

Garis Panduan ACC/AHA 2019 tentang Pencegahan Utama Penyakit Kardiovaskular

GARIS PANDUAN MUDAH

Pemilihan Jadwal dan Rajah

[ACC.org/GMSPrevention](https://www.acc.org/GMSPrevention)



AMERICAN
COLLEGE *of*
CARDIOLOGY[®]

Garis Panduan ACC/AHA 2019 tentang Pencegahan Utama Penyakit Kardiovaskular

GARIS PANDUAN MUDAH

Laporan daripada Pasukan Petugas Kolej Kardiologi Amerika Syarika/Persatuan Jantung Amerika Syarikat Mengenai Garis Panduan Amalan Klinikal

Jawatankuasa Penulisan:

Donna K. Arnett, PhD, MSPH, FAHA, Pengerusi Bersama
Roger S. Blumenthal, MD, FACC, FAHA, Pengerusi Bersama

Michelle A. Albert, MD, MPH, FAHA
Andrew B. Buroker, Esq
Cheryl Dennison Himmelfarb, PhD, RN, ANP, FAAN, FAHA, FPCNA
Zachary D. Goldberger, MD, MS, FACC, FAHA
Ellen J. Hahn, PhD, RN, FAAN
Amit Khera, MD, MSc, FACC, FAHA, FASPC
Donald Lloyd-Jones, MD, SCM, FACC, FAHA
J. William McEvoy, MBBCh, MEd, MHS
Erin D. Michos, MD, MHS, FACC, FAHA
Michael D. Miedema, MD, MPH
Daniel Muñoz, MD, MPA, FACC
Sidney C. Smith, Jr, MD, MACC, FAHA, FESC, FACP
Salim S. Virani, MD, PhD, FACC, FAHA
Kim A. Williams, Sr, MD, MACC, FAHA, FASNC
Joseph Yeboah, MD, MS, FACC, FAHA
Boback Ziaeian, MD, PhD, FACC, FAHA

Pasukan Petugas ACC/AHA mengenai Garis Panduan Amalan Klinikal telah memberi arahan bahawa garis panduan ini untuk menyatukan saranan yang sedia ada dan pelbagai kenyataan saintifik terkini, dokumen sepersetujuan pakar serta garis panduan amalan klinikal ke dalam satu dokumen panduan tunggal yang memberi tumpuan kepada pencegahan utama ASCVD. Walau bagaimanapun, panduan ini juga memasukkan saranan baharu untuk penggunaan aspirin, senaman dan aktiviti fizikal serta penggunaan tembakau, sebagai tambahan kepada saranan yang berkaitan dengan penjagaan berasaskan pasukan, pengambilan keputusan bersama dan penilaian penentu kesihatan sosial, untuk mewujudkan sebuah garis panduan yang komprehensif namun bersasarkan ACC/AHA mengenai pencegahan ASCVD.

Sumber berikut mengandungi jadual dan rajah dari Garis Panduan tentang Pencegahan Utama Penyakit Kardiovaskular 2019. Sumber ini adalah sekadar petikan dari Garis Panduan dan penerbitan penuh perlu dikaji dengan lebih banyak jadual dan rajah serta konteks penting.

Garis Panduan ACC/AHA 2019 tentang Pencegahan Utama Penyakit Kardiovaskular

GARIS PANDUAN MUDAH

Laporan daripada Pasukan Petugas Kolej Kardiologi Amerika Syarika/Persatuan Jantung Amerika Syarikat Mengenai Garis Panduan Amalan Klinikal

Peralatan Klinikal	4
Sepuluh Maklumat Penting yang Dipelajari	5
Cadangan Paling Penting untuk Usaha Pencegahan ASCVD	8
Penilaian Risiko Kardiovaskular	9
Faktor Gaya Hidup yang Mempengaruhi Risiko Kardiovaskular	10
Diabetes Mellitus Jenis II	11
Kolesterol Darah Tinggi	12
Tekanan Darah Tinggi	14
Penggunaan Tembakau	16
Penggunaan Aspirin	17

Peralatan Klinikal

Pencegahan Utama: Perubahan Gaya Hidup dan Penjagaan Berasaskan Pasukan



10 Maklumat Penting yang Dipelajari untuk Pencegahan Utama Penyakit Kardiovaskular

(1 daripada 3)

1

Cara yang paling penting untuk mencegah penyakit vaskular aterosklerotik, kegagalan jantung, dan fibrilasi atrium adalah untuk menggalakkan gaya hidup sihat di sepanjang hayat.

2

Pendekatan penjagaan berasaskan pasukan merupakan strategi yang berkesan untuk mencegah penyakit kardiovaskular. Pakar klinisian perlu menilai penentu kesihatan sosial yang memberi kesan kepada individu untuk memaklumkan keputusan rawatan.

