

第二章

临床戒烟干预

本章要点

临床场所戒烟干预是全社会控烟综合项目的重要组成部分。本章在论述吸烟的危害和医务人员在控烟的基础上,重点介绍了临床场所戒烟干预的理论以及具体实践的方法和步骤。希望通过本章的学习,医学专业人员能在日常的临床工作中,帮助吸烟者有效戒烟,并通过示范和倡导,成为控烟的表率。

教学目的

- **掌握:** 临床场所的戒烟步骤。
- **熟悉:** 吸烟的危害和医务人员在控烟中的责任。
- **了解:** 阶段变化模式和健康信念模式的基本概念。

第一节 吸烟的危害

烟草是世界上最可预防的死因。仅 2008 年,烟草造成全球 500 万人的死亡,这一数字超过结核、艾滋和疟疾的总和。目前全球已经有十分之一的成年人死于吸烟相关的疾病。到 2030 年,预计每 6 个人中有 1 人死于吸烟相关的疾病。每年的死亡人数超过一千万。世界卫生组织估计,烟草使用者中有一半将最终死于吸烟相关的疾病。也就是说全世界 11 亿吸烟者中,大约 5.5 亿人会死于吸烟相关的疾病。

卷烟烟雾中包括了 7 000 多种化学物质。有害成分包括尼古丁等生物碱、胺类、腈类、酚类、醛类、烷烃、醇类、多环芳烃、脂肪烃、杂环族化合物、羟基化合物、氮氧化合物、一氧化碳、重金属元素(镍、镉、铬、钋)。有机农药等,范围极广。目前主要关注与焦油、尼古丁、一氧化碳。焦油是卷烟中有机物不完全燃烧的产物,是多种气体和毒物的混合,含有大量致癌物。焦油沉积于肺部,可引起肺组织癌变,形成肺癌。苯并芘(a)为焦油中最主要的致癌物质,具有强致癌作用。尼古丁是导致吸烟成瘾性的化学物质。尼古丁的作用极为迅速,吸入纸烟烟雾中的尼古丁只需 7 s 就可以到达大脑,是主要的成瘾源。尼古丁在血浆中的半衰期很短,因此很多吸烟者,每 30~40 分钟就要吸一支烟,以维持大脑尼古

丁稳定水平,当不能达到这一水平时,吸烟者就会感到烦躁、不适、恶心、头痛并渴望补充尼古丁。戒烟者的戒断症状主要就是由于尼古丁水平下降而引起的。烟草烟雾中含有大量的一氧化碳,由于一氧化碳和血红蛋白的亲合力更强,氧气无法和血红蛋白结合,机体就产生缺氧症状。一氧化碳还可以使血液黏稠度增加,加速血管的动脉粥样硬化,从而导致冠心病。烟草烟雾中细颗粒物(PM_{2.5})是室内空气污染的重要来源,可以被吸入呼吸道的深部。

在全球八大致死原因中,烟草使用和其中的六种疾病有关,包括缺血性心脏病、脑血管病、下呼吸道感染、慢性阻塞性肺病、结核、呼吸道肿瘤。世界卫生组织指出:有四分之一的癌症都是与吸烟有关;在65岁以下死于癌症的死亡者中,吸烟者占90%;死于心肌梗死的,吸烟者占25%;吸烟者冠心病的发病率是不吸烟者的4倍。怀孕期间使用烟草会使胎儿的生长迟滞;而这些小于平均水平的胎儿出生后可能赶不上其他胎儿的生长。同时,婴儿疾病、残疾与死亡的危险性增大。男性吸烟可能会因为导致流向生殖器官的血液减少影响勃起功能。总的来说,吸烟者比不吸烟者约损失5~10年的寿命。但是,吸烟造成的健康损害并非一朝一夕可以显现,而是具有长期滞后性的特点,因此容易为人们所忽视。

