

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีนเบื้องต้นสำหรับ  
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์  
Clinical practice guideline for management of methamphetamine/  
amphetamine user disorder for general practitioners and medical personnel

ทรงพล โลดทนองค์\*  
Songpon Lodthanong \*

(Received: August 14, 2025; Revised: October 10, 2025; Accepted: November 11, 2025)

\*Corresponding author: sosong2554@gmail.com

บทคัดย่อ

แนวทางเวชปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาและดูแลผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีนในสถานพยาบาล โดยเน้นที่มาตรฐานและคุณภาพการดูแลภายใต้บริบทที่มีทรัพยากรบุคคล สถานที่ และอุปกรณ์ที่จำกัด ซึ่งแนวทางนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีน เพื่อให้เป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ การจัดการและดูแลรักษาประกอบไปด้วยส่วนแผนผังสรุปภาพรวมการดูแลตั้งแต่อาการเล็กน้อยไปจนถึงอาการรุนแรง การรักษาอาการทางจิตเวช ภาวะก้าวร้าว การให้ยาเพื่อสงบอาการและบรรเทาอาการทางจิตเวช แนวทางการสัมภาษณ์ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีน และแนวทางการวินิจฉัยดูแลรักษาตลอดจนแนวทางการดูแลผู้เสพติดในระยะฟื้นฟู โดยแนวทางจะมีการพิจารณาภาวะ Substance use disorder (SUD) และ Substance-induced disorder (SID) ควบคู่ ซึ่งเป็นภาวะที่มักจะเกิดร่วมกัน และมีการแบ่งการรักษาตามอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการเสนอแนะการให้ยาเพื่อรักษาอาการทางจิตและบรรเทาอาการอื่นๆ ตามบริบทรอบปัญหาหลักแห่งชาติพื้นฐานที่มีในโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงเน้นการดูแลบำบัดทางจิตสังคมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีน แนวทางเวชปฏิบัตินี้จึงเหมาะกับเวชปฏิบัติทั่วไปหรือสภาวะห้องฉุกเฉินที่ต้องรักษาเร่งด่วน โดยคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทโรงพยาบาลชุมชนในเขตต่างจังหวัดซึ่งมีข้อจำกัดทางทรัพยากร มุ่งเน้นเป้าหมายให้แพทย์ใช้ทุน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และสหวิชาชีพสะดวกในการทบทวนและนำไปประยุกต์ใช้กับบริบทในพื้นที่บริการของตน

คำสำคัญ: แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีน อาการทางจิต



### Abstract

This clinical practice guideline aims to provide direction for the treatment and care of methamphetamine/amphetamine users in healthcare facilities. It emphasizes standardized and quality care within the context of limited human resources, facilities, and equipment. The guideline was developed by systematically reviewing literature and is intended to serve as a preliminary guide for general practitioners and medical personnel in the management of methamphetamine/amphetamine users. The management and care sections include: a flowchart summarizing the overall care for symptoms ranging from mild to severe; the treatment of psychiatric symptoms; the management of agitation; the use of medication for sedation and relief of psychiatric symptoms; guidelines for interviewing history related to methamphetamine/amphetamine use; and guidelines for diagnosis, treatment, and ongoing care during the recovery phase. The guideline considers both Substance Use Disorder (SUD) and Substance-Induced Disorder (SID) concurrently, as these conditions frequently co-occur. Treatment is categorized based on the specific psychiatric symptoms present. Furthermore, it offers recommendations for medication to treat psychiatric symptoms and alleviate other symptoms, considering the fundamental National Essential Drug List available in community hospitals. The guideline also emphasizes psychosocial intervention as a crucial component in the care of methamphetamine/amphetamine users. This clinical practice guideline is therefore suitable for general practice or emergency room settings that require urgent treatment, specifically designed for patient care within the context of resource-limited community hospitals in rural areas. The primary goal is to facilitate easy review and practical application by residents, general practitioners, and multidisciplinary teams in their local service areas.

**Keywords:** Clinical practice guideline, Management of methamphetamine/amphetamine users, Psychosis



## 1. บทนำ

ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาระดับโลกที่เพิ่มความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ประชากร 35 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด และประมาณ 0.5 ล้านคนต่อปีที่เสียชีวิตด้วยเหตุอันเนื่องมาจากการเสพติด<sup>(1,2)</sup> ในประเทศไทย ปี 2565 มีผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสารเสพติดรวมกว่า 114,733 ราย โดยกว่า ร้อยละ 84.14 ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดเป็นผู้ใช้เมทแอมเฟตามีน<sup>(3,4)</sup> การใช้เมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีนส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างร้ายแรงในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งต่อร่างกายและจิตใจ ผลกระทบหลัก ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทและสมอง ระบบอื่นๆ รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่รุนแรง ความหงุดหงิด ก้าวร้าว หรือแม้แต่อาการทางจิตซึ่งพบได้บ่อย<sup>(5-6)</sup>

บริบทโรงพยาบาลชุมชนพบผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีนและมารับการบำบัดรักษาได้บ่อยทั้งในรูปแบบสมัครใจยินยอมบำบัดและรูปแบบภาวะฉุกเฉิน มีอาการทางจิต หรือก้าวร้าวจนถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจควบคุมตัวส่งสถานพยาบาล ผู้ให้การดูแลรักษาอาจเกิดความไม่มั่นใจและเป็นกังวลในการจัดการกับอาการรุนแรงและอาการทางจิตเวชที่พบ การให้ยารักษาหรือบรรเทาอาการให้ผู้ป่วยอาการสงบลง อาจยังไม่เจาะจงและเหมาะสมกับความรุนแรงของอาการ ผู้เขียนจึงได้ทบทวนข้อมูลและปรับแนวทางการดูแลรักษาให้สอดคล้องกับบริบทและข้อจำกัดในพื้นที่และพัฒนาเป็นแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีนเพื่อให้เป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ โดยแนวทางการจัดการและดูแลรักษาประกอบไปด้วยส่วนแผนผังสรุปภาพรวมการดูแลตั้งแต่อาการเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง การรักษาด้วยยาและทางจิตสังคมเพื่อบรรเทาหรือสงบอาการทางจิตเวช รวมไปถึงภาวะก้าวร้าว แนวทางการสัมภาษณ์ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีน และแนวทางการวินิจฉัยดูแลรักษา ตลอดจนแนวทางการดูแลผู้เสพยาในระยะฟื้นฟู

