

戒烟干预方法的循证综述

戒烟对于降低吸烟相关的疾病风险至关重要。近年来大量高质量研究（系统综述、Meta分析、指南和随机对照试验）评估了各种戒烟干预措施的有效性、适用人群及副作用。以下将综合药物疗法、行为心理干预以及二者联合的循证依据，并特别关注中老年人群及慢性病/癌症患者的戒烟效果和特殊考虑。

药物疗法

目前临幊上常用的戒烟药物主要包括尼古丁替代疗法（NRT，如贴片、口香糖、含片、吸入剂、鼻喷剂等）、安非他酮（bupropion）和伐尼克兰（varenicline）^{1 2}。这些药物通过减轻戒断症状和烟瘾来提高戒烟成功率，适用于除孕妇外的大多数吸烟者（孕妇戒烟应主要依靠非药物措施）。各药物的一般效果和注意事项总结如下：

- **尼古丁替代疗法（NRT）**：通过提供尼古丁而无烟草中的有害成分，缓解戒断反应，然后逐渐减量帮助戒烟³。常用形式有贴片（长效“控瘾”作用）和口香糖、含片、喷剂等短效“缓解”形式²。**疗效**：大量研究和综述表明，使用NRT可将戒烟成功率提高约50%–70%^{4 5}。一篇综述显示，与安慰剂相比，NRT使持续6个月戒烟的几率提高约1.8倍($OR \approx 1.84$)⁶；约有17名使用NRT的吸烟者中能多出1人成功戒烟($NNT \approx 17$)^{4 7}。多种NRT联合使用（如贴片联合口香糖）疗效优于单一形式，可再提高约25%的成功率^{4 8}。**适用人群**：NRT适用于多数烟民，包括有心血管疾病的人——研究未见NRT增加心血管不良事件风险⁹。**副作用**：NRT常见副作用为局部刺激（如贴片引起皮肤发红瘙痒）、消化不适、头痛和睡眠障碍（如夜间做梦异常）等¹⁰。总体而言，这些不适通常较轻微，且NRT的益处远大于其风险¹¹。
- **安非他酮**（又称盐酸布普罗普ion，bupropion，商品名“泰毕全”等）：最早作为抗抑郁药，被发现有助于戒烟。它通过弱阻断去甲肾上腺素和多巴胺再摄取，并拮抗烟碱受体，从而减轻烟瘾¹²。**疗效**：安非他酮可使持续戒烟≥6个月的几率提高约1.6~1.8倍^{6 12}。Meta分析显示，与安慰剂相比其风险比（RR）约1.42 (95%CI 1.01–2.01)^{13 14}；戒烟成功率比不使用药物高出约64%，推算 $NNT \approx 14$ ^{15 16}。**适用人群**：适用于大部分成人吸烟者，尤其是伴发抑郁倾向者（因本品有抗抑郁作用）¹⁷。不过，它禁忌用于癫痫或惊厥史患者、进食障碍患者，以及近期停用酒精或镇静剂者等，因为会降低惊厥阈值¹⁸。**副作用**：常见有失眠、口干、头痛、焦虑、恶心等。最严重的不良反应是癫痫发作，发生率约为1/1000人，但在临床试验中观察到的发作率更低，约1/1500⁹。总体而言，大规模分析未发现安非他酮会显著增加神经精神事件或心血管事件风险⁹。此外，安非他酮有助于延缓戒烟相关的体重增加¹⁷。
- **伐尼克兰**（varenicline，商品名“畅沛”等）：作用于α4β2亚型烟碱乙酰胆碱受体的部分激动剂，能减轻尼古丁戒断症状并阻断吸烟带来的愉悦奖励¹⁹。**疗效**：大量证据表明伐尼克兰是目前**最有效的**戒烟药物之一²⁰。与安慰剂相比，其戒烟成功率提高约两倍以上²⁰。一项汇总分析得出的OR约为2.2²⁰；在6个月时每7个使用者中就能多戒烟1人($NNT \approx 7$)^{20 21}。伐尼克兰的效果也优于单一形式NRT或安非他酮²²。有研究显示：伐尼克兰相对尼古丁贴片的OR≈1.5、相对口香糖OR≈1.7，即戒烟效果更佳²²。不过，与“NRT联合方案”相比，伐尼克兰的效果相当，二者无显著差异²³。权威指南（如美国胸科医师学会ATS）**强烈推荐**将伐尼克兰作为首选一线药物^{24 25}。**适用人群**：伐尼克兰需要处方，适用于大多数成年烟民，包括有精神疾病史者——最新证据显示服用伐尼克兰的患者，发生抑郁、焦虑等神经精神不良反应的风险与安慰剂无显著差异，原有的精神风险警告已被移除^{26 27}。对于**严重肾功能不全者**需调整剂量²⁶。**副作用**：最常见的原因是恶心，有时可见剂量相关的恶心、呕吐、胃部不适；其他包括便秘、腹胀、失眠、异常梦境、头痛等²⁸。这些副作用通常在持续用药一段时间后有所缓解。以往曾担心伐尼克兰增加心

