

2007 年中国控制吸烟报告

—创建无烟环境 享受健康生活—

卫生部履行《烟草控制框架公约》领导小组办公室

二〇〇七年五月 北京

目 录

前言	2
一、被动吸烟对健康的危害	4
1. 被动吸烟吸入的烟雾中含有多种有毒物质和致癌物	4
2. 被动吸烟不存在所谓的“安全暴露”水平	4
3. 被动吸烟对人群健康（尤其对儿童和妇女）危害严重	5
二、我国至少有 5 亿人遭受被动吸烟的危害	8
1. 接触二手烟的人群众多	8
2. 被动吸烟场所广泛	8
3. 影响被动吸烟的因素众多	9
三、立法是禁止在公共场所吸烟的关键措施	10
1. 国际上通过立法控烟的成功经验	10
2. 我国禁止公共场所吸烟立法现状	11
四、公共场所禁烟立法已经成为公众共识	13
1. 公众对禁烟立法的态度	13
2. 经营者对禁烟立法的态度	错误！未定义书签。
五、挑战与应对	15
1. 政府的行动	15
2. 开展公共场所禁止吸烟的活动	15
3. “无烟奥运”正向我们走来	15
参考文献	17

前 言

我国政府高度重视控烟工作，积极参与国际控烟活动。2000年至2003年，经国务院批准的由国家发展改革委、卫生部、外交部等12个部（委、局）组成的政府间谈判机构，积极支持并参与了《烟草控制框架公约》（简称《公约》）的谈判和制定。2003年5月21日，第56届世界卫生大会一致通过了《公约》。我国于2003年11月10日签署了《公约》。2005年8月28日，第十届全国人大常委会第十七次会议正式批准《公约》，为第89个批准《公约》的国家。2005年10月13日，我国政府举行了履行《公约》启动仪式。2006年1月9日，《公约》在我国生效。为了积极有效履行《公约》，2007年1月，在原政府间谈判机构的基础上，国务院批准成立了由国家发展改革委、卫生部等8个部（委、局）组成的中国履约部际协调机制，负责协调全国的履约工作。这些都向世界表明了我国对控烟工作的重视，表明了我国对在《公约》的框架下加强各国的合作，应对公共卫生领域的挑战以及保护公民健康的郑重承诺。《公约》为我国的控烟工作带来新的机遇与挑战。

《公约》第8条，“防止接触烟草烟雾”中提出：

1. 各缔约方承认科学已明确证实接触烟草烟雾会造成死亡、疾病和功能丧失。
2. 每一缔约方应在国家法律规定的现有国家管辖范围内采取和实行，并在其他司法管辖权限内积极促进采取和实行有效的立法、实施、行政和/或其他措施，以防止在室内工作场所、公共交通工具、室内公共场所，适当时，包括其他公共场所接触烟草烟雾。

据推算，我国每年死于被动吸烟的人数超过10万，每一个凋零的生命就是一条拒绝被动吸烟的重要理由。但是还有相当比例的公众对被动吸烟造成的健康损害不清楚。在室内工作场所、公共交通工具、室内公共场所遭受被动吸烟的比例还相当高，我国距离《公约》要求还有相当的差距。

2007年世界无烟日的主题是“创建无烟环境”。为宣传被动吸烟的危害，切实做好我国的履约工作，卫生部控烟履约办公室组织专家编印了《2007年中国

控制吸烟报告——创建无烟环境，享受健康生活》。

报告针对中国人群对被动吸烟的危害缺乏深刻认识的现实，列举了被动吸烟对健康危害的科学证据，阐述了中国人群众遭受被动吸烟危害的严重性，分析了被动吸烟的主要影响因素、公众对公共场所禁止吸烟的态度以及立法现状，并在此基础上提出了相关的挑战与应对。希望报告能够促进各级政府立法或制定相关规定，并有效实施，以防止公众在室内工作场所、公共交通工具、室内公共场所遭受被动吸烟危害。

一、被动吸烟对健康的危害

被动吸烟是指不吸烟者吸入吸烟者呼出的烟雾及卷烟燃烧产生的烟雾，也称为“非自愿吸烟”，或“吸二手烟”。

1. 被动吸烟吸入的烟雾中含有多种有毒物质和致癌物

卷烟点燃时会产生极高温（900℃），这时产生的烟草烟雾中含有 4 000 多种化学物质，包含许多有毒有害物质，其中有 40 多种物质具有致癌性。表 1 列出了烟草烟雾中主要致癌物和有毒有害物质。