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีนจะเป็นแนวทางในการรักษาและดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลอื่นที่ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน มี

เนื้อหาที่กระชับและทำความเข้าใจได้ง่ายในเวลาไม่นาน แพทย์ใช้ทุน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และสหวิชาชีพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่ายกับบริบทสถานที่ปฏิบัติงานมุ่งเน้นการดูแลเป้าหมายภายใต้บริบทซึ่งมีทรัพยากรบุคคลสถานที่ และอุปกรณ์ที่จำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 2. แนวทางการจัดการและดูแลรักษา

แนวทางการจัดการและดูแลรักษาประกอบไปด้วย ส่วนแผนผังสรุปภาพรวมการดูแลตั้งแต่อาการเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง การรักษาด้วยยาและทางจิตสังคมเพื่อบรรเทาหรือสงบอาการทางจิตเวช รวมไปถึงภาวะก้าวร้าว แนวทางการสัมภาษณ์ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการใช้เมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีน และแนวทางการวินิจฉัยดูแลรักษา การจัดการภาวะก้าวร้าวและจำกัดผู้ป่วย การบังคับรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ตลอดจนแนวทางการดูแลผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีนในระยะฟื้นฟู

### 2.1 หลักการในการวินิจฉัยและการจัดการ (clinical approach)<sup>(7-8)</sup>

สิ่งจำเป็นที่ต้องพิจารณาในผู้ที่มีมาด้วยประวัติเสพติดเสมอ มี 2 ประการหลัก ได้แก่

1. Substance use disorder (SUD) ความผิดปกติของการใช้สารเสพติด คือ โรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดอย่างต่อเนื่องและควบคุมไม่ได้
2. Substance-induced disorder (ภาวะความผิดปกติที่เกิดจากสารเสพติด) คือ กลุ่มอาการทางจิตเวช (ความผิดปกติทางจิต อารมณ์ พฤติกรรม) ที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการใช้สารเสพติด การหยุดใช้สาร (Withdrawal) หรือการได้รับพิษจากสาร (Intoxication)

Substance use disorder (SUD) และ Substance-induced disorder (SID) มักจะเกิดร่วมกัน จึงจำเป็นต้องพิจารณาควบคู่กันเสมอ โดยเฉพาะในการใช้สารเมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีน อย่างไรก็ตามในบางรายอาจจะมีเฉพาะภาวะอย่างใดอย่างหนึ่งได้

#### 2.1.1 Substance use disorder (SUD)

Substance Use Disorder (ซึ่งรวมถึง Methamphetamine/ Amphetamine) อ้างอิงตาม

เกณฑ์ของ DSM-5 และ DSM-5-TR ซึ่งเป็นคู่มือวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยเกณฑ์การวินิจฉัยจะพิจารณาจากอาการ 11 ข้อ ที่เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา หากผู้ป่วยมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไปจึงสามารถวินิจฉัยว่าเป็น Stimulant Use Disorder<sup>(8-10)</sup>

#### เกณฑ์การวินิจฉัย 11 ข้อของ Substance Use Disorder (Methamphetamine/ Amphetamine)

1. ใช้สารในปริมาณที่มากกว่าหรือนานกว่าที่ตั้งใจไว้
2. มีความต้องการที่จะลดหรือหยุดใช้สารนั้น แต่ทำไม่สำเร็จ
3. ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการหาสาร ใช้สาร หรือฟื้นตัวจากฤทธิ์สารนั้น
4. มีความอยาก (Craving) อย่างรุนแรงที่จะใช้สาร
5. การใช้สารส่งผลกระทบต่อหน้าที่ความรับผิดชอบที่สำคัญ เช่น ที่ทำงาน โรงเรียน หรือที่บ้าน
6. ยังคงใช้สารอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะก่อให้เกิดปัญหาด้านความสัมพันธ์
7. ลดหรือเลิกทำกิจกรรมทางสังคม อาชีพ หรือกิจกรรมยามว่างที่สำคัญเพราะการใช้สาร
8. ใช้สารในสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย
9. ยังคงใช้สารอย่างต่อเนื่องแม้จะรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพกายหรือใจที่เกิดจากสาร
10. ภาวะดื้อสาร (Tolerance) ต้องใช้สารในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้ได้ผลเท่าเดิม หรือใช้ปริมาณเท่าเดิมแล้วได้ผลน้อยลง
11. ภาวะถอนสาร (Withdrawal): มีอาการถอนสารเมื่อหยุดใช้ หรือต้องใช้สารเพื่อบรรเทาอาการถอนสาร

**หมายเหตุ:** เกณฑ์ภาวะดื้อสาร/ภาวะถอนสาร ไม่นับหากเกิดขึ้นจากการได้รับยาตามการรักษา

**การแบ่งระดับความรุนแรง** การวินิจฉัยความรุนแรงของ Methamphetamine/ Amphetamine Use Disorder จะขึ้นอยู่กับจำนวนข้อที่เข้าเกณฑ์ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับเล็กน้อย (Mild): พบ 2-3 ข้อ

ระดับปานกลาง (Moderate): พบ 4-5 ข้อ

ระดับรุนแรง (Severe): เข้าเกณฑ์ 6 ข้อขึ้นไป

#### 2.1.2 Substance-induced disorder

ภาวะ Methamphetamine/ Amphetamine - induced disorder มีหลายประเภท โดยจะระบุตามชนิดของอาการที่แสดงออก<sup>(2,6,8)</sup> ได้แก่

