

# 戒菸服務通訊快報

(103 年 7 月)

國民健康署委辦戒菸治療管理中心

## 壹、重要訊息

一、戒菸治療管理中心每月受理醫事機構及醫事人員申請辦理戒菸服務，經彙整資料陳報國民健康署(以下簡稱健康署)審查後即發函合格之醫事機構，載明合約生效日期，**醫事機構須於合約生效日後辦理之戒菸服務始能申報戒菸補助。**

二、102 年行政審查核減常見原因，以「VPN 沒登錄」最多，「部分負擔金額不符」、「金額不符」居次。**請於提供戒菸服務後立即將個案資料登錄 VPN 系統，最遲須於就診日之次月 20 日登錄。**

102 年專業審查核減常見原因，以「治療紀錄不完整」最多，「醫療品質不符專業認定」、「處方不合理」居次。**請依照醫療院所戒菸服務補助計畫作業須知、臨床戒菸服務指引提供戒菸服務，並詳實記載個案紀錄。**

三、VPN 登錄常見錯誤：103 年 1 至 6 月醫事機構來電管理中心，提出 VPN 系統更正申請，總計 2,474 筆，其中錯誤最多的是「就診日期」，其次為「資料漏登」、「出生日期」及「追蹤日期」。

## 四、戒菸服務費用受核減，如何找出錯誤所在：

通常扣款時健保署會附「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:
科別:醫療費用一科1-2	醫師:F112036李素真	費用年月:101/07
醫事機構代號/名稱:114***1518○○醫院	醫事類別:12 門診西醫醫院	申報類別:1 送核
		申報方式:3 連線
		申報日期:101/08/06
		申報機構層級:3 地區醫院
		列印日期:
		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	核減數
B7	3	101/07/14	101/07/14	F111***666	027/03/03	S220***167	1,582	1,320	陳○○	22
N	N	N	N	N	N	N	E1015B	32	陳○○	
						B024649100	1320	60.00	1.00	22.0

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) 檢視個案資料的英文(Y 與 N), Y 表示本案的核減原因。
- (二) 對應審查一至審查十一, 定義說明於明細表左下。如循 Y 往上查看是對應到審查七, 即 VPN 沒登錄。
- (三) 核檢最常見的是審查七-VPN 沒登錄。醫事機構需先查詢 VPN 是否登錄, (注意)查詢戒菸者就醫資料時必須以該月所有戒菸者就醫清單查詢, 該月有登錄的資料皆會出現, 再與核減明細個案資料第一列的身分證號、生日或就診日期等申報資料仔細比對。
- (四) 若 VPN 有登錄, 只是資料登錄錯誤, 請填寫更正申請單, 載明錯誤及正確資料, 傳真至管理中心, 本中心更正 VPN 資料後加蓋證明章回傳, 醫事機構憑此單據向健保署提出申復。
- (五) 若確認 VPN 沒登錄, 亦請填更正申請單, 說明某筆資料漏登, **連同個案紀錄表(作業須知附錄六)**一併傳真管理中心, 本中心依據個案紀錄表補登該筆資料, 加蓋證明章回傳, 醫事機構憑此單據向健保署提出申復**藥費(須扣除民眾自負部分)**。由於未登錄只能申復藥費, 如為處方釋出、衛教或追蹤資料未登錄, 本中心可代為補登, 但無法申復。
- (六) 部分醫事機構因健保資訊系統程式設計錯誤, 申報追蹤費 50 元時, 自動帶入藥事服務費, 如應為 50 元卻申報 71 元, 核減明細列為審查七-VPN 沒登錄, 核減所有費用。處理方法為填寫更正申請單, 附上核減明細, 管理中心查證後蓋章回傳, 醫事機構憑以申復 50 元追蹤費。

