

คำแนะนำการดูแลรักษา ปัญหาจากการใช้สารเสพติด

RECOMMENDATIONS FOR THE CLINICAL MANAGEMENT AND TREATMENT OF SUBSTANCE-RELATED DISORDERS

สนับสนุนโดย
แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)
และ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ : วัฒน กัลยาศิริ
ธีรยุทธ รุ่งนรินทร์

คำแนะนำการดูแลรักษา ปัญหาจากการใช้สารเสพติด

RECOMMENDATIONS FOR THE CLINICAL MANAGEMENT AND TREATMENT OF
SUBSTANCE-RELATED DISORDERS

บรรณาธิการ : รัศมน กัลยาศิริ

ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์

สนับสนุนโดย

แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

สงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง

เลขที่ 131 ถนนช้างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201

www.i-mapthailand.org

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤษภาคม 2558

จำนวนหน้า : 157 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 1,500 เล่ม

รูปปกหน้าและหลัง : ร.อ. พลภัทร สีโรดม ร.น.

ออกแบบ/พิมพ์ : รัศมน กัลยาศิริ และ ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์/ โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลอ้างอิง

รัศมน กัลยาศิริ และ ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์, บรรณาธิการ. คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด.

กรุงเทพมหานคร: แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2558

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ สามารถจัดเก็บ หรือพิมพ์ซ้ำ ในรูปแบบใดก็ได้โดยไม่ต้องขออนุญาต หากทำไปเพื่อการศึกษาโดยไม่แสวงหาผลกำไรและได้ใส่ข้อมูลอ้างอิง อย่างไรก็ตาม ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ้ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน ผรส. โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.i-mapthailand.org

คณะผู้ดำเนินงาน

1. พล.ท.วีระ	เชื่องศิริกุล	ที่ปรึกษา	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. รศ.ดร.พญ.สาวิตรี	อัษฎางค์กรชัย	ประธาน	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ศ.นพ.มานิต	ศรีสุรภานนท์	กรรมการ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
4. พ.อ.หญิงนภาพร	หิรัญวิวัฒน์กุล	กรรมการ	วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
5. พญ.พันธุ์ณา	กิตติรัตน์ไพบูลย์	กรรมการ	กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
6. รศ.พญ.สุวรรณา	อรุณพงศ์ไพศาล	กรรมการ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
7. พ.อ.พิชัย	แสงชาญชัย	กรรมการ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
8. รศ.นพ.เธียรชัย	งามทิพย์วัฒนา	กรรมการ	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
9. รศ.พญ.สุรินทร์พร	ลิขิตเสถียร	กรรมการ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. อ.นพ.อรรถพล	สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง	กรรมการ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
11. พญ.บุญศิริ	จันศิริมงคล	กรรมการ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
12. นพ.นพพร	ตันติรังสี	กรรมการ	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
13. นพ.อภิศักดิ์	วิทยานุกุลลักษณะ	กรรมการ	โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
14. นพ.दनัย	อินทรกำแหง	กรรมการ	โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
15. พ.ท.ผดุงเกียรติ	เขาวนกระแสนินธุ์	กรรมการ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
16. พ.ท.พลั้งสันต์	จงรักษ์	กรรมการ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
17. พ.ต.ณัฐพล	โชคไมตรี	กรรมการ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
18. นพ.อภิชาติ	เรณูวัฒนานนท์	กรรมการ	สถาบันธัญญารักษ์
19. พญ.วัลย์จิภา	วิทยาศัย	กรรมการ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
20. พญ.ภัทราภรณ์	กีนร	กรรมการ	สถาบันธัญญารักษ์
21. พญ.วนิดา	รัตนสุมาวงศ์	กรรมการ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
22. พญ.วิชาวรรณ	ชูแก้ว	กรรมการ	สถาบันธัญญารักษ์
23. ผศ.พญ.รัศมน	กัลยาศิริ	กรรมการและเลขานุการ	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
24. นพ.ธีรยุทธ	รุ่งนิรันดร์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
นางสาวกุลธิดา	ราชสมบัติ	ผู้ประสานงาน	

ที่อยู่ผู้ติดต่อ:

ผศ.พญ. รัศมน กัลยาศิริ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถนนพระราม 4
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 ที่อยู่อีเมล rasmon.k@chula.ac.th โทร. 0-2256-4298

คณะผู้วิพากษ์

1. นายแพทย์อดิศักดิ์	งามขจรวิวัฒน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี
2. ผศ.ดร.นพ.อภิรักษ์	อร่ามรัตน์	หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. คุณรุ่งทิพย์	ประเสริฐชัย	พยาบาลวิชาชีพ	โรงพยาบาลรามธิบดี
4. นางจันทร์เพ็ญ	มูลศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น
5. นางนภัสสรณ์	รังสิเวโรจน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่
6. นางนพวรรณ	อุปคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจอมทอง
7. นางนันท์นภัส	ธนากุลวิวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจอมทอง
8. นางสาวลักษณ	ยาสุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลพร้าว
9. นายแพทย์ธนรัตน์	พุทธชาติ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
10. นายสยาม	มุสิกะไชย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา
11. นายชัยศักดิ์	ศรีภูมิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
12. นางสาวสุนันท์	จำญูสวัสดิ์	นักวิชาการแผนงาน	แผนงาน ผรส.
13. ดร.สุนทรี	ศรีโกสโย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสวนปรุง
14. พญ.สรสพร	จวงษ์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
15. นางวันทนา	ทิพย์มณฑียร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
16. พญ.เนตรนภา	ภมระภา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ	โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
17. นางสาวรัชดาวรรณ	จำหมื่นไวย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลอุดรดิตถ์
18. นพ.รักษ์	รักษตระกูล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ	โรงพยาบาลลำปาง
19. นางอันธิกา	กุลยวง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลลำปาง
20. นพ.อธิป	ตันอารีย์	นายแพทย์ชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
21. นางทัศนีย์	จันทร์สด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
22. นางสาวธาดาวรรณ	ภูมาตนา	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	โรงพยาบาลชุมแพ

คำนิยม

หนังสือ “คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด” เล่มนี้ ได้ดำเนินการจัดทำอย่างเป็นระบบ โดยรวบรวมองค์ความรู้ที่ทันสมัยในการรักษาปัญหาที่เกิดจากการใช้สารเสพติดทั้งสุราและสารเสพติดผิดกฎหมายอื่นๆ อันจะเป็นเครื่องมือเพื่อช่วยแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพในการให้การดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความมั่นใจ อีกทั้งจะมีส่วนช่วยให้แพทย์และทีมสหวิชาชีพเกิดความรู้ความเข้าใจต่อผู้ที่มีภาวะติดปฏิกิริยาหรือโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารฯ อันจะนำไปสู่การให้การดูแลปัญหาดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ในฐานะที่ปรึกษาคณะกรรมการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นองค์กรหลักที่มีพันธกิจในการสนับสนุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนคนไทยมาโดยตลอด และประธานคณะกรรมการกำกับทิศทางของแผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ผมขอชื่นชมคณะผู้ดำเนินงานอันมี รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์แพทย์หญิง สาวิตรี อัมฉนวงศ์กรชัย เป็นประธานผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง รัศมี กัลยาศิริ กับ นายแพทย์ ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์ เป็นเลขานุการ อาจารย์และจิตแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากการใช้สุราและสารเสพติดอีกหลายท่าน ที่ดำเนินการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้ได้คำแนะนำในการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดที่สมบูรณ์เล่มนี้

หนังสือเล่มนี้เกิดขึ้นได้จากความอุตสาหะในการทำงานของคณะผู้ดำเนินการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสถาบันการศึกษาและบริการ ซึ่งผมได้รับรู้การดำเนินงานของโครงการมาตั้งแต่ต้นและรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) อันมี แพทย์หญิง พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ เป็นผู้จัดการแผนงานได้สนับสนุนให้มีการจัดทำคำแนะนำฉบับนี้ โดยหวังว่าคำแนะนำที่จัดทำขึ้นจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญของแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ใช้สารเสพติดอย่างบูรณาการ ซึ่งไม่เพียงแต่ในแง่ของการบำบัดฟื้นฟูแต่ยังมีการป้องกันโดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้คนไทยมีคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ดีขึ้นทั้งด้านกาย ใจ สังคม และมีสุขภาวะดีขึ้นโดยรวมตามเจตนารมณ์ของ สสส.

ศาสตราจารย์นายแพทย์ อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม

ที่ปรึกษาคณะกรรมการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทาง แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

คำนิยม

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราส่วนผู้ใช้สารเสพติดอยู่ในอันดับต้นๆ ของโลก โดยมีนโยบายการดูแลจัดการปัญหาสารเสพติดในการปราบปรามและป้องกันการใช้สารเสพติดอย่างเข้มข้น ซึ่งปัญหาสารเสพติดนั้นจัดเป็นวาระเร่งด่วนในทุกยุคทุกสมัยในวงการสาธารณสุขของโลกและของประเทศไทย เนื่องจากผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เป็นบุคคลในวัยแรงงานอันเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ การพัฒนาคนให้มีความพร้อมทั้งกายและจิตใจย่อมทำให้เกิดความผาสุกทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชนส่วนรวม

อุบัติการณ์ของการใช้สารเสพติดในช่วงทศวรรษหลังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มผู้ที่มีโรคทางจิตเวช ซึ่งในกรณีหลังหากมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้การรักษาโรคทางจิตเวชมีความซับซ้อนยุ่งยากขึ้นและอาจได้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จิตแพทย์และแพทย์ทั่วไปรวมถึงบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลภาวะนี้จากข้อมูลที่ได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพและทันสมัย ทั้งการบำบัดรักษาด้านชีวภาพ และจิตสังคม รวมถึงการวินิจฉัย การประเมิน และการคัดกรอง จึงเป็นที่น่ายินดีที่ได้มีการจัดทำแนวทางคำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดฉบับนี้ขึ้น โดยคณะผู้ทำงานที่มีผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดจากสถาบันต่างๆ ทั่วประเทศ เพื่อค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดอย่างองค์รวมโดยผ่านการประชุมและการวิพากษ์หลายชั้นตอนจากหลากหลายหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องจนได้เป็นคู่มือฉบับนี้ที่สามารถนำไปใช้ได้ในเวชปฏิบัติในบริบทของสังคมไทย

ผมขอแสดงความชื่นชมต่อคณะผู้จัดทำในความตั้งใจและความมานะในการจัดทำคำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดฉบับนี้จนสำเร็จเป็นรูปเล่มที่มีข้อมูลครบถ้วนและสมบูรณ์ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือคำแนะนำเล่มนี้จะสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดได้ดังที่ตั้งใจไว้ทุกประการ

พลโท วีระ เชื่องศิริกุล

ที่ปรึกษาคณะผู้ดำเนินงาน

ถ้อยแถลงจาก นายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

หนังสือ “คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด” ฉบับนี้ จัดทำขึ้นด้วยความร่วมมือร่วมใจของผู้เชี่ยวชาญและการประสานงานรวมถึงการสนับสนุนจากหลายองค์กรชั้นนำของประเทศที่มีความเชี่ยวชาญทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟู ไปจนถึงการกำหนดนโยบายสำคัญของประเทศ ทั้งแผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ภายใต้การกำกับของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) บุคลากรชั้นนำจากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ทั่วประเทศ สถาบันหรือโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์และในสังกัดกรมสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีความตั้งใจให้เป็นคู่มือที่ให้แพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ หรือแพทย์สาขาอื่นๆ รวมถึงบุคลากรทางสุขภาพที่ดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดได้นำไปใช้เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาที่มีมาตรฐานทันกับยุคสมัยและเหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรของประเทศ

ในปัจจุบัน โรคทางกายและทางจิตใจหลายโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้และการติดสารเสพติดอย่างชัดเจน จึงมีความจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในการบำบัดดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดกลุ่มนี้เพื่อแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายและการติดสารเสพติดอย่างเป็นองค์รวมและยั่งยืน อันจะช่วยให้สุขภาพกายและใจของคนไทยดีขึ้นซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ ต่อไปได้

ในฐานะนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ดิฉันมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้เห็นการจัดทำหนังสือเล่มนี้ และขอแสดงความชื่นชมไปยังคณะกรรมการผู้จัดทำทุกท่านที่ได้ร่วมแรงร่วมใจในการผลิตงานคุณภาพเล่มนี้ออกมาเป็นคู่มือคำแนะนำระดับชาติฉบับแรกของประเทศในการให้การดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดสำหรับแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพได้ใช้เป็นเครื่องมือประกอบการดูแลรักษาผู้มีภาวะดังกล่าวในประเทศต่อไป

พันเอกหญิง นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล

นายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ถ้อยแถลงจาก แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.)

การติดสารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญในวงการสาธารณสุขของโลก สำหรับในส่วนของประเทศไทย ในปัจจุบัน ภาวะการใช้และการติดสารเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้นในทุกกลุ่มประชากรโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งปัญหานี้ได้ส่งผลกระทบในหลายด้าน ทั้งก่อให้เกิดโรคทางกายและโรคทางจิตใจต่อตัวผู้ใช้สารเอง ก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัว รวมไปถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมส่วนรวมตามมา การที่แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจในการคัดกรอง ประเมิน และให้การบำบัดดูแลรักษาผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด ทั้งสารเสพติดประเภทสุราที่มีการดื่มกันในวงกว้าง ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอย่างผิดประเภท รวมถึงสารเสพติดอื่นที่ผิดกฎหมาย จะช่วยทำให้ปัญหาต่างๆ ดังที่กล่าวข้างต้นลดลงได้

แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ภายใต้การกำกับของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการติดสารเสพติดจากเหตุผลข้างต้น จึงให้การสนับสนุนการพัฒนา “คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด” ฉบับนี้ขึ้น โดยขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิง รัตนา กัลยาศิริ และนายแพทย์ ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์ ที่ได้ดำเนินการโครงการพัฒนาคำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดขึ้น และขอขอบคุณคณะทำงานทุกท่าน อันมี รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์แพทย์หญิง สาวิตรี อัมณางค์กรชัย เป็นประธานของคณะผู้ทำงาน และ พลโท วีระ เชื้อศิริกุล เป็นที่ปรึกษา และมี พันเอก พิชัย แสงชาญชัย เป็นประธานในการประชุมกลุ่มย่อย รวมทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานด้านการเสพติดจากหลายหน่วยงาน และสถาบันทั้งจากภาคทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม และกระทรวงสาธารณสุข ที่ร่วมกันรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ แสดงความคิดเห็น และร่วมถ่ายทอดประสบการณ์จนพัฒนาได้เป็นคำแนะนำ ฉบับนี้ และยังได้ผ่านขบวนการวิพากษ์คำแนะนำ โดยผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรที่ทำงานด้านสารเสพติดในพื้นที่โดยตรง เพื่อให้ได้คำแนะนำ ที่ครอบคลุมในการดูแลผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดอย่างเหมาะสม กลมกลืนไปกับบริบทในประเทศไทยทั้งในแง่กฎหมายและทรัพยากรที่มีอยู่โดยอ้างอิงการดูแลตามมาตรฐานสากล

ในการนี้ แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ขอขอบคุณคณะกรรมการผู้ดำเนินงาน ผู้มีส่วนร่วมทุกท่าน และทุกองค์กร ที่ร่วมจัดทำ “คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด” ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คำแนะนำ นี้จะมีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

แพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้จัดการแผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

คำนำ

หนังสือเล่มนี้ รวบรวมคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นจิตแพทย์จากมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลทั่วประเทศที่ทำงานทางด้านการดูแลรักษาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด และได้ปรับปรุงข้อแนะนำจากความคิดเห็นของผู้มีประสบการณ์เชี่ยวชาญในการทำงานในพื้นที่กับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ทำให้เหมาะสมในการใช้เป็นคู่มือการดูแลรักษาผู้ป่วยสารเสพติดในระดับประเทศ

รูปแบบของคำแนะนำฉบับนี้ จัดทำให้ง่ายสำหรับแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพในการใช้งาน โดยเรียงลำดับบทตามขั้นตอนการดูแลรักษาซึ่งเน้นการดูแลรักษาในสถานบริการทั้งในช่วงก่อนการรักษา ระหว่างการดูแลรักษา และการติดตามการรักษา จำนวนทั้งสิ้น 12 บท 77 ข้อแนะนำ โดยในแต่ละข้อแนะนำจะมีระดับน้ำหนักของข้อแนะนำ และเกร็ดความรู้ที่เกี่ยวข้องใส่ไว้ใน หมายเหตุ ต่อท้ายข้อแนะนำสำหรับการทำความเข้าใจกับข้อแนะนำนั้นๆ และจะมีตัวอย่างวิธีการปฏิบัติที่สั้นและกระชับที่เกี่ยวข้องกับข้อแนะนำแต่ละข้อต่อท้ายร่วมด้วย ทำให้คำแนะนำฉบับนี้มีความสะดวกต่อการนำไปใช้งาน โดยมีการอ้างอิงแหล่งข้อมูลสำหรับผู้สนใจในการค้นคว้ารายละเอียดความรู้เพิ่มเติม

ทางคณะผู้ดำเนินงาน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคำแนะนำที่กลั่นกรองมาจากหลักฐานข้อมูลทางวิชาการทั้งระดับประเทศและนานาชาติฉบับนี้ จะสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง โดยทำให้เกิดมาตรฐานในการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะสุราและสารเสพติดผิดกฎหมายในระดับประเทศต่อไป

คณะผู้ดำเนินงาน

กิตติกรรมประกาศ

คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดฉบับนี้ เกิดขึ้นได้จากการสละเวลาและแรงกายแรงใจในการรวบรวมข้อมูลทางวิชาการกลั่นกรองออกมาเป็นคู่มือคำแนะนำโดยคณะกรรมการซึ่งช่วยกันผลักดันให้เกิดการดำเนินงานนี้ขึ้น ขอขอบคุณคณะผู้วิพากษ์จากหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวกับปัญหาจากการใช้สารเสพติดทั่วประเทศที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์เพื่อใช้ในการปรับปรุงข้อคำแนะนำจนได้เป็นคู่มือคำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดเล่มนี้

ขอขอบพระคุณพลโทวีระ เชื้อศิริกุล รองศาสตราจารย์ดอกเตอร์แพทย์หญิงสาวิตรี อัษณางค์กรชัย พันเอกหญิงนพพร หิรัญวิวัฒน์กุล และ พันเอกพิชัย แสงชาญชัย เป็นอย่างสูงที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ คำชี้แนะแนวทางในการดำเนินการจัดทำคู่มือคำแนะนำฉบับนี้มาโดยตลอด โดยได้ให้ข้อคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาและการจัดทำจนสามารถดำเนินการจัดทำได้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล รองศาสตราจารย์นายแพทย์เอียรชัย งามทิพย์วัฒนา ศาสตราจารย์นายแพทย์มานิต ศรีสุภานนท์ อาจารย์นายแพทย์ อรรถพล สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และแพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล เป็นอย่างสูงที่ได้ให้ความคิดเห็นอันมีประโยชน์และมีคุณค่าต่อการพัฒนาคู่มือคำแนะนำฉบับนี้มาตั้งแต่ต้น

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุรินทร์พร ลิขิตเสถียร นายแพทย์นพพร ต้นตรังสี นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์ นายแพทย์ดนัย อินทรกำแหง พันโทผดุงเกียรติ เขาวนกระแสนธุ์ พันตรีณัฐพล โชคไมตรี นายแพทย์อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์ แพทย์หญิงวัลย์จิภา วิทยาศัย และแพทย์หญิงภัทราภรณ์ กิณร ที่ได้ทำงานอย่างหนักในการรวบรวมหลักฐานทางวิชาการเพื่อการประชุมกลุ่มย่อย และขอขอบพระคุณพันโทพลั้งสันต์ จงรักษ์ แพทย์หญิงวนิดา รัตนสุมาวงศ์ และแพทย์หญิงริชาพรรณ ชูแก้ว ในการเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินการ รวมถึงผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัศมน กัลยาศิริ และนายแพทย์ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์ ในการเป็นเลขานุการคณะผู้ดำเนินการจัดทำ

ท้ายสุดนี้ คณะผู้ดำเนินงานขอขอบพระคุณแผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) โดยมีแพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ผู้อำนวยการแผนงาน ในการสนับสนุนการดำเนินการจัดทำรวมถึงการช่วยติดต่อประสานงานและดำเนินการจัดพิมพ์เผยแพร่ ขอขอบพระคุณสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและคณะเจ้าหน้าที่จากภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในการอำนวยความสะดวกและประสานงานการดำเนินการตั้งแต่การจัดประชุมตลอดไปจนถึงการดำเนินการตีพิมพ์จนได้เป็นหนังสือคู่มือคำแนะนำฉบับสมบูรณ์เล่มนี้

คณะผู้ดำเนินงาน

สารบัญ

		หน้า
บทที่ 1	Introduction บทนำ รัศมน กัลยาศิริ และ ธีรยุทธ รุ่งนรินทร์	1
บทที่ 2	Screening การคัดกรอง สาวตรี อชันนางค์กรชัย, เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา	7
บทที่ 3	Clinical Assessment การประเมินทางคลินิก นพพร ตันติรังสี, เขียวชัย งามทิพย์วัฒนา, รัศมน กัลยาศิริ	17
บทที่ 4	Treatment Planning and Outcome Evaluation การวางแผนและประเมินผลการรักษา นพพร ตันติรังสี	23
บทที่ 5	Brief Intervention การบำบัดอย่างย่อ นพพร ตันติรังสี	27
บทที่ 6	Treatment of Intoxication การรักษาภาวะเมาสารเสพติด สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร	33

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 7	Detoxification การถอนพิษ สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, ดนัย อินทรกำแหง, รัศมน กัลยาศิริ	45
บทที่ 8	Pharmacotherapy การใช้ยาในการบำบัด สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, รัศมน กัลยาศิริ, ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร์ ผดุงเกียรติ เขาวนกระแสดินธุ์, มานิต ศรีสุรภานนท์	65
บทที่ 9	Psychosocial and Community-Based Treatments การบำบัดทางจิตสังคม และการบำบัดในชุมชน พิชัย แสงชาญชัย, พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์ ภัทราภรณ์ กิณร, วิชาพรณ ชูแก้ว, วนิดา รัตนสุมาวงศ์, ณัฐพล โชคไมตรี	91
บทที่ 10	Aftercare and Outcome Evaluation การดูแลหลังการรักษา และการประเมินผล ผดุงเกียรติ เขาวนกระแสดินธุ์	115
บทที่ 11	Harm reduction การลดอันตราย อภิศักดิ์ วิทยานุกุลลักษณ์	119
บทที่ 12	Special Population กลุ่มประชากรเฉพาะ สาวิตรี อัจฉนวงศ์กรชัย, วลัยฐิภา วิทยาศัย, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล	127

1. Introduction (บทนำ)

ปัญหาการติดสารเสพติด (substance dependence) เป็นปัญหาสำคัญและเร่งด่วนของวงการสาธารณสุขทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย อุบัติการณ์ของการใช้สารเสพติดทั้งแบบอันตรายและแบบพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น จากสารเสพติดที่อนุญาตให้ใช้ได้ตามกฎหมาย เช่น สุรา บุหรี่ และสารเสพติดผิดกฎหมาย เช่น ยาบ้า ยาไอซ์ (amphetamine-type stimulants หรือ ATS) กัญชา (cannabis) พืชกระท่อม (*Mitragyna speciosa*) ผีนกเขา (opioids) ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ (sedatives) และ สารระเหย (inhalants) เป็นต้น⁽¹⁾ ซึ่งปัญหาที่พบจากการใช้สารเสพติดเหล่านี้ ไม่เพียงส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ใช้สารเองรวมไปถึงครอบครัว⁽²⁾ แต่ยังส่งผลกระทบต่อระบบสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ⁽³⁾ ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม อาชญากรรม และก่อให้เกิดผลกระทบในระดับชุมชน ภูมิภาค และภาพรวมในระดับประเทศตามมา ในประเทศไทยพบว่า ผู้มีความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากการเสพติดออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมีจำนวนสูงขึ้น⁽⁴⁾ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมแพทย์และทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ทั้งในช่วงก่อนเข้ารับการรักษา ช่วงเข้ารับการรักษา และช่วงติดตามต่อเนื่อง และการทำงานประสานกัน ทั้งระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อสร้างระบบการบำบัดรักษาแก้ไขปัญหามติดสารเสพติด อย่างเป็นองค์รวมและยั่งยืนจากระดับเล็กสุด คือ ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ภูมิภาค จนถึงระดับประเทศ โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ติดสารเสพติดส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษา แม้ว่าส่วนหนึ่งอาจมีความสามารถในการหยุดการใช้สารเสพติดได้ด้วยตนเอง

การติดสารเสพติดเกิดจากการได้รับสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ที่ส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกเคลิ้มสุข และกลไกการออกฤทธิ์ของสารนั้น ทำให้ผู้ที่ได้รับสารต้องใช้สารอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถหยุดใช้สารได้ ทั้งๆ ที่สารเหล่านั้นก่อให้เกิดอันตราย⁽⁵⁾ การติดสารเสพติดเป็นภาวะความผิดปกติที่เป็นเรื้อรังและกลับเป็นซ้ำได้ แม้หลังจากหยุดการใช้สารเสพติดนั้นได้สำเร็จ โดยในระยะเริ่มต้นผู้ใช้สารเสพติด มักจะเริ่มใช้สารแบบทดลอง แต่ต่อมาอาจเริ่มใช้สารมากขึ้นตามโอกาสหรือเหตุการณ์เฉพาะ เช่น ใช้ทุกครั้งที่ไปร่วมงานสังสรรค์กับเพื่อนฝูง จนกระทั่งใช้สารเป็นประจำ โดยหากไม่หยุดพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในระยะนี้ อาจเกิดการดำเนินโรค จนถึงขั้นมีการใช้สารอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถหยุดใช้สารได้แม้ว่าตนเองจะต้องการลดหรือหยุดการใช้แล้ว จนเกิดปัญหาจากการใช้สารและเข้าสู่ภาวะการติดสารเสพติดในที่สุด⁽⁶⁾

ในทางการแพทย์ กลไกการติดสารเสพติดดังกล่าวจะสัมพันธ์กับความผิดปกติในการทำงานของสมอง เช่น สมองส่วนหน้า (prefrontal cortex) ที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจ และการยับยั้งชั่งใจ สมองส่วนกลาง (midbrain) และนิวเคลียสแอคคัมเบนส์ (nucleus accumbens) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับกลไกการให้รางวัล (reward system) สมองส่วนฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ที่เกี่ยวข้องกับความจำอันเกี่ยวกับผลของสาร เป็นต้น โดยในระดับโมเลกุล จะมีสารสื่อประสาท เช่น โดปามีน (dopamine) เป็นสารหลักในกลไกการเสพติด โดยเฉพาะที่สมองส่วนบริเวณ nucleus accumbens การใช้สารเสพติดโดยทั่วไปจะทำให้เกิดการหลั่ง

หรือเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาท dopamine มากขึ้น ส่งผลให้สมองเกิดการปรับตัวจากการเพิ่มขึ้นของ dopamine โดยอาจปรับตัวโดยการสร้าง dopamine ลดลง หรืออาจปรับโดยการลดจำนวนตัวรับ dopamine (receptors) อันเป็นสมมติฐานหนึ่งของกลไกการติดสารเสพติดที่แพร่หลายและสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย เนื่องจากการปรับตัวของสมองดังกล่าว ส่งผลให้ตัวกระตุ้นความสุขตามธรรมชาติจากเดิมที่ทำแล้วมีความสุข ไม่สามารถทำให้เกิดความสุขได้ในระดับเดิม จึงเกิดการใช้สารอย่างต่อเนื่องและเพิ่มปริมาณการใช้สารมากขึ้น เพื่อทำให้คงความรู้สึกเป็นสุขไว้นั่นเอง⁽⁵⁾

ก่อนที่แพทย์และทีมสหวิชาชีพผู้รักษาจะเลือกใช้วิธีในการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติดนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียุทธศาสตร์และหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนว่าวิธีที่เลือกใช้นั้น มีประสิทธิภาพจริงและมีความคุ้มค่าที่จะนำไปใช้ ซึ่งในการบำบัดรักษาภาวะการใช้และติดสารเสพติดนั้น ประกอบไปด้วยการรักษาโดยใช้ยา เช่น การใช้ยาสำหรับการลดอาการขาดสารเสพติดหรือการถอนพิษ^(7, 8) หรือการใช้ยาเพื่อป้องกันการกลับไปเสพติดซ้ำ⁽⁹⁻¹¹⁾ การบำบัดทางจิตสังคม⁽¹²⁾ และการบำบัดในชุมชน เช่น การสัมภาษณ์และการบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing, Motivational Enhancement Therapy) ในการเข้าบำบัดรักษา การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การปรับพฤติกรรมโดยการให้รางวัล (Contingency Management) การดูแลช่วยเหลือครอบครัว (Family Intervention) ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) หรือการใช้วิธีบำบัดแบบอื่นๆ เช่น การเสริมแรงทางชุมชน (Community Reinforcement Approach) การบำบัดแบบแมทริกซ์ (Matrix model) หรือแบบใช้หลักการ 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation model) เป็นต้น รวมไปถึงการให้คำปรึกษา (counseling) ในแต่ละครั้งที่มาเข้ารับการดูแลบำบัด

อย่างไรก็ตาม การบำบัดและดูแลรักษาผู้มีปัญหาการใช้หรือติดสารเสพติดที่ใช้กันอยู่ในประเทศไทย ยังมีความหลากหลายและไม่เป็นระบบ โดยขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้งในส่วนของตัวผู้เข้ารับการรักษาเองซึ่งมี ลักษณะที่ต่างกันของภาวะติดสารและโรคที่เป็นร่วม หรือปัจจัยทางครอบครัว ปัจจัยทางบุคลากรผู้รักษา เช่น ความถนัดในการใช้ยาหรือวิธีการรักษาทางจิตสังคม รวมถึงความจำกัดของทรัพยากรในการดูแลบำบัดรักษา ทั้งในเรื่องสถานที่ ทีมงาน และเวชภัณฑ์ ทำให้การดูแลรักษาการติดสารเสพติดขาดทิศทางและระบบที่ชัดเจน ในการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการใช้หรือติดสารเสพติดให้ได้ประสิทธิภาพและสอดคล้องกับหลักมนุษยธรรมนั้น จำเป็นที่จะต้องมีการรวบรวมองค์ความรู้ในการบำบัดรักษาอย่างเป็นระบบสำหรับแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์เฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ อายุรแพทย์ หรือ แพทย์ทั่วไป และบุคลากรทางสาธารณสุขด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลบำบัดรักษา เพื่อให้บุคลากรดังกล่าวสามารถเลือกใช้การรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทันสมัย เข้าใจได้ง่าย และเป็นการรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของการแพทย์และการสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน โดยบทบาทของผู้ให้การดูแลบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการใช้หรือติดสารเสพติดนั้น ควรมีทัศนคติแบบไม่ตัดสิน และยอมรับผู้ที่ใช้สารเสพติดตามสภาพของผู้ที่เข้ารับการบำบัดโดยปราศจากอคติและการตีตรา

ทั้งนี้ ในทางกฎหมายได้มีการประกาศมาตรฐานสำหรับการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดตามกฎหมาย ในปี พ.ศ. 2543 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 164 พ.ศ. 2543 แบ่งการบำบัดรักษาผู้เข้ารับการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดตามกฎหมาย เช่น ยาบ้า เฮโรอีน ออกเป็น 4 ขั้นตอน และกำหนดมาตรฐาน ขั้นตอน วิธีการ และระยะเวลา สำหรับให้สถานพยาบาลดำเนินการบำบัดรักษา อันประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนให้บำบัดรักษาภายในระยะเวลา 7 วัน เช่น การตรวจวินิจฉัยการติดสารเสพติด การให้คำแนะนำเกี่ยวกับสาร การสร้างแรงจูงใจให้เข้าใจภาวะของตน และให้มีความตั้งใจที่จะรับการบำบัดรักษา และอธิบายขั้นตอนการบำบัดรักษาให้แก่ผู้เข้ารับการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 การถอนพิษ ซึ่งควรทำภายในระยะเวลา 45 วัน ตามวิธีการถอนพิษที่ได้ยื่นต่อกรมการแพทย์ และผ่านการรับรองแล้ว เช่น การให้ความช่วยเหลือใกล้ชิด การให้ยาตามอาการ การให้ยาทดแทน การให้ยาอื่นๆ เช่น ยาระงับอาการอยากยา รวมถึงการแพทย์ทางเลือก เช่น การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการภายใน 180 วัน ประกอบด้วยกิจกรรมหลากหลาย เช่น จิตบำบัด กิจกรรมบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนา นันทนาการ การฝึกวินัย เป็นต้น เพื่อฝึกทักษะต่างๆ ที่จะช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดไม่กลับไปใช้สารเสพติดอีกในอนาคต

ขั้นตอนที่ 4 การติดตาม มีกำหนดระยะเวลา 1 ปี โดยมีการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การสร้างกำลังใจ และการป้องกันการติดซ้ำ มีการเยี่ยมบ้านและนัดติดตามเป็นระยะ เช่น ทุกเดือนที่ 1, 3, 6, และ 12 เป็นต้น

นอกจากนี้ อาจนำมาตรฐานการบำบัดดังกล่าวมาปรับใช้ในการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดอื่น ที่อนุญาตให้ใช้ได้โดยไม่ผิดกฎหมาย เช่น การบำบัดการติดสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตาม เกณฑ์มาตรฐานในการบำบัดการติดสารข้างต้นนั้น ได้พัฒนาและอิงความรู้ที่เกิดขึ้นมาเป็นเวลากว่าสิบปีแล้ว โดยในปัจจุบันได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ จนได้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากการศึกษาทดลองว่า การบำบัดรักษาการติดสารเสพติดชนิดใดที่ได้ผลดี หรือการบำบัดวิธีใดที่อาจไม่ได้ผล ทั้งนี้ ขั้นตอนทั้งสี่ข้างต้น ประกอบไปด้วยส่วนของการคัดกรอง การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผนการรักษา การบำบัดทางยา และการบำบัดทางจิตสังคม สำหรับใช้ในการบำบัดและการดูแลรักษาการติดสารเสพติด ซึ่งดำเนินการไปพร้อมกันในแต่ละขั้นตอน อันจะได้กล่าวรายละเอียดของส่วนประกอบเหล่านี้ต่อไปในแต่ละบทของข้อคำแนะนำนี้

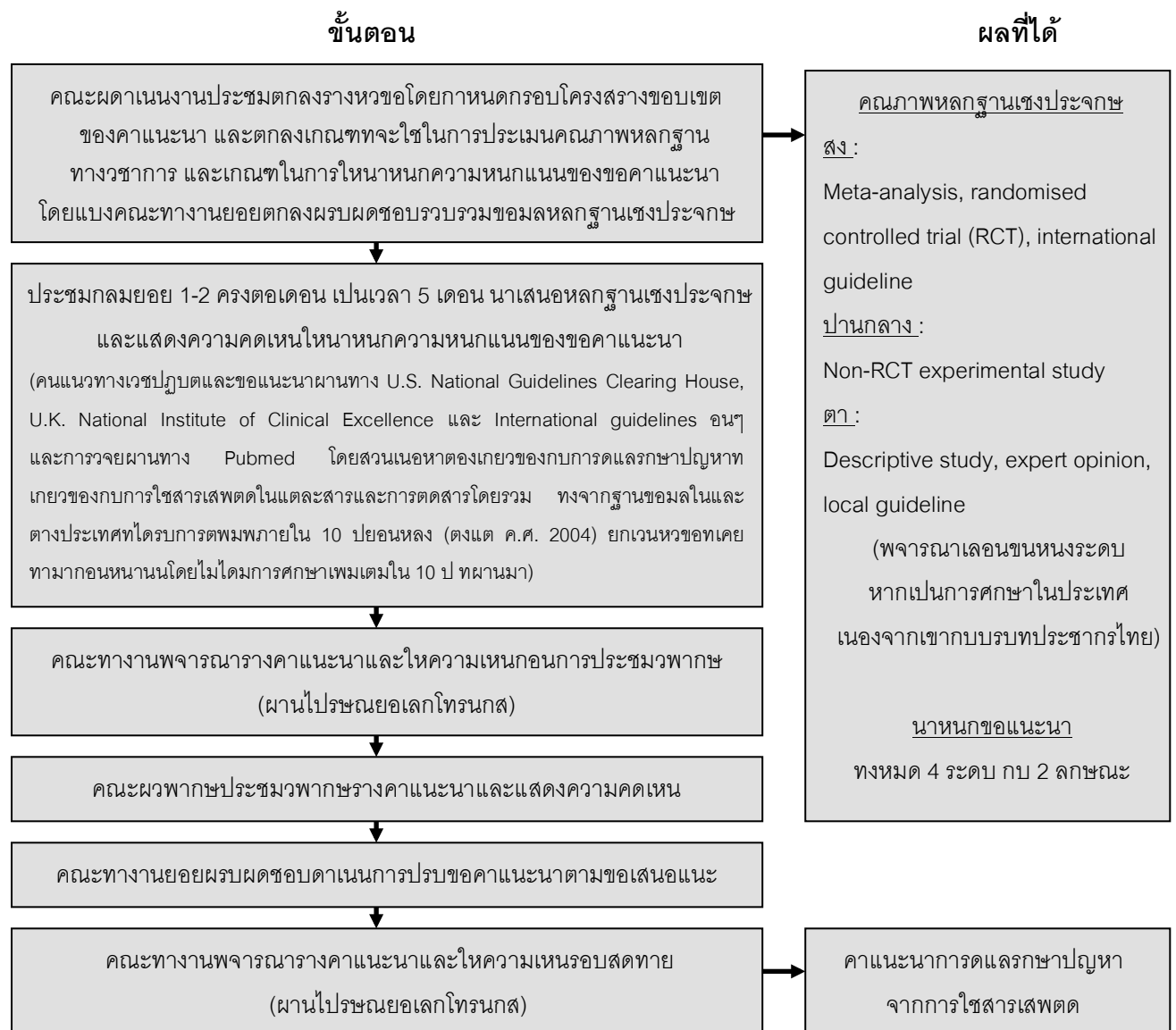
สำหรับข้อคำแนะนำในการดูแลรักษาการติดสารเสพติดฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อนำไปใช้เป็นเครื่องมือ ช่วยในการตัดสินใจสำหรับแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้การดูแลรักษาผู้ที่ติดสารเสพติด โดยมี คณะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการบำบัดและการดูแลรักษาภาวะการติดสารเสพติดในประเทศไทยมาทำการ รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบและลงนามตามต้นฉบับเป็นข้อคำแนะนำเพื่อนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้มีปัญหา

การใช้หรือติดตามเสพติดในประเทศ โดยสามารถนำข้อคำแนะนำนี้ไปใช้ได้ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน และการวินิจฉัยปัญหา การวางแผนและประเมินผลการรักษา การบำบัดรักษาทางจิตสังคม การบำบัดรักษาด้วยยาสำหรับสารเสพติดแต่ละชนิด ตลอดไปจนถึงการดูแลติดตามหลังการบำบัดรักษา และการดูแลรักษาในบริบทที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาในประเทศไทย เช่น การบำบัดแบบทางเลือก รวมถึงกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการใช้หรือติดตามเสพติด เป็นต้น ทั้งนี้ ข้อคำแนะนำการดูแลรักษาการติดตามเสพติดฉบับนี้ได้ละการทำและรวบรวมการรักษาการติดยาเสพติด ยาสูบ หรือผลิตภัณฑ์จากยาสูบเนื่องจากในประเทศไทย ได้มีคณะทำงานอื่นออกคำแนะนำเกี่ยวกับการบำบัดรักษา การติดยาเสพติด หรือยาสูบเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

คำแนะนำการดูแลรักษาการติดตามเสพติดฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจของแพทย์และทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยทางด้านเศรษฐกิจและทรัพยากรที่มีอยู่	
จากการค้นคว้าข้อมูลจากหลักฐานเชิงประจักษ์ประเภทและระดับต่างๆ ในต่างประเทศ (level of evidence) ร่วมกับการนำการศึกษาวิจัยที่มีหลักฐานว่าทำในประเทศไทยมาร่วมพิจารณาการจัดระดับหลักฐานเป็นพิเศษเนื่องจากเข้ากับบริบทของประเทศไทย ทำให้แบ่งน้ำหนักของข้อคำแนะนำ (strength of recommendation) ในการดูแลรักษาการติดตามเสพติดออกเป็น 4 ระดับ กับ 2 ลักษณะ หลังจากผ่านกระบวนการลงมติของคณะกรรมการ โดยน้ำหนักของข้อคำแนะนำมีรายละเอียดและความหมาย ดังต่อไปนี้	
++	ควรทำ
หมายถึง มีฉันทามติและมีหลักฐานสนับสนุนถึงประโยชน์ของการกระทำอย่างชัดเจน	
+	น่าทำ
หมายถึง มีฉันทามติและมีหลักฐานสนับสนุนถึงการกระทำว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษ	
+/-	อาจทำหรือไม่ทำ
หมายถึง ไม่มีหลักฐานสนับสนุนหรือคัดค้าน	
-	ไม่ควรทำ
หมายถึง มีฉันทามติและมีหลักฐานสนับสนุนถึงการกระทำว่ามีโทษมากกว่าประโยชน์	
S	Standard of care
หมายถึง เป็นมาตรฐานในการดูแลพื้นฐาน	
C	Conditional
หมายถึง เป็นไปตามบริบทด้านทรัพยากรและสภาพของชุมชนที่ตั้งของสถานบริการทางสุขภาพ	

หมายเหตุ: การปฏิบัติตามข้อคำแนะนำในการดูแลรักษาการติดเชื้อเสฟติดฉบับนี้ มิได้เป็นหลักประกันว่าการดูแลรักษาจะได้รับผลสำเร็จทุกราย และคำแนะนำต่างๆ เหล่านี้ ไม่สามารถนำไปอ้างอิงทางกฎหมายให้มีการบังคับใช้ปฏิบัติหรือเป็นมาตรฐานในการบำบัดและดูแลรักษาผู้มีปัญหาการใช้หรือติดเชื้อเสฟติดได้ เนื่องจากการดูแลรักษาควรขึ้นกับหลักฐานทางเวชปฏิบัติของผู้ที่มีปัญหาการใช้หรือติดเชื้อเสฟติดเฉพาะราย รวมถึงบริบทของสถานพยาบาล การดูแลรักษาอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามองค์ความรู้ที่พัฒนาไป

ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาคำแนะนำ



บรรณานุกรม

1. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2014 (United Nations publications, Sales No. E.14.XI.7).
 2. Benishek LA, Kirby KC, Dugosh KL. Prevalence and frequency of problems of concerned family members with a substance-using loved one. Am J Drug Alcohol Abuse. 2011; 37: 82-8.
 3. Rice DP. Economic costs of substance abuse, 1995. Proc Assoc Am Physicians. 1999; 111: 119-25.
 4. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555. กรุงเทพฯ: หจก. บางกอกบลิ๊ก: กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต; 2556.
 5. Koob GF, Volkow ND. Neurocircuitry of addiction. Neuropsychopharmacology. 2010; 35: 217-38.
 6. Edward S, Koob GF. Neurobiology of dysregulated motivational systems in drug addiction. Future Neurol. 2010; 5: 393-401.
 7. Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. New Engl J Med. 2003; 348: 1786-95.
 8. Diaper AM, Law FD, Melichar JK. Pharmacological strategies for detoxification. Br J Clin Pharmacol. 2014; 77: 302-14.
 9. Zindel LR, Kranzler HR. Pharmacotherapy of alcohol use disorders: seventy-five years of progress. J Stud Alcohol Drugs Suppl. 2014; 75: 79-88.
 10. Brensilver M, Heinzerling KG, Shoptaw S. Pharmacotherapy of amphetamine-type stimulant dependence: an update. Drug Alc Rev. 2013; 32: 449-60.
 11. Nguyen TA, Hahn JH, Strakowski SM. Pharmacotherapies for treating opioid use disorder. CNS Spectr. 2013; 18: 289-95.
 12. Marsch LA, Dallery J. Advances in the psychosocial treatment of addiction: the role of technology in the delivery of evidence-based psychosocial treatment. Psychiatr Clin North Am. 2012; 35: 481-93.
-

2. Screening (การคัดกรอง)

การคัดกรองปัญหาและความผิดปกติที่เกิดจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นสามารถทำได้ในสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ หน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยบริการทางจิตเวช และหน่วยบริการเฉพาะทางอื่นๆ เช่น หน่วยฝากครรภ์ คลินิกเจ็บปวด หน่วยบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น โดยหลักการแล้ว แพทย์และบุคลากรสุขภาพมีหน้าที่ในการซักประวัติและประเมินความเจ็บป่วย ซึ่งรวมถึงการซักประวัติและประเมินปัญหาที่เกิดจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดผิคมุหมายร่วมกับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ อย่างไรก็ตาม สถานบริการทางสุขภาพทุกแห่งมักมีภาระงานต่างๆ มากมาย และขาดบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญเพียงพอในการประเมินดังกล่าว การคัดกรองเบื้องต้น (screening) จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เพื่อช่วยให้บุคลากรที่ไม่ได้มีความรู้ความชำนาญหรือไม่เคยทำงานในด้านนี้มาก่อน ได้รู้จักการตั้งคำถามในการคัดกรองปัญหาและความผิดปกติที่เกิดจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่นๆ ของผู้ที่มารับบริการ อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ที่ทำงานในด้านนี้มาก่อนแล้วทำงานได้เร็วขึ้น⁽¹⁾

เครื่องมือคัดกรองปัญหาและความผิดปกติบางประเภทสามารถให้ผู้มารับบริการอ่านและตอบได้เอง แต่เครื่องมือคัดกรองบางประเภทจำเป็นต้องอาศัยการสัมภาษณ์ที่ทำโดยบุคลากรสุขภาพหรือผู้ได้รับการฝึก มีหลายการศึกษาที่ได้ยืนยันถึงประโยชน์ของการคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติดผิคมุหมายในสถานบริการทางสุขภาพระดับต่างๆ ซึ่งการคัดกรองนี้ จัดเป็นเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการคัดกรอง-บำบัดอย่างย่อ-ส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป (Screening – Brief Intervention – Referral for Treatment; SBIRT)^(2, 3)

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่มารับบริการทางสุขภาพไม่ว่าด้วยปัญหาทางสุขภาพใดๆ จากสถานบริการทางสุขภาพระดับปฐมภูมิ มักมีปัญหาจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วยสูง และสถานบริการทางสุขภาพมีศักยภาพความสามารถในการคัดกรองปัญหาเบื้องต้นในสถานบริการของตน โดยจากการศึกษาพบว่าบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการทางสุขภาพรู้สึกยอมรับและพึงพอใจที่จะให้บริการการคัดกรองรวมถึงการให้การบำบัดอย่างย่อแก่ผู้ที่มารับบริการ และรู้สึกว่าการคัดกรองเบื้องต้นนี้สามารถก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งกับตัวบุคลากรทางสุขภาพเอง ตัวผู้มารับบริการ และเป็นประโยชน์ต่อชุมชน⁽⁴⁻⁶⁾

ข้อแนะนำที่ 1: ผู้ที่มาใช้บริการทุกคนในสถานบริการทางสุขภาพปฐมภูมิ แผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุ และหอผู้ป่วยใน ควรได้รับการถามประวัติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเพื่อพิจารณาการทำการคัดกรองปัญหาหรือความผิดปกติจากการใช้สุราและสารเสพติดชนิดอื่นๆ ในครั้งแรกที่มาใช้บริการ และติดตามต่อเนื่องตามความเหมาะสม

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++ (C)

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ผู้มาใช้บริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิมาด้วยปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงหลายประเภท อาทิเช่น การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย โดยบุคลากรทางสุขภาพในสถานพยาบาลมักได้รับความไว้วางใจจากผู้บริการ จึงถือเป็นโอกาสสำคัญในการคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่นๆ ซึ่งอาจเริ่มด้วยการถามคำถามเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดชนิดต่างๆ ง่ายๆ สั้นๆ ไปจนถึงการใช้เครื่องมือคัดกรองมาตรฐานที่สั้นและกระชับ โดยขึ้นอยู่กับบริบทของสถานบริการ
- ผู้มาใช้บริการทุกคนตั้งแต่วัยรุ่นขึ้นไปที่มาใช้บริการจากหน่วยสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิควรได้รับการถามเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่นๆ ในครั้งแรกที่มาใช้บริการจากสถานพยาบาล และติดตามต่อเนื่องตามความเหมาะสม อาจจะต้องคัดกรองเป็นประจำทุกปี หรือเมื่อพบว่ามีปัญหาใดๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติด หรือเมื่อมารับการตรวจร่างกายประจำปี⁽⁷⁾
- ผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดชนิดอื่นอาจมาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลด้วยปัญหาหลากหลายรูปแบบ เช่น บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ถูกทำร้ายร่างกาย หรือทำร้ายตนเอง มีภาวะเมาสุรา เสพยาเกินขนาด หรือมีอาการขาดสุรา หรืออาการขาดสารเสพติดชนิดอื่นๆ ดังนั้น การคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่นแม้จะเป็นแบบสั้นๆ ในห้องฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำอย่างยิ่ง
- การถามประวัติการใช้กัญชาในเด็กและเยาวชนที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินด้วยคำถามง่ายๆ เพียงคำถามเดียวก็เป็นประโยชน์เพียงพอ เช่น ถามว่า “ในหนึ่งปีที่ผ่านมา คุณใช้กัญชาบ่อยเพียงไร” โดยมีตัวเลือกคำตอบให้แก่ผู้ตอบว่า “หนึ่งหรือน้อยกว่าหนึ่งครั้ง” หรือ “สองครั้งหรือมากกว่านั้น” การใช้คำถามดังกล่าวสำหรับสารเสพติดชนิดอื่น จึงน่าจะได้ประโยชน์เช่นกัน⁽⁸⁾
- ผู้ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจำนวนมากมีปัญหาการดื่มสุราหรือปัญหาการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะความเจ็บป่วยหรือโรคทางกายที่กำลังเป็นอยู่อย่างมาก อาจพิจารณาทำการคัดกรองและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ทั้งนี้ หอผู้ป่วยในจัดเป็นจุดสำคัญที่สามารถให้บริการคัดกรองได้ เพราะจะสามารถโยนให้ผู้มาใช้บริการเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่กับการดื่มสุราหรือการใช้สารอื่น และสามารถแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่งมักได้ผลลัพธ์ที่ดีเพราะช่วงเวลาดังกล่าวจัดว่าเป็น “ช่วงที่สอนได้” (teachable moment)⁽⁹⁾

ข้อแนะนำที่ 2: ผู้ที่มารับบริการทางจิตเวชทุกคน ควรได้รับการคัดกรองปัญหาหรือความผิดปกติจากการใช้สุรา และสารเสพติดอื่น และคัดกรองซ้ำทุกสามเดือนในรายที่มีอาการเปลี่ยนแปลงหรือน่าสงสัยว่าจะใช้สารเสพติด

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ผู้ที่มารับบริการทางจิตเวชจำนวนมากดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือมีการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายชนิดอื่นๆ การใช้สารดังกล่าวซึ่งมีการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จะส่งผลให้การทางจิตเวชแย่ลงกว่าเดิม อีกทั้งยังทำให้การตอบสนองต่อการรักษาน้อยลง หรืออาจทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลง
- สุราหรือสารเสพติดชนิดอื่นอาจมีปฏิสัมพันธ์กับยารักษาทางจิตเวชหลายชนิดเมื่อนำมาใช้ร่วมกัน ส่งผลให้การรักษาโรคทางจิตเวชไม่ดีเท่าที่ควร จึงควรคัดกรองการดื่มสุราหรือการใช้สารอื่นๆ ร่วมด้วย โดยอาจทำในช่วงที่ซักประวัติทางจิตเวช
- การดื่มสุราอย่างหนักหรือการใช้สารเสพติดอื่นบางชนิดอย่างหนักอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคทางจิตเวช (substance-induced mental disorders) เช่น โรคซึมเศร้าจากการดื่มสุรา (alcohol-induced depressive disorder) โรคจิตจากการใช้สารกลุ่มแอมเฟตามีน (amphetamine-induced psychosis) หรือโรคสมองเสื่อมจากการใช้สารระเหย (inhalant-induced dementia) เป็นต้น
- การคัดกรองการใช้สุราและสารเสพติดชนิดอื่นๆ ในผู้ที่มารับบริการทางจิตเวชทุกคนจึงเป็นสิ่งควรทำการละเลยการถามถึงการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ ในผู้มารับบริการเหล่านี้ อาจส่งผลให้เกิดความผิดพลาดในการดูแลรักษาทางจิตเวช
- เครื่องมือคัดกรองส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกพัฒนามาโดยเฉพาะสำหรับนำมาใช้ในผู้มารับบริการทางจิตเวช เนื่องจากข้อจำกัดทางกระบวนการคิด การรับรู้ สมาธิและการสื่อสาร ของผู้รับบริการบางราย ทำให้การคัดกรองด้วยเครื่องมือที่มีคำถามที่ซับซ้อนอาจจะไม่เหมาะสมโดยเฉพาะผู้ที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรง หรือมีระดับการรู้ตัวบกพร่อง เพราะอาจจะทำให้เกิดความสับสนได้
- จากการศึกษาในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555-2556 พบว่า ผู้ที่เป็นจิตเภทหรือโรคจิตชนิดอื่น ประมาณร้อยละ 48.6 ได้มีการใช้สารเสพติดอย่างน้อยหนึ่งชนิดในสามเดือนที่ผ่านมา โดยร้อยละ 23 ใช้สารมากกว่าหนึ่งชนิด สารที่มีผู้ใช้มากที่สุดได้แก่ ยาสูบ (ร้อยละ 47) รองลงมาคือ สุรา (ร้อยละ 11) และกัญชา (ร้อยละ 1.8) เมื่อจำแนกด้วยแบบคัดกรอง Brief-ASSIST ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ร้อยละ 38 และร้อยละ 8.9 จัดเป็นผู้ใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงตามลำดับ โดยผู้ที่มีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดระดับปานกลางและสูง จะมีอาการทางจิตและความบกพร่องในการทำหน้าที่สูงกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดระดับต่ำ⁽¹⁰⁾

ข้อแนะนำที่ 3: หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรถูกถามถึงปริมาณและความถี่ของการใช้สุราและสารเสพติดชนิดอื่นในช่วงก่อนตั้งครรภ์และระหว่างการตั้งครรภ์ และควรได้รับการคัดกรองปัญหาและความผิดปกติจากการใช้สุราและสารเสพติดชนิดอื่นทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- การใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นในระหว่างการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพมารดาและทารก เช่น คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย รกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption) ภาวะขาดสารเสพติดในทารกแรกเกิด (neonatal abstinence syndrome) หากหญิงตั้งครรภ์ดื่มสุราและใช้สารเสพติดอื่นหลายตัวร่วมกันจะทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้น โดยผลกระทบรุนแรงที่เกิดกับทารกที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา ได้แก่ Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) ซึ่งเป็นกลุ่มความผิดปกติที่ประกอบด้วยภาวะบกพร่องทางสติปัญญา รูปร่างหน้าตา การเคลื่อนไหว และพฤติกรรม โดยระดับที่รุนแรงสูงสุด เรียกว่า Fetal Alcohol Syndrome (FAS)⁽¹¹⁾
- หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นมักจะมีปัญหาในการทำหน้าที่มารดา ส่งผลให้การเลี้ยงดูบุตรเป็นไปอย่างไม่มีคุณภาพ และมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุตรในการเจริญเติบโตต่อไปในอนาคต^(12, 13)
- ควรถามถึงการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่นทั้งในช่วงกำลังตั้งครรภ์และก่อนที่จะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ เพราะหญิงตั้งครรภ์ที่เคยดื่มอย่างหนักหรือใช้สารเสพติดอื่นเป็นประจำมักยังคงดื่มสุราหรือใช้สารนั้นในระดับเดิมจนตั้งครรภ์โดยอาจไม่ทราบว่าตนเองได้ตั้งครรภ์แล้ว หรืออาจจะไม่ทราบว่า การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นของตนเองจะส่งผลเสียต่อทารกในครรภ์ นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุรา หรือติดสารเสพติดอื่น อาจไม่สามารถหยุดการใช้สารนั้นได้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง
- ควรทำการคัดกรองปัญหาจากการใช้สารเสพติดตั้งแต่มาฝากครรภ์ครั้งแรก และควรทำอีกเป็นระยะๆ จนหลังคลอด โดยควรถามรูปแบบการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นก่อนที่จะทราบว่าได้ตั้งครรภ์แล้ว เพื่อจะได้ประเมินแบบแผนการดื่มในระยะสามเดือนแรกของการตั้งครรภ์⁽¹⁴⁾
- หากพบหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นเป็นประจำ ควรให้การดูแลทารกหลังคลอดด้วย ทั้งนี้ หากพบว่าทารกมีลักษณะที่เข้าได้กับ FASD หรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติดังกล่าว ควรส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ติดตามดูแลทารกนั้นต่อไป
- การศึกษาในจังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2556-2557 พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับร้อยละ 1 – 5 มีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นในระหว่างตั้งครรภ์ โดยร้อยละ 30.4 มีปัญหาสุขภาพจิต ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้สารหรือปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ การไม่สมรส/หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย การไม่วางแผนการตั้งครรภ์ และการไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่น⁽¹⁵⁾

ข้อแนะนำที่ 4: ผู้ที่มีอาการเจ็บปวดทุกคนในคลินิกกระดูก ปวด คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคลินิก เอชไอวี/เอดส์ ควรได้รับการคัดกรองปัญหาการใช้สุราและสารเสพติดอื่นๆ เมื่อมาใช้บริการรักษาครั้งแรก และเป็นประจำทุกสามเดือน

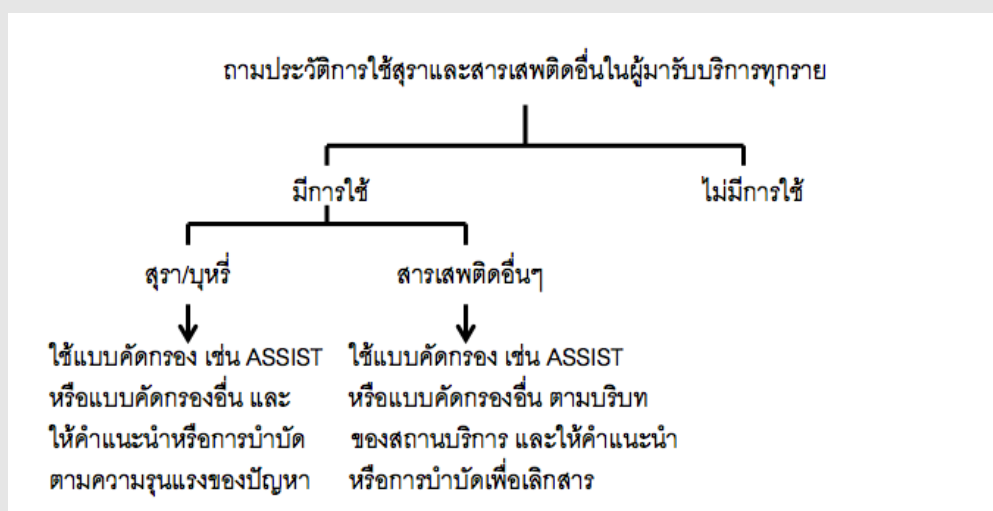
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ผู้ที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรังอาจใช้ยาบรรเทาอาการปวดหรือใช้สารเสพติดผิดกฎหมายบางชนิดร่วมด้วย เพื่อรักษาอาการเจ็บปวด หรือบรรเทาอาการจากโรคอื่นๆ ที่เป็นร่วมกัน เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล จนอาจทำให้ติดสารชนิดนั้นได้ (therapeutic dependence)
- ผู้ที่มีอาการเจ็บปวดเรื้อรังบางรายอาจใช้ยาบรรเทาอาการปวดแบบฉีดแผนมาตั้งแต่ต้นและใช้ต่อเนื่องเรื่อยมา โดยอาจใช้มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น หรือใช้นอกเหนือจากวัตถุประสงค์ทางการแพทย์
- ผู้ที่มีอาการเจ็บปวดอาจมาพบแพทย์ที่คลินิกกระดูกเพื่อขอยาบรรเทาอาการปวดที่เป็นสารเสพติด เช่น ยาแก้ปวดที่เป็นสารกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ (ตัวอย่างเช่น morphine, fentanyl, pethidine, sosegon) เพื่อนำไปใช้บรรเทาอาการปวดให้กับตนเองหรือบางรายอาจนำไปขายต่อให้กับผู้อื่นได้
- สถานบริการทางสุขภาพที่อาจมีผู้ใช้สุราหรือผู้ใช้สารเสพติดชนิดอื่นมาเข้ารับบริการจำนวนมาก เช่น คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกเอชไอวี/เอดส์ ควรจัดให้มีบริการคัดกรองปัญหาจากการใช้สุราและปัญหาจากการใช้สารเสพติดอื่นๆ ร่วมด้วยเช่นกัน

