

禁煙科学 最近のエビデンス 2015/05

さいたま市立病院 館野博喜
Email:Hrk06tateno@aol.com

本シリーズでは、最近の禁煙科学に関する医学情報の要約を掲載しています。医学論文や学会発表等から有用と思われたものを、あくまで私的ではありますが選別し、医療専門職以外の方々にも読みやすい形で提供することを目的としています。より詳細な内容につきましては、併記の原著等をご参照ください。

2015/05 目次

- KKE132 「飲酒と喫煙は日本人の二次がん発生を増やす」
- KKE133 「報奨金による4つの禁煙介入法の比較試験」
- KKE134 「禁煙後の3年間は血糖コントロールの強化を」

KKE132

「飲酒と喫煙は日本人の二次がん発生を増やす」

Tabuchi T等、Int J Cancer. 2015 Apr 22. (Epub ahead) PMID: 25904109

- 2007年日本における非感染性死亡83.4万人のうち、飲酒と喫煙による死亡は、それぞれ3.1万人と12.9万人に上る。
- がん患者の生存期間が延びるに伴い、続発がんの数も増えており、生存がん患者の5-15%に新たながんが生じている。
- ある報告によれば、飲酒や喫煙などの生活習慣が続発がんの原因の35%を占めている。
- しかし通常、地域がん登録では生活習慣のデータは収集していないことが多く、また飲酒や喫煙による続発がんの報告は、頭頸部がんや乳がん患者に限られている。
- 今回、がん患者のがんの部位に関わらず、飲酒と喫煙が続発がんの発生に及ぼす影響を調べた。
- 大阪府立成人病センターで1985年から2007年の間にがんと診断され、3か月以上生存した大阪在住の患者で、診断時20-79歳の者を対象とした。
- 同センターの診療記録を最大10年まで追跡した。追跡率は99%であった。
- 患者カルテや大阪がん登録のデータからも続発がんの情報を収集した。
- 飲酒・喫煙歴はがん診断時の診療記録から収集した。
- 非飲酒者は常習的に飲酒しない者、現飲酒者はほぼ毎日か時々飲酒する者、過去飲酒者はがん診断より前に禁酒していた者、とした。
- 重飲酒者は現飲酒者のうち1日2合以上飲酒するものとした。
- 喫煙者も同様に分類し、重喫煙者は1日20本以上喫煙する者とした。
- 続発がんは、初発がんの診断3か月後から10年後の間に診断された新規がんとした。
- 2008年末まで、続発がんの診断、死亡、初発がん診断から10年経過、のいずれかに至るまでのリスク人年を計算した。
- 27,762人のがん患者が解析対象になり、追跡期間中央値4.4年、平均5.1年であった。
- 続発がんは、二次がんが1,784例(6.4%)に、三次がんが110例(0.4%)に、四次がんが10例(0.04%)に認められた。
- 飲酒関連の続発がん(口腔・咽頭、食道、大腸、肝臓、喉頭、乳腺)は702例(2.5%)、喫煙関連の続発がん(口腔・咽頭、食道、胃、肝臓、膵臓、喉頭、肺、腎・尿路・膀胱)は、1,163例(4.2%)に認められた。

→非飲酒&非喫煙者と比較した発症率比の上昇をポアソン回帰により解析すると下記であった。(*:統計学的有意差あり)

飲酒歴	喫煙歴	全続発がん	飲酒関連続発がん	喫煙関連続発がん
あり	あり	+43%*	+60%*	+108%*
なし	あり	+21%*	-5%	+51%*
あり	なし	-12%	-15%	-8%
現飲酒	現喫煙	+52%*	+77%*	+136%*
重飲酒	重喫煙	+217%*	+334%*	+402%*
軽飲酒	なし	-13%	-12%	-15%
重飲酒	なし	+81%*	+162%*	+135%*
重飲酒	補正	+39%*	+104%*	+65%*
補正	重喫煙	+80%*	+65%*	+159%*

→喫煙の影響を補正すると、重飲酒者は全続発がんが39%、飲酒関連の続発がんが104%、喫煙関連の続発がんが65%、だけ非飲酒者より続発がんの発症リスクが高まった。

