z, Jia S et al. Mechanism of Human Tubal Ectopic Pregnancy Caused by Cigarette Smoking. *Reprod Sci.* 2022. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35962304>.
105. Haddad A, Davis AM. Tobacco Smoking Cessation in Adults and Pregnant Women: Behavioral and Pharmacotherapy Interventions. *JAMA.* 2016;315(18):2011-2. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27163990>.

106. Gould GS, Havard A, Lim LL et al. Exposure to Tobacco, Environmental Tobacco Smoke and Nicotine in Pregnancy: A Pragmatic Overview of Reviews of Maternal and Child Outcomes, Effectiveness of Interventions and Barriers and Facilitators to Quitting. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(6). [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32204415>.
107. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases#tab=tab_1.
108. Serrano-Alarcon M, Kunst AE, Bosdriesz JR et al. Tobacco control policies and smoking among older adults: a longitudinal analysis of 10 European countries. *Addiction*. 2019;114(6):1076-85. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30868688>.
109. Kleykamp BA, Heishman SJ. The older smoker. *JAMA*. 2011;306(8):876-7. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21862749>.
110. Muhammad T, Govindu M, Srivastava S. Relationship between chewing tobacco, smoking, consuming alcohol and cognitive impairment among older adults in India: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):85. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33514331>.
111. Fai Sui C, Chiau Ming L. Chapter 53 - Pharmacist-led Smoking Cessation Services: Current and Future Perspectives. In: Preedy VR, editor. *Neuroscience of Nicotine: Mechanisms and Treatment*: Academic Press; 2019. p. 441-9.
112. Brock T, Taylor D, Wuliji T. Curbing the tobacco pandemic: The global role for pharmacy. London: The School of Pharmacy UoLaIPFF [Internet]. 2007. [accessed: 28 March 2023]. Available at: https://www.fip.org/files/fip/news/curbing_global_pandemic.pdf.
113. O'Reilly E, Frederick E, Palmer E. Models for pharmacist-delivered tobacco cessation services: a systematic review. *J Am Pharm Assoc (2003)*. 2019;59(5):742-52. [accessed: 25 November 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31307963>.
114. Appalasaamy JR, Selvaraj A, Wong YH et al. Effects of educational interventions on the smoking cessation service provided by community pharmacists: A systematic review. *Res Social Adm Pharm*. 2022;18(9):3524-33. [accessed: 25 November 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35168890>.
115. Carson-Chahhoud KV, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ et al. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;2019(10). [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31684695>.
116. Peletidi A, Nabhani-Gebara S, Kayyali R. Smoking Cessation Support Services at Community Pharmacies in the UK: A Systematic Review. *Hellenic J Cardiol*. 2016;57(1):7-15. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26856195>.
117. Brown TJ, Todd A, O'Malley C et al. Community pharmacy-delivered interventions for public health priorities: a systematic review of interventions for alcohol reduction, smoking cessation and weight management, including meta-analysis for smoking cessation. *BMJ Open*. 2016;6(2):e009828. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26928025>.