3

Dewasa yang berumur 40 hingga 75 tahun dan sedang dinilai untuk pencegahan penyakit kardiovaskular perlu menjalani anggaran risiko penyakit jantung aterosklerotik kardiovaskular (ASCVD) selama 10 tahun dan mengadakan perbincangan risiko antara klinisian–pesakit sebelum memulakan terapi farmakologi, seperti terapi antihipertensi, statin atau aspirin. Di samping itu, menilai faktor-faktor peningkatan risiko yang lain dapat membantu membimbing keputusan tentang campur tangan pencegahan dalam individu terpilih, seperti yang boleh mengesan kalsium arteri koronari.

10 Maklumat Penting yang Dipelajari untuk Pencegahan Utama Penyakit Kardiovaskular

(2 daripada 3)

4 Semua orang dewasa harus mengambil makanan yang sihat yang menekankan pengambilan sayur-sayuran, buah-buahan, kacang, bijirin, sayur-sayuran atau protein haiwan pejal dan ikan serta meminimumkan pengambilan lemak trans, daging merah dan daging yang diproses, karbohidrat halus serta dan minuman bergula. Bagi orang dewasa yang berlebihan berat badan/obesiti, kaunseling dan sekatan kalori adalah disyorkan untuk mencapai dan mengekalkan penurunan berat badan.

5 Orang dewasa perlu melibatkan diri dalam sekurang-kurangnya 150 minit seminggu aktiviti fizikal dengan tahap kesukaran sederhana terkumpul atau 75 minit seminggu aktiviti fizikal dengan tahap kesukaran intensif.

6 Bagi orang dewasa dengan diabetes mellitus jenis 2, perubahan gaya hidup, seperti memperbaiki tabiat pemakanan dan mencapai tahap senaman yang disarankan adalah penting. Jika ubat dinyatakan, metformin ialah terapi yang pertama, diikuti oleh pertimbangan untuk perencat kotransporter 2 natrium-glukosa atau agonis reseptor peptida-1 seperti glukagon.

10 Maklumat Penting yang Dipelajari untuk Pencegahan Utama Penyakit Kardiovaskular

(3 daripada 3)

7

Semua orang dewasa harus dinilai pada setiap lawatan pemeriksaan kesihatan untuk penggunaan tembakau dan mereka yang menggunakan tembakau harus dibantu dan sangat dinasihatkan untuk berhenti.

8

Aspirin harus digunakan secara kurang kerap dalam rutin pencegahan utama ASCVD kerana kekurangan faedah bersih.

9

Terapi statin adalah rawatan yang pertama untuk pencegahan utama ASCVD pada pesakit dengan tahap kolesterol lipoprotein berketumpatan rendah yang meningkat (≥ 190 mg / dL), mereka yang mempunyai diabetes mellitus, yang berumur 40 hingga 75 tahun, serta yang bertekad untuk berada di risiko ASCVD yang mencukupi selepas perbincangan risiko antara klinisian-pesakit.

10

Campuran tangan bukan farmakologi disarankan untuk semua orang dewasa dengan tekanan darah tinggi atau hipertensi yang meningkat. Bagi mereka yang memerlukan terapi farmakologi, tekanan darah sasaran hendaklah pada umumnya $< 130/80$ mm Hg.

Cadangan Paling Penting untuk Usaha Pencegahan ASCVD

Saranan untuk Pendekatan Terpusat Pesakit kepada Pencegahan ASCVD

COR	LOE	Saranan
I	A	1. Pendekatan penjagaan berasaskan pasukan disyorkan untuk mengawal faktor risiko yang berkaitan dengan ASCVD.
I	B-R	2. Penetapan keputusan bersama harus membimbing perbincangan mengenai strategi terbaik untuk mengurangkan risiko ASCVD.
I	B-NR	3. Penentu kesihatan sosial harus memaklumkan pelaksanaan yang sesuai dengan saranan rawatan untuk pencegahan ASCVD.

Contoh Pertimbangan untuk Mengatasi Penentu Sosial Kesihatan untuk Membantu Menghalang Peristiwa ASCVD

