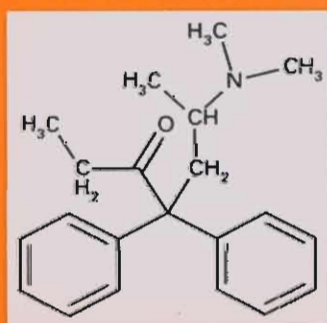


# แนวทางปฏิบัติการให้เมทาโดนระยะยาว : ในผู้เสพติดเฮโรอีน

Clinical Practice Guideline of Methadone Maintenance  
Treatment for Heroin Dependence



สถาบันธัญญารักษ์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ISBN : 978-974-422-586-3



# แนวทางปฏิบัติการให้เมทาโดนระยะยาวในผู้เสพติดเฮโรอีน

## Clinical Practice Guideline of Methadone Maintenance

### Treatment for Heroin Dependence



สถาบันชัลยารักษ์

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ISBN 978 - 974 - 422 - 586 - 3



เลขหมู่	WM 270 ค1814 2552
เลขทะเบียน	00007415
วันที่	17 ต.ค. 2554



# แนวทางปฏิบัติการให้เมทาโดนระยะยาวในผู้เสพติดเฮโรอีน

## Clinical Practice Guideline of Methadone Maintenance Treatment for Heroin Dependence

### ประธานที่ปรึกษา

นาวาอากาศตรีนายแพทย์บุญเรือง  
นายแพทย์วิโรจน์

ไตรเรืองวรรณ  
วีรชัย

### บรรณาธิการ

นายแพทย์อังกูร  
เภสัชกรหญิงทวีพร  
นางฉวีวรรณ  
นางผกามาศ

ภัทรากร  
วิสุทธิมรรค  
ปัญญาศย์  
มณีอินทร์

### ผู้รวบรวมเนื้อหา

นายแพทย์อังกูร  
แพทย์หญิงธัญรช  
นางปัญจรัตน์  
นางฉวีวรรณ  
นางผกามาศ

ภัทรากร  
ทิพย์วงษ์  
ศรีสว่าง  
ปัญญาศย์  
มณีอินทร์

นายแพทย์โกวิท  
เภสัชกรหญิงทวีพร  
นางปราณี  
นางวิไลรัตน์

ยงวานิชจิต  
วิสุทธิมรรค  
ภาณุภาส  
สิริฤกษ์สกุล

### ผู้ประสานงาน

นางสาวเขาวเรศ  
นางสำเนา  
นางสาวสุกมา


นาคะโยอินสกุล  
นิลบรรพ์  
แสงเดือนฉาย

## คำนำ

สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มีเจตนารมณ์ในการพัฒนาระบบการบริการและการดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติด ให้สามารถเข้าถึงการบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่รอบด้าน ครอบคลุมทั่วประเทศ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน แนวทางปฏิบัติการให้เมทาโดนระยะยาวสำหรับผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีน (Clinical Practice Guideline of Methadone Maintenance Treatment for Heroin Dependence) เป็นผลผลิตหนึ่งจากการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในโครงการการพัฒนาการบริการลดอันตรายจากการใช้ยาและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดยาเสพติด

การให้เมทาโดนระยะยาวเป็นหนึ่งในวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดยาเสพติด สามารถลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ติดยาเสพติด ครอบครัวผู้ติดยาและของสังคม ช่วยลดการใช้เฮโรอีนซึ่งมีราคาแพง ลดอัตราการเสียชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและการก่ออาชญากรรมของผู้ติดยาเสพติด ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดให้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้าเป็นบริการแบบให้เปล่าที่ผู้ติดยาเสพติดสามารถเข้ารับบริการได้ทุกคน การให้บริการเมทาโดนระยะยาวเป็นชุดบริการของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่ประกอบไปด้วยบริการที่หลากหลายรอบด้าน บนความสมบูรณ์แห่งวิทยาการการดูแลรักษาผู้ติดยาเสพติด บนพื้นฐานเชิงประจักษ์และสายธารของความต่อเนื่องเชื่อมโยงอย่างรอบด้านของการบริการและดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดยาเสพติด ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดในอุดมคติของมนุษย์ทุกคนและทุกหน่วยงานที่เป็นสากล ซึ่งสิทธิทางสุขภาพของมนุษย์ทุกคนย่อมเต็มเต็มและเพิ่มขึ้นตามกาลเวลา ตามมาตรฐานสูงสุดที่รัฐพึงจัดให้ได้ เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนทุกคนในประเทศที่สถาบันธัญญารักษ์และทุกหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติและเต็มเต็มศักยภาพการบริการมาอย่างต่อเนื่อง

สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนในการพัฒนาและใช้แนวปฏิบัตินี้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริการและดูแลช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดตามหลักการและกระบวนการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดอย่างรอบด้าน เพื่อเต็มเต็มความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นแห่งวิทยาการการดูแลรักษาชีวิตมนุษย์ เพื่อประโยชน์สุขและคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นของผู้ติดยาเสพติดและสังคมโดยรวม

  
(นพ.วิโรจน์ วีรชัย)

ผู้อำนวยการสถาบันธัญญารักษ์

# สารบัญ

เรื่อง	หน้า	
บทนำ	1	
บทที่ 1	การค้นหาผู้ใช้งานเสพติดเฮโรอีนโดยวิธีฉีดยาเพื่อนำเข้ารับการบำบัดรักษา	5
- คุณสมบัติของผู้ที่จะเข้าไปติดต่อกับผู้ใช้งานเสพติด	7	
- สิ่งที่ต้องคำนึงสำหรับผู้ให้บริการดูแลผู้ใช้งานเสพติด	7	
บทที่ 2	การวินิจฉัยการเสพติดเฮโรอีน	9
- การวินิจฉัยผู้ใช้งานเพื่อเข้าสู่โปรแกรมการให้เมทาโดนระยะยาว	9	
- การประเมินคัดกรอง	11	
- ข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว	13	
บทที่ 3	การบริหารจัดการเมทาโดนระยะยาว	15
- การให้บริการเมทาโดนระยะยาว	15	
- แนวทางการรักษาโรคร่วมในผู้รับบริการที่เข้าโปรแกรม MMT	19	
- การให้เมทาโดนร่วมกับยาอื่น	20	
บทที่ 4	การลดอันตรายจากการใช้ยา	27
- การให้ความรู้/แนะนำ/สอน	27	
- การให้บริการปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี	29	
- การจัดกิจกรรมกลุ่ม	36	
- การให้ความรู้การลดอันตราย	37	
บทที่ 5	การเตรียมหยุด MMT	39
บรรณานุกรม	45	
ภาคผนวก	49	
- เกสซ์วิทยาของโอปิออยด์	50	
- การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม	56	
- แบบประเมิน Clinical Opiate Withdrawal Scale	61	

## บทนำ

เมทาโดนมีการใช้กันอย่างแพร่หลายทางการแพทย์ในการบำบัดการติดเฮโรอีน โดยนักเคมีชาวเยอรมันผลิตเมทาโดนเป็นครั้งแรกในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 และมีการนำมาใช้ในการรักษาตั้งแต่สงครามโลกครั้งที่ 1 สิ้นสุดลง (สหพันธ์สภาเภสัชกรรมและสภาเภสัชกรเดือนแดงระหว่างประเทศ, 2546) เมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์ที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกับสารเสพติดโอปิออยด์ (Opioid) เช่น เฮโรอีนและมอร์ฟีน มีการออกฤทธิ์ต่อตัวรับโอปิออยด์ในสมอง แต่ก็ไม่ได้มีฤทธิ์ล่อมประสาทที่รุนแรงนัก จึงสามารถใช้ทดแทนเฮโรอีนได้ รูปแบบพื้นฐานของเมทาโดนเป็นผงผลึกสีขาว โดยทั่วไปจะให้รับประทานในรูปของน้ำเชื่อม แต่ก็ยังมีเตรียมในรูปแบบของยาฉีด มีคุณสมบัติดูดซึมได้ดีในทางเดินอาหาร และมีค่าครึ่งชีวิตค่อนข้างยาว (สถาบันธัญญารักษ์, 2548) จึงสะดวกในการจ่ายยาเมทาโดนทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยจ่ายยาให้วันละ 1 ครั้ง ทดแทนการเสพยาเฮโรอีนวันละ 3-5 ครั้ง เป็นการสะดวกต่อการรับประทานยาอย่างมาก เมทาโดนจะออกฤทธิ์ภายใน 1 ชั่วโมงและจะขึ้นระดับสูงสุดในชั่วโมงที่ 4 ถึงชั่วโมงที่ 8 และจะอยู่ได้นานถึง 24 ชั่วโมง (สหพันธ์สภาเภสัชกรรมและสภาเภสัชกรเดือนแดงระหว่างประเทศ, 2546) ขนาดที่ใช้ในแต่ละคนจะแตกต่างกันไปตามอาการขาดยา การทนต่อยา ปริมาณการใช้เฮโรอีนและระยะเวลาที่เสพยา

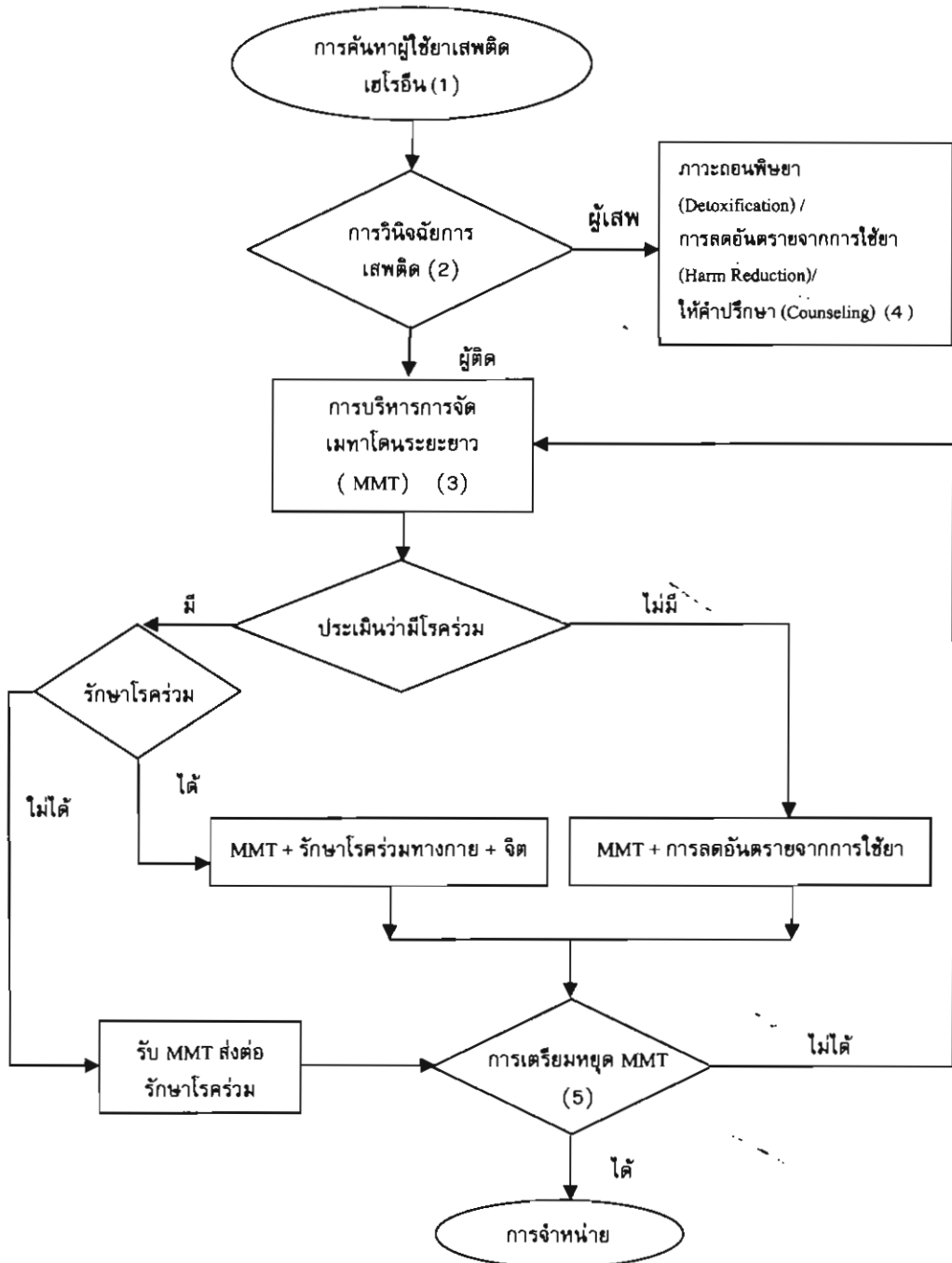
การให้เมทาโดนระยะยาว (MMT) เนื่องจากรักษาแบบการถอนยาล้มเหลวไม่ได้ผล ผู้ใช้ยายังคงใช้เฮโรอีนอยู่ จึงให้เข้ารับบริการเมทาโดนระยะยาว ปริมาณที่ให้จะค่อยๆ เพิ่มทีละน้อยโดยในระหว่างการได้รับยาจะมีการสังเกตระดับการทนต่อยา ขณะเดียวกันหลีกเลี่ยงไม่ให้อาการขาดเฮโรอีนเกิดขึ้น เมื่อการให้ยาอยู่ในระดับคงที่ ปริมาณของเมทาโดนที่ให้อาจอยู่ระหว่าง 40 มิลลิกรัม จนถึง 100 มิลลิกรัม หรือบางรายอาจมากกว่า 100 มิลลิกรัม หากขนาดต่ำเกินไปอาจมีอาการขาดเฮโรอีน เช่น เป็นตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน หงุดหงิด ปวดหลัง ปวดตามข้อ หากขนาดที่ให้สูงเกินไปจะมีอาการง่วงซึม สัปหงก หายใจช้า และรูม่านตาหดลงเหลือเท่าปลายเข็มหมุด อาการข้างเคียงอาจเกิดขึ้นได้ เช่น เหงื่อออก ท้องผูก ปวดตามกล้ามเนื้อและข้อ ความรู้สึกทางเพศลดลง เบื่ออาหารเป็นต้น และเมทาโดนจะทำให้เกิดการเสพติดได้ แต่อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงเท่ากับการเสพยาเฮโรอีน สามารถบำบัดได้ง่ายกว่าโดยการค่อยๆ ลดขนาดของเมทาโดนลงตามลำดับ (สหพันธ์สภาเภสัชกรรมและสภาเภสัชกรเดือนแดงระหว่างประเทศ, 2546)

ประโยชน์ของการได้รับเมทาโดนทดแทนในผู้เสพติดเฮโรอีน โดยการรับประทานยาวันละ 1 ครั้ง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตลอดทั้งวัน ไม่เสียเงินซื้อเฮโรอีนซึ่งมีราคาแพง ไม่ต้องเสียเวลามกมุ่นอยู่กับการชวนชวยหายาเสพติด ลดอันตรายเรื่องการติดและการแพร่เชื้อทางกระแสเลือดจากการใช้เข็มร่วมกันและการใช้เข็มที่ไม่สะอาด ลดภาวะทุโภชนาการ ลดการเกิดแผลติดเชื้อจากการฉีดเฮโรอีน และมีเวลาประกอบอาชีพเรียนหนังสือได้ จึงมีการใช้เมทาโดนรักษาให้กับผู้ที่เสพติดเฮโรอีน

การดูแลรักษาผู้ใช้สารเสพติดเฮโรอีนจะมีวิธีการปฏิบัติโดยเฉพาะ เนื่องจากเฮโรอีนมีฤทธิ์ร้ายแรง เสพติดง่ายแต่เลิกยาก ระยะเวลาๆ ผู้เสพจะใช้วิธีสูบแต่เมื่อเสพต่อไปจะเปลี่ยนเป็นวิธีฉีดเข้าหลอดเลือดดำ เป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อโรคทางกระแสเลือด ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอดส์ ไวรัสตับอักเสบ และเมื่อผู้เสพสุขภาพทรุดโทรม อ่อนแอ ความต้านทานโรคต่ำทำให้ติดเชื้ออื่นๆ ได้ง่าย เช่น วัณโรคปอด ซึ่งโรคต่างๆ ที่กล่าวมาเป็นโรคติดต่อร้ายแรง บางโรครักษาหาย บางโรครักษาไม่หาย และอาจเกิดโรคฉวยโอกาส ลูกกลมทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ติดเชื้อ เฮโรอีนมีฤทธิ์สั้นราว 6-8 ชั่วโมง ผู้เสพจะเสพบ่อยครั้ง ดังนั้นจะเสพวันละ 3-5 ครั้ง จากฤทธิ์ของสารที่กดประสาทส่วนกลาง อวัยวะต่างๆ ของร่างกายจะถูกกดการทำงาน ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง เมื่อหยุดเสพจะมีอาการขาดยา รุนแรง อวัยวะต่างๆ จะบีบเกร็ง รู้สึกทรมานจึงเป็นเหตุให้เลิกเสพยา เพราะจะทนอาการทรมานไม่ไหวต้องหามาเสพเรื่อยๆ

นโยบายการดูแลช่วยเหลือเพื่อลดอันตรายของผู้ใช้ยาและสารเสพติด มีแนวคิดช่วยเหลือผู้เสพที่มีโอกาสเสี่ยงสูงเหล่านี้ให้มีความปลอดภัย แม้จะเลิกเสพยาไม่ได้ ผู้ใช้ยาเหล่านี้ต้องสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ สามารถเข้าถึงบริการของรัฐที่จัดให้อย่างทั่วถึง โดยให้การดูแลช่วยเหลือด้วยการให้รับประทานยาเมทาโดนแทนการใช้เฮโรอีน เนื่องจากเมทาโดนเป็นสารสังเคราะห์ที่จัดเป็นสารเสพติดประเภทสองตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ 2522 ต้องควบคุมพิเศษในการนำมาใช้รักษา และหากให้ขนาดไม่เหมาะสมจะเกิดโทษต่อผู้ใช้ยารุนแรง เพราะผลจากการกดประสาทส่วนกลางทำให้เกิดอาการง่วงซึม หายใจช้าลงจนถึงหยุดหายใจและตายได้โดยไม่รู้ตัวขณะนอนหลับ ดังนั้นกระบวนการดูแลช่วยเหลือด้วยวิธีการให้รับประทานเมทาโดนระยะยาวจึงต้องมีแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม ถูกกฎหมายและไม่เกิดอันตรายต่อผู้รับประทาน ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติการให้เมทาโดนระยะยาวสำหรับผู้เสพติดเฮโรอีน ตามแผนภูมิที่ 1

