

· 标准与规范 ·

中国临床戒烟指南(2026年版)

国家呼吸医学中心 中日友好医院 世界卫生组织戒烟与呼吸疾病预防合作中心
中华医学会呼吸病学分会烟草病学学组 中国医师协会呼吸医师分会烟草病学学组
北京市控制吸烟协会

通信作者:王辰,国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中日友好医院,中国医学科学院北京协和医学院,北京 100730, Email:wangchen@pumc.edu.cn;肖丹,国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院,北京 100029, Email:danxiao@263.net

【摘要】 吸烟对健康产生巨大危害,戒烟是人群疾病预防和个体保健最重要与可行的措施。为了更好地指导戒烟干预工作、促进烟草依赖规范化诊治,国家卫生健康委员会委托国家呼吸医学中心(中日友好医院)牵头组织多学科专家,在《中国临床戒烟指南(2015年版)》基础上,遵循《世界卫生组织指南制订手册》和《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则》,采用GRADE方法对现有证据质量及推荐强度进行评估,形成本版指南。本指南涵盖基本戒烟干预、烟草依赖诊治、特殊人群戒烟干预、戒烟的政策支持四方面内容,制定了13条推荐意见,包括:对于所有吸烟者,推荐进行简要戒烟干预,推荐提供戒烟咨询、戒烟热线干预;推荐数字化戒烟干预作为吸烟者的自我管理或辅助戒烟工具;推荐尼古丁替代疗法类药物、盐酸安非他酮缓释片、酒石酸伐尼克兰作为帮助吸烟者戒烟的一线治疗药物;推荐多种干预方法联合使用等。本指南对各部分内容也制定了具体的实施建议,旨在进一步规范我国临床戒烟实践,推动各级医疗机构戒烟干预能力提升。

【关键词】 戒烟; 烟草依赖; 烟草对健康的危害; 指南

基金项目: 癌症、心脑血管、呼吸和代谢性疾病防治研究国家科技重大专项(2023ZD0506400); 国家自然科学基金(82570030); 黑龙江省“揭榜挂帅”科技攻关项目(2022ZXJ03C02)

指南注册: 国际实践指南注册平台(PREPARE-2025CN2031)

Guideline on China clinical smoking cessation (2026)

National Center for Respiratory Medicine; China-Japan Friendship Hospital; World Health Organization Collaborating Centre for Tobacco Cessation and Respiratory Diseases Prevention; Tobacco Medicine Group of the Respiratory Disease Branch of the Chinese Medical Association; Tobacco Medicine Group of the Respiratory Physician Branch of the Chinese Medical Doctor Association; Beijing Tobacco Control Association

Corresponding authors: Wang Chen, National Center for Respiratory Medicine; State Key Laboratory of Respiratory Health and Multimorbidity; National Clinical Research Center for Respiratory Diseases; China-Japan Friendship Hospital; Chinese Academy of Medical Sciences & Peking Union Medical College, Beijing 100730, China, Email: wangchen@pumc.edu.cn; Xiao Dan, National Center for Respiratory Medicine; State Key Laboratory of Respiratory Health and Multimorbidity; National Clinical Research Center for Respiratory Diseases; Institute of Respiratory Medicine, Chinese Academy of Medical Sciences

DOI: 10.3760/cma.j.cn115624-20251229-01087

收稿日期 2025-12-29 本文编辑 宋国营

引用本文:国家呼吸医学中心,中日友好医院,世界卫生组织戒烟与呼吸疾病预防合作中心,等. 中国临床戒烟指南(2026年版)[J]. 中华健康管理学杂志, 2026, 20(5): 369-387. DOI: 10.3760/cma.j.cn115624-20251229-01087.



中华医学杂志社
Chinese Medical Association Publishing House

版权所有 违者必究



& Peking Union Medical College; China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China, Email: danxiao@263.net

吸烟对健康的危害极为严重,全球每年有逾 700 万人死于吸烟相关疾病,160 万人死于二手烟暴露,吸烟者平均寿命较不吸烟者缩短 10 年,是全球范围内最可预防的公共卫生问题之一^[1-2]。《“健康中国 2030”规划纲要》明确提出“到 2030 年全国 15 岁以上人群吸烟率降至 20% 以下”的控烟行动目标,体现了国家将戒烟作为健康战略核心内容的政策导向^[3]。目前我国≥15 岁人群的吸烟率为 23.2%,烟草依赖者人数约 1.835 亿,控烟形势依然严峻^[4-5]。

我国于 2007 年发布首版《中国临床戒烟指南》^[6],并于 2015 年进行首次更新^[7],为全国戒烟服务体系建设起到了重要指导作用。十年来,随着控烟政策的不断推进与公众健康认知的显著提升,对戒烟治疗的需求显著增长,戒烟管理也逐渐从被动响应转向主动识别与早期干预。基于“吸烟者健康维护”理念,应从引领关注健康入手,提升吸烟者戒烟意愿、选择适宜的戒烟干预技术,促进尽早戒烟与健康获益^[8]。

与此同时,我国健康管理关注点由个体健康逐步拓展至群体健康,“烟霾”危害逐渐成为公众与医学界共同关注的焦点。“烟霾”指烟草制品在燃烧或使用过程中释放的烟雾及其残留物,在室内外形成的复合环境污染,涵盖吸入的二手烟与残留暴露的三手烟^[9]。戒烟不仅关乎个体健康管理,也可有效减少其他人暴露于烟霾危害的风险,是公共卫生治理的重要内容。

随着精准医学理念的引入,戒烟治疗逐渐迈入个体化时代。基于尼古丁代谢率、基因型与行为特征的个体化戒烟治疗模型,正在为不同类型吸烟者提供更具针对性的药物与干预方案。未来,结合人工智能算法与移动健康技术的数字戒烟模式,有望进一步提升干预的精准性与可及性。

为顺应新时代控烟与戒烟实践的发展,进一步提升我国戒烟治疗的科学性、规范性与可及性,受国家卫生健康委员会委托,国家呼吸医学中心组织相关机构及领域专家,总结近年来临床与公共卫生实践经验,对 2015 版指南进行系统更新。本版指南紧扣“以人民健康为中心”,充分吸纳国际循证证据与我国本土研究成果,强调以科学证据为基础,突出实用导向。本指南倡导将简要戒烟干预纳入

常规诊疗流程,系统阐述戒烟咨询、戒烟热线与数字化戒烟干预等循证措施的实施路径和操作要点,进一步完善了烟草依赖的诊治原则,明确药物干预、行为支持与复吸管理的核心要点,并针对青少年、孕产妇、精神疾病患者及电子烟使用者等特殊人群提出相应的干预建议。本指南亦强化了政策与体系层面的支持措施,强调通过完善戒烟体系建设、加强重点人群管理,形成政府主导、部门协同、社会参与的综合控烟格局。

我们希望,本指南的发布能够进一步规范我国临床戒烟实践,促进科学、系统、可及的戒烟干预在医疗体系中广泛应用,帮助更多吸烟者戒烟,为建设无烟社会和实现“健康中国”战略目标贡献力量。

谨此,向所有参与本指南编写、评审与推广的专家和机构致以诚挚感谢,并欢迎广大医务工作者在实际应用过程中提出宝贵意见,以便不断修订完善。

第一部分 指南编写方法

本指南的制订依据世界卫生组织指南制订手册^[10]和《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022 版)》^[11];证据和推荐意见的评价方法使用推荐分级的评估、制订与评价(Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation, GRADE)(表 1)^[12];证据来源为现有的系统综述,对于无系统综述的临床问题,开展新的系统综述。

1. 指南注册:本指南已在国际实践指南注册平台(<http://guidelines-registry.org/>)注册(注册号:PREPARE-2025CN2031)。

2. 指南使用者与目标人群:本指南供实施戒烟干预的医务人员、公共卫生专业人士和戒烟干预管理相关专业人员使用。指南推荐意见的应用目标人群为吸烟者(含电子烟使用者)。

3. 指南工作组:本指南成立了多学科专家工作组,包括烟草病学、呼吸病学、公共卫生、信息学、循证医学等。工作组具体分为 6 个:讨论专家组、执笔专家组、信息学专家组、证据评价组、外审专家组、写作秘书组。



表1 GRADE 分级系统中证据质量与推荐强度的含义^[12]

分级	释义
证据质量	
高(A)	非常有把握观察值接近真实值
中(B)	对观察值有中等把握:观察值有可能接近真实值,但也有可能差别很大
低(C)	对观察值的把握有限:观察值可能与真实值有很大差别
极低(D)	对观察值几乎没有把握:观察值与真实值极可能有极大差别
推荐强度	
强(1) ^a	明确显示实施某项推荐意见利大于弊或弊大于利
弱(2) ^b	实施某项推荐意见的利弊不确定,或无论质量高低的证据均显示利弊相当

注:^a包括强推荐和强不推荐;^b包括弱推荐和弱不推荐

4. 利益冲突声明:本指南工作组成员均填写了利益冲突声明表,不存在与本指南撰写直接相关的利益冲突。

5. 临床问题遴选和确定:通过系统检索戒烟领域已发表的指南和系统评价,由专家组进行讨论并最终确定指南更新框架。

6. 证据检索:针对最终纳入更新框架的临床问题,进行文献检索:(1)检索数据库为 Web of Science、PubMed、Cochrane Library、Sinomed 中国生物医学文献数据库(CBM),纳入荟萃分析、系统评价、随机对照实验,检索时间为建库至 2025 年 9 月 1 日;(2)检索策略:根据前期筛选的临床问题确定相应的检索策略。

7. 证据评价:使用 GRADE 方法对证据质量和推荐强度进行评价及分级。

8. 推荐意见形成:专家组基于国内外循证医学证据与证据评价,经过 3 轮专家研讨会,综合考虑利弊、证据质量、成本、公平性、可接受性、可行性等因素,通过匿名投票形成最终的推荐意见,共识度设置为 70%。推荐分为“强推荐/强不推荐”和“弱推荐/弱不推荐”。对于匿名投票无法达成共识(共识度<70%)的问题,未给出推荐意见。最终形成 13 条推荐意见。

9. 传播与实施:本指南出版后将通过期刊发表、媒体传播和学术会议等方式进行传播。

第二部分 基本戒烟干预

一、简要戒烟干预

简要戒烟干预,是指医务人员在开展诊疗工作

时,对所有吸烟者进行的时长约 30 s 至 3 min 的简要戒烟建议^[13],可促进吸烟者考虑戒烟并提高戒烟成功率。

【推荐意见 1】 推荐对所有吸烟者进行简要戒烟干预【1B】。

【推荐依据】 2024 年发表的系统综述及荟萃分析显示:有中等质量证据表明,相比于未接受任何戒烟咨询,简要戒烟干预显著提高了≥6 个月戒烟成功率[RR=1.17,95%CI:1.07~1.27;13 项随机对照试验(randomized controlled trial, RCT),26 437 例]^[14]。

【实施建议】 医疗卫生机构在提供医疗卫生服务过程中,应建立首诊询问吸烟史制度,明确建议吸烟者戒烟。

简要戒烟干预可参照 5A、5R 原则实施(详见本部分“二”)。对于有戒烟意愿的吸烟者,应提供进一步戒烟指导和帮助;对于尚无戒烟意愿的吸烟者,应激发其戒烟动机。世界卫生组织建议,所有医疗机构都应应将吸烟状况以及戒烟干预措施的实施情况纳入病历(包括电子病历)中,并促进基于证据的治疗干预措施的采用和持续实施^[13]。简要戒烟干预的具体方法见下页方框,可根据吸烟者情况和回答动态调整具体实施策略,流程见图 1。

二、戒烟咨询

医务人员提供戒烟咨询时应询问就医者的吸烟状况,评估吸烟者的戒烟意愿,根据其具体情况提供恰当的治疗方法。目前常以“5R”法增强吸烟者的戒烟动机,用“5A”法帮助吸烟者戒烟^[15]。

