

戒菸服務通訊快報

(102年8月)

國民健康署委辦戒菸治療管理中心

壹、重要訊息

一、轉國民健康署公告：保險對象於全民健康保險醫療資源缺乏地區，接受醫事機構二代戒菸治療服務者，藥品部分負擔減免20%，並自102年5月1日起生效。(附件一)

二、個案來源之定義：個案基本資料之個案來源包含：門診、住院、急診或藥局，其中住院或急診是指個案於住院或急診期間接受戒菸治療服務，如已出院再回門診則屬門診，藥局則一律勾選藥局，請正確勾選。

三、戒菸服務費用受核減，如何找出錯誤所在：

健保署於核減費用時，會附上「戒菸門診審查核減明細表」(如下圖)，以下說明如何判讀核減明細表並找出錯誤之處。

戒菸門診審查核減明細表 - 高屏業務組

程式代號: PHEB0042RD1 條碼編號: 51010806000220 執行日期: 101/08/06
科別: 醫療費用一科1-2 經辦: F112036李素真 費用年月: 101/07 申報類別: 1 送核 申報方式: 3 連線 申報日期: 101/08/06 列印日期:
醫事機構代號/名稱: 114***151800醫院 醫事類別: 12 門診西醫醫院 醫事機構層級: 3 地區醫院 頁次:

案件分類	流水號	就醫日期	治療結束日期	身分證號	出生日期	醫事人員身分證號	申請費用點數	電腦核減點數	姓名
審查一	3	101/07/14	101/07/14	F101***666	027/03/03	S220***167	1,582	1,320	陳○○
審查二	N	N	N	N	N	N	E1015B	32	陳○○
審查三	N	N	N	N	N	N	B024649100	1320	60.00
審查四	N	N	N	N	N	N		1.00	22.0
審查五	N	N	N	N	N	N			
審查六	N	N	N	N	N	N			
審查七	Y								
審查八	N								
審查九	N								
審查十	N								
審查十一	N								
審查十二	N								
審查十三	N								
審查十四	N								
審查十五	N								
審查十六	N								
審查十七	N								
審查十八	N								
審查十九	N								
審查二十	N								

核減金額總計: 1,320

追扣原因別: 515 追扣次數: 1

備註: 本表確認無誤後請至追扣補付系統 PBG 進行過帳

處理方式說明:

- 審查一：非合約醫院 (Y: 核減 N: 不核減)
- 審查二：非合約醫師 (Y: 核減 N: 不核減)
- 審查三：療程逾90日 (Y: 核減 N: 不核減)
- 審查四：藥品補助逾八週 (Y: 核減 N: 不核減)
- 審查五：金額不符 (Y: 核減 N: 不核減)
- 審查六：主次診斷不符 (Y: 核減 N: 不核減)
- ★ 審查七：VPN沒登錄 (Y: 核減 N: 不核減)
- 審查八：給藥天數不符 (Y: 核減 N: 不核減)
- 審查九：部分負擔金額不符 (Y: 核減 N: 不核減)
- 審查十：非戒菸用藥 (Y: 核減 N: 不核減)

(一)首先檢視個案資料第2列之Y與N，Y即表示該個案之審查代號。

(二)審查一至審查十之定義說明於明細表左下。如審查七即VPN未登錄，其餘依此類推。

- (三)核檢最常見的是**審查七一VPN未登錄**。健保署檢核方法是以**健保費用申報檔**和**醫療院所戒菸服務系統VPN**二者做比對，如無登錄資料或資料不同無法比對，即判定VPN未登錄。
- (四)院所需先查詢VPN是否登錄，(注意)必須以**該月所有戒菸者就醫清單**查詢戒菸者就醫資料，以此比對身分證號、生日或就診日期是否有誤，查詢時，(注意)需仔細比對**健保費用申報檔**和**VPN**的資料。
- (五)若VPN確實登錄，僅資料誤植，請填寫更正申請單，並載明錯誤及正確之資料，傳真至本中心(02-2351-0081)，本中心協助更正資料後加蓋證明章回傳，院所可以此為依據向健保署申復。
- (六)若VPN確實漏登，亦請填更正申請單，說明漏登之個案，**連同個案紀錄表**一併傳真至本中心(02-2351-0081)，本中心依據個案紀錄表補登該筆資料後加蓋證明章回傳，院所可以此為依據向健保署申復藥費(須扣除民眾自負部分)。
- (七)部分院所申報追蹤費50元時，因掛號系統廠商程式設計錯誤，額外自動帶入藥事服務費(如追蹤費50元+藥事服務費21元)，遭核減所有費用(71元)，處理方法為填寫更正申請單，並附上核減明細，管理中心查證後蓋章回傳，院所憑以申復50元追蹤費，並請轉知系統廠商協助修正。
- (八)其餘核減項目如有疑問，請致電本管理中心洽詢(02-2351-0120)。