Tips : การถามคำถามง่ายๆ เพียงคำถามเดียวเกี่ยวกับการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดแต่ละชนิด ก็เป็นประโยชน์ เช่น ถามว่า “ในหนึ่งปีที่ผ่านมา คุณใช้...บ่อยเพียงไร” โดยมีตัวเลือกคำตอบให้ตอบว่า “หนึ่งหรือน้อยกว่าหนึ่งครั้ง” หรือ “สองครั้งหรือมากกว่านั้น” ตัวอย่างขั้นตอนการซักประวัติเกี่ยวกับ การใช้สารเสพติดและการคัดกรองที่สามารถทำได้ตามบริบทของสถานบริการทางสุขภาพ มีดังต่อไปนี้



ข้อแนะนำที่ 5: ควรใช้แบบคัดกรอง Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) หรือ แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (V2) ในการคัดกรองปัญหาจากการใช้สุราและสารเสพติดอื่นๆ ในสถานบริการทางสุขภาพ

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++ (C)

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ASSIST เป็นแบบคัดกรองการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดชนิดอื่นๆ ได้แก่ กัญชา โคเคน ยาบ้า สารกล่อมประสาท สารหลอนประสาท สารระเหย ฝิ่นและอนุพันธ์และสารเสพติดอื่นๆ^(16, 17) พัฒนาขึ้นมาโดยนักวิจัยนานาชาติขององค์การอนามัยโลกเพื่อใช้คัดกรองประสบการณ์การใช้สารเสพติดในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ^(18, 19) เนื่องจากใบกระท่อมและสารผสมใบกระท่อม (เช่น สี่คูณร้อย) เป็นสารเสพติดที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุดในประเทศไทย ในแบบคัดกรอง ASSIST ฉบับภาษาไทย จึงได้บรรจุคำถามเกี่ยวกับใบกระท่อมและสารผสมน้ำต้มใบกระท่อมลงไปด้วย^(5, 20, 21)
- แบบคัดกรอง ASSIST จะทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสารเสพติดที่เคยใช้ทั้งหมดช่วงชีวิต และในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา ปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ภาวะติดสารเสพติด และการฉีดสารเสพติด ASSIST เป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีความไวและความจำเพาะในการคัดกรองสารเสพติดแต่ละชนิดสูง สามารถใช้ได้ในพื้นที่หลากหลายวัฒนธรรม โดยได้รับการทดสอบคุณสมบัติมาแล้วในประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย⁽¹⁴⁾ และสามารถใช้กับผู้มีอาการโรคจิตที่มีอาการเป็นครั้งแรกได้⁽²²⁾
- การคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง ASSIST สามารถนำมาใช้ในการเตือนผู้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้สารหรือเตือนว่าการใช้สารเสพติดอาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยที่กำลังประสบอยู่ได้ โดยเมื่อคัดกรองแล้วสามารถเชื่อมต่อไปยังการบำบัดแบบย่อเพื่อช่วยให้ผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงปานกลางขึ้นไปสามารถลดหรือหยุดการใช้สารเสพติด และหลีกเลี่ยงภัยอันตรายอันอาจเกิดจากการใช้สารเสพติดได้
- แบบคัดกรอง ASSIST มีฉบับดัดแปลง ได้แก่ NMASSIST (National Institute on Drug Abuse (NIDA) - modified ASSIST)⁽²³⁾ และฉบับย่อ ได้แก่ Brief-ASSIST ซึ่งมีสองฉบับ ได้แก่ Brief-ASSIST_{TAM} สำหรับใช้คัดกรองในประชากรที่มีความสุขของการใช้ยาบ้าสูง และ ASSIST_{TAC} สำหรับใช้ในประชากรที่มีความสุขของการใช้กัญชาสูง⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ยังมี ASSIST-Lite (Ultra-rapid ASSIST) ซึ่งเป็น ASSIST ฉบับย่อมาก⁽²⁵⁾ ASSIST-Y มีสองฉบับสำหรับใช้กับเด็กอายุ 10-14 ปี และเยาวชนอายุ 15-17 ปี และ eASSIST ซึ่งเป็นฉบับอิเล็กทรอนิกส์ที่ผู้ใช้สามารถอ่านคำถามเลือกคำตอบและคิดคะแนน และมีบัตรคำตอบพร้อมแบบให้ข้อมูลสะท้อนกลับปรากฏบนหน้าจอ
- สำหรับแบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (V2) ประกอบด้วยข้อคำถามสั้นๆ พัฒนามาจากข้อคำถาม ASSIST พร้อมวิธีการดูแลหรือส่งต่อตามระดับความเสี่ยง

ตัวอย่างข้อคำถามและคะแนนจากแบบคัดกรอง ASSIST (ควรใช้ฉบับเต็ม⁽²¹⁾ ในการนำไปใช้)

ก่อนดำเนินการคัดกรอง ควรแสดงท่าทีรับฟัง เป็นมิตร ไม่ตัดสินถูกผิด โดยแสดงความเข้าใจ เห็นใจ และไวต่อความรู้สึกของผู้รับการคัดกรอง และควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองนี้ โดยอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการถามประวัติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด และให้การรับรองว่าคำตอบที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ⁽²¹⁾					
1. ในชีวิตของคุณ คุณเคยใช้สารเสพติดต่อไปหรือไม่ * (การใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง)	ไม่เคย (ให้หยุดทำ)		เคย		
---	ไม่เคย	1-2 ครั้ง	ทุกเดือน	ทุกสัปดาห์	เกือบทุกวัน
2. ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คุณใช้สาร...บ่อยเพียงไร	0	2	3	4	6
3. ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คุณเคยรู้สึกอยากที่จะใช้สาร...อย่างรุนแรง บ่อยเพียงไร	0	3	4	5	6
4. ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา การใช้สาร...ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัวยุติ สงคม กฎหมาย หรือการเงินกับคุณบ่อยเพียงไร	0	4	5	6	7
5. ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา คุณไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะได้ทำตามปกติ เนื่องจากคุณใช้สาร...บ่อยเพียงไร	0	5	6	7	8
---	ไม่เคย	เคย, ภายใน 3 เดือนนี้		เคย, ก่อน 3 เดือนนี้	
6. เพื่อนฝูง ญาติ หรือคนอื่นเคยแสดงความกังวล หรือตกใจเกี่ยวกับคุณเกี่ยวกับการใช้สาร...ของคุณหรือไม่	0	6		3	
7. คุณเคยพยายามหยุดหรือใช้สาร...ให้น้อยลง แต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่	0	6		3	
8. คุณเคยใช้สารเสพติดใดๆ โดยการฉีดหรือไม่ (การใช้นอกเหนือจากแพทย์สั่ง)	☐	☐		☐	

* a. ผลิตภัณฑ์ยาสูบ (บุหรี่ ยาเส้นแบบเคี้ยว ชิการ์ ฯลฯ) b. เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา เบียร์ ไวน์) c. กัญชา (กัญชาแห้ง ยางกัญชา น้ำกัญชา ฯลฯ) d. โคเคน (โค้ก แคร็ก ฯลฯ) e. ยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาอี ไอซ์ สปีด ยาลดความอ้วน ฯลฯ) f. สารระเหย (กาว ทินเนอร์ เบนซิน ไนตรัส ฯลฯ) g. ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับ (วาเลียม โรฮิปนอล ดอไมกัม นาโน โซแลม ฯลฯ) h. ยาหลอนประสาท (แอลเอสดี แอซิด เฮ็ดเมา พีซีพี ยาเค) i. สารกลุ่มฝิ่น (ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟิน เมทาโดน บูพรีนอฟิน โคเดอีน ฯลฯ) j. สารเสพติดอื่นๆ ระบุ.....(เช่น ใบกระท่อม หรือสารผสมน้ำใบกระท่อม ฯลฯ)

บันทึกคะแนนสารเสพติดแต่ละชนิดที่เคยใช้	ให้ความรู้คำแนะนำ	ให้การบำบัดแบบสั้น	ให้การบำบัดที่เข้มข้นมากขึ้น
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	0-10 (ต่ำ)	11-26 (ปานกลาง)	27+ (สูง)
สารเสพติดผิดกฎหมาย	0-3 (เสี่ยง)	4-26 (เสี่ยงมาก)	27+ (เสี่ยงสูงมาก)

บรรณานุกรม

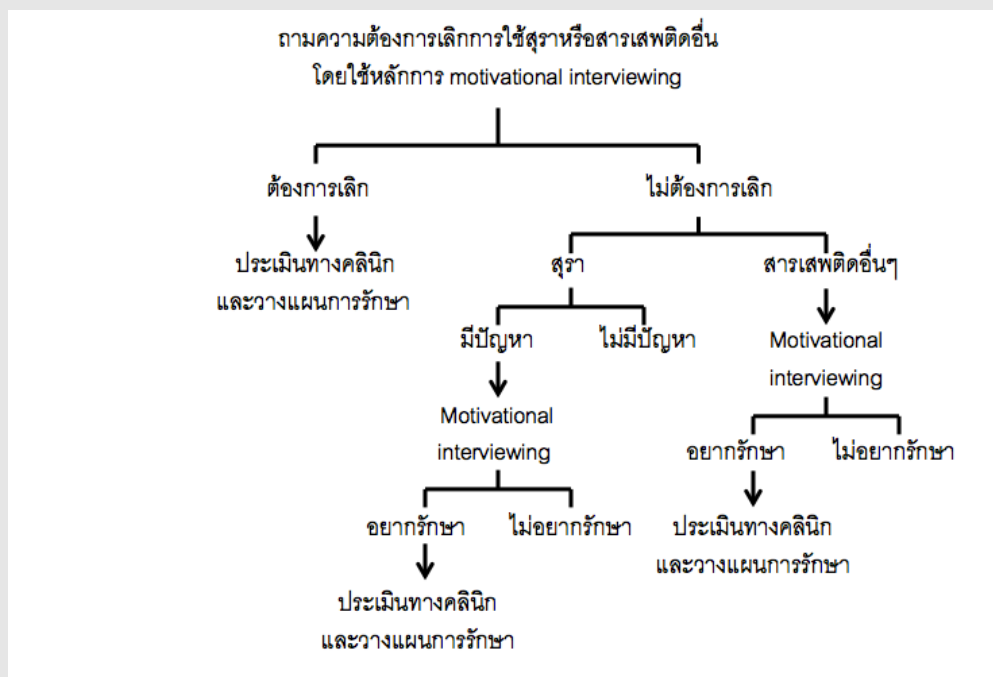
1. Assanangkornchai S, Edwards JG. Screening for nicotine and drug use disorders. In: Nady El-Guebaly N, Galanter M, Carrá G, editors. Textbook of addiction treatment: international perspectives. Heidelberg: Springer; 2015.
2. Babor TF, McRee BG, Kassebaum PA, Grimaldi PL, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. *Subst Abus.* 2007; 28: 7-30.
3. Agerwala SM, McCance-Katz EF. Integrating screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT) into clinical practice settings: a brief review. *J Psychoactive Drugs.* 2012; 44: 307-17.
4. Assanangkornchai S, Balhithip Q, Guy Edwards J. Screening and brief intervention for substance misuse in Thailand. *Public Health.* 2013; 127:1140-2.
5. สาวิตรี อัษณางค์กรชัย, บรรณานิการ. การพัฒนางานบริการคัดกรองและบำบัดอย่างย่อสำหรับผู้ใช้สารเสพติดในระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556.
6. Assanangkornchai S, Balhithip Q, Guy Edwards J, Thailand ASSIST SBI Development Co-investigators. Implementing the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test and linked brief intervention service in primary care in Thailand *J Public Health.* 2014; 36:443-9.
7. Babor TF, Kadden RM. Screening and interventions for alcohol and drug problems in medical settings: what works? *J Trauma.* 2005; 59: 94-100.
8. Newton AS, Gokiart R, Mabood N, Ata N, Dong K, Ali S, et al. Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: a systematic review. *Pediatrics.* 2011; 128: e180-92.
9. Mdege ND, Lang J. Screening instruments for detecting illicit drug use/abuse that could be useful in general hospital wards: a systematic review. *Addict Behav.* 2011; 36: 1111-9
10. Tantirangsee, N., Assanangkornchai, S., Marsden, J. Effects of a Brief Intervention for Substance Use on Tobacco Smoking and Family Relationship Functioning in Schizophrenia and Related Psychoses: A Randomised Controlled Trial. *J Subst Abuse Treat.* 2014 doi: 10.1016/j.jsat.
11. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychol Rev.* 2011; 21:73-80.
12. Taylor P, Bailey D, Green S, McCully C, editors. Substance Abuse During Pregnancy: Guidelines for Screening Revised Edition 2012 ed. Olympia, WA: Washington State Department of Health, Office of Healthy Communities; 2012.
13. Phupong V, Darojn D. Amphetamine abuse in pregnancy: the impact on obstetric outcome. *Arch Gynecol Obstet.* 2007; 276: 167-70.

14. New South Wales Department of Health. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Sydney: NSW Department of Health. 2006 [cited 2013 Dec 6]; Available from: www.health.nsw.gov.au.
15. Assanangkornchai S, Saingam D, Apakupakul N. Identification of alcohol and substance use and mental health problems among pregnant women attending antenatal care in public hospitals in Thailand. The 3rd Asia-Pacific Society for Alcohol and addiction Research Congress; 24-27 April 2014; Shanghai, China: Chinese Association of Drug Abuse Prevention and Treatment (CADAPT); 2014.
16. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*. 2008; 103: 1039-47.
17. Humeniuk R, Henry-Edwards S, Ali R, Poznyak V, Monteiro M. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva: World Health Organization; 2010.
18. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*. 2002; 97: 1183-94.
19. World Health Organization. The ASSIST project - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2010 Jan 8]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html.
20. สาวิตรี อัจฉนาศกรชัย, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, วิมาลา สุธีอดิษฐ์. แบบคัดกรอง ASSIST V3.1. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
21. สาวิตรี อัจฉนาศกรชัย, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. แบบคัดกรอง ประสิทธิภาพการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด-คู่มือเพื่อใช้ในสถานพยาบาลปฐมภูมิ กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการสารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2554.
22. Hides L, Cotton SM, Berger G, Gleeson J, O'Donnell C, Proffitt T, et al. The reliability and validity of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in first-episode psychosis. *Addict Behav*. 2009; 34: 821-5.
23. National Institute on Drug Abuse. NIDA-Modified ASSIST- V2.0. Washington, DC: National Institute of Health; 2013 [cited 2013 April 25]; Available from: <http://www.drugabuse.gov/nidamed/screening/nmassist.pdf>.
24. Drug and Alcohol Services South Australia (DASSA). Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Adelaide: DASSA; 2012 [cited 2012 October 30]; Available from: <http://www.dassa.sa.gov.au/site/page.cfm?u=477>.
25. Ali R, Meena S, Eastwood B, Richards I, Marsden J. Ultra-rapid screening for substance-use disorders: The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST-Lite). *Drug Alcohol Depend*. 2013; 132: 352-61.

3. Clinical Assessment (การประเมินทางคลินิก)

การประเมินทางคลินิกในผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับบริการและผู้ทำรักษาได้วางแผนการรักษาและเป้าหมายของการรักษาร่วมกัน อีกทั้งยังเป็นขั้นตอนที่สำคัญเพื่อชักนำผู้รับบริการให้เข้าสู่กระบวนการรักษา และเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนด้านพฤติกรรมการใช้สารและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพอื่นๆ ทั้งนี้ การประเมินทางคลินิกให้แก่ผู้มีปัญหาการใช้สารควรประกอบด้วย การสัมภาษณ์ประวัติการใช้สารเสพติดในอดีตจนถึงปัจจุบัน ประวัติการเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งที่ผ่านมา การตรวจร่างกายและสภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น และการซักถามประวัติเพิ่มเติมจากญาติหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้มารับบริการ โดยควรครอบคลุมประเด็นด้านต่างๆ ได้แก่ เหตุผล ปัญหา หรืออาการที่ทำให้มาโรงพยาบาล แรงจูงใจ ความพร้อม และความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบแผนการใช้สาร ความรุนแรงของภาวะติดสาร ปัญหา ผลกระทบ หรือ อันตรายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สาร ทั้งปัญหาด้านสุขภาพ จิตใจ สัมพันธภาพ หน้าที่การงาน และกฎหมาย ปัจจัยในด้านครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม^(1, 2)

Tips : ก่อนเข้าสู่การประเมินทางคลินิก ควรสอบถามความต้องการเลิกใช้สารและการยอมรับการรักษา ซึ่งอาจใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) เพื่อให้เกิดการยอมรับการรักษา ในผู้ที่ไม่ต้องการเลิกใช้สาร หรือ เพื่อสร้างความมั่นใจและแสวงหาวิธีการรักษาในผู้ที่ต้องการเลิกใช้สาร ตัวอย่างขั้นตอนก่อนให้การประเมินทางคลินิก สำหรับผู้ใช้สารเสพติด มีดังนี้



ข้อแนะนำที่ 1: ผู้มีปัญหามาจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่นที่มารับการประเมินทางคลินิก เพื่อวางแผนการรักษาปัญหาการใช้สารเสพติด ควรได้รับการประเมินความต้องการเลิกใช้สารเสพติด และการยอมรับในการรักษาร่วมด้วยทุกครั้ง

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- การประเมินความต้องการเลิกใช้สารเสพติดรวมถึงการยอมรับในการเข้ารับการบำบัดรักษานั้น สามารถใช้การประเมินจากการประเมินแรงจูงใจและขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามหลักของ Prochaska และ DiClemente^(3, 4) ซึ่งแบ่งระดับของแรงจูงใจได้ เป็น 4 ขั้น ดังนี้
ขั้นที่ 1 ขั้นเพิกเฉย ไม่สนใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Pre-contemplation) โดยผู้ที่ใช้สารที่อยู่ในระยะนี้จะไม่คิดถึงและไม่เห็นความสำคัญของการหยุดหรือการเลิกใช้สาร แต่อาจรับรู้ได้ว่าจะเกิดปัญหาอะไรบ้าง หากยังคงใช้สารเสพติด แต่ก็ยังคงใช้สารเสพติดต่อไป และผู้ที่ใช้สารเสพติดที่อยู่ในระยะขั้นเพิกเฉยนี้ มักไม่ยอมรับว่าการใช้สารเสพติดของตนนั้นมีความเสี่ยงและเป็นปัญหาต่อสุขภาพ
ขั้นที่ 2 ขั้นลังเลใจ เริ่มคิดถึงการลด ละ เลิก (Contemplation) โดยผู้ที่ใช้สารเสพติดที่อยู่ในระยะนี้จะเริ่มคิดถึงการหยุดหรือเลิกใช้สารแต่ยังคงลังเลใจ อาจจะมีทั้งข้อดีและข้อไม่ดีของการใช้สาร อาจตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่ตนใช้สารบ้าง และอาจกำลังชั่งน้ำหนักระหว่างคุณและโทษ บางคนเริ่มอยากจะหยุดใช้สารแต่ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไร หรือไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถทำได้ โดยผู้ที่ใช้สารบางคนอาจเริ่มเตรียมการ (Preparation) เช่น เริ่มแสวงหาความช่วยเหลือจากภายนอก เพื่อจะหยุดหรือลดการใช้สาร อันจะนำไปสู่ขั้นต่อไปตัดสินใจลงมือปฏิบัติลดหรือหยุดใช้สารต่อไป
ขั้นที่ 3 ขั้นตัดสินใจลงมือปฏิบัติลดหรือหยุดใช้สาร (Action) โดยผู้ที่ใช้สารเสพติดที่อยู่ในระยะนี้ได้ตัดสินใจแล้วว่า จะหยุดใช้สารหรือใช้ให้น้อยลง และได้ลงมือปฏิบัติแล้ว นั่นคือ ผู้ที่ใช้สารนั้น ได้มีความพยายามใช้สารให้น้อยลงหรือหยุดใช้สารไปแล้วก่อนที่จะมาพบผู้รักษา โดยผู้ที่อยู่ในระยะนี้ บางคนอาจยังคงมีความลังเลใจอยู่บ้างว่าจะหยุดหรือลดปริมาณการใช้สารลงต่อไปได้นานเพียงไร หรือจะสามารถเลิกใช้สารได้อย่างเด็ดขาดหรือไม่
ขั้นที่ 4 ขั้นดำรงพฤติกรรมการเลิกใช้สาร (Maintenance) โดยผู้ที่ใช้สารที่อยู่ในระยะนี้ยังคงหยุดใช้สารหรือใช้น้อยลงตามที่ตั้งใจไว้ และสามารถปฏิบัติเช่นนี้ได้เป็นระยะเวลาหนึ่ง เช่น มากกว่าหกเดือน อย่างไรก็ตาม ผู้ที่อยู่ในระยะนี้อาจยังต้องการความมั่นใจให้ตนเองว่าจะสามารถหยุดได้สำเร็จตลอดไป และยังคงต้องการกำลังใจที่จะหยุดสารเสพติดต่อไป
- การประเมินขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงนี้ นอกจากจะทำให้ทราบว่าผู้ที่ใช้สารมีความต้องการเลิกใช้สารมากน้อยเพียงใดแล้ว ยังสามารถนำไปใช้เพื่อเลือกวิธีการบำบัดรักษาให้เหมาะสมกับระดับแรงจูงใจ และอาจใช้การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ยอมรับการรักษาต่อไป

ข้อแนะนำที่ 2: ควรมีการประเมินทางคลินิกในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่นทุกคน อย่างละเอียดและครอบคลุมก่อนการวางแผนการรักษา

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- การประเมินทางคลินิกในผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อนำข้อมูลมาประกอบ การวินิจฉัยและการวางแผนการรักษาต่อไป โดยการประเมินทางคลินิก ควรประกอบด้วยหัวข้อ ดังนี้^(1, 2)
 - 1) การสัมภาษณ์ประวัติการใช้สารเสพติดในปัจจุบัน ได้แก่ สารเสพติดที่ใช้ อายุและปริมาณที่เริ่มใช้ ประวัติการเพิ่มปริมาณการใช้และปริมาณล่าสุดที่ใช้ในแต่ละครั้ง ความถี่ของสารเสพติดที่ใช้ และ ระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละครั้ง วันที่ใช้สารเสพติดครั้งล่าสุด สภาวะแวดล้อมในการใช้สารเสพติด ได้แก่ ใช้ที่ไหน กับใคร ปริมาณเท่าไร ใช้อย่างไร (สูบ ฉีด กิน ฯลฯ) รวมถึงค่าใช้จ่ายในแต่ละครั้ง ฤทธิ์ของสารเสพติดที่ต้องการ (desired effect) ประวัติการเกิดภาวะมึนเมา (intoxication) อาการขาดสาร (withdrawal symptoms) และฤทธิ์ที่ได้จากการใช้สารเสพติดนั้นๆ ประวัติการใช้ สารเสพติดมากกว่าหนึ่งชนิดในเวลาเดียวกันและวัตถุประสงค์ของการใช้เช่นนั้น ปัญหาที่เกิดจาก การใช้สารเสพติด ได้แก่ ปัญหาครอบครัว เช่น การเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ความรุนแรง ในครอบครัว ปัญหาด้านการประกอบอาชีพ เช่น ขาดงาน ทำงานสายหรือบกพร่อง ขาดความ ก้าวหน้าในการทำงาน เกิดอุบัติเหตุในระหว่างทำงาน เปลี่ยนงานบ่อยๆ ถูกพักงาน หรือให้ออก จากงาน ปัญหาการเงิน เช่น ตกงาน ไม่มีงานทำ และการใช้เงินเพื่อซื้อสารเสพติด และปัญหา ทางกฎหมาย เช่น ถูกจับเนื่องจากขับรถขณะเมาสาร อุบัติเหตุจราจรจากการใช้สาร การทำร้าย ร่างกาย หรือ การล่วงละเมิดทางเพศ เป็นต้น และควรสัมภาษณ์ถึงเหตุผล หรืออาการที่นำ ให้มาับการรักษาในครั้งนี้
 - 2) ประวัติการเข้ารับการบำบัดที่ผ่านมา ได้แก่ สถานที่บำบัด ลักษณะการบำบัด (สมัครใจ/ถูกบังคับ) รูปแบบการบำบัด ยาที่ได้รับ ระยะเวลาในการบำบัด ผลการบำบัด ระยะเวลาที่ปลอดสารเสพติด รวมถึงปัจจัยที่สามารถช่วยให้หยุดใช้สารเสพติดได้ในครั้งนั้น สาเหตุของการกลับมาใช้ใหม่ครั้งนี้ ทัศนคติต่อการรักษาในครั้งก่อน และความคาดหวังของการรักษาในครั้งนี้
 - 3) ประวัติโรคทางกายและโรคทางจิตเวชโดยละเอียดรวมถึงการตรวจสภาพจิตและการตรวจร่างกาย เพื่อประเมินภาวะโรคร่วมทางกายหรือโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า วิตกกังวล ความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะเมเนีย บุคลิกภาพผิดปกติ โรคจิต และประเมินภาวะมึนเมาและขาดยา
 - 4) การตรวจสภาพจิต (mental status examination) ควรตรวจสภาพจิตของผู้ใช้สารอย่างละเอียด ซึ่งประกอบด้วยการตรวจลักษณะทั่วไป การพูด สภาพอารมณ์ ความคิด การรับรู้สิ่งเร้า ภาวะการ รู้สึกตัว และการรู้คิด สมาธิและความสนใจ ความจำ ความสามารถทางสติปัญญา และการยอม รับความเจ็บป่วย เพื่อใช้ในการประเมินโรคร่วมทางจิตเวชที่พบบ่อย
 - 5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น เช่น การตรวจการทำงานของตับ การตรวจนับเม็ดเลือด

การตรวจการแข็งตัวของเลือดในกรณีที่สูงสัณฐานมีโรคตับที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราหรือสารอื่น และการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติด การตรวจเพื่อหาโรคติดเชื้อที่มักพบในผู้ที่ใช้สารเสพติด ในกรณีที่สูงสัณฐานและได้รับการยินยอม เช่น โรคเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี และวัณโรค เป็นต้น

- 6) ประวัติครอบครัวสังคมและความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้แก่ การใช้สารเสพติดและโรคทางจิตเวช ในครอบครัว ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว เศรษฐฐานะ และปัญหาต่างๆ ในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เช่น ความสัมพันธ์กับเพื่อน ความสัมพันธ์กับคนรัก เป็นต้น โดยควรซักประวัติจากญาติเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับประวัติการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ประเมินสถานะแวดล้อมในสถานที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด เช่น การระบาดของสารเสพติดในพื้นที่ ความยากง่ายในการเข้าถึงสารเสพติด และกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติดร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจบริบทในการใช้สารเสพติดของผู้ป่วย ประเมินจุดแข็งและปัจจัยเกื้อหนุนของผู้ป่วย เช่น ทักษะทางสังคม ทักษะทางการประกอบอาชีพ หรือทักษะอื่นๆ รวมถึงปัจจัยเกื้อหนุนในสังคม กิจกรรมที่ผู้ป่วยเคยทำแล้วสำเร็จ และเป็นความภาคภูมิใจในชีวิต
- 7) การประเมินแรงจูงใจและขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามหลักการที่กล่าวแล้วข้างต้น ในข้อแนะนำที่ 1

บรรณานุกรม

1. สวัสดิ์ อัมมวณิชกรชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา : ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. สงขลา: หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์; 2557.
2. Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, Rounsaville BJ, George TP, Strain EC, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2006; 163:5-82.
3. Prochaska JO, DiClemente CC, editors. Toward a comprehensive model of change. New York: Plenum Press; 1986.
4. DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. J Consult Clin Psychol. 1991; 59:295-304.

สรุปการประเมินทางคลินิกสำหรับผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด

การประเมินทางคลินิกสำหรับผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด		เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติของการใช้/ติดสารเสพติด Substance use disorder (DSM-5)
1) การใช้สารเสพติดในปัจจุบัน		จำนวนข้อ 2-3 = น้อย, 4-5 = ปานกลาง, 6-11 = มาก 1) ใช้สารปริมาณมากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจ 2) ต้องการลดหรือหยุดใช้สาร แต่ไม่สำเร็จ 3) ใช้เวลามากแสวงหา อยู่ใต้ฤทธิ์หรือฟื้นจากฤทธิ์สาร 4) ต้องการใช้อย่างมาก 5) ใช้สารจนไม่สามารถทำงานประจำหรือกิจวัตรจำเป็น 6) ยังใช้สารแม้ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมความสัมพันธ์ 7) งด/ลดการทำงาน สังคม การหย่อนใจ เนื่องจากสาร 8) ใช้สารประจำในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตราย 9) ยังใช้สาร แม้รู้ว่าก่อปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มี 10) มีการดื้อสาร 11) มีอาการขาดสาร
2) ประวัติการรักษาปัญหาการใช้สารเสพติด		
3) ประวัติโรคทางกาย / การตรวจร่างกาย	เพื่อวินิจฉัยโรคร่วม (Co-occurring disorders / Dual diagnosis / Co-morbidities) และ ภาวะหรือโรคที่เกิดจากการใช้สาร (Substance-induced disorders) ได้แก่ intoxication, withdrawal, substance-induced mental disorder	
4) ประวัติโรคทางจิตเวช / การตรวจสภาพจิต		
5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
6) ประวัติครอบครัว สังคม และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น		
7) การประเมินแรงจูงใจ และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง		

สรุปสารเสพติดที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตเวช

สารเสพติดและภาวะจากการใช้สารที่สามารถทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตเวช								
	ซึมเศร้า		เมเนีย		ประสาทหลอน		ความเชื่อหลงผิด	
	เมาสาร	ขาดสาร	เมาสาร	ขาดสาร	เมาสาร	ขาดสาร	เมาสาร	ขาดสาร
สุรา	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓
ยานอนหลับ	✓	✓	-	-	✓	✓	✓	✓
ยาบ้า ไอซ์ โคเคน	✓	✓	✓	-	✓	-	✓	-
ฝิ่นและอนุพันธ์	✓	-	-	-	✓	-	✓	-
กัญชา	-	-	-	-	✓	-	✓	-
สารหลอนประสาท	✓	-	-	-	✓	-	✓	-
ยาผี ยาเค	✓	-	✓	-	✓	-	✓	-
สารระเหย	✓	-	-	-	✓	-	✓	-

4. Treatment Planning & Outcome Evaluation (การวางแผนและประเมินผลการรักษา)

การวางแผนรักษาการใช้หรือติดสารเสพติดให้เหมาะสมกับผู้เข้ารับการรักษาบำบัดแต่ละรายนั้น (tailored treatment approach) มีความสำคัญ เนื่องจากไม่มีรูปแบบการรักษาใดที่เหมาะสมกับทุกคน เช่น การรักษาผู้ที่มีปัญหาการใช้สารแต่ละระดับจากปัญหาการใช้ในระดับน้อยถึงปัญหาการใช้สารในระดับรุนแรง หรือการวางแผนการรักษาผู้ใช้สารเสพติดแบบผิดทาง (abuse) กับผู้ที่ติดสารเสพติด (dependence) ต่างมีรูปแบบการรักษาที่เข้มข้นแตกต่างกัน นอกจากนี้ การรักษาผู้ที่ติดสารเสพติดผิดกฎหมาย เช่น ยาบ้า กัญชา กับสารที่ใช้ได้อย่างถูกกฎหมาย เช่น สุรา ยาสูบ ต่างก็มีความแตกต่างกันในรายละเอียดของการรักษา รวมไปถึงการรักษาด้วยยาซึ่งต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับการติดสารเสพติดแต่ละชนิด การวางแผนการบำบัดรักษามือถือประกอบสำคัญร่วมกันสามประการ คือ การเลือกวิธีการบำบัดที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับการรักษาบำบัดแต่ละคน การกำหนดเป้าหมายของการบำบัด และการวางแผนวิธีติดตามดูแลในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทั้งนี้หากเป็นไปได้ควรให้ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดหรือญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษาด้วยตั้งแต่ต้น เพื่อให้โปรแกรมที่เลือกใช้เหมาะสมกับผู้เข้ารับการรักษาบำบัดแต่ละคน และการมีส่วนร่วมอาจมีส่วนเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้รับการรักษาบำบัดมาเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ นอกจากนี้ การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อที่ครอบครัวหรือญาติอาจให้การช่วยเหลือดูแลผู้เข้ารับการรักษาบำบัดขณะที่ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดอยู่ที่บ้านได้

การประเมินผลการรักษา (outcome evaluation) มีความสำคัญเช่นเดียวกัน โดยมีวัตถุประสงค์ ได้แก่ เพื่อวัดผลการตอบสนองต่อการบำบัดรักษาการติดสารที่ให้แก่ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดการติดสารอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินว่าการบำบัดรักษานั้นประสบผลสำเร็จหรือไม่ และเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดได้รับผลการบำบัดรักษาที่ดีในทุกด้าน ทั้งนี้ การวางแผนการวัดผลการรักษาขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในช่วงของการวางแผนการบำบัดรักษานั้นเอง

Tips : เมื่อผู้ที่มีปัญหาการใช้สารยินยอมเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาแล้ว หลังจากประเมินทางคลินิกและวางแผนการรักษา ควรทำการประเมินผลการบำบัดรักษาซึ่งควรทำการประเมินทันทีเป็นข้อมูลก่อนการรักษาในการนำไปเปรียบเทียบกับผลการประเมินเมื่อการบำบัดรักษาเสร็จสิ้น ตัวอย่างข้อมูลที่ประเมินมีดังนี้

ข้อมูลการเข้ารับบริการ	ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	หัวข้อประเมินก่อนและหลังรับการรักษา
แหล่งที่ส่งต่อมาบำบัด สิทธิการรักษา	แรงจูงใจในการบำบัด ความพร้อมในการเข้ารับการรักษา ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการบำบัดการใช้สารเสพติด ประวัติโรคทางกาย โรคทางจิตเวช ประวัติการทำผิดกฎหมาย ลักษณะประชากร การศึกษา อาชีพ การเข้าถึงสังคม	วิธีที่ใช้ และความถี่ในการใช้สารเสพติด ปริมาณสารเสพติดที่ใช้ในแต่ละครั้ง ประวัติการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน อาการติดสารเสพติด สุขภาพกาย สุขภาพจิต การมีงานทำ ความมั่นคงทางการเงิน การทำผิดกฎหมาย ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว/ บุคคลอื่น

ข้อแนะนำที่ 1: ควรมีการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้เข้ารับการบำบัดหรือญาติอย่างเป็นขั้นตอน ชัดเจน และ วัตถุประสงค์เป็นระยะๆ

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและใช้สารเสพติดอื่นและการเลือกวิธีการในการลดละเลิกใช้สารเป็นสิทธิอันชอบธรรมของผู้เข้ารับการบำบัดรักษา การเลือกวิธีการบำบัดรักษาการใช้หรือติดสาร จึงควรเป็นการตัดสินใจของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาเอง โดยผู้ให้การบำบัดรักษาเป็นเพียงผู้ให้ข้อมูล รวมถึงแนวทาง และสนับสนุนให้ผู้เข้ารับการบำบัดเลือกวิธีการในการบำบัดรักษาที่เหมาะสมเท่านั้น
- การวางแผนการดูแลรักษาควรมีองค์ประกอบสำคัญสามประการ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 การเลือกวิธีในการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในแต่ละคน โดยประเมินจาก ก) ความรุนแรงของการใช้สาร โดยจะต้องทราบถึงชนิดของสารที่ใช้ ปริมาณ ความถี่ รวมถึงการประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะติดสาร (dependence) หรือไม่ หรือมีปัญหาการใช้สารในระดับใด เพื่อประเมินความจำเป็นในการใช้ยาในการบำบัดรักษาตามชนิดของสารเสพติดแต่ละชนิดที่เข้ามา รวมถึงความจำเป็นในการนอนโรงพยาบาลเพื่อถอนพิษ (detoxification) ข) ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชเนื่องจากจำเป็นต้องให้การรักษาโรคทางจิตเวชที่อาจกระตุ้นให้ใช้สารเสพติดควบคู่ไปด้วย และ ค) ระดับของแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อวางแผนการรักษาให้เหมาะสม คือ

 - ขั้นที่ 1 ขั้นเพิกเฉย แนวทางในการวางแผนการรักษา ควรทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดเกิดความสงสัย ไม่แน่ใจในพฤติกรรมใช้สารของตน รวมถึงการเพิ่มการรับรู้ต่อความเสี่ยงหรือปัญหาจากการใช้สารเสพติดนั้น
 - ขั้นที่ 2 ขั้นลังเลใจ ควรทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรู้สึกว่าความคิดลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องปกติ โดยช่วยผู้เข้ารับการบำบัดซึ่งน้ำหนักข้อดีข้อไม่ดีของการใช้สารเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเปลี่ยนจากแรงจูงใจ/ผลักดันภายนอก เป็นแรงจูงใจ/ผลักดันภายในตนเอง และย้ำว่าการตัดสินใจและความรับผิดชอบเป็นของผู้เข้ารับการบำบัด ผู้เข้ารับการบำบัดมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลง โดยอาจหาคำพูดเพื่อจูงใจตนเอง รวมถึงการหาสมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังต่อการรักษา
 - ขั้นที่ 3 ขั้นตัดสินใจลงมือปฏิบัติลดหรือหยุดใช้สาร การวางแผนการบำบัดรักษาให้ผู้ที่อยู่ในขั้นนี้ ควรสนับสนุนความคิดในการเปลี่ยนแปลงและรับทราบความยากลำบากในการเปลี่ยนแปลงในระยะแรก โดยช่วยผู้เข้ารับการบำบัดค้นหาสถานการณ์เสี่ยงและหาวิธีการรับมือกับการใช้สารของตน รวมถึงช่วยผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในการค้นหาแรงสนับสนุนต่างๆ ในการเปลี่ยนแปลงในทางบวก และช่วยในการประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและสังคม
 - ขั้นที่ 4 ขั้นดำรงพฤติกรรมลดใช้สาร การวางแผนการบำบัดในขั้นนี้ ผู้บำบัดควรให้กำลังใจ และชมเชย เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดอยู่ในระยะนี้ให้นานที่สุด

องค์ประกอบที่ 2 การกำหนดเป้าหมายของการบำบัดรักษา ได้แก่ การทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษานานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และการทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสามารถลดปริมาณหรือหยุดใช้สารเสพติดได้ ซึ่งเป้าหมายหลัก คือ การสามารถหยุดใช้สารเสพติดได้ อย่างไรก็ตาม หากผู้เข้ารับการบำบัดไม่สามารถไปถึงเป้าหมายหลักนี้ได้ การที่ผู้เข้ารับการบำบัด สามารถลดปริมาณหรือความถี่ในการใช้สารเสพติดหรือปรับเปลี่ยนไปใช้สารที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตน้อยกว่าหรือสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงอันเกิดจากการใช้สารเสพติดได้ ก็ถือได้ว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งแล้ว

องค์ประกอบที่ 3 การวางแผนวิธีการติดตามดูแลในระยะยาวเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ โดยควรช่วยผู้เข้ารับการบำบัดหาปัจจัยกระตุ้นให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำและให้คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นเหล่านั้น เช่น การประเมินสถานการณ์เสี่ยง (high-risk situations) การจัดการกับอาการอยากยา (craving) การจัดการกับอารมณ์ด้านลบที่จะนำไปสู่การใช้สาร เช่น เครียด เบื่อ เหน็ด และการฝึกทักษะการปฏิเสธ เป็นต้น

ข้อแนะนำที่ 2: ควรมีการวางแผนประเมินผลการบำบัดเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดเป็นระยะๆ และนำผลที่ได้ไปปรับแผนการรักษา

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง

หมายเหตุ

- การประเมินผลการบำบัดมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการวัดผลการตอบสนองต่อการบำบัดรักษา เพื่อที่จะสามารถประเมินได้ว่าการบำบัดรักษาที่ให้แกผู้เข้ารับการบำบัดนั้นประสบผลสำเร็จหรือไม่ รวมถึงเป็นการวางแผนพัฒนารูปแบบการบำบัดปัญหาการใช้สารของผู้เข้ารับการบำบัดให้ดียิ่งขึ้น
- ควรมีการประเมินและปรับแผนการดูแลบำบัดรักษาปัญหาการใช้สารเป็นระยะตามความจำเป็น เพื่อให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสถานะของผู้เข้ารับการบำบัด ทั้งนี้ ผู้เข้ารับการบำบัด อาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่ผสมผสานวิธีการบำบัดในหลายรูปแบบตลอดระยะเวลาของการรักษาและการติดตามผล เช่น นอกจากการให้การปรึกษาและพฤติกรรมบำบัดแล้ว ผู้เข้ารับการบำบัด อาจจำเป็นต้องได้รับยาในการบำบัด การดูแลรักษาโรคทางร่างกาย ครอบครัวยุติ การฟื้นฟูอาชีพ และการบริการทางสังคมหรือกฎหมายอื่นๆ ตามสถานะของผู้เข้ารับการบำบัดที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น การดูแลต่อเนื่องและการปรับความเข้มข้นของการรักษาไปตามความจำเป็นของผู้เข้ารับการบำบัดในแต่ละระยะจะทำให้ผลการรักษาดีที่สุด
- ในการประเมินผลการบำบัดรักษานั้น ควรประเมินผู้เข้ารับการบำบัดด้วยเครื่องมือที่มีมาตรฐานก่อนการรักษา (baseline evaluation) และประเมินผลซ้ำหลังการบำบัดสิ้นสุดลงด้วยเครื่องมือชุดเดิม เพื่อนำผลที่ได้ไปเปรียบเทียบกัน ทั้งนี้ ผู้ประเมินผลควรได้รับการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือต่างๆ เป็นอย่างดี และอาจทำโดยผู้อื่นที่ไม่ใช่ผู้บำบัดรักษา เพราะผู้เข้ารับการบำบัดอาจให้ข้อมูลที่ใกล้เคียง

ความจริงมากกว่า โดยเฉพาะประวัติใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย การกระทำผิดกฎหมาย หรือการใช้สารเสพติดเข้าเส้น เป็นต้น โดยผู้ทำการประเมินผลการรักษาควรแจ้งผู้รับการบำบัดว่าจะเก็บข้อมูลเหล่านี้ไว้เป็นความลับ และจะไม่มีทำให้ข้อมูลการประเมินกับผู้ให้การบำบัดด้วย ยกเว้น ข้อมูลที่อาจก่อให้เกิดอันตราย

- เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการรักษามีความหลากหลายมาก จึงควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบท เครื่องมือมีทั้งแบบการรับข้อมูลจากการตอบคำถามของผู้เข้ารับการบำบัดโดยตรง (self-report) และแบบการให้คะแนนการประเมินผลโดยผู้ทำการประเมิน (clinician rating) ทั้งนี้ ไม่ว่าจะใช้แบบใดนั้น การประเมินควรทำในลักษณะตัวต่อตัวระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด (face-to-face contact) ไม่ควรให้ผู้รับการบำบัดเป็นผู้กรอกแบบประเมินเองเนื่องจากมักพบปัญหาการกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วน เครื่องมือที่เลือกใช้ควรมีคุณสมบัติของเครื่องมือที่ดี มีการทดสอบค่าความตรง (validity) ความเที่ยง (reliability) ที่ถูกต้องและเชื่อถือได้
- การวางแผนการประเมินผลนั้น ขึ้นกับเป้าหมายของการบำบัดที่ตั้งไว้ตั้งแต่การวางแผนการรักษา เช่น สามารถช่วยให้ผู้รับการบำบัดหยุด/ลดปริมาณ/เปลี่ยนรูปแบบการใช้สารเพื่อเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่างๆ ตามมา สามารถช่วยให้ผู้รับการบำบัดลดความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติด เช่น โรคติดต่อที่เกิดจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน สามารถช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีสุขภาพกายและจิตที่ดีขึ้น และลดอัตราการตายจากการใช้สาร สามารถลดอัตราการเกิดอาชญากรรมอันเป็นผลจากการใช้สาร สามารถช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บรรณานุกรม

1. สวัสดิ์ อัมมวงศ์กรชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา : ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. สงขลา: หน่วยผลิตตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์, 2557.
2. Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, Rounsaville BJ, George TP, Strain EC, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry 2006; 163:5-82.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins, 2007.
4. สวัสดิ์ อัมมวงศ์กรชัย, บรรณาธิการ. ชุดเครื่องมือประเมินผลผลลัพธ์และกระบวนการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาจากการใช้สุราหรือสารเสพติด ในสถานพยาบาลในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: แผนงานวิชาการ สารเสพติดชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2557.

5. Brief Intervention (การบำบัดอย่างย่อ)

การบำบัดอย่างย่อ (Brief Intervention: BI) เป็นการบำบัดที่ใช้เวลาน้อยและสามารถทำได้ง่าย มีขั้นตอนการบำบัดชัดเจนและใช้จำนวนครั้งไม่มาก ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้มีปัญหาพฤติกรรมได้เข้าใจปัญหา และได้รับการสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันไม่พึงประสงค์ เช่น พฤติกรรมการใช้สารเสพติด หรือใช้ในการปรับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) ในผู้ที่มีโรคเรื้อรังทางกาย เป็นต้น ทั้งนี้ ไม่มีนิยามที่ชัดเจนเกี่ยวกับระยะเวลาและจำนวนครั้งของการทำการบำบัดอย่างย่อแต่โดยมากมักใช้ระยะเวลา ประมาณ 5-30 นาทีต่อครั้ง และจำนวนครั้งของการบำบัดประมาณ 1-4 ครั้ง โดยมักจะทำให้การบำบัดอย่างย่อ ตามหลังการคัดกรองความเสี่ยงต่างๆ เสมอ เพื่อใช้ผลการคัดกรองเป็นแนวทางในการพูดคุยถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงมักเรียกรวมกันว่าการคัดกรองและการบำบัดอย่างย่อ (Screening and Brief Intervention: SBI) ข้อดีของการบำบัดอย่างย่อ คือ สามารถทำได้ง่าย ใช้เวลาไม่นาน ประหยัดเวลา และค่าใช้จ่าย โดยบุคลากรทุกระดับที่ผ่านการฝึกอบรมสามารถให้การบำบัดอย่างย่อได้ จึงสามารถใช้การบำบัดอย่างย่อนี้ ได้ทั้งในสถานบริการทางสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ รวมถึงหน่วยบริการเฉพาะทางอื่นๆ เช่น คลินิกจิตเวช และคลินิกโรคเรื้อรังทางกาย เป็นต้น

ในทางคลินิกนั้น มักใช้การบำบัดอย่างย่อในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดในระดับปานกลาง (abuse or harmful use) ซึ่งเป็นผลที่ได้จากการคัดกรองปัญหาหรือการประเมินปัญหาการใช้สารเสพติด แต่หากคัดกรองแล้วเป็นผู้มีความเสี่ยงสูงหรือเป็นผู้ที่มีแนวโน้มในการติดสารเสพติดแล้ว (dependence) การใช้การบำบัดอย่างย่ออย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาการใช้สารนั้นไปยังสถานบริการที่มีการบำบัดการ ติดสารเสพติดแบบเฉพาะทางอย่างเข้มข้นต่อไป (specialized treatment or intensive intervention) โดยสามารถให้การบำบัดอย่างย่อในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือผู้ที่มีแนวโน้มที่จะติดสารนั้นก่อนได้ เพื่อจูงใจให้ ผู้มีความเสี่ยงสูงนั้นยินยอมเข้ารับการบำบัดเข้มข้นต่อไป อย่างไรก็ตาม ควรให้การบำบัดอย่างย่อในผู้ใช้สาร เสพติดผิดกฎหมายที่แม้ว่าจะทำการคัดกรองแล้วเป็นผู้มีความเสี่ยงต่ำต่อการติดสารก็ตาม เพราะการใช้สาร เสพติดผิดกฎหมายจัดเป็นความเสี่ยงทางกฎหมายที่นำไปสู่การจับกุมดำเนินคดีได้

ข้อแนะนำที่ 1: ควรให้การบำบัดอย่างย่อในผู้เข้ารับบริการทุกคนที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีปัญหาหรือมีความผิดปกติจากการใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นในระดับปานกลาง หรือ harmful use

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ขั้นตอนการบำบัดอย่างย่อนั้น มี 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy และ Self-efficacy (FRAMES) โดยการให้การบำบัดในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ไม่พลุกพล่าน มีลักษณะการบำบัดแบบตัวต่อตัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

Feedback คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ เป็นการให้ข้อมูลรายบุคคลที่เป็นผลมาจากการประเมินหรือการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ที่มาเข้ารับบริการได้มีความตระหนักถึงปัญหาของตน และเป็นเนื้อหาการพูดคุยโดยใช้ในการเริ่มต้นการบำบัด

Responsibility คือ ความรับผิดชอบ เป็นการให้ผู้รับการบำบัดเกิดการรับรู้และยอมรับว่าตนเองเป็นผู้รับผิดชอบพฤติกรรมของตน โดยสามารถเลือกได้ทั้งการคงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างเดิมหรือเลือกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้รับบริการยังคงรู้สึกว่าจะสามารถควบคุมตนเองต่อพฤติกรรมและผลที่ตามมา และกำหนดการบำบัดด้วยตนเองได้ด้วย

Advice คือ การให้คำแนะนำ เป็นการให้คำแนะนำที่ชัดเจนถึงอันตรายต่อสุขภาพหรือปัญหาอื่นๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นหากยังคงใช้สารเสพติดต่อไป การลดละหรือเลิกใช้สารเสพติดจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาในอนาคต ซึ่งการให้คำแนะนำที่ชัดเจนนี้ จะช่วยเพิ่มความตระหนักถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นและให้เหตุผล เพื่อให้ผู้ใช้พิจารณาถึงความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของตน

Menu คือ วิธีในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการให้ทางเลือกในการปรับพฤติกรรมในการใช้สารเสพติดว่าสามารถทำได้โดยวิธีใดบ้าง เช่น การวางแผนลดปริมาณการใช้สารลง หรือการหยุดใช้สารทันที เป็นต้น โดยเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการเป็นผู้เลือกวิธีที่คิดว่าเหมาะสมกับตนด้วยตัวเอง

Empathy คือ ความเข้าใจและเห็นใจ โดยการแสดงออกให้เห็นว่าผู้ให้การบำบัดมีความเข้าใจว่าผู้รับการบำบัดรู้สึกอย่างไรในมุมมองของเขา โดยผู้บำบัดควรแสดงท่าทีที่ยอมรับโดยปราศจากอคติ ไม่ตัดสินว่าถูกหรือผิดรวมถึงหลีกเลี่ยงการตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์ ควรใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ และสะท้อนความรู้สึกร่วมด้วย

Self-efficacy เป็นการให้ผู้รับการบำบัดรับรู้ประสิทธิภาพความสามารถที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมของตน โดยการแสดงออกซึ่งความมั่นใจว่าผู้รับการบำบัดสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีได้
- จากการสังเคราะห์งานวิจัยในต่างประเทศพบว่า การบำบัดอย่างย่อในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราสามารถลดปริมาณการดื่มแบบกึ่งต่อสัปดาห์⁽¹⁾ แต่ไม่มีผลต่อปริมาณต่อวัน จำนวนวันที่ดื่มหนักต่อสัปดาห์ หรือความถี่ของการดื่มต่อสัปดาห์ ส่วนการทดลองในประเทศไทย พบว่า การให้การบำบัดอย่างย่อสามารถลดปริมาณการดื่มสุรา (จำนวนหน่วยดื่มต่อวัน) ความถี่ของการดื่มแบบเสี่ยงและดื่มหนัก

ของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราจากการรายงานด้วยตนเอง⁽²⁾

- ผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายที่ได้รับการบำบัดอย่างย่อสามารถหยุดการใช้สารเสพติดในสัดส่วนที่สูงกว่าและลดปริมาณการใช้สารได้มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่สามารถลดความถี่การใช้ได้⁽³⁾ โดยมีการศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดอย่างย่อที่เชื่อมต่อกับเครื่องมือคัดกรอง เช่น ASSIST ในผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะติดสารเสพติดผิดกฎหมายระดับปานกลางเทียบกับการให้คำแนะนำอย่างง่าย (simple advice) ในต่างประเทศ พบว่าการบำบัดอย่างย่อ ทำให้คะแนนความเสี่ยงลดลง⁽⁴⁾
- การศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดอย่างย่อในผู้ที่มีภาวะโรคร่วมยังมีจำนวนน้อยและผลการศึกษาในต่างประเทศยังมีความแตกต่างกัน⁽⁵⁻⁷⁾ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การบำบัดอย่างย่อ ร่วมกับการให้ความรู้แก่ครอบครัว (family psychoeducation) ในผู้ที่มีภาวะโรคร่วมทางกายหรือจิต จะมีผลการบำบัดที่ดีกว่าการได้รับการบำบัดอย่างย่ออย่างเดียวในด้านการลดปริมาณการใช้สาร⁽⁸⁾

ข้อแนะนำที่ 2: ควรให้การบำบัดอย่างย่อเพื่อเสริมแรงจิตใจในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราหรือสารเสพติด รวมถึงผู้ที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชที่พบว่า มีปัญหาจากการใช้สุราหรือสารเสพติดในระดับสูงหรือ dependence use เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้ารับการบำบัดเข้มข้นต่อไป

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- จากการสังเคราะห์การวิจัยในต่างประเทศพบว่าผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ได้รับการบำบัดอย่างย่อ ณ แผนกฉุกเฉิน ไปเข้ารับบริการที่คลินิกเลิกสุราต่อ ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการบำบัดอย่างย่อ⁽⁹⁾
- ผู้มีภาวะโรคร่วม หมายถึง ผู้ที่มีสองภาวะ คือ โรคทางจิตเวช (mental illness) และปัญหาการใช้สาร (substance use disorders) โดยที่ภาวะหนึ่งไม่ได้เป็นเหตุโดยตรงของอีกภาวะหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การใช้สารเสพติดอาจกระตุ้นให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น และอาการทางจิตนี้มักคงอยู่เป็นเวลานาน หลังจากพ้นฤทธิ์สารเสพติด ทั้งนี้ การให้การบำบัดอย่างย่อจะสามารถชักจูงให้ผู้ที่มีภาวะโรคร่วมนี้ เข้ารับการบำบัดแบบเข้มข้นได้⁽¹⁰⁾
- การบำบัดอย่างย่อในผู้ที่มีภาวะโรคร่วมนั้น ให้หลักการเดียวกับผู้ใช้สารเสพติดที่ไม่มีภาวะโรคร่วม โดยมีความต่างกันเล็กน้อยที่การพิจารณาถึงการใช้สารเสพติดเพื่อจัดการกับปัญหาบางอย่าง (self-medication) เช่น การสูบบุหรี่ เพื่อลดผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต หรือการใช้สารเสพติด เพื่อลดอาการเบื่อหน่าย หรือความเครียดอันเป็นผลมาจากการขาดทักษะทางสังคม เป็นต้น เพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาให้เหมาะสมต่อไป

สรุปการศึกษาผลของการบำบัดอย่างย่อในการเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

คณะวิจัย	รูปแบบการวิจัย	ประชากรที่ศึกษา	ผลของการบำบัดอย่างย่อ	หมายเหตุ
Kaner และคณะ ⁽¹⁾	Systematic review	ผู้มีปัญหาการดื่มสุราในต่างประเทศ	ลดปริมาณการดื่ม (กรัม/สัปดาห์)	ไม่มีผลต่อจำนวนวันที่มีการดื่มหนัก ต่อสัปดาห์ ความถี่ที่ดื่มต่อสัปดาห์ ปริมาณการดื่ม (กรัม/วัน)
สายรัตน์ นกน้อย และคณะ ⁽²⁾	เชิงทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุม	ผู้รับบริการของสถานบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ 7 แห่งในอุบลราชธานี และอีก 1 แห่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา	ลดจำนวนหน่วยดื่มต่อวัน ความถี่ของการดื่มแบบเสี่ยง และความถี่ของการดื่มหนัก	เป็นการรายงานด้วยตนเอง (self-report)
Younget และคณะ ⁽³⁾	Systematic review	ผู้มีปัญหาใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย ในต่างประเทศ	ลดปริมาณการใช้สารเสพติด เพิ่มสัดส่วนผู้หยุดใช้สาร	ไม่สามารถลดความถี่ของการใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย
Humeniuk และคณะ ⁽⁴⁾	เชิงทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุม เป็นให้คำแนะนำ อย่างง่าย (simple advice)	ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติด ผิดกฎหมายแบบปานกลางในสถาน บริการสุขภาพปฐมภูมิใน 4 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อินเดีย และบราซิล จำนวน 731 คน	คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงลดลง	เป็นการทำบำบัดอย่างย่อที่เชื่อมต่อกับเครื่องมือคัดกรอง ASSIST
Kavanagh และคณะ ⁽⁵⁾	เชิงทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุม	ผู้มีภาวะโรคร่วมเป็นโรคจิตตอนต้น ในต่างประเทศ (early psychosis)	ลดการใช้สารเสพติด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล	เป็นผู้รับการรักษาที่นอนในโรงพยาบาล
Milner และคณะ ⁽⁶⁾	เชิงทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุม	ผู้ที่มีภาวะโรคร่วมในต่างประเทศ	ลดปริมาณการดื่ม	-
Baker และคณะ ⁽⁷⁾	เชิงทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุม	ผู้ที่มีภาวะโรคร่วมในต่างประเทศ	ไม่สามารถลดปริมาณการใช้สารเสพติด	-
Tantirang-see และคณะ ⁽⁸⁾	เชิงทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุม	ผู้ที่มีภาวะโรคร่วมในประเทศไทย	ลดปริมาณการใช้สาร	ที่ร่วมกับการให้ความรู้กับครอบครัว (Family psychoeducation) ซึ่งจะมีผลดีกว่าบำบัดอย่างย่ออย่างเดียว
Onofrio และคณะ ⁽⁹⁾	Systematic review	ผู้มีปัญหาการดื่มสุราที่เข้ารับบริการ ในแผนกฉุกเฉิน ในต่างประเทศ	เพิ่มสัดส่วนการเข้ารับบริการ ที่คลินิกเลิกสุราต่อ	-
Steinberg และคณะ ⁽¹⁰⁾	เชิงทดลอง โดยมีกลุ่มควบคุม	ผู้ที่มีภาวะโรคร่วมในต่างประเทศ	เพิ่มสัดส่วนการเข้ารับการบำบัดแบบเข้มข้น	-

Tips : เมื่อถามคำถามเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดแล้ว พบว่าผู้รับบริการใช้ สารเสพติดผิดกฎหมาย แม้ว่าทำการคัดกรองหรือประเมินแล้วว่าการใช้สารเสพติดผิดกฎหมายนั้นมีความเสี่ยงต่ำในการติดสารก็ตาม ก็ควรแนะนำหรือจูงใจให้เลิกโดยใช้การบำบัดอย่างย่อ หรือการให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพ อารมณ์ หรือโรคที่สัมพันธ์กับการใช้สาร โดยการให้คำแนะนำควรทำในลักษณะไม่ตัดสินถูกผิดผู้รับบริการ

บรรณานุกรม

1. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2009; 28: 301-23.
2. Noknong S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J. RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. *Alcohol Alcohol.* 2010; 45: 263-70.
3. Young MM, Stevens A, Galipeau J, Pirie t, Garritty C, Singh K, et al. Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. *Systematic Rev.* 2014; 3; 50.
4. Humeniuk R, Ali R, Babor T, Souza-Formigoni ML, de Lacerda RB, Ling W, et al. A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction* 2012; 107:957-66.
5. Kavanagh DJ, Young R, White A, Saunders JB, Wallis J, Shockley N, et al. A brief motivational intervention for substance misuse in recent-onset psychosis. *Drug Alcohol Rev* 2004; 23:151-5.
6. Milner KK, Barry KL, Blow FC, Welsh D. Brief interventions for patients presenting to the Psychiatric Emergency Service (PES) with major mental illnesses and at-risk drinking. *Community Ment Health J.* 2010 46:149-155.
7. Baker A, Lewin T, Reichler H, Clancy R, Carr V, Garrett R, et al. Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction* 2002; 97, 1329-1337
8. Tantirangsee, N., Assanangkornchai, S., Marsden, J. Effects of a Brief Intervention for Substance Use on Tobacco Smoking and Family Relationship Functioning in Schizophrenia and Related Psychoses: A Randomised Controlled Trial. *J Subst Abuse Treat.* 2014 doi: 10.1016/j.jsat.
9. Onofrio GD, Degutis LC. Preventive Care in the Emergency Department: Screening and Brief Intervention for Alcohol Problems in the Emergency Department: A Systematic Review. *Acad Emerg Med.* 2002; 9:627-38.
10. Steinberg ML, Ziedonis DM, Krejci JA, Brandon TH. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72:723-8.

