แนวทางเวชปฏิบัติ

สำหรับ

การบำบัดโรคเสพยาสูบ

ในประเทศไทย*

ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

AW CPG handbook.indd 1 18/8/2555 9:06:55

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ.
National Library of Thailand Cataloging in Publication Data.
สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา
การบำบัดโรคเสพยาสูบ - - กรุงเทพฯ : พิมพ์ครั้งที่หนึ่ง.---
เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ๒๕๕๕
๑๓๖ หน้า.
1. การบำบัดโรคเสพยาสูบ
ISBN : 978-616-7323-70-1

ออกแบบและจัดพิมพ์
ห้างหุ้นส่วนจำกัด สินทวีกิจ พริ้นติ้ง
77/41 หมู่ที่ 7 ตำบลคลองโยง
อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทร.0-2881-9758, 085-145-6546
โทรสาร 0-2881-9085

แนวทางเวชปฏิบัติ

สำหรับ

การบำบัดโรคเสพยาสูบ

ในประเทศไทย*

ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

*แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบนี้ เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมคุณภาพของบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขของสังคมไทย แนวทางและคำแนะนำต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ใช่ข้อบังคับในการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำเหล่านี้ได้ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควร โดยใช้วิจารณญาณอันเป็นที่ยอมรับของสังคม คณะผู้จัดทำขอสงวนสิทธิ์ในการนำแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไปใช้อ้างอิงทางกฎหมายโดยไม่ผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในทุกกรณี

AW CPG handbook.indd 1 18/8/2555 9:06:55

สารจากประธานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

เครือข่ายฯ ได้ร่วมกับองค์กรทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ รวมทั้งสิ้น 34 องค์กร ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ฉบับแรก เมื่อ พ.ศ. 2552 ซึ่งได้รับการยอมรับจากคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ให้ใช้เป็นแนวทางเวชปฏิบัติระดับประเทศ และแนวทางฉบับนี้ สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ได้นำไปแปลเป็นภาษาอังกฤษ และเผยแพร่ให้ประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 11 ประเทศ นำไปใช้ และปรับเปลี่ยนให้เข้ากับประเทศของตน

ปัจจุบันนี้ การบำบัดรักษาผู้เสพติดบุหรี่มีความก้าวหน้าในอีกหลายๆ ด้าน เครือข่ายฯ จึงต้องการปรับปรุง เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัตินี้ทันสมัย ครอบคลุมในทุกด้าน จึงได้ดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินการขึ้นมา 3 คณะ เพื่อร่างแนวทาง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ฉบับ ได้แก่ แนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ (Medical Personnels) แนวทางสำหรับบุคลากรที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (Non-Medical Personnels) และแนวทางด้านการบริหารจัดการ (Management guideline) เพื่อให้สะดวกแก่ผู้นำไปใช้มากขึ้น

สำหรับเล่มนี้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาสูบได้อย่างมีประสิทธิภาพและมาตรฐาน

ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมทุกท่านและทุกองค์กรที่ร่วมช่วยกันดำเนินการจนสำเร็จเป็นหนังสือเล่มนี้ได้

ศาสตราจารย์เกียรติคุณแพทย์หญิงสมศรี เผ่าสวัสดิ์
ประธานเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
ประธานเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

AW CPG handbook.indd 2 18/8/2555 9:06:55

"...พองดสูบมาได้ประมาณ 1 เดือน ลองชั่งน้ำหนักตัว เข็มชี้บอกเลขที่ 50 แสดงว่าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นแล้ว จึงมั่นใจแน่วแน่ที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดแต่บัดนั้น เมื่อเลิกสูบบุหรี่มาได้ประมาณ 2 เดือน ร่างกายมีเลือดฝาด ผิวพรรณดีขึ้น ถึงกับการทักทายจากเพื่อนฝูงว่าได้ยาอะไรมาบริโภค จึงมีเลือดฝาดดีขึ้น จึงตอบเป็นสำนวนว่า ***"ฉันยาเลิกสูบบุหรี่"***

ขอ บรรดาญาติมิตร ศิษยานุศิษย์ผู้เคารพนับถือ ผู้ที่ยังตกเป็นทาสของบุหรี่อยู่ จงตัดใจเลิกสูบบุหรี่โดยเด็ดขาดเถิด ชีวิตจะได้พบความสุขสำราญอย่างแท้จริง แม้จะเลิกได้ภายหลังก่อนสิ้นชีวิต ก็ยังนับว่าเป็นโชคดีที่ พบไม้งาม เมื่อขวานจวนบิ่น."

พระนิพนธ์ของ
สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ (วาสนมหาเถระ)
สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก

AW CPG handbook.indd 3 18/8/2555 9:06:55

รายนามผู้นิพนธ์

จินตนา ยูนิพันธุ์

วท.บ., MSN, PhD,
วว. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
รองศาสตราจารย์
ประธานหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
ผู้อำนวยการศูนย์บริการเลิกบุหรี่แห่งชาติ
ผู้ทรงคุณวุฒิเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์

ภ.บ., ภ.ม. (เภสัชกรรมคลินิก),
American Board Certified Psychiatric Pharmacist
อาจารย์
หน่วยเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ

ธีระศักดิ์ ชาวสวนเจริญ

ทบ. สม.
ทันตแพทย์ที่ปรึกษา สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
เปรมทิพย์ ทวีรติธรรม
วท.บ. (กายภาพบำบัด) (เกียรตินิยมอันดับ 1), วท.บ. (สรีรวิทยา),
วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (สรีรวิทยา)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองประธาน เครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัดเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

พิศิษฐ์ นามจันทรา

วท.บ.(เทคนิคการแพทย์), วท.ม.(ชีวเคมี)
ผู้ช่วยศาสตราจารย์
คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต
ประธานเครือข่ายวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

AW CPG handbook.indd 4 18/8/2555 9:06:55

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 1), FCCP
Diplomate, American Board of Internal Medicine
Diplomate, American Board of Pulmonary Disease
Diplomate, American Board of Critical Care Medicine
อ.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป, อ.ว. อายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและเวชบำบัดวิกฤตระบบการหายใจ, อ.ว.อายุรศาสตร์ อนุสาขาย่อยเวชบำบัดวิกฤต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์
หน่วยโรคทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
รองเลขาธิการ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

สุรจิต สุนทรธรรม

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 1),
ว.ว. อายุรศาสตร์ทั่วไป, ว.ว. อายุรศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีวเวชศาสตร์
ว.ว. อายุรศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
ว.ว. อายุรศาสตร์ สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
ว.ว. อายุรศาสตร์ สาขาเวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา
คณะกรรมการวิชาการ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

อรสา พันธ์ภักดี

วท.บ (การพยาบาลและผดุงครรภ์ เกียรตินิยมอันดับ 2),
วท.ม (การพยาบาล), พย.ด
รองศาสตราจารย์
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะกรรมการเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบ

AW CPG handbook.indd 5 18/8/2555 9:06:55

คำนำ

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕ นี้ ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องมาจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการรักษาโรคติดบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๕๕ ซึ่งในช่วงเวลานั้นนับได้ว่าเป็นแนวทางเวชปฏิบัติแรกที่ได้รับการรับรองโดยกระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมากถึง 34 องค์กร ยอมรับและร่วมกันประกาศให้เป็นแนวทางเวชปฏิบัติของประเทศไทย จากนั้นแนวทางฉบับดังกล่าวก็ได้รับการแปลเป็นภาษาอังกฤษโดยสำนักงานองค์การอนามัยโลกเพื่อเผยแพร่ให้เป็นแบบอย่างแก่ประเทศอื่นๆในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้นำไปใช้และประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของตน

ระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาได้มีข้อมูลและหลักฐานทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดเพื่อเลิกเสพยาสูบ ทั้งจากในและต่างประเทศเกิดขึ้นเพิ่มเติมมากมาย เพื่อให้แนวทางเวชปฏิบัติมีความทันสมัย และคล่องตัว สามารถการนำไปใช้งานได้ในชีวิตจริง คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ จึงมีดำริในการปรับปรุงเนื้อหาของแนวทางเดิม โดยอ้างอิงจากหลักฐานทางการแพทย์ที่มีอยู่จริง และบริบทที่แท้จริงด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย ทั้งนี้ ในแนวทางฉบับปรับปรุงนี้ ได้ปรับเปลี่ยนชื่อโรค tobacco dependence จากเดิมที่ใช้ชื่อว่า โรคติดบุหรี่เป็นโรคเสพยาสูบ เพื่อให้ทุกๆ ฝ่ายตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคยาสูบมากยิ่งขึ้น เพราะผลิตภัณฑ์ยาสูบมิได้มีเพียงแค่บุหรี่ก้นกรองเท่านั้น แต่ในปัจจุบันมีมากมายหลายชนิด แต่ละชนิดมีวิธีการเสพที่พิสดารล้ำลึกแตกต่างกันออกไป อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าผู้ป่วยจะเสพผลิตภัณฑ์ชนิดใดก็ตามล้วนต้องได้รับการบำบัดทั้งสิ้น

คณะกรรมการและคณะผู้นิพนธ์หวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพได้มีความเข้าใจแนวทางการบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาสูบทุกคน เพื่อให้เกิดบริการเลิกยาสูบ ที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ สามารถลดความทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้ป่วยลงได้ไม่ต่างจากระดับสากล ด้วยบริบทอันเหมาะสมแก่ประเทศไทย โดยมีการใช้ทรัพยากรของประเทศอย่างประหยัดและคุ้มค่าที่สุด

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา
สุรจิต สุนทรธรรม

AW CPG handbook.indd 6 18/8/2555 9:06:55

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย

ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	6
บทนำ	9
น้ำหนักของคำแนะนำ (Strength of Recommendation)	11
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	12
บทสรุปสำหรับผู้บริบาล	16
คำจำกัดความ	25
แนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบ	28
• บทที่ 1 การบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิก	28
1.1 แนวทาง 5A	28
1.2 การนิเทศเพื่อการเลิกยาสูบ	40
1.3 การนิเทศแบบสังเขป (Brief Intervention)	40
1.4 การนิเทศแบบเข้ม (Intensive Counseling)	41
1.5 การใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ	43
1.6 แนวทางเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง	53
1.7 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการบำบัด	54

AW CPG handbook.indd 7 18/8/2555 9:06:55

• บทที่ 2 การบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะเลิก 58

2.1 การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing) 58

2.2 แนวทางเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง 58

• บทที่ 3 การป้องกันโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่เลิกเสพแล้วหรือไม่เคยเสพ 60

• บทที่ 4 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับแพทย์ 62

• บทที่ 5 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับพยาบาล 71

• บทที่ 6 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับทันตแพทย์ 80

• บทที่ 7 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับเภสัชกร 86

• บทที่ 8 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับนักเทคนิคการแพทย์ 91

• บทที่ 9 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับนักกายภาพบำบัด 94

• บทที่ 10 แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับการนิเทศทางโทรศัพท์ 99

• บทที่ 11 การบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ 107

ภาคผนวก 119

คุณภาพของหลักฐาน (Quality of evidence) 120

คำถามและคำตอบที่พบบ่อยในการบำบัดโรคเสพยาสูบ 121

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ 124

AW CPG handbook.indd 8 18/8/2555 9:06:56

บทนำ

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา
สุรจิต สุนทรธรรม

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๓ สำนักงานนายแพทย์ใหญ่ประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดต่างๆ ทุกชนิดเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง (Tobacco dependence as a treatable chronic disease) ที่เป็นๆ หายๆ และได้ประกาศจัดทำแนวทางการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ 1, 2 โดยให้มีแนวทางการบำบัดที่ไม่ต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆที่บุคลากรสาธารณสุขรู้จักกันดี ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และให้ชื่อโรคนี้ว่า Tobacco Dependence ซึ่งในแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้กำหนดชื่อโรคนี้ไว้ว่าโรคติดบุหรี่ 3 อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคนี้ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้พิจารณาเห็นว่าชื่อเดิมนี้กำกวมและมีความหมายอยู่ในวงจำกัด อาจทำให้บุคลากรสาธารณสุขเข้าใจผิดคิดไปว่า ต้องบำบัดเฉพาะผู้ที่เสพบุหรี่มวนเท่านั้น ซึ่งบุหรี่มวนเป็นเพียงหนึ่งในผลิตภัณฑ์ยาสูบที่มีมากมายหลายชนิดในปัจจุบัน บางชนิดก็ต้องเสพด้วยวิธีการอื่นนอกเหนือจากการสูบ เช่น เคี้ยว (หมากพลู, snus, ใบยาสูบ) จึงมีความเห็นให้ปรับเปลี่ยนชื่อภาษาไทยเป็น โรคเสพยาสูบ เพื่อให้มีความหมายครอบคลุมการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภทที่มีใช้กันในประเทศไทยอย่างแท้จริง โดยมีรหัส International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) เริ่มต้นเป็น F17 การจัดให้การเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบเหล่านี้เป็นโรคเรื้อรัง จะช่วยให้บุคลากรสาธารณสุขมีความเข้าใจธรรมชาติและการดำเนินโรคของโรคนี้ที่มีความเรื้อรังเป็นๆ หายๆ ได้ดียิ่งขึ้น จึงถือเป็นหน้าที่ที่หลีกเลี่ยงมิได้ที่บุคลากรสาธารณสุขทุกๆ คน ไม่ว่าจะเป็นวิชาชีพใดก็ตามต้องร่วมมือกันในการบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาสูบเหล่านี้ ไม่ว่าจะเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบแบบใดชนิดใดก็ตาม

AW CPG handbook.indd 9 18/8/2555 9:06:56

จากการสำรวจของ GATS ประเทศไทย เมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๒ พบว่า มีคนไทยที่อายุเกิน 15 ปี และยังเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดมีควันอยู่มากถึงเกือบ 12.5 ล้านคน ในจำนวนนี้ 6 ใน 10 มีความประสงค์ที่จะเลิกเสพอยู่แล้ว ในขณะที่ 5 ใน 10 ได้เคยลงมือเลิกจริงภายในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา4 ดังนั้น บริการช่วยเลิกบุหรี่ที่มีคุณภาพจึงเป็นกุญแจสำคัญในการรองรับและให้บริการทั้งเชิงรับและเชิงรุกแก่ผู้เสพยาสูบเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม บริการช่วยเลิกยาสูบของประเทศไทยที่ผ่านมายังมีการดำเนินงานที่ไม่เป็นระบบ อ่อนแอ และให้บริการไม่ทั่วถึง นอกจากนี้ ยังมีการประเมินกันด้วยว่า หากผู้เสพเหล่านี้ไม่เลิกเสพ จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคอันสืบเนื่องจากการเสพบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบไม่ต่ำกว่า 1 ใน 4 หรือกว่า 2 ล้านคน ในขณะที่คนไทยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการบำบัดการเสพยาสูบและยาช่วยเลิกยาสูบได้อย่างแท้จริง ทำให้ผู้คนจำนวนมากเลือกที่จะเลิกเสพด้วยตนเองโดยไม่พึ่งพาการบำบัดจากบุคลากรหรือหาตัวช่วยอื่นๆเลย ซึ่งการเลิกเสพแบบนี้มีอัตราความสำเร็จต่ำและมีโอกาสกลับไปเสพซ้ำได้มากเมื่อเปรียบเทียบกับการได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

AW CPG handbook.indd 10 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ (Strength of Recommendation)

น้ำหนักคำแนะนำ ++	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และคุ้มค่า (cost effective) **“แนะนำอย่างยิ่ง” (ต้องทำ ในกรณีที่ทำไม่ได้ ให้ส่งต่อไปยังผู้ที่มีขีดความสามารถทำได้)**
น้ำหนักคำแนะนำ +	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วย และอาจคุ้มค่า ในภาวะที่จำเพาะ **“แนะนำ (ทำก็ดี ไม่ทำก็ได้)”**
น้ำหนักคำแนะนำ +/-	หมายถึง	ความมั่นใจยังไม่เพียงพอในการให้คำแนะนำ เนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้น การตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ **“ยังไม่ชัดเจน (ทำหรือไม่ทำก็ได้)”**
น้ำหนักคำแนะนำ -	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับปานกลาง เพราะมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และไม่คุ้มค่า หากไม่จำเป็น **“ไม่แนะนำ (อาจทำก็ได้ ไม่ทำก็ดี)”**
น้ำหนักคำแนะนำ --	หมายถึง	ความมั่นใจของคำแนะนำห้ามทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษ หรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย **“ไม่แนะนำอย่างยิ่ง” (ไม่ทำเลย)**

AW CPG handbook.indd 11 18/8/2555 9:06:56

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
++	การสูบบุหรี่ ตลอดจนการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใดๆ ก็ตาม จัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นๆ หายๆ และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง	โรคเสพยาสูบ (Tobacco dependence) จัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ มีกลไกการเสพติดที่พิสูจน์ได้อย่างชัดเจน ไม่ว่าผู้ป่วยจะเสพมากน้อยเพียงใด และมีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาลทุกแห่งจัดให้มีบริการเลิกยาสูบ โดยจัดบริการเหล่านี้ไว้ทั้งในคลินิกโรคทั่วไปคลินิกโรคเรื้อรังต่างๆ และบริการผู้ป่วยใน โดยมีแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ประเมิน ดูแลและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	บริการเลิกยาสูบด้วยบุคลากรสาธารณสุขมีความคุ้มค่าต่อการลงทุน ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเลิกเสพได้สำเร็จเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและป้องกันผู้ป่วยจากโรคเรื้อรังอีกมากมาย อีกทั้งยังช่วยประหยัดงบประมาณของสถานพยาบาลและประเทศได้อย่างมหาศาล	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาลทุกระดับและทุกแห่งจัดและพัฒนาระบบการสอบถามและบันทึกสถานะการเสพยาสูบ (A1-Ask) ไว้ในเวชระเบียนของผู้ที่มารับบริการทุกราย ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	การสอบถามและบันทึกสถานะการเสพยาสูบ (A1-Ask) เป็นด่านแรกและเป็นประตูไปสู่การบำบัดขั้นต่อไปตามแนวทาง 5A	I

AW CPG handbook.indd 12 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
++	แนะนำอย่างยิ่งให้บันทึกการเสพยาสูบของผู้ป่วยที่ยังคงเสพยาสูบอยู่ให้เป็นปัญหาการเจ็บป่วย (active problem) ใน problem list ของผู้ป่วยรายนั้นๆ ด้วยเสมอ พร้อมทั้งบันทึกรหัสโรค ICD-10 กลุ่ม F-17 ไว้ด้วย	โรคเสพยาสูบ (Tobacco dependence) จัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ และต้องได้รับการบำบัดที่เหมาะสม	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาลพัฒนาระบบการบำบัดและส่งต่อผู้ป่วยที่เสพยาสูบและไม่มีโรคเรื้อรัง ร่วมกับชุมชน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดและติดตามภายในชุมชนเองให้มากที่สุด ภายใต้การสนับสนุน ดูแล และติดตามประเมินผลของสถานพยาบาลระดับชุมชน	ผู้ป่วยโรคเสพยาสูบที่ไม่มีโรคเรื้อรังนั้นมีแรงจูงใจน้อยมากในการเข้ามารับการบำบัดเพื่อเลิกยาสูบในสถานพยาบาล ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ชุมชนโดยเฉพาะ อสม. แกนนำชุมชน และจิตอาสาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดคนในชุมชนด้วยกันเองย่อมทำให้โอกาสสำเร็จในการบำบัดสูงขึ้น	IV
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาลพัฒนาระบบการบำบัดและส่งต่อผู้ป่วยที่เสพยาสูบและมีโรคเรื้อรังร่วมด้วยร่วมกับศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600และสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการบำบัดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในกรณีที่การบำบัดไม่ประสบความสำเร็จภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังเริ่มรักษา	ผู้ป่วยที่เสพยาสูบและมีโรคเรื้อรังอื่นร่วมด้วยนั้นมักมีแรงจูงใจที่ดีในการบำบัดทั้งโรคเสพยาสูบและโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงควรได้รับการบำบัดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อให้เลิกเสพยาสูบได้โดยเร็ว อันจะช่วยป้องกันผลแทรกซ้อนจากการเสพยาสูบที่มีต่อโรคเรื้อรังต่างๆ ได้	IV

AW CPG handbook.indd 13 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาลที่ยังไม่พร้อมที่จะให้บริการเลิกยาสูบด้วยตนเอง ต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการบำบัดโรคเสพยาสูบอย่างเหมาะสมจากสถานพยาบาลอื่นที่อยู่ใกล้เคียง หรือจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600	ผู้ป่วยโรคเสพยาสูบทุกรายควรได้รับการบำบัดให้เลิกเสพโดยเร็วที่สุด เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพน้อยที่สุด	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้บริหารของสถานพยาบาลทุกแห่งกำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับบริการบำบัดผู้เสพยาสูบให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพของการบริการในสถานพยาบาลของตนด้วย	เพื่อให้บริการเลิกยาสูบได้รับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพบริการอย่างยั่งยืน	II
++	แนะนำอย่างยิ่งให้สถานพยาบาลทุกแห่งทุกระดับดำเนินการตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดเพื่อให้สถานพยาบาลของตนเป็นเขตปลอดบุหรี่ 100%	สถานพยาบาลเป็นแหล่งรวมของผู้ป่วย และคนทุกเพศวัย จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขที่จะต้องช่วยกันปกป้องสุขภาพของประชาชนที่มารับบริการ	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ภาครัฐสนับสนุนทั้งในด้านโยบายและงบประมาณให้มีการจัดตั้งและพัฒนาบริการเลิกเสพยาสูบให้ครอบคลุมทั่วประเทศอย่างเป็นรูปธรรม และมีมาตรฐานทัดเทียมสากล	บริการเลิกยาสูบด้วยบุคลากรสาธารณสุขมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนเป็นอย่างยิ่ง ช่วยป้องกันผู้เสพยาสูบจากโรคเรื้อรังมากมาย อีกทั้งยังช่วยประหยัดงบประมาณของภาครัฐในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ ของประชาชนได้อย่างมหาศาล	I

AW CPG handbook.indd 14 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ภาครัฐส่งเสริมให้ผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบสามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม	ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานทุกชนิดที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน, แผ่นติดนิโคติน, bupropionSR, varenicline และ nortriptyline มีประสิทธิภาพสูงกว่ายาหลอก และช่วยให้ผู้เสพยาสูบสามารถเลิกเสพได้ดีกว่าการนิเทศเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ การใช้ยามาตรฐานในบริการเลิกยาสูบยังมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนโดยภาครัฐอย่างแท้จริง	I, II

AW CPG handbook.indd 15 18/8/2555 9:06:56

บทสรุปสำหรับผู้บริบาล (Holistic Care Provider)

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้เสพยาสูบทุกคนต้องเลิกเสพยาสูบทุกชนิด ทุกรูปแบบ	การเสพยาสูบจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้ที่เสพยาสูบทุกรายได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการลงมือเลิกเสพโดยเฉพาะจากแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขหรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600	การเลิกเสพยาสูบด้วยความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากรเหล่านี้จะทำให้มีโอกาสเลิกเสพได้สำเร็จเพิ่มขึ้น	I
++	เป้าหมายในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้ คือ การเลิกเสพโดยเด็ดขาดเท่านั้น ไม่ยอมรับการลดปริมาณการเสพโดยไม่เลิก	การลดปริมาณการเสพยังคงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพให้แก่ผู้สูบและคนข้างเคียงได้ไม่ต่างจากการเสพปริมาณเดิม	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้วางแผนการบำบัดร่วมกันกับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างใกล้ชิดเสมอและปรับเปลี่ยนแผนการเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา	ผู้ป่วยโรคเสพยาสูบแต่ละรายมีความแตกต่างกันไป ดังนั้นแผนการบำบัดที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยแต่ละรายอาจแตกต่างกันไป	II
++	แนะนำอย่างยิ่งให้นิเทศ (counseling) ผู้เสพนั้นให้เลิกเสพทุกคน พร้อมนำสมาชิกครอบครัวที่ยังคงเสพมารับการรักษาต่อไป	เพื่อป้องกันผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่มือสองและลดโอกาสการกลับมาเสพซ้ำของผู้ป่วย	I

AW CPG handbook.indd 16 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้มาตรการ 5A ในการค้นหาผู้เสพยาสูบ และดำเนินการบำบัดให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเลิกเสพได้สำเร็จ ประกอบด้วย **Ask A1** สอบถามประวัติการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด **Advice A2** แนะนำให้ผู้เสพเลิกเสพยาสูบทุกชนิดโดยเด็ดขาด **Assess A3** ประเมินความรุนแรงในการเสพติด และความตั้งใจในการเลิกเสพ **Assist A4** บำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกเสพได้สำเร็จ **Arrange A5** ติดตามผลการบำบัดของผู้เสพทุกราย (follow up)	การเสพยาสูบจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง จำเป็นต้องบำบัดอย่างครบถ้วนเป็นระบบจึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุด	I
A1-Ask			
++	สอบถามสถานะของการเสพยาสูบทุกชนิดในผู้ที่เข้ามารับบริการที่สถานบริการสุขภาพทุกระดับ และบุคคลในครอบครัว **ทุกราย** และทุกแผนก ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยแยกเป็น กลุ่มที่ยังเสพอยู่ เคยเสพ และไม่เสพเลย **พร้อมกับ** บันทึกข้อมูลที่ได้นี้ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายในทุกๆ ครั้งที่มารับบริการ **“คุณสูบบุหรี่/ยาสูบหรือเปล่า?”**	การสอบถามสถานะการเสพยาสูบจัดเป็นประตูเริ่มต้นเข้าสู่การบำบัดโรคเสพยาสูบ หากไม่มี A1 เกิดขึ้น A2-A5 ย่อมไม่เกิดขึ้นตามไปด้วย นอกจากนี้หากไม่มีการบันทึกสถานะการเสพยาสูบในแฟ้มประวัติ การสอบถามก็ย่อมได้ประโยชน์น้อยและไม่สามารถติดตามข้อมูลได้	I

AW CPG handbook.indd 17 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
A2-Advise			
++	แนะนำผู้เสพให้เลิกเสพด้วยคำพูดที่ชัดเจน (clear) หนักแน่น (strong) และเข้ากับสภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized)	เพื่อให้เป็นที่เข้าใจ และชักจูงใจแก่ผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำ	III
A3-Assess			
++	ประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพโดยใช้ Transtheoretical (TTM) หรือ Stage of Change model **“คุณสูบบุหรี่/ยาสูบหรือเปล่า?”**	เพื่อประเมินความพร้อมหรือความตั้งใจในการเลิกเสพยาสูบของผู้ป่วยและวางแผนการบำบัดได้อย่างเหมาะสม	I
++	ประเมินความรุนแรงในการเสพติดโดยใช้ Heaviness of Smoking Index (HSI) - **“คุณสูบบุหรี่/ยาสูบมวนแรกหลังตื่นนอนนานแค่ไหน?”** - **“คุณสูบบุหรี่/ยาสูบวันละกี่มวน?”**	เพื่อทราบความรุนแรงในการเสพติดยาสูบของผู้ป่วยและนำไปวางแผนการบำบัดได้อย่างเหมาะสมต่อไป	I

AW CPG handbook.indd 18 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
A4-Assist			
++	แนวทางการบำบัดหลักโดยทั่วไป มี 2 รูปแบบได้แก่ 1. การนิเทศ (Counseling) สามารถทำได้หลายแนวทาง ได้แก่ – การนิเทศแบบสังเขป (Brief Intervention) – การนิเทศแบบเข้ม (Intensive counseling) ซึ่งแบ่งย่อยได้อีก ได้แก่แบบตัวต่อตัว(face-to-face counseling) และแบบกลุ่ม (group counseling) – การนิเทศทางโทรศัพท์ (Telephone counseling) –การนิเทศผ่านระบบอินเตอร์เน็ตหรือ ข้อความสั้น (SMS & MMS) (Interactive counseling) 2. การนิเทศร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ ตามข้อบ่งชี้	การนิเทศไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใดจัดเป็นการรักษาหลักของผู้ป่วยทุกๆ ราย	I
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ดำเนินการนิเทศอย่างน้อยหนึ่งอย่างแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ยังคงเสพยาสูบ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาด้วยอาการใดก็ตาม	การนิเทศไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ (Medication) ตามข้อบ่งชี้ จัดได้ว่าเป็นการรักษาหลักที่มีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบ	I

AW CPG handbook.indd 19 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
++	คำพูดของการนิเทศทุกรูปแบบต้องกระชับได้ใจความสำคัญ ใช้คำพูดที่ชัดเจน หนักแน่น และเข้ากับสถานะส่วนตัวของผู้ป่วย เนื้อหาที่ใช้พูดอาจประกอบด้วย 4 ประการหลักๆ ตามเทคนิคที่เรียกว่า STAR หรือ “4ล” ได้แก่ • **เลือกวัน (Set a target quit date):** กำหนดวันเลิกเสพ ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์ โดยอาจเลือกที่จะ เลิกเสพในทันทีเลยก็ได้ หรืออาจค่อยๆ ลดจนเลิก • **ลั่นวาจา (Tell family and others):** บอกคนในครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิกเสพ และขอกำลังใจ และการสนับสนุนจากทุกคน • **พร้อมลงมือ (Anticipate challenges):** วางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการเลิกเสพ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคตีน โดยแนะนำเทคนิค **5D** ได้แก่ delay (เลื่อนระยะเวลา), deep breathe (สูดหายใจลึกๆ ตั้งสมาธิ), drink water (ดื่มน้ำสะอาดมากๆ), do some thingelse (เปลี่ยนอิริยาบถหรือกิจกรรม), destination (ย้ำเตือนตนเองถึงเป้าหมายที่ตนได้ตั้งใจเลิกเสพแล้ว) • **ละอุปกรณ์ (Remove all to bacco-related products):** กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกชนิด และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด	เนื้อหาในการนิเทศทุกรูปแบบควรเน้นย้ำถึงวิธีการในการเลิกเสพ โดยอาจมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปตามรูปแบบของการนิเทศที่เลือกใช้	IV