表 1 烟草烟雾中的有毒物质和致癌物质

有毒物质
一氧化碳、二氧化氮、甲醛、乙醇、甲烷、甲苯、氰化氢、铅、铝、锌、镁等
致癌物质
苯并芘、氯乙烯、亚硝胺、多环芳烃、亚硝基甲苯、镉、镍、钋 ²¹⁰ 等

2006 年美国卫生总监报告^[1]明确指出：

- ◆ 二手烟雾中含有几百种已知的有毒或者致癌物质，包括甲醛、苯、氯乙烯、砷、氨和氢氰酸等。
- ◆ 二手烟雾已被美国环保署和国际癌症研究署确定为人类 A 类致癌物质。国立职业安全和卫生研究院已做出结论：二手烟雾是职业致癌物。

2. 被动吸烟不存在所谓的“安全暴露”水平

室内空气中烟草烟雾浓度的大小，决定于烟雾释放量（吸烟人数，吸烟量，吸烟频率），居室容积及通风状况。很多人认为，只要吸烟人数少，房间面积足够大，危害可以减至最低，甚至没有危害，也就是说，存在“安全暴露”水平。但是下面的科学证据说明被动吸烟不存在“安全暴露”水平。

每燃烧一支卷烟所形成烟草烟雾中含有的苯并芘高达 180 纳克（1 纳克=10⁻⁶克）。这在一个 30 立方米容积的居室内就会形成 6 纳克/立方米浓度，超过卫生标准（1 纳克/立方米）6 倍。为了将它稀释至容许浓度，就得把居室 30 立方米空气每小时更换 5~6 次，而目前在宾馆和家庭中常用的中央空调和普通空调均无过滤清除苯并芘等类超微颗粒的功能，一旦卷烟烟雾在室内形成就很难加以清除。

有研究报道：在通气条件极差的环境下，暴露在充满烟草烟雾的房间内仅一小时，被动吸烟者血液中碳氧血红蛋白从平均 1.6% 升至 2.6%，大致相当于吸一支焦油含量中等的卷烟。

一般的空气净化系统可以除去大的颗粒，但不能清除小颗粒或者二手烟雾中的各种气体。美国通风问题权威机构——美国采暖-通风-空调工程师学会——已经得出结论，不能依靠通风技术来控制接触二手烟雾的健康风险。因此将吸烟者和非吸烟者分开、净化空气或装置通风设备等，都不能够消除二手烟雾对非吸烟者的危害。如吸烟区设立在同一建筑物内，暖气、通风、空调系统的正常运行，会把二手烟雾传送到整个建筑物中的每个角落。

由于二手烟雾包含很多能够迅速刺激和伤害呼吸道内膜的化合物。即便是短暂的接触，也会产生如下后果：

- ◆ 导致健康人上呼吸道损伤，使哮喘患者发作更频繁，病情更严重。
- ◆ 增加血液粘稠度，伤害血管内膜，引起冠状动脉供血不足，增加心脏病发作的危险。

所以，无论是单独还是同时使用通风和过滤措施，都不能将室内二手烟雾暴露水平降低到可接受的程度。只有完全无烟环境才能真正有效地保护不吸烟者的健康。

3. 被动吸烟对人群健康（尤其对儿童和妇女）危害严重

有关被动吸烟与健康影响的研究报道最早出现在 1971 年美国卫生总监报告中^[2]。1981 年日本科学家 Hirayama T.^[3, 4] 关于被动吸烟与肺癌关系的前瞻性研究是被动吸烟对健康危害研究的“里程碑”。

Hirayama T. 观察了日本 29 个地区 91 540 不吸烟已婚妇女的死亡情况。观察发现：

- ◆ 丈夫不吸烟的妇女的肺癌标化死亡率为 8.7/10 万。
- ◆ 丈夫每日吸烟 1~19 支的妇女的肺癌标化死亡率为 14/10 万，相对危险度为 1.61。
- ◆ 丈夫每日吸烟 20 支及以上的妇女的肺癌标化死亡率为 18/10 万，相对危险度为 2.08。

之后，相继有几十项研究进一步证明了被动吸烟对健康的危害。

(1) 被动吸烟对成人健康的危害

1986年美国卫生总监报告^[5]、1986年和1999年美国国立卫生研究院^[6, 7]、1992年美国环保署和1997年美国加州环保署的权威报告^[8, 9]中都指出：被动吸烟增加成人肺癌、心血管疾病和慢性阻塞性肺病发生的危险性，增加哮喘的发病风险，损害肺功能。