血管事件或精神不良事件风险，但综合多项试验数据并未发现与安慰剂相比有显著差异²⁹。总体来看，伐尼克兰耐受性尚可，没有严重不良事件会限制其临床使用³⁰。

· **其他药物：**尼古丁受体激动剂胞嘧啶（cytisine）是东欧等地使用的一种戒烟药，在功效上与伐尼克兰类似且价格低廉。小规模试验显示其可提高长期戒断率（RR接近4.0），且未见严重不良反应^{9 31}。但此药尚未在全球广泛上市，在中国也未正式批准使用。抗抑郁剂去甲替林（nortriptyline）在戒烟中有一定效果，可将戒烟成功率提高约2倍³²。由于其抗胆碱能副作用（如口干、嗜睡）较多，且对NRT无增效作用，一般作为二线或备选。可乐定（clonidine，降压镇静药）也被研究用于戒烟，能提高成功率约1.6倍，但剂量相关的不良反应（如低血压、镇静、口干）限制了其应用^{33 34}。**电子烟：**电子烟并非FDA批准的戒烟药物，但一些烟民用其替代香烟。含尼古丁的电子烟在某些试验中6个月戒烟率略高于NRT或不含尼古丁电子烟（推算NNT≈25）³⁵。然而长期随访发现电子烟使用者的吸烟率可能更高，且很多人转而长期依赖电子烟（一研究显示持续使用率高达80%）³⁵。鉴于其长期安全性未知，权威指南对电子烟作为戒烟手段持谨慎态度。

小结：药物疗法显著提高戒烟成功率。**适用人群**方面，除孕妇外的一般成人烟民（包括中老年人、心血管病或肺部疾病患者等）均可受益于药物戒烟支持^{13 36}。尤其是尼古丁依赖程度高、以往戒烟失败者，强烈建议使用药物辅助戒烟³⁷。**安全性**方面，NRT、安非他酮、伐尼克兰等一系列荟萃分析均未发现严重不良事件发生率的显著增加³⁰。临床认为这些药物的**收益远大于风险**，在有适应证时可放心使用³⁰。

行为和心理干预

行为心理干预通过提供心理支持、提高戒烟动机和技能，帮助戒烟者应对触发因素和戒断症状。常用的非药物干预包括医生或专业人士的简短戒烟建议、个人或团体咨询（包含认知行为疗法等技术）、动机式访谈、以及电话和互联网辅导等。