6. Treatment of Intoxication

(การรักษาภาวะเมาสารเสพติด)

ภาวะเมาสาร (intoxication) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR⁽¹⁾ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมีการใช้หรือได้รับสารเสพติดเข้าสู่ร่างกาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและจิตใจอย่างผิดปกติ และมีนัยสำคัญทางการแพทย์ เช่น ทะเลาะวิวาท อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การตัดสินใจบกพร่อง เสี่ยงการเข้าสังคมหรือการทำงาน รวมถึงการมี cognitive impairment เป็นต้น อันเป็นฤทธิ์ของสารที่มีต่อสมอง อาจเกิดในระหว่างหรือภายหลังการใช้สารเสพติดนั้นไม่นาน โดยไม่ปรากฏโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชอื่นๆ ในช่วงแรกที่มีอาการเมาสาร ผู้ใช้สารมักจะรู้สึกเคลิ้มสุข (euphoria) โดยอาจมีอาการของการกระตุ้นระบบประสาททำให้ตื่นตัว (stimulated) หรือมีอาการของการกดประสาททำให้ง่วงซึม (sedation) จนอาจเกิดอันตรายถึงชีวิตหากมีการใช้สารเกินขนาด (overdose) การเกิดกลุ่มอาการจำเพาะที่เกิดจากการเมาสารเสพติดนี้ สามารถกลับเป็นปกติได้ และสารต่างชนิดกันอาจก่อให้เกิดกลุ่มอาการเมาที่คล้ายคลึงหรือเหมือนกันได้

การระบุว่าผู้ใช้สารมีภาวะเมาสุราหรือสารเสพติดอื่นนั้นสามารถเริ่มต้นทำได้ตั้งแต่การซักประวัติเกี่ยวกับสารเสพติด เช่น ชนิดของสาร วิธีการที่ใช้ ขนาด และ ระยะเวลาที่ใช้ครั้งสุดท้าย ไปจนถึงการตรวจร่างกาย และการสังเกตทางห้องปฏิบัติการ โดยควรประเมินความรุนแรงของการเมาสารรวมถึงระดับของความรู้สึกตัว (level of consciousness) และภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น การบาดเจ็บทางศีรษะ ระบบทางเดินหายใจ ระบบหลอดเลือดหัวใจ ภาวะทุพโภชนาการ นอกจากนี้ บ่อยครั้งผู้ใช้มักใช้สารเสพติดร่วมกันหลายชนิด จึงควรต้องคำนึงถึงการใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกันด้วยเสมอ และส่งตรวจพิษวิทยาเพิ่มเติมในรายที่สงสัย ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับคดีความ การตรวจเพื่อยืนยันว่ามีการใช้สารเสพติดต้องมีการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความจำเพาะเจาะจง เช่น gas chromatography / mass spectrometry (GC/MS), high-performance liquid chromatography (HPLC) เป็นต้น ทั้งนี้ การวินิจฉัยภาวะการเมาสารเสพติดเป็นเรื่องที่มีความท้าทายเพราะภาวะนี้อาจมีอาการคล้ายกับโรคหรืออาการทางจิตเวชหรือโรคทางกายอื่นๆ

หลักการทั่วไปในการดูแลรักษาภาวะเมาสารเสพติด ประกอบด้วย การให้ความช่วยเหลือฉุกเฉิน กรณีที่อาจเป็นอันตรายคุกคามชีวิต (life threatening) การปฏิบัติตามหลักการของ basic life support การประเมินทางเดินหายใจและระดับความรู้สึกตัว และการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือจิตใจที่รุนแรง ที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ ทั้งนี้ ในกรณีที่เพิ่งได้รับสารแบบรับประทานมาไม่นาน การกำจัดสารออกจากร่างกายอาจทำได้โดยการล้างกระเพาะอาหาร (gastric lavage) การใช้วิธีการใดๆ ที่จะเร่งการขับสารนั้นและสารที่เป็น active metabolite ของสารนั้นออกจากร่างกาย รวมถึงการใช้ยา antidote ที่มีฤทธิ์ antagonist effect⁽²⁾

6.1 Management of Alcohol Intoxication (การบำบัดรักษาภาวะเมาสุรา)

อาการจากภาวะเมาสุราจะเริ่มปรากฏระหว่างการดื่มสุราหรือภายหลังจากการดื่มไม่นาน^(3, 4) ได้แก่ มีพฤติกรรมหรือสภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงและแสดงออกอย่างไม่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากการขาดความยับยั้งชั่งใจ (disinhibition) เช่น พูดเสียงดังขึ้น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายหรือก้าวร้าว การตัดสินใจบกพร่อง มีเพศสัมพันธ์อย่างไม่เหมาะสม เป็นต้น นอกจากนี้อาการแสดงที่สังเกตได้ คือ พูดไม่ชัด (slurred speech) มีอาการเดินเซ (unsteady gait) เกิดการเสียการทรงตัว การประสานงานของกล้ามเนื้อบกพร่อง (motor incoordination) ลูกตาแกว่ง (nystagmus) ความจำและสมาธิเสีย (impairment of memory and attention) จำเหตุการณ์ที่ผ่านมาไม่ได้ (black out) ในรายที่รุนแรงอาจหมดสติ (stupor or coma) เกิดการกดระบบทางเดินหายใจ และเสียชีวิตจากภาวะระบบการหายใจล้มเหลวหรือการสำลักเศษอาหารได้

ข้อแนะนำที่ 1: ควรดูแลและเฝ้าระวังการกดทางเดินหายใจของผู้ที่มีภาวะเมาสุราทุกราย ช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และป้องกันการสำลักโดยจัดท่านอนตะแคง ในกรณีที่มีการกดการหายใจอย่างมาก ให้ทำการช่วยเหลือกู้ชีวิตเบื้องต้น อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ:

- เมื่อดื่มสุรา ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะขึ้นสูงสุดภายใน 30-90 นาที (เฉลี่ยประมาณ 45 นาที) และจะลดลงโดยเฉลี่ย 15-20 mg% ต่อชั่วโมง แต่ในรายที่ดื่มมานาน ระดับอาจลดลงในอัตรา 25-35 mg% ต่อชั่วโมง หรืออาจลดลงด้วยอัตราที่เร็วกว่านี้^(5,6) ควรให้การรักษาแบบประคับประคอง จนผู้ที่มีภาวะเมาสุรารู้สึกตัวดีขึ้น หรือเมื่อระดับแอลกอฮอล์ลดลงในระดับที่ปลอดภัย โดยอาการและอาการแสดงของภาวะเมาสุราตามระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด มีดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ความเข้มข้นในเลือด (mg/dl; mg%)	อาการ
20-49	รู้สึกผ่อนคลาย อารมณ์และพฤติกรรมเริ่มเปลี่ยนแปลง
50-99	ความคิดและการตัดสินใจเสีย เริ่มมีภาวะเมาสุรา โดยระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่เกิน 50 mg% ถือว่ามีความผิดตามที่กฎหมายกำหนดในผู้ขับขี่ยานพาหนะ
100-199	มีอาการทางประสาท การตอบสนองช้าลง กล้ามเนื้อทำงานไม่สัมพันธ์กัน
200-299	มีอาการทางจิตใจและอารมณ์ มีอาการเมาอย่างเห็นได้ชัด เว้นในภาวะดื้อแอลกอฮอล์
300-399	คลื่นไส้ อาเจียน เดินเซอย่างมาก
400-500	สับสน หรือขาดสติ ระบบหายใจ อ่อนหภูมิ และความดันโลหิตลดลง coma

- ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะมีพิษสุราจากปริมาณการดื่มแล้ว เช่น เพศ (หญิงเมากว่าชาย) อายุ น้ำหนักตัว ความทนทาน (tolerance) ต่อสาร ความเข้มข้นของเครื่องดื่ม และระยะเวลาที่มีการดื่ม⁽⁴⁾
- การดูแลรักษาผู้ที่มีภาวะเมาสุราเป็นการดูแลรักษาตามอาการ โดยมีเป้าหมายหลักในการรักษา คือ การป้องกันการกดการหายใจและการสำลัก⁽⁷⁾ จากการศึกษาผู้ที่มีภาวะเมาสุราในห้องฉุกเฉิน พบว่า

ร้อยละ 28 เกิดภาวะ hypoventilation โดยที่ไม่ขึ้นกับระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด⁽⁸⁾

- ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุร่วมกับเมาสุราจะมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี มีความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ม่ภาวะเมาสุรา⁽³⁾
- เนื่องจากแอลกอฮอล์ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดอย่างรวดเร็วจึงไม่มีข้อบ่งชี้ในการกระตุ้นให้อาเจียนหรือการล้างกระเพาะอาหาร เว้นเสียแต่ว่าได้รับแอลกอฮอล์มาไม่เกิน 30 นาที หรือกรณีสงสัยว่าอาจมีการได้รับยาหรือสารอื่นร่วมด้วย ทั้งนี้ การกระตุ้นให้อาเจียนอาจทำให้เกิดการสำลักได้
- Metadoxine (pyridoxine L-2-pyrrolidone-5-carboxilate) เป็นยาเพิ่มการทำงานของ acetaldehyde dehydrogenase ซึ่งช่วยเร่งการกำจัดแอลกอฮอล์ออกจากร่างกาย จึงอาจนำมาใช้ในการรักษาภาวะเมาสุรา⁽³⁾ ช่วยให้ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลง และอาการเมาสุราดีขึ้นอย่างรวดเร็ว
- การดูแลและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นโดยผู้พบเห็นผู้อยู่ในภาวะมีนเมาสุราที่หมดสติให้ปฏิบัติตามหลักการการช่วยชีวิตพื้นฐานก่อนนำส่งสถานพยาบาล⁽⁹⁾

ข้อแนะนำที่ 2: ผู้มีภาวะเมาสุราทุกคนควรได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ทำการประเมินพร้อมทั้งวินิจฉัยแยกโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะขาดน้ำ (dehydration) ระดับน้ำตาล และระดับเกลือแร่ในกระแสเลือด โดยควรได้รับสารน้ำทดแทน ให้กลูโคส และควรให้วิตามิน B1 ทางเส้นเลือดหรือเข้ากล้ามเนื้อ

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง

หมายเหตุ:

- ผู้ติดแอลกอฮอล์มักขาดวิตามิน B1 จึงควรให้วิตามิน B1 ขนาด 100 mg ฉีดเข้าเส้นเลือดหรือเข้ากล้ามเนื้อ นอกจากนี้ ยังเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีระดับเกลือแร่ต่างๆ ผิดปกติ เช่น เกิดภาวะ lactic acidosis, hypokalemia, hypomagnesemia, hypoalbuminemia, hypocalcemia, hypophosphatemia⁽¹⁰⁾ การดื่มสุราส่งผลต่อระบบหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เกิด tachycardia และ peripheral vasodilation และเกิด volume depletion⁽¹¹⁾ ร่างกายจึงเกิดการขาดน้ำได้
- ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีภาวะเมาสุราที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือนทางศีรษะ โดยผู้ที่มีเมาสุราอาจจำไม่ได้ถึงเหตุการณ์หรือไม่สามารถให้ประวัติได้ จึงควรประเมินประวัติอุบัติเหตุการบาดเจ็บดังกล่าว
- ในกรณีที่มีภาวะทางกายแทรกซ้อนรุนแรง ควรส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเพื่อให้การดูแลรักษา ตามบริบทของสถานบริการนั้นๆ

ข้อแนะนำที่ 3: ควรระมัดระวังการใช้ยาที่ออกฤทธิ์กดประสาท โดยห้ามใช้ยากลุ่ม benzodiazepines และ barbiturate ในผู้ที่มีภาวะเมาสุรา	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ S	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง
หมายเหตุ: ควรประเมินว่าผู้ที่อยู่ในภาวะเมาสุรา มีการได้รับยาหรือสารอื่นๆ ร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งยาหรือสารที่ได้ อาจเสริมฤทธิ์การกดประสาทของแอลกอฮอล์ได้	

ข้อแนะนำที่ 4: อาจใช้ยา haloperidol 2.5 - 5 mg ฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ เพื่อสงบอาการผู้ที่มีภาวะเมาสุรา ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว วุ่นวาย จนเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ: ในกรณีที่ต้องใช้ยาเพื่อสงบอาการผู้ที่มีภาวะเมาสุราที่มีอาการก้าวร้าววุ่นวายจนเป็นอันตราย แนะนำให้ใช้ยารักษาโรคจิต และหลีกเลี่ยงการใช้ยา benzodiazepines^(12,13) โดยพยายามควบคุมให้อยู่ในที่ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อตัวเองหรือผู้อื่น	

Tips : การดูแลรักษาหรือให้ความช่วยเหลือผู้เมาสุราหรือสารเสพติดอื่น สามารถทำได้ ในสถานบริการสุขภาพโดยบุคลากรสุขภาพ และอาจกระทำได้โดยบุคคลอื่น เช่น ญาติ ที่พบเห็นและสามารถดูแลอาการมึนเมาสาร นอกจากนี้ การที่ผู้ใช้สารเสพติดเองรู้จัก การดูแลตนเองหรือทราบข้อควรปฏิบัติเมื่อตนเกิดภาวะอาการมึนเมา ก็จะช่วยลด ความเสี่ยงหรืออันตรายอันเกิดจากการใช้สารทั้งต่อตนเองและผู้อื่นลงได้	
--	--

6.2 Management of Amphetamine Type Stimulant (ATS) Intoxication (การบำบัดรักษาภาวะเมาสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน)

ภาวะพิษจากการใช้สารเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาท ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและจิตใจ เช่น อารมณ์ครื้นเครงมากหรือเฉยเมย กระวนกระวาย มีความตื่นตัวสูง หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล ตึงเครียด มีพฤติกรรมซ้ำๆ (stereotyped behavior) การตัดสินใจบกพร่อง ซึ่งในผู้ที่ใช้สารกระตุ้นมากเกินไปขนาด (overdose) อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง มีอาการหลงผิด หวาดระแวง และประสาทหลอนได้ โดยมีอาการและอาการแสดงทางร่างกายที่สังเกตและตรวจพบได้ เช่น รูม่านตาขยาย (pupil dilation) และไม่ตอบสนองต่อแสงสว่าง เหงื่อออกมาก ตัวร้อน มีไข้ (สูงกว่า 38 องศา) หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น แขนขากระตุกเป็นครั้งคราว กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้าลง ชาลิ้น ตัวสั่น เกร็งเกร็ง กัดฟัน เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะมาก หัวใจเต้นผิดปกติจนไปถึงการมีอาการสับสนและชักได้ จึงควรต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอุณหภูมิและชีพจร และต้องสังเกตอาการทางกายที่เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญ ได้แก่ ไข้สูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดเป็นภาวะ hyperthermia อาการเจ็บหน้าอก ซึ่งอาจเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูงมาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หวาดระแวง ประสาทหลอน และชัก

ข้อแนะนำที่ 1: ผู้ที่อยู่ในภาวะเมาสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีนทุกราย ควรได้รับการดูแลภาวะทางกายเบื้องต้น และยึดตามหลักการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (basic life support)

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง

หมายเหตุ: นอกจากการดูแลภาวะทางกายแล้ว แนวทางการช่วยเหลือผู้เมาสารกระตุ้นเบื้องต้น⁽¹⁴⁾ ได้แก่

- พยายามลดสิ่งกระตุ้นเร้าจากสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด ได้แก่ เสียงอึกทึกครึกโครม แสงสว่างจ้า สิ่งแวดล้อมควรจะสงบ เงียบ
- ควรหลีกเลี่ยงการโต้เถียง โดยยอมรับฟังสิ่งที่ผู้เมาสารพูด และให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้
- ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าอาการเกิดจากฤทธิ์ของสาร ซึ่งจะดีขึ้นเมื่อสารหมดฤทธิ์
- อาจขอให้เพื่อน หรือญาติอยู่ด้วย หรือติดต่อให้ได้พูดคุยด้วย
- อาจให้วิตามิน C ขนาด 1,000 – 2,000 mg ต่อวัน เพื่อเร่งการขับแอมเฟตามีนออกจากร่างกาย⁽¹⁵⁾

ข้อแนะนำที่ 2: แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ในการรักษาผู้เมาสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน เพื่อสงบอาการกระสับกระส่าย วิตกกังวล มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และหากไม่ได้ผลจึงใช้ยาในกลุ่ม antipsychotics โดยเฉพาะในรายที่มีอาการโรคจิต หวาดระแวง ทั้งนี้การรักษาด้วยยาจะขึ้นอยู่กับอาการ และอาการแสดงและความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง

หมายเหตุ: การให้ยาตามระดับความรุนแรงของอาการ⁽¹⁶⁾

- Mild arousal: ผู้ป่วยตื่น อาจหงุดหงิดบ้าง แต่ยังร่วมมือดี สามารถประเมินได้ สัญญาณชีพปกติ ควรให้ยารับประทานได้แก่ diazepam 5 - 10 mg หรือ clonazepam 0.5 - 2 mg หรือ lorazepam 1 - 2.5 mg ให้ซ้ำได้ทุก 30 - 60 นาทีตามความจำเป็น หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม haloperidol 2.5 - 5 mg หรือ olanzapine 5 - 10 mg
- Moderate arousal: ผู้ป่วยเริ่มอยู่ไม่นิ่ง ไม่เป็นมิตร ไม่ค่อยร่วมมือ สัญญาณชีพเริ่มสูงขึ้น ควรให้ diazepam 10 - 20 mg หรือ lorazepam 2 - 4 mg หรือ clonazepam 1 - 2 mg ซ้ำทุก 30 - 60 นาที ตามความจำเป็นและอาจพิจารณาให้ยารักษาโรคจิตร่วมด้วย เช่น haloperidol 2.5 - 5 mg หรือ risperidone 2 - 4 mg หรือ olanzapine 5 - 10 mg และควรพิจารณายาฉีดหากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน
- Severe arousal: กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง เริ่มมีอาการสงสัย ระแวงระวัง เริ่มมีอาการโรคจิต หวาดระแวง มีแนวโน้มที่จะเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรงได้ พิจารณาให้ diazepam 15 - 20 mg ฉีดทางเส้นเลือด ให้ซ้ำได้ภายใน 30 - 60 นาที ถ้ายังไม่ได้ผลให้ haloperidol 5 - 10 mg หรือ olanzapine 5 - 10 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

ข้อแนะนำที่ 3: อาจใช้การผูกมัด (physical restraint) ผู้ที่มีภาวะเมาสารกระตุ้นประสาทในกรณีที่เป็น และไม่สามารถทำให้สงบได้ด้วยยา หรือไม่สามารถให้ยาได้ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะก้าวร้าวรุนแรงจนเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- วิธีการผูกมัดถูกนำมาใช้ต่อเมื่อผู้ที่มีภาวะเมาสารมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือคุกคามผู้อื่น ซึ่งเป็นการคุกคามรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยยาหรือวิธีอื่นๆ โดยทั่วไป ผู้เมาสารจะสงบลงหลังถูกผูกมัด แต่ต้องระมัดระวังว่าการผูกมัดเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะ hyperthermia และ rhabdomyolysis ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรงตามมาได้⁽¹⁷⁾
- วิธีการผูกมัดให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์มาตรฐานการผูกมัดผู้ป่วย⁽¹⁸⁾ ผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดควรได้รับการสร้างความมั่นใจและดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมผู้บำบัดรักษา ควรอธิบายเหตุผลของการผูกมัดให้แก่ผู้ป่วย ควรตรวจการผูกมัดเป็นระยะๆ ว่าผู้ป่วยยังคงปลอดภัยและสุขสบาย

6.3 Management of Opioid Intoxication

(การบำบัดรักษาภาวะเมาสารกลุ่ม opioids)

สารในกลุ่ม opioids มีฤทธิ์กดประสาท กดศูนย์ควบคุมการหายใจ ทำให้หายใจช้าลง นอกจากนี้สารบางตัวอาจมีฤทธิ์แรงในการระงับปวด ภาวะพิษจากการเสพยาสารกลุ่ม opioids ได้แก่ มีอาการง่วงซึม หายใจช้า ความดันโลหิตลดลง ในรายที่อาการรุนแรงอาจกดการหายใจและหมดสติ ทำให้เสียชีวิตได้ ซึ่งลักษณะอาการที่พบในผู้ที่ใช้สารเกินขนาด ได้แก่ รูม่านตามีขนาดเล็ก (pinpoint pupil) กดการหายใจ (respiratory depression) หมดสติ (coma) และอาจมีอันตรายถึงชีวิต ดังนั้นเมื่อวินิจฉัยได้ว่าเกิดมีภาวะนี้ จำเป็นต้องตรวจร่างกายโดยเฉพาะการหายใจ ความดันโลหิต ชีพจร รวมทั้งการทำงานของระบบประสาท และให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนในการช่วยกู้ชีวิต

ข้อแนะนำที่ 1: ควรดูแลและเฝ้าระวังการกดทางเดินหายใจของผู้ที่มีภาวะเมาสารกลุ่ม opioids ทุกราย ช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้การช่วยเหลือกู้ชีวิตเบื้องต้น อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจในกรณีที่มีการกดการหายใจอย่างมาก

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ:

- ในผู้ที่ใช้สารกลุ่ม opioids เกินขนาดจะทำให้เกิดการกดทางเดินหายใจ และทำให้เสียชีวิตได้ การเสียชีวิตจากการเสพยาเกินขนาด (fatal opioid overdose) พบได้ประมาณร้อยละ 5⁽¹⁹⁾ อย่างไรก็ตาม อัตราดังกล่าวแตกต่างกันไปตามพื้นที่ที่มีการศึกษาหรือวิธีการเก็บข้อมูล ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เสียชีวิตในอัตราที่สูงมักเกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์กดประสาทชนิดอื่นร่วมด้วย ได้แก่ สุรายานอนหลับ เป็นต้น⁽²⁰⁾

ข้อแนะนำที่ 2: ควรให้ยา naloxone hydrochloride ทางเส้นเลือดทันที ในผู้ที่ใช้สารกลุ่ม opioids ที่เสพยาเกินขนาด (overdose) และมีการกดทางเดินหายใจอย่างมาก

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ:

- อาการใช้สารกลุ่ม opioids เกินขนาดซึ่งเป็น clinical triad ได้แก่ pinpoint pupil, respiratory depression และ abnormal mental status ซึ่งมีความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ในการวินิจฉัย opioid overdose อยู่ที่ร้อยละ 92 และ 76 ตามลำดับ⁽²¹⁾

ตัวอย่างการบริหารยา naloxone hydrochloride⁽²²⁾

ให้ยา 0.4 - 0.8 mg ทางเส้นเลือด (ขนาดยา 0.01 mg/kg) ซึ่งจะออกฤทธิ์อย่างรวดเร็วภายใน 2 นาที และช่วยให้ระบบหายใจและระบบหลอดเลือดหัวใจสามารถกลับมาทำงานตามปกติ	
เมื่ออาการดีขึ้น อาจให้ยาซ้ำทุก 3 - 10 นาที ตามความจำเป็น ปรับขนาดยาจนกระทั่งหายใจดีขึ้น มากกว่า 12 ครั้งต่อนาที เมื่อหายใจดีขึ้น รู้สึกตัวแล้ว ให้สังเกตอาการต่อ และให้ยา 0.4 mg ซ้ำทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งรู้สึกตัวดีเป็นปกติ	ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น สามารถให้ยาซ้ำได้อีก รอดูอาการ 15 นาที หากไม่ตอบสนอง ให้อีก 1.6 mg รอดูอาการ 15 นาที หากไม่ตอบสนอง ให้อีก 3.2 mg หากไม่ดีขึ้น ให้ค้นหาสาเหตุอื่น
- เนื่องจาก naloxone มีค่าครึ่งชีวิตสั้น การให้ naloxone ครั้งเดียวอาจไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงควรให้น้ำเกลือทางเส้นเลือดดำและเปิดเส้นไว้ - ข้อควรระวังประการหนึ่งของ naloxone คือ อาจกระตุ้นให้เกิดอาการถอน opioids ได้ โดยเฉพาะในรายที่มีติดสารหรือมีการใช้อยู่เป็นประจำ	

Tips : การได้รับสารกลุ่ม opioids ที่ออกฤทธิ์ยาว เช่น methadone ก็มีโอกาสเกินขนาดได้เช่นกัน เพราะฤทธิ์สะสมจะอยู่ได้สูงสุดหลังได้รับยาถึง 4 ชั่วโมง จึงอาจเกิดการกดการหายใจในเวลา กลางคืนขณะหลับได้ จึงต้องเตือนผู้ป่วยและญาติให้เข้าใจและระวังการใช้ และรีบนำส่งโรงพยาบาลหากมีอาการผิดปกติ ในกรณีของ methadone overdose อาจจำเป็นต้องติดตามอาการโดยการรักษาในโรงพยาบาลไปอีก 72 ชั่วโมง เพราะ methadone มีค่าครึ่งชีวิตยาว อาการของการได้รับสารเกินขนาดจึงอาจแยงลงได้อีก

6.4 Management of Sedatives, Hypnotics and Anxiolytics Intoxication

(การบำบัดรักษาภาวะเมาสารกล่อมประสาท)

สารในกลุ่มนี้ประกอบด้วย ยากลุ่ม benzodiazepines, barbiturates, และยากลุ่ม non-benzodiazepines ออกฤทธิ์โดยกดประสาทส่วนกลาง อาการเมาสารในกลุ่มนี้เหมือนกับที่พบในภาวะเมาสารอื่น เช่น พุดไม่ชัด เติบโต เสี่ยงการทรงตัว หากมีอาการรุนแรงจะพบการกดทางเดินหายใจ จนมีภาวะ stupor หรือ coma ได้ นอกจากนี้ อาจเกิดภาวะที่เรียกว่า paradoxical intoxication โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งจะพบได้บ่อย โดยจะมีอาการกระสับกระส่าย สับสน หรืออาจมีอาการ delirium ก็ได้ ในบทนี้ จะกล่าวถึงเฉพาะยากลุ่ม benzodiazepines

ข้อแนะนำที่ 1: ควรดูแลและเฝ้าระวังการกดทางเดินหายใจของผู้ที่มีภาวะ benzodiazepines intoxication ทุกราย ช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ให้การช่วยเหลือกู้ชีวิตเบื้องต้น อาจต้องใส่เครื่องช่วยหายใจในกรณีที่มีการกดการหายใจอย่างมาก

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ:

- จากการศึกษา โดย Drug Abuse Warning Network (DAWN) พบว่าการใช้ benzodiazepines โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นสาเหตุของอาการนำที่มาห้องฉุกเฉินและมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นถึง 149% จาก ปี ค.ศ. 2004 ถึง 2011 โดยพบว่ายา alprazolam เป็นสาเหตุถึงหนึ่งในสามของการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน และการใช้ยา alprazolam ยังเป็นสาเหตุถึงหนึ่งในสามของ benzodiazepines - related suicidal attempts⁽²³⁾

ข้อแนะนำที่ 2: ควรให้ยา flumazenil ในการรักษาผู้ที่มีภาวะ benzodiazepines intoxication ที่มีอาการรุนแรง เช่น ง่วงซึมมาก และเกิดการกดการหายใจอย่างรุนแรง

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ:

- Flumazenil ออกฤทธิ์เป็น benzodiazepines receptor antagonist ช่วยรักษาอาการง่วงซึมจากผลของยา benzodiazepines

ตัวอย่างการบริหารยา flumazenil⁽²⁴⁾

ขั้นตอน	ขนาดยาที่ให้
ขนาดยาเริ่มต้น (Initial dose)	ให้ขนาด 0.2 mg ทางเส้นเลือด อย่างช้าๆ นานกว่า 30 วินาที หากยังไม่ตื่นดีขึ้น ใน 30 วินาที ให้ยาอีก 0.3 mg ติดตามดูอาการ
การให้ยาซ้ำ (Repeat doses)	ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น ให้อีก 0.5 mg ทางเส้นเลือด ให้ซ้ำได้ ทุกๆ 1 นาที หากจำเป็น จนถึงขนาดสูงสุด 3 mg โดยทั่วไปอาการมักดีขึ้นเมื่อได้ยา 1 - 3 mg
ขนาดยาสูงสุดที่ให้ได้ (Maximal total cumulative dose)	ผู้ที่ตอบสนองบางส่วน (partial response) หลังจากได้รับยา 3 mg อาจจำเป็นต้องได้ยาเพิ่มอีก โดยเพิ่มอย่างช้าๆ ไปจนกระทั่งสูงสุดที่ 5 mg ติดตามดูอาการ 5 นาที หลังได้ขนาดยารวมทั้งหมด 5 mg แล้ว หากอาการยังไม่ดีขึ้น ให้ค้นหาสาเหตุอื่น
อาการง่วงซึมกลับเป็นซ้ำ (Resedation)	หากเมาสารในขนาดสูง การได้รับยา flumazenil ครั้งเดียวอาจไม่เพียงพอ เพราะ flumazenil ออกฤทธิ์สั้น อาจมีอาการง่วงซึมกลับมาอีกใน 30-60 นาที สามารถให้ flumazenil ทางเส้นเลือด ซ้ำได้ทุก 20 นาที ตามความจำเป็น ครั้งละไม่เกิน 1 mg และขนาดทั้งหมดไม่เกินกว่า 3 mg ใน 1 ชั่วโมง

บรรณานุกรม

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4-TR ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
2. Kleber HD, Weiss RD, Anton RF, Rounsaville BJ, George TP, Strain EC, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry. 2006; 163:5-82.
3. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, Bertini M, Gasbarrini G, Addolorato G. Acute alcohol intoxication. Eur J Intern Med. 2008; 19:561-7.
4. Yost DA. Acute care for alcohol intoxication. Be prepared to consider clinical dilemmas. Postgrad Med. 2002; 112:14-6, 21-2, 5-6.
5. Bogusz M, Pach J, Stasko W. Comparative studies on the rate of ethanol elimination in acute poisoning and in controlled conditions. J Forensic Sci. 1977; 22:446-51.
6. Jones AW. Disappearance rate of ethanol from the blood of human subjects: implications in forensic toxicology. J Forensic Sci. 1993; 38:104-18.
7. Maldonado JR. An approach to the patient with substance use and abuse. Med Clin North Am. 2010; 94:1169-205.
8. Langan ML. Acute alcohol intoxication in adolescents: frequency of respiratory depression. J Emerg Med. 2013; 44:1063-9.
9. เบญจพร ปัญญาวยง, บรรณานิกร. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส); 2552.
10. Marco CA, Kelen GD. Acute intoxication. Emerg Med Clin North Am. 1990; 8: 731-48.
11. Boba A. Management of acute alcoholic intoxication. Am J Emerg Med. 1999; 17: 431.

12. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH, Jr., Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med*. 2012; 13: 26-34.
13. Chase PB, Biros MH. A retrospective review of the use and safety of droperidol in a large, high-risk, inner-city emergency department patient population. *Acad Emerg Med*. 2002; 9: 1402-10.
14. Wilkins J, Danovitch I, Gorelick D. Management of Stimulant, Hallucinogen, Marijuana, Phencyclidine, and Club Drug Intoxication and Withdrawal. In: Ries R, Fiellin D, Miller S, Saitz R, editors. *Principles of Addiction Medicine*. Philadelphia (PA): American Society of Addiction Medicine; 2009.
15. Jenkins A, Cone E. Pharmacokinetics, drug absorption, distribution, and elimination. In: Karch S, editor. *Drug Abuse Handbook, Second Edition*: Taylor & Francis; 2006.
16. Lee N, Johns L, Jenkinson R, Johnston J, Connolly K, Hall K, et al. *Clinical Treatment Guidelines for Alcohol and Drug Clinicians*. No 14: Methamphetamine dependence and treatment. Fitzroy: Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.; 2007.
17. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry*. 2003; 48:330-7.
18. Evans D, Wood J, Lambert L, FitzGerald M. Physical restraint in acute and residential care. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*. 2002; 5: 88-225.
19. Darke S, Mills KL, Ross J, Teesson M. Rates and correlates of mortality amongst heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), 2001-2009. *Drug Alcohol Depend*. 2011; 115:190-5.
20. Darke S, Zador D. Fatal heroin 'overdose': a review. *Addiction*. 1996; 91: 1765-72.
21. Sporer KA. Acute heroin overdose. *Ann Intern Med*. 1999; 130:584-90.
22. Tetrault J, O' Connor P. Management of Opioid Intoxication and Withdrawal. In: Ries R, Fiellin D, Miller S, Saitz R, editors. *Principles of Addiction Medicine*. 4th ed. Philadelphia (PA): American Society of Addiction Medicine; 2009; 589-603.
23. Drug Abuse Warning Network. *National Estimates of Drug-Related Emergency Department Visits*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 2011.
24. Dickinson W, Eickelberg S. Management of Sedative-Hypnotic Intoxication and Withdrawal. In: Ries R, Fiellin D, Miller S, Saitz R, editors. *Principle of Addiction Medicine* Philadelphia (PA): American Society of Addiction Medicine; 2009; 573-87.

7. Detoxification (การถอนพิษ)

การบำบัดระยะถอนพิษ (detoxification) คือ กระบวนการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดทางกาย (physical dependence) หรืออาการขาดสาร (withdrawal symptom) จากสุราหรือสารเสพติดอื่นแต่ละชนิด การบำบัดดังกล่าวสามารถป้องกันอาการขาดสาร หรือในรายที่มีอาการขาดสารแล้วการบำบัดจะทำให้อาการขาดสารลดลงและหมดไปในที่สุด โดยอาจสามารถลดความต้องการอยากสารลงได้ด้วย การถอนพิษสามารถทำได้โดยให้ยาหรือสารทดแทน หรือให้ยาเพื่อบรรเทาอาการขาดสารเฉพาะตามชนิดของสารที่ใช้ รวมถึงการให้การรักษาระดับประคับประคอง เพื่อบรรเทาอาการขาดสารบรรเทาหลง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการหยุดใช้สุราหรือสาร เพื่อเป็นการป้องกันผลแทรกซ้อนจากการหยุดใช้และให้ผู้ติดสุราหรือสารเสพติดอื่นได้เข้ากระบวนการบำบัดและรักษาหลังการถอนพิษต่อไป การถอนพิษด้วยยาทำได้ในการบำบัดรักษาภาวะขาดสุรา และสาร opioids

7.1 Alcohol Detoxification (การถอนพิษจากสุรา)

ภาวะขาดสุราพบได้บ่อยในเวชปฏิบัติทั่วไป อย่างไรก็ตามอาจพบผู้ที่มีภาวะขาดสุราจำนวนสูงมากขึ้นในช่วงก่อนและเริ่มเข้าพรรษาอาจเนื่องจากผู้ที่ดื่มสุราเป็นเวลานานหลายปีจนเกิดการติดสุราจำนวนหนึ่งอาจปฏิบัติตามกิจกรรมรณรงค์ทั่วประเทศให้ “งดเหล้าเข้าพรรษา” จึงหยุดดื่มทันที ทำให้เกิดอาการขาดสุราขึ้นได้ ภาวะขาดสุราจะมีระดับความรุนแรงและซับซ้อนต่างกันในผู้ติดสุราแต่ละราย ที่รุนแรงที่สุดคือขั้นเพ้อคลั่งสั่น หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า delirium tremens (DTs) ซึ่งมักพบในผู้ที่ติดสุรามานานมากกว่า 5 ปี และติดยุติรุนแรง อาการเกิดหลังจากหยุดดื่มสุราครั้งสุดท้ายนาน 2 - 3 วัน นับเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน เพราะในอดีตหากรักษาไม่ทันอาจส่งผลให้ถึงแก่ความตายได้สูงถึงร้อยละ 37 ในต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19⁽¹⁾ แต่อัตราตายลดลงเหลือร้อยละ 6 เมื่อมีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาให้ดีขึ้น⁽²⁾

การรักษาภาวะขาดสุราเป็นขั้นตอนเบื้องต้นสำหรับการรักษาการติดสุราในระยะถอนพิษ โดยควรทำการประเมินทางคลินิกรวมถึงการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ลดหรือเลิกดื่ม ตามด้วยการบำบัดฟื้นฟูจิตใจและสังคม อย่างบูรณาการหลังอาการดีขึ้น เพื่อให้ผู้ที่ติดสุราได้ยึดโยงกับการรักษาให้นานที่สุด ซึ่งต้องใช้หน่วยงานเฉพาะ และทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลจนสามารถหยุดสุราได้อย่างถาวรหรือกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม

Tips : ในกรณีที่พบผู้มีประวัติดื่มสุราที่อยู่ในภาวะสับสน มี cognitive impairment หรืออาการโรคจิตร่วม ทำให้ตรวจประเมินภาวะขาดสุราอย่างละเอียดไม่ได้ ควรรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าติดตามอาการ โดยปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิด DTs มีดังนี้^(3, 5-7)

จากประวัติ	จากการตรวจร่างกาย
ดื่มสุราอย่างหนัก > 150 กรัมต่อวัน (เหล้าขาว > ½ ขวดต่อวัน) ต่อเนื่องหลายปี (> 5 ปี) อายุ > 60 ปี; เคยมี DTs; เคยชักขณะขาดสุรา มีโรคทางกายร่วม หรือมีการใช้สารเสพติดอื่นร่วม มีอาการขาดสุราทั้งที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง; มีอาการขาดสุรา > 3 วันหลังหยุดดื่ม ไม่ตอบสนองต่อการได้ยา benzodiazepines ที่ให้ครั้งแรก	ชีพจรเต้นเร็ว > 100 ครั้งต่อนาที น้ำหนักลดหรือคั่งพองแห่งจากขาดอาหารและน้ำ ผิวหนังมี spider angiomas ตาเหลือง ตับโต ascites มือสั่น hyper-reflexia

ข้อแนะนำที่ 1: ผู้ที่มาใช้บริการทุกคนที่มีประวัติดื่มสุร่าอย่างหนัก ต่อเนื่องกันมานานมากกว่า 5 ปี ที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยในหรือแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ควรได้รับการประเมินภาวะขาดสุร่าด้วยเครื่องมือมาตรฐาน และค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด delirium tremens (DTs) หรือความผิดปกติจากการดื่มสุร่าหรือใช้สารเสพติดร่วมด้วยทุกครั้งเมื่อมารับบริการ

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ผู้ที่มาแผนกฉุกเฉินและอุบัติเหตุอาจมาเพราะประสบอุบัติเหตุ ถูกทำร้ายร่างกาย ทำร้ายตนเอง โดยอาจมีประวัติดื่มสุร่าอย่างหนักติดต่อกันจนดื่มต่อไปไม่ไหวหรือมีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย จึงควรประเมินแนวโน้มที่จะเกิดภาวะขาดสุร่าและระดับความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งอาการมักค่อยๆ เกิดขึ้นภายใน 5 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม⁽³⁾ และควรตรวจดูภาวะทางกายอื่นๆ ที่อาจจะพบร่วมด้วย เช่น ตับอักเสบ น้ำตาลในเลือดต่ำ การขาดวิตามินบี 1 และ Wernicke's encephalopathy เป็นต้น⁽⁴⁾
- ควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs⁽⁵⁾ เนื่องจากถ้าให้การรักษาอย่างเหมาะสมใน 24 ชั่วโมง จะลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายลงได้⁽³⁾ การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ได้แก่ complete blood count, blood alcohol concentration, blood sugar, serum electrolytes, BUN, creatinine, liver function test และ gamma glutamyl transferase (GGT) รวมถึง urine for substances ถ้ามีประวัติใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย chest x-ray ในกรณีที่สงสัยโรคทางปอด และ electrocardiogram ในผู้สูงอายุมากที่สงสัยว่าอาจมีโรคหัวใจร่วมด้วย
- ควรใช้ประวัติทางคลินิกร่วมกับเครื่องมือในการประเมินเพื่อรักษาภาวะขาดสุร่า⁽⁸⁻¹⁴⁾ เครื่องมือที่นิยมใช้ทางคลินิก ได้แก่ CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised) โดยมีหัวข้อการประเมิน คือ คลื่นไส้ อาเจียน สั่น เหงื่อออก วิดุกังวล ประสาทหลอนทางการสัมผัส การได้ยิน การมองเห็น ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย และการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล และ AWS (Alcohol Withdrawal Scale) โดยมีหัวข้อการประเมิน คือ อาการเหวี่ยงออก สั่น วิดุกังวล กระสับกระส่าย อุดหนุน ประสาทหลอน การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล
- Shaw และคณะ สร้างแบบประเมิน CIWA-A เมื่อปี พ.ศ. 2524⁽⁸⁾ และปรับปรุงใหม่โดย Sullivan และคณะ เมื่อปี พ.ศ.2532⁽¹⁰⁾ ซึ่งมี 10 ข้อ คะแนนรวม 67 คะแนน แบ่งอาการขาดสุร่าออกเป็น 4 ระดับ คือ เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง รุนแรงมาก สำหรับใช้ติดตามอาการขาดสุร่าโดยควรประเมินทุก 1 - 6 ชั่วโมงตามระดับความรุนแรงจนกระทั่งคะแนนน้อยกว่า 8 ทุกครั้งติดต่อกันจนครบ 24 ชั่วโมง จึงหยุดประเมิน สำหรับ AWS นั้น Wetterling และคณะ⁽¹³⁾ พัฒนาจาก CIWA-A เมื่อปี พ.ศ. 2540 ผ่านการวิเคราะห์รายข้อ มี 7 ข้อ คะแนนรวม 27 คะแนน แบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้สำหรับติดตามประเมินอาการขาดสุร่าทุก 1 - 6 ชั่วโมงตามระดับความรุนแรง เช่นเดียวกับ CIWA-Ar จนกระทั่งคะแนนน้อยกว่า 4 ทุกครั้งติดต่อกันจนครบ 24 ชั่วโมง จึงสามารถหยุดประเมินได้

ตัวอย่างแบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS)

อาการ	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
เหงื่อออก	ไม่มี เหงื่อออกเลย	ผิวหนัง/ฝ่ามือ ชื้นเท่านั้น	ฝ่ามือชื้น และมีเม็ดเหงื่อเป็นแห่งๆ เช่น โปหน้า หน้าอก	ร่างกายชื้นเปียกทั้งตัว จากเหงื่อ	เหงื่อออกมาก จนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนเปียก
สั่น	ไม่มี อาการสั่นเลย	มือสั่นเวลา อยู่ในท่าต่างๆ เท่านั้น เช่น เวลา ไปหยิบจับของ	มือสั่นเล็กน้อย ตลอดเวลา	แขนขาสั่นมาก อย่างเห็นได้ชัด ตลอดเวลา	
วิตกกังวล	สงบ ไม่มีความ วิตกกังวลเลย	คิดล่วงหน้าบ้าง เล็กน้อย	มีความคิดล่วงหน้า หวาดหวั่นแต่ยังอยู่ใน ขอบเขตที่เข้าใจได้	วิตกกังวล จนถึงขั้นมีอาการ หวาดกลัวเป็นบางครั้ง	วิตกกังวลมาก จนควบคุมไม่ได้ รวมทั้งมีอาการแพนิค
กระสับ กระส่าย	กิริยา พฤติกรรมปกติ ไม่มีอาการ กระสับกระส่าย	อยู่ไม่นิ่ง หงุดหงิดเล็กน้อย	กระสับกระส่าย ขยับตัวไปมา ผุดลุกผุดนั่ง แต่ยังชักชวนให้นั่ง หรือนอนพักได้	กระสับกระส่าย ขยับตัวไปมาตลอด มีการเคลื่อนไหวอย่าง ไม่มีเหตุผล สามารถ ชักชวนให้นั่งหรือนอนได้ ในเวลาสั้นๆ เท่านั้น	กระสับกระส่ายมาก ก้าวร้าว ไม่สามารถที่จะอยู่นิ่งๆ มีการเคลื่อนไหว อย่างรวดเร็ว ตลอดเวลา
อุณหภูมิ ใต้รักแร้	37.0 °C หรือต่ำกว่า	37.1 °C - 37.5 °C	37.6 °C - 38.0 °C	38.1 °C - 38.5 °C	สูงกว่า 38.5 °C
ประสาท หลอน	ไม่มี ประสาทหลอน	มีการเห็นหรือ ได้ยินสิ่งต่างๆ บิดเบือนไป เป็นครั้งคราว ทราบดีว่า สิ่งเหล่านี้ ไม่เป็นจริง	มีประสาทหลอนชัดเจน แต่จะจำเพาะกับสิ่งของ หรือเหตุการณ์บางอย่าง และเป็นเวลาสั้นๆ สามารถที่จะแนะนำ ได้ง่ายว่าการรับรู้ นี้เป็นเพียงจินตนาการไป ยังสามารถติดต่อกับ โลกความเป็นจริง	ประสาทหลอนชัดเจน จำเพาะคล้ายในข้อ 2 แต่ดึงกลับสู่ โลกความเป็นจริงยาก ไม่สามารถจะแนะนำ ว่าสิ่งที่รับรู้เป็นเพียง จินตนาการ โดยถูกรบกวนจาก ประสาทหลอนนี้ และติดต่อกับโลก ความจริงได้ยากมาก	ประสาทหลอนมาก ไม่สามารถติดต่อกับ โลกความจริง ได้อย่างสมเหตุสมผล เหมือนอยู่ในโลกของ ประสาทหลอน
การรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล	การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ดีเต็มที่	การรับรู้บุคคล และสถานที่ดี แต่มีปัญหา ในการรับรู้เวลา	การรับรู้บุคคลดี มีการรับรู้สถานที่ และเวลาเสียบ้าง	มีการรับรู้บุคคล เป็นบางคน ไม่รับรู้สถานที่ และเวลา	ไม่รับรู้บุคคล สถานที่ เวลา ไม่เข้าใจ ว่าขณะนี้อยู่ที่ไหน คนรอบข้างเป็นใคร และขณะนี้เวลาเท่าไร

ข้อแนะนำที่ 2: ควรใช้ยากลุ่ม benzodiazepines เป็นยาหลักที่ใช้ในการป้องกันและรักษาภาวะขาดสุรา ร่วมกับการให้การดูแลรักษาแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ยาหลักที่นิยมใช้สงบอาการขาดสุรา คือ ยากลุ่ม benzodiazepines เนื่องจากราคาถูก หาได้ง่าย สะดวกในการบริหาร แก้อาการได้อย่างรวดเร็วและมีช่วงความปลอดภัยกว้าง^(15, 16) ตัวอย่างยาที่ใช้ ได้แก่ diazepam, lorazepam, chlordiazepoxide โดยให้เพื่อรักษาอาการขาดสุราได้อย่างฉับพลัน และไม่ทำให้ซึมหรือ่วงเกินไป โดยมีหลักการสำคัญในการให้ยา คือ ปรับขนาดยาตามความรุนแรงของอาการ ไม่ควรให้ยาขณะอยู่ในภาวะเมา และหากมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs หรือเคยมีอาการขาดสุราสามารถให้ยาเพื่อป้องกันได้แม้ยังไม่มีอาการ (prophylactic sedation) โดยไม่ควรให้ยาเกิน 2 สัปดาห์ เพราะมีโอกาสติดยาสูง⁽¹²⁾ และยาจะมีฤทธิ์กดประสาทมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับสุราที่อาจกลับไปดื่มซ้ำ โดยจะทำให้มีผลข้างเคียงด้าน cognitive function คือ ความจำไม่ดี และทำให้มีการเคลื่อนไหวไม่ประสานกัน เกิดความเสี่ยงในการกลับไปดื่มซ้ำ หรือใช้สารอื่นร่วม นอกจากนี้ ควรระวังการใช้กลุ่มนี้ในผู้มีโรคร่วมที่เสี่ยงต่อการติดสารเสพติด
- วิธีการบริหารยา benzodiazepines ตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดสุรา 4 ระดับ ดังตาราง

ระดับความรุนแรงและเวลาที่เกิด	อาการ	การรักษา
เล็กน้อย (CIWA < 8, AWS < 5) หลังดื่มครั้งสุดท้าย 6 - 36 ชั่วโมง	วิตกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิดง่าย มือสั่น ปวดศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันขึ้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผะอืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ ไม่พบอาการโรคจิต	แบบผู้ป่วยนอก: เน้นการประเมินโรคทางกายที่พบร่วมและรักษา แบบประคับประคองโดยให้การบำบัดแบบย่อ อาจไม่ต้องให้ยา หรือให้ยาแบบ symptom triggered regimen ซึ่งให้ยาเฉพาะเมื่อ มีอาการขาดสุราให้เห็นชัดเจน ใช้เวลาสั้นและขนาดยาต่ำ ติดตาม อาการประเมินทุก 6 ชั่วโมง
ปานกลาง (CIWA 8-14, AWS 5-9) หลังดื่มครั้งสุดท้าย 24-72 ชั่วโมง	มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก กระสับกระส่ายกระวนกระวายมาก ผุดลุกผุดนั่ง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชีพจร > 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง ไม่มีอาการโรคจิต	แบบผู้ป่วยใน: เน้นการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs อาการ ขาดสุราและภาวะแทรกซ้อนทั้งกายและจิต ต้องให้ยาสงบอาการ ชนิดรับประทานแบบ fixed dose regimen หรือแบบ symptom triggered regimen ร่วมกับการบำบัดสร้างแรงจูงใจ ให้คำปรึกษา และนัดติดตามผล ^(17, 18) ติดตามอาการประเมินทุก 4 ชั่วโมง
รุนแรง (CIWA 15-19, AWS 10-14) หลังดื่มครั้งสุดท้าย 48-96 ชั่วโมง	วิตกกังวลหรือหวาดกลัวมาก กระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่สุข เดินไปมา สั่นมากทั้งตัว สับสน พูดไม่รู้เรื่อง ไม่รู้วัน-เวลา-สถานที่	แบบผู้ป่วยใน: เป็นภาวะรีบด่วน ต้องให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด เฝ้าระวังอันตรายจาก DTs ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อ บาดเจ็บ ทางสมอง ขาดน้ำ เกลือแร่ และวิตามิน ปอดบวม เป็นต้น โดยให้ยาตามลักษณะทางคลินิกและปัจจัยเสี่ยง หากเป็นรุนแรง ให้ยา แบบ oral front loading regimen ประเมินทุก 2 ชั่วโมง และ
รุนแรงมาก (CIWA 20-67, AWS 15-27) หลังดื่มครั้งสุดท้าย 48-96 ชั่วโมง	สมาธิสั้น วอกแวกง่าย เหงื่อออกมาก ใช้สูง ชีพจรเร็ว กลัว หลงผิด หวาดระแวง เห็นภาพหลอน หูแว่ว	รุนแรงมาก ให้ยาแบบ oral หรือ intravenous front loading regimen ติดตามทุก 1 ชั่วโมง การให้ยาดังกล่าว อาจมีข้อเสีย คือ ทำให้่วงเกินความจำเป็น อย่างไรก็ตาม ช่วยลดอาการทันท่วงที ป้องกันโรคแทรกซ้อนโดยไม่ต้องเติมยา ลดเวลาและความรุนแรง ของ DTs และลดอุบัติเหตุการชักได้ ⁽¹⁹⁻²¹⁾

- นอกจากนี้ มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดเป็นส่วนหนึ่งของภาวะขาดสุราหรือเกิดระหว่างการรักษาได้ หรือมีการวินิจฉัยแยกโรคอื่นนอกเหนือจากภาวะขาดสุรารวมถึงภาวะที่พบร่วม ซึ่งควรใช้วิธีการสงบอาการขาดสุราที่แตกต่างกันไป ดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ภาวะ	สาเหตุ	ลักษณะอาการ	การรักษา
Benzodiazepine-associated delirium	ใช้ยาขนาดสูง เพื่อรักษาภาวะขาดสุรา	มักเกิดในวันที่ 5 หลังใช้ยา ขนาดสูง แล้วไม่ดีขึ้น	ยา flumazenil ซึ่งเป็น GABA _A receptor antagonist ให้ยา 5-6 ครั้ง/วัน จนอาการดีขึ้น มักไม่มีผลข้างเคียง ⁽²²⁾
Refractory delirium tremens	อาจเกิดจากการทำงานของ endogenous GABA ลดลง ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ GABA _A receptors	ได้รับยาขนาดสูง เช่น diazepam 50 mg หรือ lorazepam 10 mg ในชั่วโมงแรก หรือ diazepam 200 mg หรือ lorazepam 40 mg ใน 3 ชั่วโมงแรกแล้วไม่ดีขึ้น	ยากลุ่ม barbiturates โดยเฉพาะ phenobarbital ขนาด 130-260 mg ทางเส้นเลือด ทุก 15-20 นาที จนกว่าสงบ (ให้ร่วมกับ benzodiazepines ได้) หรือให้ propofol 1 mg/kg ทางเส้นเลือด ซึ่งเป็นยาที่เปิด GABA chloride channel โดยไม่ต้องมี GABA และเป็น glutamate antagonist การให้ยาเหล่านี้ ส่วนมากต้องใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ จึงควรให้ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ⁽²³⁾
Seizure (ชัก) (พบได้ร้อยละ 10)	ขาดสุรา และพบมากขึ้นในผู้ที่ดื่มสุรามานานหลายปี เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย 6 - 48 ชั่วโมง	เป็นครั้งแรกเดียว เกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติ แต่สามารถเกิดเป็นชุด เช่น 2-3 ครั้ง ห่าง 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่อง (status epilepticus) พบได้น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา (ต้องหาสาเหตุ)	หาสาเหตุจากโรคอื่น ใช้ยากันชักที่สามารถสงบอาการขาดสุราและกันชักได้ เช่น sodium valproate ให้แบบ loading dose strategy (20 mg/kg/day) แบ่ง 2 ครั้ง ทุก 6-8 ชั่วโมงในวันแรก ต่อมาวันละ 2 ครั้ง อีก 4 วัน หรือให้ carbamazepine 600-800 mg ในวันแรก ต่อมาค่อยๆ ลดเหลือ 200 mg ในวันที่ 5 แล้วหยุดยาหรือให้ oxcarbamazepine 1200 mg ในวันแรก 900 mg ในวันที่ 2-3 ค่อยๆ ลดจนหยุดยาในวันที่ 6 ^(24, 25) หรือฉีด diazepam front loading regimen
อาการโรคจิต หลงผิด หวาดระแวง และประสาทหลอน (พบได้ร้อยละ 3)	ขาดสุรา เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย 12-48 ชั่วโมง	มีอาการประสาทหลอน โดยยังรู้สึกตัวดี และรู้ว่าอาการประสาทหลอนนั้นไม่ใช่ความจริง แต่เป็นผลจากสุรา	การประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวช และให้ยาเพื่อสงบอาการขาดสุราเป็นหลัก อาจเสริมด้วยยารักษาโรคจิต เช่น haloperidol ขนาดต่ำ และให้การบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ และติดตามผล อาการมักหายภายใน 1 เดือน (มัก < 1 สัปดาห์) แต่กลับเป็นซ้ำได้เมื่อกลับไปดื่ม ⁽²⁶⁾
Hepatic encephalopathy	โรคตับเรื้อรัง	อาการเพ้อ คล้าย DTs	ควรปรึกษาอายุรแพทย์ในการดูแล
โรคตับแข็ง หรือตับอักเสบ	การดื่มสุรา	ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น liver function test ผิดปกติ	ลดขนาด diazepam ลงครึ่งหนึ่งในการรักษาภาวะขาดสุรา อาจใช้ lorazepam ในขนาดที่เทียบเคียงกัน โดยให้ยาระหว่างครั้งสั้นลง เช่น ทุก 2 ชั่วโมงจนกว่าจะสงบ แล้วจึงค่อยๆ ปรับ เป็นทุก 4-6 ชั่วโมง โดยควรพิจารณาให้ยาทันทีแม้ว่าอาการไม่รุนแรงหรือรุนแรงปานกลาง
ดื้อยา benzodiazepines	ใช้ยาระงับประสาทหรือยานอนหลับอยู่ก่อนแล้ว	ใช้ยาขนาดสูงในการรักษาภาวะขาดสุรา	ควรระมัดระวัง และควรปรับขนาดยาให้เหมาะสม ⁽¹²⁾
ภาวะกดการหายใจ	โรคระบบทางเดินหายใจ	-	ควรลดขนาดยา diazepam ลงครึ่งหนึ่ง แต่ถ้ามี respiratory failure (pO ₂ < 60 mm Hg) โดยเฉพาะเมื่อมี CO ₂ retention (pCO ₂ > 44 mm Hg) ห้ามให้ยาสงบอาการ และควรปรึกษาอายุรแพทย์โดยด่วน
งดอาหาร น้ำทาลปาก (NPO)	เช่น หลังผ่าตัด เป็นต้น	-	ให้ยา diazepam ฉีดทางเส้นเลือดแทนได้ ⁽¹²⁾

- อาจให้ haloperidol ในภาวะขาดสุราซึ่งควรให้ด้วยความระมัดระวังเพราะนอกจากยาจะไปลด convulsive threshold ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการชักแล้วยังเกิด extrapyramidal symptoms⁽²⁷⁾ จากการยับยั้ง D2 receptors อย่างแรงทำให้เกิด reward deficit⁽²⁸⁾ และอยากดื่มสุรามากขึ้น และทำให้เกิด compensatory neuroadaptation เกิด reward seeking and intake ได้⁽³¹⁾ ทั้งนี้ อาจใช้ haloperidol 2.5-5 mg/day เป็นยาเสริมกับ benzodiazepines ให้ช่วง 2-3 วันแรกของการรักษา นอกจากนี้ อาจให้ยาอื่นในผู้มีภาวะขาดสุราแล้วชัก หรือผู้มีประวัติตอบสนองยา benzodiazepines ได้ไม่ดีหรือเสี่ยงต่อการติดสาร ยาอื่น ได้แก่ ยากันชัก เช่น valproate, carbamazepine, oxcarbamazepine, topiramate ยาที่ออกฤทธิ์เป็น centrally acting alpha 2 agonist เช่น clonidine ยาอื่นๆ เช่น baclofen, clometthiazole⁽³⁰⁻³⁶⁾
- การรักษาภาวะขาดสุรานอกจากการสงบอาการขาดสุรา เช่น ด้วยการให้ยา benzodiazepines แล้ว ยังมีองค์ประกอบสำคัญในการรักษาภาวะขาดสุรา ซึ่งมีหลักการประกอบด้วย 5 ส หรือ 5 S's ดังนี้

สงบ อาการขาดสุรา (Sedation)

สังเกต ทุกซีกทางกาย (Supportive & Symptomatic care) ดูแลระดับประคองป้องกันอุบัติเหตุร้ายแรง เช่น การตกเตียง การทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายคนอื่น รักษาตามอาการ ปลอดภัยให้ลดความกลัว และรับรู้สภาพความเป็นจริง

เสริม อาหาร (Nutritional Supplement) วิตามิน B1-6-12 folic กรดเกลือแร่ และน้ำ โดยควรให้วิตามิน B1หรือ thiamine ในผู้มีภาวะขาดสุราทุกราย ในขนาด 100 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน thiamine จะดูดซึมทางการฉีดได้ดีกว่า แต่หากไม่สามารถฉีดก็อาจให้รับประทานแทนได้ โดยควรให้กินก่อนอาหารหรือก่อนให้กลูโคส

สร้าง บรรยากาศอบอุ่น ปลอดภัย (Safety and Supportive Environment)

สืบ ค้นภาวะแทรกซ้อน อื่นและแก้ไข (Standard Medical Care)

ตัวอย่างการให้ยาในการถอนพิษและสงบอาการขาดสุราแบบ Symptom-triggered และ Fixed dose oral regimens

	วันที่	ให้ยาเมื่อ	Lorazepam	Diazepam	Chlordiazepoxide	Oxazepam
Symptom-triggered oral regimen*	1	CIWA>8 BP>140/90 PR>100	1-2 mg ซ้ำได้ทุก 2 ชั่วโมง	5-10 mg ซ้ำได้ทุก 2 ชั่วโมง	25-50 mg ซ้ำได้ทุก 2 ชั่วโมง	15-30 mg ซ้ำได้ทุก 2 ชั่วโมง
	2-5	CIWA>8	1-2 mg ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง	5-10 mg ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง	25-50 mg ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง	15-30 mg ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง
Fixed dose oral regimen**	1		2 mg ทุก 6 ชั่วโมง	10 mg ทุก 6 ชั่วโมง	50 mg ทุก 6 ชั่วโมง	
	2		2 mg เข้า 1 mg เทียบ 2 mg ก่อนนอน	5 mg ทุก 6 ชั่วโมง	25 mg ทุก 6 ชั่วโมง	
	3		1 mg ทุก 8 ชั่วโมง	5 mg ทุก 12 ชั่วโมง	25 mg ทุก 12 ชั่วโมง	
	4		1 mg ก่อนนอน	5 mg ก่อนนอน	25 mg ก่อนนอน	
	5		0.5 mg ก่อนนอน	2 mg ก่อนนอน	10 mg ก่อนนอน	
	6		หยุดยา	หยุดยา	หยุดยา	

* แบบ Symptom-triggered oral regimen เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติหรือมีอาการขาดสุราระดับน้อย

** แบบ Fixed dose oral regimen เหมาะกับผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติหรือมีอาการขาดสุราระดับปานกลาง

ตัวอย่างการให้ยาถอนพิษและสงบอาการขาดสุรารุนแรงแบบ Front loading regimen

วันที่	Oral front loading	Intravenous front loading
1	Diazepam 20 mg หรือ lorazepam 4 mg ทุก 2 ชั่วโมง เมื่อ CIWA 15-19 หรือ AWS 10-14 หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs หรือมีอาการชักจากการขาดสุรา โดยสามารถเสริมยา diazepam 10 mg หรือ lorazepam 2 mg เข้าได้ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะหลับ	Diazepam 10 mg ทุก 10 นาที เมื่อ CIWA>19 หรือ AWS>14 จนกว่าจะหลับ ถ้าไม่สงบหลังได้ 60 mg ใน 1 ชั่วโมง ควรประเมินติดตาม vital signs ใกล้ชิด จากนั้น ให้ 10 mg ทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าจะหลับต่อเนื่อง 6 – 8 ชั่วโมงแบบปลุกตื่นได้ โดยให้ได้สูงสุด 600 mg ต่อวัน แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง
2-7	ถ้าอาการไม่สงบโดยมีคะแนน CIWA-ar ≥ 15 ควรประเมินภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขจนสงบ แล้วพิจารณาให้ oral front loading regimen ต่อ	
	หลังจากอาการสงบและหลับได้ 6-8 ชั่วโมง จึงค่อยเริ่มต้นเข้าสู่ modified oral fixed-dose regimen ในวันถัดมา	
	Modified oral fixed-dose regimen: คำนวณโดยใช้ขนาดยาทั้งหมดที่ได้ในวันนั้น ปรับลดขนาด ร้อยละ 10-25 ของขนาดยาทั้งหมด แล้วแบ่งให้ ทุก 2 ชั่วโมง	
	ในวันถัดมาแม้ว่าจะเริ่มต้นเข้าสู่ modified fixed schedule regimen ก็ตาม จะต้องเฝ้าดูอาการ ด้วย CIWA-Ar ทุก 1 ชั่วโมงไปก่อน ถ้าได้ค่า คะแนน ≥ 15 ก็สามารถให้ยา diazepam 10 mg หรือ lorazepam 2 mg เสริมได้ระหว่าง dose ถ้าได้ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-14 จึงค่อยประเมิน CIWA-Ar ทุก 2 ชั่วโมง ตามแผน fixed schedule regimen	

ข้อแนะนำที่ 3: ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs ซึ่งเป็นภาวะขาดสุรารุนแรงขั้นเพื่อคลั่งสั่น ควรป้องกันไม่ให้เกิดอาการขาดสุรารุนแรงไว้ก่อน โดยให้ยาสงบอาการแบบ front loading regimen แม้ว่าจะมีอาการขาดสุราเพียงเล็กน้อยก็ตาม

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง

หมายเหตุ

- ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs เช่น มีประวัติชักจากการขาดสุรา หรือมีอาการชักนำมาก่อน เคยมี DTs มีการหยุดดื่มสุราหลายวัน มีพฤติกรรมดื่มสุราอย่างหนัก (ดื่มมากกว่า 150 กรัมต่อวัน หรือ ปริมาณเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวดต่อวัน) ติดต่อกันเกือบทุกวันเป็นเวลานานกว่า 5 ปี มีความอยากสุรารุนแรง (intense alcohol craving) ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย มีโรคประจำตัวทางสมอง หรือได้รับอุบัติเหตุ อายุมากกว่า 60 ปี ตรวจแวกซ์มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกินกว่า 300 mg/dl สัญญาณชีพจรรเพิ่มสูงขึ้น ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที ตรวจเลือดพบ abnormal liver function เกร็ดเลือดต่ำ ระดับโปตัสเซียมในเลือดต่ำ
- เนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคของภาวะขาดสุราจะค่อยเป็นค่อยไปตั้งแต่หลังหยุดดื่ม 6 ชั่วโมงไปแล้ว จนถึงขั้นเพื่อคลั่งสั่นในวันที่ 2-4 ถ้าสามารถสงบอาการตั้งแต่เริ่มต้นในวันแรกได้จะป้องกันการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงชนิดเพื่อคลั่งสั่นในเวลาต่อมา^(3, 5-7, 21)
- จากงานวิจัยของ Lee และคณะ⁽⁷⁾ รายงานปัจจัยทำนายการเกิด DTs คือ การเคยมี DTs มาก่อน

และชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที ถ้าไม่มีปัจจัยดังกล่าวมีโอกาสเป็นร้อยละ 20.4 ถ้ามีปัจจัยเดียว มีโอกาสเป็น DTs เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 45.6 ถ้ามีทั้งสองปัจจัยดังกล่าวมีโอกาสเป็น DTs ร้อยละ 100

- Florian Eyer และคณะได้ติดตามผู้มีภาวะขาดสุราระดับกลางและรุนแรงจำนวน 827 ราย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึง 2009 และพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs ได้แก่ ความล่าช้าในการประเมิน และรักษาภาวะขาดสุราตั้งแต่แรกเริ่มเป็นระยะเวลา 10 ชั่วโมงขึ้นไป มีประวัติเป็นโรคทางสมอง และตรวจพบรอยโรคในสมอง (structural brain lesions) มาด้วยอาการขาดสุรารุนแรง serum potassium ต่ำกว่า 1 mmol/l และเกร็ดเลือดต่ำกว่า 100,000⁽³⁷⁾
- การป้องกันเริ่มต้นด้วยการแก้ไขภาวะน้ำและเกลือแร่ในร่างกายที่ไม่สมดุล เพราะส่วนมากที่ทำให้เสียชีวิตเพราะให้น้ำและชดเชยเกลือแร่ไม่เพียงพอ ควรให้ปริมาณมากโดยอาจถึง 6 ลิตรต่อวัน ต้องตรวจหาโรคทางกายที่พบร่วมด้วย ให้ยา benzodiazepines ขนาดสูง ช่วยลดอัตราตาย (risk reduction) 4.9 รายต่อ 100 รายของผู้มีภาวะ DTs^(27, 38) ระวังการให้ยากับผู้สูงอายุเพราะผลข้างเคียง คือ confusion และ disinhibition อาจใช้ยารักษาโรคจิตเสริม ยาที่มีการศึกษาทดลอง ประสิทธิภาพได้แก่ quetiapine, aripiprazole แต่ขนาดกลุ่มตัวอย่างยังน้อย^(39, 40)

บรรณานุกรม

1. Boston LN. Alcohol withdrawal. Lancet 1908; 1: 18-9.
2. Puerta-Louro R, Otero-Anton E, Lorenzo-Zuñiga V. Epidemiología del AWS alcohólica: mortalidad y factores de mal pronóstico. An Med Interna (Madrid) 2006; 23: 307-9.
3. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. Q J Med 1997; 90: 253-61.
4. Excellence. National Institute for Health and Care. Alcohol use disorders: diagnosis and clinical management of alcohol -related physical complication. 2010; Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg100/resources/guidance-alcoholuse-disorders-diagnosis-and-clinical-management-of-alcoholrelated-physical-complications-pdf>.
5. Ferguson JA, Suelzer CJ, Eckert GJ, Zhou XH, Dittus RS. Risk factors for delirium tremens development. J Gen Intern Med 1996; 11: 410-4.
6. Fiellin DA, O'Connor PG, Holmboe ES, Horwitz RI. Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. Subst Abus 2002; 23: 83-94.
7. Lee JH, Jang MK, Lee JY, Kim SM, Kim KH, Park JY et al. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. J Gastroenterol Hepatol. 2005; 20: 1833-7.