吸烟者不是烟草使用唯一的受害者。二手烟,也称为被动吸烟同样成为巨大的健康威胁。被动吸烟增加血液黏稠度,伤害血管内膜,引起冠状动脉供血不足,增加心脏病发作的危险;多项研究指出,被动吸烟增加成人肺癌、心血管疾病和慢性阻塞性肺病发生的危险性,增加哮喘的发病风险,损害肺功能。二手烟可引起婴幼儿支气管炎和肺炎,增加患中耳炎的风险;并且加重或者诱发哮喘。

值得注意的是,目前市场上的低焦油、卷烟以及中草药卷烟并不能减少吸烟的危害,避免吸烟危害的最好方式是不吸烟或者戒烟。美国癌症协会指出,戒烟的好处,立竿见影。戒烟1年后,患早期冠心病的机会将比吸烟时减少一半;5年后,发生中风的机会和不吸烟者相当;10年后,生活质量将和不吸烟相当,肺癌的死亡率将是吸烟者的一半,发生口腔癌、鼻咽癌、食道癌、膀胱癌、肾癌、胰腺癌的危险减少。因此,戒烟越早越好;30岁以前戒烟能使肺癌的风险减少90%;但是无论何时戒烟,戒烟者的寿命都将长于持续吸烟者。诚然,早戒烟者比晚戒烟者可增加更多的寿命年数。

全世界2/3的吸烟者都集中在10个国家。中国是世界上最大的烟草生产和消费大国。现在吸烟者超过3亿,被动吸烟者7.4亿。其中男性现在吸烟率为52.9%,女性为2.4%。而且,高吸烟率带来的健康效应正在体现:2005年,中国人群中归因于吸烟导致的死亡已经达到120万人,其中33.8%在40~69岁前死去。估计到了2030年,我国烟草导致的死亡将达300万。2011年《中外专家中国烟草使用和烟草控制评估报告》指出,烟草已经成为最大的健康危害产业,全面控烟刻不容缓。

第二节 医务人员在控烟中的责任

作为站在保护人类健康最前列的医务工作者更有责任、有机会也有条件劝阻患者的吸烟行为。大量的临床实践证明医生的某些劝阻吸烟的方式在改变患者吸烟行为可以产生良好的效果。首先,临床医务人员与个体接触面大,据估计大约70%的人每年会去

医院就诊,为医生提供戒烟帮助提供了良好的契机;临床医生易与个体患者接触,并易于随访了解患者的健康状况和行为改变的情况;最重要的是,患者对医生的建议有较大的依从性。在世界卫生组织提出的遏制烟草流行的系列策略中,为吸烟者提供戒烟帮助作为重要的策略之一。由于烟草的高成瘾性,吸烟者自己戒烟非常困难,获得帮助和支持他们战胜烟草依赖是很重要的。

把戒烟帮助融入日常的临床诊疗活动是行之有效的帮助患者戒烟的方法。例如美国有72%的成年吸烟者在接受医疗保健服务期间能够听取医生的戒烟忠告。当然这项工作实施过程中也并非一帆风顺。尤其在开始阶段,因多数医生帮助患者戒烟方面尚缺乏经验,亦未掌握有关技巧,常常会遭到失败和挫折,以致使有些医务人员感到缺少技能,缺乏信心。故从事这项工作前,医生首先要有充分的思想准备,并在工作中不断地探索劝阻吸烟的技巧,借鉴成功的经验,不断总结提高,树立劝阻吸烟的信心,才能收到成效。在劝阻吸烟的过程中,医生应采取科学的方法按步骤指导患者戒烟,而不仅是简单地告诉患者吸烟对健康有害。

第三节 临床戒烟帮助的理论基础

戒烟的帮助中需要科学的理论指导。在临床戒烟服务中,主要用到两种理论:阶段变化模式和健康信念模式。

一、阶段变化模式

阶段变化模式将行为变化解释为一个连续的、动态的、由五个阶段逐步推进的过程。以戒烟为例,阶段变化模式认为人的行为变化通常需要经过以下5个阶段:

