แนวทางเวชปฏิบัติ

สำหรับ

การบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่

ในประเทศไทย*

ปี พ.ศ. 2552

สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

**แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่นี้ เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมคุณภาพของบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขของสังคมไทย แนวทางและคำแนะนำต่างๆที่ปรากฏอยู่ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไม่ใช่ข้อบังคับในการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำเหล่านี้ได้ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลที่สมควร โดยใช้วิจารณญาณอันเป็นที่ยอมรับของสังคม คณะผู้จัดทำขอสงวนสิทธิ์ในการนำแนวทางเวชปฏิบัตินี้ไปใช้อ้างอิงทางกฎหมายโดยไม่ผ่านการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญในทุกกรณี*

แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย

สำหรับแพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

สารบัญ

หน้า

คณะกรรมการจัดทำแนวทางฯ

บทนำ

แนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่

คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเพื่อบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่สำหรับแต่ละวิชาชีพสุขภาพ

ข้อแนะนำด้านเวชปฏิบัติสำหรับประชาชนทั่วไป

ข้อแนะนำด้านเวชปฏิบัติสำหรับสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง

ข้อแนะนำด้านเวชปฏิบัติสำหรับสำหรับสถานพยาบาลและบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

แนวทางดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบผู้สูบบุหรี่

ภาคผนวก

- คุณภาพของหลักฐาน (Quality of evidence)
- แบบสอบถาม Fagerstrom Test (ภาษาไทย)
- Trantheoretical (TTM) หรือ Stage of Change model
- ตารางแสดงคุณลักษณะและข้อควรระวังของยาช่วยเลิกบุหรี่แต่ละชนิด
- ตารางแสดงประสิทธิภาพของยาเลิกบุหรี่ชนิดต่างๆ เปรียบเทียบกัน
- ตารางแสดงคำถามและคำตอบที่พบบ่อยในการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่

องค์กรที่เข้าร่วมจัดสร้างแนวทางมาตรฐานในการดูแลรักษาโรคติดบุหรี่

ได้มีผู้แทนจากองค์กรต่างๆ ได้แก่ราชวิทยาลัย สมาคม กระทรวงสาธารณสุข สถาบันและองค์กรอิสระ และองค์กรวิชาชีพสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 34 องค์กรเข้าร่วมประชุมจัดสร้างแนวทางมาตรฐาน ดังต่อไปนี้

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
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

คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ในประเทศไทย

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
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
พ.ท.พญ.สุดาทิพย์ ศิริชนะ	กรรมการ	ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
รศ.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 เจียมอนุกูลกิจ	กรรมการ	ผู้แทนสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
ศ.นพ.สุนทร ตัณฑนันทน์	กรรมการ	ผู้แทนสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย

นพ.ชุมพล เปี่ยมสมบูรณ์	กรรมการ	ผู้แทนสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย
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 วัฒาวิบูล	กรรมการ	ผู้แทนสมาคมแพทย์จีนในประเทศไทย
นพ.สิริ กิจกรพันธ์	กรรมการ	ผู้แทนสมาคมแพทย์จีนในประเทศไทย
คุณสมบัติ แซ่จิว	กรรมการ	ผู้แทนสมาคมแพทย์จีนในประเทศไทย
คุณสุณีรัตน์ วัฒนาวิบูล	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
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)
ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ	กรรมการ	ผู้แทนจากมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
ดร.อุทัยวรรณ เจริญสุข	กรรมการ	ผู้แทนวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินทร จ.ชลบุรี
ภก.คทา บัณฑิตานุกูล	กรรมการ	ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
ผศ.ดร.ณธร ชัยญาคุณาพฤกษ์	กรรมการ	ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ
ภก.ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์	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
ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา	เลขานุการ	ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ
ภก.ธนรัตน์ สรวลเสน่ห์	ผู้ช่วยเลขานุการ	ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทนำ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2550 พบว่า มีคนไทยที่อายุเกิน 15 ปีและยังสูบบุหรี่อยู่มากถึงเกือบ 11 ล้านคน โดยในจำนวนนี้ 9.5 ล้านคนสูบบุหรี่เป็นประจำและอีก 1 ล้านคนเศษสูบเป็นครั้งคราว เมื่อเปรียบเทียบกับการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2549 พบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ในขณะนี้ลดลงเพียงเล็กน้อย (ไม่ถึงร้อยละ 0.5) เชื่อกันว่าเป็นผลจากการที่ประเทศไทยยังไม่มีการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่อย่างเป็นระบบและมีไม่ทั่วถึงในตลอดเวลาที่ผ่านมา* นอกจากนี้ ยังมีการประเมินกันด้วยว่า หากบุคคลเหล่านี้ไม่เลิกสูบบุหรี่ จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคอันสืบเนื่องจากการสูบบุหรี่ไม่ต่ำกว่า 1 ใน 4 หรือกว่า 2 ล้านคน ในขณะที่คนไทยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่และยาช่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างแท้จริง ทำให้ผู้คนจำนวนมากเลือกที่จะเลิกบุหรี่ด้วยตนเอง (แบบหักดิบ) ซึ่งมีอัตราความสำเร็จต่ำและมีโอกาสกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำได้มากเมื่อเปรียบเทียบกับการได้รับการบำบัดรักษาโดยแพทย์หรือบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ทางสำนักงานนายแพทย์ใหญ่ประเทศสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้การสูบบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่ง (Tobacco dependence as a treatable chronic disease) ที่เป็นๆหายๆและมีแนวทางการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ไม่ต่างจากโรคเรื้อรังอื่นๆที่บุคลากรวิชาชีพสุขภาพส่วนใหญ่รู้จักกันดี ไม่ว่าจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ก็ตาม และให้ชื่อโรคนี้ว่า ***โรคติดบุหรี่ (Tobacco Dependence)***† โดยมีรหัส International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10) เป็น F17 การจัดให้การสูบบุหรี่เป็นโรคเรื้อรังเช่นนี้จะช่วยให้แพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพมีความเข้าใจธรรมชาติและการดำเนินโรคของโรคนี้ที่มีความเรื้อรังเป็นๆหายๆได้ดียิ่งขึ้น จึงถือเป็นหน้าที่ที่หลีกเลี่ยงมิได้ที่แพทย์และบุคลากรวิชาชีพสุขภาพทุกคนต้องทำความเข้าใจและมีความรู้ในการรักษาโรคนี้

---

* การประเมินสมรรถนะการควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2551 โดยองค์การอนามัยโลก

† คำว่า “**บุหรี่**” ในที่นี้ หมายรวมถึง ผลิตภัณฑ์ยาสูบทุกประเภท ประกอบด้วย บุหรี่ซิกาแรตต์จากโรงงาน ยาเส้น บุหรี่มวนเองทุกชนิดและ ไปป์

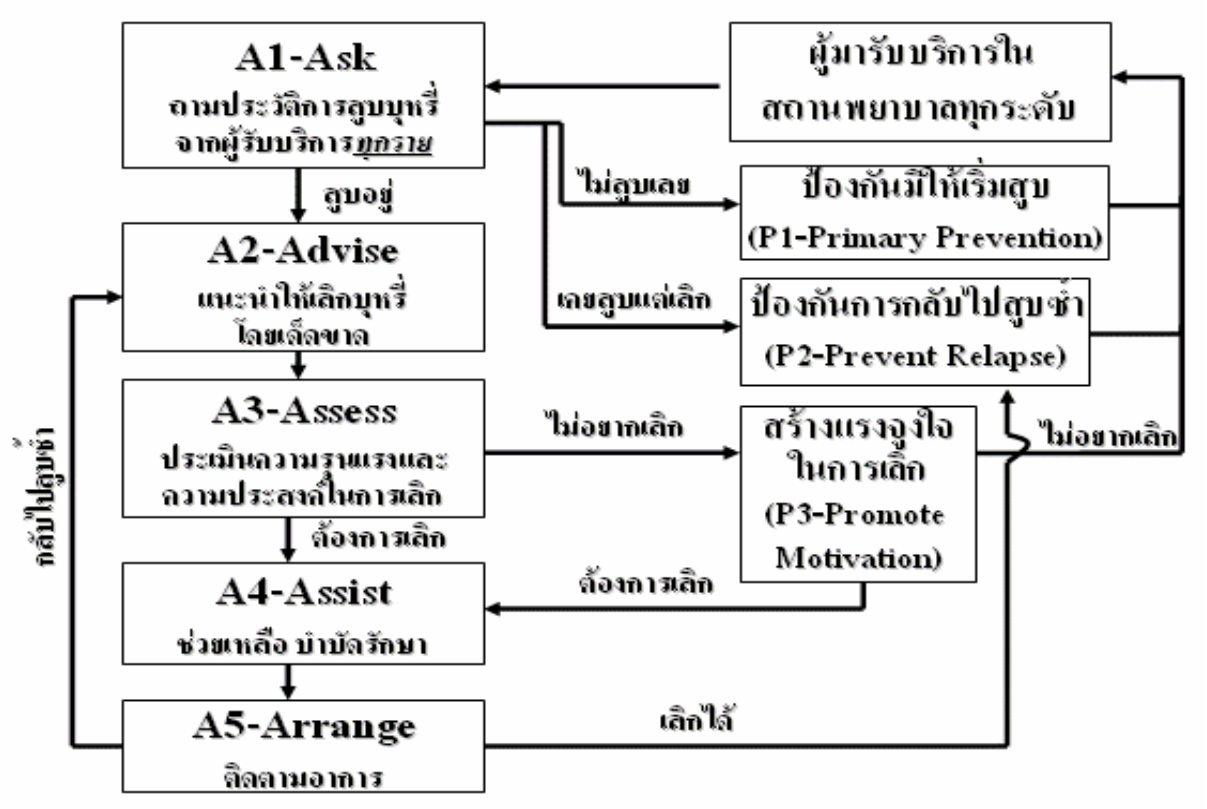
แนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่