## 五、「個案戒菸追蹤管理」相關問題：

- (一)提供戒菸治療與戒菸衛教服務後，必須在次月 20 日前將戒菸者資料登錄「醫療院所戒菸服務系統(VPN)」，二者均須辦理 3 個月及 6 個月戒菸個案追蹤(個案未完成 8 週療程亦需追蹤)。
- (二)「個案戒菸追蹤」是在**療程初診日**起算 3 個月(90 天，可於 80-100 天擇 1 日)及 6 個月(180 天，可於 170-190 天擇 1 日)辦理，**並於同一期間內登錄**。若個案有 2 個療程，皆需辦理 3 個月及 6 個月追蹤。
- (三)若戒菸治療與戒菸衛教追蹤日落於同一期間，並於同一天辦理時，二者追蹤結果均須登錄 VPN 系統，於 VPN「個案戒菸追蹤管理」畫面左上角，點選藥物治療或戒菸衛教，進行登錄。
- (四)「戒菸個案追蹤費」之項目代號分別如下：  
用藥治療 3 個月追蹤 E1023C、用藥治療 6 個月追蹤 E1024C、  
衛教服務 3 個月追蹤 E1025C、衛教服務 6 個月追蹤 E1026C。
- (五)未加入「戒菸治療/衛教服務品質改善措施」之醫事服務機構，亦可辦理 3 個月及 6 個月之個案戒菸追蹤，追蹤結果登錄 VPN 系統後可申請戒菸個案追蹤費，但請注意診次上限，接近上限時儘速申請「戒菸治療/衛教服務品質改善措施」。

## 貳、戒菸治療服務概況

### 一、戒菸服務之醫事機構數

迄 103 年 6 月 15 日止，合約醫事機構總計 2,636 家，其中醫院有 324 家(占 12.3%，包括醫學中心 22 家、區域醫院 83 家、地區醫院 219 家)；基層醫療單位有 1,990 家(占 75.5%，包括基層診所 1,613 家、衛生所 321 家、牙科診所 56 家)；社區藥局 322 家(占 12.2%)。

### 二、戒菸服務之醫事人員數、戒菸成功率、每月平均診次

迄 103 年 6 月 15 日止，合約醫事人員總計 5,749 人。依服務之醫事機構層級別區分，以基層診所之醫師最多，共 2,384 位(占 41.5%)，區域醫院 1,227 位(占 21.3%)居次，牙醫 62 位(占 1.1%)最少。102 年 6 個月點戒菸成功率為 28.9%(102 年 1-11 月就診，103 年 1 月至 103 年 5 月調查)，以醫學中心 35.1%最高，藥局之 33.5%居次，衛生所 27.1%最低(如表 1)。

表 1：戒菸服務概況

層級別	合約 醫事人員數 (103.06.15)	執行 醫事人員數 (103 年 3 月)	醫事人員 執行率 (103 年 3 月)	6 個月點 戒菸成功率 (102 年 1-11 月)
醫學中心	642	203	31.6%	35.1%
區域醫院	1,227	534	42.9%	31.7%
地區醫院	1,145	527	45.8%	28.5%
基層診所	2,384	1,707	71.4%	27.3%
衛生所	671	379	56.3%	27.1%
牙科診所	62			
社區藥局	347	244	69.7%	33.5%
<b>總計</b>	<b>5,749</b>	<b>3,484</b>	<b>62.9%</b>	<b>28.9%</b>

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 103 年 3 月底止，總計服務 592,278 人，每月平均新增 4,261 人；共累計 2,072,976 診次，每月平均 14,913 次；平均每人就診 3.50 次(如表 2)。

表 2: 各年度就診人次及人數分布(91.09-103.03)

年度	就診次數	就診人數	平均每人 就診次數
91 年	13,067	6,362	2.05
92 年	45,271	21,864	2.07
93 年	44,544	22,164	2.01
94 年	273,660	109,467	2.50
95 年	313,642	123,322	2.54
96 年	239,934	94,274	2.55
97 年	156,833	64,595	2.43
98 年	186,694	70,432	2.65
99 年	140,722	53,721	2.62
100 年	128,420	48,764	2.63
101 年	169,056	64,957	2.60
102 年	279,770	96,924	2.88
103 年 3 月	80,985	33,943	2.39
<b>總計</b>	<b>2,072,976</b>	<b>592,278</b>	<b>3.50</b>

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、戒菸治療醫師訓練資格證明書換發作業請參閱附件，或洽台灣家庭醫學醫學會吳小姐，電話：02-23310774 分機 19 (網址：[www.quitsmoking.org.tw/](http://www.quitsmoking.org.tw/))。附第 10 期戒菸通訊教材：精神科患者之戒菸治療。

### 二、醫事機構戒菸服務訓練課程一覽表(8 月之後)

- (一)、台灣家庭醫學醫學會 103 年戒菸治療醫師訓練課程時間地點如下，請洽，電話：02-23310774 分機 19 吳小姐、22 徐小姐 (網址：[www.quitsmoking.org.tw/](http://www.quitsmoking.org.tw/))。

