



กรมการแพทย์
Department of Medical Services

PCG

PRACTICAL
CLINICAL GUIDELINE

แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

การดูแลเด็กและเยาวชนอายุ 10–24 ปี
ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์นิโคติน

สำหรับบุคลากรวิชาชีพในสถานบริการ

Practical Clinical Guideline for the Care of Children and Young People
Aged 10–24 Years Who Use E-Cigarettes and Nicotine Products
for Healthcare Professionals



ฉบับสมบูรณ์ • พ.ศ. 2569

หมายเหตุ: แนวทางนี้สามารถปรับใช้ตามบริบททรัพยากรและมติคณะกรรมการของสถานบริการ

แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

การดูแลเด็กและเยาวชนอายุ 10–24 ปี
ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์นิโคติน

สำหรับบุคลากรวิชาชีพในสถานบริการ

Practical Clinical Guideline for the Care of Children and Young People
Aged 10–24 Years Who Use E-Cigarettes and Nicotine Products
for Healthcare Professionals



แนวทางปฏิบัติทางคลินิก

(Practical Clinical Guideline; PCG)

การดูแลเด็กและเยาวชนอายุ 10–24 ปี ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์นิโคติน สำหรับบุคลากรวิชาชีพในสถานบริการ

*Practical Clinical Guideline for the Care of Children and Young People Aged 10–24 Years
Who Use E-Cigarettes and Nicotine Products for Healthcare Professionals*

บรรณาธิการ

แพทย์หญิง ธนุรช ทิพย์วงษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน
ที่ปรึกษากรมการแพทย์

แพทย์หญิง ภัทราภรณ์ กิณร นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช
สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี กรมการแพทย์

คณะผู้จัดทำ

คณะทำงานพัฒนาระบบบริการช่วยเหลือเด็กและวัยรุ่น บุหรี่ไฟฟ้า กรมการแพทย์

ปีที่เผยแพร่

พ.ศ. 2569

หน่วยงาน

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ: แนวทางนี้เป็นข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมคุณภาพการบริการ ไม่ใช่ข้อบังคับในการปฏิบัติ
สถานบริการสามารถปรับใช้ตามบริบท ทรัพยากร และมติคณะกรรมการของสถานบริการ
โดยใช้ร่วมกับดุลยพินิจทางคลินิกและความต้องการของผู้รับบริการแต่ละราย

สารบัญ

บทนำ.....	6
ความเป็นมา.....	6
วัตถุประสงค์.....	6
กลุ่มเป้าหมายและผู้ใช้นโยบาย.....	7
ขอบเขต.....	7
สรุปคำแนะนำสำคัญ.....	7
ข้อพิจารณาด้านกฎหมายและจริยธรรม.....	8
คำย่อ.....	8
การแจ้งผลประโยชน์ทับซ้อน.....	9
1. ภาพรวมขั้นตอนการดูแลผู้ใช้/ติดยาโคตินจากบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน.....	10
หลักการสำคัญ.....	13
2. การคัดกรอง สอบถาม และจัดระดับความเสี่ยงแบบผู้ป่วยนอก.....	14
คำถามคัดกรองสั้น 1–2 นาที.....	14
3. เกณฑ์คะแนน HVI/HSI และการแปลผล.....	16
3.1 ดัชนีความรุนแรงของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (Heaviness of Vaping Index; HVI).....	16
3.2 ดัชนีความรุนแรงของการสูบบุหรี่มวน (Heaviness of Smoking Index; HSI).....	17
3.3 การใช้คะแนนร่วมกับดุลยพินิจทางคลินิก (clinical judgment).....	17
3.4 การวินิจฉัยและการลงรหัส.....	18
4. ตารางแยกระดับความรุนแรง เทียบ-เหลือง-ส้ม-แดง พร้อมคะแนนและแนวทางดูแล.....	19
5. การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก.....	26
5.1 กรณียังไม่พร้อมเลิก: 5R.....	26
5.2 กรณีพร้อมเลิก: 4 ล (เลิกวัน – ล้นวาจา – ลาอุปกรณ์ – รีบลงมือทำ) + 5D.....	26
5.3 ระดับการให้คำปรึกษา.....	27

5.4	หลักการเบื้องต้นในการใช้ยาในผู้ป่วย	28
5.5	การบูรณาการส่งต่อศูนย์บริการช่วยเหลือฉุกเฉินทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600 ในเส้นทางการดูแล (pathway)	29
5.6	การจัดสิ่งแวดลอมปลอดภัยและบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อป้องกันเด็กและเยาวชน	30
6.	การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน/กรณีถอนนิโคติน	34
	แบบประเมินอาการถอนนิโคตินดัดแปลง(Modified Minnesota Nicotine Withdrawal Scale; MNWS)	
	แบบย่อ	34
7.	อาการทางกายและสัญญาณอันตรายที่ต้องระวัง: ภาวะปอดบาดเจ็บจากบุหรี่ไฟฟ้า (EVALI), พิษนิโคติน (nicotine toxicity) และสัญญาณอันตราย (red flags)	36
8.	จุดส่งต่อแยกช่วงอายุ 10–17 ปี และ 18–24 ปี	38
	หมายเลขติดต่อระดับประเทศ	38
9.	การติดตาม การประเมินผล และ KPI	40
	นิยามตัวชี้วัด (KPI template)	41
10.	ภาคผนวกเครื่องมือและองค์ความรู้	44
	ภาคผนวก A: คำสำคัญ	44
	ภาคผนวก B: ตัวอย่างข้อคำถาม HEEADSSS	44
	ภาคผนวก C: CRAFFT (ฉบับ 2.1 ส่วน B)	45
	ภาคผนวก D: ระยะการเปลี่ยนแปลง (Stage of change)	45
	ภาคผนวก E: การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family engagement)	45
	ภาคผนวก F: การเชื่อมโยงกับโรงเรียน (School linkage)	46
	ภาคผนวก G: การจัดสิ่งแวดลอมปลอดภัยและบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อป้องกันเด็กและเยาวชน	46
11.	ภาคผนวกยา	48
	ขนาดยาที่ใช้บ่อยในผู้ใหญ่ (ตรวจสอบกับเอกสารกำกับยาที่ได้รับอนุญาตในประเทศไทยก่อนใช้)	49
	หลักให้ยาแยกตามอายุ	50
12.	เอกสารอ้างอิง	51
	ภาคผนวกเพิ่มเติม และตัวอย่างแบบฟอร์มใช้งานจริง	54

ภาคผนวก 1 แบบฟอร์มคัดกรองบุหรี่ไฟฟ้า/นิโคติน 1 หน้า	54
ภาคผนวก 2 แบบประเมิน HVI สำหรับบุหรี่ไฟฟ้า	56
ภาคผนวก 3 แบบประเมิน HSI สำหรับบุหรี่มวน	57
ภาคผนวก 4 แบบประเมินอาการถอนนิโคติน MNWS ติดตาม D1-W4	58
ภาคผนวก 5 แบบประเมินภาวะปอดบาดเจ็บจากบุหรี่ไฟฟ้า (EVALI) /อาการทางกายที่ต้องระวัง.....	59
ภาคผนวก 6 แบบประเมินบริบทวัยรุ่น (HEEADSSS) / แบบคัดกรองการใช้สาร (CRAFT) สำหรับเด็กและเยาวชน	60
ภาคผนวก 7 ตารางยาแบบเร็วสำหรับแพทย์/ทีมผู้เชี่ยวชาญ.....	61
ภาคผนวก 8 แบบติดตาม 7 ครั้ง	62
ภาคผนวก 9 แบบฟอร์มส่งต่อ 1600	63
ภาคผนวก 10. สรุป Workflow สำคัญสำหรับการใช้งานจริง.....	64
รายชื่อคณะทำงานพัฒนาระบบบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า.....	65

สารบัญแผนภูมิและภาพประกอบ

แผนภูมิที่ 1 เส้นทางการดูแล.....	11
ภาพประกอบ: แนวทางคัดกรองและดูแลเด็กและเยาวชนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า	12
แผนภูมิที่ 2 การจัดระดับสีและแนวทางดูแล.....	21
ภาพประกอบ: สรุปการคัดกรอง ประเมิน บำบัด และส่งต่อ	22
แผนภูมิที่ 3 การบำบัดตามความพร้อมในการเลิก.....	23
ภาพประกอบ: การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก	24
แผนภูมิที่ 4 การพิจารณาใช้ยาตามช่วงอายุ	29
ภาพประกอบ: การป้องกันการสัมผัสมือสองและมือสาม.....	31
ภาพประกอบ: บทบาทครอบครัวและเจ้าหน้าที่ในการป้องกันเด็กและเยาวชน.....	33
แผนภูมิที่ 5 สัญญาณอันตราย (red flags).....	37
แผนภูมิที่ 6 การส่งต่อแบบเชื่อมต่อและหมายเลขติดต่อ	39
แผนภูมิที่ 7 การติดตาม 7 ครั้ง	40
ภาพประกอบ: สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับเด็กและเยาวชน.....	47

บทนำ

ความเป็นมา

การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน สถิติจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2567) ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่ามีผู้สูบบุหรี่ลดลงเหลือ 9.8 ล้านคน (ร้อยละ 16.5) ซึ่งนิยมใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงานมากที่สุด (ร้อยละ 12.6) รองลงมา คือ บุหรี่มวนเอง (ร้อยละ 8.8) บุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ 1.5) ซึ่งข้อมูล สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2564) และการสำรวจของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2566) พบว่ากลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่มีอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุดในประเทศไทย โดยพบอัตราการสูบบุหรี่สูงถึงร้อยละ 17.6 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดจากปีก่อนหน้า นอกจากนี้ ข้อมูลจาก ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย., 2567) พบว่า ระบุว่าบุหรี่ไฟฟารุ่นใหม่ หรือ "พอดไฟฟ้า" ถูกออกแบบให้มีรูปปลั๊กชนิดดึงดูดและมีปริมาณนิโคตินชนิดเกลือ (Nicotine Salt)) เข้มข้นสูง ส่งผลให้เกิดภาวะเสพติดนิโคตินอย่างรุนแรงและรวดเร็ว (High Nicotine Dependence) ซึ่งเป็นโจทย์ใหม่ที่ระบบสาธารณสุขไทยต้องเผชิญ ในทางประสาทวิทยา สมองส่วนหน้า (Prefrontal Cortex) ที่ทำหน้าที่ควบคุมยับยั้งซึ่งใจจะยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ จนกว่าจะถึงอายุ 25 ปี การได้รับนิโคตินในช่วงรอยต่อของพัฒนาการจึงส่งผลกระทบต่อโครงสร้างสมองและการเสพติดที่รุนแรงกว่าวัยผู้ใหญ่ จากการศึกษาของ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (2567) พบว่าเยาวชนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบเฉียบพลัน (EVALI) และมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า สูงกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ พบว่าแนวปฏิบัติหลักยังคงเน้นการบำบัดในกลุ่มอายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งมีพฤติกรรมและกลไกการเสพติดที่แตกต่างจากบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชนอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดช่องว่างในการให้บริการ (Service Gap)

ด้วยเหตุนี้ กรมการแพทย์ จึงเห็นความจำเป็นในการดำเนินการพัฒนามาตรฐานใหม่สำหรับการแพร่ระบาดของนวัตกรรม (Innovation) มุ่งเน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Practice Clinical Guideline) ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการช่วยเหลือบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน เพื่อสร้างระบบบริการที่เป็นมิตร (Youth-Friendly Services) ทั้งในด้านการคัดกรอง การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจ และแนวทางการใช้ยาช่วยเหลือที่ปลอดภัยสำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชน นอกจากนี้ยังเป็นส่วนหนึ่งในการตรวจจรรยาบรรณการเสพติดยาสูบทุกรูปแบบและลดความสูญเสียทางสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจจากการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังในระยะยาวอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติในการคัดกรองการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์นิโคตินในผู้รับบริการอายุ 10-24 ปี
- เพื่อจัดระดับความเสี่ยงและเลือกการบำบัดที่เหมาะสมตามช่วงอายุ ความรุนแรง และโรคร่วม

- เพื่อให้มีระบบส่งต่อและติดตามแบบเชื่อมต่อ (closed-loop) ระหว่างสถานบริการ ครอบครัว โรงเรียน และเครือข่าย รวมถึงศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600
- เพื่อให้มีตัวชี้วัดร่วมสำหรับติดตามคุณภาพบริการ

กลุ่มเป้าหมายและผู้ใช้นโยบาย

กลุ่มผู้รับบริการ: เด็กและเยาวชนอายุ 10–24 ปี ที่ใช้หรือเคยใช้บุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่มวน หรือผลิตภัณฑ์นิโคตินอื่น รวมทั้งผู้ที่สัมผัสควัน/ละอองมือสองและสารตกค้างมือสาม ผู้ใช้นโยบาย: แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และบุคลากรสุขภาพในสถานบริการทุกระดับ รวมทั้งบุคลากรที่ทำงานร่วมกับโรงเรียนและชุมชน

ขอบเขต

แนวทางนี้ครอบคลุมการคัดกรอง การประเมิน การบำบัดแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การส่งต่อ และการติดตาม ไม่ครอบคลุมรายละเอียดการรักษาภาวะปอดบาดเจ็บจากบุหรี่ไฟฟ้า (EVALI) และพิษนิโคตินเฉียบพลัน ซึ่งให้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติเฉพาะโรค และไม่ครอบคลุมการบำบัด การใช้สารเสพติดอื่น ซึ่งพิจารณาการรักษาและส่งต่อตามระบบบำบัดยาเสพติด

สรุปคำแนะนำสำคัญ

คำแนะนำ
1. ถามการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์นิโคตินในผู้รับบริการอายุ 10–24 ปีทุกราย ทุกครั้งที่มีโอกาส
2. ให้ข้อมูลและคำแนะนำเพื่อป้องกันการเริ่มใช้ในเด็กและวัยรุ่นที่ยังไม่ใช้
3. ผู้ใช้ปัจจุบันทุกรายควรได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกและนัดติดตาม ไม่ว่าคะแนน HVI/HSI เท่าใด
4. ใช้การช่วยเลิกผ่านข้อความหรือช่องทางดิจิทัลเสริมการให้คำปรึกษา ในผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าอายุ 13–24 ปี
5. ผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าอายุ 18–24 ปีที่ติดนิโคตินและพร้อมเลิก พิจารณา varenicline ร่วมกับการให้คำปรึกษา
6. อายุต่ำกว่า 18 ปี ไม่ใช่ว่าเป็นการรักษาลำดับแรก ให้แพทย์เฉพาะทางพิจารณารายกรณี
7. ผู้ที่มีสัญญาณอันตรายทางกายหรือจิตเวช ให้ประเมินและส่งต่อทันทีโดยไม่ขึ้นกับคะแนน
8. แนะนำครอบครัวให้ที่บ้านและรถปลอดบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า 100% และลดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์

ข้อพิจารณาด้านกฎหมายและจริยธรรม

- อายุและความยินยอม: พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 นิยามเด็กว่าเป็นผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี และบุคคลบรรลุนิติภาวะเมื่ออายุ 20 ปี บริบูรณ์ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้รับบริการอายุ 18–19 ปี จึงยังเป็นผู้เยาว์ ในเรื่องความยินยอมบางประเภท ให้ขอความเห็นชอบ (assent) จากเด็ก และความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมตามความเหมาะสมและระเบียบของสถานบริการ
- การรักษาความลับ: ให้บริการแบบเป็นมิตรและรักษาความลับ อธิบายขอบเขตของความลับตั้งแต่ต้น การเปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ปกครองหรือโรงเรียนให้ทำเท่าที่จำเป็นและได้รับความยินยอม ยกเว้นกรณีที่มีความเสี่ยงต่อชีวิต หรือความปลอดภัย
- ข้อมูลส่วนบุคคล: ข้อมูลสุขภาพและการใช้นิโคตินเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตาม พ.ร.บ.คุ้มครอง ข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 การส่งข้อมูลต่อหน่วยงานอื่น รวมถึง 1600 และโรงเรียน ต้องมีฐานทางกฎหมาย หรือความยินยอมที่ชัดเจน และบันทึกไว้ในเวชระเบียน
- การคุ้มครองเด็ก: เมื่อพบว่าเด็กถูกทารุณกรรม ถูกละเลย หรืออยู่ในภาวะเสี่ยง ให้แจ้งพนักงาน เจ้าหน้าที่ หรือหน่วยงานคุ้มครองเด็กตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546
- สถานะทางกฎหมายของบุหรี่ไฟฟ้า: ประเทศไทยห้ามนำเข้าและขายบุหรี่ไฟฟ้า บุคลากรควรให้ข้อมูลตามข้อเท็จจริง โดยไม่ใช้การขู่ดำเนินคดีเพื่อให้เลิก และไม่ใช้ข้อมูลจากการให้บริการเพื่อวัตถุประสงค์อื่น นอกจากการดูแลรักษา

คำย่อ

- 4l: เลือกว้น ล้นวาจา ลาอุปกรณ รีบลงมือทำ
- 5A: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange
- 5D: Delay, Deep breath, Drink water, Do something else, Discussion/Destination
- 5R: Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition
- ACT: Ask, Counsel, Treat (แนวทางของ American Academy of Pediatrics)
- CRAFFT: แบบคัดกรองการใช้สารในวัยรุ่น
- EVALI: e-cigarette or vaping product use-associated lung injury (ภาวะปอดบาดเจ็บจากบุหรี่ไฟฟ้า)

- HEEADSSS: แบบประเมินบริบทชีวิตวัยรุ่น
- HSI: Heaviness of Smoking Index (ดัชนีความหนักของการสูบบุหรี่มวน)
- HVI: Heaviness of Vaping Index (ดัชนีความหนักของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า)
- MI: Motivational Interviewing (การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ)
- MNWS: Minnesota Nicotine Withdrawal Scale (แบบประเมินอาการถอนนิโคติน)
- NRT: Nicotine Replacement Therapy (การใช้นิโคตินทดแทน)
- PCG: Practical Clinical Guideline (แนวทางปฏิบัติทางคลินิก)
- 1600: ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ

การแจ้งผลประโยชน์ทับซ้อน

แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการดูแลเด็กและเยาวชนอายุ 10–24 ปี ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์นิโคติน สำหรับบุคลากรวิชาชีพในสถานบริการ เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานโครงการการทบทวนมาตรฐานการเลิกบุหรี่ ในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ไม่ได้รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ หรือผลิตภัณฑ์นิโคติน

1.