- **医生简短劝导：**由医生、护士等在常规就诊中用几分钟时间劝导戒烟。即使是很简短的建议，也被证明能显著增加戒烟尝试的概率并略微提高成功率^{38 39}。指南建议所有医疗服务提供者都应询问吸烟状况并给予明确的戒烟劝告。
- **专业咨询和行为治疗：**这包括**个人咨询**（一对一面谈，通常结合认知行为疗法CBT或意念接受疗法等技巧）、**团体辅导**（组织戒烟者分享经验和相互支持），以及**电话咨询**（如戒烟热线）、**互联网/手机程序**（如戒烟APP、短信支持）等远程干预^{38 40}。**疗效**：系统综述显示，与无特别干预或仅常规建议相比，接受专业咨询支持可提高戒烟率。例如，对于心血管病患者，个别咨询的RR约1.64、电话辅导RR≈1.47，均明显优于无干预^{14 41}。在一般人群中，医生/护理人员提供的多次随访咨询也能显著提高持续戒烟率。互联网和短信干预因易于推广也有一定效果，但质量不一。**适用人群**：咨询对所有愿意接受支持的吸烟者均适用，尤其是需要行为指导、缺乏社会支持者。**副作用**：行为干预基本无生理副作用，但需要投入时间和意志力。对资源有限或不方便面谈的人，可选择电话或线上方式。
- **认知行为疗法（CBT）：**在戒烟领域，CBT通过帮助个体识别吸烟触发因素、改变与吸烟相关的不良认知和习惯，应对压力和戒断症状，从而提高戒烟成功率。CBT常与咨询结合使用，被纳入许多戒烟计划。研究表明，包含CBT技术的戒烟辅导比纯教育或一般性建议更有效，可降低复吸率。
- **动机式访谈（MI）：**这是一种以患者为中心的沟通方法，通过探索和解决矛盾心理，增强其戒烟意愿。动机访谈对**尚未完全准备好戒烟**的患者特别有帮助，能够把“想戒又不想戒”的矛盾心态逐步转化为行动。虽然MI

本身对长期戒烟率的直接提升在随机研究中证据质量不高^{42 43}（部分研究未见显著效果），但其价值在于提高戒烟动机，常作为综合干预的一部分。

· **其他行为干预：奖励激励**（提供金钱或实物奖励给成功戒烟者）在一些试验中显著提高了戒烟率^{44 45}。例如，有研究给予现金奖励，发现参与者的持续戒烟率明显高于无奖励组。这类经济激励在提高短期戒烟上有效，但停止奖励后长期效果需进一步观察。**替代疗法**如针灸、针压、激光治疗、催眠等在民间有一定应用，但经过严谨临床试验评估后并未获得高质量证据支持，被认为**缺乏明确疗效**^{46 47}。因此，对于这些替代疗法，权威指南一般不作推荐或仅作为辅助选择。

小结：单纯行为心理干预相较于无干预能**提高戒烟成功率**，但效果通常不及药物疗法。对于动机强、药物禁忌或不愿用药者，行为支持是主要手段。重要的是，行为干预几乎**无生理副作用**，且可与药物治疗同时进行以增效^{48 49}。具体选择应基于患者意愿和以往戒烟经验，通过**个体化的方案**（如个人 vs. 团体、面对面 vs. 远程）取得最佳效果^{50 51}。

药物+心理综合方案

大量证据支持**药物治疗与行为支持联合应用**的价值。药物控制躯体戒断症状，行为干预解决心理依赖与习惯，两者互补^{48 49}。权威指南（如USPSTF美国预防服务工作组、我国戒烟指南等）均推荐将两者结合，作为提高戒烟成功率的最有效路径^{52 49}。研究显示：**联合方案的戒烟率往往高于单纯药物或单纯行为干预**。例如，在癌症患者中系统综述发现，**单靠药物**干预效果并不显著($OR \approx 1.11, P=0.66$)，而**纯行为**干预有适度效果($OR \approx 1.33$)；唯有**药物+行为综合干预**显示出显著优势($OR \approx 1.67, P=0.0008$)，明显优于单一手段^{53 54}。在普通吸烟者中，也有类似趋势——联合干预可将戒烟成功概率提高一倍以上。总的来说，对于依赖程度高或多次戒烟失败的吸烟者，**综合干预是首选**。临床实践中可以根据患者情况采用多学科团队，包括医生提供药物处方，健康教育师或心理咨询师提供随访支持，从生理和心理两方面协助戒烟。