118. Saba M, Diep J, Saini B et al. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. *J Clin Pharm Ther.* 2014;39(3):240-7. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24749899>.
119. Perraudin C, Bugnon O, Pelletier-Fleury N. Expanding professional pharmacy services in European community setting: Is it cost-effective? A systematic review for health policy considerations. *Health Policy.* 2016;120(12):1350-62. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28228230>.
120. Roberts NJ, Kerr SM, Smith SM. Behavioral interventions associated with smoking cessation in the treatment of tobacco use. *Health Serv Insights.* 2013;6:79-85. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25114563>.
121. Rigotti NA. Pharmacotherapy for smoking cessation in adults [Internet]. 2023. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-smoking-cessation-in-adults#H13314646>.
122. Park ER. Behavioral approaches to smoking cessation [Internet]. 2023. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: https://www.uptodate.com/contents/behavioral-approaches-to-smoking-cessation?topicRef=16635&source=see_link.
123. Van Schayck OCP, Williams S, Barchilon V et al. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. *NPJ Prim Care Respir Med.* 2017;27(1):38. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28600490>.
124. Rigotti NA, Kruse GR, Livingstone-Banks J et al. Treatment of Tobacco Smoking: A Review. *JAMA.* 2022;327(6):566-77. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35133411>.
125. Marin Armero A, Calleja Hernandez MA, Perez-Vicente S et al. Pharmaceutical care in smoking cessation. *Patient Prefer Adherence.* 2015;9:209-15. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25678779>.
126. Beaupre LA, Hammal F, Stiegelmar R et al. A community-based pharmacist-led smoking cessation program, before elective total joint replacement surgery, markedly enhances smoking cessation rates. *Tob Induc Dis.* 2020;18:78. [accessed: 25 November 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33013274>.
127. Lertsinudom S, Kaewketthong P, Chankaew T et al. Smoking Cessation Services by Community Pharmacists: Real-World Practice in Thailand. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(22). [accessed: 25 November 2022]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34831660>.
128. Odukoya OO, Poluyi EO, Aina B et al. Pharmacist-led smoking cessation: The attitudes and practices of community pharmacists in Lagos state, Nigeria. A mixed methods survey. *Tobacco Prevention & Cessation.* 2016;2(January). [accessed: 25 November 2022]. Available at: <https://doi.org/10.18332/tpc/61546>.
129. World Health Organization. Training for primary care providers: brief tobacco interventions (WHO e-Learning course) [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.campusvirtualsp.org/en/node/30781>.
130. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control: guidelines for implementation: Article 14.: [Internet]. 2013 [accessed: 31 March 2023]. Available at:

https://fctc.who.int/docs/librariesprovider12/default-document-library/who-fctc-article-14.pdf?sfvrsn=9fdc75a_31&download=true.

131. Baxter N. IPCRG. Desktop Helper No. 4 - Helping patients quit tobacco - 3rd edition [Internet]. 2019. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ipcr.org/desktophelpers/desktop-helper-no-4-helping-patients-quit-tobacco-3rd-edition>.

132. Papadakis S, McEwen A. Very brief advice on smoking PLUS (VBA+). Dorset, UK: [Internet]. 2021. [accessed: Available at: https://www.ncsct.co.uk/publication_VBA+.php].

133. Boutwell L, Cook L, Norman K et al. A Pharmacist's Guide for Smoking Cessation. Association AP [Internet].

2014. [accessed: 28 March 2023]. Available at: chrome-

extension://efaidnbmnnnibpajpcgicfindmkaj/https://cdn.ymaws.com/www.aparx.org/resource/resmgr/CEs/CE_Winter_Smoking_Cessation.pdf.

134. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A et al. Motivational interviewing for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019;7(7):CD006936. [accessed: 28 March 2023]. Available at:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31425622>.

135. University of New Hampshire. Motivational Interviewing: The Basics, OARS [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://iod.unh.edu/sites/default/files/media/2021-10/motivational-interviewing-the-basics-oars.pdf>.

136. Zwar N, Richmond R, Borland R et al. Smoking Cessation Guidelines: for Australian general practice [Internet]. 2004. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/reports/Australia_annex8_smoking_cessation_guidelines.pdf.

137. Jiloha RC. Pharmacotherapy of smoking cessation. Indian J Psychiatry. 2014;56(1):87-95. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24574567>.

138. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. J Am Coll Cardiol. 2018;72(25):3332-65. [accessed: 28 March 2023]. Available at:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30527452>.

139. Lexicomp: Evidence-Based Drug Referential Content. Nortriptyline [Internet]. 2023. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/lexicomp>.

140. Lexicomp: Evidence-Based Drug Referential Content. Cytisine [Internet]. 2023. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/lexicomp>.

141. Tutka P, Vinnikov D, Courtney RJ et al. Cytisine for nicotine addiction treatment: a review of pharmacology, therapeutics and an update of clinical trial evidence for smoking cessation. Addiction. 2019;114(11):1951-69. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31240783>.

142. Centers for Disease Control and Prevention (US). About Electronic Cigarettes (E-Cigarettes) [Internet]. 2022. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/about-e-cigarettes.html.