### แนวทางการปฏิบัติให้เมทาโดนระยะยาว





# 1

## การค้นหาผู้ใช้เฮโรอินโดยวิธีฉ็ดเพื่อนำเข้า รับการบำบัดรักษา

ยาเสพติดเป็นสิ่งผิดกฎหมาย การใช้ยาเสพติดเป็นพฤติกรรมที่ผิดกฎหมาย แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะถือว่าผู้ใช้ยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติดเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา แต่ผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่ถ้าไม่มีความจำเป็นจะไม่สมัครใจมารับการบำบัดรักษา สาเหตุที่ผู้ใช้ยาเสพติดไม่มารับการบำบัดรักษามีหลายประการ เช่น ยังรู้สึกว่าได้ประโยชน์จากการใช้ยาเสพติด ไม่รู้สึกว่า การใช้ยาเสพติดของตนทำให้ตนเองหรือบุคคลใกล้ชิดเดือดร้อน รู้สึกว่าถูกรังเกียจจากผู้พบเห็น และยังไม่มีความจำเป็นหรือเหตุผลที่จะต้องมารับการบำบัดรักษา ไม่ต้องการให้ใครทราบว่าตนเองใช้ยาเสพติด ผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่จะไม่เปิดเผยตัว เนื่องจากกลัวเจ้าหน้าที่ตำรวจจับกุม ทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนและไม่สามารถติดต่อกับผู้ใช้ยาเสพติดได้โดยง่าย เช่นเดียวกับยาเสพติดอื่นๆ กับการค้นหาผู้ใช้ก่อนที่จะจัดให้มีบริการสำหรับผู้ใช้เฮโรอินโดยวิธีฉ็ด มีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาหาข้อมูลจำนวนของผู้ที่ฉ็ดเฮโรอินว่า มีจำนวนเท่าไร อยู่ที่ไหนบ้าง และจะเข้าไปติดต่อบุคคลเหล่านั้นได้อย่างไร ข้อมูลเหล่านี้สามารถหาได้จาก

1. เจ้าหน้าที่ตำรวจ
2. กรรมการชุมชน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน ประชาชนในชุมชน
3. สถานพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข ร้านขายยา
4. สถานพยาบาลที่ให้การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด
5. ศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
6. สำนักงานคุมประพฤติ กรมคุมประพฤติ
7. ศาลคดีเด็ก & เยาวชนและครอบครัว
8. องค์การเอกชนที่ทำงานด้านยาเสพติด ด้านเอดส์
9. โรงเรียน / สถาบันการศึกษา

นอกจากจะสามารถได้ข้อมูลแล้ว การเข้าไปประชาสัมพันธ์ แนะนำบริการที่มี และให้ข้อมูลว่าบริการเหล่านี้มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุเสพติด ครอบครัวยุ ลังคม อย่างไรบ้าง พร้อมทั้งมอบแผ่นพับ ไปสเตอร์ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ชื่อบุคคลที่จะติดต่อได้ บุคคลหรือหน่วยงานดังกล่าวอาจให้คำแนะนำในการเข้าถึงตัวผู้สูงอายุเสพติด ส่งต่อผู้สูงอายุเสพติดมารับ การบำบัดรักษา หรือมารับบริการอื่นๆ

เมื่อทราบว่าผู้ที่ใช้เฮโรอินจำนวนเท่าไร อยู่ที่ไหนบ้างแล้ว จะเข้าไปติดต่อ บุคคลเหล่านั้นได้โดย บุคลากรจากหน่วยงานดังกล่าวไปพบ หรือการไปรอฟพบตามสถานที่ที่ มีกลุ่มผู้สูงอายุเสพติดไปอยู่หรือเดินผ่าน ได้แก่

- ☼ ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือสถานบริการที่ผู้สูงอายุมักไปใช้บริการ
- ☼ ร้านขายยา ที่ผู้สูงอายุมักไปซื้อเข็มฉีดยา
- ☼ คลินิกเอกชน ที่ผู้สูงอายุมักไปหาซื้อยาโดมิคุม ยานอนหลับ หรือเมทาโดน
- ☼ สถานที่ที่ผู้สูงอายุจับกลุ่มคุยกัน ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มในชุมชนก็จะมีพื้นที่

รวมตัวแตกต่างกันไป

☼ แหล่งซื้อขายยา แต่ไม่ได้หมายความว่าต้องเข้าไปในจุดที่มีการขายยา แต่ ไปสำรวจหาพื้นที่ที่ผู้สูงอายุมักไปรวมตัวกันหรือเป็นเส้นทางเดินผ่านเพื่อจะเข้าไปหาหรือ เดินทางกลับหลังจากซื้อยา

เมื่อสามารถติดต่อผู้เคยใช้ยาเสพติด หรือผู้ยังใช้ยาเสพติดจนได้รับความ ไว้วางใจแล้ว ให้ช่วยแนะนำเพื่อนผู้สูงอายุให้รู้จัก ให้ผู้สูงอายุที่รู้จักเป็นตัวเชื่อมไปสู่ผู้สูงอายุกลุ่ม อื่นๆ

ในการติดต่อพูดคุยครั้งแรกควรเริ่มจากการแนะนำตัว และบริการที่มีสำหรับผู้ใช้ ยาเสพติด พร้อมทั้งแจกแผ่นพับ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ รวมถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุเสพติดต้องการ เช่น ถุงยางอนามัย โดยต้องไม่รีบชักชวนให้ผู้สูงอายุเสพติดมารับการบำบัดรักษาหรือ ชักชวน ให้เลิกใช้ยาเสพติด เพื่อให้ผู้สูงอายุเสพติดรู้สึกผ่อนคลาย ไม่อึดอัด ซึ่งจะช่วยให้ยอมรับในตัว ผู้ปฏิบัติงานเร็วขึ้น การปฏิบัติในทางตรงกันข้ามจะทำให้ผู้สูงอายุเสพติดรู้สึกถูกคุกคามและ กตสัน

สำหรับช่วงเวลาในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมมีความแตกต่างกันไปในแต่ละ สถานะ ขอให้เป็นเวลาที่จะได้พบกับกลุ่มเป้าหมายและสามารถเข้าถึงเพื่อพูดคุย ได้แก่ เวลา ช่วงเย็นและวันหยุด สำหรับผู้สูงอายุเสพติดที่มีงานทำ เวลาทำการของคลินิกเอกชน สำหรับ ผู้สูงอายุที่มารอซื้อยาโดมิคุม

## คุณสมบัติของผู้ที่จะเข้าไปติดต่อกับผู้ใช้ยาเสพติด

ผู้ที่จะเข้าไปติดต่อกับผู้ใช้สารเสพติดที่ยังไม่เข้ามารับการบำบัดรักษา ควรมີคุณสมบัติที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1) มีความน่าเชื่อถือและได้รับความไว้วางใจจากกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นคุณสมบัติประการสำคัญที่สุด เพราะถ้าไม่ได้รับความไว้วางใจ อาจเข้าไม่ถึงตัวผู้ใช้ยา หรือเข้าถึงแต่ผู้ใช้ยาไม่ให้ความร่วมมือ การได้มาซึ่งคุณสมบัติในข้อนี้ นั้น ผู้ปฏิบัติงานต้องมีมนุษยสัมพันธ์ดี มีความจริงใจ ใจกว้าง และไม่ตัดสินผู้อื่น

2) มีความเข้าใจในวิถีชีวิต วิธีคิด สภาพปัญหา และความต้องการของผู้ใช้ในที่นี้ ผู้ปฏิบัติงานไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ใช้อายุหรือเคยใช้ยามาก่อน แม้ว่าจะไม่ได้เป็นผู้ใช้ยา แต่ถ้าผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ในการทำงานกับผู้ใช้ยามาก่อนจะช่วยให้มีความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ใช้ยา และสามารถให้บริการได้อย่างเหมาะสม

3) มีทักษะในการสื่อสารที่ดี คือ เป็นทั้งผู้พูด ผู้ฟัง และผู้ให้คำปรึกษาได้ การมีทักษะในการสื่อสารที่ดี จะช่วยให้สามารถให้ข้อมูลความรู้กับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ปฏิบัติต้องมีทั้งข้อมูลความรู้และทักษะในการสื่อสารควบคู่กันไป

## สิ่งที่ต้องคำนึงสำหรับผู้ให้บริการดูแลผู้ใช้ยาเสพติด

### 1) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ

ผู้ปฏิบัติงานต้องเก็บรักษาข้อมูลของผู้ใช้เป็นความลับ ความบกพร่องในการรักษาความลับโดยการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวทำให้ผู้ใช้ยาได้รับความอับอาย รังเกียจ แบ่งแยก หรือถูกกระทำในแง่ลบใดๆ จากบุคคลอื่น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ยาเสพติดแล้ว ยังส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผู้ปฏิบัติงานและองค์กร/หน่วยงานที่สังกัดด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้ปฏิบัติงานควรพิจารณาประกอบด้วยว่ามีความจำเป็นจะต้องเปิดเผยข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ใช้ยาหรือไม่ ถ้าเห็นว่าจำเป็น ควรทำการพูดคุยถึงผลดีผลเสียของการเปิดเผยข้อมูลนั้น และที่สำคัญคือต้องได้รับความยินยอมจากผู้ใช้ยาก่อน จึงจะเปิดเผยข้อมูลได้

### 2) ความจริงใจและให้เกียรติ

ผู้ปฏิบัติงานควรให้บริการด้วยภาษาและท่าทีที่ให้เกียรติ เป็นมิตร เข้าใจ และไม่ตัดสินแทน เพื่อให้ผู้ใช้ยารู้สึกผ่อนคลาย ไม่อึดอัด ซึ่งจะช่วยให้ยอมรับในตัวผู้ปฏิบัติงานเร็วขึ้น การปฏิบัติในทางตรงกันข้ามจะทำให้ผู้ใช้ยารู้สึกถูกคุกคามและกดดัน

### 3) ความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน

ในการเข้าไปค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดที่ไม่รู้จักกันมาก่อน เพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานต้องไม่ไปเพียงลำพัง และต้องมีการอบรม ฝึกฝนการจัดการเหตุที่อาจเป็นอันตรายแก่ผู้ปฏิบัติงานที่เกิดจากผู้ใช้อาเสพติด มีอุปกรณ์สื่อสาร เช่น โทรศัพท์มือถือที่พร้อมที่จะโทรไปยังหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉินเพื่อขอความช่วยเหลือได้ทันที นอกจากนี้ ก่อนการเข้าไปให้บริการในชุมชน องค์กร/หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ปฏิบัติงานควรมีการประสานงานกับสถานีตำรวจในพื้นที่ เพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์และวิธีการปฏิบัติงาน เพื่อจะสามารถให้การดูแลเรื่องความปลอดภัย

ถึงแม้ว่าการค้นหาผู้ใช้ยาเสพติดโดยวิธีคิดและจงใจให้เข้ารับการบำบัดรักษา จะทำได้ยากขึ้น เนื่องจาก ผู้ที่ใช้อาเสพติดโดยวิธีคิดมีจำนวนลดลง และผู้ที่ใช้อาเสพติดโดยวิธีคิดที่คิดเฮโรอีนได้เปลี่ยนพฤติกรรมการฉีด โดยฉีดเฮโรอีนเฉพาะเวลาที่หาได้ เวลาที่ไม่มีจะฉีดสารเสพติดตัวอื่นแทน แต่ตราบโดที่ยังใช้อาเสพติดอยู่โดยเฉพาะใช้โดยวิธีคิด จะเกิดอันตราย ผลเสียแก่ตนเอง ครอบครัว สังคมได้ โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจึงควรจัดให้มีบริการที่จำเป็นสำหรับผู้ใช้ยาเสพติด เช่น การรักษาพยาบาลโรคที่พบในผู้ใช้ยาเสพติด การให้คำปรึกษาด้านสังคมจิตวิทยา การให้คำปรึกษาด้านงานอาชีพ รวมถึงบริการอื่นๆ เพื่อลดอันตราย ป้องกันอันตรายจากการที่ยังใช้อาเสพติดอยู่ เช่น การให้เมทาโดนระยะยาวสำหรับผู้ใช้เฮโรอีน การให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ รวมทั้งการค้นหา จงใจให้เข้ามารับบริการ และการจัดบริการต้องไม่มีกฎเกณฑ์ที่ผู้รับบริการต้องเป็นผู้มารับการบำบัดรักษา หรือต้องไม่ใช้อาเสพติดถึงจะสามารถรับบริการได้ และการจงใจให้เข้ามารับบริการที่จะได้ผลในบุคคลที่ยังไม่มีความต้องการที่จะเลิกใช้ยาเสพติด ควรเริ่มจากการจงใจให้มารับบริการที่ผู้ใช้ยาเสพติดสนใจ หรือต้องการก่อน ต้องไม่รีบชักชวนให้ผู้ใช้ยาเสพติดมารับการบำบัดรักษา หรือชักชวนให้เลิกใช้ยาเสพติด เพื่อให้ผู้ใช้ยารู้สึกผ่อนคลาย ไม่อึดอัด ซึ่งจะช่วยให้ยอมรับ ยินดีที่จะติดต่อกับผู้ให้บริการ และอาจนำไปสู่การสมัครใจรับการบำบัดรักษาได้ในที่สุด

# 2

## การวินิจฉัยการเสพติดเฮโรอีน

การวินิจฉัยผู้ช้ยาเพื่อเข้าสู่โปรแกรมการให้เมทาโดนระยะยาว

ผู้ติดยาเสพติดที่จะเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาโดยโปรแกรมเมทาโดนระยะยาว(MMT) โดยทั่วไปหมายถึง ผู้ป่วยที่ติดเฮโรอีนซึ่งมีข้อวินิจฉัยตาม **DSM IV** (Desk Reference to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> Edition) ได้ให้ความหมายของ Substance Dependence ดังนี้ คือ การใช้สารต่างๆ ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องทุกซ์ทรمانอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ อย่างน้อย 3 ใน 7 อาการ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา คือ

### กลุ่มอาการติดยา

1. ตื้อยา อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้
  - (a) ต้องการใช้สารนั้นเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดผลที่ต้องการ หรือจนเป็นพิษ (intoxication)
  - (b) ได้ผลจากการใช้สารนั้นลดลงอย่างมากหากใช้ในขนาดเท่าเดิม
2. ขาดยา อย่างใดอย่างหนึ่ง ต่อไปนี้
  - (a) ขาดยาที่มีอาการเฉพาะในการหยุดหรือลดสารนั้น
  - (b) การใช้สารนั้นหรือสารที่ออกฤทธิ์คล้ายคลึงกัน จะลดหรือกำจัดอาการขาดยาได้

### กลุ่มอาการบังคับใจไม่ได้

3. ใช้สารนั้นมาก นานกว่าที่ตั้งใจ
4. ต้องการใช้สารนั้นตลอด ไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการใช้ได้
5. ยังคงใช้สารนั้นอยู่แม้รู้ว่าทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจ

### กลุ่มอาการที่ใจหมกมุ่นต่อการใช้

6. ต้องเสียเวลามากเพื่อให้ได้สารนั้นมาในการเสพ หรือฟื้นจากฤทธิ์ของสารนั้น
7. ต้องงด/ ลด บกพร่องในการเข้าสังคม การทำงาน การพักผ่อนหย่อนใจ

เนื่องจากการใช้สารนั้น

ผู้ป่วยแต่ละรายแม้ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้เสพติดเฮโรอีนแล้ว ก็จะมีแนวทางในการบำบัดรักษาที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยด้านอื่นที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้คือ

1. ประวัติการเสพติด ได้แก่ วิธีการเสพและสารเสพติดที่ใช้ร่วม ซึ่งสามารถจำแนกเป็นกลุ่มผู้ติดเฮโรอีน ได้ดังนี้

- ติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีนชนิดสูบ
- ติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีนชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
- ติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีนชนิดสูบหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำร่วมกับการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย ได้แก่ ยาากล่อมประสาทชนิดกินหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำร่วมกับการใช้เมทาโดนกินหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
- เคยติดสารเสพติดประเภทเฮโรอีนชนิดสูบหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำแล้วเปลี่ยนมาติดยาากล่อมประสาทชนิดกินหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ร่วมกับการใช้เมทาโดนกินหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
- เคยติดเฮโรอีน ยาากล่อมประสาท เมทาโดน แล้วเปลี่ยนมาติดเมทาโดนกินหรือฉีดเข้าหลอดเลือดดำ
- ผู้ป่วยที่จะเข้าโปรแกรม MMT ไม่จำเป็นต้องเป็นเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่า ติดสารเสพติดเฮโรอีน แต่อาจเป็นผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ที่เป็นตัวอื่น ๆ ก็ได้ เช่น ติดมอร์ฟีน หรือเพทิดีน ทรามอล หรือยาแก้ปวดผสมอนุพันธ์ฝิ่นชนิดกินหรือชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับวิจารณ์ของผู้บำบัด

2. อายุของผู้เสพ

โดยทั่วไปอายุของผู้เสพคือตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และสามารถเซ็นยินยอมในการบำบัดรักษาด้วยตนเอง แต่บางรายที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นที่ต้องเข้าโปรแกรม MMT ควรได้รับการเซ็นยินยอมจากผู้ปกครองผู้ป่วย

3. โรคร่วมที่พบในผู้ป่วย

โรคร่วมที่พบในผู้ป่วยถือว่าเป็นข้อบ่งชี้สำคัญสมควรที่จะต้องเข้าโปรแกรม MMT เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถแพร่ระบาดไปยังผู้อื่นได้ ได้แก่

- ผู้ติดเชื่อโรโคเฮดส์
- ผู้ติดเชื่อตับอักเสบบี
- ผู้ติดเชื่อตับอักเสบบีซี
- ผู้ติดเชื่ออื่นๆที่สามารถแพร่ระบาดไปยังผู้อื่นได้ ตามวิจารณ์ญาณของผู้

บำบัด แต่โรคร่วมหรือภาวะผิดปกติที่ปรากฏอาการซึ่งอาจเป็นโรคทางร่างกายและจิตใจที่สำคัญ ซึ่งการกินเมทาโดนอย่างต่อเนื่องอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ อาจจำเป็นต้องงดหรือลดเมทาโดน ซึ่งผู้บำบัดต้องพิจารณาเป็นระยะๆ ได้แก่

### 3.1 โรคทางร่างกาย

- ภาวะตับอักเสบบี
- ภาวะการรับรู้ทางสมองบกพร่อง
- ภาวะการตั้งครรภ์

### 3.2 โรคทางจิตใจ

- ภาวะซึมเศร้ารุนแรง
- ภาวะโรคจิตเฉียบพลัน
- ภาวะวิตกกังวลรุนแรง
- ภาวะการตัดสินใจหรือการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาทางสังคม

## 4. ประวัติการได้รับการบำบัดรักษา

- ประวัติเคยได้รับการบำบัดรักษา
- ล้มเหลวจากการบำบัดรักษาโดยเมทาโดนแบบทดแทนหลายครั้ง
- ใช้เวลาในการบำบัดรักษาโดยเมทาโดนแบบทดแทนเป็นระยะเวลานาน
- มีพฤติกรรมในการใช้ยาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ปวด
- มีปัญหาทางสังคมจากที่ต้องมาบำบัดรักษาและเสพยาหลายอย่าง

## การประเมินคัดกรอง

การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในอันดับแรกๆในการที่จะช่วยในการวินิจฉัย และให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการประเมินสภาพผู้ป่วยสามารถทำได้หลายวิธีดังนี้

ความสำคัญของการซักประวัติมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นข้อมูลในเรื่องสุขภาพทั้งในอดีตและปัจจุบัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดังนั้นการซักประวัติจะต้องได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามความเป็นจริง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการบำบัดรักษา เกิดประโยชน์สูงสุด ทำให้ผู้เข้ายาได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติมาจากแหล่งต่างๆคือ

- ตัวผู้เข้ายา
  - ครอบครัว ญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้ที่มีความสัมพันธ์กับผู้เข้ายา
  - ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ

### 1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์ควรมีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้ายาก่อน เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ค้นเคยให้ความร่วมมือในการตอบคำถามและบอกข้อมูลกับที่ถูกต้อง ประเด็นสัมภาษณ์ ได้แก่

#### ประวัติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด

1. เริ่มใช้เฮโรอีนเมื่ออายุเท่าใด
2. ใช้เฮโรอีนโดยวิธีการใด (สูบ / ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ / ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ)
3. เสพเฮโรอีนระยะเวลาานเท่าใด (เดือน / ปี)
4. เสพเฮโรอีนวันละกี่ครั้ง (จำนวนครั้งต่อวัน)
5. ใช้เฮโรอีนวันละเท่าใด(จำนวนของเฮโรอีน)
6. เสพเฮโรอีนคิดเป็นเงินเท่าใด ( จำนวนเงินกี่บาท/วัน)
7. เสพเฮโรอีนครั้งสุดท้ายเมื่อใด (วันที่ / เดือน / ปี / เวลา.....น.)
8. เคยหยุดเสพเฮโรอีนบ้างหรือไม่ ถ้าเคยหยุดเสพหยุดได้นานเท่าใด
9. ใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วยหรือไม่ (ใช่ / ไม่ใช่) ถ้าใช่คือสารเสพติดอะไร(ให้ระบุสารเสพติดชนิดนั้นด้วย)

#### ประวัติสุขภาพและโรคทางกาย

1. ขณะนี้คิดว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร
2. ต้องใช้ยานอนหลับหรือไม่ (ใช่ / ไม่ใช่) ถ้าใช่คือยาอะไร (ระบุชื่อยาด้วย)



3. มีปัญหาสุขภาพทางร่างกาย/โรคหรือไม่ เช่น ปอดอักเสบ ติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจ เส้นเลือดดำอักเสบ ฝีในสมอง ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี ติดเชื้อไวรัสเอดส์ เป็นต้น
4. เคยได้รับการรักษายาเสพติดและโรคร่วมที่ไหนบ้าง (ระบุสถานที่) จำนวนกี่ครั้ง (ใส่จำนวนครั้งของการรักษา)

## 2. ข้อมูลจากการสังเกตและการตรวจร่างกาย

การสังเกตและการตรวจร่างกายของผู้ใช้ยาเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้เฝ้าต่อการสังเกต ควรสังเกตและตรวจร่างกายในประเด็นต่อไปนี้

2.1 ตรวจดูร่องรอยของการใช้เข็มฉีดยาบริเวณข้อมือ แขน หลังมือ หลังเท้า เส้นเลือดดำอักเสบ ฝีที่ผิวหนัง

2.2 ตรวจดูรูม่านตาทั้งสองข้างว่าขยายหรือหดเล็กลงเท่าไร เข็ม ง่วงซึม พูดเสียงอ้อแอ้

2.3 สังเกตอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดที่ใช้ ได้แก่ อาการขาดยา การได้รับเมทาโดนเกินขนาด

2.4 สังเกตลักษณะต่างๆไปของผู้ใช้ยา ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร ท่าทางการแต่งกาย ความสะอาดเรียบร้อย

2.5 อาการทางด้านจิตใจ ความคิด การตัดสินใจ ความร่วมมือในการตอบคำถาม เหมาะสมหรือไม่

## ข้อบ่งชี้ในการเข้ารับการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว

ผู้ที่ จะได้รับการพิจารณาให้การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ต้องผ่านเกณฑ์หลักทั้ง 4 ข้อ และผ่านเกณฑ์รองไม่น้อยกว่า 3 ข้อ

### เกณฑ์หลัก

1. ผู้ใช้ยาสมัครใจเลือกวิธีการรักษาแบบเมทาโดนระยะยาว พร้อมเซ็นชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร
2. มีหลักฐานประจำตัวแสดง เช่น บัตรประชาชน บัตรข้าราชการ ใบขับขี่ เป็นต้น
3. ควรพิสูจน์ให้ได้ว่าติดเฮโรอีนจริง เช่น การตรวจปัสสาวะ อาการขาดยา หรือการใช้ยาด้านฤทธิ์ทดสอบ ( Naloxone Challenge Test ) แล้วพบอาการขาดยา
4. มีประวัติติดเฮโรอีนไม่ต่ำกว่า 2 ปี

**เกณฑ์ร้อง**

1. ปริมาณการใช้เฮโรอีนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน
2. เคยเข้ารับการถอนพิษยาแล้วหลายครั้ง แต่ไม่สามารถเลิกได้สำเร็จ เช่น เคยผ่านการถอนพิษยาครบ 45 วัน 3 รอบ หรือผ่านการถอนพิษยา ครบ 90 วัน แล้วยังไม่สามารถเลิกได้
3. อายุไม่ต่ำกว่า 20 ปี
4. ผ่านการตรวจประเมินทางด้านร่างกายและจิตใจจากแพทย์

# 3

## การบริหารจัดการเมทาโดนระยะยาว

การให้เมทาโดนระยะยาว มีความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นอย่างมาก จุดมุ่งหมายสำคัญต้องไม่ให้ผู้รับบริการกลับไปใช้สารเสพติดประเภทเฮโรอีนอีก จึงต้องมีการให้ยาทดแทนสารที่มีการออกฤทธิ์คล้ายเฮโรอีนโดยการให้ยาเมทาโดนซึ่งเป็นสารสังเคราะห์ ในตระกูลฝิ่น การออกฤทธิ์ทำให้มีการเคลิบเคลิ้มเหมือนการเสพเฮโรอีน ดังนั้นการซักประวัติ การสังเกตอาการ เทคนิคการให้ยา และการปรับยาให้พอดีกับผู้รับบริการแต่ละบุคคลจึงมีความสำคัญ

### การให้บริการเมทาโดนระยะยาว

- ซักประวัติให้ละเอียด มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ถ้าไม่แน่ใจ ควรรอให้สังเกตอาการขาดยาก่อน
- ขนาดยาเริ่มต้นไม่ควรเกิน 40 มิลลิกรัมต่อวัน ปรับยาให้เพียงพอแก่การระงับอาการขาดยา เมื่อพ้นระยะอาการขาดยาจะต้องปรับยาเป็นครั้งๆไปตามความเหมาะสม
- มีวิธีการดูแลและยืนยันว่ารับประทานเมทาโดนตามที่จ่ายจริง เช่น ให้ดื่มยา น้ำ หรือดื่มหน้าตามแล้วให้ผู้รับบริการบอกชื่อของตนเองอีกครั้ง
- กรณีที่ผู้ให้การรักษาไม่สามารถเฝ้าระวังหรือดูแลใกล้ชิดควรให้บุคคลที่ 3 เช่น ญาติ ผู้ปกครองเป็นผู้ช่วยจ่ายยาและสังเกตอาการ ไม่จ่ายยาเกินครั้งละ 7 วัน
- มีมาตรการป้องกันการใช้สารเสพติดร่วมกับการรับเมทาโดน เพื่อความปลอดภัยจากพิษยาเกินขนาด เช่น การตรวจปัสสาวะหาสารเสพติดเป็นระยะๆอย่างน้อย เดือนละ 1-2 ครั้ง

### ข้อควรระวังในการใช้เมทาโดน

- ควรเริ่มในปริมาณน้อยที่สุดที่จะระงับหรือบรรเทาอาการอยากยา
- ถ้าปริมาณมากเกินไป จะกดประสาท ซึม นอนหลับ หายใจช้าลงจนหยุดหายใจ

- ถ้าให้ยาในปริมาณน้อยเกินไป จะมีอาการขาดยาและอาการทรมาณร่างกายยังคงอยู่
- ควรให้เมทาโดนได้วันละหนึ่งครั้ง
- ควรมียาต้านฤทธิ์ของเมทาโดน เช่น นาล็อกโซน

### วิธีการให้เมทาโดน

ขนาดเริ่มต้นของการให้เมทาโดนครั้งแรกในผู้ป่วยแต่ละราย ควรพิจารณาความรุนแรงของการใช้สารเสพติดและระดับความทนต่อสารกลุ่มโอปิออยด์ เช่น

1. ประวัติการใช้สารเสพติด ได้แก่ ปริมาณความถี่ และวิธีการเสพร่วมกับการตรวจปัสสาวะ
2. การสังเกตอาการทางคลินิกของผู้รับบริการในเรื่องพิษการออกฤทธิ์และอาการขาดเมทาโดน
3. ประวัติการเคยเข้ารับการรักษาจะช่วยให้ในการพิจารณาได้ดี
4. ต้องเฝ้าระวังเรื่องขนาดเมทาโดนที่ให้ใน 2 สัปดาห์แรก การเสียชีวิตของผู้รับบริการจะพบได้ในขนาดของเมทาโดนตั้งแต่ 25-100 มิลลิกรัม ส่วนใหญ่เกิดขึ้นเมื่อให้ขนาดยา 40-60 มิลลิกรัมต่อวัน
5. ควรมีการประเมินผู้รับบริการ 3-4 ชั่วโมงหลังจากให้ยาเมทาโดนครั้งแรก (ซึ่งเป็นเวลาที่ผลของยาเกิดฤทธิ์สูงสุด) เพื่อดูอาการออกฤทธิ์ของยาหรืออาการขาดยาเมื่อเวลาผ่านไปแล้ว 4 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยมีอาการขาดยาควรพิจารณาเพิ่มให้ได้อีก 5 มิลลิกรัม
6. ขนาดยาที่ให้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิกรัม ต่อน้ำหนักตัว 70 กิโลกรัม น่าจะถือได้เป็นขนาดที่ปลอดภัยที่สุด
7. ควรมีการระมัดระวังเกี่ยวกับเรื่องยาที่จำเป็นต้องเริ่มต้นที่ขนาดยามากกว่า 40 มิลลิกรัมและควรปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

### การปรับขนาดเมทาโดน

1. ห้ามเพิ่มขนาดเมทาโดนอย่างน้อยในระยะ 3 วันแรกของการรักษา เว้นแต่ว่าจะมีอาการขาดยาชัดเจน เวลาการออกฤทธิ์ยาสูงสุดประมาณ 3-4 ชั่วโมง หลังการได้ยา เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับเมทาโดนเพิ่มขึ้นทุกวัน
2. พิจารณาในการเพิ่มขนาดยา 5-10 มิลลิกรัมทุก 3 วันตามการประเมินผู้ป่วย โดยรวมไม่ควรเพิ่มขนาดยามากกว่า 20 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ และขนาดสูงสุดในวันสุดท้ายของสัปดาห์แรกโดยปกติไม่ควรสูงเกิน 40 มิลลิกรัม

### อาการของผู้ที่ได้รับเมทาโดนเกินขนาด

ผู้ป่วยจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รูม่านตาหดเล็กเท่ารูเข็ม (Pinpoint pupils) ง่วงซึม ตัวเย็น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ความดันโลหิตลดลง อุณหภูมิของร่างกายลดลง อาจมีอาการชัก การหายใจช้าลงเรื่อยๆ จนหยุดการหายใจ และเสียชีวิตในที่สุด เมทาโดนมีผลต่อการกดศูนย์หายใจมากกว่ามอร์ฟีน ผู้ที่ใช้ยาเกินขนาดมักจะเสียชีวิตด้วยอาการน้ำท่วมปอด

### วิธีการแก้ไขเมื่อได้รับเมทาโดนเกินขนาด

ต้องมีการแก้ไขโดยการให้ยาด้านฤทธิ์โอปิออยด์ (Opioid Antagonist) เช่น ยานาล็อกโซน (Naloxone) โดยฉีดขนาด 0.4 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ หรือหลอดเลือดดำ นาล็อกโซนเป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น (1-3 ชม.) ถ้าการหายใจไม่ดีขึ้นให้ยาซ้ำได้โดยห่างเวลากันทุก 2-3 นาที จนกว่าการหายใจจะเป็นปกติ เนื่องจากเมทาโดนเป็นยาที่ออกฤทธิ์นาน ผู้รับบริการอาจมีอาการกดการหายใจซ้ำได้จึงจำเป็นต้องเฝ้าระวังต่อไปอีกเป็นเวลา 24 ชั่วโมง

### อาการขาดยาเมทาโดน

อาการขาดยาหลังการหยุดใช้เมทาโดน มักมีอาการหงุดหงิด วิตกกังวล กระสับกระส่าย กลัว ปวดเมื่อยตามตัว ปวดท้อง สั่น คลื่นไส้ หาว น้ำมูก น้ำตาไหล จาม ชนลุก เหงื่อออก รูม่านตาขยาย ความดันโลหิตสูง เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ อาการขาดยาที่เกิดขึ้นมักไม่เป็นอันตรายถึงกับชีวิต เว้นแต่ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนทางร่างกายร่วมด้วย อาการขาดยาที่หยุดใช้เมทาโดนจะรุนแรงน้อยกว่าเฮโรอีน เนื่องจากค่าครึ่งชีวิตของเมทาโดนยาวกว่าเฮโรอีน อาการขาดเมทาโดนจะเกิดขึ้นช้ากว่าและนานกว่าผู้ติดเฮโรอีน อาการขาดยา จะเริ่มขึ้นหลังจากใช้ยาเสพติดครั้งสุดท้ายไปแล้วประมาณ 6-12 ชม. รุนแรงประมาณ 2-4 วัน และลดหายไปใน 7-10 วัน ส่วนเมทาโดนนั้นอาการขาดยาจะปรากฏหลังจากใช้ยาครั้งสุดท้ายไปแล้ว 36-48 ชม. และกินเวลานาน 5-21 วัน

### การให้ยาเมทาโดนกับผู้ป่วยไปรับประทานที่บ้าน

#### เกณฑ์พิจารณา

1. บ้านอยู่ไกลและเดินทางไม่สะดวก
2. แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้รับยากลับไปรับประทานได้ไม่เกิน 7 วัน

3. ในการรับยาญาติต้องมารู้ข้อมูลในเรื่องการรับประทานยาของผู้รับบริการด้วย
4. กรณีส่งต่อสถานพยาบาลอื่น ควรมีแผนการรักษาและการรับยาอย่างต่อเนื่อง (เขียนบันทึกข้อความในการส่งต่อเป็นจดหมายทางราชการให้กับสถานพยาบาลอื่นด้วย)

### ข้อควรคำนึงในการให้เมทาโดนกลับไปรับประทานที่บ้าน

1. ความเสี่ยงในเรื่องการรับประทานยาเกินขนาด อาจเกิดอันตรายถึงกับชีวิต
2. การนำยาไปใช้ในวัตถุประสงค์อื่นๆ เช่นการนำไปฉีด
3. การนำยาไปขายหรือให้กับผู้อื่น ซึ่งผิดทั้งทางการแพทย์และทางกฎหมาย
4. หากผู้ที่พักอาศัยร่วมอยู่ด้วยโดยเฉพาะเด็กนำมารับประทานอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

### ขนาดเมทาโดนที่ Maintenance

#### การรักษาภาวะคงที่ของอาการผู้ป่วย

ใน 2 สัปดาห์แรกของการให้เมทาโดนระยะยาวมีความจำเป็นที่จะต้องให้อาการของผู้รับบริการหายและคงที่มากที่สุด เพื่อไม่ให้ผู้รับบริการมีอาการสลับกันระหว่างอาการการได้รับยาเกินขนาดและอาการขาดยา เมื่ออาการคงที่ อาจมีความจำเป็นต้องปรับขนาดยาต่อไปอีก เพื่อให้ได้ยาที่เหมาะสม สำหรับการให้เมทาโดนระยะยาว การติดตามอาการของผู้ป่วยใน 2 สัปดาห์แรก

1. การสังเกตและประเมินอาการของผู้ป่วยทุกวันก่อนการได้รับยา หากมีข้อสงสัยให้แพทย์ตรวจดูอาการก่อนการให้ยา
2. แพทย์และพยาบาลควรพิจารณาอาการของผู้ป่วยอย่างน้อย 1-2 ครั้ง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยทางเภสัชวิทยาของเมทาโดน
3. การเพิ่มขนาดของยาควรอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ โดยพิจารณาความรุนแรงของอาการขาดยา พิษของยา และผลข้างเคียงอื่นๆ

#### ระยะคงสภาพการให้เมทาโดนระยะยาว

ขนาดของเมทาโดนควรขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปขนาดของเมทาโดนในช่วงการให้เมทาโดนระยะยาวจะสูงกว่าช่วงที่มีอาการคงที่ ขนาดของเมทาโดนที่ได้ผลดีจะสูงกว่า 60 มิลลิกรัม/ วัน พบว่า ความสัมพันธ์กันระหว่างขนาดยาในระยะการให้เมทาโดนระยะยาวกับอัตราการอยู่รับการรักษาและการหยุดยา

ขนาดเมทาโดนที่สูงกว่า 60 มิลลิกรัมต่อวัน มีความสัมพันธ์กับอัตราการอยู่รับการรักษาและการเสพยาเฮโรอีนซึ่งพบได้จากการวิจัย โดยทั่วไปขนาดยา 60-100 มิลลิกรัม/วัน เป็นขนาดยาที่มีประสิทธิภาพในการให้เมทาโดนระยะยาว แต่ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องให้ยาขนาดที่สูงกว่า 100 มิลลิกรัม/วัน

### แนวทางการรักษาโรคร่วมในผู้รับบริการที่เข้าโปรแกรม MMT

ผู้ป่วยที่มีโรคทางกาย ได้แก่ภาวะโรคเอดส์หรือโรคตับอักเสบ และโรคอื่นๆ อาจมีความจำเป็นต้องได้รับยารักษาาร่วมด้วย ขนาดของเมทาโดนอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนไปเนื่องจากการทำลายของเมทาโดนออกจากร่างกายอาจเปลี่ยนแปลงไป บางรายจำเป็นต้องให้ในขนาดที่สูงกว่าเดิม บางรายต้องลดขนาดเมทาโดนลง

ผู้ป่วยที่มีภาวะตั้งครรภ์ จำเป็นต้องได้รับยาเมทาโดน โดยปราศจากข้อสงสัย การตั้งครรภ์จะทำให้กระบวนการทำงานของร่างกายเพิ่มมากขึ้น น้ำหนักของผู้ป่วยมากขึ้น จำเป็นต้องมีการปรับขนาดยาเมทาโดนให้สูงขึ้นเพื่อป้องกันอาการขาดยาในหญิงตั้งครรภ์ ไม่ควรให้ยาลดอาการทางจิตประสาทร่วมด้วย เพราะอาจเป็นอันตรายต่อเด็กในครรภ์ และทำให้เกิดการติดยาและการปรับขนาดเมทาโดนเป็นไปด้วยความยากลำบาก

ผู้ป่วยที่มีโรคจิต วิตกกังวล หรือโรคซึมเศร้า ถือเป็นข้อระมัดระวังในการเข้าโปรแกรมเมทาโดน เนื่องจากมีโอกาสใช้เมทาโดนในทางที่ผิดได้ เช่น กินเมทาโดนในปริมาณมากเกินไปเพื่อทำร้ายตนเองหรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เมทาโดนเองก็เป็นยาที่ออกฤทธิ์กดประสาท ทำให้เสริมฤทธิ์ยาที่รักษาโรคทางจิตประสาทที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ อย่างไรก็ตาม ในผู้ป่วยที่รับยารักษาโรคทางจิตประสาทเป็นระยะเวลานานและมีวินัยในการรับประทานยา ได้สม่ำเสมอ ควบคุมอาการทางจิตประสาทคงที่ ไม่มีการกำเริบ ผู้ป่วยก็สามารถเข้าบำบัดรักษาในโปรแกรม MMT ได้เช่นผู้ป่วยอื่น แต่หากผู้รับบริการเกิดมีอาการกำเริบเฉียบพลันของโรคทางจิตประสาทเมื่อไร ควรหยุดการให้เมทาโดนแก่ผู้ป่วยเพื่อประเมินการบำบัดรักษาโรคทางจิตประสาทเฉียบพลันเหล่านั้นให้ดีเสียก่อน ที่จะเข้าโปรแกรม MMT ตามปกติ