1. 对于愿意戒烟的吸烟者采取“询问(Ask)-建议(Advise)-评估(Assess)-帮助(Assist)-安排(Arrange)”的戒烟干预方案,简称“5A”,具体实施方法为:(1)询问(Ask):询问并记录所有就医者的吸烟情况。(2)建议(Advise):建议所有吸烟者必须戒烟。(3)评估(Assess):评估吸烟者的戒烟意愿。(4)帮助(Assist):提供戒烟帮助:①向吸烟者提供实用的戒烟咨询;②向吸烟者提供戒烟资料,介绍并推荐使用其他戒烟干预方法,如数字戒烟工具、戒烟药物。(5)安排(Arrange):安排随访。吸烟者开始戒烟后,应安排随访至少 6 个月,随访次数不宜<6 次。随访的形式可以是要求戒烟者到戒烟门诊复诊或通过电话联系其戒烟情况。建议、评估、提供戒烟咨询的具体方法见下页方框。

2. 对于没有明确戒烟意愿的吸烟者采取“相关



简要戒烟干预具体方法

1. 每位医务人员在接触就医者时均应简要问询并记录其吸烟状况:
您是否吸烟?(1)是 (2)否 (如果回答“是”,请继续回答以下问题)
您每日吸烟多少支? ____支/d
您吸烟多少年? ____年
2. 向吸烟者提供关于吸烟危害健康和吸烟与其自身疾病有关的信息。
3. 建议所有吸烟者必须戒烟。
4. 向有戒烟意愿的吸烟者提供戒烟帮助。对于需要进一步戒烟干预的吸烟者,可推荐至戒烟门诊、使用数字戒烟工具“在线戒烟”或拨打戒烟热线。
5. 向没有戒烟意愿的吸烟者告诫戒烟的必要性,并提供获取戒烟帮助的信息,在再次就诊时反复干预。

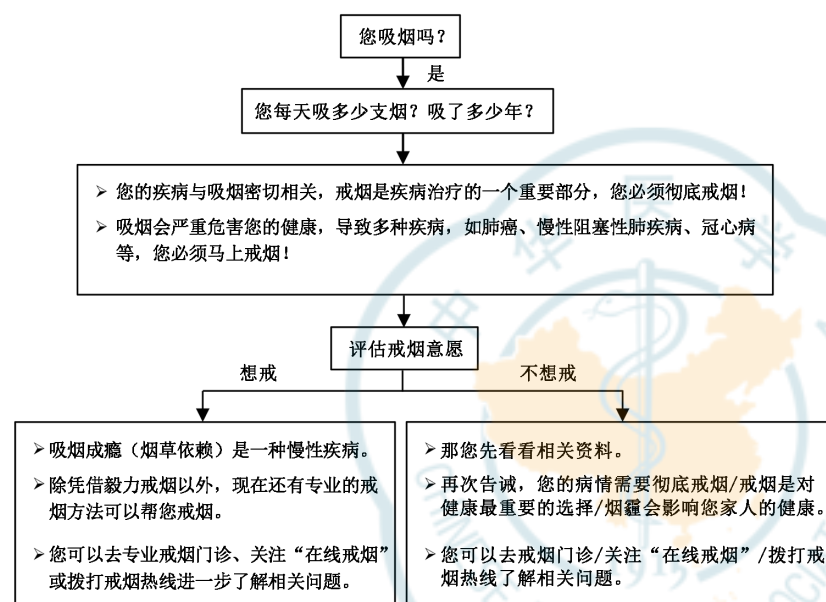


图1 简要戒烟干预流程

(Relevance)-危害(Risk)-益处(Rewards)-障碍(Roadblocks)-反复(Repetition)”干预措施以增强其戒烟动机,简称“5R”,具体实施要点为:(1)相关(Relevance):使吸烟者认识到戒烟与其自身和家人的健康密切相关。(2)危害(Risk):使吸烟者认识到吸烟的严重健康危害。(3)益处(Rewards):使吸烟者认识到戒烟的健康益处。(4)障碍(Roadblocks):使吸烟者知晓和预估戒烟过程中可能会遇到的障碍或问题。同时,让他们了解现有的戒烟干预方法(如咨询和药物)可以帮助他们克服这些障碍。(5)反复(Repetition):再次评估吸烟者的戒烟意愿,如果仍然没有戒烟计划,可反复进行上述戒烟动机干预。

5A、5R的应用流程见图2。

【推荐意见2】 推荐向吸烟者提供戒烟咨询【1A】。

【推荐依据】 考克兰图书馆2017年发表的系统综述及荟萃分析发现:有高质量证据表明,在

未提供药物治疗的情况下,个体戒烟咨询相较于最低接触对照(包括简要建议、常规护理或提供自助材料)可提高戒烟成功率($RR=1.57$, $95\%CI: 1.40\sim 1.77$; 27项RCT, 11 100例);有中等质量证据表明,与简要戒烟干预相比,戒烟咨询可提高戒烟成功率($RR=1.29$, $95\%CI: 1.09\sim 1.53$; 11项RCT, 2 920例)^[16]。

三、戒烟热线

戒烟热线是由经过专业培训的热线咨询员,通过电话为吸烟者提供戒烟咨询。根据咨询次数不同,可分为1次戒烟热线咨询和多次戒

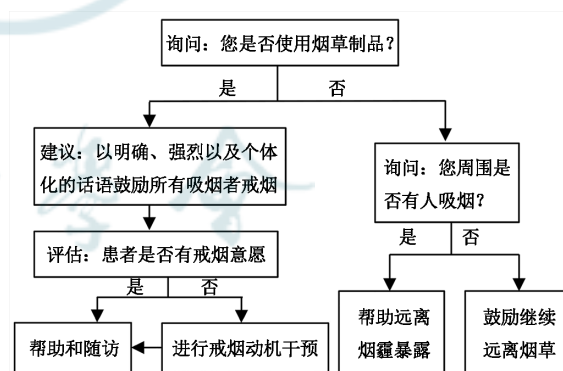


图2 5A、5R应用流程图

烟热线咨询^[17]。目前我国的戒烟热线有400-808-5531(全国专业戒烟热线)、400-888-5531。部分省市12320(公共卫生热线)也可提供相关咨询。

【推荐意见3】 推荐向吸烟者提供戒烟热线干预【1B】。

【推荐依据】 考克兰图书馆2019年发表的一项系统综述及荟萃分析显示:有中等质量证据表



以明确、强烈以及个体化的话语建议所有吸烟者必须戒烟

1. 明确指出:“吸烟可导致多种疾病”“吸烟会损害周围人的健康”“低焦油烟、过滤嘴烟、中草药卷烟、细支烟、淡味烟、加热烟同样有害健康”“偶尔吸烟、只吸几口也有害健康”“任何年龄戒烟均可获益,戒烟越早越好”“吸烟产生的烟霾会残留在家具、衣物上,形成三手烟,持续危害家人健康,尤其是儿童”。
2. 强烈建议:“现在必须戒烟”“戒烟是为健康所做的最重要的事情之一”。
3. 个体化劝诫:将吸烟与就医者最关心的问题联系起来,如目前的症状、对健康的忧虑、经济花费、烟霾暴露对家庭成员及其他人的不良影响等。

如何评估戒烟意愿

询问吸烟者两个问题:(1)您是否希望成为一名不吸烟者?(2)您认为自己可以成功戒烟吗?每个问题的答案包括“是”“否”“不确定”。如果问题(1)回答“是”且问题(2)回答“是”或者“不确定”,表明吸烟者已准备好进行戒烟尝试,应继续推进“5A”的后续步骤“帮助”和“随访”;如果两个问题的回答是其他情况,表明吸烟者没有明确的戒烟意愿,应实施“5R”干预措施提升戒烟动机。

实用的戒烟咨询

1. 帮助制定戒烟计划:参照“STAR”法则指导戒烟者。
S(Set, 设定日期):设定戒烟日,应在2周之内开始戒烟。
T(Tell, 告知众人):主动告知家人、朋友、同事自己已决定戒烟,取得他们的理解和支持。应鼓励其他吸烟者共同戒烟,至少要求他们不在自己面前吸烟。
A(Anticipate, 预判难题):预见在戒烟过程中,特别是在最初的几周内可能出现的问题或困难,如尼古丁戒断症状等。
R(Remove, 清除诱惑):处理掉身边与吸烟有关的全部物品,在戒烟日前实现家中、车内与办公室(桌)没有烟及相关物品。
2. 戒烟应彻底:不要在戒烟后尝试吸烟,即使是一口烟。
3. 戒烟经验:帮助吸烟者回忆、总结之前戒烟尝试中的成功经验与失败原因,在过去戒烟经验的基础上进行本次戒烟。
4. 处理戒断症状:帮助戒烟者掌握“应对技能”,针对吸烟者的问题可采取相应措施,如:
“我感觉紧张、烦躁”——做深呼吸,散步;
“我不能集中精力”——减少工作负担;
“我感觉身体疲乏,总想睡觉”——保证充足睡眠;
“我总想吃东西”——多吃一些蔬菜、水果进行替代,不要吃高热量的零食。
5. 进行行为干预:改变与吸烟相关的生活行为习惯,如改变清晨的行为顺序,先洗漱、吃饭,再上卫生间等;用一些补偿行为代替吸烟,如饮水、咀嚼无糖口香糖等;戒烟期间应限酒。

明,与未接受戒烟热线干预相比,接受戒烟热线干预可提高戒烟成功率($RR=1.25$, $95\%CI: 1.15\sim 1.34$; 65 项 RCT, 41 233 例);有中等质量证据表明,与仅接受 1 次戒烟热线干预相比,接受多次戒烟热线干预可提高戒烟成功率($RR=1.38$, $95\%CI: 1.19\sim 1.61$; 14 项 RCT, 32 484 例)^[18]。

【实施建议】 热线咨询员应接受过充分知识学习和技能培训,可以是专门招聘和培训的戒烟支持人员,也可以是为其他健康问题提供咨询的现有工作人员。经过培训的热线咨询员能够支持不同人群(包括心理健康问题者)戒烟,使用吸烟者主要语言且适合其文化背景的咨询更佳。

四、数字化戒烟干预

数字化戒烟干预指通过数字化技术为吸烟者提供戒烟支持的干预方式,主要形式包括短信息、互联网、智能手机应用程序和人工智能干预等^[19-20]。

具体而言,短信息干预指围绕吸烟者选择的戒烟日,基于预先设计的内容库,通过发送结构化短信提供戒烟支持,内容涵盖戒烟指导、心理支持、行

为干预、互动提醒等多个方面^[19-20]。互联网干预指通过多种互联网工具和资源向吸烟者提供戒烟支持,形式包括静态网页、交互式工具或在线社交网络(如:论坛、社交软件)等^[19-20]。智能手机应用程序干预是指通过移动端应用向吸烟者提供戒烟支持,功能通常包括戒烟计划制定、进度跟踪、提醒提示和策略建议等^[19-20]。人工智能干预指通过自然语言处理和机器学习技术构建的对话系统(如聊天机器人),通过文本或语音交互,为吸烟者提供动态应答式的戒烟支持^[19-20]。

【推荐意见 4】 推荐数字化戒烟干预作为吸烟者的自我管理或辅助戒烟工具(短信息干预:【2B】;互联网及人工智能干预:【2C】)。

【推荐依据】 各种形式的数字化戒烟干预推荐依据如下。

1. 短信息干预:考克兰图书馆 2019 年发表的系统评价及荟萃分析发现,有中等质量证据表明,相较于最小干预(如非吸烟相关短信息、健康建议等),短信息干预可提高 ≥ 6 个月戒烟成功率($RR=1.54$, $95\%CI: 1.19\sim 2.00$; 13 项 RCT, 14 133 例)^[21]。



我国基于短信息干预形式开发的数字戒烟工具为“在线戒烟”(见下方方框)。

2. 互联网干预:考克兰图书馆 2017 年发表的系统评价及荟萃分析发现,有低质量证据表明,相较于常规支持,互联网干预能提高 ≥ 6 个月戒烟成功率($RR=1.15$, $95\%CI$: $1.01\sim 1.30$; 8 项 RCT, 6 786 例)^[23]。

3. 智能手机应用程序干预:考克兰图书馆 2019 年发表的系统评价及荟萃分析发现,有极低质量证据表明,相较于最小干预或常规支持,智能手机应用程序未提高 ≥ 6 个月戒烟成功率($RR=1.00$, $95\%CI$: $0.66\sim 1.52$; 5 项 RCT, 3 079 例)^[21]。2023 年发表的系统综述及荟萃分析发现,有低质量证据表明,相较于其他戒烟干预(如短信息干预、互联网干预、戒烟咨询或无功能应用程序干预等),智能手机应用程序未提高 ≥ 3 个月的戒烟成功率($RR=1.25$, $95\%CI$: $0.99\sim 1.56$; 9 项 RCT, 12 967 例)^[24]。