แนะนำให้ใช้มาตรการ 5A (แผนภูมิที่ 1) ในการค้นหาผู้สูบบุหรี่และดำเนินการช่วยเหลือให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ ประกอบด้วย

Ask	**A1**	ถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆทุกชนิด
Advice	**A2**	แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด
Assess	**A3**	ประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่และความประสงค์ในการเลิกบุหรี่
Assist	**A4**	ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ
Arrange	**A5**	ติดตามผลการบำบัดเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบทุกราย (follow up)

รายละเอียดของแต่ละขั้นตอน ดังแสดงในตารางที่ 1

แผนภูมิที่ 1: แสดงแนวทางการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่



ตารางที่ 1: คำอธิบายขั้นตอนต่างๆในการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่ ที่ปรากฏในแผนภูมิที่ 1

ขั้นตอนการรักษา	รายละเอียด	ตัวอย่าง
A1-Ask (ถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆ ทุกชนิด)	สอบถามสถานะการสูบบุหรี่และความเสี่ยงของการได้รับควันบุหรี่มือสองของผู้ที่เข้ามารับบริการที่สถานบริการสุขภาพทุกระดับทุกราย ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยแยกเป็น กลุ่มที่ยังคงสูบอยู่ เคยสูบแต่เลิก และไม่สูบเลย พร้อมบันทึกลงในเวชระเบียน	● ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลถามคำถามขณะกำลังตรวจวัดสัญญาณชีพ ● เพิ่มข้อมูลสถานะการสูบบุหรี่ลงในแบบบันทึกสัญญาณชีพ ● ใช้สติ๊กเกอร์สีในการระบุสถานะการสูบบุหรี่ปัจจุบัน ● ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยเตือนความจำ
A2-Advise (แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบอย่างเด็ดขาด)	พูดแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่ต้องเลิกสูบอย่างเด็ดขาด โดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน (clear) หนักแน่น (strong) และเข้ากับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized)	● “ผมคิดว่าคุณควรจะเลิกบุหรี่นะครับ <u>โรคหัวใจของคุณจะได้ไม่กำเริบอีก</u>” (เชื่อมโยงกับสุขภาพ) ● “ผมคิดว่าคุณควรจะเลิกบุหรี่นะครับ <u>การเลิกบุหรี่จะช่วยให้อาการภูมิแพ้ของลูกคุณดีขึ้น</u>” (เชื่อมโยงกับคนใกล้ชิด) ● “ผมคิดว่าคุณควรจะเลิกบุหรี่นะครับ <u>นอกจากจะประหยัดเงินได้แล้วยังลดค่าใช้จ่ายที่ต้องรักษาอาการหอบของคุณด้วย”</u> (เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจ)
A3-Assess (ประเมินกลไก ความรุนแรงในการติดบุหรี่ และความประสงค์ในการเลิกบุหรี่)	● ประเมินความประสงค์และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ Transtheoretical (TTM) หรือ Stage of Change model ● ประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่ โดยใช้แบบสอบถาม Fagerstrom test ● ประเมินปัจจัยหรือกลไกที่เป็นสาเหตุหรือกระตุ้นเร้าให้เกิดการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยประวัติการสูบบุหรี่ เช่น ชนิดและปริมาณของบุหรี่ที่สูบต่อวัน ระยะเวลา รูปแบบการสูบ เป็นต้น	● ใช้คำถาม “คุณเคยคิดอยากจะเลิกบุหรี่ไหม?” (รายละเอียดของ TTM ดูภาคผนวก) ● ดูภาคผนวก ● แบ่งได้เป็น -ปัจจัยการเสพติดทางกาย (ภาวะเสพติดสารนิโคติน) -ปัจจัยทางจิตใจ ทัศนคติ ความเชื่อ -ปัจจัยทางสังคม พฤติกรรม ความเคยชิน

	หรือปัจจัยต้าน เช่น มีผู้สูบบุหรี่รายอื่นในบ้าน	
A4-Assist (ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ)	● ช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการเลิกบุหรี่ โดยใช้ STAR techniques ประกอบด้วย ■ Set a target quit date: กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ภายใน 2 สัปดาห์หลังจากที่ตัดสินใจเลิกสูบบุหรี่ ■ Tell family and others: บอกคนในครอบครัว เพื่อน และผู้ร่วมงานถึงความประสงค์ในการเลิกสูบบุหรี่ และขอการสนับสนุนจากทุกคน ■ Anticipate challenges: คาดการณ์ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นหลังเลิกสูบบุหรี่ พร้อมวางแผนรับมือ พร้อมให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ■ Remove all tobacco-related products: กำจัดบุหรี่และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พร้อมหลีกเลี่ยงสถานที่ที่เคยสูบบุหรี่ ● การบำบัดโดยการให้คำปรึกษา มีหลายรูปแบบ ซึ่งอาจทำร่วมกันได้ ได้แก่ -Brief advice เป็นการให้คำแนะนำแบบสั้นๆ เพียง 1-3 นาที -Individual counseling เป็นการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว -Group counseling ให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม -Proactive & reactive telephone counseling การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ -Behavioral modification เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย *ผู้ป่วย<u>ทุกราย</u>ควรได้รับการให้คำปรึกษาที่*	● แนะนำเทคนิค 4D ได้แก่ delay, deep breathe, drink water, do something else เพื่อรับมืออาการอยากบุหรี่ที่จะเกิดขึ้น ● National Quitline1600 ● แนะนำให้หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเคยชินต่างๆที่ที่ล่อแหลมต่อการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

	เหมาะสม และอาจพิจารณาใช้วิธีการอื่นๆ ร่วมด้วย ● หลักการให้คำปรึกษาที่ดีควรเน้นการฝึกทักษะในการแก้ไขปัญหา (practical counseling) ประกอบด้วย ■ เน้นย้ำการเลิกอย่างแท้จริงและโดยเด็ดขาด ■ ทบทวนประสบการณ์การเลิกสูบบุหรี่ในอดีตที่ผ่านมา ■ หาตัวกระตุ้น สถานการณ์เสี่ยง และวิธีการรับมือ ■ หยุดดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่เลิกสูบบุหรี่ด้วย ■ แนะนำให้ชวนคนที่สูบบุหรี่ในบ้านเลิกสูบบุหรี่พร้อมกัน หรืออย่างน้อยขอร้องให้อย่าสูบบุหรี่ต่อหน้า ■ จัดให้มีบุคลากรที่คอยสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย และเสริมสร้างแรงจูงใจ (Intra-treatment support) ■ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยขอการสนับสนุนและกำลังใจจากภายนอกสถานพยาบาลด้วย (Extra-treatment support) ● การบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ● ยาช่วยเลิกบุหรี่: ดูรายละเอียดในบทความและตารางในภาคผนวก ● การรักษาทางเลือกต่างๆ	● ไม่ยอมรับการลดจำนวนบุหรี่แต่ไม่เลิกสูบบุหรี่ ● กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดด้วยตนเองว่าอะไรเป็นตัวช่วย อะไรเป็นตัวกระตุ้นให้กลับไปสูบซ้ำ พร้อมแนะนำวิธีการรับมือกับปัจจัยเหล่านั้น ● ปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้สูบบุหรี่ได้ยากขึ้น เช่น กำหนดให้บ้าน รถยนตร์ และที่ทำงานปลอดบุหรี่ ● ขอกำลังใจจากสมาชิกครอบครัว เพื่อนๆ และผู้ร่วมงาน หรือจาก National Quitline 1600 ● Website และ network ที่ช่วยในการเลิกบุหรี่ต่างๆ ● แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน การฝังเข็ม ฯลฯ
A5-Arrange	นัดติดตามอาการและผลการรักษาผู้สูบ	● นัดครั้งแรกภายใน 1-2 สัปดาห์ จากนั้น

(ติดตามผลการบำบัดเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบทุกราย)	บุหรี่ที่เข้ารับการรักษาทุกราย โดยเฉพาะใน 1-2 สัปดาห์แรก ในการติดตามผลแต่ละครั้ง ควรแสดงความยินดีกับผู้ป่วยและชื่นชมที่เลิกสูบได้สำเร็จ เน้นการป้องกันการกลับมาสูบใหม่และความสำคัญของการไม่คิดลองสูบอีกแม้แต่น้อย และติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ต่อไป ในรายที่กลับมาสูบใหม่ควรสร้างแรงจูงใจใหม่ ทบทวนสถานการณ์ พยายามหาอุปสรรคหรือปัญหาที่เกิดขึ้นที่ทำให้ไม่สามารถเลิกสูบได้ และกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่อีกครั้ง อาจพิจารณาถึงการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ในผู้สูบที่ยังไม่ได้ใช้ยา ให้กำลังใจและพยายามแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการตั้งเป้าหมายในการเลิกสูบบุหรี่ให้ได้เด็ดขาดและติดตามผลต่อไป	ทุก 1-2 สัปดาห์จนครบ 1 เดือนแล้วจึงจะนัดติดตามทุก 1 เดือน จนครบ 3-6 เดือน จากนั้นติดตามอย่างห่างๆจนครบ 1 ปีเต็ม ● การตรวจสอบผลการเลิกสูบบุหรี่ในแต่ละราย เน้นให้อาศัยทั้งการซักประวัติการสูบบุหรี่จากผู้ป่วยโดยตรง ร่วมกับการตรวจยืนยันด้วยเครื่องวัด exhaled carbon monoxide (CO) หรือวัดระดับสารโคตินีน (cotinine) ในปัสสาวะหรือน้ำลาย อย่างใดอย่างหนึ่ง
P1- Prevent new smokers ป้องกันผู้สูบหน้าใหม่	สนับสนุน ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยมิให้เริ่มสูบบุหรี่ พร้อมเน้นย้ำถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ที่จะเกิดขึ้นหากทดลองสูบ	● “คุณโชคดีมากที่ไม่สูบบุหรี่ สุขภาพจะได้แข็งแรง”
P2- Prevent relapse ป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ*	● แนะนำให้เริ่มต้นป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำตั้งแต่เลิกสูบบุหรี่มวนแรก (คุณภาพหลักฐานระดับ “C”) ● มีหลายวิธีที่เคยได้รับการศึกษา ได้แก่ การให้คำแนะนำปรึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แรงสนันสนุนจากครอบครัวหรือสังคม และ การยืดระยะเวลาของการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่บางชนิด เช่น NRT, bupropion, varenicline (แต่ละวิธียังไม่มีหลักฐานที่เพียงพอที่จะสนับสนุนหรือคัดค้านว่าใช้ได้ผล)	● ชมเชย ให้กำลังใจ สร้างความภาคภูมิใจในความสำเร็จ แสดงความห่วงใยในอุปสรรคที่มี ● ปรับวิธีคิดถึงข้อดีในการเลิกสูบบุหรี่ ● สอนการปรับวิถีชีวิต เช่น ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ใช้หลักศาสนา หางานอดิเรก ● หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นความอยากบุหรี่ ● จัดให้มีการติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่

*Relapse หมายถึง การกลับไปสูบซ้ำบ่อยๆ		ทางโทรศัพท์ หรือใช้บริการ National Quitline1600 ● จัดให้มีกลุ่มผู้เลิกสูบบุหรี่ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์
P3- Promote motivation สร้างแรงจูงใจในการเลิก	ใช้แนวทาง 5R ซึ่งประกอบด้วย ● **Relevance** ชี้ให้เห็นว่าการเลิกสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพของตัวผู้ป่วยเองอย่างไร หรือเจาะจงในสิ่งที่ผู้สูบให้ความสำคัญ ● **Risks** เน้นย้ำถึงผลเสียจากการสูบบุหรี่ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งผลที่จะเกิดแก่คนรอบข้างด้วย ● **Reward** เน้นย้ำถึงผลดีที่ได้จากการเลิกสูบบุหรี่ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย ● **Roadblock** วิเคราะห์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเลิกบุหรี่ พร้อมเสาะหาแนวทางแก้ไข ● **Repetition** ควรให้คำแนะนำซ้ำ ๆ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์และยังคงสูบบุหรี่อยู่	● “การสูบบุหรี่เป็นต้นเหตุทำให้โรคหัวใจ (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ฯลฯ) ของคุณกำเริบอย่างต่อเนื่องและทรุดหนักลงเรื่อยๆอย่างนี้” ● “การเลิกบุหรี่จะช่วยให้โรคถุงลมโป่งพองของคุณกำเริบน้อยลงและไม่ต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยๆอย่างนี้” ● เช่น อาการอยากบุหรี่ ความเคยชิน โรคซึมเศร้า

คำแนะนำเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติเพื่อบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่สำหรับแต่ละวิชาชีพสุขภาพ

ความหมายของสัญลักษณ์

++ ควรทำอย่างยิ่ง

+ ควรทำ

+/- น่าจะทำ โดยให้พิจารณาตามความเหมาะสม

0 ไม่จำเป็นต้องทำ เพราะอาจมีข้อจำกัดที่ไม่เอื้อให้ทำได้

ขั้นตอน	รายละเอียด	แพทย์ / ทันตแพทย์	เภสัชกร	พยาบาล	บุคลากรวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ*
A1-Ask (ถามประวัติการสูบบุหรี่และการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆทุกชนิด)	สอบถามสถานะการสูบบุหรี่ของผู้ที่เข้ามารับบริการที่สถานพยาบาลทุกราย ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยแยกเป็น กลุ่มที่ยังคงสูบอยู่ เคยสูบแต่เลิก และไม่สูบเลย	++	++	++	++
A2-Advise (แนะนำให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบอย่างเด็ดขาด)	พูดแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่ต้องเลิกสูบอย่างเด็ดขาด โดยเลือกใช้คำพูดที่ชัดเจน (clear) หนักแน่น (strong) และเข้ากับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย (personalized)	++	++	++	++
A3-Assess (ประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่และความประสงค์ในการเลิกบุหรี่)	● ประเมินความประสงค์และความพร้อมในการเลิกบุหรี่ โดยใช้ Transtheoretical (TTM) หรือ Stage of Change model	++	++	++	++
	● ประเมินความรุนแรงในการติดบุหรี่ โดยใช้แบบสอบถาม	++	++	++	++

	Fagerstrom test				
	● ประเมินปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือกระตุ้นเร้าให้เกิดการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยประวัติการสูบบุหรี่	++	++	++	++
A4-Assist (ช่วยเหลือและบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อให้เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ)	● ช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนการเลิกบุหรี่ โดยใช้ STAR techniques ประกอบด้วย				
	■ Set a target quit date:	++	++	++	++
	■ Tell family and others:	++	++	++	++
	■ Anticipate challenges:	++	++	++	++
	■ Remove all tobacco-related products:	++	++	++	++
	● การบำบัดโดยการให้คำปรึกษา ได้แก่				
	-Brief advice	++	++	++	++
	-Individual counseling	+/-	+/-	+	+/-
	-Group counseling	+/-	+/-	+/-	+/-
	-Proactive telephone counseling	+/-	+/-	+/-	+/-
	-Behavioral modification	++	+	++	+
	● การบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ● ยาช่วยเลิกบุหรี่: ดูรายละเอียดในบทความและตารางใน	++	++	+/-	0

	ภาคผนวก ● การรักษาทางเลือกต่างๆ	+/-	+/-	+/-	+/-
A5-Arrange (ติดตามผลการบำบัดเพื่อช่วยเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูบทุกราย)	นัดติดตามอาการและผลการรักษาผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการรักษาทุกรายโดยเฉพาะในสัปดาห์แรก	++	++	++	++
P1-Primary Prevention ป้องกันมิให้เริ่มสูบ	สนับสนุน ชื่นชมและให้กำลังใจผู้ป่วยให้ไม่สูบบุหรี่ต่อไป พร้อมเน้นย้ำถึงพิษภัยของการสูบบุหรี่ที่จะเกิดขึ้นหากทดลองสูบ	++	++	++	++
P2- Prevent relapse ป้องกันการกลับไปสูบซ้ำ	● แนะนำให้เริ่มต้นป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำตั้งแต่เลิกสูบบุหรี่มวนแรก (คุณภาพหลักฐานระดับ “C”)	++	++	++	++
	● การให้คำแนะนำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	++	+	++	+
	● การยืดระยะเวลาของการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่บางชนิด เช่น NRT, bupropion, varenicline	++	+/-	0	0
P3- Promote motivation สร้างแรงจูงใจในการเลิก	ใช้แนวทาง 5R	++	++	++	++

* บุคลากรวิชาชีพสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด หมออนามัย นักสาธารณสุข นักอาชีวอนามัย นักสุขศึกษา อาสาสมัครหมู่บ้าน (อสม.) ฯลฯ

ข้อแนะนำบุคลากรทางการแพทย์เพื่อใช้สำหรับประชาชนทั่วไป

- การสูบบุหรี่จัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เป็นๆหายๆและจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้สูบบุหรี่ทุกคนจำเป็นต้องเลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากจะทำให้สุขภาพดีขึ้น ป้องกันปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตกับตนเองและคนรอบข้าง (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ “A”)
- แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้ที่สูบบุหรี่ทุกรายได้รับคำแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่และคำแนะนำที่เหมาะสมในการลงมือเลิกสูบบุหรี่โดยเฉพาะจากแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์หรือศูนย์ช่วยเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ เนื่องจากการเลิกสูบบุหรี่ด้วยความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากบุคลากรเหล่านี้จะทำให้มีโอกาสเลิกสูบบุหรี่สำเร็จได้เพิ่มขึ้น (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ “A”)
- แนะนำอย่างยิ่งให้มีการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่หรือการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ ของผู้ที่มารับบริการทางสุขภาพทุกรายในสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง รวมทั้งจัดให้มีบริการเพื่อบำบัดรักษาผู้ที่สูบบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งหรือจัดให้มีระบบการส่งต่อผู้สูบบุหรี่ให้ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสมต่อไป (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ “A”)
- ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การตรวจคัดกรองผู้สูบบุหรี่ด้วยการตรวจสมรรถภาพปอดจะช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น แต่ควรทำการตรวจสมรรถภาพปอดถ้าผู้สูบบุหรี่มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ เหนื่อยง่าย มีเสมหะมาก เพื่อประเมินว่าผู้สูบบุหรี่นั้นมีการสูญเสียสมรรถภาพปอดหรือเกิดโรคทางเดินหายใจอันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการสูบบุหรี่หรือไม่และมากน้อยเพียงใด (คุณภาพหลักฐานระดับ “C”)
- ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน การให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่ (primary prevention) เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่เพียงพอที่จะระบุว่าการให้คำแนะนำอย่างไรจะสามารถลดการเริ่มสูบบุหรี่ในคนกลุ่มนี้ได้ (คุณภาพหลักฐานระดับ “C”)

ข้อแนะนำบุคลากรทางการแพทย์เพื่อใช้สำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง*

*(*ประชากรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชากรที่มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับผลกระทบทางสุขภาพจากควันบุหรี่โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สตรีมีครรภ์ เด็ก รวมทั้ง ผู้ป่วยที่เกิดโรคอันเป็นผลจากการสูบบุหรี่แล้ว เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน โรคถุงลมโป่งพองและหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด ฯลฯ)*

- แนะนำอย่างยิ่งให้มีการซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่หรือการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่นๆของผู้ป่วย บุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดทั้งหมดของผู้ที่มีความเสี่ยงในการได้รับผลกระทบจากทั้งการสูบบุหรี่โดยตรงและการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง หากพบว่าบุคคลเหล่านี้ยังคงสูบบุหรี่ แนะนำอย่างยิ่งให้ผู้นั้นได้รับการ

แนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ทันทีและจัดการให้ผู้นั้นได้รับการบำบัดรักษาและติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ “A”)

- หากพบว่ามีผู้สูบบุหรี่ในครัวเรือนของผู้มีความเสี่ยงสูงดังกล่าว แนะนำให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้สูบบุหรี่นั้นเลิกสูบบุหรี่ทุกคน พร้อมนำสมาชิกครอบครัวที่ยังคงสูบบุหรี่มารับการรักษาต่อไป เพื่อป้องกันผลกระทบจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ “A”)
- ในผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่ต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี และมีอาการทางระบบการหายใจ ได้แก่ เหนื่อยง่าย ไอเรื้อรัง มีเสมหะมาก หรือมีอาการไอและเหนื่อยมากขณะที่มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ แนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองสมรรถภาพปอด เพื่อค้นหาโรคระบบทางเดินหายใจ (คุณภาพหลักฐานระดับ “B”)

ข้อแนะนำสำหรับสถานพยาบาล

เนื่องจากการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่เป็นการดำเนินการทางการแพทย์ที่สำคัญยิ่งและมีประสิทธิผลคุ้มค่า จึงแนะนำอย่างยิ่งให้ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพและสถานพยาบาลทุกแห่งทุกระดับจัดให้มีมาตรการเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ดังต่อไปนี้

- สถานพยาบาลทุกแห่งดำเนินการให้สถานพยาบาลของตนเป็นเขตปลอดบุหรี่และกำหนดให้มีนโยบายส่งเสริมการช่วยเลิกสูบบุหรี่ให้แก่ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรของตนโดยดำเนินการให้ผู้สูบบุหรี่ทุกรายสามารถเข้าถึงการบริการช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพได้ (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ“A”)
- สถานพยาบาลทุกแห่งดำเนินตามกฎหมายอย่างเคร่งครัดให้สถานพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ“A”)
- มีระบบค้นหาผู้สูบบุหรี่ในผู้ที่มารับบริการทุกรายทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยการซักประวัติพร้อมบันทึกประวัติการสูบบุหรี่ไว้ในเวชระเบียน ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ให้บันทึกการสูบบุหรี่เป็นปัญหาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยเสมอ (active problem) (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ “A”)
- ในสถานพยาบาลทุกแห่ง ควรจัดให้มีบริการบำบัดรักษาผู้ที่สูบบุหรี่และมีผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเป็นพิเศษในงานด้านการช่วยเลิกสูบบุหรี่เป็นผู้รับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย รวมทั้งจัดให้มีการฝึกอบรมให้ความรู้ด้านนี้แก่บุคลากรตามความเหมาะสม
- ควรกำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับการให้บริการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพอีกอย่างหนึ่งของการให้บริการของสถานพยาบาล

แนวทางดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบผู้สูบบุหรี่

- ในผู้ที่ยังไม่ประสงค์จะเลิกสูบบุหรี่ แนะนำให้บุคลากรวิชาชีพสุขภาพดำเนินการให้คำปรึกษาด้วย โดยอาจใช้เทคนิค 5R (ตารางที่ 1) หรือวิธีการอื่นๆเพื่อสร้างแรงจูงใจ เนื่องจากมีหลักฐานสนับสนุนว่าทำให้ผู้สูบมีความประสงค์ที่จะเลิกสูบมากขึ้นในอนาคต (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ”A”)
- ผู้ที่มีความประสงค์ที่จะเลิกสูบบุหรี่ทุกรายควรได้รับการช่วยเหลือให้สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ (คุณภาพหลักฐานระดับ”A”) โดยแนวทางที่พบว่าสามารถเพิ่มโอกาสการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่
  - ***การให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม*** พบว่าการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยแม้เพียงระยะเวลาสั้นๆที่เรียกว่า brief counseling (1-3 นาที) ก็สามารถจะเพิ่มโอกาสในการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จในผู้ป่วยได้ (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ“A”) การให้คำปรึกษาที่ใช้เวลามากขึ้นหรือเป็นกลุ่ม ก็สามารถเพิ่มโอกาสที่จะเลิกบุหรี่สำเร็จมากขึ้นเช่นกัน รวมทั้ง การได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์อย่างต่อเนื่องจากศูนย์เลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (สายเลิกบุหรี่ โทร.1600) ก็สามารถช่วยให้ผู้สูบมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้มากขึ้น (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ“A”)
  - ***การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (smoking cessation medications)*** ปัจจุบันมียาหลายชนิดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพเหนือกว่ายาหลอกในการช่วยเพิ่มอัตราการเลิกสูบบุหรี่สำเร็จให้มากขึ้นได้ ยาเหล่านี้ที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาในประเทศไทย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่
    - **สารนิโคตินทดแทน (nicotine replacement therapy-NRT)** เป็นการให้นิโคตินจากยาทดแทนที่เคยได้รับจากบุหรี่ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดอาการถอนนิโคตินหรือที่มักเรียกกันติดปากว่า อาการอยากบุหรี่ให้น้อยลง พบว่าการใช้ NRT อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูบมีโอกาสเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ“A”) ในปัจจุบันประเทศไทยมี NRT อยู่ 2 รูปแบบเท่านั้น ได้แก่ แบบแผ่นติดผิวหนัง (nicotine patch) และหมากฝรั่ง (nicotine gum)
    - **ยากลุ่มที่ไม่มีส่วนผสมของสารนิโคติน** ได้แก่ bupropionSR, varenicline และ nortriptyline ยาเหล่านี้มีฤทธิ์ช่วยลดอาการอยากบุหรี่ได้และทำให้ผู้สูบสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมากขึ้น(น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) (คุณภาพหลักฐานระดับ“A”)