- ภาวะโรคจิตที่เกิดจากสารกลุ่มแอมเฟตามีน

(Methamphetamine/Amphetamine-Induced Psychotic Disorder) เป็นภาวะที่เกิดขึ้นภายในหนึ่งเดือนหลังจากการเสพสารซึ่งอาจเกิดในช่วง Intoxication หรือ Withdrawal ส่งผลให้เกิดอาการทางจิตคล้ายกับโรคจิตเภท (Schizophrenia) เช่น ประสาทหลอน (ได้ยินเสียงหรือเห็นภาพหลอน), อาการหลงผิด (delusions) หรือมีความเชื่อที่ผิดปกติ ข้อสังเกตที่แตกต่างจากจิตเภทคืออาการจะลดลงหรือหายไปได้เมื่อมีช่วงที่เลิกเสพสาร (อาการไม่คงอยู่นานเกินกว่า 1 เดือน หลังจากสารถูกขับออกไปแล้ว)

- ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากสารกลุ่มแอมเฟตามีน

(Methamphetamine/Amphetamine -Induced Depressive Disorder) ผู้ใช้มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในช่วงที่ใช้สารหรือในช่วงถอนพิษ

- ภาวะอารมณ์สองขั้วที่เกิดจากสารกลุ่มแอมเฟตามีน (Methamphetamine/Amphetamine-Induced Bipolar and Related Disorder) เป็นภาวะที่สารกระตุ้นให้อารมณ์ของผู้ใช้แปรปรวนอย่างรุนแรง อาจมีช่วงที่อารมณ์ดีหรือหงุดหงิดเกินปกติ (mania) หรือมีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้น และอาการจะลดลงหรือหายไปได้เมื่อมีช่วงที่หยุดเสพสาร

- ภาวะวิตกกังวลที่เกิดจากสารกลุ่มแอมเฟตามีน

(Methamphetamine/Amphetamine-Induced Anxiety Disorder) ผู้ใช้มีอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรงอาจเกิดอาการแพนิค (panic attacks) หรือมีความรู้สึกกระวนกระวายใจอย่างมาก ซึ่งมักสัมพันธ์กับการเสพสาร

- ภาวะอื่น ๆ ได้แก่

ภาวะนอนไม่หลับที่เกิดจากสารกลุ่มแอมเฟตามีน (Methamphetamine/Amphetamine-Induced Sleep Disorder)

สารแอมเฟตามีนมีฤทธิ์กระตุ้นประสาทและส่งผลต่อวงจรการนอนหลับ ทำให้ผู้ใช้มีอาการนอนไม่หลับอย่างรุนแรงหรือมีรูปแบบการนอนที่ผิดปกติไป

**ภาวะสมรรถภาพทางเพศที่เกิดจากสารกลุ่มแอมเฟตามีน**  
(Methamphetamine/Amphetamine-Induced Sexual Dysfunction) สารเสพติดส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์ ทำให้ผู้ใช้มีปัญหาเกี่ยวกับสมรรถภาพทางเพศ การแข็งตัวของอวัยวะเพศและอารมณ์ทางเพศมีปัญหาเมื่อเสพในระยะยาว

**ภาวะย้ำคิดย้ำทำที่เกิดจากสารกลุ่มแอมเฟตามีน**  
(Methamphetamine/Amphetamine-Induced Obsessive-Compulsive and Related Disorder) ผู้ใช้มีพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำหรือทำพฤติกรรมซ้ำๆ ผิดปกติ

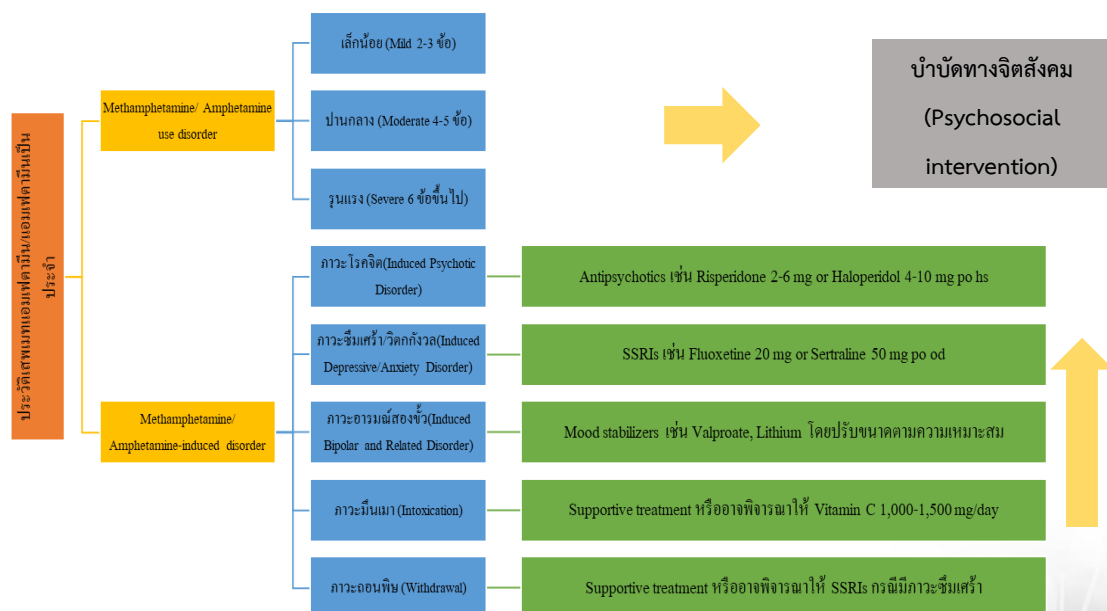
**ภาวะเพ้อที่เกิดจากสารกลุ่มแอมเฟตามีน**  
(Methamphetamine/Amphetamine-Induced Delirium) ผู้ใช้มีอาการสับสนเฉียบพลัน ความสามารถในการรับรู้สภาพแวดล้อมลดลงและมีอาการอาเจียนวูบอย่างรุนแรงโดยเฉพาะเมื่อเสพในปริมาณมาก

**ภาวะมึนเมาจากสารกลุ่มแอมเฟตามีน**  
(Methamphetamine/Amphetamine Intoxication)

เกิดขึ้นเมื่อผู้ใช้ได้รับสารในปริมาณที่มากพอจนส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ เช่น อารมณ์ดีผิดปกติ (euphoria) ตื่นตัวสูง อารมณ์หงุดหงิด วิตกกังวล การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ และในบางรายอาจมีอาการทางจิต เช่น ประสาทหลอนหรืออาการหวาดระแวงได้