ภาพรวมขั้นตอนการดูแลผู้ใช้นิโคตินจากบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน

แนวคิดหลัก: ผู้ป่วย → สอบถาม/คัดกรอง → ประเมินระดับการติดนิโคติน → บำบัดตามความรุนแรง → จำหน่าย/ติดตาม โดยคำนึงถึงบริบทเฉพาะเด็กและเยาวชน ได้แก่ พัฒนาการวัยรุ่น ครอบครัว โรงเรียน โคร่อมทางจิตเวช การใช้สารอื่นร่วม และการคุ้มครองความปลอดภัย

ขั้นตอน	รายละเอียด
1. ผู้รับบริการ	เด็ก/เยาวชนอายุ 10–24 ปี เข้ารับบริการ OPD, ER, IPD, คลินิกวัยรุ่น, คลินิกจิตเวช, คลินิกยาเสพติด, โรงเรียน/ชุมชน
2. สอบถาม/คัดกรอง	ถามการใช้บุหรี่ไฟฟ้า/นิโคตินทุกชนิด + คำถามสั้น 1–2 นาที + HVI/HSI ตามชนิดผลิตภัณฑ์
3. ประเมิน 5 มิติ	Pattern, Dependence, Readiness, Co-problems, Safety
4. จัดระดับสี	เขียว–เหลือง–ส้ม–แดง โดยใช้คะแนน HVI/HSI ร่วมกับสัญญาณอันตราย (red flags) และบริบทอายุ หากเข้าเกณฑ์หลายระดับให้ใช้ระดับที่สูงที่สุด
5. บำบัด	Prevention, brief advice, ACT/5A, MI, 5R, 4L, 5D, ครอบครัว, โรงเรียน, 1600, ยาเมื่อเหมาะสม
6. ติดตาม	สัปดาห์ที่ 1 และ 2, เดือนที่ 1, 2, 3 และ 6 และเดือนที่ 12 โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง (รายละเอียดในภาคผนวก 8)

แผนภูมิที่ 1 เส้นทางการดูแล

เส้นทางการดูแลเด็กและเยาวชนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าและผลิตภัณฑ์นิโคติน

ใช้กับผู้รับบริการอายุ 10–24 ปีทุกรายในทุกจุดบริการ • ถ้าเข้าเกณฑ์หลายระดับ ให้ใช้ระดับที่สูงที่สุด

ผู้รับบริการอายุ 10–24 ปีทุกราย • OPD • ER • IPD • คลินิกวัยรุ่น • คลินิกจิตเวช/ยาเสพติด • โรงเรียน/ชุมชน

1 คัดกรอง 1–2 นาที
ใน 90 วันที่ผ่านมา ใช้บุหรี่ไฟฟ้า พอต บุหรี่มวน หรือผลิตภัณฑ์นิโคตินอื่นหรือไม่

ไม่ใช่

สีเขียว

ให้ความรู้ข้อเท็จจริง เสริมทักษะปฏิเสธ
ป้องกันการเริ่ม/กลับไปใช้ซ้ำ ติดตามตาม
โอกาส

ใช่

2 มีสัญญาณอันตรายหรือไม่
หอบ เจ็บหน้าอก SpO2 <95% ชัก หมดสติ •
ความคิดฆ่าตัวตาย psychosis • ตั้งครรภ์ • ถูก
ทำร้าย/ไม่ปลอดภัย

มี

สีแดง

ฉุกเฉิน: ส่ง ER/รับไว้ทันที
เร่งด่วน: ส่งต่อเฉพาะทางภายใน 24–72
ชม.
1600 เป็นช่องทางเสริม ไม่แทนการส่งต่อ

ไม่มี

3 ประเมินให้ครบ

HVI / HSI อาการอยาก/อาการถอน ความพร้อม 0–10 สารอื่นร่วม (CRAFT) HEEADSSS
2Q / 9Q ครอบครัว/โรงเรียน มือสอง/มือสาม

4 จัดระดับการดูแล

สีเหลือง

ผู้ใช้ปัจจุบัน HVI 0–5 หรือ HSI 0–4
• Brief intervention (5A/ACT) + MI
• ยังไม่พร้อม → 5R
• พร้อม → 4 ล + 5D + วันเลิก
• นัดสัปดาห์ที่ 1–2

สีส้ม

HVI 6–10 / HSI 5–6 / ใช้หลายชนิด / กลับไปใช้ซ้ำ /
MNWS 10–18
• Intensive counseling (MI/CBT)
• ประเมินโรคร่วม สารร่วม และการใช้ยา
• ส่งต่อเฉพาะทาง นัดภายใน 1 สัปดาห์

5 ติดตาม 7 ครั้ง
สัปดาห์ที่ 1, 2 • เดือนที่ 1, 2, 3, 6, 12
เชื่อมครอบครัว/โรงเรียน และ 1600 หรือช่อง
ทางดิจิทัล

▶

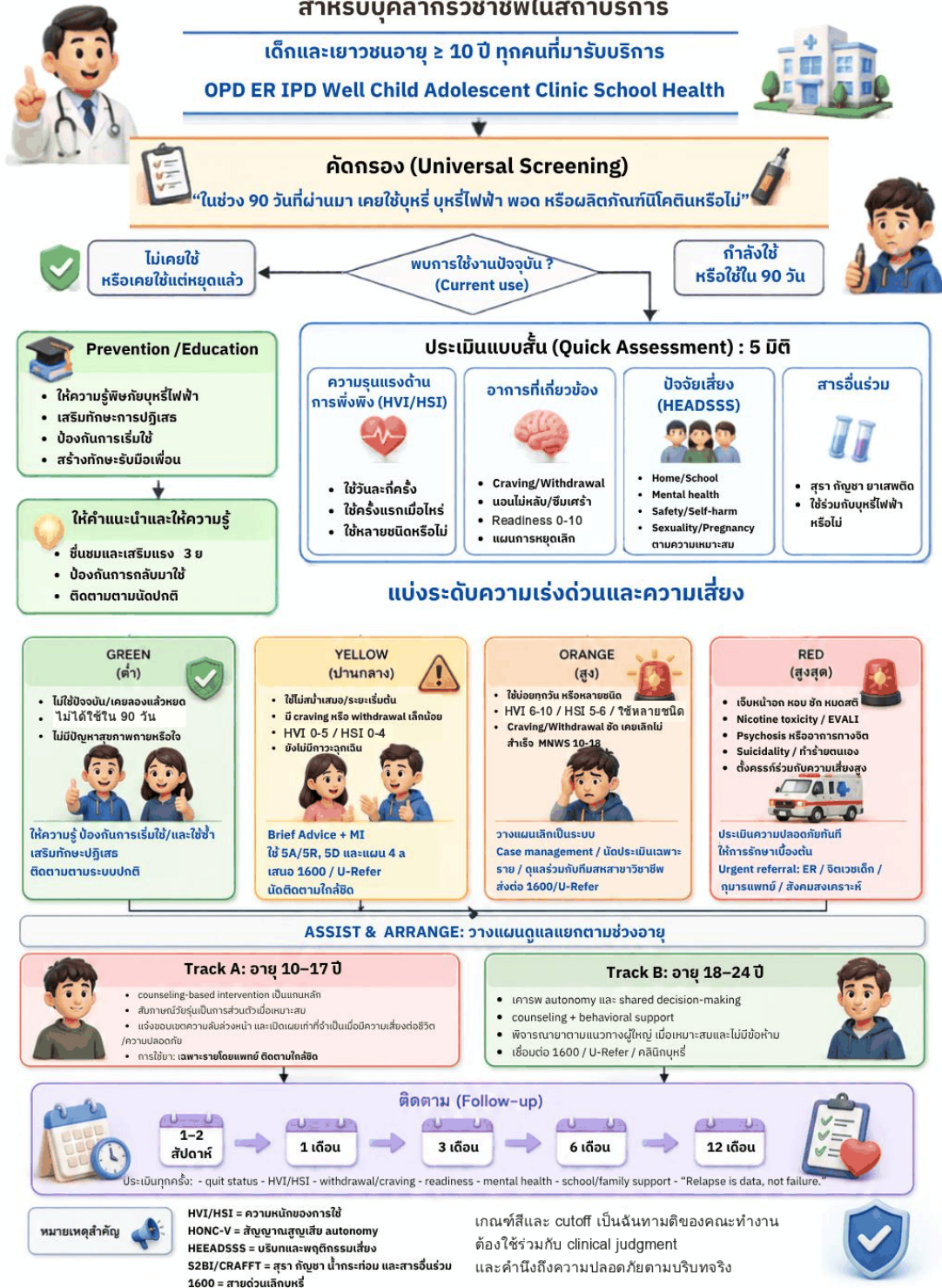
กลับไปใช้ซ้ำ / หลุดติดตาม
ประเมินใหม่ ทบทวนอุปสรรค และยกระดับ
การดูแล (กลับไปขั้นที่ 3)

อายุ 10–17 ปี
ครอบครัว • ความลับ • ความปลอดภัย • โรงเรียน •
การคุ้มครองเด็ก • ยาเฉพาะรายโดยแพทย์เฉพาะทาง

อายุ 18–24 ปี
ตัดสินใจร่วมกับผู้รับบริการ • พิจารณายาตามแนวทาง
ผู้ใหญ่เมื่อไม่มีข้อห้าม • อายุ 18–19 ปียังเป็นผู้เยาว์
ตามกฎหมาย

ภาพประกอบ: แนวทางคัดกรองและดูแลเด็กและเยาวชนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า

แนวทางคัดกรองและดูแลเด็กและเยาวชนที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า 10-24 ปี สำหรับบุคลากรวิชาชีพในสถานบริการ



หลักการสำคัญ

- ไม่ตีตราเด็กและครอบครัว: ใช้ภาษาช่วยเหลือ ไม่ใช่จับผิด
- ใช้คะแนนเป็นเครื่องมือช่วยจัดระดับบริการ ไม่ใช่เครื่องมือวินิจฉัยเดี่ยว
- ถ้ามี สัญญาณอันตราย (red flags) ทางกายหรือจิตเวช ให้ยกระดับเป็น “แดง” แม้คะแนน HVI/HSI จะไม่สูง
- กลุ่มอายุ 10–17 ปีต้องเน้นพัฒนาการ ครอบครัว โรงเรียน ความลับ และความปลอดภัย
- กลุ่มอายุ 18–24 ปี ใช้แนวทาง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (young adult) และพิจารณาการใช้ยาตามข้อบ่งชี้ได้มากขึ้น ทั้งนี้ผู้อายุต่ำกว่า 20 ปียังเป็นผู้เยาว์ตามกฎหมาย
- เด็กและเยาวชนควรได้รับการคุ้มครองจากควันบุหรี่มือสอง ละอองจากบุหรี่ไฟฟ้ามือสอง และสารตกค้างมือสาม โดยเฉพาะในบ้าน รถ โรงเรียน และสถานบริการสุขภาพ
- บ้าน รถ โรงเรียน ชุมชน และสถานบริการ ควรเป็นพื้นที่ปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า 100% เพื่อป้องกันการเริ่มใช้ การกลับไปใช้ซ้ำ และการสัมผัสจากสิ่งแวดล้อม
- บุคลากรสุขภาพ ผู้ปกครอง ครอบครัว และผู้ใหญ่ใกล้ชิด ควรเป็นแบบอย่างที่ดี ประเมินการสัมผัสมือสอง/มือสาม และช่วยเชื่อมต่อผู้ใช้เข้าสู่บริการช่วยเหลือตามความเหมาะสม

2. การคัดกรอง สอบถาม และจัดระดับความเสี่ยงแบบผู้ป่วยนอก

เริ่มจากถามประวัติการใช้บุหรี่ไฟฟ้า/ผลิตภัณฑ์นิโคตินในผู้รับบริการอายุ 10–24 ปี ทุกราย โดยไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่มาด้วยปัญหาสูบบุหรี่ เพราะผู้ป่วยอาจมาด้วยนอนไม่หลับ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ วิตกกังวล หอบ เจ็บหน้าอก หรือปัญหาครอบครัว/โรงเรียน

ผลคัดกรองเบื้องต้น	การดำเนินการ
ไม่เคยใช้/เคยใช้แต่เลิกแล้ว	การป้องกัน / การป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ (Prevention / Relapse prevention), ให้ความรู้สั้น, เสริมทักษะปฏิเสธ, ติดตามตามโอกาส
ใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างเดียว	ใช้ HVI เป็นเครื่องมือหลัก + ประเมิน withdrawal, readiness, ไรคร่วม
ใช้บุหรี่มวนร่วมด้วย	ประเมิน HVI และ HSI แยกตามชนิดผลิตภัณฑ์ โดยไม่นำคะแนนมารวมกัน การใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินร่วม/หลายชนิด (dual/multiple use) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ให้อัตราการดูแลขึ้นหนึ่งระดับจากระดับตามคะแนน (อย่างน้อยสี่เหลือง) แต่ไม่ใช่เกณฑ์วินิจฉัยความรุนแรงของภาวะติดนิโคติน หากมีสัญญาณอันตราย (red flags) ให้จัดเป็นสีแดง
ใช้สารอื่นร่วม	ประเมิน HEEADSSS/CRAFFT, substance use, จิตเวช, ความปลอดภัยและส่งต่อตามข้อบ่งชี้
มีอาการทางกาย/จิตเวชรุนแรง	จัดระดับแดงทันทีและส่งต่อ/ประเมินฉุกเฉิน

คำถามคัดกรองสั้น 1–2 นาที

- ใน 90 วันที่ผ่านมา เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้า พอด (pod) เวป (vape) บุหรี่มวน หรือผลิตภัณฑ์นิโคตินอื่นหรือไม่ และใช้กี่วันใน 90 วัน (ในช่วง 90 วันเพราะครอบคลุมระยะที่อาจเกิดภาวะปอดบาดเจ็บจากบุหรี่ไฟฟ้า [EVALI])
- ใช้กี่ครั้ง/ช่วงการใช้ (session) ต่อวัน (นับ 1 ครั้ง/ช่วงการใช้ $\approx$ สูบประมาณ 15 ครั้ง [puff] หรือใช้ช่วงเวลาสูบประมาณ 10 นาที)
- ใช้ผลิตภัณฑ์ชนิดใด ความเข้มข้นนิโคตินเท่าใด (เช่น nicotine salt, มก./มล.) และเคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่มีสาร THC/กัญชาหรือไม่