นิโคตินทดแทน ชนิดแผ่นติดผิวหนัง (Nicotine Patch)

ขนาดยา -ผู้ที่สูบน้อยกว่าวันละ 20 มวน ใช้ขนาด 20 มิลลิกรัม ติด 24 ชั่วโมงต่อแผ่น เป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ และลดขนาดยาลงเป็นขนาด 10 มก. เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์

-ผู้ที่สูบมากกว่า 20 มวนต่อวัน ใช้ขนาด 30 มก. ติด 24 ชั่วโมงต่อแผ่นเป็นเวลา 3-4 สัปดาห์และลดขนาดยาลงเป็นขนาด 20 มก. ติด 24 ชั่วโมงต่อแผ่นเป็นเวลา 3-4 สัปดาห์ และลดลงเป็นขนาด 10 มก. อีก 3-4 สัปดาห์

วิธีใช้ ควรติดแผ่นยาบริเวณที่ไม่มีขน ไม่มัน ไม่มีบาดแผลอักเสบ โดยอาจติดบริเวณคอ สะโพกหรือต้นแขนด้านนอก ควรติดแผ่นยาทุกวันในเวลาเดียวกัน ติดไว้ 24 ชั่วโมง ยกเว้นมีปัญหานอนไม่หลับหรือฝันร้ายให้ดึงออกขณะนอนหลับ

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 ลดอาการอยากบุหรี่ในตอนเช้าได้ ผลข้างเคียงไม่มาก

ข้อเสีย ปรับยาไม่ได้ ระดับนิโคตินที่ได้ในกระแสเลือดขึ้นช้าและต่ำ

หมากฝรั่งนิโคติน (Nicotine Gum)

ขนาดยา: ใช้เคี้ยว 1-2 ชิ้นเวลามีอาการอยากบุหรี่ (ทุก 1-2 ชั่วโมง)
ผู้ที่สูบวันละ 10-24 มวน ใช้ขนาด 2 มก. ไม่เกินวันละ 30 ชิ้น
ผู้ที่สูบวันละ 25 มวนขึ้นไป ใช้ขนาด 4 มก. ไม่เกินวันละ 15 ชิ้น

วิธีใช้ ควรหยุดสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาดเมื่อเริ่มใช้ยา โดยต้องงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรด (เช่น กาแฟ น้ำส้ม น้ำอัดลม อาหารรสเปรี้ยว) อย่างน้อย 15 นาทีก่อนใช้ยา เนื่องจากจะลดการดูดซึมยา การเคี้ยวยาให้เคี้ยวช้าๆจนได้รสเผ็ดซ่า แล้วอมหมากฝรั่งไว้ที่กระพุ้งแก้มและเหงือกจนกระทั่งรสซ่าหายไปจึงนำมาเคี้ยวใหม่ สลับกันไปเช่นนี้ (chew & park technique) โดยใช้เวลาประมาณ 20-60 นาทีต่อเม็ด

อาการไม่พึงประสงค์ อาจมีอาการ ปวดกราม สะอึก ท้องอืด ปวดท้อง

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ เคี้ยวยาให้ถูกต้อง ไม่เคี้ยวเร็วจนเกินไป หลีกเลี่ยงการกลืนน้ำลายระหว่างเคี้ยวยา

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

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

Pregnancy risk category C

ข้อดี ใช้สะดวก ปรับขนาดยาได้เอง ได้ระดับนิโคตินที่สูงขึ้นเร็วหลังใช้

ข้อเสีย ต้องเคี้ยวให้ถูกวิธี 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 สัปดาห์ก่อนลงมือเลิกสูบบุหรี่ ห้ามรับประทานเกินวันละ 300 มก.

วิธีใช้ กลืนยาทั้งเม็ด ห้ามหักหรือเคี้ยว

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

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ ถ้านอนไม่หลับให้พยายามรับประทานมื้อตอนเย็นในเวลาบ่ายแทน หรืออาจลองใช้ยาขนาดลดลงกล่าวคือวันละ 150 มก. แทน

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

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

Pregnancy risk category C

ข้อดี ใช้วิธีรับประทาน ไม่มีส่วนผสมของนิโคตีน ใช้ร่วมกับ NRTได้ จากผลการศึกษาพบว่าการใช้ยา bupropion จะสามารถเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ในระยะยาวได้มากกว่าการใช้ NRT เพียงอย่างเดียว

ข้อเสีย มีผลข้างเคียงบ้าง เช่น ปากแห้ง นอนไม่หลับ

Varenicline

เป็นยารับประทานที่ออกฤทธิ์เป็น partial agonist และ partial antagonist ของ alpha4-beta2 nicotinic receptors ทำให้สามารถลดทั้งอาการอยากบุหรี่และป้องกัน positive reinforcement จากการสูบบุหรี่ลงได้พร้อมๆกัน

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 สัปดาห์ก่อนลงมือเลิกสูบบุหรี่

วิธีใช้ กลืนยาทั้งเม็ดพร้อมอาหาร และไม่ควรรับประทานยาตอนก่อนนอน

อาการไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้อาเจียน นอนไม่หลับ ฝันแปลกๆ (vivid dream)

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ รับประทานยาพร้อมอาหารจะลดอาการคลื่นไส้อาเจียนลงได้ อาการคลื่นไส้มักจะดีขึ้นหลังรับประทานยาไปได้ระยะหนึ่ง

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้

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

2. ระวังการใช้ในผู้ที่มีประวัติโรคลมชักหรือโรคทางจิตเวชต่างๆ

Pregnancy risk category C

ข้อดี ใช้วิธีรับประทาน เป็นยาที่มีการศึกษาว่ามีประสิทธิภาพในการช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบกับยาช่วยเลิกบุหรี่ชนิดอื่น ๆ

ข้อเสีย มีผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน แต่ไม่รุนแรง

Nortriptyline

ขนาดยา 50-100 มก. รับประทานวันละ 1 ครั้ง โดยเริ่มจากขนาดยาประมาณ 25 มก./วัน และเพิ่มขึ้นช้าๆทุก 3-5 วัน ถ้าไม่มีผลข้างเคียง

วิธีใช้ รับประทานยาวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน โดยให้เริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วันก่อนกำหนดวันเลิกบุหรี่

อาการไม่พึงประสงค์ ง่วงนอน ปากแห้ง ใจสั่น หัวใจเต้นผิดจังหวะ

วิธีแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ พิจารณาใช้ยาในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามเท่านั้น และเลือกใช้ขนาดยาที่เหมาะสม โดยปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาอย่างช้าๆพร้อมติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

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 เป็นยาชนิดเดียวที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในปัจจุบัน

ข้อเสีย มีผลข้างเคียงมาก เช่น ปากแห้ง ง่วงนอน และต้องระวังในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด

ชาชงหญ้าดอกขาว

ขนาดยา ชาชงหญ้าดอกขาวครั้งละ 1 ซอง (น้ำหนัก 3 กรัมต่อซอง) วันละ 3 ครั้ง

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

อาการไม่พึงประสงค์ คลื่นไส้ ชาลิ้น รับประทานอาหารไม่อร่อย

Pregnancy risk category ไม่ทราบ

ข้อควรระวังและข้อห้ามใช้ ไม่ทราบ

ข้อดี ราคาถูก เป็นผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ

ข้อเสีย ยังไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว และยังไม่มีข้อมูลประสิทธิภาพในการรักษาโรคติดบุหรี่ในระยะยาว

- สำหรับการรักษาทางเลือกต่างๆ เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนตะวันออก และ การฝังเข็ม นั้น อาจมีส่วนช่วยในการเลิกบุหรี่ให้ง่ายขึ้นได้ แต่ยังคงต้องมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมอย่างเป็นระบบต่อไป หากต้องการใช้แนวทางนี้ควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (คุณภาพหลักฐานระดับ “C”)