2006年美国卫生总监报告^[1]进一步指出：

- ◆ 二手烟雾与吸烟者本人吸入的烟雾相比，很多致癌和有毒化学物质的浓度更高。
- ◆ 呼吸二手烟雾即使时间很短，也会马上对心血管系统产生不良影响，从而增加心脏病发作的危险。
- ◆ 在家中或工作场合接触二手烟雾的非吸烟者，发生心脏疾病的风险提高了25%~30%，发生肺部疾病的风险提高了20%~30%。

据此，美国卫生总监报告^[1]的结论是：成人接触二手烟雾会对心血管系统立即产生不良影响，引起冠状动脉缺血性心脏病和肺癌。

我国学者等于1997~2000年对60 377名40~70岁妇女进行调查^[10]，结果显示，在家中被动吸烟的妇女，患脑卒中的危险性随丈夫每天吸烟量加大而增高（见表2）。

表2 丈夫吸烟量和妻子患脑卒中危险性的关系

丈夫吸烟量（支/天）	妻子患脑卒中危险性增高率（%）
1~9	28
10~19	32
>20	62

我国学者另一项研究^[11]用统计学方法估算中国人群中因被动吸烟导致肺癌和冠心病的死亡人数。结果表明，在2002年，11 000人因被动吸烟而死于肺癌，31 300人因被动吸烟死于冠心病，估计因被动吸烟死亡人数超过10万。与发达国家相比，中国女性吸烟率并不高，但由于男性吸烟率居高不下，超过一半的妇女每日生活在二手烟雾环境中，成为被动吸烟的主要受害人群。

（2）被动吸烟对儿童健康的危害

被动吸烟对儿童健康的危害，涉及到儿童生长发育各个阶段，胎儿期母亲的主动或被动吸烟，出生后的被动吸烟都能引发疾病，如婴儿猝死综合征、急慢性呼吸系统疾病、急慢性中耳疾病等，诱发或加重哮喘，影响肺功能的发育。

国外很多研究资料表明，母亲吸烟，孩子患婴儿猝死综合征的危险性是母亲不吸烟孩子的 2~3 倍。如果家中有 2 人以上吸烟，其危险性高达 5 倍。因此在强调公共场所禁烟的同时，不能忽视家中禁烟的重要性。

我国学者 20 世纪 80 年代后期对上海儿童患呼吸系统疾病住院率和家长吸烟情况的一项研究^[12]证明，家长吸烟的孩子因呼吸系统疾病住院率是家长不吸烟孩子的 1.5~2 倍，出生体低的儿童，这一比值高达 2.6~4.8 倍。

1992 年美国环保署报告指出，“父母吸烟对婴幼儿所造成的被动吸烟，与婴幼儿的呼吸道感染有因果联系。”^[8]

1997 年美国加州环保署指出，“有充分的证据表明，出生后的被动吸烟是婴儿猝死综合症的独立危险因素。”^[9]

1998 年英国烟草与健康科学委员会指出，“婴儿出生后一年内，因患婴儿猝死综合症死亡，与暴露于被动吸烟有关。这种关系已被证实具有因果联系。”^[13]

2006 年美国卫生总监报告^[1]总结了过去 40 年的科学证据，结论是：

- ◆ 婴幼儿尤其容易受到二手烟中毒物的侵害，因为他们正在长身体的时期。
- ◆ 接触二手烟的婴儿，更有可能患婴儿猝死综合征而夭折。
- ◆ 接触二手烟的婴儿，肺功能差得多，产生健康问题的风险更大。
- ◆ 二手烟引起婴幼儿支气管炎和肺炎，并增加患中耳炎的风险。
- ◆ 接触二手烟会使患有哮喘的孩子发病更频繁，病情更严重。