→飲酒の影響を補正すると、がん診断時に過去および現喫煙者であった者は、非喫煙者であった者より、用量依存的に続発がんの発症リスクが高まった。

→重飲酒と重喫煙との間に相互作用は見られず、各々独立に続発がんのリスクを高めていた。

→初発がんが飲酒かつ喫煙関連の部位であった場合、続発がんの発症リスクは、それらの関連部位でなかったがんの場合より36-56%高かった。

→非飲酒&喫煙歴ありでは、全続発がんと喫煙関連続発がんのリスクが有意に増え、飲酒歴あり&非喫煙では、リスクはより低く有意でなかった。

→飲酒歴と喫煙歴がある者は、非飲酒&非喫煙者より、食道と肺の続発がんが有意に多かった。

→飲酒と喫煙は日本人の二次がん発生を増やす。

<選者コメント>

大阪府立成人病センターから、生存がん患者の続発がん発症に、飲酒と喫煙が及ぼす影響についての報告です。

ひとつのがんを発症した患者に、別のがんが発症する続発がんは、最初のがんが見つかった時点で飲酒歴や喫煙歴があると発症リスクが増えました。もともと喫煙歴がない場合、飲酒歴のみでは続発がんのリスクは増えませんでした。もともと飲酒歴がなくても、喫煙歴があればリスクは増えました。つまり続発がんに関しては、飲酒より喫煙の方がリスクを高めることになります。ただし喫煙歴がなくても、1日2合以上飲酒する重飲酒者では、続発がんのリスクは有意に増えていました。

禁煙と禁酒の同時スタートは、共倒れになるリスクがあると言われてたり、禁煙支援者が、飲酒には存外に寛大?な傾向が見られることがあります。禁煙のみにとどまらず、重飲酒に対する支援も行うことが望ましいと考えられます。

といつつ、今日も飲み会だった私ですが。。。

<その他の最近の報告>

KKE132a 「喫煙は高齢者の心血管死を5.5年早め、禁煙で遅くなる：50万人の調査」

Mons U等、BMJ. 2015 Apr 20;350:h1551. PMID: 25896935

KKE132b 「禁煙後の3年間は血糖コントロールに要注意」

Lycett D等、Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 Apr 29. (Epub ahead) PMID: 25935880

KKE132c 「癌の診断は禁煙率とその継続率を高める」

Westmaas JL等、J Clin Oncol. 2015 Apr 20. (Epub ahead) PMID: 25897151

KKE132d 「喫煙を継続すると頭頸部癌患者の予後や再発率が悪化する (システムティック・レビュー)」

van Imhoff LC等、Head Neck. 2015 Apr 20. (Epub ahead) PMID: 25900211

KKE132e 「禁煙補助薬の遵守率を高める介入法についてのレビュー (コクラン・レビュー)」

Hollands GJ等、Cochrane Database Syst Rev. 2015 Feb 23;2:CD009164. PMID: 25914910

KKE132f 「電子タバコについての声明：米国内科医会」

Crowley RA等、Ann Intern Med. 2015 Apr 21;162(8):583-4. PMID: 25894027

KKE132g 「禁煙の成否に関与するバイオマーカーのレビュー」

Mamoun M等、CNS Drugs. 2015 Apr 17. (Epub ahead) PMID: 25895022

KKE132h 「ストレスが女性の喫煙行動に与える影響についてのレビュー」

Torres OV等、Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2015 Apr 22. (Epub ahead) PMID: 25912856