- การเลิกสูบบุหรี่ อาจไม่จำเป็นต้องมีการใช้ยาในการช่วยเลิกสูบบุหรี่ทุกราย แต่ผู้สูบทุกรายจะต้องได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมถึงแนวทางในการเลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ สำหรับการพิจารณาใช้ยาเพื่อช่วยในการเลิกสูบบุหรี่ ควรพิจารณาเลือกใช้ยาในผู้ป่วยต่อไปนี้ (คุณภาพหลักฐานระดับ “C”)
  ก. ต้องมีความประสงค์ที่จะเลิกสูบบุหรี่อย่างแท้จริง
  ข. มีปริมาณการสูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 มวนต่อวันขึ้นไป
  ค. มีความต้องการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ภายหลังจากได้รับข้อมูลจากบุคลากรวิชาชีพสุขภาพอย่างเหมาะสมแล้ว
  ง. กลุ่มผู้สูบที่มีโอกาสล้มเหลวสูง ควรพิจารณาให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพร่วมด้วยเสมอในการเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ ได้แก่ ผู้ที่มีปริมาณการสูบต่อวันมาก ผู้ที่เสพติดนิโคตินอย่างรุนแรง ผู้ที่เคยล้มเหลวในการเลิกสูบบุหรี่มาก่อน และผู้ที่มีความคาดหวังว่าจะต้องได้รับยาช่วยเลิกบุหรี่

- ข้อควรระวังในการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ ได้แก่
  -ไม่ควรใช้ในผู้ที่สูบบุหรี่ปริมาณไม่มาก (<10 มวนต่อวัน)
  -สตรีตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร
  -ผู้ที่มีข้อห้ามในการใช้ยาแต่ละชนิด

- ระยะเวลาในการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่นั้น แนะนำให้ใช้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน มีข้อมูลบางแห่งระบุว่าการใช้ยาอย่างต่อเนื่องเกินจากระยะเวลาดังกล่าว อาจช่วยลดโอกาสการกลับมาสูบซ้ำได้ (คุณภาพหลักฐานระดับ “B”) แต่ยังไม่แนะนำให้ใช้ยาต่อเนื่องเกิน 3 เดือนในผู้ป่วยที่สามารถเลิกสูบได้แล้ว จนกว่าจะมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนกว่านี้ ส่วนการใช้ยาสั้นกว่า 3 เดือนนั้นอาจทำให้โอกาสการกลับมาสูบซ้ำสูงขึ้นได้จึงไม่แนะนำ (คุณภาพหลักฐานระดับ “B”)

- แนวทางในการเลือกยาช่วยเลิกบุหรี่ว่าจะใช้ยาชนิดใดเป็นยาแรก ควรพิจารณาถึงประสิทธิผล ข้อดีและข้อเสีย ผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิด ความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งประสบการณ์ในการพยายามเลิกสูบบุหรี่ในครั้งก่อนๆของผู้สูบด้วย นอกจากนี้ ในรายที่จำเป็นอาจต้องพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่อย่างน้อย 2 ชนิดร่วมกัน เพื่อช่วยเพิ่มโอกาสในการเลิกบุหรี่ให้สำเร็จมากขึ้นได้

- การช่วยเลิกสูบบุหรี่ในกลุ่มผู้สูบที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น สตรีตั้งครรภ์, ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางกาย เช่น โรคหัวใจ หรือ มีปัญหาสุขภาพจิต ก็มีแนวทางในการช่วยเลิกสูบบุหรี่คล้ายคลึงกับผู้สูบทั่วไป แต่ก็มีข้อควรพิจารณาเพิ่มเติมบางประเด็นตามลักษณะของผู้สูบเหล่านั้น (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2: ข้อควรพิจารณาในการช่วยเลิกสูบบุหรี่สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะ

กลุ่มของผู้ป่วย	ข้อควรพิจารณา
สตรี โดยเฉพาะ รายที่กำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร	เน้นเรื่องการบำบัดทางจิตสังคม พิษภัยต่อทารกในครรภ์ ความสวยงามของตัวผู้ป่วยและน้ำหนักตัว พร้อมแก้ไขสามีที่สูบบุหรี่ไปพร้อมกัน อาจพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่กลุ่ม NRT ได้ในรายที่จำเป็น ป้องกัน relapse หลังคลอด
ผู้สูงอายุ	เน้นย้ำให้เห็นถึงพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ ผลต่อลูกหลาน; พฤติกรรมบำบัด การบำบัดทางจิตสังคม และสายเลิกบุหรี่ (quitline 1600); ตรวจคัดกรองหาโรคซึมเศร้า; อาจพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในรายที่จำเป็นและไม่มีข้อห้าม
วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า18 ปี	เน้นการให้คำปรึกษา พฤติกรรมบำบัด และการบำบัดทางจิตสังคมอย่างเข้มข้น สร้างความตระหนักและให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ อาจพิจารณาให้ยาช่วยเลิกบุหรี่กลุ่ม NRT หรือ bupropion SR ได้
ผู้ที่สูบบุหรี่น้อยกว่า10 มวนต่อวัน	เน้นที่การให้คำปรึกษาที่เหมาะสม ตรวจหาปัจจัยที่เป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้โดยเด็ดขาดแล้วแก้ไข พฤติกรรมบำบัด ในรายที่จำเป็นอาจให้ยาช่วยเลิกบุหรี่เช่น NRT หรือ bupropion SR
ผู้ที่สูบบุหรี่จัด	บำบัดทางจิตสังคมอย่างเข้มข้น ให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว กลุ่มบำบัด พฤติกรรมบำบัด และซักประวัติเพิ่มเติมเพื่อหาปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูบบุหรี่จัดแล้วช่วยวางแผนแก้ไข พร้อมติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ควรพิจารณาให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งอาจทำได้ทั้ง monotherapy หรือ combined treatment ซึ่งมีเพียง 2 ขนาน ได้แก่ การใช้แผ่นแปะร่วมกับหมากฝรั่งนิโคตีน และแผ่นแปะร่วมกับ bupropion SR

	ไม่ควรยืดระยะเวลาการรักษาด้วยยาเป็น 6 เดือนจนกว่าจะมีข้อมูลเพิ่มเติม ยกเว้น varenicline เท่านั้น
ผู้ป่วย HIV-positive	แก้ไขทัศนคติเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ในผู้ป่วย HIV; เน้นเรื่องการบำบัดทางจิตสังคม พฤติกรรมบำบัด สร้าง self-esteem ให้แก่ผู้ป่วย อาจพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่หากจำเป็น
ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายอื่นๆ	หลักการดูแลรักษาก็ไม่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ยกเว้นการเลือกใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่;ในผู้ป่วยโรคลมชักควรหลีกเลี่ยง nortriptyline, bupropion SR และระมัดระวังการใช้ยา varenicline; โรคแผลในกระเพาะอาหารควรหลีกเลี่ยงการใช้ หมากฝรั่งนิโคติน; โรคตับเรื้อรังควรหลีกเลี่ยง bupropion SR และ nortriptyline หรือปรับลดขนาดยาลง; โรคไตวาย หากมี end-stage renal disease (ESRD) ก็ไม่ควรใช้ยา varenicline หรือปรับลดขนาดลงเป็น 0.5 mg QD หากมี ClCr ≤ 30 ml/min
ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด	เน้นเรื่องการบำบัดทางจิตสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เกิดขึ้นกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในรายที่โรค stable ดี อาจใช้ NRT หรือ bupropion SR ก็ได้ ในรายที่มี unstable angina หรือเพิ่งเกิด acute MI ภายใน 2 สัปดาห์อาจพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่กลุ่ม bupropion SR แทนหรือหมากฝรั่งในขนาดต่ำๆ
ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	เน้นเรื่องการบำบัดทางจิตสังคม พฤติกรรมบำบัด ความสัมพันธ์ระหว่างโรคเบาหวานกับการสูบบุหรี่; ระวังเรื่องอาหารและน้ำหนักตัว ชะลอการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักด้วยยาช่วยเลิกบุหรี่; หลีกเลี่ยง NRT ในรายที่มีโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบ
ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ	เน้นเรื่องการบำบัดทางจิตสังคม พฤติกรรมบำบัด ความสัมพันธ์ระหว่างโรคที่เกิดขึ้นกับการสูบบุหรี่ ในรายที่มีข้อบ่งชี้อาจพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่กลุ่ม NRT, bupropion SR, varenicline, nortriptyline
ผู้ป่วยในโรงพยาบาล	สอบถามสถานะการสูบบุหรี่กับผู้ป่วยทุกราย ดำเนินมาตรการ 5A กับผู้ที่สูบบุหรี่ ในรายที่ต้องการเลิกให้ใช้กระบวนการบำบัดที่เข้มข้น ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาที่นานกว่า 15 นาที พฤติกรรมบำบัด ร่วมกับมีการติดตามผลอย่างน้อย 1 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว ยาช่วยเลิกบุหรี่ เช่น NRT, bupropion SR อาจมีประโยชน์

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1

คุณภาพของหลักฐาน (Quality of Evidence)