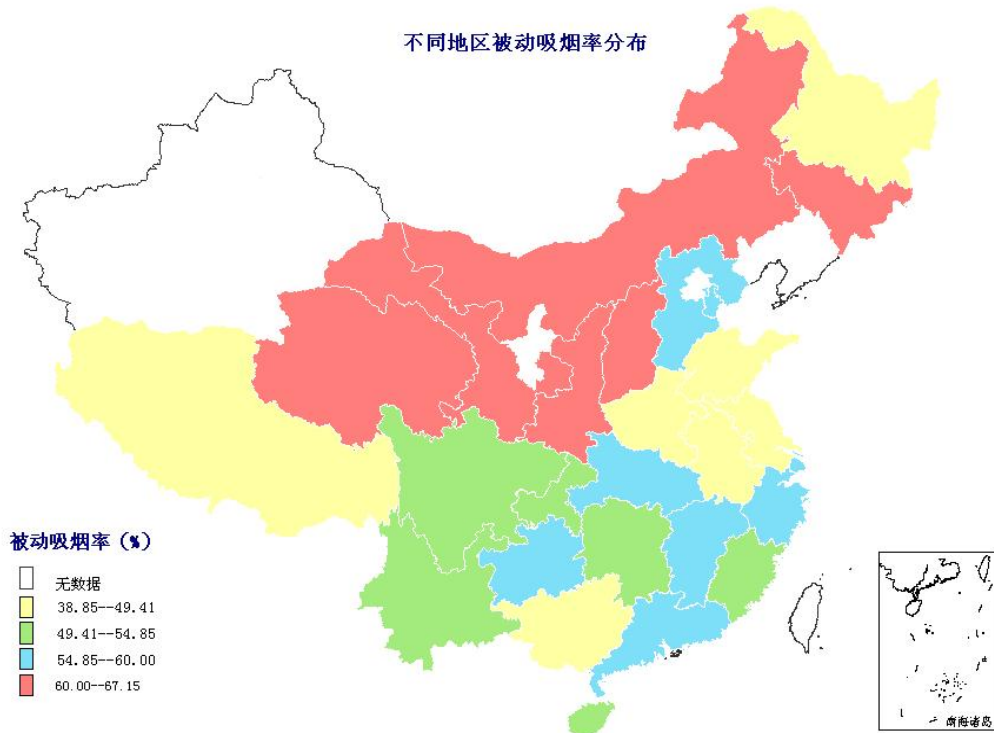
二、我国至少有5亿人遭受被动吸烟的危害

1. 接触二手烟的人群众多

据世界卫生组织估计，全球大约有 7 亿儿童呼吸的空气遭受二手烟雾污染，这种情况在家庭环境中尤甚。我国参与的“全球青少年烟草调查”的结果显示：青少年在家中和公共场所受二手烟危害的比例分别为 43.9% 和 55.8%^[14]。

我国吸烟人数为 3.5 亿，居世界各国之首。根据研究推算，目前我国人群中遭受被动吸烟危害的人数可高达 5.4 亿，其中 15 岁以下儿童有 1.8 亿。比较 1984 年、1996 年，2002 年全国吸烟行为流行病学调查数据显示，虽然人们的吸烟率已经出现了下降趋势，但被动吸烟状况没有任何改善^[15,16]。

城市和农村人群接触二手烟的比例分别为 49.7% 和 54.0%，农村高于城市。有 20 个省份 50% 以上的人接触二手烟，其中青海、甘肃、山西、陕西、吉林、内蒙古等北方地区比例高于 60%^[16]。



2. 被动吸烟场所广泛

家庭、公共场所和工作场所都是接触二手烟的地方。根据 2002 年调查，被动吸烟人群中，82% 在家庭中、67% 在公共场所、35% 在工作场所接触二手烟。

在被动吸烟人群中，因年龄、性别和职业的不同，在各类场所接触二手烟的比例也不同。被动吸烟的女性 90%是在家庭中接触二手烟。20~59 岁男性在公共场所和工作场所接触二手烟的比例最高。和 1996 年的调查结果相比，人们在公共场所接触二手烟的比例上升^[15, 16]。

3. 影响被动吸烟的因素众多

(1) 男性吸烟率居高不下，吸烟行为几乎不受限制

近 20 年来我国男性吸烟率整体呈下降趋势，但仍然保持很高的水平，2002 年全国吸烟行为流行病学调查数据显示，男性人群现在吸烟率为 57%，吸烟行为几乎没有什么限制^[16]。这是造成不吸烟者在多种场所接触二手烟的主要原因。

(2) 缺乏有效的在公共场所和工作场所禁止吸烟的法律法规

我国还没有全国性“公共场所禁止吸烟”的法律法规，截止 2006 年 10 月，我国一半以上的地级市尚未制定公共场所禁止吸烟的地方法规^[17]，无法有效约束吸烟行为，保护非吸烟者的不受二手烟危害的健康权益。

(3) 不吸烟、不敬烟、不送烟的文明社会风气尚未形成

我国相当多的地区，“以烟待客”、“以烟送礼”的社会风气盛行，“敬烟”被当作有礼貌的表现和社会交往的需要。一些吸烟者认为“吸烟是我的权利，别人无权干涉。”一些非吸烟者也认同这种观点，不能理直气壮地制止别人在公共场所吸烟。

(4) 公众仍然缺乏对被动吸烟危害的认识

调查显示，尽管近年来公众对被动吸烟危害健康的认识程度有所提高，被动吸烟危害健康的知晓率由 1996 年的 24% 提高到 2002 年的 35%；45% 的居民认为孕妇吸烟对婴儿有严重危害，但仍还存在许多错误认识，例如，很多人错误地相信“只要使用通风设施，在室内吸烟对其他人没有什么影响”^[16]。