- ใช้ครั้งแรกหลังตื่นนอนภายในกึ่งนาทีก่อน
- เวลาไม่ได้ใช้ มือยากสูบ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ นอนไม่หลับ หรือกังวลไหม
- เคยพยายามเลิกไหม เลิกได้นานเท่าไร
- ใช้ร่วมกับบุหรี่มวน กัญชา แอลกอฮอล์ หรือสารอื่นไหม
- ตอนนี้อายากเลิกแค่ไหน 0-10 คะแนน
- มีอาการทางกายที่ต้องระวังไหม เช่น ไอ หอบ เจ็บหน้าอก ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น หมดสติ ชัก
- คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายด้วยแบบคัดกรองมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต (2Q หากผลบวกให้ประเมินต่อด้วย 9Q และ 8Q หรือฉบับสำหรับวัยรุ่นที่ทดสอบในประเทศไทยแล้ว) และสอบถามการตั้งครรภ์ ความเสี่ยงด้านครอบครัว/โรงเรียน โดยถามเรื่องที่อ่อนไหว ภายใต้การสมัครใจให้ข้อมูลของเด็กและเยาวชน

Workflow การคัดกรองและประเมินเบื้องต้นแบบผู้ป่วยนอก

ผู้รับบริการอายุ 10-24 ปี → คัดกรองสั้น 1-2 นาที → ถ้าไม่ใช้/เลิกแล้ว ให้ prevention หรือ relapse prevention ตามบริบท → ถ้าใช้ปัจจุบันหรือใช้ล่าสุด ให้ประเมิน HVI/HSI, readiness/stage of change, co-use/co-problems, บริบทครอบครัว

บริบทครอบครัว/โรงเรียน และสัญญาณอันตราย → หากมี red flags ให้ส่งต่อ/ประเมินเร่งด่วน → หากไม่มี red flags ให้จัดระดับเขียว-เหลือง-ส้ม-แดง และเข้าสู่แผนการบำบัดในหัวข้อ 5-9

3. เกณฑ์คะแนน HVI/HSI และการแปลผล

3.1 ดัชนีความรุนแรงของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (Heaviness of Vaping Index; HVI)

ใช้ประเมินความหนักของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (heaviness) โดยให้คะแนน 2 ข้อ คือ จำนวนครั้ง/session ต่อวัน และเวลาที่ใช้ครั้งแรกหลังตื่นนอน ทั้งสองข้อและคะแนนรายข้อนำมาจาก Penn State Electronic Cigarette Dependence Index (Foulds และคณะ, 2015) โดย 1 ครั้ง/session หมายถึงการสูบประมาณ 15 puff หรือประมาณ 10 นาที ข้อจำกัด: วัยรุ่นจำนวนมากสูบพอตเป็นระยะตลอดวัน (grazing) ทำให้นับเป็นครั้งได้ยาก ควรถามจำนวนวันที่ใช้ใน 90 วัน และอาการอยาก/อาการถอนประกอบ

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
จำนวนครั้ง/session ต่อวัน	30 ครั้งขึ้นไป/วัน	5
	20–29 ครั้ง/วัน	4
	15–19 ครั้ง/วัน	3
	10–14 ครั้ง/วัน	2
	5–9 ครั้ง/วัน	1
	0–4 ครั้ง/วัน	0
เวลาใช้ครั้งแรกหลังตื่นนอน	ภายใน 5 นาที	5
	6–15 นาที	4
	16–30 นาที	3
	31–60 นาที	2
	61–120 นาที	1
	มากกว่า 120 นาที	0

การแปลผล HVI: 0-2 = ความหนักของการใช้ระดับต่ำ, 3-5 = ระดับปานกลาง, 6-10 = ระดับสูง (จุดตัดนี้เป็นเกณฑ์ตามฉันทามติของคณะทำงาน ยังไม่มีการศึกษาความถูกต้องในวัยรุ่นไทย ส่วนการวินิจฉัยภาวะติดยาโคตินให้ใช้เกณฑ์ในหัวข้อ 3.4)

3.2 ดัชนีความรุนแรงของการสูบบุหรี่มวน (Heaviness of Smoking Index; HSI)

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
จำนวนบุหรี่มวนต่อวัน	0-10 มวน/วัน	0
	11-20 มวน/วัน	1
	21-30 มวน/วัน	2
	>30 มวน/วัน	3
เวลาสูบบุหรี่แรกหลังตื่นนอน	>60 นาที	0
	31-60 นาที	1
	6-30 นาที	2
	ภายใน 5 นาที	3

การแปลผล HSI: 0-2 = ความหนักของการสูบบุหรี่ระดับต่ำ, 3-4 = ระดับปานกลาง, 5-6 = ระดับสูง (คะแนนรายข้อตาม Heatherton และคณะ, 1989 ส่วนจุดตัดเป็นเกณฑ์ตามฉันทามติของคณะทำงาน) วัยรุ่นมักสูบบุหรี่จำนวนมวนต่อวันน้อย HSI จึงอาจประเมินภาวะติดต่ำกว่าความเป็นจริง

กรณีใช้บุหรี่มวนร่วมด้วย ให้ประเมิน HVI และ HSI แยกตามชนิดผลิตภัณฑ์ โดยไม่นำคะแนนมารวมกัน การใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินหลายชนิดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ให้อัตราการดูแลขึ้นหนึ่งระดับ (อย่างน้อยสี่เหลี่ยม) แต่ไม่ใช่เกณฑ์วินิจฉัยความรุนแรงของภาวะติด

3.3 การใช้คะแนนร่วมกับ ดุลยพินิจทางคลินิก (clinical judgment)

- หากคะแนนต่ำแต่มีสัญญาณอันตราย (red flags) ทางกายหรือจิตเวช ให้จัดระดับแดง
- หากใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินหลายชนิด เช่น บุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับบุหรี่มวน ให้ยกระดับการดูแลขึ้นหนึ่งระดับจากระดับตามคะแนน (อย่างน้อยสี่เหลี่ยม)

- หากอายุ 10–14 ปีและใช้ประจำ ควรระดับความเสี่ยงเพราะเป็นกลุ่มพัฒนาการเปราะบาง และต้องประเมินครอบครัว/โรงเรียน
- หากเลิกเองไม่ได้ซ้ำ หรือกลับไปใช้ซ้ำหลังให้คำปรึกษา ควรประเมินสาเหตุ อุปสรรค และพิจารณากระดับ

3.4 การวินิจฉัยและการลงรหัส

- คะแนน HVI/HSI ใช้วัดความหนักของการใช้ (heaviness) ไม่ใช่เกณฑ์วินิจฉัย การวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน ให้ใช้เกณฑ์ Tobacco Use Disorder ของ DSM-5-TR (11 เกณฑ์ภายใน 12 เดือน: 2–3 เกณฑ์ = mild, 4–5 เกณฑ์ = moderate, ตั้งแต่ 6 เกณฑ์ = severe) หรือเกณฑ์ภาวะติด (dependence syndrome) ของ ICD-10
- รหัส ICD-10 ที่เกี่ยวข้อง: F17.2 ภาวะติดนิโคติน/ยาสูบ, Z72.0 การใช้ยาสูบที่ยังไม่เข้าเกณฑ์ภาวะติด, U 07.0 ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (รวม EVALI) ให้ตรวจสอบรหัสย่อยตาม ICD-10-TM ฉบับที่สถานบริการใช้อยู่

4. ตารางแยกระดับความรุนแรง เขียว-เหลือง-ส้ม-แดง

พร้อมคะแนนและแนวทางดูแล

ระดับ	เกณฑ์คะแนน/ เงื่อนไข	เป้าหมาย	แนวทางดูแลหลัก	การส่งต่อ/ ติดตาม
เขียว	ไม่เคยใช้ / เคยลองแต่ไม่ได้ใช้ใน 90 วันที่ผ่านมา / เคยใช้แต่เลิกแล้ว และไม่มีสัญญาณอันตราย (red flags)	ป้องกันการเริ่มใช้ และ ป้องกันกลับ ไปใช้ซ้ำ	• การป้องกัน/การป้องกันการ กลับไป ใช้ซ้ำ (Prevention / Relapse prevention) • Brief advice 1–3 นาที ให้ความรู้ myth/fact • เสริมทักษะปฏิเสธ เพื่อน ครอบครัว ช่วยลดการเข้าถึง อุปกรณ์	ติดตามตามโอกาส แนะนำช่องทาง ช่วยเหลือ/ติดตามตาม บริบท (เช่น 1600) เมื่ออยากปรึกษาเพิ่มเติม
เหลือง	ผู้ใช้ปัจจุบัน (ใช้ใน 90 วันที่ผ่านมา) ที่ HVI 0–5 หรือ HSI 0–4 อาจมี craving ไม่มีสัญญาณอันตราย (red flags) และไม่เข้าเกณฑ์สีส้มหรือ สีแดง	ช่วยลด/เลิก ก่อนติดรุนแรง	5A / ACT MI / brief CBT ถ้ายังไม่พร้อมใช้ 5R ถ้าพร้อมใช้ 4 ล + quit date สอน 5D รับมือ craving	นัดติดตาม 1–2 สัปดาห์ เชื่อมระบบช่วยเหลือ/ ติดตามในชั้น Assist/Arrange (เช่น 1600) ประเมินครอบครัว/ โรงเรียน

ระดับ	เกณฑ์คะแนน/ เงื่อนไข	เป้าหมาย	แนวทางดูแลหลัก	การส่งต่อ/ ติดตาม
ส้ม	HVI 6–10 หรือ HSI 5–6 หรือ ใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินหลายชนิดร่วมกัน (dual/multiple use) ซึ่งให้ยกระดับขึ้นหนึ่งระดับจากระดับตามคะแนน หรือเลิกเองไม่ได้ซ้ำ/กลับไปใช้ซ้ำหรือ MNWS 10–18	ดูแลเข้มข้น และป้องกัน กลายเป็น แดง	• การให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น (Intensive counseling) • ประเมินโรคร่วมและ substance use • แพทย์/คลินิกเลิกบุหรี่ประเมินยา • 10–17 ปี: ผู้เชี่ยวชาญเด็ก/วัยรุ่นพิจารณารายกรณี • 18–24 ปี: พิจารณา NRT/ ยาตามข้อบ่งชี้	ติดตามใกล้ชิด ภายใน 1 สัปดาห์ ส่งต่อคลินิกเลิก บุหรี่/ยาเสพติด/ จิตเวช ตามข้อบ่งชี้ 1600 เป็นส่วนบูรณาการเสริมเพิ่มเติมบริการ ในสถานพยาบาล
แดง	แดง-ฉุกเฉิน (ส่ง ER/รับไว้ทันที ไม่ขึ้นกับคะแนน): หอบ เจ็บหน้าอก SpO2 <95% สงสัย EVALI ใจสั่น หมดสติ ชัก สงสัยพิษนิโคติน มีความคิดหรือแผนฆ่าตัวตาย/ทำร้าย ผู้อื่น หรือ psychosis แดง-เร่งด่วน (ส่งต่อเฉพาะทางภายใน 24–72 ชั่วโมง): ตั้งครรภ์ ทำร้ายตนเอง โดยไม่มีอันตรายเฉียบพลัน ใช้สารอื่นร่วมรุนแรง MNWS 19–28 อายุ 10–14 ปี ใช้ประจําร่วมกับปัญหาความ ปลอดภัย	ลดอันตราย และรักษา เร่งด่วน	• ประเมินทางกาย/ จิตเวชทันที • จัดการอาการฉุกเฉิน • การจัดการรายกรณี (Case management) ครอบครัว/ระบบคุ้ม ครองเด็ก/โรงเรียนเมื่อจำเป็น • การจัดการอาการถอนนิโคตินตามความจำเป็น (อาการถอนไม่เป็นอันตรายถึงชีวิตและไม่ใช้เหตุฉุกเฉิน)	ฉุกเฉิน: ส่ง ER ทันที เร่งด่วน: ส่งแพทย์/จิตแพทย์/ค linikyasepedit/suti (กรณีตั้งครรภ์) ภายใน 24–72 ชั่วโมง ติดตามจนปลอดภัย ระบบช่วยเหลือทางโทร ศัพท/ ออนไลน์ (เช่น 1600) เป็นตัวเสริม ไม่แทนการส่งต่อทางค liniky

แผนภูมิที่ 2 การจัดระดับสีและแนวทางดูแล

การจัดระดับสีและแนวทางดูแล

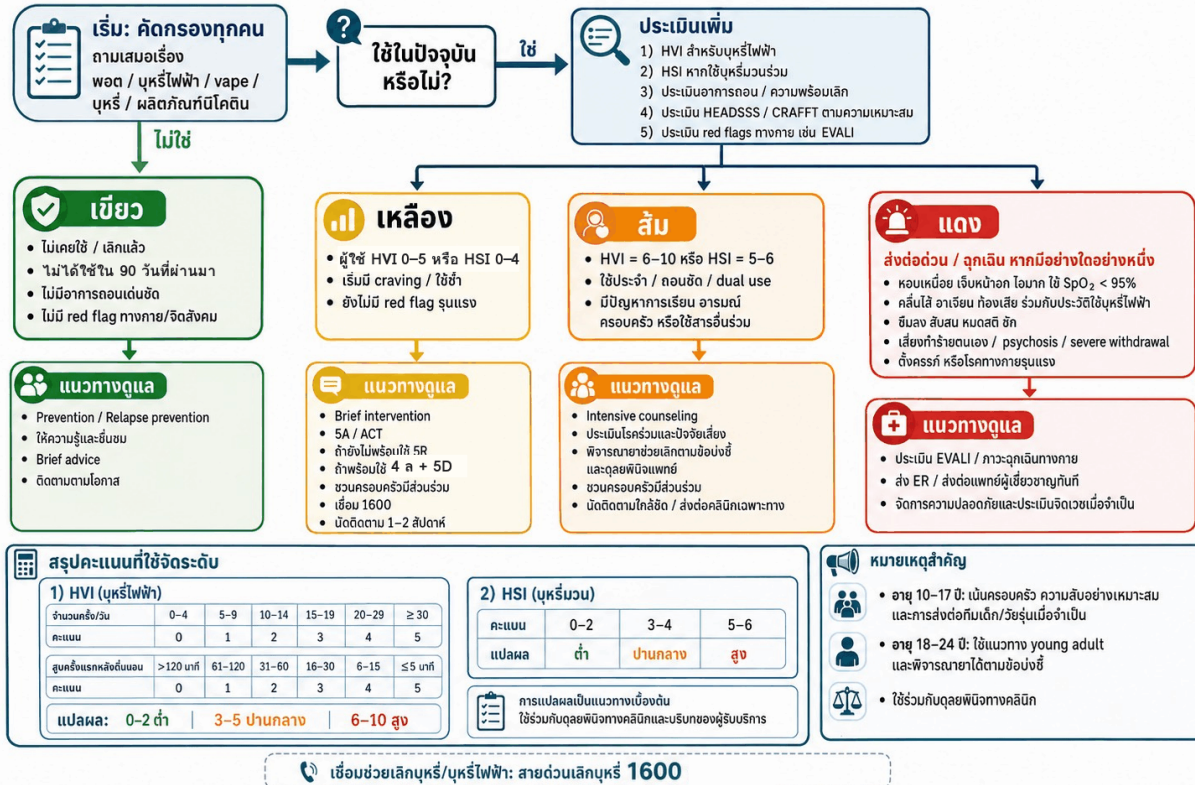
คะแนน HVI/HSI ใช้จัดระดับบริการ ไม่ใช่เกณฑ์วินิจฉัย • มีสัญญาณอันตรายเมื่อใดเป็นสีแดงทันที • ใช้หลายชนิด ให้ยกขึ้นหนึ่งระดับ