ระดับ A หมายถึง

1.1 มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled clinical trials) หรือ

1.2 มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุมที่มีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างน้อย 1 ฉบับ (a well-designed, randomize-controlled, clinical trial) และได้ผลไม่ต่างจากเดิมหากมีการศึกษาซ้ำ

ระดับ B หมายถึง

2.1 มีหลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบของการศึกษาควบคุมแต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่าง (non-randomized, controlled, clinical trials) หรือ

2.2 มีหลักฐานที่ได้จากการศึกษาควบคุมแต่ไม่สุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพดีเยี่ยม (well-designed, non-randomized, controlled clinical trial) หรือ

2.3 มีหลักฐานจากรายงานการศึกษาตามแผนติดตามเหตุไปหาผล (cohort) หรือการศึกษาวิเคราะห์ควบคุมกรณีย้อนหลัง (case control analytic studies) ที่ได้รับการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดี ซึ่งมาจากสถาบันหรือกลุ่มวิจัยมากกว่าหนึ่งแห่ง/กลุ่ม หรือ

2.4 มีหลักฐานจากพหุกาลานุกรม (multiple time series) ซึ่งมีหรือไม่มีมาตรการดำเนินการ หรือหลักฐานที่ได้จากการวิจัยทางคลินิกรูปแบบอื่นหรือทดลองแบบไม่มีการควบคุม ซึ่งมีผลประจักษ์ถึงประโยชน์หรือโทษจากการปฏิบัติมาตรการที่เด่นชัดมาก เช่น ผลของการนำยาเพ็นนิซิลินมาใช้ในราว พ.ศ. 2480 จะได้รับการจัดอยู่ในหลักฐานประเภทนี้

2.5 มีหลักฐานจากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) มากกว่า 1 ฉบับ แต่ได้ผลไม่คงที่

2.6 มีหลักฐานจากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) แต่มิได้เกี่ยวข้องโดยตรงกับคำแนะนำที่ระบุไว้ในแนวทางเวชปฏิบัตินี้

ระดับ C หมายถึง

3.1 เป็นความเห็นร่วมกันของคณะผู้เชี่ยวชาญที่ดำเนินการร่างแนวทางเวชปฏิบัตินี้ โดยไม่มีหลักฐานจากการศึกษาแบบกลุ่มสุ่มตัวอย่าง-ควบคุม (randomize-controlled, clinical trial) ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมกับคำแนะนำที่ระบุไว้เลย

ภาคผนวกที่ 2

แบบประเมินระดับความรุนแรงของการเสพติดสารนิโคติน

(Fagerström Test for Level of Nicotine Dependence)*

คำถามที่ใช้	คะแนน
คุณต้องสูบบุหรี่มวนแรกหลังตื่นนอนตอนเช้านานแค่ไหน?	
☐ ภายใน 5นาทีหลังตื่น	3
☐ 6– 30 นาทีหลังตื่น	2
☐ > 30 นาทีหลังตื่น	1
คุณรู้สึกกระวนกระวาย หรือลำบากใจไหม ที่ต้องอยู่ในสถานที่มีการห้ามสูบบุหรี่ เช่น โรงภาพยนตร์ รถโดยสาร?	
☐ ใช่	1
☐ ไม่ใช่	0
บุหรี่มวนใดต่อไปนี้ที่คุณคิดว่าเลิกยากที่สุด?	
☐ มวนแรกสุดตอนเช้า	1
☐ มวนอื่นๆ	0
ปกติคุณสูบบุหรี่วันละกี่มวน?	
☐มากกว่า 30 มวนต่อวัน	3
☐21-30 มวนต่อวัน	2
☐11-20 มวนต่อวัน	1
คุณสูบบุหรี่จัดภายในหนึ่งชั่วโมงแรกหลังตื่นนอนและสูบมากกว่าช่วงเวลาที่เหลือของวัน ใช่หรือไม่?	
☐ ใช่	1
☐ ไม่ใช่	0
คุณต้องสูบบุหรี่แม้ในขณะที่เจ็บป่วยมากจนไม่สามารถลุกจากเตียงได้?	
☐ใช่	1
☐ไม่ใช่	0
<u>การแปลผล:</u> 5-10 คะแนน = ติดนิโคตีนรุนแรง; 3-4 คะแนน = ติดนิโคตีนปานกลาง; 0-2 คะแนน = ติดเล็กน้อย	

**ดัดแปลงจาก Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. Br J Addict 1991;86:1119-27.*

ภาคผนวกที่ 3

Trantheoretical (TTM) หรือ Stage of Change model

ระยะ	รายละเอียด
ไม่สนใจ (Precontemplation)	ไม่สนใจจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า
ลังเล (Contemplation)	คิดจะเลิกสูบบุหรี่แต่ยังไม่มีแผนชัดเจน
พร้อม (Preparation)	กำลังวางแผนจะเลิกสูบบุหรี่ภายใน 1 เดือนข้างหน้า หรือกำลังเริ่มเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่
ลงมือ (Action)	เลิกสูบบุหรี่มาได้ไม่เกิน 6 เดือน
คงสภาพ (Maintenance)	เลิกสูบบุหรี่มาแล้วนานกว่า 6 เดือน

ภาคผนวกที่ 4

ตารางแสดงคุณลักษณะและข้อควรระวังของยาช่วยเลิกบุหรี่แต่ละชนิด

ยาช่วยเลิกบุหรี่	ขนาดยา	ระยะเวลา (สัปดาห์)	Estimated Odds Ratio (95%CI)	ข้อดี	ข้อเสีย	ข้อควรระวัง
นิโคตินชนิดแผ่นแปะ (Nicotine patch)	>10cigarettes/day: 21mg/24hr x 6-8 wk; จากนั้นลดเป็น 14mg/24hr & 7mg/24hr ทุกๆ 2-4 wk ≤10cigarettes/day: 14mg/24hr x 6wk; แล้วลดเป็น 7mg/24 hr x 2-4 wk	6-16	1.9 (1.7-2.2)	ออกฤทธิ์ยาว	onset ช้า ไม่เหมาะกับ breakthrough craving; ผิวหนังอักเสบ (50%)	หลีกเลี่ยงในสตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category D) หรือให้นมบุตร
หมากฝรั่งนิโคติน	≥25 cigarettes/day: ใช้ 4 mg โดย week 0-6 ให้ 1 ชิ้น ทุก 1-2 hr (อย่างน้อย 9 ชิ้น/วัน); week 7-9ให้ 1 ชิ้น ทุก 2-4 hr; week 10-12 ให้ 1 ชิ้น ทุก 4-8 hr < 25 cigarettes/day: ใช้ 2 mg ด้วย schedule เดียวกัน	6-14	1.5 (1.2-1.7)	ใช้ง่าย ลดอาการถอนนิโคตินแบบ breakthrough craving ได้ดี; ชะลอ weight gain ได้	ต้องเคี้ยวให้ถูกวิธี (Chew and Park technique) เพื่อลดผลข้างเคียง	ผู้ที่มี Temporomandibular joint (TMJ) disease หรือใช้ฟันปลอม; ในสตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C)
Bupropion-SR	เริ่มยาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ก่อนหยุดบุหรี่ โดยให้ขนาด 150 mg po QD x 3 วัน แล้วเพิ่มเป็น 150 mg BID	12-24	2.0 (1.8-2.2)	ใช้ในผู้ป่วย cardiovascular disease ได้; ชะลอ weight gain ได้; ใช้ได้ดีในผู้ป่วยที่มี depression ด้วย	Seizure (1:1,000); eating disorders; นอนไม่หลับ (35-40%)	ผู้ป่วยโรคลมชัก; ผู้ป่วยใช้หรือเคยใช้ยากลุ่ม MAOI; สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C)

Varenicline	เริ่มยาอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ก่อนหยุดบุหรี่ โดยให้ขนาด 0.5 mg po QD x 3 วัน จากนั้น 0.5 mg BID ในวันที่ 4-7 และ 1mg BID หลังจากนั้น	12-24	3.1 (2.5-3.8)	ได้ผลสูงสุด; ลด positive reinforcement ได้; .ใช้ได้ใน ผู้ป่วย cardiovascular disease	Nausea (30%); abnormal dreams (5%)	สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category C); ผู้ป่วย end-stage renal disease; ผู้ป่วยโรคลมชักหรือมี psychiatric disorders ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด
Nortriptyline	เริ่มยาอย่างน้อย 10-28 วันก่อนหยุดบุหรี่ โดยให้ขนาด 25 mg po QD แล้วเพิ่มขนาดขึ้นเรื่อยๆทุก 3-5 วันจนถึง 75-100 mg QD	12	1.8 (1.3-2.6)	ประสิทธิภาพดี; ราคาถูกมาก; มีใช้กว้างขวาง	ปากแห้ง คอแห้ง ง่วงนอน	สตรีตั้งครรภ์ (Pregnancy category D); หลีกเลี่ยงในผู้ป่วยโรคหัวใจทุกประเภทและผู้ที่เคยใช้ยากลุ่ม MAOI ภายใน 2 สัปดาห์