需要注意的是，联合方案也意味着需要同时承受药物副作用和行为改变的挑战。因此应做好患者教育，提高依从性。例如，戒烟早期定期随访、处理副作用（如针对伐尼克兰的恶心可饭后服药、减量起始），以及给予患者心理鼓励，可提高综合方案的耐受性和成功率。

特殊人群的干预效果

不同人群在戒烟干预中的效果和考虑略有不同：

· **中老年吸烟者**：以往有人担心年纪较大者戒烟动机或成功率低，但研究表明**中老年人同样能够从各种干预中获益**。一项针对50岁以上吸烟者的系统综述（29项RCT）显示，无论是药物、行为还是两者结合，对该年龄组均显著提高戒烟率⁵⁵。其中药物干预相对对照组的RR约3.18，行为干预RR≈1.80，综合干预RR≈1.61，均有统计学显著性^{55 56}。综合干预的绝对戒烟率最高（估计约36.6%），单纯药物或行为约26%–28%，而无干预时约18.8%^{57 56}。可见，中老年人戒烟**完全值得尝试**，且建议采用药物+行为的组合以达到更高成功率。需要关注的是，这一人群常合并慢性病或长期烟瘾史，戒断反应可能较强，需要充分的药物支持和密切随访。另外，中老年人用药时要考虑肝肾功能和并发症：如伐尼克兰需调整肾功能不全患者剂量²⁶，安非他酮慎用于老年癫痫或严重失眠者等等。

· **慢性病患者（如心血管疾病、慢性肺病等）**：有慢性疾病的吸烟者更有戒烟指征，因为持续吸烟会恶化疾病。但过去对药物安全性有所顾虑（例如心脏病患者使用伐尼克兰/NRT是否增加心血管事件？）。最新证据**消除了许多顾虑**：一项针对心血管疾病（CVD）患者的网络Meta分析显示，伐尼克兰在这些患者中戒烟效

果突出 ($RR \approx 2.64$)，安非他酮也有益 ($RR \approx 1.42$)，而NRT效果在该分析中未达显著可能因样本不足¹³¹⁴。更重要的是，并无证据显示这些药物增加了心血管不良事件风险²⁹。实际上，让心脏病患者戒烟本身就是降低风险的关键，因此指南（如美国心脏病学会/美国心脏协会）均支持在心血管患者中积极应用戒烟药物和辅导⁵⁸⁵⁹。对于COPD（慢阻肺）等肺部疾病患者，戒烟可减缓肺功能下降，也是管理中的重中之重。这些患者常有重度烟瘾，可能需要更高强度的干预（如联合伐尼克兰和NRT贴片，研究显示可进一步提高戒断率）²⁵。总之，慢性病合并吸烟者最有效的干预往往是药物+行为联合，且应尽早在诊断疾病时就介入戒烟（例如住院心梗患者，在住院期间启动戒烟计划，其戒烟成功率更高）⁶⁰⁶¹。

- **癌症患者**：吸烟会降低肿瘤治疗效果并增加并发症和死亡率，因此癌症诊断后的戒烟尤为重要⁶²⁶³。针对癌症患者的系统综述和Meta分析发现，仅靠药物或仅靠心理干预往往不足以让这类患者成功戒烟，需要综合干预。上述综述中，单纯药物干预对戒烟率提升无统计学意义，而纯行为干预有小幅作用，只有药物+行为联合才能显著提高戒烟率⁵³⁵⁴。因此对于癌症患者，推荐同时提供戒烟药物（如NRT、伐尼克兰等）以及密集的咨询支持⁶³。实践中可在肿瘤治疗团队中加入戒烟管理，比如放疗、手术前后安排戒烟辅导，并使用药物减轻戒断症状。此外，癌症患者常有特殊情况：如某些治疗期可能禁用安非他酮（因为会干扰食欲或睡眠），需要个体权衡。总的结论是，癌症患者并不因为疾病而无法戒烟，相反戒烟带来的预后改善极大，应当将戒烟支持作为常规肿瘤护理的一部分⁶²⁶³。