**ภาวะถอนพิษจากสารกลุ่มแอมเฟตามีน**  
(Methamphetamine/Amphetamine Withdrawal) เกิดขึ้นเมื่อผู้ใช้หยุดใช้สารหลังจากใช้มาเป็นระยะเวลานาน โดยมีอาการที่ชัดเจนคือภาวะอารมณ์เศร้า (dysphoric mood) ร่วมกับอาการทางร่างกายและจิตใจอื่นๆ อย่างน้อย 2 อย่าง เช่น อ่อนเพลีย ฝันร้าย นอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไป ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น และการเคลื่อนไหวช้าลงหรือกระสับกระส่าย

การวินิจฉัยแต่ละภาวะขึ้นอยู่กับประวัติการใช้สารและการแสดงอาการทางจิตเวช โดยจะพิจารณาแยกความแตกต่างจากโรคทางจิตเวชที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากสารเสพติด ข้อสังเกตคืออาการจะลดลงหรือหายไปได้เมื่อมีช่วงที่หยุดเสพสาร มีความสัมพันธ์เชิงเวลาของอาการกับการเสพสาร แผนผังแนวทางการจัดการและดูแลรักษาตามรูปที่ 1



\*\*ตัวอย่างการให้ยาอ้างอิงตามบริบทรอบบัญชียาหลัก

รูปที่ 1 แผนผังแนวทางการจัดการและดูแลรักษาผู้เสพเมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีน

## แนวทางการสัมภาษณ์ประวัติที่เกี่ยวข้องกับการ ใช้เมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีน

- ชนิดของเมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีนและสาร  
เสพติดอื่นที่ใช้อยู่
- วิธีและความถี่ของการเสพ ปริมาณที่ใช้ในแต่ละวัน  
โดยเฉลี่ย
- ระยะเวลาที่เสพ
- แรงจูงใจที่นำมาสู่การรักษา
- ประวัติการรักษาประเด็นสารเสพติดที่ผ่านมา  
รวมถึงสารที่ใช้อยู่
- ครั้งสุดท้ายที่เสพและปริมาณ
- ประวัติอาการหลังเสพและอาการถอน
- ประวัติโรคทางกาย และจิตเวช
- ยาที่ใช้เป็นประจำ
- ประวัติอุบัติเหตุ และการผ่าตัด
- ประวัติผู้ดูแลใกล้ชิด

- สภาพแวดล้อมที่บ้าน
- บุคลิกภาพเดิม และการเปลี่ยนแปลงตามเวลา

## 3. แนวทางการให้ยาสำหรับภาวะทางจิตเวชที่เกิดจาก แอมเฟตามีน/แอมเฟตามีน<sup>(11,13)</sup>

โดยทั่วไปอาการทางจิตเวชที่เกิดจากแอมเฟตามีน มักจะค่อยๆ ดีขึ้นและหายไปเองภายในไม่กี่วันถึงไม่กี่ สัปดาห์หลังจากหยุดเสพสาร อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบาง รายอาการอาจคงอยู่นาน และอาจต้องให้นานกว่า 3-6 เดือน ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและแนวโน้มของ การเลิกสารได้สำเร็จหรือไม่ แพทย์จะประเมินอาการเป็น ระยะ และอาจพิจารณาหยุดยาต้านอาการทางจิตได้หาก อาการหายไปแล้ว แต่ก็ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเพื่อ ป้องกันการกลับมาใช้สารซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ อาการทางจิตเวชกำเริบ<sup>(12,14)</sup> ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางการให้ยาสำหรับภาวะทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้สารเสพติด (\* ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ)

| ภาวะ                                           | อาการหลัก                                                                | ยาที่แนะนำ (ตัวอย่าง)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ข้อควรพิจารณาเพิ่มเติม                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -Induced<br>Psychotic<br>Disorder              | อาการหลงผิด (delusions)<br>ประสาทหลอน (hallucinations)<br>พฤติกรรมรุนแรง | 1 <sup>st</sup> line: Risperidone 2-6 mg/day, Haloperidol<br>4-10 mg/day<br>2 <sup>nd</sup> line: Olanzapine*, Quetiapine                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | เน้นการรักษาอาการทางจิต<br>อย่างรวดเร็ว ควรใช้ยาในกลุ่ม<br>Antipsychotics เพื่อลด<br>ความรุนแรง ป้องกันอันตราย<br>ต่อตนเองและผู้อื่น <sup>(15-16)</sup>                                                                                                        |
| -Induced<br>Depressive<br>Disorder             | ซึมเศร้า สิ้นหวัง เบื่ออาหาร นอน<br>ไม่หลับหลังหยุดใช้                   | 1 <sup>st</sup> line: SSRIs (เช่น Sertraline 50 mg/day,<br>Fluoxetine 20 mg/day)<br>2 <sup>nd</sup> line: Mirtazapine*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ควรเริ่มด้วยการบำบัดทาง<br>จิตสังคมก่อนในกรณีมีอาการ<br>ไม่รุนแรง หากจำเป็นต้องใช้ยา<br>ควรเลือกยาที่ไม่กระตุ้น (non-<br>stimulating) <sup>(8,15)</sup>                                                                                                        |
| -Induced<br>Bipolar and<br>Related<br>Disorder | อารมณ์แปรปรวน<br>mania/hypomania                                         | 1 <sup>st</sup> line: Mood stabilizers <sup>(7-8)</sup> เช่น Valproate 25<br>mg/kg/day ปรับจนได้ระดับยาในเลือด 50-125<br>mcg/mL หรือให้ Lithium เริ่มต้นที่ 600 mg/day<br>ปรับจนได้ระดับยาในเลือดที่เหมาะสม 0.8-1.2<br>mmol/L (การตรวจวัดระดับยาบริบทโรงพยาบาล<br>ชุมชนอาจใช้เวลาหรือไม่สะดวก อาจเริ่มจาก<br>ขนาดต่ำแล้วเพิ่มขนาดขึ้นตามความเหมาะสมและ<br>สังเกตผลข้างเคียงเป็นระยะ)<br>2 <sup>nd</sup> line: Atypical antipsychotics (เช่น<br>Olanzapine*, Quetiapine) | - การให้ Valproate ควร<br>ประเมิน LFT และการให้<br>Lithium ควรประเมิน<br>Creatinine ในการติดตาม<br>- การรักษาหลัก คือ<br>การปรับอารมณ์ให้คงที่ ควร<br>หลีกเลี่ยงยาในกลุ่ม<br>Antidepressants เดี่ยวๆ<br>เพราะอาจกระตุ้นให้เกิดภาวะ<br>maniaได้ <sup>(15)</sup> |