(5) 其他社会因素

在我国一些地区（特别是农村），由于“男尊女卑”的观念仍然具有相当影响，广大妇女往往无力制止家庭内和社会上的吸烟行为，也加剧了被动吸烟危害的严重性。

三、立法是禁止在公共场所吸烟的关键措施

一些国家控烟成功经验显示，立法是实现室内环境无烟化的关键措施。很多国家禁止吸烟的公共场所已从公共交通工具、电影院、展览馆、购物中心、银行、学校、医院等，逐步扩展到办公场所（包括政府办公楼、公司的写字楼等），又进而扩展到大众餐饮娱乐场所（包括餐厅、酒吧、夜总会、按摩院等）。公共场所禁止吸烟的过程体现了社会越来越注重对不吸烟人群的尊重和保护，是社会文明进步的表现。

1. 国际上通过立法控烟的成功经验

在《公约》签署生效之前，许多国家已经通过立法取得了禁止在公共场所吸烟的有益经验。1970年，新加坡立法禁止在公共交通工具、影剧院和其他指定的场所吸烟。1988年，加拿大联邦议会通过了《不吸烟者健康法案》，规定公共场所和公共区域禁止吸烟，包括飞机航班。加拿大是第一个禁止在国际商务航班上吸烟的国家。1995年，波兰通过了《防止吸烟危害和保护身体健康法》规定在公共场所、医疗单位、文教体育部门禁止吸烟。1996年，巴西通过禁止在公共场所吸烟和加强烟草广告管理的法律，该法律规定，政府办公室、酒吧、餐馆、医院、学校、公共汽车等列为禁烟场所。2002年美国纽约市通过了《纽约市禁烟法案》^[18]。

2003年5月，第56届世界卫生大会一致通过了《公约》。随着履行《公约》工作的深入，通过立法控烟的力度愈益加强。2004年3月，爱尔兰成为世界上第一个立法建立无烟工作场所的国家，无烟化的范围包括公共场所、所有的办公室、餐厅、酒吧和旅店。不到三个月，挪威的无烟立法也开始生效。此后，在这两个国家的引领下，新西兰、意大利、西班牙、几内亚、毛里求斯和乌拉圭等12个国家相继开展了创建无烟工作场所和无烟公共场所的工作。

到目前为止，通过省或州级立法措施，80%的加拿大人和50%的美国人已经生活在无烟化的工作场所和包括酒吧和餐厅在内的公共场所。澳大利亚和英格兰也将在今年实现室内公共场所完全无烟化^[19]。

爱尔兰、新西兰、挪威和其他国家地区的评价报告显示，全面无烟立法能够改善卫生状况，减少烟草消费，受到非吸烟者和吸烟者的欢迎，而且对服务行业

并无负面经济影响。

通过立法禁止在工作场所吸烟是降低烟草使用的有效措施。一项对爱尔兰立法效果评价研究结果显示，全面禁止吸烟的立法效果非常显著：与 2003 年 10 月立法前相比，吸烟率在工作场所从 62% 降到 14%，在餐馆从 85% 降到 3%，在酒吧/夜总会从 98% 降到 5%；公众对全面禁烟的支持率也大大提高。46% 的吸烟者表示，这一立法使他们更倾向于戒烟；在戒烟者中，80% 的人认为立法帮助他们成功戒烟，88% 的人认为立法能够帮助他们防止复吸^[20]。

公共场所禁烟法规执行后，二手烟浓度下降，与被动吸烟相关疾病减少。挪威 2004 年 6 月 1 日开始实施工作场所禁烟法规，5 个月后，工人中与吸烟相关的疾病都有所减少^[21]。2004 年 1 月到 2006 年 3 月，研究者对 15 个国家的 128 个酒吧进行了空气质量中烟草烟雾浓度的检测评估发现，全面禁止吸烟的酒吧的平均细颗粒物（二手烟雾成分）浓度比允许吸烟的酒吧降低 93%^[22]。

2. 我国禁止公共场所吸烟立法现状

（1）全国性法律法规

我国目前还没有一部专门针对公共场所禁止吸烟的法律法规，有关规定多是出现在相关法律法规的某些条款或细则中。如 1987 年国务院颁布了《公共场所卫生管理条例》，1991 年卫生部发布了该条例的实施细则，规定了影剧院、录像厅、音乐厅、舞厅、音乐茶座、游艺厅、体育馆、图书馆、博物馆、美术馆，商场、书店、公共交通等候室共 13 类公共场所禁止吸烟。