貳、戒菸治療服務概況

一、戒菸治療服務之醫事機構數

迄102年7月15日止，合約醫事機構總計2,274家，其中基層醫事單位有1,963家(占86.3%，包括基層診所1,496家、衛生所304家、藥局163家)；醫院有311家(占13.7%，包括醫學中心22家、區域醫院82家、地區醫院207家)。

二、戒菸治療服務之醫事人員數、戒菸成功率、每月平均診次

迄102年7月15日止，戒菸治療服務合約醫事人員總計4,817人。依服務之醫事機構層級別區分，以基層診所之醫事人員最多，共

2,148 位(占 44.6%)，區域醫院 1,063 位(占 22.1%)居次，藥局 175 位(占 3.6%)最少。101 年 6 個月點戒菸成功率為 30.1%，以醫學中心 41.3% 最高，區域醫院 33.8% 居次，基層診所 27.6% 最低 (如表 1)。

表 1：102 年戒菸治療服務概況

層級別	合約 醫事人員數 (102.07.15)	執行 醫事人員數 (至 102.04)	醫事人員 執行率 (至 102.04)	6 個月點 戒菸成功率 (101 年)
醫學中心	580	179	30.9%	41.3%
區域醫院	1,063	463	43.5%	33.5%
地區醫院	964	424	43.8%	30.2%
基層診所	2,148	1,564	70.8%	27.6%
衛生所	503	301	59.0%	31.4%
藥局	175	89	50.3%	22.2%
總計	4,817	2,878	58.9%	30.1%

註：因於不同院所重複簽約，合計醫事人員數會小於各層級之加總。

三、接受戒菸治療服務之個案

戒菸治療服務計畫自 91 年 9 月開辦至 102 年 4 月底止，總計服務 528,368 人，每月平均新增 4,128 人；共累計 1,786,079 診次，每月平均 13,954 次；平均每人就診 3.4 次(如表 2)。

表 2：各年度就診人次及人數分布(91.09-102.04)

年度	就診次數	就診人數	平均每人 就診次數
91 年	13,142	6,399	2.1
92 年	45,278	21,867	2.1
93 年	44,581	22,180	2.0
94 年	273,769	109,476	2.5
95 年	313,759	123,361	2.5
96 年	240,025	94,285	2.5
97 年	156,867	64,596	2.4
98 年	186,695	70,433	2.7
99 年	140,722	53,721	2.6
100 年	128,421	48,765	2.6
101 年	169,073	64,965	2.6
102 至 4 月	73,747	30,793	2.4
總計	1,786,079	528,368	3.4