KKE132i 「ニコチン受容体CHRNA5の一分子多型は神経細胞のCa電流を高める」

Sciaccaluga M等、FASEB J. 2015 Apr 24. (Epub ahead) PMID: 25911614

KKE132j 「プロスロンピンの遺伝子多型と喫煙、脳卒中の関連」

Krajcoviechova A等、Atherosclerosis. 2015 Apr 11;240(2):446-452. PMID: 25897999

KKE132k 「後部島皮質と一次感覚運動野の結合性が弱いと再喫煙しやすい」

Addicott MA等、Neuropsychopharmacology. 2015 Apr 21. (Epub ahead) PMID: 25895453

KKE132l 「若年者のニコチン感作にはドパミンD3受容体が重要 (ネズミの実験)」

Smith LN等、Behav Brain Res. 2015 Apr 20;289:92-104. (Epub ahead) PMID: 25907750

KKE132m 「喫煙者も運動した方がメタボ解消になる」

Kendzor DE等、Am J Prev Med. 2015 May;48(5):561-9. PMID: 25891055

KKE133

「報奨金による4つの禁煙介入法の比較試験」

Halpern SD等、N Engl J Med. 2015 May 13. (Epub ahead) PMID: 25970009

→報奨金を用いた介入方法は生活習慣を改善させるのに有効な方法であり、ある無作為化比較試験では\$750の報奨金を出すと禁煙率が3倍になった。

→報奨金の額のみならず、支払われ方も効果に影響すると考えられている。たとえば、はじめに預り金を自ら支払わせて、成功したら取り戻せるとか、グループ全体の成功に応じて報奨金を支払うことで協同させるとか、成功しなかったメンバーの預り金を成功者に与えることで競争させるなど、報奨金の支払い方によって介入効果が増幅される可能性がある。

→そこで、報奨金の支払い方によって禁煙の効果が異なるか調べた。

→5群による無作為化比較試験で、1群を対照群、4群を報奨群とした。

→CVSケアマークの従業員とその身内や友人を対象とし、18歳以上で1日5本以上喫煙し、禁煙方法に関心のある人を募集した。

→募集はインターネット上で行ったが、非喫煙者の参加を防ぐため、喫煙状況を無作為に調査することを忠告した。

- 群分け後に、実際に試験に参加するかどうかを尋ね、禁煙開始日を90日以内のどこかに決めさせた。
- 割り当てられた介入試験に実際に参加することを希望しなかった者も、同意が得られればITT解析のため群に残し、対照群と同じ治療を受けさせた。
- 全参加者には対照群と同じ通常の禁煙支援が提供された。
- これらには、地域の禁煙支援情報、米国がん協会による禁煙ガイドが含まれ、CVSケアマーク社の医療給付を受けていた41%の参加者には、行動支援プログラムやNRTも無料で提供された。
- 初回、禁煙14日目、30日目、6か月目、12か月目の計5回受診させ、唾液中コチニンを計測し、受診に対する報奨金（全5回で計\$160）が支払われた。
- NRT使用者では尿中アナバシン濃度を測定した。
- 報奨群への介入は下記のように行い、6か月後の継続禁煙率を比較した。

(1) 個人的報奨群

- 禁煙14日目、30日目、6か月目の各受診ごとに、唾液中コチニンで禁煙継続が確認されたら\$200ずつ支払われた。
- 6か月目まで禁煙継続できていればプラス\$200のボーナスが追加された。
- つまり、最大で計\$800が支払われることになる。
- 禁煙が確認されなかった場合には、以降受診に対する報奨金のみが支払われた。

(2) 個人的預り金群

- 初回に自ら\$150を預り金として支払わせた。
- あとは(1)と同様に最大\$800までの報奨金が支払われた。
- \$150の預り金は、6か月禁煙が続いた場合に返金された。

(3) 協同的報奨群

- 6人でグループを作り、各受診ごとに1人禁煙継続できていれば、全員に\$100が支払われた。
- もし全員が禁煙継続できていれば、最大\$600が支払われることになる。
- 6か月目まで禁煙継続できていた人にはプラス\$200のボーナスが追加された。
- つまり、最大で1人あたり計\$2,000が支払われる可能性がある。
- グループのメンバーはチャットでコミュニケーションを行うように勧められた。