1991 年第七届全国人大常委会第二十次会议通过的《中华人民共和国烟草专卖法》总则中规定：“国家和社会加强吸烟危害健康的宣传教育，禁止或限制在公共交通工具和公共场所吸烟。”

1991 年第七届全国人大常委会第二十一次会议通过的《中华人民共和国未成年人保护法》中二十七条规定：任何人不得在中小学、幼儿园、托儿所的教室、寝室、活动室和其他未成年人集中活动室吸烟。

1997 年全国爱卫会、卫生部、铁道部、交通部、建设部、民航总局颁布《关于在公共交通工具及其等候室禁止吸烟的规定》，对公共交通工具及其等候室禁烟提出进一步的要求；

（2）地方性法规

我国公共场所禁止吸烟地方立法始于 1993 年。截止 2006 年 10 月底，全国各地先后有 154 个地区颁布了公共场所禁止吸烟的规定。13 年来，我国公共场所禁止吸烟地方法规从无到有、从粗到细，对控制各地区公共场所吸烟发挥了一定作用，但主要还存在以下不足：

第一、目前我国地级及以上城市中，有控烟法规的仅占 45.7%，一半以上还存在控烟法规的空白。

第二、禁止吸烟场所比较局限。绝大多数地方规定禁止吸烟的场所只限于医疗机构、影剧院、音乐厅、录像厅、托幼机构、学校、会议室、图书馆、展览馆、公共交通工具、邮电、金融业的营业厅等少数场所。只有广州市和深圳市规定在设有空调的餐厅内禁止吸烟。在所有的地方法规中，办公室等工作场所均未列入禁止吸烟的范围。

第三、法规内容限定模糊，执法主体不明，可操作性不强。如一些条款规定对违反者“予以行政处分”或“依据有关规定给予处罚”，但没有明确执法主体，也未规定具体给予何种处分。

（3）行业规定

中国民用航空局早在 1983 年就规定禁止在国内航班上吸烟，从 2003 年开始在所有国内国际航班上全面禁烟，是实现全行业禁烟的首个行业。1987 年 3 月 1 日，北京火车站宣布为不吸烟候车厅。全国大部分进京特别快车已经成为无烟车厢，拉开了铁路禁烟的序幕。随着火车提速，铁路现代化的进程，全国火车第六次提速后，2007 年 4 月开始，动车组快车全面禁烟。

2005 年，中国疾病预防控制中心调查了全国 14 个省级疾病预防控制机构的控烟状况，仅有 4 个有部分或全面禁止吸烟的规定，占全部被调查对象的 28%^[23]。疾病预防控制中心应该是控烟的表率，但也仅有不到 1/3 的机构有或强或弱的规定。可以推断，在其他行业的控烟工作更加任重道远。

（4）香港特别行政区立法控烟可资借鉴

2007 年 1 月 1 日，我国香港特别行政区实施了在公共场所和工作场所全面禁止吸烟的法律。有明确的执法主体（香港控烟办公室，编制 100 人）。执法力度和宣传力度很强，在公共场所吸烟最高可罚 5 000 港元。

四、公共场所禁烟立法已经成为公众共识

1. 公众对禁烟立法的态度

2002 年调查显示，有 61.1 % 的被调查者积极支持对学校、医院、政府机关、公共交通工具等场所实施禁止吸烟的规定^[16]。2006 年是《北京市公共场所禁止吸烟的规定》生效 10 周年，同年调查数据显示，北京市 71.3% 的居民积极支持此规定^[24]。

2006 年，中国疾病预防控制中心在北京、上海、广州、长沙、郑州、银川和沈阳进行调查，无论吸烟者还是非吸烟者，90% 以上都支持在公共交通工具、学校和医院禁止吸烟。超过 80% 支持在会议室和工作场所禁止吸烟。接近 50% 的吸烟者也支持在餐厅和酒吧禁烟。表 3 详细列出了吸烟者和非吸烟者对不同场所禁止吸烟的态度。

表 3 我国七城市居民支持在公共场所和工作场所禁止吸烟的比例 (%)

	吸烟者支持率			非吸烟者支持率		
	全面禁止	部分禁止	合计	全面禁止	部分禁止	合计
公共交通工具	94.3	2.9	97.2	93.8	2.5	96.3
学校	93.5	5.2	98.7	95.1	3.9	99.0
会议室	76.4	10.0	86.4	84.7	9.4	94.1
医院	75.5	23.1	98.6	78.1	21.3	99.4
工作场所	46.4	40.8	87.2	57.0	38.0	95.0
餐厅、酒吧	23.5	20.3	43.8	41.5	29.1	70.6