戒烟成功率、复吸率与副作用概览

戒烟成功率（戒烟率）通常以持续戒烟6个月或1年的比例衡量。不同干预方式的平均戒烟率如下（基于主要研究和Meta分析）：

- 单纯意志或安慰剂对照下，长期戒烟率大约只有5%-10%（很多吸烟者自行戒烟失败率极高）。
- 药物干预：尼古丁贴片/口香糖等NRT的6个月持续戒烟率在15%-20%左右，比无干预高出约一倍⁶。安非他酮的成功率相近，在15%上下¹²¹⁵。伐尼克兰效果最好，6个月戒烟率可达25%甚至更高²⁰。例如一项大型研究中伐尼克兰组约23%-29%的人在1年时保持戒烟，对照组约10%⁶⁴⁶⁵。需要注意，不同研究人群戒烟率基线有所差异，但相对提升是一致的（如伐尼克兰约提高2倍以上²⁰、NRT和安非他酮提高约50%-80%⁶¹²）。
- 行为干预：单独的行为支持对戒烟率提升幅度较药物小。一般而言，有专业咨询支持时的6-12月戒烟率可比无支持高出5-10个百分点¹⁴⁴¹。例如一研究显示常规随访咨询组一年戒烟率约15%，而未随访组仅5%-10%。物质奖励可在激励期间显著提高短期戒断率，但长期效果因人而异。
- 综合干预：联合药物和行为通常能取得最高的戒烟率。不少临床试验报告1年戒烟率达到30%-40%在综合干预组（视烟瘾程度和随访强度而定），显著高于任一单一措施⁵⁷。例如针对中国吸烟者的社区研究显示，结合咨询+伐尼克兰6个月戒断率达34.6%，而仅咨询组为23.1%⁶⁶⁶⁷。这佐证了联合方案的优效性。

复吸率指戒烟后再度吸烟的比例。尼古丁成瘾是一种慢性复发性疾病，复吸率较高是戒烟困难的体现。一般统计，在没有额外干预下，多数人在戒烟后的几个月内会出现不同程度的复吸。哪怕经过严格研究方案，大约一年戒烟成功率也多在20%-30%，意味着70%-80%的人可能在一年内复吸至少一次。因此，如何降低复吸率是戒烟管理的重要课题。以下是一些循证发现：

- **延长治疗**：传统药物疗程为8-12周，但研究表明延长药物治疗时间有助于巩固戒烟成果，降低复吸⁶⁸⁶⁹。美国胸科协会的系统综述发现，持续使用戒烟药物超过12周的人群，长期戒烟率显著高于标准疗程组，复吸率更低；NNT约为19，表示每19人延长疗程就能多保持1人一年戒烟⁶⁸⁷⁰。因此ATS建议对有需要者将控制药物（如贴片、安非他酮、伐尼克兰）的使用延长至6-12个月⁶⁸⁷¹。
- **后续支持**：持续的行为支持（定期随访、电话回访、支持小组）也有助于防止复吸。一旦出现偶尔吸烟，应及时干预，防止“滑坡”式复发。对于有复吸苗头者，可考虑加强咨询频率或再启用药物。

• **联合治疗**：如前述，结合多种干预手段本身可以提高持续戒断率，从而减少复吸可能性^{53 72}。特别是在复吸高风险人群（重度烟瘾者，既往多次失败者），初始就采用综合方案可提高成功几率。