| ภาวะ                      | อาการหลัก                                                            | ยาที่แนะนำ (ตัวอย่าง)                                                                                                                                                                                  | ข้อควรพิจารณาเพิ่มเติม                                                                                                                                               |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -Induced Anxiety Disorder | วิตกกังวล กระวนกระวาย<br>ตื่นตระหนก (panic attacks)                  | 1 <sup>st</sup> line: SSRIs (เช่น Sertraline 50 mg/day,<br>Fluoxetine 20 mg/day)                                                                                                                       | อาจใช้ Benzodiazepines ใน<br>ระยะสั้นๆ เพื่อควบคุมอาการ<br>วิตกกังวลเฉียบพลัน แต่ต้อง<br>ระวังการติดยา <sup>(8,15)</sup>                                             |
| Intoxication              | อาการมึนเมา กระสับกระส่าย<br>สับสน หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิต<br>สูง | Supportive treatment<br>อาการรุนแรง: Benzodiazepines (เช่น Diazepam,<br>Lorazepam) เพื่อลดอาการกระสับกระส่ายและ<br>ควบคุมการชัก<br>อาการไม่รุนแรง: เน้นการดูแลให้สงบและอยู่ใน<br>สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย | การดูแลผู้ป่วยในภาวะนี้เป็น<br>เรื่องเร่งด่วนโดยเฉพาะ<br>การจัดการอาการทางกายที่<br>อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น<br>หัวใจวายหรือความดันโลหิตสูง<br>มาก <sup>(8)</sup> |
| Withdrawal                | อาการถอนสาร เหนื่อยล้า ซึมเศร้า<br>นอนมาก อายากสารรุนแรง             | Supportive treatment<br>อาจพิจารณายาที่ช่วยลดความอยากสารเช่น<br>Bupropion*                                                                                                                             | การรักษาภาวะถอนสารเน้น<br>การบำบัดทางจิตสังคมเป็น<br>หลัก หากมีซึมเศร้ารุนแรง<br>อาจพิจารณาใช้ยาต้านเศร้า<br>เพื่อบรรเทาอาการ <sup>(8,15)</sup>                      |

#### 4. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเมแทมเฟตามีน/แอมเฟตามีน

##### 1. Detoxification Phase

เน้นการดูแลและสร้างความปลอดภัย โดยเฉพาะ  
ในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น ก้าวร้าว หวาดระแวง  
หรือมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง แพทย์และทีมบุคลากรจะ  
ดูแลอย่างใกล้ชิดในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและควบคุม  
ได้ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทั้งผู้ป่วยและผู้อื่น

##### บรรยากาศและสภาพแวดล้อม (กรณีผู้ป่วยใน)

- สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการต่อว่า  
หรือโต้เถียงกับผู้ป่วย

- อธิบายอาการถอนและขั้นตอนการดูแลรักษาทุก  
ครั้งก่อนให้การพยาบาล ปลอดภัยผู้ป่วยว่าจะผ่านพ้นไป  
ด้วยดี

- มีเตียงจัดเป็นสัดส่วน มุมสงบปลอดภัย ลดสิ่งรบกวน

- มีแสงไฟหัวเตียง มีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด

(close observation)

- พูดซ้ำๆ ซักๆ ปลอดภัย และมีการสับตาผู้ป่วยเพื่อ  
ลดความกังวล

- ป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้น เช่น ตกเตียง หกล้ม ทำ  
ร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น

##### การประเมินการเสพยาและเฝ้าระวัง

- แพทย์ตรวจร่างกายและระบบประสาท ตรวจ  
สภาพจิต MSE (Mental status examination) ตามความ  
เหมาะสม

- แพทย์สั่งตรวจ CBC, blood electrolyte, liver  
function test, BUN, Cr, urine drug test (หรือวิธีการที่  
แม่นยำกว่า เช่น Gas Chromatography-Mass  
Spectrometry เพื่อให้ได้ผลที่ถูกต้องและเป็นที่ยอมรับ  
ทางกฎหมาย) อาจพิจารณาส่งตรวจ viral hepatitis B  
and C, VDRL และ HIV หากจำเป็น โดยเฉพาะในรายที่มี  
ประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (unsafe sex) หรือการฉีด  
สารเข้าหลอดเลือด (IVDU) เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อน  
และประกอบการวางแผนรักษา และนำมาประกอบการ  
สัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ลดละเลิกการเสพยา

- แพทย์ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง เช่น  
stroke, myocardial infarction, cardiomyopathy,  
aspiration pneumonia, seizure, GI bleeding, DM  
และขอคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางตามความเหมาะสม

- แพทย์หรือพยาบาลประเมินคะแนนตามแบบ  
ประเมิน บคก.กสธ. V.2 ซึ่งพัฒนามาจากแบบคัดกรอง  
ประสบการณ์ในการใช้ยาสูบ สุรา และสารเสพติดอื่นๆ  
(Alcohol, Smoking, and Substance Involvement  
ScreeningTest: ASSIST) ขององค์การอนามัยโลก

ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 6 ข้อ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ข้อที่ 1, 2, 3, 4) และ ตอนที่ 2 สอบถามข้อมูลในช่วงเวลาที่ผ่านมา (ข้อที่ 5, 6) เมื่อนำคะแนนทุกข้อมารวมกันแปลผล ระดับผู้ใช้ (2-3 คะแนน) ระดับผู้เสพ (4-26 คะแนน) ระดับผู้ติด (มากกว่า 27 คะแนน) และประเมิน insight แรงจูงใจในการรักษา ตัวกระตุ้นให้เกิดความอยากสารระหว่างนอนรักษาหรือก่อนจำหน่าย