公众的态度是立法和执法基础，虽然目前我国公众对某些公共场所（餐厅、酒吧）禁止吸烟的支持率还不高，但国际经验表明，随着立法和法律的有效实施，公众（特别是吸烟者）的认同度也是会逐步改变的。

在爱尔兰工作场所全面禁烟法令实施一年后，烟民对下述场所禁烟的支持率：工作场所从 43% 上升到 67%，餐厅从 45% 上升到 77%，酒吧从 13% 上升到 46%。98% 的人相信工作场所更健康了（包括 94% 的吸烟者），有 96% 的人认为该禁烟法令的实施是必要的和成功的（包括 89% 的吸烟者）^[25]。

美国加州数据展示了同样的结果，在法律生效前后，顾客对酒吧实施禁烟的支持率从 45.7% 上升到 75.8%，酒吧内雇员支持率从 86.2% 上升到 94.7%；顾客对在餐厅实施禁烟的支持率从 92.2% 上升到 98.5%；雇员的支持率从 96.5% 上升到 99.2%^[26]。

2. 经营者对禁烟立法的态度

2007 年 1 月 30 日，北京市卫生局、市爱卫办及中国疾病预防控制中心控烟办公室向全市近 4 万家餐馆发出了《在北京市餐饮行业开展控烟行动的倡议》，同时对餐厅的经营者进行了调查。86.4% 的餐馆经营者赞成餐馆开展控烟，但 52.2% 的餐馆经营者担心禁烟会影响其营业额。

国外经验证明，在餐厅全面禁止吸烟不会影响餐厅的营业收入。美国加州餐饮业 1992 年第一季度营业额为 18 亿美元，1996 年餐馆实施禁烟法令后第一季度营业额为 20 亿美元。1998 年在酒吧实施禁烟后，第一季度营业额为 21 亿美元，2004 年达到 30 亿美元。

五、挑战与应对

1. 政府的行动

为切实有效地履行《公约》，2006年10月，卫生部成立了履行《公约》领导小组，并设立履行《公约》领导小组办公室。受国务院委托，卫生部正着手修订《公共场所卫生管理条例》。修定后的《条例》将强化有关公共场所禁止吸烟的规定。

为在全国创建控烟的支持性环境，提高地方对《公约》的履行能力，促进地方控烟活动的有效执行，2006年及2007年在中央补助地方项目中设立控烟专项经费，在全国加强控烟网络能力建设，重点对政府机关、医院、学校、商场、公共交通等候室等公共场所开展控烟的监测及干预。

2. 开展公共场所禁止吸烟的活动

近十几年间，我国已持续开展了多项公共场所禁止吸烟的活动，主要有：

1992年，在全国开始了创建“无烟学校”的活动，到2004年，已有12 094所学校被命名为“无烟学校”。

在卫生部领导下，中国控制吸烟协会和中国医院管理协会组织制定了《无烟医院标准》。据此标准，从1999年开始，北京、上海、广州、福州、大连、深圳等城市先后创建了一批“无烟医院”，其中北京已有44家医院达到了“无烟医院”标准。

3. “无烟奥运”正向我们走来

“无烟奥运”起始于1988年加拿大冬季奥运会，1992年巴塞罗那奥运会实现全面禁烟以后，每届奥运会都成为无烟的运动会。各奥运会举办国在比赛期间对比赛场馆等公共场所实行全面禁烟，禁止吸烟及一切与烟草有关的广告。

我国是《公约》生效后第一个举办奥运会的国家。根据温家宝总理的指示，要把“无烟奥运”纳入“绿色奥运”。卫生部、全国爱卫会在《关于开展第二十一个世界无烟日活动的通知》中，呼吁各奥运举办城市尽快出台“无烟奥运”行动计划，并切实贯彻落实。通过无烟奥运行动，进一步推动创建无烟、清洁的工作和公共环境。

2007年2月8日北京市商业联合会、北京市餐饮行业协会、北京市烹饪协会及北京市西餐协会联合发出了《倡导餐饮企业增设无烟就餐区》的倡议。4月25日，北京市政府召开了“在北京市餐饮业开展控烟行动”启动会，北京市卫生局、商务局、旅游局等部门联合下发通知，要求餐饮业全面开展控烟活动，奥运签约饭店、奥运场馆及奥运村的餐厅在2008年6月前要达到全面禁烟，各大、中型餐饮经营场所提倡全面禁烟，不能达到全面禁烟的餐厅，75%的面积设为无烟区。