เขียว	เกณฑ์ ไม่เคยใช้ / เคยลองแต่ไม่ได้ ใช้ใน 90 วัน / เลิกแล้ว และ ไม่มีสัญญาณอันตราย	การดูแล ให้ความรู้ข้อเท็จจริง เสริมทักษะ ปฏิเสธ ป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ ชื่นชมผู้ที่เลิกได้	ติดตาม/ส่งต่อ ติดตามตามโอกาส
เหลือง	เกณฑ์ ผู้ใช้ปัจจุบัน HVI 0–5 หรือ HSI 0–4 ไม่มีสัญญาณ อันตราย ไม่เข้าเกณฑ์ส้ม	การดูแล Brief intervention (5A/ACT) + MI ยังไม่พร้อม → 5R พร้อม → 4 ล + 5D + วันเลิก แนะนำครอบครัว/โรงเรียน	ติดตาม/ส่งต่อ นัดสัปดาห์ที่ 1–2 1600 หรือช่องทางดิจิทัล
ส้ม	เกณฑ์ HVI 6–10 หรือ HSI 5–6 หรือใช้หลายชนิด (ยกกระดับ) หรือเลิกเองไม่ได้ซ้ำ/กลับไปใช้ ซ้ำ หรือ MNWS 10–18	การดูแล Intensive counseling (MI/CBT) ประเมินครอบครัวและสารร่วม ประเมินการใช้ยา	ติดตาม/ส่งต่อ นัดภายใน 1 สัปดาห์ คลินิกเลิกบุหรี่/ยาเสพติด/จิตเวช
แดง เร่งด่วน	เกณฑ์ ตั้งครุฑ • ทำร้ายตนเองที่ไม่มี อันตรายเฉียบพลัน • สารอื่น ร่วมรุนแรง • MNWS 19–28 • อายุ 10–14 ปีใช้ประจำร่วมกับ ปัญหาความปลอดภัย	การดูแล การจัดการรายกรณี ครอบครัว ระบบคุ้มครองเด็ก/โรงเรียนเมื่อ จำเป็น	ติดตาม/ส่งต่อ ส่งต่อเฉพาะทางภายใน 24–72 ชม.
แดง ฉุกเฉิน	เกณฑ์ สัญญาณอันตรายทางกาย (สงสัย EVALI/พิษนิโคติน) หรือความคิด/แผนฆ่าตัวตาย ทำร้ายผู้อื่น psychosis	การดูแล ประเมินและรักษาทันที	ติดตาม/ส่งต่อ ส่ง ER/รับไว้ทันที

HVI: 0–2 ต่ำ • 3–5 ปานกลาง • 6–10 สูง | HSI: 0–2 ต่ำ • 3–4 ปานกลาง • 5–6 สูง | MNWS (0–28): 0–9 ต่ำ • 10–18 ปานกลาง • 19–28 รุนแรง

Flow PCG การดูแลเด็กและเยาวชนอายุ 10-24 ปี ที่ใช้/ติดบุหรี่ไฟฟ้า

คัดกรอง - ประเมินความรุนแรง - บำบัด - ส่งต่อ



แผนภูมิที่ 3 การบำบัดตามความพร้อมในการเลิก

การบำบัดตามความพร้อมในการเลิก

ถามความพร้อม 0–10 หรือประเมินระยะการเปลี่ยนแปลง แล้วเลือกเครื่องมือให้ตรงระยะ

ยังไม่คิดเลิก

5R + MI สร้างแรงจูงใจ นัดคุยซ้ำ

ลังเล

เตรียมพร้อม

ลงมือเลิก

คงพฤติกรรม

4 ล + 5D + วันเลิก ± ยา

ป้องกันกลับไปใช้ซ้ำ

ยังไม่พร้อม: 5R

Relevance

เชื่อมกับสิ่งที่สำคัญ
กับเขา

Risks

ความเสี่ยงอย่างพอดี
ไม่ขู่

Rewards

ประโยชน์ของการ
เลิก

Roadblocks

อุปสรรคและวิธีแก้

Repetition

พูดซ้ำทุกครั้งที่พบ

พร้อมเลิก: 4 ล

เลือกวัน

วันเลิกภายใน 1–2 สัปดาห์

ล้นวาจา

บอกคนที่ไว้ใจ

ลาอุปกรณ์

เอาพอด น้ายา ที่ซาร์จออก

รีบลงมือทำ

รับมือสิ่งกระตุ้นและอาการ
ถอน

เมื่ออยากสูบ: 5D (ความอยากมาเป็นคลื่นและจะผ่านไป)

Delay

รอ 5–10 นาที

Deep breath

หายใจลึกช้า ๆ

Drink water

ดื่มน้ำ

**Do something
else**

ทำอย่างอื่น

**Discussion/
Destination**

พูดคุย / นึกถึงเป้าหมาย

หัวใจของการคุย (MI: OARS)

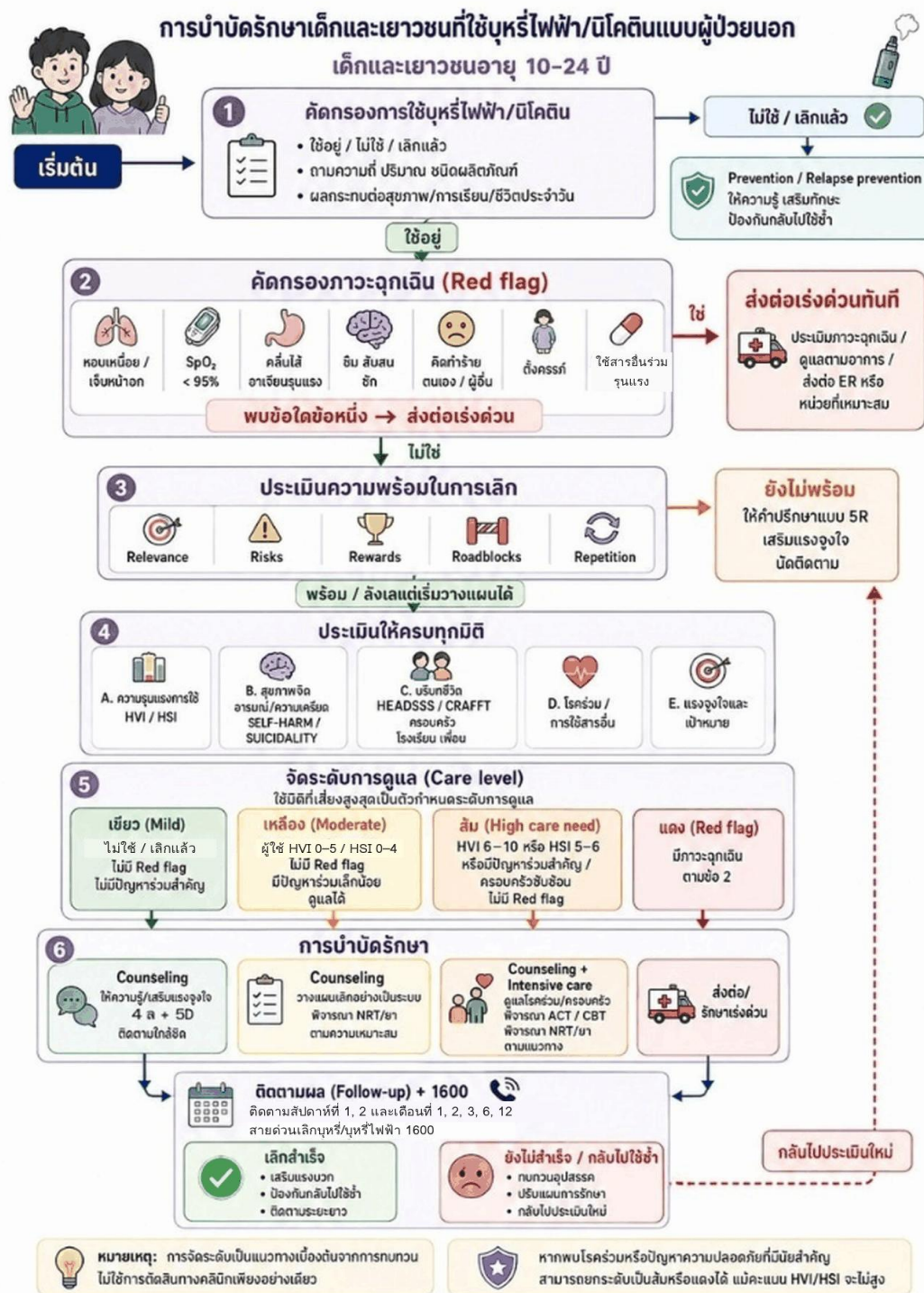
O ถามคำถามปลายเปิด

A ชื่นชมความพยายาม

R สะท้อนความรู้สึก

S สรุปและวางแผนร่วมกัน

ภาพประกอบ: การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก



หมายเหตุ: สำหรับการใช้งาน: ประเมินความพร้อมด้วย readiness 0-10 หรือ Stage of change และ ใช้ 5R เมื่อยังไม่พร้อม; หากพบ red flag ให้ส่งต่อเร่งด่วน ; การช่วยเลิกและการติดตามให้เชื่อมระบบบริการตามบริบท โดย 1600 เป็นหนึ่งในช่องทางสนับสนุน

Workflow การจัดระดับความรุนแรงและเลือกเส้นทางดูแล

ผลคัดกรอง → ประเมินคะแนน HVI/HSI แยกตามชนิดผลิตภัณฑ์ → ใช้ดุลยพินิจ ทางคลินิกร่วมกับอายุ
สารร่วม โรคร่วม ครอบครัวยุทธศาสตร์ และความปลอดภัย → จัดกลุ่ม เขียว/เหลือง/ ส้ม/แดง → เขียวเน้น
prevention/brief advice; เหลืองเน้น brief intervention และวางแผนเล็ก; ส้มเน้น intensive
counseling/พิจารณา/ส่งต่อเฉพาะทาง;แดงส่งต่อ เร่งด่วนหรือรับไว้ดูแลตามความจำเป็น

5. การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

เด็กและเยาวชนควรได้รับการประเมินความพร้อมในการเลิกก่อน หากยังไม่พร้อมใช้ 5 R หากพร้อมเลิกให้ประเมินระดับการติดยาโคเคนและเลือก counseling ± medication ตามระดับและช่วงอายุ

Workflow การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

คัดกรอง positive → ประเมิน readiness หรือ stage of change → ยังไม่พร้อม: ใช้ 5R/MI และนัดติดตาม → พร้อมเลิก: ใช้ 4 ล + 5D พร้อมเลือก brief หรือ intensive counseling ตามระดับความรุนแรง → ประเมินข้อบ่งชี้ใช้ยาแยกตามอายุและความเหมาะสม → เชื่อมครอบครัว/โรงเรียน/สิ่งแวดล้อมปลอดภัย → ติดตามสัปดาห์ที่ 1 และ 2, เดือนที่ 1, 2, 3, 6 และ 12 และยกระดับการดูแลหากกลับไปใช้ซ้ำหรือหลุดติดตาม

5.1 กรณียังไม่พร้อมเลิก: 5R

5R	เป้าหมาย	ตัวอย่างคำถาม
Relevance	เชื่อมกับสิ่งที่เด็กให้ความสำคัญ	บุหรี่ปั๊พเกี่ยวกับเรื่องเรียน กีฬา เงิน ความไว้วางใจจากพ่อแม่ หรือความสัมพันธ์อย่างไร
Risks	ดูความเสี่ยงอย่างพอดี ไม่ขู่เกินจริง	เรื่องไหนที่เรากังวลเกี่ยวกับตัวเองบ้าง เช่น สมาธิ นอนไม่หลับ หงุดหงิด
Rewards	เห็นประโยชน์ของการเลิก	ถ้าลดหรือเลิกได้ สิ่งแรกในชีวิตจะดีขึ้นคืออะไร
Roadblocks	หาอุปสรรคและร่วมแก้ปัญหา	อะไรทำให้เลิกยาก: เพื่อน ความเครียด หาซื้อง่าย หรือกลัวไม่เข้ากลุ่ม
Repetition	พูดซ้ำทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ	วันนี้ยังไม่ต้องตัดสินใจก็ได้ แต่เราจะกลับมาคุยเรื่องนี้ทุกครั้ง

5.2 กรณีพร้อมเลิก: 4 ล (เลือกวัน – ลั่นวาจา – ลาอุปกรณ์ – รีบลงมือทำ) + 5D

เครื่องมือ	รายละเอียด	หมายเหตุสำหรับเด็ก/เยาวชน
เลือกวัน	กำหนดวันเลิกภายใน 1–2 สัปดาห์	เลือกวันที่ไม่ใกล้สอบ/สถานการณ์เครียดมาก

เครื่องมือ	รายละเอียด	หมายเหตุสำหรับเด็ก/เยาวชน
ล้นวาจา	บอกคนที่ไวใจ ขอแรงสนับสนุน	เลือกผู้ใหญ่/เพื่อนที่ปลอดภัย ไม่ตีตรา
ลาอุปกรณ์	นำ pod น้ำยา charger และ disposable vape ผลิตภัณฑ์อื่นที่เกี่ยวข้องกับการสูบออกจากการเข้าถึงเก็บหรือกำจัดอย่างเหมาะสม	วางแผนร่วมกับครอบครัว/ผู้ดูแลตามบริบท เพื่อลดการเข้าถึง โดยไม่ใช้การลงโทษจนเด็กปิดใจ
รับลงมือทำ	วางแผนรับมือ trigger และ withdrawal	เตรียม 5D และกิจกรรมทดแทน
5D	Delay, Deep breath, Drink water, Do something else, Discussion/Destination (พูดคุยกับคนที่ไวใจ/นึกถึงเป้าหมายและเหตุผลที่เลิก)	ใช้เป็นแผนฉุกเฉินเมื่อ craving มาเป็นคลื่น

5.3 ระดับการให้คำปรึกษา

- การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief intervention) 1–3 นาที: ใช้ในกลุ่มเขียว/เหลืองต้น เน้น 5A (หรือ ACT ในบริการเด็ก) เบื้องต้น
- การให้คำปรึกษาแบบเข้มข้น (Intensive counseling): ใช้ในกลุ่มเหลือง-ส้ม เน้น MI/CBT, trigger management, relapse prevention, family work
- การให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family education): สำคัญในอายุ 10–17 ปี เน้นฟังอย่างไม่ตีตรา ลดการเข้าถึงอุปกรณ์ สังเกต withdrawal และร่วมติดตาม
- การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์/อินเทอร์เน็ต (Telephone/internet counseling): ใช้ช่องทางของหน่วยบริการหรือเครือข่าย (เช่น สายเลิกบุหรี่ 1600) ในขั้น Assist/Arrange และการติดตามต่อเนื่อง
- การช่วยเลิกผ่านข้อความหรือช่องทางดิจิทัล (text-message/digital intervention): มีหลักฐานจากการทดลองแบบสุ่มว่าช่วยให้วัยรุ่นอายุ 13–17 ปีและผู้ใหญ่ตอนต้นที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเลิกได้มากขึ้น ให้ใช้เสริมการให้คำปรึกษาเมื่อหน่วยบริการหรือเครือข่ายมีช่องทาง

Workflow การให้คำปรึกษา

- กลุ่มเขียว/เหลืองต้น: Brief intervention 1–3 นาที ใช้ 5A หรือ ACT และให้ข้อมูลเรื่องอันตราย การป้องกัน และการตั้งเป้าหมายเบื้องต้น
- กลุ่มเหลือง-ส้ม หรือผู้ที่มีอุปสรรค/กลับไปใช้ซ้ำ: Intensive counseling ใช้ MI/CBT, trigger management, relapse prevention, family work และ coping plan
- ทุกระดับ: ประเมินความปลอดภัย อารมณ์/โรคร่วม การใช้สารร่วม การสัมผัสมือสอง/มือสาม และความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแลควบคู่กัน

5.4 หลักการเบื้องต้นในการใช้ยาในผู้ป่วย

- ยาเป็นการรักษาเสริม (adjunct) ต่อการบำบัดเชิงพฤติกรรม (behavioral support) ไม่ใช่การรักษาเดี่ยว
- กลุ่ม 10–17 ปี: ไม่พิจารณาให้ยาเป็นแนวทางการรักษาลำดับแรก; ให้แพทย์ / ผู้เชี่ยวชาญ พิจารณารายกรณีเมื่อมีภาวะติดนิโคตินสูง การให้คำปรึกษาไม่สำเร็จ หรือมีความเสี่ยงสูง
- กลุ่ม 18–24 ปี: พิจารณา NRT, varenicline, bupropion หรือ cytisine ตามข้อบ่งชี้ ข้อห้าม และความพร้อมในการติดตาม สำหรับผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า การทดลองแบบสุ่มในผู้อายุ 16–25 ปีพบว่า varenicline ร่วมกับการให้คำปรึกษาและข้อความสนับสนุน เพิ่มอัตราหยุดใช้ต่อเนื่องในสัปดาห์ที่ 9–12 เป็นร้อยละ 51 เทียบกับยาหลอกร้อยละ 14 (Evins และคณะ, 2025)
- ข้อควรระวังด้านหลักฐาน: ในวัยรุ่นที่สูบบุหรี่มวน การทดลองแบบสุ่มไม่พบว่า varenicline ช่วยให้อาการหนักกว่ายาหลอก (Gray และคณะ, 2019) และ USPSTF (2020) สรุปว่าหลักฐานยังไม่เพียงพอ สำหรับการช่วยเลิกในเด็กและวัยรุ่น การใช้ยาในผู้อายุต่ำกว่า 18 ปีจึงเป็นการพิจารณารายกรณีโดยแพทย์
- เฉพาะทาง และอาจเป็นการใช้ออกข้อบ่งชี้ตามทะเบียนยา
- bupropion เป็นยาต้านเศร้า ในผู้อายุต่ำกว่า 25 ปีต้องเฝ้าระวังอารมณ์และความคิดฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะช่วงเริ่มยาและปรับขนาดยา
- หาก mild/moderate แล้วให้คำปรึกษาไม่สำเร็จหรือกลับไปใช้ซ้ำ ให้ทบทวนอุปสรรค และพิจารณาระดับการรักษา / ประเมินยาตามข้อบ่งชี้