4. 人工智能干预:2023 年发表的系统综述及荟萃分析发现,有低质量证据表明,相较于无干预或其他戒烟干预(包括戒烟咨询、短信息干预和智能手机应用程序干预),人工智能干预可提高 ≥ 6 个月的戒烟成功率($RR=1.29$, $95\%CI$: $1.13\sim 1.46$; 3 项 RCT, 1 486 例)^[25]。

【实施建议】 数字化戒烟干预措施具有覆盖数百万吸烟者的潜力,并能作为吸烟者获取其他推荐戒烟干预措施的入口。具有交互功能并能根据用户的反馈进行个性化回复的数字化戒烟干预最可能显效。

数字化戒烟干预可作为独立的戒烟干预措施,但需告知吸烟者其他有效且可及的戒烟方法。对于有意愿使用其他戒烟措施的吸烟者,数字化戒烟干预可发挥辅助或补充支持作用,但不应替代其他有效且可及的戒烟措施。

五、针灸、中药、经济激励与其他

1. 针灸与相关穴位疗法:针灸通过刺激特定腧穴,如百会、合谷、足三里、列缺等,可能影响

神经递质释放,调节脑内奖赏通路及情绪反应,从而帮助控制吸烟欲望、减轻尼古丁戒断反应^[26-27]。部分研究提示,针灸在短期内可能有助于提高戒烟成功率,改善戒断症状^[13],但其长期疗效、标准方案及起效机制仍存在较大差异和不确定性^[28]。

2024 年发表的荟萃分析显示:有低质量证据表明,与假针灸相比,针灸可提高短期(≤ 6 个月)戒烟成功率($RR=1.44$, $95\%CI$: $1.02\sim 2.02$; 9 项 RCT, 1 358 例),但未提高长期(> 6 个月)戒烟成功率($RR=1.01$, $95\%CI$: $0.63\sim 1.61$; 6 项 RCT, 975 例)^[29]。

耳穴压豆、耳针等疗法也被用于辅助戒烟,通过刺激耳廓上特定反射点(如神门、肺、交感等),以缓解紧张、稳定情绪、减少吸烟欲望^[30]。

在我国,针灸与相关穴位疗法通常由具备资质的中医医师或接受过系统培训的专业人员实施。总体来看,针灸作为辅助戒烟措施,可在吸烟者有戒烟意愿时,结合行为支持与药物治疗等循证干预方式开展。

2 中药戒烟:中药戒烟在临床上有一定探索,包括使用中药汤剂、中成药或代茶饮等形式,旨在通过疏肝解郁、益气安神、调理阴阳等手段帮助吸烟者平衡身心^[31-34]。然而,目前尚无获得国家药品监督管理局批准、具有明确戒烟适应证的中成药产品。

3. 经济激励:经济激励指向吸烟者提供金钱或等值物品(如购物券、食品券、礼品卡等)作为奖励,用于鼓励实现或维持戒烟行为。

考克兰图书馆 2025 年发表一项系统综述和荟萃分析发现:有高质量证据表明,相较于常规照护或不提供经济激励,提供经济激励可提高 ≥ 6 个月戒烟成功率($RR=1.52$, $95\%CI$: $1.33\sim 1.74$; 39 项 RCT, 18 303 例)^[35]。

4. 其他:近年来有研究关注正念疗法^[36]、重复经颅磁刺激^[37]等干预方式在戒烟支持中的效果。正念疗法是一种结合心理学与冥想实践的心理干预方法,核心是通过有意识地觉察当下体验,以非

中国数字戒烟工具

受国家卫生健康委国际司、宣传司指示,中日友好医院于 2019 年牵头实施“移动戒烟项目”。该项目也得到了世界卫生组织的指导及支持。

项目研发数字戒烟工具“在线戒烟”,包括同名微信公众号、小程序、网页,并于 2021 年 5 月正式发布。“在线戒烟”核心功能为基于微信短消息提醒的戒烟干预,其他功能包括戒烟门诊查询、科普知识推送等。

现实世界研究效果评估显示,在接受微信短消息干预的“在线戒烟”使用者中,6 个月时戒烟成功率为 21.90%^[22]。



评判的态度接纳情绪与感受,从而改善心理健康。重复经颅磁刺激指通过在头皮特定脑区施加反复的磁脉冲,产生电流以调节局部及相关神经环路的兴奋性,从而减少吸烟欲望与复吸风险。相关研究证据质量较低,无法得出对戒烟影响的确定性结论。

除上述方式外,目前还存在基于民俗或信仰的多样化的戒烟尝试。这些方法的理论基础、实施方式与科学证据差异较大,多以个体经验和主观感受为主,缺乏高质量研究验证其疗效。部分吸烟者出于好奇、心理安慰或信念等原因选择此类干预,在不影响循证治疗的前提下,可视为一种个体化的尝试与努力。

【实施建议】 现有研究证据不足以支持推荐或反对以上疗法的应用,这些疗法不能代替有循证依据的戒烟干预方法。对于有使用需求的吸烟者,可在进行戒烟咨询、戒烟热线、数字化戒烟干预和戒烟药物等循证干预的基础上结合开展。

第三部分 烟草依赖诊治

一、烟草依赖概述

1. 定义:烟草依赖,又称吸烟成瘾,是一种慢性致死性疾病^[38],世界卫生组织国际疾病分类(International Classification of Diseases, ICD)-10 版编码为 F17.2。许多吸烟者知道吸烟的危害,并有意愿戒烟,但因烟草依赖而难以戒烟。部分烟草依赖者甚至在罹患吸烟相关疾病后仍不能戒烟。因此,对吸烟者应判断是否患有烟草依赖并对严重程度进行评估。对烟草依赖患者,通常需要在基本戒烟干预的基础上,进行强化戒烟干预。

2. 流行状况:2018—2019 年中国健康素养调查结果显示,我国当前吸烟者中,烟草依赖的患病率高达 49.7%;据估算患病人数约 1.835 亿,其中男性约 1.775 亿,女性约 710 万^[5]。

3. 发病机制:烟草中的尼古丁具有极强的成瘾性^[39]。尼古丁进入肺部后,可迅速通过肺泡壁进入肺部毛细血管,并在数秒内经血液循环到达中枢神经系统^[40]。烟草依赖形成的机制主要在于尼古丁奖赏效应,尼古丁与中脑边缘系统的尼古丁乙酰胆碱受体结合后,激活腹侧被盖区的多巴胺神经元,促使多巴胺释放,使吸烟者产生“愉悦感”等奖赏感受^[39-41]。中枢神经系统适应及去敏化、厌恶通路负向调控机制和尼古丁个体代谢差异等也与烟草依

赖发病有关^[39-41]。

4. 临床表现:烟草依赖表现在躯体依赖和心理依赖两方面。

躯体依赖表现为,吸烟者在停止吸烟或减少吸烟量后出现一系列难以忍受的戒断症状,包括吸烟渴求、焦虑、抑郁、不安、头痛、唾液腺分泌增加、注意力不集中和睡眠障碍等(表 2、3)。一般情况下,戒断症状可在停止吸烟后数小时开始出现,在戒烟最初 14 d 内表现最强烈,之后逐渐减轻,直至消失。

心理依赖又称精神依赖,俗称“心瘾”,表现为主观上强烈渴求吸烟。部分烟草依赖者对吸烟的渴求会持续 1 年以上。

烟草依赖者出现戒断症状后若再吸烟,会减轻或消除戒断症状,破坏戒烟进程。

表 2 烟草戒断症状

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

注:(1)烟草依赖者会出现戒断症状,但并非每个人都会出现所有症状;(2)戒断症状不是长期持续存在的,大部分症状在戒烟后 4 周内消失;(3)烟草依赖者可通过使用戒烟药物及改变认知与行为等方法缓解戒断症状

表 3 明尼苏达烟草戒断症状量表^[42]

项目	评分(分)				
	完全没有	轻微	中度	严重	非常严重
吸烟的冲动	0	1	2	3	4
易激惹、受挫感或生气	0	1	2	3	4
难以集中注意力	0	1	2	3	4
食欲增加	0	1	2	3	4
情绪低落	0	1	2	3	4
焦虑	0	1	2	3	4
坐立不安	0	1	2	3	4
入睡困难	0	1	2	3	4
睡眠易醒	0	1	2	3	4

注:以上各项以戒烟者在过去一天中的感受计分

5. 诊断标准:参照 ICD-10 中关于药物依赖的诊断条件,烟草依赖的临床诊断标准为:在过去 1 年内体验过或表现出下列 6 项中的至少 3 项:(1)强烈渴求吸烟;(2)难以控制吸烟行为;(3)当停止吸烟或减少吸烟量后,出现戒断症状;(4)出现烟草耐受表现,即需要增加吸烟量才能获得过去吸较少烟量获得的吸烟感受;(5)为吸烟放弃或



减少其他活动及喜好;(6)不顾吸烟危害仍坚持吸烟^[7]。

6. 严重程度的评估:对于存在烟草依赖的患者,可根据表4、5所示量表评估其严重程度,评估累计分值越高,说明吸烟者的烟草依赖程度越严重。

二、戒烟药物

目前我国已被批准使用的戒烟药物有:尼古丁替代疗法(nicotine replacement therapy, NRT)类药物(非处方药)、盐酸安非他酮缓释片(处方药)、酒石酸伐尼克兰(处方药)。

NRT通过替代吸烟者从烟草中获得的尼古丁,减少吸烟的冲动,使部分吸烟者能够戒烟。短效NRT类药物以快速起效的模式提供尼古丁以缓解戒断症状,剂型包括咀嚼胶(口香糖)、口腔喷雾剂、鼻腔喷雾剂、吸入剂、含片/片剂;长效的贴剂通过皮肤吸收,能够在较长时间内提供缓慢且稳定的尼古丁释放,可将尼古丁贴片贴于上臂、髁部、胸部或臀部等位置。

盐酸安非他酮缓释片是一种抗抑郁药,戒烟机制可能与去甲肾上腺素能和/或多巴胺能作用有关。

酒石酸伐尼克兰为 $\alpha_4\beta_2$ 尼古丁乙酰胆碱受体的部分激动剂,对神经系统中该受体有高度亲和力,可阻断尼古丁与该受体结合,同时具有激动及拮抗的双重调节作用。

NRT类药物为非处方药,可在医院或药店购买,但吸烟者在使用前宜咨询专业医生,并在医生指导下使用。盐酸安非他酮缓释片、酒石酸伐尼克兰为处方药,需凭医生处方在医院或药店

购买。

【推荐意见5】 推荐NRT类药物、盐酸安非他酮缓释片、酒石酸伐尼克兰作为帮助吸烟者戒烟的一线治疗药物**【1A】**。

【推荐依据】 三类药物的推荐依据详见下文。

1. NRT:考克兰图书馆2018年发表的系统综述及荟萃分析显示:有高质量的证据表明,相比于安慰剂或无NRT对照,所有获得许可形式的NRT都可以帮助尝试戒烟的人增加成功戒烟的机会($RR=1.55$, $95\%CI$: $1.49\sim1.61$; 133 项 RCT, 64 640 例),且进一步的研究不太可能改变该结果的可信度;NRT类药物出现的不良事件与产品类型相关,包括贴片引起的皮肤刺激以及咀嚼胶和含片导致的口腔不适;与对照组相比,NRT引发胸痛或心悸的风险更高($OR=1.88$, $95\%CI$: $1.37\sim2.57$; 15 项 RCT, 11 074 例);然而,胸痛和心悸的发生率均较低,严重不良事件极为罕见。没有证据表明NRT会增加心肌梗死的风险^[45]。

考克兰图书馆2023年发表的系统综述及荟萃分析显示:高质量证据表明,使用短效NRT类药物与使用长效NRT类药物(尼古丁贴片)的戒烟成功率差异无统计学意义($RR=0.90$, $95\%CI$: $0.77\sim1.05$; 8 项 RCT, 3 319 例);没有足够的证据来断定不同剂型的NRT类药物是否会导致更频繁的心脏不良事件、严重不良事件或因治疗而退出,这些事件总体发生率较低^[46]。