《烟草控制框架公约》已经在我国正式生效，但是面对3亿现在吸烟者，以及5.4亿被动吸烟者，预防被动吸烟，迈向无烟中国，还有很长的路要走！

希望我们每一位吸烟者，当你因烟草成瘾，尚不能戒烟时，请不要当着你的孩子、妻子/丈夫、同事和朋友吸烟。

希望我们每一个人，都有勇气和责任，向吸烟者说：请到室外吸烟！

让我们携起手来，共同创建无烟环境，享受健康生活！

参考文献

- [1] US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke. A Report of the Surgeon General: 2006. Washington DC: US Government Printing Office, 2006.
- [2] US Department of Health Education and Welfare. The Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General:1971. Washington DC: US Government Printing Office, 1971.
- [3] Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *Br Med J*, 1981, 282 (6259):183-185.
- [4] Hirayama T. Life-style and mortality: a large-scale census-based cohort study in Japan. Basel, New York: Karger, 1990.
- [5] US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Smoking. A Report of the Surgeon General: 1986. Washington DC: US Government Printing Office, 1986.
- [6] National Research Council and Committee on Passive Smoking. Environmental Tobacco Smoke: Measuring Exposures and Assessing Health Effects. Washington DC: National Academy Press, 1986.
- [7] National Institutes of Health. Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 10. Bethesda, MD: NIH Pub, 1999.
- [8] US Environmental Protection Agency. Respiratory Health Effects of Passive Smoking: Lung Cancer and Other Disorders. Washington DC: US Government Printing Office, 1992.
- [9] California Environmental Protection Agency. Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke, Final Report, September 1997.
- [10] Zhang XL, Shu XO, Yang G, *et al.* Association of passive smoking by husband with prevalence of stroke among Chinese women nonsmokers, *American J of Epidemiology*, 2005, 16(3): 213-218.
- [11] Gan Q, Hammond SK, Jiang Y, *et al.* Estimating the burdern of disease from passive smoking in China in 2002-preliminary results. *Indoor Air*, 2005, 15: 87.
- [12] Chen Y, Wang XL, Yu SZ, *et al.* Chang-Ning epidemiological study of children's health: I: passive smoking and children's respiratory diseases. *Int J Epidemiol*, 1988, 17: 348-355.
- [13] Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health. UK: The Stationery Office, 1998.
- [14] The GTSS Collaborative Group. A cross country comparision of exposure to secondhand smoke among young. *Tobacco Control* 2006, 14 (Suppl II): ii4-ii19.

- [15] Yang GH, Fan LX, Tan J, *et al.* Smoking in China: findings of the 1996 National Prevalence Survey. *JAMA*. 1999 Oct 6; 282 (13): 1247-1253.
- [16] 杨功焕, 马杰民, 刘娜, 等. 中国人群 2002 年吸烟和被动吸烟的现状调查. *中华流行病学杂志*, 2005, 26 (2): 77-83.
- [17] 李云霞, 姜垣, 杨焱, 等. 中国公共场所禁止吸烟法规现状分析. *环境与健康杂志*, 2007, 4 (24): 221-223.
- [18] 刘铁男主编, 熊必琳副主编. 烟草经济与烟草控制. 北京, 经济科学出版社, 2004.
- [19] World Health Organization. World No Tobacco Day 2007: smoke-free inside: create and enjoy 100% smoke-free environments. WHO Press, 2007.
- [20] Fong GT, Hyland A, Borland R, *et al.* Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tobacco control*, 2006, 15: 51-58.
- [21] Eagan TM, Hetland J, Aaro LE. Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. *Tobacco Control*, 2006, 15 (3): 242-246.
- [22] How Smoke-free Laws Improve Air Quality: A Global Study of Irish Pubs, 2006
- [23] 姜垣, 李竹, 邱五七, 等. 中国部分疾病预防控制机构室内烟草烟雾浓度测定. *中国慢性病预防与控制*. 2007, 15 (2): 88-90.
- [24] 崔小波, 孙贤理, 王亚东, 等. 《北京市公共场所禁止吸烟的规定》2001 年执行情况居民抽样调查报告. *中国健康教育*, 2002, 18 (1): 22-24.
- [25] Borland R, Yong HH, Siahpush M, *et al.* Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey, *Tobacco Control*, 2006, 15: 34-41.
- [26] Weber MD, Bagwell DA, Fielding JE, *et al.* Long term compliance with California's smoke-free workplace law among bars and restaurants in Los Angeles county. *Tobacco Control*, 2003, 12: 269-273.