แผนภูมิที่ 4 การพิจารณาใช้ยาตามช่วงอายุ

การพิจารณาใช้ยาตามช่วงอายุ

ยาเป็นการรักษาเสริมการบำบัดเชิงพฤติกรรมเสมอ ไม่ใช้การรักษาเดี่ยว

อายุ 10–17 ปี

1. เริ่มด้วยการให้คำปรึกษา ครอบครัว และช่องทางดิจิทัล
2. ยังติดขัดจน ให้คำปรึกษาแล้วไม่สำเร็จ หรือเสี่ยงสูง
3. ส่งแพทย์เฉพาะทางพิจารณารายกรณี
4. ต้องมี assent และความยินยอมของผู้ปกครอง

ข้อควรรู้

- หลักฐานการใช้ยาในวัยรุ่นยังจำกัด (USPSTF: หลักฐานไม่เพียงพอ)
- อาจเป็นการใช้นอกข้อบ่งชี้ตามทะเบียนยา

อายุ 18–24 ปี

1. ให้คำปรึกษาทุกราย
2. ติดนิโคตินและพรีมเล็ก → พิจารณายาตามแนวทางผู้ใหญ่
3. เลือกยาตามข้อห้ามและความพร้อมในการติดตาม

ตัวเลือก

NRT patch + gum/lozenge

Varenicline

Bupropion SR

Cytisine

หลักฐานในผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าอายุ 16–25 ปี

Varenicline + การให้คำปรึกษา: หยุดใช้ต่อเนื่อง สัปดาห์ 9–12 ร้อยละ 51 เทียบกับยาหลอกร้อยละ 14

ความปลอดภัยที่ต้องจำ

- Bupropion: ห้ามในโรคลมชัก anorexia/bulimia หยุดสุรา/benzodiazepine กระแทกหัวใจ ใช้ MAOI ใน 14 วัน • อายุต่ำกว่า 25 ปี ฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย
- Nortriptyline: ใช้เกินขนาดอาจเสียชีวิต หลีกเลี่ยงในผู้เสี่ยงฆ่าตัวตาย ไม่แนะนำในวัยรุ่น
- ติดตามอารมณ์ การนอน และผลข้างเคียงทุกชนิด

5.5 การบูรณาการส่งต่อศูนย์บริการช่วยเหลือทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600

ในเส้นทางการดูแล (pathway)

ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600 เป็นช่องทางเสริมของสถานบริการในขั้นช่วยเหลือและนัดติดตาม (Assist/Arrange) และการติดตามต่อเนื่อง (follow-up support) การส่งต่อต้องได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการ และจากผู้แทนโดยชอบธรรมในกรณีผู้เยาว์ ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 โดยส่งเฉพาะข้อมูลที่จำเป็น เช่น ชื่อ เบอร์โทรศัพท์ และเวลาที่สะดวกให้โทรกลับ ในกลุ่มสีแดง 1600 เป็นช่องทางเสริม ไม่ใช่แทนการส่งต่อทางคลินิก

Workflow การส่งต่อและการติดตามต่อเนื่อง

หน่วยบริการหลักประเมินและเริ่มแผนดูแล → ขอความยินยอมผู้ป่วย/ผู้ปกครองตามบริบท → เลือกจุดรับต่อที่เหมาะสม (คลินิกเลิกบุหรี่/วัยรุ่น/จิตเวชเด็กและวัยรุ่น/จิตเวช/ยาเสพติด/

อายุกรรม/สังคมสงเคราะห์/เครือข่าย 1600) → ส่งข้อมูลสำคัญเท่าที่จำเป็น →

ยืนยันการรับต่อและนัดหมาย → ติดตามผลและรับ feedback กลับเข้าสู่แผนการดูแลแบบ closed-loop referral

5.6 การจัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อป้องกันเด็กและเยาวชน

เด็กและเยาวชนควรได้รับการคุ้มครองจากควันบุหรี่ ละอองจากบุหรี่ไฟฟ้าและสารตกค้างจากการใช้ผลิตภัณฑ์นิโคติน ในสิ่งแวดล้อม โดยบูรณาการบทบาทของสถานบริการ เจ้าหน้าที่ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชนร่วมกัน



- สถานบริการสุขภาพเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมดตามกฎหมาย และควรประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่ไฟฟ้าอย่างชัดเจน มีป้ายสื่อสารที่เข้าใจง่าย และมีระบบคัดกรอง-ให้คำปรึกษา-ส่งต่อสำหรับผู้ป่วย และผู้ดูแลที่ใช้ผลิตภัณฑ์นิโคติน
- เจ้าหน้าที่ทุกวิชาชีพควรเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ สอบถามการสัมผัสควัน/ละอองจากคน รอบข้าง ประเมินการสัมผัสมือสองและมือสาม และให้ brief advice ได้อย่างเหมาะสม

- ครอบครัวและผู้ดูแลควรทำบ้านและรถให้ปลอดบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า 100% ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน ไม่สูบบุหรี่ในรถ และไม่ใช้แนวคิดเปิดหน้าต่างหรือสูบบุหรี่ในห้องหนึ่งแทนการทำพื้นที่ให้ปลอดทั้งหมด
- ควรให้ความรู้เรื่องสารตกค้างมือสามบนเสื้อผ้า ผิวน้ำ ผงแป้ง เพอร์นิเจอร์ เบาะรถ และพื้นผิวต่าง ๆ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก เด็กที่มีโรคทางเดินหายใจ หญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง
- ควรลดการเข้าถึงบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า พอต น้ำยา และอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งเงินหรือช่องทางการซื้อ โดยเก็บให้พ้นมือเด็กและเยาวชนเสมอ
- หากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลใช้ผลิตภัณฑ์นิโคติน ควรเชื่อมเข้าสู่บริการช่วยเหลือ ของหน่วยบริการ หรือเครือข่าย เพื่อคุ้มครองเด็กและช่วยลดการใช้ในระดับครอบครัว
- บุคลากรทุกคนต้องงดสูบบุหรี่ในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมดตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และต้องงดใช้บุหรี่ไฟฟ้าตามนโยบายสถานบริการ รวมทั้งควรงดในบริเวณที่เด็กมองเห็นหรือสัมผัสได้ และหลีกเลี่ยงการนำกลิ่น ควัน ละออง หรือสารตกค้างจากการใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินเข้าสู่พื้นที่ดูแลเด็ก
- สถานบริการควรมีนโยบายสนับสนุนบุคลากรที่ใช้บุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าให้เข้าถึงบริการช่วยเหลือโดยไม่ตีตรา เพื่อสร้างวัฒนธรรมองค์กรปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า และลดการเป็นแบบอย่าง ของพฤติกรรม การใช้ต่อเด็กและเยาวชน

Workflow การจัดสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า

ทุกครั้งที่ประเมินเด็ก/เยาวชน → ถามการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง ละอองบุหรี่ไฟฟ้ามือสอง และสารตกค้างมือสาม → ประเมินว่ามีผู้ใช้ในบ้าน/รถ/โรงเรียน/สถานบริการหรือไม่ → ให้คำแนะนำ smoke- and vape-free home & car และลดการเข้าถึงอุปกรณ์ → หากมีผู้ใช้ในครอบครัว ให้เชื่อมเข้าสู่บริการช่วยเหลือ → ทบทวนซ้ำและ reinforce ในทุกนัดติดตาม



6. การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน/กรณีถอนนิโคติน

ผู้ป่วยในทุกคนที่มีประวัติใช้บุหรี่ไฟฟ้า/นิโคตินควรได้รับการประเมิน withdrawal risk และมี discharge plan เพื่อป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำหลังจำหน่าย โรงพยาบาลเป็นเขตปลอดภัย ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีภาวะติดนิโคตินควรได้รับการเสนอ NRT ระหว่างนอนโรงพยาบาลเพื่อลดอาการถอน ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปีให้แพทย์พิจารณารายกรณี และควรนัดติดตามหรือส่งต่อหลังจำหน่ายภายใน 1 สัปดาห์

Workflow การดูแลแบบผู้ป่วยใน/กรณีถอนนิโคติน

Admission/รับไว้ดูแล → ชักประวัติการใช้และคัดกรอง withdrawal risk →

ประเมิน HVI/HSI, MNWS, readiness, สารร่วม โรคร่วม และ red flags → จัดระดับ

mild/moderate/severe → ให้ counseling, supportive treatment และพิจารณาตามข้อบ่งชี้/อายุ

→ ทำ family engagement และ discharge plan ก่อนจำหน่าย → นัดติดตาม/ส่งต่อแบบ closed-loop เพื่อลด relapse หลังออกจากโรงพยาบาล

ระดับ	เกณฑ์	แนวทางผู้ป่วยใน
Mild	MNWS 0–9 หรืออาการถอนต่ำ	Counseling, 5D, sleep hygiene, จัดสิ่งแวดล้อมลด trigger, นัดติดตาม
Moderate	MNWS 10–18 หรือเริ่มมี withdrawal ชัด	Counseling + supportive treatment, แพทย์ประเมิน NRT/ยา, ครอบครัว/ระบบช่วยเหลือและติดตามตามบริบท (เช่น 1600) , ติดตามใกล้ชิด
Severe	MNWS 19–28 หรืออาการรุนแรงสูง เสี่ยงกลับไปใช้ซ้ำ	แพทย์ประเมินยาและโรคร่วม, จิตเวช/ยาเสพติด, safety plan, discharge plan ชัดเจน

แบบประเมินอาการถอนนิโคตินดัดแปลง(Modified Minnesota Nicotine Withdrawal Scale; MNWS) แบบย่อ

- Desire/cravings/anger/irritability/frustration

- Anxiety/nervousness
- Difficulty concentrating
- Restlessness
- Insomnia/sleep problems/waking at night
- Weight gain/increase appetite
- Feeling depressed

ให้คะแนนแต่ละอาการ 0-4 (0 = ไม่มี, 1 = เล็กน้อย, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = รุนแรง)
ตามมาตรฐานของ MNWS แล้วรวมคะแนน (ช่วง 0-28) เพื่อจัดระดับอาการถอน ฉบับนี้รวมข้อ craving
กับข้อหงุดหงิดไว้ในข้อเดียว ส่วนจุดตัด 0-9/10-18/19-28 เป็นเกณฑ์ตามฉันทามติของคณะทำงาน

7. อาการทางกายและสัญญาณอันตรายที่ต้องระวัง:

ภาวะปอดบวมเจ็บจากบุหรี่ไฟฟ้า (EVALI), พิษนิโคติน (nicotine toxicity) และสัญญาณอันตราย (red flags)

หากพบ อาการต่อไปนี้ให้จัดระดับแดงและประเมินทางกาย/ส่งต่อทันที ไม่ต้องรอคะแนน HVI/HSI สูง

กลุ่มอาการ	ตัวอย่างที่ต้องระวัง
สงสัย EVALI/ปอดอักเสบจากบุหรี่ไฟฟ้า	ไอ หอบ เหนื่อย เจ็บหน้าอก SpO2 <95%, ไข้ หนาวสั่น น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย หลังใช้บุหรี่ไฟฟ้าภายใน 90 วัน (นิยามผู้ป่วยตาม CDC: ใช้บุหรี่ไฟฟ้าภายใน 90 วันก่อนมีอาการ ร่วมกับมี infiltrate จากภาพรังสีทรวงอก และตัดการติดเชื้อหรือสาเหตุอื่นแล้ว) ให้ถามการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี THC/กัญชาด้วย
สงสัย nicotine toxicity	คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกมาก ใจสั่น เวียนศีรษะ สับสน หมดสติ ชัก หรือได้รับนิโคตินเข้มข้น/ใช้ถี่มาก เด็กเล็กที่กลืนหรือสัมผัสน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า ให้ประเมินแบบฉุกเฉินและปรึกษาศูนย์พิษวิทยา รามาธิบดี โทร 1367
จิตเวช/ความปลอดภัย	self-harm, suicidal ideation, psychosis, severe depression/anxiety, aggression, ความรุนแรงในครอบครัว, ถูกบังคับ/คุกคาม
ตั้งครรภ์/สงสัยตั้งครรภ์	ใช้บุหรี่ไฟฟ้าหรือผลิตภัณฑ์นิโคตินระหว่างตั้งครรภ์ ต้องส่งต่อสูติ/คลินิกวัยรุ่น/แพทย์
อายุน้อยและใช้ประจำ	10–14 ปีใช้ประจำหรือใช้ร่วมกับปัญหาโรงเรียน / ครอบครัว/สารอื่น ให้ยกระดับความเสี่ยง

แผนภูมิที่ 5 สัญญาณอันตราย (red flags)

สัญญาณอันตราย (red flags)

พบข้อใดข้อหนึ่ง ให้จัดเป็นสีแดงทันที ไม่ต้องรอคะแนน HVI/HSI

ฉุกเฉิน: ส่ง ER / รับไว้ทันที

สงสัยปอดบวมเจ็บจากบุหรี่ไฟฟ้า (EVALI)

- ไอ หอบ เจ็บหน้าอก SpO2 <95%
- ใช้ หนวสน์ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย น้ำหนักลด
- ใช้บุหรี่ไฟฟ้าใน 90 วัน ถ้ามารับใช้ THC/กัญชา

สงสัยพิษนิโคติน

- คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออก ใจสั่น สับสน ชัก หหมดสติ
- เด็กเล็กกลืนน้ำยา → ปรีक्षा 1367

จิตเวช

- ความคิดหรือแผนฆ่าตัวตาย ทำร้ายผู้อื่น psychosis → 1323

เร่งด่วน: ส่งต่อใน 24-72 ชม.