1. 无转变打算阶段 处于该阶段的人,没有在未来六个月中改变自己行为的考虑,或有意坚持不改。对于这一阶段的人,主要增加对于行为危险性的知识。
2. 打算转变阶段 处于该阶段的人打算在未来(6个月内)采取行动,改变疾病危险行为。对于前两个阶段的人,主要提高戒烟动机。
3. 转变准备阶段 进入“准备阶段”的人将于未来一个月内改变行为。对于该阶段的人,主要是提供戒烟帮助。
4. 行动阶段 在此阶段的人,在过去的6个月中目标行为已经有所改变。
5. 行为维持阶段 处于此阶段的人已经维持新行为状态长达6个月以上,已达到预期目的。仍需努力防止旧行为复发,但其已比较自信,不易再受到诱惑而复发旧行为。对于后两个阶段已经开始市行为改变的人,主要是提供支持、解决问题,进一步促进行为的改变。

处于行为转变不同阶段的对象无疑有不同的需要,因此要根据他们的特点和需要,采取不同的措施。这是行为改变阶段模式的基本原则所在。

二、健康信念模式

健康信念模式的基本内容 健康信念模式认为人们要接受医生的建议而采取某种有益健康的行为或放弃某种危害健康的行为,需要具有以下几方面的认识。

(1) 对疾病严重性的认识：指个体对罹患某疾病的严重性的看法。

(2) 对疾病易感性的认识：指个体对自己罹患某疾病或陷入某种疾病状态的可能性的认识。

(3) 对行为有效性的认识：指人们对于实施或放弃某种行为后，能否有效降低患病的危险性或减轻疾病后果的判断。只有当人们认识到自己的行为有效时，人们才会自觉地采取行动。

(4) 对实施或放弃行为的障碍的认识：指人们对采取该行动的困难的认知。对这些困难的足够认识，是使行为巩固持久的必要前提。

(5) 效能期待：指对自己实施和放弃某行为的能力的自信，也称为自我效能。

健康信念模式还重视促使某种行为发生的引发物的存在，如某种标志、信号。健康信念模式也关注行为者的背景特征对行为的影响，如年龄、性别、教育水平、家庭成员和团体帮助等因素。

第四节 临床场所的戒烟步骤

这些策略及措施可以用如图 4-2-1 所示的模式来进行整合。该模式以“五 A 戒烟法”(“5 A's”)为主线，根据对求医者吸烟状况及戒烟意愿的评价将他们分为四种人并给予相应的干预策略及措施：① 现吸烟并愿意尝试戒烟的人；② 现吸烟但目前不愿尝试戒烟的人；③ 曾经吸烟现已戒烟的人；④ 从未吸过烟的人。根据所需时间、资源的多少，这些干预措施又可分为快速干预(brief intervention)及强化干预(intensive intervention)两大类。