註：因重複就診，各年度就診人數加總大於總計就診人數，故平均每人就診次數也大於各年度數值。

參、交流

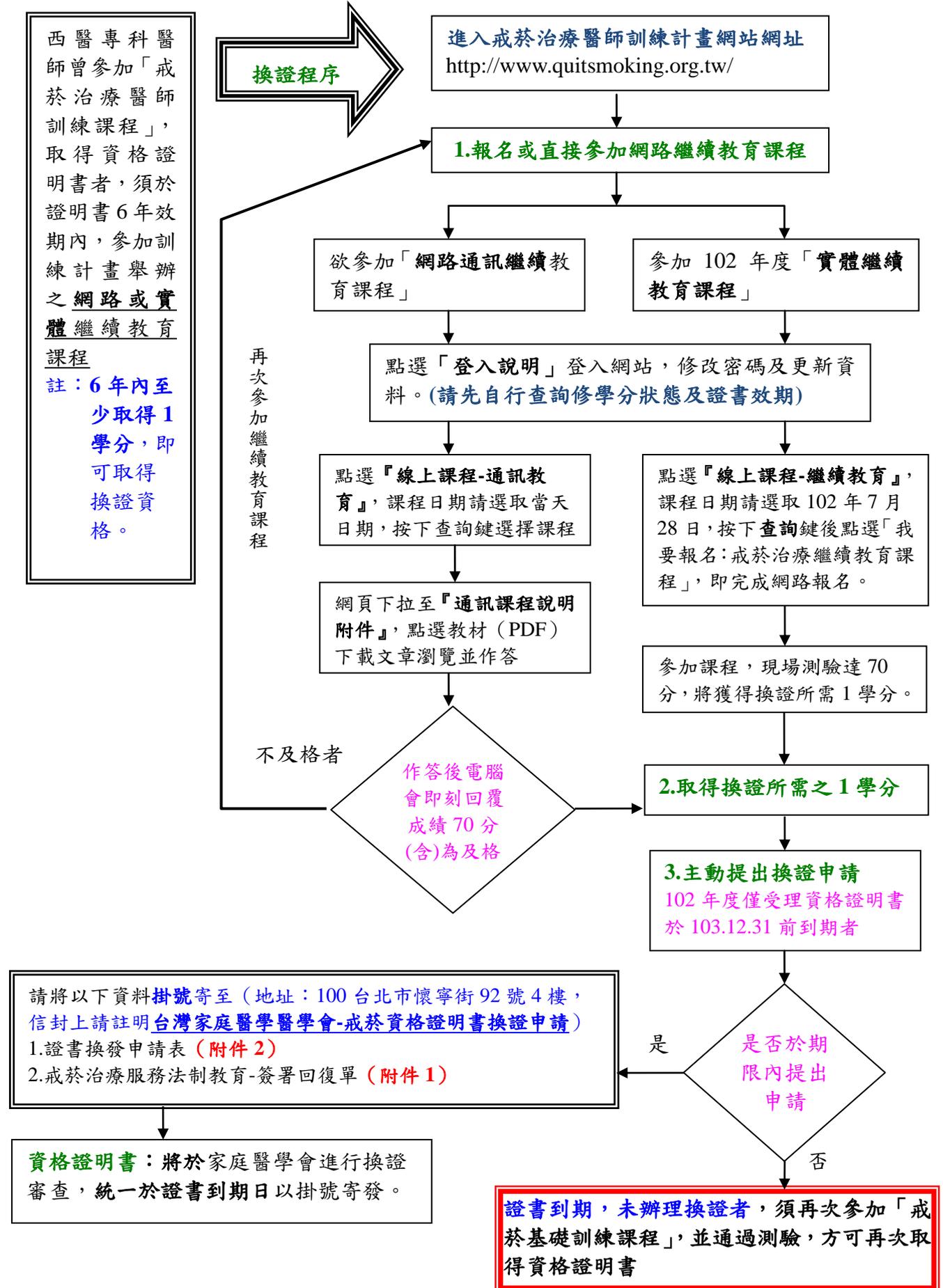
- 一、102 年度「戒菸治療醫師訓練課程」僅剩最後一堂課於 102 年 8 月 18 日假臺大兒童醫療大樓 / B1 講堂舉行，請把握機會，請洽台灣家庭醫學醫學會彭小姐，電話：02-23310774 分機 19 (網址：www.quitsmoking.org.tw/)。
- 二、102 年藥事人員戒菸衛教高階培訓臺北場，時間：102/09/1、7、8 日，地點：臺北市立聯合醫院陽明院區 9 樓會議室(台北市士林區雨聲街 105 號 9 樓)，請洽中華民國藥師公會全國聯合會王百容小姐，電話：02-5953865#122。
全聯會網站 (<http://www.taiwan-pharma.org.tw/>)
- 三、102 年戒菸衛教人員進階培訓屏東場，時間：102/08/16，地點：屏東縣政府衛生局(屏東市自由路 272 號)，請洽台灣護理學會郭文誠先生，電話：02-33936515。
台灣菸害防制衛教師聯盟網站 (<http://www.ttcea.org/>)

國民健康署委辦戒菸治療管理中心

地址：10050 台北市林森南路 2 號 6 樓之 3
電話：02-23510120，傳真：02-23510081
e-mail：oscs@oscs-tcfp.org.tw
網址：<http://ttc.hpa.gov.tw/quit/>

「102年全民健康保險醫療資源缺乏地區條件」施行區域					
序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
1	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	23	南區業務組	雲林縣大埤鄉
2	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	24	南區業務組	雲林縣元長鄉
3	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	25	南區業務組	雲林縣臺西鄉
4	臺北業務組	新北市石門區	26	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
5	臺北業務組	新北市萬里區	27	南區業務組	嘉義縣東石鄉
6	臺北業務組	新北市雙溪區	28	南區業務組	臺南市七股區
7	北區業務組	新竹縣芎林鄉	29	南區業務組	臺南市大內區
8	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	30	南區業務組	臺南市安定區
9	北區業務組	新竹縣新埔鎮	31	南區業務組	臺南市官田區
10	北區業務組	新竹縣橫山鄉	32	南區業務組	臺南市南化區
11	北區業務組	新竹縣寶山鄉	33	南區業務組	臺南市將軍區
12	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	34	高屏業務組	高雄市內門區
13	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	35	高屏業務組	高雄市永安區
14	中區業務組	臺中市外埔區	36	高屏業務組	高雄市田寮區
15	中區業務組	彰化縣大村鄉	37	高屏業務組	屏東縣長治鄉
16	中區業務組	彰化縣田尾鄉	38	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉
17	中區業務組	彰化縣芳苑鄉	39	高屏業務組	屏東縣新園鄉
18	中區業務組	彰化縣芬園鄉	40	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉
19	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉	41	東區業務組	花蓮縣富里鄉
20	中區業務組	彰化縣溪州鄉	42	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
21	中區業務組	彰化縣福興鄉	43	東區業務組	臺東縣大武鄉
22	中區業務組	彰化縣線西鄉	44	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
			45	東區業務組	臺東縣長濱鄉