2. 盐酸安非他酮缓释片:考克兰图书馆2023年发表的系统综述及荟萃分析发现:有高质量证据表明,相比于安慰剂或非药物干预,盐酸安非他酮缓释片可有效提高 ≥ 6 个月戒烟成功率($RR=$

表4 法氏烟草依赖评估量表^[43]

评估内容	0分	1分	2分	3分
早晨醒来后多长时间吸第1支烟?	>60 min	31~60 min	6~30 min	≤ 5 min
您是否在禁烟场所感到很难控制吸烟的需要?	否	是		
您最不想放弃的是哪一支烟?	其他时间	早晨第一支		
您每天吸多少支烟?	≤ 10 支	11~20 支	21~30 支	≥ 31 支
您是否在早晨醒来后的第1 h内吸烟最多?	否	是		
如果您患病卧床是否还会吸烟?	否	是		

注:0~3分:轻度烟草依赖;4~6分:中度烟草依赖; ≥ 7 分:重度烟草依赖

表5 吸烟严重度指数^[44]

评估内容	0分	1分	2分	3分
您早晨醒来后多长时间吸第一支烟?	>60 min	31~60 min	6~30 min	≤ 5 min
您每天吸多少支烟?	≤ 10 支	11~20 支	21~30 支	> 30 支

注: ≥ 4 分为重度烟草依赖



1.60, 95%CI: 1.49~1.72, 50 项 RCT, 18 577 例);有高质量证据表明,盐酸安非他酮缓释片组因不良事件导致试验中止的发生率高于安慰剂组或无药物治疗组 ($RR=1.44$, 95%CI: 1.27~1.65; 25 项 RCT, 12 346 例)。有中等质量证据表明,盐酸安非他酮缓释片组与安慰剂或无药物治疗组在严重不良事件的发生上差异无统计学意义 ($RR=1.16$, 95%CI: 0.90~1.48; 23 项 RCT, 10 958 例)^[47]。

3. 酒石酸伐尼克兰:考克兰图书馆 2023 年发表的系统综述及荟萃分析发现:有高质量证据表明,相比于安慰剂,酒石酸伐尼克兰可有效提高吸烟者 ≥ 6 个月戒烟成功率 ($RR=2.32$, 95%CI: 2.15~2.51; 41 项 RCT, 17 395 例);有中等质量证据表明,相比于安慰剂,使用酒石酸伐尼克兰者报告严重不良事件的风险更高 ($RR=1.23$, 95%CI: 1.01~1.48; 26 项 RCT, 14 356 例);有高质量证据表明,相比于盐酸安非他酮缓释片,酒石酸伐尼克兰可提高戒烟成功率 ($RR=1.36$, 95%CI: 1.25~1.49; 9 项 RCT, 7 560 例参与者);相比于单一剂型 NRT,酒石酸伐尼克兰可提高戒烟成功率 ($RR=1.25$, 95%CI: 1.14~1.37; 11 项 RCT, 7 572 例);有低质量证据表明,酒石酸伐尼克兰与联合使用两种剂型 NRT 相比,戒烟成功率差异无统计学意义 ($RR=1.02$, 95%CI: 0.87~1.20; 5 项 RCT, 2 344 例)^[48]。

国内可获得的一线戒烟药物的使用方法及注意事项见表 6。关于各药品详细说明见有关药品说明书。

【推荐意见 6】 使用 NRT 时,推荐长效与短效剂型联合应用【1A】。

【推荐依据】 考克兰图书馆 2023 年发表的系统综述及荟萃分析发现:有高质量证据表明,长效 NRT(如贴片)与短效 NRT(如咀嚼胶、喷雾剂、吸入剂、含片)联合使用的戒烟成功率高于单一形式 NRT ($RR=1.27$, 95%CI: 1.17~1.37; 16 项 RCT, 12 169 例)。且低质量证据表明,长效与短效 NRT 的联合使用相比单一 NRT 在严重不良反应事件的发生上差异无统计学意义 ($RR=4.44$, 95%CI: 0.76~25.85; 5 项 RCT, 2 888 例)^[46]。

【推荐意见 7】 当一线治疗效果不佳时,可考虑两种药物联合治疗【2C/2D】。

【推荐依据】 不同药物联合方式的戒烟效果依据详见下文。

1. 盐酸安非他酮缓释片与 NRT 类药物联合:考克兰图书馆 2023 年发表的系统综述及荟萃分析

发现:有低质量证据表明,盐酸安非他酮缓释片与 NRT 联合疗法的戒烟成功率与单独使用 NRT 差异无统计学意义 ($RR=1.17$, 95%CI: 0.95~1.44; 15 项 RCT, 4 117 例),且两组在严重不良反应事件上差异无统计学意义 ($RR=1.52$, 95%CI: 0.26~8.89)^[47]。

世界卫生组织 2024 年发布的成人戒烟临床指南建议:对于有戒烟意愿的烟草使用者,在一线治疗效果不佳的情况下,可考虑提供盐酸安非他酮缓释片联合 NRT^[13]。

2. 酒石酸伐尼克兰与 NRT 联合:2025 年的系统综述及荟萃分析发现:有低质量证据表明,相比于单用酒石酸伐尼克兰,NRT 与酒石酸伐尼克兰联合疗法可提高 ≥ 6 个月戒烟成功率 ($RR=1.33$, 95%CI: 1.04~1.69; 5 项 RCT, 2 392 例),两组在严重不良反应事件发生上差异无统计学意义;有极低质量证据表明,NRT 与酒石酸伐尼克兰的联合疗法与单用 NRT 相比戒烟成功率差异无统计学意义 ($RR=0.94$, 95%CI: 0.51~1.72; 1 项 RCT, 122 例),两组在严重不良反应事件发生上差异无统计学意义^[49]。

3. 盐酸安非他酮缓释片与酒石酸伐尼克兰联合:2019 年发表的荟萃分析发现:低质量证据表明,与酒石酸伐尼克兰单药治疗相比,酒石酸伐尼克兰联合盐酸安非他酮缓释片可提高治疗结束时的戒烟成功率 ($RR=1.15$, 95%CI: 1.02~1.31; 4 项 RCT, 1 230 例)以及 6 个月时戒烟成功率 ($RR=1.23$, 95%CI: 1.01~1.49; 3 项 RCT, 1 056 例);中等质量证据提示,酒石酸伐尼克兰联合盐酸安非他酮缓释片治疗组与酒石酸伐尼克兰单药治疗组相比,报告焦虑和失眠的比例更高(焦虑: $RR=1.72$, 95%CI: 1.18~2.51; 3 项 RCT, 1 009 例;失眠: $RR=1.27$, 95%CI: 1.08~1.49; 3 项 RCT, 1 009 例)^[50]。

【实施建议】 医生应向每一位希望获得戒烟帮助的吸烟者(尤其是烟草依赖者)提供有效戒烟药物的信息。

对使用戒烟药物者的情况应进行监测,包括是否发生不良反应、规律服用情况以及戒烟效果等;提高戒烟药物治疗的依从性,可提高戒烟成功率^[51]。

戒烟药物可能会影响体内其他药物的代谢,必要时应根据药物说明书调整相关药物的使用。

三、联合戒烟干预

联合戒烟干预包括联合使用多种干预方法、进行多次随访、增加每次干预的时间、几位医生共同进行干预等,应由经过培训的临床医生实施。



表6 国内可获得的一线戒烟药物的使用方法及注意事项

药品名	用法、用量及疗程	不良反应	禁忌	注意事项	规格及获得途径
尼古丁咀嚼胶	用法:置于颊和牙龈之间,缓慢间断咀嚼,约30 min后尼古丁可全部释放。剂量的选择应根据吸烟者对烟草的依赖程度而定,重度依赖的吸烟者以及用2 mg尼古丁咀嚼胶无效者,应选用4 mg尼古丁咀嚼胶;其他选用2 mg尼古丁咀嚼胶 用量:大部分吸烟者需用8~12片/d合适剂量的咀嚼胶(>24片/d) 疗程:12周或根据治疗情况延长。当只需1~2片/d尼古丁咀嚼胶时,疗程便可结束	下颌关节酸痛、消化不良、恶心、呃逆、心悸(大多短暂且轻微,若咀嚼方法正确可以避免或减轻不良反应)。可能出现口腔和喉咙的刺激,但是多数在使用时适应。 注意:已报告的一些与使用尼古丁咀嚼胶有关的症状可能是尼古丁血浓度太低而引起的戒断症状,如激惹,睡眠障碍和头昏眼花	对尼古丁过敏者禁用	未成年人和老年人应在医师指导下使用。戴假牙的患者在咀嚼尼古丁咀嚼胶时可能会感到困难。严重心脏病患者、血管痉挛、不可控制的高血压、脑血管疾病鼓励非药物干预戒烟;如果失败,可考虑使用本品,开始使用后应在密切的医疗监督下进行。甲状腺功能亢进和嗜铬细胞瘤的患者、中度至重度肝功能损害和/或严重肾功能损害的患者、有癫痫或癫痫发作史的患者慎用。孕妇吸烟者只有在得到专业医护人员建议后才可开始使用本品	2 mg/片, 4 mg/片 非处方药
盐酸安非他酮缓释片	用法:口服 用量:戒烟日前1周开始用药。用药第1~3天:150 mg, 1次/d;第4~7天:150 mg, 2次/d,用药间隔需>8 h;第8天起:150 mg, 1次/d或2次/d 疗程:7~12周或根据治疗情况延长	常见不良反应(发生率>1%):口干、失眠、头晕、头痛、发热、恶心/呕吐、水肿、皮疹、尿频等	癫痫发作;使用其他含有安非他酮成分的药物;现在或既往诊断为贪食症或厌食症;使用单胺氧化酶抑制剂(单胺氧化酶抑制剂与盐酸安非他酮缓释片的服用间隔至少为14 d);对安非他酮或类似成分过敏;突然戒酒或停用镇静剂	(1) 用药量不得>300 mg/d; (2) 心脏疾病、肝脏损害(重度肝硬化患者隔日总药量不应>150 mg)、肾功能障碍患者以及曾有过敏史和过敏体质者慎用;(3) 孕妇及哺乳期妇女不宜使用;(4) 本品可能会导致失眠,因此应避免在睡觉前服用;(5) 服药过程中出现精神症状,如:幻觉、错觉、注意力不集中、偏执等,应减量或停药;(6) 与细胞色素P450 II B6、P450 II B6代谢的药物、左旋多巴、降低癫痫发作阈值的药物存在一定的交互作用,使用需谨慎	150 mg/片。 处方药
酒石酸伐尼克兰	用法:口服 用量:戒烟日前1周开始用药。用药第1~3天:0.5 mg, 1次/d;第4~7天:0.5 mg, 2次/d;第8天起:1 mg, 2次/d 疗程:12周或根据治疗情况延长	最常报告的为恶心(发生率28.6%),多发生于治疗早期,程度为轻到中度,很少导致治疗中断;其他常见的不良反应(发生率≥10%)包括:梦境异常、失眠、头痛、鼻咽炎。对于无法耐受不良反应者,可暂时或长期将用量降至0.5 mg, 2次/d	对伐尼克兰或类似成分过敏	(1) 如果用药治疗时出现严重的精神神经症状,应立即停用并对治疗进行重新评估;(2) 轻至中度肾功能损伤者(估计肌酐清除率≥30 ml/min),不需调整剂量;重度肾功能损伤者(肌酐清除率<30 ml/min),推荐剂量为1次/d, 1 mg/次(第1~3天应0.5 mg/次),终末期肾病患者不推荐使用;(3) 肝功能损伤患者不需调整剂量;(4) 妊娠期尽量避免使用	0.5 mg/片, 1.0 mg/片。 处方药

【推荐意见8】 推荐戒烟咨询与戒烟药物联合应用【1A】。推荐戒烟热线与戒烟咨询或戒烟药物联合应用【1B】。推荐数字化戒烟干预与戒烟咨询或戒烟药物联合应用【2B】。