AW CPG handbook.indd 20 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
++	แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานเฉพาะในผู้เสพที่มีความประสงค์จะเลิกเสพยาสูบอย่างแท้จริง ร่วมกับ ข้อหนึ่งข้อใด ดังต่อไปนี้ 1. ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองหลอดเลือดหัวใจถุงลมโป่งพอง หืด มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอดส์ โรคติดยาเสพติด โรคจิตประสาท 2. เสพติดนิโคตินตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป กล่าวคือ มีคะแนน HSI อย่างน้อย 3 หรือมากกว่า 3. เคยล้มเหลวในการเลิกเสพมาก่อนภายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานทุกชนิดที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบันมีประสิทธิภาพสูงกว่ายาหลอกและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกเสพได้ดีกว่าการนิเทศเพียงอย่างเดียว อีกทั้งการใช้ยามาตรฐานเหล่านี้ในบริการเลิกยาสูบนั้นมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนโดยภาครัฐ	IV, II
++	ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน, แผ่นติดนิโคติน, bupropionSR, varenicline และ nortriptyline ในการเลือกใช้ยาเหล่านี้ว่าจะใช้ชนิดใดเป็นยาแรกนั้น แนะนำให้พิจารณาถึงประสิทธิผล ข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียงของยา ความประสงค์ของผู้ป่วยแต่ละราย รวมทั้งประสบการณ์ในความพยายามเลิกเสพครั้งก่อนๆ โดยให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป นอกจากนี้ ในรายที่จำเป็นและใช้ยาเพียงชนิดเดียวไม่ได้ผลนั้น แนะนำให้ใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิดร่วมกันได้	ผู้ป่วยแต่ละรายอาจตอบสนองต่อยาแต่ละชนิดแตกต่างกันได้	IV

AW CPG handbook.indd 21 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
++	แนะนำอย่างยิ่งให้บำบัดผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาช่วยเลิกยาสูบด้วยการนิเทศในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งร่วมด้วยเสมอ ไม่ว่าจะเป็นแบบสังเขปแบบเข้มข้น หรือทางโทรศัพท์ก็ตาม	เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัด	I
--	ไม่แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบโดยปราศจากการนิเทศแก่ผู้ป่วยเลย	การใช้ยาช่วยเลิกยาสูบโดยปราศจากการนิเทศใดๆแก่ผู้ป่วยจะให้ผลสำเร็จต่ำและอาจเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ง่าย	I
--	ไม่แนะนำอย่างยิ่งในการใช้ยาอื่นใดที่ไม่ใช่ยามาตรฐานดังกล่าวข้างต้น เช่น ยา กลุ่ม benzodiazepine และยาต้านโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ ในการบำบัดผู้ป่วยโรคเสพยาสูบ	ยานอกเหนือจากกลุ่มยามาตรฐานจะไม่ได้ผลในการบำบัดโรคเสพยาสูบ อีกทั้งก่อให้เกิดผลข้างเคียงอย่างรุนแรงแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น	II
A5-Arrange Follow up			
++	นัดติดตามผลการบำบัดทุกรายโดยควรมีการติดตามผลครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์	การนัดติดตามผลเป็นหัวใจสำคัญอีกอันหนึ่งในการรักษาโรคเรื้อรัง หากนัดติดตามผลครั้งแรกล่าช้าอาจส่งผลให้มีโอกาสล้มเหลวในการบำบัดได้มากขึ้น	I
++	สำหรับผู้ที่เลิกเสพได้ ควรทำดังนี้ – แสดงความยินดีกับผู้ป่วยและชื่นชมที่เลิกเสพได้ สำเร็จ – เน้นการป้องกันการกลับมาเสพใหม่ และความสำคัญของการไม่คิดลองเสพอีกแม้แต่น้อย – ติดตามผลของการเลิกเสพต่อไป	เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะไม่หวนกลับไปเสพซ้ำอีก	II

AW CPG handbook.indd 22 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
++	ในรายที่ยังเลิกไม่ได้หรือกลับมาเสพซ้ำ ควรทำดังนี้ – สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพต่อไป (5R) – ทบทวนสถานการณ์ และหาสาเหตุที่ทำให้กลับมาเสพซ้ำ – กำหนดวันเลิกเสพอีกครั้ง – อาจพิจารณาตัวช่วยอื่นๆ เช่น ยาช่วยเลิกเสพมาตรฐานหากยังไม่เคยใช้ยามาก่อนเลย แต่หากได้เคยใช้ยามาก่อนแล้ว อาจต้องพิจารณาถึงเทคนิคของการใช้ยาเดิมว่าเหมาะสมหรือไม่ – พยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและหาหนทางป้องกัน – ติดตามผลต่อไป	ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการประเมินกลไกที่กระตุ้นเร้าให้ยังคงเสพยาสูบอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านร่างกาย (การเสพติดสารนิโคติน) ด้านจิตใจและด้านสังคม พฤติกรรมต่างๆ แล้วแก้ไข	II

AW CPG handbook.indd 23 18/8/2555 9:06:56

น้ำหนักคำแนะนำ	มาตรการ	วัตถุประสงค์	คุณภาพหลักฐาน
P3- Promote motivation			
++	ใช้แนวทาง 5R ซึ่งประกอบด้วย 1. Relevance ชี้ให้เห็นว่าการเสพยาสูบเป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้เสพเองอย่างไร หรือเจาะจงในสิ่งที่ผู้เสพให้ความสำคัญ 2. Risks เน้นย้ำถึงผลเสียจากการเสพยาสูบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งผลที่จะเกิดแก่คนรอบข้างด้วย 3. Reward เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกเสพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย 4. Roadblock วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเลิกเสพ พร้อมช่วยคิดหาแนวทางแก้ไข 5. Repetition ควรให้คำแนะนำซ้ำๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบและยังคงเสพยาสูบอยู่		I

AW CPG handbook.indd 24 18/8/2555 9:06:56

คำจำกัดความ

"ยาสูบ" หมายถึง ผลิตภัณฑ์ใดๆ ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชตระกูลนิโคเทียนาทาบากุ้ม (Nicotiana tabacum) รวมไปถึงสารสกัดหรือสารสังเคราะห์จากพืชตระกูลนี้ ไม่ว่าจะใช้เสพโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งแบบใช้ไฟฟ้าหรือไม่ใช้ก็ตาม[5]

"โรคเสพยาสูบ" หมายถึง การเสพ **"ยาสูบ"** ไม่ว่าการเสพนั้นจะเป็นผลมาจากปัจจัยการเสพติดทางกาย จิตใจหรือทางด้านสังคมและพฤติกรรม

แนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบ

- แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้เสพยาสูบทุกคนต้องเลิกเสพยาสูบทุกชนิด ทุกรูปแบบ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] (บุหรี่ก้นกรอง บุหรี่มวนเอง ยาเส้น ยาฝอย ยาสูบชนิดเคี้ยว บุหรี่ไฟฟ้า หรือ ผลิตภัณฑ์ที่มียาสูบเป็นส่วนประกอบ ไม่ว่าจะเป็นชนิดใดก็ตาม) เนื่องจากการเสพยาสูบจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เป็นๆ หายๆ และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เนื่องจากจะทำให้สุขภาพดีขึ้น ป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับตนเองและคนรอบข้าง
- แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้ที่เสพยาสูบทุกรายได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการลงมือเลิกเสพ โดยเฉพาะจากแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขหรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600 (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] เนื่องจากการเลิกเสพยาสูบด้วยความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากรเหล่านี้จะทำให้มีโอกาสเลิกเสพได้สำเร็จเพิ่มขึ้น
- แนะนำอย่างยิ่งให้มีการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาสูบ ของผู้ที่มารับบริการทางสุขภาพทุกรายในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง รวมทั้งจัดให้มีบริการเพื่อบำบัดผู้ที่เสพยาสูบในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งหรือจัดให้มีระบบการส่งต่อผู้เสพให้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]
- เป้าหมายในการบำบัดผู้ป่วยเหล่านี้ คือ การเลิกเสพโดยเด็ดขาด เท่านั้น (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] ไม่ยอมรับการลดปริมาณการเสพโดยไม่เลิก (น้ำหนักคำแนะนำ --)[I] เพราะการลดปริมาณการเสพยังคงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพให้แก่ผู้สูบ และคนข้างเคียงได้ไม่ต่างจากการเสพปริมาณเดิม[6] แต่หนทางที่นำไปสู่

AW CPG handbook.indd 25 18/8/2555 9:06:56

เป้าหมายดังกล่าวนี้อาจทำได้ทั้งการเลิกเสพในทันทีตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา หรือโดยการค่อยๆ ลดปริมาณการเสพลงเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่องจนเลิกได้ในท้ายที่สุด ("ลดเพื่อเลิก")[7,8] ทั้งนี้ ต้องมีการตกลงกับผู้ป่วยเพื่อกำหนดวันเลิกเสพยาสูบให้ชัดเจนเสมอ ส่วนระยะเวลาในการลดเพื่อเลิกนั้นให้พิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

- แนะนำอย่างยิ่งให้วางแผนการบำบัดร่วมกันกับผู้ป่วยแต่ละรายอย่างใกล้ชิดเสมอ และปรับเปลี่ยนแผนการเป็นระยะเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของทั้งผู้ป่วยและผู้รักษา (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเสพยาสูบแต่ละรายมีความแตกต่างกันไป ดังนั้นแผนการบำบัดที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยแต่ละรายอาจไม่เหมือนกัน แนวทางใดก็ตามที่ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าน่าจะได้ผลดีสำหรับตน ไม่ส่งผลลบต่อการรักษาและไม่กระทบต่อเป้าหมายของการบำบัด กล่าวคือ การเลิกเสพโดยเด็ดขาดแล้ว น่าจะเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัดผู้ป่วยรายนั้นๆ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]
- ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การตรวจคัดกรองผู้เสพยาสูบด้วยการตรวจสมรรถภาพปอดจะช่วยให้ผู้เสพเลิกเสพได้มากขึ้น[9,10] (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)[III] แต่แนะนำให้ตรวจสมรรถภาพปอดหากผู้เสพมีอาการทางระบบการหายใจ เช่น ไอ เหนื่อยง่าย มีเสมหะมาก (น้ำหนักคำแนะนำ +)[III] เพื่อประเมินว่าผู้เสพรายนั้นๆ มีการสูญเสียสมรรถภาพปอดหรือเกิดโรคการหายใจอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเสพยาสูบหรือไม่และมากน้อยเพียงใด
- แนะนำให้ตรวจคัดกรองสมรรถภาพปอด เพื่อค้นหาโรคระบบการหายใจ เฉพาะในผู้ที่มีประวัติเสพยาสูบต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี และมีอาการทางระบบการหายใจ[9,11] ได้แก่ เหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก หรือมีอาการไอและเหนื่อยมากขณะที่มีการติดเชื้อในการหายใจ (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II]
- แนะนำอย่างยิ่งให้มีการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาสูบของผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดทั้งหมดของผู้ที่มีความเสี่ยงในการได้รับผลกระทบจากทั้งการเสพยาสูบโดยตรง และการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง อันประกอบด้วย สตรีมีครรภ์ เด็ก รวมทั้งผู้ป่วยที่เกิดโรคอันเป็นผลจากการเสพยาสูบแล้ว เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โรคถุงลมโป่งพองและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด ฯลฯ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] หากพบว่าบุคคลเหล่านี้ยังคงเสพ แนะนำอย่างยิ่งให้

AW CPG handbook.indd 26 18/8/2555 9:06:56

ผู้นั้นได้รับการแนะนำเพื่อเลิกเสพโดยเร็วที่สุด และจัดการให้ผู้นั้นได้รับการบำบัดและติดตามผลการเลิกเสพอย่างต่อเนื่อง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]

- แนะนำให้นิเทศ (counseling) ผู้เสพนั้นให้เลิกเสพทุกคน พร้อมนำสมาชิกครอบครัวที่ยังคงเสพมารับการรักษาต่อไป หากพบว่ามีผู้เสพยาสูบในครัวเรือนของผู้มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] เพื่อป้องกันผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง
- ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การนิเทศเพื่อป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่ (primary prevention)[12] เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่เพียงพอที่จะระบุว่าการให้คำแนะนำอย่างไรจะสามารถลดการเริ่มสูบบุหรี่ในคนกลุ่มนี้ได้ (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)[III]
- ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการใช้การบำบัดทางเลือกต่างๆ[13] (เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนตะวันออก สมุนไพรไทยต่างๆ และการฝังเข็ม ฯลฯ) เนื่องจากรายงานการศึกษาที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นไม่เพียงพอในการพิสูจน์ทราบถึงประสิทธิผล เช่น มีกำลังของสถิติไม่เพียงพอ ไม่สามารถเป็นตัวแทนซึ่งแสดงถึงสภาพของประชากร ขาดจุดสิ้นสุดที่สำคัญทางเวชกรรมหรือมีการออกแบบวิจัยไม่เหมาะสม หากต้องการใช้แนวทางนี้ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)[IV]

AW CPG handbook.indd 27 18/8/2555 9:06:57

บทที่ 1
การบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิก

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา

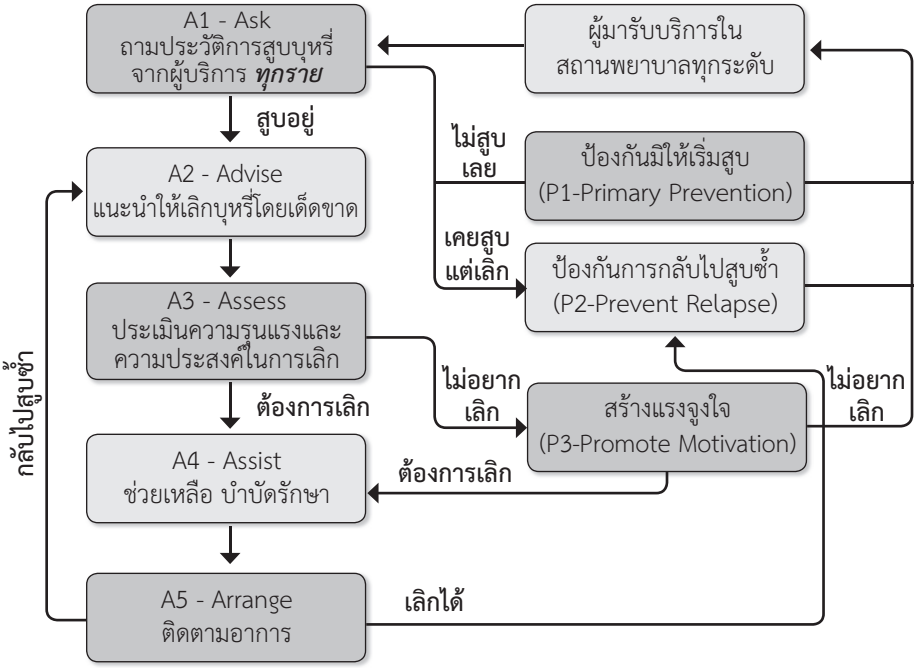
1.1 แนวทาง 5A

แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้มาตรการ 5A ในการค้นหาผู้เสพยาสูบและดำเนินการบำบัดให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเลิกเสพได้สำเร็จ[1-3,14-17] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] ประกอบด้วย

Ask	A1	สอบถามประวัติการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด
Advise	A2	แนะนำให้ผู้เสพเลิกเสพยาสูบทุกชนิดโดยเด็ดขาด
Assess	A3	ประเมินความรุนแรงในการเสพติดและความตั้งใจในการเลิกเสพ
Assist	A4	บำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกเสพได้สำเร็จ
Arrange	A5	ติดตามผลการบำบัดของผู้เสพทุกราย (follow up)

สำหรับ รายละเอียดของแต่ละขั้นตอนของแนวทาง 5A นั้น แสดงไว้ในตารางที่ 1

แผนภูมิที่ 1: แสดงแนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]



AW CPG handbook.indd 28 18/8/2555 9:06:57

ตารางที่ 1: คำอธิบายขั้นตอนต่างๆในการบำบัดโรคเสพยาสูบ ตามแนวทาง 5A & 3P

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++	A1-Ask (สอบถามและบันทึกประวัติการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด)	สอบถามสถานะของการเสพยาสูบทุกชนิดในผู้ที่เข้ามารับบริการที่สถานบริการสุขภาพทุกระดับและบุคคลในครอบครัว ***ทุกราย*** และทุกแผนก ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน[18] โดยแยกเป็น กลุ่มที่ยังเสพอยู่ เคยเสพ และไม่เสพเ ลย (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] ***ร่วมกับ***	• ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลถามคำถามขณะกำลังตรวจวัดสัญญาณชีพด้วยคำถาม “คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่น เช่น ยาเส้นทั้งแบบสูบและแบบเคี้ยว ยานัตถุ์ หรือไม่?”
++		บันทึกข้อมูลที่ได้นี้ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายในทุกๆ ครั้งที่มารับบริการ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]	• เพิ่มข้อมูลสถานะการเสพยาสูบลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] • ใช้สติ๊กเกอร์สีหรือสัญลักษณ์อื่นๆ ในการระบุสถานะการเสพยาสูบปัจจุบัน (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] • ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนความจำ (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II]

AW CPG handbook.indd 29 18/8/2555 9:06:57

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++	**A2-Advise** (แนะนำให้ผู้เสพเลิกเสพยาสูบทุกชนิดโดยเด็ดขาด)	พูดแนะนำให้ผู้เสพยาสูบต้องเลิกเสพอย่างเด็ดขาด โดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน (clear) หนักแน่น (strong) และเข้ากับสภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized)[1,2,16] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[III]	• "ผม/ดิฉันคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่นะครับ/ค่ะ ***โรคหัวใจของคุณจะได้ไม่กำเริบแบบนี้อีก***" (เชื่อมโยงกับสุขภาพ) • "ผม/ดิฉันคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่นะครับ/ค่ะ ***การเลิกบุหรี่จะช่วยให้โรคหืดของลูกคุณดีขึ้น***" (เชื่อมโยงกับคนที่รัก) • "ผม/ดิฉันคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่นะครับ/ค่ะ ***นอกจากจะประหยัดเงินได้แล้วยังลดค่าใช้จ่ายที่ต้องรักษาอาการหอบเหนื่อยของคุณด้วย***" (เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ)
++	**A3-Assess** (ประเมินความรุนแรงในการเสพติดและความตั้งใจในการเลิกเสพ)	ประเมินความตั้งใจในการเลิกเสพโดยใช้ Transtheoretical (TTM) หรือ Stage of Change model[19] (ตารางที่ 2) (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]	ใช้คำถาม "คุณเคยคิดอยากจะเลิกเสพไหม?" (ตารางที่ 2)

AW CPG handbook.indd 30 18/8/2555 9:06:57

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++		ประเมินความรุนแรงในการเสพติดโดยใช้ Heaviness of Smoking Index (HSI)20 (ตารางที่ 3) (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]	ดูรายละเอียดของ HSI ในตารางที่ 3
+		ประเมินกลไกที่กระตุ้นเร้าให้เกิดการเสพยาสูบอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยประวัติการเสพ รูปแบบการเสพ และปัจจัยต้าน (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV]	แบ่งได้เป็น -การเสพติดทางกาย (เสพติดสารนิโคติน) -เสพติดทางจิตใจ ทัศนคติ ความเชื่อ -เสพติดทางสังคม พฤติกรรม ความเคยชิน
++	**A4-Assist** (บำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกเสพได้สำเร็จ)	การบำบัดโรคเสพยาสูบ ไม่ว่าชนิดใด ควรยึดหลักการเบื้องต้น ดังนี้ 1.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ร่วมวางแผนการเลิกเสพร่วมกันเสมอ เพื่อให้การบำบัดเกิดประสิทธิภาพสูงสุด 2.แผนการบำบัดควรมีเป้าหมายการเลิกเสพที่ชัดเจน รวมทั้งกำหนดวันและลำดับขั้นในการลดและเลิกเสพ 3.แผนการบำบัดที่ร่วมกับผู้ป่วยจัดทำขึ้นต้องสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงสำหรับทั้งฝ่ายผู้ป่วย และผู้บำบัด โดยไม่กระทบต่อผลการบำบัด แนวทางการบำบัดหลักโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบ[1-3,14-15] ได้แก่	ดูรายละเอียดในหัวข้อต่อไป

AW CPG handbook.indd 31 18/8/2555 9:06:57

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
		6. การนิเทศ (Counseling) (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] สามารถทำได้หลายแนวทาง ได้แก่ - การนิเทศแบบสังเขป (Brief Intervention) - การนิเทศแบบเข้ม (Intensive counseling) ซึ่งแบ่งย่อยได้อีก ได้แก่ แบบตัวต่อตัว (face-to-face counseling) และแบบกลุ่ม (group counseling) - การนิเทศทางโทรศัพท์ (Telephone counseling) - การนิเทศผ่านระบบอินเตอร์เน็ต หรือ ข้อความสั้น (SMS & MMS) (Interactive counseling) 7. การนิเทศร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ ตามข้อบ่งชี้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]	
+/-		การบำบัดทางเลือก เพิ่มเติมจากการบำบัดหลัก (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)[IV] ทั้งนี้ ควรพิจารณาปัจจัยสนับสนุนที่มีอยู่ในพื้นที่อยู่แล้วหรือใช้ภูมิปัญญาไทยท้องถิ่นเข้ามาร่วมในการบำบัด อย่างไรก็ตาม ยังคงต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป หากต้องการใช้แนวทางนี้ ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	เช่น ใช้สมุนไพรอื่นๆ, การนวดผ่อนคลาย, การนวดกดจุดที่เท้า, การฝังเข็ม เป็นต้น) กิจกรรมศึกษาบันเทิง โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มวัยรุ่น และการใช้ธรรมะหรือ ศาสนบำบัด (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)[IV]

AW CPG handbook.indd 32 18/8/2555 9:06:57

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
+		มาตรการทางสังคม โดยยึดหลักการสร้างค่านิยมใหม่ของชุมชนที่ถูกต้อง (social denormalization)[21] โดยจัดให้มีกิจกรรมรณรงค์เชิงรุกต่างๆ ในการควบคุมยาสูบในชุมชน (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II]	• รณรงค์ร่วมกับองค์กรระดับท้องถิ่น วัด และโรงเรียนในการสร้างค่านิยมใหม่ในชุมชนให้ผู้คนในชุมชนไม่ยอมรับพฤติกรรมการเสพยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นผู้คนวัยใดก็ตาม (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] • การจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาพาเลิกยาสูบ โดยรวมกลุ่มผู้ที่เลิกยาสูบได้สำเร็จในชุมชน เพื่อเป็นแกนนำในการรณงค์เชิงรุกระดับชุมชน และเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV]

AW CPG handbook.indd 33 18/8/2555 9:06:57

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++	A5-Arrange Follow up (ติดตามผลการบำบัดของผู้เสพทุกราย)	• นัดติดตามผลการบำบัดทุกราย โดยควรมีการติดตามผลครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] • สำหรับผู้ที่เลิกเสพได้ ควรทำดังนี้ - แสดงความยินดีกับผู้ป่วยและชื่นชมที่เลิกเสพได้ สำเร็จ - เน้นการป้องกันการกลับมาเสพใหม่และความสำคัญของการไม่คิดลองเสพอีกแม้แต่น้อย - ติดตามผลของการเลิกเสพต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] • ในรายที่ยังเลิกไม่ได้หรือกลับมาเสพซ้ำ ควรทำดังนี้ -สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพต่อไป (5R) -ทบทวนสถานการณ์และหาสาเหตุที่ทำให้กลับมาเสพซ้ำ - กำหนดวันเลิกเสพอีกครั้ง -อาจพิจารณาตัวช่วยอื่นๆ เช่น ยาช่วยเลิกเสพมาตรฐานหากยังไม่เคยใช้ยามาก่อนเลย แต่หากได้เคยใช้ยามาก่อนแล้วอาจต้องพิจารณาถึงเทคนิคของการใช้ยาเดิมว่าเหมาะสมหรือไม่ อย่างไร หากใช้ยาไม่ถูกต้องก็ให้แก้ไข หรือปรับเปลี่ยนยาที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้นหรือใช้ยาร่วมกัน 2 ชนิดขึ้นไป - พยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและหาหนทางป้องกัน - ติดตามผลต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]	• นัดครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นทุก 2-4 สัปดาห์จนครบ 3 เดือน แล้วจึงนัดติดตามทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน จากนั้นติดตามอย่างห่างๆ จนครบ 1 ปีเต็ม (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV] • แนะนำอย่างยิ่งให้ตรวจยืนยันผลการเลิกเสพยาสูบด้วยการตรวจวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (exhaled carbon monoxide [CO])* ในผู้ป่วยทุกราย (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] • แนะนำให้ตรวจยืนยันผลการเลิกเสพยาสูบด้วยการตรวจวัดระดับสารโคตินีน (cotinine) ในปัสสาวะหรือน้ำลายอย่างหนึ่งอย่างใด เฉพาะในกรณีที่ไม่อาจตรวจวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจได้ (น้ำหนักคำแนะนำ +)[I] *[*เครื่องตรวจวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ ราคาประมาณ 15,000 บาทต่อเครื่อง มีอายุการใช้งานราว 5 ปี ส่วน mouthpiece นั้นสามารถจัดทำได้เอง]*

AW CPG handbook.indd 34 18/8/2555 9:06:57

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
+	P1- Prevent new users ป้องกันผู้เสพหน้าใหม่	สนับสนุน ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยมิให้เริ่มลองเสพ พร้อมเน้นย้ำถึงพิษภัยของการเสพยาสูบทุกชนิดที่จะเกิดขึ้นได้หากทดลองสูบ (น้ำหนักคำแนะนำ +)	• กล่าวชื่นชมว่า “ดีมากที่ไม่สูบบุหรี่ สุขภาพของคุณจะได้แข็งแรง”
+		มาตรการทางสังคม โดยยึดหลักการสร้างค่านิยมใหม่ของชุมชนที่ถูกต้อง (social denormalization) โดยจัดให้มีกิจกรรมรณรงค์เชิงรุกต่างๆ ในการควบคุมยาสูบในชุมชน (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II]	• รณรงค์ร่วมกับองค์กรระดับท้องถิ่น วัด และโรงเรียนในการสร้างค่านิยมใหม่ในชุมชนให้ผู้คนในชุมชนไม่ยอมรับพฤติกรรมการเสพยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นผู้คนวัยใดก็ตาม (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] • การจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาพาเลิกยาสูบ ดดยรวมกลุ่มผู้ที่เลิกยาสูบได้สำเร็จในชุมชน เพื่อเป็นแกนนำในการรณงค์เชิงรุกระดับชุมชน และเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV]

AW CPG handbook.indd 35 18/8/2555 9:06:57

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
+	**P2- Prevent relapse** ป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ* **Relapse หมายถึง การกลับไปเสพยาสูบซ้ำอีก ซึ่ง อาจมีปริมาณการเสพเท่าเดิม หรือเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ไม่ว่ามากขึ้นหรือน้อยลงก็ได้* **Lapse หมายถึง การเผลอไปสูบ 1 มวน หรือ 1 วัน หากเผลอบ่อยๆ ต่อเนื่องกันก็จะกลายเป็น relapse*	• แนะนำให้เริ่มต้นป้องกันการกลับไปเสพซ้ำตั้งแต่เลิกเสพวันแรก[1,3] (น้ำหนักคำแนะนำ +)[I] • มี 3 วิธี (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] ได้แก่ - การนิเทศ เน้นการสนับสนุนประคับประคอง จากครอบครัวและชุมชน - มาตรการทางสังคม - การใช้ยาช่วยเลิกยาสูบบางชนิด โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อน	• ชมเชย ให้กำลังใจ สร้างความภาคภูมิใจในความสำเร็จ แสดงความห่วงใยในอุปสรรคที่มี (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] • สอนการปรับวิถีชีวิต เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ใช้หลักศาสนา หางานอดิเรก (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] • หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นความอยากเสพ • จัดให้มีการติดตามผลการเลิกทางโทรศัพท์ อินเตอร์เน็ต หรือใช้บริการ ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์1600 (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] • จัดให้มีกลุ่มจิตอาสาพาเลิกยาสูบ เพื่อเป็นแกนนำรณรงค์ในชุมชนและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ที่ยังเสพอยู่ (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV]

AW CPG handbook.indd 36 18/8/2555 9:06:57

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++	**P3- Promote motivation** สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพ	ใช้แนวทาง 5R[1,3,22-24] (น้ำหนักคำแนะนำ ++) I ซึ่งประกอบด้วย • Relevance ชี้ให้เห็นว่าการเสพยาสูบเป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้เสพเองอย่างไร หรือเจาะจงในสิ่งที่ผู้เสพให้ความสำคัญ	• กล่าวต่อผู้ป่วยว่า “การสูบบุหรี่เป็นต้นเหตุทำให้โรคหัวใจ (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) ของคุณกำเริบอย่างต่อเนื่องและทรุดหนักลงเรื่อยๆ อย่างนี้” • กล่าวต่อผู้ป่วยว่า “การเลิกบุหรี่จะช่วยให้โรคถุงลมโป่งพองของคุณกำเริบน้อยลงและไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆ อย่างนี้”
		• **Risks** เน้นย้ำถึงผลเสียจากการเสพยาสูบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งผลที่จะเกิดแก่คนรอบข้างด้วย	อธิบายผลเสียที่ได้เกิดขึ้นแล้วหรือกำลังจะเกิดกับตัวผู้ป่วย และอาจเกิดกับคนรอบข้างได้แบบสั้นๆ แต่ได้ใจความ โดยต้องพิจารณาเทคนิคการพูดให้เหมาะสมกับวัยและระดับการศึกษาของผู้ป่วยด้วย (น้ำหนักคำแนะนำ ++) I
		• **Reward** เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกเสพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย	ให้เน้นย้ำผลดีที่ใกล้ตัวผู้ป่วย และเข้าใจได้ง่าย (น้ำหนักคำแนะนำ ++)