8. Shaw JM, KoLESAR GS, Sellers EM, Kaplan HL, Sandor P. Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal: Assessment and effectiveness of supportive care. *J Clin Psychopharmacol.* 1981; 1: 382-8.
9. William D, Lewis J, McBride A. A comparison of rating scales for the alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol Alcohol.* 2001; 36: 104-8.
10. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of Alcohol Withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict.* 1989; 84: 1353-7.
11. Pittman B, Gueorguieva R, Krupitsky E, Rudenko AA, Flannery BA, Krystal JH.. Multidimensionality of the Alcohol Withdrawal Symptom Checklist: A Factor Analysis of the Alcohol Withdrawal Symptom Checklist and CIWA-Ar. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 612-8.
12. Saunders JB, Yang J. Clinical protocols for detoxification in hospitals and detoxification facilities. . Brisbane: Alcohol and Drug Services, Royal Brisbane Hospital and the Prince Charles Hospital Health service District; 2002.
13. Wetterling T, Kantz RD, Beslers B, Fischer D, Zerfass B, Ulrich J et al. A new rating scale for the assessment of the alcohol withdrawal syndrome (AWS Scale). *Alcohol Alcohol.* 1997; 32: 753-60.
14. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ. การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้ที่มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.
15. Cooper E, Vernon J. The effectiveness of pharmacological approaches in the treatment of alcohol withdrawal syndrome (AWS): a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013; 20: 601-12.
16. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 6(CD008537).
17. Elholm B, Larsen K, Hornnes N, Zierau F, Becker U. Symptom-triggered versus Fixed-schedule Treatment in an Outpatient Setting. *Alcohol Alcohol.* 2011; 46: 318-23.
18. Daepfen JB, Schweizer V, Gloor S, Yersin B. Symptom-triggered versus Fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trail. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1117-21.

19. Muzyk AJ, Leung JG, Nelson S, Embury ER, Jones SR. The role of diazepam loading for the treatment of alcohol withdrawal syndrome in hospitalized patients. *Am J Addict.* 2013; 22: 113-8.
20. Maldonado JR, Nguyen LH, Schader EM, Brooks JO. Benzodiazepine loading versus symptom-triggered treatment of alcohol withdrawal: a prospective, randomized clinical trial. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012; 34: 611-7.
21. Kattimani S, Bharadwaj B. Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. *Ind Psychiatry J.* 2013; 22: 100-8.
22. Moore PW, Donovan JW, Burkhart KK, Waskin JA, Hieger MA, Adkins AR et al. Safety and Efficacy of Flumazenil for Reversal of Iatrogenic Benzodiazepine-Associated Delirium Toxicity During Treatment of Alcohol Withdrawal, a Retrospective Review at One Center. *J Med Toxicol.* 2014.
23. Mattoo SK., Kate N, Verma AK. Refractory Delirium Tremens: A Case Report and Brief Review. *Innov Clin Neurosci* 2012; 9: 19-22.
24. Eyer F, Schreckenberger M, Hecht D, Adorjan K, Schuster T, Felgenhauer N et al. Carbamazepine and valproate as adjuncts in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a retrospective cohort study. *Alcohol Alcohol* 2011; 46: 177-84.
25. Barrons R, Roberts N. The role of carbamazepine and oxcarbamazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther.* 2010; 35: 153-67.
26. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Alcohol-Related Disorders. In: Sadock BJ SV, Ruiz P, editor. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.* 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Business; 2014: 624-38.
27. Myrick H, Anton R. Clinical management of alcohol withdrawal. *CNS Spectrums.* 2000; 5: 22-32.
28. Grace AA. Phasic versus tonic dopamine release and the modulation of dopamine system responsivity: a hypothesis for the etiology of schizophrenia. *Neuroscience.* 1991; 41: 1-24.
29. Bedard AM, Maheux J, Levesque D, Samaha AN. Prior haloperidol, but not olanzapine, exposure augments the pursuit of reward cues: implications for substance abuse in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2013; 39: 692-702.
30. De-Sousa A. The role of topiramate and other anticonvulsants in the treatment of alcohol dependence: a clinical review. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2010; 9: 45-9.

31. Eyer F, Schreckenberger M, Hecht D, Adorjan K, Schuster T, Felgenhauer N et al. Carbamazepine and valproate as adjuncts in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a retrospective cohort study. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46: 177-84.
32. Barrons R, Roberts N. The role of carbamazepine and oxcarbamazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther*. 2010; 35: 153-67.
33. Likhitsathian S, Uttawichai K, Booncharoen H, Wittayanookulluk A, Angkurawaranon C, Srisurapanont M. Topiramate treatment for alcoholic outpatients recently receiving residential treatment programs: a 12-week, randomized, placebo-controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2013; 133: 440-6.
34. Muzyk AJ, Fowler JA, Norwood DK, Chilipko A. Role of alpha2-agonists in the treatment of acute alcohol withdrawal. *Ann Pharmacother*. 2011; 45: 649-57.
35. Leggio L, Garbutt JC, Addolorato G. Effectiveness and safety of baclofen in the treatment of alcohol dependent patients. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2010; 9: 33-44.
36. Bonnet U, Lensing M, Specka M, Scherbaum N. Comparison of Two Oral Symptom-triggered Pharmacological Inpatient Treatments of Acute Alcohol Withdrawal: Clomethiazole vs. Clonazepam. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46: 68-73.
37. Eyer F, Schuster T, Felgenhauer N, Pfab R, Strubel T, Saugel B, et al. Risk Assessment of Moderate to Severe Alcohol Withdrawal-Predictors for Seizures and Delirium Tremens in the Course of Withdrawal. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46: 427-33.
38. Pelic C, Myrick H. Who's at greatest risk for delirium tremens: Some patient traits show clear potential for this life-threatening complication. *Current Psychiatry*. 2003; 2: 16-9.
39. Brunetti M, Di-Tizio L, Dezi S, Pozzi G, Grandinetti P, Martinotti G. Aripiprazole, alcohol and substance abuse: a review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012; 16: 1346-54.
40. Hoffman RS, Weinhouse GL. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. Wolters Kluwer; 2014; Available from: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-moderate-and-severe-alcohol-withdrawal-syndromes>.

7.2 Opioid Detoxification (การถอนพิษจาก opioids)

การถอนพิษจากสารกลุ่ม opioids เป็นกระบวนการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดทางกาย (physical dependence) หรืออาการถอนยา (withdrawal symptom) จากสารกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น (opioids) ทำให้ความต้องการสารเสพติดลดลงและหมดไปในที่สุด⁽¹⁾ การรักษาวิธีนี้ทำได้โดยการใช้สารทดแทน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการทุกข์ทรมานจากการหยุดสารเสพติด และป้องกันผลแทรกซ้อนจากการหยุดใช้สาร สามารถลดการใช้สารเสพติดเกินขนาด รวมถึงลดปัญหาในสังคม หยุดวงจรการใช้สารขนาดสูงและสม่ำเสมอ และสามารถเข้าสู่บริการการรักษาหลังการถอนพิษ สำหรับกระบวนการถอนพิษโดยการใช้ยาทดแทน opioids ได้แก่ methadone, buprenorphine จะใช้ระยะเวลาสั้นๆ ในการบำบัด ร่วมกับการใช้ยารักษาตามอาการ เช่น clonidine, benzodiazepines, loperamide และ NSAIDs⁽²⁾

การให้บริการบำบัดรักษาผู้ที่ติดยาเสพติดกลุ่ม opioids โดยเฉพาะการติดเฮโรอีนแบบฉีดเข้าเส้นนั้น ทางเลือกในการบำบัดรักษาโดยการใช้ยาที่จำเป็น ควรประกอบด้วยการใช้ยา opioid agonist แบบระยะยาว และการบริการบำบัดรักษาอาการถอนพิษจากสารกลุ่ม opioids โดยเป็นการรักษาที่เป็นขั้นตอนในเบื้องต้น⁽³⁾

ข้อแนะนำที่ 1: การประเมินอาการ opioid withdrawal สามารถใช้การประเมินทางคลินิกหรือใช้แบบประเมิน (rating scale) ของ opioid withdrawal ได้แก่ Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) เพื่อประเมิน ความรุนแรงและติดตามอาการขาดสารกลุ่ม opioids

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง

หมายเหตุ:

- ระยะเวลาและอาการขาดสารที่อาจเกิดขึ้นหลังหยุดการใช้สารกลุ่ม opioids เช่น เฮโรอีน มีดังนี้⁽⁴⁾

ระยะเวลาหลังเสพ	อาการขาดเฮโรอีน
6 - 12 ชั่วโมง	หาว น้ำมูก น้ำตาไหล จาม เหงื่อออก
12 - 24 ชั่วโมง	กระสับกระส่าย หงุดหงิด วุ่นวาย ขนลุก รุม่านตาขยาย เหงื่อออก ร้อนๆ หนาวๆ ไม่อยากอาหาร
> 24 ชั่วโมง	อยากยา (cravings) มากขึ้น ปวดท้องเกร็ง ท้องเดิน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดกระดูก ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ ไม่มีแรงและอ่อนเพลีย ไม่มีสมาธิ กระสับกระส่าย หงุดหงิด วุ่นวาย ร้อนๆ หนาวๆ เหงื่อออกมาก
วันที่ 2 - 4	อาการมักจะรุนแรงสูงสุด
วันที่ 5 - 7	อาการทางกายเกือบทั้งหมด ค่อยๆ ลดลง กลับมาอยากอาหารตามปกติ
สัปดาห์ที่ 2	อาการทางกายหายไป อาการที่อาจหลงเหลือ ได้แก่ นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย หงุดหงิด และอยากยา
สัปดาห์ต่อไป	การนอนหลับ ความแข็งแรง และอารมณ์กลับสู่ระดับปกติ สุขภาพทั่วไปดีขึ้น และอยากยาลดลง

- บางรายอาจมี protracted, low graded withdrawal symptoms ได้ อาจมีภาวะไม่สุขสบายทางด้าน ร่างกายและจิตใจอยู่ได้นานหลายเดือน⁽⁵⁾
- การใช้แบบประเมินอาจมีความคลาดเคลื่อนได้ เช่น คะแนนไม่สัมพันธ์กับอาการทางคลินิก

ตัวอย่างแบบประเมิน Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

อาการ	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ชีพจรขณะพัก	≤ 80 ครั้ง/นาที	81-100 ครั้ง/นาที	101-120 ครั้ง/นาที		>120 ครั้ง/นาที	
เหงื่อออก (ภายใน ½ ชั่วโมงก่อน)	ไม่มีหนาวสั่น/ หน้าแดง	ผู้ป่วยบอกว่าตน หนาวสั่น/หน้าแดง	สังเกตเห็น หน้าแดง/เหงื่อขึ้น	เหงื่อออกเป็นเม็ดที่ คิ้วและใบหน้า	เหงื่อไหล เต็มใบหน้า	
กระวนกระวาย ขณะประเมิน	สามารถ นั่งนิ่งๆ ได้	บอกว่านั่งนิ่งยาก แต่สามารถทำได้		เปลี่ยนท่า/เคลื่อนไหว แขนขาบ่อยๆ		นั่งนิ่งไม่ได้เลย แม้ไม่กี่วินาที
ขนาดรูม่านตา	เล็กหรือปกติ ในแสงห้อง	อาจใหญ่กว่าปกติ บ้างในแสงห้อง	ขยายปานกลาง			ขยายมากจนเห็น แต่ขอบม่านตา
ปวดกระดูก/ข้อ (เฉพาะมากกว่าที่เคยมี และเป็นจากชาดสาร)	ไม่มีอาการ	ไม่สุขสบาย กระจายไปทั่วๆ แบบเล็กน้อย	ผู้ป่วยบอกปวดข้อ/ กล้ามเนื้อกระจาย อย่างรุนแรง		บิ๊บข้อ/กล้ามเนื้อ ไปมาและนั่งนิ่งไม่ ได้เพราะเจ็บปวด	
น้ำมูก/น้ำตาไหล (ที่ไม่ใช่จากหวัด/ภูมิแพ้)	ไม่มีอาการ	คัดจมูกหรือ ตาขึ้นผิปกติ	น้ำมูกหรือ น้ำตาไหล		น้ำมูกไหลตลอดหรือ น้ำตาไหลเป็นทาง	
ทางเดินอาหาร (ภายใน ½ ชั่วโมงก่อน)	ไม่มีอาการ	ปวดท้อง	คลื่นไส้หรือ อุจจาระเหลว	อาเจียนหรือ ท้องเดิน		ท้องเดิน/อาเจียน หลายครั้ง
อาการสั่น เมื่อยืนแขน	ไม่มีอาการ	รู้สึกถึงอาการสั่น ได้แต่สังเกตไม่เห็น	สังเกตอาการสั่น ได้เล็กน้อย		สั่นเห็นได้ชัดหรือ กล้ามเนื้อกระตุก	
อาการหนาว	ไม่มีอาการ	หนาว 1-2 ครั้ง ระหว่างประเมิน	หนาว ≥ 3 ครั้ง ระหว่างประเมิน		หนาวหลายครั้ง ต่อนาที	
วิตกกังวล / หงุดหงิด	ไม่มีอาการ	ผู้ป่วยบอกหงุดหงิด/ กังวลมากขึ้น	หงุดหงิด/วิตก กังวลเห็นได้ชัด		หงุดหงิด/กังวลมาก จนยากลำบากใน การร่วมมือประเมิน	
ขนลุก	ผิวหนัง ราบเรียบ			ขนลุกจนสามารถ รู้สึกสัมผัสได้ หรือ เห็นขนแขนตั้ง		เห็นขนลุก เด่นชัด

การคิดคะแนน

5-12 คะแนน = เล็กน้อย

13-24 คะแนน = ปานกลาง

25-36 คะแนน = ค่อนข้างรุนแรง

> 36 คะแนน = รุนแรง

ข้อแนะนำที่ 2: การบำบัดรักษาด้วยยาในผู้ที่ติด opioids ผู้บำบัดรักษาควรเสนอการบำบัดรักษาทั้งการถอนพิษจากสาร opioids การให้ยา opioid agonist ระยะยาว และการให้ยา opioid antagonist ตามข้อบ่งชี้

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +

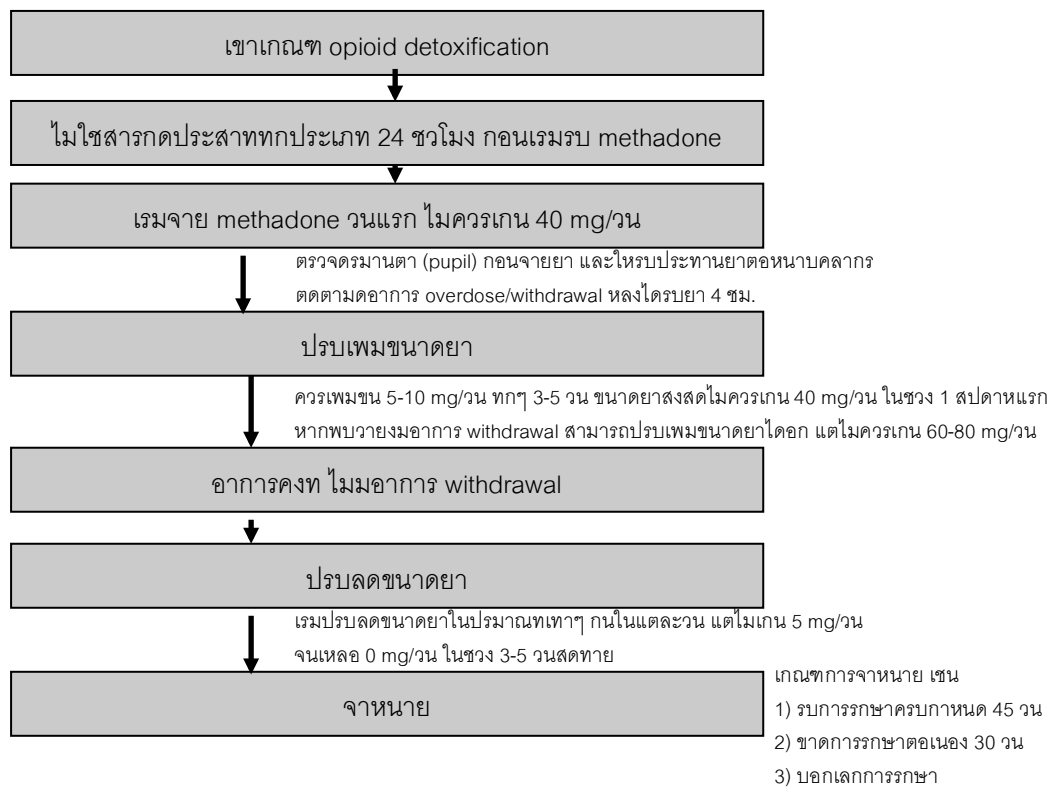
คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ ถึง ปานกลาง

หมายเหตุ

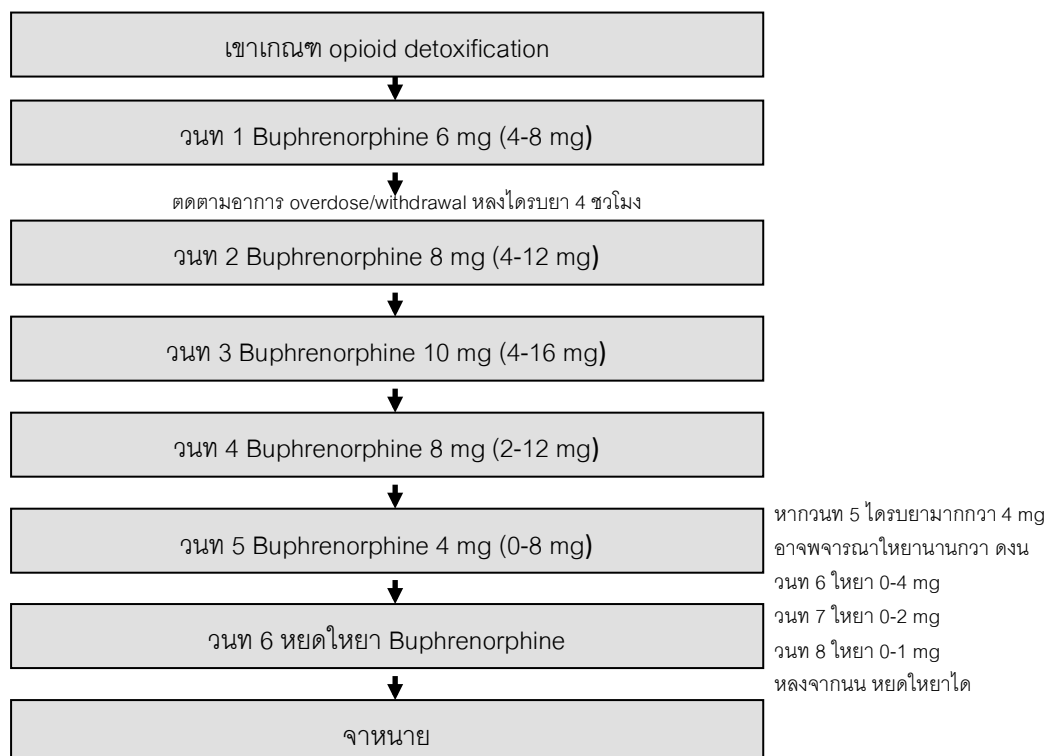
- การเสนอทางเลือกในการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้ทราบนั้น นอกจากจะเป็นการอิงตามหลักมนุษยธรรมและสิทธิผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยให้ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาอันเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลต่อการบำบัดรักษา โดยในการบำบัดการติดสารกลุ่ม opioids โดยทั่วไปนั้น มีข้อบ่งชี้ในการบำบัดด้วยการถอนพิษ หรือ detoxification ในสถานการณ์ต่อไปนี้⁽⁴⁾
 - เข้ารับบริการบำบัดการติดสารกลุ่ม opioids เป็นครั้งแรก
 - มีประวัติการใช้เฮโรอีน/ฝิ่น หรืออนุพันธ์ฝิ่นในปริมาณไม่มากไม่นานเกิน 2 ปี และใช้ด้วยวิธีอื่นโดยไม่ใช้แบบฉีดเข้าเส้น
 - มีความต้องการรับการรักษาแบบระยะสั้น
 - มีแรงจูงใจสูงและมีการสนับสนุนทางครอบครัวที่ดี
 - อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและจำกัดการเข้าถึง opioids
- สถานบริการควรมีแพทย์และบุคลากรที่ให้การบำบัดรักษาที่ผ่านการอบรมหรือมีประสบการณ์ในการบำบัดรักษาด้วยการถอนพิษและการเฝ้าระวังอาการขาดสารกลุ่ม opioids⁽²⁾
- การ detoxification อาจทำแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในก็ได้ โดยอาจรักษาแบบผู้ป่วยใน ในกรณี⁽⁴⁾
 - มีประวัติเคยบำบัดระยะ detoxification ไม่ได้ผลมาแล้วในแผนกผู้ป่วยนอก
 - มีโรคร่วมทางกายหรือทางจิตที่สำคัญมีผลในการบำบัดรักษาระยะ detoxification
 - มีภาวะ alcohol dependence หรือ benzodiazepine dependence ร่วมด้วย
 - มีปัญหาขาดการสนับสนุนจากสังคมและชุมชนที่มีผลต่อความปลอดภัยในการบำบัดรักษา detoxification แบบผู้ป่วยนอก
 - ปัญหาในการเข้าถึงสถานบริการที่ให้การบำบัดรักษาระยะ detoxification เช่น อยู่ในที่ห่างไกล
- กรณีที่พบว่าผู้ติดสารกลุ่ม opioids มีภาวะหรือสถานการณ์ไม่เหมาะสมในการรับการรักษาแบบถอนพิษ ควรพิจารณาการให้ยาทดแทนระยะยาว โดยมีข้อบ่งชี้ในสถานการณ์ดังต่อไปนี้⁽⁴⁾
 - มีประวัติการใช้เฮโรอีน/ฝิ่น หรืออนุพันธ์ฝิ่นมาเป็นเวลานานมากกว่า 2 ปี
 - ใช้เฮโรอีน/ฝิ่น หรืออนุพันธ์ฝิ่นแบบอันตราย โดยการฉีดหรือใช้ขนาดสูง
 - มีประวัติเคยเข้ารับการถอนพิษด้วย methadone/ buprenorphine มาแล้วไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง
 - มีประวัติการเสพยาเสพติดหลายชนิด
 - มีความต้องการรับการรักษาแบบระยะยาว

- เป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบี/ซี
 - อยู่ระหว่างการรักษาวินโรค
 - อยู่ระหว่างตั้งครรภ์
 - เหตุผลอื่นๆ ที่แพทย์เห็นสมควร
- การใช้ methadone ในการถอนพิษจากสารกลุ่ม opioids เช่น เฮโรอีน นั้น ควรจัดบริเวณที่เหมาะสมสำหรับสังเกตอาการใน 4 ชั่วโมง หลังจากเริ่มรับ methadone เป็นวันแรก⁽⁶⁾ และสังเกตอาการอีกครั้งในวันรุ่งขึ้น ยกเว้นกรณีการส่งต่อหรือมีประวัติการบำบัดจากสถานบำบัดอื่น⁽⁴⁾ โดยขนาดเริ่มต้นของ methadone สามารถปรับเปลี่ยนได้ โดยพิจารณาจาก 1) ระดับการใช้ opioids ในปัจจุบัน และ 2) ขนาด methadone ที่ได้รับในปัจจุบัน เพื่อให้ผู้เข้ารับการบำบัดได้รับ methadone ในขนาดเท่าเดิม⁽⁴⁾ ทั้งนี้ methadone มีข้อห้ามในการให้ในผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้ร่วมด้วย ได้แก่ respiratory depression, acute bronchial asthma และ hypercarbia⁽⁷⁾ และไม่ควรให้ยา methadone ร่วมกับ ยากลุ่ม benzodiazepines, tricyclic antidepressants หรือพบการดื่มสุราแอลกอฮอล์ เพราะอาจทำให้เกิด respiratory depression จน coma และอาจเสียชีวิตได้⁽⁵⁾ เมื่อให้การรักษานอนอาการคงที่ ไม่มีอาการ withdrawal แล้ว การลดขนาด methadone ลงช้าๆ จะมีประสิทธิภาพในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการ opioid withdrawal และต้องเฝ้าระวังการกลับไปเสพเฮโรอีนซ้ำในระหว่างการลดขนาดยานี้ด้วย⁽⁸⁾
 - Buprenorphine มีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาภาวะ opioid withdrawal^(9,10,11) โดยไม่ควรให้ยา buprenorphine ร่วมกับ ยากลุ่ม benzodiazepines, tricyclic antidepressants, opioids อื่นๆ หรือพบการดื่มสุรา เพราะอาจทำให้เกิด respiratory depression จน coma และอาจเสียชีวิตได้⁽⁵⁾ เช่นเดียวกับข้อควรระวังในการใช้ยา methadone
 - หลักการในเวชปฏิบัติทั่วไปสำหรับการรักษาด้วยยาที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกลุ่ม opioids:
 - การให้การรักษาอาการ opioid withdrawal ไม่ควรรักษาอาการ withdrawal แต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรบูรณาการเข้ากับทางเลือกในการรักษาที่อาจจะดำเนินการต่อหลังจากนี้⁽³⁾
 - ทางเลือกในการบำบัดด้วยยาสำหรับการบำบัดการติดสาร เช่น เฮโรอีน ควรประกอบไปด้วยทั้งยา methadone หรือ buprenorphine สำหรับการให้ยาทดแทนระยะยาวและการรักษาอาการ opioid withdrawal โดยให้ alpha 2 adrenergic agonist สำหรับการรักษาอาการ opioid withdrawal และให้ naltrexone เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และ naloxone สำหรับการรักษาภาวะยาเกินขนาด⁽³⁾

ตัวอย่างขั้นตอนการบำบัดระยะ detoxification ด้วย methadone⁽⁴⁾



ตัวอย่างขั้นตอนการบำบัดระยะ detoxification ด้วย buprenorphine⁽⁵⁾



ข้อแนะนำที่ 3: ควรค่อยๆ ลดขนาดยา opioid agonist ในการบำบัดรักษาภาวะ opioid withdrawal หลังจากอาการคงที่แล้ว แม้ว่าจะได้รับยากลุ่ม alpha-2 adrenergic agonist ร่วมด้วยก็ตาม

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง

หมายเหตุ

- ยา buprenorphine และ methadone ได้รับการแนะนำในการรักษาภาวะถอนพิษจากเฮโรอีน buprenorphine ออกฤทธิ์แบบ partial agonist และมี slow receptor dissociation จึงมีลักษณะทางเภสัชวิทยาที่ดีกว่าในการถอนพิษจากเฮโรอีน และลดความเสี่ยงในการเกิด rebound withdrawal เมื่อหยุดยา
- ขนาดยา methadone ที่ลด ไม่ควรเกินวันละ 5 mg และระยะเวลาในการลดขนาดยาควรทำ อย่างน้อย 3 วัน โดยยา buprenorphine ควรทำมากกว่า 5 วัน และ methadone ควรทำมากกว่า 10 วัน ทำให้มีอาการ withdrawal อยู่บ้างในระดับที่ยอมรับได้ระหว่างที่ทำการบำบัดรักษาและมี rebound withdrawal symptoms เล็กน้อย เมื่อหยุดยา opioid agonist
- ในภาวะ opioid withdrawal ควรระมัดระวังการจ่ายยา opioid antagonist ร่วมกับการให้ยา ที่ออกฤทธิ์ทำให้ง่วงซึมเล็กน้อย⁽³⁾ ถ้ามีการใช้ยา opioid antagonist ควรติดตามอย่างระมัดระวัง อย่างน้อย 8 ชั่วโมงหลังได้รับยา เพราะอาจทำให้เกิด delirium คลื่นไส้อาเจียน ขาดสารน้ำได้ ไม่ควรให้ยาในหญิงมีครรภ์เพราะทำให้แท้งหรือคลอดก่อนกำหนดได้
- ผู้บำบัดรักษาไม่ควรจ่ายยา opioid antagonist ร่วมกับ การให้ยานอนหลับปริมาณมากและรุนแรง ในการถอนพิษจากเฮโรอีน⁽³⁾
- Clonidine ใช้ในการบำบัดอาการในช่วง opioid detoxification ร่วมกับยากลุ่ม opioid agonist
- Clonidine เป็นยาในกลุ่ม alpha 2 adrenergic receptor agonist ออกฤทธิ์โดยลดอาการ noradrenergic activity ซึ่งในที่สุดจะมีฤทธิ์ลดความกังวล ลดอาการกระสับกระส่าย อาการปวด ตามตัว เหงื่อออก น้ำมูกไหล และตะคริว ที่เกิดขึ้นจาก opioid withdrawal จึงนิยมใช้ในการบำบัด อาการในช่วง detoxification เท่านั้น⁽⁷⁾
- ขนาดที่ใช้ของยา clonidine ในการรักษาประมาณวันละ 0.1-0.3 mg⁽⁷⁾ อาจให้ร่วมกับ methadone เมื่อ methadone ลดลงเหลือขนาด 10 mg ต่อวัน โดยให้ยา clonidine ขนาด 0.075 mg ทุก 6 ชั่วโมง เวลาที่มีอาการกระสับกระส่ายหรือเหงื่อออก⁽⁵⁾
- ห้ามให้ยา clonidine ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำกว่า 90/50 mmHg และมีอัตราการเต้นของชีพจร น้อยกว่า 50 ครั้งต่อนาที⁽⁵⁾ ประสิทธิภาพในการลดอาการ opioid withdrawal ได้ผลดี แต่น้อยกว่า methadone และ buprenorphine⁽³⁾

ข้อแนะนำที่ 4: Opium Tincture อาจนำมาบำบัดรักษาในระยะถอนพิษจากฝิ่นได้	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ
หมายเหตุ - Opium Tincture มีฝิ่นเป็นส่วนประกอบร้อยละ 10 หลักการให้คล้าย methadone แต่มี half life สั้นกว่าจึงต้องให้บ่อยทุก 6 ชั่วโมง การให้ opium tincture เพื่อระงับอาการขาดยาในผู้ติด opioids จะพยายามใช้ขนาดยาให้น้อยที่สุดเพื่อระงับอาการขาดยา โดยมักเริ่มต้นให้ยาที่มีความแรงของ morphine 0.26 mg/ml ครั้งละ 30 ml หรือเทียบเป็น morphine 7.8 mg วันละ 2 ครั้ง ใน 7 วันแรก จากนั้นลดปริมาณลงร้อยละ 10 ต่อวัน ในวันที่ 8-14 ของการบำบัดรักษา และหยุดให้ยาหลังครบ 14 วัน⁽¹²⁾ - เมื่อเทียบกับ methadone แล้ว พบว่า opium tincture มีประสิทธิภาพในการลดอาการ opioid withdrawal น้อยกว่า⁽¹³⁾ โดยยังขาดการศึกษาวิจัยที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาในการรักษารวมถึงขาดการศึกษาถึงผลข้างเคียงและโทษอื่นๆ จากการให้ยา	

ข้อแนะนำที่ 5: การรักษาภาวะ opioid withdrawal โดยการใช้ alternative medicine อาจใช้ได้ผลในการรักษาภาวะ opioid withdrawal	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ
หมายเหตุ การรักษาภาวะ opioid withdrawal โดยการใช้ alternative medicine ได้แก่ acupuncture ร่วมกับการให้ยา opioid agonist⁽¹⁴⁾ ยาสมุนไพรจีน (Chinese herbal medication) เช่น Tai Kang Ning, Xuau Xia Qudu Jiaonang, U'finer, Ginseng เป็นต้น⁽¹⁵⁾ และการบำบัดรักษาที่วัดด้วยสมุนไพร อาจใช้ได้ผลในการรักษาภาวะ opioid withdrawal	

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 164) พ.ศ.2543 เรื่องระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการบำบัดรักษาและระเบียบวินัยสำหรับสถานพยาบาล; 2543
- Kenny P, Swan A, Berends L, et al. Turning Point Alcohol and Drug Centre Alcohol and other drug withdrawal: Practice guidelines, Chapter 11: Opioid withdrawal; 2009

3. World Health Organization. Guideline for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence; 2009
4. โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. มาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเมทาโดนของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2557
5. Mental Health and Drug and Alcohol Office, NSW Department of Health. NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines; 2008
6. Edwards SH, Gowing L, White J, et al. Clinical Guidelines and Procedures for the use of Methadone in the Maintenance Treatment of Opioid dependence; 2003
7. Nicholls L, Bragaw L, Ruetsch C. Opioid Dependence Treatment and Guideline. J Manag Care Pharm. 2010; 16: S14-S21.
8. Amato L, Davoli M, Minozzi S, Ferroni E, Ali R, Ferri M. Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 2(CD003409).
9. Wright NM, Sheard L, Adams CE, Rushforth BJ, Harrison W, Bound N, Hart R, Tompkins CN. Comparison of methadone and buprenorphine for opiate detoxification (LEEDS trial): a randomised controlled trial. Br J Gen Pract. 2011; 61: e772-80.
10. Meader N. A comparison of methadone, buprenorphine and alpha-2 adrenergic agonists for opioid detoxification: a mixed treatment comparison meta-analysis. Drug Alcohol Depend. 2010 ; 108: 110-4.
11. Gowing L, Ali R, White J. Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2004; 4(CD002025).
12. โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. แนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นขั้นบำบัดด้วยยา
13. Jittiwutikarn J, Ali R, White JM, et al. Comparison of Tincture of Opium and Methadone to control opioid withdrawal in a Thai treatment centre. Br J Clin Pharmacol 2004; 58: 536-41.
14. Liu TT, Shi J, Epstein DH, Bao YP, Lu L. A meta-analysis of acupuncture combined with opioid receptor agonists for treatment of opiate-withdrawal symptoms. Cell Mol Neurobiol. 2009; 29: 449-54.
15. Liu TT, Shi J, Epstein DH, Bao YP, Lu L. A meta-analysis of Chinese herbal medicine in treatment of managed withdrawal from heroin. Cell Mol Neurobiol. 2009; 29: 17-25.

8. Pharmacotherapy (การใช้ยาในการบำบัด)

ในการบำบัดรักษาภาวะการติดสารเสพติดนั้น มีทั้งการบำบัดรักษาด้วยยาและการรักษาทางจิตสังคม ในส่วนของการใช้ยาในการบำบัดนั้น แบ่งเป็น สองช่วงหลักๆ โดยช่วงแรกจะเป็นการใช้ยาในการถอนพิษ (detoxification) ส่วนในช่วงที่สอง คือ การป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปใช้หรือลดการใช้สารซ้ำ (relapse prevention) ซึ่งในบทนี้ จะกล่าวถึงการใช้ยาในการป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นซ้ำในผู้ที่อยู่ในภาวะติดสารเสพติด และจะกล่าวถึงการใช้ยาในการบำบัดรักษาภาวะทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารบางชนิดด้วย

8.1 การใช้ยาในการบำบัดรักษาการติดสุรา

การบริโภคสุราหรือเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์จัดเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของอุบัติเหตุและโรคเรื้อรังทั้งทางกายและทางจิตที่สำคัญ⁽¹⁾ ส่วนหนึ่งเนื่องจากสุราเป็นสารเสพติดที่สามารถใช้ได้ตามกฎหมาย ในการรักษาภาวะติดสุราในส่วนของ การรักษาด้วยยานั้น กลุ่มยาที่ใช้บำบัดจะเป็นกลุ่มยา benzodiazepines เป็นหลักในช่วงแรกซึ่งเป็นการถอนพิษจากแอลกอฮอล์ (detoxification) ส่วนในช่วงที่สอง คือ การป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปดื่มหรือลดการดื่มสุราซ้ำ (relapse prevention) มียาที่ได้รับการรับรอง และยาที่อยู่ระหว่างการศึกษารับรองการใช้ในการบำบัดรักษาการติดสุรา ทั้งนี้ ยาบางตัว ไม่มีจัดจำหน่ายในประเทศไทย

ข้อแนะนำที่ 1: ควรใช้ยา disulfiram ในการรักษาการติดสุราภายใต้เงื่อนไขที่ว่าผู้เข้ารับการบำบัดต้องการเลิกสุรา ต้องสมัครใจในการใช้ยา disulfiram และไม่มีข้อห้ามใช้

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- Disulfiram⁽²⁻⁵⁾ เป็นยาที่ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งเอนไซม์ acetaldehyde dehydrogenase ทำให้สาร acetaldehyde ซึ่งเป็น alcohol methabolite และเป็นสารพิษ ไม่สามารถถูกกำจัดออกไปได้ เมื่อผู้ที่ใช้ยา disulfiram ไปดื่มสุรา จะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน หน้าแดง ใจสั่น หายใจไม่ออก ปวดศีรษะ ทำให้จำเป็นต้องหยุดการดื่มสุราในที่สุด
- การใช้ยา disulfiram ในการรักษาการติดสุรานี้ ให้ได้ในขนาด 250 mg ต่อวัน (ปรับขนาดยาได้ตั้งแต่ 125 - 500 mg ต่อวัน) โดยให้ประเมินการทำงานของตับก่อนให้ยา และเตือนผู้เข้ารับการบำบัดว่าไม่ให้ใช้ยาภายใน 72 ชั่วโมงหลังดื่มสุรา และผลของยาอาจอยู่ได้นานถึง 2 สัปดาห์หลังจากใช้ยาเม็ดสุดท้าย โดยควรมีการตรวจติดตามการทำงานของตับเป็นระยะๆ รายละเอียดอื่นของการให้ยา disulfiram มีดังต่อไปนี้
 - ข้อห้ามใช้ยา ได้แก่ มีการดื่มสุรา ใช้สารหรือยาที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ เช่น ยาแก้ไอ ได้ยา metronidazole เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และแพ้อุพินันท์ยาง

- โรคหรือภาวะที่ควรระวังการใช้ยา ได้แก่ ตับแข็งหรือตับวาย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคที่ทำให้สมองเสียหาย มีอาการทางจิต เบาหวาน ลมชัก ภัยรอยดัดดำ ภาวะไตบกพร่อง
 - ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ รสขมในปาก ผื่นแพ้ผิวหนัง ง่วงนอนชั่วคราว โดยมีผลข้างเคียงที่รุนแรง ได้แก่ disulfiram-ethanol reaction การเป็นพิษต่อต้อptic neuritis, peripheral neuropathy อาการโรคจิต
 - ตัวอย่างยาหรือสารที่มีปฏิกิริยากับยา ได้แก่ warfarin, isoniazid, metronidazole, phenytoin และยา อาหาร หรือผลิตภัณฑ์ที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ เช่น ซอส น้ำยาบ้วนปาก น้ำหอม
 - ให้พบแพทย์ประจำตัวเพื่อแจ้งการใช้ยานี้เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล และใช้ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ สิ่งที่ไม่ควรทำ ได้แก่ การให้ยาโดยผู้ที่ติดสุราไม่ร่วมมือรักษา ให้ยาแก่ญาติ เพื่อเอาไปให้ผู้ติดสุรารับประทาน หรือใช้แอลกอฮอล์ในการประกอบอาหาร
- ยาอื่นที่ใช้ในการรักษาการติดสุรา ได้แก่ acamprosate และ naltrexone แต่ยา ยังไม่มีใช้ในไทย ส่วนยา topiramate^(2, 6-9) baclofen⁽¹⁰⁻¹²⁾ และ ondansetron⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ มีผลการศึกษว่าอาจนำมาใช้ในการรักษาการติดสุราได้ แต่ยังไม่ชัดเจนนัก และ ยา nalmefene^(12, 16) ได้รับการรับรองจาก European Medicines Agency ให้ใช้สำหรับลดการดื่มในผู้ที่มีการดื่มหนัก และผู้ที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการ detoxification ในทันที ยาเหล่านี้ มีตัวอย่างการใช้ดังตัวอย่างต่อไปนี้

	Topiramate	Baclofen	Ondansetron	Nalmefene
ขนาด	เริ่ม 25 mg ก่อนนอน เพิ่ม 25 - 50 mg ต่อสัปดาห์ แบ่งให้เช้า และเย็น ขนาดเป้าหมาย คือ 200 mg ต่อวัน แต่อาจให้ต่ำกว่านี้ หากไม่สามารถทนต่อขนาดยาดังกล่าว	30-60 mg ต่อวัน และอาจให้สูงกว่านี้ ได้ แบ่งให้ 2-3 มื้อ โดยควรค่อยๆ เพิ่มขนาด	2-32 microgram/kg ต่อวัน โดยอาจแบ่งให้วันละ 2 ครั้ง ลดการดื่มเฉพาะผู้ที่ติดสุราเมื่ออายุ ≤ 25 ปี	18 mg ต่อวัน วันละครั้ง ก่อน 1-2 ชั่วโมง เมื่อต้องการ (as-needed) หรือเกิดอยากดื่ม โดยใช้ในวันที่เสี่ยงที่จะดื่มและหากผลอดดื่มไปแล้ว ก็ยังสามารถทานยาตามได้
ผลข้างเคียง	มือเท้าชา รสชาติอาหารเปลี่ยน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ง่วงนอน ปัญหาสมาธิ/ความจำ	ง่วงซึม นอนไม่หลับ มีนปวดศีรษะ คลื่นไส้ ท้องผูก เมื่อยาล้า	ปวดศีรษะ เมื่อยาล้า อาการทางระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก ท้องเสีย	คลื่นไส้ มึนงง นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ
ข้อควรระวัง	Narrow angle glaucoma นิ้วที่โต ตับหรือไตบกพร่อง น้ำหนักตัวน้อย มีการใช้ยาที่กดระบบประสาทส่วนกลางร่วมด้วย	การหยุดยาทันทีหลังจากได้ยาเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดภาวะสับสนหรือชักได้	Phenylketonuria, dose-dependent QT prolong ควร EKG เมื่อมี electrolyte imbalance และโรคหัวใจ และ ห้ามใช้ในผู้ได้ยา apomorphine, dronedarone	ไม่ควรใช้ในผู้ที่ได้รับยา กลุ่ม opioids ผู้ที่มีภาวะติดสารกลุ่ม opioids หรือผู้ที่มีภาวะ opioid withdrawal

บรรณานุกรม

1. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet. 2009; 373: 2223-33.

2. มานิต ศรีสุวรรณนท์, บรรณาธิการ. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: แผนงาน การพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.
3. Jørgensen CH, Pedersen B, Tønnesen H. The efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol use disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011; 35: 1749-58.
4. Suh JJ, Pettinati HM, Kampman KM, O'Brien CP. The status of disulfiram: a half of a century later. *J Clin Psychopharmacol*. 2006; 26: 290-302.
5. Yoshimura A, Kimura M, Nakayama H, Matsui T, Okudaira F, Akazawa S, et al. Efficacy of disulfiram for the treatment of alcohol dependence assessed with a multicenter randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014; 38: 572-8.
6. Arbaizar B, Diersen-Sotos T, Gomez-Acebo I, Llorca J. Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38: 8-12.
7. Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, Wiegand F, Mao L, Beyers K, et al. Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007; 298: 1641-51.
8. Shinn AK, Greenfield SF. Topiramate in the treatment of substance related disorders: a critical review of the literature. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71: 634.
9. Likhitsathian S, Uttawichai K, Booncharoen H, Wittayanookulluk A, Angkurawaranon C, Srisurapanont M. Topiramate treatment for alcoholic outpatients recently receiving residential treatment programs: a 12-week, randomized, placebo-controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2013; 133: 440-6
10. Franck J, Jayaram-Lindstrom N. Pharmacotherapy for alcohol dependence: status of current treatments. *Curr Opin Neurobiol*. 2013; 23: 692-9.
11. Brennan JL, Leung JG, Gagliardi JP, Rivelli SK, Muzyk AJ. Clinical effectiveness of baclofen for the treatment of alcohol dependence: a review. *Clin Pharmacol*. 2013; 5: 99.
12. Müller CA, Geisel O, Banas R, Heinz A. Current pharmacological treatment approaches for alcohol dependence. *Expert Opin Pharmacother*. 2014(0): 1-11.
13. Garbutt JC, West SL, Carey TS, Lohr KN, Crews FT. Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *JAMA*. 1999; 281: 1318-25
14. Johnson BA, Roache JD, Javors MA, DiClemente CC, Cloninger CR, Prihoda TJ, et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2000; 284: 963-71.
15. Kranzler HR, Pierucci-Lagha A, Feinn R, Hernandez-Avila C. Effects of ondansetron in early-versus late-onset alcoholics: a prospective, open-label study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003; 27: 1150-5.
16. Soyka M. Nalmefene for the treatment of alcohol dependence: a current update. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2013: 1-10.

8.2 การใช้ยาในการบำบัดรักษาการติดสารกลุ่มแอมเฟตามีนและโรคที่พบร่วม

แอมเฟตามีน (amphetamine) มีองค์ประกอบทางเคมีว่า methylated phenylethylamine ส่วนเมทแอมเฟตามีน (methamphetamine หรือ MA) มีองค์ประกอบทางเคมีที่คล้ายกัน คือ double methylated phenylethylamine ซึ่ง methylation ทั้งสองนี้ทำให้ MA ออกฤทธิ์ต่อร่างกายของผู้เสพได้รุนแรงกว่าแอมเฟตามีนและเป็นสารกลุ่มแอมเฟตามีนที่นิยมใช้ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย

สารประเภทนี้แพร่ระบาดอยู่ 3 รูปแบบด้วยกัน คือ amphetamine sulphate, methamphetamine และ methamphetamine hydrochloride หรือที่รู้จักกันในชื่อ ยาบ้า ไอซ์ นอกจากนี้ในระยะหลังคำว่า “แอมเฟตามีน” ยังมักถูกใช้เรียกกลุ่มสาร เช่น amphetamines หรือ amphetamine-type stimulants (ATS) แม้ว่าแอมเฟตามีน และ MA จะเป็น ATS ที่มีการใช้บ่อย แต่ ATS ก็อาจรวมถึงสารอื่นๆ อีกหลายตัวด้วย เช่น methcathinone, fenetylline, ephedrine, pseudoephedrine, methylphenidate และ MDMA (ecstasy)⁽¹⁾ เนื่องจากงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการติดสารเสพติดกลุ่ม ATS มักศึกษาในผู้ติดสาร MA จากเหตุผลดังกล่าว คำว่า MA จึงอาจเป็นคำหลักที่ถูกกล่าวถึงบ่อยใน “แนวทางการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด” นี้

กลไกการออกฤทธิ์ของสารกลุ่ม MA จะกระตุ้นตัวรับสารสื่อประสาท (neurotransmitter receptors) ชนิด dopamine, noradrenergic และ serotonin ทำให้เพิ่มการปลดปล่อยของสารสื่อประสาทเหล่านี้ออกมาที่บริเวณ synapse⁽²⁾ ส่วนฤทธิ์ที่ทำให้เกิดแรงจูงใจชนิดบวก (positive reinforcing effects) ซึ่งถือว่าเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิด MA dependence จะเกิดจากการออกฤทธิ์ผ่านระบบ dopamine โดยเฉพาะ dopaminergic neurons ที่บริเวณ ventral tegmental area, cerebral cortex และ limbic area ซึ่งเป็น reward pathway^(3, 4)

MA มีฤทธิ์ในการเสพติดสูง เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะมีฤทธิ์ต่อสมอง ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง การเสพในขนาดต่ำทำให้รู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย ไม่่วงนอน สมาธิดี ความอยากอาหารลดลง และมั่นใจในตนเองมากขึ้น การใช้ในขนาดสูงทำให้เกิดการทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic hyperactivity) กระสับกระส่าย วิตกกังวล มึนงง ใจสั่น และเหงื่อออกมาก สำหรับผู้ที่เสพในปริมาณมากและ/หรือ เป็นเวลานาน เมื่อหยุดเสพยาจะมีอาการขาดสารซึ่งมักรุนแรงมากที่สุดใน 24 ชั่วโมง แรกหลังหยุดเสพยา แต่อาการอาจคงอยู่ได้นานหลายสัปดาห์⁽⁵⁾ อาการขาดสาร MA ที่สำคัญ คือ อารมณ์หงุดหงิด ซึมเศร้า อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เหนื่อยซึม อาจนอนมากหรือนอนไม่หลับ อยากอาหารมากขึ้น และอยากยา ในรายที่มีอาการขาดสาร MA อย่างรุนแรงอาจมีอาการซึมเศร้ารุนแรงจนคิดฆ่าตัวตาย

ข้อแนะนำที่ 1: ไม่แนะนำให้ใช้ยาในกลุ่ม psychostimulants ในการรักษาการติดสารกลุ่ม ATS ทุกราย เนื่องจากหลักฐานทางวิชาการถึงปัจจุบัน ยังไม่พบว่ามียาชนิดใดในกลุ่ม psychostimulants ที่จะมีประสิทธิผลอย่างชัดเจน ในการรักษาการเสพติดสาร ATS

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ -

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ:

- จากการศึกษาแบบ meta-analysis ของ 11 งานวิจัยที่มีการทดลองแบบสุ่ม และควบคุมด้วยยาหลอก⁽⁶⁾ ในผู้มี amphetamine dependence 791 ราย เป็นการศึกษายาในกลุ่ม psychostimulants 4 ชนิด ได้แก่ dextroamphetamine, bupropion, methylphenidate และ modafinil โดยทุกรายได้รับจิตสังคมบำบัดร่วมด้วย ระยะเวลาการศึกษาอยู่ระหว่าง 8-20 สัปดาห์ อัตราการคงอยู่ในการรักษาโดยภาพรวมทั้งหมด (overall retention) ค่อนข้างต่ำ (50.4%) ผลการศึกษา คือ ไม่พบว่ายากลุ่ม psychostimulants 4 ชนิดดังกล่าว จะมีประสิทธิผลในการลดการใช้สาร หรือลดอาการอยากสาร หรือเพิ่มระยะเวลาในการหยุดใช้สาร (sustained abstinence)
- อย่างไรก็ตาม ยาบางชนิดในกลุ่มนี้อาจยังมีประโยชน์สำหรับผู้ติดสาร ATS ในการรักษา เฉพาะบางอาการ เช่น อาการอยากสารหรืออาการขาดสาร หรือลดการเสพติด MA ในบุคคลเฉพาะกลุ่มหรือมีลักษณะเฉพาะบางประการ
- จากการศึกษาในปัจจุบัน ยังไม่มียาชนิดใดได้รับการรับรองให้ใช้ในการรักษาผู้ติดสารกลุ่ม ATS อย่างไรก็ตาม มีข้อแนะนำในการใช้ยาแบบ off labeled จากการศึกษาดังนี้
 - อาจใช้ยา bupropion ในการรักษาผู้ติดสาร ATS ที่เสพปริมาณน้อย (light MA user) เพื่อลดการเสพติด MA และลดอาการอยากสาร^(8,9)
 - อาจใช้ยา dextroamphetamine (d-amp) ระยะสั้นในการรักษาผู้ติดสาร ATS เพื่อลดอาการขาดสารและอาการอยากสาร⁽¹⁰⁻¹³⁾
 - อาจใช้ methylphenidate ในการรักษาผู้ติดสาร ATS ชนิดฉีดเข้าเส้นเพื่อลดการเสพติด MA⁽¹⁴⁾
 - อาจใช้ยา naltrexone ในการรักษาผู้ติดสาร ATS เพื่อลดความอยากสารและลดการเสพติด⁽¹⁵⁻¹⁷⁾
 - อาจใช้ยา mirtazapine ในการรักษาผู้ติดสาร ATS เพื่อลดความอยากสารและอาการขาดสาร⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Tips : ปัจจุบันยังไม่มียาตัวใดได้รับการรับรองให้ใช้ในการบำบัดรักษาการติดสารกลุ่ม ATS

ข้อแนะนำที่ 2: ไม่แนะนำให้ใช้ยาต้านโรคจิต (antipsychotics) ในการรักษาการติดสาร ATS เนื่องจากหลักฐานทางวิชาการถึงปัจจุบัน ยังไม่พบว่ามียาชนิดใดในกลุ่ม antipsychotics ที่จะมีประสิทธิผลในการรักษา	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ: - จากการศึกษา meta-analysis จาก 14 งานวิจัย ที่มีการทดลองแบบสุ่มและควบคุมด้วยยาหลว⁽²²⁾ ผลการศึกษา ไม่พบว่ายา antipsychotics ชนิดใดจะมีประสิทธิผลต่อการลดการเสพยา cocaine หรือ psychostimulants รวมถึงไม่มีประสิทธิผลต่อ secondary outcomes อื่นๆ เช่น ความรุนแรงของการเสพติด อาการอยากสาร ค่าคะแนน Clinical Global Impression-Severity of Illness (CGI-S) ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และ ความร่วมมือใน การรักษา (compliance) เป็นต้น การถอนตัวจากการศึกษาไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม พบว่าผลข้างเคียงจากการได้รับยารักษาโรคจิต เป็นเหตุผลของการถอนตัวจากการศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุม การศึกษานี้สังเคราะห์งานวิจัยในอาสาสมัครจำนวน 741 ราย จากกลุ่มตัวอย่างดังนี้ - ผู้ติด cocaine 562 ราย (งานวิจัยยา risperidone จำนวน 5 งานวิจัย olanzapine จำนวน 3 งานวิจัย และ reserpine จำนวน 2 งานวิจัย) - ผู้ติด psychostimulant 179 ราย (งานวิจัยยา aripiprazole จำนวน 4 งานวิจัย) - ควรระมัดระวังการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า เพราะอาจเพิ่มความอยากสาร ยกเว้นในรายที่มีอาการทางจิตซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาด้านโรคจิตเพื่อการรักษาโดยมีการศึกษาที่ระบุว่า ในผู้มีโรคจิตเวชที่เสพยา cocaine หรือ MA ที่ได้รับการรักษาอาการทางจิตเวชด้วยยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า พบว่าการหยุดใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่าจะสัมพันธ์กับการมีอาการอยากสารลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ยังรับประทานยารักษาโรคจิตกลุ่มเก่าต่อไป⁽²³⁾	

ข้อแนะนำที่ 3: ไม่แนะนำให้ใช้ยาด้านซึมเศร้าในกลุ่ม SSRIs ในการบำบัดรักษาการติดสาร ATS ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าร่วม	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ -	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ: ยาด้านซึมเศร้ากลุ่ม SSRIs ออกฤทธิ์โดยยับยั้งการดูดกลับของสารสื่อประสาท serotonin ซึ่งมีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นว่ากลไกดังกล่าวทำให้ความพึงพอใจที่ได้จากการเสพยา MA ลดลง⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ การเสพยา MA ยังมีผลต่อสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าด้วย ดังนั้นยาในกลุ่มนี้จึงอาจช่วยรักษาผู้ป่วย MA dependence ได้	

- มีการศึกษา RCT 1 การศึกษา โดยให้ยา sertraline ขนาด 50 mg วันละ 2 ครั้ง ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบ contingency management (CM) นาน 12 สัปดาห์ในการรักษา MA dependence ⁽²⁵⁾ อาสาสมัครทั้งสิ้น 129 ราย ไม่พบประสิทธิผลของยา sertraline ในการรักษา MA dependence ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยยา sertraline เพียงอย่างเดียว หรือยา sertraline ร่วมกับ CM อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าในกลุ่มที่ได้รับยา sertraline เพียงอย่างเดียว (ไม่มี CM) มีการเสพยา MA เพิ่มขึ้น และยังสัมพันธ์กับการคงอยู่ในการรักษาที่ไม่ดี (poorer retention) เมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ
- ต่อมา Zorick และคณะ ⁽²⁶⁾ ได้ทำการวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อค้นหาปัจจัยที่ทำให้มีการเสพยา MA เพิ่มขึ้น ในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยา sertraline โดยวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะผู้ที่เสพยา MA เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 15 ซึ่งพบ 18 ราย (sertraline = 13, placebo = 5) การศึกษาพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับยา sertraline มีอาการอยากสาร MA เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและจึงทำให้มีการเสพยา MA เพิ่มขึ้น ซึ่งอาการอยากสารจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการกลับเสพยา และเมื่อคำนึงถึงผลการศึกษาก่อนหน้าที่ไม่พบประโยชน์ของการใช้ fluoxetine ^(27,28) และ paroxetine ⁽²⁹⁾ ในการรักษาผู้ติดยาในกลุ่ม SSRIs จึงไม่น่ามีประสิทธิผลและไม่ควรใช้เป็นการรักษาหลัก สำหรับผู้ที่ได้รับการรับการวินิจฉัย MA dependence เพียงอย่างเดียวโดยไม่มีโรคซึมเศร้าร่วม

ข้อแนะนำที่ 4: แนะนำให้ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ในการรักษา amphetamine-induced psychosis เนื่องจากยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (newer antipsychotic agents) จะมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวและความอยากสารน้อยกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเก่า (conventional antipsychotic agents)

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ:

- มี RCTs 2 การศึกษา ^(30, 31) ที่ศึกษาประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้แก่ olanzapine ขนาด 5-20 mg ต่อวัน และ quetiapine ขนาด 100-300 mg ต่อวัน โดยเปรียบเทียบกับ haloperidol ในการรักษาโรคจิตจากแอมเฟตามีนในคนไทย โดยผลการศึกษาพบว่ายารักษาโรคจิตทั้งกลุ่มเก่าและกลุ่มใหม่มีประโยชน์และมีประสิทธิผลไม่ต่างกันในการรักษาอาการโรคจิตจากสารแอมเฟตามีนโดยยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวน้อยกว่ายากลุ่มเก่า

ข้อแนะนำที่ 5: ควรให้การดูแลรักษาผู้ติดสารกลุ่ม ATS ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ทุกรายตามหลักการและมาตรฐานการรักษาของโรคร่วมทางจิตเวชนั้นๆ

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ

หมายเหตุ:

- เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาใดที่พบประสิทธิผลอย่างชัดเจนในการรักษา ATS dependence ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ ดังนั้นต้องให้การรักษาโรคร่วมทางจิตเวชนั้นๆ อย่างเหมาะสมตามหลักการรักษาของโรคที่พบร่วมกันนั้นๆ
- อาจใช้ยา quetiapine หรือ risperidone ในการรักษาผู้ป่วยเสพติดสาร ATS ที่มีภาวะโรคร่วมกับ bipolar disorder^(23,32) โดย CANMAT guideline⁽³³⁾ จัดให้ยา quetiapine หรือ risperidone เป็น second choice recommendation ในการรักษาผู้ป่วย bipolar disorder ที่มีการใช้สาร MA ร่วมด้วย (ยังไม่มียาชนิดใดที่จะมีหลักฐานการศึกษาเพียงพอสนับสนุนว่าสามารถให้เป็น first choice)

บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Amphetamine-Type Stimulants. Geneva: World Health Organization; 1997.
2. Cruickshank CC, Dyer KR. A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. Addiction. 2009; 104: 1085-99.
3. Abi-Dargham A, Kegeles LS, Martinez D, Innis RB, Laruelle M. Dopamine mediation of positive reinforcing effects of amphetamine in stimulant naive healthy volunteers: results from a large cohort. Eur Neuropsychopharmacol. 2003; 13: 459-68.
4. Gorelick D. The pharmacology of Cocaine, Amphetamines, and others stimulants. In: Ries R, Miller S, Fiellin D, Saitz R, editors. Principle of addiction medicine. 4th ed: American Society of Addiction Medicine; 2009. p. 133-55.
5. McGregor C, Srisurapanont M, Jittiwutikarn J, Laobhripatr S, Wongtan T, White JM. The nature, time course and severity of methamphetamine withdrawal. Addiction. 2005; 100: 1320-9.
6. Perez-Mana C, Castells X, Torrens M, Capella D, Farre M. Efficacy of psychostimulant drugs for amphetamine abuse or dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 9
7. Newton T, Roache J, De La Garza Rn, Fong T, Wallace C, Li S, et al. Bupropion reduces methamphetamine-induced subjective effects and cue-induced craving. Neuropsychopharmacology. 2006; 31: 1537-44.
8. Elkashef A, Rawson R, Anderson A, Li S, Holmes T, Smith E, et al. Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. Neuropsychopharmacology. 2008 33: 1162-70.