肆、戒菸治療醫師訓練資格證明書換發作業流程：



戒菸治療醫師訓練證書換發作業須知

99年4月22日訂定
99年9月21日修正
100年3月10日修正
101年3月14日修正

戒菸治療醫師於證書有效期限六年內，依據「門診戒菸治療醫師訓練計畫」繼續教育作業原則，參與1個繼續教育課程者，於資格證明書有效期限屆滿前，填具申請書並檢具下列文件：

- (一) 戒菸治療服務法制教育-簽署回復單(附件1)。(需親筆簽名)
- (二) 證書換發申請表(附件2)

郵寄至本學會申請資格證明書換發(地址：100台北市懷寧街92號4樓，請註明[台灣家庭醫學醫學會-戒菸證書換證申請](#))。

- 本年度(民國102年)為96年度取得資格證明書之醫師辦理換證，欲換證需已取得本計畫繼續教育積分1學分。(可自行登入計畫網站查詢[積分紀錄](#))
- **換證作業時間**：證書到期前一年度6月份起，至證書到期當日(郵戳為憑)向本學會提出申請。
- 102年6月份起開始受理97年度取得資格證明書之醫師，辦理戒菸醫師資格證明書換證作業。
- **新證書統一於屆期前掛號寄出**，若到期一周內寄出換證資料，則順延15-30個工作天寄出(效期不變)。
- **若提出申請後變更執業或收件地址**，請向本學會更新資料，以免影響收件。
- 如有未盡事宜請洽台灣家庭醫學醫學會02-2331-0774轉19彭小姐或22吳小姐
- 詳細之戒菸治療醫師訓練證書換發作業須知請見本計畫網站(網址：<http://www.quitsmoking.org.tw/>)

戒菸治療服務法制教育-簽署回復單(附件1)：[\(DOC\)](#)

證書換發申請表(附件2)：[\(DOC\)](#)

戒菸治療服務法制教育-回復單

101 年 9 月 3 版

為提醒於提供戒菸治療服務時加強遵循相關規定，請詳閱以下法制等資訊，
避免違反相關規範：

一、提供戒菸治療服務時，請務必依據「醫療院所戒菸服務補助計畫契約書」規定辦理：

(一)有下列情形者，追繳 2 倍懲罰性違約金：

1. 醫師未親自診療：包括以電話代替實際看診、他人代領藥或其他情節重大者。
2. 未完成戒菸治療訓練課程，取得學分認證，逕行提供戒菸治療服務。

(二)有下列情形者，追繳 10 倍懲罰性違約金：

1. 診次以少報多或領藥量以少報多。
2. 登錄上傳「醫療院所戒菸服務系統」之內容虛偽不實。
3. 收治非保險對象或非戒菸就診個案，以戒菸治療服務之名義，申報費用。
4. 未提供戒菸治療服務，卻自創就醫紀錄，申報費用。
5. 提供戒菸服務，換給非對症之藥品、營養品或其他物品，申報費用。
6. 其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報費用。

(三)有下列情形者，終止合約：

1. 醫師未親自診療：包括以電話代替實際看診、他人代領藥或其他情節重大者。
2. 由未經戒菸治療醫師訓練之醫師提供戒菸治療。
3. 診次以少報多或領藥量以少報多。
4. 登錄上傳「醫療院所戒菸服務系統」之內容虛偽不實。
5. 收治非保險對象或非戒菸個案，而以戒菸治療之名義，申報費用。
6. 未提供戒菸服務，卻自創就醫紀錄，申報費用。
7. 未提供戒菸服務，換給非對症之藥品、營養品或其他物品，申報費用。
8. 其他以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報費用。
9. 未經本局同意，於登記執業場所以外之處所提供本服務。
10. 違反本契約規定、醫療法、醫師法或全民健康保險法等相關法規者。
11. 因醫療院所與中央健康保險局停止或終止特約關係而當然終止。

二、歷年合約院所違反上述契約及相關法規而受懲處之重大案件，計終止合約者 30 案、追繳懲罰性違約金者 25 案(3-166 萬)，涉及相關法律函送司法機關偵辦者 14 案，部分並已受刑罰之宣告。