AW CPG handbook.indd 37 18/8/2555 9:06:57

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
		• **Roadblock** วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจ เกิดขึ้นระหว่างการเลิกเสพ พร้อมเสาะหาแนวทางแก้ไข	เช่น สอนวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคตินด้วยเทคนิคต่างๆ พฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ไขความเคยชิน การรักษาโรคซึมเศร้า เป็นต้น (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]
		• **Repetition** ควรให้คำแนะนำซ้ำๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และยังคงเสพยาสูบอยู่	

AW CPG handbook.indd 38 18/8/2555 9:06:57

ตารางที่ 2: แสดงการประเมินความตั้งใจใจการเลิกเสพตาม Trantheoretical (TTM) หรือ Stage of Change model

ระยะ	รายละเอียด
ไม่สนใจ (Precontemplation)	ไม่สนใจจะเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบใน 6 เดือนข้างหน้า
ลังเล (Contemplation)	คิดจะเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ แต่ยังไม่มีแผนชัดเจน
พร้อม (Preparation)	กำลังวางแผนจะเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ ภายใน 1 เดือนข้างหน้า หรือกำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่
ลงมือ (Action)	เลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ มาได้ไม่เกิน 6 เดือน
คงสภาพ (Maintenance)	เลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ มาแล้วนานกว่า 6 เดือน

ตารางที่ 3: แสดงแบบสอบถาม Heaviness of Smoking Index (HSI) ฉบับภาษาไทย

คำถามที่ใช้	คะแนน
ท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้านานแค่ไหน?	
☐ ภายใน5 นาทีหลังตื่น	3
☐ 6 – 30 นาทีหลังตื่น	2
☐ > 30 นาทีหลังตื่น	1
ปกติท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ วันละกี่มวน?	
☐ มากกว่า 30 มวนต่อวัน	3
☐ 21-30 มวนต่อวัน	2
☐ 11-20 มวนต่อวัน	1
การแปลผล: 5-6 คะแนน = ติดนิโคตีนรุนแรง 3-4 คะแนน = ติดนิโคตีนปานกลาง 0-2 คะแนน = ติดเล็กน้อย	

AW CPG handbook.indd 39 18/8/2555 9:06:57

1.2 การนิเทศ (Counseling) เพื่อเลิกยาสูบ

การนิเทศเพื่อเลิกเสพยาสูบนั้น แบ่งเป็น 4 ชนิด[1-3,14-17] ได้แก่

1. การนิเทศ แบบสังเขป (Brief Intervention)
2. การนิเทศ แบบเข้ม (Intensive counseling) ซึ่งแบ่งย่อยได้อีก ได้แก่ แบบตัวต่อตัว (face-to-face counseling) และแบบกลุ่ม (group counseling)
3. การนิเทศทางโทรศัพท์ (Telephone counseling)
4. การนิเทศทางอินเตอร์เน็ต หรือ ข้อความสั้น (SMS & MMS) (Interactive counseling)

- แนะนำอย่างยิ่งให้ดำเนินการนิเทศอย่างน้อยหนึ่งอย่างแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ยังคงเสพยาสูบโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาด้วยอาการใดก็ตาม ทั้งนี้ เนื่องจากการนิเทศร่วมกับการใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ (Medication) ตามข้อบ่งชี้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] การนิเทศไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด จัดได้ว่าเป็นการรักษาหลักที่มีประสิทธิภาพดีสำหรับผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบ ดังนั้น (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]

1.3 การนิเทศแบบสังเขป (Brief Intervention)

การนิเทศแก่ผู้ป่วยแม้เพียงระยะเวลาสั้นๆ (1-3 นาที) ที่เรียกว่า brief intervention ก็สามารถเพิ่มโอกาสในการเลิกเสพยาสูบสำเร็จได้ เมื่อเปรียบเทียบกับการเลิกด้วยตนเองของผู้ป่วย[1-3,16, 25-28] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] ทั้งนี้คำพูดของการนิเทศชนิดนี้ต้องกระชับ ได้ใจความสำคัญ ใช้คำพูดที่ชัดเจน หนักแน่น และเข้ากับสถานะส่วนตัวของผู้ป่วย เนื้อหาที่ใช้พูดอาจประกอบด้วย 4 ประการหลักๆตามเทคนิคที่เรียกว่า STAR[27-28] หรือ “4ล” (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] ประกอบด้วย

- **เลือก**วัน (Set a target quit date): กำหนดวันเลิกเสพ ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังจากที่ตัดสินใจเลิกเสพ ผู้ป่วยอาจเลือกที่จะเลิกเสพในทันทีเลยก็ได้ หรืออาจค่อยๆ ลดจนเลิก ซึ่งวิธีการหลังนี้ บุคลากรจะต้องเป็นผู้กำหนดวันเลิกเสพที่เป็นไปได้จริงสำหรับผู้ป่วยนั้นๆ (แต่ไม่ควรเกิน 2-4 สัปดาห์นับจากครั้งแรก) จากนั้นกำหนดปริมาณการเสพที่ต้องลดลงให้ชัดเจนในแต่ละเวลาและแต่ละวัน เช่น ลดการเสพวันละ 1 มวน และห้ามเสพจนกว่าจะผ่านมื้ออาหารเช้าหรือเที่ยงในแต่ละวันไปแล้ว เป็นต้น โดยอธิบายหรือเขียนเป็นแผนให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

AW CPG handbook.indd 40 18/8/2555 9:06:57

- **ลั่น**วาจา (Tell family and others): บอกคนในครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงาน ถึงความตั้งใจในการเลิกเสพ และขอกำลังใจและการสนับสนุนจากทุกคน
- พร้อม**ลง**มือ (Anticipate challenges): วางแผนรับมือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการเลิกเสพ รวมทั้งพร้อมรับมืออาการถอนนิโคติน นำเทคนิค 5D ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else, destination เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น
- **ละ**อุปกรณ์ (Remove all tobacco-related products): กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกทุกชนิด รวมทั้งหมากพลู และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พร้อมหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เคยใช้เสพเป็นประจำ

1.4 การนิเทศแบบเข้ม (Intensive Counseling)

หลักการนิเทศแบบเข้มที่ดี ควรเน้น 2 ประเด็น ได้แก่

1. การฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา (practical/problem solving skill counseling)[1,2,15,25] ประกอบด้วย
   - ค้นหาแรงจูงใจในการเลิกเสพ
   - เน้นย้ำการเลิกเสพอย่างแท้จริง เด็ดขาดและรวดเร็วที่สุด
   - ทบทวนประสบการณ์การเลิกเสพในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพซ้ำ
   - ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตประจำวัน (เช่น อาหาร การออกกำลังกาย ฯ)
   - วางแผนล่วงหน้าเพื่อรับมือกับอาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น และวางแผนป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เสพยาสูบต่อไปอีก
   - หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่เลิกเสพยาสูบด้วย
   - แนะนำให้ชวนคนที่เสพในบ้านให้เลิกเสพด้วยพร้อมกัน หรืออย่างน้อยขอร้องให้อย่าเสพต่อหน้า
   - จัดให้มีบุคลากรที่คอยสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และเสริมสร้างแรงจูงใจ (Intra-treatment support)
   - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนและกำลังใจจากภายนอกสถานพยาบาลด้วย(Extra-treatmentsupport)เช่นจากกลุ่มจิตอาสาพาเลิกยาสูบที่จัดตั้งขึ้นในสถานพยาบาลหรือในชุมชนซึ่งมักประกอบด้วย แกนนำในชุมชน และกลุ่มคนที่เลิกเสพได้แล้ว ร่วมกับญาติพี่น้อง หรือสมาชิกในครอบครัว

AW CPG handbook.indd 41 18/8/2555 9:06:57

2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (behavioral modification)[1,2,14-15] ได้แก่ การฝึกฝนพัฒนาตนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจสุ่มเสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาสูบซ้ำอีก สอนให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น (trigger) และรู้จักเบี่ยงเบนความคิด เมื่อเกิดอาการหรือคิดอยากเสพอีก (ดูภาคผนวก) อาจแนะนำเทคนิคที่เรียกว่า 5D (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] ได้แก่ delay (เลื่อนระยะเวลา), deep breathe (สูดหายใจลึกๆ ตั้งสมาธิ), drink water (ดื่มน้ำสะอาดมากๆ), do something else (เปลี่ยนอิริยาบถหรือกิจกรรม), destination (ย้ำเตือนตนเองถึงเป้าหมายที่ตนได้ตั้งใจเลิกเสพแล้ว) เพื่อรับมืออาการถอนนิโคตินที่จะเกิดขึ้น

ตารางที่ 4: แสดงแนวทางแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยในการกระตุ้นให้ยังคงเสพยาสูบ[29]

ปัจจัยเสี่ยง	แนวทางแก้ไข
อาการถอนนิโคติน เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย เวียนศีรษะ ไม่มีสมาธิ ใจสั่น	ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผลไม้รสเปรี้ยว
ความเครียด จากชีวิตประจำวัน	รู้จักปล่อยวาง ฝึกจิต ไม่จริงจังกับชีวิตจนเกินไป ฝึกมองปัญหาต่างๆ ในมุมบวก
ความเครียด จากการทำงาน	ทำหน้าที่ของตนให้ดีที่สุด หากยังถูกตำหนิก็รับฟังแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข มองสิ่งต่างๆ รวมทั้งคำตำหนิในมุมบวก
คนใกล้ชิดหรือกลุ่มเพื่อนเสพยาสูบ	หลีกหนีชั่วคราวให้ไกลจากกลุ่มผู้ที่เสพยาสูบ โดยเฉพาะใน 2-3 สัปดาห์แรก รู้จักปฏิเสธในสิ่งที่ไม่ดีแก่ตน
พฤติกรรมความเคยชินและสถานที่ที่เคยเสพเป็นประจำ เช่น ที่โต๊ะอาหาร หลังอาหารแต่ละมื้อ ในห้องน้ำ เป็นต้น	เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิม สร้างพฤติกรรมใหม่ที่ไม่สุ่มเสี่ยง เช่น หลีกเลี่ยงการนั่งที่โต๊ะอาหารนานๆ จัดห้องทำงานหรือห้องนอนให้ดูแปลกตามจากเดิม ย้ายเฟอร์นิเจอร์ไปตามมุมใหม่ๆ ติดโปสเตอร์เตือนสติไว้ตามพื้นที่สุ่มเสี่ยง

AW CPG handbook.indd 42 18/8/2555 9:06:57

ปัจจัยเสี่ยง	แนวทางแก้ไข
อุปกรณ์การเสพ เช่น ที่เขี่ยบุหรี่ ไฟแช็ค	กำจัดอุปกรณ์ทั้งหมดในการเสพยาสูบโดยไม่ต้องเสียดาย จำไว้ว่าอุปกรณ์เหล่านี้เป็นเครื่องมือการคร่าชีวิตตนเองทั้งสิ้น
การเที่ยวกลางคืน	เลิกพฤติกรรมนี้ อย่างน้อยชั่วคราว 1-2 เดือน หาพฤติกรรมอื่นๆ ที่สร้างสรรค์มาทดแทน เช่น การออกกำลังกาย ไปฟิตเนส เต้นแอโรบิค ฝึกนั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้ ดูหนัง ทำกิจกรรมเพื่อชุมชน เป็นต้น
การดื่มสุรา	เลิกพฤติกรรมนี้ กล้าปฏิเสธ รู้จักทดแทนด้วยพฤติกรรมสร้างสรรค์อื่นๆ เช่น การออกกำลังกาย ไปฟิตเนส เต้นแอโรบิค ฝึกนั่งสมาธิ ปลูกต้นไม้ ดูหนัง ทำกิจกรรมเพื่อชุมชน เป็นต้น หรืออาจทดแทนสุราด้วยเครื่องดื่มที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น โคล่า โซดา

1.5 การใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ (Tobacco cessation medications)

ปัจจุบันมียาหลายชนิดที่มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิศักย์เหนือกว่ายาหลอกในการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกเสพยาสูบได้สำเร็จให้มากขึ้น ยาเหล่านี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม[30-31] ได้แก่

1. สารนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy-NRT) เป็นยาที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบหลัก เพื่อทดแทนสารนิโคตินที่เคยได้รับจากผลิตภัณฑ์ยาสูบ สารนิโคตินจากยาจะช่วยลดอาการถอนนิโคตินหรือที่มักเรียกกันติดปากว่าอาการอยากบุหรี่ให้น้อยลง พบว่าการใช้ NRT อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้เสพมีโอกาสเลิกเสพได้สำเร็จมากขึ้น[32-36] ในปัจจุบันประเทศไทยมี NRT อยู่ 2 รูปแบบเท่านั้น ได้แก่ แบบแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) (น้ำหนักคำแนะนำ +)[‡] และหมากฝรั่ง (nicotine gum) (น้ำหนักคำแนะนำ +)[‡] ในอนาคตจะมีแบบเม็ดอม (nicotine lozenges) (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)[‡] อีกด้วย

AW CPG handbook.indd 43 18/8/2555 9:06:58

2. ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน ได้แก่ bupropionSR (น้ำหนักคำแนะนำ +)[I], varenicline (น้ำหนักคำแนะนำ +)[I] และ nortriptyline (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ช่วยลดอาการถอนนิโคตินได้และทำให้ผู้สูบสามารถเลิกยาสูบได้สำเร็จมากขึ้น[37-45]

- แนะนำอย่างยิ่งให้ภาครัฐส่งเสริมให้ผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบสามารถเข้าถึงยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] เนื่องจากยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานทุกชนิดที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ หมากฝรั่งนิโคติน[32-35], แผ่นติดนิโคติน[34,36], bupropionSR[37-38], varenicline[39-44] และ nortriptyline[45] มีประสิทธิภาพสูงกว่ายาหลอกและช่วยให้ผู้เสพยาสูบสามารถเลิกเสพได้มากขึ้นกว่าการนิเทศเพียงอย่างเดียว อีกทั้งมีหลักฐานชัดเจนว่าการใช้ยามาตรฐานเหล่านี้ในบริการเลิกยาสูบนั้นมีความคุ้มค่าต่อการลงทุนโดยภาครัฐ[48-50] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]
- แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานเฉพาะในผู้เสพที่มีความประสงค์จะเลิกเสพยาสูบอย่างแท้จริง ร่วมกับ ข้อหนึ่งข้อใด (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] ดังต่อไปนี้
  1. ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ ถุงลมโป่งพอง หืด มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอดส์ โรคติดยาเสพติด โรคจิตประสาท
  2. เสพติดนิโคตินตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป กล่าวคือ มีคะแนน HSI อย่างน้อย 3 หรือมากกว่า
  3. เคยล้มเหลวในการเลิกเสพมาก่อนภายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
- แนะนำอย่างยิ่งให้ติดตามอาการผู้ป่วยที่ได้รับยาช่วยเลิกยาสูบทุกรายอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งอธิบายถึงผลข้างเคียงที่เป็นไปได้ของยาแต่ละชนิดที่เลือกใช้ให้แก่ผู้ป่วยได้รับทราบก่อนเริ่มใช้ยา (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]
- แนะนำอย่างยิ่งให้บำบัดผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาช่วยเลิกยาสูบด้วยการนิเทศในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมร่วมด้วยเสมอ ไม่ว่าจะเป็นแบบสังเขปแบบเข้ม หรือทางโทรศัพท์ก็ตาม (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการบำบัด[1-3,25] ไม่แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบโดยปราศจากการนิเทศแก่ผู้ป่วยเลย[1-3,25,30-31] (น้ำหนักคำแนะนำ --)[I]
- ในการเลือกใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานว่าจะใช้ชนิดใดเป็นยาแรกนั้น แนะนำ

AW CPG handbook.indd 44 18/8/2555 9:06:58

ให้พิจารณาถึงประสิทธิผล ข้อดี ข้อเสีย ผลข้างเคียงของยา ความประสงค์ของผู้ป่วย รวมทั้งประสบการณ์ในความพยายามเลิกเสพครั้งก่อนๆ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] โดยให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป[1-3,25] นอกจากนี้ ในรายที่จำเป็นและใช้ยาเพียงชนิดเดียวไม่ได้ผลนั้น แนะนำให้ใช้ยาอย่างน้อย 2 ชนิดร่วมกัน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกเสพให้สำเร็จได้มากขึ้น[1-2,30,46]

- แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน[1-3,14,25,30-32] (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] มีข้อมูลบางแห่งระบุว่าการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเกินจากระยะเวลาดังกล่าว เช่น 6 เดือนสำหรับยา varenicline อาจช่วยลดโอกาสการกลับมาเสพซ้ำได้ด้วย[41] (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)[II] นอกจากนี้ไม่แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานสั้นกว่า 3 เดือน[1,25,30-31,34] (น้ำหนักคำแนะนำ -)[II] เพราะอาจทำให้โอกาสการกลับมาเสพซ้ำสูงขึ้นได้
- ไม่แนะนำอย่างยิ่งในการใช้ยาอื่นใดที่อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงอย่างรุนแรงแก่ผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะยา กลุ่ม benzodiazepine และยาต้านโรคซึมเศร้าชนิดอื่นๆ ในการบำบัด[1-3,14,25] (น้ำหนักคำแนะนำ --)[II]

ขนาดและวิธีใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานแต่ละชนิด[1-3,15,25,31,34-35,39-40]

นิโคตินทดแทน ชนิดแผ่นติดผิวหนัง (Nicotine Patch)

ขนาดยา
- ผู้ที่เสพน้อยกว่า 20 มวนต่อวัน ใช้ขนาด 14 มิลลิกรัม ติด 24 ชั่วโมงต่อแผ่น เป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ และลดขนาดยาลงเป็นขนาด 7 มก. เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์
- ผู้ที่เสพตั้งแต่ 20 มวนต่อวันขึ้นไป ใช้ขนาด 21 มก. ติด 24 ชั่วโมงต่อแผ่น เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์และลดขนาดยาลงเป็นขนาด 14 มก. เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์ จากนั้นลดลงเป็น 7 มก.อีก 3-4 สัปดาห์

วิธีใช้ ควรติดแผ่นยาบริเวณที่ไม่มีขน ไม่มัน ไม่มีบาดแผลอักเสบ โดยอาจติดบริเวณคอ สะโพกหรือต้นแขนด้านนอก ควรติดแผ่นยาทุกวันในเวลาเดียวกัน ติดไว้ 24 ชั่วโมง ยกเว้นมีปัญหานอนไม่หลับหรือฝันร้ายให้ดึงออกขณะนอนหลับ ในบางรายที่มีประวัติเสพติดรุนแรงหรือมีอาการถอนนิโคตินมากอาจพิจารณาติดแผ่นยา 2 แผ่นพร้อมกันในตำแหน่งที่แตกต่างกันได้

AW CPG handbook.indd 45 18/8/2555 9:06:58

อาการไม่พึงประสงค์ ระคายเคืองผิวหนัง นอนไม่หลับ

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ถ้านอนไม่หลับให้ดึงยาออกก่อนนอน ถ้าระคายเคืองผิวหนังให้เปลี่ยนที่ติดหรือทายาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่แพ้นิโคติน, ผู้ป่วยที่แพ้แผ่นติดผิวหนัง, life-threatening arrhythmia, recent myocardial infarction ภายในเวลา 2 สัปดาห์
2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วย hyperthyroidism, ผู้ป่วย DM type 1

Pregnancy risk category: D

ข้อดี ใช้สะดวก ง่าย วันละ 1 ครั้ง ขนาดยาคงที่ได้อย่างต่อเนื่องตลอดวัน ช่วยให้ลดอาการถอนนิโคตินได้ดี มีผลข้างเคียงไม่มากนัก

ข้อเสีย ปรับยาไม่ได้ ระดับนิโคตินที่ได้ในกระแสเลือดขึ้นช้าและต่ำ

หมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine Gum)

ขนาดยา ใช้เคี้ยว 1-2 ชิ้นเมื่อมีอาการถอนนิโคติน (ทุก 1-2 ชั่วโมง) หรือใช้หลักง่ายๆ ว่า 1 ชิ้นของหมากฝรั่งขนาด 4 มก.แทนบุหรี่/ยาสูบ 1 มวน
ผู้ที่เสพวันละ 10-24 มวน ใช้ขนาด 2 มก. ไม่เกินวันละ 30 ชิ้น
ผู้ที่เสพวันละ 25 มวนขึ้นไป ใช้ขนาด 4 มก. ไม่เกินวันละ 15 ชิ้น

วิธีใช้ ต้องงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรด (เช่น กาแฟ น้ำส้ม น้ำอัดลม อาหารรสเปรี้ยว) อย่างน้อย 15 นาทีก่อนใช้ยา เนื่องจากจะลดการดูดซึมยา การเคี้ยวยาให้เคี้ยวช้าๆ จนได้รสเผ็ดซ่า แล้วอมหมากฝรั่งไว้ที่กระพุ้งแก้มและเหงือกจนกระทั่งรสซ่าหายไปจึงนำมาเคี้ยวใหม่ สลับกันไปเช่นนี้ (chew & park technique) โดยใช้เวลาประมาณ 20-60 นาทีต่อเม็ด

อาการไม่พึงประสงค์ อาจมีอาการ ปวดกราม สะอึก ท้องอืด ปวดท้อง แผลในปาก

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ เคี้ยวยาให้ถูกต้อง ไม่เคี้ยวเร็วจนเกินไป หลีกเลี่ยงการกลืนน้ำลายระหว่างเคี้ยวยา

AW CPG handbook.indd 46 18/8/2555 9:06:58

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยแพ้นิโคติน, ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางทันตกรรม, life-threatening arrhythmia, recent myocardial infarction ภายในเวลา 2 สัปดาห์, ผู้ป่วยที่มีปัญหา peptic ulcer
2. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด, ผู้ป่วย hyperthyroidism, ผู้ป่วย DM

Pregnancy risk category C

ข้อดี ใช้สะดวก ปรับขนาดยาได้เอง ใช้ระงับอาการถอนนิโคตินได้ค่อนข้างดีกว่าแผ่นติดนิโคติน เนื่องจากได้ระดับนิโคตินที่สูงขึ้นเร็วกว่าหลังใช้

ข้อเสีย ต้องเคี้ยวให้ถูกวิธี มีระยะเวลาในการออกฤทธิ์สั้น ทำให้ต้องใช้ยาบ่อย ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางทันตกรรมอาจไม่สามารถใช้ได้

Bupropion HCL Sustained Release

ขนาดยา 150 มก.รับประทานวันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นเพิ่มเป็น 150 มก. วันละ 2 เวลา เช้า-เย็น ห่างกันอย่างน้อย 8 ชั่วโมง โดยให้ผู้สูบเริ่มรับประทานยา 1-2 สัปดาห์ก่อนลงมือเลิกเสพยาสูบ ห้ามรับประทานเกินวันละ 300 มก.

วิธีใช้ กลืนยาทั้งเม็ด ห้ามหักหรือเคี้ยว

อาการไม่พึงประสงค์ นอนไม่หลับ ปากแห้ง ปวดศีรษะ มือสั่น ชัก (1:1,000)

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ถ้านอนไม่หลับให้พยายามรับประทานมื้อตอนเย็นในเวลาบ่ายแทน หรืออาจลองใช้ยาขนาดลดลงเป็นวันละ 150 มก. แทน

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคลมชัก (seizure disorders), bulimia, anorexia nervosa
2. ห้ามใช้ร่วมกับยากลุ่ม MAOIs
3. ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการชัก

Pregnancy risk category C

ข้อดี ใช้รับประทาน ไม่มีส่วนผสมของนิโคติน ใช้ร่วมกับ NRT ได้ จากผลการศึกษาพบว่าการใช้ยา bupropion จะสามารถเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลิกเสพยาสูบในระยะยาวได้มากกว่าการใช้ NRT เพียงอย่างเดียว

AW CPG handbook.indd 47 18/8/2555 9:06:58

ข้อเสีย มีผลข้างเคียงบ้าง เช่น ปากแห้ง นอนไม่หลับ

Varenicline

เป็นยารับประทานที่ออกฤทธิ์เป็น partial agonist และ partial antagonist ของ alpha4-beta2 nicotinic receptors ทำให้สามารถลดทั้งอาการอยากบุหรี่/ยาสูบ และป้องกัน positive reinforcement จากการเสพยาสูบลงได้พร้อมๆ กัน

ขนาดยา 0.5 มก. รับประทาน วันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน หลังจากนั้นเพิ่มเป็น 0.5 มก. เช้า-เย็น จนครบ 7 วัน และเพิ่มเป็น 1.0 มก. เช้า-เย็น โดยให้ผู้สูบเริ่มรับประทานยา 1-2 สัปดาห์ก่อนลงมือเลิกเสพยาสูบ

วิธีใช้ กลืนยาทั้งเม็ดพร้อมอาหาร และไม่ควรรับประทานยาตอนก่อนนอน

อาการไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ ฝันแปลกๆ (vivid dream)

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ รับประทานยาพร้อมอาหารจะลดอาการคลื่นไส้อาเจียนลงได้ อาการคลื่นไส้มักจะดีขึ้นหลังรับประทานยาไปได้ราว 1-2 สัปดาห์

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีโรคไตวายระยะสุดท้าย (end-stage renal disease), อายุต่ำกว่า 18 ปี, สตรีตั้งครรภ์
2. ใช้อย่างระมัดระวังในผู้ที่มีประวัติโรคลมชักหรือโรคทางจิตเวชต่างๆ

Pregnancy risk category C

ข้อดี ใช้วิธีรับประทาน เป็นยาที่มีการศึกษาว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกเสพยาสูบได้สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับยาช่วยเลิกยาสูบชนิดอื่น ๆ

ข้อเสีย มีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แต่ไม่รุนแรง

Nortriptyline

ขนาดยา 50-75 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง โดยเริ่มจากขนาดยาประมาณ 10-25 มก./วัน และเพิ่มขึ้นช้าๆทุก 3-5 วัน ถ้าไม่มีผลข้างเคียง

วิธีใช้ รับประทานยาวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน โดยให้เริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วันก่อนกำหนดวันเลิกยาสูบ

อาการไม่พึงประสงค์ ง่วงนอน ปากแห้ง ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะไม่ออก

AW CPG handbook.indd 48 18/8/2555 9:06:58

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ พิจารณาใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามเท่านั้น และเลือกใช้ขนาดยาที่เหมาะสม โดยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาอย่างช้าๆ พร้อมติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

Pregnancy risk category D

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

1. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหา cardiac arrhythmia โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางสมองและระบบประสาท
2. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยากลุ่ม MAOI ภายใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้า
3. การหยุดยาต้องค่อยๆ ลดขนาดยาลงในเวลา 2-4 สัปดาห์ ห้ามหยุดยาทันที

ข้อดี ราคาถูก เป็นยาช่วยเลิกยาสูบเพียงชนิดเดียวที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในปัจจุบัน

ข้อเสีย มีผลข้างเคียงมาก เช่น ปากแห้ง ง่วงนอน และต้องระวังในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด

ชาหญ้าดอกขาว (Vernonia cinerea Less)

ขนาดยา ชาหญ้าดอกขาวครั้งละ 1 ซอง (น้ำหนัก 3 กรัม ต่อซอง) วันละ 3 ครั้ง

วิธีใช้ รับประทานชาหญ้าดอกขาวครั้งละ 1 ซอง (น้ำหนัก 3 กรัมต่อซอง) ผสมกับน้ำ 150 มิลลิลิตร ดื่มวันละ 3 ครั้ง โดยเริ่มรับประทานชาอย่างน้อย 7 วันก่อนกำหนดวันเลิกเสพ และรับประทานต่ออีก 7 วัน (รวมทั้งสิ้น 14 วัน)

อาการไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้ ชาลิ้น รับประทานอาหารไม่อร่อย

Pregnancy risk category ไม่ทราบ

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ ไม่ทราบ

ข้อดี ราคาถูก เป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ

ข้อเสีย ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว และยังไม่มีข้อมูลประสิทธิภาพในการรักษาโรคเสพยาสูบในระยะยาว ต้องทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

AW CPG handbook.indd 49 18/8/2555 9:06:58

ตารางที่ 5: เปรียบเทียบวิธีใช้และข้อดีข้อเสียของยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานแต่ละชนิด[1-3,14,25,31]

น้ำหนักคำแนะนำ	ยาช่วยเลิกยาสูบ	ขนาดยา	ระยะเวลา (สัปดาห์)	Estimated Odds Ratio (95%CI)	ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อควรระวัง
+	แผ่นติดนิโคตินชนิด (Nicotine patch)	**>10 มวน/วัน:** 21mg/24hr x 6-8 wk ติดวันละ 1 ครั้ง ตอนเช้าหรือเย็นก็ได้; จากนั้นลดเป็น 14mg/24hr & 7mg/24hr ทุกๆ 2-4 wk **≤10มวน/วัน:** 14mg/24hr x 6wk; แล้วลดเป็น 7mg/24 hr x 2-4 wk	6-16	1.9 (1.7-2.2)	ออกฤทธิ์ยาวและระดับยาคงที่	onset ช้า ไม่เหมาะกับ break-through craving; เกิดผิวหนังอักเสบ (50%)	หลีกเลี่ยงในสตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category D) หรือให้นมบุตร; ระวังการใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน
+	หมากฝรั่งนิโคติน	**≥25 มวน/วัน:** ใช้ 4 mg โดย week 0-6 ให้ 1 ชิ้น ทุก 1-2 hr จากนั้นค่อยๆ ลดลงโดยเพิ่มระยะห่างของการเคี้ยวออกไป หรืออาจพิจารณาจากจำนวนบุหรี่/ยาสูบ ที่สูบต่อวัน โดย หมากฝรั่ง (4mg) 1 เม็ด แทนบุหรี่/ยาสูบ 1 มวน; **< 25 มวน/วัน:** ใช้ 2 mg ด้วย schedule เดียวกัน	6-14	1.5 (1.2-1.7)	ใช้ง่าย ลดอาการถอนนิโคตินแบบ break-through craving ได้ดี; ชะลอ weight gain ได้	ต้องเคี้ยวให้ถูกวิธี (Chew and Park technique) เพื่อลดผลข้างเคียง	ผู้ที่มี Temporomandibular joint (TMJ) disease หรือใช้ฟันปลอม; ในสตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C); ระวังการใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน

AW CPG handbook.indd 50 18/8/2555 9:06:58

น้ำหนักคำแนะนำ	ยาช่วยเลิกยาสูบ	ขนาดยา	ระยะเวลา (สัปดาห์)	Estimated Odds Ratio (95%CI)	ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อควรระวัง
+	Bupropion-SR	เริ่มยาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ก่อนหยุดเสพยาสูบ โดยให้ขนาด150 mg po QD x 3 วัน แล้วเพิ่มเป็น 150 mg BID	12-24	2.0 (1.8-2.2)	ใช้ในผู้ป่วย cardio-vascular disease ได้; ชะลอ weight gain ได้; ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มี depres-sion ด้วย	Seizure (1:1,000); eating disorders; นอนไม่หลับ (35-40%)	ผู้ป่วยโรคลมชัก; ผู้ป่วยใช้หรือเคยใช้ยากลุ่ม MAOI; สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C)
+	Vareni-cline	เริ่มยาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ก่อนหยุดเสพยาสูบ โดยให้ขนาด 0.5 mg po QD x 3 วัน จากนั้น 0.5 mg BID ในวันที่ 4-7 และ 1mg BID ต่อจากนั้นจนครบ 12 สัปดาห์	12-24	3.1 (2.5-3.8)	ได้ผลสูงสุด; ลด positive reinforce-ment ได้; .ใช้ในผู้ป่วย cardio-vascular disease ที่อาการคงที่ได้	Nausea (30%); abnormal dreams (5%)	สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C); ผู้ป่วย end-stage renal disease; ผู้ป่วยโรคลมชักหรือมี psychiatric disorders ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด

AW CPG handbook.indd 51 18/8/2555 9:06:58

น้ำหนักคำแนะนำ	ยาช่วยเลิกยาสูบ	ขนาดยา	ระยะเวลา (สัปดาห์)	Estimated Odds Ratio (95%CI)	ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อควรระวัง
++	Nortriptyline	เริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วัน ก่อนหยุดบุหรี่ โดยให้ขนาด 10-25 mg po QD แล้วเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อยๆทุก 3-5 วัน จนถึง 75 mg QD	12	1.8 (1.3-2.6)	ประสิทธิภาพดี; ราคาถูกมาก; มีใช้กว้างขวาง	ปากแห้ง คอแห้ง ง่วงนอน ปัสสาวะคั่ง	สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category D); หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคหัวใจทุกประเภท และผู้ที่เคยใช้ยากลุ่ม MAOI ภายใน 2 สัปดาห์
++	ชาหญ้าดอกขาว (Vernonia cinerea Less)	ชงน้ำร้อนดื่ม ครั้งละ 1 ซอง (น้ำหนัก 3 กรัม ต่อซอง) วันละ 3 ครั้ง	6-12	ไม่ทราบ	ราคาถูก เป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ	ยังไม่มีข้อมูลประสิทธิ-ภาพในการบำบัดในระยะยาว	ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ในระยะยาว

AW CPG handbook.indd 52 18/8/2555 9:06:58

ตารางที่ 6: แสดงประสิทธิภาพของยาช่วยเลิกยาสูบชนิดต่างๆ เปรียบเทียบกัน[1-3,25]

ยาช่วยเลิกบุหรี่	Odds Ratio† (95%CI)	Odds Ratio‡ (95%CI)
Monotherapy		
แผ่นติดนิโคตีน ขนาดสูง (>25 มิลลิกรัม)	2.3 (1.7-3.0)	1.2 (0.9-1.6)
หมากฝรั่งนิโคตีน (ไม่เกิน 3 เดือน)	1.5 (1.2-1.7)	0.8 (0.6-1.0)
หมากฝรั่งนิโคตีน (3-6 เดือน)	2.2 (1.5-3.2)	1.2 (0.8-1.7)
Bupropion SR	2.0 (1.8.2.2)	1.0 (0.9-1.2)
Varenicline	3.1 (2.5-3.8)	1.6 (1.3-2.0)
Nortriptyline	1.8 (1.3-2.6)	0.9 (0.6-1.4)
Combination Therapy		
แผ่นติดนิโคตีน + หมากฝรั่งนิโคตีน (เคี้ยวเฉพาะเวลาอยากบุหรี่)	3.6 (2.5-5.2)	1.9 (1.3-2.7)
แผ่นติดนิโคตีน + Bupropion SR	2.5 (1.9-3.4)	1.3 (1.2-1.8)
แผ่นติดนิโคตีน + Nortriptyline	2.3 (1.3-4.2)	0.9 (0.6-1.4)
แผ่นติดนิโคตีน + ยาต้านซึมเศร้ากลุ่ม second generation (paroxetine, venlafaxine)	2.0 (1.2-3.4)	1.0 (0.6-1.7)

†เมื่อเปรียบเทียบกับ placebo

‡เมื่อเปรียบเทียบกับแผ่นติดนิโคตีนเพียงอย่างเดียว

1.6 แนวทางเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและประสงค์จะเลิกเสพ

- แนะนำอย่างยิ่งให้บำบัดโรคเสพยาสูบควบคู่กันไปกับการรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]
- แนะนำอย่างยิ่งให้ตรวจวินิจฉัยและติดตามผลการบำบัดผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังต่างๆ และประสงค์จะเลิกเสพเหล่านี้ทุกรายที่สถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] หากยังไม่สามารถเลิกเสพได้ แม้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมแล้วภายใน 3 เดือนหลังเริ่มการบำบัด แนะนำให้ส่งตัวไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]

AW CPG handbook.indd 53 18/8/2555 9:06:58

- แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานในผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้ทุกรายที่ไม่มีข้อห้ามสำหรับการใช้ยา (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]

1.7 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการบำบัด

- หากสถานพยาบาลใดยังขาดความพร้อมในการบำบัดโรคเสพยาสูบ แนะนำอย่างยิ่งให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่าโดยเร็วที่สุดเพื่อรับการบำบัดโรคเสพยาสูบ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]
- แนะนำอย่างยิ่งให้ส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโรคเสพยาสูบอย่างเหมาะสมแล้วแต่ยังเลิกเสพยาสูบไม่ได้ ภายใน 3 เดือน หลังเริ่มการบำบัด ไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]

เอกสารอ้างอิง

1. U.S. deparment of health and human service. Clinical Practice Guideline: Treatign tobacco use & dependence: 2008 update. Public Health Service, May 2008: 73-142.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Smoking cessation: Clinical practice guideline no. 18. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service 2000.
3. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
4. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Global adult tobacco survey: Thailand country report. World Health Organization 2009, Thailand.
5. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ, 2535: มาตรา 3.
6. Hatsukami DK, Le CT, Zhang Y, et al. Toxicant exposure in cigarette reducers versus light smokers. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006;15(12):2355-8.
7. Shiffman S, Ferguson SG, Strahs KR. Quitting by gradual smoking reduction using nicotine gum: a randomized controlled trial. Am J Prev Med. 2009;36(2):96-104.
8. Cheong Y, Yong HH, Borland R. Does how you quit affect success? A comparison between abrupt and gradual methods using data from the International Tobacco Control Policy Evaluation Study. Nicotine Tob Res. 2007;9(8):801-10.
9. Martin-Lujan F, Piñol-Moreso JL, Martin-Vergara N, et al. Effectiveness of a structured motivational intervention including smoking cessation advice and spirometry information in the primary care setting: the ESPITAP study. BMC Public Health. 2011;11:859.

AW CPG handbook.indd 54 18/8/2555 9:06:58

10. Spata J, Kelsberg G, Safranek S. Clinical inquiries. Does office spirometry improve quit rates in smokers? J Fam Pract. 2010;59(10):593-4.
11. Parkes G, Greenhalgh T. Paradoxes of spirometry results, and smoking cessation. Prim Care Respir J. 2010;19(3):295-6.
12. Katz A, Lambert-Lanning A, Miller A, et al. Delivery of preventive care: the national Canadian Family Physician Cancer and Chronic Disease Prevention Survey. Can Fam Physician. 2012;58(1):e62-9.
13. White AR, Rampes H, Liu JP, et al. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(1):CD000009.
14. Swartz SH, Hays JT. Office-based intervention for tobacco dependence. Med Clin North Am 2004; 88(6):1623-41.
15. West R. McNeil A, Raw M. National smoking cessation guidelines for health professionals. an update. Thorax. 2000;55: 987-999.
16. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of systemic Reviews 2000; (2)CD000165.
17. West R. & Shiffman S. Smoking Cessation. Fast Facts: Indispensable Guides to Clinical Practice. Oxford: Health Press Limited; 2004
18. Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2011;12:CD008743.
19. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviours. Am Psychol 1992; 47:1102.
20. Borland R, Yong HH, O'Connor RJ, et al. The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. Nicotine Tob Res. 2010;12 Suppl:S45-50.
21. Hammond D, Fong GT, Zanna MP, et al. Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries. Am J Prev Med. 2006;31(3):225-32.
22. Hajek P, Stead LF, West R, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(1):CD003999.
23. McEwan A. & West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. Tobacco Control; 2001;10(1):27-32.
24. Hajek P, Stead L.F, West R, Jarvis M. & Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art.
25. McRobbie H, Bullen C, Glover M, et al. New Zealand smoking cessation guidelines. N Z Med J. 2008;121(1276):57-70.
26. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2):CD000165.

AW CPG handbook.indd 55 18/8/2555 9:06:58

27. U.S. deparment of health and human service. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. DHHS Publication; 2001
28. Demers RY et al. The impact of physician's brief smoking cessation counseling. a MIRNET study. J Fam Pract 2001; 50:138-144.
29. เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา. การดูแลรักษาโรคติดบุหรี่โดยไม่ใช้ยา. ใน: สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา รณชัย คงสกนธ์. (บรรณาธิการ) ตำราพิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์; 2552. หน้า 360-374.
30. Eisenberg MJ, Filion KB, Yavin D, et al. Pharmacotherapies for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. CMAJ 2008; 179:135-44
31. Nides M. Update on pharmacology options for smoking cessation treatment. Am J Med 2008; 121(4): S20-S31.
32. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Sys Rev. 2004;(3):CD000146.
33. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Sys Rev. 2008, Issue 1. Art. No. :CD000146.
34. Fagerström K. Nicotine replacement in smoking cessation. Breathe 2005;2:66-68.
35. Rungruanghiranya S, Ekpanyaskul C, Hattapornsawan Y, et al. Effect of nicotine polyestex gum on smoking cessation and quality of life. J Med Assoc Thai 2008;91:1656-62.
36. Hughes JR, Peters EN, Naud S. Effectiveness of over-the-counter nicotine replacement therapy: a qualitative review of nonrandomized trials. Nicotine Tob Res. 2011;13(7):512-22.
37. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. N Engl J Med 1997;337:1195-91.
38. Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N Engl J Med 1999;340:685-91.
39. Jorenby DE, Hays JT, Riigotti NA, et al. Efficacy of Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, VS placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation. JAMA 2006;56-63.
40. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, VS sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA 2006;296:47-55.
41. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effe4ct of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled-trial. JAMA 2006;296:64-71.
42. Tsai ST, Cho HJ, Vheng HS, et al. A randomized, placebo-controlled trial of

AW CPG handbook.indd 56 18/8/2555 9:06:58

varenicline, a selective alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptos partial agonnist, as a new therapy for smoking cessation in Asian smokers. Clin Ther 2007;29:1027-39.

43. Nakamura M, Oshima A, Fujimoto Y, et al. Efficacy and tolerability of varenicline an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, in a 12-week, randomized, placebo controlled, dose-response study with 40-week follow-up for smoking cessation in Japanese smokers. Clin Ther 2007;29:1040-56.
44. Stapleton JA, Watson L, Spirling Li, et al. Varenicline in routine treatment of tobacco dependence: a pre-post comparison with conitine replacement therapy and an evaluation in those with mental illness. Addiction 2008;103:146-54.
45. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz Nl, et al. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. Circulation 2010;121:221-9.
46. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with varenicline and nicotine replacement therapy. Nicotine Tob Res. 2009 May;11(5):572-6.
47. Dhippayom T, Chaiyakunapruk N, JongchansitthoT. Safety of nortriptyline at equivalent therapeutic doses for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis. Drug Saf. 2011;34(3):199-210.
48. Thavorn K, Chaiyakunapruk N. A cost-effectiveness analysis of a community pharmacist-based smoking cessation programme in Thailand. Tob Control. 2008;17(3):177-82.
49. Chen PC, Lee YC, Tsai ST, et al. A Cost-Benefit Analysis of the Outpatient Smoking Cessation Services in Taiwan From a Societal Viewpoint. Nicotine Tob Res. 2011 Dec 16. [Epub ahead of print]
50. Taylor M, Leonardi-Bee J, Agboola S, et al. Cost effectiveness of interventions to reduce relapse to smoking following smoking cessation. Addiction. 2011;106(10):1819-26.

AW CPG handbook.indd 57 18/8/2555 9:06:58

บทที่ 2
การบำบัดโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะเลิก

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา

2.1 การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing)

เมื่อพบผู้ป่วยที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกเสพยาสูบ แนะนำให้ทำการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ ชักจูงให้ผู้ป่วยเปลี่ยนใจหันมาอยากเลิกเสพด้วยแนวทาง 5R[1-6] อันประกอบด้วยการพูดคุยใน 5 ประเด็น ได้แก่ relevance, risks, rewards, roadblock, repetition (ตารางที่ 1) (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]

2.2 แนวทางเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังแต่ไม่ประสงค์จะเลิกเสพ

- แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ทุกรายได้รับการสอบถาม พร้อมบันทึกสถานะการเสพยาสูบลงในแฟ้มประวัติทุกๆครั้งที่เข้ารับบริการ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] และแนะนำอย่างยิ่งให้ทำการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจโดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในบริการเลิกยาสูบในโรงพยาบาลนั้นๆ ทุกครั้งจนกระทั่งผู้ป่วยเปลี่ยนใจอยากเลิกเสพ[5-7] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]
- แนะนำให้ส่งตัวผู้ป่วยกลุ่มนี้ไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่ตอบสนองต่อการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV] หรือได้เปลี่ยนใจอยากเลิกเสพแล้ว แต่ยังไม่สามารถเลิกได้สำเร็จหลังจากได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมแล้วอย่างน้อย 1 เดือน (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV]
- แนะนำอย่างยิ่งให้ตรวจวินิจฉัยและติดตามผลการบำบัดผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ทุกรายที่สถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] หากยังไม่สามารถเลิกเสพได้ แม้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมแล้วภายใน 3 เดือนหลังเริ่มการบำบัด แนะนำให้ส่งตัวไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]
- ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการใช้เครื่องวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (exhaled CO) เพื่อสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกเสพให้เปลี่ยนใจมาอยากเลิกเสพ[1-2,8-9] (น้ำหนักคำแนะนำ +/-)[III] ควรรอผลการศึกษาเพิ่มเติมก่อน

AW CPG handbook.indd 58 18/8/2555 9:06:58

- ไม่แนะนำให้ใช้ยาช่วยเลิกยาสูบเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกเสพให้เปลี่ยนใจมาเลิกเสพ[1-2,4,11-13] (น้ำหนักคำแนะนำ -)[II] เนื่องจากมีข้อมูลจำกัดและได้ผลไม่แน่นอน

เอกสารอ้างอิง

1. U.S. deparment of health and human service. Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use & dependence: 2008 update. Public Health Service, May 2008: 73-142.
2. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. Smoking cessation: Clinical practice guideline no. 18. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service 2000.
3. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
4. Swartz SH, Hays JT. Office-based intervention for tobacco dependence. Med Clin North Am 2004; 88(6):1623-41.
5. McRobbie H, Bullen C, Glover M, et al. New Zealand smoking cessation guidelines. N Z Med J. 2008;121(1276):57-70.
6. West R. McNeil A, Raw M. National smoking cessation guidelines for health professionals. an update. Thorax. 2000;55: 987-999.
7. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of systemic Reviews 2000; (2)CD000165.
8. McEwan A. & West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. Tobacco Control; 2001;10(1):27-32.
9. Bittoun R. Carbon Monoxide Meter: The essential clinical tool-the “stethoscope”-of smoking cessation. J Smoking Cessation 2008:3(2): 69-70.
10. West R. & Shiffman S. Smoking Cessation. Fast Facts: Indispensable Guides to Clinical Practice. Oxford: Health Press Limited; 2004
11. Nides M. Update on pharmacology options for smoking cessation treatment. Am J Med 2008; 121(4): S20-S31.
12. Hughes JR, Peters EN, Naud S. Effectiveness of over-the-counter nicotine replacement therapy: a qualitative review of nonrandomized trials. Nicotine Tob Res. 2011;13(7):512-22.
13. Fagerström K. Nicotine replacement in smoking cessation. Breathe 2005;2:66-68.

AW CPG handbook.indd 59 18/8/2555 9:06:58

บทที่ 3
การป้องกันโรคเสพยาสูบในผู้ป่วยที่เลิกเสพแล้วหรือไม่เคยเสพ

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา

โดยทั่วไป การป้องกันโรคเสพยาสูบมิให้เกิดซ้ำ (ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยเสพ และเลิกได้แล้ว) หรือป้องกันผู้เสพหน้าใหม่ (กรณีที่ไม่เคยเสพมาก่อนเลย) มี 3 วิธี ได้แก่

ก. การนิเทศ โดยพยายามเน้นการสนับสนุน ให้กำลังใจ ประคับประคอง ประสาน หาความช่วยเหลือภายนอกจากทั้งครอบครัวของผู้ป่วยเองและชุมชน[1-6]

ข. มาตรการทางสังคม โดยยึดหลักการสร้างค่านิยมใหม่ที่ถูกต้องให้แก่ชุมชน โดยฝึกฝนให้ผู้คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนรับรู้และเข้าใจตรงกันถึงโทษและพิษภัยของการเสพยาสูบต่อทั้งตนเองและผู้อื่นในชุมชนอย่างรอบด้าน รวมทั้งการรักษาสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ไม่เสพยาสูบที่จะไม่รับควันยาสูบมือสองหรือมือสาม ทั้งนี้เพื่อให้คนในชุมชนเกิดค่านิยมใหม่และยอมรับว่าการเสพยาสูบในสถานที่สาธารณะหรือในบ้านเป็นเรื่องที่ไม่ปกติธรรมดาและยอมรับไม่ได้ (social denormalization)[7-9] โดยจัดให้มีกิจกรรมรณรงค์เชิงรุกต่างๆ ในการควบคุมยาสูบในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และติดตามผลอย่างใกล้ชิด

ค. การใช้ยาช่วยเลิกยาสูบบางชนิด เช่น varenicline[10] เป็นต้น

ทั้งนี้ อาจเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือทั้งสามวิธีร่วมกันก็จะยิ่งทำให้การป้องกันโรคเข้มแข็งและได้ผลดียิ่งขึ้น

- แนะนำให้แสดงความชื่นชมและป้องกันการกลับมาเสพซ้ำ ด้วยแนวทาง **“3ย”** ในกรณีที่ผู้ป่วยได้เลิกเสพแล้ว (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV] ประกอบด้วย[11]
  - **ย ยกย่อง** ให้กำลังใจ ชมเชยต่อการลงมือเลิกยาสูบ
  - **ย ย้อนรอย** ถามถึงการเปลี่ยนแปลงและความรู้สึกต่อสภาพร่างกายและจิตใจในปัจจุบัน เมื่อเทียบกับในอดีตขณะที่ยังเสพยาสูบอยู่
  - **ย ย้ำๆ** กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกวิธีป้องกันการกลับไปสูบอีก
- แนะนำให้แสดงความชื่นชมและให้กำลังใจแก่ผู้ที่ไม่เคยเสพยาสูบ มิให้เริ่มทดลองเสพ พร้อมเน้นย้ำถึงพิษภัยของยาสูบทุกชนิดต่อร่างกาย ในทุกครั้งที่บุคคลเหล่านี้เข้ามารับบริการไม่ว่าด้วยสาเหตุใด[1-5] (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV]
- แนะนำให้ริเริ่มหรือเป็นแกนนำร่วมรณรงค์กับประชาชนในชุมชน องค์กรระดับ

AW CPG handbook.indd 60 18/8/2555 9:06:59

ท้องถิ่น วัด และโรงเรียนในการสร้างค่านิยมใหม่ในชุมชนให้ผู้คนในชุมชนไม่ยอมรับพฤติกรรมการเสพยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นผู้คนวัยใดก็ตาม (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV]

- แนะนำให้ริเริ่มหรือเป็นแกนนำร่วมจัดตั้งกลุ่มจิตอาสาพาเลิกยาสูบในสถานบริการหรือในชุมชน โดยรวบรวมกลุ่มผู้ที่เลิกเสพยาสูบได้สำเร็จในชุมชน ร่วมกับอาสาสมัครกลุ่มต่างๆ เช่น ประชาชน ผู้นำชุมชน ครู ผู้นำศาสนาที่สนใจ (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV] จัดอบรมให้ความรู้อย่างง่ายๆแก่อาสาสมัคร เพื่อให้เป็นแกนนำในการรณงค์เชิงรุกระดับชุมชน และเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ผู้ที่ประสงค์จะเลิกเสพในชุมชนนั้นๆ ต่อไป

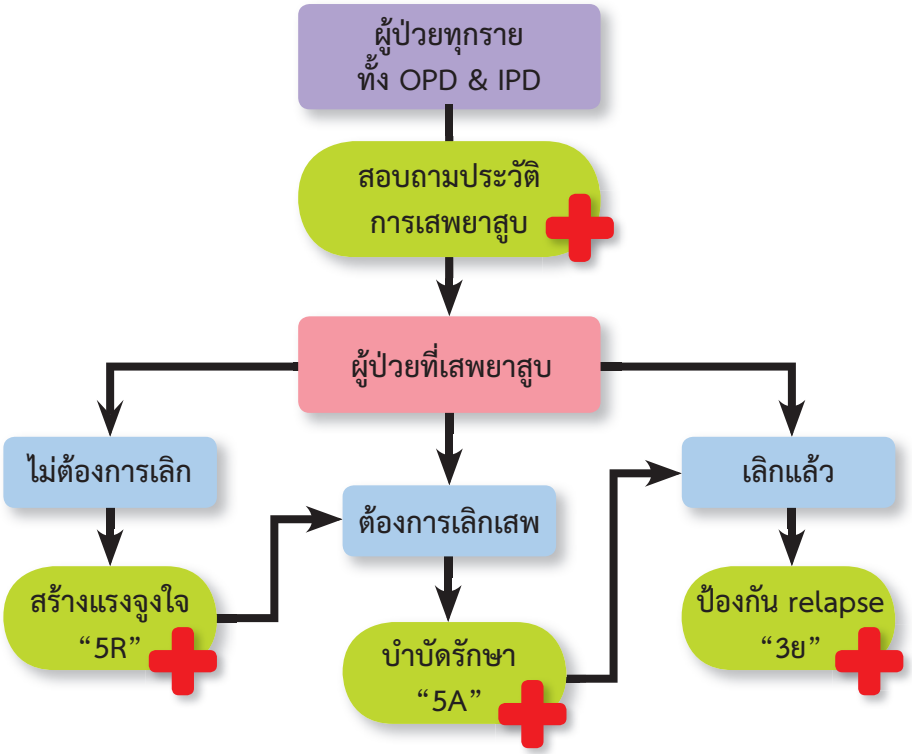
เอกสารอ้างอิง

1. U.S. deparment of health and human service. Clinical Practice Guideline: Treatign tobacco use & dependence: 2008 update. Public Health Service, May 2008: 73-142.
2. West R. McNeil A, Raw M. National smoking cessation guidelines for health professionals. an update. Thorax. 2000;55: 987-999.
3. McEwan A. & West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. Tobacco Control; 2001;10(1):27-32.
4. Hajek P, Stead L.F, West R, Jarvis M. & Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. The Cochrane Database od Systematic Reviews, Issue 1. Art. No.:CD003999.DOI:10.1002/14651858.CD003999.pub2.2005
5. Swartz SH, Hays JT. Office-based intervention for tobacco dependence. Med Clin North Am 2004; 88(6):1623-41.
6. Nides M. Update on pharmacology options for smoking cessation treatment. Am J Med 2008; 121(4): S20-S31.
7. Karen S. Calabro, Tamara C. et al. Denormalization of Tobacco Use and the Role of the Pediatric Health-Care Provider. Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology. 2010, 23(4): 273-278.
8. Hammond D, Fong GT, Zanna MP, et al. Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries. Am J Prev Med. 2006 ;31(3):225-32.
9. Bala M, Strzeszynski L, Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Jan 23;(1):CD004704.
10. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effe4ct of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled-trial. JAMA 2006;296:64-71.
11. Hajek P, Stead LF, West R, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2009 Jan 21;(1):CD003999.

AW CPG handbook.indd 61 18/8/2555 9:06:59

บทที่ 4
แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับแพทย์

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา



น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ
++	A1-Ask (สอบถามและบันทึกประวัติการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด)	แนะนำอย่างยิ่งให้สอบถามประวัติของการเสพยาสูบทุกชนิดในผู้ป่วยทุกราย ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน[1-3](น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] โดยแยกเป็นกลุ่มที่ยังเสพอยู่ เคยเสพและไม่เสพเลย ร่วมกับ	• ถามคำถามขณะกำลังซักประวัติการเจ็บป่วยทุกครั้ง ด้วยคำถาม **“คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นไหม?”**

AW CPG handbook.indd 62 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ
++		แนะนำอย่างยิ่งให้บันทึกข้อมูลที่ได้จากการถามนี้ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายในทุกครั้งที่มารับบริการ[1-6]	**ผู้ป่วยนอก** • เพิ่มข้อมูลบันทึกสถานะการเสพยาสูบลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ หรือ • ใช้สติ๊กเกอร์สีแทนสถานะการเสพยาสูบปัจจุบัน หรือ • ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนความจำ หรือ • ระบบอื่นๆ เพื่อช่วยเตือนความจำของแพทย์ **ผู้ป่วยใน** • บันทึกประวัติการเสพยาสูบลงในประวัติการเจ็บป่วย personal หรือ social history ของผู้ป่วย • ใส่คำวินิจฉัย Tobacco dependence ไว้ในช่อง comorbidities หรือ underlying disease ด้วยเสมอ โดยระบุรหัส ICD-10 เริ่มต้นเป็นกลุ่ม F-17 เช่น F17.2 ทุกๆ ครั้งที่สรุปแฟ้มประวัติ discharge จากโรงพยาบาล

AW CPG handbook.indd 63 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ
++	**A2-Advise** (แนะนำให้ผู้เสพเลิกเสพยาสูบทุกชนิดโดยเด็ดขาด)	แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้เสพยาสูบต้องเลิกเสพอย่างเด็ดขาด โดยใช้คำพูดที่ชัดเจน (clear) หนักแน่น (strong) และเข้ากับปัญหาเฉพาะตัวของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized)[1-3,7]	**ตัวอย่างคำแนะนำ** • “หมอคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่นะครับ/ค่ะ โรคหัวใจของคุณจะได้ไม่กำเริบแบบนี้อีก” (เชื่อมโยงกับสุขภาพ) • “สาเหตุที่ลูกของคุณมีอาการกำเริบของโรคหืดบ่อยๆ แบบนี้ ก็เพราะคุณสูบบุหรี่ หมอขอให้คุณเลิกบุหรี่โดยทันทีนะครับ/ค่ะ เพื่อลูกของคุณเอง” (เชื่อมโยงกับคนที่รัก) • “หมอคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่นะครับ/ค่ะ นอกจากจะประหยัดเงินได้แล้วยังลดค่าใช้จ่ายที่ต้องรักษาอาการหอบเหนื่อยของคุณเองด้วย” (เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ)
++	**A3-Assess** (ประเมินความรุนแรงในการเสพติด)	แนะนำอย่างยิ่งให้ประเมินความรุนแรงในการเสพติดโดยใช้ Heaviness of Smoking Index (HSI)[2,3,8] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I]	ดูรายละเอียดในบทที่ 1 (ตารางที่ 3)

AW CPG handbook.indd 64 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ
++	**A4-Assist** (บำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกเสพ)	แนะนำอย่างยิ่งให้นิเทศแบบสังเขป (Brief Intervention) ด้วยเวลา 1-3 นาที[2-3,7,10-11](น้ำหนักคำแนะนำ ++)[†] ใช้เทคนิคที่เรียกว่า STAR หรือ **“4ล”** ▪ **เลือก**วัน (Set a target quit date): กำหนดวันเลิกเสพภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์ โดยอาจเลิกทันทีหรือค่อยๆ ลดจนเลิก ▪ **ลั่น**วาจา (Tell family and others): ให้ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิกเสพ และขอกำลังใจ ▪ พร้อม**ลงมือ** (Anticipate challenges): ร่วมวางแผนกับผู้ป่วยในการรับมืออาการถอนนิโคตีน โดยนำเทคนิค 5D ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else, destination มาปรับใช้ ▪ **ละ**อุปกรณ์ (Remove all tobacco-related products): กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกทุกชนิด รวมทั้งหมากพลู และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พร้อมหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เคยใช้เสพเป็นประจำ	กล่าวต่อผู้ป่วยดังนี้ “...หากคุณตกลงใจจะเลิกบุหรี่/ยาสูบ หมอพร้อมจะช่วยเต็มที่ นับจากวันนี้ให้หยุดบุหรี่/ยาสูบ ทันที (Set target date) บอกกับลูกเมียว่าคุณตัดสินใจจะเลิกบุหรี่/ยาสูบ แล้ว (Tell family) จากนี้ไปอีก 2-3 สัปดาห์ ไม่ให้ไปเข้าวงเหล้า หลีกให้ไกลจากคนที่สูบบุหรี่/ยาสูบ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่าอยู่ว่าง (Anticipate challenge) และทิ้งอุปกรณ์ที่ใช้สูบให้หมด (Removal) หมอจะนัดมาดูอาการอีก 2 สัปดาห์... ”