9. Shoptaw S, Heinzerling K, Rotheram-Fuller E, Steward T, Wang J, Swanson A, et al. Randomized, placebo-controlled trial of bupropion for the treatment of methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Depend.* 2008; 96: 222-32.
10. Longo M, Wickes W, Smout M, Harrison S, Cahill S, White J. Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction.* 2010; 105: 146-54.
11. Galloway G, Buscemi R, Coyle J, Flower K, Siegrist J, Fiske L, et al. A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction. *Clin Pharmacol Ther.* 2011; 89: 276-82.
12. Hartz D, Frederick-Osborne S, Galloway G. Craving predicts use during treatment for methamphetamine dependence: a prospective, repeated-measures, within-subject analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2001; 63: 269-76.
13. Galloway G, Singleton E, Buscemi R, Baggott M, Dickerhoof R, Mendelson J, et al. An examination of drug craving over time in abstinent methamphetamine users. *Am J Addict.* 2010; 19: 510-4.
14. Tiihonen J, Kuoppasalmi K, Föhr J, Tuomola P, Kuikanmäki O, Vorma H, et al. A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence. *Am J Psychiatry.* 2007 164: 160-2.
15. Jayaram-Lindström N, Hammarberg A, Beck O, Franck J. Naltrexone for the treatment of amphetamine dependence: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2008; 165: 1442-8.
16. Grant J, Odlaug B, Kim S. A double-blind, placebo-controlled study of N-acetyl cysteine plus naltrexone for methamphetamine dependence. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2010; 20: 823-8.
17. Tiihonen J, Krupitsky E, Verbitskaya E, Blokhina E, Mamontova O, Fohr J, et al. Naltrexone implant for the treatment of polydrug dependence: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2012; 169: 531-6.
18. Nakayama K, Sakurai T, Katsu H. Mirtazapine increases dopamine release in prefrontal cortex by 5-HT1A receptor activation. *Brain Res Bull.* 2004; 63: 237-41.
19. Colfax G, Santos G, Das M, Santos D, Matheson T, Gasper J, et al. Mirtazapine to reduce methamphetamine use: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68: 1168-75.
20. Kongsakon R, Papadopoulos KI, Saguansiritham R. Mirtazapine in amphetamine detoxification: a placebo-controlled pilot study. *Int Clin Psychopharmacol.* 2005; 20: 253-6.
21. Cruickshank CC, Montebello ME, Dyer KR, Quigley A, Blaszczyk J, Tomkins S, et al. A placebo-controlled trial of mirtazapine for the management of methamphetamine withdrawal. *Drug Alcohol Rev.* 2008; 27: 326-33.

22. Kishi T, Matsuda Y, Iwata N, Correll CU. Antipsychotics for cocaine or psychostimulant dependence: systematic review and meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2013; 74: e1169-80.
23. Brown ES, Nejtek VA, Perantie DC, Rajan Thomas N, Rush AJ. Cocaine and amphetamine use in patients with psychiatric illness: a randomized trial of typical antipsychotic continuation or discontinuation. *J Clin Psychopharmacol*. 2003; 23: 384-8.
24. Fleckenstein A, Haughey H, Metzger R, Kokoshka J, Riddle E, Hanson J, et al. Differential effects of psychostimulants and related agents on dopaminergic and serotonergic transporter function. *Eur J Pharmacol*. 1999; 382: 45-9.
25. Shoptaw S, Huber A, Peck J, Yang X, Liu J, Jeff Dang, et al. Randomized, placebo-controlled trial of sertraline and contingency management for the treatment of methamphetamine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2006; 85: 12-8.
26. Zorick T, Sugar CA, Helleman G, Shoptaw S, London ED. Poor response to sertraline in methamphetamine dependence is associated with sustained craving for methamphetamine. *Drug Alcohol Depend*. 2011; 118: 500-3.
27. Batki S, Moon J, Bradley M, Hersh D, Smolar S, Mengis M, et al. Fluoxetine in methamphetamine dependence. A controlled trial: a preliminary analysis CPDD 61st Annual Scientific Meeting 1999.
28. Batki S, Moon J, Delucchi K, Bradley M, Hersh D, Smolar S, et al. Methamphetamine quantitative urine concentrations during a controlled trial of fluoxetine treatment. Preliminary analysis. *Ann N Y Acad Sci*. 2000; 909: 260-3.
29. Piasecki M, Steinagel G, Thienhaus O, Kohlenberg B. An exploratory study: the use of paroxetine for methamphetamine craving. *J Psychoactive Drugs*. 2002; 34: 301-4.
30. Leelahanaj T, Kongsakon R, Netrakom P. A 4-week, double-blind comparison of olanzapine with haloperidol in the treatment of amphetamine psychosis. *J Med Assoc Thai*. 2005; 88: S43-S52.
31. Verachai V, Rukngan W, Chawanakrasaesin K, Nilaban S, Suwanmajo S, Thanateerabunjong R, et al. Treatment of methamphetamine-induced psychosis: a double-blind randomized controlled trial comparing haloperidol and quetiapine. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014; 231: 3099-108.
32. Nejtek V, Avila M, Chen L, Zielinski T, Djokovic M, Podawiltz A, et al. Do atypical antipsychotics effectively treat co-occurring bipolar disorder and stimulant dependence? A randomized, double-blind trial. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69: 1257-66.
33. Beaulieu S, Saury S, Sareen J, Tremblay J, Schutz CG, McIntyre RS, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2012; 24: 38-55.

8.3 การใช้ยาในการบำบัดรักษาการติดสารกลุ่ม opioids

การบำบัดด้วยยาเพื่อป้องกันการกลับมาติดสารกลุ่ม opioids ซ้ำ (relapse prevention) เป็นการบำบัดรักษาการติดสาร โดยทำการบำบัดต่อจากการถอนพิษ (detoxification) เรียบร้อยแล้ว หรืออาจเป็นส่วนหนึ่งในการบรรเทาอาการขาดยา (withdrawal symptoms) ต่อเนื่องมาถึงการป้องกันการติดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ยาที่ต้านการออกฤทธิ์ในการป้องกันการใช้ซ้ำ (total abstinence treatment) หรือใช้ยาที่มีฤทธิ์ทดแทน (substitution treatment) ในระยะยาวอันเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการลดอันตราย (harm reduction) ควบคู่ไปกับการบำบัดอื่นที่ไม่ใช้ยาในระยะป้องกันการติดซ้ำ โดยมีข้อบ่งชี้การให้การบำบัดด้วยยานี้ในผู้ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดหรือมีปัญหาการใช้สารกลุ่ม opioids ที่มีความตั้งใจที่จะรับการบำบัดรักษาและมีข้อห้ามในการบำบัดด้วยยาตามแต่ชนิดยาที่จะใช้ในการบำบัด ซึ่งผู้ที่สามารถให้การบำบัดด้วยยาเพื่อป้องกันการกลับมาติดสาร opioids ซ้ำ ควรเป็นแพทย์ที่ทำงานในสถานบริการที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด

สารกลุ่ม opioids สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ กลุ่มที่เป็นสารสกัดได้จากธรรมชาติจำพวกพืชฝิ่น เช่น ฝิ่นดิบ (opium), morphine, codeine, tincture of opium (Laudanum) กลุ่มที่เป็นสารกึ่งสังเคราะห์ เช่น heroin, buprenorphine, hydrocodone (Vicodin), oxycodone (Oxycontin, Percocet), hydromorphone (Dilaudid), oxymorphone (Opana, Numorphan) และ กลุ่มที่เป็นสารสังเคราะห์ เช่น methadone, fentanyl, meperidine (Pethidine, Demerol) สารในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ที่ μ (mu) opioid receptor ทำให้เกิดอาการเคลิ้มสุข ง่วงซึม ท้องผูก กดการหายใจ ลดความเจ็บปวด ม่านตาหด ลดระดับความดันโลหิต และหากใช้ติดต่อกันอาจทำให้เกิดการเสพติดได้ นอกจากนี้ ยังมีสารอื่นๆ ที่ออกฤทธิ์กระตุ้น μ opioid receptor เช่น ยาแก้ปวด tramadol สารที่ผสมในยาที่ใช้บรรเทาอาการท้องเสีย เช่น diphenoxylate (Lomotil), loperamide (Imodium) และมีการนำฝิ่นและ/หรือ opium alkaloids มาผสมในตำรับยา เพื่อบรรเทาอาการปวด อาการไอ หรือ อาการท้องเสีย เป็นต้น

ทั้งนี้ ยาที่เป็น full agonist, partial agonist หรือ antagonist ต่อ μ opioid receptor สามารถนำมาใช้ในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับมาเสพติดสารกลุ่ม opioids ซ้ำได้ ดังต่อไปนี้^(1,2)

1. ยาที่มีฤทธิ์ทดแทน ได้แก่ methadone, buprenorphine
2. ยาที่ต้านการออกฤทธิ์ ได้แก่ naltrexone
3. ยาที่ผสมทั้งฤทธิ์ทดแทนและต้านการออกฤทธิ์ เช่น buprenorphine ผสมกับ naloxone (Subuxone)

นอกจากนี้ ยังมียาอื่นๆ ที่อยู่ระหว่างการศึกษาประสิทธิภาพและผลข้างเคียงในการนำมาใช้เพื่อบำบัดป้องกันการกลับมาติดสาร opioids ซ้ำ เช่น slow-release oral morphine (SROM), oral heroin, heroin-assisted treatment ซึ่งเบื้องต้นพบว่าได้ผลดี แต่ยังคงติดตามผลการรักษาต่อไปเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ชัดเจน⁽²⁾

ข้อแนะนำที่ 1: ควรให้การบำบัดด้วยยา opioid agonist แบบระยะยาวต่อเนื่อง (Methadone Maintenance Therapy หรือ MMT) สำหรับป้องกันการกลับมาใช้สารซ้ำในผู้ที่ฉีดเฮโรอีนขนาดสูงมาเป็นระยะเวลานาน เพื่อป้องกันและลดอันตรายที่อาจมีต่อสุขภาพจากการใช้เฮโรอีน

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ผู้ที่ติดหรือมีปัญหาการใช้เฮโรอีน อาจมีการใช้เฮโรอีนในรูปแบบที่อาจก่อให้เกิดอันตราย ได้แก่ การใช้ในรูปแบบฉีดหรือใช้ในปริมาณที่สูงเป็นระยะเวลานานไม่ต่ำกว่าประมาณ 2 ปี โดยพบว่า การให้ยา opioid agonist ระยะยาว ช่วยลดอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้สารได้ เช่น ลดอัตราการติดเชื้อจากการใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น⁽³⁾ อาจช่วยลดอัตราตาย^(4,5) หรือปัญหาอาชญากรรมได้⁽⁶⁾
- การบำบัดด้วยยา opioid agonist ในการรักษาแบบระยะยาวต่อเนื่อง เป็นการบำบัดรักษาโดยให้ยา opioid agonist ทดแทนการใช้เฮโรอีนแบบอันตรายเป็นระยะเวลานานมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป โดยไม่มีกำหนดระยะเวลาสูงสุด เป็นการบำบัดรักษาสำหรับผู้ที่มีแรงจูงใจในการรับการบำบัดรักษาแบบให้ยาทดแทนระยะยาว และอาจเคยได้รับการบำบัดโดยวิธีอื่นมาแล้ว แต่ยังมีอาการกลับไปใช้ซ้ำ ยาที่นำมาใช้มักเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว ได้แก่ methadone และ buprenorphine การให้ยา opioid agonist แบบระยะยาวต่อเนื่อง มีดังตัวอย่างในตารางต่อไปนี้

	Methadone	Buprenorphine	หมายเหตุ
ลักษณะยา	Full agonist ต่อ μ opioid receptor ให้รับประทานในรูปแบบน้ำ	Partial agonist ต่อ μ opioid receptor มีทั้งแบบเดี่ยวและผสม naloxone ซึ่งเป็น antagonist ต่อ μ opioid receptor หากเป็นไปได้ ควรให้ แบบผสม naloxone (Suboxone) อมใต้ลิ้น เพื่อป้องกันการนำยาไปใช้ในรูปแบบฉีด	ยา buprenorphine เป็นอันตรายจากการใช้ยาเกินขนาดได้น้อย แต่ยา ยังไม่มีจำหน่ายและยังไม่ผ่านการรับรองให้ใช้ในประเทศไทยในการรักษา โดยให้ opioid agonist แบบระยะยาว นอกจากนี้ ผู้ที่ให้การบำบัดรักษา จำเป็นต้องผ่านการอบรมการใช้ยาก่อน
การปรับยา	ในวันแรก ควรสังเกตอาการเพื่อติดตามใกล้ชิด เริ่มให้ยาตามระดับอาการขาดสารทุก 2 – 4 ชั่วโมง เมื่อได้ขนาดยาต่อวันที่พอเหมาะในวันแรกแล้ว (ไม่เกิน 40 mg ต่อวัน) ควรรอประมาณ 3 วันก่อนปรับเพิ่มยาในครั้งต่อไป ⁽¹²⁾ ซึ่งอาจพิจารณาจากการไม่พบอาการขาดสารหรือไม่พบการใช้สารอื่นเสริม จนได้ขนาดที่เหมาะสม 60–100 mg ต่อวัน ^(7,8) วันละหนึ่งครั้ง ซึ่งเป็นขนาดที่ทำให้อยู่ในการบำบัดได้นาน	ให้ยา Suboxone ในวันแรก ตามระดับอาการขาดสารทุก 2 – 4 ชั่วโมง เมื่อได้ขนาดยาต่อวันที่พอเหมาะในวันแรกแล้ว (ไม่เกิน 8 – 12 mg ต่อวัน) ปรับยาเพิ่ม 2 – 4 mg ต่อวัน ในวันที่ 3 หลังเริ่มยา (ขนาดที่เหมาะสม 12 - 16 mg ต่อวัน ไม่ควรเกิน 32 mg ต่อวัน) วันละหนึ่งครั้ง ทั้งนี้ ควรเว้นระยะ 3 – 7 วัน เพื่อให้ระดับยาคงที่ ก่อนเพิ่มยาครั้งถัดไปซึ่งพิจารณาจากการไม่พบอาการขาดยา หรือการใช้สารอื่นเสริม	การค่อยๆ เพิ่มขนาดยา methadone นั้น เพื่อป้องกันการตายจากการเกิด QT-interval prolongation หรือยาเกินขนาดจนกดการหายใจ ^(11, 13-15) นอกจากนี้ ควรระมัดระวังการให้ยา buprenorphine ในผู้ที่ยังมีฤทธิ์สาร opioids ตกค้าง เพื่อป้องกันการเกิดอาการขาดสาร opioids รุนแรง โดยควรเว้นระยะอย่างน้อย 12 - 24 ชั่วโมง สำหรับเฮโรอีน หรือ 24 - 48 ชั่วโมง สำหรับ methadone หรือจนกว่าอาการขาดสารจะปรากฏ

- ข้อห้ามในการใช้ยา opioid agonist โดยให้แบบระยะยาวต่อเนื่อง ได้แก่ การมีอาการแพ้ยา มีความเสี่ยงต่อการนำไปใช้ในการทำร้ายตนเอง มีการได้รับยาหรือสารที่กดประสาทหรือการหายใจร่วมด้วย เช่น สุรา ยานอนหลับ หรือเป็นโรคที่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ ความดันโลหิตต่ำ ระบบทางเดินอาหาร เช่น paralytic ileus เป็นต้น
- ควรตรวจสุขภาพทั่วไปและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการรักษา อย่างไรก็ดีตาม ในการให้ยา methadone ควรตรวจ EKG ก่อนให้การรักษาและเป็นประจำอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง เนื่องจากยาอาจมีผลข้างเคียงต่อหัวใจ เช่น QT-interval prolongation^(9,11)
- การหยุดการรักษาโดยการให้ยา opioid agonist แบบระยะยาวต่อเนื่อง ควรเข้าสู่ขั้นตอนการถอนพิษและส่งต่อกระบวนการบำบัดรักษาอื่นตามความเหมาะสม
- สำหรับผู้ที่ใช้สาร opioids อื่นนอกเหนือจากเฮโรอีน แบบฉีดเอง ในขนาดสูงและต่อเนื่องเป็นเวลานาน นั้น จัดว่ามีความเสี่ยงในการเกิดอันตรายจากการใช้สารเช่นกัน อย่างไรก็ดีตาม ยังต้องมีการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของการรักษาและการลดอันตรายในกลุ่มผู้ใช้สาร opioids อื่น ดังกล่าว
- ยาอื่นที่มีการศึกษาในการนำมาใช้รักษาการติดสาร opioids ได้แก่ ยา naltrexone ซึ่งเป็น antagonist ต่อ μ opioid receptor พบว่าสามารถใช้ได้ผลในการบำบัดรักษาการติดเฮโรอีนแบบหยุดการใช้สารทั้งหมดในผู้ที่มีแรงจูงใจสูงในการหยุดใช้สาร⁽¹¹⁾ โดยผู้เข้ารับการรักษาต้องไม่ใช้สาร opioids ชนิดใดเลยในระหว่างการบำบัด และมีแรงจูงใจในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อห้ามในการใช้ยา naltrexone ได้แก่ แพ้ยา ตับอักเสบ ตับวาย หรือ ไม่ผ่านการทดสอบด้วย naloxone (naloxone challenge test คือ มีอาการขาดสารหลังฉีด naloxone) ทั้งนี้ ก่อนเริ่มการรักษาด้วยยา naltrexone ควรผ่านขั้นตอนการถอนพิษสาร opioids โดยหยุดใช้ methadone มาแล้วอย่างน้อย 14 วัน หรือ เฮโรอีนอย่างน้อย 7 วัน จากนั้นเริ่มให้ยา naltrexone ในขนาดเฉลี่ยประมาณ 50 มิลลิกรัมต่อวัน และนัดติดตามอาการทุก 1 - 2 สัปดาห์ เพื่อประเมินการรับประทานยาตามกำหนด ประเมินผลข้างเคียง และประเมินการกลับไปใช้สารซ้ำ ควรให้การบำบัดโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วย โดยอาจพิจารณาให้ naltrexone ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุก 1 - 2 เดือน หรือ naltrexone ฝังใต้ผิวหนังทุก 3 - 6 เดือน หากหยุดการรับประทานยา naltrexone เอง⁽¹²⁻²⁰⁾ ซึ่งต้องรอการศึกษาเพิ่มเติมก่อนเป็นข้อสรุปต่อไป⁽¹²⁾ อย่างไรก็ดีตาม ยา naltrexone ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทยในปัจจุบัน

Tips : ในปัจจุบัน methadone จัดเป็นยาที่นำมาเลือกใช้เป็นชนิดแรกในการป้องกันการกลับไปฉีดเฮโรอีนซ้ำในผู้ที่มีแรงจูงใจในการรับการรักษาแบบให้สารทดแทนควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาชนิดอื่นที่ไม่ใช่ยา และเหมาะในการนำมาใช้ในเชิงตั้งครุฑที่ฉีดเฮโรอีน ในอนาคตประเทศไทยอาจมียาชนิดอื่น ที่สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการกลับเสพเฮโรอีนซ้ำได้ สำหรับสาร opioids อื่นที่ไม่ใช่เฮโรอีนนั้น แนะนำการบำบัดรักษาโดยให้เข้าสู่กระบวนการถอนพิษ ให้การบำบัดอาการขาดสาร opioids ตามอาการ และให้การบำบัดโดยไม่ใช้ยา

ข้อแนะนำที่ 2: ไม่แนะนำให้ใช้การบำบัดโดยการให้ยาทดแทนกลุ่ม opioid agonist ระยะยาว ในการป้องกันการกลับมาใช้สารซ้ำ สำหรับผู้ติดหรือมีปัญหาการใช้สาร opioids อื่นๆ นอกเหนือจากเฮโรอีน	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ -	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง
หมายเหตุ • การบำบัดโดยการให้ยาทดแทนสาร opioids แบบระยะยาวต่อเนื่อง จัดเป็นหนึ่งในมาตรการลดอันตรายจากการยังคงใช้สาร จึงมีข้อบ่งใช้สำหรับการใช้สาร opioids แบบอันตราย เช่น ใช้แบบฉีด ซึ่งอาจนำไปสู่การติดเชื้ออื่นๆ แต่การบำบัดดังกล่าวยังไม่สามารถทำให้หยุดใช้สารได้อย่างทั้งหมด จึงไม่เหมาะสมในการนำมาใช้ในผู้ติดหรือมีปัญหาการใช้สาร opioids อื่นๆที่ไม่ใช่เฮโรอีน • สำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดหรือมีปัญหาการใช้สาร opioids อื่นๆ ที่ไม่ใช่เฮโรอีนนั้น แนะนำให้เข้าสู่กระบวนการถอนพิษ และให้การบำบัดรักษาอื่นๆ ตามอาการ เช่น clonidine, lofexidine, NSAIDs รวมถึงให้การบำบัดโดยไม่ใช้ยาไปด้วย	
ข้อแนะนำที่ 3: ควรให้การปรึกษาแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้ยา opioid agonist หรือการกลับไปใช้เฮโรอีน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดคงอยู่ในโปรแกรมการบำบัดรักษาระยะยาว	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • ทศนคติที่ดีของผู้ให้การบำบัดรักษาต่อผู้เข้ารับการรักษาด้วยยา opioid agonist ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้เข้ารับการบำบัดคงอยู่ในการบำบัดรักษาได้ระยะยาว จึงควรให้ความสนใจในการเข้ารับบริการ และระมัดระวังทัศนคติของผู้ให้การรักษา • ก่อนเริ่มให้ยา opioid agonist ทุกครั้ง ควรให้คำแนะนำข้อปฏิบัติและข้อควรระวังในการใช้ยา เช่น ห้ามใช้สารกลุ่ม opioids หรือ สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ เช่น สุราหรือยานอนหลับด้วยตนเอง ใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ควรสังเกตอาการมึนเมา ง่วงซึม หรืออาการได้รับสารเกินขนาดก่อนจ่ายยา รวมถึงตรวจขนาดรูม่านตาทุกครั้ง ทั้งนี้ หากสงสัยการเสพสารอื่นมาก่อนรับยา อาจนัดให้มารับยาในวันถัดไป เพื่อป้องกันการได้รับยาเกินขนาด • ควรแนะนำข้อควรปฏิบัติเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยา opioid agonist ทุกครั้ง เช่น การงดเว้นการขับถ่ายนานพหะหรือใช้เครื่องจักรกล การระมัดระวังหากกลับไปใช้เฮโรอีนซ้ำและหากใช้ต้องใช้ปริมาณน้อยที่สุดเพื่อป้องกันการได้รับสารเกินขนาด รวมไปถึงการป้องกันอาการท้องผูกจากฤทธิ์ยา เช่น การดื่มน้ำมากๆ เป็นต้น • ควรตรวจปัสสาวะหาสาร opioids และ methadone เป็นระยะ เพื่อตรวจสอบการยังคงอยู่ในการรักษาและการกลับไปเสพเฮโรอีนซ้ำ ทั้งนี้ การจ่ายยาไปรับประทานเองนอกสถานพยาบาล ควรตรวจสอบให้แน่ใจได้ว่าผู้เข้ารับการบำบัดได้ใช้ยาตามวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัด	

ข้อแนะนำที่ 4: ควรให้ยา methadone ในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาอื่นหรือหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในระหว่างการบำบัดด้วยยาที่มีฤทธิ์ทดแทนระยะยาวอยู่แล้วในขนาดที่เหมาะสม

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาอื่นนอกจากจะมีการใช้เฮโรอีนในรูปแบบที่อาจทำให้เกิดอันตรายได้เช่นเดียวกับผู้เสพยาอื่นโดยทั่วไปแล้ว ทารกในครรภ์ยังมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น neonatal abstinence syndrome ซึ่งต้องให้ความรู้ความเข้าใจถึงความเสี่ยงนี้ต่อมารดาที่เสพยาอื่นทุกราย
- การให้ยา methadone (category C) เพื่อทดแทนการเสพยาอื่นในระยะตั้งครรภ์ ช่วยให้การคลอดที่เสพยาอื่นคงอยู่ในการบำบัดรักษาได้นาน ทำให้มารดาดูแลการตั้งครรภ์ของตนเองได้ดี ลดอัตราการติดเชื้อมดลูก ลดความเสี่ยงของการเกิด pre-eclampsia และลดความรุนแรงของการเกิด neonatal abstinence syndrome⁽²⁶⁾
- ในระหว่างการตั้งครรภ์ควรเพิ่มระดับยา methadone ให้เพียงพอ โดยพิจารณาจากอาการขาดยาและความอยากเสพยาเพิ่มเติม โดยสามารถเพิ่มขนาดยาได้มากขึ้นในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ เนื่องจากการเพิ่ม metabolism ของยา และ blood volume ในผู้ตั้งครรภ์ การให้ยาสามารถให้ได้ต่อเนื่องในระหว่างคลอดและหลังคลอด และสามารถให้นมบุตรได้หากไม่มีข้อห้ามใช้อื่นๆ เนื่องจากระดับยาในน้ำนมค่อนข้างน้อยเทียบกับขนาดที่มารดาได้รับ นอกจากนี้ สามารถค่อยๆ ลดขนาดยาลงได้หลังคลอด⁽²⁷⁾
- ยาอื่นๆ เช่น การให้ buprenorphine ที่ไม่ผสม naloxone อาจนำมาพิจารณาใช้ได้หญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาอื่น^(28,29) แต่ยังคงต้องการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป⁽³⁰⁾

บรรณานุกรม

1. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคทางจิตเวช (2556). วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2556; 58: 221-32.
2. Van den Brink W. Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. Curr Drug Abuse Rev. 2012; 5: 3-31.
3. Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Sullivan L, Ali R. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database Syst Rev. 2008; 2(CD004145).
4. Gibson AE, Degenhardt LJ. Mortality related to pharmacotherapies for opioid dependence: a comparative analysis of coronial records. Drug Alcohol Rev. 2007; 26: 405-10.
5. Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. Drug Alcohol Depend. 2008; 94: 151-7.

6. Lind B, Chen S, Weatherburn D, Mattick R. The Effectiveness Of Methadone Maintenance Treatment In Controlling Crime: An Australian Aggregate-Level Analysis. *Br J Criminol*. 2005; 45: 201 - 11.
7. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009: 3 (CD002209).
8. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003: 3(CD002208).
9. Krantz MJ, Martin J, Stimmel B, Mehta D, Haigney MC. QTc interval screening in methadone treatment. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 387-95.
10. Byrne A, Hallinan R, Newman RG. Does electrocardiography improve methadone safety? *American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*. 2010; 67: 968-9.
11. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006: 1(CD001333).
12. Lobmaier P, Kornor H, Kunoe N, Bjorndal A. Sustained-release naltrexone for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008: 2(CD006140).
13. Comer SD, Sullivan MA, Yu E, Rothenberg JL, Kleber HD, Kampman K, et al. Injectable, sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63: 210-8.
14. Brooks AC, Comer SD, Sullivan MA, Bisaga A, Carpenter KM, Raby WM, et al. Long-acting injectable versus oral naltrexone maintenance therapy with psychosocial intervention for heroin dependence: a quasi-experiment. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71: 1371-8.
15. Kunoe N, Lobmaier P, Vederhus JK, Hjerkin B, Hegstad S, Gossop M, et al. Naltrexone implants after in-patient treatment for opioid dependence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2009; 194: 541-6.
16. Hulse GK, Morris N, Arnold-Reed D, Tait RJ. Improving clinical outcomes in treating heroin dependence: randomized, controlled trial of oral or implant naltrexone. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66: 1108-15.
17. Lobmaier PP, Kunoe N, Gossop M, Katevoll T, Waal H. Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release. *Eur Addict Res*. 2010; 16: 139-45.
18. Hulse GK, Tait RJ, Comer SD, Sullivan MA, Jacobs IG, Arnold-Reed D. Reducing hospital presentations for opioid overdose in patients treated with sustained release naltrexone implants. *Drug Alcohol Depend*. 2005; 79: 351-7.
19. Reece AS. Favorable mortality profile of naltrexone implants for opiate addiction. *J Addict Dis*. 2010; 29: 30-50.

20. Tait RJ, Ngo HT, Hulse GK. Mortality in heroin users 3 years after naltrexone implant or methadone maintenance treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2008; 35: 116-24.
 21. Wedam EF, Bigelow GE, Johnson RE, Nuzzo PA, Haigney MC. QT-interval effects of methadone, levomethadyl, and buprenorphine in a randomized trial. *Arch Intern Med.* 2007; 167: 2469-75.
 22. อังกูร ภัทรากร. แนวปฏิบัติในการรักษาโดยให้เมทาโดนระยะยาว. หลักสูตรการบริการเมทาโดนระยะยาว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2553. หน้า 33.
 23. Buster MC, van Brussel GH, van den Brink W. An increase in overdose mortality during the first 2 weeks after entering or re-entering methadone treatment in Amsterdam. *Addiction.* 2002; 97: 993-1001.
 24. Davoli M, Bargagli AM, Perucci CA, Schifano P, Belleudi V, Hickman M, et al. Risk of fatal overdose during and after specialist drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study. *Addiction.* 2007; 102: 1954-9.
 25. Cornish R, Macleod J, Strang J, Vickerman P, Hickman M. Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database. *BMJ.* 2010; 341: c5475.
 26. Jones HE, Finnegan LP, Kaltenbach K. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence in pregnancy. *Drugs.* 2012; 72: 747-57.
 27. Arunogiri S, Foo L, Frei M, Lubman DI. Managing opioid dependence in pregnancy -- a general practice perspective. *Aust Fam Physician.* 2013; 42: 713-6.
 28. Jones HE, Kaltenbach K, Heil SH, Stine SM, Coyle MG, Arria AM, et al. Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. *N Engl J Med.* 2010; 363: 2320-31.
 29. Lacroix I, Berrebi A, Garipuy D, Schmitt L, Hammou Y, Chaumerliac C, et al. Buprenorphine versus methadone in pregnant opioid-dependent women: a prospective multicenter study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2011; 67: 1053-9.
 30. Minozzi S, Amato L, Bellisario C, Ferri M, Davoli M. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 12(CD006318).
-

8.4 การใช้ยาในการบำบัดรักษาการติดยา กลุ่ม benzodiazepines

ยา กลุ่ม benzodiazepines เป็นยาที่ช่วยลดอาการวิตกกังวล (anxiolytic) และช่วยเรื่องการนอน โดยออกฤทธิ์จับกับตัว GABA_A receptor ในสมอง โดยทั่วไปจะแนะนำให้ใช้ยา กลุ่มนี้ในระยะสั้น อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติได้มีการส่งจ่ายยา กลุ่มนี้ให้กับผู้ที่มีอาการวิตกกังวลหรือปัญหาการนอนนานเป็นเดือนถึงหลายปี และมีการนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์นอกเหนือจากการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งสามารถก่อให้เกิดภาวะเสพติดยา benzodiazepines ได้ โดยในประเทศไทยมีการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2550 ถึงการใช้ยาคลายกังวล (anxiolytics) ในกลุ่มประชากร 26,633 คน พบว่า ร้อยละ 1.58 ของตัวอย่าง เคยนำยา กลุ่มนี้ไปใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์ (abuse)⁽¹⁾ ทั้งนี้ การรักษาด้วยยาสำหรับผู้ที่มีภาวะติดยา กลุ่ม benzodiazepines มีข้อแนะนำดังนี้

ข้อแนะนำที่ 1: ควรค่อยๆ ลดปริมาณ benzodiazepines ที่ใช้ลงจนกระทั่งได้ขนาดน้อยที่สุดที่ใช้ในการรักษาภาวะนั้นๆ เช่น anxiety disorder หรือลดจนกระทั่งหยุดยาได้

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ค่อยๆ ลดปริมาณยาต่อวันลงร้อยละ 10-20 ต่อสัปดาห์⁽²⁻⁴⁾
- หากผู้เข้ารับการรักษาได้ยา benzodiazepines ชนิดออกฤทธิ์สั้นอยู่ เช่น lorazepam, alprazolam แนะนำให้เปลี่ยนเป็นยา กลุ่มที่ออกฤทธิ์ยาวขึ้น เช่น clonazepam ในขนาดของยาที่ equivalent กัน (clonazepam 0.25-0.5 mg = alprazolam 0.5 mg = lorazepam 1.0 mg = diazepam 5.0 mg = clonazepam 7.5 mg) แล้วจึงค่อยๆ ลดยา benzodiazepines ที่ออกฤทธิ์ยาวนั้นลง
- อาจให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกมาปรับยาและติดตามผลทุก 1-2 สัปดาห์ หรือกรณีผู้ป่วยเสพติด benzodiazepines ในปริมาณค่อนข้างสูง หรือติดสารอื่นร่วมด้วยหลายสาร

ข้อแนะนำที่ 2: ควรให้ยาเสริมระหว่างการค่อยๆ ลดยา benzodiazepines เพื่อลดอาการขาดยา และช่วยเรื่องการนอนหลับในผู้ที่ติด benzodiazepines

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง

หมายเหตุ

- แนะนำให้ใช้ยาเสริม โดยมียาดังต่อไปนี้ propranolol, imipramine, trazodone, hydroxyzine, pregabalin โดยยาเสริมเหล่านี้ควรใช้ในเวลาอันสั้นและใช้ตามอาการ⁽²⁻¹¹⁾

บรรณานุกรม

1. Assanangkornchai S, SAM-ANGSRI N, Rerngpongpan S, EDWARDS J. Anxiolytic and hypnotic drug misuse in Thailand: findings from a national household survey. *Drug Alcohol Rev.* 2010; 29: 101-11.
2. Denis C, Fatseas M, Lavie E, Auriacombe M. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3.
3. Voshaar RCO, Couvée JE, Van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use Meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2006; 189: 213-20.
4. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Young RM. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction.* 2009; 104: 13-24.
5. Rickels K, Schweizer E, Espana FG, Case G, DeMartinis N, Greenblatt D. Trazodone and valproate in patients discontinuing long-term benzodiazepine therapy: effects on withdrawal symptoms and taper outcome. *Psychopharmacology.* 1999; 141: 1-5.
6. Rickels K, DeMartinis N, García-España F, Greenblatt DJ, Mandos LA, Rynn M. Imipramine and buspirone in treatment of patients with generalized anxiety disorder who are discontinuing long-term benzodiazepine therapy. *Am J Psychiatry.* 2000; 157: 1973-9.
7. Oulis P, Konstantakopoulos G. Pregabalin in the treatment of alcohol and benzodiazepines dependence. *CNS Neuroscience Ther.* 2010; 16: 45-50.
8. Bramness JG, Sandvik P, Engeland A, Skurtveit S. Does pregabalin (Lyrica®) help patients reduce their use of benzodiazepines? A comparison with gabapentin using the Norwegian Prescription Database. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2010; 107: 883-6.
9. Hadley SJ, Mandel FS, Schweizer E. Switching from long-term benzodiazepine therapy to pregabalin in patients with generalized anxiety disorder: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Psychopharmacol.* 2012; 26: 461-70.
10. Garfinkel D, Zisapel N, Wainstein J, Laudon M. Facilitation of benzodiazepine discontinuation by melatonin: a new clinical approach. *Arch Intern Med.* 1999; 159: 2456-60.
11. Nakao M, Takeuchi T, Nomura K, Teramoto T, Yabo E. Clinical application of paroxetine for tapering benzodiazepine use in non-major-depressive outpatients visiting an internal medicine clinic. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2006; 60: 605-10.

8.5 การใช้ยาในการบำบัดรักษาการติดกัญชา

ปัจจุบัน มียาหลายกลุ่มที่นำมาศึกษาเพื่อช่วยในการหยุดใช้กัญชา โดยมีการใช้ยาเพื่อวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย เช่น ลดอาการขาดกัญชา (withdrawal symptom) ลดผลที่ทำให้เกิดความพึงพอใจการใช้สาร รวมถึงการป้องกันการกลับไปใช้สารซ้ำ การศึกษาที่นำไปใช้รักษาการติดกัญชาเป็นการศึกษาในสัตว์ทดลอง ส่วนการทดลองในมนุษย์ยังมีงานวิจัยที่จำกัดและส่วนมากยังไม่สามารถบอกประสิทธิผลได้อย่างชัดเจน

กัญชามาจากต้น Cannabis sativa ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (psychoactive substance) ที่มีส่วนประกอบของ delta – 9- tetrahydrocannabinol (THC) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้ผู้เสพมีความรู้สึกเป็นสุขจากการใช้กัญชา โดยสารดังกล่าวไปมีผลต่อ endogenous cannabinoid receptor (CB receptor) โดยตรง THC เป็น partial agonist ของ CB1 receptor มีอยู่ปริมาณมากบริเวณ basal ganglia, cerebellum, hippocampus และ บริเวณ cortex ซึ่งสารในกัญชาสามารถกระตุ้น brain reward pathway ทำให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาและการใช้สาร (drug seeking and drug taking behaviors) จากการเพิ่มการหลั่งสารสื่อประสาท dopamine ใน mesolimbic–dopamine reward pathway ในขณะเดียวกัน หากมีการหยุดหรือลดการใช้กัญชาในผู้ที่ใช้นาน ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน brain reward pathway กระทั่งกัน โดยจะไปลดการหลั่ง dopamine และเพิ่มปริมาณ corticotropin releasing factor ทำให้เกิดอาการขาดกัญชา

ข้อแนะนำที่ 1: อาจใช้ยารักษาตามอาการสำหรับการรักษาการติดกัญชา	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ
หมายเหตุ • ยังไม่พบว่ามียาตัวใดสามารถมีประสิทธิภาพในการถอนพิษ (detoxification) จากกัญชา หรือป้องกันการเสพยาซ้ำ (relapse prevention) ยาบางตัวอาจช่วยลดอาการได้ในบางรายเท่านั้น มีตัวอย่างดังนี้ ■ Bupropion ใช้รักษาการติดบุหรี่ แต่พบว่าไม่ช่วยลดอาการขาดกัญชาและทำให้อารมณ์แย่ลง ■ Nefazodone สามารถลดอาการขาดกัญชา เช่น ชี้น้ำคร่ำ หดหู่ กังวล นอนไม่หลับ ในบางราย ■ Divalproex สามารถลดอาการขาดกัญชา เช่น อาการหงุดหงิด ในบางราย ■ Dronabinol (partial agonist of CB1 receptor) ลดอาการขาดกัญชา และเพิ่มระยะเวลาการหยุดใช้กัญชา รวมถึงลดความถี่การกลับไปใช้กัญชา แต่งานวิจัยยังมีจำนวนจำกัด ■ Rimobabant (CB1 receptor antagonist) ลดความอยากกัญชาแต่ผลยังไม่ชัดเจนและมีจำกัด ■ Naltrexone พบว่าได้ผลช่วยลดความอยากกัญชาในสัตว์ทดลอง แต่ไม่ได้ผลชัดเจนในมนุษย์ • การใช้ยารักษาตามอาการในผู้ที่ใช้กัญชาที่มีโรคทางจิตเวชร่วม (comorbidities) เช่น ยา quetiapine, lithium, buspirone สามารถลดการใช้กัญชาลง หรือ ยา fluoxetine ลดการใช้กัญชาลงได้เช่นกัน ในผู้ที่เป็โรคซึมเศร้าที่มีการใช้สุราและกัญชา แต่ยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน	

Tips: กลไกของการใช้ยาที่อาจนำมาใช้ในการรักษาการติดกัญชาหรือสารเสพติดอื่นๆ มีหลายรูปแบบ เช่น

1. การใช้ยาทดแทน (agonist/substitute medication) ซึ่งมีกลไกคล้ายการใช้แผ่นแปะนิโคติน (nicotine patch) ในการรักษาการติดบุหรี่ หรือ การใช้ยา methadone ในการรักษาการติดเฮโรอีนในกระบวนการถอนพิษ (detoxification)
2. การลดผลที่ทำให้เกิดความพึงพอใจจากการใช้สาร (attenuate reinforcing effects) เช่น การใช้ antagonist blocking or partial agonist กลไกคล้าย naltrexone ในการรักษาการติดสุรา
3. การทำให้เกิดผลเหมือนการลงโทษ (induce adverse effects หรือ punishment) โดยมีกลไกคล้ายการใช้ยา disulfiram ในการรักษาการติดสุรา

บรรณานุกรม

1. Benjamin R. Nordstrom, Frances R. Levin. Treatment of Cannabis Use Disorders: A Review of Literature. Am J Addict. 2007; 16: 331-342
2. Jan Copeland, Amie Frewen, & Kathryn Elkins. Management of cannabis use disorder and related issues a clinician's guide. 2009
3. Ryan Vandrey, Margaret Haney. Pharmacotherapy for Cannabis Dependence: How close Are We. National institutes of Health. 2009; 23: 543-553
4. Alan J Budney, Roger Roffman, Robert S. Stephens. Marijuana Dependence and Its Treatment 2007; 4: 4-16
5. Budney AJ et al. A review of the validity and significance of the cannabis withdrawal Syndrome. Am J Psychiatry. 2004; 161: 1967-1977
6. Budney AJ, Hughes JR. The cannabis withdrawal syndrome. Curr Opin Psychiatry. 2006; 19: 233-238
7. Copeland J. Developments in the treatment of cannabis use disorder. Curr Opin Psychiatry. 2004; 17: 161-167
8. Copersino ML, et al. Cannabis withdrawal among non-treatment-seeking adult cannabis users. Am J Addict. 2006; 15: 8-14
9. Dennis M, et al. Changing the focus: The case for recognizing and treating cannabis use disorders. Addiction. 2002; 97: 4-15
10. McRae AL, Budney AJ, Brady KT. Treatment of marijuana dependence: A review of the literature. J Subst Abuse Treat. 2003; 24: 369-376
11. Stephens RS, et al. Marijuana dependence treatment for adults, PRN. Symposium conducted at the Eleventh International Conference on Treatment of Addictive Behavior; Santa Fe, NM. 2006
12. Stephens RS, Roffman RA. Marijuana dependence treatment PRN. Paper presented at the College of Problems of Drug Dependence; Orlando, FL. 2005

8.6 การใช้ยาในการบำบัดรักษาการติดสารระเหย

ในปัจจุบันสังคมเมืองที่มีการขยายตัวมากขึ้น ภาวะเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมที่เติบโตขึ้นควบคู่กัน จึงพบว่าการเข้าถึงและการใช้สารเคมีมีมากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาการเสพติดสารระเหยที่ส่วนมากเป็นส่วนประกอบของสารเคมีที่ใช้ในชีวิตประจำวัน หรือในโรงงานต่างๆ ปัจจุบันเป็นที่นิยมในวัยรุ่น ซึ่งหาซื้อได้ง่าย ราคาไม่แพง ไม่ผิดกฎหมาย อาการขาดสารไม่รุนแรง แต่การใช้สารระเหยสามารถก่อให้เกิดผลเสียตามมามากมาย อาทิเช่น ผลกระทบทางระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และอาจทำให้เสียชีวิต ปัจจุบันยังมีการศึกษาการรักษาทางยาสำหรับภาวะการเสพติดสารระเหยไม่มาก โดยสารระเหยแบ่งออกเป็นกลุ่มสารดังนี้ aliphatic hydrocarbons, alkyl halides, aromatic hydrocarbons, alkyl nitrites, ethers, ester และ ketones

กลไกการออกฤทธิ์ที่ชัดเจนของสารระเหยยังไม่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงต่อเยื่อหุ้มสมอง (brain membrane) และ hyperpolarization ของ GABA receptors ส่งผลให้เกิดการชะลอตัวของการขนส่งไอออนของเส้นใยเซลล์ประสาท (axonal ion channel transport) สารระเหยมีผลต่อระบบการหายใจ เกิดการระคายเคือง ทำให้หลอดลมหดตัว การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง เกิดภาวะ hypoxia ส่วนสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตระหว่างการติดสารระเหยได้แก่ ventricular fibrillation, respiratory depression, asphyxia, pulmonary aspiration of stomach contents และ trauma

ข้อแนะนำที่ 1: อาจใช้ยารักษาตามอาการสำหรับการรักษาการติดสารระเหย	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ
หมายเหตุ - การศึกษาการใช้ยาในการถอนพิษจากสารระเหย (detoxification) หรือป้องกันการเสพซ้ำ (relapse prevention) มีจำนวนจำกัด ยาบางตัวอาจช่วยลดอาการได้ในบางรายเท่านั้น ดังนี้ - Baclofen 50 mg ต่อวัน มีรายงาน case series 3 ราย ซึ่งมีอาการ กระวนกระวาย (irritability) นอนไม่หลับ (insomnia) และ อาการอยากยา (craving) พบว่าลดอาการขาดสารระเหยได้ดี และสามารถทนต่อยาได้ดี⁽¹⁾ - Risperidone, buspirone, lamotrigine ใช้รักษาตามอาการ แต่การศึกษามีจำนวนจำกัด⁽²⁻⁴⁾ - Lamotrigine มีรายงาน case report เพียง 1 รายมีการใช้ lamotrigine ขนาด 100 mg โดยได้รับมากกว่า 6 เดือน สามารถทำให้หยุดใช้สารระเหยได้⁽³⁾ - มีรายงานพบภาวะ depression และ conduct disorder ร่วมได้สูงในวัยรุ่นที่ใช้สารระเหย^(5,6) แต่การศึกษารักษาตามอาการในรายที่มีโรคทางจิตเวชร่วม (comorbidities) ยังมีจำนวนน้อย - Aripiprazole มีการศึกษาแบบเปิดในวัยรุ่น 7 รายที่วินิจฉัย conduct disorder และ inhalant use disorder โดยพบว่ามีประสิทธิภาพควบคุมอาการโรคร่วมได้ดี และยาช่วยลดความถี่	

ของการใช้สารระเหยได้ ขนาดยาอยู่ที่ 10.8 ± 5.6 mg พบผลไม่พึงประสงค์ คือ อาการ กระสับกระส่าย (agitation) 2 ราย อาการ akathisia 1 ราย และอาการ daytimes sleepiness 2 ราย⁽⁷⁾

- Carbamazepine และ haloperidol ศึกษาใน inhalant-induced psychotic disorder พบว่า ได้ผลดี โดยขนาดยาเฉลี่ยต่อวันของ carbamazepine และ haloperidol อยู่ที่ 920 ± 336.5 และ 21.7 ± 10.6 mg ตามลำดับ และพบว่า carbamazepine พบอาการไม่พึงประสงค์จาก ยาน้อยกว่า⁽⁸⁾
- Risperidone มีรายงาน 1 รายใช้รักษา inhalant abuse ที่มี major depressive disorder with psychotic characteristics โดยใช้ขนาด 1.5 mg พบภาวะ bradycardia และ syncope และภาวะดังกล่าวหายไปหลังหยุดยา⁽⁹⁾

บรรณานุกรม

1. Muralidharan K, Rajkumar RP, Mulla U, Nayak RB, Benegal V. Baclofen in the management of inhalant withdrawal: a case series. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2008; 10: 48–51
2. Konghom S, Verachi V, Srisurapanont M, et al. Treatment for inhalant dependence and abuse. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 12(CD007537).
3. Shen YC. Treatment of inhalant dependence with lamotrigine. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2007; 31: 769–71
4. Misra LK, Kofoed L, Fuller W. Treatment of inhalant abuse with risperidone. J Clin Psychiatry. 1999; 60: 620
5. Balhara Y, Verma R, Deshpande SN. A comparative study of treatment-seeking inhalant abusers across two cohorts from a tertiary care center in India. Indian J Psychol Med. 2011; 33: 129–33
6. Kelder SH, Murray NG, Orpinas P, Prokhorov A, McReynolds L, Zhang Q, et al. Depression and substance use in minority middle-school students. Am J Public Health. 2001; 91: 761–6
7. Ayten E, Nihal Y. Yeni symposium, 2010. Yenisymposium.org
8. Hernandez-Avila CA, Ortega-Soto HA, Jasso A, Hasfura-Buenaga CA, Kranzler HR. Treatment of inhalant-induced psychotic disorder with carbamazepine versus haloperidol. Psychiatr Serv. 1998; 49: 812–5
9. Selma TH. Risperidone induced bradycardia and syncope in a case with volatile substance abuse. Düşünen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2014; 27: 74-77

8.7 การใช้ยาในการบำบัดรักษาการติดพืชกระท่อม

พืชกระท่อม (kratom, krathom) มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Mitragyna speciosa* ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทโดยกระตุ้นที่ opioid receptor (μ -opioid receptor agonist) คล้ายกับสารกลุ่ม opioids เช่น มอร์ฟีน หากใช้พืชกระท่อมปริมาณไม่มาก (น้อยกว่า 5 กรัม) จะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท (stimulant effect) แต่หากใช้ปริมาณ 5 - 15 กรัม กระท่อมจะออกฤทธิ์คล้ายกับการใช้สารประเภท opioids (opioid-like effect) กระท่อมมีฤทธิ์ในการเสพติดได้ถึงแม้ว่าจะน้อยกว่าสารในกลุ่ม opioids เช่น เฮโรอีน หรือ มอร์ฟีน

ข้อแนะนำที่ 1: อาจใช้ยารักษาตามอาการสำหรับการติดพืชกระท่อม	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ
หมายเหตุ • การศึกษาที่ใช้ถอนพิษ (detoxification) จากพืชกระท่อมยังมีจำนวนน้อย เช่น dihydrocodeine (opioid agonist), lofexidine (α_2-adrenergic receptor agonist) ซึ่งยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน อาการขาดกระท่อมมีลักษณะคล้ายกับอาการขาดสารกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ เช่น เสร้า วิดกกังวล หงุดหงิด ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ น้ำมูกน้ำตาไหล และหาว ซึ่งยังไม่ทราบกลไกการเกิด แต่สันนิษฐานว่าเกิดจากสาร mitragynine ในพืชกระท่อมออกฤทธิ์ที่ opioid receptor ในระบบประสาทส่วนกลาง • การถอนพิษจากพืชกระท่อม นิยมใช้วิธีให้ยารักษาตามอาการ ได้แก่ ยาลดอาการปวดเมื่อย ยาลดอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ • ไม่มียาใช้ป้องกันการเสพติดพืชกระท่อมซ้ำ (relapse prevention) ส่วนใหญ่เน้นการทำจิตสังคมบำบัด	

บรรณานุกรม

1. McWhirter L, Morris S. A case report of inpatient detoxification after kratom (*Mitragyna speciosa*) dependence. *Eur Addict Res.* 2010; 16: 229-31
2. Walter C. Prozialeck, PhD Jateen K. Jivan, BS Shridhar V. Andurkar, PhD. Pharmacology of Kratom: An Emerging Botanical Agent With Stimulant, Analgesic and Opioid-Like Effects. *J Am Osteopath Assoc.* 2012; 112: 792-799
3. Macko E, Weisbach JA, Douglas B. Some observations on the pharmacology of mitragynine. *Arch Int PharmacodynTher.* 1972; 198: 145-161
4. Grewal KS. Observations on the pharmacology of mitragynine. *J Pharmacol ExpTher.* 1932; 46: 251-271.
5. Suwanlert S. A study of kratom eaters in Thailand. *Bull Narc.* 1975; 27: 21-27
6. Assanangkornchai S, Muekthong A, Sam-Angsri N, Pattanasattayawong U. The use of *Mitragynine speciosa* ("Krathom"), an addictive plant, in Thailand. *Subst Use Misuse.* 2007; 42: 2145-2157

8.7 การใช้ยาในการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดหลายชนิด

การใช้สารเสพติดหลายตัวพบได้บ่อยในปัจจุบัน ซึ่งก่อให้เกิดผลเสียตามมาทั้งทางร่างกาย ทางจิตใจ และสังคม เช่น ก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่มากขึ้น เกิดผลแทรกซ้อนทางกาย มีการใช้ยาเกินขนาด และเพิ่มอัตรา การเสียชีวิต การใช้สารเสพติดหลายตัวนั้นมีด้วยกันหลายสาเหตุ อาทิเช่น ต้องการลดผลข้างเคียงของสารหนึ่ง หรือเพิ่มผลที่ต้องการให้มากขึ้น เช่น ความรู้สึกเคลิ้มสุข หรือ euphoria เป็นต้น^(1,2) ทั้งนี้ พบการใช้สารหลาย ชนิดร่วมกันในประเทศไทย เช่น พืชกระท่อมผสมสารเสพติดอื่นๆ ในชื่อเรียก สี่คูณร้อย เป็นต้น

ข้อแนะนำที่ 1: ในการบำบัดรักษาการติดสารเสพติดหลายชนิดร่วมกันนั้น ให้การรักษาแยกตามหลักฐาน ข้อมูลในการบำบัดการติดสารแต่ละชนิด โดยควรพิจารณาการรักษาการติดสารตัวที่ติดรุนแรงที่สุด หรือสารที่มีการ ใช้เป็นตัวหลักก่อน	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ
หมายเหตุ - การบำบัดรักษาการติดสารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน อาจให้การรักษาทางยาแยกตามหลักฐานข้อมูล ในการบำบัดการติดสารแต่ละชนิด โดยควรพิจารณาการรักษาการติดสารตัวที่ติดรุนแรงที่สุดก่อน หรือ สารที่มีการใช้เป็นตัวหลักก่อน ทั้งนี้ มีการศึกษาการใช้ยาในการรักษาในรูปแบบ dual substance abuse and dependence โดยแยกสารเป็นรายคู่และรวบรวมข้อมูลออกมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ ถือว่ามีหลักฐานการศึกษาค่อนข้างน้อยและคุณภาพของหลักฐานวิชาการอยู่ในระดับต่ำ ดังนี้ - สุราและสารกลุ่ม opioids: มีการศึกษาการรักษาโดยใช้ memantine, acamprosate และ disulfiram โดยยา acamprosate^(3,4) เป็นยาที่ US FDA รับรองให้ใช้ได้ในการติดสุรา แต่ยังไม่ มีหลักฐานในการใช้ในการติดสาร opioids ส่วนยา disulfiram จะมีประสิทธิภาพดีขึ้น ในรายที่มี แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาสูง⁽⁵⁾ - Methadone และ benzodiazepines โดยมีการใช้ clonazepam แบบ open naturalistic trials ในกลุ่มที่รักษาด้วย methadone ระยะยาว ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติด benzodiazepine พบว่า ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม ควรระมัดระวังในการให้ยาหลายชนิดร่วมกัน - สุราและบุหรี่ พบว่า การใช้ nicotine replacement therapy ร่วมกับ fluoxetine มีประสิทธิภาพ ที่ดีในผู้ติดบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศร้า⁽⁷⁾ โดยยา fluoxetine มีประสิทธิภาพที่ดีในผู้ติดสุราที่มีภาวะซึม เศร้า และผู้ติดสุรากับบุหรี่ที่มีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ยังมีการใช้ยา topiramate มีศึกษาแบบ double-blind placebo-controlled trial ในการรักษาการติดสุรา โดยใช้ขนาดยาที่ 25 - 300 mg ต่อวัน มีประสิทธิภาพที่ดีในการลดปริมาณการดื่ม เพิ่มจำนวนวันในการหยุดดื่ม และลดอาการ ออยากดื่ม⁽⁸⁾ ทั้งนี้ มีการศึกษาแบบ double-blind clinical trial ใช้ topiramate ในการรักษาการ ติดสุราที่สูบบุหรี่ร่วม โดยปรับยาตามความเหมาะสม ซึ่งใช้ขนาดยาสูงสุดที่ 300 mg ต่อวัน แล้ว ติดตามไป 12 สัปดาห์ พบว่าช่วยในการหยุดสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาหลอก⁽⁹⁾	

- สุราและ cocaine มีการศึกษาว่า naltrexone, antidepressants, disulfiram, baclofen, antipsychotics, topiramate, gabapentin, valproate และ ondansetron และพบว่า antidepressants มีประสิทธิภาพที่ดีในผู้ที่เสพยา cocaine ที่มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย⁽¹⁰⁾
- สารกลุ่ม opioids และ cocaine มีการศึกษาว่า methadone, antidepressants, buprenorphine, disulfiram และ baclofen โดยการใช้ยา buprenorphine มีการศึกษาใน dual dependence แบบ double blind placebo control trial โดยขนาดยาที่สูงคือ 16 มิลลิกรัมต่อวัน ช่วยลดการใช้ทั้ง opioid และ cocaine⁽¹¹⁾