**** 本人已閱讀並了解上述法制教育，辦理戒菸治療服務時將遵守相關規定 ****

註：本回復單並非視同簽約，如欲與國民健康局簽約執行本計畫，請依相關程序提出申請。

簽署人(簽章)：_____

日期：_____年____月____日

第 9 期戒菸通訊教材

53 歲發生心肌梗塞的張女士

古君揚 陳志道

亞東紀念醫院家庭醫學科 醫師

個案

基本資料

張女士，女性，53 歲，已婚，小學畢業，擔任社區清潔工作。

過去疾病史及現況

個案過去沒有全身性疾病或慢性病史，平常沒有測量血壓的習慣，印象中健康檢查好像有膽固醇稍高的問題，但是目前沒有服用藥物治療。其餘並無先天性疾病、精神疾病史。個案在本次入院三天前的上午因為突發性的胸痛、呼吸急促、以及右腳麻，於是自行來到本院急診就醫。在急診室發現血壓 175/126 毫米汞柱，心跳 118 下，心電圖檢查發現 ST 段上升之下壁心肌梗塞。經心導管介入治療，發現冠狀動脈左迴旋支 100% 阻塞，因此進行冠狀動脈氣球擴張術及支架放置。在加護病房及一般病房治療後，病人症狀改善，生命徵象穩定，順利於五天後出院。

吸菸史

從 26 歲左右因往來的朋友影響而開始抽菸，每天約一包菸，至今已 26 年，大部份抽的品牌是白長壽，若是別人請的其他牌子的菸也會抽。從來沒有戒菸過。早上起來第一件事會立刻找菸抽；因為從事清潔工作，在工作的空檔也會抽幾根菸放鬆；晚上若跟朋友聚會喝酒聊天時，菸會抽的更多些。不過，在禁菸場所，倒不會因為耐不住菸癮而覺得難受。自己覺得

目前主要吸菸的原因是放鬆壓力。雖然約略知道抽菸對健康不好，但從來沒有嘗試過戒菸，一來是身旁的朋友都在抽，二來是對自己戒菸也沒有信心。

生活習慣

個案平常下班後常跟同事、朋友聚會，喝酒聊天，每週大概 4~5 天，每次大概喝啤酒 2~3 瓶，或是清酒、米酒 4~5 杯。沒有吃檳榔的習慣。平常飲食沒有特別做限制，常去小吃店、熱炒店外食；除了工作外，沒有運動的習慣。

家族史

不清楚父母有沒有高血壓，但是並沒有冠狀動脈心臟病的家族史。

求醫原因

住院期間心臟科醫師建議戒菸，而個案本身也開始有主動的戒菸意願，會詢問護理師關於以前聽過的戒菸藥物使用方法，因此在住院期間照會家庭醫學科，並且在出院後安排戒菸門診的追蹤治療。

身體理學檢查

身高 164 公分

體重 65 公斤

血壓 126/74 毫米汞柱 (出院服用高血壓藥物後)

心跳速率 82 下/分鐘

心音 規則，無心雜音

呼吸速率 18 下/分鐘

胸部呼吸聲音 正常

吸菸與血壓、動脈硬化、及冠心症之關係

在美國，每年可歸因於吸菸之死亡人數百分比當中，冠狀動脈心臟病佔 19.8%，等於每五位可歸因為吸菸死亡的人當中，就有一位是死於冠心病。與吸菸有關的相對危險方面，35-64 歲發生冠狀動脈心臟病，男性相對危險性是 2.80 倍，女性是 3.08 倍；65 歲以上，男性相對危險性為 1.51 倍，女性為 1.60 倍[1]。

在台灣，吸菸者因為心臟血管疾病而死亡的相對危險性，男性是 1.55 倍，女性是 1.69 倍。用年齡區分來看，35~64 歲因缺血性心臟病死亡的相對危險性，男性吸菸者是非吸菸者的 2.06 倍，女性高達 3.58 倍；65 歲以上，男性吸菸者是 1.20 倍，女性是 2.43 倍[2]。由以上統計資料顯然可見，對於年紀較輕、或是心血管疾病相對危險性本來較低的女性來說，因為吸菸所提高的危險性更甚。

吸菸對於血壓有明確的影響。吸菸者會引起反覆且短暫的血壓升高，約 5~10 毫米汞柱[3]，且吸菸者的平均血壓也較不吸菸者高[4]。

戒菸對於血壓心血管疾病有實際且明確的好處。停止吸菸 20 分鐘後，血壓脈搏下降至正常；停止吸菸 24 小時後，心臟病的發作減少；一年之後，發生心血管疾病的額外危險性減少一半；十五年後，心血管疾病的危險和未吸菸者相同[5]。