(4) 競争的預り金群

- 6人でグループを作り、初回に各人\$150を預り金として支払わせた。
- この6人分の預り金\$900に、報奨金として1人あたり\$450（6人で\$2,700）を計上し、計\$3,600を禁煙継続者に支払う元手とした。
- 禁煙14日目、30日目、6か月目の支払い分として\$3,600を3等分し、各受診時に\$1,200を禁煙継続者が山分けした。
- たとえば、禁煙14日目に6人のうち2人だけが禁煙できており、30日目にはこの2人とも再喫煙していた場合には、14日目にこの2人に\$600ずつが支払われ、30日目以降はだれにも支払われないことになる。
- また6か月目まで禁煙継続できていた人にはプラス\$200のボーナスが追加された。
- つまり、一人勝ちした場合、最大で\$3,800を獲得する可能性がある。
- メンバーの情報はグループ内で匿名で与えられ、互いの努力が分かるようにした。

→計2,538名が参加した。

→対照群468名、(1) 498名、(2) 582名、(3) 519名、(4) 471名、に割り振られ、背景因子や喫煙関連の

特徴は均一化された。

→介入群4群に割り振られた者のうち、実際に試験に参加した者は51.2%であった。

→実際に参加した者の割合は、(1) 94.8%、(3) 85.2%、と報奨金が圧倒的に高く(合わせて90.0%)、預り金群は(2) 12.9%、(4) 15.1%、で合わせて13.7%しか実際に試験に参加しなかった ($P<0.001$)。

→(1)(2)の個人的介入(合わせて50.6%)と、(3)(4)の集団的介入(51.9%)では、実際に参加した者の割合に差はなかった ($P=0.55$)。

→介入群4群の参加者に支払われた報奨金の中央値は\$800-900ではほぼ同額であった。

→6か月継続禁煙率を、ITT解析で全例(実際には参加しなかった者も含めて)解析すると、介入群4群(9.4-16.0%)は、いずれも対照群(6.0%)より勝っていた。

→12か月後の継続禁煙率は6か月後の約半分になり、(1)(3)のみが対照群より勝っていた。

→ITT解析による6か月後継続禁煙率は、(1) 15.2%、(3) 15.9% (2群合わせて15.7%)、(2) 9.6%、(4) 11.0% (2群合わせて10.2%)であり、報奨金群1)+3)が、預り金群2)+4)より有意に高かった ($P<0.001$)。

→(1)+(2)の個人的介入(12.1%)と、(3)+(4)の集団的介入(13.7%)とに差はなかった ($P=0.29$)。

→無料でNRTの提供を受けられた参加者とそうでない参加者との間にも差はなかった。

→6か月継続禁煙の達成1人あたりの費用は、預り金群が報奨金群より低かった(対照群\$122、(1)\$1,058、(2)\$541、(3)\$1,192、(4)\$858)。

→次に、実際に試験に参加した者のみで解析すると、6か月継続禁煙率は、(2) 52.0%、(4) 54.9% (2群合わせて52.3%)の預り金群が、(1) 16.1%、(3) 18.0% (2群合わせて17.1%)の報奨金群に勝っていた ($P<0.001$)。

→6か月目以外の時点でも、同様に大きな差が認められた。

	継続禁煙率	95%CI	P値
禁煙14日目			
報奨金群	26.9%	24.1-29.8	
預り金群	72.4%	64.9-79.9	<0.001
禁煙30日目			
報奨金群	23.3%	20.5-26.0	
預り金群	68.2%	60.4-76.0	<0.001
禁煙12か月目			
報奨金群	8.8%	7.0-10.6	
預り金群	17.2%	11.1-23.3	<0.001

→さらに、預り金群に参加した者が、もともと禁煙しやすかった可能性を考慮し、預り金群に参加した者が、もし報奨金群への参加を提示されていたら、そちらにも参加していたと仮定して解析した。

→6か月継続禁煙率は、それでも預り金群の方が13.2%有意に高くなり、この有意差がなくなるためには、報奨金群だけに参加しなかった者よりも、預り金群に参加したの方がもともと12.5倍も禁煙しやすいことが必要だった。