บรรณานุกรม

1. Baigent MF. Physical complications of substance abuse: what psychiatrists need to know. *Curr Opin Psychiatry*. 2003; 16: 291-6
2. Stein MD. Medical consequences of substance abuse. *Psychiatr Clin North Am*. 1999; 22: 351-70
3. Sass H, Soyka M, Mann K, et al. Relapse prevention by acamprosate: results from a placebo controlled study on alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53: 673-80
4. Pelc I, Verbanck P, LeBon O, et al. Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol-dependent patients: a 90-day placebo-controlled dose finding study. *Br J Psychiatry*. 1997; 171: 73-7
5. Fuller RK, Gordis E. Does disulfiram have a role in alcoholism treatment today? *Addiction*. 2004; 99: 21-4
6. Weizman T, Gelkopf M, Melamed Y, et al. Treatment of benzodiazepine dependence in methadone maintenance treatment patient: a comparison of two therapeutic modalities and the role of psychiatric comorbidity. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003; 37: 458-63
7. Blondal T, Gudmundsson LJ, Tomasson K, et al. The effects of fluoxetine combined with nicotine inhalers in smoking cessation: a randomized trial. *Addiction* 1999; 94: 1007-15
8. Johnson BA, Ait-Doud N, Bowden CL, et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003; 361: 1677-85
9. Johnson BA. Topiramate-induced neuromodulation of cortico-mesolimbic dopamine function: a new vista for the treatment of comorbid alcohol and nicotine dependence? *Addict Behav*. 2004; 29: 1465-79
10. Nunes EV, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: a meta-analysis. *JAMA*. 2004; 291: 1887-96
11. Montoya ID, Gorelick DA, Preston KL, et al. Randomized trial of buprenorphine for treatment of concurrent opiate and cocaine dependence. *Clin Pharmacol Ther*. 2004; 75: 34-48

9. Psychosocial & Community-Based Treatments (การบำบัดทางจิตสังคม และการบำบัดในชุมชน)

9.1 การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment)

การบำบัดทางจิตสังคมเป็นพื้นฐานในการบำบัดรักษาการติดสารเสพติด จิตสังคมบำบัดที่นำมาใช้ได้มีหลากหลายรูปแบบ ผู้บำบัดรักษาควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับผลการประเมินทางคลินิกและแผนการรักษา จิตบำบัดที่พบหลักฐานการวิจัยว่าได้ผลในการบำบัดการติดสารเสพติด ได้แก่ การบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing / Motivational Enhancement therapy) การบำบัดครอบครัว (Family therapy) การบำบัดโดยการให้รางวัล (Contingency Management) การเสริมแรงจากชุมชน (Community Reinforcement Approach) ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community) เป็นต้น ทั้งนี้ ควรประเมินแผนการบำบัดการติดสารเสพติดอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมในการตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้เข้ารับบำบัดแต่ละราย⁽¹⁻⁴⁾ จิตสังคมบำบัดที่ใช้สำหรับการบำบัดการติดสารเสพติดทั้งในและต่างประเทศที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุน มีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

วิธีการบำบัด	สถานที่ทำการบำบัด				รูปแบบการบำบัด		ชนิดของสารเสพติด								ลักษณะของผู้เข้ารับการบำบัด			คุณสมบัติของผู้ให้บริการ	
	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ชุมชน	อื่นๆ	รายบุคคล	รายกลุ่ม	Alcohol	Stimulants	Cannabis	Opioids	Nicotine	Poly substance	Others	General group	Risk group	SUD	ผู้ให้บริการทั่วไป	ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง	
MI/MET	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x				x	x	x	
CBT	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x				x		x	
TSF	x	x			x		x	x		x						x		x	
Matrix		x				x		x								x		x	
PMK Model	x					x	x	x	x	x		x				x		x	
TC	x	x				x										x		x	
CRA	x	x	x		x	x	x	x		x								x	
MST			x	x	x	x	x	x								x		x	
MDFT		x	x	x	x	x	x	x	x							x		x	
BSFT		x			x	x	x	x	x							x		x	
BCT	x	x			x	x	x	x		x						x		x	
CBI		X			X		X	X	X							X	X	x	
Case management	x	x			x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	
FAST Model	x		x	x		x	x	x		x						x	x		
ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม			x	x		x		x							x	x	x		
JIRASA			x	x		x		x							x	x	x		

MI/MET: Motivational Interviewing/ Motivational Enhancement Therapy, CBT: Cognitive Behavioral Therapy, TSF: Twelve Step Facilitation Therapy, TC: Therapeutic Community, CRA: Community Reinforcement Approach, MST: Multi-systemic therapy, MDFT: Multi-dimensional family therapy, BSFT: Brief strategic family therapy, BCT: Behavioral couples therapy, CBI: Cognitive Behavioral Intervention, SUD: Substance use disorder

ลักษณะของจิตสังคัมบำบัดแต่ละชนิดในการบำบัดการติดสารเสพติด

การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing (MI) และ Motivational Enhancement Therapy (MET))
พัฒนาโดย Miller และคณะ โดยนำองค์ความรู้เรื่องขั้นของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ของ Prochaska และ DiClemente มาใช้ เพื่อให้ผู้บำบัดได้มีท่าทีที่เหมาะสมตามขั้นต่างๆ ของแรงจูงใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ขั้นของแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ (1) ขั้นเฝ้าเฉยปัญหา (Pre-contemplation) (2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) (3) ขั้นตัดสินใจหรือเตรียมการ (Determination or preparation) (4) ขั้นลงมือแก้ไข (Action) (5) ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance) (6) ขั้นกลับไปติดซ้ำ (Relapse)⁽⁵⁻⁸⁾ MI และ MET สามารถนำมาใช้ในช่วงแรกของการรักษาการติดสารเสพติดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดใช้สารเสพติด สามารถใช้ร่วมกับการบำบัดด้วยยาหรือการบำบัดทางจิตสังคัมรูปแบบอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา และสามารถทำได้โดยบุคลากรทางสุขภาพทั่วไปผ่านการฝึกอบรม โดยเป็นรูปแบบการบำบัดที่ใช้ระยะเวลาสั้น และประหยัดค่าใช้จ่าย⁽⁷⁻¹⁰⁾ MI เป็นแนวทางการให้คำปรึกษาโดยยึดผู้รับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง (client-centered counseling) เพื่อมุ่งหวังให้ผู้รับการบำบัดเกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยตนเองโดยใช้กระบวนการสัมภาษณ์ที่ผู้บำบัดจะช่วยกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดได้กล่าวข้อความที่มุ่งใจตนเองออกมา (self-motivational statement (SMS)) เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจตนเองมากขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้ตนเอง (self-perception theory) หลักการให้คำปรึกษาในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย (1) การถามคำถามปลายเปิด (open-ended questioning) (2) การยืนยันยืนยันรับรอง (affirmation) (3) การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ (reflective listening) และ (4) การสรุปความ (summarization)^(5, 11) MET เป็นการผนวกมุมมององค์ความรู้เรื่องขั้นของแรงจูงใจและการสัมภาษณ์แบบ MI มาปรับให้เป็นการบำบัดระยะสั้น มีจำนวนครั้งของการบำบัดทั้งสิ้น 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 ชั่วโมง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์⁽¹²⁾ แบ่งระยะของการให้การบำบัดเป็น 3 ระยะตามการเปลี่ยนแปลงของแรงจูงใจ ได้แก่ (1) ระยะการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน (building motivation for change) เป็นระยะที่จะช่วยให้แรงจูงใจเคลื่อนจากขั้นเฝ้าเฉยปัญหาไปสู่ขั้นตัดสินใจหรือเตรียมการ (2) ระยะการทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญา (commitment strengthening) เป็นระยะที่แรงจูงใจเคลื่อนจากขั้นตัดสินใจหรือเตรียมการไปสู่ขั้นลงมือแก้ไข และ (3) ระยะการติดตามต่อเนื่อง (follow through) เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้การช่วยเหลือเพื่อป้องกันการกลับติดซ้ำหรือช่วยสร้างแรงจูงใจใหม่ในกรณีนี้ที่ผู้รับการบำบัดกลับไปติดซ้ำ⁽¹³⁾
การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT)
การบำบัดรูปแบบ CBT ในผู้ติดสารเสพติดมีจุดเริ่มต้นจากการนำหลักการของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้รับการบำบัดการติดแอลกอฮอล์ในการป้องกันการติดซ้ำ และต่อมาได้มีการนำรูปแบบการบำบัดนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้ติดสารเสพติดชนิดอื่นๆ โดยมีเป้าหมายของการบำบัดคือการปรับกระบวนการคิดและพฤติกรรมเพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีความสามารถในการควบคุมตนเองไม่ให้ไปใช้สารเสพติด ตลอดจนฝึกทักษะต่างๆ ในการดำเนินชีวิตที่จะช่วยให้ไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ^(1, 8) ลักษณะสำคัญของการบำบัดแบบ CBT คือ การสังเคราะห์ปัญหาของผู้รับการบำบัดเพื่อทราบความคิด ความเชื่อ ตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเสพติด การมีความสัมพันธ์อันดีในขอบเขตที่เหมาะสมระหว่างผู้บำบัด ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้รับการบำบัด การมีเป้าหมาย และประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขที่ชัดเจนโดยพิจารณาปัญหาที่เป็นปัจจุบัน การจัดลำดับตามความสำคัญและความเร่งด่วนที่ต้องการแก้ไข การที่ผู้รับการบำบัดได้นำความรู้และเทคนิคที่ได้จากการบำบัดไปใช้ในชีวิตจริง เช่น การวิเคราะห์การเชื่อมโยงความคิดและพฤติกรรม (functional analysis) การค้นหาผลที่ตามมาทั้งทางด้านบวกและด้านลบจากการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่อง (advantage disadvantage analysis) การบันทึกความคิดพฤติกรรมประจำวัน (daily thought record) เทคนิคการช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้มีทักษะในการสำรวจตนเอง (self-monitoring skill) เกี่ยวกับอาการของร่างกายและอารมณ์ความอยากสาร (craving) ที่เกิดจากการขาดสาร และสามารถระบุสถานการณ์เสี่ยง (high risk situation) ที่ทำให้เกิดอาการและสามารถจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นได้ การคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับปัญหาที่สามารถกระตุ้นการกลับไปใช้สารเสพติด (slip) และการกลับไปติดซ้ำ (relapse) การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาเมื่อพบสิ่งกระตุ้น รวมถึงทักษะการแก้ปัญหาทั่วไปที่อาจเกิดขึ้นในชีวิต ทั้งนี้ การบำบัดสามารถทำแบบเป็นรายบุคคลหรือแบบรายกลุ่มก็ได้ในบริบทการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แต่การบำบัดแบบ CBT มีข้อจำกัดที่ผู้เข้ารับการบำบัดจะต้องมีระดับสติปัญญาและความสามารถในการคิดวิเคราะห์ที่ตีเฟื่องพอ^(6-8, 14-16) การบำบัดแบบป้องกันการเสพติด (Relapse prevention หรือ RP) พัฒนาโดย Marlatt และ Gordon เพื่อใช้ในการรักษาผู้ติดสารเสพติด โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการกลับมาเสพติดและกลับมาติดซ้ำ การบำบัดนี้มีลักษณะสำคัญ คือ การช่วยให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้และฝึกทักษะในการจัดการกับปัญหา (coping skill) โดยใช้เทคนิคของการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral technique) ในการป้องกันการกลับไปติดซ้ำ เช่น การค้นหาตัวกระตุ้น การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสถานการณ์เสี่ยงและหลีกเลี่ยงได้ การแสดงความต้องการของตนเอง ทักษะการปฏิเสธ และการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง เป็นต้น^(6, 8, 16)
การบำบัดเพื่อส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation therapy (TSF)) และ กลุ่มกิจกรรมช่วยเหลือกันเองที่ใช้หลักการ 12 ขั้นตอน เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานิรนาม (Alcoholic Anonymous group หรือ กลุ่ม AA)
TSF เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาซึ่งพัฒนาโดย Joseph Nowinski และคณะ เพื่อใช้ในโครงการวิจัยศึกษาประสิทธิภาพของการให้บำบัดทางจิตสังคัมแก่ผู้ติดสุราของ Project MATCH⁽¹⁷⁾ TSF เป็นการให้การบำบัดแบบรายบุคคลสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 12 ครั้ง⁽¹⁸⁾ บทบาทของผู้บำบัดคือการส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการบำบัดมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามหลัก 12 ขั้นตอน ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานเป็นลำดับขั้นทางจิตวิญญาณหรือความดีงามในใจ ซึ่ง Bill Wilson และ Bob Smith ได้ร่วมกันร่างขึ้นมาจากประสบการณ์ในการเลิกสุราของตนเอง และได้กลายเป็นธรรมเนียมปฏิบัติให้สมาชิกของกลุ่ม AA ยึดถือกันต่อมา แนวคิดสำคัญของการบำบัดแบบ TSF คือ (1) การยอมรับและตระหนักว่าการติดสารเสพติดนั้นเป็นภาวะโรคที่เรื้อรังและรุนแรงที่ผู้ติดสารไม่อาจควบคุมและส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับชีวิตของตนได้โดยลำพัง แต่ความปรารถนาที่

ต้องการจะดีขึ้นเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะเอาชนะปัญหาสารเสพติดได้ หนทางเดียวที่ช่วยได้คือการเลิกใช้สารอย่างเด็ดขาดเท่านั้น (2) การยอมแพ้และยอมมอบตัวตนให้กับสิ่งที่มีพลังอำนาจและอยู่เหนือกว่า ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้ช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดสารที่กำลังฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตนตามตารางกิจวัตรที่มีอยู่ในโปรแกรม 12 ขั้นตอน (3) การหันหน้าเข้าร่วมกลุ่ม 12 ขั้นตอน และ กิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁾
การบำบัดรูปแบบแมตริกซ์ (Matrix program) Matrix เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมแบบหนึ่งที่กำลังสร้างขึ้นเพื่อให้การบำบัดแก่ผู้ติดสารกระตุ้นซึ่งแพร่ระบาดในประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อ 20-30 ปีที่แล้ว Matrix เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกอย่างเข้มข้น (intensive outpatient program) โดยดำเนินกิจกรรมบำบัดในรูปแบบกลุ่ม ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 16 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีองค์ประกอบสำคัญ คือ การให้คำปรึกษารายบุคคล (individual counseling) กลุ่มฝึกทักษะการสื่อสารระยะเริ่มต้น (early recovery skill groups) กลุ่มป้องกันกลับติดซ้ำ (relapse prevention groups) และกลุ่มครอบครัวศึกษา (family education groups) โดยลักษณะทำที่ที่เหมาะสมของผู้ให้การบำบัดจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของกระบวนการบำบัด ทำที่ที่เหมาะสม เช่น การมีทำที่ที่ไม่ติดสินถูกผิดผู้เสพสาร ให้การดูแลแบบประคับประคองหากผู้ใช้สารกลับไปติดซ้ำ และการส่งเสริมศักยภาพและความเป็นตัวตนของผู้รับการบำบัด เป็นต้น หลักการในการบำบัดแบบ Matrix ได้แก่ (1) การสร้างความร่วมมือและความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้เข้ารับการบำบัด (2) การสร้างรูปแบบการบำบัดและมีความคาดหวังในการบำบัดที่ชัดเจน (3) การสอนและแนะนำข้อมูลต่างๆ ที่สำคัญ (4) การใช้หลักของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (5) การให้แรงเสริมเชิงบวกกับพฤติกรรมที่พึงปรารถนา (6) การให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินโรค และการหายจากโรค (7) การแนะนำและส่งเสริมให้ไปเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือกันเอง และ (8) การติดตามการใช้สารเสพติดด้วยการตรวจปัสสาวะ⁽¹⁹⁾
การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phramongkutklao model หรือ PMK model) PMK model เป็นการบำบัดผู้ติดสารเสพติดรูปแบบผู้ป่วยใน (inpatient program) พัฒนาขึ้นโดยกองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีระยะเวลาในการบำบัดทั้งสิ้น 28 วัน ผู้รับการบำบัดเข้าร่วมกลุ่มบำบัด 4 ชั่วโมงต่อวัน 5 วันต่อสัปดาห์ และหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วให้การบำบัดต่อเนื่องด้วยการเข้ากลุ่มบำบัดแบบผู้ป่วยนอกเรียกว่า กลุ่มฟื้นฟูสภาพ (recovery group) ครั้งละ 2 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลาอีก 16 สัปดาห์ ในโปรแกรมบำบัดจะประกอบด้วยกลุ่มบำบัดทั้งหมด 5 ประเภท ได้แก่ กลุ่มสุขศึกษา กลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม กลุ่มหลัก 12 ขั้นตอนตามแนวพุทธ (Buddhist twelve steps) กลุ่มผ่อนคลายความเครียด และกลุ่มครอบครัวศึกษา PMK Model เป็นการบำบัดแบบผู้ป่วยในที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดสารที่บำบัดแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่สำเร็จ และเหมาะสำหรับผู้รับการบำบัดที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม และมีโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชแทรกซ้อนแต่ต้องเป็นภาวะที่ไม่ขัดขวางต่อกระบวนการบำบัด จุดเด่นของโปรแกรม คือ อัตราการอยู่ไม่ครบโปรแกรมมีน้อย ทำให้ผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาค่อนข้างดี ระยะเวลาการบำบัดรักษาไม่นานจนเกินไป แต่ก็มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ค่าใช้จ่ายที่สูงเนื่องจากการรักษาแบบผู้ป่วยใน ความต้องการทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะเพื่อทำการบำบัดทั้งจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช เป็นต้น⁽⁷⁾
ชุมชนบำบัด (Therapeutic Community หรือ TC) TC เป็นวิธีการบำบัดการติดสารเสพติดโดยการช่วยเหลือตนเองและสมาชิกในชุมชนที่ผู้รับการบำบัดอาศัยอยู่นั้นได้ช่วยเหลือกันเอง โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ มุมมองของชีวิต รู้จักตนเอง พัฒนาตนเอง สร้างระเบียบ เสริมสร้างประสบการณ์ที่ดี เพื่อนำไปปรับใช้ในการใช้ชีวิตในสังคมต่อไป ลักษณะของชุมชนบำบัดคล้ายกับการสร้างชุมชนใหม่ หรือสร้างครอบครัวใหม่ให้แก่ผู้รับการบำบัด เป็นการสร้างความสัมพันธ์แบบเครือญาติในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดมาแล้ว ให้ความรู้สึกร่วมกัน รักกัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระยะเวลาในการบำบัดขึ้นกับประเภทของชุมชนซึ่งมีช่วงระยะเวลาในการบำบัดตั้งแต่ 3-24 เดือน⁽²⁰⁾ รูปแบบชุมชนบำบัดอาจดำเนินการเฉพาะที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลหรือบางแห่งอาจรวมถึงช่วงจำหน่ายและติดตามแบบผู้ป่วยนอกต่อเนื่อง การดำเนินงานของชุมชนบำบัดจะเน้นหลักการ 3 ประการ⁽²¹⁾ คือ (1) การเลียนแบบพฤติกรรมที่ดี ด้วยความเชื่อว่าทุกคนสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีเมื่อได้เห็นว่าผู้ที่อยู่ในสภาพเดียวกันและเคยติดสารเสพติดก่อนสามารถทำได้ ก็จะเป็นแรงบันดาลใจให้มีความเข้มแข็งและก้าวสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเช่นกัน (2) การอยู่ร่วมกันเสมือนครอบครัวเดียวกัน อันจะสร้างความรัก ความผูกพัน ความห่วงใยให้เกิดขึ้นนำไปสู่การรักตนเองและรักผู้อื่น (3) การใช้อิทธิพลกลุ่มเพื่อเป็นแรงเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่เหมาะสม โดยกลุ่มเพื่อนจะเป็นผู้สร้างความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เช่น กลุ่มประชุมเช้า กลุ่มบำบัด กลุ่มปรับความเข้าใจ เป็นต้น ชุมชนบำบัดมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาผู้ติดสารทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด สติปัญญา อารมณ์ และมีทักษะทางสังคมและอาชีพ
พฤติกรรมบำบัดรูปแบบการปรับพฤติกรรมโดยการให้รางวัล (Contingency Management หรือ CM) และการเสริมแรงทางชุมชนร่วมกับการให้รางวัลตอบแทน (Community Reinforcement Approach (CRA) plus vouchers) CM เป็นการคงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ให้คงอยู่ด้วยการให้แรงเสริม (reinforcement) อย่างต่อเนื่องและในจังหวะที่เหมาะสม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ติดสารเสพติดเกิดพฤติกรรมการหยุดการใช้สารได้อย่างต่อเนื่องรวมถึงมีพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมมากขึ้น องค์ประกอบสำคัญในการบำบัด คือการตรวจสอบสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด ตรวจลมหายใจ อย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์) และมีการให้รางวัลหรือสิ่งตอบแทนอย่างเป็นระบบเมื่อผู้รับการบำบัดสามารถเพิ่มพฤติกรรมที่ต้องการได้ เช่น ตรวจปัสสาวะแล้วไม่พบสารเสพติด ได้มาเข้าร่วมการบำบัดตามนัด และการงดรางวัลรวมถึงโทษ (punishment) เมื่อมีการกลับไปใช้สารเสพติด นอกจากนั้นวิธีการนี้ยังใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดได้มีพฤติกรรมอื่นๆ ในการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น เช่น สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวได้ การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม ดูแลสุขภาพจิตใจและร่างกายของตนเองให้ดีขึ้น เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การบำบัดมีข้อจำกัดเนื่องจากสิ่งสำคัญของ การบำบัด คือ การให้รางวัลตอบแทนจึงจำเป็นต้องมีงบประมาณ และข้อจำกัดเกี่ยวกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทำให้สถานพยาบาลที่ให้การบำบัดต้องสามารถดำเนินการตรวจสอบสารเสพติดได้ ระยะเวลาที่เหมาะสมต้องมีความต่อเนื่องนานอย่างน้อย 3 เดือน การบำบัดแบบ CM นี้สามารถนำไปใช้รักษาผู้ติดสารได้ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือในโปรแกรมการบำบัดเฉพาะ เช่น methadone maintenance clinics ได้^(1, 6, 16, 22-26)

CRA เป็นรูปแบบการบำบัดที่มาจากแนวคิดที่ว่าแรงเสริมจากสิ่งแวดล้อมเป็นผลให้เกิดการใช้สารเสพติดและผู้ติดสารเสพติดมีการขาดแรงเสริมทางบวกจากสิ่งแวดล้อม การบำบัดแบบ CRA ในผู้ติดสารเสพติดมีเป้าหมาย คือ ต้องการให้ผู้ติดสารเสพติดสามารถหยุดใช้สารเสพติดได้โดยการรับแรงเสริมทางบวกจากสิ่งแวดล้อม รูปแบบการบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยนอกเข้มข้นใช้ระยะเวลา 24 สัปดาห์ โดยมีเป้าหมายสำคัญสองประการ คือ (1) การหยุดใช้สารเสพติดได้อย่างต่อเนื่องและยาวนานเพียงพอที่จะเกิดการเรียนรู้ทักษะการใช้ชีวิตแบบใหม่ที่จะช่วยให้สามารถหยุดใช้สารเสพติดได้อย่างยั่งยืน (2) เพื่อให้เกิดการลดการใช้สาร เช่น ลดการดื่มสุราซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการใช้โคเคน รูปแบบของการบำบัดแบบ CRA เป็นการบำบัดแบบการให้คำปรึกษารายบุคคล 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีการให้แรงเสริมทางบวกเป็นรางวัลหรือสิ่งตอบแทนเมื่อตรวจไม่พบสารเสพติดในปัสสาวะ เช่น ให้ตั๋วรางวัล (vouchers) ที่จะสามารถนำไปแลกสิ่งของได้ และรางวัลที่ได้รับจะเพิ่มมูลค่ามากขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่ตรวจไม่พบสารเสพติด เนื้อหาของการให้คำปรึกษาจะเกี่ยวข้องกับการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้ดีขึ้น การทำงานประกอบอาชีพ การพัฒนาทักษะใหม่ๆ ที่ช่วยให้เกิดการพักผ่อนหย่อนใจในการดำเนินชีวิต และการสร้างเครือข่ายในสังคม สำหรับผู้ติดสารที่ดื่มสุราจะได้รับยา disulfiram (Antabuse) ร่วมด้วย และมีการติดตามความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง^(1, 6, 16, 22, 27, 28)
ครอบครัวและคู่สมรสบำบัด (Family and marital therapy) ครอบครัวที่มีปัญหาปฏิสัมพันธ์และการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่เหมาะสม เช่น มีปัญหาการสื่อสาร ปัญหาการตอบสนองทางอารมณ์ ปัญหาการควบคุมพฤติกรรม หรือครอบครัวที่ขาดการแก้ไขปัญหาร่วมกัน จะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการติดสารเสพติดได้ ดังนั้น ในการรักษาผู้ติดสารเสพติดนั้น ครอบครัวควรมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถเลิกสารเสพติดได้^(6, 29) โดยรูปแบบของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดผู้ติดสารเสพติดทำได้ดังนี้ คือ (1) การให้ความรู้กับครอบครัว (family psycho-education) (2) การให้คำปรึกษาครอบครัว (family counseling) (3) การทำจิตบำบัดครอบครัว (family therapy) ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่รวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะเป็นครอบครัวเข้ามาร่วมด้วย โดยจิตบำบัดครอบครัวมีแนวคิดที่ว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้มารับบริการมีความเกี่ยวข้องกับบริบท (context) ที่อยู่แวดล้อม ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว สังคม ค่านิยม วัฒนธรรม ความคาดหวัง เป็นต้น^(6, 7, 8, 29) รูปแบบการบำบัดครอบครัวที่มีหลักฐานสนับสนุนในการใช้บำบัดผู้ติดสารเสพติดได้แก่ Multi-systemic therapy (MST) และ Multi-dimensional family therapy (MDFT) ซึ่งเน้นการบำบัดกับกลุ่มวัยรุ่น ที่มีปัญหาสารเสพติดร่วมกับปัญหาพฤติกรรม และ Brief strategic family therapy (BSFT) ซึ่งเน้นการจัดการกับปฏิสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาในครอบครัวและส่งผลให้เกิดการใช้สารเสพติดรวมถึงจัดการปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาพฤติกรรม ความก้าวร้าวรุนแรง และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ^(1, 6) การนำคู่สมรสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดเป็นแนวทางการบำบัดรูปแบบหนึ่งที่มีส่วนช่วยให้สามารถหยุดสารเสพติดได้เพราะคู่สมรสจัดว่าเป็นบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้รับการบำบัดมากที่สุดคนหนึ่ง ตัวอย่างของการบำบัดคู่สมรส เช่น พฤติกรรมบำบัดสำหรับคู่สมรส (Behavioral couples therapy หรือ BCT) มีเป้าหมายเพื่อลดพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด และพัฒนาความสัมพันธ์ในการใช้ชีวิตให้ดีขึ้น โดยเริ่มต้นจากการให้คำมั่นสัญญาว่าจะหยุดใช้สารเสพติด คู่สมรสให้การสนับสนุนความพยายามของผู้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ มีการปรับปรุงความสัมพันธ์ มีการบ้านเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านบวก การสื่อสารทางบวกอย่างสร้างสรรค์ เพื่อนำไปสู่การหยุดดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นได้^(1, 6-8)
การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Cognitive Behavioral Intervention หรือ CBI) จิตสังคมบำบัดแบบผสมผสานนี้เป็นการบำบัดแบบใหม่ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อใช้ในโครงการวิจัย Project COMBINE ของ National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) ซึ่งเป็นการผสมผสานจิตสังคมบำบัดทั้ง 3 วิธีที่ได้ถูกศึกษาใน Project MATCH ได้แก่ CBT, MET และ TSF นอกจากนี้ CBI ยังได้ส่งเสริมให้ระบบสนับสนุนทางสังคม (supporting system) ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมด้วย^(30, 31) รูปแบบการบำบัดเป็นการบำบัดแบบรายบุคคล โดยมีชั่วโมงการบำบัดแต่ละครั้ง นานประมาณ 50 นาที จำนวนครั้งของการบำบัดสามารถยืดหยุ่นได้ อาจมากถึง 20 ครั้ง ขึ้นอยู่กับความจำเป็นของผู้รับการบำบัดในแต่ละราย ในช่วงระยะต้นของการบำบัดแบบ CBI ผู้บำบัดจะใช้เทคนิคการบำบัดแบบ MET เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น มีการทำ functional analysis เพื่อวิเคราะห์รูปแบบพฤติกรรมที่ร่วมกันวางแผนการบำบัดรักษา มีการตรวจสอบสิ่งที่เป็จุดแข็ง จุดอ่อน ของผู้รับการบำบัด และความพยายามในอดีตที่เคยประสบความสำเร็จ แนะนำการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้รับการบำบัดตามหลักการเสริมแรงทางสังคม ดึงสมาชิกครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมตลอดช่วงการบำบัดรักษา ส่งเสริมให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าร่วมโปรแกรมการช่วยเหลือตามหลัก 12 ขั้นตอน ตลอดจนการฝึกทักษะอื่นที่จำเป็นในการป้องกันกำเริบเป็นซ้ำ เช่น การจัดการความอยาก ทักษะการสื่อสารและการปฏิเสธ การจัดการอารมณ์ เป็นต้น⁽³¹⁾
การดูแลรายกรณี (Case Management) การดูแลรายกรณีสามารถใช้ดูแลผู้ติดสุราเรื้อรังที่ยังไม่มีเป้าหมายหยุดดื่มโดยเด็ดขาดหรือยังไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ใช้หลักการเดียวกับการดูแลผู้รับการบำบัดโรคเรื้อรังทั่วไป เช่น เบาหวาน โรคจิตเภท เป็นต้น เพื่อช่วยให้มีความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care)^(32, 33) โดยจะมีผู้ดูแลผู้รับการบำบัดในแต่ละราย เรียกว่า ผู้จัดการรายกรณี หรือ case manager ซึ่งเป็นเจ้าของกรณีผู้รับการบำบัดที่จะให้การช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้จัดการรายกรณีนี้อาจเป็นบุคลากรสุขภาพในทีมสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาล การดูแลแบบรายกรณี จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพิ่มมากขึ้น บรรเทาอาการทางจิตเวชต่างๆ ลดอัตราการกลับไปรักษาในโรงพยาบาล เพิ่มความสามารถทางจิตสังคมและคุณภาพชีวิต ผู้รับการบำบัดบางรายสามารถฟื้นตัวได้จากการดูแลด้วยแนวทางดังกล่าว หรือสามารถเข้าสู่การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไปได้ ในบางรายอาจช่วยลดอันตรายหรือระดับประคองเพื่อไม่ให้อาการของโรคแย่ลงเร็ว นอกจากนี้ การดูแลแบบรายกรณียังมีความยืดหยุ่น สามารถผสมผสานเข้าในบริการรักษาความเจ็บป่วยทางกายหรือโรคจิตเวชร่วมได้ องค์ประกอบสำคัญของการดูแลประกอบไปด้วย (1) เฝ้าติดตามปริมาณการดื่มสุราและการใช้สารเสพติดอื่นๆ โดยการสอบถามจากผู้รับการบำบัดหรือญาติ และใช้แบบสอบถามต่างๆ และการตรวจหาสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการ (2) ติดตาม biological indicator ที่มีความสัมพันธ์กับ

ปริมาณการตีพิมพ์ เช่น gamma glutamyl transferase (GGT), serum aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), mean corpuscular volume (MCV) เป็นต้น เพื่อให้ทราบสถานการณ์การตีพิมพ์ของผู้รับการบำบัด (3) ส่งเสริมให้หยุดหรือลดปริมาณการตีพิมพ์โดยให้ทักษะของ MI หรือ BI (4) เสริมสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองโดยหลีกเลี่ยงการใช้วิธีเผชิญหน้า (5) ให้ผู้ศึกษาเกี่ยวกับสภาวะและผลกระทบที่ตามมา (6) แนะนำให้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (7) ส่งต่อผู้รับการบำบัดเพื่อรับการส่งต่อสงเคราะห์ในกรณีที่เหมาะสม (8) ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่เมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม (9) ให้ความช่วยเหลือแบบ crisis intervention เมื่อผู้รับการบำบัดอยู่ในภาวะวิกฤติ (10) ให้การประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง⁽⁶⁾

การฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST model)

FAST model พัฒนาโดยสถาบันรัฐบุรุษกรัสมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เน้นการบำบัดฟื้นฟูเพื่อให้ผู้เสพสารเสพติดสามารถกลับคืนสภาพร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็ง โดยนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบำบัด มีการเน้นองค์ประกอบของการบำบัดใน 4 ด้าน⁽³⁴⁾ ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของครอบครัว เน้นการให้ความรู้แก่ครอบครัว การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว และครอบครัวบำบัด (2) กิจกรรมทางเลือกในการบำบัดรักษาเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้มารับบริการสามารถเลือกและแสดงถึงความต้องการในการเรียนรู้ที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน ตัวอย่างกลุ่มกิจกรรม เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเหลือกัน กลุ่มบำบัดประโชยน์ กลุ่มการศึกษา กลุ่มฝึกคลายเครียด เป็นต้น (3) การเรียนรู้เพื่อช่วยเหลือตัวเอง (self – help) เป็นการให้ผู้มารับบริการเรียนรู้ความฉลาดทางอารมณ์ เพื่อปรับพฤติกรรม เจตคติ ความรู้สึกด้วยตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย สภาพจิตใจ และด้านสังคม (4) ชุมชนบำบัด เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลเป็นกลุ่มคนที่มีความสนใจการทำงานร่วมกัน จากแนวคิดในการช่วยเหลือตนเอง นำมาสู่การช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันในสิ่งแวดล้อมที่อบอุ่นและปลอดภัย แต่ละบุคคลจะเป็นเสมือนสมาชิกในครอบครัวหนึ่ง มีการสร้างกฎเกณฑ์แนวคิด อุดมการณ์และปรัชญาเดียวกัน เพื่อให้ผู้มารับบริการได้ฝึกพัฒนาด้านตนเองในการอยู่ร่วมกันและสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ประกอบด้วย กลุ่มบำบัด (group therapy) งานบำบัด กิจกรรมที่ช่วยในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (re – shape behavior) ระยะเวลาของการบำบัดรักษามีได้ตั้งแต่ 4 ถึง 12 เดือน โดยผู้บำบัดจะมีการประเมินผลผู้รับการบำบัดใน 2 ส่วน ได้แก่ การประเมินผลหลังจากเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมและการประเมินพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย ความรับผิดชอบ ความมีระเบียบวินัยในตนเอง การมีมนุษยสัมพันธ์ การควบคุมอารมณ์ ความซื่อสัตย์ ความมั่นใจในตนเอง การแก้ปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว ความคิดสร้างสรรค์ และการยอมรับในตนเองและผู้อื่น

ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพสารเสพติด เป็นค่ายที่มุ่งเน้นเยาวชนผู้เสพสารเสพติดและเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวเยาวชนผู้เสพสารเสพติดให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ เดิมใช้ชื่อ ค่ายเยาวชนต้นกล้า ซึ่งมีโรงพยาบาลธัญญารักษ์เป็นแกนกลางในการพัฒนาหลักสูตรค่าย โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญของค่าย 5 ประการ⁽³⁵⁾ ได้แก่ (1) เพื่อบำบัดฟื้นฟูเยาวชนผู้เสพสารเสพติดในชุมชนโดยชุมชน (2) เพื่อพัฒนาเยาวชนให้มีคุณสมบัติที่พึงประสงค์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยใช้หลักการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (Emotion Quotient) ซึ่งประกอบด้วย การตระหนักในตนเอง มีความเข้าใจในตนเอง การจัดการอารมณ์ การสร้างแรงบันดาลใจไปสู่เป้าหมาย การรู้จักเห็นอกเห็นใจผู้อื่น และความสามารถในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข (3) เพื่อเสริมสร้างพลังให้เยาวชนและครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาสารเสพติดในครอบครัวได้อย่างเต็มศักยภาพ (4) เพื่อให้เยาวชนและครอบครัวได้ทำหน้าที่ของครอบครัวได้เต็มศักยภาพ (5) เพื่อสร้างเครือข่ายของเยาวชนและครอบครัวในการแก้ไขปัญหาสารเสพติด การดำเนินกระบวนการบำบัดเน้นให้ความสำคัญกับปัจจัยทั้ง 3 ด้านของผู้รับการบำบัด ได้แก่ ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคมรวมกัน บูรณาการอาการเจ็บป่วย โดยนำบุคคลในหน่วยงานต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันมาทำความเข้าใจเพื่อประสานแนวคิดและปรัชญาในการแก้ไขปัญหาสารเสพติด โดยยึดผู้รับการบำบัด ครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง และมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง มีระบบการสร้างเครือข่าย เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นรูปธรรม และครอบคลุมระบบที่มีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งองค์ประกอบของหลักสูตรนี้จะประกอบด้วย 5 กลุ่มวิชา⁽³⁶⁾ ได้แก่ กลุ่มวิชาพิษพิษภัยของยาเสพติดและการบำบัดรักษา กลุ่มการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ กลุ่มวิชาการทำหน้าที่ของครอบครัว กลุ่มการเสริมสร้างความถนัดให้กับตนเอง และกลุ่มหน้าที่พลเมือง

สังคมบำบัดระบบจิราสา (Jirasa System)

การป้องกัน บำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดแบบจิราสา เป็นการรวมเอาบุคลากรในหลายระดับมาเป็นแนวร่วมผ่านกิจกรรมทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ได้แก่ เยาวชนต่อต้านยาเสพติด อาสาสมัครต่อต้านยาเสพติด และทีมผู้บำบัดรักษาในแนวคิดจิราสา การบำบัดจะเน้นการสร้างแรงบันดาลใจ การป้องกันการกลับไปเสพ การบำบัด CBT และครอบครัวบำบัด ใช้ระยะเวลา 12-16 สัปดาห์⁽³⁷⁾ โดยที่ผู้บำบัดอาจเป็นบุคลากรทางสุขภาพหรือไม่ก็ได้แต่จะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์โรคติดสาร และผ่านการปฏิบัติทางคลินิกภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ชำนาญช่วงระยะเวลาหนึ่ง แก่นหลักของจิราสา คือ การพัฒนาเยาวชนให้มีคุณภาพในการป้องกันการเสพสารเสพติด โดยการฝึกฝนในเรื่องต่อไปนี้ คือ ความเข้าใจเรื่องคุณประโยชน์และพิษภัยของสารเสพติดโดยไม่บิดเบือนข้อเท็จจริง การมีทักษะในการเข้าสังคมโดยสามารถต้านแรงยั่วและแรงกดดันของเพื่อนหรือสังคมที่จะใช้สารเสพติด การมีทักษะในการเผชิญและจัดการกับอารมณ์ต่างๆ ในการดำรงชีวิต ทั้งอารมณ์ที่พึงและไม่พึงประสงค์อย่างมีสติปัญญาไตร่ตรอง ช่วงของการบำบัดรักษาประกอบไปด้วย 3 ช่วง⁽³⁸⁾ ช่วงแรกใช้ระยะเวลาการบำบัดประมาณ 2 ครั้ง มีเป้าหมายเพื่อเป็นการจัดตั้งทีมผู้ช่วย (support team) ช่วงที่สองใช้ระยะเวลาการบำบัดประมาณ 8-12 สัปดาห์ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการรักษา การเรียนรู้การจัดการอารมณ์ไม่พึงประสงค์ ปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม การป้องกันการเสพซ้ำ ส่วนช่วงที่สามใช้ระยะเวลาการบำบัดประมาณ 2 ครั้ง เพื่อการประเมินผลและการรักษาเพิ่มเติมในส่วนที่บกพร่อง หลังจากนั้นส่งต่อให้กับกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) การบำบัดระบบจิราสานั้นเน้นที่อาสาสมัครจึงมีความคล่องตัวและมีเสรีทางความคิดและการปฏิบัติจะไม่ขึ้นกับระบบราชการ แต่จะอาศัยราชการเป็นผู้สนับสนุนในบางส่วนเท่านั้น ผู้ทำงานในระบบนี้จึงมีความรักที่จะช่วยเหลือผู้อื่น มีความเข้าใจในปัญหา และต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ไขอย่างแท้จริง⁽³⁷⁾

ข้อแนะนำที่ 1: ในการบำบัดปัญหาการใช้สารเสพติด ควรให้จิตสังคมบำบัดที่เหมาะสมแก่ผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดทุกราย	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • จิตสังคมบำบัดเป็นวิธีการบำบัดพื้นฐานสำหรับผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด • การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคล และ/หรือแบบรายกลุ่ม และการให้พฤติกรรมบำบัดอื่นๆ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยมากที่สุดในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด • พฤติกรรมบำบัดมีจุดเน้นที่หลากหลาย เช่น แรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงตนเอง การเสริมแรงต่อพฤติกรรมหยุดเสพยา เพิ่มทักษะในการเลิกสาร ทดแทนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสพยาด้วยกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และสร้างสรรค์ ส่งเสริมทักษะในการแก้ปัญหา และส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การมีส่วนร่วมในกลุ่มบำบัด และโปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อนอื่นๆ ระหว่างการบำบัดก็มีส่วนช่วยให้หยุดเสพยาได้เพิ่มมากขึ้น⁽¹⁻⁴⁾	

ข้อแนะนำที่ 2: ควรส่งเสริมให้ผู้ติดสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดคงอยู่ในการบำบัดรักษาเป็นระยะเวลาที่เพียงพออย่างน้อย 3 เดือน และควรติดตามดูแลผู้เข้ารับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง (continuity of care)	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • การคงอยู่ในการบำบัดรักษา (retention) ในระยะเวลาที่เพียงพอเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ ผู้ติดสารเสพติดได้รับประโยชน์จากการบำบัด และประสบความสำเร็จในการเลิกสารเสพติด ระยะเวลาการบำบัดรักษาของแต่ละรายขึ้นอยู่กับสภาพชนิดและความต้องการของปัญหาในแต่ละราย • จากงานวิจัยพบว่า ผู้ที่ติดสารเสพติดต้องการเวลาอย่างน้อย 3 เดือน ในการบำบัดรักษาในการลดละเลิกสารเสพติด และผลการบำบัดรักษาที่ดีที่สุดขึ้นอยู่กับระยะเวลาการบำบัดรักษาที่ยาวนานขึ้น • ในระหว่างรับการบำบัดตามระยะเวลาให้เพียงพอ นั้น ผู้รับการบำบัดจำเป็นต้องได้รับการดูแลในด้านอื่นๆ ตามความจำเป็นของแต่ละราย เช่น การได้รับยาหรือบริการทางการแพทย์ รวมถึงความช่วยเหลือทางสังคมอื่นๆ เช่น คำแนะนำในการเลี้ยงดูบุตร การฟื้นฟูทางอาชีพการงาน การบริการทางสังคม และการบริการทางกฎหมาย ที่นอกเหนือจากการให้การบำบัดทางจิต ทั้งนี้ ความต่อเนื่องในการดูแล (continuity of care) จะช่วยให้การบำบัดรักษาได้ผลที่ดี และความเข้มข้นของการบำบัดขึ้นอยู่กับความจำเป็นที่เปลี่ยนไปในแต่ละกรณี⁽¹⁻⁴⁾	

ข้อแนะนำที่ 3: ควรประเมินถึงความจำเป็นที่หลากหลาย (multiple needs) และเลือกวิธีการทำจิตสังคมบำบัด ให้ตอบสนองต่อความจำเป็นเหล่านั้นของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดการติดสารเสพติดแต่ละราย

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- ผู้ที่ติดสารเสพติดมักมีปัจจัยสาเหตุและผลกระทบทางกาย จิตใจ และสังคมได้หลากหลาย จึงไม่มีวิธีการรักษาเพียงวิธีการเดียวที่เหมาะสมกับผู้เข้ารับการรักษาบำบัดทุกคน
- การบำบัดการติดสารที่มีประสิทธิภาพควรตอบสนองความจำเป็นที่หลากหลายของผู้รับการรักษาบำบัดแต่ละราย ไม่เฉพาะเพียงการติดสารเสพติดเท่านั้น แต่รวมถึงการบำบัดทางกาย จิตใจ ครอบครัวย สังคม อาชีพการงาน และปัญหาทางกฎหมาย การบำบัดรักษาควรมีความสอดคล้องเหมาะสมกับอายุ เพศ เชื้อชาติ รวมทั้งวัฒนธรรมของผู้รับการรักษา การเลือกวิธีการบำบัด ควรประเมินถึงความจำเป็นของผู้ที่ติดสารเสพติด เพื่อช่วยให้เลิกสารเสพติดได้สำเร็จและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹⁻⁴⁾

ข้อแนะนำที่ 4: การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing หรือ MI และ Motivational Enhancement Therapy หรือ MET) เป็นรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมที่ควรนำมาใช้ในช่วงแรกของการรักษาผู้ติดสารเสพติด เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เกิดการหยุดใช้สารเสพติด

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- MI และ MET เป็นวิธีการรักษาที่มีหลักฐานทางการศึกษา meta-analysis สนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสารเสพติด ได้แก่ แอลกอฮอล์ กัญชา บุหรี่⁽³⁹⁻⁴²⁾
- การศึกษา meta-analysis พบว่า MI มีค่า effect size ที่น้อยแต่ก็มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาเสพยาเสพติด⁽⁴³⁾ นอกจากนั้น MI ยังมีประสิทธิภาพในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดสารเสพติดเข้ารับการรักษาบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽⁹⁾
- การบำบัดแบบ MET ในผู้ติดสารเสพติดในลักษณะกลุ่มบำบัดมีประสิทธิภาพในการเพิ่มระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงตนเองและป้องกันการติดซ้ำในช่วง 1 เดือน⁽¹⁰⁾
- ผลการศึกษาในโครงการวิจัย Project MATCH ของ National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism หรือ NIAAA พบว่า MET มีประสิทธิภาพดีในการบำบัดรักษาผู้ติดสุราไม่แตกต่างจากการบำบัดทางจิตสังคมอื่น คือ CBT และ TSF⁽¹²⁾

ข้อแนะนำที่ 5: ควรทำการรักษาทางจิตสังคมรูปแบบการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy หรือ CBT) ในผู้ที่มีการติดสาร โดยสามารถใช้ CBT ร่วมกับการบำบัดด้วยยาหรือการรักษาทางจิตสังคมรูปแบบอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา และการป้องกันการกลับติดยา	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++ (C)	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • การบำบัดรูปแบบ CBT เป็นวิธีการรักษาที่มีหลักฐานทางการศึกษา meta-analysis สนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่นๆ ได้แก่ กัญชา โคเคน สารกลุ่ม opioids และบุหรี่^(1, 40, 44-46) • การบำบัดด้วย CBT ในผู้ติดสารเสพติดมีขนาด effect size อยู่ในระดับปานกลาง ($d=0.45$) โดยมีขนาด effect size ที่แตกต่างกันในแต่ละชนิดของสารเสพติดซึ่งพบว่าการใช้ CBT ในการรักษาผู้ติดกัญชา มี effect size กว้างที่สุด ตามมาด้วยโคเคน สารกลุ่ม opioids และกลุ่ม polysubstance จะมี effect size เล็กที่สุด⁽⁴⁴⁾ • การบำบัดผู้ติดสารเสพติดด้วย CBT สามารถใช้ร่วมกับวิธีการรักษาอื่นได้ แต่มีการศึกษาพบว่าการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดเพียงอย่างเดียวไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาเหมือนกับการปรับเปลี่ยนความคิดร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม • การบำบัดผู้ติดสารเสพติดด้วย CBT ร่วมกับการบำบัดด้วยยาหรือจิตสังคมบำบัดรูปแบบการปรับพฤติกรรมโดยการให้รางวัลจะทำให้ประสิทธิภาพการรักษาเพิ่มขึ้น⁽⁴⁴⁾ • จากการศึกษา meta-analysis พบว่าการบำบัดแบบ Relapse Prevention หรือ RP ในผู้ติดสุราจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดเมื่อใช้ร่วมกับการบำบัดด้วยยา^(7, 47)	

ข้อแนะนำที่ 6: ผู้ติดสุราหรือสารเสพติดควรได้รับการบำบัดเพื่อส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน (Twelve Step Facilitation therapy (TSF)) หรือได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมช่วยเหลือกันเองที่ใช้หลักการ 12 ขั้นตอน เช่น กลุ่มผู้ติดสุรานาม (Alcoholic Anonymous group หรือ กลุ่ม AA)	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • การให้การบำบัดแบบ TSF ได้ผลลัพธ์ที่ดีไม่แตกต่างจากการบำบัดแบบ MET และ CBT⁽⁴⁸⁾ นอกจากนี้การบำบัดแบบ TSF ยังจะช่วยให้ผู้ติดสุราไปเข้าร่วมกลุ่ม AA ได้มากขึ้น ส่งผลให้ปัญหาการดื่มสุราดีขึ้นด้วย^(48, 49) มีผู้เสนอแนวคิดถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดสุรานั้นดีขึ้นว่าอาจเป็นเพราะการเข้าร่วมกลุ่ม AA จะช่วยให้ผู้ดื่มพบเจอกับตัวกระตุ้นน้อยลงทำให้เกิดอาการอยากสุราน้อยและการเข้าร่วมกลุ่มจะช่วยให้ผู้ดื่มได้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นแรงเสริมให้เขาสามารถเลิกสุราได้มากขึ้นด้วย⁽⁵⁰⁾ และยิ่งเมื่อผู้ติดสุราพ้นตัวจากการติดสุราแล้วได้ให้การช่วยเหลือผู้ที่ยังคงติดสุรารายอื่นๆ ก็จะเป็น	

การช่วยให้ตนเองสามารถคงสภาพการหยุดดื่มได้นานขึ้นกว่าการที่ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือแก่ใคร⁽⁵¹⁾

- การเข้าร่วมกลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนามที่ใช้หลัก 12 ขั้นตอน ที่มากเพียงพอ (ตั้งแต่ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป) มีประสิทธิภาพในการคงสภาพการหยุดใช้สารเสพติดได้ดีที่สุด ซึ่งชนิดของสารเสพติดที่สามารถใช้กลุ่มนิรนามในการบำบัดได้ เช่น กลุ่มผู้ติดสุรา สารในกลุ่ม opioids โคเคน รวมถึงกลุ่มที่มีการติดยาหลายชนิดด้วย แม้ว่าในปัจจุบันงานวิจัยในเรื่องนี้ที่มีระเบียบวิธีวิจัยน่าเชื่อถือและมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ดีจะมีน้อย แต่ก็มีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่าการได้เข้าร่วมกลุ่มจะช่วยเพิ่มระยะเวลาที่หยุดใช้สารให้นานขึ้น เพิ่มโอกาสของการหยุดสารได้เด็ดขาด เพิ่มระดับความเชื่อมั่นในตน และมีการทำหน้าที่ในสังคมที่ดีขึ้นเมื่อติดตามไปในระยะยาว⁽⁵²⁾
- มีการศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ TSF ในผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบ TSF จะมีการกลับมาเข้าร่วมกลุ่ม AA มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ TSF จะมีค่าเฉลี่ยของจำนวนวันหยุดดื่มได้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อติดตามไปในเดือนที่ 3⁽⁵³⁾

ข้อแนะนำที่ 7: จิตสังคัมบำบัดรูปแบบแมตริกซ์ (Matrix program) เหมาะสำหรับผู้ติดยาเสพติดทั้งสุราและสารกระตุ้นควบคู่ไปกับการบำบัดด้วยยา

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++ (C)

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- มีการศึกษาถึงผลลัพธ์ของการบำบัดแบบแมตริกซ์จากศูนย์บำบัด 8 แห่ง ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีระเบียบวิธีวิจัยแบบ randomized clinical trial โดยเปรียบเทียบกับให้การดูแลแบบทั่วไป (treatment-as-usual) พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบแมตริกซ์จะคงอยู่ในกระบวนการบำบัดได้จนครบตามกำหนดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไป มีจำนวนครั้งที่ตรวจปัสสาวะแล้วไม่พบสารเสพติด และมีระยะเวลาที่หยุดใช้สารอย่างเด็ดขาดได้นานกว่า แต่ปรากฏว่าผลที่เหนือกว่าของการบำบัดแบบแมตริกซ์นั้นไม่ชัดเจนเมื่อติดตามไปหลังเสร็จสิ้นการบำบัด⁽⁵⁴⁾
- การศึกษาถึงประสิทธิภาพของการบำบัดแบบ Matrix model ในประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงผลของการบำบัดแบบ Matrix model ที่ให้ผลดีไม่เฉพาะแค่กลุ่มผู้ที่ติดยากระตุ้นเท่านั้น แต่รวมไปถึงผู้ที่ติดสุราด้วย แม้ว่ารูปแบบการศึกษาจะไม่ใช้การทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุม⁽⁵⁵⁻⁵⁷⁾
- นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาและประยุกต์การบำบัดแบบ Matrix model ในรูปแบบอื่นๆ อีก เพื่อให้เหมาะสมกับชุมชนและบริบทการให้บริการ ได้แก่ BMA Matrix Model ของสำนักงานป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด สำนักอนามัย⁽⁵⁸⁾ Modified matrix program ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นต้น

ข้อแนะนำที่ 8: การฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (Phramongkutklao Model หรือ PMK model) เหมาะสำหรับผู้ติดยาเสพติด ควบคู่ไปกับการบำบัดด้วยยา	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++ (C)	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • ได้มีการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบ PMK Model เปรียบเทียบกับการให้การดูแลแบบทั่วไป (usual care) ในผู้ติดยาที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยศึกษาทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุม หรือ randomized controlled trial (RCT) ติดตามผลที่ 1, 3 และ 6 เดือน มีผู้เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นจำนวน 124 คน เมื่อติดตามไปพบว่ากลุ่มผู้ติดยาที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรม PMK model จะมีค่าเฉลี่ยจำนวนวันที่หยุดดื่มมากกว่า มีปริมาณการดื่มที่น้อยกว่า และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบทั่วไป ผู้วิจัยได้สรุปว่ากระบวนการกลุ่มของโปรแกรม PMK model ได้ส่งเสริมพัฒนาและเพิ่มทักษะของกระบวนการกลุ่ม การเรียนรู้ การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ติดยามีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมการดื่มสุรา รวมทั้งมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการที่จะไม่ดื่มสุราทั้งในสถานการณ์ที่เป็นบวก เช่น งาน เลี้ยง การมีความสุข การฉลองความสำเร็จ หรือในสถานการณ์ที่เป็นลบ เช่น มีความโกรธ ความขัดแย้ง เครียดกังวล ได้ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญตลอดการติดตามครบ 6 เดือน⁽⁵⁹⁾	
ข้อแนะนำที่ 9: ควรให้การรักษารูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic community หรือ TC) เพื่อช่วยลดการกลับไปติดยาซ้ำและทำให้ผู้ติดยาปรับตัวในชุมชนได้ดีขึ้น	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++ (C)	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • ชุมชนบำบัดที่พักรักษาในสถานบำบัด (residential TC) มีประสิทธิภาพที่ดีกว่าชุมชนบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (day TC) โดยพบว่าอัตราการหยุดเสพยาดีกว่าในช่วง 6 เดือนแรก^(60, 61) • ชุมชนบำบัดต้นแบบ (standard TC) ที่มีการรักษาครบทุกกระบวนการจะมีผลลัพธ์ที่ดี เช่น การมีงานทำ เมื่อเทียบกับชุมชนบำบัดที่มีการปรับรูปแบบไปดั่งเช่นชุมชนบำบัดที่ลดระยะเวลาในการบำบัด (enhanced abbreviated TC)⁽⁶²⁾ • ผู้ที่ผ่านกระบวนการ TC พบว่ามีพฤติกรรมที่ดีขึ้นโดยเฉพาะพฤติกรรมก่ออาชญากรรม การกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำ และการกลับไปรับโทษคุมขังซ้ำภายใน 12 เดือน⁽⁶³⁾ โดยจากการศึกษา DATOS (The Drug Abuse Treatment Outcome Study) กลุ่มที่ผ่านการบำบัดแบบ TC มีการเสพยาโคเคน เฮโรอีน แอลกอฮอล์ ในระดับต่ำ พฤติกรรมผิดกฎหมาย การว่างงาน มีน้อยกว่าก่อนการบำบัด⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾ • TC ที่มีระยะเวลาสั้นมีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาที่ครบโปรแกรมมากกว่า อย่างไรก็ตาม การออกจากโปรแกรมก่อนกำหนดพบมากที่สุดในช่วง 15 – 30 วันแรกของการบำบัดรักษา และมีอัตราการบำบัดครบทุกระยะของโปรแกรมที่ 9%-56 %^(20, 60, 62, 67, 68) โดยปัจจัยทำนายการรักษาครบโปรแกรม	

คือ การเป็นผู้เสพเฮโรอีนชนิดเดียว มีความสัมพันธ์กับการบำบัดรักษาครบโปรแกรมเมื่อเทียบกับการเป็นผู้ใช้แอลกอฮอล์ กัญชา สารระเหย เพียงชนิดเดียว หรือเสพเฮโรอีนร่วมกับโคเคน ส่วนความแตกต่างระหว่างเพศและปัญหาทางจิตเวชไม่ได้เป็นปัจจัยที่ทำให้การอยู่ครบกำหนดลดลง^(60, 61, 68, 69) • พบ retention rate ในรูปแบบชุมชนบำบัดอยู่ในช่วง 38-180 วัน โดยความคาดหวังในการบำบัดรักษาอยู่ที่ประมาณ 30 % ของระยะเวลาในการบำบัด⁽⁶⁶⁾ • ปัจจัยทำนายการใช้สารเสพติดหลังติดตาม คือ การว่างงาน 3 ปีก่อนรับการบำบัด ประวัติการใช้สารเสพติดแบบฉีด และการอยู่ร่วมกับผู้ใช้สารเสพติด จะเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้สารซ้ำ ส่วนระยะเวลาในการอยู่รักษานานขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ของการใช้สารเสพติดที่ดี^(70, 71) • สำหรับในเด็กและวัยรุ่น ควรมีการปรับรูปแบบของ TC เช่น ระยะเวลาในการอยู่บำบัดรักษาอาจสั้นกว่าผู้ใหญ่ การบำบัดรักษาเป็นตามขั้นตอนของพัฒนาการ พฤติกรรมและอารมณ์ ควรลดเทคนิคการบังคับ (confrontation) ที่เสี่ยงต่อการประณินและดูหมิ่นมากกว่า มีการประเมินความบกพร่องอื่นๆ อย่างครอบคลุม เช่น Learning Disability, ADHD ลดเรื่องงานอาชีพแต่นำมาเน้นในเรื่องการศึกษาและครอบครัวต้องมีส่วนร่วมอย่างมากในการบำบัด เนื้อหาที่เน้นควรให้ความสำคัญในเรื่อง self-image, guilt, sexuality พบว่าการรักษาวัยรุ่นไม่ได้ผลภายในระยะเวลา 28 วัน มีงานวิจัยพบว่าวัยรุ่นผู้เสพกัญชาที่ได้รับ TC เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่ามีการใช้สารเสพติดลดลง โดยกลุ่มที่ผ่านการบำบัดครบโปรแกรมจะมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าและยังลดพฤติกรรมการก่ออาชญากรรม เช่น ความรุนแรง ขายสารเสพติดผิดกฎหมาย การลักขโมย เป็นต้น⁽⁷²⁾
--

ข้อแนะนำที่ 10: ควรทำการรักษาทางจิตสังคมรูปแบบการปรับพฤติกรรมโดยการให้รางวัล (Contingency Management) การเสริมแรงทางชุมชนร่วมกับการให้รางวัลตอบแทน (Community Reinforcement Approach (CRA) plus vouchers) ในผู้ที่ติดสุราหรือสารเสพติดอื่น ร่วมกับการบำบัดด้วยยาหรือการรักษาทางจิตสังคมรูปแบบอื่นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ + (C)	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • การบำบัดรูปแบบ CM มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดทั้งในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่และวัยรุ่น รวมถึงมีประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดหลายประเภท เช่น แอลกอฮอล์ โคเคน และ สารกลุ่ม opioids^(1, 40, 45) • จากการศึกษ meta-analysis พบว่าประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยใช้การบำบัดแบบ CM มี effect size ในระดับปานกลาง โดยมีประสิทธิภาพดีในกลุ่มผู้ติดโคเคน และ opioids เมื่อเปรียบเทียบกับสารเสพติดอื่น เช่น บุหรี่และกลุ่ม poly drug use⁽⁴⁵⁾ • การบำบัดแบบ CRA ผลการศึกษานับสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสารเสพติดประเภทโคเคนและแอลกอฮอล์^(1, 27, 28)	