【推荐依据】 考克兰图书馆2019年发表的系统综述和荟萃分析显示:有高质量证据表明,相比于仅使用戒烟药物,联合行为干预(面对面戒烟咨

询或戒烟热线)可提高长期戒烟成功率($RR=1.15$, $95\%CI: 1.08\sim1.22$; 65项RCT, 23 331例)^[52]。

考克兰图书馆2019年发表的系统综述及荟萃分析显示:有中等质量证据表明,相比于仅使用戒烟干预,联合戒烟热线可提高戒烟成功率($RR=1.30$, $95\%CI: 1.12\sim1.50$; 12项RCT, 4 234例);相比于仅使用戒烟药物,联合戒烟热线可提高戒烟成功



率 ($RR=1.14$, $95\%CI$: $1.03\sim1.26$; 18 项 RCT, 12 865 例);有低质量证据表明,联合戒烟热线相比于仅使用经济激励戒烟成功率差异无统计学意义 ($RR=1.05$, $95\%CI$: $0.67\sim1.65$; 1 项 RCT, 1 217 例)^[18]。

考克兰图书馆 2019 年发表的系统综述和荟萃分析显示:有中等质量证据表明,相较于单独使用其他戒烟干预(如戒烟咨询、药物支持等),联合使用短信息干预,可提高 ≥ 6 个月戒烟成功率($RR=1.59$, $95\%CI$: $1.09\sim2.33$; 4 项 RCT, 997 例)^[21]。

【实施建议】 医疗卫生工作者需充分了解联合戒烟干预的益处,尤其是对于烟草依赖者,以便在其无法直接提供这些服务时,能积极引导烟草依赖者主动寻求相关资源。

通过提供数字化戒烟干预工具,配合个体戒烟咨询、戒烟热线和戒烟药物共同使用,有望获得显著效益。数字化戒烟干预工具应包含戒烟咨询内容及规范用药指导,形成多维度的戒烟支持体系。

四、应对复吸

复吸是戒烟者会面临的常见现象。

复吸是在触发因素存在而应对反应不足时出现,但并非不可避免。

偶吸和复吸的概念不同。偶吸是指戒烟后短暂的、少量的吸烟行为;复吸是指已经戒烟者重新回到规律性吸烟的状态,是一个过程而不是一次事件^[53-54]。若对偶吸不加控制有可能继续发展为复吸。

1. 预防复吸:预防复吸是指采取多种干预策略,防止近期戒烟者重新回到规律性吸烟的状态^[53]。

【推荐意见 9】 对复吸风险较高的戒烟者,推荐延长酒石酸伐尼克兰治疗疗程^[2B]。

【推荐依据】 2022 年发表的系统综述及荟萃分析显示:有中等质量证据表明,与标准治疗组(治疗 6~12 周)相比,酒石酸伐尼克兰疗程延长(12~18 个月)可降低复吸风险($HR=0.43$, $95\%CI$: $0.29\sim0.64$; 2 项 RCT, 655 例)^[55]。

2. 治疗复吸:出现复吸表明治疗不充分,应重新制定戒烟计划并鼓励长期治疗以维持戒断、防止复吸。

【实施建议】 对于所有复吸者,均应进行戒烟咨询,帮助吸烟者明白戒烟干预的结果不应简单地理解为“戒”或“没戒”,而是递增和阶段性的成功过程(图 3),多数吸烟者会经历全部或大部分戒烟阶段,最后才完全成功戒烟。医务人员要帮助每个吸烟者解决戒烟各阶段遇到的问题,最终成功戒烟。对于既往曾使用戒烟药物者,再次使用戒烟药物是有效的。

复吸的高危因素和预防方法见下方方框。

第四部分 特殊人群戒烟干预

一、青少年

青少年戒烟研究中开展的干预措施主要包括戒烟咨询、数字化戒烟干预、戒烟热线和药物干预。

【研究依据】 青少年戒烟干预的相关研究依据如下。

1. 戒烟咨询:考克兰图书馆 2017 年发表的系统综述及荟萃分析发现:有低质量证据表明,在

复吸的高危因素

1. 生理层面:戒断症状;
2. 心理层面:积极情绪;消极情绪(如愤怒、焦虑、抑郁等);
3. 环境层面:社交场合吸烟诱惑;
4. 行为层面:未处理吸烟相关物品;酒精摄入;
5. 人际关系:目前或近期有人际关系的冲突(如:婚姻、友谊、家庭成员、职场关系不和谐);社会压力大等。

如何预防复吸

1. 预防复吸的关键,在于戒烟治疗开始就采用全面、有效的循证干预措施,如戒烟咨询联合药物治疗。
2. 对于开始戒烟者,医生应给予充分肯定,主动巩固其戒烟成果、强调戒烟对健康的巨大益处。
3. 医生应持续关注戒烟者的戒烟进程,帮助他们解决戒烟中遇到的问题。积极的沟通会鼓励戒烟者在复吸时愿意主动重新寻求帮助。
4. 对戒烟成功者,医生可与他们探讨戒烟的经验,进一步巩固戒烟状态。
5. 告诫戒烟者可能还会遇到诱导其复吸的因素,应有所戒备并加以抵制。
6. 告知戒烟者如果复吸,应尽早报告医生获得及时干预,不要“羞于报告”。



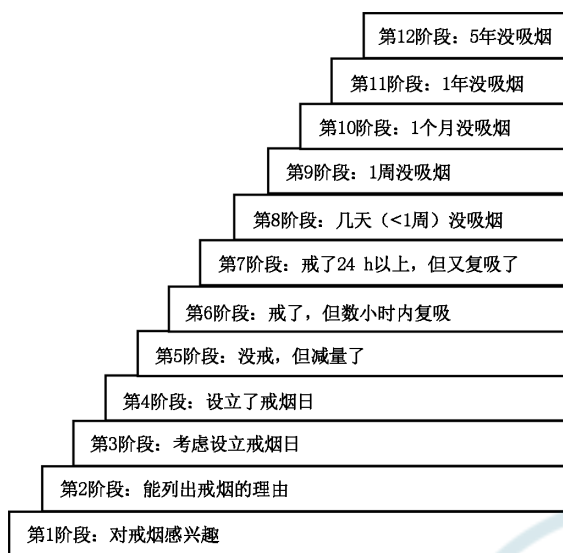


图3 成功戒烟的过程

10~20岁人群中,小组咨询(涵盖认知重构、应对技巧训练、放松技术及同伴支持)相比于无干预可提高戒烟成功率($RR=1.35$, $95\%CI$: $1.03\sim1.77$; 9项RCT, 1 910例);个体咨询组(6~8周认知疗法会谈结合自助资料)与未干预组的戒烟成功率差异无统计学意义($RR=1.07$, $95\%CI$: $0.83\sim1.39$; 7项RCT, 2 088例)^[56]。

2. 数字化干预:未检索到荟萃分析:2013年瑞士发表的RCT,纳入755例年龄(18.2 ± 2.4)岁的青少年,发现6个月短信干预相比于无干预,7 d时点戒烟成功率差异无统计学意义($OR=1.02$, $95\%CI$: $0.60\sim1.76$)^[57]。同年上海发表的RCT,纳入179例16~19岁青少年,发现12周个体化手机短信戒烟干预组的7 d和30 d戒烟成功率高于宣传手册组(7 d, 14%比8%;30 d, 10%比7%),但差异无统计学意义($P=0.20$ 、 $P=0.49$)^[58]。

3. 戒烟热线:未检索到荟萃分析:2009年发表的RCT,纳入2 151例16~21岁青少年,发现戒烟热线组与无干预组相比,在12个月随访时的6个月持续戒烟成功率差异无统计学意义(21.8%比17.7%, $95\%CI$: $0.2\%\sim8.1\%$)^[59]。

4. 药物干预:(1)NRT:考克兰图书馆2017年发表的系统综述及荟萃分析显示:有极低质量证据表明,NRT与安慰剂组相比,在10~20岁青少年中戒烟成功率差异无统计学意义($RR=1.11$, $95\%CI$: $0.48\sim2.58$; 3项RCT, 385例);不良反应包括咽痛、呃逆、皮肤红斑、瘙痒、头痛、咳嗽、异常梦境和肌肉疼痛^[56]。(2)盐酸安非他酮缓释片:2019年发表的

荟萃分析发现:对于12~20岁青少年,盐酸安非他酮缓释片干预相比于安慰剂组可提高戒烟成功率($RR=2.03$, $95\%CI$: $1.09\sim3.77$; 4项RCT, 574例);其中1项RCT为盐酸安非他酮缓释片联合NRT对比单独使用NRT,其他3篇为盐酸安非他酮缓释片对比安慰剂,随访期为6周或12周;该研究未进行证据质量评级^[60]。(3)酒石酸伐尼克兰、联合用药未检索到荟萃分析。2019年发表的RCT发现:在14~21岁人群中,12周治疗结束时酒石酸伐尼克兰组与安慰剂组基于可替宁验证的戒烟成功率差异无统计学意义(均为8.9%, $RR=0.97$, $95\%CI$: $0.29\sim2.99$);不良事件发生率与安慰剂相当^[61]。2004年发表的RCT:纳入211名14~17岁青少年,发现盐酸安非他酮缓释片联合尼古丁贴片组在26周时的戒烟成功率高于安慰剂联合尼古丁贴片组(28%比7%),但差异无统计学意义^[62]。

世界卫生组织《2024年成人戒烟临床治疗指南》提出:目前缺乏足够证据支持常规为18岁以下青少年开具或推荐戒烟药物,尽管这些药物通常是安全的,但其有效性尚未得到稳定且一致的证明^[13]。

【实施建议】 对于<18岁的吸烟者,应重点提高戒烟意愿,建议戒烟咨询、数字化戒烟干预及戒烟热线干预,谨慎使用戒烟药物。

二、孕期、产后女性及伴侣

孕期、产后女性戒烟研究中开展的干预措施主要包括:戒烟咨询、戒烟药物干预和数字化戒烟干预。

【推荐意见10】 推荐戒烟咨询作为孕期及产后戒烟的方案【1A】。

【推荐依据】 孕期及产后女性戒烟干预的相关研究依据如下。

1. 戒烟咨询:2024年发表的系统综述与荟萃分析发现:有高质量证据表明,接受戒烟咨询组的孕妇相比常规护理组戒烟成功率显著提高($RR=1.27$, $95\%CI$: $1.13\sim1.43$; 25项RCT, 11 425例)^[63]。

2. 戒烟药物:(1)NRT:考克兰图书馆2020年发表的系统综述与荟萃分析发现:有低质量证据表明,NRT相比于安慰剂,可提高妊娠晚期戒烟成功率($RR=1.37$, $95\%CI$: $1.08\sim1.74$; 9项RCT, 2 336例),但当排除存在潜在偏倚或非安慰剂对照的RCT后,效果不显著($RR=1.21$, $95\%CI$: $0.95\sim1.55$; 6项研究, 2 063例);在安全性方面,评估了胎儿/新生儿死亡、不良出生结局(低出生体重、早产)、其他不良事



件(新生儿重症监护入院、先天畸形、剖宫产),发现 NRT 组与对照组不良反应发生率差异无统计学意义^[64]。(2)盐酸安非他酮缓释片:2024 年发表的系统综述与荟萃分析发现:有中等质量证据表明,盐酸安非他酮缓释片组与安慰剂组戒烟成功率差异无统计学意义($RR=0.65$, $95\%CI$: $0.31\sim1.35$; 3 项 RCT, 169 例);该研究未提供盐酸安非他酮缓释片不良反应相关数据^[63]。2017 年发表的 RCT 研究,纳入 65 例孕妇,发现盐酸安非他酮缓释片组和安慰剂组报告的中/重度不良反应(包括头痛、失眠、口干、焦虑、流涕)、新生儿不良反应(包括胎龄、出生体重、头围、出生 5 min Apgar 评分 <7)发生率差异均无统计学意义^[65]。

3. 数字化干预:2024 年发表的系统综述与荟萃分析发现:有中等质量证据表明,接受数字化干预治疗组与不干预组戒烟成功率差异无统计学意义($RR=1.30$, $95\%CI$: $0.95\sim1.77$; 9 项 RCT, 1 575 例);对发表于 2000 年之后的研究进行亚组分析发现数字化干预相比于无干预可提高戒烟成功率($RR=1.44$, $95\%CI$: $1.08\sim1.92$)^[63]。