場次別	日期	地點
9	103.08.03	高雄醫學大學附設醫院/第二講堂
10	103.08.17	臺大兒童醫療大樓 / B1 講堂

- (二)、中華民國心臟學會戒菸治療醫師訓練課程時間地點如下，聯絡人：林玉英秘書主任，電話: 02-2597-6177~9 ext.12

場次別	日期	地點
2	103.08.03	振興醫療財團法人振興醫院第二醫療大樓 5樓國際會議中心
3	103.08.16	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院 1 樓 星光廳

- (三)、103 年牙醫師參與戒菸服務訓練計畫時間地點如下，請洽中華民國牙醫師公會全國聯合會楊小姐，電話：02-25000133 轉 231 全聯會網站 (<http://www.cda.org.tw/>)

103 年牙醫師參與戒菸服務訓練計畫課程日期表			
南區場	初階課程	7/20	高雄醫學大學濟世大樓 301 教室 高雄市三民區十全一路 100 號
	進階課程	8/10 8/17	高雄市牙醫師公會會館 高雄市前鎮區一心二路 21 號
北區場	初階課程	7/27	馬偕醫院新竹分院 13 樓國際會議廳 新竹市光復路二段 690 號

	進階課程	8/17 8/31	桃園縣牙醫師公會會館 桃園縣中壢市環北路 400 號 18 樓之
東區場暨 全聯會場	初階課程	8/24	阿思瑪麗景大飯店 花蓮縣花蓮市博愛街 68 號
	進階課程	9/14 9/21	文化大學 APA 藝文中心大新館數位演講廳 台北市延平南路 127 號

此外，「彰化縣 2014 牙醫師人員戒菸教育訓練」由彰化縣牙醫師公會、台灣牙醫師公會全國聯合會主辦，衛生福利部彰化醫院協辦，日期：103 年 9 月 14 日（星期日），地點：彰化縣衛生福利部彰化醫院 2 樓大講堂。

(四)、103 年戒菸衛教人員高階訓練時間地點如下，請洽台灣護理學會田小姐或吳先生，電話：0975-797-815

台灣菸害防制衛教師聯盟網站(<http://www.ttcea.org>)

日期	地點
第七場 7/30(三)-8/1(五)	中山醫學大學附設醫院行政大樓 12 樓國際會議廳 臺中市南區建國北路一段 110 號
第八場 8/13(三)-8/15(五)	高雄醫學大學附設中和紀念醫院啟川大樓 6 樓第二講堂 高雄市三民區自由一路 100 號

(五)、縣市衛生局舉辦戒菸衛教人員高階訓練

1.宜蘭縣衛生局：103 年度宜蘭縣『戒菸衛教人員高階訓練』

日期：103 年 8 月 1 日(五)~3 日(日)，地點：宜蘭縣政府健康大樓 4 樓會議室(宜蘭縣健康路 2 段 2-2 號)，聯絡人：曹小姐 03-9314173

2.臺南市政府衛生局：103 年醫事人員戒菸衛教師高階訓練

時間：103 年 8 月 16 日(六)、17 日(日)、23 日(六)，地點：臺南市政府衛生局東興辦公室 5 樓大禮堂。聯絡人：陳先生 06-6357716#275