使用戒菸用藥之特殊性或相關禁忌

目前美國 FDA 及我國核准用於第一線治療戒菸的藥物，包括尼古丁替代療法 nicotine replacement therapy, NRT (有貼

片、口嚼錠、口含錠、吸入劑、鼻噴劑等劑型)，以及口服藥 bupropion、

varenicline。使用藥物需要考量個案的成癮度、本身疾病情況是否有禁忌症、使用方便性及順從性、副作用及不良反應等。

尼古丁替代療法中，貼片及口嚼錠是常用的劑型，任何劑型使用上都應評估病患成癮度高低，來決定劑量。此外，高成癮度者也可考慮使用長效型劑型(例如貼片)配合短效型(例如口嚼錠)，這樣的合併使用是安全的，且是被美國 Public Health Service (USPHS)的臨床指引所建議[6]。尼古丁貼片對於輕度高血壓的病人是安全的；而對於穩定性心血管疾病的病人，系統性回顧的文獻顯示，使用尼古丁貼片發生心血管事件的危險性沒有比較高[7]。對於一般族群，使用尼古丁貼片又同時吸菸者，系統性回顧的文獻也顯示是安全的[8]；在英國，是允許在完全戒菸前(減菸階段)就開始使用尼古丁替代療法[9]。綜合以上而言，尼古丁貼片對於穩定性心血管疾病而言是安全的，使用時同時吸菸也沒有增加心血管事件危險性，惟仍須注意血壓心跳的變化及不良反應，美國 FDA 也提醒，使用尼古丁替代療法時務必個案戒菸。尼古丁的治療禁忌症包括：急性心肌梗塞兩週內、嚴重心律不整、不穩定的心絞痛、懷孕、青少年[10]；但以上屬相對禁忌症，若是這些族群持續吸菸，衡量利弊後，仍可考慮使用尼古丁替代療法。

Bupropion 的不良反應包括使血壓升高，但研究顯示在非憂鬱症、未治療的第一期高血壓患者(包括抽菸和沒抽菸)的試驗中，bupropion 未對血壓產生統計上有意義的影響，在對於戒菸並有缺血性心血管病患者的試驗中，通常有好的安全性[11]。研究顯示心血管病患者以 bupropion SR 作戒菸治療，與對照組相

比，其心血管事件的影響並無顯著差異[12]。美國 FDA 允許 bupropion 與尼古丁替代療法合併使用。bupropion 不可與單胺氧化酶抑制劑 (MAOIs) 同時使用。

Varenicline 對於血壓心跳並無顯著的影響，然而在一項針對患有穩定型心血管疾病的患者投予 varenicline 的對照性臨床試驗中，某些心血管事件的通報高於安慰劑組，包括在治療期間內發生的心絞痛，以及嚴重的心血管事件[13]。在 2011 年，一篇回顧雙盲隨機對照臨床試驗的統合分析中[14]，發現使用 varenicline 會些微提高心血管事件(Peto odds ratio 1.72 [1.09-2.71])。因此美國 FDA 在 2011 年，針對 varenicline 產生心血管相關副作用加註警語[15]。但是，對這篇文獻的回應指出，使用不同的統計方法，可能得到不顯著的差異[16]；另外，絕對危險性的增加很小，約 0.24%，計算得到的 number needed to harm(NNH)為 417[17]；也有回應直指此文獻在方法學上的謬誤[18]。其後，在 2012 年刊登於英國醫學雜誌(BMJ)更大的統合分析顯示，使用 varenicline 心血管事件的危險性並沒有顯著增加(Peto odds ratio 1.58 [0.90-2.76])[19]。綜合而論，包括 FDA 最新的聲明[20]，以及大部份的文獻都認為，使用 varenicline 戒菸的益處仍大於風險。惟臨床醫師對於有心血管疾病的吸菸者，應仔細權衡使用 varenicline 的風險與效益，同時囑咐患者注意是否出現心血管疾病症狀或既有症狀惡化等。

對於住院的病患來說，在戒菸諮商外再加上戒菸藥物，目前只有尼古丁替代療法有證據能提升戒菸率[21]。但張女士剛發生心肌梗塞經心導管介入治療未滿兩周，在近期內使用尼古丁替代療法屬於相對禁忌症。而 varenicline 雖然增加心血管

相關事件的危險性可能不顯著或極小，但對於近期內發生心血管事件的患者，使用上的安全性仍尚未完全確立。使用 bupropion，依據雙盲隨機對照的臨床試驗，對於心肌梗塞的住院病患，與安慰劑相比，沒有增加心血管事件發生率，但對戒菸率也沒有顯著的效益[22]。

行為治療方案

根據研究，對於吸菸者提供戒菸諮商，比起簡短的勸告或沒有介入，能顯著提高戒菸率；每次諮商的長度愈久、總時間與次數愈多、由醫師進行會談、由團隊進行會談、都是提供戒菸成功機率的因素[6]。