AW CPG handbook.indd 65 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ
++		แนะนำอย่างยิ่งให้สั่งยาช่วยเลิกยาสูบมาตรฐานในรายที่มีข้อบ่งชี้ และไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] ได้แก่ มีความตั้งใจจะเลิกเสพยาสูบอย่างแท้จริง ร่วมกับ ข้อใดข้อหนึ่ง[1-3,12-13] ดังต่อไปนี้ 1. ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่ง 2. เสพติดนิโคตินตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป กล่าวคือ มีคะแนน HSI อย่างน้อย 3 หรือมากกว่า 3. เคยล้มเหลวในการเลิกเสพมาก่อนภายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	แบ่งยาได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1. สารนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy-NRT) ได้แก่ แบบแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) และหมากฝรั่ง (nicotine gum) ในอนาคตจะมีแบบเม็ดอม (nicotine lozenges) อีกด้วย 2. ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน ได้แก่ bupropionSR, nortriptyline และ varenicline
++		แนะนำให้ปรึกษาแผนกบริการเลิกยาสูบ หรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ โทร 1600 ควบคู่ไปด้วยในรายที่ยินยอม (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการนิเทศแบบตัวต่อตัวด้วย	

AW CPG handbook.indd 66 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ
++	A5-Arrange (ติดตามผลการบำบัดของผู้เสพทุกราย)	• แนะนำอย่างยิ่งให้นัดติดตามผลการบำบัดทุกราย โดยติดตามผลครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์12-14 (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] • สำหรับผู้ที่เลิกเสพได้ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้แนวทาง “3ย” ดังนี้ - **ย** ยกย่อง ให้กำลังใจชมเชย - **ย** ย้อนรอย ถามถึงความรู้สึกต่อสภาพร่างกายและจิตใจปัจจุบัน เทียบกับในอดีตขณะที่ยังเสพอยู่ - **ย** ย้ำๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกวิธีป้องกันการกลับไปสูบอีก • ในรายที่ยังเลิกไม่ได้หรือกลับมาเสพซ้ำ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้มาตรการสร้างแรงจูงใจ **“5R”** (ดู P3-promote motivation)	• นัดครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นทุก 2-4 สัปดาห์จนครบ 3 เดือน แล้วจึงนัดติดตามทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน จากนั้นติดตามอย่างห่างๆ จนครบ 1 ปีเต็ม • ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจยืนยันผลการเลิกเสพยาสูบด้วยเครื่องวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (exhaled carbon monoxide [CO]) หรือตรวจวัดระดับสารโคตินีน (cotinine) ในปัสสาวะหรือน้ำลาย อย่างใดอย่างหนึ่ง
+	P1- Prevent new users ป้องกันผู้เสพหน้าใหม่	แนะนำให้สนับสนุน ชื่นชม และให้กำลังใจผู้ป่วยมิให้เริ่มลองเสพ (น้ำหนักคำแนะนำ +)[IV]	• กล่าวชื่นชมว่า “คุณโชคดีมากที่ไม่สูบบุหรี่ สุขภาพจะได้แข็งแรง”

AW CPG handbook.indd 67 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ
+	P2- Prevent relapse ป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ	• แนะนำให้เริ่มต้นป้องกันการกลับไปเสพซ้ำตั้งแต่เลิกเสพวันแรก (น้ำหนักคำแนะนำ +)[I] • มี 3 วิธี (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] ได้แก่ - การให้คำปรึกษา เน้นการสนับสนุนประคับประคองจากครอบครัวและชุมชน - มาตรการทางสังคม - การใช้ยาช่วยเลิกยาสูบบางชนิด โดยเฉพาะ varenicline[15] โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญก่อน	• ชมเชย ให้กำลังใจ สร้างความภาคภูมิใจในความสำเร็จ แสดงความห่วงใยในอุปสรรคที่มี • สอนการปรับวิถีชีวิต เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ใช้หลักศาสนาหางานอดิเรก • หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นความอยากเสพ
++	P3- Promote motivation สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพ	แนะนำให้ใช้แนวทาง “5R”[13-16] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] ซึ่งประกอบด้วย • Relevance ชี้ให้เห็นว่าการเสพยาสูบเป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้เสพเองอย่างไร	ตัวอย่าง • กล่าวต่อผู้ป่วยว่า “การสูบบุหรี่/เสพยาสูบเป็นต้นเหตุทำให้โรคหัวใจ (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) ของคุณกำเริบอย่างต่อเนื่องและทรุดลงเรื่อยๆ อย่างนี้”
		• Risks เน้นย้ำถึงผลเสียจากการเสพยาสูบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งผลต่อคนรอบข้างด้วย	อธิบายผลเสียที่ได้เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดกับตัวผู้ป่วย และอาจเกิดกับคนรอบข้างได้แบบสั้นๆ แต่ได้ใจความ โดยต้องพิจารณาเทคนิคการพูดให้เหมาะสมกับวัยและระดับการศึกษาของผู้ป่วยด้วย

AW CPG handbook.indd 68 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ
		• **Reward** เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกเสพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย	ให้เน้นย้ำผลดีที่ใกล้ตัวผู้ป่วย และเข้าใจได้ง่าย
		• **Roadblock** วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเลิกเสพ พร้อมเสาะหาแนวทางแก้ไข	เช่น สอนวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคตีนด้วยเทคนิคต่างๆ พฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ไขความเคยชิน การรักษาโรคซึมเศร้า เป็นต้น
		• **Repetition** ควรให้คำแนะนำซ้ำๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และยังคงเสพยาสูบอยู่	กล่าวถึงเรื่องของการเลิกเสพยาสูบทุกครั้งที่พบผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
2. U.S. deparment of health and human service. Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use & dependence: 2008 update. Public Health Service, May 2008: 73-142.
3. McRobbie H, Bullen C, Glover M, et al. New Zealand smoking cessation guidelines. N Z Med J. 2008;121(1276):57-70.
4. Boyle R, Solberg L, Fiore M. Use of electronic health records to support smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2011;12:CD008743.
5. Murray R, Leonardi-Bee J, Marsh J, et al. Smoking status ascertainment and interventions in acute medical patients. Clin Med. 2012 Feb;12(1):59-62.
6. MurrayRL, ColemanT, Antoniak M, et al. The potential to improve ascertainment and intervention to reduce smoking in Primary Care: a cross sectional survey. BMC Health Serv Res. 2008; 8: 6.

AW CPG handbook.indd 69 18/8/2555 9:06:59

7. Silagy C. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database of systemic Reviews 2000; (2)CD000165.
8. Borland R, Yong HH, O'Connor RJ, et al. The reliability and predictive validity of the Heaviness of Smoking Index and its two components: findings from the International Tobacco Control Four Country study. Nicotine Tob Res. 2010;12 Suppl:S45-50.
9. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(2):CD000165.
10. U.S. deparment of health and human service. Brief interventions and brief therapies for substance abuse. DHHS Publication; 2001
11. Demers RY et al. The impact of physician's brief smoking cessation counseling. a MIRNET study. J Fam Pract 2001; 50:138-144.
12. McEwan A. & West R. Smoking cessation activities by general practitioners and practice nurses. Tobacco Control; 2001;10(1):27-32.
13. West R. & Shiffman S. Smoking Cessation. Fast Facts: Indispensable Guides to Clinical Practice. Oxford: Health Press Limited; 2004
14. Swartz SH, Hays JT. Office-based intervention for tobacco dependence. Med Clin North Am 2004; 88(6):1623-41.
15. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effe4ct of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled-trial. JAMA 2006;296:64-71.
16. Hajek P, Stead L.F, West R, Jarvis M. & Lancaster T. Relapse prevention interventions for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1. Art.

AW CPG handbook.indd 70 18/8/2555 9:06:59

บทที่ 5
แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับพยาบาล

อรสา พันธ์ภักดี

เนื่องจากพยาบาลมีโอกาสมากที่พบประชาชน ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการที่เสพยาสูบ ทั้งที่มารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลเมื่อมาตรวจที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (OPD) หรือดูแลผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล (IPD) และให้บริการด้านการพยาบาลในผู้ใช้บริการที่อยู่ในชุมชน พยาบาลจึงมีโอกาสช่วยผู้เสพยาสูบให้เลิกเสพและป้องกันผู้เสพรายใหม่ โดยใช้หลัก 5A และ 3P[1-2] อย่างไรก็ตาม ลักษณะงานที่พยาบาลปฏิบัติในแต่ละสถานที่และการมีข้อจำกัดด้านเวลา ทำให้พยาบาลในแต่ละแห่งใช้ 5A และ 3P ในระดับที่ต่างกัน ดังนั้นแนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับพยาบาล ฉบับนี้ จึงเสนอแนวปฏิบัติ แบ่งตามสถานที่ที่พยาบาลปฏิบัติงาน คือ OPD ทั่วไป OPD เฉพาะโรค หอผู้ป่วย ในชุมชน และคลินิกนิเทศเพื่อเลิกยาสูบที่มีพยาบาลนิเทศเฉพาะเพื่อเลิกเสพยาสูบ โดยที่คลินิกนี้จะเป็นรับการส่งต่อผู้ป่วยที่ประสงค์จะเลิกยาสูบจาก OPD ทั่วไป OPD เฉพาะโรค หอผู้ป่วย มารับการนิเทศแบบเข้ม (intensive intervention)

ตารางที่ 1: แสดงแนวทางในการบำบัดผู้เสพยาสูบแบ่งตามสถานที่ต่างๆ ที่พยาบาลปฏิบัติงาน

OPD ทั่วไป	OPD เฉพาะโรค	หอผู้ป่วยใน	ชุมชน	คลินิกเลิกยาสูบ
A1-Ask A2-Advice P1-Prevention new users	A1- Ask A2- Advice A3- Assess A4- Assist A5- Arrange follow up P1-Prevent new user P2-Prevent relapse P3-Promote motivation	A1- Ask A2- Advice A3- Assess A4- Assist P1-Prevent new user	A1- Ask A2- Advice A3- Assess A4- Assist A5-Arrange follow up P1-Prevent new user P2-Prevent relapse P3-Promote motivation P4- Promote campaign	A1- Ask A2- Advice A3- Assess A4- Assist A5- Arrange follow up P1-Prevent new user P2-Prevent relapse P3-Promote motivation

AW CPG handbook.indd 71 18/8/2555 9:06:59

ตารางที่ 2: แสดงขั้นตอนต่างในการบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับพยาบาล

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++	A1-Ask (สอบถามและบันทึกประวัติการเสพยาสูบทุกชนิด)	สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานทุกที่ • แนะนำอย่างยิ่งให้สอบถามและบันทึกประวัติของการเสพยาสูบทุกชนิดในผู้ป่วยทุกราย[1] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[ǂ]	• ซักประวัติการเสพยาสูบเมื่อผู้ป่วยมายื่นหรือมารับบัตรนัด หรือเมื่อให้คำแนะเกี่ยวกับการตรวจรักษาด้วยคำถาม **"คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่?"** • บันทึกผลการซักประวัติการเสพยาสูบลงในเวชระเบียนหรือในระบบที่มีอยู่ เช่น ในระบบคอมพิวเตอร์
++	A2-Advise (แนะนำให้เลิกเสพยาสูบโดยเด็ดขาดและชื่นชมผู้ที่ไม่เสพยาสูบ)	สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานทุกที่ • แนะนำอย่างยิ่งให้คำแนะนำแก่ผู้เสพให้เลิกเสพยาสูบโดยเด็ดขาด ด้วยคำพูดที่ชัดเจน หนักแน่น และสอดคล้องกับสภาวะหรือปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[ǂ]	**ตัวอย่าง** • "พยาบาลคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่/ยาสูบ นะโรคหัวใจของคุณจะได้ไม่กำเริบแบบนี้อีก" (เชื่อมโยงกับสุขภาพ) • "สาเหตุที่ลูกของคุณต้องมีอาการกำเริบของโรคหืดเป็นประจำแบบนี้ ก็เพราะคุณสูบบุหรี่/ยาสูบ พยาบาลขอให้คุณเลิกบุหรี่/ยาสูบโดยทันทีนะครับ/ค่ะ เพื่อสุขภาพของลูกคุณเอง" (เชื่อมโยงกับคนที่รัก) • "พยาบาลคิดว่าคุณต้องเลิกบุหรี่/ยาสูบ นะครับ/ค่ะ นอกจากจะประหยัดเงินได้แล้วยังลดค่าใช้จ่ายที่ต้องรักษาอาการหอบเหนื่อยของคุณด้วย" (เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ)

AW CPG handbook.indd 72 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++	A3-Assess (ประเมินความรุนแรงในการเสพติดและความตั้งใจในการเลิกเสพ)	สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน OPD เฉพาะโรคหอผู้ป่วยใน ชุมชน และคลินิกเลิกยาสูบ • แนะนำอย่างยิ่งให้ประเมินความรุนแรงในการเสพติด โดยใช้ Heaviness of Smoking Index (HSI)1-2 (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] • แนะนำอย่างยิ่งให้ประเมินความตั้งใจในการเลิกยาสูบและระยะของความพร้อมในการเลิกยาสูบ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] • แนะนำอย่างยิ่งให้บันทึกผลการประเมินในแบบฟอร์มหรือในเวชระเบียน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]	• “คุณตั้งใจจะเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบเพียงใด โดยระบุตัวเลขระหว่าง 0-10 ถ้าตั้งใจน้อยที่สุด มีคะแนนเท่ากับ 0 และตั้งใจมากที่สุดมีคะแนนเท่ากับ 10 ” • บันทึกผลการประเมินในเวชระเบียน ในใบบันทึกการรักษา
++	A4-Assist (บำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกเสพได้สำเร็จ)	สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ OPD เฉพาะโรคหอผู้ป่วยใน ชุมชน และคลินิกเลิกยาสูบ • แนะนำอย่างยิ่งให้นิเทศแบบสังเขป (Brief Intervention) ด้วยเวลา 1-3 นาที 1-6 (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[I] ใช้เทคนิคที่เรียกว่า STAR หรือ **“4ล”**	• การช่วยเหลือโดยการนิเทศผู้ป่วยดังนี้ “เรามากำหนดวันเลิกยาสูบคือวันนี้เลยนะคะ” “คุณขอเวลาเตรียมตัวเตรียมใจขอให้กำหนดวันเลิกยาสูบต้องอยู่ภายใน 2 สัปดาห์

AW CPG handbook.indd 73 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
		▪ **เลือก**วัน (Set a target quit date): แนะนำอย่างยิ่งให้กำหนดวันเลิกเสพ ภายในไม่เกิน 2 สัปดาห์ โดยอาจเลิกทันทีหรือค่อยๆลดจนเลิก ▪ **ลั่น**วาจา (Tell family and others): แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้ป่วยบอกคนในครอบครัว เพื่อนและผู้ร่วมงานถึงความตั้งใจในการเลิกเสพ และขอกำลังใจ ▪ พร้อม**ลง**มือ (Anticipate challenges): แนะนำอย่างยิ่งให้วางแผนในการรับมืออาการถอนนิโคตินร่วมกับผู้ป่วย โดยใช้เทคนิค 5D ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else, destination มาปรับใช้ ▪ **ละ**อุปกรณ์ (Remove all tobacco-related products): แนะนำอย่างยิ่งให้สอนผู้ป่วยให้กำจัดบุหรี่ ยาสูบทุกชนิด รวมทั้งหมากพลู และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พร้อมหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เคยใช้เสพเป็นประจำ	ข้างนี้นะคะ คือวันที่.....” “...วันนี้คุณตกลงใจจะเลิกบุหรี่/ยาสูบ พยาบาลพร้อมจะช่วยเต็มที่ นับจากวันนี้ให้หยุดบุหรี่/ยาสูบ ทันที (Set target date) ขอให้คุณบอกกับคนในครอบครัวว่าคุณตัดสินใจจะเลิกบุหรี่/ยาสูบแล้ว (Tell family) ขอให้คุณตั้งใจ และไม่ให้ไปเข้าวงเหล้า ใน 2-3 สัปดาห์ต่อจากนี้ หลีกให้ไกลจากคนที่สูบบุหรี่/ยาสูบ ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่าอยู่ว่าง (Anticipate challenge) และทิ้งอุปกรณ์ที่ใช้สูบให้หมด (Removal) • การส่งต่อผู้ป่วยไปที่คลินิกเลิกยาสูบเพื่อติดตามผลการการเลิกยาสูบ

AW CPG handbook.indd 74 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++	**A5-Arrange** (ติดตามผลการบำบัดของผู้เสพทุกราย)	สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ OPD เฉพาะโรคชุมชน และคลินิกเลิกยาสูบ • แนะนำอย่างยิ่งให้นัดติดตามผลการบำบัดทุกราย โดยควรติดตามผลครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] • สำหรับผู้ที่เลิกเสพได้ควรใช้แนวทาง **“3ย”** (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] ดังนี้ - **ย ยกย่อง** ให้กำลังใจชมเชย - **ย ย้อนรอย** ถามถึงความรู้สึกต่อสภาพร่างกายและจิตใจปัจจุบัน เทียบกับในอดีตขณะที่ยังเสพอยู่ - **ย ย้ำๆ** กระตุ้นให้ผู้ป่วยบอกวิธีป้องกันการกลับไปสูบอีก • ในรายที่ยังเลิกไม่ได้หรือกลับมาเสพซ้ำ ควรใช้มาตรการสร้างแรงจูงใจ **“5R”** (ดู P3-promote motivation)	• “พยาบาลขอติดตามดูอาการของคุณหลังเลิกยาสูบทางโทรศัพท์ หรือเมื่อคุณมาตรวจที่คลินิก หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกนะคะ” • นัดครั้งแรกภายใน 2 สัปดาห์ จากนั้นทุก 2-4 สัปดาห์จนครบ 3 เดือนแล้วจึงนัดติดตามทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน จากนั้นติดตามอย่างห่างๆ จนครบ 1 ปีเต็ม (น้ำหนักคำแนะนำ +) [IV] • แนะนำอย่างยิ่งให้ตรวจยืนยันผลการเลิกเสพยาสูบด้วยการตรวจวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจ (exhaled carbon monoxide [CO])* ในผู้ป่วยทุกราย (น้ำหนักคำแนะนำ ++) [I] • แนะนำให้ตรวจยืนยันผลการเลิกเสพยาสูบด้วยการตรวจวัดระดับสารโคตินีน (cotinine) ในปัสสาวะหรือน้ำลาย อย่างหนึ่งอย่างใด เฉพาะในกรณีที่ไม่อาจตรวจวัดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจได้ (น้ำหนักคำแนะนำ +) [I]

AW CPG handbook.indd 75 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
			• แนะนำอย่างยิ่งให้ให้คำชื่นชมและคำแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยลอง เสพอีกแม้แต่มวนเดียวในรายที่เลิกเสพได้สำเร็จ • แนะนำอย่างยิ่งให้พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อเอาชนะความรู้สึกผิดหรือละอาย (น้ำหนักคำแนะนำ +)[I] โดยปรับความคิดว่าการเลิกไม่ได้ เป็นโอกาสเรียนรู้ ในรายที่เลิกไม่ได้หรือกลับมาเสพซ้ำ คิดหาวิธีใหม่ที่จะทำให้เลิกสำเร็จ มีหลายคนที่ต้องเลิกยาสูบโดยใช้ความพยายามมากกว่า 1 ครั้ง
++	P1- Prevent new users (ป้องกันผู้เสพรายใหม่)	สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานทุกที่ • แนะนำอย่างยิ่งให้ชื่นชม ผู้ที่มีประวัติไม่เสพยาสูบ 4-5 (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] • แนะนำอย่างยิ่งให้พยาบาลสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อมิให้เริ่มลองเสพ	**ตัวอย่าง** กล่าวชื่นชมว่า • “พยาบาลยินดีด้วยที่คุณไม่สูบบุหรี่/ยาเส้นมวนเอง” • “คุณโชคดีมากที่ไม่สูบบุหรี่/ยาสูบ สุขภาพจะได้แข็งแรง”

AW CPG handbook.indd 76 18/8/2555 9:06:59

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
++	**P2- Prevent relapse** ป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ	สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ OPD เฉพาะโรคชุมชน และคลินิกเลิกยาสูบ • แนะนำอย่างยิ่งให้นิเทศเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หาแรงสนับสนุน จากครอบครัวหรือสังคม (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] และการยืดระยะเวลาในการใช้ยาช่วยเลิกยาสูบบางชนิด เช่น varenicline (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II]	• ชมเชย ให้กำลังใจ สร้างความภาคภูมิใจในความสำเร็จ แสดงความห่วงใยในอุปสรรคที่มี • สอนการปรับวิถีชีวิต เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ใช้หลักศาสนา หางานอดิเรก • หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นความอยากเสพ • การจัดกลุ่มจิตอาสาพาเลิกเสพยาสูบ • แนะนำให้ใช้นิโคตินทดแทน เช่น หมากฝรั่งนิโคติน (nicotine gum) แผ่นติดนิโคติน (Nicotine patch) อย่างถูกวิธี
++	**P3- Promote motivation** สร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาสูบ	สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ OPD เฉพาะโรคชุมชน และคลินิกเลิกยาสูบ แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้แนวทาง **“5R”** (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] อย่างยิ่งให้ซึ่งประกอบด้วย • **Relevance** ชี้ให้เห็นว่าการเสพยาสูบเป็นปัญหาและมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้เสพเองอย่างไร	ตัวอย่าง • กล่าวต่อผู้ป่วยว่า “การสูบบุหรี่/ยาสูบ เป็นต้นเหตุทำให้โรคหัวใจ (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) ของคุณกำเริบอย่างต่อเนื่องและทรุดหนักลงเรื่อยๆ อย่างนี้”

AW CPG handbook.indd 77 18/8/2555 9:07:00

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
		• **Risks** เน้นย้ำถึงผลเสียจากการเสพยาสูบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งผลต่อคนรอบข้างด้วย	อธิบายผลเสียที่ได้เกิดขึ้นหรือกำลังจะเกิดกับตัวผู้ป่วย และอาจเกิดกับคนรอบข้างได้แบบสั้นๆแต่ได้ใจความ โดยต้องพิจารณาเทคนิคการพูดให้เหมาะสมกับวัยและระดับการศึกษาของผู้ป่วยด้วย
		• **Reward** เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกเสพ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย	ให้เน้นย้ำผลดีที่ใกล้ตัวผู้ป่วยและเข้าใจได้ง่าย
		• **Roadblock** วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเลิกเสพ พร้อมเสาะหาแนวทางแก้ไข	• สอนวิธีการแก้ไขอาการถอนนิโคตินด้วยเทคนิคต่างๆ พฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ไขความเคยชิน • การส่งพบแพทย์เพื่อรับการบำบัดด้วยยา ในกรณีผู้เสพยาสูบมีโรคร่วมที่เลิกไม่สำเร็จด้วยการนิเทศ
		• **Repetition** พยาบาลให้คำแนะนำซ้ำๆ ทุกครั้งที่พบผู้ป่วยและยังคงเสพยาสูบอยู่	

AW CPG handbook.indd 78 18/8/2555 9:07:00

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด	แนวทางปฏิบัติ
+	P4- Promote Campaign การรณรงค์เพื่อการป้องกันและลดผู้เสพยาสูบในชุมชน	สำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในชุมชน • แนะนำอย่างยิ่งให้พยาบาลเป็นแกนนำหรือร่วมในการรณรงค์ต้านการเสพยาสูบภายในชุมชนเป็นระยะๆ ร่วมกับการบำบัดผู้เสพปัจจุบัน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]	• นำเสนอข้อมูลจำนวนผู้เสพยาสูบ ผู้ได้รับควันบุหรี่มือสองในชุมชน และปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาสูบให้กับผู้นำชุมชนและประชาชนในชุมชน • จัดกระบวนการและกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการทำให้ชุมชนของตนเองปลอดจากยาสูบ

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
2. U.S. deparment of health and human service. Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use & dependence: 2008 update. Public Health Service, May 2008: 73-142.
3. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings for the Cochrane Library. BMJ 321:355-8, 2000
4. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. In: Cochrane Collaboration. Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update software. 2000.
5. Raw M, McNeill A, West R. Smoking cessation: evidence based recommendations for the healthcare system. BMJ 318:182-5, 1999.
6. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Dorfman SF, Goldstien MG, Gritz FR, et al. Smoking cessation. Rockville MD: Agency for health care agency and research. US Department of Health and Human Services. 1996. (Clinical practice guideline No. 18 Publication No. 96-0692).

AW CPG handbook.indd 79 18/8/2555 9:07:00

บทที่ 6
แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับทันตแพทย์

ธีระศักดิ์ ชาวสวนเจริญ

ตารางที่ 1: แสดงแนวทางในการเตรียมความพร้อมในคลินิกทันตกรรม เพื่อรองรับการบำบัดผู้เสพยาสูบที่มารับบริการ[1-4]

วิชาชีพทันตแพทย์ช่วยผู้ป่วยที่เสพยาสูบ	
การเตรียมความพร้อมในคลินิกทันตกรรม	**การดำเนินงาน**
1. เตรียมบุคลากร	ทันตแพทย์ควรเป็นแบบอย่างของการไม่เสพยาสูบและนำความรู้มาถ่ายทอดแก่บุคลากรในคลินิกทันตกรรมและผู้เสพยาสูบที่มารับบริการทางทันตกรรม กำหนดการทำงานร่วมกันในคลินิกทันตกรรมโดยการมอบหมายให้ทันตบุคลากรเป็นผู้สอบถามประวัติการเสพยาสูบของผู้ป่วยอายุ 13 ปีขึ้นไป ควรส่งเสริมความรู้เรื่องพิษภัยของยาสูบ ประชาสัมพันธ์ให้ทราบว่าการเสพยาสูบเป็นโรคเรื้อรังคือโรคเสพยาสูบ (Tobacco Dependence) ควันยาสูบเป็นอันตรายต่อผู้เสพและผู้อยู่ใกล้เคียง เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ ทำให้เกิดโรคของอวัยวะต่างๆเช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งปอด มะเร็งช่องปาก เป็นต้น การเตรียมเป็นผู้แนะนำให้เลิกยาสูบโดยเตรียมคำถามสำหรับการสนทนาเพื่อประเมินคู่สนทนาว่ามีความพร้อมที่จะเลิกเสพยาสูบหรือไม่ สามารถประเมินสภาพการเสพติดนิโคตินจากประวัติการเสพยาสูบ ทันตแพทย์มีความสามารถช่วยให้ผู้เสพยาสูบให้เลิกเสพโดยนำแนวทาง 5A มาดำเนินงาน

AW CPG handbook.indd 80 18/8/2555 9:07:00

วิชาชีพทันตแพทย์ช่วยผู้ป่วยที่เสพยาสูบ	
การเตรียมความพร้อมในคลินิกทันตกรรม	**การดำเนินงาน**
2. เตรียมสถานที่	จัดให้คลินิกทันตกรรมเป็นสถานที่ช่วยเลิกเสพยาสูบ ติดสติ๊กเกอร์ “คลินิกช่วยเหลือผู้ประสงค์จะเลิกยาสูบ” ที่หน้าคลินิกทันตกรรม ติดโปสเตอร์ “ประสงค์จะเลิกบุหรี่/ยาสูบ หมอฟันช่วยคุณได้” ในบริเวณที่ผู้มารับบริการทางทันตกรรมเห็นได้ชัด จัดเตรียมแผ่นพับเกี่ยวกับเรื่องพิษภัยของยาสูบในจุดที่ผู้ป่วยมองเห็นและสามารถหยิบไปอ่านได้ เตรียมมุมหนึ่งของสถานที่ทำงานให้เป็นมุมสำหรับนิเทศผู้ประสงค์จะเลิกยาสูบ
3. เตรียมเครือข่ายการทำงาน	เตรียมเครือข่ายการทำงานในกรณีที่มีการประเมินผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสพติดนิโคติน การเลิกยาสูบจำเป็นต้องอาศัยยาช่วยเลิกยาสูบ หรืออาจพิจารณาส่งตัวไปรักษาต่อที่ Quitline 1600 หรือส่งไปรักษา คลินิกบำบัดยาเสพติด หรือ คลินิกฟ้าใส

ตารางที่ 2: แสดงแนวทางในการบำบัดผู้เสพยาสูบตามแนวทาง 5A สำหรับทันตแพทย์

น้ำหนักคำแนะนำ	**ขั้นตอนสำหรับการช่วยเลิกยาสูบ โดยใช้หลัก 5A**	**รายละเอียด**
++	ASK ถามประวัติการเสพยาสูบ	• แนะนำอย่างยิ่งให้สอบถามสถานะการเสพยาสูบของผู้ที่มารับบริการที่คลินิกทันตกรรมที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไปทุกราย (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] โดยแยกเป็นกลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ไม่เคยเสพ เคยเสพแต่เลิกแล้ว และกลุ่มที่ยังเสพอยู่[1-4]