3.桃園縣政府衛生局：103 年醫事人員戒菸衛教師高階訓練

a:時間：103 年 8 月 22 日(五)~24 日(日)，

b:時間：103 年 9 月 2 日(二)~4 日(四)，地點：桃園縣政府衛生局 4F 大會議室。聯絡人：林小姐 03-3340935#2511

4.中山醫學大學附設醫院承辦台中市政府衛生局醫事人員戒菸衛教師培訓課程，聯絡人：王小姐 04-24739595#34960

a:時間：103 年 8 月 20 日(三)~22 日(五)，地點：中山醫學大學杏一教室

b:時間：103 年 10 月 1 日(三)~3 日(五)，地點：中國附醫互助大樓 A01 教室

### 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

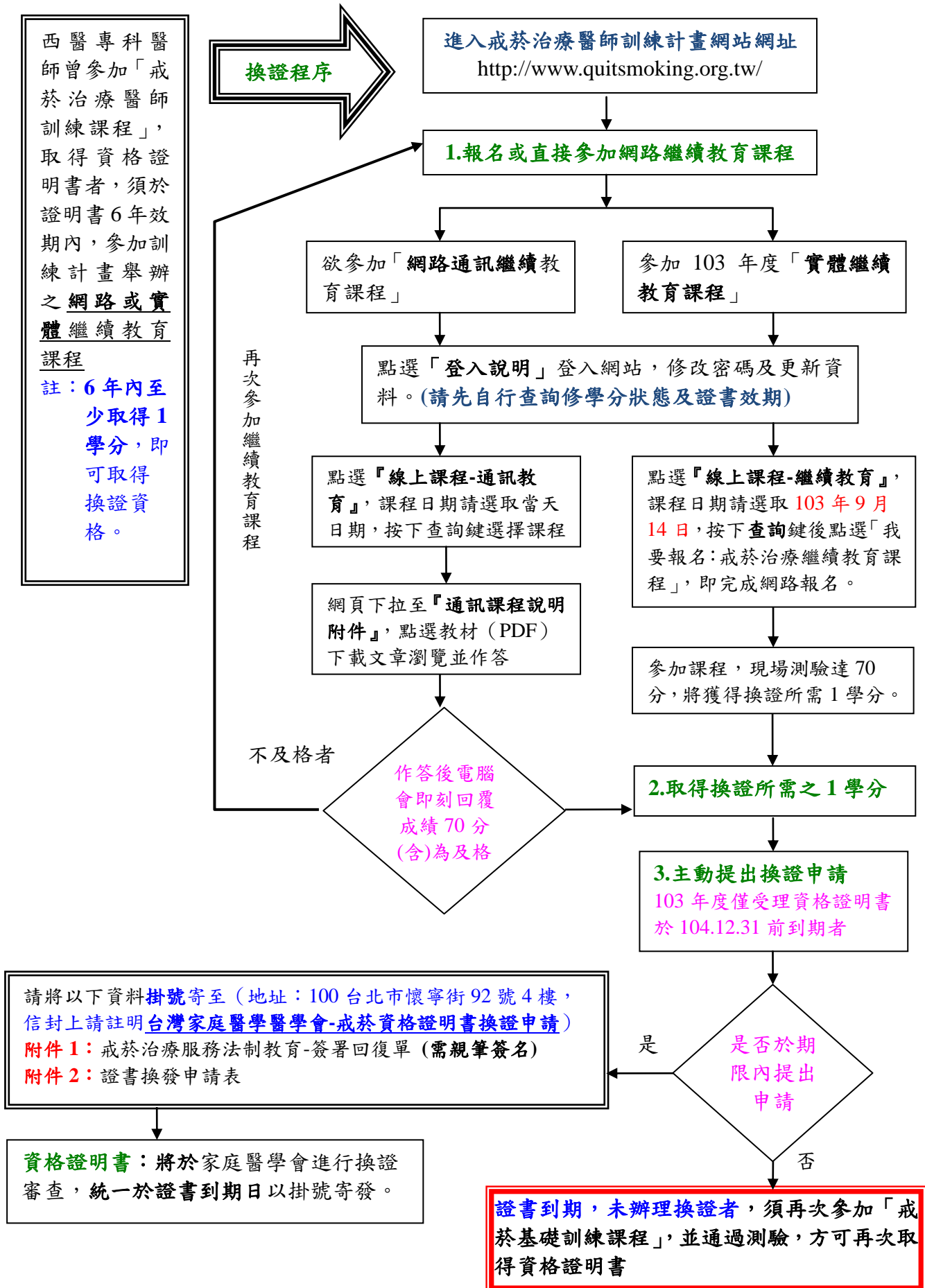
電話：02-23510120，傳真：02-23510081

e-mail：oscs@oscs-tcfp.org.tw

網址：<http://ttc.hpa.gov.tw/quit/>



## 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「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 103 年)為 97 年度取得資格證明書之醫師（換證需已取得本計畫繼續教育積分達 1 學分），需辦理戒菸醫師資格證明書換證。
- **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。
- 103 年 6 月份起開始受理 98 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 吳小姐 或 22 徐小姐
- 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/>）

附件 1：戒菸治療服務法制教育-簽署回復單

附件 2：證書換發申請表

## 戒菸治療服務法制教育-回復單

102 年 10 月 4 版

為提醒您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，如欲與國民健康署簽約執行本計畫，請依相關程序提出申請。