- ตั้งครรภ์หรือสงสัยตั้งครรภ์ → ผากระรกร์/สูติ หรือ คลินิกวัยรุ่น
- ทำร้ายตนเองที่ไม่มีอันตรายเฉียบพลัน
- ใช้สารอื่นร่วมรุนแรง → 1165
- อาการถอนรุนแรง (MNWS 19-28)
- อายุ 10-14 ปี ใช้ประจำร่วมกับปัญหาความปลอดภัย
- ถูกทำร้าย ถูกละเลย ความรุนแรงในบ้าน → ระบบคุ้มครองเด็ก 1300

สิ่งที่ทำทุกราย

วัด vital signs และ SpO2 • ให้งดใช้ผลิตภัณฑ์ทันที • บันทึกชนิดผลิตภัณฑ์และแหล่งที่มา • แจ้งผู้ปกครองตามหลักความปลอดภัย • ยืนยันการรับต่อ

8. จุดส่งต่อแยกช่วงอายุ 10–17 ปี และ 18–24 ปี

Workflow การเลือกจุดส่งต่อ

- กรณี red flags หรืออาการทางกาย/จิตเวชเฉียบพลัน: ส่ง ER/Admit/ประเมินเร่งด่วนทันที
- อายุ 10–17 ปี: พิจารณาคลินิกวัยรุ่น จิตเวชเด็กและวัยรุ่น กุมารเวช/อายุรกรรมเด็ก สังคมสงเคราะห์ โรงเรียน หรือหน่วยคุ้มครองเด็กตามบริบท
- อายุ 18–24 ปี: พิจารณาคลินิกเลิกบุหรี่ จิตเวช จิตเวชการเสพติด อายุรกรรม/ เวชศาสตร์ครอบครัว หรือเครือข่ายช่วยเหลือตามความเหมาะสม
- การส่งต่อทุกครั้งควรมีการยืนยันการรับต่อ นัดหมายชัดเจน และมีผู้รับผิดชอบติดตามผลกลับ

หมายเลขติดต่อระดับประเทศ

- 1669 สายด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน
- 1367 ศูนย์พิชวิทยารามาธิบดี
- 1600 ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ
- 1323 สายด่วนสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
- 1165 สายด่วนปรึกษาปัญหายาเสพติด
- 1300 ศูนย์ช่วยเหลือสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (รวมกรณีคุ้มครองเด็ก)

ประเด็น	10–17 ปี	18–24 ปี
จุดเน้น	พัฒนาการ ความลับ ความปลอดภัย ครอบครัว โรงเรียน การคุ้มครองเด็ก	วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (young adult) autonomy, readiness, work/study, comorbidity, การรักษาด้วยยา (pharmacotherapy)
ส่งต่อเมื่อ	ใช้ประจำ/withdrawal, HVI severe, ใช้สารอื่นร่วม, depression/anxiety/ADHD/self-harm, ปัญหาครอบครัว/ โรงเรียน, ตั้งครรภ์, สัญญาณอันตราย (red flags) ทางกาย	dependence ชัด, เลิกเองไม่ได้ซ้ำ, dual use/ใช้สารอื่นร่วม, โรคร่วม, ต้องพิจารณา, ตั้งครรภ์, สัญญาณอันตราย (red flags) ทางกาย/จิตเวช

ประเด็น	10-17 ปี	18-24 ปี
จุดส่งต่อ	จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น, กุมารแพทย์, คลินิกวัยรุ่น, นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์, โรงเรียน, ระบบคุ้มครองเด็ก, ER	คลินิกเด็กผู้ใหญ่, คลินิกยาเสพติด, จิตแพทย์, ทีมสุขภาพจิต, แพทย์เวชปฏิบัติ, เกสเซอร์, สูติ, ER
ครอบครัว	ควรมีส่วนร่วมแต่ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยและความไว้วางใจ	ให้ผู้ป่วยยินยอมและเลือก บุคคลสนับสนุน (support person) ตามความเหมาะสม
ยา	แพทย์/ผู้เชี่ยวชาญพิจารณารายกรณี	พิจารณาตามแนวทางผู้ใหญ่ได้มากขึ้นเมื่อไม่มีข้อห้ามและติดตามได้

แผนภูมิที่ 6 การส่งต่อแบบเชื่อมต่อและหมายเลขติดต่อ



9. การติดตาม การประเมินผล และ KPI

ช่วงเวลา	ประเมินอะไร	ผู้รับผิดชอบ
สัปดาห์ที่ 1 และ 2	craving, withdrawal, trigger, adherence, สัญญาณอันตราย (red flags), แผน 4 ล/5D	คลินิก/พยาบาล/แพทย์/ระบบ ติดตามทางโทรศัพท์หรือออนไลน์ ตามบริบท (เช่น 1600)
1 และ 2 เดือน	quit status, reduction, relapse, mood/sleep, ครอบครัว/โรงเรียน	ทีมดูแลหลัก
3 เดือน	abstinence/reduction, relapse prevention, functional improvement	ทีมดูแลหลัก
6 เดือน	ผลลัพธ์การกลับไปใช้ชีวิตประจำวัน จิตสังคมและความจำเป็นในการลด/เพิ่มระดับการดูแล (outcome, relapse, psychosocial improvement, step-down/step-up)	ทีมดูแลหลัก
12 เดือน	การหยุดใช้อย่างต่อเนื่อง (continuous abstinence) และการป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำระยะยาว	กลุ่มเสี่ยงสูง/ผู้ติดตามระยะยาว

แผนภูมิที่ 7 การติดตาม 7 ครั้ง

การติดตาม 7 ครั้ง

ทุกนัด: การใช้ล่าสุด • อาการอยาก/อาการถอน • อารมณ์และความปลอดภัย • การสัมผัสมือสอง/มือสาม • ผลข้างเคียงยา



ตัวชี้วัดหลัก

- ร้อยละผู้รับบริการอายุ 10–24 ปีที่ได้รับการคัดกรองบุหรี่ปัฟไฟ/นิโคติน
- ร้อยละผู้รับบริการที่ได้รับการประเมินการสัมผัสควันบุหรี่ปัฟไฟมือสอง ละอองบุหรี่ปัฟไฟมือสอง และสารตกค้างมือสาม
- ร้อยละครอบครัว/ผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำเรื่องบ้านและรถปลอดบุหรี่ปัฟไฟ/บุหรี่ปัฟไฟ และการลดการเข้าถึงอุปกรณ์ในบ้าน
- อัตราการเลิกอย่างต่อเนื่อง (Continuous Abstinence Rate; CAR) ที่ 1, 3, 6 และ 12 เดือน และร้อยละผู้เลิกสำเร็จ (หยุดใช้ต่อเนื่อง 1 ปี)
- อัตราหลุด ขาดการนัดติดตาม (dropout rate) และ relapse rate
- ร้อยละผู้ได้รับการติดตามครบ 7 ครั้ง (จำหน่ายครบกระบวนการ; Discharge Complete)
- จำนวน clinical tracer / case conference / CQI ที่เกิดขึ้นจาก PCG

นิยามตัวชี้วัด (KPI template)

ตัวชี้วัด	ตัวตั้ง (A)	ตัวหาร (B)	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล/ความถี่
1. ร้อยละผู้รับบริการอายุ 10–24 ปีที่ได้รับการคัดกรอง	ผู้รับบริการอายุ 10–24 ปีที่มีบันทึกผลคัดกรองการใช้บุหรี่ปัฟไฟ/นิโคติน	ผู้รับบริการอายุ 10–24 ปีทั้งหมด (นับคนไม่ซ้ำ)	ตามบริบทสถานบริการ	เวชระเบียน/HDC รายไตรมาส
2. ร้อยละผู้ใช้ปัจจุบันที่ได้รับการบำบัด	ผู้ใช้ปัจจุบันที่ได้รับคำปรึกษาเพื่อเลิกอย่างน้อย 1 ครั้ง	ผู้ที่คัดกรองพบว่าใช้ใน 90 วันที่ผ่านมา	ตามบริบทสถานบริการ	เวชระเบียน รายไตรมาส
3. ร้อยละการประเมินการสัมผัสมือสอง/มือสาม	ผู้รับบริการที่มีบันทึกการประเมินการสัมผัส	ผู้รับบริการอายุ 10–24 ปีทั้งหมด	ตามบริบทสถานบริการ	เวชระเบียน รายไตรมาส
4. ร้อยละครอบครัวที่ได้รับคำแนะนำบ้านและรถปลอดบุหรี่ปัฟไฟ	ครอบครัว/ผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำและมีบันทึก	ผู้ใช้ปัจจุบันอายุ 10–17 ปีที่มาพร้อมผู้ดูแล	ตามบริบทสถานบริการ	เวชระเบียน รายไตรมาส

ตัวชี้วัด	ตัวตั้ง (A)	ตัวหาร (B)	เป้าหมาย	แหล่งข้อมูล/ความถี่
5. อัตราการเลิก อย่างต่อเนื่อง ที่ 3, 6 และ 12 เดือน	ผู้ที่หยุดใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินทุกชนิดต่อเนื่องตั้งแต่วันเลิกจนถึงวันประเมิน (รายงานอัตราหยุดใช้ 7 วันเป็นข้อมูลเสริมได้)	ผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด (ผู้ขาดการติดตามให้นับว่ายังใช้)	ตามบริบท สถานบริการ	แบบติดตาม $\pm$ cotinine รายครึ่งปี
6. อัตราขาดการติดตาม	ผู้ที่ขาดนัดตามแผนตั้งแต่ 2 ครั้งติดต่อกัน	ผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด	ตามบริบท สถานบริการ	ทะเบียนนัด รายไตรมาส
7. ร้อยละการส่งต่อแบบ closed-loop	การส่งต่อที่ได้รับ การยืนยันการรับต่อ	การส่งต่อทั้งหมด	ตามบริบท สถานบริการ	ทะเบียนส่งต่อ รายไตรมาส
8. ร้อยละผู้ได้รับการติดตามครบ 7 ครั้ง (จำหน่ายครบกระบวนการ)	ผู้ได้รับการติดตามครบ 7 ครั้ง (สัปดาห์ที่ 1, 2 และเดือนที่ 1, 2, 3, 6, 12)	ผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด	ตามบริบท สถานบริการ	ทะเบียนนัด รายไตรมาส

หมายเหตุ เป้าหมาย: ให้แต่ละสถานบริการกำหนดค่าเป้าหมายตามบริบทและข้อมูลพื้นฐาน (baseline) ของตนเอง

นิยามผลลัพธ์:

- การหยุดใช้ 7 วัน (7-day point prevalence abstinence) หมายถึงไม่ใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินใด เลยใน 7 วันก่อนการประเมิน
- การหยุดใช้ต่อเนื่อง (continuous abstinence) หมายถึงไม่ใช้ตั้งแต่วันเลิกจนถึงวันประเมิน (อาจผ่อนผันการใช้รวมกันไม่เกิน 5 ครั้งตาม Russell Standard) ผู้ที่ขาดการติดตามให้นับว่ายังใช้อยู่
- การยืนยันทางชีวเคมีในผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าต้องตรวจ cotinine ในปัสสาวะหรือน้ำลาย เพราะเครื่องวัดคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจตรวจการใช้นิโคตินไฟฟ้าไม่ได้ และผู้ใช้ NRT จะตรวจพบ cotinine เช่นกัน
- "เลิกสำเร็จ" หมายถึง หยุดใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินต่อเนื่องนาน 1 ปี (ประเมินที่เดือนที่ 12) และ "จำหน่ายครบกระบวนการ (Discharge Complete)" หมายถึง ได้รับการติดตามครบ 7 ครั้ง

Workflow การติดตามและประเมินผล

- ทุกนัดติดตามประเมินอย่างน้อย: การใช้ล่าสุด/ความถี่, craving, withdrawal, readiness, adherence, side effects, exposure มือสอง/มือสาม, family support, school/work functioning และความปลอดภัย
- หากอาการดีขึ้นหรือหยุดใช้ได้ต่อเนื่อง: reinforce success, relapse prevention และ step-down ตามความเหมาะสม
- หากยังใช้ต่อ กลับไปใช้ซ้ำ หรือหลุดติดตาม: ทบทวนอุปสรรค/trigger, ประเมิน stage of change ใหม่, เพิ่มความเข้มข้นของ intervention และพิจารณาส่งต่อ/ใช้ยา/ปรับแผน
- หน่วยบริการควรสรุปผลเป็น KPI, case review, tracer และ CQI เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

10. ภาคผนวกเครื่องมือและองค์ความรู้

ภาคผนวก A: คำสำคัญ

- ความพยายามเลิก (Quit attempt): การหยุดใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินโดยตั้งใจเพื่อเลิก ติดต่อกันอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
- วันเลิก (Quit date): วันหยุดใช้นิโคติน ควรกำหนดภายใน 1–2 สัปดาห์เมื่อพร้อม
- การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief intervention): การให้คำปรึกษาสั้น 1–3 นาที
- HVI: เครื่องมือประเมินความหนักของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า
- HSI: เครื่องมือประเมินความหนักของการสูบบุหรี่มวน
- HEEADSSS: แบบประเมินบริบทวัยรุ่น
- CRAFFT: แบบคัดกรองการใช้สารในวัยรุ่น
- MNWS: แบบประเมินอาการถอนนิโคติน
- อัตราการหยุดใช้อย่างต่อเนื่อง (Continuous Abstinence Rate): สัดส่วนผู้ที่ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินเลยตั้งแต่วันเลิกจนถึงวันประเมิน (ดูนิยามในหัวข้อ 9)
- เลิกสำเร็จ หมายถึง หยุดใช้ต่อเนื่องนาน 1 ปี
- การหยุดใช้ 7 วัน (7-day point prevalence abstinence): ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินใดเลยใน 7 วันก่อนการประเมิน

ภาคผนวก B: ตัวอย่างข้อคำถาม HEEADSSS

- Home: อยู่กับใคร ความสัมพันธ์ในบ้าน ความปลอดภัย
- Education/Employment: โรงเรียน/งาน การเรียน ขาดเรียน ปัญหาครู/เพื่อน
- Eating: พฤติกรรมการกิน ภาพลักษณ์ร่างกาย การใช้นิโคตินเพื่อคุมน้ำหนัก (คัดกรองโรคการกินผิดปกติก่อนพิจารณา bupropion)
- Activities: กิจกรรมยามว่าง กีฬา เกม ออนไลน์ เพื่อน
- Drugs: บุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่มวน ัญญา แอลกอฮอล์ สารอื่น
- Sexuality: ความสัมพันธ์ เพศสัมพันธ์ การป้องกัน ตั้งครรภ์

- Suicide/Depression: mood, self-harm, suicidal ideation
- Safety: ความรุนแรง การถูกคุกคาม การข่มขืน การพกพา/ขายสาร

ภาคผนวก C: CRAFFT (ฉบับ 2.1 ส่วน B)

- C = Car: เคยนั่งรถกับคนที่ใช้สาร/เมาหรือไม่
- R = Relax: ใช้สารเพื่อผ่อนคลายหรือไม่
- A = Alone: ใช้สารคนเดียวหรือไม่
- F = Forget: ลืมสิ่งที่ทำหลังใช้สารหรือไม่
- F = Friends/Family: เพื่อนหรือครอบครัวเคยบอกให้ลดหรือไม่
- T = Trouble: เคยมีปัญหาจากการใช้สารหรือไม่
- การแปลผล: ตอบ "ใช่" ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาการใช้สาร ควรประเมินเพิ่มเติม และพิจารณาส่งต่อ
- ฉบับ CRAFFT 2.1+N มีส่วนประเมินการใช้นิโคติน/บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มเติม ควรใช้ฉบับภาษาไทย ที่ผ่านการแปลและทดสอบแล้ว และขออนุญาตใช้ตามเงื่อนไขของผู้พัฒนาเครื่องมือ

ภาคผนวก D: ระยะการเปลี่ยนแปลง (Stage of change)

- ระยะยังไม่คิดเลิก (Precontemplation): ยังไม่คิดเลิก → ใช้ 5R และสร้างความสัมพันธ์
- ระยะลังเล (Contemplation): ลังเล → MI, decisional balance, readiness scale
- ระยะเตรียมพร้อม (Preparation): พร้อมเริ่ม → 4 ล, quit date, 5D, family support
- ระยะลงมือเลิก (Action): ลงมือเลิก → ติดตาม craving/withdrawal, 1600, coping plan
- ระยะคงพฤติกรรม (Maintenance): เลิกได้ต่อเนื่อง → relapse prevention และ reinforce success

ภาคผนวก E: การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family engagement)

- ใช้คำถามเปิดและลดการตำหนิ
- สังเกต withdrawal และอารมณ์
- ลดการเข้าถึงอุปกรณ์และเงิน/ช่องทางซื้ออย่างเหมาะสม

- ช่วยทำ 4 ล และ 5D
- ร่วมติดตามนัดและเชื่อมระบบช่วยเหลือ/ติดตามและโรงเรียนตามบริบท (เช่น 1600)
- ระงับการเปิดเผยข้อมูลที่ทำให้เด็กไม่ปลอดภัยหรือไม่ไว้วางใจ

ภาคผนวก F: การเชื่อมโยงกับโรงเรียน (School linkage)

- ใช้ระบบเฝ้าระวังแบบไม่ตีตรา
- ส่งต่อด้วยข้อมูลที่เท่าที่จำเป็นและคำนึงถึงความปลอดภัย
- ลดการเข้าถึงในโรงเรียนและรอบโรงเรียน
- ประสานครูที่เป็น safe adult
- ติดตามการเรียนรู้ attendance และ peer environment

ภาคผนวก G: การจัดสิ่งแวดล้อมปลอดภัยและบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อป้องกันเด็กและเยาวชน

ใช้เป็นแนวทางเสริมสำหรับสถานบริการ ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อคุ้มครองเด็กและเยาวชน จากการสัมผัสมือสองและมือสาม รวมทั้งลดปัจจัยเอื้อต่อการเริ่มใช้

- สถานบริการปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า: มีนโยบายชัดเจน ป้ายชัดเจน เจ้าหน้าที่เป็นแบบอย่าง และมีระบบช่วยเหลือสำหรับบุคลากร/ผู้รับบริการ
- บุคลากรที่สัมผัสเด็กและเยาวชนควรงดใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ/นิโคตินในพื้นที่ สถานบริการและบริเวณที่เด็กสามารถมองเห็นหรือสัมผัสได้ และควรลดการนำกลิ่น/สารตกค้างเข้าสู่พื้นที่ดูแลเด็ก
- หน่วยงานควรจัดช่องทางช่วยเหลือสำหรับบุคลากรโดยไม่ตีตราและติดตามผลในระดับองค์กรเพื่อสนับสนุนสถานบริการปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอย่างยั่งยืน
- บ้านและรถปลอดบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า: ไม่สูบในบ้าน ไม่สูบในรถ เปิดหน้าต่างไม่เพียงพอ และควรลดการสัมผัสเด็กกับสารตกค้างหลังการใช้
- ประเมินการสัมผัสมือสอง/มือสามในทุกครั้งที่เหมาะสม โดยเฉพาะเด็กเล็ก ผู้มีโรคทางเดินหายใจ และกรณีมีผู้ใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินในบ้าน
- ลดการเข้าถึงผลิตภัณฑ์: เก็บพอด น้ำยา บุหรี่ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พ้นมือเด็ก ไม่ฝากซื้อ ไม่ให้เงินหรือช่องทางที่เอื้อต่อการเข้าถึง

- เชื่อมต่อผู้ปกครอง/สมาชิกในบ้านที่ใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินเข้าสู่บริการช่วยเหลือและติดตามต่อเนื่องตามบริบทของหน่วยบริการ

ภาพประกอบ: สิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับเด็กและเยาวชน



11. ภาคนวทยา

ตารางนี้เป็นสาระประกอบการพิจารณาโดยแพทย์และทีมผู้เชี่ยวชาญ ควรปรับตามบัญชี ข้อบ่งชี้
ข้อห้าม อายุ น้ำหนัก โรคร่วม การตั้งครรภ์ และทรัพยากรของหน่วยบริการ

ยา/กลุ่มยา	บทบาท	แนวทางใช้โดยสรุป	ข้อควรระวัง
Nicotine patch	ลด withdrawal ให้ ระดับนิโคตินคงที่	ใช้ตามระดับdependence และคำแนะนำผลิตภัณฑ์/ แพทย์	ระคายเคืองผิวหนัง นอนไม่หลับ ฝันชัด ประหม่นโรคหัวใจ/ ตั้งครรภ์ตามบริบท
Nicotine gum/lozenge	บรรเทา craving เฉียบพลัน	เลือกขนาดตามระดับ dependence; หลีกเลี่ยงเคี้ยวเร็วเกินไป	ระคายคอ คลื่นไส้ กรดไหลย้อน ปัญหาฟัน/ขากรรไกร
Bupropion SR	ช่วยลด craving และ withdrawal	เริ่มก่อน quit date ตามดุลยพินิจแพทย์	ห้ามใช้ในโรคลมชัก, anorexia/bulimia (ปัจจุบันหรือเคยเป็น), ผู้ที่หยุดสุรา/benzodiazepine/barbit urate/ยากันชักอย่างกะทันหัน, ใช้ MAOI ภายใน 14 วัน; ระวังยาที่ลด seizure threshold; อายุต่ำกว่า 25 ปีเฝ้าระวังอารมณ์ และความคิดฆ่าตัวตาย
Varenicline	ตัวกระตุ้นบางส่วนที่ตัว รับนิโคติน (partial agonist) ช่วยลดความพึงพอใจ/ ความอยากใช้ (reward/craving)	ใช้ในกลุ่ม 18–24 ปีเมื่อเหมาะสม มีการทดลองแบบสุ่มในผู้ใช้บุหรี่ ไฟฟ้าอายุ 16–25 ปี อายุต่ำกว่า 18 ปี ให้แพทย์เฉพาะทางพิจารณา รายกรณี	คลื่นไส้ ฝันชัด นอนไม่หลับ ประหม่น mood/suicidality; ปรับขนาดยาในไตบกพร่องรุนแรง
Cytisine	partial agonist คล้าย varenicline บางแนวทางใช้ช่วย เลิกยาสูบ	ใช้ได้เมื่อมียาในระบบบริการ ตรวจสอบสถานะทะเบียน อย. และบัญชียาหลักแห่งชาติ	ประหม่นข้อห้าม อาการ GI และการติดตาม

ยา/กลุ่มยา	บทบาท	แนวทางใช้โดยสรุป	ข้อควรระวัง
Nortriptyline	ทางเลือกอันดับรอง (second-line) ในบางแนวทางสำหรับ ผู้ใหญ่	ใช้เมื่อแพทย์ประเมินว่าจำเป็น	anticholinergic, arrhythmia risk; ใช้เกินขนาดแล้วอาจเสียชีวิตได้ หลีกเลี่ยงในผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย; ไม่แนะนำในวัยรุ่น
หยู้าดอกขาว/ อื่น ๆ	บางบริบทใช้เป็นตัวช่วย ลดความอยาก	พิจารณาตามนโยบายหน่วยงาน/ หลักฐาน/ความปลอดภัย; หลักฐานในเด็กและวัยรุ่นยังจำกัด	ไม่ควรใช้แทนการรักษาหลัก และการติดตาม

ขนาดยาที่ใช้บ่อยในผู้ใหญ่

(ตรวจสอบกับเอกสารกำกับยาที่ได้รับอนุญาตในประเทศไทยก่อนใช้)

ยา	ขนาดยาโดยสรุป	ระยะเวลา/หมายเหตุ
Nicotine patch	21 มก./24 ชม. 6 สัปดาห์ → 14 มก. 2 สัปดาห์ → 7 มก. 2 สัปดาห์ (ผู้ที่ติดน้อยเริ่ม 14 มก.)	รวม 8–12 สัปดาห์ ใช้ร่วมกับ NRT ออกฤทธิ์สั้นได้
Nicotine gum/lozenge	2 มก. หรือ 4 มก. (4 มก. เมื่อใช้ครั้งแรกภายใน 30 นาทิลหลังตื่นนอน) ทุก 1–2 ชม. gum ไม่เกิน 24 ชิ้น/วัน, lozenge ไม่เกิน 20 เม็ด/วัน	ประมาณ 12 สัปดาห์ แล้วค่อย ๆ ลด
Bupropion SR	150 มก. วันละครั้ง 3 วัน แล้ว 150 มก. วันละ 2 ครั้ง เริ่ม 1–2 สัปดาห์ก่อนวันเลิก	7–12 สัปดาห์
Varenicline	0.5 มก. วันละครั้ง วันที่ 1–3; 0.5 มก. วันละ 2 ครั้ง วันที่ 4–7; 1 มก. วันละ 2 ครั้ง ตั้งแต่วันที่ 8 เริ่ม 1 สัปดาห์ก่อนวันเลิก	12 สัปดาห์ (อาจต่ออีก 12 สัปดาห์); CrCl <30 มล./นาที ไม่เกิน 0.5 มก. วันละ 2 ครั้ง
Cytisine	ตามเอกสารกำกับยา (สูตร 25 วัน เริ่ม 1.5 มก. วันละ 6 ครั้ง แล้วลดลงตามลำดับ)	25 วัน
Nortriptyline	เริ่ม 25 มก./วัน ค่อย ๆ เพิ่มขึ้น 75–100 มก./วัน เริ่ม 10–28 วันก่อนวันเลิก	12 สัปดาห์

หลักใช้ยาแยกตามอายุ

- 10–17 ปี: ใช้ยาเฉพาะรายเมื่อ dependence ชัดและไม่สำเร็จด้วย behavioral intervention หรือมีความเสี่ยงสูง โดยควรมีแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญและความยินยอม/assent-consent ที่เหมาะสม
- 18–24 ปี: พิจารณายาได้ตามแนวทางผู้ใหญ่เมื่อไม่มีข้อห้าม และมีระบบติดตามผล/อาการไม่พึงประสงค์
- ทุกช่วงอายุ: ใช้ยาแบบผสมกับ counseling, MI/CBT, 5D, family/peer support และ follow-up

12. เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2564).
แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการช่วยเลิกบุหรี่ในประเทศไทย (Clinical practice guideline for smoking cessation in Thailand). แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ.
2. ธนุรช ทิพย์วงษ์ (บรรณาธิการ). (2569). คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า
และผลิตภัณฑ์นิโคตินในสถานบริการสุขภาพ (Practical clinical guideline). สำนักผู้ทรงคุณวุฒิกรรมการแพทย
กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560. (2560, 5 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 134 ตอนที่ 39 ก.
4. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562. (2562, 27 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 69 ก.
5. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546. (2546, 2 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 120 ตอนที่ 95 ก.
6. ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ 1600. (ม.ป.ป.).
7. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
8. Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Pearson Education.
9. Evins, A. E., Cather, C., Reeder, H. T., Evohr, B., Potter, K., Pachas, G. N., Gray, K. M., Levy, S., Rigotti, N. A., Iroegbulem, V., Dufour, J., Casottana, K., Costello, M. A., Gilman, J. M., & Schuster, R. M. (2025). Varenicline for youth nicotine vaping cessation: A randomized clinical trial. *JAMA*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jama.2025.3810>
10. Foulds, J., Veldheer, S., Yingst, J., Hrabovsky, S., Wilson, S. J., Nichols, T. T., & Eissenberg, T. (2015). Development of a questionnaire for assessing dependence on electronic cigarettes among a large sample of ex-smoking e-cigarette users. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(2), 186–192. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu204>
11. Graham, A. L., Cha, S., Jacobs, M. A., Amato, M. S., Funsten, A. L., Edwards, G., & Papandonatos, G. D. (2024). A vaping cessation text message program for adolescent e-cigarette users: A randomized clinical trial. *JAMA*, 332(9), 713–721. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.11057>
12. Gray, K. M., Baker, N. L., McClure, E. A., Tomko, R. L., Squeglia, L. M., Saladin, M. E., & Carpenter, M. J. (2019). Efficacy and safety of varenicline for adolescent smoking cessation: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 173(12), 1146–1153. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.3553>

13. Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W., & Robinson, J. (1989). Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. *British Journal of Addiction*, 84(7), 791–799.
14. Hughes, J. R. (2007). Effects of abstinence from tobacco: Valid symptoms and time course. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(3), 315–327.
15. Hughes, J. R., & Hatsukami, D. (1986). Signs and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry*, 43(3), 289–294.
16. Jenssen, B. P., Walley, S. C., Boykan, R., Little Caldwell, A., Camenga, D., & Section on Nicotine and Tobacco Prevention and Treatment. (2023). Protecting children and adolescents from tobacco and nicotine. *Pediatrics*, 151(5), Article e2023061805. <https://doi.org/10.1542/peds.2023-061805>
17. Morean, M. E., Bold, K. W., Kong, G., Camenga, D. R., & Krishnan-Sarin, S. (2018). Dual use of e-cigarettes and cigarettes, nicotine dependence, and cessation-related outcomes in young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 187, 80–85.
18. National Health Service. (2022). *Stop smoking treatments: Nicotine replacement therapy*. Retrieved August 13, 2026, from <https://www.nhs.uk/conditions/stop-smoking-treatments/>
19. National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Tobacco: Preventing uptake, promoting quitting and treating dependence* (NICE Guideline No. NG209). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209>
20. Rigotti, N. A., & Benowitz, N. L. (2026). An evaluation of cytisinicline for smoking cessation in adult smokers. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/14656566.2026.2646283>
21. Rigotti, N. A., Benowitz, N. L., Prochaska, J., Leischow, S., Nides, M., Blumenstein, B., Clarke, A., Cain, D., & Jacobs, C. (2023). Cytisinicline for smoking cessation: A randomized clinical trial. *JAMA*, 330(2), 152–160. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.10042>
22. Siegel, D. A., Jatlaoui, T. C., Koumans, E. H., Kiernan, E. A., Layer, M., Cates, J. E., Kimball, A., Weissman, D. N., Petersen, E. E., Reagan-Steiner, S., Godfred-Cato, S., Moulia, D., Moritz, E., Lehnert, J. D., Mitchko, J., London, J., Zaki, S. R., King, B. A., Jones, C. M., . . . Lung Injury Response Epidemiology/Surveillance Group. (2019). Update: Interim guidance for health care providers evaluating and caring for patients with suspected e-cigarette, or vaping, product use associated lung

injury — United States, October 2019. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(41), 919–927. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6841e3>

23. University of Vermont, Department of Psychiatry. (n.d.). *Instructions for use of the Minnesota Tobacco Withdrawal Scale (MNWS)*.
24. U.S. Department of Health and Human Services. (2016). *E-cigarette use among youth and young adults: A report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
25. U.S. Department of Health and Human Services. (2020). *Smoking cessation: A report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
26. US Preventive Services Task Force. (2020). Primary care interventions for prevention and cessation of tobacco use in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*, 323(16), 1590–1598.
27. Vogel, E. A., Prochaska, J. J., & Rubinstein, M. L. (2020). Measuring e-cigarette addiction among adolescents. *Tobacco Control*, 29(3), 258–262. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054900>
28. West, R., Cedzyńska, M., & McEwen, A. (2026). *Cytisinicline* (Version 2). National Centre for Smoking Cessation and Training. <https://www.ncsct.co.uk/library/view/pdf/Cytisine.pdf>
29. World Health Organization. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: Addressing new and emerging products*. World Health Organization.
30. World Health Organization. (2024). *WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*. World Health Organization.

ภาคผนวกเพิ่มเติม และตัวอย่างแบบฟอร์มใช้งานจริง

ภาคผนวก 1 แบบฟอร์มคัดกรองบุหรี่ไฟฟ้า/นิโคติน 1 หน้า

หัวข้อ	บันทึก
ชื่อ-สกุล / HN / อายุ	
วันที่ประเมิน / จุดบริการ	
1. ใน 90 วันที่ผ่านมาใช้พอด/vape/บุหรี่ไฟฟ้า/นิโคตินหรือไม่	☐ ไม่ใช่ ☐ เคยลอง ☐ ใช้ใน 90 วัน (.....วัน) ☐ ใช้ทุกวัน
2. ชนิดผลิตภัณฑ์	☐ Disposable ☐ Pod ☐ Refillable ☐ น้ำยา/หัวพอด ☐ บุหรี่มวน ☐ อื่น ๆ
3. ใช้กี่ครั้ง/session ต่อวัน	☐ 0-4 ☐ 5-9 ☐ 10-14 ☐ 15-19 ☐ 20-29 ☐ ≥30
4. ใช้ครั้งแรกหลังตื่นนอน	☐ >120 นาที ☐ 61-120 ☐ 31-60 ☐ 16-30 ☐ 6-15 ☐ ≤5 นาที
5. อาการเมื่อไม่ได้ใช้	☐ อากาศสูบ ☐ หงุดหงิด ☐ ไม่มีสมาธิ ☐ นอนไม่หลับ ☐ วิดกกังวล ☐ อื่น ๆ
6. readiness 0-10	คะแนน /10 เหตุผลที่อยากเลิก:
7. ใช้สารอื่นร่วม	☐ ไม่ ☐ บุหรี่มวน ☐ กัญชา ☐ แอลกอฮอล์ ☐ ยาเสพติดอื่น
8. สัญญาณอันตราย (red flags) ทางกาย	☐ หอบ ☐ เจ็บหน้าอก ☐ SpO2 <95% ☐ ไข้ ☐ อาเจียน/ท้องเสีย ☐ ใจสั่น/หมดสติ/ชัก
9. สัญญาณอันตราย (red flags) จิตเวช/สังคม	☐ self-harm/SI ☐ ซึมเศร้ารุนแรง ☐ ตั้งครรภ์ ☐ ความรุนแรงในบ้าน/โรงเรียน
10. ความเข้มข้นนิโคติน / THC	 มก./มล. ☐ nicotine salt ☐ เคยใช้ผลิตภัณฑ์ที่มี THC/กัญชา
11. คัดกรองซึมเศร้า/ฆ่าตัวตาย	2Q: ☐ ลบ ☐ บวก → 9Q คะแนน 8Q คะแนน
สรุประดับ	☐ เขียว ☐ เหลือง ☐ ส้ม ☐ แดง

หัวข้อ	บันทึก
แผนดูแล	☐ Brief advice ☐ 5R ☐ 4 ล ☐ 5D ☐ ช่องทางช่วยเหลือ/ติดตาม (เช่น 1600) ☐ ส่งต่อ นัดติดตาม
ความยินยอม / ผู้ประเมิน	☐ ผู้รับบริการ ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้ประเมิน วันที่