【实施建议】 (1)对于孕期及产后女性,建议戒烟咨询和数字化戒烟干预,谨慎使用戒烟药物。(2)对于伴侣吸烟的孕期及产后女性,应对其伴侣进行戒烟干预。“准爸爸/新手父亲”出于对子女的期待和对成为“好父母”的期望,可能会使得他们在健康行为方面做出积极改变,包括尝试戒烟。有研究显示,第 1 次做父亲的人更容易接受戒烟支持,或者在备孕期/伴侣孕期改变自己的吸烟行为;产前保健是与孕妇的伴侣接触并为其提供戒烟支持的绝佳机会^[66]。

三、精神疾病患者

【推荐意见 11】 推荐联合精神科或心理学专家对精神疾病患者采用戒烟咨询辅助戒烟【2C】;精神疾病患者可考虑使用盐酸安非他酮缓释片、酒石酸伐尼克兰、NRT 戒烟【2C】。

【推荐依据】 精神疾病患者戒烟干预的相关研究依据如下。

1. 戒烟咨询:2022 年发表的系统综述和荟萃分析发现,对于精神分裂症或双相情感障碍患者:有中等质量证据表明,与常规护理比,针对性的戒烟咨询(由心理健康专家提供的基于认知行为疗法等的戒烟方案)有助于提高戒烟成功率:(4 周~6 个月戒烟成功率) $RR=2.29$, $95\%CI$: $1.38\sim3.81$; 2 项 RCT, 824 例;(>6 个月戒烟成功率) $RR=1.58$,

$95\%CI$: $1.09\sim2.30$; 3 项 RCT, 921 例^[67]。

2. 戒烟药物:在精神状态稳定的精神疾病患者(包括精神分裂症或其他精神障碍、双相情感障碍和伴有精神病特征的抑郁症)中,2017 年发表的系统综述和荟萃分析发现:有低质量证据表明,与安慰剂相比,盐酸安非他酮缓释片可提高戒烟成功率:(4 周~6 个月) $RR=2.93$, $95\%CI$: $1.61\sim5.34$; 7 项 RCT, 263 例;(>6 个月) $RR=3.04$, $95\%CI$: $1.10\sim8.42$; 4 项 RCT, 159 例;低质量证据表明,与安慰剂对照组相比,酒石酸伐尼克兰在 4 周~6 个月随访中可提高戒烟成功率($RR=4.13$, $95\%CI$: $1.36\sim12.53$; 4 项 RCT, 200 例);未发现使用盐酸安非他酮缓释片、酒石酸伐尼克兰对精神疾病症状产生显著影响^[68]。

2019 年发表的系统综述和荟萃分析发现:在精神分裂症及双相情感障碍患者中,低质量证据表明,与安慰剂组相比, NRT 在第 3 个月时可提高戒烟成功率($RR=2.74$, $95\%CI$: $1.10\sim6.81$; 1 项 RCT, 298 例),在第 6、12 个月时不显著;在双相情感障碍患者中,有极低质量证据表明,盐酸安非他酮缓释片与对照组在 3 个月时的戒烟成功率差异无统计学意义($RR=4.00$, $95\%CI$: $0.24\sim67.71$; 1 项 RCT, 5 例),尚无明确证据显示盐酸安非他酮缓释片影响阳性/阴性症状、抑郁或焦虑症状变化;在双相情感障碍患者中,有极低质量证据表明,酒石酸伐尼克兰相比于对照组可提高 3 个月时的戒烟成功率($RR=4.68$, $95\%CI$: $1.68\sim14.50$; 1 项 RCT, 60 例),酒石酸伐尼克兰主要不良反应为恶心和呕吐,对抑郁、焦虑症状或自杀意念未见显著影响^[69]。

在精神分裂症患者中,2020 年发表的系统综述和荟萃分析发现:有低质量证据表明,药物干预相比于与安慰剂可提高戒烟成功率:酒石酸伐尼克兰($RR=3.75$, $95\%CI$: $1.96\sim7.19$; 4 项 RCT, 394 例);盐酸安非他酮缓释片($RR=3.40$, $95\%CI$: $1.58\sim7.34$; 4 项 RCT, 292 例); NRT ($RR=4.27$, $95\%CI$: $1.71\sim10.65$; 3 项 RCT, 561 例);该研究未报告安全性结果^[70]。

【实施建议】 对于吸烟的精神疾病患者,应加强与精神科或心理学专家联合诊疗,以提高干预的有效性及安全性。

四、电子烟使用者

电子烟是“用于产生气溶胶供人抽吸等的电子传送系统”,包括烟弹、烟具以及组合销售产品,其雾化物应含有烟碱(尼古丁)^[71-72]。世界卫生组织



指出,尚无充分证据证明电子烟可以作为戒烟工具^[73]。

电子烟是不安全的,会对健康产生危害^[74]。有充分证据表明:电子烟使用会导致有毒物质暴露、电子烟相关肺损伤和因爆炸造成严重损伤。有一定证据表明:电子烟使用会导致不吸烟者对尼古丁依赖、增加哮喘等呼吸系统的风险,使用电子烟者更容易使用卷烟;亦有证据显示,电子烟使用可能与心血管、耳部、眼部、口腔、心理、过敏性疾病及癌症的发生有关^[75-76]。有案例报道儿童及成人可因误食、吸入或通过皮肤/眼部接触电子烟液而中毒^[77]。

2024 年中国成人烟草调查显示,我国≥15 岁人群的当前电子烟使用比例为 0.4%;年轻人现在使用比例相对较高,25~44 岁年龄组最高^[4]。

【推荐意见 12】 可考虑使用数字化戒烟干预方法戒电子烟【2C】;对于≥18 岁吸烟者,可考虑使用戒烟药物戒电子烟【2C】。

【推荐依据】 考克兰图书馆 2025 年发表的系统综述及荟萃分析发现:有极低质量证据表明,与单独使用安慰剂或非药物干预相比,联合 NRT 组的戒电子烟成功率差异无统计学意义($RR=2.57$, $95\%CI:0.29\sim22.93$;1 项 RCT,16 例);有低质量证据表明,与安慰剂相比,酒石酸伐尼克兰可提高 6 个月时戒电子烟成功率($RR=2.00$, $95\%CI:1.09\sim3.68$;1 项 RCT,140 例);有低质量证据表明,与对照组相比,基于短信的干预措施可提高 13~24 岁人群随访 7 个月时的戒电子烟成功率($RR=1.32$, $95\%CI:1.19\sim1.47$;2 项 RCT,4 091 例)^[78]。

【实施建议】 医务人员应关注电子烟使用者及卷烟-电子烟双重使用者的评估及干预,尤其是对于<18 岁的青少年。

五、未确定戒烟者

未确定戒烟者是指具有初步戒烟意愿或计划但未付诸实施的吸烟者。

【推荐意见 13】 推荐对未确定戒烟者进行戒烟咨询【1C】。推荐未确定戒烟者使用酒石酸伐尼克兰、NRT 戒烟(伐尼克兰:【2C】,NRT:【2B/2D】)。

【推荐依据】 未确定戒烟者进行戒烟干预的相关研究依据如下。

1. 戒烟咨询:2019 年考克兰图书馆发表的系统综述与荟萃分析发现:低质量证据表明,与对照组相比,戒烟咨询(动机访谈为主)对于未准备好戒烟者并未体现出明确的促进戒烟的效果($RR=0.81$,

$95\%CI:0.36\sim1.85$;3 例 RCT,734 例);低质量证据表明,高强度戒烟咨询(动机访谈)相较于低强度戒烟咨询(动机访谈)可提高戒烟成功率($RR=1.23$, $95\%CI:1.11\sim1.37$;5 项 RCT,5 620 例)^[79]。

2. 戒烟药物:2023 年发表的系统综述与荟萃分析发现:低质量证据表明,与安慰剂相比,酒石酸伐尼克兰可增加未定戒烟者的戒烟尝试($RR=1.4$, $95\%CI:1.1\sim1.7$;3 项 RCT,320 例)及戒烟成功率($RR=2.3$, $95\%CI:1.1\sim4.6$;2 项 RCT,267 例);有中等质量证据表明,与安慰剂相比,NRT 可增加未定戒烟者的戒烟尝试($RR=1.1$, $95\%CI:1.02\sim1.3$;6 项 RCT,2 568 例);有极低质量证据表明,与安慰剂相比,NRT 可增加未定戒烟者的戒烟成功率($RR=1.2$, $95\%CI:0.9\sim1.5$;6 项 RCT,2 568 例)^[80]。

【实施建议】 对于未确定戒烟者,建议在加强 5R 戒烟干预的同时使用戒烟药物。

第五部分 戒烟的政策支持

戒烟是一项社会性、政策性很强的工作,需要给予充分的政策和条件支持。

一、相关重点场所

推动戒烟工作开展,首先需从政府机关、医疗卫生机构、学校及家庭四类场所入手,全面落实无烟环境建设并整合戒烟服务。

1. 党政机关:各级党政机关应严格执行国家有关政策,加强无烟机关建设,积极动员本单位职工控烟,鼓励吸烟职工戒烟。各级领导干部带头禁烟,模范遵守公共场所禁烟规定,主动接受社会监督和舆论监督。

2. 医疗卫生机构:各医疗卫生机构应严格执行国家有关政策,明确各级领导在戒烟工作中的职责,将提供戒烟帮助纳入核心职责,积极推动临床戒烟工作的开展,鼓励所有吸烟员工及就医者戒烟,对全部员工进行多种形式的戒烟培训,鼓励医疗卫生机构配备经过专业培训的戒烟医务人员、相关的检查设备、戒烟药物等。

3. 学校:各级各类学校应全面营造校园无烟环境,将烟草危害融入课程,强化宣传教育,帮助引导教职工和学生吸烟者主动戒烟。

4. 家庭:充分认识无烟家庭建设的重要性,广泛动员家庭成员及来访客人加强自律,做到不在家里吸烟,支持家庭成员及来访者戒烟,持续打造健康文明的无烟家庭环境。



二、戒烟门诊

戒烟门诊是对吸烟者进行专业戒烟干预的一种有效途径与方式。医院应积极在相关科室建立戒烟门诊并给予相应的政策支持;有条件的医疗卫生机构应设立单独诊室提供戒烟医生进行戒烟干预,也可和相关科室门诊联合开诊,应配备经过专业培训并获得资格认证的戒烟医生,应配备相关的检查设备,如呼出气一氧化碳检测仪等。

1. 戒烟门诊建设标准:(1)在医疗机构的相关科室设立戒烟门诊,明确挂牌并设置相关就诊引导标识。(2)配备一组专门的、经过培训、有能力提供戒烟干预的医务人员。(3)配备控烟及戒烟宣传教育材料,戒烟门诊病历登记表(包括首诊及随访),有条件者应配备呼出气一氧化碳检测仪、戒烟药物。(4)设置固定出诊时间,至少每周开诊1次,每次不少于半天。根据工作量,可适当增加开诊时间。鼓励对住院的吸烟者进行戒烟会诊。(5)所有就诊者病历进行归档,符合烟草依赖诊断标准者明确进行诊断,并在随访中进行戒烟效果评价。

2. 戒烟门诊诊疗流程:戒烟门诊遵循一套标准化的诊疗流程,旨在为吸烟者提供科学、个性化的戒烟支持(图4)。

对于每位就诊的吸烟者,医务人员均应询问吸烟情况并给出戒烟建议,随后对吸烟者进行烟草依赖状况评估。若吸烟者符合烟草依赖的诊断标准,则进一步评估其严重程度,并将“烟草依赖”及程度明确列入诊断。完成烟草依赖的判定后,进行戒烟意愿评估。对于有戒烟意愿者,如果为非烟草依赖者,门诊主要提供基本戒烟干预,如果为烟草依赖者,在基本戒烟干预的基础上考虑进行戒烟药物干预或联合干预。对于暂无戒烟意愿的吸烟者,诊疗的重点在于运用“5R”原则增强其戒烟动机,并提供更多有效戒烟干预方法的信息,如引导吸烟者关注并使用“在线戒烟”。在诊疗最后,为吸烟者安排随访,以跟踪进展、提供支持,并强调复吸的应对。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