簽署人(簽章)：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 戒菸治療醫師訓練資格證明書 換 發 申 請 表

<b>申請人資格</b>	<input type="checkbox"/> 家庭醫學科 <input type="checkbox"/> 內科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 婦產科 <input type="checkbox"/> 兒科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<b>執業場所</b>	<input type="checkbox"/> 醫學中心 <input type="checkbox"/> 區域醫院 <input type="checkbox"/> 地區醫院(含專科醫院) <input type="checkbox"/> 診所(含衛生所) <input type="checkbox"/> 其 他：_____
姓 名		出生年月日	
身份證字號		醫師證書字號	
執業場所名稱		科別：                      執業場所代碼：	
執業場所電話		(       )                      分機                      本表資訊將依計畫提報健康署使用， 資料漏填或誤填將無法發證，請注意！	
執業場所地址		□□□	
證書郵寄地址 (同執業場所不用填寫)		□□□	
手機號碼		Email	
申請項目		□展延(※展延條件需達繼續教育學分1分)	
備註欄： ※隨函應附文件 □ 「戒菸治療服務法制教育-簽署回復單」			
中華民國       年       月       日			
<b>審查記錄</b> (以下申請人請勿填寫)  證 件：□齊 全    □未齊全 審核結果：□通 過    □不通過  簽 章：			
中華民國       年       月       日			

## 第 10 期戒菸通訊教材

# 精神科患者之戒菸治療

白雅美

台北榮民總醫院精神部主治醫師

國立陽明大學醫學系精神科教授

吸菸為現代人類健康的頭號公敵，聯合國世界衛生組織預估公元 2020 年至 2030 年間，每年將有 1,000 萬人因菸害喪生，約佔全球死亡人數的 12%，且使用菸品者平均壽命減少約 15 年。而精神科患者的抽菸問題也是重要的健康與公共衛生議題。據統計，70-90% 的思覺失調症(原稱精神分裂症)患者以及 40-50% 的憂鬱及焦慮症患者有抽菸習慣[1, 2]。整體而言，精神科病患抽菸比率約為正常人的 2-3 倍。思覺失調症患者罹患慢性支氣管炎和肺氣腫的比率分別是正常人的三倍和六倍以上，而肺癌的比率幾乎是正常人的兩倍。此外與吸菸高度相關的心血管疾病，如：高血壓、冠狀動脈硬化、慢性心臟病等，也高於正常人的二至六倍；過去研究顯示約有三分之二的思覺失調症患者死於心血管疾病[3, 4]。

精神科患者菸癮的成因相當複雜。首先，菸品在思覺失調症病患可能有「自我療癒(Self-medication)」的效果。曾有研究顯示抽菸可增進慢性思覺失調症病患的認知功能。因其腦中尼古丁受器敏感性較低，進而影響尼古丁—多巴胺 (Nicotine-Dopamine)、尼古丁—麩氨酸 (Nicotine-Glutamate) 等神經傳導迴路，所以思覺失調症病患藉由吸入外來的尼古丁，以達到較正常的受器功能，而在「資訊處理 (Information-processing)」的認知功能上可能有所增進[5-7]。其次，尼古丁透過複雜的機轉也可影響其它重要神經傳導物質，如產生類單胺氧化酶 (Monoamine Oxidase) 的抑制效果，造成血清素濃度上升，進而達到抗鬱的效果 [5, 6]。其三，菸品代謝物可以誘發肝臟代謝系統 cytochrome P450 代謝酵素，增

加抗精神病藥物的代謝速度，降低抗精神病藥物血中濃度，可能減輕某些藥物副作用，如錐體外症候群 (extrapyramidal syndrome)或是過度鎮靜 (over-sedation) 等[1, 7, 8]。

而以社會心理的層面而言，慢性精神病患在精神科住院過程中，生活單純、環境封閉、活動有限，菸品成為生活的樂趣來源、紓壓管道，以及病人間的社交工具[1]。過去研究顯示，對於有菸癮的病患，在精神科急性住院之後的三天內，74%的重癮病患每日菸量會下降，而 80%的輕癮以及 57%的中癮患者的每日菸量則會上升[9]。而本來沒有菸癮者也可能因為住院而學會吸菸。這代表著在精神科病房的环境中，病人抽菸習慣可能有「感染性」及「同化性」，這不只來自於環境限制、病房規定、更是來自於在封閉場域當中所運行的同儕效應 (Peer effect)[1, 9]。且第一線的醫護人員，為了擔心精神科病患因戒菸所造成的「雙重折磨」(Double-sufferings，指病人同時受折磨於精神症狀與戒癮症狀)，而產生同理心與人道的關懷；也可能擔心病患因為無法抽菸，出現戒癮而來的焦慮、暴力等各種行為問題，因而常容許病人吸菸。再者，因為病患喜歡抽菸，過去有時在精神病房管理，當病患有進步表現時，香菸會被做為行為治療的代幣式獎勵品，因而未鼓勵戒菸。