Topik/Domain	Example Considerations
Risiko kardiovaskular	<ul style="list-style-type: none"> Dewasa harus dinilai secara rutin untuk tekanan psikososial dan disediakan dengan kaunseling yang sesuai. Pengetahuan tentang kesihatan perlu dinilai setiap 4 hingga 6 tahun untuk memaksimumkan keberkesanan saranan.
Diet	<ul style="list-style-type: none"> Sebagai tambahan kepada preskripsi pengubahsuaian diet, persepsi saiz badan, serta pengaruh sosial dan budaya, harus dinilai. Halangan yang berpotensi bagi mematuhi diet yang sihat untuk jantung harus dinilai, termasuk kemudahan makanan dan faktor ekonomi; faktor-faktor ini mungkin sangat berkaitan dengan individu dari populasi yang terdedah, seperti individu yang tinggal dalam persekitaran bandar atau luar bandar, mereka yang mengalami kekurangan sosioekonomi serta mereka yang usia lanjut*.
Senaman dan aktiviti fizikal	<ul style="list-style-type: none"> Di samping preskripsi senaman, persekitaran kejiranan dan akses kepada kemudahan untuk fizikal perlu dinilai.
Obesiti dan penurunan berat badan	<ul style="list-style-type: none"> Kaunseling gaya hidup untuk penurunan berat badan harus merangkumi penilaian dan saranan secara campur tangan untuk penekanan psikososial, kesihatan tidur dan halangan individu lain. Pengekalan berat badan harus digalakkan pada pesakit dengan berat badan berlebihan/obesiti yang tidak dapat mencapai penurunan berat badan yang disyorkan.
Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> Di samping preskripsi intervensi diabetes mellitus jenis 2, faktor-faktor alam sekitar dan psikososial, termasuk kemurungan, tekanan, keberkesanan diri dan sokongan sosial, harus dinilai untuk meningkatkan pencapaian kawalan glisemik dan pematuhan terhadap rawatan.
Tekanan darah tinggi	<ul style="list-style-type: none"> Tempoh tidur yang singkat (<6 jam) dan tidur yang berkualiti rendah adalah dikaitkan dengan tekanan darah tinggi dan harus dipertimbangkan. Oleh kerana tabiat gaya hidup yang lain boleh memberi kesan kepada tekanan darah, akses kepada diet bernatrium rendah dan pilihan bersenam yang baik juga harus dipertimbangkan.
Rawatan Tembakau	<ul style="list-style-type: none"> Sokongan sosial adalah penentu potensi tembakau yang lain. Oleh itu, pada orang dewasa yang menggunakan tembakau, bantuan dan pengaturan untuk kaunseling sokongan sosial individu dan kelompok disarankan.

*Umur yang lanjut biasanya merujuk kepada mereka yang umur 75 tahun atau lebih tua.

Penilaian Risiko Kardiovaskular

Faktor Meningkatkan Risiko untuk Perbincangan Risiko antara Klinician-Pesakit

- **Sejarah keluarga ASCVD yang pramatang** (lelaki, umur <55 tahun; perempuan, umur <65 tahun)
- **Hiperkolesterolemia primer** (LDL-C, 160–189 mg/dL [4.1–4.8 mmol/L]; bukan-HDL-C 190–219 mg/dL [4.9–5.6 mmol/L])*
- **Sindrom metabolik** (peningkatan lilitan pinggang [mengikut titik pemotongan etnik yang sesuai], peningkatan trigliserida [>150 mg/dL, tanpa puasa], peningkatan tekanan darah tinggi, peningkatan glukosa dan rendah HDL-C [<40 mg/dL pada lelaki; <50 mg/dL perempuan] adalah faktor-faktornya; buat diagnosis dengan pengiraan jumlah 3)
- **Penyakit buah pinggang yang kronik** (eGFR 15–59 mL/min/1.73 m² dengan atau tanpa albuminuria; tidak dirawat dengan pemindahan dialisis atau buah pinggang)
- **Keadaan keradangan kronik**, seperti psoriasis, RA, lupus, atau HIV/AIDS
- **Sejarah menopause pramatang (sebelum usia 40 tahun) dan sejarah keadaan berkaitan kehamilan yang meningkatkan risiko ASCVD kemudian, seperti praeklampsia**
- **Kaum/etnik yang berisiko tinggi** (e.g., keturunan Asia Selatan)
- **Lipid/biopenanda:** dikaitkan dengan peningkatan risiko ASCVD
 - Hipertrigliseridemia primer* yang terus meningkat (≥ 175 mg/dL), tanpa puasa
 - Jika diukur:
 - **Peningkatan sensitiviti tinggi protein C-reaktif** (≥ 2.0 mg/L)
 - **Peningkatan Lp(a):** Petunjuk relatif untuk pengukurannya adalah sejarah keluarga ASCVD pramatang. Lp(a) ≥ 50 mg/dL atau ≥ 125 nmol/L merupakan faktor peningkatan risiko, terutama pada tahap Lp(a) yang lebih tinggi.
 - **Peningkatan apoB** (≥ 130 mg/dL): Petunjuk relatif untuk pengukurannya ialah trigliserida ≥ 200 mg/dL. Tahap ≥ 130 mg/dL sepadan dengan LDL-C >160 mg/dL dan merupakan faktor peningkatan risiko
 - **ABI** (<0.9)

Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, et al. Garis panduan AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA 2018 mengenai Pengurusan Kolesterol Darah, *Jurnal Kolej Kardiologi Amerika Syarikat* (2018), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.11.003>.

* Secara optimum, 3 penentuan.

AIDS menunjukkan sindrom keimmunokurangan yang diperoleh; ABI, indeks pergelangan kaki-brakial; apoB, apolipoprotein B; ASCVD, penyakit kardiovaskular aterosklerotik; eGFR, anggaran kadar penapisan glomerular; HDL-C, kolesterol lipoprotein berketumpatan tinggi; HIV, virus keimmunokurangan manusia; LDL-C, kolesterol lipoprotein berketumpatan rendah; Lp(a), lipoprotein (a); dan RA, artritis reumatoid.