143. Nogrady B. Australia bans all vapes except on prescription to stem use in children. *BMJ*. 2023;381:1014. [accessed: 25 May 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37142274>.
144. Mersha AG, Gould GS, Bovill M et al. Barriers and Facilitators of Adherence to Nicotine Replacement Therapy: A Systematic Review and Analysis Using the Capability, Opportunity, Motivation, and Behaviour (COM-B) Model. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23). [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33265956>.
145. Kroon LA. Drug interactions with smoking. *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64(18):1917-21. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17823102>.
146. Madsen HKL, Gullov M, Farver-Vestergaard I et al. [Smoking cessation and drug interactions]. *Ugeskr Laeger*. 2022;184(35). [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36065858>.
147. Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2019;5(5). [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002850.pub4/full>.
148. Richter KP, Shireman TI, Ellerbeck EF et al. Comparative and cost effectiveness of telemedicine versus telephone counseling for smoking cessation. *J Med Internet Res*. 2015;17(5):e113. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25956257>.
149. Rodriguez JA, Betancourt JR, Sequist TD et al. Differences in the use of telephone and video telemedicine visits during the COVID-19 pandemic. *Am J Manag Care*. 2021;27(1):21-6. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33471458>.
150. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005(3):CD001118. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16034855>.
151. Altendorf M, Hoving C, Van Weert JC et al. Effectiveness of Message Frame-Tailoring in a Web-Based Smoking Cessation Program: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2020;22(4):e17251. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32242826>.
152. Livingstone-Banks J, Ordonez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Print-based self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):CD001118. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30623970>.
153. Piper ME, McCarthy DE, Baker TB. Assessing tobacco dependence: a guide to measure evaluation and selection. *Nicotine Tob Res*. 2006;8(3):339-51. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16801292>.
154. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-27. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1932883>.
155. Ebbert JO, Patten CA, Schroeder DR. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence-Smokeless Tobacco (FTND-ST). *Addict Behav*. 2006;31(9):1716-21. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16448783>.

156. Kawakami N, Takatsuka N, Inaba S et al. Development of a screening questionnaire for tobacco/nicotine dependence according to ICD-10, DSM-III-R, and DSM-IV. *Addict Behav.* 1999;24(2):155-66. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10336098>.
157. Mushtaq N, Beebe LA. Assessment of the Tobacco Dependence Screener Among Smokeless Tobacco Users. *Nicotine Tob Res.* 2016;18(5):885-91. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26718743>.
158. Etter JF, Le Houezec J, Perneger TV. A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: the cigarette dependence scale. *Neuropsychopharmacology.* 2003;28(2):359-70. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12589389>.
159. Shiffman S, Waters A, Hickcox M. The nicotine dependence syndrome scale: a multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(2):327-48. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15203807>.
160. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Tobacco Control, Vol. 12: Methods for Evaluating Tobacco Control Policies. Lyon, France: [Internet]. 2008. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Methods-For-Evaluating-Tobacco-Control-Policies-2008>.
161. National Cancer Institute (NCI). Hooked on Nicotine Checklist (HONC) [Internet]. 2020. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/measures-guide/hooked-on-nicotine-checklist>.
162. DiFranza JR, Savageau JA, Fletcher K et al. Measuring the loss of autonomy over nicotine use in adolescents: the DANDY (Development and Assessment of Nicotine Dependence in Youths) study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(4):397-403. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11929376>.
163. Lim KH, Cheong YL, Sulaiman N et al. Agreement between the Fagerström test for nicotine dependence (FTND) and the heaviness of smoking index (HSI) for assessing the intensity of nicotine dependence among daily smokers. *Tobacco Induced Diseases.* 2022;20(November):1-6. [accessed: Available at: <https://doi.org/10.18332/tid/155376>].
164. National Institute on Drug Abuse. Heaviness of Smoking Index [Internet]. 2016. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://datashare.nida.nih.gov/instrument/heaviness-of-smoking-index>.
165. Piper ME, Piasecki TM, Federman EB et al. A multiple motives approach to tobacco dependence: the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM-68). *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(2):139-54. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15065950>.
166. Piper ME, McCarthy DE, Bolt DM et al. Assessing dimensions of nicotine dependence: an evaluation of the Nicotine Dependence Syndrome Scale (NDSS) and the Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM). *Nicotine Tob Res.* 2008;10(6):1009-20. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18584464>.
167. International Pharmaceutical Federation (FIP). Establishing tobacco-free communities: A practical guide for pharmacists. The Hague: International Pharmaceutical Federation [Internet]. 2015. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/1358>.

168. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6863699>.
169. Centre for Addiction and Mental Health (CAMH). Smoking Cessation: Assessment [Internet]. 2021. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.camh.ca/en/professionals/treating-conditions-and-disorders/smoking-cessation/smoking-cessation---assessment>.
170. Boudreaux ED, Sullivan A, Abar B et al. Motivation rulers for smoking cessation: a prospective observational examination of construct and predictive validity. *Addict Sci Clin Pract.* 2012;7(1):8. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23186265>.
171. Case Western Reserve University. Readiness Ruler [Internet]. 2010. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://case.edu/socialwork/centerforebp/resources/readiness-ruler>.
172. Kesitalo K, Broms U, Heliovaara M et al. Association of serum cotinine level with a cluster of three nicotinic acetylcholine receptor genes (CHRNA3/CHRNA5/CHRNA4) on chromosome 15. *Hum Mol Genet.* 2009;18(20):4007-12. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19628476>.
173. Centers for Disease Control and Prevention (US). Cotinine [Internet]. 2017. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: https://www.cdc.gov/biomonitoring/Cotinine_BiomonitoringSummary.html.
174. Johnson-Davis KL. Nicotine Exposure and Metabolites [Internet]. 2022. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://arupconsult.com/content/nicotine-metabolites>.
175. Ryter SW, Choi AM. Carbon monoxide in exhaled breath testing and therapeutics. *J Breath Res.* 2013;7(1):017111. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23446063>.
176. Queensland Government SRCN. Carbon Monoxide (CO) Monitoring for Smoking Management: A brief guide for staff. Queensland Health) SoQQ [Internet]. 2021. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/sites/default/files/docs/clinical-networks/co-monitoring-guide.pdf>.
177. World Health Organization. Carbon monoxide. *Air Quality Guidelines - Second Edition: World Health Organization*; 2000.
178. World Health Organization. A guide for tobacco users to quit. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2014. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112833>.
179. National Cancer Institute (NCI): Smokefree.gov. Quitting Starts Now. Make Your Quit Plan. [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://smokefree.gov/build-your-quit-plan>.
180. Hughes JR, Solomon LJ, Naud S et al. Natural history of attempts to stop smoking. *Nicotine Tob Res.* 2014;16(9):1190-8. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24719491>.
181. Hajek P, Stead LF, West R et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(1):CD003999. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19160228>.
182. Southeast Asia Tobacco Control Alliance. Malaysia: No smoking campaigns having impact on the young: 2018. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://seatca.org/malaysia-no-smoking-campaigns-having-impact-on-the-young/>.