但過去國外研究卻也顯示，即使有這些主觀與客觀因素，有超過四成的思覺失調症病患依然希望能夠戒菸[1, 13]。但戒菸藥物對精神症狀的影響，過去研究說法不一。曾有文獻顯示戒菸藥物 Varenicline (戒必適 Champix) 在精神病患具有較高危險之神經精神副作用(neuropsychiatric adverse effects)，包括憂鬱症狀，失眠，自殺意念，激動焦慮，情緒不穩等 [10]。但也有研究在校正相關因素後顯示精神病患較一般戒菸患者其焦慮、憂鬱副作用並未較嚴重[11]。在一篇針對曾經或正罹患憂鬱症患者之十六週 Varenicline 與安慰劑之隨機分配研究顯示 Varenicline 可顯著增加戒菸成功率，且出現焦慮及憂鬱症狀與安慰劑無差異 [12]。另一篇針對 127 位思覺失調或思覺失調情感症患者之 12 週隨機分配雙盲研究，也顯示 Varenicline 組與安慰劑組無顯著副作用差異[13]。然而這些報告均

為國外資料，台灣本土研究仍相當缺乏。

台灣衛生福利部國民健康署依據菸害防制法第 21 條，自民國 101 年 9 月 1 日起推出「實施二代戒菸治療試辦計畫」，將門診及住院、急診病人都納入戒菸治療適用對象，且提供相關經費補助，戒菸用藥由菸品健康福利捐補助，比照一般健保用病人每次處方，僅須付兩成以下、最高 200 元之部份負擔，低收入戶、山地原住民暨離島地區全免。此方案對經濟情況較弱勢之精神病患實為一大福利。因此在二代戒菸治療開辦後，台北榮總精神部即積極參與，在門診區張貼二代戒菸海報，以提供精神病患戒菸服務，但同時也提供一般民眾戒菸服務。收案標準為年齡 20 歲以上，且 Fagerstrom Questionnaire 尼古丁成癮分數 4 分以上。戒菸者接受兩個月之 Varenicline (戒必適 Champix) 戒菸治療，劑量由前三天之 0.5mg/天逐漸增量至 1-2 mg/天。總計自民國 102 年 1 月至 103 年 1 月止共提供 140 位抽菸者戒菸服務，其中包括 46(32.9%)位一般民眾，及 94 位精神科患者：包括 19 位(13.6%)思覺失調症患者、29 (20.7%)位雙極症(躁鬱症)患者、31 位(22.1%)憂鬱症患者、與 15 位(10.7%)其他精神疾病患者(包括器質性精神疾病、失眠、及強迫症等)。

因過去世界上研究報告尚未有同時間、同一組戒菸治療者來比較精神科患者與一般民眾之戒菸差異，我們初步發現一些有趣差異。

1. 精神科患者與一般民眾抽菸史差異：精神科抽菸病患相較於一般民眾，有較高比率為女性(33% vs 10.9%， $p=0.007$ )，平均年齡較小(43.4 vs 51.3 歲, $p<0.0001$ )，吸菸年數較短 (23.6 vs 28.7 年, $p<0.0001$ )，但 Fagerstrom Questionnaire 尼古丁成癮分數較高 (8.0 vs 6.5, $p<0.0001$ )，體重較重(75.6 vs 72.2 公斤, $p<0.0001$ )，也傾向有較高之每日吸菸量(27.2 vs 25.3 支菸/天)。
2. 不同精神科診斷抽菸史差異：在 94 位精神科患者中，以憂鬱症患者年齡最大( $p<0.0001$ )，吸菸年數最長( $p<0.0001$ )；而思覺失調症患者 Fagerstrom Questionnaire 尼古丁成癮分數最高( $p<0.0001$ )，每日菸量最大( $p<0.0001$ )，體重最重( $p<0.0001$ )。