民眾往往在生病的時候才會意識健康的重要性，特別是需要住院的重大疾病。住院期間戒菸的動機強且治療效果佳，若在住院期間提供加強的戒菸介入，戒菸成功率為一般民眾的 1.65 倍，並且與住院的原因無關[6]。針對住院病患出院後提供接觸，能再額外提升戒菸率[21]。因此，住院期間提供戒菸諮商服務是非常好的時機。一開始的晤談時，我們仍採取 5A's 的臨床技巧與原則：詢問個案的吸菸狀態加以記錄，用強烈敦促的語句勸戒戒菸，評估戒菸者的戒菸意願，若有意願戒菸則提供病患戒菸協助，並且安排追蹤確保後續個案戒菸管理。

在記錄了張女士的吸菸狀態及吸菸史後，詢問張女士的戒菸意願，了解她在住院後有主動且積極的戒菸意願，也主動詢問醫護人員關於戒菸藥物的使用方式，是屬於準備期。因此，在此時晤談的過程除了肯定她的戒菸動機，繼續強化戒菸的好處外，我們也開始幫助她建立自信、幫她擬訂可行的計畫、教導她達成計畫的知識與技能、並且提供可獲得協助的

資源。我們也替張女士擬定相關策略：首先設定戒菸的日期；而由於張女士的朋友同事多半也有抽菸的習慣，且她在與朋友聚餐時抽菸量特別多，因此建議她主動告知親友同事決定要戒菸並尋求支持，同時也減少下班後聚餐喝酒的頻率。然後，移除家裡與菸有關的物品，包括打火機、菸灰缸、等全部丟棄。並且，我們跟個案討論可能面臨的挑戰與困難，並計劃相關的因應方式，比如心情焦慮、壓力大時，可以以深呼吸、做放鬆操、多運動的方式改善；若覺得嘴巴想咬東西，則可考慮喝冰水、吃蔬果條的技巧轉移；如果是朋友同事請菸、或邀約喝酒等，要懂得拒菸技巧，以明確的方式拒絕，必要時可以告知自己的疾病狀況，以獲得更大的認同與支持。我們也教導張女士有關飲食與其他生活習慣的改變：停止吸菸後因為食慾會增加、味覺嗅覺也會變好，因此平常飲食也要改變為少鹽少油少糖、低膽固醇，高纖，以免造成體重增加過多、或是惡化高血壓高血脂等；同時逐漸增加運動量，增加心肺功能。

另一方面，我們也以 Fagerstrom test for nicotine dependence (FTND) 評估張女士的尼古丁成癮度為 7 分，在戒菸過程中可能會有尼古丁的戒斷症候群，因此我們也提供戒菸藥物的訊息。但由於個案剛發生心血管事件，上述的戒菸藥物並非十分合適且必要，經過討論後，張女士決定出院後先以行為治療的方式配合生活習慣的改變來戒菸。並且在戒菸門診進行追蹤。

治療過程

雖然張女士在住院的過程當中已經沒有抽菸，但是尚未開始具體的戒菸行動，因此我們幫她設定的戒菸日期是出院當天。在出院返家，張女士就開始我們為

她設定的戒菸行動，如告知親友、丟棄菸品等。

一週後，張女士回診，告訴我們出院後一週內並沒有抽菸，若包括住院階段已經約兩週沒有吸菸了，雖然偶爾還是有些菸癮發作的情形及戒斷症狀，例如有時會感到坐立難安、比較無法放鬆等，在無聊的時候也會覺得想拿根菸起來抽抽，但大致上靠著一些技巧如深呼吸、做伸展操、喝水，還可以克制轉移菸癮。而她也告訴我們感受到戒菸的好處，包括呼吸明顯變得順暢、空氣變得比較清新、精神比較好一些、也比較少咳嗽了，另外她也感到食慾增加，吃東西味道變得比較好吃了。回診時測量她的體重，比住院時多了一公斤，血壓方面有按時服用血壓藥，在家測量大多是在正常範圍內。我們在這次回診的晤談，主要肯定個案的努力，引導她說出戒菸的好處，並且也了解她所遭遇到的困難，並且預防個案復吸。

兩週後，張女士第二次回診，她告訴我們從出院至今已經近一個月沒有抽菸了，戒菸的症狀也比較不明顯，雖然有時候同事在抽菸時，她會閃過想要一起抽菸的念頭，但還可以克制；若是一個人在家時候就比較不會想抽。我們了解各按目前環境中還是存在一些菸的誘惑，因此再次向她強調及教導拒菸技巧，告訴她千萬不要有「抽一根沒關係」的想法，因為往往這個念頭會造成戒菸失敗。另外要以「主動避開喚醒物」的方式拒絕菸的吸引，比如主動遠離以前習慣抽菸的某個角落、某個場合、買菸的便利商店、朋友聚會的小吃攤等等。