อย่างไรก็ตามจะเป็นการดียิ่งหากผู้ป่วยที่พบว่ามีความเสี่ยงทางร่างกายและทางจิตใจ หรือมีการตั้งครรภ์ได้รับการดูแลโดยเฉพาะกับสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในโรคนั้นๆ และหากสถานพยาบาลแห่งนั้นสามารถจ่ายยาเมทาโดนให้ผู้ป่วยได้ด้วย ก็เป็นการดียิ่ง อาจทำการส่งต่อให้ผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาลแห่งนั้นแบบครบถ้วนไปพร้อมกัน

ในการวินิจฉัยผู้ป่วยเพื่อเข้าโปรแกรมเมทาโดนจำเป็นต้องพิจารณาผู้ป่วยเป็นรายๆ ไปในหลายๆ ด้าน การนำผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรม MMT เร็วเกินไป อาจเกิดผลเสียหากผู้ป่วยมีโอกาสที่จะสามารถเลิกยาเสพติดกลุ่มโอปิออยด์ได้ แต่การให้ผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรม MMT ช้าเกินไป ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะติดสารโอปิออยด์ในขนาดสูง ยากที่จะเลิก โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV หรือตับอักเสบ และซี ก็มีมากขึ้น โอกาสที่จะเกิดปัญหาในการใช้สารเสพติดหลายตัว และโอกาสสร้างปัญหาทางสังคม การก่ออาชญากรรมย่อมมีมากขึ้นเป็นลำดับ เพราะฉะนั้นการพิจารณาวินิจฉัยผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่โปรแกรม MMT จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดกับผู้ป่วย

### การให้เมทาโดนร่วมกับยาอื่น

#### การให้ยาต้านไวรัสเอดส์และโรคร่วมในผู้ที่ได้รับ MMT ยาต้านไวรัสเอดส์มี 4 กลุ่ม

1. Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs): Abacavir (ABC) Didanosine (ddI) Lamivudine (3TC) Stavudine (d4T) Tenofovir (TDF) Zalcitabine (ddC) Zidovudine (AZT)
2. Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs): Delavirdine (dLV) Efavirenz (EFV) Nevirapine (NVP)
3. Protease inhibitors (PIs): Amprenavir (APV) Atazanavir (ATV) Fosamprenavir (fos-APV) Indinavir (IDV) Lopinavir/ritonavir (LPV/r) Nelfinavir (NFV) Ritonavir (RTV) Saquinavir (SQV)
4. Fusion inhibitors (FIs): Enfuvirtide ยานพวงมาก



**ข้อบ่งชี้การให้ยาต้านไวรัสเอดส์**

1. มีอาการเอดส์ ถึงแม้ CD4 จะเท่าใดก็ตาม
2. มี CD4 น้อยกว่า 250 cell/ $\mu$ L
3. ติดเชื้อฉวยโอกาส ถึงแม้ CD4 จะเท่าใดก็ตาม

**สูตรยาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วย**

ยา	2NRTIs	NNRTIs / PI
ยาสูตรแรก	AZT + 3TC d4T + 3TC	NVP EFV IDV / RTV
ยาสูตรทางเลือก	AZT + ddI ddI + 3TC TDF + 3TC ABC + 3TC	SQV / RTV NFV LPV / RTV ATV + RTV

**สำหรับผู้ใหญ่ และเด็ก**

สูตรที่ 1 d4T + 3TC + NVP ( GPO-VIR )

- สูตรที่ 2
- 2.1 d4T + 3TC + EFV ใช้ในกรณีที่มีอาการแพ้ยา NVP
  - 2.2 AZT + 3TC + NVP ใช้ในกรณีที่มีอาการแพ้ยา d4T
  - 2.3 AZT + 3TC + EFV ใช้ในกรณีที่มีอาการแพ้ยา NVP และ d4T

- สูตรที่ 3
- 3.1 d4T + 3TC + IDV / RTV หรือ
  - 3.2 AZT + 3TC + IDV / RTV

**ห้ามใช้ Efavirenz (EFV) ในหญิงตั้งครรภ์ และผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต**

เด็กในกรณีซึ่งไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ยา NVP, EFV และ IDV / RTV และ CD4 >

15% ให้ลดจากสูตรยาสามชนิดเหลือสองชนิด คือ d4T + 3TC หรือ AZT + 3TC

## สำหรับหญิงตั้งครรภ์

อายุครรภ์	ก่อนคลอด	ระหว่างเจ็บครรภ์คลอด	หลังคลอด	ทารก
≤ 28 weeks และ CD4>200	AZT(250-300mg) 1tab q 12hr เริ่มที่ GA 28 weeks	AZT 300 mg +NVP 200 mg q 3hr จนคลอด (true labor pain)	AZT 200mg + 3TC 150mg q 12hr *7 days	NVP 2mg/kg oral stat dose AZT 2mg/kg/dose q 6hr *1 week
NO ANC with labor pain	-	NVP 200mg + AZT 300mg q 3hr จนคลอด	AZT 200mg + 3TC 150mg q 12hr *7 days	NVP 2mg/kg oral stat dose AZT 2mg/kg/dose q 6hr *6week

## รูปแบบของการให้ยาต้านไวรัส HIV ที่ไม่ควรใช้

- ☼ การให้ monotherapy หรือ NRTI 2ตัวเท่านั้น เพราะจะลดปริมาณเชื้อ HIV ไม่เต็มที่ จะเกิดการดื้อยาอย่างรวดเร็ว และประสิทธิผลต่ำกว่าการให้ยาแบบหลายตัว
- ☼ d4T + AZT เพราะมี antagonism
- ☼ TDF + 3TC + ABC / TDF + ddi + 3TC โอกาสล้มเหลวสูง
- ☼ ATV + IDV เพราะจะมีโอกาสเกิด Hyperbilirubinemia มากขึ้น
- ☼ d4T + ddi เพราะอุบัติการณ์ของ peripheral neuropathy, pancreatitis, hyperlactatemia และ lactic acidosis สูง
- ☼ EFV ในหญิงตั้งครรภ์ไตรมาสแรก หรือหญิงที่อาจจะตั้งครรภ์

**Drug interaction of ARV drugs (Methadone and Buprenorphine);**

- AZT
  - Methadone เพิ่มระดับ AZT ในกระแสเลือด 30-40% ดังนั้นต้องระวัง Toxicity ของ AZT เช่น anemia, nausea and headache
  - AZT ไม่มีผลต่อ Methadone และยังไม่มียผลที่ชัดเจนต่อ Buprenorphin
- d4T
  - Methadone มีผลลดระดับปริมาณ d4T ในกระแสเลือด 27% แต่ยังไม่ต้องเปลี่ยนยา
  - d4T ไม่มีผลต่อ Methadone
- ddI
  - Methadone มีผลลดระดับ ddI ในกระแสเลือด 63% ให้ดูอาการและ CD4 ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ดีให้ยาที่เป็นกลุ่ม NRTI
  - ddI ไม่มีผลต่อ Methadone
- ABC
  - เพิ่มการกำจัด Methadone แต่ไม่จำเป็นต้องปรับขนาดของ Methadone เพราะไม่ทำให้เกิดอาการถอนยา
- NVP
  - ลดปริมาณ methadone 46% ทำให้เกิดอาการถอนยาจึงต้องเพิ่มปริมาณ Methadone
  - ผลต่อ Buprenorphine ทำให้ลดปริมาณ Buprenorphine เช่นกัน
- EFV
  - เพิ่มการเผาผลาญของ methadone 50% จึงทำให้เกิดอาการถอนยาได้ และมีผลต่อ Buprenorphine แต่ไม่ทำให้เกิด withdrawal symptom
- RTV
  - เพิ่มความเข้มข้นของ Methadone อาจทำให้เกิด Methadone เกินขนาดได้อาจต้องลดขนาด Methadone
- SQV
  - ลดความเข้มข้นของ Methadone อาจทำให้เกิดอาการถอนยา

## TREATMENT FOR OPPORTUNISTIC INFECTIONS

### PULMONARY TB

ผู้ป่วยมักมีอาการไข้ น้ำหนักลด ไอ เบื่ออาหาร ต่อมน้ำเหลืองโต อ่อนเพลีย เหงื่อออกกลางคืน มักสัมพันธ์กับจำนวน CD4

X-ray ปอดพบ Hilar adenopathy, pleural effusion, no specific infiltration, cavitations ลดลงเมื่อเทียบกับปกติ และมักไม่มีรูปแบบชัดเจน

ตรวจทางห้องปฏิบัติการโดย PPD skin test พบได้ประมาณ 10% และย้อมเสมหะเป็นบวก

การรักษา 2IRZE + 4 IR (Rifampicin มีผลลดระดับ Methadone 33-68% อาจทำให้เกิดอาการถอนยาแล้วจึงปรับขนาด Methadone)

### CRYPTOCOCCOSIS

เป็นสาเหตุการตายในประเทศไทย เกิดจากเชื้อ *Cryptococcus neoformans* มักพบในผู้ป่วยที่มี CD4 น้อยกว่า 100 cell/mm<sup>3</sup>

อาการที่พบ Stiff neck, cranial nerve palsy, papilledema, ataxia, seizure, aphasia ทำการเจาะหลังจะมีความดันมากกว่า 20 cmH<sub>2</sub>O, WBC in CSF < 20 cell/mm<sup>3</sup>, India ink – capsulated yeast, Cryptococcal antigen positive

การรักษาด้วย Amphotericin B 0.7-1.0mg/kg/day นาน 2 อาทิตย์และ Fluconazole 400mg/day ต่ออีก 8 อาทิตย์ตามด้วยการป้องกันโรคแบบทุติยภูมิด้วย Fluconazole 200mg/day (Fluconazole มีผลเพิ่มระดับ Methadone ในกระแสเลือด 35% ทำให้ Methadone เกินขนาด จำเป็นต้องลดขนาด Methadone)

### PNEUMOCYSTIS JIROVECI PNEUMONIA (PCP)

พบในผู้ป่วยที่มี CD4 น้อยกว่า 200 cell/mm<sup>3</sup>

อาการ Acute febrile, tachypnea, tachycardia ตรวจร่างกาย normal or rale at both lungs ผล X-ray ปอดเป็น Diffuse symmetrical interstitial infiltration การตรวจทางห้องปฏิบัติการ LDH, PaO<sub>2</sub> ≥ 80mmHg

การรักษาด้วย TMP 15g/kg/day (Clindamycin 600mg q 8hr. + Primaquine 30mg/day) 21 วันตามด้วยการป้องกันโรคแบบทุติยภูมิด้วย TMP/SMZ (80/400) 2 tab/day (Dapsone 100mg/day)

**OESOPHAGEAL CANDIDIASIS**

เกิดในผู้ป่วยที่มี CD4 น้อยกว่า 250 cell/mm<sup>3</sup>, prolong antibiotic, steroids abused

อาการกลืนลำบาก หรือกลืนเจ็บ ตรวจพบฝ้าขาวในปาก รักษาด้วย Clotrimazole (10mg) ครั้ง/วัน นาน 10-14 วัน Nystatin, Fluconazole, Itraconazole, Amphotericin B

**PENICILLIUM MARNEFFEI INFECTION**

เกิดจากเชื้อ *Penicillium marneffeii* จะพบตุ่มหนองตามใบหน้า ลำตัว และแขนขา มีไข้

ตรวจทางห้องปฏิบัติการ skin biopsy – wright or gram stain = yeast

รักษาด้วย Itraconazole 200mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง นาน 8-12 อาทิตย์ (ผล Itraconazole เหมือนกับ Fluconazole)

**TOXOPLASMOSIS**

เชื้อ *Toxoplasma gondii* เกิดในผู้ป่วยที่มี CD4 น้อยกว่า 100 cell/mm<sup>3</sup>

อาการที่พบ Focal neurogenic syndrome, drowsiness, confuse, stiff neck, focal neurological deficit, fever และการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Tachyzoite, serum anti-toxoplasma IgG +, anti-toxoplasma IgM-

รักษาด้วย Sulfadiazine 1-2 g oral q 6hr และ Pyrimethamine 100-200mg first, 50-100mg/day และ Folinic acid 10mg/day นาน 6 อาทิตย์

**HEPATITIS B**

5% ติดจากแม่สู่ลูก ถ้า acute infection ใน adult 95% หายได้ Liver cell damage เกิดจาก immune response การตรวจหาทางห้องปฏิบัติการ DNA virus ของ Hepadnavirus family ซึ่ง replicate ใน hepatocyte

รักษาด้วย 3TC inhibit HBV replication in up to 87% ร่วมกับ Adefovir dipivoxil 10mg oral OD หรือ TDF

# 4

## การลดอันตรายจากการใช้ยา

การบำบัดทางจิตสังคม เป็นวิธีการที่ดีวิธีการหนึ่งในการเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา โดยการใช้ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาทางยา ซึ่งมีได้หลายรูปแบบดังต่อไปนี้

1. การให้ความรู้/แนะนำ/สอน
2. การให้บริการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
3. การจัดกิจกรรมกลุ่ม
4. การช่วยเหลือเพื่อลดอันตรายอื่น ๆ

### การให้ความรู้/แนะนำ/สอน

#### 1. การป้องกันการติดและการแพร่เชื้อไวรัสเอดส์

- ช่องทางการติดต่อของเชื้อไวรัสเอดส์เข้าสู่ร่างกายแก่ผู้ใช้ยาและครอบครัว
- อาการแสดงที่บ่งถึงการติดเชื้อ
- วิธีการป้องกันตนเองไม่ได้รับเชื้อจากผู้อื่น
- วิธีการป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น การแยกของใช้ส่วนตัวที่สามารถแพร่เชื้อได้
- เมื่อสงสัยว่าติดเอดส์ควรทำอะไร เช่น การขอคำปรึกษา การเจาะเลือดหาเชื้อไวรัส
- วิธีการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อจะมีเพศสัมพันธ์
- การขอรับยาต้านไวรัสเอดส์ หากที่หน่วยงานไม่พร้อม
- วิธีการล้างเข็มและกระบอกฉีดยาและการฆ่าเชื้อโรคในรายที่ใช้เข็มและกระบอกฉีดยา หากจำเป็นและถ้าสะดวกและปลอดภัยควรใช้ชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง
- การใช้เข็มและกระบอกฉีดยาส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น
- วิธีทำลายเข็มและกระบอกฉีดยา
- การดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิตสำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการมีเชื้อโรคเอดส์

- การขอคำปรึกษาและการช่วยเหลือเมื่อสงสัยและมีปัญหาจะขอคำปรึกษาได้จากใครบ้าง

- การหยุดใช้เข็มฉีดยาเสพติด / หยุดเสพติดโดยรับประทานยาเมทาโดนทดแทนอย่างต่อเนื่อง

## 2. การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบี

- อาการแสดงที่สงสัยว่าจะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

- การเจาะเลือดตรวจหาเชื้อไวรัสและการฉีดวัคซีนแก่ผู้ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน

- ช่องทางต่าง ๆ ของการติดเชื้อและการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นซึ่งใกล้เคียงกับการติดเชื้อไวรัสเอดส์

ผู้อื่น

- วิธีการป้องกันตนเองรับเชื้อจากผู้อื่น ๆ และวิธีการป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น

- วิธีการดูแลสุขภาพตนเองหากพบว่ามีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

- การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นอันตรายต่อดับ เช่น การดื่มแอลกอฮอล์

- การหลีกเลี่ยงการใช้เข็มและกระบอกฉีดร่วมกับผู้อื่น

- การทำความสะอาดเข็มและกระบอกฉีด

- การใช้เข็มและกระบอกฉีดครั้งเดียวทิ้งและสอนวิธีการทำลายที่ถูกต้อง

- การรักษาที่ถูกต้องหากพบว่ามีอาการติดเชื้อควรปรึกษาแพทย์ เพราะหากมีโรคตับที่รุนแรง / การทำงานของตับบกพร่อง ในการรับประทานยาเมทาโดนระยะยาวจะเป็นอันตรายต่อดับ

- การให้หยุดใช้ยาเสพติดชนิดที่ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือหยุดเสพติดแล้วรักษาด้วยยาเมทาโดนทดแทน

## 3. การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด

- การสังเกตอาการและอาการแสดงของโรค

- ให้พบแพทย์ เมื่อมีอาการสงสัย

- หากพบว่าเป็นวัณโรคปอด แพทย์สั่งการรักษา ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

อย่างต่อเนื่อง

- การสังเกตอาการแพ้ยา ( เช่น มีไข้ ผื่นคัน สติเวณ จอห์นสัน )

- การแก้ไขอาการแพ้ยา

- การดูแลสุขภาพตนเอง โดยการแยกของใช้ส่วนตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- เมื่อจำเป็นต้องเข้าร่วมกลุ่มกับสมาชิกอื่น ควรผูกผ้าปิดปาก – จมูก
- เมื่อมีอาการไอ – จาม ควรปิดปาก – จมูกทุกครั้ง การบ้วนเสมหะควรมีที่รองรับปิดมิดชิด
- กรณีมีความเครียดและวิตกกังวลจากการเป็นวันโรคปอดควรขอรับคำปรึกษา

### การให้บริการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ

การให้การปรึกษา (Counseling) เป็นกระบวนการที่อาศัยสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้ให้การปรึกษากับผู้ใช้ยาเสพติด ด้วยการสื่อสารสองทางจนเกิดความร่วมมือ โดยผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือด้วยการใช้คุณสมบัติและทักษะต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้ใช้ยาเสพติด ใช้ศักยภาพในการสำรวจตัวเอง ทำความเข้าใจ ค้นหาปัญหา สาเหตุของปัญหา และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับตัวให้ดีขึ้นด้วยตนเอง

#### หลักการให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด

1. เป็นการบริการที่เคารพในสิทธิมนุษยชน เพราะภาวะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องร้ายแรงและยาวนาน กระทบต่อการดำรงชีวิต
2. ช่วยเพิ่มการป้องกันการติดเชื้อและนำผู้ติดเชื้อเข้าสู่การดูแลรักษาในระบบสาธารณสุข
3. บุคลากรทางการแพทย์ ต้องนำเสนอข้อมูลการให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือดแก่ผู้รับบริการทุกครั้ง เพื่อให้เข้าใจประโยชน์ของการตรวจเลือด
4. การลงนามในหนังสือแสดงความสมัครใจต้องเกิดขึ้นก่อนการตรวจเลือดเสมอ
5. การให้ข้อมูลเพื่อการส่งต่อเป็นลายลักษณ์อักษรต้องได้รับการยินยอม
6. การให้ข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้องต้องกระทำโดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานการให้การปรึกษาเท่านั้น
7. การรายงานผลการตรวจเลือดผู้ติดเชื้อควรรายงานเป็นรหัส



### ความจำเป็นของการให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเลือด

1. เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ลดพฤติกรรมเสี่ยง ช่วยวางแผนการใช้ชีวิตที่เหมาะสม
2. เพื่อการดูแลรักษาการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ
3. ปัจจุบันเทคนิคการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีการพัฒนามากขึ้น ทำให้ตรวจง่าย ราคาถูก ได้ผลรวดเร็ว
4. โรคเอดส์มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ ผู้ที่ได้รับเชื้อมีชีวิตอยู่บนความไม่แน่นอน ไม่สามารถบอกได้ว่าจะปรากฏอาการได้เมื่อไร

### ประโยชน์ของการให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเลือด

การตรวจเลือดเป็นวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพและเป็นกลยุทธ์ของการดูแล ดังนี้