指南制订专家委员会

主席:王辰(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中日友好医院,中国医学科学院北京协和医学院)

牵头专家:肖丹(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点

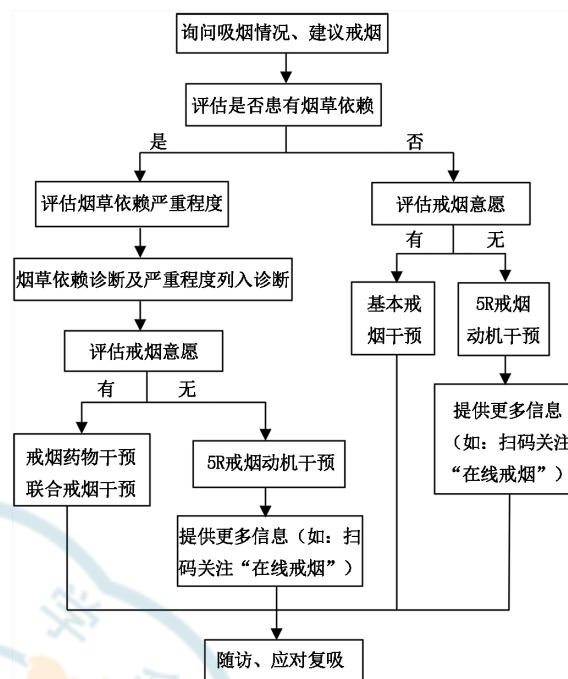


图4 戒烟门诊诊疗流程

实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院)

讨论专家组(按姓氏汉语拼音排序):白晶(广西医科大学第一附属医院);车春莉(哈尔滨医科大学附属第四医院);陈晓阳(福建医科大学附属第二医院);戴然然(上海交通大学医学院附属瑞金医院);蒋军广(郑州大学第一附属医院);李和权(浙江大学医学院附属邵逸夫医院);毛辉(四川大学华西医院);聂秀红(首都医科大学宣武医院);齐咏(河南省人民医院);尚愚(黑龙江省第二医院);石志红(西安交通大学第一附属医院);时国朝(上海交通大学医学院附属瑞金医院);孙德俊(内蒙古自治区人民医院);肖丹(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院);谢明莹(中南大学湘雅医院);张家强(昆明医科大学第一附属医院);张剑青(昆明医科大学第一附属医院);郑锐(中国医科大学附属盛京医院)

执笔专家组:肖丹(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院);程安琪(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院);周心玫(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院);刘朝(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院)

信息学专家组:刘辉(中国医学科学院北京协和医学院);



杨渊(中国医学科学院北京协和医学院)

外审专家组(按姓氏汉语拼音排序):卜小宁(首都医科大学附属北京天坛医院);陈勃江(四川大学华西医院);陈东宁(首都医科大学附属北京同仁医院);陈宏(哈尔滨医科大学附属第二医院);陈虹(重庆医科大学第一附属医院);陈平(中南大学湘雅二医院);陈琼(中南大学湘雅医院);陈玉(首都医科大学宣武医院);陈延斌(苏州大学附属第一医院);杜洁(陕西省人民医院);郝万明(康复大学青岛医院/青岛市市立医院);侯小萌(中国医学科学院北京协和医院);胡雪君(中国医科大学附属第一医院);黄礼年(蚌埠医科大学第一附属医院);金阳(华中科技大学同济医学院附属协和医院);李洪涛(中山大学附属第三医院);李艳丽(内蒙古自治区人民医院);刘代顺(贵州省人民医院);刘宏博(中国医科大学附属盛京医院);刘宏伟(上海市奉贤区中心医院);马为(广州市第一人民医院);闵凌峰(扬州大学附属苏北人民医院);宁康(山东第一医科大学附属职业病医院/山东省职业病医院);童瑾(重庆医科大学附属第二医院);王强(青岛大学附属医院);王筱宏(北京大学第三医院);王雄彪(上海中医药大学附属普陀医院);王言森(山东省立第三医院);吴秋歌(郑州大学第一附属医院);姚彬(北京市海淀区医院);应英华(浙江大学医学院附属第二医院);张群(江苏省人民医院);周为(北京医院);周露茜(广州医科大学第一附属医院);周敏(华中科技大学同济医学院附属同济医院);朱黎明(湖南省人民医院/湖南师范大学附属第一医院)

证据评价组(按姓氏汉语拼音排序):程安琪(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院);刘朝(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家医学临床研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院);艾力菲热·艾合买提(中国医学科学院北京协和医学院);高颖漫(中国医学科学院北京协和医学院);李婷芬(首都医科大学);师雨欣(中国医学科学院北京协和医学院);时顺一(中国医学科学院北京协和医学院);宋晴晴(中国医学科学院北京协和医学院);王敏(中国医学科学院北京协和医学院);谢颖(中国医学科学院北京协和医学院);周心玫(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院)

写作秘书组:程安琪(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家医学临床研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院);赵亮(国家呼吸医学中心,呼吸和共病全国重点实验室,呼吸系统疾病国家临床医学研究中心,中国医学科学院北京协和医学院呼吸病学研究院,中日友好医院)

志谢 兰州大学健康数据科学研究院循证医学中心陈耀龙教授和中国医学科学院北京协和医学院王玲博士在方法学方面给予指导与支持

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. Tobacco[EB/OL]. (2025-06-25) [2025-12-25]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
- [2] Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors[J]. BMJ, 2004, 328(7455): 1519. DOI: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.
- [3] 国家卫生健康委员会规划发展与信息化司. 中共中央 国务院印发《“健康中国2030”规划纲要》[EB/OL]. (2016-10-25) [2025-12-24]. <https://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/c100132/201610/cef9821abcf4544bb27e2bc533bd7cf.shtml>.
- [4] 中国疾病预防控制中心. 2024年中国成人烟草调查主要结果和发现[R/OL]. (2025-05-16) [2025-12-24]. <https://www.chinacdc.cn/jksj/jksj04/202506/P020250616403576918910.pdf>.
- [5] Liu Z, Li YH, Cui ZY, et al. Prevalence of tobacco dependence and associated factors in China: Findings from nationwide China Health Literacy Survey during 2018-19[J]. Lancet Reg Health West Pac, 2022, 24: 100464. DOI: 10.1016/j.lanwpc.2022.100464.
- [6] 世界卫生组织烟草或健康合作中心, 中国疾病预防控制中心控烟办公室, 中国控制吸烟协会医院控烟专业委员会. 2007年版中国临床戒烟指南(试行本)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [7] 国家卫生和计划生育委员会. 中国临床戒烟指南(2015年版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- [8] 肖丹, 王辰. 吸烟者健康维护新理念[J]. 中华健康管理学杂志, 2024, 18(7):481-484. DOI: 10.3760/cma.j.cn115624-20240419-00314.
- [9] 北京市控制吸烟协会, 北京市疾病预防控制中心, 国家呼吸医学中心(中日友好医院). “拒绝烟霾 行动起来”核心信息及释义[EB/OL]. (2025-05-27) [2025-12-12]. https://mp.weixin.qq.com/s/YnJG66rhwb3vD_wCpv115w.
- [10] World Health Organization. WHO handbook for guideline development, 2nd Edition [M]. Geneva: WHO Press, 2014.
- [11] 陈耀龙, 杨克虎, 王小钦, 等. 中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022版)[J]. 中华医学杂志, 2022, 102(10): 697-703. DOI: 10.3760/cma.j.cn112137-20211228-02911.
- [12] 史乾灵, 刘辉, 王子君, 等. 正确理解和应用低质量证据形成指南推荐意见[J]. 协和医学杂志, 2024, 15(3):676-685. DOI: 10.12290/xhyxzz.2024-0278.
- [13] World Health Organization. WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults [M]. Geneva: World Health Organization, 2024.
- [14] Cheng C, He W, Gouda H, et al. Effectiveness of Very Brief Advice on Tobacco Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. J Gen Intern Med, 2024, 39(9): 1721-1734. DOI: 10.1007/s11606-024-08786-8.
- [15] World Health Organization. Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care [M]. Geneva: WHO Press, 2014.
- [16] Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 3: CD001292. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3.
- [17] 王辰. 烟草病学高阶教程[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2021.



- [18] Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019, 5: CD002850. DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub4.
- [19] Li S, Li Y, Xu C, et al. Efficacy of digital interventions for smoking cessation by type and method: a systematic review and network meta-analysis[J]. *Nat Hum Behav*, 2025, 9(10): 2054-2065. DOI: 10.1038/s41562-025-02295-2.
- [20] 魏肖文, 秦瑞, 苏征, 等. 移动医疗在戒烟干预中应用的研究进展[J]. *中华健康管理学杂志*, 2023, 17(9): 717-720. DOI: 10.3760/cma.j.cn115624-20230323-00196.
- [21] Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, et al. Mobile phone text messaging and app-based interventions for smoking cessation[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019, 10: CD006611. DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub5.
- [22] Su Z, Wei X, Cheng A, et al. Utilization and Effectiveness of a Message-Based Tobacco Cessation Program (mCessation) in the Chinese General Population: Longitudinal, Real-world Study[J]. *J Med Internet Res*, 2023, 25:e44840. DOI: 10.2196/44840.
- [23] Taylor G, Dalili MN, Semwal M, et al. Internet-based interventions for smoking cessation[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, 9: CD007078. DOI: 10.1002/14651858.CD007078.pub5.
- [24] Guo YQ, Chen Y, Dabbs AD, et al. The Effectiveness of Smartphone App-Based Interventions for Assisting Smoking Cessation: Systematic Review and Meta-analysis[J]. *J Med Internet Res*, 2023, 25:e43242. DOI: 10.2196/43242.
- [25] Bendotti H, Lawler S, Chan G, et al. Conversational artificial intelligence interventions to support smoking cessation: A systematic review and meta-analysis[J]. *Digit Health*, 2023, 9: 20552076231211634. DOI: 10.1177/20552076231211634.
- [26] Wang YY, Liu Z, Chen F, et al. Effects of acupuncture on craving after tobacco cessation: a resting-state fMRI study based on the fractional amplitude of low-frequency fluctuation[J]. *Quant Imaging Med Surg*, 2019, 9(6): 1118-1125. DOI: 10.21037/qims.2019.06.07.
- [27] 张菀桐, 朱宝琛, 杨金生, 等. 针刺调控海马NRG3/ErbB4通路对尼古丁成瘾大鼠戒断症状的影响[J]. *中华中医药杂志*, 2025, 40(2): 550-556.
- [28] Wang JH, van Haselen R, Wang M, et al. Acupuncture for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis of 24 randomized controlled trials[J]. *Tob Induc Dis*, 2019, 17:48. DOI: 10.18332/tid/109195.
- [29] Zhang YY, Su YZ, Tian ZY, et al. Acupuncture and related acupoint therapies for smoking cessation: An umbrella review and updated meta-analysis[J]. *Tob Induc Dis*, 2024: 22. DOI: 10.18332/tid/186147.
- [30] Di YM, May BH, Zhang AL, et al. A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation[J]. *Drug Alcohol Depend*, 2014, 142:14-23. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2014.07.002.
- [31] 穆继英, 尹洁, 王睿, 等. 19例烟草依赖患者服用福康片疗效观察[J]. *中国药物滥用防治杂志*, 2025, 31(1): 16-18, 28. DOI: 10.15900/j.cnki.zylf1995.2025.01.004.
- [32] 王风华, 龚新靖, 胡玉洁, 等. 自拟皂荚汤在慢性阻塞性肺疾病戒烟后肺功能的临床观察[J]. *医药论坛杂志*, 2023, 44(3): 101-104.
- [33] 陈建华, 吴兆怀, 许定拔. 清肺化痰利咽汤治疗“吸烟肺”临床疗效及中药戒烟疗法[J]. *内蒙古中医药*, 2016, 35(13): 56. DOI: 10.3969/j.issn.1006-0979.2016.13.058.
- [34] 宋瑞, 齐琳婧, 苏同生, 等. 耳穴联合灵仙戒烟饮戒烟临床研究[J]. *现代中医药*, 2023, 43(2): 45-48. DOI: 10.13424/j.cnki.mtcm.2023.02.010.
- [35] Notley C, Gentry S, Livingstone-Banks J, et al. Incentives for smoking cessation[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2025, 1: CD004307. DOI: 10.1002/14651858.CD004307.pub7.
- [36] Jackson S, Brown J, Norris E, et al. Mindfulness for smoking cessation[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2022, 4: CD013696. DOI: 10.1002/14651858.CD013696.pub2.
- [37] Shang X, Guo L, Wang Y, et al. Effectiveness and safety of repeated transcranial magnetic stimulation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis[J]. *Gen Hosp Psychiatry*, 2025, 96: 18-27. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2025.05.005.
- [38] Xiao D, Wang C. Tobacco dependence should be recognised as a lethal non-communicable disease[J]. *BMJ*, 2019, 365:l2204. DOI: 10.1136/bmj.l2204.
- [39] Picciotto MR, Kenny PJ. Mechanisms of Nicotine Addiction [J]. *Cold Spring Harb Perspect Med*, 2021, 11(5): a039610. DOI: 10.1101/cshperspect.a039610.
- [40] Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics[J]. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*, 2009, 49: 57-71. DOI: 10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094742.
- [41] Wills L, Ables JL, Braunscheidel KM, et al. Neurobiological Mechanisms of Nicotine Reward and Aversion[J]. *Pharmacol Rev*, 2022, 74(1): 271-310. DOI: 10.1124/pharmrev.121.000299.
- [42] Cappelleri JC, Bushmakin AG, Baker CL, et al. Revealing the multidimensional framework of the Minnesota nicotine withdrawal scale[J]. *Curr Med Res Opin*, 2005, 21(5): 749-760. DOI: 10.1185/030079905X43712.
- [43] Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment[J]. *Ear Nose Throat J*, 1990, 69(11): 763-765.
- [44] PhenX Toolkit. Heaviness of Smoking Index[EB/OL]. (2026-01-24) [2025-12-24]. <https://www.phenxtoolkit.org/protocols/view/330201>.
- [45] Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, et al. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018, 5: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub5.
- [46] Theodoulou A, Chepkin SC, Ye W, et al. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2023, 6: CD013308. DOI: 10.1002/14651858.CD013308.pub2.
- [47] Hajizadeh A, Howes S, Theodoulou A, et al. Antidepressants for smoking cessation[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2023, 5: CD000031. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub6.
- [48] Livingstone-Banks J, Fanshawe TR, Thomas KH, et al. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2023, 5: CD006103. DOI: 10.1002/14651858.CD006103.pub8.
- [49] Zhou X, Huang Z, Song Q, et al. Efficacy of combined varenicline and nicotine replacement therapy compared with varenicline or nicotine replacement therapy alone