→報酬は禁煙継続に有効な介入法であるが、その与え方により効果は異なる。

<選者コメント>

報酬による禁煙効果について、報奨金の支払い方の違いに着目した報告です。報酬の禁煙効果は妊婦も含め注目されており、米国や英国から報告が続いています。

今回の対象者は、昨年9月にタバコの販売を中止した米国のドラッグストア、CVSケアマークの従業員やその知人であり、試験への資金提供もなされています。今回の臨床試験が行われたのは2012年ですから、タバコ販売終

了に先立ち、まず従業員の禁煙推進のため、効果的な介入法の開発に投資したのかもしれませんが。

禁煙成功に報奨金を払うと、それだけで禁煙率は対照群の6%から2.5倍上昇しましたが、先に自ら預り金を支払わせ、成功したら返金する要素を加えると、成功率は50%を越えました。一方、預り金を支払わせるプログラムには人気がなく、参加率は13%程度で、ただ報奨金をくれるだけのプログラムの参加率90%よりずっと低くなっていました。つまり、預り金を支払わせる方法は禁煙率が高いものの、禁煙者の総数を増やす力は弱く、報奨金のみ与える方法は禁煙率が低いものの、参加者は増えて禁煙者の総数が多くなる、というジレンマがあることになります。

一方、成功者1人あたりにかかるコストは、預り金を支払わせる介入法の方が低くなっており、禁煙を推進する雇用主にとっては、効率の面で預り金のプログラムは魅力的かもしれません。