1. ช่วยเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ป้องกันการติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าการลงทุน
2. ราคาถูกและมีประสิทธิภาพ สำหรับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก
3. เพิ่มการเข้าถึงการรักษาและลดการติดเชื้อ
4. ลดตราบาป การปฏิเสธ และสนับสนุนการอยู่ร่วมกัน
5. การให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดโดยสมัครใจเป็นสิทธิของบุคคล
6. เป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ใช้ยาเสพติด รวมไปถึงโปรแกรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด

### การให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1. การสร้างสัมพันธภาพและตกลงการให้การปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจในผู้ใช้ยาเสพติด ให้ผู้ใช้ยาเสพติดรู้สึกเป็นกันเองและกล้าเล่าถึงเรื่องราวต่างๆ ที่เป็นส่วนตัวและรู้สึกลำบากใจที่จะพูด เช่น พฤติกรรมทางเพศ การใช้บริการทางเพศ การใช้สารเสพติด เป็นต้น และตกลงประเด็นการปรึกษา เวลา การรักษาความลับ บทบาทของผู้ให้และผู้รับการปรึกษา

2. สืบหาเหตุผลที่มาขอรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง การมาขอรับการตรวจเป็นความสมัครใจหรือไม่ มีเหตุการณ์ และ/หรืออาการที่นำมาให้ต้องมาตรวจ ผู้ใช้ยาเสพติดคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด โดยเชื่อมโยงการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้ยาเสพติด

3. การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันและการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การแพร่เชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ใช้ยาเสพติดคิดว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงหรือไม่ เพราะเหตุใด ผู้ให้การปรึกษาแก้ไขความเข้าใจผิดและอธิบายเพิ่มเติม

4. ความหมายของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

**ผลเลือดบวก** หมายความว่า

1. ได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี/เอดส์ เข้าสู่ร่างกาย
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สามารถแพร่เชื้อเอชไอวี/เอดส์ สู่อื่นได้ทางเลือด น้ำอสุจิ น้ำจากช่องคลอดและสตรีมีครรภ์จะสามารถผ่านเชื้อไปยังทารกในครรภ์ได้
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะพัฒนาไปสู่การมีอาการของโรคเอดส์ ช้าหรือเร็วขึ้นอยู่กับ การดูแลสุขภาพของตนเอง

**ผลเลือดลบ** หมายความว่า

1. ไม่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. อาจติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้วแต่ยังตรวจไม่พบเชื้อ
3. ผลเลือดที่เป็นลบ ไม่ได้ความหมายว่าต่อไปนี้จะไม่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หากยังมีพฤติกรรมเสี่ยง

**Window Period** หมายความว่าเมื่อเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เข้าสู่ร่างกาย ร่างกายตระหนักว่าเชื้อเอชไอวีไม่ควรอยู่ในร่างกาย ระบบภูมิคุ้มกันจะเริ่มสร้างภูมิต้านทานเพื่อกำจัดเชื้อเอชไอวีเพื่อป้องกันร่างกาย การตรวจเลือดหาภูมิต้านทาน ใช้เวลาตรวจพบได้ประมาณ 12 สัปดาห์ หลังจากรับเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้ว ดังนั้น ผลการตรวจไม่สามารถรับรองสถานะบุคคลที่เป็นลบว่าไม่ติดเชื้อ ถ้าเขามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในระหว่าง 12 สัปดาห์ก่อนการตรวจเลือด ช่วงเวลา 12 สัปดาห์นี้ เรียกว่า Window Period ในช่วงนี้สามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไปยังบุคคลอื่นได้

5. การเตรียมความพร้อมที่จะรับฟังผลเลือด ความคาดหวังต่อผลการตรวจเลือด จะทำอย่างไรถ้าผลเลือดเป็นบวก/ลบ ทราบผลเลือดแล้วจะบอกใคร อย่างไร และบุคคลนั้นจะมีปฏิกิริยาอย่างไร การวางแผนชีวิต การงาน เศรษฐกิจ สังคม

6. การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รายละเอียดการตรวจ การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ระหว่างรอผล (รวมทั้ง Window Period ด้วย) ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา ที่ต้องรอผล การแจ้งผลต้องมารับทราบผลด้วยตนเอง ไม่แจ้งทางโทรศัพท์/จดหมาย นัดหมายการฟังผลเลือด และการให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือด วิธีการติดต่อหากมีปัญหา ระหว่างรอผลเลือด

7. การตัดสินใจ รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ให้การ ปรึกษาควรเอื้ออำนวยให้ผู้ใช้นโยบายตัดสินใจด้วยตนเองว่า การตรวจเลือดหาเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ จำเป็นสำหรับเขาหรือไม่ และผู้ใช้นโยบายต้องการจะตรวจหรือไม่ พิจารณา เหตุผล เปิดโอกาสให้ตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่เร่งรัด พร้อมทั้งลงชื่อในหนังสือแสดงความ สัมครใจตรวจเลือด

8. การยุติการให้การปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจในผู้ใช้นโยบาย เปิด โอกาสให้ซักถาม นัดหมายวันฟังผล

### **การให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในผู้ใช้นโยบาย (กรณีผลเลือดลบ)**

1. การสร้างสัมพันธภาพและตกลงการให้การปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาดำรง สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ใช้นโยบาย ทบทวนความเข้าใจในการปรึกษาก่อนการตรวจเลือดหา การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในเรื่องความหมายของผลเลือด Window Period ให้ผู้ใช้นโยบาย ตถามข้อสงสัย

2. การแจ้งผลเลือด ผู้ให้การปรึกษาแจ้งผลเลือดด้วยท่าที น้ำเสียงปกติ

3. การประเมินความต้องการของผู้ใช้นโยบาย ประเมินโอกาสเสี่ยงและความ จำเป็นการตรวจเลือดซ้ำ กรณี Window Period

4. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การใช้เข็มฉีดยาที่ปลอดภัย การ บำบัดรักษาการติดเชื้อเสฟติด

5. การวางแผนลดพฤติกรรมเสี่ยง ร่วมกันวางแผน กำหนดเป้าหมายที่สามารถ ปฏิบัติได้จริง

6. การยุติการให้การปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจในผู้ใช้นโยบาย เปิด โอกาสให้ซักถาม เสนอแนะแหล่งความช่วยเหลือ

### ข้อสังเกต

1. ผู้ให้การปรึกษา ควรบอกผลด้วยท่าทีที่สงบ ชัดเจน และอธิบาย “ผลลบ” หมายถึง “การไม่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อยู่ในร่างกาย” เพราะผู้รับการปรึกษาบางคนอาจมีความเข้าใจ “ผลลบ” ไปในทางตรงกันข้าม คือ ความไม่ดี เป็นข่าวร้ายได้
2. โดยปกติผลเลือดลบเป็นสิ่งที่น่ายินดีสำหรับผู้ใช้ยาเสพติดแต่ความรู้สึกจะเปลี่ยน ถ้าผู้รับการปรึกษาอยู่ในระยะ Window Period
3. การรับการปรึกษาอาจยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ การให้สุขศึกษาเป็นสิ่งที่สำคัญ
4. ผู้ใช้ยาเสพติดบางคนอาจรู้สึกเป็นดราม่า แม้ผลเลือดจะเป็นลบก็ตาม ผู้ให้การปรึกษาควรให้ความมั่นใจเกี่ยวกับการรักษาความลับ
5. การให้การปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจในผู้ใช้ยาเสพติด เป็นโอกาสที่ดีในการทบทวนถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การใช้เข็มฉีดยาเสพติด และการวางแผนลดพฤติกรรมเสี่ยง
6. ผู้เสพติดไม่ทุกคนที่จะยอมรับและเข้าใจผลการตรวจเลือดเป็นลบ ผู้ใช้ยาเสพติดบางคนอาจยังรู้สึกสงสัย/กังวล เกี่ยวกับวิธีการตรวจหรือผลการตรวจได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากยังไม่เปิดเผยข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ให้แก่ผู้ให้การปรึกษา
7. ความกังวลสงสัยของผู้ใช้ยาเสพติด ส่วนหนึ่งมาจากการได้รับข้อมูลที่ขัดแย้งกันจากบุคคลากรทางการแพทย์ จำเป็นที่ผู้ให้การปรึกษาต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

### การให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในผู้ใช้ยาเสพติด (กรณีผลเลือดบวก)

1. การสร้างสัมพันธภาพและตกลงการปรึกษา ผู้ให้การปรึกษาดำรงสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ใช้ยาเสพติด เตรียมความพร้อมของผู้ใช้ยาเสพติดก่อนแจ้งผลเลือด ทบทวนความเข้าใจในการปรึกษา ก่อนการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในเรื่องความหมายของเลือด ผลกระทบ แนวทางแก้ปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ใช้ยาเสพติดถามข้อสงสัย
2. การแจ้งผลเลือด ผู้ให้การปรึกษาพิจารณาคำพูด กิริยา ท่าทางของผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อหาจังหวะเหมาะสมที่จะแจ้งผลการตรวจเลือดอย่างเป็นขั้นตอน ด้วยท่าทีที่น่าเสถียร ปกติโดยลำดับจากแรงจูงใจ/อาการที่นำมาตรวจเลือด พฤติกรรมเสี่ยงที่นำมาสู่การติดเชื้อ สังเกตท่าทีปฏิกิริยาตอบสนอง เมื่อรับทราบผลการตรวจ

3. แนวทางการปฏิบัติต่อปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้น ทำให้บรรยากาศผ่อนคลาย เพื่อช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้ระบายความรู้สึกออกมา ด้วยทักษะเจียบบวกกับทักษะสะท้อนความรู้สึก ผู้ให้การปรึกษาดอบสนองด้วยท่าทีที่เข้าใจ ยอมรับอารมณ์ความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นกับผู้อยู่ในภาวะเช่นนี้ ในกรณีที่ผู้ใช้ยาเสพติดไม่ยอมรับผลการตรวจ ผู้ให้การปรึกษาต้องสำรวจเหตุผลและความเข้าใจ ช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดรับรู้ว่าลองใช้เวลาระยะหนึ่งในการปรับตัว สำรวจความรู้สึกผิด/การตำหนิตนเอง ผู้ให้การปรึกษาควรประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดที่จะฆ่าตัวตาย

4. การสร้างเสริมความหวัง ให้ความหวังที่เป็นไปได้จริงให้ผู้ใช้ยาเสพติด ยอมรับความรู้สึกที่เกิดขึ้นและเน้นให้สนใจเรื่องการรักษาสุขภาพ ให้กำลังใจบนพื้นฐานศักยภาพของผู้ใช้ยาเสพติด สำรวจวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมา ให้กำลังใจผู้ใช้ยาเสพติดที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม และช่วยหาแหล่งให้ความช่วยเหลือทางสังคม

5. การวางแผนแนวทางการดำเนินชีวิต ส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาเสพติดจัดการปัญหาต่าง ๆ จากการติดเชื่อ และวางแผนการรักษาสุขภาพของตนเอง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี การใช้เข็มฉีดยาเสพติดที่ปลอดภัย การตั้งครุภร์ และการดูแลบุตร ร่วมกันพิจารณาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ถ้าบอกผลเลือดแก่ผู้อื่นและแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

6. การให้ความช่วยเหลือ การส่งต่อและการยุติการปรึกษา ส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาเสพติด ใช้บริการจากแหล่งความช่วยเหลือต่าง ๆ เช่น บริการข้อมูลข่าวสารด้านการแพทย์ ด้านสังคม การให้การปรึกษา การรักษา และบริการอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษาสุขภาพ ให้ผู้ใช้ยาเสพติดทราบว่า สามารถขอรับการปรึกษาได้เสมอเมื่อเขาต้องการเปิดโอกาสให้ซักถาม ยุติการปรึกษาโดยให้ผู้ใช้ยาเสพติดสรุปเรื่องราวที่ได้จากการให้การปรึกษา และตรวจเลือดโดยสมัครใจในผู้ใช้ยาเสพติด และผู้ให้การปรึกษาช่วยเสริมในส่วนที่ขาด

### การให้การปรึกษาต่อเนื่อง Ongoing Counseling

ผู้ให้การปรึกษาควรตระหนักว่า ภาวะการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื่อเฮโรอีน/เอดส์ ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ ดังนั้น จึงต้องมีการให้บริการปรึกษาต่อเนื่องเพื่อเตรียมพร้อมกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมา การให้การปรึกษาต่อเนื่องเกี่ยวกับ

- การปรับเปลี่ยนระบบความคิดและอารมณ์ความรู้สึกทางบวก การอยู่กับภาวะการติดเชื่ออย่างเหมาะสม
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา
- การป้องกันที่สามารถปฏิบัติได้จริง

- การดูแลสุขภาพทั่วไป การป้องกันโรคฉวยโอกาส โภชนาการ การออกกำลังกาย ที่อยู่อาศัย
- การตรวจสอบระดับภูมิคุ้มกัน การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์
- การบอกผลเลือดแก่คู่เพศสัมพันธ์ ครอบครัว การชวนคู่เพศสัมพันธ์มาตรวจเลือด
- การสูญเสียความรัก ความเข้าใจ การถูกปฏิเสธจากคนรอบข้าง
- การถูกแบ่งแยก ขาดกำลังใจและการสนับสนุน
- สูญเสียช่วงเวลาของชีวิต ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต
- การวางแผนอนาคต ที่อยู่อาศัย อาชีพ ความมั่นคงทางการเงิน
- แหล่งความช่วยเหลือจากคนรอบข้างและสังคม
- การเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับความตายและวาระสุดท้ายของชีวิต

### การให้การปรึกษาเพื่อระคับประคอง

เพื่อดูแลระคับประคอง ช่วงเวลาที่มีอยู่ให้กับผู้ใช้ยาที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้หลักการให้การปรึกษาพื้นฐาน การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เช่น การตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอดส์ การกินยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างสม่ำเสมอ และการใช้ชีวิตคู่มืออาการต่าง ๆ ของโรคดีขึ้น เพื่อผู้ติดเชื้อสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างเหมาะสม

### แนวทางปฏิบัติต่อปฏิกริยาทางจิตใจ

ผู้ให้การปรึกษาจะต้องเตรียมการสำหรับปฏิกริยาทางจิตใจโดยให้ความสำคัญในประเด็นดังต่อไปนี้

1. สร้างบรรยากาศผ่อนคลายเพื่อช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดได้ระบายความรู้สึก โดยใช้ทักษะสะท้อนความรู้สึก การให้กำลังใจและให้ข้อมูลทางบวก
2. ผู้ให้การปรึกษาดอบสนองด้วยท่าทีที่เห็นใจ และยอมรับอารมณ์ความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นได้กับผู้ที่อยู่ในภาวะเช่นนี้
3. ในกรณีที่ผู้ใช้ยาเสพติดไม่ยอมรับผลการตรวจ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องสำรวจเหตุผลและความเข้าใจ ยอมรับการตัดสินใจของเขา นัดหมายมารับบริการต่อไป
4. ช่วยให้ผู้ผู้ใช้ยาเสพติดรับรู้ว่าต้องอาศัยเวลาสักกระยะหนึ่ง ที่จะช่วยให้สามารถปรับตัวและค่อย ๆ สบายใจขึ้น
5. ช่วยให้สำรวจความรู้สึกผิด หรือการตำหนิตนเอง
6. ควรมีการประเมินสภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

### การจัดกิจกรรมกลุ่ม

ผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เข้าคลินิก MMT ควรได้รับการพัฒนาเสริมทักษะหรือศักยภาพ เพื่อให้เกิดแนวความคิด ในการควบคุมพฤติกรรมและสามารถดูแลตนเองระหว่างการรับประทานเมทาโดนระยะยาว

การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อส่งเสริมศักยภาพผู้ใช้ยา ควรจัดช่วงเวลาที่เหมาะสมตามความจำเป็น ในการประกอบภารกิจประจำวันของผู้ใช้ยา ช่วงเวลาการทำกลุ่มไม่เกิน 1 ชั่วโมง ดังนั้นผู้จัดการคลินิกควรได้มีการกำหนดตารางและปฐมนิเทศให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดที่เข้าโปรแกรม MMT ทราบตั้งแต่ต้น การแบ่งเวลาเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับประทานยา ผู้ที่สามารถมาได้ช่วงเช้า เข้ากลุ่มเช้า มาได้ช่วงบ่าย- เย็น เข้ากลุ่มบ่าย ควรให้เข้ากิจกรรมกลุ่มก่อน เมื่อเสร็จกลุ่มจึงจ่ายยา

### ประโยชน์ที่ได้รับจากการทำกิจกรรมกลุ่ม

1. เกิดความรับผิดชอบต่อตนเอง ต่อหน้าที่ตามบทบาท เสริมสร้างคุณค่าของตนเอง
2. ได้รับความรู้ แนวคิดจากการเข้ากลุ่มตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มนั้น ๆ ในการพัฒนาความคิดและพฤติกรรม
3. เกิดทักษะในการวางแผนการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัยจากการใช้ยาและสารเสพติด โรคร่วมโรคแทรก และความปลอดภัยทางสังคม
4. ได้พลังความคิด พลังการสนับสนุน ข้อชี้แนะจากเพื่อนๆ เกิดการปรับกระบวนการคิดที่ถูกต้อง ต่อการดำรงชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพายาเสพติดและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของสังคม
5. สร้างความเข้าใจ ความผูกพัน ความไว้วางใจ ระหว่างเจ้าหน้าที่และสมาชิก และเมื่อสมาชิกมีปัญหาจะมีที่พึ่ง ช่วยชี้แนะในการแก้ปัญหา

### กิจกรรมกลุ่ม/รายบุคคล

1. การให้คำปรึกษา
2. การให้ความรู้ หรือ การสอนสุขศึกษา การดูแลตนเอง ความรู้เรื่องการป้องกันและการแพร่เชื้อโรคติดต่อที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ
3. การพัฒนา EQ และพัฒนาจิต
4. การเสริมพลังให้เกิดทักษะในการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ
5. การเสริมสร้างคุณค่าและความภาคภูมิใจ

6. การระบายความรู้สึก คลายเครียด เกมส์ นันทนาการ
7. การสัมมนา เพื่อหาแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาระหว่างการรับประทานยา

ระยะยาว

### วิธีดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

#### หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม

1. นำสมาชิกเข้าร่วมกลุ่ม
2. แจ้งกฎ กติกา ของกลุ่ม เมื่อพบกันครั้งแรกหรือมีสมาชิกเข้ากลุ่มใหม่
3. บอกวัตถุประสงค์ให้สมาชิกทราบว่า จะสนทนา/กิจกรรมกลุ่มอะไร
4. นำประเด็นการสัมมนา โดยเปิดประเด็นที่จะทำกลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิด ให้สมาชิกได้คิดสิ่งที่เกี่ยวข้องกับตนในประเด็นนั้น ๆ และตอบคำถามผู้นำกลุ่ม พร้อมทั้งให้สมาชิกในกลุ่มให้คำแนะนำ เวียนรอบครบทุกคน/หรืออาจนำกรณีตัวอย่างกับญาติมาเป็นประเด็นให้ระดมความคิดเห็นตามแต่กรณี
5. สรุป ความคิดรวบยอด
6. สอบถามถึงแนวคิดที่ได้จากกิจกรรมกลุ่มและสิ่งที่จะนำไปใช้ประยุกต์ใช้แต่ละคน
7. ให้กำลังใจสมาชิกและแนะนำ สิ่งที่สมาชิกจะนำไปประยุกต์กับงานไปทดลอง และเมื่อกลับมาทำกลุ่มครั้งต่อไปให้สมาชิกบอกถึงสิ่งที่นำไปทำว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไรหรือ เป็นประโยชน์อย่างไร