AW CPG handbook.indd 81 18/8/2555 9:07:00

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอนสำหรับการช่วยเลิกยาสูบ โดยใช้หลัก 5A	รายละเอียด
++	ADVISE แนะนำให้เลิกเสพยาสูบ	• แนะนำอย่างยิ่งให้ทันตแพทย์แนะนำถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต่างๆ จากการเสพยาสูบ และประโยชน์ของการเลิกเสพ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] โดยใช้คำพูดที่ชัดเจนและเข้ากับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ เนื่องจากความสำเร็จในการบำบัดขึ้นอยู่กับการเลือกจังหวะและโอกาสที่เหมาะสม[1-2,5-6] เช่น ช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต (เปลี่ยนงาน มีบุตร) ปัญหาสุขภาพ การขึ้นราคาของบุหรี่/ยาสูบ การเสียชีวิตของเพื่อนหรือญาติจากโรคที่สัมพันธ์กับการเสพยาสูบ โอกาสพิเศษต่างๆ เช่น วันปีใหม่ วันงดบุหรี่โลก
++	ASSESS ประเมินผู้ป่วย	• แนะนำอย่างยิ่งให้ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโดยใช้ Transtheoretical (TTM) หรือ Stage of Change model (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] • แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้แบบประเมิน HSI เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดสารนิโคติน พร้อมสอบถามเพิ่มเติมประวัติการพยายามเลิกเสพในอดีต (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]

AW CPG handbook.indd 82 18/8/2555 9:07:00

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอนสำหรับการช่วยเลิกยาสูบ โดยใช้หลัก 5A	รายละเอียด
++	**ASSIST** การบำบัดผู้ป่วยให้เลิกเสพยาสูบ	• แนะนำอย่างยิ่งให้นิเทศผู้ป่วยในขณะที่ให้การรักษาทางทันตกรรม โดยเฉพาะแบบสังเขป (Breif intervention) โดยใช้ STAR techniques[5-8] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] ประกอบด้วย Set-การร่วมกันกำหนดวันเลิกบุหรี่/ยาสูบ (Quit date) วันใดวันหนึ่งในรอบสัปดาห์ อาจเป็นวันสำคัญของบุคคลในครอบครัว เช่นวันเกิด Tell-บอกเพื่อนและญาติถึงความตั้งใจการเลิกเสพ Anticipate-แนะนำให้ผู้ป่วยเตรียมพร้อมรับมือกับอาการ ถอนนิโคติน โดยให้นำเทคนิค 5D มารับมืออาการเหล่านี้ อาจพิจารณายาช่วยเลิกยาสูบในรายที่มีข้อบ่งชี้ (บทที่1) Removal-ทิ้งบุหรี่/ยาสูบ ไฟแช็ค ที่เขี่ยบุหรี่ ทั้งที่บ้านและที่ทำงาน และเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง เช่น สถานที่ที่ใช้เสพเป็นประจำ เปลี่ยนกิจวัตรประจำวันไปทำอย่างอื่นแทนการเสพยาสูบ
++	**ARRANGE** ติดตามผลการช่วยเลิกสูบยาสูบ	• แนะนำอย่างยิ่งให้ติดตามผลการเลิกเสพภายใน 2 สัปดาห์แรก (น้ำหนักคำแนะนำ ++) II เนื่องจากการเลิกเสพจะมีอาการถอนนิโคตินรุนแรงในช่วง 3-7 วันแรก การติดตามครั้งที่ 2 ควรติดตามเมื่อครบ 1 เดือน และติดตามผลต่อเมื่อครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี • แนะนำอย่างยิ่งให้แสดงความยินดีกับผู้ที่เลิกได้สำเร็จ และสร้างแรงจูงใจโดยใช้แนวทาง 5R ในผู้ป่วยรายที่กลับไปสูบซ้ำอีก พร้อมทบทวนสถานการณ์ และกำหนดวันเลิกเสพอีกครั้ง (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]

AW CPG handbook.indd 83 18/8/2555 9:07:00

ตารางที่ 3: แสดงแนวทางการบำบัด A4 –Assist ระหว่างให้การรักษาทางทันตกรรม สำหรับทันตแพทย์

วิธีการบำบัด	รายละเอียด
Brief intervention	แนะนำให้ทันตแพทย์สอบถามผู้ป่วยที่ตนดูแลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งว่าเขาสูบบุหรี่หรือเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบใดๆ หรือไม่ พร้อมแนะนำให้หยุดเสพ โดยการให้คำแนะนำแบบสังเขปนี้ควรทำในผู้ป่วยทุกราย แม้ว่าเขาจะไม่ได้มาปรึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาสูบเลยก็ตาม ขั้นตอนที่ใช้ในการทำ brief intervention คือ FRAMES[6-8] ประกอบด้วย 1. Feedback ให้ข้อมูลความเสี่ยงหรืออันตรายที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย 2. Responsibility ผู้ป่วยต้องเป็นผู้รับผิดชอบการเลิกยาสูบด้วยตัวของเขาเอง 3. Advice ผู้รักษาทำหน้าที่เพียงกระตุ้นให้เขาคิดถึงการเลิกเสพ 4. Menu ให้คำแนะนำในการเลิกเสพว่ามีวิธีใดบ้าง บางรายอาจเลิกโดยการเข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกยาสูบ หรือศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ 5. Empathy เสนอแนะด้วยท่าทีเป็นห่วงไม่ตำหนิหรือวิจารณ์ผู้ป่วยหากเขายังไม่คิดที่จะเลิก 6. Self-efficacy เชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ป่วย
Smoking cessation medication การใช้ยาช่วยเลิกยาสูบ	การดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยาโดยการนิเทศในรูปแบบต่างๆ จัดเป็นการรักษาหลักของโรคเสพยาสูบ แต่ยังคงมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่สามารถเลิกเสพได้สำเร็จหรือเลิกได้เพียงระยะสั้นๆ ดังนั้นการการใช้ยาช่วยเลิกยาสูบจะช่วยเสริมประสิทธิภาพการดูแลรักษาโรคเสพยาสูบให้ดียิ่งขึ้น ยาที่ใช้อาจเป็นกลุ่มสารนิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy: NRT) ได้แก่ นิโคตินแบบแผ่นติดผิวหนัง (Nicotine patch), หมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine gum) หรือ ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน (Non-nicotine medication) ได้แก่ Brupropion SR, Varenicline, Nortriptyline

AW CPG handbook.indd 84 18/8/2555 9:07:00

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
2. U.S. deparment of health and human service. Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use & dependence: 2008 update. Public Health Service, May 2008: 73-142.
3. Smith S E, Warnakulasuriya K A A S, Feyerabend C, Belcher M, Cooper D J, Johnson N W. A smoking cessation programme conducted through dental practices in the UK. Br Dent J1998; 185: 299-303.
4. Watt RG, Daly B. Kay EJ. Smoking cessation advice within the general dental practice. Br Dent J 2003;194(12):665-8.
5. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. การบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ ในสมเกียรติ วัฒนาศิริชัยกุล(บรรณาธิการ). ตำราวิชาการสุขภาพเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ พิมพ์ครั้งที 1 กรุงเทพฯ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ 2549: 139-168.
6. พิชัย แสงศิริชาญชัย. หลักการทั่วไปในการดูแลรักษาโรคติดบุหรี่. ในสุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (บรรณาธิการ). พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์ 2552: 401-428,
7. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. การดูแลรักษาโรคติดบุหรี่ด้วยยาช่วยเลิกบุหรี่. ในสุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา (บรรณาธิการ). พิษภัยและการรักษาโรคติดบุหรี่. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์.
8. บทบาทของทันตแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. ในสมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (บรรณาธิการ). ตำราวิชาการสุขภาพ เรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบสำหรับบุคลากรและนักศึกษาวิชาชีพสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ 2549: 379-389,

AW CPG handbook.indd 85 18/8/2555 9:07:00

บทที่ 7
แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับเภสัชกร

ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์

ตารางที่ 1: แสดงแนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบตามแนวทาง 5A & 3P โดยเภสัชกร

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด
++	A1-Ask (ถามประวัติการเสพยาสูบและการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ทุกชนิด)	• แนะนำอย่างยิ่งให้เภสัชกรสอบถามสถานการเสพยาสูบของผู้ที่เข้ามารับบริการที่แผนกเภสัชกรรมของสถานบริการสุขภาพหรือสถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนทุกราย (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] โดยให้ปฏิบัติเหมือนกันกับการสอบถามประวัติการแพ้ยาของผู้รับบริการ[1-4]
++	A2-Advise (แนะนำให้ผู้เสพยาสูบเลิกเสพอย่างเด็ดขาด)	• แนะนำอย่างยิ่งให้เภสัชกรพูดแนะนำให้ผู้เสพยาสูบต้องเลิกเสพโดยเด็ดขาด (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] โดยใช้คำพูดที่ชัดเจน (clear) หนักแน่น (strong) และเข้ากับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized)
++	A3-Assess (ประเมินความรุนแรงในการเสพติดยาสูบและความตั้งใจในการเลิกเสพ)	**เภสัชกรโรงพยาบาล** • แนะนำให้ประเมินความตั้งใจและความพร้อมในการเลิกเสพยาสูบโดยใช้ TTM model ในกรณีที่เภสัชกรไม่ได้มีส่วนร่วมในทีมวิชาชีพสุขภาพช่วยเลิกยาสูบ (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] • แนะนำให้ใช้ TTM model ในการประเมินความตั้งใจและความพร้อมในการเลิกเสพ (น้ำหนักคำแนะนำ +)[II] ในกรณีที่เภสัชกรมีส่วนร่วมในทีมวิชาชีพสุขภาพช่วยเลิกยาสูบ ในรายที่พร้อมหรือสนใจจะเลิกเสพ (preparation) ให้ทำการสัมภาษณ์ประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน โดยใช้ HSI พร้อมซักถามปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือกระตุ้นเร้าให้เกิดการเสพยาสูบ[1,3-5] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]

AW CPG handbook.indd 86 18/8/2555 9:07:00

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด
		เภสัชกรชุมชน • แนะนำให้ประเมินความตั้งใจและความพร้อมในการเลิกยาสูบ โดยใช้ TTM model (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] หากพบว่าผู้ป่วยมีความพร้อมหรือสนใจจะเลิกเสพ (preparation) จึงทำการสัมภาษณ์ประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับความรุนแรงของการเสพติดนิโคติน โดยใช้ HSI พร้อมซักถามปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือกระตุ้นเร้าให้เกิดการเสพยาสูบ[6] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]
++	**A4-Assist** (บำบัดอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกยาสูบได้สำเร็จ)	**เภสัชกรโรงพยาบาล** • กรณีที่เภสัชกรไม่ได้มีส่วนร่วมในทีมวิชาชีพสุขภาพช่วยเลิกยาสูบ แนะนำอย่างยิ่งให้ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับคลินิกเลิกยาสูบหรือทีมสุขภาพที่ให้บริการเลิกยาสูบ[1-3] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] รวมถึงแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดจากคลินิกเลิกยาสูบหรือทีม • กรณีที่เภสัชกรมีส่วนร่วมในทีมวิชาชีพสุขภาพช่วยเลิกยาสูบอยู่แล้ว แนะนำอย่างยิ่งให้เตรียมข้อมูลการใช้ยาช่วยเลิกเสพให้แก่ทีม ช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการเลิกยาสูบโดยใช้ STAR techniques และแนะนำข้อดี ข้อเสียของยาแต่ละชนิดให้ผู้ป่วยทราบเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกใช้ยา (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] [ทั้งนี้ขอบเขตหน้าที่ของเภสัชกรจะขึ้นกับการตกลงกันของแต่ละวิชาชีพที่อยู่ในทีม] **เภสัชกรชุมชน** • แนะนำอย่างยิ่งให้เภสัชกรชุมชนช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการเลิกยาสูบ โดยใช้ STAR techniques[4-6] (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] • แนะนำอย่างยิ่งให้เภสัชกรชุมชนแนะนำข้อดี ข้อเสียของยาแต่ละชนิดให้ผู้ป่วยทราบเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกใช้ยา (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II]

AW CPG handbook.indd 87 18/8/2555 9:07:00

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด
		• แนะนำอย่างยิ่งให้เภสัชกรชุมชนกำหนดแบบแผนการบำบัด (dosage regimen) ของยาเลิกยาสูบที่เหมาะสมกับผู้ป่วย อธิบายวิธีการใช้ยาอย่างถูกวิธี อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และเฝ้าระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยา ยากับยาสูบที่อาจเกิดขึ้นได้ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] • แนะนำอย่างยิ่งให้เภสัชกรชุมชนให้คำแนะนำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิค 5D (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[III] • แนะนำอย่างยิ่งให้ส่งต่อผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือผู้ป่วยกลุ่มพิเศษ เช่น สตรีตั้งครรภ์ ไปพบบำบัดกับผู้เชี่ยวชาญด้านเลิกยาสูบที่โรงพยาบาล/คลินิก (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]
++	**A5-Arrange** (ติดตามผลการบำบัดเพื่อช่วยเลิกเสพยาสูบของผู้เสพทุกราย)	**เภสัชกรโรงพยาบาล** • ติดตามผู้ป่วยตามการนัดปกติของแพทย์ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] **เภสัชกรชุมชน** • นัดติดตามอาการและผลการบำบัดผู้เสพยาสูบที่เข้ารับการรักษาทุกราย โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกหรือส่งต่อศูนย์ติดตามของเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]
++	**P1-Primary Prevention** ป้องกันมิให้เริ่มเสพ	• แนะนำอย่างยิ่งให้เภสัชกรสนับสนุน ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ที่ไม่เสพให้ยังคงไม่เสพยาสูบต่อไป พร้อมเน้นย้ำถึงพิษภัยของการเสพยาสูบที่จะเกิดขึ้นหากทดลองเสพ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]

AW CPG handbook.indd 88 18/8/2555 9:07:00

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	รายละเอียด
++	P2- Prevent relapse ป้องกันการ กลับไปสูบซ้ำ	• แนะนำอย่างยิ่งให้เภสัชกรสอบถามสถานะการเสพยาสูบของผู้ที่เข้ามารับบริการที่แผนกเภสัชกรรม/สถานปฏิบัติการเภสัชกรรมชุมชนทุกราย ซึ่งจะปฏิบัติเหมือนกันกับการสอบถามประวัติการแพ้ยาของผู้รับบริการ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] ***ในกรณีที่ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะกลับไปเสพซ้ำ:*** **เภสัชกรโรงพยาบาล** – ส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีมวิชาชีพสุขภาพช่วยเลิกยาสูบ (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] **เภสัชกรชุมชน** – แนะนำอย่างยิ่งให้สั่งยาป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ คือ varenicline (กรณีที่ไม่มีข้อห้ามใช้) ร่วมกับเน้นย้ำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เทคนิค 5D (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV] หากผู้ป่วยไม่สมัครใจใช้ยา แนะนำอย่างยิ่งให้ส่งต่อผู้ป่วยไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านเลิกยาสูบที่โรงพยาบาล/คลินิก (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]
++	P3- Promote motivation สร้างแรงจูงใจในการเลิก	**เภสัชกรโรงพยาบาล** • ใช้เทคนิค 5R (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] • แนะนำอย่างยิ่งให้เภสัชกรส่งต่อผู้ป่วยไปยังทีมวิชาชีพสุขภาพช่วยเลิกยาสูบ หากผู้ป่วยพร้อมจะเลิก **เภสัชกรชุมชน** • ใช้เทคนิค 5R (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] • - แนะนำอย่างยิ่งให้เภสัชกรให้ความช่วยเหลือ (assist) ในกรณีที่ผู้ป่วยพร้อมจะเลิกยาสูบ หรือส่งต่อไปพบผู้เชี่ยวชาญด้านเลิกยาสูบที่โรงพยาบาล/คลินิก ใช้เทคนิค 5R (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[IV]

AW CPG handbook.indd 89 18/8/2555 9:07:00

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
2. U.S. deparment of health and human service. Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use & dependence: 2008 update. Public Health Service, May 2008: 73-142.
3. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์ และ คณะ. รายงานการวิจัย เรื่อง แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
4. กรองจิต วาทีสาธกกิจ (บรรณาธิการ). การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551.
5. Hudmon KS, Hemberger KK, Corelli RL, et al. The pharmacist's role in smoking cessation counseling: perceptions of users of nonprescription nicotine replacement therapy. J Am Pharm Assoc. 2003;43(5):573-82.
6. Maguire TA, McElnay JC, Drummonmd A. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention based in community pharmacies. Addiction 2001; 96: 325-31.

AW CPG handbook.indd 90 18/8/2555 9:07:00

บทที่ 8
แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับนักเทคนิคการแพทย์

พิศิษฐ์ นามจันทรา

ตารางที่ 1: แสดงแนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบตามแนวทาง AAP1 โดยนักเทคนิคการแพทย์

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอนการรักษา	รายละเอียด	ตัวอย่าง
++	**A1-Ask** (ถามประวัติการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด)	• แนะนำอย่างยิ่งให้สอบถามข้อมูลการเสพยาสูบในประชาชนที่มารับบริการการตรวจทางเทคนิคการแพทย์ทุกราย (น้ำหนักคำแนะนำ ++)[II] เช่น ผู้ป่วยที่มาเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ และรับบริการอื่นๆ จากห้องปฏิบัติการ[2-5]	- เจ้าหน้าที่ที่รับลงทะเบียนผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่เจาะเลือด หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ สอบถามข้อมูลการเสพยาสูบ เช่น สูบบุหรี่/ยาสูบ หรือไม่สูบวันละกี่มวน - ทำเครื่องหมายหรือสติกเกอร์ระบุสถานะการเสพแล้วนำไปติดที่ใบ request - บันทึกสถานะการเสพร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการลงในระบบคอมพิวเตอร์

AW CPG handbook.indd 91 18/8/2555 9:07:00

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอนการรักษา	รายละเอียด	ตัวอย่าง
++	A2- Advice (แนะนำให้ผู้เสพยาสูบเลิกสูบ)	- นิเทศให้ผู้เสพยาสูบเลิกเสพ โดยเชื่อมโยงกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือสภาวะของผู้ป่วย - นิเทศผู้เสพที่ประสงค์จะเลิกให้ทราบแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือในการเลิกเสพได้[3-6]	- เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการหรือนักเทคนิคการแพทย์ที่เกี่ยวข้องนิเทศผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ที่มาตรวจน้ำตาลในเลือดที่ยังคงเสพยาสูบว่า “หากไม่เลิกเสพจะไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้” - นิเทศผู้เสพยาสูบที่ตรวจระดับไขมันว่า “การเสพยาสูบมีผลส่งเสริมให้ไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือด อาจทำให้เกิดการอุดตันในหลอดเลือด และอาจมีผลทำให้เกิดโรคหัวใจได้” - นิเทศว่า “หากเลิกเสพจะเกิดผลดีต่อสุขภาพ และมีผลทำให้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ดี เช่น ระดับน้ำตาล ระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ เป็นต้น”
+	P1-Primary prevention (ป้องกันมิให้เริ่มสูบ)	- ชื่นชมผู้ที่ไม่เสพและชี้ให้เห็นผลดีของการไม่เสพผลิตภัณฑ์ยาสูบ	- พูดแสดงความชื่นชมที่ไม่เสพยาสูบจะได้ไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากการเสพยาสูบ หากเป็นไปได้ ควรให้คำแนะนำผู้ใกล้ชิดที่เสพยาสูบให้เลิกเสพด้วย

AW CPG handbook.indd 92 18/8/2555 9:07:00

เอกสารอ้างอิง

1. พิศิษฐ์ นามจันทรา.วิชาชีพเทคนิคการแพทย์เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่.วารสารเทคนิคการแพทย์ 2553, 34(1) ฉบับเสริม,47-50.
2. กรองจิต วาทีสาธกกิจ (บรรณาธิการ). การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551.
3. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
4. U.S. deparment of health and human service. Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use & dependence: 2008 update. Public Health Service, May 2008: 73-142.
5. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์ และ คณะ. รายงานการวิจัย เรื่อง แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
6. West R, McNeill A, Raw M.Smoking cessation guidelines for health professionals: an update.Thorax 2000;55:987–999.

AW CPG handbook.indd 93 18/8/2555 9:07:00

บทที่ 9
แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับนักกายภาพบำบัด

เปรมทิพย์ ทวีรติธรรม

ตารางที่ 1: แสดงแนวทางการบำบัดโรคเสพยาสูบตามแนวทาง 5A สำหรับนักกายภาพบำบัด[1-2]

ขั้นตอนการรักษา	รายละเอียด	ตัวอย่าง
Ask (สอบถามสถานะการเสพยาสูบ)	คำตอบที่เป็นไปได้มี 3 กรณี1-3 ได้แก่ 1.สูบ/เสพอยู่ นักกายภาพบำบัดให้คำแนะนำให้หยุดหรือเลิกเสพในขั้นตอนต่อไป 2.ไม่สูบ/ไม่เสพ นักกายภาพบำบัดพึงกล่าวคำชมเชย และถามต่อไปว่า มีคนในบ้านหรือเพื่อนสนิทสูบบุหรี่/เสพยาสูบหรือไม่ ตัวอย่างคำถาม เช่น “ขอโทษครับ ไม่ทราบว่า มีคนในบ้านสูบบุหรี่/ยาสูบ หรือไม่” หรือ “ขอโทษครับ ไม่ทราบว่ามีคนใกล้ชิดหรือเพื่อนร่วมงานสูบบุหรี่/ยาสูบ หรือไม่” เป็นต้น - หากคำตอบที่ได้รับ คือ “มี” นักกายภาพบำบัดพึงแนะนำให้ผู้ที่เสพยาสูบดังกล่าวมารับบริการ ณ คลินิกเลิกยาสูบ ในกรณีที่ผู้ใกล้ชิดไม่ประสงค์มารับบริการ นักกายภาพบำบัดอาจมอบเอกสารที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีเลิกยาสูบไว้ให้เพื่อให้ผู้ป่วยได้ศึกษาด้วยตนเองต่อไป - หากคำตอบคือ “ไม่มี” นักกายภาพบำบัดพึงกล่าวคำชมเชยอีกครั้ง 3.เคยสูบ/เคยเสพ นักกายภาพบำบัดพึงถามคำถามต่อไปว่า “เลิกได้นานเท่าไรแล้ว” และกล่าวชมเชย พร้อมให้กำลังใจ และแนะนำให้อย่าประมาท เพราะอาจกลับมาเสพใหม่ได้	• ซักถามสถานะการเสพยาสูบในระหว่างซักประวัติ • บันทึกสถานะการเสพยาสูบไว้ในเวชระเบียนของผู้ป่วยให้เห็นได้ชัดเจน

AW CPG handbook.indd 94 18/8/2555 9:07:00

ขั้นตอนการรักษา	รายละเอียด	ตัวอย่าง
Advise (แนะนำให้เลิกเสพยาสูบ)	การแนะนำผู้ที่เสพยาสูบให้เลิกเสพ จะทำให้เกิดแรงจูงใจให้อยากเลิกเสพได้ โดยคำพูดที่ใช้ต้องชัดเจน หนักแน่น และเชื่อมโยงกับสภาพปัจจุบันของผู้ป่วย[1-3]	• “การเลิกเสพยาสูบเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่สุด ที่คุณสามารถทำได้ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ ทั้งในขณะนี้และอนาคต” • “การสูบบุหรี่/การเสพยาสูบ อาจทำให้การรักษาทางกายภาพบำบัดไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร การฟื้นสภาพก็ช้าลง” (ขึ้นอยู่กับภาวะของโรคของผู้ป่วยที่มาพบนักกายภาพบำบัด) • “ผม (ดิฉัน) คิดว่า คุณจำเป็นต้องหยุดสูบบุหรี่/เสพยาสูบ หากคุณตกลงจะเลิก ผม (ดิฉัน) สามารถช่วยคุณได้”
Assess (ประเมินลักษณะการเสพติด ความพร้อมในการเลิกเสพ และประเมินทางกายภาพบำบัด	• การประเมินลักษณะการเสพติด และความเต็มใจ/ความพร้อมในการเลิกเสพยาสูบ ในการประเมินลักษณะการเสพติด และความเต็มใจ/ความพร้อมในการเลิกเสพ พึงมีการบันทึกในแบบฟอร์มเพื่อเป็นหลักฐานในการติดตาม โดยแบบฟอร์มควรมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้ 1. การประเมินลักษณะพื้นฐานของการเสพติดยาสูบ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเสพยาสูบ และประวัติการเลิกเสพ 2. การประเมินความรุนแรงของการเสพติดยาสูบ หมายถึง การประเมินระดับการเสพติดนิโคตินว่า มีมากน้อยเพียงใด ประเมินโดยการใช้แบบสัมภาษณ์ที่ชื่อว่า Heaviness of Smoking Index (HSI)	• เช่น “สูบบุหรี่/เสพยาสูบชนิดนี้มานานเท่าไร สูบ/เสพกี่มวนต่อวัน หรือเลิกเสพมานานเท่าไร” • หากผู้เสพมีระดับการเสพติดนิโคตินค่อนข้างสูง แสดงว่าหากหยุดเสพแล้ว จะมีโอกาสเกิดอาการถอนนิโคตินได้มาก และอาจเป็นอุปสรรคในการเลิกเสพได้

AW CPG handbook.indd 95 18/8/2555 9:07:00

ขั้นตอนการรักษา	รายละเอียด	ตัวอย่าง
	3. การประเมินสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เสพยาสูบ เป็นข้อมูลที่จะบอกให้ทราบถึงอุปสรรคที่จะทำให้เลิกยาก และพึงหาทางแก้ไขเพื่อเอาชนะอุปสรรคดังกล่าว ตลอดจนการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำอีกด้วย 4. การประเมินความพร้อมในการเลิกเสพ เป็นเรื่องที่ต้องประเมิน เนื่องจากระดับความพร้อมในการเลิกเสพของผู้เสพยาสูบนั้น จะเป็นตัวกำหนดแนวทางการนิเทศและการแก้ไขเพื่อช่วยให้เลิกเสพต่อไป	• ตัวอย่าง เช่น ประวัติการดื่มกาแฟและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การอยู่ในสถานที่ที่มีการสูบบุหรี่/เสพยาสูบอื่นๆ กลุ่มเพื่อน/ผู้ร่วมงาน/คนในบ้าน สูบบุหรี่/เสพยาสูบหรือไม่ • ตัวอย่าง เช่นพร้อมจะเลิกใน 6 เดือนข้างหน้า หรือ 3 เดือนข้างหน้า
	• การประเมินทางกายภาพบำบัด[4] ประกอบด้วย 1. การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป 2. การประเมินสมรรถภาพกล้ามเนื้อ และโครงร่าง 3. การประเมินทางกายภาพบำบัดของระบบการหายใจและการขยายของทรวงอก	• การประเมินสภาพร่างกายทั่วไป เช่น ลักษณะโครงร่าง สัญญาณชีพ การรับรู้สติ • การประเมินสมรรถภาพกล้ามเนื้อและโครงร่าง เช่น ลักษณะของทรวงอก ลักษณะการหายใจ ความแข็งแรงและทนทาน • การประเมินทางกายภาพบำบัดของระบบการหายใจและการขยายของทรวงอก เช่น การขยายตัวของทรวงอก รูปแบบการหายใจ

AW CPG handbook.indd 96 18/8/2555 9:07:01

ขั้นตอนการรักษา	รายละเอียด	ตัวอย่าง
Assist (บำบัดเพื่อเลิกยาสูบและส่งเสริมสุขภาพปอดดีขึ้น)	**ส่วนที่ 1 : การบำบัดเพื่อเลิกยาสูบ** นักกายภาพบำบัดพึงปฏิบัติตามขั้นตอนการบำบัดเพื่อเลิกเสพยาสูบ ดังนี้ • สร้างแรงจูงใจให้ผู้ที่เสพตัดสินใจเลิกเสพโดยใช้แนวทาง 5R (Relevance, Risks, Rewards, Roadblock, Repetition) • ใช้วิธีทางกายภาพบำบัดเพื่อบรรเทา/ต่อสู้กับอาการถอนนิโคติน • ส่งต่อคลินิกเลิกยาสูบหรือหน่วยนิเทศเพื่อเลิกยาสูบ **ส่วนที่ 2 : การส่งเสริมสุขภาพปอด** ในฐานะนักกายภาพบำบัด สามารถช่วยเหลือผู้เสพยาสูบให้ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด หรือสมรรถภาพการหายใจได้ ประกอบไปด้วย 1. การฝึกหายใจและไอที่มีประสิทธิภาพ 2. การฝึกระบายเสมหะด้วยตนเอง 3. การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอกและลำตัว (Chest-trunk mobilization) 4. การเพิ่มความทนทานในการออกกำลังกาย	• ตัวอย่าง เช่น การนวดเพื่อผ่อนคลาย เทคนิคการผ่อนคลาย และการออกกำลังกาย เป็นต้น
Arrange ติดตามผล	• เพื่อให้กำลังใจและประคับประคองให้เลิกเสพอย่างถาวร นักกายภาพบำบัดสามารถติดตามเอง หรือส่งต่อให้คลินิกเลิกยาสูบเป็นผู้ติดตาม[1-4]	• การติดตามเองอาจติดตามทุก 1-2 สัปดาห์ ต่อไป ติดตามห่างเป็นทุกเดือน และห่างเป็น 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี

AW CPG handbook.indd 97 18/8/2555 9:07:01

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
2. กรองจิต วาทีสาธกกิจ (บรรณาธิการ). การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในงานประจำ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551.
3. วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, จุฑามณี สุทธิสีสังข์, เนติ สุขสมบูรณ์ และ คณะ. รายงานการวิจัย เรื่อง แนวทางการรักษาและให้คำแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่สำหรับเภสัชกร. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546.
4. Velicer WF, Prochaska JO, Fava JL, et al. Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. Homeostasis 1998;38:216-33.