183. Ministry of Health Malaysia. KPK Press Statement 17 May 2016: Ops Puntung: 2016. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: https://kpksehatan-com.translate.google/2016/05/17/kenyataan-akhbar-kpk-17-mei-2016-ops-puntung/? x tr sl=ms& x tr tl=en& x tr hl=en& x tr_pto=sc.
184. Hassan N, Baharom N, Dawam ND et al. Strengthening quit smoking services in Malaysia through Malaysia Quit (mQuit) Program. *Tobacco Induced Diseases*. 2018;16(1). [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://doi.org/10.18332/tid/84344>.
185. Fai SC, Yen GK, Malik N. Quit rates at 6 months in a pharmacist-led smoking cessation service in Malaysia. *Can Pharm J (Ott)*. 2016;149(5):303-12. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27708676>.
186. Commonwealth Pharmacists Association. Training Community Pharmacists in Malaysia as Smoking Cessation Service Providers [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://commonwealthpharmacy.org/training-community-pharmacists-in-malaysia-as-smoking-cessation-service-providers/>.
187. Singapore Government Agency. Health Promotion Board Annual Report 2015/2016 [Internet]. 2016. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: https://www.nas.gov.sg/archivesonline/government_records/record-details/211f1651-8632-11e6-9af5-0050568939ad.
188. Amul GGH, Pang T. Progress in tobacco control in Singapore: Lessons and challenges in the implementation of the Framework Convention on Tobacco Control. *Asia Pacific Policy Stud*. 2018;5:102–21. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/app5.222>.
189. Hill D, Carroll T. Australia's National Tobacco Campaign. *Tob Control*. 2003;12 Suppl 2(Suppl 2):ii9-14. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12878768>.
190. Zwar NA. Smoking cessation. *Aust J Gen Pract*. 2020;49(8):474-81. [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32738868>.
191. New Zealand Government. Quitting smoking [Internet]. 2021. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.health.govt.nz/your-health/healthy-living/addictions/quitting-smoking>.
192. Edwards R, Hoek J, Waa A. New Zealand: Ground-breaking action plan may help country achieve its Smokefree 2025 goal [Internet]. 2022. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://blogs.bmj.com/tc/2022/01/12/new-zealand-ground-breaking-action-plan-may-help-country-achieve-its-smokefree-2025-goal/>.
193. Koshy G. How effective has Stoptober been in helping smokers to quit [Internet]. 2022. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.thriveagency.uk/insights/how-effective-has-stoptober-been-in-helping-smokers-to-quit/>.
194. National Health Service (NHS) England. NHS community pharmacy smoking cessation service [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/nhs-smoking-cessation-transfer-of-care-pilot-from-hospital-to-community-pharmacy/>.
195. Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC). Healthy Living Pharmacy: Holding an awareness event/campaign on smoking [Internet]. 2022. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at:

<https://psnc.org.uk/national-pharmacy-services/essential-services/healthy-living-pharmacies/health-promotion-ideas-for-pharmacy-teams/holding-an-awareness-eventcampaign-on-smoking/>.

196. National Cancer Institute (NCI): Smokefree.gov. QuitGuide [Internet]. updated [accessed: 28 March 2023].

Available at: <https://smokefree.gov/tools-tips/apps/quitguide>.

197. Government of Canada. Quitting smoking: Provincial and territorial services [Internet]. 2022. updated

[accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/smoking-tobacco/quit-smoking/provincial-territorial-services.html>.

198. The World Health Professions Alliance (WHPA). WHPA Statement on Interprofessional Collaborative Practice

[Internet]. 2019. updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: [https://www.whpa.org/news-](https://www.whpa.org/news-resources/statements/whpa-statement-interprofessional-collaborative-practice)

[resources/statements/whpa-statement-interprofessional-collaborative-practice](https://www.whpa.org/news-resources/statements/whpa-statement-interprofessional-collaborative-practice).

199. International Pharmaceutical Federation (FIP). FIP Statement of Policy Collaborative Practice [Internet]. 2009

updated [accessed: 28 March 2023]. Available at: <https://www.fip.org/file/1418>.

200. Borland R, Yong HH, O'Connor RJ et al. The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking

Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. *Nicotine Tob*

Res. 2010;12 Suppl(Suppl 1):S45-50. [accessed: 28 March 2023]. Available at:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20889480>.

9 附录

附录 1.尼古丁依赖检测量表 154

回答每个问题，在相应的方框内打"v"。		
1. 你在醒来后多久会抽第一支烟？	5 分钟内 5-30 分钟 31-60 分钟 60 分钟后	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
2. 你觉得在禁止吸烟的地方（例如：教堂、图书馆等）很难克制自己吸烟吗？	是 没有	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
3. 你会讨厌放弃哪种香烟？	早上的第一个 任何其他	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
4. 你每天抽多少支烟？	10 个或更少 11-20 21-30 31 岁或以上	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
5. 你在醒来后的第一个小时内吸烟的频率是否比一天中的其他时间高？	是 没有	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
6. 即使你一天中大部分时间生病躺在床上，你也会吸烟吗？	是 没有	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
总分		
分数	少于 4 分=最小依赖性 4-6 分=中度依赖 7-10 分=高度依赖	