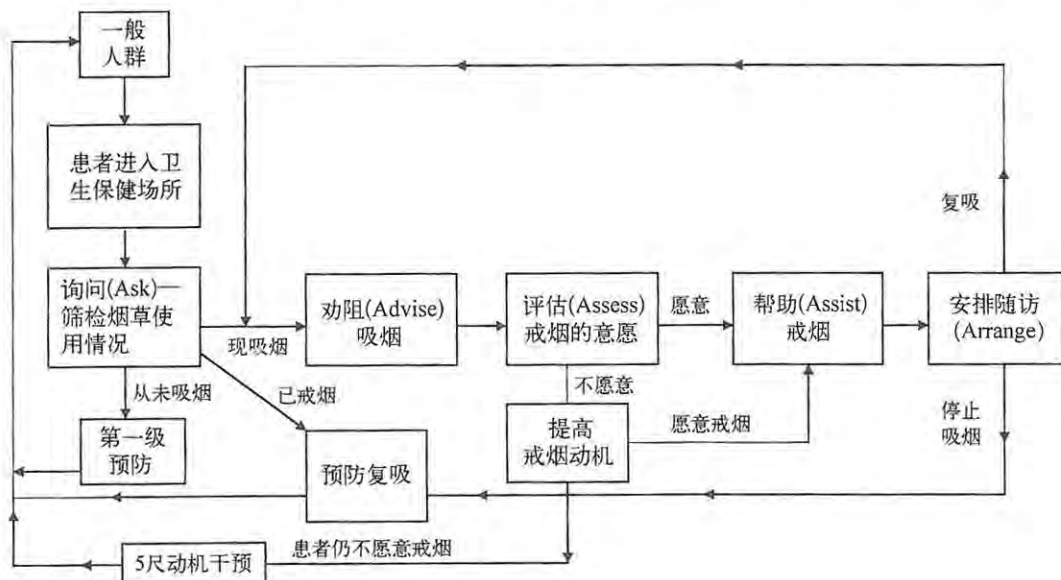


图 4-2-1 临床场所处理烟草使用和烟草依赖的模式

1. 针对愿意戒烟者的快速干预策略及措施(五 A 戒烟法) 五 A 戒烟法，建立行为的阶段变化模式基础上的，可由医务人员在日常诊所环境下进行戒烟干预(表 4-2-1)。其

中第一步“询问”(Ask)是了解求医者吸烟状况及发现吸烟者的关键,可帮助医务人员根据求医者吸烟状况及意愿来确定恰当的干预措施。需要强调的一点是,戒烟快速干预中,除了提供咨询、随访服务之外,所有吸烟者只要没有禁忌证,都应该鼓励使用戒烟药物治疗。

2. 针对愿意戒烟者的强化干预策略及措施 目前有证据证实,戒烟干预的强度与戒烟效果之间有明显的剂量—反应关系,强度越大的干预,效果越好。因此医务人员应尽量为愿意戒烟者提供戒烟强化干预服务。强化干预可提供给愿意接受这类干预的所有吸烟者。强化干预的标准为:为吸烟者提供4次或4次以上的干预服务(咨询、行为干预、药物等),每次持续10 min以上,与吸烟者接触的总时间在半小时以上。强化干预的基本要求见表4-2-1,表4-2-2。

表4-2-1 五A戒烟法

询问(Ask)吸烟情况	在每一个患者、每一次就诊时了解和记录其吸烟情况
劝阻(Advise)吸烟	以一种明确、语气肯定、个体化的方式督促每一个吸烟者戒烟
评估(Assess)戒烟意愿	了解吸烟者这次是否愿意尝试戒烟
帮助(Assist)尝试戒烟	帮助愿意戒烟者确定戒烟日、制订戒烟计划;提供咨询帮助及培训解决问题技巧;帮助患者获得外部支持及提供戒烟材料等
安排(Arrange)随访	确定随访时间表(至少开始戒烟后的第一周随访一次)

表4-2-2 强化戒烟干预的基本要求

评 估		评估吸烟者是否愿意接受强化干预措施;评估吸烟者的紧张程度、所患其他疾病等为咨询、行为干预、戒烟药物选择提供信息。
强化干预措施	1. 咨询及行为干预	解决所遇具体问题的咨询及解决问题技巧培训;提供干预服务的医务人员对戒烟者的心理社会支持;家人、朋友等治疗者之外对戒烟者的社会支持。
	2. 药物治疗	尼古丁替代疗法、盐酸安非他酮、伐尼克兰等。
干预形式		个体或小组形式的咨询;主动的电话咨询;为提供戒烟者提供自助阅读材料;定期随访、效果评价。
强化干预人员		尽可能包括不同专业的服务人员。如安排医务人员为戒烟者提供有关吸烟危害及戒烟益处的咨询、提供药物治疗服务;非医学专业人员提供社会心理咨询或行为干预服务。

3. 针对不愿意戒烟者的快速干预策略及措施 对于目前还不愿意戒烟的人而言,干预的目的是帮助他们提高戒烟的动机。临床场所提高不愿戒烟者戒烟动机的快速干预策略及措施可归纳为五个“R”(“5 R's”)(表4-2-3)。5R的理论基础是前面提及的健康信念模式。