張女士之後的兩次回診，分別在出院第四週及第六週，她告訴我們並沒有抽菸。我們提供的諮商長度皆大於 10 分鐘，在兩個月提供了四次的當面諮商會談，並

且是由醫師跟戒菸衛教師提供團隊的會談。之後我們持續於電話追蹤當中。

討論治療結果之成效原因及未來改進方法

我們在張女士住院階段接受戒菸的照會，經過晤談後，了解張女士已經有主動想要戒菸的動機及意願，是處於準備期的個案，因此在經過動機式的晤談法（肯定戒菸動機，強化戒菸的好處，建立自信、擬訂可行的計畫、教導達成計畫的知識與技能、並且提供可獲得協助的資源），便開始執行戒菸計畫。雖然張女士的成癮度是7分，但是因為近期內使用戒菸藥物上的安全性及實證上的考量，因此經討論後並沒有投予戒菸藥物。我們分析張女士能透過行為模式改變戒菸成功的原因，與住院病人戒菸動機較強有關[23]，特別是剛經歷心血管系統的重大疾病，較容易接受戒菸的勸告。當我們使用強烈的語句敦促戒菸，個案的動機能夠被強化鞏固，也比較有機會從沉思期進入準備期。其次，我們在住院期間及出院後的介入強度足夠，也是成功因素。對於甫發生心肌梗塞的病患而言，尼古丁替代療法屬相對禁忌症，Varenicline 的安全性尚待建立，Bupropion 大致上安全，但並沒有實證的效益，以上三種藥物並非完全不能使用，但使用藥物時應以病患個人化做考量，權衡利弊風險，並且持續更新最新臨床實證。

參考文獻

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Quitting smoking among adults--United States, 2001-2010. *MMWR* 2011;60(44):1513-1519.
2. Wen CP, Tsai SP, Chen CJ, et al: The mortality risks of smokers in Taiwan -Part I: cause-specific mortality. *Prev Med* 2004;39:528-35.
3. Freestone S, Ramsay LE: Effects of coffee and Cigarette smoking on the blood pressure of untreated and diuretic-treated hypertensive patients. *Am J Med* 1982; 73: 348.
4. Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, et al: Cigarette smoking, ambulatory blood pressure and cardiac hypertrophy in essential hypertension. *J Hypertens* 1995; 12: 1209-15.
5. American Cancer Society: Guide to Quitting Smoking. 2012. Accessed at www.cancer.org/guide-to-quitting-smoking-pdf. Accessed Apr. 2013
6. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al: Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services; May 2008.
7. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T: Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1).
8. Moore D, Aveyard P, Connock M, Wang D, Fry-Smith A, Barton P: Effectiveness and safety of nicotine replacement therapy assisted reduction to stop smoking: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2009;338:b1024
9. Nancy A. Rigotti, MD: Strategies to Help a Smoker Who Is Struggling to Quit. *JAMA*. 2012;308(15):1573-1580
10. 行政院衛生署國民健康局: 臨床戒菸服務指引。台北: 行政院衛生署國民健康局, 2012。
11. Joseph AM, Fu SS: Safety issues in pharmacotherapy for smoking in patients with cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2003; 45: 429-41.
12. Tonstad S, Farsang C, Kjaer G, et al: Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomized study. *Eur Heart J* 2003; 24: 946-55.
13. Nancy A, Andrew L, Neal L, et al: Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Patients With Cardiovascular Disease. *Circulation* 2010; 121: 221-229.
14. Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD: Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2011;183(12):1359-1366.
15. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Chantix (varenicline) may increase the risk of certain cardiovascular adverse events in patients with cardiovascular disease. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm259161.htm>. Accessed July 19, 2012.
16. Hisato Takagi, et al: Varenicline: quantifying the risk. *CMAJ* 2011. DOI:10.1503/cmaj.111-2063
17. David J. Woods, et al: Varenicline: quantifying the Risk. *CMAJ* 2011. DOI:10.1503/cmaj.111-2064
18. Hays JT. Varenicline for smoking cessation: is it a heartbreaker? *CMAJ*. 2011;183(12):1346-1347.
19. Prochaska JJ, Hilton JF. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use for tobacco cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2012;344:e2856.
20. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Safety review update of Chantix (varenicline) and risk of neuropsychiatric adverse events. <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm276737.htm#References>. Accessed March 18, 2012.

21. Eisenberg M.J., Grandi S.M., Gervais A, et al: Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with acute myocardial infarction: a randomized, placebo-controlled trial. *J Am Coll Cardiol* 2013 61 (5) 524-532
22. Rigotti N.A., Clair C., Munafo M.R., Stead L.F: Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. [Cochrane Database Syst Rev](#). 2012 May 16;5:CD001837.
23. Neal L. Benowitz, Judith J. Prochaska: Smoking Cessation After Acute Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(5):533-535