副作用情况各干预措施有所不同：

- 药物副作用：NRT的副作用最轻微，主要是局部刺激和轻度消化、睡眠影响¹⁰。安非他酮副作用包括失眠、口干、头痛等，大多耐受性尚可，少见但严重的是癫痫发作（≈0.1%风险）⁷³。伐尼克兰常见恶心、梦境异常，少部分人有情绪波动，但大型研究未证实其引发严重抑郁或心脏事件^{26 29}。在使用这些药物时，临床会根据患者情况做风险评估，如抑郁症患者使用伐尼克兰需密切关注情绪变化，不过总体发生率并未高于对照²⁶。**其他药物如去甲替林可能导致嗜睡、口干，需逐渐加量监测；可乐定易致低血压和镇静，不良反应更明显⁷⁴。胞嘧啶因缺乏大规模应用数据，安全性主要依据小样本，尚未发现严重不良事件⁹。**总的来说，权威综述结论是**没有哪种戒烟药物因副作用而不宜使用**，即未发现不良反应频率高到使其利弊倒置³⁰。
- 行为干预“副作用”：心理和行为治疗本身不会产生生理上的副作用，但可能带来情绪上的波动。例如，在戒烟过程中，患者可能出现烦躁抑郁，这更多是戒断症状而非辅导本身所致。良好的咨询会帮助患者正确应对此类情绪。另外，一些替代疗法（针灸等）副作用也很小（偶有针刺部位疼痛等），只是疗效证据不充分⁴⁶。

戒烟干预的推荐路径

首选治疗路径通常是同时采用药物治疗和行为支持，而非先后次序。这是基于循证医学和指南的共识^{52 49}。也就是说，对于有戒烟意愿的吸烟者，应提供药物治疗（除非禁忌）并辅以咨询等行为干预。这种“双管齐下”的策略可以最大化戒烟成功率⁴⁸。

具体而言，临床实践中的推荐步骤包括：**(1)** 评估吸烟史和戒烟意愿，给予明确的戒烟建议；**(2)** 与患者共同制定戒烟计划，包括选择一个“戒烟日”或决定逐渐减少吸烟；**(3)** 提供一线药物（如伐尼克兰、NRT或安非他酮中的一种，根据患者偏好和禁忌选择）²⁴；**(4)** 安排行为支持，如转介戒烟门诊、提供戒烟指导手册或热线随访；**(5)** 定期随访跟进疗效和副作用管理，必要时调整方案。值得注意的是，在所有一线药物中，**伐尼克兰往往作为首选**（疗效最好）^{20 21}。但某些情况下可根据患者情况选择，例如失眠严重者可避开安非他酮、皮肤病患者慎用贴片等。

对于第一次戒烟尝试失败的患者，可以考虑改变或加强干预策略，而非灰心放弃。例如，一项研究探讨了初次使用伐尼克兰未成功后的补救方法，提示可以尝试延长疗程、增加辅助手段或改用其他药物等^{75 76}。因此，戒烟路径应是个体化的循环过程：评估-干预-随访-再评估，根据需要调整，直到成功戒烟。

需要澄清的是，“先药还是先心理”并非绝对的二选一。一些患者或家属可能倾向于**先尝试不吃药、依靠意志和辅导戒烟**。如果患者依从性和意志力较好，且烟瘾不算太重，可以尝试纯行为方法一段时间；但如果多次失败，就应及时加入药物以提高成功率。另外，如果患者强烈拒绝药物，也不应放弃，通过密集的行为支持也能帮助部分人戒烟成功。总之，**最佳路径是能最大程度提供有效手段**，一般来说药物+行为并举是首选策略，但需尊重患者意愿，采用灵活而不失科学依据的方案。