附录 2. 烟草依赖量表¹⁵⁶

1. 吸烟量超过预期	是 不
2. 戒烟努力不成功	是 不
3. 对烟草的渴望	是 不
4. 戒断症状	是 不
5. 吸烟以避免戒断症状	是 不
6. 尽管有严重的疾病，仍然吸烟	是 不
7. 不顾健康问题而吸烟	是 不
8. 尽管有精神问题，仍然吸烟	是 不
9. 感到对烟草的依赖	是 不
10. 为吸烟而放弃重要活动	是 不
分 数	用作量表分数的 "是" 的答复数 分数从 0-10 不等 每个问题都采用二分法回答 (即 "是" 或 "不是") 。如果问题对受试者不适用 (例如，关于从未戒烟的人的戒断症状的问题) ，受试者会被指示回答 "不"。

附录 3.香烟依赖性量表¹⁵⁸

问题	回复选项	重新 编码
<p>1. 请用 0 到 100 分来评价你的烟瘾：</p> <ul style="list-style-type: none"> 我没有烟瘾 = 0 我对香烟极其上瘾 = 100 	<p>___ 成瘾</p>	<p>0-20 = 1 21- 40 = 2 41- 60 = 3 61- 80 = 4 81- 100 = 5</p>
<p>2. 平均而言，您每天抽多少支烟？</p>	<p>烟草/天</p>	<p>0-5 = 1 6-10 = 2 11- 20 = 3 21- 29 = 4 30+ = 5</p>
<p>3. 通常情况下，你在醒来后多久会抽第一支烟？</p>	<p>___ 分钟</p>	<p>0-5 = 5 6-15 = 4 16- 30 = 3 31- 60 = 2</p>

		61+ = 1
4.对你来说，彻底戒烟将是：	不可能=5 非常困难=4 相当困难=3 相当容易=2 非常容易=1	
请指出你是否同意以下每项声明： 5.在几个小时不吸烟后，我感到有一种不可抗拒的吸烟冲动	完全不同意=1 有点不同意=2 既不同意也不同意=3 有点同意=4 完全同意=5	
6.没有香烟的想法给我带来压力	完全不同意=1 有点不同意=2 既不同意也不同意=3 有点同意=4 完全同意=5	
7.出门前，我总是确保自己带着香烟。	完全不同意=1 有点不同意=2 既不同意也不同意=3 有点同意=4 完全同意=5	
8.我是一个香烟的俘虏	完全不同意=1 有点不同意=2 既不同意也不同意=3 有点同意=4 完全同意=5	

9.我抽烟太多	完全不同意=1 有点不同意=2 既不同意也不同意=3 有点同意=4 完全同意=5	
10.有时我放下一切，出去买香烟	完全不同意=1 有点不同意=2 既不同意也不同意=3 有点同意=4 完全同意=5	
11.我一直在抽烟	完全不同意=1 有点不同意=2 既不同意也不同意=3 有点同意=4 完全同意=5	
12.尽管对我的健康有风险，我仍然吸烟	完全不同意=1 有点不同意=2 既不同意也不同意=3 有点同意=4 完全同意=5	

附录 4. 吸烟重度指数²⁰⁰

问题	响应	观点
1. 你通常每天抽多少支烟？	10 个或更少	0 分
	11-20	1 分
	21-30	2 分
	31 岁或以上	3 分
2. 在你吸烟的日子里，你在起床后多久会抽第一支烟？	5 分钟内	3 分
	6-30 分钟	2 分
	31-60 分钟	1 分
	60 分钟后	0 分
HSI 指数得分：尼古丁依赖有 3 种分类方式	低成瘾性	0-2 分
	中度成瘾	3-4 分
	高成瘾性	5-6 分
<p>请注意：</p> <p>询问病人的吸烟量。</p> <p>询问病人在以前的戒烟尝试中都尝试了什么。</p> <p>询问病人现在想尝试什么。</p> <p>询问病人是否希望得到你的建议。</p>		

国际药学联合会

Andries Bickerweg 5
2715 JP The Hague,
The Netherlands

T :+31 (0)70 302 19 70
F :+31 (0)70 302 19 99
E :fip@fip.org
www.fip.org

| 戒烟手册 / 2023 年