ภาคผนวก 2 แบบประเมิน HVI สำหรับบุหรี่ไฟฟ้า

นับ 1 ครั้ง/session ≈ สูบประมาณ 15 puff หรือใช้ช่วงเวลาสูบประมาณ 10 นาที

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
จำนวนครั้ง/session ต่อวัน	30 ครั้งขึ้นไป/วัน	5
	20–29 ครั้ง/วัน	4
	15–19 ครั้ง/วัน	3
	10–14 ครั้ง/วัน	2
	5–9 ครั้ง/วัน	1
	0–4 ครั้ง/วัน	0
เวลาใช้ครั้งแรกหลังตื่นนอน	ภายใน 5 นาที	5
	6–15 นาที	4
	16–30 นาที	3
	31–60 นาที	2
	61–120 นาที	1
	มากกว่า 120 นาที	0

คะแนนรวม HVI = ... /10 แปลผลความหนักของการใช้: 0–2 ต่ำ, 3–5 ปานกลาง, 6–10 สูง

หากใช้บุหรี่มวนร่วมกับบุหรี่ไฟฟ้าหรือใช้ผลิตภัณฑ์นิโคตินหลายชนิด ให้ยกระดับการดูแลขึ้นหนึ่งระดับจากระดับตามคะแนน (อย่างน้อยสี่เหลี่ยม) หากมีสัญญาณอันตราย (red flags) ให้จัดเป็นสีแดง

ภาคผนวก 3 แบบประเมิน HSI สำหรับบุหรีมวน

คำถาม	คำตอบ	คะแนน
จำนวนบุหรีมวนต่อวัน	0-10 มวน/วัน	0
	11-20 มวน/วัน	1
	21-30 มวน/วัน	2
	>30 มวน/วัน	3
เวลาสูบมวนแรกหลังตื่นนอน	>60 นาที	0
	31-60 นาที	1
	6-30 นาที	2
	ภายใน 5 นาที	3

คะแนนรวม HSI = ... /6 แปลผล: 0-2 ต่ำ, 3-4 ปานกลาง, 5-6 สูง

ภาคผนวก 4 แบบประเมินอาการถอนนิโคติน MNWS ติดตาม D1-W4

ให้คะแนนแต่ละอาการ: 0 = ไม่มี, 1 = เล็กน้อย, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = รุนแรง

อาการ	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	W2	W3	W4
ความอยากสูบบุหรี่/หายใจ/หงุดหงิด										
วิตกกังวล										
ไม่มีสมาธิ										
กระสับกระส่าย										
นอนไม่หลับ/ตื่นกลางคืน										
น้ำหนักเพิ่ม/กินเก่ง										
ซึมเศร้า										
คะแนนรวม										

แนวแปลผลที่ใช้ในเอกสาร (ฉันทามติของคณะทำงาน คะแนนรวม 0-28): 0-9 ต่ำ, 10-18 ปานกลาง, 19-28 รุนแรง ทั้งนี้ควรใช้ร่วมกับการประเมินทางคลินิกและความปลอดภัย

ภาคผนวก 5 แบบประเมินภาวะปอดบวมเจ็บจากบุหรี่ไฟฟ้า (EVALI)

/อาการทางกายที่ต้องระวัง

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ (Checklist)
ระบบหายใจ	☐ ไอ ☐ หอบ/เหนื่อย ☐ เจ็บหน้าอก ☐ SpO2 <95% ☐ หายใจเร็ว
ระบบทางเดินอาหาร	☐ คลื่นไส้ ☐ อาเจียน ☐ ปวดท้อง ☐ ท้องเสีย
อาการทั่วร่างกาย (constitutional symptoms)	☐ ไข้ ☐ หนาวสั่น ☐ อ่อนเพลีย ☐ น้ำหนักลด
พิษนิโคติน (nicotine toxicity)	☐ ใจสั่น ☐ เหงื่อออกมาก ☐ เวียนศีรษะ ☐ สับสน ☐ หมดสติ ☐ ชัก
แผนจัดการ	☐ วัด vital signs/SpO2 ☐ ส่ง ER/แพทย์ทางกาย ☐ พิจารณา CXR/lab ตามดุลยพินิจ ☐ งดใช้ผลิตภัณฑ์ทันที

ภาคผนวก 6 แบบประเมินบริบทวัยรุ่น (HEEADSSS) / แบบคัดกรองการใช้สาร (CRAFT)

สำหรับเด็กและเยาวชน

หัวข้อ HEEADSSS	คำถามสำคัญ
H: Home	อยู่กับใคร ความสัมพันธ์ในบ้าน ความปลอดภัย ความรุนแรง
E: Education/Employment	การเรียน/งาน ขาดเรียน ผลการเรียน ปัญหากับครู/เพื่อน
E: Eating	พฤติกรรมการกิน ภาพลักษณ์ร่างกาย การใช้โคโคตินเพื่อคุมน้ำหนัก
A: Activities	กิจกรรม เพื่อน กีฬา เกม ออนไลน์ เวลาว่าง
D: Drugs	บุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่มวน กัญชา แอลกอฮอล์ ยาอื่น
S: Sexuality	ความสัมพันธ์ เพศสัมพันธ์ การป้องกัน ตั้งครรภ์
S: Suicide/Depression	mood, self-harm, suicidal ideation
S: Safety	ความรุนแรง การถูกคุกคาม การข่มขืน การซื้อขาย/พกพาสาร

CRAFT ใช้เมื่อสงสัยการใช้สารอื่นร่วม: Car, Relax, Alone, Forget, Friends/Family, Trouble

ภาคผนวก 7 ตารางยาแบบเร็วสำหรับแพทย์/ทีมผู้เชี่ยวชาญ

ยา	บทบาท	ข้อควรระวัง
NRT patch	ลด withdrawal ต่อเนื่อง	ระคายผิว นอนไม่หลับ ฝันชัด ระวังโรคหัวใจ/ตั้งครรภ์
NRT gum/lozenge	จัดการ craving เลียบพลัน	คลื่นไส้ ระคายคอ กรดไหลย้อน ปัญหาฟัน/ขากรรไกร
Bupropion SR	ลด craving/withdrawal	ดูข้อห้ามครบในหัวข้อ 11; อายุต่ำกว่า 25 ปีเฝ้าระวังความคิดฆ่าตัวตาย
Varenicline	ลด reward/craving ในผู้ใหญ่/วัยรุ่นใหญ่ตอนต้น (มีหลักฐานในผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าอายุ 16–25 ปี)	คลื่นไส้ ฝันชัด นอนไม่หลับ ประเมิน mood/suicidality
Cytisine/Cytisinicline	ทางเลือกในบางแนวทาง	ขึ้นกับความพร้อมของยาและข้อกำหนดในระบบบริการ
Nortriptyline	second-line บางบริบท	anticholinergic, arrhythmia, overdose risk; หลีกเลี่ยงในผู้ที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ไม่แนะนำในวัยรุ่น

หลักสำคัญ: 10–17 ปี ใช้ยาเฉพาะรายโดยแพทย์/ผู้เชี่ยวชาญ 18–24 ปี พิจารณาตามแนวทางผู้ใหญ่
ได้มากขึ้นเมื่อไม่มีข้อห้ามและมีการติดตาม

ภาคผนวก 8 แบบติดตาม 7 ครั้ง

ระยะติดตาม	สิ่งที่ควรทำ
ครั้งที่ 1 / สัปดาห์ที่ 1	ทบทวนแผนเลิก (4 ล/5D), craving/withdrawal, MI; ผู้ที่ยังไม่พร้อมเลิกใช้ 5R
ครั้งที่ 2 / สัปดาห์ที่ 2	trigger management, 5D, ปรับแผน; ผู้ที่ยังไม่พร้อมเลิกใช้ 5R
ครั้งที่ 3 / เดือนที่ 1	relapse prevention, MI/CBT, ประเมินลดใช้/หยุดใช้
ครั้งที่ 4 / เดือนที่ 2	family education, mood/sleep, school/work function
ครั้งที่ 5 / เดือนที่ 3	self-help/support system, relapse prevention
ครั้งที่ 6 / เดือนที่ 6	social support, outcome, step-down/step-up
ครั้งที่ 7 / เดือนที่ 12	long-term abstinence/reduction, maintenance plan

ภาคผนวก 9 แบบฟอร์มส่งต่อ 1600

หัวข้อ	บันทึก
ผู้รับบริการ/ผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้ส่งข้อมูล (ชื่อ เบอร์โทรศัพท์ เวลาที่สะดวก และข้อมูลการใช้) แก่ศูนย์ 1600 เพื่อรับคำปรึกษาทางโทรศัพท์หรือไม่	☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม
ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม	ผู้รับบริการ ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้เยาว์)
ชื่อ-สกุล	
เบอร์โทรศัพท์	
เวลาที่สะดวกให้โทรกลับ	
อายุ / วันเกิด	 ปี วันเกิด/...../.....
หน่วยบริการผู้ส่ง / ผู้ติดต่อกลับ / วันที่ส่ง	
ข้อควรแจ้ง 1600	☐ ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ☐ บุหรี่มวนร่วม ☐ พร้อมเลิก ☐ ลังเล ☐ ต้องการคำแนะนำผู้ปกครอง
การยืนยันการรับต่อ	☐ 1600 ติดต่อผู้รับบริการแล้ว วันที่ ☐ ติดต่อไม่ได้
หมายเหตุ	1600 เป็นตัวช่วยเสริม ไม่แทนการส่งต่อทางคลินิกในกลุ่มแดง

ภาคผนวก 10. สรุป Workflow สำคัญสำหรับการใช้งานจริง

1) OPD screening workflow: คัดกรอง → ประเมิน HVI/HSI + readiness + red flags → จัดระดับ → ให้ brief/intensive counseling ± medication → เชื่อมครอบครัว/โรงเรียน/เครือข่าย → ติดตามต่อเนื่อง

2) IPD workflow: รับไว้ดูแล → ประเมินการใช้/อาการถอน/ความปลอดภัย → รักษาตามระดับ → วาง discharge plan → นัดติดตาม/ส่งต่อแบบ closed-loop

3) Family/environment workflow: ประเมิน exposure และผู้ใช้ในบ้าน → ทำบ้าน/รถปลอดบุหรี่ → ลดการเข้าถึงอุปกรณ์ → เชื่อมผู้ปกครอง/สมาชิกบ้านเข้าสู่บริการช่วยเหลือ → reinforce ทุกครั้ง

4) Referral workflow: เลือกจุดรับต่อที่เหมาะสมตามอายุและปัญหา → ขอความยินยอม → ส่งข้อมูลจำเป็น → ยืนยันการรับต่อ/นัดหมาย → ติดตามผลกลับ

รายชื่อคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการช่วยเหลือน้ำหนักและไฟฟ้า

ที่	ชื่อ-สกุล / ตำแหน่ง /สังกัด	หน้าที่
1	อธิบดีกรมการแพทย์	ที่ปรึกษา
2	นางสมศรี เฝ้าสวัสดิ์ นายกแพทยสภา	ที่ปรึกษา
3	นายสุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์	ที่ปรึกษา
4	รองอธิบดีกรมการแพทย์ที่ได้รับมอบหมาย	ประธาน
5	นางจินตนา ยูนิพันธุ์ ผู้อำนวยการศูนย์บริการฉุกเฉินทางโทรศัพท์แห่งชาติ	กรรมการ
6	ผู้อำนวยการกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ	กรรมการ
7	นางสาวกนกวรรณ โมสิกันนธ์ นายแพทย์โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์	กรรมการ
8	นางสาวณพิชา มากแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์	กรรมการ
9	นายภูมิภัทรสรุติ เมธพันธ์ นายแพทย์โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์	กรรมการ
10	นางสาวลดาพร นุชสุดสวาท พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) กรมการแพทย์	กรรมการ
11	นางสาวจามรี ณ บางช้าง นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	กรรมการ
12	นางศิริวรรณ ชีโพธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์	กรรมการ
13	นายภาคภูมิ รุ่งประเสริฐ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี 2 กรมการแพทย์	กรรมการ
14	นางพนมวรรณ หอมสนธิ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลราชวิถี 2 กรมการแพทย์	กรรมการ

ร.	ชื่อ-สกุล / ตำแหน่ง /สังกัด	หน้าที่
15	นางประภาศรี วงษ์สุวรรณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์	กรรมการ
16	นางปรียา สาโนนสูง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์	กรรมการ
17	นางจุฑามาศ โกสียะกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์	กรรมการ
18	นางจันทนา เจริญสุวรรณ นักจิตวิทยา โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์	กรรมการ
19	นางพึงใจ เขียนดวงจันทร์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	กรรมการ
20	นางสาวสาสินี ไทยวัช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์	กรรมการ
21	นายภสกร อวรรณมล นายแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการ
22	นางอรรณ เมืองสำราญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรรมการ
23	นายอภิชาติ เรณูพัฒนานนท์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	กรรมการ
24	นางสาวปิยะพร ไล่มั่นคง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	กรรมการ
25	นางเปี่ยมลาภ แสงสายัณห์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	กรรมการ
26	นางสาวดวงใจ ดุตัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์	กรรมการ
27	นางสาวฐนันทธร ทรงจิตสมบูรณ์	กรรมการ

ที่	ชื่อ-สกุล / ตำแหน่ง /สังกัด	หน้าที่
	นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขากุมารเวชกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	
28	นางสุกัญญา เพชรมะโนรา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	กรรมการ
29	นางสาวจารุภัทร อัครพลังกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม ปฏิบัติราชการที่โรงพยาบาลมหาระงีชลบุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
30	นายวสุ แด่บัวฮวด เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลมหาระงีชลบุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
31	นางสาวศศิธร อินทร์แก้ว นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาระงีชลบุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
32	นางวราภรณ์ บัวเผื่อน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาระงีชลบุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
33	นางสาวณภัสนันท์ เจริญทรัพย์ นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาเวชกรรมทั่วไป โรงพยาบาลมหาระงีชลบุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
34	นายอัศวรณ จิตเย็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาระงีชลบุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
35	นายเกษณดนัย ดันติเศรษฐ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมหาระงีชลบุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
36	นางเพชรไทย นิรมานสกุลพงศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาระงีชลบุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
37	นางสาวนฤมล โพธิ์เปี้ยศรี นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมหาระงีชลบุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
38	นางสาวนิริญา วิกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาระงีชลบุรี กรมการแพทย์	กรรมการ

ร	ชื่อ-สกุล / ตำแหน่ง /สังกัด	หน้าที่
39	นายธีรพล ก่อธรรมนิเวศน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กรมการแพทย์	กรรมการ
40	นายณัฐชนม ลำลี พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี กรมการแพทย์	กรรมการ
41	นางสาวอรจิต กำเนิดทอง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์บุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
42	นางสาวชนากษ์ หนูสังข์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราลงกรณ์บุรี กรมการแพทย์	กรรมการ
43	นางสาวรุ่งทิพา ถาวร นายแพทย์ชำนาญการ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์	กรรมการ
44	นางสาวรส ทาบุญสม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์	กรรมการ
45	นางปิยนันท์ สงทอง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์	กรรมการ
46	นางสาววรัญญา ไชยสาลี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านส่งเสริมพัฒนา โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา กรมการแพทย์	กรรมการ
47	นายจักรพันธ์ สืบพันธ์โพธิ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์	กรรมการ
48	นางกนกวรรณ บุญประสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น กรมการแพทย์	กรรมการ

ร.	ชื่อ-สกุล / ตำแหน่ง / สังกัด	หน้าที่
49	นางสาวไพบรียา ลิ่มนรินทร์ นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กรมการแพทย์	กรรมการ
50	นางนุรฮายาตี มีเหาะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี กรมการแพทย์	กรรมการ
51	นางสาวเกศินี วิสุทธิเทพกุล นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์	กรรมการ
52	นางสาวณิชาลภา พัทธกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์	กรรมการ
53	นายเศรษฐ วัฒนยา นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรมการแพทย์	กรรมการ
54	นางเบญญทิพย์ นฤพรพัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี กรมการแพทย์	กรรมการ
55	นางสาวอภิวรรณ ณัฐมนวรกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านส่งเสริมพัฒนา สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
56	นางสาวรติมา ศิลปสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์	กรรมการ
57	นางธัญรัช ทิพย์วงษ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน	เลขานุการและกรรมการ
58	นางสาวภัทราภรณ์ กิณ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	ผู้ช่วยเลขานุการและ กรรมการ
59	นางวรางคณา รัชังงาน นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	ผู้ช่วยเลขานุการและ กรรมการ

ร.	ชื่อ-สกุล / ตำแหน่ง / สังกัด	หน้าที่
60	นางสาวกชพร เฝือกผ่อง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์	ผู้ช่วยเลขานุการและ กรรมการ



กรมการแพทย์
Department of Medical Services