Faktor Gaya Hidup yang Mempengaruhi Risiko Kardiovaskular

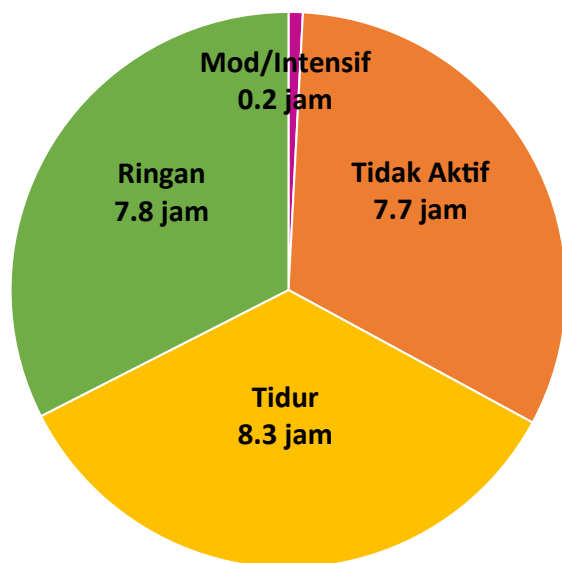
Definisi dan Contoh Tahap Kesukaran yang Berbeza dari Aktiviti Fizikal

Tahap Kesukaran	METs	Contoh
Tingkah laku Tidak Aktif*	1-1.5	Duduk, berbaring; menonton televisyen
Ringan	1.6-2.9	Berjalan dengan perlahan, memasak, membuat kerja rumah yang ringan
Sederhana	3.0 -5.9	Berjalan pantas (2.4-4 mph), berbasikal (5-9 mph), berdansa, yoga yang aktif, berenang secara rekreasi
Intensif	≥6	Jogging/berlari, berbasikal (≥10 mph), tenis perseorangan, berenang

*Tingkah laku tidak aktif ditakrifkan sebagai sebarang tingkah laku yang terbentuk dengan penggunaan tenaga ≤1.5 MET semasa dalam posisi duduk atau berbaring. Berdiri ialah aktiviti tidak aktif di mana ia melibatkan ≤1.5 MET, tetapi ia tidak dianggap sebagai komponen kelakuan tidak aktif.

MET bermaksud persamaan metabolik; dan mph adalah batu sejam.