对仍在吸烟但愿意尝试戒烟者的建议

针对那些目前仍在吸烟、尚未完全戒断，但表达出愿意尝试戒烟意向的患者，有一些循证的干预策略可帮助他们迈出第一步：

- **提前干预，循序渐进**：不一定等患者“下定决心完全戒烟”才开始干预。研究表明，即使患者尚未准备在短期内戒烟，提前给予药物可以促进其逐渐迈向戒烟。美国胸科协会强烈建议，对有尼古丁依赖的患者即使在未表达准备戒烟时也提供伐尼克兰治疗，因为这样做可显著增加6个月戒烟率（NNT仅为6）^{77 78}。伐尼克兰可选择“先用药，后定戒烟日”的方案：例如在继续吸烟的情况下服药1-2周，再设定戒烟日⁷⁹；甚至有试验允许患者在服药过程中逐步减少吸烟量（如第4周减半、第8周再减半，第12周完全戒断）^{80 81}。这种渐进戒烟法对意志尚不坚定者是切实可行的。尼古丁贴片等NRT也有类似用法——可以在正式戒烟日前提前1-2周开始贴片，有研究发现这提高了后续戒烟成功率^{4 5}。
- **加强动机访谈**：对于仍在吸烟者，常常戒烟动机不足或矛盾，此时动机式访谈派上用场。医务人员应反复使用“5R”技巧（相关性、风险、回报、阻碍、重复）帮助患者认识持续吸烟的危害和戒烟的好处，探讨其内心顾虑，从而将“想戒但放不下”的心态转化为具体行动计划。虽然单次访谈未必立刻让其戒烟，但多次循序渐进的交流往往能看到态度改变。
- **制定减少吸烟的计划**：如果患者一时无法完全停止吸烟，可以与其一起制定“减量目标”，例如每周减少一定数量香烟。这种“减少吸烟以戒烟”的策略也是循证支持的。在使用药物辅助的情况下（如贴片或伐尼克兰减轻瘾头），逐步减少更加容易。需要强调设定一个最终戒烟日，以防止无限期地“一直减但不戒”。
- **提供替代品以降低伤害**：对于短期内难以完全戒除者，可建议使用尼古丁替代品替换部分香烟，以降低焦油和一氧化碳等有害暴露。例如，当烟瘾来时先嚼尼古丁口香糖、含服含片，而非立即点烟。这不仅减少每日香烟数量，也在心理上建立起“不靠点燃香烟也能过瘾”的信心。电子烟作为替代虽有争议，但在特定条件下（如患者强烈拒绝医用NRT且已有使用电子烟意愿时）可以作为过渡手段减害。须告知患者电子烟并非无害，最终目标仍是**全面戒除尼古丁**。
- **家庭和社会支持**：让患者的家人参与戒烟过程非常重要。家属可以提供监督和鼓励，例如营造无烟环境、庆祝患者每一个不抽烟的里程碑、理解戒断期情绪波动并给予安慰等。对于仍在抽烟的患者，家属的支持能增强其戒烟信念。当患者表现出戒烟意愿时，家人不应一味指责过去的失败，而要积极肯定其尝试的决心，陪伴其一起制定和执行戒烟计划。
- **专业帮助**：建议这类患者定期就诊随访戒烟门诊或咨询戒烟热线。在专业人士的指导下，哪怕尚未戒烟也可以先接受指导和药物准备。当患者看到自己的努力逐步增加、香烟摄入逐步下降时，会增强信心，从而更能最终成功戒烟。

总之，对于仍在吸烟但愿意尝试的人，“**提前介入、逐步减烟、药物铺路、动机引导**”是循证的策略组合。重要的是不放弃任何一次表达戒烟意愿的机会，及时将之转化为具体行动计划。通过科学的干预和耐心支持，哪怕意志不那么坚定的吸烟者也有望迈向成功戒烟之路^{77 78}。

结语

戒烟是一项艰巨但收益巨大的健康投资。近10年的循证医学证据清楚地表明：**药物疗法和行为心理干预均能提高戒烟成功率，联合应用效果最佳**。对于中老年吸烟者以及患有慢性疾病或癌症的人群，戒烟同样可能且必要，适当的