ข้อแนะนำที่ 11: ควรทำการรักษาทางจิตสังคมโดยการให้คำปรึกษาคบครัวและคู่สมรสบำบัด (Family and marital counseling) ร่วมกับการบำบัดทางยาหรือการรักษาทางจิตสังคมรูปแบบอื่น ในผู้ติดสุราหรือสารเสพติดอื่นๆ	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ + (C)	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • การนำครอบครัวมามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดผู้ติดสารโดยการให้ความรู้กับครอบครัว ให้คำปรึกษาคบครัว การทำจิตบำบัดครอบครัว มีหลักฐานสนับสนุนว่าการรักษามาระติการเสพติด โดยที่ทำการบำบัดรักษาคบครัวด้วยนั้นได้ผลดี สามารถป้องกันการกลับไปเสพซ้ำได้^(1, 6-8, 29) • มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าการทำจิตบำบัดครอบครัวแบบ MST^(1, 73), MDFT^(1, 74, 75) และ BSFT^(1, 76, 77) มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดสารเสพติดโดยกลุ่มวัยรุ่นและครอบครัวที่มาเข้าร่วมการบำบัดแบบ MST จนครบระยะเวลาอย่างสมบูรณ์ จะมีการลดลงของการใช้สารเสพติดอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการบำบัด และในช่วง 6 เดือนแรกหลังการบำบัด^(1, 73) • การทำจิตบำบัดครอบครัว สามารถนำไปใช้ได้กับกลุ่มประชากรที่หลากหลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มของวัยรุ่น สามารถให้ร่วมไปกับการบำบัดด้วยยา หรือการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา^(1, 78) • มีหลักฐานทางการศึกษาสนับสนุนว่าการบำบัดคู่สมรสแบบ BCT เป็นรูปแบบการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นๆ สามารถให้ร่วมไปกับการบำบัดด้วยยา หรือการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษา^(79, 80)	

ข้อแนะนำที่ 12: การบำบัดแบบพฤติกรรมบำบัดแบบผสมผสาน (Cognitive Behavioral Intervention หรือ CBI) สามารถทำได้ในกลุ่มผู้ติดสุราและสารกระตุ้น ควบคู่ไปกับการบำบัดด้วยยา	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • มีการศึกษาผลของการบำบัดแบบ CBI อย่างย่อ (brief CBI) ในกลุ่มผู้ติดสารแอมเฟตามีน เป็นการศึกษาแบบ RCT ในประเทศออสเตรเลีย พบว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดแบบ CBI มีโอกาสหยุดเสพยาได้อย่างเด็ดขาดมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยผลที่ได้ยังคงอยู่เมื่อติดตามไปในเดือนที่ 6 หลังการบำบัด และมีผลช่วยลดอาการซึมเศร้าในระยะสั้นได้⁽⁸¹⁾ นอกจากนี้ มีการศึกษา CBI ในผู้ติดกัญชาอีกด้วย⁽⁸²⁾ • จากการศึกษาใน Project COMBINE ซึ่งเป็นการศึกษาจิตสังคมบำบัดร่วมกับการให้ยา พบว่าผู้ติดสุราที่ได้รับ CBI ร่วมกับยา naltrexone จะมีผลลัพธ์ของการดื่มที่ดีขึ้น แต่กลุ่มที่ได้รับ CBI เพียงอย่างเดียวจะมีจำนวนร้อยละของวันที่หยุดดื่มน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับ CBI ร่วมกับยาหลอกและดูแลการรับประทานยาและส่งเสริมการหยุดสุราเบื้องต้น (Medical Management; MM) หรือได้รับยาหลอกร่วมกับ MM⁽³⁰⁾	

- กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับประเทศไทยได้ดัดแปลงเนื้อหาของ CBI เพื่อให้เหมาะสมกับการให้การบำบัดในรูปแบบผู้ป่วยในของประเทศไทย โดยมีการบำบัด 6 ครั้ง ระยะเวลา 2 สัปดาห์ และได้ทำการศึกษาผลของ CBI ที่ดัดแปลง เปรียบเทียบกับการให้ความรู้เรื่องสุขภาพทั่วไปแบบรายบุคคล (individual health education) ดำเนินการวิจัยแบบ RCT โดยในขณะนี้ยังอยู่ในช่วงเก็บข้อมูล

ข้อแนะนำที่ 13: การดูแลรายกรณี (Case management) สามารถให้ควบคู่ไปกับการดูแลแบบมาตรฐาน หรือการบำบัดทางจิตสังคมแบบอื่นๆ ได้ แต่อาจไม่มีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับทรัพยากรที่ต้องสูญเสียไป

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- จาก meta-analysis ในปี ค.ศ. 2014 ซึ่งรวบรวมงานวิจัยที่เป็น RCT 21 ผลงาน เปรียบเทียบการดูแลรายกรณีกับการดูแลแบบมาตรฐาน (standard-of-care) หรือการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ (active intervention) พบว่า การดูแลรายกรณีนั้นมีประสิทธิภาพที่ดีในด้านการช่วยให้ผู้ติดสารยังคงอยู่ในกระบวนการรักษาและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งในประการหลังนี้อาจเห็นผลได้ไม่ชัดเจนนัก และประสิทธิภาพของการดูแลรายกรณีนี้สามารถส่งผลได้ทั้งในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดที่ยังคงอยู่ในระบบการรักษาและผู้ที่พักจากระบบการรักษาไปแล้ว⁽⁸³⁾
- การศึกษาความคุ้มค่า (cost-effectiveness) ของการให้การดูแลรายกรณีแล้ว เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา 12 เดือน พบว่า การดูแลรายกรณีนี้มีความคุ้มค่าไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะแนะนำเพื่อให้เสริมควบคู่ไปกับการรักษาผู้ติดสารเสพติดด้วยวิธีมาตรฐาน แต่คณะผู้วิจัยได้ให้ความเห็นว่าการคิดถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจนั้นอาจต้องมองระยะยาวคือตั้งแต่ 24-48 เดือนมากกว่าระยะสั้น⁽⁸⁴⁾

ข้อแนะนำที่ 14: ควรทำการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ในสถานบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติด

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ

หมายเหตุ

- มีการศึกษาผลของการบำบัดแบบ FAST model ของสถาบันธัญญารักษ์ ผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบครบทุกขั้นตอนและติดตามประเมินผลได้ครบ 1 ปี สามารถเลิกสารได้สำเร็จร้อยละ 80⁽⁸⁵⁾
- มีการประเมินผลการรักษา 3 รูปแบบ ได้แก่ การถอนพิษจากสารทั่วไปในคลินิกผู้ป่วยนอก (OPD) กระบวนการจิตสังคมบำบัดแบบ Matrix การบำบัดแบบ FAST model โดยรวบรวมข้อมูลจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดในสังกัดกรมการแพทย์ 6 แห่ง เปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลศูนย์ 5 แห่ง ติดตามผล 6 เดือน พบว่า ในศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด ผู้เข้ารับการรักษาแบบ FAST model มีอัตราการลดการอยากยาได้สูงที่สุดคือร้อยละ 65.2⁽⁸⁶⁾

- ในการศึกษาผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาบ้าในประเทศไทย โดยเปรียบเทียบผู้เข้ารับการบำบัดรักษาจากศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกโดยใช้ Matrix จำนวน 43 รายและผู้ป่วยในโดยใช้ FAST model จำนวน 92 ราย พบว่าการบำบัดแบบผู้ป่วยนอกมีประสิทธิภาพดีกว่าการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก ทั้งในระยะเวลาการบำบัดและหลังการติดตามผล⁽⁸⁶⁾

ข้อแนะนำที่ 15: อาจให้การบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยการบำบัดแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ

หมายเหตุ

- มีการศึกษาแบบ historical cohort study ในผู้ผ่านการบำบัดวิธีเข้าค่าย 4,157 ราย พบว่าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีประสิทธิภาพร้อยละ 62 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% 61.9;62.0)⁽⁸⁷⁾ อย่างไรก็ตามไม่พบ meta-analysis หรือ RCT ในการศึกษาเกี่ยวกับค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แม้จะมีการวิจัยในระดับพื้นที่แต่เป็นเพียงงานวิจัยที่เน้นไปที่ความเป็นไปได้ในการดำเนินการจัดการค่าย มิได้เน้นไปที่ประสิทธิผลของค่าย
- ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประเทศไทย ยังไม่มีรูปแบบที่จำเพาะกับผู้เสพ ชนิด และ วิธีเสพสาร รวมทั้งระดับการเสพ เช่น ผู้เสพรายใหม่ ผู้เสพติดมานาน และยังไม่มีการติดตามผล ทำให้ไม่ทราบความสามารถทำให้ผู้เสพสารหยุดเสพได้นานเพียงใด นอกจากนี้ ยังไม่มีการดำเนินการป้องกันการเสพซ้ำ^(88, 89)

ข้อแนะนำที่ 16: อาจให้การบำบัดผู้ติดยาเสพติดด้วยวิธีจิตสังคมบำบัดระบบจิราสา (Jirasa System)

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ

หมายเหตุ

- มีการประเมินผลโครงการบำบัดแบบจิราสาในผู้รับการบำบัด 38 คน พบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผลการติดตามพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโครงการแล้ว 3 เดือน จำนวน 10 คนไม่พบการเสพซ้ำ ส่วนในกลุ่มผู้ปกครองที่เข้าร่วมโครงการมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสารเสพติดก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽⁹⁰⁾

บรรณานุกรม

1. National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment: A research base guide. 2012 [cited 2015 Mar 28]; Available from: <https://www.drugabuse.gov>.
2. Department of Veterans Affairs and Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for management of substance use disorders. 2009; Available from: <http://www.healthquality.va.gov>.
3. The American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders 2nd ed. Am J Psych 2007; 164: 5-123.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Drug misuse – psychosocial interventions. NICE clinical guideline 51; 2007. Available from: <http://www.nice.org.uk>.
5. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing, preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press; 2002.
6. พิชัย แสงชาญชัย, ลัดดาวัลย์ แดงเก็น. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2557.
7. พิชัย แสงชาญชัย, บรรณธิการ. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยติดสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.
8. พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์และสารเสพติด กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2549.
9. สือรณ แหลมภู, นิดยา ตากวิริยะนันท์, ตะวันชัย จิระประมุขพิทักษ์. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดยาเสพติดในสถานบำบัดยาเสพติดแห่งหนึ่งในจังหวัดปทุมธานี. ธรรมศาสตร์เวชสาร 2554; 11: 549-56.
10. ดวงดาว ไวยปราชญ์. ประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมแรงจูงใจแบบกลุ่มของผู้ป่วยยาเสพติดต่อการเพิ่มระดับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและลดการติดซ้ำ. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
11. พิชัย แสงชาญชัย, ดร. ภาณุ ภูขาว, สังวรณ์ สมบัติใหม่, ณัฐนาถ สระอุบล, สายรัตน์ นกน้อย, เพ็ญพักตร์ อุทิศ. การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2553.
12. Project MATCH. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. Project MATCH. J Stud Alcohol 1998; 59: 631-9.
13. Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual. Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, project MATCH monograph series; 1999 [cited 2015 Mar 28]. Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov>.
14. Froggatt W. A brief introduction to cognitive-behavior therapy. Available from: <http://www.rational.org.nz>.

15. ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร และคณะ. การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม. Available from: <http://www.thaidepression.com>.
16. The Columbo Plan. Participant manual: treatment for substance use disorders-the continuum of care for addiction professionals' curriculum 2, 2011.
17. Northwest Frontier ATTC. Twelve step facilitation - Part 2: The original model (Series 35) Addiction Messenger. 2009. p. 9. [Cited 2015 Feb 9]. Available from: lib.adai.uw.edu.
18. Nowinski J, Baker S, Carroll K. Twelve step facilitation therapy manual: A clinical research guide for therapist treating individuals with alcohol abuse and dependence. Rockville, MD: NIAAA; 1992.
19. Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Abuse: Clinical issues in intensive outpatient treatment: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 47. Rockville, MD; 2006 [Cited 2015 Feb 9]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
20. Malivert M, Fatséas M, Denis C, Langlois E, Auriacombe M. Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. European Addiction Research 2012; 18: 1–11.
21. จินตรา อุ๋นเอกलग, ธงชัย อุ๋นเอกलग. การรักษาแบบชุมชนบำบัดด้วยยา. โรงพยาบาลจิตเวช กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2535.
22. Griffith JD, Rowan-Szal GA, Roark RR, Simpson DD. Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis, Drug Alcohol Depend. 2000 1; 58: 55-66.
23. Higgins ST, Silverman K, Heil SH. Contingency management in substance abuse treatment. New York: Guilford; 2007.
24. Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. Addiction 2006; 101: 1546-60.
25. Roll JM, Petry NM, Stitzer ML, Brecht ML, Peirce JM, McCann ML, et al. Contingency management for the treatment of methamphetamine use disorders. Am J Psychiatry 2006; 163: 1993-9.
26. Sindelar JL, Olmstead TA, Peirce JM. Cost-effectiveness of prize-based contingency management in methadone maintenance treatment programs. Addiction 2007; 102: 1463–71.
27. Lussier JP, Heil SH, Mongeon JA, Badger GJ, Higgins ST. A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. Addiction 2006; 101: 192-203.
28. Roozen HG, Boulogne JJ, van Tulder MW, van den Brink W, De Jong CA, Kerkhof AJ. A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. Drug Alcohol Depend 2004; 74, 1-13.
29. อูมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว; 2554.

30. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: A randomized controlled trial. JAMA 2006; 295: 2003-17.
31. Miller WR, et al. COMBINE monograph series, volume 1. Combined behavioral intervention manual: a clinical research guide for therapists treating people with alcohol abuse and dependence. DHHS Publication No. (NIH) 04-5288. Bethesda MD: NIAAA; 2004.
32. อรุณญา แพ้จ้อย, นรัชญา ศรีบุรพา. ภาวะโรคจิตเวชร่วมในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยในของ ศูนย์บำบัด รักษา ยาเสพติด เชียงใหม่. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
33. Nery, et al. Temperament and character traits in patients with bipolar disorders and associations with comorbid alcoholism or anxiety disorders. J Psychiatr Res 2008; 42: 569-77.
34. สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2547.
35. โรงพยาบาลธัญญารักษ์. คู่มือวิทยากร คู่มือหลักสูตรการดำเนินงานค่ายบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2544.
36. นฤมล อารยะพิพัฒน์. คู่มือการจัดทำค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดแนวใหม่. กรุงเทพมหานคร :กระทรวงสาธารณสุข ; 2544.
37. ทรงเกียรติ ปิยะกะ. คู่มือการป้องกันการติดยาเสพติดระบบจิตอาสาสำหรับประเทศไทย. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2543.
38. ทรงเกียรติ ปิยะกะ, ชาญวิทย์ เงินตระกูล, สาวิตรี อัมมณางค์กรชัย. เวชศาสตร์โรคติดยา: คู่มือสำหรับ บุคลากรทางการแพทย์. สงขลา: ลิบบราเดอรีการพิมพ์; 2543.
39. Pearson FS, Prendergast ML, Podus D, Vazan P, Greenwell L, Hamilton Z. Meta-analyses of seven of NIDA's principles of drug addiction treatment. J Subst Abuse Treat 2012; 43: 1-11.
40. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. Am J Psychiatry 2008; 165: 179-87.
41. Department of defense. Veterans' health administration. Clinical practice guideline for management substance use disorders in primary care setting; 2009. Available from: <http://www.nd.gov.hk>.
42. Jhanjee S. Evidence-based psychosocial interventions in substance use. Indian J Psychol Med 2014; 36: 112-18.
43. Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2001; 79: 433-40.
44. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. Psychiatr Clin North Am 2010; 33: 511-25.
45. Kleber HD, Weiss RD, et al. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders 2nd ed. APA Practice Guideline; 2007.

46. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavior treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs* 2009; 70: 516-27.
47. Mueser KT, Kavanagh DJ. Treating comorbidity of alcohol problems and psychiatric disorder. In: Heather N, Peter TJ, Stockwell TR, editors. *Handbook of alcohol dependence and related problems*. Chichester, England: John Wiley&Son; 2001. 627-47.
48. Magura S, Cleland CM, Tonigan JS. Evaluating alcoholics anonymous's effect on drinking in project MATCH using cross-lagged regression panel analysis. *J Stud Alcohol Drugs* 2013; 74: 378-85.
49. Walitzer KS, Dermen KH, Barrick C. Facilitating involvement in alcoholics anonymous during outpatient treatment: a randomized clinical trial. *Addiction* 2009; 104: 391–401.
50. Kelly JF, Stout RL, Magill M, Tonigan JS. The role of alcoholics anonymous in mobilizing adaptive social network changes: a prospective lagged mediational analysis. *Drug Alcohol Depend* 2011; 114: 119–26.
51. Pagano ME, Friend KB, Tonigan JS, Stout RL. Helping other alcoholics in alcoholics anonymous and drinking outcomes: findings from project MATCH. *J Stud Alcohol* 2004; 65:766-73.
52. Krentzman AR, Robinson EA, Moore BC, Kelly JF, Laudet AB, White WL, Zemore SE, Kurtz E, Strobbe. How alcoholics anonymous (AA) and narcotics anonymous (NA) work: cross-disciplinary perspectives. *S Alcohol Treat Q* 2010; 29: 75-84.
53. วณิดา รัตนสุมาวงศ์, ธวัชชัย ลิ้มพานาจ, พิชัย แสงชาญชัย, พลังสันต์ จงรักษ์. การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดเพื่อเสริมให้พัฒนาตามหลัก 12 ขั้นตอน สำหรับผู้ป่วยในที่ติดสุราของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (รอตีพิมพ์)
54. Rawson RA, Marinelli-Casey P, Anglin MD, Dickow A, Frazier Y, Gallagher C, et al. A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction* 2004; 99: 708-17.
55. ชัชวาล ศิลปกิจ, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย. การใช้กลุ่มบำบัดแบบ Matrix model ในผู้ป่วยติดสุรา: ติดตามผล 2 ปี. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2550; 15: 170-8.
56. เกษม ตั้งเกษมสำราญ. โปรแกรมจิตสังคมบำบัดผู้ป่วยนอกแบบประยุกต์. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด 2546; 259-60.
57. วิมล ลักษณะนิชนชัย, วันเพ็ญ ใจปทุม. การศึกษาประสิทธิผลการบำบัดรักษารูปแบบกาย จิต สังคมบำบัด (FRESH Model). ปทุมธานี: สถาบันธัญญารักษ์; 2546 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.Thanyarak.go.th>.
58. ปานฤดี มโนมัยพิบูลย์. ข้อมูลการบำบัดด้วยโปรแกรม BMA Matrix Model. กรุงเทพฯ: กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2557]. เข้าถึงได้จาก <http://phn.bangkok.go.th>.
59. ลัดดาวัลย์ แดงเถิน. การศึกษาผลของรูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าสำหรับผู้ป่วยในที่ติดแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า การทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุม [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.

60. Guydish J, Sorensen JL, Chan M, Bostrom A, Werdegarr D, Acampora A. A randomized trial comparing day and residential drug abuse treatment: 18-month outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 428–34.
61. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005338. DOI: 10.1002/14651858. CD005338.pub2.
62. Nemes S, Wish ED, Messina N. Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community—findings from the District of Columbia treatment initiative experiment. *J Subst Abuse Treat* 1999; 17: 339–47.
63. LA, Rahav M, Rivera JJ, Ng-Mak DS, Link BG. Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatric Services* 1998; 49: 68–76.
64. Simpson DD, Joe GW, Brown BS. Treatment retention and follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors* 1997; 11: 294–307.
65. Sacks S, Sacks JY, McKendrick K, Banks S, Stommel J. Modified TC for MICA offenders: crime outcomes. *Behavioral Sciences and the Law* 2004; 22: 477–501.
66. Sacks S, Chaple M, Sacks JY, McKendrick K, Cleland M. Randomized trial of a re-entry modified therapeutic community for offenders with co-occurring disorders: crime outcomes. *J Subst Abuse Treat* 2012; 42: 247–59.
67. McCusker J, Bigelow C, Frost R, et al. The effects of planned duration of residential drug abuse treatment on recovery and HIV risk behavior. *American Journal of Public Health* 1997; 87: 1637–44.
68. McCusker J, Stoddard A, Frost R, Zorn M. Planned versus actual duration of drug abuse treatment: reconciling observational and experimental evidence. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1996; 184: 482–9.
69. Messina N, Grella CE, Cartier J, Torres S. A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *J Subst Abuse Treat* 2010; 38: 97–107.
70. Greenwood GL, Woods WJ, Guydish J, Bein E. Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* 2001; 20: 15–23.
71. Vanderplasschen W, Colpaert K, Autrique M, et al. Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal* 2013; [Published online 2013 Jan 15; cited 2015 Mar 28]. doi: 10.1155/2013/427817

72. Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treatment of adolescents with substance use disorders: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 32. Rockville, MD; 1999 [Cited 2015 Feb 9]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
73. Henggeler SW, Cligempeel WG, Brondino MJ, Pickrel SG. Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 868-74.
74. Liddle HA, Dakof GA, Turner RM, Henderson CE, Greenbaum PE. Treating adolescent drug abuse: a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behavior therapy. *Addiction*. 2008; 103: 1660-70.
75. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejeda M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27: 651-88.
76. Santisteban DA, Suarez-Morales L, Robbins MS, Szapocznik J. brief strategic family therapy; lessons learned in efficacy research and challenges to blending research and practice. *Fam Process* 2006; 45: 259-71.
77. Santisteban DA, Coatsworth JD, Perez-Vidal A, Kurtines WM, Schwartz SJ, LaPerriere A, Szapocznik J. Efficacy of Brief Strategic Family Therapy in Modifying Hispanic Adolescent Behavior Problems and Substance Use. *J Fam Psychol* 2003; 17: 121-33.
78. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164: 85-91.
79. Shadish WR, Bladwin SA. Effects of Behavior marital therapy; a meta-analysis of randomized controlled trials. *J consult Clin Psychol* 2005; 73: 6-14.
80. Wood ND, Crane DR, Schaalje GB, Law DD. What works for whom: a meta-analytic review of marital and couples therapy in reference to marital distress. *The American Journal of Family Therapy* 2005; 33: 273-87.
81. Baker A, Lee NK, Claire M, Lewin TJ, Grant T, Pohlman S, et al. Brief cognitive behavioral interventions for regular amphetamine users: a step in the right direction. *Addiction* 2005; 100: 367-78.
82. Copeland J, Swift W, Roffman R, Stephens R. A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2001; 21:55-64; discussion 65-6.
83. Rapp RC, Van Den Noortgate W, Broekaert E, Vanderplasschen W. The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: a three-level meta-analysis of outcomes. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82: 605-18.
84. Saleh SS, Vaughn T, Levey S, Fuortes L, Uden-Holmen T, Hall J. Cost-effectiveness of case management in substance abuse treatment. *Research on Social Work Practice* 2006; 16: 38-47.

85. ปกรณ์ ศิริวง. การเปรียบเทียบและประเมินการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีชุมชนบำบัดและการบำบัดแบบเข้มข้นโดยทางสายใหม่. วารสารกรมการแพทย์ 2545; 27: 370-84.
86. Perngparn U, Limanonda B, Aramrattana A, Pilley C, et al. Methamphetamine dependence treatment rehabilitation in Thailand: a model assessment. J Med assoc Thai 2011; 94:110-7.
87. มานพ คณะโต และคณะ. การศึกษาประสิทธิผลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. ขอนแก่น :เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2557.
88. มานพ คณะโต และคณะ. การประเมินผลการดำเนินงานของค่ายป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. ขอนแก่น: เครือข่ายพัฒนาวิชาการและข้อมูลสารเสพติดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2545.
89. โสภ นิ่มนวล. การประเมินผลโครงการค่ายเยาวชนต้นกล้า อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดแม่ฮ่องสอน; 2544.
90. ผ่องพรรณ เชื้อนัย. การประเมินผลโครงการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดแบบจิราสา ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดสำหรับเยาวชน กองทัพอากาศ. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย 2550; 3: 80-94.

9.2 การบำบัดในชุมชน (Community-based treatment)

การบำบัดในชุมชนในการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราและใช้สารเสพติดอื่นในชุมชนเป็นรูปแบบการบำบัดแบบหนึ่งที่ทำให้บริการในชุมชน ทำให้เข้าถึงครอบครัวของผู้ติดยาเสพติดและสามารถนำทรัพยากรรวมถึงนำความรู้ที่มีในชุมชนมาช่วยในการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดได้ นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นจากชุมชน⁽¹⁾ การบำบัดนี้จะเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนโดยมีหลักการที่สำคัญ ได้แก่⁽²⁾

- เป็นงานบริการที่ตรงกับความต้องการของคนในชุมชน (relevance to local needs)
- มีการดำเนินการตามหลักคุณธรรมจริยธรรม (ethical soundness)
- มีแนวโน้มที่จะสามารถดำเนินโครงการระยะยาวอย่างยั่งยืนในชุมชนได้ (sustainability likelihood) โดยการที่จะสามารถคงบริการไว้ในชุมชนได้นั้น มักเป็นบริการที่มีลักษณะที่ใช้งบประมาณไม่มาก มีความคุ้มค่าคุ้มทุน กลมกลืนกับวิถีชีวิตในชุมชน และได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ผู้ดำเนินโครงการในชุมชนจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในบริบทของชุมชน รวมถึงสำรวจปัญหาในชุมชนและปัญหาที่ชุมชนต้องการให้แก้ไขก่อนที่จะเริ่มโครงการ ซึ่งการที่จะทำให้เกิดโครงการในชุมชนได้นั้น ควรได้รับความร่วมมือจากบุคคลต่างๆ ในชุมชน ดังนี้

- กลุ่มคนในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา รวมถึงกลุ่มคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น
- ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือบุคลากรสุขภาพอื่นๆ
- วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู ตำรวจ สมาชิกท้องถิ่น เป็นต้น

รูปแบบของโครงการนั้นควรครอบคลุมทั้งการบำบัดรักษาฟื้นฟู และเพิ่มคุณภาพชีวิต สามารถดำเนินการได้ในทุกขั้นตอนของการดูแลตั้งแต่การคัดกรองปัญหา⁽¹⁾ โดยสามารถลดผลกระทบของการใช้สารเสพติดได้ทั้งในด้านสุขภาพกาย จิต สังคม เศรษฐกิจ และกฎหมาย โครงการควรส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด และชุมชน ซึ่งการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราและใช้สารเสพติดอื่นในชุมชนมีข้อดี ดังนี้

- เป็นการดูแลที่เคารพความเป็นส่วนตัวของผู้มีปัญหามากกว่าการบำบัดในสถานบำบัดหรือการนอนโรงพยาบาล
- ช่วยให้ผู้มีปัญหาจากการใช้สารรวมถึงครอบครัวสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก
- มีผลกระทบไม่มากต่อครอบครัว หน้าที่การงาน และชีวิตประจำวัน
- เป็นการบำบัดที่ค่อนข้างยืดหยุ่นกว่าการบำบัดรูปแบบอื่น
- ผู้มีปัญหามากจากการใช้สารจะรู้สึกถึงความมีอิสระได้มากกว่าเนื่องจากเป็นสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย
- ช่วยให้ชุมชนเรียนรู้ถึงกระบวนการลดตราบาป (stigma)
- ช่วยกระตุ้นให้ชุมชนได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้มีปัญหาจากการใช้สารเสพติด

ข้อแนะนำที่ 1: ควรสนับสนุนให้ชุมชนดำเนินงานดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาการติ่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นตาม

บริบทของชุมชนนั้นๆ	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • หน้าที่หลักของชุมชนและองค์กรที่อยู่ในชุมชนในการช่วยเหลือปัญหาสารเสพติด คือ การเพิ่มความตระหนักรู้ปัญหาจากการใช้สารเสพติด การให้ความรู้ และการสร้างเสริมฟื้นฟูสุขภาพ⁽¹⁾ • อาจเสนอการสอนหรือฝึกผู้ที่อยู่ในชุมชนให้ช่วยในการติดต่อกับผู้ใช้สารและครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือด้านการดูแลรักษาต่อไปได้ โดยอาจตั้งเป็นกลุ่มอาสาสมัครสนับสนุนด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยผู้ปกครอง เยาวชน ครู เป็นต้น หรือ อาจสนับสนุนให้มีสถานที่ในชุมชนที่มีความปลอดภัยในการให้คนในชุมชนได้เข้ามารับบริการต่างๆ ที่หลากหลาย⁽¹⁾ ทั้งนี้ ต้องเป็นไปตามบริบทของชุมชนนั้นๆ	

ข้อแนะนำที่ 2: ควรมีการบริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูในชุมชนที่มีผู้มีปัญหาการติ่มสุราหรือใช้สารเสพติดตามบริบทของชุมชนนั้นๆ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • การดูแลผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราหรือใช้สารเสพติดในชุมชนมีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาลและการเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁾ • ระหว่างโปรแกรมรักษา บุคลากรควรมีการเตรียมผู้เข้ารับการรักษา ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชนและการเตรียมชุมชนโดยการร่วมกันดูแลผู้ที่มีปัญหาโรคหรือภาวะทางกายร่วมด้วย เช่น ผู้ที่มีอาการขาดสารเสพติดรุนแรง • ในประเทศไทย แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุรา (ผรส.) ได้มีการสนับสนุนพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาในชุมชนอย่างต่อเนื่อง สามารถแบ่งรูปแบบได้เป็นสามด้าน⁽³⁾ ได้แก่ 1) รูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราหรือใช้สารเสพติดโดยใช้หลักทางศาสนา โดยเน้นการใช้หลักธรรมะที่เหมาะสมกับผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นมาประยุกต์ใช้ โดยมีเครือข่ายแนวร่วมที่สำคัญ คือ ผู้นำทางศาสนาในชุมชนร่วมด้วย 2) รูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นโดยกลุ่มช่วยเหลือกันเอง เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนโดยพัฒนากลุ่มช่วยเหลือตนเองในชุมชน เช่น กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรัง (Alcoholics Anonymous: AA) ได้มีการพัฒนาหลัก 12 ขั้นตอนแนวพุทธ โดยประยุกต์ 12 ขั้นตอน ให้เข้ากับหลักพุทธศาสนาอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อนำไปใช้ในการบำบัดผู้ติดสุรา 3) รูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เน้นการดำเนินงานเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (participatory action research) โดยชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การประชุมค้นหาปัญหา การตัดสินใจ และการวางแผน ซึ่งทั้ง 3 ขั้นตอน จะกระตุ้นให้ชุมชน	

รู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาพร้อมทั้งร่วมกันกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาโดยการออกแบบ กิจกรรมที่เหมาะสม และเป็นความต้องการของชุมชนตลอดจนร่วมดำเนินการด้วยตนเองก่อนจะรับผลประโยชน์ร่วมกัน

- หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ⁽³⁾ ได้พัฒนาและศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดดูแลเชิงรุกในชุมชน (โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ) สำหรับผู้ติดยาในพื้นที่ภาคเหนือ เมื่อติดตามหลังบำบัดครบหนึ่งเดือน พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดสามารถลดพฤติกรรมการดื่มและลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชั่วคราวถึงมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และเมื่อติดตามครบหนึ่งปี พบว่าผู้เข้ารับการบำบัดร้อยละ 90 ลดปริมาณการดื่ม และร้อยละ 30 หยุดดื่มได้ โดยมีค่าใช้จ่ายตลอดโปรแกรมอยู่ที่ 3,535 บาท ต่อราย และมีความคุ้มค่าคุ้มทุนที่ 87.38 บาท ต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิตหนึ่งหน่วย
- หรรษา เศรษฐบุปผา และคณะ⁽³⁾ ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดเชิงรุกในชุมชนทางโทรศัพท์สำหรับผู้ติดยาเสพติด (โครงการโทรถามตามเยี่ยม) และศึกษาผลโดยการทำ RCT ในภาคเหนือ หลังการบำบัดหนึ่งเดือนพบการลดการใช้สารและลดการนอนโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม

บรรณานุกรม

1. United Nations Office on Drugs and Crime. Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence in Southeast Asia. Bangkok. 2014.
2. International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres (Treatnet). Good practice document Community Based Treatment: Good Practice. Vienna: United Nations; 2008.
3. พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, รักชนก จินดาคำ. รูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในชุมชน: บทเรียนรู้ในพื้นที่. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.); 2557.

10. Aftercare & Outcome Evaluation (การดูแลหลังการรักษาและการประเมินผล)

ในปัจจุบัน ยังไม่มียาหรือการรักษาทางจิตสังคมที่สามารถใช้รักษาการติดสารเสพติดได้อย่างเด็ดขาด จึงจำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังการรักษา (aftercare) ทั้งการรักษาโดยใช้ยาหรือการติดตามการรักษาแบบระยะยาว เพื่อให้เกิดผลที่ดีจากการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ที่มีปัญหาการติดสารเสพติดควรได้รับการดูแล การประเมิน และการติดตามผลแบบระยะยาวคล้ายกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น⁽¹⁾ เนื่องจากการติดสารเสพติดจัดเป็นโรคเรื้อรัง ที่ส่งผลต่อสมองส่วน reward, motivation, memory และวงจรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ติดสารเสพติดไม่สามารถหยุดเสพได้อย่างถาวร เกิดอาการอยากสาร มีปัญหาในการควบคุมพฤติกรรม และอารมณ์ และมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยหากผู้ติดสารไม่ได้เข้าสู่กระบวนการรักษานำบำบัดฟื้นฟู จะยิ่งเกิดสภาพไร้ความสามารถ หรือเสียชีวิตได้ก่อนวัยอันควร⁽²⁾ ทั้งนี้ พบว่า วัยรุ่นที่ติดสารเสพติดสามารถหยุดเสพได้ต่อเนื่องในระยะเวลา 6 และ 12 เดือน โดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ⁽³⁾

รูปแบบของการติดตามต่อเนื่อง (Continuing Care Models) อาทิเช่น adaptive telephone continuing care, Recovery Management Checkup, Community Relapse Prevention and Maintenance program เป็นต้น⁽⁴⁾

ข้อเสนอแนะที่ 1: ควรมีระยะเวลาในการติดตามต่อเนื่องหลังการบำบัดอย่างน้อย 12 เดือน หรือมากกว่า และนำการบำบัดทางจิตสังคมมาใช้ให้เหมาะสมกับผู้เข้ารับการบำบัดแต่ละคน

ความหนักแน่นของข้อเสนอแนะ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ

หมายเหตุ

- Godley และคณะ ได้ศึกษาการติดตามต่อเนื่องในกลุ่มวัยรุ่นที่จำหน่ายออกหลังการรักษา พบว่าการได้รับ aftercare intervention เพิ่มการคงอยู่ในการรักษา ทั้งยังส่งผลให้เพิ่มอัตราการหยุดเสพสารเสพติดให้สูงขึ้น⁽⁵⁾
- Aftercare intervention ที่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย
 - ระยะเวลาดูแลต่อเนื่อง 12 เดือนหรือมากกว่า
 - การให้ intervention อย่างตั้งใจ กระตือรือร้น และเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละรายบุคคล
- Adaptive telephone continuing care: เป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ที่มีรูปแบบชัดเจน 15-30 นาที สัมภาษณ์ทุกสัปดาห์ในช่วงแรก และขยายห่างเวลาเป็นทุกเดือนในเวลาต่อมา โดยสามารถเพิ่มอัตราการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้สูงขึ้น (ร้อยละ12) และลดอุบัติการณ์การใช้โคเคน (ร้อยละ10-15)

เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้ standard care การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์นี้ ประกอบด้วย ■ การตรวจสอบอาการ และความคืบหน้า ■ ค้นหาปัญหา หรืออุปสรรคที่รบกวนกระบวนการบำบัด ■ มุ่งเน้นไปที่การวางแผน และการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม ■ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกระตือรือร้นในการเข้าสู่การบำบัด • Recovery Management Checkup (RMC): เป็นการสัมภาษณ์หลังการรักษาทุก 3 เดือน หากประเมินแล้วจำเป็นต้องได้รับการรักษา ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อเพื่อรับการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ และสำรวจความเป็นไปได้ที่จะกลับไปรักษา รวมถึงการประเมินอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้น เมื่อกลับเข้าสู่การรักษาฟื้นฟู การทำ RMC สามารถลดเวลาที่จะกลับเข้าสู่กระบวนการรักษา (376 วันเทียบกับ 600 วัน) เพิ่มจำนวนวันที่อยู่ในกระบวนการรักษา (62 วันเทียบกับ 40 วัน) ลดอัตราผู้ที่ต้องการการรักษาหลัง 24 เดือน (ร้อยละ 43 เทียบกับ 56) เพิ่มแนวโน้มที่จะกลับไปรักษา (ร้อยละ 70 เทียบกับ 51) และเพิ่มจำนวนวันที่หยุดเสพในระยะเวลาที่มากกว่า 4 ปี (1,026 วันเทียบกับ 932 วัน) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้ standard care⁽⁶⁾ • Kaminer และคณะ ได้ทำการศึกษาแบบ randomized controlled ถึงประสิทธิภาพของ aftercare intervention ในวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี จำนวน 117 ราย ที่ติดแอลกอฮอล์ หลังได้รับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นเวลา 9 สัปดาห์ พบว่า active aftercare intervention ทั้ง 2 แบบ (In-Person Active, Brief-Telephone Active) มีประสิทธิภาพในการชะลอการกลับไปดื่มซ้ำ หลังการรักษา เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม^(7, 8) • การรักษาทางจิตสังคมโดยการให้คำปรึกษาครอบครัวและคู่สมรสมีบทบาทสำคัญเช่นกัน

ข้อแนะนำที่ 2: ควรนำการคงอยู่ในการบำบัดรักษา และการกลับไปเสพสารซ้ำ มาใช้เป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการบำบัดรักษา	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ
หมายเหตุ • ตัวชี้วัดสองตัวที่ถูกนำมาใช้บ่อยในการประเมินผลการรักษาการติดสารเสพติด คือ ■ ระยะเวลาที่อยู่ในกระบวนการบำบัดรักษาและความสำเร็จของการบำบัดครบตามโปรแกรมการรักษา (retention and drop-out) ■ ระดับปริมาณการใช้สารเสพติดทั้งในระหว่างรักษาและหลังการบำบัดรักษา (abstinence or relapse)⁽⁹⁻¹¹⁾	

บรรณานุกรม

1. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic mental illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*. 2000; 284:1689–1695.
2. American Society of Addiction Medicine. "Definition of Addiction". [cited 2015 April 21]; Available from: <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>.
3. Williams RJ, Chang SY. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clin Psychol Sci and Prac*. 2000; 7: 138–166.
4. Matheson FI, Doherty S, Grant BA. Community-based aftercare and return to custody in a national sample of substance-abusing women offenders. *Am J Public Health*. 2011; 101:1126–1132
5. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk RR, Passetti LL. The effect of assertive continuing care on continuing care linkage, adherence, and abstinence following residential treatment for adolescents with substance use disorders. *Addiction*. 2007; 102:81–93.
6. BJA/NIJ Research to Practice Initiative, "'Aftercare, Relapse Prevention and Continuing Care': Applying Research Findings to Practice". Webinar Brief" (2013). Access to Justice. Paper 33.
7. Kaminer Y, Burleson JA, Burke RH. Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: A randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008; 47:1405–1412.
8. Burleson JA, Kaminer Y, Burke RH. Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat*. 2012; 42:78–8.
9. Laudet A, Stanick V, Sands B. What could the program have done differently? A qualitative examination of reasons for leaving outpatient treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2009; 37:182–190.
10. Vanderplasschen W, Colpaert K, Autrique M, Rapp RC, Pearce S, Broekaert E, et al. Therapeutic communities for addictions: A review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *ScientificWorldJournal*. 2013. doi: 10.1155/2013/427817.
11. Zhang Z, Friedmann PD, Gerstein DR. Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*. 2003; 98: 673–684.

11. Harm reduction (การลดอันตราย)

“การลดอันตรายในเวชปฏิบัติมักทำให้เกิดความขัดแย้งหรือการโต้เถียงระหว่างการป้องกันโรค การรักษา และการลดผลกระทบทางสุขภาพ ผลกระทบที่ตามมาทางสังคมของผู้ใช้สาร การลดอันตรายจึงไม่ใช่เพียงการเลือกวิธีการในการปฏิบัติ แต่เป็นการผสมผสานทุกมาตรการอย่างกลมกลืน”

Antonio Maria Costa, UNODC, 2008

ในอดีต การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดมักมุ่งเน้นไปที่การลดหรือหยุดการใช้สารเท่านั้น โดยขาดการคำนึงถึงการป้องกันผลกระทบอันไม่พึงประสงค์ของการใช้สารหากผู้เข้ารับการบำบัดยังไม่สามารถหยุดใช้สารได้ ปัจจุบันจึงมีการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านกลวิธีการลดอันตรายโดยมุ่งเน้นที่การลดผลกระทบเชิงลบของการใช้สารเสพติดทั้งต่อตัวผู้ใช้สารเองและต่อชุมชน

ปัจจุบันบุคลากรสุขภาพและผู้ใช้สารมีความตระหนักเกี่ยวกับกลยุทธ์การลดอันตรายเพิ่มมากขึ้นและเริ่มถูกนำมาใช้ในยุทธศาสตร์และกฎหมายของประเทศในทวีปยุโรปและในอีกหลายประเทศทั่วโลก แม้ว่าอาจมีความขัดแย้งทางความคิดในเรื่องของการบำบัดรักษาผู้ใช้สาร แต่เป้าหมายสูงสุด (ultimate goal) ของการรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด คือ การหยุดใช้สารอย่างเด็ดขาด (total abstinence) กลยุทธ์ต่างๆ และการควบคุมปริมาณการใช้กลยุทธ์เหล่านั้นในการลดอันตรายจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของทุกโปรแกรมการบำบัด และบางมาตรการจะใช้เป็นทางเลือกสุดท้ายในขณะที่ผู้ใช้สารเสพติดยังไม่มีความพร้อมในการเลิกการใช้สาร ที่ผ่านมามีวิธีการต่างๆ อาทิ การลดอุปทาน การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน การให้ความรู้ในเชิงป้องกันพฤติกรรมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ อาจพบว่าในระยะเวลาต่อการหยุดเสพสารเสพติดได้ อย่างไรก็ตาม จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าควรมีวิธีการที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วในการป้องกันผลกระทบเชิงลบที่อันตรายต่อผู้ใช้สาร ครอบครัว และชุมชน

ผลกระทบจากการใช้สารเสพติดได้ถูกแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ในรูปแบบ 4Ls model หรืออันตราย 4 ด้านจากการใช้สารเสพติด ซึ่งแบ่งตามผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับความเสียหายของผู้ใช้สารและบุคคลอื่น ได้แก่



ทั้งนี้ อันตรายที่น่าเป็นหลักในการพิจารณาห่วงใยของกลยุทธ์ลดอันตรายประกอบด้วย 3 ด้าน

Drug acquisition harms (การได้มาซึ่งสารเสพติด) เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเผชิญสถานการณ์ที่รุนแรง เช่น การลักขโมย การก่ออาชญากรรม การค้าสารเสพติด เป็นต้น
Drug use harms (อันตรายจากการใช้สารเสพติด) เกี่ยวข้องกับการใช้ ปริมาณการใช้ วิธีการใช้สาร ซึ่งพบว่าวิธีการใช้สารที่แตกต่างกันจะมีผลทางเภสัชวิทยาที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อสภาวะทางกายและใจที่ต่างกัน ตัวอย่างเช่น การใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น อาจทำให้เกิดบาดแผลเปิด การบาดเจ็บของเส้นเลือดดำ เกิดฝีหนองและการติดเชื้อ โรคผิวหนัง โรคติดเชื้อ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้เข็มร่วมกันหรือมีการฉีดสารอย่างต่อเนื่อง ความเสี่ยงในการได้รับสารเกินขนาด และความเสี่ยงภายใต้อิทธิพลของการมึนเมาสาร ซึ่งปัญหาดังกล่าวพบบ่อยในกลุ่มผู้ใช้สารชนิดฉีดเข้าเส้น
Drug withdrawal harms (อันตรายจากภาวะขาดสาร) เกี่ยวกับผลจากการลดหรือการหยุดการใช้สารเสพติดอย่างฉับพลัน อาจทำให้เกิดปัญหาในหน้าที่การทำงานและหน้าที่ทางสังคม อาการขาดสาร อาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางกายภาพ (physical withdrawal) ทางจิตใจ (psychological withdrawal) พฤติกรรมเสี่ยงสูง และอาชญากรรม

เป้าหมายของกลยุทธ์การลดอันตรายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมาได้ 4 รูปแบบ (ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ 2557)

เป้าหมายเบื้องต้น คือ ลดอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (มากกว่าลดการใช้สารเสพติด)	เป้าหมายระยะสั้น คือ ปกป้อง ป้องกัน และดูแลการติดเชื้อ HIV/AIDs ในผู้ใช้สารเสพติด
เป้าหมายเฉพาะ คือ ดึงผู้ใช้สารเสพติดออกจากการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายหรือหยุดฉีดสาร	เป้าหมายสูงสุด คือ ช่วยให้สามารถปรับตัวเองโดยการลดการใช้สารและธำรงสภาพการไม่กลับเสพซ้ำให้นานขึ้น ดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุขจนกระทั่งหยุดใช้สารได้ในที่สุด

กลยุทธ์ทั่วไปของการลดอันตราย (United Nations Office on Drugs and Crime 2008)

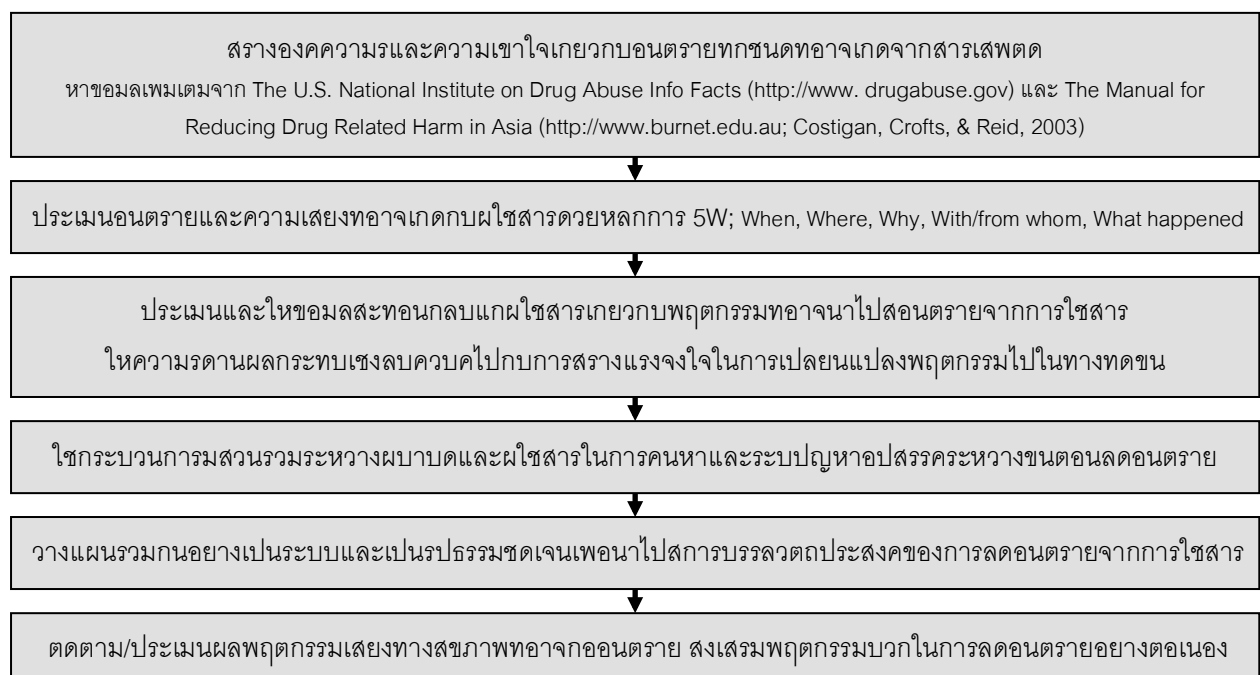
Education strategies เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการลดอันตราย โดยเน้นการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้องเกี่ยวกับผลกระทบและความเสี่ยงที่ตามมาจากการใช้สารเสพติดเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและลดความเสี่ยง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยง ทางกาย ทางจิตสังคม การใช้สารเกินขนาด โรคติดเชื้อ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวช การขับชียาน พาหนะขณะมึนเมา เป็นต้น	Intervention to reduce injury and violence สารเสพติด เช่น การดื่มสุรามีความเกี่ยวข้องกับการได้รับบาดเจ็บ ความรุนแรง และปัญหาทางสังคม ดังนั้น มาตรการต่างๆ ที่มีในการลดความรุนแรงทั้งปริมาณการดื่ม การบังคับใช้กฎหมาย การควบคุมการจำหน่าย จึงเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดอันตราย
Brief intervention and counseling การบำบัดแบบสั้นมุ่งที่การปรับลดพฤติกรรมที่เสี่ยง อาจผสมผสานหลักการของการบำบัดทางความคิด (Cognitive Behavioral Therapy) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Motivational Interview) ใช้เวลาตั้งแต่ 15 นาที ถึง 4 ชั่วโมง อาจจำเป็นต้องมีการบำบัดหลายครั้งขึ้นกับสภาพปัญหาและบริบทของผู้ให้บริการผู้รับบริการ	มาตรการป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติดกลุ่มสารกระตุ้นประสาท (ATS) จากความถี่และสถิติของการใช้สารพบว่าผู้ใช้สารเสพติดมีแนวโน้มในการใช้สารกลุ่ม ATS เพิ่มขึ้น มาตรการการลดอันตรายเฉพาะสำหรับกลุ่ม ATS คือ การมุ่งเน้นการดูแลภาวะวิกฤติฉุกเฉินทางกาย (autonomic hyperactivity and crisis) และทางจิต (violence, suicide, homicide) เป็นต้น

หลักการที่นำมาใช้ในการกำหนดนโยบายหรือวางมาตรการลดอันตราย มีดังต่อไปนี้

<u>ปฏิบัตินิยม (Pragmatism)</u> แนวคิดของการลดอันตรายยอมรับว่าการใช้สารที่มีฤทธิ์ต่อจิตใจซึ่งเป็นพฤติกรรมธรรมดาที่เกิดขึ้นได้ในชีวิต ถึงแม้ว่าการใช้สารเหล่านี้จะทำให้เกิดโทษแต่ก็ต้องยอมรับว่าพฤติกรรมนี้ก็ทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ใช้ด้วยเช่นกัน ดังนั้นหากมองภาพรวมระดับชุมชน การจำกัดหรือลดอันตรายจากการดื่มสุรา หรือการทำให้คนดื่มสุราได้อย่างปลอดภัยอาจจะเป็นมาตรการที่ทำได้สำเร็จ มากกว่าการกำจัดสุราให้หมดสิ้นไปจากสังคม
<u>คุณค่าความเป็นมนุษย์ (Humanistic Values)</u> ต้องยอมรับการตัดสินใจของผู้ใช้สารในการใช้สารเสพติดของตนเอง ซึ่งไม่ได้หมายความว่าสังคมจะต้องยอมรับการใช้สารเสพติดแต่คนในสังคมจะต้องไม่ใช้มาตรฐานทางจริยธรรมของตนเองมาตัดสินว่าการใช้สารเสพติดเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด ไม่ว่าจะเป็นการใช้สารชนิดใด ปริมาณเท่าไร หรือด้วยวิธีการใดก็ตาม โดยควรพิจารณาพหุปัจจัยและสิทธิของผู้ใช้สารเสพติดในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง
<u>มุ่งเน้นที่อันตราย (Focus on Harms)</u> หลักการนี้มองว่าพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมีความสำคัญรองมาจากอันตรายที่เกิดขึ้นจากการใช้สารนั้น อันตรายดังกล่าวอาจจะสัมพันธ์กับสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ หรือปัจจัยอื่น และไม่ได้มีผลต่อผู้ใช้สารเพียงคนเดียว แต่อาจมีผลกับชุมชนหรือสังคมในวงกว้างด้วยก็ได้ ตัวอย่างเช่น การส่งเสียงดังเอะอะโวยวายของผู้ที่เมาสุราอาจจะเป็นการรบกวนคนอื่นที่อยู่รอบข้าง ดังนั้น เป้าหมายสำคัญที่สุดคือการลดผลกระทบทางลบของการใช้สารที่มีต่อผู้ใช้และผู้อื่นแทนที่จะเป็นการลดการใช้สารนั้นลง เช่น การลดอุบัติเหตุจราจรที่เกิดจากการขับรถยนต์เมาสุราก็เป็นมาตรการลดอันตรายอย่างหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ในการใช้มาตรการลดอันตรายก็ไม่ได้หมายความว่าต้องตัดเป้าหมายของการเลิกใช้สารเสพติดในระยะยาวออกไปเสียทีเดียว ในบางกรณีการลดปริมาณสารที่ใช้ อาจจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดอันตรายของการใช้สารเสพติดนั้นก็ได้ หรือในบางกรณีการเปลี่ยนวิธีการเสพสารอาจจะเป็นวิธีการลดอันตรายที่ดีที่สุดก็ได้
<u>ทำให้เกิดความสมดุลย์ของความสูญเสียและประโยชน์ (Balancing Costs and Benefits)</u> ในการวางแผนนโยบายหรือมาตรการลดอันตรายนั้น ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีวิธีการที่รัดกุมและแม่นยำในการวัดและประเมินอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ราคาและประโยชน์ของมาตรการที่ใช้ เพื่อจะได้ทราบว่าควรจะต้องลงทุนที่กิจกรรมใดเป็นอันดับแรก การวิเคราะห์สมดุลย์นี้ควรพิจารณาไปจนถึงประโยชน์ที่จะเกิดกับชุมชนและสังคมในวงกว้างด้วย ไม่ใช่มองเพียงแต่ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้สารเสพติดเท่านั้น ดังนั้นในการประเมินผลกระทบของมาตรการลดอันตราย ผู้ประเมินจึงมักจะเปรียบเทียบกับมาตรการอื่นหรือการไม่มีมาตรการใดๆ ซึ่งในบางครั้งการประเมินให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความเที่ยงตรงก็ทำได้ยากเพราะมีปัจจัยเกี่ยวข้องอีกมากมาย
<u>ให้ความสำคัญกับเป้าหมายเฉพาะหน้า (Priority of Immediate Goals)</u> โปรแกรมลดอันตรายส่วนใหญ่จะวางเป้าหมายเป็นลำดับขั้นตามความสำคัญ โดยเป้าหมายแรกมักจะให้ความสำคัญกับสิ่งที่จำเป็นที่สุดของคนกลุ่มเป้าหมายหรือชุมชนนั้น ตัวอย่างเช่น หญิงวัยรุ่นที่มีอาการเมาสุราและไม่สามารถกลับบ้านได้ในกลางดึก การดูแลขั้นแรกอาจจะเป็นการจัดหาที่พักพิงอันปลอดภัยให้อยู่จนสว่าง (sober-up shelter) การทำให้เป้าหมายเฉพาะหน้าบรรลุผลสำเร็จตามความเป็นจริง จะเป็นก้าวแรกในการลดความเสี่ยงจากการใช้สาร และอาจจะนำไปสู่การหยุดหรือเลิกใช้สารในที่สุดได้

ข้อแนะนำที่ 1: การใช้มาตรการลดอันตรายควรใช้เป็นมาตรการสำหรับผู้ที่ใช้สารเสพติดที่ยังไม่พร้อมเลิกสารเสพติดได้ เป็นการยืดหยุ่นวิธีการรักษาโดยยึดความพร้อมของผู้เข้ารับการบำบัดเป็นศูนย์กลาง	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +/-	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง
หมายเหตุ: • แนวปฏิบัติการลดอันตรายจากการใช้สาร (Harm reduction) เป็นแนวทางที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบจากการใช้สารเสพติด แบ่ง 10 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจความตระหนักและการประเมินผลความเสี่ยงของตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อ HIV/AIDs (Information Education and Communication: IEC) 2) การจัดบริการ methadone ระยะยาว (Methadone Maintenance Treatment: MMT) 3) การจัดบริการเข็มและอุปกรณ์สะอาด (Needle and Syringe Program: NSP) 4) การให้คำปรึกษาและตรวจหาเชื้อ HIV โดยสมัครใจ (Voluntary Counseling and Testing: VCT) 5) การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) 6) กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer education) 7) การทำงานเชิงรุกเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Outreach program) 8) การให้คำปรึกษาเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Counseling for harm reduction) รวมถึงการลดอันตรายจากอุบัติเหตุขณะใช้สาร เช่น หากดื่มสุราไม่ควรทำกิจกรรมเสี่ยง เช่น ขับรถ 9) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยา (Treatment and rehabilitation for drug users) 10) ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารและความช่วยเหลือ (Drop in center)	

ข้อแนะนำสำหรับผู้ให้บริการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น มีขั้นตอนดังนี้ (UNODC 2008)



ข้อแนะนำที่ 2: ควรจัดบริการให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจ ความตระหนัก และการประเมินผลความเสี่ยงของตนเองต่อการป้องกันการติดเชื้อ HIV/AIDs, Hepatitis B และ C (Information Education and Communication: IEC) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการลดอันตรายจากการใช้สาร จึงจะสามารถให้บริการให้ผู้ใช้สารเสพติดเปลี่ยนแปลงตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ ถึง ปานกลาง

หมายเหตุ:

- ควรให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติดไปพร้อมกับความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยควบคู่ไปกับกระบวนการอื่นๆ เช่น การคัดกรอง การบำบัดอย่างย่อ (Brief Intervention) เป็นต้น และครอบคลุมไปถึงกระบวนการและวิธีใช้สารเสพติด (route of administration) ทั้งนี้การให้ความรู้อาจเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม ขึ้นกับบริบทของสถานบริการ
- หลักการในการดูแลป้องกันการติดเชื้อ HIV ในผู้ใช้สารชนิดฉีดเข้าเส้น (UNODC 2008) มีดังนี้
 - 1) มีทัศนคติที่ไม่ตัดสิน
 - 2) ให้ความสำคัญกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้สาร
 - 3) ใช้เป้าหมายระยะสั้นที่สามารถปฏิบัติและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ได้จริง
 - 4) ให้ข้อมูลที่เพียงพอเหมาะสมเกี่ยวกับการติดต่อของ HIV การป้องกัน และการดูแลตนเอง
 - 5) มุ่งเน้นไปที่การทำให้ผู้ใช้สารเห็นข้อเท็จจริงจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของตนเอง โดยทำให้เข้าใจง่าย ปฏิบัติได้จริงและเหมาะสม
 - 6) ให้ทางเลือกต่างๆ ในการลดอันตรายที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้สารแต่ละราย
 - 7) จัดหาหรือสนับสนุนให้เกิดสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการลดอันตรายที่เกิดจากการใช้สาร เช่น อาชีพร่วมกัน ครอบครัวยุติธรรม กลุ่มเพื่อนผู้ใช้สาร และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น
 - 8) มีทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญร่วมกันวางแผนและนำกลยุทธ์การลดอันตรายไปสู่การปฏิบัติได้จริง

การลดอันตรายสำหรับผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (UNODC 2008)

1. Low threshold pharmacological intervention หนึ่งในเป้าหมายของวิธีการนี้เพื่อลดความเสี่ยงจากการแพร่ระบาดของ HIV โรคติดเชื้ออื่นๆ โดยการใช้สารทดแทนหรือสารต้านฤทธิ์ (opioid agonist and opioid antagonist) ได้แก่ การใช้ methadone ทดแทนเป็นต้น การใช้สารทดแทนเป็นกระบวนการทดแทนการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมายโดยใช้ยาทางการแพทย์ที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกัน อาทิเช่น การใช้ methadone โดยกระบวนการใช้สารทดแทนต้องอยู่ภายใต้การดูแลกำกับอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรสุขภาพที่มีความรู้ความชำนาญ
2. Needle/syringe programs (โปรแกรมเข็มและอุปกรณ์สะอาด) มุ่งเน้นไปที่การลดการใช้เข็มร่วมกัน การให้ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์และเข็มที่สะอาดในรายที่ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีดเข้าเส้นเลือด ควรดำเนินการควบคู่กันระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมภายใต้บทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันในแต่ละบริบท
3. Antiretroviral therapy ควรจัดให้มีบริการและการเข้าถึงโดยสะดวกโดยขึ้นกับแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV และบริบทของผู้ติดเชื้อ

4. Overdose prevention
 - Naloxone เป็น short-acting opioid antagonist ซึ่งช่วยลดผลกระทบฉุกเฉินที่เกิดจากการใช้เฮโรอีนเกินขนาด
 - การใช้ยาอื่นที่มีฤทธิ์คล้ายเฮโรอีน ได้แก่ methadone ช่วยลดความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดเกินขนาด โดยการบริหารยาภายใต้การควบคุมอย่างเข้มงวดโดยแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพ
 - การดูแลภาวะการณืใช้สารเสพติดเกินขนาด กลุ่มเป้าหมายอาจรวมไปถึงการให้ความรู้แก่ผู้ใช้สารเพื่อการดูแลตนเอง (peer-to-peer education) ในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการดูแลจัดการเพื่อช่วยฟื้นชีพ (CPR) ตามแนวปฏิบัติภาวะฉุกเฉิน
 - การจัดระบบส่งต่อระหว่างกลุ่มผู้ใช้สารกับสถานบริการเป็นหนึ่งในวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดการสูญเสียชีวิตจากการใช้สารเกินขนาด
5. การดูแลรักษาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นอกเหนือจาก HIV/AIDS hepatitis B, C แล้ว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นภาวะที่พบได้บ่อย และอาจนำไปสู่อันตรายต่างๆ ที่เกิดจากการใช้สารเสพติดได้
6. กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพได้แก่ การรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย การบำบัดรักษา
7. การให้ความรู้แก่ผู้ขายบริการทางเพศ เป็นหนึ่งในมาตรการที่มีประสิทธิภาพ
8. การให้ความรู้แก่มารดาเพื่อที่จะลดอุบัติการณ์การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ เป็นหนึ่งในวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยการใช้ antiretroviral therapy ที่เหมาะสม การดูแลหลังคลอด การงดการให้นมบุตร ตลอดจนการตรวจการติดเชื้อในทารกตามกรอบระยะเวลาที่กำหนดในแนวปฏิบัติ
9. Wound care and vein maintenance เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อบริเวณที่ฉีดสารเสพติดและการทำความสะอาดบริเวณที่ฉีดของผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น vein maintenance รวมไปถึงการเตรียมเส้นเลือด การรักษาเส้นเลือดดำสำคัญ การเลี่ยงการฉีดผ่านเส้นเลือดแดง การเลือกตำแหน่งที่ฉีด การลดปริมาณความถี่ในการฉีด ชนิดของสารเสพติดที่ฉีด

ข้อแนะนำที่ 3: ควรจัดให้มีบริการตรวจเลือดหา HIV, hepatitis B, C และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยสมัครใจ Voluntary counseling and testing (VCT) ให้ผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นหนึ่งในมาตรการลดอันตรายเชิงการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ปานกลาง

หมายเหตุ:

- Voluntary counseling and testing (VCT) เป็นการเฝ้าระวังและการนำผู้ติดเชื้อ HIV เข้าสู่กระบวนการรักษาเป็นสิ่งสำคัญที่สุด การตรวจเลือดโดยสมัครใจจำเป็นต้องมีการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด
- Pre-test counseling มุ่งเน้นที่การประเมินข้อมูลที่จำเป็นจากประวัติทางอายุรกรรม ประวัติการใช้ยา ความเข้าใจเกี่ยวกับ HIV/AIDS พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จำนวนคู่นอน การใช้ถุงยางอนามัย การเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงสูงและควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเลือด เช่น การแปลผล การติดตาม
- Post-test counseling ขึ้นกับผลการตรวจ ในกรณีผลลบ ผู้รับการปรึกษาควรได้รับข้อมูลผลการตรวจซึ่งอาจจำเป็นต้องมีการตรวจซ้ำในอีก 3-6 เดือนถัดไป ส่วนในกรณีผลบวกจำเป็นต้องมีการยืนยันผลและวางแผนทางการส่งต่อเพื่อการรักษาอย่างเหมาะสม

บรรณานุกรม

1. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 164) พ.ศ.2543 เรื่องระเบียบข้อบังคับเพื่อควบคุมการ บำบัดรักษาและระเบียบวินัย สำหรับสถานพยาบาล; 2543
2. Thailand medical service profile Opioid
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Text Revision (DSM-IV-TR). APA: Washington, DC, 2000.
4. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. 2006. Available online at: www.who.int/icd/currentversion/fr_icd.htm.
5. Caplehorn JR, Dalton MS, Haldar F, Petrenas AM, Nisbet, JG. Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. Subst Use Misuse. 1996; 31: 177-196.
6. Center for Substance Abuse Treatment. Methadone-Associated Mortality: Report of a National Assessment, May 8-9, 2003. CSAT Publication No. 28-30. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2004.
7. World Health Organization. Guideline for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence; 2009
8. Kenny P, Swan A, Berends L, et al. Turning Point Alcohol and Drug Centre Alcohol and other drug withdrawal: Practice guidelines, Chapter 11: Opioid withdrawal; 2009
9. โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่. มาตรฐานการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเมทาโดนของโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
10. Mental Health and Drug and Alcohol Office, NSW Department of Health. NSW Drug and Alcohol Withdrawal Clinical Practice Guidelines; 2008
11. Nicholls L, Bragaw L, Ruetsch C. Opioid Dependence Treatment and Guideline. J Manag Care Pharm. 2010; 16: S14-S21.
12. โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน. แนวทางการบำบัดรักษาผู้เสพติดฝิ่นขั้นบำบัดด้วยยา
13. Krambeer LL, Mcknelly jr WV, Garbrielle jr WE, et al. Methadone Therapy for Opioid Dependence. Am Fam Physician. 2001; 63: 2404-10
14. Addy, D., & Ritter, A. Clinical Treatment Guidelines for Alcohol and Drug Clinicians. No 4: Reducing Harm for Clients who continue to Use Drugs. Fitzroy, Victoria, Australia: Turning Point Alcohol and Drug Centre. 2000.
15. Costigan, G., Crofts, N., & Reid, G. Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia. Melbourne, Victoria, Australia: The Centre for Harm Reduction. 2003.
16. Commission of the European Communities. Report from the Commission to the European Parliament and the Council. Brussels, 2007. COM (2007) 199 final.