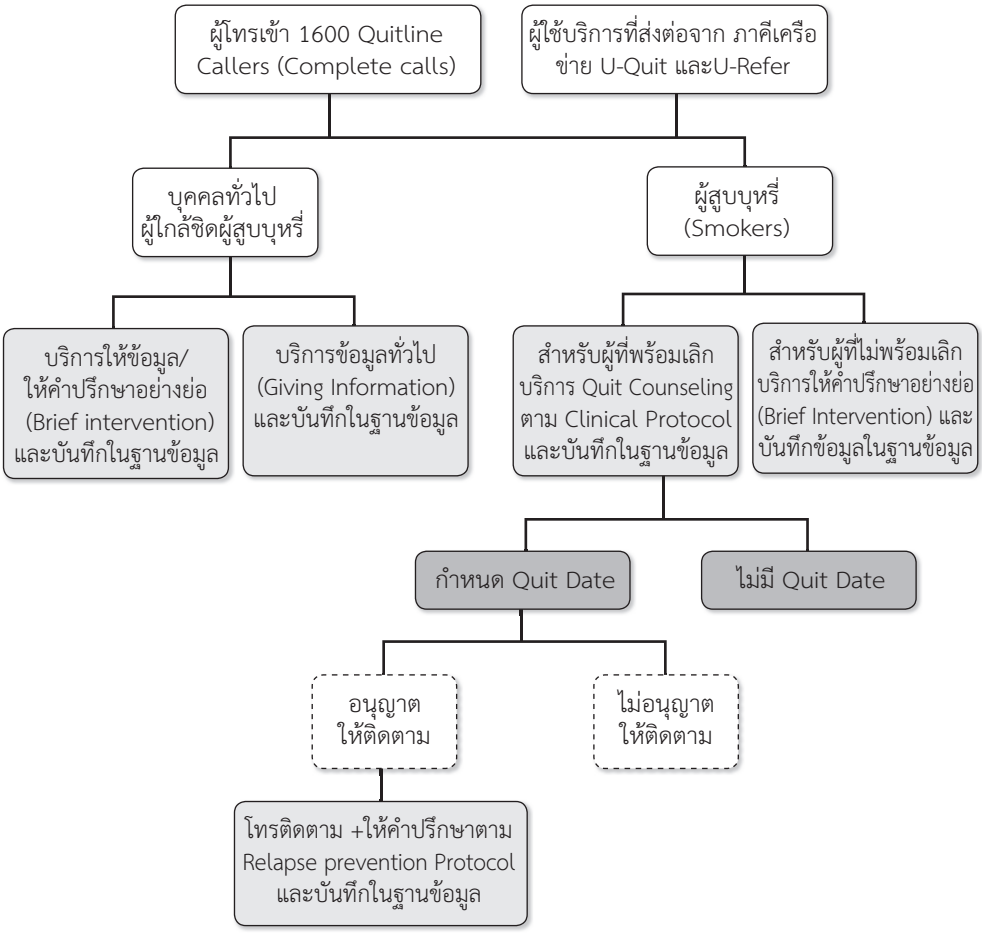
AW CPG handbook.indd 98 18/8/2555 9:07:01

บทที่ 10
แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับผู้ให้คำปรึกษา (Quit Counselors) ของศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ

จินตนา ยูนิพันธุ์

ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ เป็นศูนย์ฯ ที่ทำหน้าที่หลักในการให้บริการบำบัดโรคเสพยาสูบ ด้วยกระบวนการบำบัดแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และอินเตอร์เน็ต[1, 2, 3] ตามแนว Stage-based intervention[4] ให้บริการทั้งแบบเชิงรับ (Reactive service) คือ รับสายผู้โทรเข้า หมายเลข 1600 และเชิงรุก (Proactive service)[5, 6] คือโทรออกไปยังผู้เสพยาสูบที่ส่งต่อจากภาคีเครือข่าย (ผ่านระบบU-Refer) และผู้ที่ขอรับบริการทางอินเตอร์เน็ต (ผ่านระบบU-Quit) ผู้ทำหน้าที่บำบัดโรคเสพยาสูบของศูนย์ฯ มีคุณสมบัติ ดังนี้ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพ หรือสาธารณสุขที่ผ่านการศึกษาตามหลักสูตรการศึกษาและมีประสบการณ์การฝึกงาน เกี่ยวกับ การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและมีประสบการณ์ในระบบบริการสุขภาพมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี รวมทั้งต้องผ่านหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ (Quit Counselor) ของศูนย์ฯ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จากนั้นจึงปฏิบัติหน้าที่ให้บริการภายใต้ระบบการควบคุมคุณภาพบริการตามขั้นตอนบริการที่กำหนดเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Protocol) และบันทึกข้อมูลการบริการแบบ Real time ไว้ในระบบฐานข้อมูล (Data base System)[7, 8] ของศูนย์ฯ แนวปฏิบัติทางคลินิกนี้ ในหนังสือนี้ เรียกว่า แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับผู้ให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ ซึ่งมีรายละเอียด เป็นลำดับขั้นตอนการบริการของ 1600 Quitline หรือ 1600 สายเลิกบุหรี่ ตามแผนภาพ ต่อไปนี้

AW CPG handbook.indd 99 18/8/2555 9:07:01



AW CPG handbook.indd 100 18/8/2555 9:07:01

แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ สำหรับผู้ให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ (Quit Counselors)
การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แบบเข้ม ครั้งแรก ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ (แนวคำถามที่ใช้)
++	A1- Ask (สอบถามความต้องการ/ตกลงบริการ)	ประเมิน ความต้องการเลิกเสพยาสูบ แยกเป็นที่ต้องการเลิก และผู้ที่ยังไม่พร้อม/ลังเลใจ/ขอคิดดูก่อน	• “คุณต้องการเลิกบุหรี่ใช่ไหม?” • “การสนทนาครั้งนี้จะใช้เวลาประมาณ 30 นาทีและจะมีการบันทึกเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ขออนุญาต? • คุณมีเวลาและพร้อมที่จะสนทนากัน ใช่ไหม?
++	A1- Ask and A3- Advise (สอบถามประวัติการเสพผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกชนิด และความพร้อมในการเลิกยาสูบครั้งนี้)	เพื่อรวบรวมประวัติของการเสพยาสูบทุกชนิด และประเมินความพร้อมในการเลิกยาสูบครั้งนี้ เพื่อการเข้าสู่กระบวนการบำบัด[9]	• คุณสูบบุหรี่หรือยาสูบชนิดอื่นไหม? • สูบบุหรี่ทุกวัน หรือ บางวัน? • คุณเริ่มสูบบุหรี่ ตั้งแต่อายุ.....ปี จนถึงปัจจุบันนี้สูบมานาน เท่าใด” • ช่วงเวลาที่คุณรู้สึกว่าต้องสูบบุหรี่ คือช่วงเวลาใด” • คุณมีความตั้งใจจะเลิกบุหรี่ในช่วง 30 วัน หรือไม่”
++	A2- Assess และ A4- Assist (สอบถามข้อมูลพฤติกรรมการสูบเสพยาสูบและประเมินระดับการติดนิโคติน)	เพื่อประเมินและช่วยให้ผู้ใช้บริการรับรู้และเข้าใจระดับการติดนิโคติน และบุคคลที่อาจเป็นผู้กระตุ้นการสูบบุหรี่ของตน	• คุณสูบบุหรี่มวนแรกในแต่ละวันหลังจากตื่นนอนเป็นเวลากี่ นาที ? • คุณสูบบุหรี่ขณะเป็นหวัดหรือเจ็บป่วยเล็กน้อย รักษาตัวอยู่บ้าน หรือในโรงพยาบาลหรือไม่ ? • คุณอยู่ใกล้กับผู้สูบบุหรี่/มีคนใกล้ชิดสูบบุหรี่หรือไม่?”

AW CPG handbook.indd 101 18/8/2555 9:07:01

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ (แนวคำถามที่ใช้)
++	A4- Assist (สอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และภาวะสุขภาพ)	เพื่อการมีข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการเลิกเสพยาสูบ	• คุณมีโรคประจำตัวที่ได้รับการรักษาด้วยยาอยู่ในขณะนี้หรือไม่? • คุณออกกำลังกาย/เคลื่อนไหวออกแรงเป็นจังหวะ และต่อเนื่องอย่างน้อย วันละ 20 นาที หรือไม่ อย่างไร? • งานที่คุณทำเป็นประจำ (อาชีพหลัก) คือ อะไร”
++	A4- Assist (สอบถามข้อมูลประสบการณ์การเลิกบุหรี่)	เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการตระหนักรู้กลไกการเสพและประสบการณ์ความพยายามเสพยาสูบ รวมทั้งสิ่งกระตุ้น (Triggers) ของตนเอง	• คุณเคยพยายามเลิกบุหรี่มาก่อน หรือไม่? กี่ครั้ง? ครั้งสุดท้ายเมื่อไร? วิธีการที่ใช้? • แรงจูงใจ/เหตุผลของการเลิกบุหรี่ในครั้งที่ผ่านมา? • อาการที่เกิดขึ้นขณะเลิกบุหรี่ในครั้งที่ผ่านมา? วิธีที่ใช้ในการเผชิญกับอาการข้างต้น ? • สาเหตุ/เหตุการณ์ที่ทำให้กลับไปสูบซ้ำ? • เคยใช้บริการ/ขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่หรือไม่ อย่างไร?
++	A4- Assist (สอบถามข้อมูลแรงจูงใจ/เหตุผลของการเลิกครั้งนี้)	เพื่อค้นหาแรงจูงใจ/เหตุผลของความตั้งใจเลิกเสพครั้งนี้	• การเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ บุคคลที่กระตุ้น/ผลักดัน/เป็นแรงบันดาลใจให้ต้องการเลิกบุหรี่คือใคร? • ระดับความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ครั้งนี้? • เมื่อคุณตั้งใจมั่นในการเลิกบุหรี่ครั้งนี้ ขอแสดงความยินดีที่คุณกำลังจะทำสิ่งที่ดีที่สุดอย่างหนึ่งในชีวิตเพื่อ .....(ย้ำเตือนแรงจูงใจ)

AW CPG handbook.indd 102 18/8/2555 9:07:01

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ (แนวคำถามที่ใช้)
++	A4- Assist (การวางแผนการเลิกเสพยาสูบ)	- เพื่อช่วยผู้ใช้บริการตัดสินใจเลือกวิธีการเลิก - เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการสร้างแผนการเลิกด้วยตนเองโดยเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม มุ่งที่การจัดการ/ปรับการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นสิ่งกระตุ้นการเสพยาสูบ	• จากการสนทนาเกี่ยวกับประสบการณ์ความพยายามเลิกที่ผ่านมาในครั้งนี้คุณจะเลือกวิธีการเลิกวิธีใด? 1600 ขอแนะนำการเตรียมตัว/วิธีการปฏิบัติตัว.....? คุณคิดว่าคุณจะใช้วิธีใด? • สิ่งสำคัญคือการปรับการดำเนินชีวิตในเรื่อง..... คุณคิดว่าจะทำอย่างไร? มีคำถาม? • คนรอบข้างจะเป็นกำลังใจ/ช่วยคุณได้มาก ดังเช่น.....คุณคิดเห็นว่าเป็นไปได้หรือไม่? • คุณต้องการซักถาม/พูดคุยเพิ่มเติมเรื่องอะไรอีกบ้าง?
++	A4- Assist (การวางแผนการเลิกเสพยาสูบ-ต่อ)	- เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการพัฒนาความมั่นใจ ในการเผชิญความอยากอาการขาดนิโคติน	• โดยปกติในวันแรกของการเลิกบุหรี่จะมีอาการขาดนิโคตินและมีความอยากบุหรี่ คุณเคยเลิกบุหรี่มาแล้ว มีอาการ..... (ข้อมูลจากการบันทึกในช่วงแรกของการสนทนา) ซึ่งต้องหาวิธีจัดการกับอาการเหล่านี้ให้ได้ • อาการเหล่านี้อาจมีมากน้อยแตกต่างกันในแต่ละคน ส่วนใหญ่อาการจะมากในวันแรกๆ แต่จะลดลงในวันต่อไป 1600 ขอแนะนำ..... (ใช้แนวทาง 5D ...ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else, and destination) • คุณคิดว่าคุณจะเลือกทำอะไรเมื่อมีอาการ ..... ? คุณมีความมั่นใจเพียงใดว่าจะจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น?

AW CPG handbook.indd 103 18/8/2555 9:07:01

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ (แนวคำถามที่ใช้)
++	**A4- Assist** (การวางแผนการเลิกเสพยาสูบ-ต่อ)	- เพื่อช่วยให้ผู้ใช้บริการค้นหา และเลือกใช้กำลังใจจากผู้ใกล้ชิด	• คนรอบข้างจะเป็นกำลังใจ/ช่วยคุณได้มาก ดังเช่น.....คุณคิดเห็นว่าเป็นไปได้หรือไม่? • คุณต้องการซักถาม/พูดคุยเพิ่มเติมเรื่องอะไรอีกบ้าง? • ขณะนี้ระดับความมั่นใจในการเลิกบุหรี่ครั้งนี้ เป็นอย่างไร?
++	**A4- Assist** (กำหนดวันเลิกเสพยาสูบ–Quit Date)	- เพื่อการกำหนดเวลาเริ่มต้น ขั้นตอน การเลิกเสพยาสูบ ที่แน่ชัด	• กำหนดวันเลิกบุหรี่ของคุณ คือ ..... • ขอแสดงความยินดีอีกครั้ง ที่คุณกำลังจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีๆ ในชีวิต คือ เริ่มต้นการมีชีวิตปลอดบุหรี่ ชาว 1600 ขอเป็นกำลังใจให้คุณเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ?
++	**A5- Arrange** (ตกลงบริการเพื่อการติดตามอย่างใกล้ชิด)	เพื่อช่วยเหลือผู้ใช้บริการในการป้องกันการสูบซ้ำ โดยเป็นที่ปรึกษา/ให้กำลังใจระหว่างที่พยายามเลิกเสพยาสูบ และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม - เพื่อป้องกันการสูบซ้ำ	• สอบถามความต้องการคู่มือการมีชีวิตปลอดบุหรี่ทางไปรษณีย์ หรือ ทางอินเตอร์เน็ตและตกลงบริการ • ให้ข้อมูลบริการโทรกลับให้กำลังใจของศูนย์ฯ รวม 6 ครั้ง 10 ตลอดระยะเวลา 1 ปี หลังกำหนดวันเลิก • ตกลงการใช้บริการโทรกลับให้กำลังใจ

AW CPG handbook.indd 104 18/8/2555 9:07:01

แนวทางเวชปฏิบัติในการบำบัดโรคเสพยาสูบ
สำหรับผู้ให้คำปรึกษา (Quit Counselors) เพื่อป้องกันการเสพซ้ำ
(การโทรติดตาม-ให้กำลังใจ) ใช้เวลาประมาณ ครั้งละ 5-15 นาที แล้วแต่กรณี

น้ำหนักคำแนะนำ	ขั้นตอน	คำอธิบาย	แนวทางปฏิบัติ (แนวคำถามที่ใช้)
++	**A4 – Assist** **A5-Arrange** (โทรกลับติดตามผลการบำบัดเพื่อการป้องกันการสูบซ้ำ เป็นเวลา 1 ปี ตามขั้นตอนที่กล่าวแล้วข้างต้น)	• เพื่อการติดตามผลการบำบัด และให้คำปรึกษาเพิ่มเติม รวม 6 ครั้ง ในเวลา 1 ปี แล้วแต่กรณี	• นับจากวัน “เลิกบุหรี่ของคุณคือ.....” จนถึงวันนี้ คุณสูบบุหรี่หรือไม่? ไม่สูบอย่างต่อเนื่อง แม้แต่มวนเดียว หรือไม่? และ/หรือ • นับจาก “เลิกบุหรี่ของคุณคือ.....” จนถึงวันนี้ คุณสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ อย่างน้อย 24 ชม.หรือ 1 วัน หรือไม่? หยุดอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 7 วัน หรือไม่? • กรณี เลิกได้ ชื่นชม ให้กำลังใจ และสร้างความภาคภูมิใจในความสำเร็จ • กรณี กำลังลด/เลิกไม่ได้ และต้องการเลิกอีกครั้ง ....แสดงความเข้าใจ และจริงใจในการให้คำปรึกษาเพิ่มเติม โดยทบทวนการเรียนรู้เดิม เสริมวิธีการเผชิญอุปสรรค และค้นหาวิธีใหม่ ในการเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและ/หรือสิ่งแวดล้อม รวมทั้งเพิ่มเติมความมั่นใจ/แก้ปัญหาการจัดการกับอาการขาดนิโคติน/อาการอยากบุหรี่ โดยปรับใช้ตามแนวปฏิบัติการให้คำปรึกษาครั้งแรก ให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ใช้บริการ • กำหนดวันเลิกใหม่ และการค้นหา/ตกลงบริการให้กำลังใจ

AW CPG handbook.indd 105 18/8/2555 9:07:01

เอกสารอ้างอิง

1. U.S. department of health and human service. (2008) Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use & dependence: 2008 update. Public Health Service.
2. Fiore MC, et al. (2000) Smoking cessation: Clinical practice guideline no. 18. Rockville, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service.
3. Stead LF, Lancaster T, Perera R. (2003) Telephone counseling for smoking cessation (Cochrane Review). Cochrance Database Syst; CD002850
4. Farkas, A., et al. (1996) Addiction versus stages of change models in predicting smoking cessation. Addiction, 91(9), 1271-1280
5. Zhu SH, et al. (2002) Evidence of real-world effectiveness of a telephone Quitline for smokers. New England Journal of Medicine, 347: 1087-93
6. North American Quitline Consortium Issue Paper: A framework for Improving Tobacco Quitline Quality in North America. Available at: www.naquitline.org. Accessed May 15, 2011
7. WHO. Developing and improving national toll-free tobacco quit line services: A WHO manual. Available at www.who.int/tobacco/en.
8. NAQC. Minimum Data Set. Available at: www.naquitline.org. Accessed June 2009.
9. Hymowitz N, et al. (1997). Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. Tobacco Control; 6 (suppl 2): S57-62.
10. Zhu SH, et al. (1996). Telephone counseling for smoking cessation: effects of single-session and multiple-session interventions. Journal of Consult Clinical Psycholo

AW CPG handbook.indd 106 18/8/2555 9:07:01

บทที่ 11
การบำบัดผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ

สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา

• การบำบัดผู้เสพที่มีลักษณะเฉพาะตัว เช่น สตรีตั้งครรภ์, ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางกาย เช่น โรคหัวใจ หรือ มีปัญหาสุขภาพจิต ก็มีแนวทางในการช่วยเลิกเสพยาสูบคล้ายคลึงกับผู้เสพทั่วไป แต่ก็มีข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมบางประเด็นตามลักษณะของผู้เสพเหล่านั้น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: แสดงแนวทางการบำบัดสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ

กลุ่มของผู้ป่วย	Non-pharmacological Therapy		Pharmacological Therapy	
	น้ำหนักคำแนะนำ	การบำบัด	น้ำหนักคำแนะนำ	ยาช่วยเลิกยาสูบ
สตรี โดยเฉพาะรายที่กำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร[1-7]	++ ++ ++	• บำบัดด้านจิตสังคม เน้นความสวยงามของร่างกายผู้ป่วย และพิษภัยต่อทารกในครรภ์ • บำบัดสามีหรือคนใกล้ชิดอื่นๆที่เสพยาสูบไปพร้อมกัน • ป้องกัน relapse หลังคลอด	+ - - - - --	• Nicotine gum หรือ nicotine lozenges เฉพาะในรายที่ไม่สามารถเลิกได้โดยปราศจากยา • Nicotine patch • Bupropion • Varenicline • Nortriptyline • Combination
ผู้สูงอายุ[8-11]	++ ++ ++	• เน้นย้ำให้เห็นถึงพิษภัยของยาสูบทุกชนิด (รวมทั้งหมากพลู) ต่อสุขภาพ ผลต่อลูกหลาน • พฤติกรรมบำบัด บำบัดด้านจิตสังคม • ตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า	+ + + ++ -	• NRT • Bupropion • Varenicline • Nortriptyline • Combination

AW CPG handbook.indd 107 18/8/2555 9:07:01

กลุ่มของผู้ป่วย	Non-pharmacological Therapy		Pharmacological Therapy	
	น้ำหนักคำแนะนำ	การบำบัด	น้ำหนักคำแนะนำ	ยาช่วยเลิกยาสูบ
วัยรุ่น (อายุต่ำกว่า18 ปี)[12-16]	++ ++	• ให้นิเทศ พฤติกรรมบำบัดและบำบัดทางจิตสังคมอย่างเข้ม • สร้างความตระหนักและให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของยาสูบ	+ +	• NRT • Bupropion
			- - -	• Varenicline • Nortriptyline • Combination
	+	• นิเทศแบบกลุ่ม		
	+	• นิเทศผ่านระบบอินเตอร์เน็ต		
	++	• กระตุ้นความร่วมมือจากผู้ปกครอง และครูที่โรงเรียน		
	+	• แนะนำอย่างยิ่งให้ใช้มาตรการทางสังคมและชุมชนควบคู่ไปด้วยในการบำบัด		
ผู้ที่เสพยาสูบน้อยกว่า 10 มวนต่อวันหรือเทียบเท่า[17-20]	++ ++	• ตรวจหาปัจจัยที่เป็นต้นเหตุแล้วแก้ไข • พฤติกรรมบำบัด	+ +	• NRT • Bupropion
	+	• มาตรการทางสังคมและชุมชน	- - -	• Varenicline • Nortriptyline • Combination

AW CPG handbook.indd 108 18/8/2555 9:07:01

กลุ่มของผู้ป่วย	Non-pharmacological Therapy		Pharmacological Therapy	
	น้ำหนักคำแนะนำ	การบำบัด	น้ำหนักคำแนะนำ	ยาช่วยเลิกยาสูบ
ผู้ที่เสพจัด (> 1 ซองต่อวัน หรือเสพมวนแรกภายใน 30 นาทีหลังตื่นนอน)[18-21]	++ ++ ++	• บำบัดทางจิตสังคมอย่างเข้ม • พฤติกรรมบำบัด • ซักประวัติเพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุแล้วช่วยวางแผนแก้ไข	+ + +	• NRT • Bupropion • Varenicline
	+	• มาตรการทางสังคมและชุมชน	++	• Nortriptyline
			+	• Combination
ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์[22-24]	+	• แก้ไขทัศนคติเกี่ยวกับพิษภัยยาสูบในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี	+ + +	• NRT • Bupropion • Varenicline
	++ ++	• เน้นเรื่องการบำบัดทางจิตสังคม พฤติกรรมบำบัด • สร้าง self-esteem ให้แก่ผู้ป่วย	++	• Nortriptyline
			+	• Combination
ผู้ป่วยโรคลมชัก[25-28]	++ ++	• ตรวจหาปัจจัยที่เป็นต้นเหตุแล้วแก้ไข • พฤติกรรมบำบัด	+	• NRT
	+	• มาตรการทางสังคมและชุมชน	--	• Bupropion
			-	• Varenicline
			--	• Nortriptyline
			+	• Combination

AW CPG handbook.indd 109 18/8/2555 9:07:01

กลุ่มของผู้ป่วย	Non-pharmacological Therapy		Pharmacological Therapy	
	น้ำหนักคำแนะนำ	การบำบัด	น้ำหนักคำแนะนำ	ยาช่วยเลิกยาสูบ
ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร [26,29-32]	++ ++ ++	• เน้นเรื่องพิษภัยยาสูบต่อการดำเนินโรค • บำบัดทางจิตสังคม • พฤติกรรมบำบัด	-- + + ++ -	• NRT • Bupropion • Varenicline • Nortriptyline • Combination
ผู้ป่วยโรคตับเรื้อรัง[26,33-35]	++ ++ ++ +	• เน้นเรื่องพิษภัยยาสูบต่อการดำเนินโรค • บำบัดทางจิตสังคม • พฤติกรรมบำบัด • มาตรการทางสังคม และชุมชน	+ - + - +	• NRT • Bupropion • Varenicline • Nortriptyline • Combination
ผู้ป่วย acute coronary syndrome หรือ unstable angina (ภายใน 2 สัปดาห์)[26,36-41]	++ ++ ++ +	• แนะนำอย่างยิ่งให้ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดขึ้นกับการเสพยาสูบ • บำบัดทางจิตสังคม • พฤติกรรมบำบัด • มาตรการทางสังคมและชุมชน	+ + - - -	• NRT • Bupropion • Varenicline • Nortriptyline • Combination
ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (เฉพาะรายที่อาการคงที่)[26, 37-45]	++ ++ ++ +	• แนะนำอย่างยิ่งให้ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นความสัมพันธ์ระหว่างโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดขึ้นกับการเสพยาสูบ • บำบัดทางจิตสังคม • พฤติกรรมบำบัด • มาตรการทางสังคมและชุมชน	+ + + + +	• NRT • Bupropion • Varenicline • Nortriptyline • Combination

AW CPG handbook.indd 110 18/8/2555 9:07:01

กลุ่มของผู้ป่วย	Non-pharmacological Therapy		Pharmacological Therapy	
	น้ำหนักคำแนะนำ	การบำบัด	น้ำหนักคำแนะนำ	ยาช่วยเลิกยาสูบ
ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง[45-46]	++ ++ ++	• เน้นเรื่องพิษภัยยาสูบต่อการดำเนินโรค • บำบัดทางจิตสังคม • พฤติกรรมบำบัด	+ +	• NRT • Bupropion
			-	• Varenicline
	+	• มาตรการทางสังคมและชุมชน	++	• Nortriptyline
			+	• Combination
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน[45, 47-50]	++ ++ ++	• เน้นเรื่องพิษภัยยาสูบต่อการดำเนินโรค • บำบัดทางจิตสังคม • พฤติกรรมบำบัด	--	• NRT
			+ +	• Bupropion • Varenicline
	+	• มาตรการทางสังคมและชุมชน	++	• Nortriptyline
	++	• แนะนำให้ออกกำลังกาย ลดอาหารคาร์โบไฮเดรต ระวังน้ำหนักตัวที่อาจเพิ่มขึ้น	+	• Combination
ผู้ป่วยโรคระบบการหายใจ [26,45,47,51-58]	++ ++ ++	• เน้นเรื่องพิษภัยยาสูบต่อการดำเนินโรค • บำบัดทางจิตสังคม • พฤติกรรมบำบัด	+ + +	• NRT • Bupropion • Varenicline
	+	• มาตรการทางสังคมและชุมชน	++	• Nortriptyline
			+	• Combination

AW CPG handbook.indd 111 18/8/2555 9:07:02

กลุ่มของผู้ป่วย	Non-pharmacological Therapy		Pharmacological Therapy	
	น้ำหนักคำแนะนำ	การบำบัด	น้ำหนักคำแนะนำ	ยาช่วยเลิกยาสูบ
ผู้ป่วยโรคของช่องปากและฟัน[59-61]	++	• แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างโรคของช่องปากและฟันกับการเสพยาสูบ	+	• NRT
			+	• Bupropion
			+	• Varenicline
	++	• บำบัดทางจิตสังคม		
	++	• พฤติกรรมบำบัด		
	+	• มาตรการทางสังคมและชุมชน	++	• Nortriptyline
			+	• Combination
ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช[62-68]	++	• แนะนำอย่างยิ่งให้ปรึกษาจิตแพทย์ เพื่อร่วมในการบำบัด	+	• NRT
			+	• Bupropion
			+	• Varenicline
	++	• บำบัดทางจิตสังคม		
	++	• พฤติกรรมบำบัด		
	+	• มาตรการทางสังคมและชุมชน	-	• Nortriptyline
			+	• Combination
ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย[63,68]	++	• แนะนำอย่างยิ่งให้ปรึกษาจิตแพทย์ เพื่อร่วมในการบำบัด	+	• NRT
			+	• Bupropion
			+	• Varenicline
	++	• แนะนำอย่างยิ่งให้บำบัดยาเสพติดไปพร้อมๆกันในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม	++	• Nortriptyline
	++	• บำบัดทางจิตสังคม		
	++	• พฤติกรรมบำบัด		
	+	• มาตรการทางสังคมและชุมชน	+	• Combination

AW CPG handbook.indd 112 18/8/2555 9:07:02

กลุ่มของผู้ป่วย	Non-pharmacological Therapy		Pharmacological Therapy	
	น้ำหนักคำแนะนำ	การบำบัด	น้ำหนักคำแนะนำ	ยาช่วยเลิกยาสูบ
ผู้ป่วยในโรงพยาบาล [26,45,70-73]	++	• มาตรการเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังหรือกลุ่มเฉพาะ ร่วมกับ มาตรการต่อไปนี้	+	• NRT
			+	• Bupropion
			+	• Varenicline
	++	• แนะนำอย่างยิ่งให้สอบถามสถานะการเสพยาสูบกับผู้ป่วยในทุกราย	++	• Nortriptyline
	++	• แนะนำอย่างยิ่งให้ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยในครั้งนั้นกับการเสพยาสูบ	+	• Combination
	++	• ติดตามผลอย่างน้อย 2-4 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว		

เอกสารอ้างอิง

1. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub3
2. Wong S, Ordean A, Kahan M. Substance use in pregnancy. J Obstet Gynaecol Can. 2011;33(4):367-84.
3. Murin S, Rafii R, Bilello K. Smoking and smoking cessation in pregnancy. Clin Chest Med. 2011 Mar;32(1):75-91.
4. Hemsing N, Greaves L, O'Leary R, et al. Partner Support for Smoking Cessation During Pregnancy: A Systematic Review. Nicotine Tob Res. 2011 Dec 16. [Epub ahead of print]
5. Oncken C. Nicotine replacement for smoking cessation during pregnancy. N Engl J Med. 2012; 366(9):846-7.

