戒菸服務－精神科當仁不讓

鼓勵精神科醫師成為戒菸服務補助計畫合約人員

台灣精神醫學會

依據聯合國(UN)世界衛生組織(WHO)的推估，全球總人口數的三分之一以上，或在 15 歲以上的人口中至少有十三億人口有使用菸品的行為。自民國 86 年實施菸害防制法以及民國 98 年修正施行菸害防制法，透過調高菸捐、擴大禁菸範圍、增加菸品警示圖文、規範菸品陳列展示方式以及限制廣告促銷與贊助等措施，同時善用菸捐推動二代戒菸全面多元服務及各項的健康措施，國人的菸害得以稍獲控制，成人的吸菸率從民國 85 年 29.2%降至民國 109 年的 13.1%，降幅超過一半（55.1%）。

近年在菸品銷售市場，電子煙商向消費者誤導其產品的安全性，聲稱不含焦油，毒物少，沒有二手菸，可以協助戒菸。有取代傳統菸品的趨勢。2019 年聯合國世界衛生組織(WHO)指出電子煙並無減少危害和協助戒菸的確實證據，其危害反而是確定的。民國 108 年台灣國中、高中職學生的電子煙使用率分別是 2.5%和 5.6%，推估約有 5.7 萬名青少年目前使用電子煙。民國 107 年成人電子煙的使用率為 0.6%，低於青少年。電子煙成為青少年的入門菸品，形成入門效應，引致世代成癮循環。電子煙有二手菸和三手菸的危害，危害性大，對兒童和少年尤其明顯。電子煙常常導致雙重使用，危害更大。

使用菸品是健康的頭號殺手，為全球的第一大死因。聯合國世界衛生組織於 1998 年指出，每年全世界約 350 萬人因為菸害而死亡。21 世紀初，全球每年有 540 萬人死於菸害，目前的數據為每年有 800 多萬人因為菸害離開世間。預估公元 2030 年，每年將有 1,000 萬人因為菸害喪生，佔全球死亡人數的 12%，依照此趨勢約 2 億 5,000 萬兒童將來會被菸品害死。至於在台灣每年約 28,000 人死於菸害，即每天約有 75 人因為主動使用菸品或因為二手菸、三手菸

而罹病死亡。

根據聯合國世界衛生組織在 2021 年 7 月發表的說明書，指出全球每年有超過 800 萬人死於使用菸品，其中 700 萬人是直接使用菸品（主動使用菸品者），120 萬人是吸入二手菸或三手菸（被動使用菸品者）。由於感染 COVID-19 而罹病為處於肺炎或呼吸衰竭的嚴重階段，而使用菸品者本身的肺部免疫功能就會低下，兩者加成後，更容易使疾病的嚴重度惡化。新型冠狀病毒的疫情增加了人們的壓力，也增加了情緒上的緊張、焦慮、擔憂、不安，而這些狀況都可能會導致人們使用菸品。各國政府為因應疫情流行而採取的前所未有的對策，特別是社會隔離和封城，已經產生對社會和經濟方面的重大後果（例如暫時没有工作、失業、收入減少、經濟蕭條），並且衍生了各種的負面影響，這可能增加了菸品的消費量以及戒菸者復吸的可能性。在法國的報告指出，總人口中四分之一以上的使用菸品者在封鎖期間菸品的消費量增加；同樣的，在美國疫情流行的早期階段，也觀察到了類似的趨勢。然而，疫情的流行也可能促使一些使用菸品者考慮減少使用菸品或戒菸。這種流行性傳染疾病還會造成一些常規醫療照護的危機，不論是封城、隔離、醫療資源的轉向、以及對醫院和去醫院可能感染疾病的恐懼，降低了民眾的常規就醫和接受醫療照護的可及性，戒菸服務也不例外。在法國就發現因為疫情而封城，導致藥房尼古丁替代療法產品的通報量急劇下降。有人建議，在新冠肺炎大流行期間開展的公共衛生活動應該提及預防和戒菸的重要性，醫療保健提供者應該提供具有遠程支持的戒菸藥物和行為戒菸療法。

菸草使用障礙症是一種精神疾病，而精神疾病和物質使用障礙症的患者使用菸品的比率比一般人高，依賴的程度比較嚴重，使用菸品所造成的併發症比較多也較嚴重，戒除的動機比較低，戒除率也較低。