Jam Setiap Hari Digunakan dalam Pelbagai Tahap Aktiviti

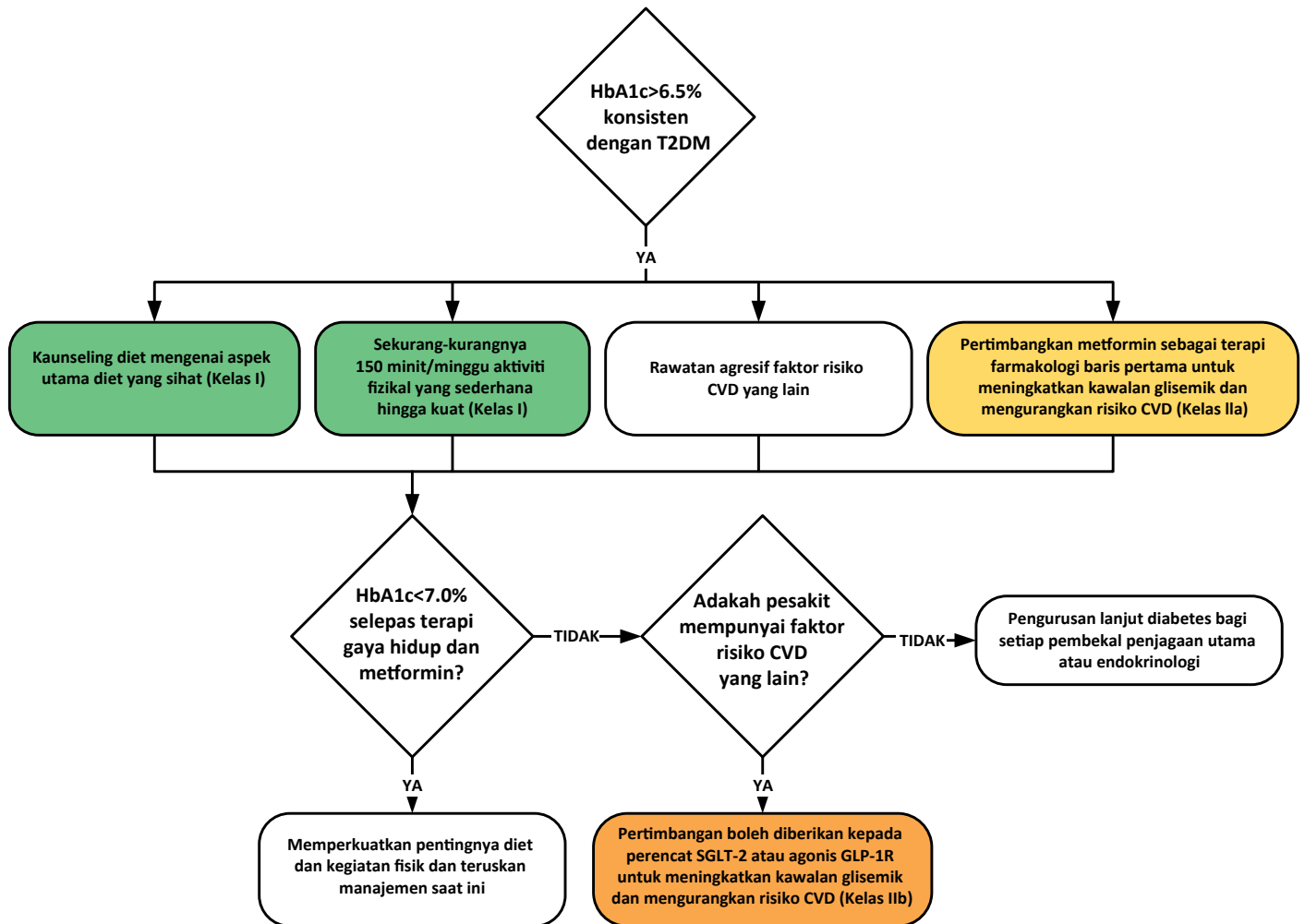


Individu dewasa di Amerika Syarikat meluangkan >7 jam sehari secara purata dalam aktiviti yang tidak aktif. Menggantikan masa yang tidak aktif dengan aktiviti fizikal lain melibatkan peningkatan aktiviti fizikal dengan tahap kesukaran intensif atau aktiviti fizikal dengan tahap kesukaran ringan.

Data diperolehi daripada NHANES dan diubahsuai daripada Young DR, Hivert M-F, Alhassan S, et al. Tingkah laku tidak aktif dan morbiditi kardiovaskular dan kematian: penasihat sains daripada Persatuan Jantung Amerika. Edaran. 2016;134:e262-79.