表4-2-3 提高戒烟动机的快速干预策略及措施——五“R”法

指出相关性(Relevance)	鼓励自己指出自己戒烟的相关理由或原因,与自己情况(如疾病、健康危害、家庭、社会关系)越密切越好。
强调危险性(Risks)	鼓励吸烟者自己说出吸烟的不良后果。医务人员应强调与患者最相关的危害部分,并指出彻底戒烟是避免这些不良后果的唯一途径。
认识回报(Rewards)	鼓励吸烟者说出戒烟可获得的潜在益处,并强调与患者最相关的回报。
认清障碍(Roadblocks)	鼓励吸烟者说出阻碍其戒烟的理由,并告之能解决这些障碍的办法和措施。
反复动员(Repetition)	动机干预应在无戒烟意愿的吸烟者每次看病时都反复进行。对过去尝试戒烟失败者应告之许多戒烟成功者都是经历反复尝试多次之后才获得成功。

4. 针对最近已戒烟者的快速干预策略及措施 对于已戒烟者而言,干预目的是预防复吸。一般预防复吸的干预可分为两类:基本干预(minimal practice)及规范干预(prescriptive interventions)。

(1) 基本干预:指面对一个最近戒烟者每次都要进行的干预,包括:向每一个戒烟者的成功表示祝贺并鼓励继续不吸烟;用开放式问题让戒烟者谈谈其戒烟后的感受;鼓励戒烟者主动讨论戒烟的各种益处、戒烟过程中所取得的成功、保持不吸烟所遇到的问题及可能面临的威胁。

(2) 规范干预:指的是根据从戒烟者那里了解到的坚持不吸烟所遇到的实际问题及威胁,采取针对性的常规处理(表4-2-4)。

表4-2-4 戒烟者经常遇到的特定问题及应对措施

问 题	应 对 措 施
缺乏支持	● 制订患者随访日程表 ● 帮助患者在其周围寻找支持资源 ● 安排患者转诊到能提供戒烟咨询及支持的机构或单位
情绪悲观或抑郁	依情况提供心理咨询或合适的药物治疗,也可将患者转给心理医生处理
强烈或持久的尼古丁撤退症状	依情况考虑给患者延长使用尼古丁替代品的时间,或者增加联合应用多种药物来降低尼古丁撤退症状
体重增加	● 建议开始增加身体活动,限制饮食 ● 说服患者知道停止吸烟后体重有所增加是普遍情况,但体重上升幅度有限 ● 强调合理膳食的重要性 ● 让患者用有减缓体重增加作用的药物治疗(如,bupropion SR、尼古丁替代疗法、特殊的尼古丁口香糖) ● 将患者转给有关专家或特定干预项目
动机逐渐下降	● 让患者明白这种感受非常普遍 ● 推荐参加一些有益活动 ● 检查以确保患者没有定期吸烟 ● 强调又开始吸烟(哪怕一口)也将增加永久戒烟难度

5. 针对从未吸烟者的干预措施 对从未吸烟者,仍需给予肯定并鼓励其继续远离烟草。

临床场所戒烟干预应该成为社区控烟综合项目的重要组成部分,因为只有整合两个场所的资源,医学专业人员及非医学专业人员通力协作才能促使吸烟者戒烟成功。临床场所医务人员戒烟干预的实施,必须有卫生保健系统水平上的改变(政策、环境、资源、培训)才能真正持久和富有成效。最后,具体干预特别是采用行为干预进行戒烟时,应根据特定情况、特定人群特点选择合理的健康促进理论来指导控烟工作,以能保证干预措施的针对性及高效率。

(郑频频)

【思考题】

1. 你如何理解医务人员在控烟中的责任?
2. 在临床场所帮助戒烟的过程中,哪些环节应用了阶段变化模式? 哪些环节应用了健康信念模式? 为什么?
3. 如何利用患者就诊这一“可教育时机”,提高患者的戒烟意愿?