3. 7日點戒菸成功率: 進行8週之戒菸治療後,於第三個月追蹤完全戒菸成功率。發現精神科病患較一般民眾有較低之7日點戒菸成功率(12.4% vs 27.3%,  $p=0.012$ )。且不同精神科診斷之7日點戒菸成功率各有不同: 思覺失調症 11.1%, 雙極症(躁鬱症)17.9%, 憂鬱症 13.8%, 其他精神疾病患者(包括器質性精神疾病、失眠、及強迫症等) 0%, 戒菸成功率為最低
4. 減菸量: 精神科患者與一般民眾,每日減菸量可分別由 27.2 與 25.3 支菸/天,各減量 14.7 與 17.2 支菸/天,無統計上顯著差異。不同精神科診斷別減菸量分別為: 思覺失調症: 16.0 支菸/天, 雙極症(躁鬱症): 17.1 支菸/天, 憂鬱症: 14.0 支菸/天, 其他精神疾病患者(包括器質性精神疾病、失眠、及強迫症等): 9.9 支菸/天, 無診斷別之顯著差異。
5. Fagerstrom Questionnaire 尼古丁成癮分數與戒菸成果相關性: 成癮分數 $\geq 7$ 分者雖然每日減菸量較成癮分數 $<7$ 分者減少較多(18.4 $\pm$ 13.1 vs.12.4 $\pm$ 15.6),但三個月追蹤之7日點戒菸成功率成效顯著較差(17.3% vs 31.6%, $p=0.005$ )。不論在精神科患者與一般民眾均有此現象。
6. 副作用: 包括噁心(13.9%)、腸胃不適(8.9%)、失眠(8.9%)、頭痛頭昏(7.6%)、躁動不安(5.1%)、食慾增加(5.1%)、焦慮(2.5%)、注意力不集中(1.3%)、嘔吐(0%)、心跳變慢(0%)、疲倦(0%)、皮膚癢(0%)、過敏(0%)等。但發生率在精神科患者與一般患者之間並無顯著差異。
7. 體重變化: 戒菸後三個月體重變化在精神科病患與一般民眾分別為增加 0.26 $\pm$ 2.9 公斤與 0.65 $\pm$ 1.0 公斤,兩組無顯著差異;以性別而言,女性平均減 0.16(-0.16 $\pm$ 4.1)公斤,男性增加 0.5(0.5 $\pm$ 1.8)公斤。

過去台灣精神科病患戒菸之本土研究仍相當缺乏。衛服部花蓮玉里醫院針對平均住院年數為 8.7 年之 184 位思覺失調症住院患者使用尼古丁貼片進行 8 週戒菸研究,結果戒菸成功率僅 2.7% [14]。相對而言,本研究精神科戒菸個案之三個月 7 日點戒菸成功率 12.4% 仍屬不錯之成績。可能因為我們的收案對象包括



不同精神科診斷之患者，為急性住院或門診病患，非慢性住院患者有關。而我們的戒菸成功率與國外研究報告類似。在一篇針對 127 位思覺失調或思覺失調情感症患者之 12 週隨機分配雙盲研究，比較 Varenicline 與安慰劑之戒菸效果。研究顯示 Varenicline 組在第 12 週有 19% 成功戒菸，安慰劑組只有 4.7% 成功戒菸 (O.R.=4.74, p=0.046)；但追蹤至第 24 週，Varenicline 組與安慰劑組成功戒菸率分別降至 11.9% 與 4.7% (O.R.=6.18, p=0.09) [13]。但雖然精神科患者 7 日點戒菸成功率可能較一般民眾低，然以減害效果而言，精神科患者與一般民眾經戒菸治療後，減菸量並無顯著差異，每日減菸量分別為 14.7 與 17.2 支菸/天。長期而言對精神病患之生理健康應仍有大助益。