AW CPG handbook.indd 113 18/8/2555 9:07:02

6. Coleman T, Cooper S, Thornton JG, et al. A randomized trial of nicotine-replacement therapy patches in pregnancy. N Engl J Med. 2012; 366(9):808-18.
7. Mendelsohn C. Women who smoke - A review of the evidence. Aust Fam Physician. 2011;40(6):403-7.
8. Appel DW, Aldrich TK. Smoking cessation in the elderly. Clin Geriatr Med. 2003 Feb;19(1):77-100.
9. Yong HH, Borland R, Cooper J, Cummings KM. Postquitting experiences and expectations of adult smokers and their association with subsequent relapse: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Nicotine Tob Res, 2010;12 Suppl:S12-9.
10. Chaaya M, Mehio-Sibai A., El-Chemaly S. Smoking patterns and predictors of smoking cessation in elderly populations in Lebanon. Int J Tuberc Lung Dis, 2006;10(8):917-23.
11. Lim SH, Tai BC, Yuan JM, et al. Smoking cessation and mortality among middle-aged and elderly Chinese in Singapore: the Singapore Chinese Health Study. Tob Control. 2011 Dec 14. [Epub ahead of print]
12. Dalum P, Paludan-Müller G, Engholm G, et al. A cluster randomised controlled trial of an adolescent smoking cessation intervention : Short and long-term effects. Scand J Public Health. 2012 Feb 6. [Epub ahead of print]
13. Wegmann L, Bühler A, Strunk M, et al. Smoking cessation with teenagers: The relationship between impulsivity, emotional problems, program retention and effectiveness. Addict Behav. 2012;37(4):463-8.
14. Hollingworth W, Cohen D, Hawkins J, et al. Reducing smoking in adolescents: cost-effectiveness results from the cluster randomized ASSIST (A Stop Smoking In Schools Trial). Nicotine Tob Res. 2012;14(2):161-8.
15. Pbert L, Druker S, DiFranza JR, et al. Effectiveness of a school nurse-delivered smoking-cessation intervention for adolescents. Pediatrics. 2011;128(5):926-36.
16. Patten CA, Hughes CA, Lopez KN, et al. Web-based intervention for adolescent nonsmokers to help parents stop smoking: a pilot feasibility study. Addict Behav. 2012 ;37(1):85-91.
17. Kelbsch J, Meyer C, Rumpf HJ, et al. Stages of change and other factors in 'light' cigarette smokers. Eur J Public Health. 2005 Apr;15(2):146-51.
18. Ranney L, Melvin C, Lux L, et al. Systematic review: smoking cessation intervention strategies for adults and adults in special populations. Ann Intern Med. 2006;145(11):845-56.
19. Gritz ER, Vidrine DJ, Fingeret MC. Smoking cessation a critical component of medical

AW CPG handbook.indd 114 18/8/2555 9:07:02

management in chronic disease populations. Am J Prev Med. 2007; 33(6 Suppl):S414-22.

20. Caldwell B, Burgess C, Crane J. Randomized crossover trial of the acceptability of snus, nicotine gum, and Zonnic therapy for smoking reduction in heavy smokers. Nicotine Tob Res. 2010;12(2):179-83.
21. Rey L, Vaucher P, Secretan F, et al. Use of nicotine substitute prescribed at hourly plus ab libitum intake or ad libitum for heavy smokers willing to quit: a randomized controlled trial. Subst Abuse Treat Prev Policy. 2009;4:12.
22. Fuster M, Estrada V, Fernandez-Pinilla MC, et al. Smoking cessation in HIV patients: rate of success and associated factors. HIV Med. 2009 Nov;10(10):614-9.
23. Rahmanian S, Wewers ME, Koletar S, et al. Cigarette smoking in the HIV-infected population. Proc Am Thorac Soc. 2011 Jun;8(3):313-9.
24. Amiya RM, Poudel KC, Poudel-Tandukar K, et al. Physicians are a key to encouraging cessation of smoking among people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in the Kathmandu Valley, Nepal. BMC Public Health. 2011;11:677.
25. Ross S, Williams D. Bupropion: risks and benefits. Expert Opin Drug Saf. 2005;4(6):995-1003.
26. U.S. deparment of health and human service. Clinical Practice Guideline: Treating tobacco use & dependence: 2008 update. Public Health Service, May 2008: 143-176.
27. Beyens MN, Guy C, Mounier G, et al. Serious adverse reactions of bupropion for smoking cessation: analysis of the French Pharmacovigilance Database from 2001 to 2004. Drug Saf. 2008;31(11):1017-26.
28. Belson MG, Kelley TR. Bupropion exposures: clinical manifestations and medical outcome. J Emerg Med. 2002; 23(3):223-30.
29. Parasher G, Eastwood GL. Smoking and peptic ulcer in the Helicobacter pylori era. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2000;12(8):843-53.
30. Hughes JR. Risk-benefit assessment of nicotine preparations in smoking cessation. Drug Saf. 1993 ;8(1):49-56.
31. Ma J, Vaillancourt R, Boddam R, et al. Association between antidepressant use and prescribing of gastric acid suppressants. Can J Psychiatry. 2006;51(3):178-84.
32. Leung LK, Patafio FM, Rosser WW. Gastrointestinal adverse effects of varenicline at maintenance dose: a meta-analysis. BMC Clin Pharmacol. 2011;11:15.
33. Chandra T, Reyes M, Nguyen H, et al. Frequency of alcohol and smoking cessation counseling in hepatitis C patients among internists and gastroenterologists. World J

AW CPG handbook.indd 115 18/8/2555 9:07:02

Gastroenterol. 2009 21;15(47):6010-1.

34. Khoo AL, Tham LS, Lee KH, et al. Acute liver failure with concurrent bupropion and carbimazole therapy. Ann Pharmacother. 2003 Feb;37(2):220-3.
35. El-Zayadi AR. Heavy smoking and liver. World J Gastroenterol 2006; 12(38): 6098-6101.
36. Rigotti NA, Pipe AL, Benowitz Nl, et al. Efficacy and safety of varenicline for smoking cessation in patients with cardiovascular disease: a randomized trial. Circu lation 2010;121:221-9.
37. Ebbert JO, Burke MV, Hays JT, Hurt RD. Combination treatment with varenicline and nicotine replacement therapy. Nicotine Tob Res. 2009;11(5):572-6.
38. Singh S, Loke YK, Spangler JG,et al. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2011;183(12):1359-66.
39. Hays JT. Varenicline for smoking cessation: is it a heartbreaker? CMAJ. 2011;183(12):1346-7.
40. Pipe AL, Eisenberg MJ, Gupta A, et al. Smoking cessation and the cardiovascular specialist: Canadian Cardiovascular Society position paper. Can J Cardiol. 2011;27(2):132-7.
41. Planer D, Lev I, Elitzur Y, Sharon N, et al. Bupropion for smoking cessation in patients with acute coronary syndrome. Arch Intern Med. 2011;171(12):1055-60.
42. Breitling LP, Rothenbacher D, Vossen CY, et al. Validated smoking cessation and prognosis in patients with stable coronary heart disease. J Am Coll Cardiol. 2011;58(2):196-7.
43. Hansen HH, Vammen B, Jensen MK. Smoking cessation in patients with stable or unstable ischaemic heart disease. J Intern Med. 1998;243(5):401.
44. Rigotti NA, Pasternak RC. Cigarette smoking and coronary heart disease: risks and management. Cardiol Clin. 1996;14(1):51-68.
45. เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ, พฤศจิกายน 2552.
46. Hallan SI, Orth SR. Smoking is a risk factor in the progression to kidney failure. Kidney Int. 2011;80(5):516-23.
47. Rigotti NA, Bitton A, Kelley JK, et al. Offering population-based tobacco treatment in a healthcare setting: a randomized controlled trial. Am J Prev Med. 2011;41(5):498-503.
48. Macaller T, Brown M, Black K, et al. Collaborating with diabetes educators to

AW CPG handbook.indd 116 18/8/2555 9:07:02

promote smoking cessation for people with diabetes: the California experience. Diabetes Educ. 2011;37(5):625-32.

49. Shriner RL, Graham NA, Gold MS. Smoking cessation and the risk for type 2 diabetes mellitus. Ann Intern Med. 2010;152(11):755.
50. Beaven D, Thomson S. Diabetes and tobacco. N Z Med J. 2009 ;122(1307):114.
51. Tashkin DP, Rennard S, Hays JT, et al. Effects of varenicline on smoking cessation in patients with mild to moderate COPD: a randomized controlled trial. Chest. 2011;139(3):591-9.
52. Zielinski J, Bednarek M, Gorecka D. Complete smoking cessation is beneficial in older and more advanced COPD patients. Eur Respir J. 2010;36(1):216-7.
53. Singh P, Kumar R. Assessment of the effectiveness of sustained release Bupropion and intensive physician advice in smoking cessation. Lung India. 2010 ;27(1):11-8.
54. Niewoehner DE. Clinical practice. Outpatient management of severe COPD. N Engl J Med. 2010 ;362(15):1407-16.
55. Vozoris NT, Stanbrook MB. Smoking prevalence, behaviours, and cessation among individuals with COPD or asthma. Respir Med. 2011;105(3):477-84.
56. Cataldo JK, Dubey S, Prochaska JJ. Smoking cessation: an integral part of lung cancer treatment. Oncology. 2010;78(5-6):289-301.
57. McClure JB, Ludman EJ, Grothaus L, et al. Impact of spirometry feedback and brief motivational counseling on long-term smoking outcomes: a comparison of smokers with and without lung impairment. Patient Educ Couns. 2010;80(2):280-3.
58. Siddiqi K, Khan A, Ahmad M, et al. An intervention to stop smoking among patients suspected of TB--evaluation of an integrated approach. BMC Public Health. 2010;10:160.
59. Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, et al. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. Int Dent J. 2010;60(1):7-30.
60. Shibly O, Cummings KM, Zambon JJ. Resolution of oral lesions after tobacco cessation. J Periodontol. 2008;79(9):1797-801.
61. Liede KE, Haukka JK, Hietanen JH, et al. The association between smoking cessation and periodontal status and salivary proteinase levels. J Periodontol. 1999 ;70(11):1361-8.
62. de Leon J, Diaz FJ. Genetics of schizophrenia and smoking: an approach to studying their comorbidity based on epidemiological findings. Hum Genet. 2011 Dec 22. [Epub ahead of print].
63. Cole J, Stevenson E, Walker R, et al. Tobacco use and psychiatric comorbidity among adolescents in substance abuse treatment. J Subst Abuse Treat. 2011 Dec 5.

AW CPG handbook.indd 117 18/8/2555 9:07:02

[Epub ahead of print].

64. Liu ME, Tsai SJ, Jeang SY, et al. Varenicline prevents affective and cognitive exacerbation during smoking abstinence in male patients with schizophrenia. Psychiatry Res. 2011;190(1):79-84.
65. Weiner E, Ball MP, Buchholz AS, et al. Bupropion sustained release added to group support for smoking cessation in schizophrenia: a new randomized trial and a meta-analysis. J Clin Psychiatry. 2012;73(1):95-102.
66. Schechter MA. Nicotine replacement therapy in the psychiatric emergency department. Am J Psychiatry. 2011;168(4):347-9.
67. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jun 16;(6):CD007253.
68. Selby P, Voci SC, Zawertailo LA, et al. Individualized smoking cessation treatment in an outpatient setting: Predictors of outcome in a sample with psychiatric and addictions co-morbidity. Addict Behav. 2010 ;35(9):811-7.
69. González-Pinto A, Alberich S, Ruiz de Azúa S, et al. Psychosis and smoking cessation: difficulties in quitting associated with sex and substance abuse. Psychiatry Res. 2012 ;195(1-2):45-50.
70. Duffy SA, Munger A, Karvonen-Gutierrez CA, et al. Post-discharge tobacco cessation rates among hospitalized US veterans with and without diabetes. Diabet Med. 2012. doi: 10.1111/j.1464-5491.2012.03635.x.
71. Regan S, Reyen M, Richards AE, et al. Nicotine Replacement Therapy Use at Home After Use During a Hospitalization. Nicotine Tob Res. 2011 Nov 25. [Epub ahead of print].
72. Steinberg MB, Randall J, Greenhaus S, et al. Tobacco dependence treatment for hospitalized smokers: a randomized, controlled, pilot trial using varenicline. Addict Behav. 2011;36(12):1127-32.
73. Targhetta R, Bernhard L, Sorokaty JM, et al. Intervention study to improve smoking cessation during hospitalization. Public Health. 2011;125(7):457-63.

AW CPG handbook.indd 118 18/8/2555 9:07:02

ภาคผนวก

AW CPG handbook.indd 119 18/8/2555 9:07:02

ภาคผนวกที่ 1
คุณภาพของหลักฐาน (Quality of Evidence)

ระดับ I	หมายถึง	มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial)
ระดับ II	หมายถึง	มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษา controlled clinical trials หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ หรือ มีหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกที่ใช้รูปแบบวิจัยอื่นที่มีคุณภาพและผลการวิจัยพบประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติรักษาที่เด่นชัด เช่น cohort study, case-control study เป็นต้น
ระดับ III	หมายถึง	มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบพรรณนา (descriptive study) หรือ การศึกษาแบบ controlled clinical trials ที่ดำเนินการยังไม่เหมาะสมหรือมีคุณภาพยังไม่ดีนัก
ระดับ IV	หมายถึง	เป็นความเห็นร่วมกันของคณะผู้เชี่ยวชาญที่ดำเนินการร่างแนวทางเวชปฏิบัตินี้ โดยไม่มีหลักฐานจากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคำแนะนำที่ระบุไว้เลย

AW CPG handbook.indd 120 18/8/2555 9:07:02

ภาคผนวกที่ 2
ตารางแสดงคำถามและคำตอบที่พบบ่อยในการบำบัดโรคเสพยาสูบ

คำถาม	คำตอบ
การเลิกเสพยาสูบไม่ว่าชนิดใดอาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้มากน้อยอย่างไร และมีแนวทางป้องกันหรือแก้ไขอย่างไร?	ผู้ที่เลิกยาสูบส่วนใหญ่จะเจริญอาหาร ส่งผลให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้มากถึง 3-7 กิโลกรัม ดังนั้น ควรแนะนำผู้ป่วยทุกรายให้ลดการบริโภคอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตลง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนยาช่วยเลิกยาสูบนั้นพบว่าทำได้เพียงช่วยชลอการเพิ่มของน้ำหนักตัวให้ช้าลงเท่านั้น แต่ไม่สามารถป้องกันปัญหานี้ได้ (คุณภาพหลักฐานระดับ“B”)
จำเป็นต้องจัดให้มีการนิเทศแบบตัวต่อตัว (individual counseling) โดยแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยทุกรายที่ประสงค์จะเลิกยาสูบหรือไม่อย่างไร?	จากการศึกษาพบว่า การนิเทศแบบสังเขป (1-3 นาที) โดยแพทย์ก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกยาสูบสำเร็จได้ แม้อัตราการเลิกยาสูบสำเร็จนี้จะไม่ดีเท่าในกลุ่มที่ได้รับการนิเทศแบบตัวต่อตัวที่ต้องใช้เวลานานกว่าก็ตาม (คุณภาพหลักฐานระดับ“B”) ดังนั้นในสถานบริการที่ยังไม่พร้อมหรือมีบุคลากรไม่เพียงพอ ก็แนะนำให้ทำการนิเทศแบบสังเขปโดยแพทย์ไปก่อนได้ แต่หากมีศักยภาพหรือบุคลากรเพียงพอก็ควรจัดผู้ป่วยทุกรายได้รับการนิเทศแบบตัวต่อตัวเพื่อให้ได้ผลสำเร็จสูงสุด

AW CPG handbook.indd 121 18/8/2555 9:07:02

คำถาม	คำตอบ
มีความจำเป็นมากน้อยเพียงใดที่ต้องกำหนดวันเลิกเสพให้แก่ผู้ป่วย?	การกำหนดวันเลิกยาสูบนับว่าเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาโรคนี้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการเลิกอย่างชัดเจน ไม่เลื่อนลอย อย่างไรก็ตาม พึงระลึกไว้เสมอว่าวันเลิกยาสูบที่ได้กำหนดขึ้นนั้นเป็นการตั้งเป้าหมายอย่างคร่าวๆ เท่านั้น มิใช่จุดสิ้นสุดการรักษา หากผู้ป่วยยังไม่พร้อมและไม่สามารถเลิกได้จริงในวันนั้นๆ แพทย์หรือบุคลากรก็ควรยืดหยุ่น และขยายกำหนดออกไปได้ตามความเหมาะสม พร้อมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้พยายามต่อไป
จะมีแนวทางในการรักษาโรคนี้แก่ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไร?	สำหรับผู้ป่วยในนั้น มีแนวทางการรักษาไม่แตกต่างไปจากหลักการทั่วไป กล่าวคือ อาศัยแนวทาง 5A แต่ควรใช้ข้อมูลโรคที่เป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาเป็นแรงจูงใจด้วย ควรพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกยาสูบที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม พร้อมนิเทศแบบตัวต่อตัว นอกจากนี้ ต้องมีการติดตามหลังผู้ป่วยกลับบ้านอย่างต่อเนื่องและเคร่งครัดด้วย
ในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่/ยาสูบมาก จะนำแนวทางการลดการบริโภคยาสูบ (โดยไม่เลิก) มาทดแทนการเลิกโดยเด็ดขาดได้หรือไม่อย่างไร?	จากการศึกษาจำนวนมากยืนยันตรงกันว่าการลดปริมาณการบริโภคยาสูบลงโดยไม่เลิกนั้นยังคงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพให้แก่ผู้สูบและคนข้างเคียงได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเป้าหมายในการรักษาโรคเสพยาสูบสำหรับผู้ป่วยทุกรายคือ การเลิกเสพโดยเด็ดขาด แต่หนทางที่นำไปสู่เป้าหมายนี้อาจทำได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการเลิกโดยเด็ดขาดตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา หรือโดยการค่อยๆ ลดจำนวนลงเรื่อยๆ จนเลิกได้ในท้ายที่สุด (“ลดเพื่อเลิก”) ทางคณะกรรมการจึงไม่แนะนำแนวทางลดการบริโภคยาสูบโดยไม่เลิก (คุณภาพหลักฐานระดับ“B”) (น้ำหนักคำแนะนำ --)

AW CPG handbook.indd 122 18/8/2555 9:07:02

คำถาม	คำตอบ
สามารถใช้ยาช่วยเลิกยาสูบในผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาด้วยแนวทางการค่อยๆ ลดปริมาณการบริโภคยาสูบลง เพื่อนำไปสู่การเลิกโดยเด็ดขาด (“ลดเพื่อเลิก”) ได้หรือไม่ อย่างไร?	ในปัจจุบันมีข้อมูลมากขึ้นที่ระบุว่า สามารถใช้ยาช่วยเลิกยาสูบในผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในกระบวนการ “ลดเพื่อเลิก” ได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นอาจพิจารณาเลือกใช้ยาช่วยเลิกยาสูบชนิดต่างๆในขนาดที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้าวไปสู่เป้าหมายของการเลิกโดยเด็ดขาดได้ในที่สุด (คุณภาพหลักฐานระดับ“B”) ”) (น้ำหนักคำแนะนำ +)
ควรนำผลิตภัณฑ์ยาสูบกลุ่ม harm reduction เช่น บุหรี่อีเล็คโทรนิกส์, บุหรี่ไร้ควัน, ยาสูบชนิดเคี้ยว มาใช้ในการรักษาโรคเสพยาสูบหรือไม่ ?	จากการศึกษาพบว่า แม้ผลิตภัณฑ์ยาสูบกลุ่ม harm reduction เช่น บุหรี่อีเล็คโทรนิกส์, บุหรี่ไร้ควัน, ยาสูบชนิดเคี้ยวนั้นจะลดการเกิดโรคบางโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ลงได้ก็ตาม แต่ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ก็สามารถก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพต่อตัวผู้สูบได้ไม่น้อย รวมทั้งโรคมะเร็ง ดังนั้นในปัจจุบัน องค์การอนามัยโลกและสำนักงานนายแพทย์ใหญ่ ประเทศสหรัฐอเมริกาจึงยังไม่แนะนำให้นำผลิตภัณฑ์เหล่านี้มาใช้ในการรักษาโรคเสพยาสูบ (คุณภาพหลักฐานระดับ“B”) ”) (น้ำหนักคำแนะนำ --)
จะมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการไอมากขึ้น มีเสมหะมากขึ้นกว่าเดิมหลังจากเลิกบุหรี่แล้วอย่างไร?	หลังจากเลิกยาสูบแล้ว cilia บนเซลล์เยื่อบุการหายใจจะเริ่มฟื้นตัว และเริ่มกลับมาทำงานเป็นปกติ ทำให้มีการผลิตและพัดโบกเอาสารคัดหลั่งหรือเสมหะในการหายใจออกมาได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากกลับมีอาการไอและมีเสมหะออกมามากขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตาม อาการเหล่านี้จะค่อยๆ ลดลงจนหายไปเมื่อเวลาผ่านไปราว 2-3 เดือนแล้ว

AW CPG handbook.indd 123 18/8/2555 9:07:02

ภาคผนวกที่ 3

รายชื่อคณะกรรมการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับการบำบัดโรคเสพยาสูบในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ **ที่ปรึกษา**

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ศ.พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ **ที่ปรึกษา**

เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา **ประธาน**

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

รศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์ **รองประธาน**

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

นพ.สุรจิต สุนทรธรรม **กรรมการ**

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผศ.กรองจิต วาทีสาธกกิจ **กรรมการ**

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

รศ.ดร.อรสา พันธ์ภักดี **กรรมการ**

โรงพยาบาลรามาธิบดี และ เครือข่ายวิชาชีพพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบ

AW CPG handbook.indd 124 18/8/2555 9:07:02

ผศ.ภก.ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ **กรรมการ**

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ทพ.ธีระศักดิ์ ชาวสวนเจริญ **กรรมการ**

เครือข่ายวิชาชีพทันตแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผศ.พิศิษฐ์ นามจันทรา **กรรมการ**

คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต และ เครือข่ายวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

ผศ.ดร.เปรมทิพย์ ทวีรติธรรม **กรรมการ**

เครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัดในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ **กรรมการ**

ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ

พญ.ธญรช ทิพยวงษ์ **กรรมการและเลขานุการ**

สถาบันธัญญารักษ์

นพ.ชูฤทธิ์ เต็งไตรสรณ์ **กรรมการ**

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

น.ส.พณิดา เสนารักษ์ **ผู้ช่วยเลขานุการ**

เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

AW CPG handbook.indd 125 18/8/2555 9:07:02

รายชื่อองค์กรที่เข้าร่วมจัดทำแนวทางมาตรฐานในการดูแลรักษาโรคติดบุหรี่ พ.ศ. ๒๕๕๒

ได้มีผู้แทนจากองค์กรต่างๆ ได้แก่ ราชวิทยาลัย สมาคม กระทรวงสาธารณสุข สถาบันและองค์กรอิสระ และองค์กรวิชาชีพสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 34 องค์กรเข้าร่วมประชุมจัดสร้างแนวทางมาตรฐาน ได้แก่

1. เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
2. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
3. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
4. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
5. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
6. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
7. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
8. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
9. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย
10. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
11. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
12. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย
13. สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย
14. สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย
15. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย
16. สมาคมหมออนามัยแห่งประเทศไทย
17. สมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย

AW CPG handbook.indd 126 18/8/2555 9:07:02

18. สมาคมแพทย์จีนในประเทศไทย
19. สมาคมเวชนิทัศน์แห่งประเทศไทย
20. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
21. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
22. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์
23. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์
24. สถาบันธัญญารักษ์
25. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.)
26. ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.)
27. มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
28. วิทยาลัยวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการกีฬา ม.มหิดล
29. วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินทร จ.ชลบุรี
30. เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
31. เครือข่ายวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
32. เครือข่ายวิชาชีพพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย
33. เครือข่ายวิชาชีพทันตแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
34. เครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัดเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

AW CPG handbook.indd 127 18/8/2555 9:07:02

รายชื่อคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับการบำบัดโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๒

ศ.พญ.สมศรี เผ่าสวัสดิ์ **ประธาน**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ

ศ.นพ.สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล **รองประธาน**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ศ.พญ.เพ็ญศรี พิชัยสนิธ **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

พญ.สุวณี รักธรรม **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผศ.รอ.นพ.มานพชัย ธรรมคันโธ **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

นอ.(พิเศษ) นพ.อิทธพร คณะเจริญ **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

พล.ต.ต.หญิงจันทนา วิธวาศิริ **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

พญ.ศรีประยูร ประศาสน์วินิจฉัย **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

พญ.เบญจมาศ พิศาลสารกิจ **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

AW CPG handbook.indd 128 18/8/2555 9:07:02

พญ.อารยา ทองผิว **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

พญ.นิ่มนวล เลขานนท์ **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

นพ.วินัย ศรีสะอาด **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

รศ.นพ.ประเสริฐ ศัลย์วิวรรธน์ **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

รศ.นพ.ฉันชาย สิทธิพันธุ์ **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผศ.พญ.แน่งน้อย ชานนท์ **กรรมการ**
ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

นพ.สุรจิต สุนทรธรรม **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

ศ.นพ.อรรถ นานา **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการกีฬา

นพ.สิทธิสัตย์ เจียมวงศ์แพทย์ **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

นพ.สมภพ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

AW CPG handbook.indd 129 18/8/2555 9:07:02

พ.ท.พญ.สุดาทิพย์ ศิริชนะ **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ศ.นพ.สมรัตน์ จารุลักษณานันท์ **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

พันตรีนพ.ชาญฤทธิ์ ล้อทวีสวัสดิ์ **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย

นพ.วิทวัส พิบูลย์ **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ศ.นพ.รณชัย คงสกนธ์ **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ศ.นพ.ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

พญ.วันดี นิงสานนท์ **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย

ศ.นพ.สมบูรณ์ คุณาธิคม **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

รศ.นพ.ชัยยศ ธีรผกาวงศ์ **กรรมการ**
ผู้แทนราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

พล.ต.ท.นพ.นุกูล เจียมอนูกูลกิจ **กรรมการ**
ผู้แทนสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย

AW CPG handbook.indd 130 18/8/2555 9:07:02

ศ.นพ.สุนทร ตัณฑนันทน์ **กรรมการ**

ผู้แทนสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

นพ.ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์ **กรรมการ**

ผู้แทนราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

ศ.พญ.ดิษยา รัตนากร **กรรมการ**

ผู้แทนสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย

รศ.นพ.ศุภชัย รัตนมณีฉัตร **กรรมการ**

ผู้แทนสมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย

รศ.สุปาณี เสนาดิสัย **กรรมการ**

ผู้แทนสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

คุณสนอง คล้ำฉิม **กรรมการ**

ผู้แทนสมาคมหมออนามัยแห่งประเทศไทย

คุณณัฏฐภัทร์ นิชาเกียรติธนา **กรรมการ**

ผู้แทนสมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย

ดร.ประเสริฐ ลิ่มประเสริฐ **กรรมการ**

ผู้แทนสมาคมแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย

นพ.ภาสกิจ วัณาวิบูล **กรรมการ**

ผู้แทนสมาคมแพทย์จีนในประเทศไทย

นพ.สิริ กิจกรพันธ์ **กรรมการ**

ผู้แทนสมาคมแพทย์จีนในประเทศไทย

AW CPG handbook.indd 131 18/8/2555 9:07:02

คุณสมบัติ แซ่จิว **กรรมการ**
ผู้แทนสมาคมแพทย์จีนในประเทศไทย

คุณสุณีรัตน์ วัณนาวิบูล **กรรมการ**
ผู้แทนสมาคมแพทย์จีนในประเทศไทย

คุณอนุพันธ์ ธราดลรัตนากร **กรรมการ**
ผู้แทนสมาคมเวชนิทัศน์แห่งประเทศไทย

พญ.รัชฌัน ชินกุลกิจนิวัฒน์ **กรรมการ**
ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอกอฮอล์

คุณปัณฑิณี ตัณฑ์ศรีสุวรรณ **กรรมการ**
ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอกอฮอล์

นพ.ภานุวัฒน์ ปานเกตุ **กรรมการ**
ผู้แทนสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

นพ.ชุษณะ มะกรสาร **กรรมการ**
ผู้แทนสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ **กรรมการ**
ผู้แทนสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คุณสุรีพร คนละเอียด **กรรมการ**
ผู้แทนสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

AW CPG handbook.indd 132 18/8/2555 9:07:03

นพ.สรายุทธ์ บุญชัยพานิชวัฒนา **กรรมการ**
ผู้แทนสถาบันธัญญารักษ์

คุณวาสนา คงสมบัติ **กรรมการ**
ผู้แทนสถาบันธัญญารักษ์

นพ.วิโรจน์ วีรชัย **กรรมการ**
ผู้แทนสถาบันธัญญารักษ์

นพ.อังกูร ภัทรากร **กรรมการ**
ผู้แทนสถาบันธัญญารักษ์

พญ.ธญรช ทิพยวงษ์ **กรรมการ**
ผู้แทนสถาบันธัญญารักษ์

ผศ.ดร.ลักขณา เติมศิริกุลชัย **กรรมการ**
ผู้แทนศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.)

คุณจินตนา ปีสิงห์ **กรรมการ**
ผู้แทนศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ(ศจย.)

คุณส่องแสง ธรรมศักดิ์ **กรรมการ**
ผู้แทนศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.)

ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ **กรรมการ**
ผู้แทนจากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

ดร.อุทัยวรรณ เจริญสุข **กรรมการ**
ผู้แทนวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินทร จ.ชลบุรี

AW CPG handbook.indd 133 18/8/2555 9:07:03

ภก.คทา บัณฑิตานุกูล **กรรมการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผศ.ดร.ณธร ชัยญาคุณาพฤกษ์ **กรรมการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ทนพญ.คมเนตร เตียงพิทยากร **กรรมการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

ผศ.บุษบา มาตระกูล **กรรมการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพเทคนิคการแพทย์เพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

รศ.ดร.ผ่องศรี ศรีมรกต **กรรมการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย

คุณรุจิราภรณ์ มหานิล **กรรมการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย

รศ.ดร.สุรินธร กลัมพากร **กรรมการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย

รศ.ทพ.สุรสิทธิ์ เกียรติพงษ์สาร **กรรมการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพทันตแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

รศ.ดร.ประวิตร เจนวรรธนะกุล **กรรมการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัดในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ผศ.ดร.เปรมทิพย์ ทวีรติธรรม **กรรมการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัดในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

AW CPG handbook.indd 134 18/8/2555 9:07:03

ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา **เลขานุการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ภก.ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์ **ผู้ช่วยเลขานุการ**

ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

AW CPG handbook.indd 135 18/8/2555 9:07:03