### การให้ความรู้การลดอันตราย

1. ให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
2. แนะนำแหล่งช่วยเหลือและการส่งต่อ ในรายที่ต้องขอความช่วยเหลือแหล่งอื่น
3. การแจกถุงยางอนามัยแก่ผู้ใช้ยาและสารเสพติด
4. การรับประทานยาเฉพาะที่ได้รับจากสถานบำบัด ไม่ควรรับประทานยาเพิ่มเอง เช่น ยาถอนพิษหรือยาก่อผลประเภทอื่น ๆ เพราะยาบางชนิดมีฤทธิ์เสริมกันหรือต้านฤทธิ์กันได้ จะทำให้การรักษาได้ผลไม่ดี
5. ให้ความรู้กับผู้ใช้ยาและสารเสพติดโดยการช่วยแนะนำเพื่อน ชักจูงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการลดอันตรายกับเพื่อนที่ใช้ยาด้วยกัน (เพื่อนช่วยเพื่อน) ให้มารับบริการ



6. จัดบริการในคลินิก ให้สามารถเข้าถึงบริการง่ายเป็นกันเองให้เกิดการไว้วางใจแก่ผู้ใช้ยาและสารเสพติด รวมทั้งสิทธิต่าง ๆ ที่ผู้ใช้บริการในกลุ่มผู้ใช้ยาและโรคร่วมพึงได้รับ
7. แนะนำผู้ใช้ยาและสารเสพติดประเภทเฮโรอีนให้รับบริการรับประทานเมทาโดนทดแทนระยะยาวแทนการฉีดเฮโรอีน เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตแก่ตนเองอย่างต่อเนื่อง
8. บริการแบบเบ็ดเสร็จหากสามารถจัดได้ โดยคำนึงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ใช้ยาและสารเสพติดแต่ละราย

# 5

## การเตรียมหยุด MMT

### การหยุดโปรแกรม MMT (Cessation of MMT Program)

ผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม MMT สามารถอยู่ในโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสม่ำเสมอ มีการเรียน การศึกษา มีอาชีพการงานที่เป็นหลักแหล่ง มีรายได้ สามารถอยู่ร่วมในครอบครัว มีกิจกรรมในสังคมได้อย่างปกติ สามารถรับเมทาโดนได้อย่างสม่ำเสมอโดยไม่มีอุปสรรคใดๆ การหยุดโปรแกรม (termination) อาจเกิดขึ้นได้หากผู้ป่วยมีความต้องการและมีความพร้อมที่จะหยุด สิ่งที่สำคัญคือผู้บำบัดจะต้องไม่ชักจูงให้ผู้ป่วยหยุดโปรแกรม ไม่ว่าจะโดยเจตนาใดก็ตาม เพราะการที่มีความสม่ำเสมอในการอยู่ในโปรแกรม หรือ Retention ที่ดี ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการบำบัดรักษารูปแบบ MMT

### ระยะเวลาของการรักษา ( Length of time in treatment )

จากการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของการรักษาสามารถทำนายผลการรักษาที่ได้ผลดีขึ้นได้ ความสัมพันธ์นี้พบว่าอยู่ระหว่าง 3 เดือนถึง 2 ปีและเป็นแบบเส้นขนาน

- การเสพยาโรอินลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากติดตามผู้ป่วยที่ใช้เวลาในการรับการรักษามากกว่า 1 ปี
- อาชญากรรมลดลงอย่างมีนัยสำคัญเพียงดูเฉพาะว่าผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโปรแกรม
- จากสิ่งที่พบในผลการศึกษาหลายๆชิ้น แสดงให้เห็นถึงการประสานกันระหว่างระยะเวลาของการเข้ารับการบำบัดรักษากับการมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปดีขึ้น (หยุดเสพยาโรอิน มีสัมพันธ์ภาพที่มั่นคง มีงานทำ) ในระหว่างการรักษา ซึ่งเป็นตัวทำนายผลดีของการเข้ารับการรักษาในโปรแกรม

มีข้อเสนอแนะว่าหากกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการรักษาได้นานอย่างน้อย 12 เดือน จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยได้เป็นผลสำเร็จ

อย่างไรก็ดี การหยุดโปรแกรมเมทาโดน ก็ถือว่าเป็นสิ่งที่ผู้บำบัดจำเป็นต้องทราบ เพราะอาจมีเหตุใดก็ตามแต่ที่เกิดขึ้นแล้วทำให้โปรแกรม MMT ต้องสิ้นสุดลง การหยุดโปรแกรม MMT มี 2 แบบ ดังนี้คือ

#### **การหยุดโปรแกรมโดยสมัครใจ หรือผู้บำบัดอนุญาต (Voluntary withdrawal)**

มีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเลือกที่จะหยุดโปรแกรม MMT ผู้บำบัดจำเป็นต้องทราบเหตุผลที่แท้จริงของการต้องการหยุดโปรแกรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือการรับรู้และทัศนคติที่มีต่อเมทาโดน ผู้บำบัดต้องใช้เวลาแก่ผู้ป่วยในการตัดสินใจ ประเมินข้อดีและข้อเสียในการหยุดโปรแกรม ไม่ควรชี้้นำให้ผู้ป่วยหยุดหรือไม่หยุดโปรแกรม

#### **แนวทางในการหยุดโปรแกรม MMT (Management of the withdrawal from MMT)**

- ควรลดขนาดยาลงโดยปรึกษากับผู้ใช้ยาก่อน การลดยาอย่างต่อเนื่องขณะที่ต้องเผชิญกับความตึงเครียดมักไม่เป็นผลดีกับผู้ใช้ยา เป็นการดีที่จะคงผู้ใช้ยาไว้ด้วยขนาดยาที่ลดลงในระยะเวลาที่ยาวนาน จนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกสบายใจต่อโปรแกรมการลดยา
- วิธีการใดก็ตามที่ใช้ในช่วงนี้ ก็เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าผู้ป่วยจะผ่านกระบวนการถอนออกจากโปรแกรมได้อย่างปลอดภัย สบายกายและใจ
- เมื่อเข้าสู่การลดขนาดของเมทาโดน ซึ่งเคยถูกใช้เพื่อลดอาการถอนยาจากเฮโรอีน หรือเมทาโดน โดยทั่วไปแล้ว อาการขาดยาจะเริ่มรุนแรงขึ้นเมื่อขนาดของเมทาโดนต่ำกว่า 20 มิลลิกรัมต่อวัน อาการจะสูงสุดในวันที่ 2 หรือ 3 หลังจากหยุดยา ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ค่อยๆ ลดเมทาโดน
- การให้ยา Clonidine ไม่ได้ผลอะไรเมื่อใช้ร่วมด้วยในขณะลดขนาดของ methadone เพราะ clonidine มักทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำได้บ่อย ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากที่เคยพบตั้งแต่แรกรักษา clonidine สามารถให้ได้ หลังหยุด methadone ไปแล้ว

#### **การปรับขนาดเมทาโดน เพื่อเข้าสู่การหยุดโปรแกรม MMT (Voluntary Withdrawal Schedule)**

- การลดขนาดของยาไม่ควรเกินกว่า 10 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ จนถึงระดับที่ 40 มิลลิกรัมต่อวัน แล้วจึงลดเป็น 5 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ โดยมีการพูดคุยกับผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงขนาดยา แต่ไม่ควรปรับเกินกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

- การหยุดเมทาโดน โดยกะทันหันสามารถทำได้จากขนาดยา 40 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับการให้ clonidine และยาที่จะลดอาการขาดยาต่างๆ

วิธีอื่นๆที่จะจัดการกับอาการขาดยา ได้มีการวิจัยในไม่กี่ปีมานี้ พบว่า การใช้ buprenorphine ช่วยลดอาการได้ และการให้ opioid antagonists ทำให้เกิดอาการขาดยา ประสิทธิภาพของวิธีต่างๆที่จะช่วยเมื่อหยุดโปรแกรม MMT ยังไม่ชัดเจน

### โอกาสเสี่ยงที่จะกลับไปเสพยาเสพติดซ้ำเมื่อหยุดโปรแกรม MMT (Risk of relapse)

หากมีประวัติการเสพติดสารกลุ่ม opioid ยี่งนานและรุนแรงก่อนเข้ารับการรักษา โอกาสที่จะกลับไปเสพซ้ำสูงหลังหยุดโปรแกรม

### แนวทางการให้ความช่วยเหลือหลังหยุดโปรแกรม (Supportive care / after care)

- จากการศึกษาพบว่า การติดตามหลังรักษาที่เป็นระบบจะลดโอกาสการกลับไปเสพซ้ำ มีการรายงานตนเองในการคุมประพฤติ และ ได้รับการช่วยเหลือจากการว่างงานเป็นมีงานทำ

- ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนหลังหยุดโปรแกรม

- ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายจากโปรแกรมการรักษาในระยะเวลาไม่นานนัก สามารถเข้าสู่ โปรแกรม MMT ได้ใหม่โดยอัตโนมัติและรวดเร็ว หากมีความจำเป็น

### การหยุดโปรแกรมแบบไม่สมัครใจ หรือผู้บำบัดเห็นสมควรให้หยุด (Involuntary withdrawal)

ในบางครั้งมีความจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรม MMT เนื่องจากสาเหตุบางประการ ซึ่งหากยังคงให้ผู้ป่วยคงอยู่ในโปรแกรม อาจเกิดปัญหาด้านความปลอดภัยและความปกติสุขของตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยอื่นและเจ้าหน้าที่บำบัด ซึ่งสาเหตุในการหยุดโปรแกรมนี้อาจมีดังต่อไปนี้

- ก่อเหตุรุนแรงหรือมีท่าทางดังกล่าวก่อกับผู้บำบัดหรือผู้ป่วยอื่น
- มีพฤติกรรมทำลายข้าวของ หรือขโมยของในสถานบำบัด

- กระทำตนลักษณะมีการค้าขายอยู่ในหรือใกล้สถานรักษา
  - มีการเบี่ยงเบนการใช้เมทาโดนไปในรูปแบบต่างๆ ซ้ำแล้วซ้ำเล่า หรือหากมีสิ่งใดเข้ามารบกวนหรือสะดุดโปรแกรมการรักษา เป็นผลให้สถานภาพของผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ไม่สามารถอยู่ในโปรแกรม MMT ต่อไปได้
- ประเด็นที่สำคัญคือผู้บำบัดจะต้องกำหนดกติกา หรือความเข้าใจร่วมกันเป็นพื้นฐานเบื้องต้น และมีความเข้าใจ มีการยอมรับแต่แรกตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่โปรแกรมว่าการหยุดโปรแกรมไม่ว่าโดยสมัครใจหรือไม่สมัครใจก็ตามเป็นสิ่งที่อาจเกิดขึ้นได้ หากมีบางสิ่งเปลี่ยนแปลงใดๆ ก็ตามระหว่างทำให้การบำบัดรักษา

### แนวทางในการจัดการกับผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายโดยไม่สมัครใจ (Management of involuntary discharge from MMT)

- ในบางสถานการณ์ ปัญหาอาจได้รับการแก้ไขโดยการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโปรแกรมอื่น แทนที่จะเพียงแต่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากเมทาโดนโปรแกรม
- การหยุดเมทาโดนโดยทันทีหรือการลดขนาดเมทาโดนเร็วๆ อาจมีความจำเป็นต้องดำเนินการ ได้แก่ รายที่ก้าวร้าว ทำร้าย หรือข่มขู่จะทำร้ายผู้บำบัดหรือผู้ป่วยคนอื่น
- หากการรักษาสะดุดลงเนื่องจากมีปัญหาในสถานบำบัดที่ไม่รุนแรงนักหรือด้วยเหตุผลใดก็ตาม ถ้าเป็นไปได้ผู้ป่วยควรได้รับการลดยาลงที่ 40 มิลลิกรัมต่อวัน เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ขอหยุดยาเองข้างต้นก่อนดำเนินการในการจำหน่ายผู้ป่วย
- ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายต้องได้รับการตักเตือนถึงความเสี่ยงที่จะไปใช้ยาที่ผิดกฎหมาย และควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาทางเลือกอื่น ๆ ที่มีให้

การจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโปรแกรม MMT จะต้องหาแนวทางรองรับผู้ป่วยว่าจะดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร ต้องระมัดระวังผู้ป่วยมีความเข้าใจว่าถูกทอดทิ้งหรือถูกลงโทษ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปเสพสารเสพติดโอปิออยด์หรือสารเสพติดอื่น ๆ แนวทางในการส่งต่อโปรแกรมใดก็ตาม ควรมีการปรึกษากับผู้ป่วยว่าจะเลือกวิธีใด และให้พึงระลึกว่าในโอกาสต่อไปผู้ป่วยสามารถกลับมาสู่โปรแกรม MMT เสมอ

### 1. ส่งต่อโปรแกรม Methadone replacement therapy (MRT)

- การให้โปรแกรม MRT สามารถดำเนินการได้ทันที ไม่ควรเว้นระยะให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่อยู่ในความทุกข์ทรมานจากอาการขาดยา และขาดการช่วยเหลือทางสังคม
- ระยะเวลาที่อยู่ในโปรแกรม MRT อาจใช้ระยะเวลา 21-45 วัน ขึ้นอยู่กับแนวทางการบำบัดรักษาของสถานบำบัดแต่ละแห่ง
- อาจมีการให้ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาคลายวิตกกังวล หรือยาต้านซึมเศร้าเสริมขณะอยู่ในโปรแกรม MRT
- หากผู้ป่วยครบกำหนดโปรแกรม MRT แล้วควรได้รับการติดตามหลังรักษาเป็นเวลา 1 ปี
- หลังจากผู้ป่วยครบกำหนดโปรแกรม MRT แล้วยังสามารถเข้าสู่โปรแกรม MMT ได้

### 2. ส่งต่อโปรแกรมนาแทรกโซน (Naltrexone)

- การให้ naltrexone ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสพติดทางร่างกายของสารกลุ่ม opioids อยู่ จะเกิดภาวะขาดยาที่รุนแรงได้
- ผู้ป่วยในโปรแกรม MMT ที่จะเข้าสู่โปรแกรม naltrexone ควรผ่านระยะถอนพิษมาแล้ว จากนั้นจะต้องปลอดยาโดยสิ้นเชิง 14 วัน ซึ่งร่างกายจะขจัด methadone ออกจากร่างกายหมด
- ปรีกษาผู้เชี่ยวชาญหากไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่กำหนดไว้ได้

### 3. ส่งต่อโปรแกรม Buprenorphine

- Buprenorphine มีความสามารถในการจับกับ mu receptor มากกว่าเมทาโดน แต่ออกฤทธิ์อ่อนกว่า
- เมื่อผู้ป่วยที่รับ เมทาโดนอยู่ใช้ buprenorphine เมทาโดนจะหลุดออก และถูกแทนที่ที่ mu receptor
- ผู้ป่วยที่เคยได้รับเมทาโดนในขนาดต่ำ (น้อยกว่า 30 มิลลิกรัม) โดยทั่วไปจะทนการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ด้วย อาการที่ไม่สบายไม่มากนัก

- ผู้ป่วยที่เคยได้รับเมทาโดนในขนาดสูงกว่า อาจพบว่าการเปลี่ยนไปสู่ buprenorphine นี้ทำให้รู้สึกมีอาการขาดยาอยู่ชั่วคราว
- Buprenorphine ในขนาดต่ำมากๆ (เช่น 2 มิลลิกรัม) โดยทั่วไปแล้วไม่สามารถทดแทนเมทาโดนอย่างเพียงพอ ในขณะที่ขนาดสูงของ buprenorphine (8 มิลลิกรัม หรือมากกว่า) มักไม่พบว่า ทำให้พบอาการขาดยา
- ไม่ควรจ่าย buprenorphine ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเมทาโดนมือสุดท้าย มือแรกของ Buprenorphine ควรริ้งเอาไว้นานที่สุดเท่าที่ทำได้จนปรากฏอาการขาดยาให้เห็น (lacrimation, rhinorrhea, และ piloerection) การยืดระยะเวลาของเมทาโดนมือสุดท้ายกับ buprenorphine มือแรก จะลดโอกาสและความรุนแรงของภาวะขาดยา เป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงเหตุผลของการชลอการให้ยา และอย่าให้ผู้ป่วยทดแทน buprenorphine ด้วยเฮโรอีน เนื่องจากจะก่อให้เกิดภาวะขาดยารุนแรงขึ้น

สิ่งสำคัญที่ผู้บำบัดควรตระหนักอยู่เสมอว่า การให้ผู้ป่วยอยู่ในโปรแกรม MMT และมีคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพถือเป็นเป้าหมายสำคัญของการบำบัดรักษา การหยุดโปรแกรม MMT เป็นสิ่งที่ต้องมีการให้คำแนะนำและให้ผู้ป่วยไตร่ตรองอย่างถี่ถ้วน ภาวะขาดยาที่อาจจะยังคงมีอยู่นานอาจเป็นระยะเวลาหลายเดือน เช่น อาการนอนไม่หลับ อาจมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และเป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยอาจกลับไปเสพยาเสพติด เฮโรอีนซ้ำได้ การติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 6 เดือนหลังหยุดโปรแกรมจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

### แนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย

เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโปรแกรมเมทาโดน ไม่ว่าจะโดยได้รับการอนุญาตหรือไม่ก็ตาม ควรมีการติดตามหลังการบำบัดทุกรายต่อประมาณ 1 ปี ไม่ต่ำกว่า 4 ครั้ง มีการตรวจปัสสาวะว่าผู้ป่วยหันกลับไปเสพยาเสพติดเฮโรอีนหรือไม่ นอกจากนี้หากสามารถตรวจว่าผู้ป่วยไปรับยาเมทาโดนที่ผิดวิธี เช่น ไปฉีดยาหรือไปใช้ยาปลอมประสาทร่วมด้วยหรือไม่ พฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นอย่างไรเมื่อจำหน่ายจากโปรแกรม หากพบว่าผู้ป่วยกลับไปเสพยาเสพติดอีกหรือมีพฤติกรรมของการไปใช้ยาเสพติด ควรต้องมีมาตรการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย การรับผู้ป่วยกลับมาอีกครั้งอาจมีความจำเป็นเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยในการให้การรักษาต่อไปไม่ว่าจะเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบใดก็ตาม

## บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คู่มือแนวทางการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดด้วยเมทาโดนระยะยาว*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมควบคุมโรค. (2007). *Drug Interactions Treatment and Care for HIV-Positive Injecting Drug Users*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *แนวทางการปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เด็ก ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์*. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- เครือข่ายเพื่อไทยลดอันตรายจากสารเสพติด. (2550). *คู่มือการให้คำปรึกษาการตรวจเลือดโดยสมัครใจในผู้ใช้สารเสพติด*. เชียงใหม่: นันทกาพันธ์พรินติ้งเชียงใหม่.
- ธงชัย อุ้นเอกถาก. (2541). *การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์การติดยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.



- ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่. (2550). รูปแบบการบำบัดดูแลผู้ป่วยเฮโรอีนด้วย  
เมธาโดนระยะยาว เชียงใหม่: ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ กรมการ  
แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สหพันธ์สภาวิชาชีพและสภาเสี้ยววงเดือนแดงระหว่างประเทศ. (2546). การกระจายแสง  
สว่างแห่งวิทยากร คู่มือการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดชนิดฉีด.  
กรุงเทพมหานคร: สหประชาชาติ (UNAIDS).
- สุพร เกิดสว่าง. (2546). การให้การปรึกษาการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลและการให้การ  
ปรึกษาเกี่ยวกับ ปัญหาชีวิตและการติดเชื้อเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์จำกัด.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2549). คู่มือการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการรับและการแพร่เชื้อ  
เอชไอวีทางเพศสัมพันธ์. นนทบุรี: สถาบันบำราศนราดูร.
- Bendtsen, P., Hensing, G., Mckenzie L., & Stridsman A.K. (1999). Prescribing  
benzodiazepines – a critical incident study of a physician dilemma.  
*Social Science & Medicine*, 49, 495-467.
- Darke S., Ross J., & Hall W. (1995). *The injecting of methadone syrup in Sydney, Australia*.  
Technical report No.23. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre.
- Darke, S., Toop, L., & Ross, J. (2002). The injecting of methadone and benzodiazepines  
among Sydney injecting drug users 1996-2000: 5-year monitoring of trends  
from the Illicit Drug Reporting System. *Drug and Alcohol Review*, 21 (1),  
27-32.
- Henry-Edwards S. (2003). *Clinical Guidelines and Procedures for the Use of Methadone in  
the Maintenance treatment of Opioid Dependence*. Canberra: Australian  
Government Department of Health and Ageing.

- Goldstien, A., Hanstein, R.W., & Horns, M. (1975). Control of methadone dosage by patients. *Journal of the American Medical Association*, 234 (7), 734-737.
- Lintzeris, N., Lenne, M., & Ritter, A. (1999). Methadone injecting in Australia : a tale of two cities. *Addiction*, 94(8), 1175-1178.
- NSW Health Department. (2007).NSW Detoxification Clinical Practice Guidelines. Retrieved October 10, 2005 from <http://www.health.nsw.gov.au>
- Opioid. Retrieved November 28, 2007 from <http://en.wikipedia.org/wiki/Opioid>
- Preston, A. (1996). The Methadone Briefing. London : The Institute for the Study of Drug Dependence.
- Sunjic, S., Zador, D., & Basili, H. (2002). Methadone syrup-related deaths in New South Wales, July 1990-December 1995. *Drug and Alcohol Review* , 21, 131-136.

## ภาคผนวก

1. เกสซ์วิทยาของโอปิออยด์
2. การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม
3. แบบประเมิน Clinical Opiate Withdrawal Scale [COWS SCORE]
4. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติการให้เมทาโดน  
ระยะยาว: สำหรับผู้เสพยาติโอปิออยด์

## 1. เกสัชวิทยาของโอปิออยด์

**โอปิออยด์ (Opioid)** หมายถึง สารเคมีที่ออกฤทธิ์โดยจับกับตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptors) ทำให้เกิดผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบทางเดินอาหาร ระบบต่อมไร้ท่อ และอื่นๆ

สารเสพติดโอปิออยด์มีหลายชนิด แต่ที่รู้จักกันดี ได้แก่ เฮโรอีน และเมทาโดน ซึ่งออกฤทธิ์ต่อตัวรับโอปิออยด์ในสมอง และให้ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายคลึงกัน

**เฮโรอีน (Heroin)** มีชื่อทางเคมีว่า Diacetylmorphine เป็นสารโอปิออยด์กึ่งสังเคราะห์ที่สังเคราะห์มาจากมอร์ฟีนซึ่งเป็นอัลคาลอยด์ที่พบในผลฝิ่น มอร์ฟีนและเฮโรอีนจึงมีสูตรโครงสร้างพื้นฐานทางเคมีคล้ายคลึงกัน เฮโรอีนบริสุทธิ์มีลักษณะเป็นผงสีขาวเสพโดยกิน สูบ หรือสูดเข้าโพรงจมูกโดยตรง แต่ส่วนใหญ่แล้วนิยมเสพโดยการนำมาสละยาน้ำฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ถูกดูดซึมได้ดีโดยการฉีด โดยเริ่มออกฤทธิ์ภายในเวลาไม่กี่นาทีหลังฉีดหรือสูบ ค่าครึ่งชีวิตสั้น (2-3 ชั่วโมง) จึงมีระยะเวลาการออกฤทธิ์สั้นประมาณ 3-6 ชั่วโมง เช่นเดียวกับมอร์ฟีน

**เมทาโดน** เป็นสารโอปิออยด์สังเคราะห์ มีสูตรโครงสร้างทางเคมีแตกต่างกับมอร์ฟีนและเฮโรอีนอย่างมาก แต่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาคล้ายคลึงกัน ต่างกันที่เมทาโดนถูกดูดซึมได้ดีโดยการกินและมีค่าครึ่งชีวิตยาว (ประมาณ 15-30 ชั่วโมง) และระยะเวลาการออกฤทธิ์นานประมาณ 12 - 24 ชั่วโมง เมทาโดนสามารถระงับอาการขาดยาที่เกิดจากการหยุดเสพสารโอปิออยด์ได้ดี สามารถให้ยาโดยการรับประทานได้เนื่องจากถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร เมทาโดนมีค่าครึ่งชีวิตค่อนข้างยาวจึงสามารถให้ยาวันละครั้งได้ ผู้ติดเฮโรอีนสามารถทนต่ออาการข้างเคียงที่เกิดจากเมทาโดนได้ดี จากคุณสมบัติหลายอย่างดังกล่าวเมทาโดนจึงถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการถอนพิษยาผู้ติดเฮโรอีน เมทาโดนที่บริสุทธิ์จะมีลักษณะเป็นผงสีขาว แต่ที่นำมาใช้ในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดจะอยู่ในรูปแบบของยาน้ำรับประทาน เป็นสารละลายที่มีความเข้มข้นสูง 10 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ซึ่งต้องนำไปเจือจางให้ได้ความเข้มข้นที่เหมาะสมก่อนนำไปจ่ายให้แก่ผู้ป่วยรับประทาน

ในทางการแพทย์ เฮโรอีน และเมทาโดน จัดเป็นยาแก้ปวดชนิดเสพติดที่ออกฤทธิ์แรง (Potent narcotic analgesics) ส่วนในทางกฎหมายเมทาโดนจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 2 และเฮโรอีนจัดเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

## ผลการออกฤทธิ์ต่อร่างกาย

สารเสพติดโอปิออยด์ออกฤทธิ์ในการกดระบบประสาทส่วนกลาง ผลการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา ต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย มีดังนี้

### ระบบประสาทส่วนกลาง

- ระงับปวด
- ง่วงนอน เชื่องซึม
- เคลิ้มสุข
- ระงับอาการไอ
- รุม่านตาหดเล็กลง
- กดการหายใจ

### ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ความดันโลหิตลดลง

### ระบบทางเดินอาหาร

- คลื่นไส้ อาเจียน
- ท่อน้ำดีหดเกร็ง ทำให้มีอาการปวด
- ท้องผูก

### อื่นๆ

- หน้าแดง ผิวน้ำแดง คัน เหงื่อออกมาก และหลอดเลือดหดตัว
- ปัสสาวะคั่ง
- ความต้องการทางเพศลดลง
- ไนสตรี้ อาจมีประจำเดือนมาไม่ปกติ และมีการหลั่งของน้ำนม

โอปิออยด์ทุกตัวสามารถผ่านรกได้ สามารถกดการหายใจของทารกในครรภ์และมีความเสี่ยงที่ทารกจะเสียชีวิตเมื่อแรกคลอดได้ (sudden infant death syndrome:STDS) ในสตรีมีครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์ อาจทำให้ทารกในครรภ์ติดโอปิออยด์ตามไปด้วย จึงอาจมีอาการขาดยาที่รุนแรงเกิดขึ้นในทารกแรกคลอดได้

ผู้ที่เสพสารเสพติดโอปิออยด์โดยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำ จะพบร่องรอยการใช้เข็มฉีดยาที่ผิวหนัง อาจมีการอักเสบเป็นฝีหนองจากการติดเชื้อแบคทีเรีย มีการติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อราและไวรัสเข้าสู่กระแสโลหิตลุกลามไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ กระดูก ปอด ตับ ไต ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับเชื้อไวรัสที่แพร่กระจายทางเลือด ได้แก่ ไวรัสเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบีและไวรัสตับอักเสบบี ฯลฯ

### ผลข้างเคียง

ผลข้างเคียงที่สำคัญของการเสพโอปิออยด์ ได้แก่ ท้องผูก กตการหายใจง่วงนอน ปัสสาวะคั่งและคลื่นไส้ การออกฤทธิ์ของโอปิออยด์ในด้านอาการเคลิ้มสุข มักจะเกิดการทนยา (tolerance) อย่างรวดเร็วในขณะที่การออกฤทธิ์ต่อระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องผูก ตลอดจนถึงง่วงนอนและการกตการหายใจนั้นการทนยาจะเกิดขึ้นช้า ดังนั้นส่วนใหญ่แล้ว ผู้เสพติดสารโอปิออยด์จึงยังคงพบอาการข้างเคียงต่างๆ เหล่านี้ได้ แต่อย่างไรก็ตาม ผู้เสพติดเฮโรอีนซึ่งเป็นสารโอปิออยด์จะมีความคุ้นเคยกับผลข้างเคียงเหล่านี้อยู่แล้ว ดังนั้นจึงมักทนต่ออาการข้างเคียงของเมทาโดนได้ แต่ในระยะแรกที่เริ่มต้นให้เมทาโดนในการถอนพิษยา ผู้ติดเฮโรอีนผู้ป่วยอาจมีอาการง่วงนอนมาก จึงควรเตือนให้ผู้ป่วยระวังอันตรายที่จะเกิดเนื่องมาจากผลข้างเคียงนี้ด้วยในระยะเริ่มต้นให้เมทาโดนในการรักษาผู้ติดเฮโรอีนระยะยาว ผู้ให้การรักษจะต้องให้ความระมัดระวังต่อผลข้างเคียงของการกตการหายใจของเมทาโดน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่มีการปรับขนาดยา (titrate dose) ก่อนเข้าสู่ภาวะคงที่ เนื่องจากเมทาโดนเป็นยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว อาจเกิดการสะสมในร่างกายมากจนเกินขนาด และเกิดอันตรายจากการกตการหายใจได้

### อาการขาดยา

โอปิออยด์ทำให้เกิดการพึ่งยาทั้งด้านจิตใจ (การติดยา) และด้านร่างกาย ดังนั้นเมื่อมีการหยุดใช้โอปิออยด์ทันทีหรือลดขนาดยาลง ร่างกายจะแสดงอาการขาดโอปิออยด์ ซึ่งเป็นอาการที่ไม่สบายต่างๆ ที่เรียกว่า อาการขาดยา (withdrawal syndrome) เกิดขึ้น ได้แก่ หาว น้ำมูกน้ำตาไหล เหงื่อออกมาก กระวนกระวาย รุ่มา่นตาชยาย เบื่ออาหาร ชนลุก หงุดหงิด สั่น คลื่นไส้และอาเจียน ท้องเดิน ปวดท้องเกร็ง ปวดตามข้อและกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย และนอนไม่หลับ การขาดยาที่เกิดจากเฮโรอีน แต่อย่างไรก็ตาม อาการขาดยา ที่เกิดจากการขาดสารโอปิออยด์โดยทั่วไปมักไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต เว้นแต่ผู้ป่วยจะมีโรคแทรกซ้อนทางกายอย่างอื่นร่วมด้วย

นอกจากปริมาณของสารเสพติด วิธีเสพ และระยะเวลาการเสพติดแล้ว โดยทั่วไปความรุนแรงและระยะเวลาของอาการขาดยาจะขึ้นกับค่าครึ่งชีวิตของสารโอปิออยด์ ด้วยสารโอปิออยด์ที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว อาการขาดยาจะเริ่มขึ้นช้ากว่าและมีความรุนแรงน้อยกว่า สารโอปิออยด์ที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น แต่ระยะเวลาของอาการขาดยาของสารโอปิออยด์ที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว จะนานกว่าสารโอปิออยด์ที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ดังนั้นอาการขาดยาที่เกิดจากการหยุดใช้เมทาโดนทันทีจึงรุนแรงน้อยกว่าเฮโรอีน แต่จะเกิดขึ้นช้าและนานกว่าเฮโรอีน ตัวอย่างเช่น อาการขาดยาของเฮโรอีนซึ่งเป็นโอปิออยด์ที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น จะเริ่มปรากฏ หลังเสพเฮโรอีน ครั้งสุดท้ายไปแล้ว 6-24 ชั่วโมง ความรุนแรงสูงสุดที่ 24-48 ชั่วโมง หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลงและหายไปภายใน 5-10 วัน ส่วนอาการขาดยาของเมทาโดนซึ่งเป็นโอปิออยด์ที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว จะเริ่มปรากฏหลังเสพเมทาโดนครั้งสุดท้ายไปแล้ว 12-48 ชั่วโมง ความรุนแรงสูงสุดประมาณวันที่ 5-7 ระยะเวลาของอาการขาดยาประมาณ 10-20 วัน หรืออาจนานเป็น 3-6 สัปดาห์

ระยะหลังอาการขาดยาดังกล่าวสิ้นสุดลง จะมีอาการขาดยาเรื้อรัง (protracted withdrawal syndrome) ตามมาอีกระยะหนึ่ง ลักษณะสำคัญได้แก่ความรู้สึกท้อๆ ไปไม่สบาย มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ หรือหลับๆ ตื่นๆ ไม่อยากอาหาร สมรรถภาพทางเพศลดลง หรือไร้สมรรถภาพทางเพศ ซึมเศร้า เชื่องซึม โดยจะมีอาการอยากยารุนแรงเกิดขึ้น เป็นระยะๆ อาการดังกล่าวนี้อาจนานถึง 9 เดือน และน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถเลิกยาเสพติดได้

### การได้รับโอปิออยด์เกินขนาด

ผู้ใช้สารเสพติดโอปิออยด์มีความเสี่ยงที่จะได้รับโอปิออยด์เกินขนาด (Opioid Overdose) ซึ่งมีผลการออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางอย่างมาก โดยจะมีอาการง่วงนอนมากจนไม่รู้สึกรู้ตัว ความดันโลหิตลดต่ำลง กดการหายใจ ทำให้การหายใจช้าลง จนถึงตายได้ อาการแสดงที่ชัดเจนคือรูม่านตาจะหดเล็กลงเท่ารูเข็ม (pin-point pupil) การสังเกตขนาดรูม่านตาก็มีประโยชน์มาก นอกจากจะใช้ในการประเมินผู้ใช้เฮโรอีนเกินขนาดแล้ว ยังใช้ประโยชน์ในการประเมินผู้ป่วยก่อนให้เมทาโดน และการเฝ้าระวังภาวะการได้รับยาเกินขนาดของเมทาโดน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการรักษาได้

การได้รับโอปิออยด์เกินขนาด จะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การแก้ไขอย่างเร่งด่วน จึงเป็นสิ่งจำเป็นโดยให้ยาต้านฤทธิ์โอปิออยด์ชนิดฉีด คือ นาล็อกโซนขนาด 0.4 - 0.8 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ในผู้ป่วยที่การหายใจถูกกด หลัง

ให้ยาแล้ว อัตราการหายใจจะเพิ่มขึ้นใน 1-2 นาที อาการกดระบบประสาทส่วนกลางจะดีขึ้น ความดันโลหิตที่ลดลงจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ถ้าไม่มีอาการตอบสนองเกิดขึ้น ให้นำสิลอกโซน ซ้ำได้ทุก 2-3 นาที หากให้ยาไปแล้วรวม 10 มิลลิกรัม ผู้ป่วยอาการยังไม่ดีขึ้น แสดงว่าการ กดการหายใจนั้นน่าจะมาจากสารอื่นที่ไม่ใช่สารเสพติดโอปิออยด์ หลังจากที่คนไข้มีอาการ ตอบสนองแล้ว อาจให้นำสิลอกโซนซ้ำได้อีกเป็นระยะๆ ตามความจำเป็น การที่นำสิลอกโซน เป็นยาที่ออกฤทธิ์สั้น (ค่าครึ่งชีวิต 2-3 ชั่วโมง) ดังนั้นเมื่อหมดฤทธิ์ของของนำสิลอกโซนแล้ว อาการที่ได้รับโอปิออยด์เกินขนาด (กดการหายใจ) อาจเกิดขึ้นอีกได้ จึงควรติดตามผู้ป่วย ต่อไปอีกอย่างน้อย 24 ชั่วโมง (กรณีเฮโรอินเกินขนาด) และ 72 ชั่วโมง (กรณีเมทาโดน เกินขนาด) เพื่อจะได้ให้นำสิลอกโซนแก้ไขได้ทัน ในการควบคุมมิให้อาการได้รับโอปิออยด์ เกินขนาดกำเริบขึ้นมาอีก อาจให้ยานำสิลอกโซนเจือจางในสารน้ำ (Naloxone hydrochloride 2 มิลลิกรัม ต่อสารน้ำ NSS หรือ 5 % Dextrose ปริมาณ 500 มิลลิลิตร จะได้ความเข้มข้น ของนำสิลอกโซน 4 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ให้โดยการหยดทางหลอดเลือดดำ (IV infusion)

### ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยา

การใช้โอปิออยด์ต้องระมัดระวังการใช้ร่วมกับยาที่ออกฤทธิ์ในการกดระบบ ประสาทส่วนกลาง ได้แก่ แอลกอฮอล์ (Alcohol), เบนโซไดอะซีปีน (Benzodiazepines), บาร์ บิทูเรต (Barbiturates) ฯลฯ รวมถึงยาด้านซึมเศร้ากลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) และ ยาด้านโรคจิตกลุ่ม Phenothiazines เนื่องจากจะเสริมฤทธิ์กับโอปิออยด์ในการกดประสาท ส่วนกลาง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการความดันโลหิตลดต่ำลง ง่วงนอนมาก กดการหายใจ มาก จนได้รับอันตรายได้ นอกจากนี้ ความเป็นพิษของยา กลุ่ม TCAs ต่อหัวใจอาจเพิ่มขึ้น จนได้รับอันตรายเช่นกัน มีรายงานการใช้ร่วมกับยากลุ่ม Beta-Blockers เช่น Propranolol ทำให้ความเป็นพิษของโอปิออยด์มากขึ้นด้วย

ในการให้ยาเมทาโดนแก่ผู้ป่วย นอกจากจะต้องคำนึงถึงปฏิกริยากับยาดังกล่าว ข้างต้นแล้ว จะต้องระมัดระวังการเกิดปฏิกริยาต่อกันกับยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ เมทาโดนในร่างกายด้วย เนื่องจากเมทาโดนถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับโดยเอนไซม์ cytochrome P-450 ที่สำคัญ คือ CYP3A4 และ CYP2B6 รองลงไปคือ CYP2D6 และ CYP1A2 บ้างเล็กน้อย การให้เมทาโดนร่วมกับยาที่มีคุณสมบัติกระตุ้นการทำงานของ เอนไซม์เหล่านี้ เช่น phenytoin, rifampin ฯลฯ อาจมีผลทำให้ขบวนการเปลี่ยนแปลงเมทาโดน เร็วมากขึ้น ทำให้ระดับของเมทาโดนในเลือดลดลง เป็นผลให้การออกฤทธิ์ของเมทาโดน