總結而言，相較於一般民眾戒菸者，精神科戒菸病患較高比例為女性，平均年齡較小，吸菸年數較短，但尼古丁成癮分數較高，體重較重；其中又以思覺失調症患者尼古丁成癮分數最高，每日菸量最大，體重最重。三個月戒菸成效，精神科戒菸病患顯著有較低之戒菸成功率 (27.3% vs. 12.4%, p=0.012)，但每日減菸量無差異，在副作用部分也未有顯著差異。但本研究為短期三個月研究。過去研究顯示，一旦停止戒菸治療，精神科病患其吸菸復發率相當高。某些研究發現，超過七成以上的病患，會再度抽菸。且在停止治療三到六個月後對於戒菸成功率的追蹤皆不到兩成，甚至低於一成，如果僅使用單一療法更低，幾乎為零 [15, 16]。這暗示著，不論使用合併療法或單一療法對於精神科病患長期戒菸成功率結果都不高，如此也會增加病患對未來再次戒菸的挫折感，減少未來戒菸的動機。故如何維持精神病患長期的戒菸成功率，是戒菸更重要的課題。過去研究顯示，社區、家庭環境支持是重要的戒菸成功預測因子。如能長期繼續追蹤，其持續戒菸率相對較高 [17]。目前我們二代戒菸治療每年提供兩次戒菸服務，或許針對精神科病患高抽菸盛行率、戒菸成功率較低，復發率較高之特殊族群，可能須與一般民眾有不同之戒菸方案，以能達到更好之成效。

參考資料

1. Olivier, D., D.I. Lubman, and R. Fraser, *Tobacco smoking within psychiatric inpatient settings: biopsychosocial perspective*. Aust N Z J Psychiatry, 2007. **41**(7): p. 572-80.
2. Ziedonis, D.M. and T.P. George, *Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues*. Schizophr Bull, 1997. **23**(2): p. 247-54.
3. Brown, S., H. Inskip, and B. Barraclough, *Causes of the excess mortality of schizophrenia*. Br J Psychiatry, 2000. **177**: p. 212-7.
4. Himelhoch, S., et al., *Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness*. Am J Psychiatry, 2004. **161**(12): p. 2317-9.
5. Dalack, G.W., D.J. Healy, and J.H. Meador-Woodruff, *Nicotine dependence in schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings*. Am J Psychiatry, 1998. **155**(11): p. 1490-501.
6. Jacobsen, L.K., et al., *Nicotine effects on brain function and functional connectivity in schizophrenia*. Biol Psychiatry, 2004. **55**(8): p. 850-8.
7. Uneri, O., U. Tural, and N. Cakin Memik, *[Smoking and schizophrenia: where is the biological connection?]*. Turk Psikiyatri Derg, 2006. **17**(1): p. 55-64.
8. Evins, A.E., et al., *Two-year follow-up of a smoking cessation trial in patients with schizophrenia: increased rates of smoking cessation and reduction*. J Clin Psychiatry, 2004. **65**(3): p. 307-11; quiz 452-3.
9. Keizer, I. and A. Eytan, *Variations in smoking during hospitalization in psychiatric in-patient units and smoking prevalence in patients and health-care staff*. Int J Soc Psychiatry, 2005. **51**(4): p. 317-28.
10. Ahmed, A.I., et al., *Neuropsychiatric adverse events of varenicline: a systematic review of published reports*. J Clin Psychopharmacol, 2013. **33**(1): p. 55-62.
11. McClure, J.B., et al., *Smoking outcome by psychiatric history after behavioral and varenicline treatment*. J Subst Abuse Treat, 2010. **38**(4): p. 394-402.
12. Anthenelli, R.M., et al., *Effects of varenicline on smoking cessation in adults with stably treated current or past major depression: a randomized trial*. Ann Intern Med, 2013. **159**(6): p. 390-400.
13. Williams, J.M., et al., *A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder*. J Clin Psychiatry, 2012. **73**(5): p. 654-60.
14. Chen, H.K., T.H. Lan, and B.J. Wu, *A double-blind randomized clinical trial*

- of different doses of transdermal nicotine patch for smoking reduction and cessation in long-term hospitalized schizophrenic patients.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2013. **263**(1): p. 75-82.
15. Dale Horst, W., et al., *Extended use of nicotine replacement therapy to maintain smoking cessation in persons with schizophrenia.* Neuropsychiatr Dis Treat, 2005. **1**(4): p. 349-55.
  16. Evins, A.E., et al., *A 12-week double-blind, placebo-controlled study of bupropion sr added to high-dose dual nicotine replacement therapy for smoking cessation or reduction in schizophrenia.* J Clin Psychopharmacol, 2007. **27**(4): p. 380-6.
  17. Lawn, S. and R. Pols, *Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research.* Aust N Z J Psychiatry, 2005. **39**(10): p. 866-85.