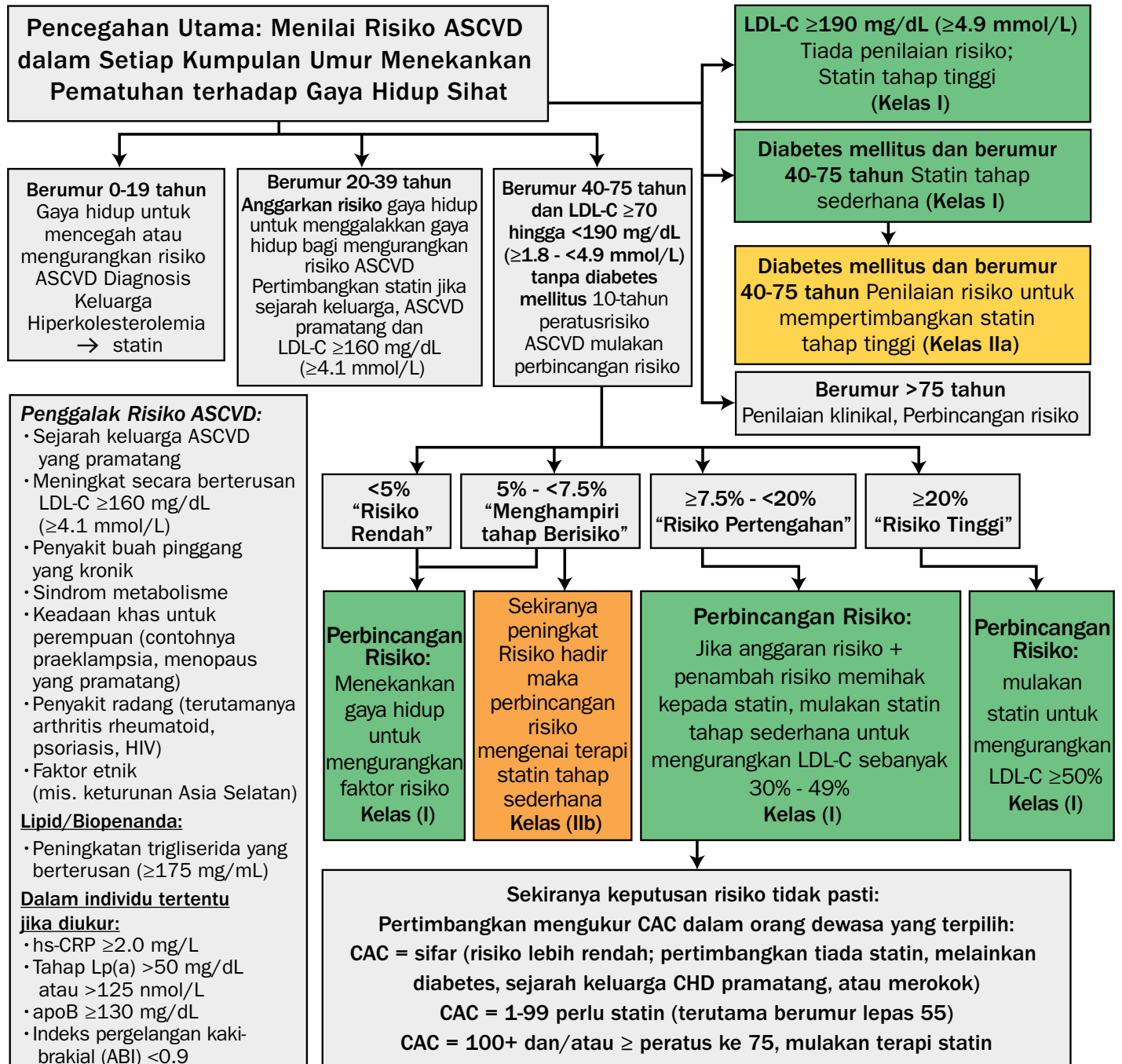
Diabetes Mellitus Jenis II

Rawatan Diabetes Jenis 2 untuk Pencegahan Utama Penyakit Kardiovaskular



Kolesterol Darah Tinggi

Pencegahan Utama



Peningkatan Risiko Diabetes yang Spesifik Bebas Faktor Risiko Lain dalam Diabetes Mellitus

- Tempoh yang panjang (≥ 10 tahun untuk T2DM atau ≥ 20 tahun untuk diabetes mellitus jenis 1)
- Albuminuria ≥ 30 mcg albumin/mg kreatinin
- eGFR < 60 mL/min/1.73 m²
- Retinopati
- Neuropati
- ABI < 0.9

Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, et al. Garis panduan AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA 2018 mengenai pengurusan kolesterol darah: laporan Pasukan Petugas Kolej Kardiologi Amerika Syarikat/Persatuan Jantung Amerika Syarikat mengenai Garis Panduan Amalan Klinikal [diterbitkan dalam talian menjelang cetakan 10 November 2018]. Edaran. doi: 10.1161/CIR.0000000000000625

ABI bermaksud indeks pergelangan kaki-brakial; eGFR, anggaran kadar penapisan glomerular; dan T2DM, diabetes mellitus jenis 2.

Contoh-contoh Calon Terpilih untuk Pengukuran Kalsium Arteri Koronari Yang Dapat Meningkatkan Keuntungan Daripada Mengetahui Markah Kalsium Arteri Koronari Mereka ialah Sifar

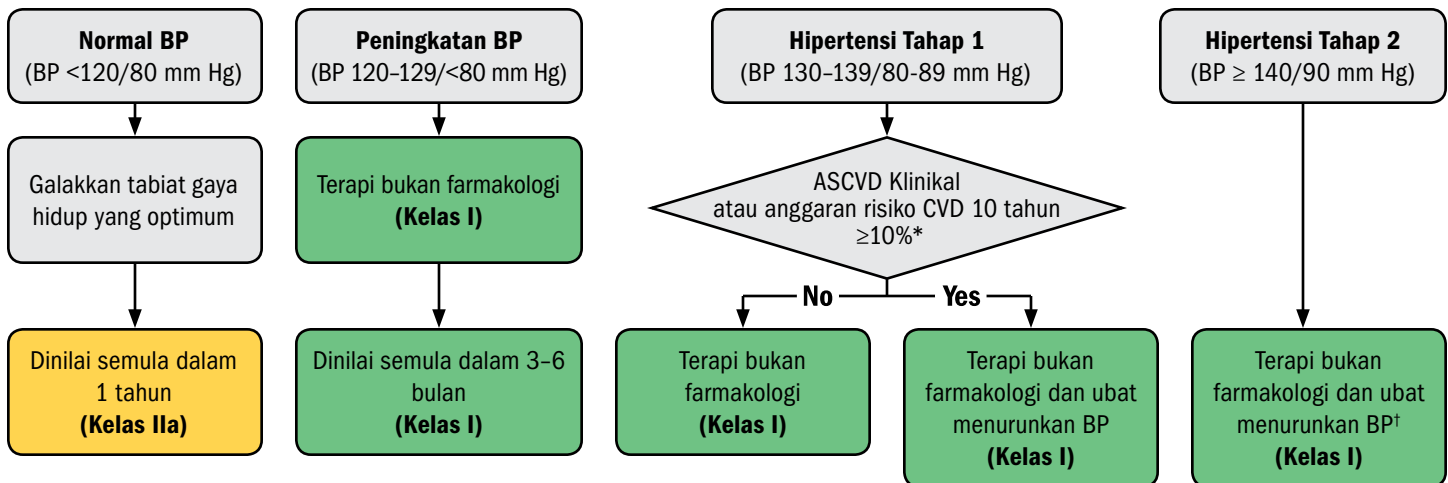
- Pesakit keberatan untuk memulakan statin yang ingin memahami risiko dan potensi mereka untuk manfaat yang lebih tepat
- Pesakit risau tentang keperluan untuk kembali ke terapi statin selepas pemberhentian untuk gejala-gejala yang berkaitan dengan statin
- Pesakit yang lebih tua (umur 55-80 tahun dan wanita berusia 60-80 tahun) dengan beban risiko faktor yang rendah yang mempersoalkan sama ada mereka akan mendapat manfaat daripada terapi statin
- Orang dewasa dalam pertengahan umur (40-55 tahun) dengan PCE yang dikira risiko 10 tahun ASCVD 5% kepada $< 7.5\%$ dengan faktor-faktor yang meningkatkan risiko ASCVD mereka, walaupun mereka berada dalam kumpulan menghampiri tahap berisiko.