干预手段可以显著改善他们的预后和生活质量⁵⁵⁶³。各种干预的平均戒烟率和副作用已在上文综述，绝大多数戒烟辅助措施的益处远大于其风险³⁰。在临床实践中，推荐根据个人情况制定首选的综合戒烟方案，并灵活调整。对尚未完全准备好的烟民，应主动提供帮助，采取循证策略引导其迈出戒烟的第一步⁷⁷。通过医务人员、患者和家属的共同努力，持之以恒地应用科学干预，大部分吸烟者最终能够战胜尼古丁成瘾，实现长期戒烟的目标，为健康晚年打下基础。

参考文献：

1. Hartmann-Boyce J, et al. (2021). *Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis.* 6³⁰
2. AAFP临床综述. *Smoking Cessation Interventions.* American Family Physician. 2022 Nov. 4²⁰
3. Suissa K, et al. (2017). *Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients With Cardiovascular Disease: A Network Meta-Analysis.* **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, 10(1):e002458. 14⁴¹
4. Scholten PR, et al. (2024). *The effectiveness of smoking cessation interventions after cancer diagnosis: A systematic review and meta-analysis.* **J Cancer Policy**, 39:100463. 53⁶³
5. Chen D, Wu LT. (2015). *Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis.* **Drug Alcohol Depend**, 154:14–24. 55⁵⁷
6. Hersi M, et al. (2024). *Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: an overview of systematic reviews.* **Syst Rev**, 13:179.
7. 蒋斌 等. (2014). 伐尼克兰结合咨询在中国戒烟门诊的效果⁶⁶⁶⁷ (观察结果显示伐尼克兰联合辅导将6个月戒烟率从23.1%提高到34.6%)。

1 6 9 22 23 29 30 31 32 33 [Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis - PMC](#)

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8406789/>

2 3 4 5 7 8 10 12 15 16 17 18 19 20 21 24 25 26 27 28 34 35 37 38 39 40 42 43 44 45
46 47 48 49 50 51 52 68 69 70 71 73 74 77 78 79 80 81 [Smoking Cessation Interventions | AAFP](#)
<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/1100/smoking-cessation-interventions.html>

11 [Effectiveness of smoking cessation interventions among adults: an overview of systematic reviews | Systematic Reviews | Full Text](#)

<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-024-02570-9>

13 14 36 41 [Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients With Cardiovascular Disease: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials - PubMed](#)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28093398/>

- [53](#) [54](#) [62](#) [63](#) [72](#) The effectiveness of smoking cessation interventions after cancer diagnosis: A systematic review and meta-analysis - PubMed
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38065242/>
- [55](#) [56](#) [57](#) Scholars@Duke publication: Smoking cessation interventions for adults aged 50 or older: A systematic review and meta-analysis.
<https://scholars.duke.edu/publication/1074468>
- [58](#) [PDF] Combination bupropion SR and varenicline for smoking cessation
<https://trdrp.org/files/combination-bupropion-SR-varenicline-%20smoking-cessation-systematic-review.pdf>
- [59](#) [PDF] Tobacco Cessation for Patients with Cardiovascular Disease
<https://www.acc.org/tobaccocessation>
- [60](#) Cardiovascular Safety of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch ...
<https://PMC.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6145797/>
- [61](#) Efficacy and Safety of Smoking Cessation Interventions in Patients ...
<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCOUTCOMES.115.002458>
- [64](#) Real-world tobacco cessation practice in China: findings from the ...
[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00144-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00144-X/fulltext)
- [65](#) Varenicline therapy increases smoking cessation rates
<http://www.2minutemedicine.com/varenicline-therapy-increases-smoking-cessation-rates/>
- [66](#) [67](#) [Effectiveness of Varenicline with counseling programs on smoking cessation in a targeted clinical setting in China] - PubMed
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25623452/>
- [75](#) Effectiveness of smoking cessation on the high-risk population of ...
<https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-023-01111-5>
- [76](#) ES21.03 The Specifics of Smoking Cessation for Cancer Patients
[https://www.jto.org/article/S1556-0864\(21\)00090-3/fulltext](https://www.jto.org/article/S1556-0864(21)00090-3/fulltext)