今回の試験では個人的な介入と集団的な介入では大きな差がなく、個人的介入の金額を調整し、参加率・禁煙率・コストのバランスをとることが課題になります。

<その他の最近の報告>

KKE133a 「大腸直腸癌の診断前や後の喫煙は死亡率を上げる」

Yang B等、J Clin Oncol. 2015 Mar 10;33(8):885-93. PMID: 25646196

KKE133b 「喫煙者は非喫煙者より癌について悲観的で逃げたい気持ちを持っている」

Quaife SL等、Br J Cancer. 2015 May 7. (Epub ahead) PMID: 25950385

KKE133c 「動機や準備状態は禁煙チャレンジの予測因子だが禁煙成功の予測因子ではない」

Kale D等、Addiction. 2015 May 1. (Epub ahead) PMID: 25939254

KKE133d 「韓国の法的禁煙エリアでの禁煙順守は不十分である」

Park EY等、Cancer Res Treat. 2015 Apr 24. (Epub ahead) PMID: 25943320

KKE133e 「喫煙者の投票率は非喫煙者の半分に満たない」

Albright K等、Nicotine Tob Res. 2015 May 8. (Epub ahead) PMID: 25957339

KKE133f 「ニコチン依存症の生物学的・行動学的レビュー」

DiFranza JR等、Curr Pediatr Rev. 2015 Apr 30. (Epub ahead) PMID: 25938380

KKE133g 「喫煙と糖尿病性末梢神経障害の関連についてのメタ解析」

Clair C等、J Gen Intern Med. 2015 May 7. (Epub ahead) PMID: 25947882

KKE133h 「喫煙女性は大腿骨頸部骨折が1.3倍多い」

Shen GS等、Injury. 2015 Apr 20. (Epub ahead) PMID: 25956674

KKE133i 「喫煙が膵炎を生じる機序についてのレビュー」

Thrower E等、Cancers (Basel). 2015 Apr 29;7(2):723-35. PMID: 25938854

KKE133j 「写真入りタバコ警告表示は文字のみより有効：メタ解析」

Noar SM等、Tob Control. 2015 May 6. (Epub ahead) PMID: 25948713

KKE133k 「喫煙が未成年者の呼吸性洞性不整脈と心拍数に与える影響」

Conrad M等、Int J Psychophysiol. 2015 May 7. (Epub ahead) PMID: 25957697

KKE133l 「ニコチン受容体機能には $\alpha 4$ のM3-M4細胞質ループが重要である」

Biaggi-Labiosa NM等、Neuropharmacology. 2015 May 6. (Epub ahead) PMID: 25957813

KKE133m 「毒性物質減量タバコの試作品は喫煙本数が増えても毒性は減った」：BAT社からの報告

Shepperd CJ等、Regul Toxicol Pharmacol. 2015 Apr 28. (Epub ahead) PMID: 25957570

「禁煙後の3年間は血糖コントロールの強化を」

Lycett D等、Lancet Diabetes Endocrinol. 2015 Apr 29. (Epub ahead) PMID: 25935880

- 2件の横断試験と6件の前向き試験によれば、禁煙後数年間は糖尿病の発症リスクが14-54%高くなる。
- 10-20年するとリスクは減少し、非喫煙者と同等になる。
- 当初のリスク増加の一因は体重増加で説明されるが、原因のすべてではない。
- また2件の試験では、喫煙量が少ないほうが禁煙後の糖尿病発症リスクが低かった。
- 25人を対象とした日本の小規模試験では、禁煙した2型糖尿病患者のHbA1c値は、喫煙継続者に比べて+0.87%悪化し、体重増加とは無関係であった。
- 今回、禁煙と血糖コントロールの関係について、大規模な後ろ向き調査研究を行った。
- 英国の開業医546軒の医療情報である、健康改善ネットワーク“THIN”のデータを用いた。
- THINには現在通院中の350万人のデータを含む計1,000万人のデータがある。
- 2004年の診療報酬改定で喫煙状況の把握が義務化され、喫煙の情報が正確になった。
- 調査は2005年年始のデータから開始し、2010年年末まで調査した。
- 調査開始以前から2型糖尿病と診断されている18歳以上の現喫煙者で、HbA1cの記録がある者を対象とした。
- 喫煙者は、調査期間中ずっと喫煙量が減らなかった“継続喫煙者”、調査期間中に1年以上禁煙した“長期禁煙者”、禁煙したが1年続かなかった“再喫煙者”に分類した。
- 喫煙状況が途中で変わった場合には、それが記録された日を変更日とした。
- HbA1cの測定時に体重記録がない場合には、重回帰モデルを用いて個々人の体重を予測した。
- HbA1cと禁煙の解析には、補正項目を変えた3つのマルチレベル回帰モデルを作成した。
- 157,691人が調査候補になり、10,692人が最終的な解析対象になった。
- 55%の人は調査期間中に禁煙をせず、29%の人が1年以上禁煙した。
- 継続喫煙者5,831人、長期禁煙者3,131人、再喫煙者1,730人の背景因子は同様であった。
- 背景因子で補正しない場合、禁煙後の1年間にHbA1cは、+0.21% (95% CI 0.17-0.25) 有意に増加した。
- 年齢、性別、貧富、初期体重、糖尿病罹病期間、糖尿病の治療段階（食事・運動のみ、メトフォルミン使用、SU剤使用、TZD・インスリン・GLP-1受容体作動薬・DPP-4阻害薬使用）、スタチンの処方の有無、HbA1cの測定頻度が増える診療報酬の申請時期かどうか、で補正しても、禁煙後1年間のHbA1cの変化は同じであった (+0.21%, 95% CI 0.17-0.25)。
- さらに、経時的な体重変化を加味して補正しても、結果は全く同じであった。
- 経時的な体重変化は禁煙後の血糖悪化と相関していた（体重+1kgでHbA1c+0.008%）。
- しかしこの増加は、禁煙者の1年間の体重増加が平均5kgであったことから、臨床的には無視できるものであった。
- 喫煙継続者でHbA1cの増加が見られないのは、糖尿病治療の違いのためではないか解析したが、禁煙者の方が継続喫煙者や再喫煙者より、追跡の前後で糖尿病薬が増えていた。

継続喫煙者 長期禁煙者

メトフォルミンのみを

使用する者の割合

調査開始時	34.6%	32.0%
調査終了時	29.5%	22.1%

SU剤併用者		
調査開始時	23.5%	24.7%
調査終了時	34.2%	37.3%
インスリン使用者		
調査開始時	13.2%	15.9%
調査終了時	21.1%	29.5%