戒菸很重要，但是使用菸品是一種困難戒除的行為。原因是菸品中的尼古丁會上癮。儘管尼古丁的高濃度不像古柯因或海洛因引人注目，但是和非法毒品同樣令人上癮，其程度相當，甚至成癮性更高。與繼續使用菸品的人相比

較，戒菸與減少憂鬱、焦慮和壓力以及改善情緒和生活的品質有關。對於那些罹患精神疾病的人來說，戒菸的效果似乎和那些沒有罹患精神疾病的人一樣大。效果的大小等於或大於抗憂鬱劑治療情緒和焦慮症的效果。戒菸是最符合成本效益的健康服務，戒菸可以同時預防心血管疾病、呼吸道疾病與癌症(效益多於治療糖尿病、高血壓、高血脂)，而且家人和周遭的人們亦受益。戒菸 1 年，罹患冠狀動脈心臟病機率減少一半；戒菸 5 年，中風機率甚至可降低至與不吸菸者一樣；戒菸 10 年，死於肺癌的風險降低一半；戒菸 15 年，得心臟病的風險降至與一般非吸菸者相同。在台灣過去的資料顯示每位接受國民健康署門診戒菸治療服務的成功者，戒菸前後六個月的醫療費用相比降低 5,481 元。每幫助 1 位吸菸者成功戒菸，對社會未來 11-15 年的經濟效益可以達 42 萬元以上。民國 109 年在臺灣有 4.1 萬人成功戒菸，短期節省 2.2 億元的醫療費用，長期創造 172 億元的經濟效益。

菸害防制是極重要的世界性活動，目標即在降低使用菸品率、提高戒菸率、減少菸害。公元 2002 年 5 月世界衛生大會通過全球第一個公共衛生公約（菸草管制架構公約，FCTC)，以促使世界同步管制菸害的擴散。戒菸的方法很多，如短期介入、深入的一對一支持與忠告、自助法、教育課程、五日戒菸班、團體諮商或心理治療、藥物治療(尼古丁替代療法、bupropion[耐菸盼]、varenicline [戒必適])、行為治療、契約治療、個別催眠法、團體催眠法、針灸治療、雷射戒菸、醫師介入勸告戒菸諮詢、快速吸菸法戒菸、飽足法、飲食戒菸法、匿名戒菸會、函授課程、多種方式合併的治療計劃…等。

2002 年衛生署提供 18 歲以上的尼古丁成癮者，每年 2 個療程、每療程 8 週次的藥物治療及簡短諮詢服務，採定額補助，每週補助 250 元戒菸藥費，戒菸者每週需自行負擔新臺幣 550-1,250 元不等的費用。2012 年 3 月推出二代戒菸治療試辦計畫，由菸捐支付，將門診和急診及住院的病人都納入，包括戒菸治療服務費、個案追蹤費、衛教暨個案管理費，且藥費比照健保一般用藥，最多僅收取 200 元的部分負擔；健保署公告之醫療資源缺乏地區可以再減免 20%

，低收入戶、山地暨離島地區則部分負擔全免。戒菸服務門診擴及至住院、急診病人都可納入戒菸服務適用對象；同年 9 月開辦社區藥局給藥及戒菸衛教暨個案管理服務。2019 年 8 月實施戒菸服務登錄健保卡上傳，同年實施合理服務量。2022 年 5 月起參加計劃的戒菸者不用部份負擔，減輕戒菸者負擔。

台灣家庭醫學醫學會承接國民健康署「111 年戒菸醫師服務訓練計畫」，鼓勵及輔導已經持有效期內的戒菸治療服務資格證明書醫師，與國民健康署簽訂戒菸服務補助計畫契約，後續投入民眾戒菸治療服務。台灣精神醫學會邱南英監事與陳亮妤秘書長出席 111 年 3 月 11 日的「111 年戒菸醫師服務訓練計畫」專家討論會議，給予該計畫許多的建議，讓計畫順利進行，有鑑於台灣精神醫學會於戒菸服務的耕耘，以及致力於宣導非傳統菸品的使用危害，具豐富經驗，努力及成效可見，因此在專家討論會議中，誠摯邀請台灣精神醫學會共同參與"**鼓勵已經具戒菸服務資格的醫師，成為「戒菸服務補助計畫」合約人員"的任務**，一同宣導加入戒菸服務行列的優勢及好處，使更多的醫師投入戒菸服務。於此誠意邀請精神科醫師共同參與，成為戒菸服務補助計劃的合約人員。