17. Council of the European Union. EU Drugs Strategy (2005-2012). 2004. Available at <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=6790&sLanguageISO=EN>.
18. Hilton, B.A., Thompson, R., Moore-Dempsey, L., & Janzen, R.G. Harm reduction theories and strategies for control of human immunodeficiency virus: A review of the literature. *J Adv Nurs*. 2000; 33: 357-370.
19. Ritter, A., & Cameron, J. A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug Alcohol Rev*. 2006; 25: 611-624.
20. Roizen, R., & Weisner, C. Fragmentation in Alcoholism Treatment Services: An Exploratory Analysis. Berkeley, CA, United States: Alcohol Research Group, University of California. 1979.
21. Ruefli, T., & Rogers, S. How do drug users define their progress in harm reduction programs? Qualitative research to develop user-generated outcomes. *Harm Reduct J*. 2004; 1: 8. Available at <http://www.harmreductionjournal.com/content/1/1/8>.
22. United Nations Office on Drugs and Crime. HIV Prevention among Young Injecting Drug Users. Publication No. E.04.XI.20. ISBN 92-1-148190-2. Vienna, Austria. 2004. Available at http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_hiv_english.pdf
23. United Nations Office on Drugs and Crime. Reducing Adverse Health and Social Consequences of Drug Abuse: A Comprehensive Approach. Discussion Paper. 2008. Available at <http://www.unodc.org/documents/prevention/Reducing-adverse-consequences-drug-abuse.pdf>.
24. United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) and the World Health Organization (WHO). AIDS Epidemic Update: December. 2006. Available at http://www.unaids.org/en/HIV_data/epi2006/default.asp.
25. อรัญญา เชาวลิตรและคณะ. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ และการดูแลผู้ป่วยเอดส์. (หน้า 147-200). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537

12. Special Population (กลุ่มประชากรเฉพาะ)

12.1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สุราหรือสารเสพติดอื่น

การใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นในระหว่างการตั้งครรภ์ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งในมารดาและในทารกมากมาย เช่น การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อย รกลอกตัวก่อนกำหนด (placental abruption) ภาวะขาดสารเสพติดในทารกแรกเกิด (neonatal abstinence syndrome) ผลกระทบที่รุนแรงที่สุดในเด็กที่เกิดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุรา ได้แก่ Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) ทารกที่เป็นโรคนี้จะมีใบหน้าที่มีรูปร่างผิดปกติที่เป็นลักษณะเฉพาะ คือ ร่องเหนือฝีปากบนเรียบ (smooth philtrum) ริมฝีปากบนบาง คางเล็ก จมูกแบน ตั้งจมูกต่ำ ความกว้างระหว่างหัวตากับหางตาสั้น (short palpebral fissures) มีการเจริญเติบโตบกพร่องทั้งในช่วงก่อนคลอดและหลังคลอด (prenatal and postnatal growth deficits) และมีความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง (ทั้งในด้านโครงสร้างและการทำงาน และความผิดปกติของพฤติกรรม)

การศึกษาต่างๆ ยืนยันว่าการสัมผัสกับแอลกอฮอล์ระหว่างอยู่ในครรภ์มารดาทำลายสมองของทารกอย่างถาวร ทำให้สมองพัฒนาผิดปกติ ซึ่งส่งผลให้เกิดความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ และเกิดปัญหาพฤติกรรมตามมา เช่น การออกจากโรงเรียนกลางคัน การใช้สุราหรือสารเสพติดอื่น การมีพฤติกรรมเกเร ปัญหาทางกฎหมาย และการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ทารกที่รับนมจากมารดาที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นในระหว่างให้นมบุตรจะมีโอกาสได้รับแอลกอฮอล์หรือสารนั้นเข้าไปด้วย ซึ่งส่งผลต่อวงจรการนอนหลับและพัฒนาการด้าน gross motor การแนะนำให้ผู้หญิงที่กำลังวางแผนจะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ และหญิงที่อยู่ในระหว่างการให้นมบุตรไม่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นใดเลยจึงเป็นแนวปฏิบัติที่ปลอดภัยที่สุด

นอกจากนี้ หากหญิงตั้งครรภ์ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดตัวอื่นด้วยหลายตัวร่วมกันก็จะทำให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับทารกในครรภ์และแรกคลอด และหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นมักจะมีปัญหาในการทำหน้าที่มารดา ส่งผลให้เลี้ยงดูบุตรที่เกิดมาอย่างไม่มีคุณภาพและมีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กต่อไปในอนาคต

การศึกษาคความชุกของการใช้สุรา ยาสูบ และสารเสพติดอื่นในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดสงขลาในปี พ.ศ. 2556-2557 พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ 3,568 คน ร้อยละ 5.8 ใช้สุรา ร้อยละ 1.7 ใช้ยาสูบ ร้อยละ 0.8 ใช้สารเสพติดชนิดอื่น และร้อยละ 30.9 มีปัญหาสุขภาพจิตระหว่างการตั้งครรภ์ครั้งนี้ โดยปัจจัยเสี่ยงของการใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ ได้แก่ การไม่ได้แต่งงาน ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้มาก่อน ไม่สามารถพึ่งพาคนอื่นได้ ไม่ได้ทำงาน และการมีปัญหสุขภาพจิตหรือการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงซึ่งกันและกัน การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความชุกของการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติดอื่น และปัญหาสุขภาพจิตสูงมากในหญิงตั้งครรภ์ ควรมีการคัดกรองการใช้สารเสพติดและปัญหาสุขภาพจิตและให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

ข้อแนะนำที่ 1: หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะเมาสุราหรือสารเสพติดอื่นควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด หรือ การรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อประเมินสุขภาพครรภ์และทารกในครรภ์และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ

หมายเหตุ

- หญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเมาสุราจะมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับสุราเกินขนาด อาเจียนและสำลัก แท้งบุตร หรือคลอดก่อนกำหนดได้
- หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราปริมาณมากมีความเสี่ยงสูงที่จะคลอดบุตรน้ำหนักตัวน้อย คลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวต่ำกว่าที่ควรเป็นตามอายุครรภ์
- หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะเมายาบ้างอาจจะมีพฤติกรรมรุนแรงหรืออาการทางจิตที่เป็นอันตรายทั้งกับ มารดาและทารกในครรภ์
- หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะเมาสุราหรือสารเสพติดจึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล ผดุงครรภ์ที่มีความเชี่ยวชาญหรือสูติแพทย์เพื่อประเมินสุขภาพครรภ์และทารกในครรภ์ ในบางราย อาจจะจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน เพื่อจะได้ติดตามดูแลได้อย่างใกล้ชิด และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุด้วย

ข้อแนะนำที่ 2: หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นควรได้รับการประเมินทางคลินิกอย่างครอบคลุม และ ได้รับการดูแลรักษาทางจิตสังคมที่เหมาะสมเฉพาะตัวและตามศักยภาพของสถานพยาบาลนั้น

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ S

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ

หมายเหตุ

- การประเมินทางคลินิกในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สุราหรือสารเสพติดควรประกอบด้วย การประเมินแบบ แผนการใช้สารเสพติด โรคร่วมทางกายและทางจิตเวช บริบทครอบครัวและสังคม และปัญหาอื่นๆ อย่างครอบคลุม
- การบำบัดรักษาที่เหมาะสมเฉพาะตัวประกอบด้วย การเลือกวิธีการรักษาทางจิตสังคมที่เหมาะสมกับ หญิงตั้งครรภ์รายนั้น โดยพิจารณาตามความจำเป็นของหญิงตั้งครรภ์และรูปแบบการบำบัดที่มีอยู่ ตัวอย่างของจิตสังคมบำบัด ได้แก่ ความคิด-พฤติกรรมบำบัด (CBT), Contingency Management และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing or Enhancement –MI, MET)
- การสนับสนุนทางจิตสังคมประกอบด้วย การดูแลช่วยเหลือในเรื่องที่อยู่อาศัย การฝึกอาชีพ การสอน การเป็นพ่อแม่ที่ดี การฝึกทักษะชีวิต การให้คำปรึกษาทางกฎหมาย และ การเยี่ยมบ้าน เป็นต้น
- หลักฐานวิชาการแสดงว่า Contingency Management ได้ผลดีกว่าการดูแลรักษาตามปกติ (treatment-as-usual) ในการทำให้หญิงตั้งครรภ์คงอยู่ในการรักษา และลดการใช้สารเสพติดลงได้

ชั่วคราว แต่ยังไม่มีความรู้พื้นฐานวิชาการเพียงพอถึงผลของ MI ต่อการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ • การศึกษาบางงานพบว่าการบำบัดทางจิตวิทยาและการให้ความรู้ (psychological and educational interventions) อาจช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ลดหรือหยุดดื่มสุราลงได้บ้าง แต่มีข้อจำกัดถึงผลของจิตสังคมบำบัดต่อสุขภาพมารดาและทารก • หลักฐานวิชาการแสดงว่าการเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอดไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการใช้สุราหรือสารเสพติด การเข้ารับการรักษา การให้นมบุตรจากเต้า การให้ทารกได้รับวัคซีนตามกำหนด พัฒนาการของทารก การดูแลทารกโดยมารดาผู้ให้กำเนิด การเกิดอุบัติเหตุหรือการตายของทารก และการคุมกำเนิดหลังคลอด • เนื่องจากหลักฐานวิชาการถึงประสิทธิภาพของจิตสังคมบำบัดในหญิงตั้งครรภ์ยังมีจำกัด และการรักษาแบบจิตสังคมต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์ของผู้รักษาเป็นอย่างสูง ถึงแม้ว่าประโยชน์ของจิตสังคมบำบัดจะมากกว่าโทษที่อาจเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์หรือทารกก็ตาม ข้อเสนอแนะในการให้ทำจิตสังคมบำบัดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สุราหรือสารเสพติดทุกรายจึงขึ้นอยู่กับศักยภาพของสถานบริการนั้นๆ
--

ข้อแนะนำที่ 3: หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราหรือสารเสพติดอื่นโดยไม่รวมเฮโรอีนควรได้รับการแนะนำให้เข้ารับการรักษาดอนพิษสุราหรือสารเสพติดอื่น (detoxification) ภายใต้การดูแลทางการแพทย์โดยเร็วที่สุดเพื่อให้หยุดใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นได้อย่างปลอดภัย	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ
หมายเหตุ • หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราหรือสารเสพติดอื่นที่ต้องการได้รับการรักษาดอนพิษควรได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในหากมีความจำเป็นทางคลินิก และในระหว่างการรักษาดอนพิษควรให้ความสนใจกับสุขภาพของมารดาและทารกเท่าๆ กัน และปรับการดูแลรักษาให้เหมาะสม รวมทั้งให้จิตสังคมบำบัดแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายในระหว่างการรักษาดอนพิษ • การรักษาดอนพิษสามารถทำได้ในระหว่างการตั้งครรภ์ทุกระยะ แต่ไม่ควรให้การรักษาด้วยยา antagonists (เช่น naloxone หรือ naltrexone – ในกรณีการรักษาผู้ติดสารกลุ่ม opioids) เพื่อเร่งเวลาของการถอนพิษ • การรักษาภาวะขาดสารเสพติด (withdrawal syndrome) ด้วยยา (medication-assisted detoxification) มีความจำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดแอลกอฮอล์ benzodiazepines และสารกลุ่ม opioids • ส่วนภาวะขาดสารเสพติดจากสารชนิดอื่น เช่น สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนมีความรุนแรงทางคลินิกน้อยจึงไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการถอนพิษแต่อาจใช้ยาเพื่อรักษาอาการทางจิตเวชที่พบร่วม	

- การรักษาการถอนพิษด้วยยาในหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงของ fetal distress ระหว่างการรักษา หรือปัญหาในการคลอดหรือการคลอดก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับภาวะขาดสารเสพติดของทารกในครรภ์มากเพียงพอ
- การรักษาการถอนพิษในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดยาในกลุ่ม benzodiazepines ประกอบด้วย การค่อยๆ ถอนยา ออกทีละน้อยโดยมีเป้าหมายให้หญิงตั้งครรภ์ปลอดจากยาในช่วงเวลาคลอดบุตร หรือช่วงแรกหลังคลอด (postpartum period) การรักษาถอนพิษยาในกลุ่ม benzodiazepines มักจะทำโดยการเปลี่ยนเป็นยาที่ออกฤทธิ์ยาว (long-acting benzodiazepines) เช่น diazepam แล้วค่อยๆ ลดขนาด ยาลงจนกระทั่งปลอดยาในช่วงระหว่างการคลอดบุตรหรือเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยไม่ทำให้เกิด ภาวะขาดยาในหญิงตั้งครรภ์
- การรักษาถอนพิษในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุรามักจะทำโดยการให้ยาในกลุ่ม benzodiazepines ส่วนใหญ่ มักจะใช้ diazepam เป็นยาตัวแรก และให้ thiamine เสริม
- การรักษาถอนพิษในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารกลุ่ม opioids มักจะทำโดยการให้ methadone และค่อยๆ ลดขนาดยาลงภายในเวลา 3-14 วัน ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดอาการ withdrawal อย่างไรก็ตาม การรักษา ด้วย methadone ระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy) ได้ผลดีกว่าการรักษาถอนพิษ ทั้งในด้านการคงอยู่ในการรักษา (treatment retention) การหยุดใช้เฮโรอีน การมาฝากครรภ์ และการคลอดในโรงพยาบาลที่มีบริการเฉพาะสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้
- ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการดูแลรักษาภาวะขาดสารเสพติด (withdrawal) ด้วยยา (medication-assisted detoxification) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สุราหรือสารเสพติดอื่น รวมทั้งผลกระทบทั้งต่อมารดา และทารกยังมีค่อนข้างจำกัด อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาจากหลักฐานวิชาการเกี่ยวกับประสิทธิผลของการดูแลรักษาภาวะขาดสุราและ benzodiazepines ในประชากรทั่วไป ความปลอดภัยในการ ใช้ยารักษาถอนพิษ (เช่น diazepam) เป็นระยะเวลาสั้นๆ และอันตรายต่อสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และทารกหากมีภาวะขาดสาร เช่น อาการชักหรือ delirium tremens จากภาวะขาดสุรา และชัก หรืออาการโรคจิต (psychosis) จากภาวะขาด benzodiazepines หรือการให้หญิงตั้งครรภ์คงการใช้สุราหรือ benzodiazepines ต่อไปมีมากกว่าอันตรายจากการใช้ยารักษาถอนพิษ การแนะนำให้ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารเสพติดเหล่านี้ได้รับการดูแลรักษาถอนพิษด้วยยาจึงเป็นสิ่งจำเป็น เป็นข้อคำแนะนำที่มีความหนักแน่นในระดับสูง ถึงแม้ว่าหลักฐานวิชาการจะอ่อนถึงอ่อนมากก็ตาม

ข้อแนะนำที่ 4: หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราหรือสารเสพติดอื่นควรได้รับการดูแลรักษาด้วยยา ร่วมกับจิตสังคมบำบัดที่เหมาะสมกับชนิดของสารเสพติดที่ใช้	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ S	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ
หมายเหตุ • หญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน กัญชา โคเคนหรือสารระเหยควรได้รับการดูแลรักษาทางจิตสังคมเพื่อให้หยุดใช้สารเหล่านี้ และอาจให้ยา รักษาอาการทางจิตเวชที่เป็นร่วมได้ • หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารกลุ่ม opioids ควรได้รับการรักษาแบบเภสัชบำบัดทดแทนด้วย methadone ร่วมกับจิตสังคมบำบัด ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วย methadone ระยะยาวอยู่แล้วไม่ควรเปลี่ยนมารับยา buprenorphine เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะขาดสาร opioids หรือผู้ที่ได้รับยา buprenorphine อยู่แล้ว ก็ไม่ควรเปลี่ยนมาเป็นยา methadone ยกเว้นในกรณีที่ไม่ได้ผลดีจากการรักษานั้น ในการใช้ยา buprenorphine ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารกลุ่ม opioids ควรใช้เป็นรูปแบบยาเดี่ยว (monoformulation) โดยไม่ควรใช้รูปแบบที่ผสมกับยา naloxone นอกจากนั้น ไม่ควรใช้ opioid antagonist pharmacotherapy (เช่น naltrexone) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสารกลุ่ม opioids • ถึงแม้ว่าหลักฐานวิชาการเกี่ยวกับผลของการดูแลรักษาภาวะติดสารกลุ่ม opioids (เฮโรอีน) ด้วยเภสัชบำบัด ในหญิงตั้งครรภ์ยังคงค่อนข้างจำกัด แต่การให้การรักษาดอนพิษสารกลุ่ม opioids มีประสิทธิผลต่ำ โดยพบว่าอัตราการกลับไปติดเฮโรอีนซ้ำในหญิงตั้งครรภ์หลังการรักษาดอนพิษสูง และความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายตามมาในหญิงตั้งครรภ์ที่ยังคงใช้เฮโรอีนมีสูงมากกว่าการใช้ methadone ระยะยาว การแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเฮโรอีนได้รับการรักษาด้วยยา methadone ระยะยาว จึงเป็นข้อแนะนำที่มีความหนักแน่นในระดับสูง • เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานวิชาการที่แสดงถึงความปลอดภัยและประสิทธิผลของเภสัชบำบัดในการรักษาภาวะติดสุราในหญิงตั้งครรภ์ การใช้ยารักษาภาวะติดสุราในหญิงตั้งครรภ์จึงควรพิจารณาประโยชน์และความเสี่ยงเป็นรายๆ ไป แต่ควรให้จิตสังคมบำบัดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราทุกรายเพื่อช่วยให้หยุดดื่มสุราในระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด	

บรรณานุกรม

1. Bay, B., Kesmodel, U. S., 2011. Prenatal alcohol exposure - a systematic review of the effects on child motor function. Acta Obstet Gynecol Scand 90: 210-226.
2. Chasnoff, I. J., Neuman, K., Thornton, C., Callaghan, M. A., 2001. Screening for substance use in pregnancy: a practical approach for the primary care physician. Am J Obstet Gynecol 184: 752-758.
3. Dashe, J. S., Jackson, G. L., Olscher, D. A., Zane, E. H., Wendel, G. D., Jr., 1998. Opioid detoxification in pregnancy. Obstet Gynecol 92: 854-858.

4. Flak, A. L., Su, S., Bertrand, J., Denny, C. H., Kesmodel, U. S., Cogswell, M. E., 2014. The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 38: 214-226.
5. Jones, H. E., Deppen, K., Hudak, M. L., Leffert, L., McClelland, C., Sahin, L., Starer, J., Terplan, M., Thorp, J. M., Jr., Walsh, J., Creanga, A. A., 2014. Clinical care for opioid-using pregnant and postpartum women: the role of obstetric providers. *Am J Obstet Gynecol* 210: 302-310.
6. Jones, H. E., Finnegan, L. P., Kaltenbach, K., 2012. Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence in pregnancy. *Drugs* 72: 747-757.
7. Jones, H. E., O'Grady, K. E., Malfi, D., Tuten, M., 2008. Methadone maintenance vs. methadone taper during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Am J Addict* 17: 372-386.
8. Kaltenbach, K., Finnegan, L., 1998. Prevention and treatment issues for pregnant cocaine dependent women and their infants. *Ann N Y Acad Sci* 846: 329-334.
9. Lui, S., Terplan, M., Smith, E. J., 2008. Psychosocial interventions for women enrolled in alcohol treatment during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*: CD006753.
10. Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M., 2009. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*: CD002209.
11. Mennella, J., 2001. Alcohol's effect on lactation. *Alcohol Res Health* 25: 230-234.
12. Mennella, J. A., Pepino, M. Y., 2008. Biphasic effects of moderate drinking on prolactin during lactation. *Alcohol Clin Exp Res* 32: 1899-1908.
13. Meyer-Leu, Y., Lemola, S., Daepfen, J. B., Deriaz, O., Gerber, S., 2011. Association of moderate alcohol use and binge drinking during pregnancy with neonatal health. *Alcohol Clin Exp Res* 35: 1669-1677.
14. Patra, J., Bakker, R., Irving, H., Jaddoe, V. W., Malini, S., Rehm, J., 2011. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses. *BJOG* 118: 1411-1421.
15. Phupong, V., Darojn, D., 2007. Amphetamine abuse in pregnancy: the impact on obstetric outcome. *Arch Gynecol Obstet* 276: 167-170.
16. Smith, E. J., Lui, S., Terplan, M., 2009. Pharmacologic interventions for pregnant women enrolled in alcohol treatment. *Cochrane Database Syst Rev*: CD007361.
17. Stade, B. C., Bailey, C., Dzendoletas, D., Sgro, M., Dowswell, T., Bennett, D., 2009. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*: CD004228.

18. Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Barr, H. M., Sampson, P. D., O'Malley, K., Young, J. K., 2004. Risk factors for adverse life outcomes in fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects. *J Dev Behav Pediatr* 25: 228-238.
19. Taylor, P., Bailey, D., Green, S., McCully, C., Eds, 2012. Substance abuse during pregnancy: Guidelines for screening Olympia, WA, Washington State Department of Health, Office of Healthy Communities.
20. Terplan, M., Lui, S., 2007. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database Syst Rev*: CD006037.
21. Thaithumyanon, P., Limpongsanurak, S., Praisuwanna, P., Punnahitanon, S., 2005. Perinatal effects of amphetamine and heroin use during pregnancy on the mother and infant. *J Med Assoc Thai* 88: 1506-1513.
22. The American College of Obstetricians and Gynaecologists, 2008. At-risk drinking and illicit drug use: Ethical issues in obstetric and gynaecological practices. ACOG Committee Opinion. Number 422 December 2008.
23. Turnbull, C., Osborn, D. A., 2012. Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD004456.
24. Vucinovic, M., Roje, D., Vucinovic, Z., Capkun, V., Bucat, M., Banovic, I., 2008. Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: our ten-year experience. *Yonsei Med J* 49: 705-713.
25. Warren, K. R., Hewitt, B. G., Thomas, J. D., 2011. Fetal alcohol spectrum disorders: research challenges and opportunities. *Alcohol Res Health* 34: 4-14.
26. World Health Organization, 2014. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization, Geneva.
27. Young, J. L., Martin, P. R., 2012. Treatment of opioid dependence in the setting of pregnancy. *Psychiatr Clin North Am* 35: 441-460.
28. สวัสดิ์ อัมมวงศ์กรชัย, นวลตา อาภาคัพพะกุล, ดาริกา ไสงาม, 2557. รายงานผลโครงการค้นหาการดื่มสุราและใช้สารเสพติด และปัญหาสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ. สงขลา, หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์: 60.

12.2 ปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น

สถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดในประเทศไทยปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาใหญ่ของสังคม โดยเฉพาะในเด็กและวัยรุ่น สารเสพติดที่วัยรุ่นนิยมเริ่มใช้ในระบะแรกๆ ได้แก่ บุหรี่ และสุรา ตามมาด้วยการใช้สารเสพติดอื่นๆ ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าอายุของคนไทยที่เริ่มสูบบุหรี่ และดื่มสุรามีแนวโน้มลดลงเป็นช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น⁽¹⁾ จากสถิติการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลในประเทศไทยพบการบำบัดสารเสพติดประเภทยาบ้ามากที่สุดถึงร้อยละ 85.8 รองลงมา คือ กัญชา สารระเหย ผื่น เฮอร์อีน และกระท่อมตามลำดับ⁽²⁾ โดยในช่วงเวลาไม่กี่ปีที่ผ่านมา พบว่าแนวโน้มของผู้เข้ารับการรักษาปัญหาการใช้สารเสพติดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก สะท้อนภาพการแพร่ระบาดอย่างหนักของสารเสพติด อีกทั้งยังพบว่าอายุของผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุระหว่าง 20-24 ปี และ 25-29 ปีตามลำดับ และที่น่าเป็นห่วงมาก คือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปีเข้ารับการรักษาเป็นจำนวนที่มากขึ้น⁽³⁾

การประเมินผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดควรมีการกำหนดข้อตกลงอย่างจริงจังและหนักแน่น และมีขอบเขตที่เหมาะสมระหว่างผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการประเมินวัยรุ่นเช่นกัน แต่ในการประเมินวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดนั้น อาจมีความแตกต่างจากการประเมินในผู้ใหญ่บางประการ อันเนื่องมาจากหลายปัจจัยโดยเฉพาะพัฒนาการด้านต่างๆ ที่มีแตกต่างกันระหว่างวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ได้แก่ พัฒนาการด้านระบบประสาทและสมอง อารมณ์ รวมถึงด้านความคิด⁽⁴⁻⁶⁾

ข้อแนะนำที่ 1: ควรคำนึงในการประเมินวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดทุกคนว่าวัยรุ่นมีพัฒนาการด้านระบบประสาทและสมอง อารมณ์ และความคิด ที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ทำให้แนวทางการประเมินบางประการมีความแตกต่างกัน

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง

หมายเหตุ

- การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพัฒนาการด้านระบบประสาทและสมองของวัยรุ่นมีความเกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติด รวมถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ในวัยรุ่นมากขึ้น⁽⁷⁻⁹⁾ ได้แก่
 - 1) ในวัยรุ่น สมองจะมีอัตราการเจริญเติบโตในแต่ละส่วนที่ไม่เท่ากัน โดยมีการเจริญเติบโตของเซลล์ประสาทในสมองส่วน limbic system ก่อนส่วน prefrontal cortex ซึ่งสมองส่วน prefrontal cortex จะมีบทบาทสำคัญในการควบคุมยับยั้งชั่งใจ และส่วน limbic system จะมีบทบาทสำคัญในเรื่องของอารมณ์
 - 2) ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น กระบวนการสร้างเซลล์ประสาทในสมองส่วนหน้าจะค่อยๆ ลดลง และจะเริ่มมีกระบวนการทำลายเซลล์ประสาท (pruning) ที่สมองส่วน dorsolateral prefrontal cortex ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมตนเอง การยับยั้งชั่งใจ การตัดสินใจ และการวางแผน

- 3) วัยรุ่นมีการเจริญพัฒนามากของสมองส่วน basal ganglia, amygdala และ hippocampus ซึ่งมีบทบาทสำคัญในเรื่องความจำ การควบคุม และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม
 - 4) ในวัยรุ่นพบว่าการเกิดปัญหาการใช้สารเสพติดมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองที่สำคัญ คือ dopamine เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ โดย dopamine มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง การทำตามอารมณ์ และความอยาก
- พัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจเป็นสิ่งที่ควรตระหนักเป็นพิเศษในการประเมินวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด หรือปัญหาพฤติกรรมต่างๆ หัวใจสำคัญของพัฒนาการด้านอารมณ์ และจิตใจในวัยรุ่น คือ การแสวงหาเอกลักษณ์ของตนเอง ปัญหาการใช้สารเสพติดนี้จะเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการที่สำคัญดังกล่าวในวัยรุ่น และอาจจะเป็นปัญหาในวัยผู้ใหญ่ต่อไปได้ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการศึกษ การแต่งงานมีครอบครัว การประกอบอาชีพ และความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นในสังคม พัฒนาการด้านอารมณ์ และจิตใจที่ควรระวังในการประเมินวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด^{5,6,10} ได้แก่
 - 1) วัยรุ่นมักจะมีอารมณ์อ่อนไหวกับภาพลักษณ์ของตนเองในสายตาสังคม ทำให้สิ่งสำคัญในการประเมินวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด คือ การเคารพสิทธิ และความเป็นตัวตนของวัยรุ่น เช่น การเสนอทางเลือกในการบำบัดรักษาให้วัยรุ่นได้เป็นคนตัดสินใจเลือกเองจะทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าคุณมีสิทธิ์เลือกและไม่ได้เกิดจากการถูกบังคับ
 - 2) วัยรุ่นต้องการที่จะมีเอกลักษณ์เป็นของตนเองและแยกจากพ่อแม่ได้ เพื่อนเป็นสิ่งยืนยันความสามารถในการแยกจากพ่อแม่ โดยเพื่อนจะเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ช่วยให้วัยรุ่นได้ตั้งหลักในการพัฒนาความเชื่อมั่นและความศรัทธาในตนเอง อิทธิพลของเพื่อนจะมีพลังอำนาจที่ยิ่งใหญ่กับวัยรุ่นทั้งทางบวกและทางลบ วัยรุ่นมักจะหวั่นไหวความรู้สึกของเพื่อนมากกว่าตนเองและครอบครัว จากจุดดังกล่าวนี้ทำให้พ่อแม่พยายามที่จะควบคุมวัยรุ่นมากยิ่งขึ้น วัยรุ่นที่เข้ามารับการบำบัดรักษาด้วยความรู้สึกว่าคุณควบคุมจะมีผลให้เกิดการต่อต้านมากยิ่งขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ที่ประเมินวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดควรมีความเข้าใจและใส่ใจ รวมถึงการอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจกลไกที่เกิดขึ้นนี้เพื่อลดความขัดแย้ง และทำให้วัยรุ่นร่วมมือกับการบำบัดรักษามากขึ้น
 - พัฒนาการด้านความคิดของวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงจากความคิดที่เป็นรูปธรรมเป็นนามธรรมมากขึ้น ความเป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น สามารถคิดคาดการณ์ผลที่จะตามมาในอนาคตได้แต่ยังเป็นผลในระยะสั้น ยังยึดความคิดของตนเองเป็นหลัก และมักจะคิดว่าคนอื่นคิดเหมือนตนเอง นอกจากนี้วัยรุ่นยังมีประสบการณ์ในชีวิตน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการคิดเกี่ยวกับเหตุและผลกระทบของปัญหาการมีลักษณะที่ชอบท้าทายเพื่อทดสอบความสามารถของตนเองในสังคม และมักจะมองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงตามมาหลายอย่าง บุคลากรทางการแพทย์ที่ประเมินวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดควรชี้ให้วัยรุ่นมองสิ่งที่เป็นปัญหาตามความเป็นจริง รวมถึงควรชี้ให้วัยรุ่นมองความจำเป็นในการบำบัดรักษา^(6,10)

ข้อแนะนำที่ 2: ควรได้รับการยินยอมจากวัยรุ่นก่อนเสมอในการให้การรักษาวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ ++	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • การได้รับความยินยอมจากวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดก่อนให้การรักษาต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญที่ควรคำนึงเป็นอย่างมาก • เนื่องจากข้อจำกัดทางพัฒนาการของวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปีซึ่งถือว่ายังไม่บรรลุนิติภาวะ ดังนั้นในการรักษาปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นกลุ่มดังกล่าวจึงจำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองร่วมด้วยเสมอ • พบว่าในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่เต็มใจ และยินยอมในกระบวนการบำบัดรักษาจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้ดีขึ้นได้⁽¹¹⁾	

ข้อแนะนำที่ 3: ควรพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอกก่อนเสมอในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดทุกคน	
ความหนักแน่นของข้อแนะนำ +	คุณภาพของหลักฐานวิชาการ สูง
หมายเหตุ • การรักษาวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดมีบางประเด็นที่แตกต่างไปจากผู้ใหญ่เนื่องจากหลายปัจจัย ได้แก่ ระดับพัฒนาการที่แตกต่างกัน มีรูปแบบการใช้สารเสพติดที่แตกต่างกัน โดยพบว่าวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่มักอยู่ในขั้นทดลองใช้ด้วยความคึกคะนอง มักมีการลองใช้สารหลายชนิดพร้อมกันในขณะที่ผู้ใหญ่มักใช้สารเพียงชนิดเดียวเป็นหลัก ทำให้วัยรุ่นมีความรุนแรงที่หลากหลาย นอกจากนี้ในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดมักจะพบว่ามีความเสี่ยงที่จะติดสารเสพติดมากกว่าผู้ใหญ่ทำให้การวางแผนรักษาในวัยรุ่นต้องมีความละเอียดรอบคอบมากยิ่งขึ้น⁽¹²⁾ • ปัจจัยสำคัญที่ควรคำนึงในการวางแผนการรักษาในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด คือ ภาวะเม้าหรือมีอาการขาดสารเสพติด ภาวะแทรกซ้อนทางกาย มีความบกพร่องทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ความเต็มใจในการรักษา โอกาสที่จะใช้สารต่อเนื่อง การกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำหรือเกิดปัญหา และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฟื้นฟู⁽¹²⁾ • ระดับของการรักษาในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเหมือนกับในผู้ใหญ่ตามที่ American Society of Addiction Medicine Patient Placement Criteria for Treatment of Substance-Related Disorders (ASAM-PPC) ได้มีการแบ่งระดับของการรักษาไว้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น ผู้ป่วยในแบบเข้มข้นที่ต้องติดตามภาวะทางกาย และผู้ป่วยในแบบเข้มข้นที่ต้องมีการรักษาภาวะทางกาย⁽¹²⁾ • การใช้การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือ Motivational Interviewing (MI) ในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดมีหลักการสำคัญเช่นเดียวกับในผู้ใหญ่⁽¹³⁾	

- การเลือกรูปแบบการรักษาวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดควรเลือกให้เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของการใช้สารเสพติดในแต่ละบุคคล⁽¹⁴⁾ ดังนี้
 - วัยรุ่นที่อยู่ในระยะทดลองใช้ มักจะตอบสนองดีกับการให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาตามมาจากการใช้สารเสพติด และการให้คำปรึกษาแบบย่อ
 - วัยรุ่นที่อยู่ในระยะที่มีการใช้สม่ำเสมอ มักจะตอบสนองดีกับการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดแบบเดี่ยว หรือกลุ่มบำบัด ครอบครัวบำบัด และสามารถตั้งเป้าหมายร่วมกันในการหยุดใช้สารเสพติดได้
 - วัยรุ่นที่อยู่ในระยะที่มีการใช้ผิดทาง มักจะตอบสนองดีกับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแบบเดี่ยว เช่น การสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม หรือ Cognitive-Behavior Therapy (CBT) โปรแกรม Twelve-Step และหากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแบบเดี่ยว อาจพิจารณาให้การรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น การรักษาในโรงพยาบาล หรือชุมชนบำบัด
 - วัยรุ่นที่อยู่ในระยะติดสารเสพติด มักจะตอบสนองดีกับการรักษาในโรงพยาบาล หรือชุมชนบำบัดที่มีการดูแลต่อเนื่องระยะยาวเพื่อฟื้นฟู หรือบ้านกึ่งวิถี
- มักพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเนื่องจากมุ่งเน้นให้ความสำคัญเรื่องการศึกษาที่เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการตามวัยปกติ และมุ่งเน้นให้มีการใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติด้วย⁽⁵⁾
- มีข้อมูลจำกัดในเรื่องผลการรักษาปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นแต่ละรูปแบบ^(5,12-17) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีรูปแบบการรักษาที่ใช้ในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ได้แก่ self-help organization เช่น Alcoholics Anonymous (AA), Narcotics Anonymous (NA) และ Self-Management and Recovery Training (SMART Recovery) การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งมีทั้งการบำบัดรักษาเป็นรายบุคคล กลุ่มบำบัด และครอบครัวบำบัด การรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน โปรแกรมการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้น ชุมชนบำบัด และการรักษาเป็นผู้ป่วยใน
- การรักษาแบบผู้ป่วยนอกในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดมีข้อบ่งชี้ดังนี้ คือ การที่วัยรุ่นยอมรับว่ามีปัญหาการใช้สารเสพติด และยอมรับว่าต้องการความช่วยเหลือ วัยรุ่นที่มีความเต็มใจ หรือวัยรุ่นที่มีความพร้อมในการหยุดสารเสพติดทุกชนิด วัยรุ่นที่มีความร่วมมือในการตรวจปัสสาวะแบบสุ่มตรวจ วัยรุ่นที่ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ และวัยรุ่นที่ได้รับแรงสนับสนุนจากคนใกล้ชิด⁽¹²⁾
- ไม่ควรพิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่มีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ วัยรุ่นที่มีปัญหาเรื้อรังทางกายหรือทางจิตเวชที่จำเป็นต้องรับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด วัยรุ่นที่เกิดปัญหาทางกายเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ วัยรุ่นที่ยังคงติดต่อกับกลุ่มเพื่อนที่ใช้สารเสพติด วัยรุ่นที่ขาดแรงจูงใจในการมารักษา หรือเคยมีประวัติว่าล้มเหลวจากการรักษาแบบ

ผู้ป่วยนอก รวมถึงวัยรุ่นที่มีท่าที่ต่อต้านอย่างมากกับผู้ใหญ่ วัยรุ่นที่มีครอบครัวที่มีความขัดแย้ง หรือ ความวุ่นวายอย่างมาก และวัยรุ่นที่ขาดแรงสนับสนุนจากคนใกล้ชิด⁽¹²⁾

- การรักษาแบบผู้ป่วยนอกในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดมีแนวทางสำคัญ คือ การอธิบายขั้นตอนในการรักษาและเป้าหมายของการรักษา การจัดตารางกิจวัตรประจำวันที่ชัดเจน เช่น ทำการบ้าน ไปโรงเรียน การออกกำลังกาย การติดตามกลุ่มเพื่อน การลดความขัดแย้ง หรือการต่อต้านการรักษาที่เกิดขึ้น การมีข้อตกลงเบื้องต้นร่วมกัน การให้การศึกษา และการฝึกอาชีพ ทั้งนี้เพื่อการเลิกสารเสพติดในระยะเริ่มต้น การป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และเสริมสร้างจุดแข็งจากปัจจัยป้องกันที่มีอยู่เดิม ซึ่งการรักษาแบบผู้ป่วยนอกนี้สามารถทำได้ในหน่วยงานที่มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ติดสารเสพติดเบื้องต้น⁽¹²⁾
- พบว่าการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกแบบเข้มข้นในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเหมือนในผู้ใหญ่ที่จะมีการกำหนดเนื้อหา รูปแบบ ระยะเวลา และเป้าหมายในการรักษาที่แน่นอนชัดเจน รวมถึงต้องมีชั่วโมงในการรักษาอย่างน้อย 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในวัยรุ่นควรเป็นเวลาหลังเลิกเรียนเพื่อไม่ให้ขัดขวางการมีชีวิตประจำวันตามปกติ⁽¹²⁾
- ในประเทศไทยมีการรักษาแบบกลุ่มบำบัดในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดเช่นเดียวกับใน ผู้ใหญ่ ได้แก่ โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด หรือ Matrix Intensive Outpatient Program มีต้นแบบจากประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งอิงทฤษฎีจิตบำบัดความคิด และพฤติกรรม หรือ Cognitive-Behavior Therapy (CBT) ซึ่งสามารถทำได้ตั้งแต่ระดับสถานีนอนมัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ ศูนย์บำบัดรักษาสารเสพติด และหน่วยจิตเวชของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แต่พบว่าในวัยรุ่นมักเกิดปัญหาออกจากโปรแกรมรักษาก่อนกำหนดทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร^(10,15)
- การรักษาแบบชุมชนบำบัดเหมาะสำหรับวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดที่มีโรคทางจิตเวชอื่น หรือ มีพฤติกรรมที่รุนแรงร่วมด้วย วัยรุ่นที่ไม่สามารถควบคุมการใช้สารเสพติดได้ หรือยังคงใช้สารเสพติดต่อเนื่องทั้งที่เกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และคนรอบข้างแล้ว ไม่มีระบบการช่วยเหลือทางสังคมที่เหมาะสมหรืออาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเลิกสารเสพติด ในประเทศไทยมีรูปแบบการรักษาแบบครบวงจรใช้เวลาในการบำบัดตั้งแต่ 1 ปีถึง 1 ปีครึ่งของศูนย์บำบัดรักษาสารเสพติด กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁶⁾
- การรักษาด้วยยาในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดยังคงมีข้อจำกัดเช่นเดียวกับการรักษารูปแบบอื่นๆ ในปัจจุบันใช้ตามแนวทางตามการรักษาในผู้ใหญ่ซึ่งควรคำนึงว่าการรักษาด้วยยาในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดอาจมีผลของการรักษาหรือประสิทธิภาพในการรักษาต่างออกไปจากผู้ใหญ่ และเนื่องจากยังไม่มีกำหนดข้อบ่งชี้ของการใช้ยาในการรักษาปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นจึงมีความจำเป็นต้องแจ้งข้อมูลดังกล่าวให้กับวัยรุ่น และต้องได้รับการยินยอมจากวัยรุ่นก่อนเริ่มการรักษาด้วยยา⁽¹⁷⁾

- National Institute on Drug Addiction, American Psychiatric Association (APA) และ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการรักษาด้วยยาในวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด⁽¹⁷⁾ ดังนี้
 - ต้องแน่ใจในการวินิจฉัย เนื่องจากวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารมักจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารไม่ถูกต้อง จึงมีความจำเป็นที่ต้องอาศัยข้อมูลจากคนรอบข้างมาประกอบการวินิจฉัย รวมไปถึงการตรวจหาสารเสพติดทางห้องปฏิบัติการที่สามารถนำมาช่วยยืนยันการวินิจฉัยให้แม่นยำขึ้น
 - ควรให้ข้อมูลทางเลือกในการรักษาแบบต่างๆ กับวัยรุ่นที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด
 - ต้องจัดการกับความคาดหวังจากยาด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับยาโดยเฉพาะผลการรักษาทั้งทางบวกและทางลบ
 - มีการติดตามเรื่องความร่วมมือในการรักษา และผลข้างเคียงของยา
 - ควรพิจารณาระยะเวลาที่มีความจำเป็นในการรักษาด้วยยา
 - ในวัยรุ่นพบว่าการใช้ยาอาจมีบทบาทช่วยในระยะฟื้นฟู และการเลือกให้ยาในวัยรุ่นต้องมีความระมัดระวังอย่างมากในเรื่องผลกระทบต่อการเจริญพัฒนาของสมอง

บรรณานุกรม

1. ศูนย์สารสนเทศยุทธศาสตร์ภาครัฐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. “ผู้ป่วยยาเสพติด” ชีวิตที่ต้องการคืนสู่สังคม. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/downloadportal/Health%20behaviors/สารเสพติด%20%28Drug%20Use%29/Patient-drugs.pdf>. (วันที่ค้นข้อมูล : 21 ตุลาคม 2557)
2. สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงาน ระบบติดตาม และระบบเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: http://antidrug.moph.go.th/beta2/report/reportindex_New.php. (วันที่ค้นข้อมูล : 21 ตุลาคม 2557)
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. “รายงานสถานการณ์ปัญหาเสพติดประเทศไทย ปี 2555 และแนวโน้ม”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: [http://ncccd.go.th/upload/content/suj/pdf\(26\)/pdf](http://ncccd.go.th/upload/content/suj/pdf(26)/pdf). (วันที่ค้นข้อมูล : 21 ตุลาคม 2557)
4. Lopez-Leon M, Raley JA. Developmental Risks for Substance Use in Adolescence: Age as Risk Factor. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 132-138.
5. Anspikian A. Translating Evidence-Based Therapies into Outpatient Practice. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 271-281.
6. Center for Substance Abuse Treatment. Treatment with Substance Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 32. DHHS Publication No. (SMA) 99-3283. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999.
7. Boucher M, Sandhu P. The Neurobiology of Adolescent Addiction. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 78-87.
8. Raff A. Substance Abuse Impact on Adolescent Brain Development. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 329-339.

9. Scheiner D, Kalechstein A, VanGorp WG. Neuropsychological Effects of Substance Abuse in Adolescents. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 340-349.
 10. นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. การใช้สารเสพติดในวัยรุ่น: พิชัย แสงชาญชัย พงศธร เนตราคม นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล บรรณาธิการ ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด พิมพ์ครั้งที่ 1. 2549; หน้า 269-283.
 11. Gottschalk JA, Greenfield DP. Informed Consent, Parental Consent, and the Right to Refuse Treatment. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 430-437.
 12. Tsai T. Adolescent Intensive Outpatient Treatment. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 295-300.
 13. Flaherty LT. What's Old is New: Motivational Interviewing for Adolescents. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 321-326.
 14. Rosner R. The Scourge of Addiction: What the Adolescent Psychiatrist Needs to Know. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 3-6.
 15. Martinez J. Adolescent Group Treatments: Twelve-Step and Beyond. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 306-310.
 16. Bunt GC, Stanick VA. The Therapeutic Community for the Adolescent Substance Abuser. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 390-404.
 17. Fong TW. Psychopharmacology for the Addicted Adolescent. In: Rosner R, Clinical Handbook of Adolescent Addiction, 1st Edition. 2013; 311-320.
-

12.3 ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม

จากความก้าวหน้าทางอุตสาหกรรม ธุรกิจ และการคมนาคม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง สังคม ภาวะเศรษฐกิจ หรือภัยพิบัติ ทำให้มีการเดินทางไปมาหาสู่กัน หรือการอพยพย้ายถิ่นของประชาชนจากต่างประเทศเข้ามาในประเทศไทยในปัจจุบัน จึงมีชาวต่างชาติ ซึ่งอาจจะเป็นนักท่องเที่ยว แรงงานข้ามชาติ นักเรียนนักศึกษา ผู้พักอาศัยระยะยาว หรือผู้โอนสัญชาติด้วยการแต่งงาน รวมทั้งชนกลุ่มน้อยเข้ามารับการดูแลรักษาในสถานพยาบาลในประเทศไทยจำนวนมาก บุคคลเหล่านี้นอกจากจะมีความแตกต่างทางภาษา และวัฒนธรรมแล้ว อาจจะมีเชื้อ ความเข้าใจ บรรทัดฐานสังคม และวิถีการดำเนินชีวิต รวมทั้งแบบแผนการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นที่แตกต่างจากผู้เข้ารับการรักษาและบุคลากรสุขภาพที่เป็นคนไทย

การดูแลรักษาชาวต่างชาติโดยคำนึงถึงความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกันจึงเป็นเรื่องสำคัญ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคลากรสุขภาพเข้าใจและให้การดูแลรักษาชาวต่างชาติได้อย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้บุคลากรสุขภาพควรตระหนักว่าอาจมีปัจจัยจำเพาะทางวัฒนธรรม ความเชื่อ หรือการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่นในผู้เข้ารับการรักษาบำบัดที่เป็นชาวต่างชาติ

ข้อแนะนำที่ 1: ควรคำนึงถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรมในการให้การดูแลผู้เข้ารับการรักษาบำบัดการใช้สารเสพติดที่เป็นชาวต่างชาติ โดยเคารพและให้เกียรติต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

ความหนักแน่นของข้อแนะนำ S

คุณภาพของหลักฐานวิชาการ ต่ำ

หมายเหตุ:

- บุคลากรสุขภาพควรมีความไวต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม (cultural sensitivity) ตระหนักถึงการให้เกียรติและการดูแลผู้เข้ารับการรักษาบำบัดการใช้สารที่เป็นชาวต่างชาติด้วยความเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน
- บุคลากรสุขภาพควรตระหนักว่า ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดชาวต่างชาติหรือต่างวัฒนธรรมมาจากพื้นที่ต่างๆ หลากหลาย ดังนั้น ทักษะต่อการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่น รวมถึงวิถีการดำเนินชีวิต จึงมีความแตกต่างกัน การให้เกียรติ การพยายามเข้าใจและยอมรับความแตกต่าง จะช่วยให้สามารถสื่อสารกับผู้เข้ารับการรักษาบำบัดที่เป็นชาวต่างชาติได้ดีขึ้นและเกิดความร่วมมือในการบำบัดรักษา
- พยายามพูดคุยและฟังสิ่งที่ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดชาวต่างชาติพูดด้วยความระมัดระวัง เพื่อให้เข้าใจ อาการ สาเหตุและการดำเนินโรคตามความคิดความเชื่อของผู้รับการรักษา บำบัด รวมทั้งข้อห้าม トラบาป และจารีตประเพณี ซึ่งอาจจะเป็นลักษณะเฉพาะทางวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อที่ว่าโรคติดสุราเกิดจากความอ่อนแอของบุคลิกภาพหรือศีลธรรมจรรยา หรืออาการทางจิตที่เกิดขึ้นในภาวะขาดสุราเป็นผลมาจากการถูกล่วงโทษหรือการกระทำของวิญญาณหรืออำนาจศักดิ์สิทธิ์ หรือการดื่มสุราเป็น

พฤติกรรมที่แสดงถึงความเป็นชาย การดื่มสุราของผู้หญิงเป็นข้อห้ามหรือเป็นพฤติกรรมที่สังคมรังเกียจ ความเชื่อและค่านิยมเหล่านี้อาจมีผลให้ผู้รับการบำบัดหรือญาติไม่ยอมรับการดูแลสุขภาพด้วยวิธีการทางการแพทย์สมัยใหม่

- บุคลากรสุขภาพควรให้ความรู้แก่ผู้รับการบำบัดที่เป็นชาวต่างชาติและญาติเกี่ยวกับสาเหตุของโรคติดเชื้อหรือสารเสพติดอื่นโดยใช้ทฤษฎีทางชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม เช่น การอธิบายถึงลักษณะของโรคสมองติดสารที่ทำให้ผู้ติดสารมีความต้องการดื่มสุราหรือเสพสารอยู่เสมอ หรือใช้ในปริมาณและระยะเวลาที่มากกว่าที่ตั้งใจไว้ ไม่ได้เป็นผลจากความอ่อนแอทางจิตใจหรือศีลธรรมจรรยา แต่ก็ไม่ควรคัดค้านหรือตำหนิความเชื่อทางวัฒนธรรมของผู้รับการบำบัดชาวต่างชาติ ควรจะอธิบายด้วยการรักษาด้วยยาหรือวิธีการทางจิตสังคมเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้หายจากอาการที่รบกวนสุขภาพและการดำเนินชีวิต แต่การตัดสินใจ ที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดอื่นเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้เข้ารับการบำบัด รวมทั้ง ผลสำเร็จของการรักษาก็ขึ้นกับผู้รับการบำบัดเองเช่นกัน
- ผู้เข้ารับการบำบัดที่เป็นชาวต่างชาติบางคนอาจต้องการญาติ ครอบครัว เพื่อน ล่าม หรือ ผู้ประสานงาน หรือ บุคลากรสุขภาพที่มีเชื้อชาติและวัฒนธรรมเดียวกันมาอยู่ด้วยในระหว่างการตรวจรักษาหรือให้ความคิดเห็นและช่วยในการตัดสินใจ แต่ผู้ป่วยบางคนก็อาจจะไม่ต้องการบุคลากรสุขภาพ จึงควรถามผู้เข้ารับการบำบัดก่อนเสมอว่าต้องการเช่นไร และไม่ควรอนุมานว่าควรให้ญาติหรือผู้ดูแลที่มีเชื้อชาติและวัฒนธรรมเดียวกันมาอยู่ด้วยเป็นสิ่งที่พึงปฏิบัติกับทุกคน
- บุคลากรสุขภาพควรมีความไวต่อความแตกต่างทางวัฒนธรรม คำพูดและท่าทีบางอย่างอาจจะถูกมองว่าเป็นการไม่ให้เกียรติหรือเป็นกิริยาที่ไม่สุภาพและไม่เหมาะสมในวัฒนธรรมของผู้เข้ารับการบำบัดคนนั้น เช่น การสบตา การสัมผัสร่างกายโดยเพศตรงข้าม หรือการเปิดเผยเนื้อตัวของผู้หญิง ในกรณีเช่นนี้ การจัดบุคลากรสุขภาพเพศเดียวกันเป็นผู้ดูแลจะช่วยให้เกิดความร่วมมือเพิ่มขึ้น

ดัชนี (Index)

A

Alcoholic Anonymous (AA), 92, 98, 99, 113, 137
Acamprosate, 66, 89
Acupuncture, 62
Adaptive telephone continuing care, 115
Alprazolam, 41, 82
Aripiprazole, 52, 70, 86
Alcohol, Smoking and Substance Involvement
Screening Test (ASSIST), 9, 12, 13, 29, 30
Alcohol Withdrawal Scale (AWS), 46, 47, 48, 51

B

Baclofen, 55, 66, 86, 90
Behavioral couples therapy (BCT), 91, 94, 102
Brief Intervention (BI), 7, 27, 95, 120, 123
Brief strategic family therapy (BSFT), 91, 94, 102
Buprenorphine, 56, 59, 60, 61, 75, 76, 79, 90, 131
Bupropion, 69, 84
Buspirone, 84, 86

C

Carbamazepine, 49, 50, 87
Case management, 91, 94, 103
Clinical Global Impression-Severity of Illness (CGI-S), 70
Chlordiazepoxide, 48, 50
Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale
(CIWA), 46, 48, 50, 51
Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS), 56, 57
Clometthiazole, 50
Clonazepam, 38, 82, 89
Clonidine, 50, 56, 61, 78
Clorazepate, 82
Cognitive Behavioral Intervention (CBI), 91, 94, 102, 103
Cognitive Behavioral Therapy
(CBT), 2, 91, 92, 94, 95, 97, 98, 120, 128, 137, 138
Community Reinforcement Approach
(CRA), 2, 91, 93, 94, 101
Contingency Management (CM), 2, 71, 91, 93, 101, 128

D

Delirium tremens (DTs), 45, 46, 51, 52, 130
Dextroamphetamine, 69
Diazepam, 38, 48, 49, 50, 51, 82, 130
Dihydrocodeine, 88
Disulfiram, 65, 66, 85, 89, 90, 94
Dronabinol, 84

F

Family therapy, 91, 94
FAST Model, 91, 95, 103, 104
Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD), 10, 127
Fetal Alcohol Syndrome (FAS), 10
Flumazenil, 41, 42, 49
Fluoxetine, 71, 84, 89

G

Gabapentin, 90

H

Haloperidol, 36, 38, 49, 50, 71, 87
Hydroxyzine, 82

I

Imipramine, 82
Information Education and Communication (IEC), 122, 123

L

Lamotrigine, 86
Lithium, 84
Lofexidine, 78, 88
Loperamide, 56, 75
Lorazepam, 38, 48, 49, 50, 51, 82

M

Matrix, 2, 91, 93, 99, 103, 104, 138
Memantine, 89
Motivational Enhancement Therapy
(MET), 2, 91, 92, 94, 97, 98, 128

Metadoxine, 35
 Methadone Maintenance Therapy (MMT), 76, 122, 130
 Methylphenidate, 68, 69
 Mirtazapine, 69
 Modafinil, 69
 Motivational Interviewing
 (MI), 2, 17, 91, 92, 95, 97, 128, 129, 136
 Multi-dimensional family therapy (MDFT), 91, 94, 102
 Multi-systemic therapy (MST), 91, 94, 102

N

Nalmefene, 66
 Naloxone, 39, 40, 59, 75, 76, 77, 79, 124, 129, 131
 Naltrexone, 59, 66, 69, 75, 77, 84, 85, 90, 102, 129, 131
 Narcotics Anonymous (NA), 137
 Needle and Syringe Program (NSP), 122, 123
 Nefazodone, 84
 Neonatal abstinence syndrome, 10, 79, 127

O

Olanzapine, 38, 70, 71
 Ondansetron, 66, 90
 Opium Tincture, 62
 Oxcarbamazepine, 49, 50

P

Paroxetine, 71
 Phenobarbital, 49
 Phramongkutkiao (PMK) model, 91, 93, 100
 Pregabalin, 82
 Propofol, 49
 Propranolol, 82

Q

Quetiapine, 52, 71, 72, 84

R

Recovery Management Checkup, 115, 116

Relapse prevention (RP), 65, 75, 84, 86, 88, 92, 98, 115
 Rimonabant, 84
 Risperidone, 38, 70, 72, 86, 87

S

Self-Management and Recovery Training, 137
 Sertraline, 71

T

Therapeutic Community (TC), 2, 91, 100, 101
 Topiramate, 50, 66, 89, 90
 Trazodone, 82
 Twelve Step Facilitation
 (TSF), 2, 91, 92, 94, 97, 98, 99, 137

V

Valproate, 49, 50, 90
 Voluntary Counseling and Testing (VCT), 124

ก

การบำบัดรักษาที่วัดด้วยสมุนไพร, 62

ค

ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, 91, 95, 104
 โครงการโทรถามตามเยี่ยม, 114

บ

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยยาและสารเสพติดของ
 กระทรวงสาธารณสุข (V2), 12

ป

โปรแกรมใกล้บ้านสมานใจ, 114

ส

สังคมบำบัดระบบจิราสา, 95, 104