ลดลง ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการขาดยาเกิดขึ้นได้ ในทางกลับกันการให้เมทาโดนร่วมกับยาที่มีคุณสมบัติยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ เช่น cimetidine, ketoconazole, erythromycin ฯลฯ อาจจะลดการเปลี่ยนแปลงของเมทาโดน ทำให้ระดับของเมทาโดนในเลือดเพิ่มขึ้น เป็นผลให้การออกฤทธิ์ของเมทาโดนมากขึ้น ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดอาการได้รับยาเกินขนาดได้ ดังนั้นการให้ยาเมทาโดนร่วมกับยาอื่น จึงควรพิจารณาผลที่อาจเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยา ในผู้ป่วยเมทาโดนระยะยาวที่ได้รับเมทาโดนและยาอื่นที่มีผลต่อการทำงานของเอนไซม์ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง หากหยุดใช้ยาที่ให้ร่วมกับเมทาโดนดังกล่าว อาจจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับเมทาโดนในเลือดซึ่งจะต้องคำนึงถึงด้วยเช่นกัน

ผู้ป่วยบางรายที่มีการติดเชื้อไวรัสเอดส์ อาจมีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ควบคู่ไปกับเมทาโดน ยาต้านไวรัสเอดส์บางตัวอาจเกิดปฏิกิริยากับเมทาโดนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่ถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับเช่นเดียวกับเมทาโดน ได้แก่ Nevirapine, Delavirdine, Efavirenz, Ritonavir ฯลฯ หรือยาที่เพิ่มการขับถ่ายเมทาโดนออกจากร่างกาย ได้แก่ Abacavir ฯลฯ อาจทำให้ระดับยาเมทาโดนในเลือดลดลง ซึ่งอาจจำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาเมทาโดน นอกจากนี้ถึงแม้การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาบางครั้งจะไม่มีผลต่อระดับยาเมทาโดนในเลือด แต่ระดับยาต้านไวรัสเอดส์บางตัวอาจมีการเปลี่ยนแปลง เช่น Zidovudine อาจมีระดับยาในเลือดเพิ่มขึ้น จนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ ในขณะที่ Didanosine อาจมีระดับยาในเลือดลดลง จนไม่มีประสิทธิภาพในการรักษาก็ได้

ดังนั้น เมื่อมีการให้เมทาโดนร่วมกับยาอื่นที่มีปฏิกิริยาต่อกัน จึงอาจมีความจำเป็นต้องปรับขนาดเมทาโดนและยาอื่นๆ เพื่อให้ผลการรักษาที่เหมาะสม

## 2. การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม

### กิจกรรมที่ 1 การตั้งเป้าหมายชีวิต

#### วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย

1. ตระหนักรู้ความต้องการของตนเองและตั้งเป้าหมายชีวิตของตนได้อย่างเหมาะสม

2. สามารถวางแผนดำเนินการให้ถึงเป้าหมาย

3. เกิดความรับผิดชอบ สามารถควบคุมตนเองได้

#### สาระสำคัญ

การมีเป้าหมายชีวิตจะทำให้ผู้ป่วยมีแผนการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมาย มีสิ่งยึดเหนี่ยวและมีแรงบันดาลใจให้สามารถควบคุมตนเอง เพื่อให้ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้ป่วยจะเกิดความภาคภูมิใจ ซึ่งจะช่วยให้มีการตั้งเป้าหมายเรื่องดี ๆ และเป็นประโยชน์ต่อไป

#### วิธีดำเนินการ

1. นำผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม

2. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำในประเด็นเรื่องการตั้งเป้าหมายชีวิต สุ่มถามมีใครเคยตั้งเป้าหมายเรื่องอะไรบ้าง และมีวิธีการวางแผนให้ถึงเป้าหมายอย่างไร ทำสำเร็จหรือไม่ และมีความคิดเห็นเรื่องการตั้งเป้าหมายอย่างไร

3. ให้แต่ละคนตั้งเป้าหมายระยะสั้น และบอกวิธีการปฏิบัติให้ถึงเป้าหมาย

4. ให้สำรวจดูว่าวิธีการปฏิบัตินั้น มีอุปสรรคขัดขวางอะไรบ้าง และมีวิธีแก้  
อย่างไร เสาให้กลุ่มฟัง

5. ผู้นำกลุ่มให้เพื่อนร่วมกิจกรรมช่วยแนะนำ

6. ผู้นำกลุ่มสรุปข้อดีและประโยชน์ของการตั้งเป้าหมายและแนะนำ

7. การตั้งเป้าหมาย ควรตั้งเป้าหมายระยะสั้น และเป็นเรื่องที่อยู่ในความเป็นจริง สามารถทำได้

8. นัดกลุ่มติดตามเป็นระยะ ฉะนั้นจะมีการทำกิจกรรมตั้งเป้าหมายต่อเมื่อเป้าหมายแรกสำเร็จ

9. หากเป้าหมายมีอุปสรรค วิธีการปฏิบัติไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ ควรมีการวางแผนใหม่หรือตั้งเป้าหมายใหม่

ดังนั้น การตั้งเป้าหมายจะดำเนินการจัดกิจกรรมเป็นระยะ ๆ ทั้งการติดตามและการตั้งเป้าหมายต่อ

## กิจกรรมที่ 2 ทักษะการปฏิเสธ

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธสิ่งกระตุ้นภายนอกและภายในได้ รวมถึงความสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

### สาระสำคัญ

กลุ่มเพื่อนที่ใช้ยาเสพติดมีอิทธิพลต่อการคิดอยากเสพ ตลอดจนอุปสรรคการเสพและสิ่งกระตุ้นภายนอกอื่น ๆ ก็มีอิทธิพลเช่นกัน เช่น เชื้อฉ้อฉล หลอดยา มีเงินใช้มาก ๆ นอกจากนี้อารมณ์ และความรู้สึกน้อยใจ กลุ่มใจ ก็เป็นเหตุของการเสพยาอีกเช่นกัน และการที่ผู้ป่วยสามารถปฏิเสธสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ด้วยวิธีการที่เหมาะสม จะช่วยให้ปลอดภัยจากการใช้ยาเสพติดและพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ได้

### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำถึงประเด็นการเสพติดเนื่องจากอิทธิพลของตัวกระตุ้น
2. สุ่มถามผู้ป่วยใครเคยมีประสบการณ์พบสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ อะไรบ้าง และให้ผู้ป่วยบอกว่าเคยปฏิเสธได้หรือไม่ และใช้วิธีใด มีอะไรเป็นอุปสรรค
3. ให้ผู้ป่วยแต่ละคนบอกโอกาสพบสิ่งกระตุ้นอะไรบ้าง และบอกวิธีที่ตนคิดจะทำได้ ให้เพื่อน ๆ แสดงความคิดเห็น ชี้แนะหรือเสริมวิธีที่จะได้ผล
4. ให้ทดลองทำ โดยการแสดงบทบาทสมมติ วิธีการปฏิเสธด้วยคำพูดต่าง ๆ และการปฏิเสธด้วยวิธีอื่น ๆ
5. ผู้นำกลุ่มสรุปวิธีที่เหมาะสมและเสริมวิธีอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และให้ทดลองไปปฏิบัติเมื่อพบสิ่งกระตุ้นและนำมาเล่าในกลุ่มฟัง ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป

**หมายเหตุ** อาจทำเป็นกลุ่มหรือรายบุคคลและมีการติดตามผลการปฏิเสธของแต่ละคน

### กิจกรรมที่ 3 การสำรวจจุดอ่อนจุดแข็ง

#### วัตถุประสงค์เพื่อให้

1. ได้ฝึกการตระหนักรู้ถึงจุดดี จุดแข็ง จุดอ่อน จุดด้อย ของตน ที่ตนเองมองเห็นและผู้อื่นมองเห็น
2. มีแนวคิดในการปรับปรุงตนเองจากการสำรวจ

#### สาระสำคัญ

การตระหนักรู้ถึงจุดแข็ง จุดดี จุดอ่อน จุดด้อย ของตน และยอมรับตามที่ผู้อื่นมองและตนเองรู้จากการสำรวจนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ โดยการนำเอาจุดดี จุดแข็ง ของตนมาสร้างให้เกิดประโยชน์แก่ตน และแก้ไขในส่วนจุดด้อย จุดอ่อน ของตนเองต่อไป

#### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มเกริ่นนำเรื่องจุดดี จุดด้อย ของบุคคลทั่วไป และการรู้จักสำรวจตนเองจะทำให้มีการแก้ไขตนเองอยู่ตลอดเวลา จะเกิดผลดีหรือเป็นประโยชน์ต่อตัวเอง
2. ให้ผู้ช่วยเขียนข้อความที่คนอื่นเคยบอกตนว่ามีข้อดี ข้อเสีย เรื่องอะไรบ้าง
3. นำข้อความมาสรุปที่คนอื่นเห็น กับที่ตนเองมองเห็น มีเรื่องใดบ้างที่ตรงและไม่ตรงกัน
4. ให้บอกเรื่องที่ตนยอมรับ เห็นด้วยและบอกวิธีแก้ไข ให้เพื่อนในกลุ่มเสริมเพิ่มเติม
5. ผู้นำกลุ่มสรุปการสำรวจและการยอมรับจุดอ่อน จุดแข็ง ของตน จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม จะทำให้ตนเองมีการพัฒนาต่อไปเรื่อย ๆ ซึ่งประโยชน์ที่ได้จะเกิดกับตนเองและเป็นที่ยอมรับในสังคม

## กิจกรรมที่ 4 การแก้ปัญหา

### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ปวยรู้และเข้าใจถึงหลักการและมีแนวทางการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม

### สาระสำคัญ

การที่ผู้ปวยไม่รู้จักรักษาและเผชิญปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อกระบวนการรักษาและการดำรงชีวิต การรู้ถึงสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหาคือช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ปกติ

### วิธีดำเนินการ

1. ผู้นำกลุ่มเกริ่นประเด็นที่จะพูดคุยกัน เกี่ยวกับการให้ผู้ปวยสำรวจปัญหาที่ตนเองพบ สุ่มถามถึงวิธีเผชิญกับปัญหาและการแก้ปัญหา ทำอย่างไร
2. ให้ทุกคนบอกปัญหาของตน โดยอาจมีมากกว่า 1 ปัญหา เรียงลำดับความสำคัญ
3. ผู้นำสอบถามความรู้ของผู้ปวย ในเรื่องของขั้นตอน การแก้ปัญหาและอธิบายเสริมให้ผู้ปวยทุกคนเข้าใจในขั้นตอน
4. ให้ผู้ปวยคิดวิธีการ ขั้นตอนการแก้ไขปัญหของตน ลงในกระดาษโดยนำปัญหาที่สำคัญอันดับแรกที่เรียงไว้ ซึ่งต้องเป็นปัญหาที่พิจารณาแล้วว่าเป็นจริงในปัจจุบัน และเป็นอุปสรรคสำหรับตน
5. นำวิธีที่เลือกในการใช้แก้ปัญหาของตนบอกในกลุ่มช่วยอภิปรายให้ผู้ปวยบอกจนครบทุกคน
6. กลุ่มช่วยอภิปรายเสนอแนะเพิ่มเติมในสิ่งที่เหมาะสม เป็นไปได้และจะทำให้การแก้ปัญหานั้นสำเร็จ
7. ผู้นำกลุ่มให้กำลังใจทุกคน และนัดหมายการเข้ากลุ่มการแก้ไขปัญหาคือเพื่อติดตามว่าผู้ปวยได้ดำเนินการแล้วมีปัญหาคือ อุปสรรคอย่างไร

### ขั้นตอนการแก้ไข้ปัญหา

1. เริ่มด้วยการกำหนดปัญหาเก้ก่อนว่า อะไรคือปัญหาที่เป็นอุปสรรค ทำให้รู้สึกเดือดร้อน วิตกเครียด
2. ค้นหาสาเหตุของปัญหาว่าเกิดขึ้นเพราะอะไร จากอะไร
3. กำหนดวิธีแก้ไข้ คิดหลาย ๆ วิธี จากสาเหตุ เรียงลำดับวิธีแก้ไข้
4. วิเคราะห์ทางเลือก หรือวิธีแก้ไข้โดยประเมินวิธีต่าง ๆ นั้น เกิดผลดี ผลเสียอะไรตามมา สามารถปฏิบัติได้จริงหรือไม่ ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไข้และมีแนวทางแก้ไข้ข้อเสียที่พบในวิธีนั้น
5. นำไปปฏิบัติหรือทดลอง สรุปผลหากสำเร็จ เป็นแนวทางปฏิบัติจริง



## รายละเอียดในการให้คะแนนของผู้ป่วย

<p>1. อัตราชีพจรในขณะพัก (วัดเป็นครั้ง นาที) วัดหลังจากที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอนเป็นเวลา 1 นาที</p> <p>0 ชีพจร 80 หรือต่ำกว่า 1 ชีพจร 81 - 100 2 ชีพจร 101 - 120 4 ชีพจรสูงกว่า 120</p>	<p>2. การมีเหงื่อออก : ในครึ่งชั่วโมงที่ผ่านมา โดยไมรวมเหงื่อที่เกิดจากอุณหภูมิของห้องและกิจกรรมของผู้ป่วย</p> <p>0 ไม่มีอาการหนาวสั่นหรือหน้าแดง 1 มีอาการหนาวสั่นและหน้าแดง 2 หน้าแดงและมีเหงื่อออกขึ้นที่หน้าสังเกตได้ 3 มีเหงื่อออกเป็นเม็ดบริเวณคิ้วและใบหน้า 4 เหงื่อไหลเต็มหน้า</p>	<p>3. กระวนกระวาย: สังเกตระหว่างที่ประเมิน</p> <p>0 สามารถนั่งนิ่งได้ 1 มีอาการนิ่งที่ยากแต่ยังสามารถทำได้ 3 การเปลี่ยนท่าหรือการเคลื่อนไหวของแขนหรือขามากกว่าปกติ 5 ไม่สามารถที่จะนั่งนิ่งได้เกินนาทีใบหน้า</p>
<p>4. ขนาดรูม่านตา</p> <p>0 รูม่านตาขนาดเล็กหรือปกติในแสงไฟห้องปกติ 1 รูม่านตาขยายใหญ่กว่าปกติในแสงไฟห้องปกติ 2 รูม่านตาขยายปานกลาง 3 รูม่านตาขยายมาก จนกระทั่งมองเห็นขนาดของรูม่านตา</p>	<p>5. อาการปวดกระดูกและข้อ ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดก่อนหน้านี้ให้คะแนนเฉพาะอาการปวด เนื่องจาก การขาดยาเท่านั้น</p> <p>0 ไม่มีอาการ 1 ไม่รู้สึกสบายเล็กน้อย 2 มีอาการปวดของข้อและกล้ามเนื้ออย่างมาก 4 ผู้ป่วยปวดข้อและกล้ามเนื้อและไม่สามารถที่จะนั่งเฉยได้เนื่องจากความเจ็บปวด</p>	<p>6. น้ำมูกหรือน้ำตาไหล ไม่นับรวมอาการที่มาจากความเป็นหวัดหรือการแพ้</p> <p>0 ไม่มีอาการ 1 คัดจมูกและมักมีน้ำตาขึ้นที่ตา 2 น้ำมูกหรือน้ำตาไหล 4 น้ำมูกไหลตลอดเวลาหรือน้ำตาไหลเป็นทาง</p>
<p>7. อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร: ในช่วงระยะเวลาครึ่งชั่วโมงที่ผ่านมา</p> <p>0 ไม่มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร</p> <p>1 ปวดท้อง 2 คลื่นไส้ หรืออุจจาระเป็นน้ำ 3 อาเจียน หรือท้องเดิน 5 มีอาการท้องเดินหรืออาเจียนหลายครั้ง</p>	<p>8. อาการสั่น : สังเกตเมื่อให้ผู้ป่วยยื่นแขนออกมา</p> <p>0 ไม่มีอาการสั่น 1 มีอาการสั่นรู้สึกได้แต่สังเกตไม่เห็น 2 สังเกตอาการสั่นได้เพียงเล็กน้อย 4 มีการสั่นเห็นได้ชัดหรือการชักกระตุกของกล้ามเนื้อ</p>	<p>9. การหาว : สังเกตในระหว่างการประเมิน</p> <p>0 ไม่มีการหาว 1 หาว 1-2 ครั้งระหว่างประเมิน 2 หาว 3 ครั้งหรือมากกว่าระหว่างประเมิน 4 หาวหลายครั้งต่อหน้าที่ประเมิน</p>
<p>10. อาการวิตกกังวลและหงุดหงิด</p> <p>0 ไม่มี 1 มีอาการหงุดหงิด 2 มีอาการหงุดหงิด หรือวิตกกังวลเห็นได้ชัดเจน 4 หงุดหงิดหรือวิตกกังวล จนกระทั่งเกิดความลำบากในการให้ความร่วมมือในการประเมิน</p>	<p>11. อาการชนลุก</p> <p>0 ผิวหนังเย็น 3 ชนลุกจน สามารถรู้สึกได้หรือมีอาการชนลุกตามแขน 5 มีอาการชนลุกเด่นชัด</p>	



**4. รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำ  
คู่มือแนวทางปฏิบัติการให้เมทาโดนระยะยาว สำหรับผู้เสพติดเฮโรอีน  
วันที่ 8 และ 21 ธันวาคม 2552  
ณ สถาบันธัญญารักษ์**

- |     |   |                                  |
|-----|---|----------------------------------|
| 1.  | นาวาอากาศตรี นายแพทย์บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์ | รองอธิบดีกรมการแพทย์             |
| 2.  | นายแพทย์วิโรจน์ วีระชัย                       | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 3.  | นายแพทย์อังกูร ภัทรการ                        | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 4.  | แพทย์หญิงธัญรช ทิพย์วงษ์                      | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 5.  | เภสัชกรหญิงทวีพร วิสุทธิมรรค                  | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 6.  | นางปัญจรัตน์ ศรีสว่าง                         | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 7.  | นางปราณี ภาณุภาส                              | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 8.  | นางฉวีวรรณ ปัญจบุศย์                          | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 9.  | นางวิไลรัตน์ สิริฤกษ์สกุล                     | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 10. | นางพรรณอ กลิ่นกุหลาบ                          | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 11. | นางสาวเยาวเรศ นาคะโยธินสกุล                   | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 12. | นางสำเนา นิลบรรพ์                             | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 13. | นางศกามาศ มณีอินทร์                           | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 14. | นางสาวสุกมา แสงเดือนฉาย                       | สถาบันธัญญารักษ์                 |
| 15. | นายแพทย์สมสิทธิ์ ต้นสุกสวัสดิกุล              | สถาบันบำราศนราดูร                |
| 16. | พันเอกนายแพทย์พิชัย แสงชาญชัย                 | โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า           |
| 17. | นายแพทย์โกวิท ยงวานิชจิต                      | สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร         |
| 18. | นางมณฑิรา เมธา                                | ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดเชียงใหม่ |
| 19. | นางสาวดาริน ดวงเศษวงษ์                        | ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดขอนแก่น   |
| 20. | นางมาลีรัตน์ สมณะกิจ                          | ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดสงขลา     |
| 21. | นางนุรฮายาตี มีเหาะ                           | ศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดปัตตานี   |
| 22. | นางสุธาทิพย์ ชุนทอง                           | โรงพยาบาลพัทลุง                  |
| 23. | นางสาวชาลินี แซ่ตั้ง                          | โรงพยาบาลสมุทรปราการ             |
| 24. | นางนุชนาถ จักรแสงอุทัย                        | ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 บุญมี     |
| 25. | นางสาวลดาวัลย์ สังข์ทอง                       | ศูนย์บริการสาธารณสุข 7 บุญมี     |