Kaveat: Sekiranya pesakit berada pada risiko pertengahan dan jika keputusan risiko tidak menentu dan skor kalsium arteri koronari diperolehi, adalah munasabah untuk menahan terapi statin kecuali keadaan risiko yang lebih tinggi, seperti merokok, sejarah keluarga ASCVD yang pramatang atau diabetes mellitus hadir dan menilai semula skor kalsium arteri koronari dalam 5 hingga 10 tahun. Selain itu, jika skor kalsium arteri koronari adalah pada tahap disyorkan, ia perlu dilakukan di kemudahan yang mempunyai teknologi dan kepakaran semasa untuk menyampaikan radiasi yang paling rendah.

ASCVD bermaksud penyakit kardiovaskular aterosklerotik; LDL-C, kolesterol lipoprotein berketumpatan rendah; dan PCE, menyatukan persamaan kohort.

Tekanan Darah Tinggi

Ambang BP dan Saranan untuk Rawatan



Campur Tangan Bukan Farmakologi Yang Terbukti Terbaik untuk Pencegahan dan Rawatan Hipertensi*

	Campur Tangan Bukan Farmakologi	Dos	Anggaran Kesan pada SBP	
			Hipertensi	Normotensi
Penurunan berat badan	Berat/lemak badan	Matlamat terbaik adalah berat badan yang ideal, tetapi sasarkan sekurang-kurangnya pengurangan 1 kg berat badan untuk kebanyakan orang dewasa yang berlebihan berat badan. Jangkakan kira-kira 1 mm Hg untuk setiap penurunan berat badan 1 kg.	-5 mm Hg	-2/3 mm Hg
Diet yang sihat	Pola pemakanan DASH	Makan makanan yang kaya dengan buah-buahan, sayur-sayuran, bijirin dan produk tenusu rendah lemak, dengan kandungan lemak tepu dan jumlah yang dikurangkan.	-11 mm Hg	-3 mm Hg
Kurangkan pengambilan natrium dalam pemakanan	Natrium dalam pemakanan	Matlamat optimum ialah <1500 mg/d, tetapi bertujuan untuk sekurang-kurangnya pengurangan 1000-mg/d pada kebanyakan orang dewasa.	-5/6 mm Hg	-2/3 mm Hg
Tingkatkan pengambilan kalium dalam pemakanan	Kalium dalam pemakanan	Sasarkan 3500–5000 mg/d, sebaiknya dengan mengambil diet yang kaya dengan kalium.	-4/5 mm Hg	-2 mm Hg
AKTiviti fizikal	Aerobik	<ul style="list-style-type: none"> • 90–150 min/mgu • 65%–75% rizab denyutan jantung 	-5/8 mm Hg	-2/4 mm Hg
	Rintangan dinamik	<ul style="list-style-type: none"> • 90–150 min/mgu • 50%–80% 1 maksimum ulangan • 6 senaman, 3 set/senaman, 10 ulangan/set 	-4 mm Hg	-2 mm Hg
	Ketahanan isometrik	<ul style="list-style-type: none"> • 4 × 2 min (gengaman tangan), 1 min berehat di antara senaman, 30%–40% penguncupan sukarela maksimum, 3 sesi/mgu • 8–10 mgu 	-5 mm Hg	-4 mm Hg
Kesederhanaan dalam pengambilan alkohol	Pengambilan alkohol	Dalam individu yang meminum alkohol, kurangkan alkohol [†] sehingga: <ul style="list-style-type: none"> • Lelaki: ≤2 peminuman sehari • Perempuan: ≤1 peminuman sehari 	-4 mm Hg	-3 mm Hg

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. Garis panduan 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/Apha/ASH/ASPC/NMA/PCNA untuk pencegahan, pengesanan, penilaian dan pengurusan tekanan darah tinggi pada orang dewasa: laporan Pasukan Petugas Kolej Kardiologi Amerika Syarikat/Persatuan Jantung Amerika Syarikat mengenai Garis Panduan Amalan Klinikal. *J Am Coll Cardiol.* 2018;71:e127-248”

*Jenis, dos dan kesan yang dijangkakan kepada BP pada orang dewasa dengan BP biasa dan dengan hipertensi.

[†]Di Amerika Syarikat, 1 minuman "standard" mengandungi kira-kira 14 g alkohol tulen, yang biasanya terdapat dalam 12 oz bir biasa (biasanya kira-kira 5% alkohol), 5 oz wain (biasanya kira-kira 12% alkohol) dan 1.5 oz spirit sulingan (biasanya kira-kira 40% alkohol).