- for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis[J]. *Addiction*, 2026, 121(3): 499-509. DOI: 10.1111/add.70235.
- [50] Zhong Z, Zhao S, Zhao Y, et al. Combination therapy of varenicline and bupropion in smoking cessation: A meta-analysis of the randomized controlled trials[J]. *Compr Psychiatry*, 2019, 95: 152125. DOI: 10.1016/j.comppsy.2019.152125.
- [51] Cheng A, Liu Z, Zhou X, et al. Real-World Treatment Adherence to Smoking Cessation Medications and Association with Treatment Outcome-27 Centers, China, 2017-2022[J]. *China CDC Wkly*, 2024, 6(22): 522-529. DOI: 10.46234/ccdcw2024.100.
- [52] Hartmann-Boyce J, Hong B, Livingstone-Banks J, et al. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019, 6: CD009670. DOI: 10.1002/14651858.CD009670.pub4.
- [53] 肖丹, 王辰. 预防戒烟者复吸[J]. *中华全科医师杂志*, 2009, 8(6): 368. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2009.06.005.
- [54] Waugh JB, Lorish CD. New guideline on treating tobacco use and dependence: 2008 update is an opportunity to advance[J]. *Respir Care*, 2008, 53(9):1166-1168.
- [55] Murray RL, Zhang YQ, Ross S, et al. Extended Duration Treatment of Tobacco Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis[J]. *Ann Am Thorac Soc*, 2022, 19(8): 1390-1403. DOI: 10.1513/AnnalsATS.202110-11400C.
- [56] Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, et al. Tobacco cessation interventions for young people[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017, 11: CD003289. DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub6.
- [57] Haug S, Schaub MP, Venzin V, et al. Efficacy of a text message-based smoking cessation intervention for young people: a cluster randomized controlled trial[J]. *J Med Internet Res*, 2013, 15(8): e171. DOI: 10.2196/jmir.2636.
- [58] Shi HJ, Jiang XX, Yu CY, et al. Use of mobile phone text messaging to deliver an individualized smoking behaviour intervention in Chinese adolescents[J]. *J Telemed Telecare*, 2013, 19(5): 282-287. DOI: 10.1177/1357633X13495489.
- [59] Peterson AV, Kealey KA, Mann SL, et al. Group-randomized trial of a proactive, personalized telephone counseling intervention for adolescent smoking cessation[J]. *J Natl Cancer Inst*, 2009, 101(20): 1378-1392. DOI: 10.1093/jnci/djp317.
- [60] Myung SK, Park JY. Efficacy of Pharmacotherapy for Smoking Cessation in Adolescent Smokers: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials[J]. *Nicotine Tob Res*, 2019, 21(11):1473-1479. DOI: 10.1093/ntr/nty180.
- [61] Gray KM, Baker NL, McClure EA, et al. Efficacy and Safety of Varenicline for Adolescent Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial[J]. *JAMA Pediatr*, 2019, 173(12): 1146-1153. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2019.3553.
- [62] Killen JD, Robinson TN, Ammerman S, et al. Randomized clinical trial of the efficacy of bupropion combined with nicotine patch in the treatment of adolescent smokers[J]. *J Consult Clin Psychol*, 2004, 72(4): 729-735. DOI: 10.1037/0022-006X.72.4.729.
- [63] Vila-Farinas A, Pérez-Rios M, Montes-Martínez A, et al. Effectiveness of smoking cessation interventions among pregnant women: An updated systematic review and meta-analysis[J]. *Addict Behav*, 2024, 148: 107854. DOI: 10.1016/j.addbeh.2023.107854.
- [64] Claire R, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020, 3: CD010078. DOI: 10.1002/14651858.CD010078.pub3.
- [65] Nanovskaya TN, Oncken C, Fokina VM, et al. Bupropion sustained release for pregnant smokers: a randomized, placebo-controlled trial[J]. *Am J Obstet Gynecol*, 2017, 216(4):420.e1-420.e9. DOI: 10.1016/j.ajog.2016.11.1036.
- [66] Khanal S, Miani C, Finne E, et al. Effectiveness of behavior change interventions for smoking cessation among expectant and new fathers: findings from a systematic review[J]. *BMC Public Health*, 2023, 23(1): 1812. DOI: 10.1186/s12889-023-16713-5.
- [67] Spanakis P, Peckham E, Young B, et al. A systematic review of behavioural smoking cessation interventions for people with severe mental ill health-what works? [J]. *Addiction*, 2022, 117(6): 1526-1542. DOI: 10.1111/add.15724.
- [68] Peckham E, Brabyn S, Cook L, et al. Smoking cessation in severe mental ill health: what works? an updated systematic review and meta-analysis[J]. *BMC Psychiatry*, 2017, 17(1):252. DOI: 10.1186/s12888-017-1419-7.
- [69] Pearsall R, Smith DJ, Geddes JR. Pharmacological and behavioural interventions to promote smoking cessation in adults with schizophrenia and bipolar disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised trials[J]. *BMJ Open*, 2019, 9(11):e027389. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027389.
- [70] Siskind DJ, Wu BT, Wong TT, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation among people with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review, meta-analysis, and network meta-analysis[J]. *Lancet Psychiatry*, 2020, 7(9): 762-774. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30261-3.
- [71] 国家市场监督管理总局, 国家标准化管理委员会. GB 41700—2022 电子烟[S/OL]. (2022-04-08)[2025-12-12]. <https://openstd.samr.gov.cn/bzgk/std/newGbInfo?hcno=ABB028BCBF0391D0039E80FDAB8D3AF7>.
- [72] 国家烟草专卖局. 电子烟管理办法[EB/OL]. (2022-03-11)[2025-12-12]. https://www.gov.cn/gongbao/content/2022/content_5697988.htm.
- [73] World Health Organization. Tobacco: E-cigarettes[EB/OL]. (2024-01-19)[2025-12-18]. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>.
- [74] 国家卫生健康委员会. 中国吸烟危害健康报告 2020[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [75] Banks E, Yazidjoglou A, Brown S, et al. Electronic cigarettes and health outcomes: umbrella and systematic review of the global evidence[J]. *Med J Aust*, 2023, 218(6): 267-275. DOI: 10.5694/mja2.51890.
- [76] Asfar T, Jebai R, Li W, et al. Risk and safety profile of electronic nicotine delivery systems (ENDS): an umbrella review to inform ENDS health communication strategies[J]. *Tob Control*, 2022. Online ahead of print. DOI: 10.1136/tc-2022-057495.



- [77] Tashakkori NA, Rostron BL, Christensen CH, et al. Notes from the Field: E-Cigarette-Associated Cases Reported to Poison Centers-United States, April 1, 2022-March 31, 2023[J]. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2023, 72(25): 694-695. DOI: 10.15585/mmwr.mm7225a5.
- [78] Butler AR, Lindson N, Livingstone-Banks J, et al. Interventions for quitting vaping[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2025, 11: CD016058. DOI: 10.1002/14651858.CD016058.pub3.
- [79] Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, et al. Motivational interviewing for smoking cessation[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2019, 7: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub4.
- [80] Klemperer EM, Streck JM, Lindson N, et al. A systematic review and meta-analysis of interventions to induce attempts to quit tobacco among adults not ready to quit[J]. Exp Clin Psychopharmacol, 2023, 31(2):541-559. DOI: 10.1037/pha0000583.

·读者·作者·编者·

本刊对来稿中统计学处理的有关要求

1. 统计研究设计:应交代统计研究设计的名称和主要做法。如调查设计(分为前瞻性、回顾性或横断面调查研究);实验设计(应交代具体的设计类型,如自身配对设计、成组设计、交叉设计、析因设计、正交设计等);临床试验设计(应交代属于第几期临床试验,采用了何种盲法措施等)。主要做法应围绕4个基本原则(随机、对照、重复、均衡)概要说明,尤其要交代如何控制重要非试验因素的干扰和影响。

2. 资料的表达与描述:用 $\bar{x} \pm s$ 表达近似服从正态分布的定量资料,用 $M(IQR)$ 表达呈偏态分布的定量资料;用统计表时,要合理安排纵横标目,并将数据的含义表达清楚;用统计图时,所用统计图的类型应与资料性质相匹配,并使数轴上刻度值的标法符合数学原则;用相对数时,分母不宜小于20,要注意区分百分率与百分比。

3. 统计分析方法的选择:对于定量资料,应根据所采用的设计类型、资料所具备的条件和分析目的,选用合适的统计分析方法,不应盲目套用 t 检验和单因素方差分析;对于定性资料,应根据所采用的设计类型、定性变量的性质和

频数所具备的条件以及分析目的,选用合适的统计分析方法,不应盲目套用 χ^2 检验。对于回归分析,应结合专业知识和散布图,选用合适的回归类型,不应盲目套用简单直线回归分析,对具有重复实验数据的回归分析资料,不应简单化处理;对于多因素、多指标资料,要在一元分析的基础上,尽可能运用多元统计分析方法,以便对因素之间的交互作用和多指标之间的内在联系进行全面、合理的解释和评价。

4. 统计结果的解释和表达:当 $P<0.05$ (或 $P<0.01$)时,应说明对比组之间的差异有统计学意义,而不应说对比组之间具有显著性(或非常显著性)的差别;应写明所用统计分析方法的具体名称(如:成组设计资料的 t 检验、两因素析因设计资料的方差分析、多个均数之间两两比较的 q 检验等),统计量的具体值(如 $t=3.45$, $\chi^2=4.68$, $F=6.79$ 等)应尽可能给出具体的 P 值(如 $P=0.023$);当涉及总体参数(如总体均数、总体率等)时,在给出显著性检验结果的同时,再给出95%可信区间。

(本刊编辑部)