ภาคผนวกที่ 5

ตารางแสดงประสิทธิภาพของยาช่วยเลิกบุหรี่ชนิดต่างๆ เปรียบเทียบกัน

ยาช่วยเลิกบุหรี่	Odds Ratio† (95%CI)	Odds Ratio‡ (95%CI)
Monotherapy		
แผ่นแปะนิโคตีน 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		
แผ่นแปะนิโคตีน + หมากฝรั่งนิโคตีน (เคี้ยวเฉพาะเวลาอยากบุหรี่)	3.6 (2.5-5.2)	1.9 (1.3-2.7)
แผ่นแปะนิโคตีน + Bupropion SR	2.5 (1.9-3.4)	1.3 (1.2-1.8)
แผ่นแปะนิโคตีน + Nortriptyline	2.3 (1.3-4.2)	0.9 (0.6-1.4)
แผ่นแปะนิโคตีน + ยาต้านซึมเศร้ากลุ่ม second generation (paroxetine, venlafaxine)	2.0 (1.2-3.4)	1.0 (0.6-1.7)

†เมื่อเปรียบเทียบกับ placebo

‡เมื่อเปรียบเทียบกับแผ่นแปะนิโคตีนเพียงอย่างเดียว

ภาคผนวกที่ 6

คารางแสดงคำถามและคำตอบที่พบบ่อยในการบำบัดรักษาโรคติดบุหรี่

คำถาม	คำตอบ
การเลิกบุหรี่อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้มากน้อยอย่างไร และมีแนวทางป้องกันหรือแก้ไขอย่างไร	ผู้ที่เลิกบุหรี่ส่วนใหญ่จะเจริญอาหาร ส่งผลให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้มากถึง 3-7 กิโลกรัม ดังนั้น ควรแนะนำผู้ป่วยทุกรายให้ลดการบริโภคอาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรตลง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนยาช่วยเลิกบุหรี่นั้นพบว่าทำได้เพียงช่วยชลอการเพิ่มของน้ำหนักตัวให้ช้าลงเท่านั้น แต่ไม่สามารถป้องกันปัญหานี้ได้ (คุณภาพหลักฐานระดับ “B”)
จำเป็นต้องจัดให้มีการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว (individual counseling) โดยแพทย์ให้แก่ผู้ป่วยทุกรายที่ต้องการเลิกบุหรี่หรือไม่อย่างไร	จากการศึกษาพบว่า การให้คำปรึกษาแบบสั้นๆ (1-3 นาที) โดยแพทย์ก็สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่สำเร็จได้ แม้อัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จนี้จะไม่ดีเท่าในกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวที่ต้องใช้เวลานานกว่าก็ตาม (คุณภาพหลักฐานระดับ“B”) ดังนั้น ในสถานบริการที่ยังไม่พร้อมหรือมีบุคลากรไม่เพียงพอ ก็แนะนำให้ทำการให้คำปรึกษาแบบสั้นๆ โดยแพทย์ไปก่อนได้ แต่หากมีศักยภาพหรือบุคลากรเพียงพอก็ควรจัดผู้ป่วยทุกรายได้รับการให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัวเพื่อให้ได้ผลสำเร็จสูงสุด
มีความจำเป็นมากน้อยเพียงใดที่ต้องกำหนดวันเลิกบุหรี่ให้แก่ผู้ป่วย	การกำหนดวันเลิกบุหรี่นับว่าเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งในการรักษาโรคนี้ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายในการเลิกอย่างชัดเจน ไม่เลื่อนลอย อย่างไรก็ตาม พึงระลึกไว้เสมอว่าวันเลิกบุหรี่ที่ได้กำหนดขึ้นนั้นเป็นการตั้งเป้าหมายอย่างคร่าวๆเท่านั้น มิใช่จุดสิ้นสุดการรักษา หากผู้ป่วยยังไม่พร้อมและไม่สามารถเลิกได้จริงในวันนั้นๆ แพทย์หรือบุคลากรก็ควรยืดหยุ่นและขยายกำหนดออกไปได้ตามความเหมาะสม พร้อมให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยให้พยายามต่อไป
จะมีแนวทางในการรักษาโรคนี้แก่ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไร	สำหรับผู้ป่วยในนั้น มีแนวทางการรักษาไม่แตกต่างไปจากหลักการทั่วไป กล่าวคือ อาศัยแนวทาง 5A แต่ควรใช้ข้อมูลโรคที่เป็นต้นเหตุให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมาเป็นแรงจูงใจด้วย ควรพิจารณาใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายที่ไม่มีข้อห้าม พร้อมให้คำปรึกษาแบบตัวต่อตัว นอกจากนี้ ต้องมีการติดตามหลังผู้ป่วยกลับบ้านอย่างต่อเนื่องและเคร่งครัดด้วย

ในผู้ป่วยที่ติดบุหรี่มาก จะนำแนวทางการลดการบริโภคยาสูบ (โดยไม่เลิก) มาทดแทนการเลิกโดยเด็ดขาดได้หรือไม่ อย่างไร	จากการศึกษาจำนวนมากยืนยันว่า การลดปริมาณการบริโภคยาสูบลงโดยไม่เลิกนั้นยังคงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพให้แก่ผู้สูบและคนข้างเคียงได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น เป้าหมายในการรักษาโรคติดบุหรี่สำหรับผู้ป่วยทุกรายคือ *การเลิกบุหรี่โดยเด็ดขาด* แต่หนทางที่นำไปสู่เป้าหมายนี้อาจทำได้หลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการเลิกโดยเด็ดขาดตั้งแต่เริ่มต้นการรักษา หรือโดยการค่อยๆลดจำนวนลงเรื่อยๆจนเลิกได้ในท้ายที่สุด (“ลดเพื่อเลิก”) ทางคณะกรรมการจึงไม่แนะนำแนวทางลดการบริโภคยาสูบโดยไม่เลิก (คุณภาพหลักฐานระดับ“B”)
สามารถใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาด้วยแนวทางการค่อยๆลดปริมาณการบริโภคยาสูบลงเพื่อนำไปสู่การเลิกโดยเด็ดขาด (“ลดเพื่อเลิก”)ได้หรือไม่ อย่างไร	ในปัจจุบันมีข้อมูลมากขึ้นที่ระบุว่า สามารถใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในกระบวนการ “ลดเพื่อเลิก”ได้อย่างปลอดภัย ดังนั้นอาจพิจารณาเลือกใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ต่างๆในขนาดที่เหมาะสมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยก้าวไปสู่เป้าหมายของการเลิกโดยเด็ดขาดได้ในที่สุด (คุณภาพหลักฐานระดับ“B”)
ควรนำผลิตภัณฑ์ยาสูบกลุ่ม harm reduction เช่น บุหรี่อีเล็คโทรนิกส์, บุหรี่ไร้ควัน, ยาสูบชนิดเคี้ยว มาใช้ในการรักษาโรคติดบุหรี่หรือไม่	จากการศึกษาพบว่า แม้ผลิตภัณฑ์ยาสูบกลุ่ม harm reduction เช่น บุหรี่อีเล็คโทรนิกส์, บุหรี่ไร้ควัน, ยาสูบชนิดเคี้ยวนั้นจะลดการเกิดโรคบางโรคที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ลงได้ก็ตาม แต่ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ก็สามารถก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพต่อตัวผู้สูบได้ไม่น้อย ดังนั้นในปัจจุบันองค์การอนามัยโลกและสำนักงานนายแพทย์ใหญ่ ประเทศสหรัฐอเมริกาจึงยังไม่แนะนำให้นำผลิตภัณฑ์เหล่านี้มาใช้ในการรักษาโรคติดบุหรี่ (คุณภาพหลักฐานระดับ“B”)
จะมีแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการไอมากขึ้น มีเสมหะมากขึ้นกว่าเดิมหลังจากเลิกบุหรี่แล้วอย่างไร	หลังจากเลิกบุหรี่แล้ว cilia บนเซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจจะเริ่มฟื้นตัวและเริ่มกลับมาทำงานเป็นปกติ ทำให้มีการผลิตและพัดโบกเอาสารคัดหลั่งหรือเสมหะในทางเดินหายใจออกมาได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากกลับมีอาการไอและมีเสมหะออกมามากขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตามอาการเหล่านี้จะค่อยๆลดลงจนหายไปเมื่อเวลาผ่านไปราว 2-3 เดือนแล้ว