[‡]Maklumat terperinci tentang diet DASH boleh didapati melalui NHLBI dan [Dashdiet.org](#).

BP bermaksud tekanan darah; DASH, Pendekatan Pemakanan Menghentikan Hipertensi; NHLBI, Institut Jantung, Paru-paru, dan Darah Negara; dan SBP, tekanan darah sistolik.

Penggunaan Tembakau

Sorotan Tingkah Laku yang Disyorkan dan Modaliti Rawatan Tembakau secara Farmakoterapi*

						PERHATIAN: FDA telah mengeluarkan pengalihan amaran kotak hitam mengenai peristiwa psikiatri neuro.	
Penggantian nikotin (NRT): 5 bentuk (3 OTC, semburan hidung/penyedut oral dengan preskripsi) Rokok dihisap sehari (CPD) dos boleh bimbang. 1 CPD = kira-kira 1-2 mg nikotin Perhatian: Gunakan dengan berhati-hati dengan semua produk NRT untuk pesakit yang baru-baru ini (≤ 2 minggu) MI, arytmia yang serius, atau angina; pesakit yang hamil atau dalam penyusuan badan; dan remaja.						Bupropion (Zyban [GlaxoSmithKline], Wellbutrin SR [GlaxoSmithKline])	Varenicline (Chantix [Pfizer])
Dos	Tampal: 21 mg, 14 mg, atau 7 mg	Gula-gula getah: 2 mg atau 4 mg	Lozeng: 2 mg atau 4 mg	Semburan hidung: 10 mg/mL	Alat sedut oral: 10 10-mg katrij	Tablet: 150 mg SR	Tablet: 0.5 mg atau 1 mg
Dos dan tempoh boleh dititratkan atas dasar tindak balas	Dos permulaan: 21 mg untuk >10 CPD; 14 mg untuk <10 CPD	Dos permulaan: 4 mg jika penggunaan tembakau pertama adalah ≤ 30 min selepas bangun; 2 mg jika penggunaan tembakau pertama adalah >30 min selepas bangun; maksimum 20 lozeng atau 24 buah gula-gula getah setiap hari. Kunyah dan letakkan gula-gula getah*	Dos permulaan: 1-2 dos/jam (1 dos = 2 semburan); maksimum 40 dos/hari	Dos permulaan: Hembus selama 20 minit setiap katrij setiap 1-2 jam; maksimum 6-16 katrij/hari; semakin berkurang 3-6 bulan [†]	150 mg sekali sehari (pagi) untuk 3 hari; kemudian 150 mg dua kali sehari; boleh digunakan bersama dengan NRT	0.5 mg sekali sehari (pagi) untuk 3 hari; kemudian 0.5 mg dua kali sehari untuk 4 hari; kemudian 1 mg dua kali sehari (gunakan pek permulaan diikuti dengan pek kesinambungan) untuk 3-6 bulan	
Langkah berjaga-jaga	Kerengsaan setempat mungkin berlaku; elakkan dengan gangguan kulit; boleh dikeluarkan untuk tidur jika diperlukan	Tersedu/dispepsi mungkin berlaku; elakkan makan atau minum 15 minit sebelum dan selepas penggunaan	Kerengsaan setempat mungkin berlaku; elakkan dengan gangguan pernafasan atau saluran udara yang reaktif	Batuk mungkin berlaku; elakkan dengan gangguan saluran udara yang reaktif	Elakkan dengan sejarah/risiko kejang, gangguan pemakanan, perencat MAO, perencat CYP 2D6	Mual adalah biasa; makan dengan makanan. Dos renal diperlukan. Interaksi ubat yang sangat terhad; pelepasan buah pinggang yang hampir eksklusif.	

*Lihat Rx untuk perubahan bagi perincian yang lebih lanjut: <http://rxforchange.ucsf.edu>

[†]Kunyah gula-gula getah sehingga rasa lembut dan pedas dibebaskan; kemudian letakkannya di antara pipi dan gigi untuk pelepasan nikotin secara perlahan

Penggunaan Aspirin

Saranan untuk Penggunaan Aspirin

COR	LOE	Saranan
IIb	A	1. Aspirin dos rendah (75-100 mg setiap hari) mungkin dipertimbangkan untuk pencegahan utama ASCVD kalangan orang dewasa 40 hingga 70 tahun terpilih yang berisiko ASCVD tinggi tetapi tidak mempunyai risiko pendarahan.
III: Berbahaya	B-R	2. Aspirin dos rendah (75-100 mg setiap hari) tidak perlu diberikan secara rutin untuk pencegahan utama ASCVD di kalangan orang dewasa >70 tahun.
III: Berbahaya	C-LD	3. Dos rendah aspirin (75-100 mg setiap hari) tidak perlu diberikan untuk pencegahan utama ASCVD di kalangan orang dewasa berumur apa-apa yang mempunyai risiko pendarahan.