- 長期禁煙者では、HbA1c値は禁煙時に増加し、禁煙の継続とともに低下した。
- 継続喫煙者では、HbA1c値は緩徐に増加した。
- 禁煙者のHbA1c値は、禁煙3年後には継続喫煙者と同等になった。
- 2型糖尿病患者では禁煙後3年間は、より厳密な血糖コントロールに留意を要する。

<選者コメント>

禁煙が糖尿病コントロールに与える影響についての大規模調査の報告です。

臨床的に重要な問題であるにも関わらず、きちんとした報告は少なく、本論文では、2004年の福岡赤十字病院からの報告 (PMID: 15056125) のみ評価されていたのが印象的でした。今回の報告では、禁煙後1年間でHbA1cは平均+0.21%有意に増加しており、これは体重増加の影響を除いて解析しても変わりませんでした。(先の日本の報告では、25人の1年間の追跡で平均+0.87%悪化、悪化は1年持続し体重との相関なし。) また糖尿病治療薬は禁煙後に、追加されたり強化される割合が増えており、もとのコントロール状態に戻るには3年を要していました。

つまり、禁煙すると体重増加の程度に関わらず、最初の1年間に血糖コントロールは悪化するものである、3年かかるが元には戻るので、この期間は血糖コントロールを強化する時期と心すべし、というのが、今回の報告からのメッセージになります。

禁煙後に糖尿病治療の強化が必要になるのは、ごく一般的なことなのだと予め伝えることで、禁煙継続のモチベーション維持にも役立つ報告と言えます。

<その他の最近の報告>

KKE134a 「報酬による禁煙支援の効果 (コクラン・レビュー)」

Cahill K等、Cochrane Database Syst Rev. 2015 May 18;5:CD004307. (Epub ahead) PMID: 25983287

KKE134b 「妊婦への運動療法による禁煙介入効果は見られず：無作為化比較試験」

Ussher M等、BMJ. 2015 May 14;350:h2145. PMID: 25976288

KKE134c 「中年喫煙者では前頭前部のNAAとGluが低下している」

Durazzo TC等、Biol Psychiatry. 2015 Apr 9. (Epub ahead) PMID: 25979621

KKE134d 「ニコチン慢性曝露はストレス・報酬関連部位の活性化を介してアルコール依存を促進する」

Leao RM等、J Neurosci. 2015 Apr 15;35(15):6241-53. PMID: 25878294

KKE134e 「禁煙すると飲酒量も減ることが多いが、アルコール依存者では異なる」

Berg KM等、Addict Behav. 2015 Apr 29;48:52-57. (Epub ahead) PMID: 25997014

KKE134f 「喫煙妊婦におけるFTCDとCDS-5の比較」

Berlin I等、Nicotine Tob Res. 2015 May 19. (Epub ahead) PMID: 25995159

KKE134g 「ウルグアイでは完全禁煙法により気管支攣縮が減った」

Kalkhoran S等、Am J Prev Med. 2015 May 18. (Epub ahead) PMID: 25997906

KKE134h 「高齢者ではうつが禁煙の支障となるが、禁煙でうつは悪化しない」

Shahab L等、Br J Psychiatry. 2015 May 21. (Epub ahead) PMID: 25999339
KKE134i 「米国におけるCOPD患者への禁煙支援の最大の障壁は無保険である」

Tilert TJ等、Am J Prev Med. 2015 Jun;48(6):683-93. PMID: 25998920
KKE134j 「妊娠後は禁煙開始が遅くなるほど胎児の発育が障害される」

Blatt K等、Obstet Gynecol. 2015 Jun;125(6):1452-1459. PMID: 26000517
KKE134k 「若年成人でメンソールを吸う者はニコチンの代謝速度が遅い」

Fagan P等、Nicotine Tob Res. 2015 May 19. (Epub ahead) PMID: 25995160
KKE134l 「ノルイボガイン投与はニコチン摂取を減らす（ネズミの実験）」

Chang Q等、J Psychopharmacol. 2015 May 20. (Epub ahead) PMID: 25995321
KKE134m 「起床後すぐ喫煙するほどCOPD罹患リスクが高い」

Guertin KA等、PLoS One. 2015 May 18;10(5):e0125973. PMID: 25985429