#### การรักษาแบบประคับประคองและรักษาตามอาการและยาเสริมอื่นๆ<sup>(7,8)</sup>

Supportive treatment เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น อาจมีการใช้ยาเพื่อจัดการกับอาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในช่วงแรก เช่น อาการกระสับกระส่าย วิดกกังวล หรือนอนไม่หลับ เช่น ให้นยานอนหลับหรือยาที่มีฤทธิ์ง่วง (sedative) เพื่อพักผ่อนได้และสงบอาการ ยาลดอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็วแรง หรือยาลดความดันโลหิตชั่วคราวในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงมาก ยาบรรเทาอาการปวดศีรษะ ตลอดจนการให้สารน้ำและเกลือแร่เพียงพอโดยเฉพาะกรณีรับประทานได้น้อยหรือมีภาวะขาดน้ำ (dehydration) อาจให้ Multivitamin รับประทานวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 เม็ด เสริมตามสมควร ตรวจวัดระดับ Electrolyte แก๊สและ monitor เป็นระยะ ตามความเหมาะสม

#### ยาลดอาการอยากเสพยา (anticraving)

ปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานความอยากที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (FDA) เพื่อรักษาโรคจากการใช้สารกระตุ้น (Stimulant Use Disorder) โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาและนำยาบางชนิดมาใช้เพื่อลดความอยากยาในผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบโดปามีนและระบบประสาทอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ reward pathway ในสมอง ซึ่งเป็นกลไกหลักที่ทำให้เกิดความอยากยา<sup>(17)</sup> ยาที่ใช้ในทางปฏิบัติและมีหลักฐานสนับสนุน ได้แก่ Bupropion ซึ่งช่วยลดความอยากและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปเริ่มต้นที่ 150 มิลลิกรัม/วัน และสามารถเพิ่มเป็น 300 มิลลิกรัม/วัน ในผู้ป่วยบางราย<sup>(18)</sup> ยาอื่นๆ ที่กำลังศึกษา เช่น Topiramate เป็นยากันชักที่พบว่า

ประสิทธิภาพในการลดความอยากโคเคนและแอมเฟตามีน<sup>(19)</sup> สามารถพิจารณาให้ Topiramate เริ่มต้น 25 mg แล้วปรับระดับขึ้นสัปดาห์ละ 25-50 mg แล้วแต่การทนผลข้างเคียงของผู้ป่วย โดยขนาดขั้นต่ำที่ควรจะได้คือ 100-200 mg

การใช้ยาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการรักษาเท่านั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการรักษาแบบองค์รวมที่เรียกว่า การบำบัดทางจิตสังคม (psychosocial interventions) เช่น Contingency Management (CM) และ Cognitive Behavioral Therapy (CBT) ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการลดการใช้สารเสพติดและป้องกันการกลับไปใช้ซ้ำ<sup>(7-8,20)</sup>

#### การจัดการภาวะก้าวร้าวและจำกัดผู้ป่วย

การจัดการภาวะตึงเครียดและก้าวร้าวในผู้ป่วยที่ใช้สาร ควรใช้มาตรการที่เน้นการป้องกันความรุนแรงควบคู่ไปกับการรักษาอาการทางจิตเวช โดยเรียงลำดับจากมาตรการที่รุกรานน้อยที่สุด (Least Restrictive Measure) ไปหามากที่สุด<sup>(21)</sup>

##### 1. การลดความตึงเครียด (De-escalation)<sup>(22,24)</sup>

มาตรการเบื้องต้นที่มุ่งลดความรุนแรงและสร้างความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากร ประกอบด้วย:

- การสื่อสารอย่างสงบ (Verbal de-escalation): ใช้เสียงที่มั่นคง แต่สงบ และไม่คุกคาม

- การลดสิ่งกระตุ้น (Environmental de-escalation): ลดเสียง แสง และจำนวนคนในพื้นที่

- การจัดพื้นที่ปลอดภัย: รักษาระยะห่างจากผู้ป่วยประมาณสองช่วงแขน และให้มีผู้นำการสื่อสารเพียงคนเดียว

- ความพร้อมของทีม (Team ready): บุคลากรทางแพทย์ต้องพร้อมเข้าช่วยเหลือเพื่อความปลอดภัย

##### 2. การใช้ยาเพื่อจำกัดพฤติกรรม (Chemical Restraint)<sup>(7-8,23-24)</sup>

ให้ Haloperidol ได้ในผู้ป่วยมีอาการทางจิตหรือมีภาวะก้าวร้าว กระวนกระวาย ในกรณีที่มีอาการ Hallucination หรือ Delusion หรือมี uncontrolled behavior ขนาดที่ให้ 2.5-5 mg IM ให้ได้ทุก 30 นาที (อาจสามารถให้ซ้ำได้ 3 ครั้ง) โดยประเมินและเฝ้าระวัง

ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและประสาท เช่น QTc Prolongation, Extrapyramidal Symptoms (อาการเกร็ง/กล้ามเนื้อกระตุก) และ Neuroleptic Malignant Syndrome (ไข้สูง-กล้ามเนื้อแข็ง) หลังจากนั้นอาจพิจารณาเว้นระยะไป 6-8 ชั่วโมง ระหว่างนั้นหากอาการยังไม่สงบอาจพิจารณาให้ Diazepam 10 mg IV คั่นเป็นระยะแทน (อาจทุก 10-15 นาที) โดยประเมินและเฝ้าระวังภาวะกดการหายใจ (Respiratory Depression) โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับแอลกอฮอล์หรือสารกดประสาทอื่น<sup>(23)</sup> ต้องติดตามสัญญาณชีพ (ชีพจร ความดันโลหิต การหายใจ) อย่างใกล้ชิด

### 3. การจำกัดทางกาย/การผูกมัด (Physical Restraint /Seclusion)

เป็นการใช้มาตรการจำกัดการเคลื่อนไหวของร่างกาย เมื่อมาตรการลดความตึงเครียดและการใช้ยาไม่ได้ผลมากพอ<sup>(21-22, 24)</sup> วิธีการผูกมัด มีดังนี้ อุปกรณ์: ใช้ผ้าสายรัด หรือวัสดุที่แข็งแรงและปลอดภัยเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ

- **ท่าทาง:** ต้องจัดให้อยู่ในท่า นอนหงาย (Supine) และ หลีกเลี่ยงการจัดท่านอนคว่ำ (Prone) อย่างเด็ดขาด เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการหายใจลำบากและภาวะขาดออกซิเจน

- **เทคนิค:** ใช้เทคนิค 5-point restraint (ผูกแขน 2 ข้าง ขา 2 ข้าง และลำตัว/หน้าอก) เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

การเฝ้าระวัง: เฝ้าระวังการหายใจ การกดทับหน้าอก และภาวะขาดออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง ตรวจผิวหนังและการไหลเวียนโลหิต (circulation) ทุก 15-60 นาที (ตามความเหมาะสม) ประเมินยัติ restraint เมื่ออาการก้าวร้าวลดลงหรือควบคุมได้แล้ว<sup>(21-22)</sup>

### การบังคับรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551<sup>(24)</sup>

วัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และคุ้มครองสังคมจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมุ่งเน้นการปกป้องสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการบำบัดรักษา และการคุ้มครองโดยมีกระบวนการบำบัดรักษาให้เป็นแนวทางเดียวกันและผู้ปฏิบัติงานที่ดูแลรักษาผู้ป่วยก็ได้รับ

การคุ้มครองด้วย บุคคลที่มีความผิดปกติตาม พ.ร.บ. ดังกล่าว ได้แก่

1. ผู้ที่มีภาวะอันตราย หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกมาเนื่องจากความผิดปกติทางจิตที่นำก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงที่ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และต่อทรัพย์สิน

2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา คือ ผู้ที่มีความผิดปกติที่มีภาวะอันตรายที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา

หากพบว่ามีอาการทางจิตที่รุนแรงและมีภาวะอันตรายให้แจ้งกับพนักงานเจ้าหน้าที่ ได้แก่

- บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่

ตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551

- บุคลากรทางการแพทย์ใน รพ.สต./สอ./รพช.

- กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต.

- พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจ (191)

- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) 1669/ มูลนิธิฯ เพื่อนำส่งตัวเข้าสู่การบำบัดรักษาในสถานพยาบาล

ของรัฐ และจะมีการดำเนินการ ดังนี้

1. แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นว่ามีภาวะอันตรายหรือไม่

2. บันทึกข้อมูลลงในแบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น (แบบ ตจ.1 กรณีไม่มีผู้แทนโดยชอบธรรมเช่นยินยอม) ไม่เกิน 48 ชั่วโมง นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ และบันทึกรายละเอียดประกอบในเวชระเบียนให้ชัดเจน สามารถแบ่งผลการวินิจฉัยอาการของผู้ป่วยได้ 2 กรณี ดังนี้

กรณีที่ 1 ผลการวินิจฉัยผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นหลังจากรักษาเบื้องต้น ไม่ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา ให้นำตัว/ส่งตัวผู้ป่วยกลับโดยแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่หรือญาติ

กรณีที่ 2 ผลการวินิจฉัยให้ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาให้ดำเนินการบำบัดรักษาโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียด พร้อมพิจารณาวิธีการบำบัดรักษาหรือส่งต่อไปยังสถานบำบัดรักษาอื่นต่อไป

## 2. Rehabilitation Phase (การเตรียมความพร้อมและการรักษาในระยะฟื้นฟู)

เมื่ออาการทางจิตเวชเริ่มคงที่และผู้ป่วยสามารถให้ความร่วมมือได้ดีขึ้น เริ่มขั้นตอนการประเมินความพร้อมในการเลิกสารเสพติด (Readiness to Change Assessment) <sup>(26-27)</sup> ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในกระบวนการบำบัด ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจสูงมักจะมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี เป็นการวัดความต้องการรวมถึงการตระหนักถึงปัญหาและความเชื่อมั่นในตนเอง

- องค์ประกอบหลักในการประเมิน (Core Components)

การประเมินความพร้อมจะพิจารณาจาก ประกอบหลักตาม Self-Motivational Statement (SMS) ซึ่งใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) อ้างอิงตาม Miller & Rollnick (1991) ได้แก่ การตระหนักถึงปัญหา (Problem Recognition) ความกังวล (Concern) ความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง (Intention to Change) ทศนคติที่ดีต่อการเลิก/ความเชื่อมั่น (Optimism/Self-Efficacy)

- เครื่องมือประเมินตามระยะ Stages of Change Model (Prochaska & DiClemente, 1982) ได้แก่ 1. ขั้นไม่ตระหนัก (Precontemplation) เน้นให้ข้อมูล สร้างความตระหนัก ไม่เผชิญหน้า 2. ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เน้นเสริมสร้างแรงจูงใจ ช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นข้อเสียของการใช้และข้อดีของการเลิก 3. ช่วยวางแผนการเลิกอย่างเป็นรูปธรรม กำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน 4. ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) เน้นสนับสนุนให้กำลังใจ และสอนทักษะการรับมือกับสถานการณ์เสี่ยง (Coping Skills) 5. ขั้นคงไว้ (Maintenance) เน้นทบทวนแผนป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) และ (Maintenance) เน้นทบทวนแผนป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse Prevention) และเสริมสร้างทักษะชีวิต 6. ขั้นกลับไปเสพซ้ำ/ย้อนกลับ (Relapse) ประเมินสถานการณ์และเริ่มกระบวนการเปลี่ยนแปลงใหม่ตั้งแต่ขั้น Contemplation/Preparation

การรักษาในระยะนี้จะมุ่งเน้นไปที่การบำบัดทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) <sup>(7-8, 28-29)</sup> เพื่อป้องกัน

การกลับไปใช้ซ้ำ และฟื้นฟูชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว เป้าหมายเพื่อการดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุขโดยปราศจากวงจรของสารเสพติด ตัวอย่างการบำบัดที่ได้รับ ความนิยมและสถานพยาบาลระดับชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบท ได้แก่

- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-Behavioral Therapy - CBT): เป็นการบำบัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะเข้าใจและจัดการกับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดและการทางจิต

- กลุ่มบำบัด (Group Therapy): การเข้ากลุ่มบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยได้แบ่งปันประสบการณ์ รับฟังเรื่องราวจากผู้อื่น และเรียนรู้กลยุทธ์การรับมือจากสมาชิกในกลุ่ม ทำให้รู้สึกว่ามีคนเข้าใจปัญหาเพียงลำพัง

- การบำบัดในครอบครัว (Family Therapy): การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะครอบครัวมีบทบาทในการดูแลและเป็นกำลังใจ ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้เรียนรู้ที่จะสื่อสารกันอย่างมีประสิทธิภาพ และแก้ไขปัญหาต่างๆ ร่วมกัน

- การฝึกทักษะการใช้ชีวิต (Life Skills Training): การฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นต่อการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติ เช่น การจัดการกับความเครียด การปฏิเสธยาเสพติด การวางแผนชีวิต และการสร้างสัมพันธ์ภาพ

- อื่นๆ เช่น Matrix program, Motivational enhancement therapy, Motivational interviewing (MI), Brief intervention, Family psychoeducation วางแผนให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมเพื่อให้สามารถลด-ละ-เลิกสารเสพติดให้นานที่สุดเท่าที่ทำได้ หรือสามารถควบคุมการเสพให้น้อยลง

## 5. สรุป

แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้เสพเมทแอมเฟตามีน/แอมเฟตามีนเบื้องต้นสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ เป้าหมายเพื่อเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน สามารถทำความเข้าใจได้ง่ายในระยะเวลาจำกัดแม้ในในสภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบให้การรักษารวดด่วน ให้มีความสำคัญกับการรักษาแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาซึ่งสะดวก

ในการประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติทั่วไป เหมาะสมกับสถานพยาบาลระดับชุมชนที่อาจไม่มีจิตแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทาง มีการแบ่งกลุ่มตามระดับการเสพติดและลักษณะอาการทางจิตเวชที่พบได้บ่อย โดยคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยภายใต้บริบทสถานพยาบาลชุมชนในเขตต่างจังหวัด ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล สถานที่และอุปกรณ์ เน้นเป้าหมายให้แพทย์ใช้ทุน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และสหวิชาชีพสามารถนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้ได้ง่ายตามบริบทในพื้นที่บริการ

## 6. เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime, Regional Office for Southeast Asia and the Pacific. Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence in Southeast Asia. Bangkok: UNODC; 2014.
2. World Health Organization. Health topics/Drugs (psychoactive): Impact [Internet]. [cited 2025 Aug 5]. Available from: [https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2).
3. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยการป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร: บีทีเอสเพรส; 2567.
4. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดทั้งหมดของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีจำแนกตามปีงบประมาณ 2564-2568 ( มีหน่วยเป็นราย ) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2568]. แหล่งข้อมูล : [https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5907&Itemid=51](https://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=5907&Itemid=51)
5. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2020. Vienna: UNODC; 2020. p. 45-6.
6. กรมสุขภาพจิต. แอมเฟตามีน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 25 สิงหาคม 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=1214>
7. Boland R, Verduin ML, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
8. Saunders JB, Conigrave KM, Latt NC, Nutt DJ, Marshall EJ, Ling W, et al. Addiction medicine. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2016.
9. Kampman KM. The treatment of stimulant use disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2019 Jun;21(2):167-75.
10. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry. 2013 Aug;170(8):834-51.
11. Wodarz N, Krampe-Scheidler A. Evidence-Based Guidelines for the Pharmacological Management of Acute Methamphetamine-Related Disorders and Toxicity. Pharmacopsychiatry. 2017;50(3):116-122.
12. Mok G, Korman N, Chen G. Antipsychotics for Amphetamine Psychosis. A Systematic Review. Front. Psychiatry. 2019;10:740.
13. Drug and Alcohol Services South Australia. Management of Patients Presenting with Acute Methamphetamine-related problems: Evidence Summary [Internet]. South Australia Health; 2017 [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/management+of+patients+presenting+w>

- ith+acute+methamphetamine-related+problems+evidence+summary
14. Glasner-Edwards S, Mooney LJ. Methamphetamine Psychosis: Epidemiology and Management. Clin. Neuropharmacol. 2016;39(4):183-189.
  15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed., text rev. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
  16. สุรินทร์พร ลิขิตเสถียร, มานิต ศรีสุรภานนท์. การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการใช้ใน การบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง; 2556.
  17. Lassi DLS, Malbergier A, Negrão AB, Florio L, De Aquino JP, Castaldelli-Maia JM. Pharmacological Treatments for Cocaine Craving: What Is the Way Forward? A Systematic Review. Brain Sci. 2022 Nov 14;12(11):1546.
  18. Bakouni H, Sharafi H, Bahremand A, Drouin S, Ziegler D, Bach P, et al. Bupropion for treatment of amphetamine-type stimulant use disorder: A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled randomized clinical trials. Drug Alcohol Depend. 2023;253: 111018.
  19. Johnson BA, Ait-Daoud N, Wang X, Penberthy JK, Javors MA, Seneviratne C, et al. Topiramate for the treatment of cocaine addiction: a randomized controlled trial. JAMA Psychiatry. 2013;70(12):1338–47.
  20. UNODC. Treatment of Stimulant Use Disorders: Current Practices and Promising Perspectives. UNODC. 2019.
  21. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2021.
  22. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 2012;13(1):17-25.
  23. Kahan M, Srivastava A, Wilson M, Abie K, Bright D. Management of Agitation and Aggression in People with Methamphetamine-related Psychosis. CMAJ. 2019;191(49):E1369-75.
  24. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข (ระดับ A, S, M1 และ M2) ฉบับทดลองใช้. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
  25. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.
  26. Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a Questionnaire for Assessing Motivational Readiness for Change in Problem Drinkers. Br J Addict. 1992;87(5):743–53.
  27. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM. Motivation for Change and the Stages of Change in Adolescent Substance Abuse. Adolesc Med State Art Rev. 1999;10(2):332-9.
  28. รัชมน กัลยาศิริ, อริยพร รุ่งนรินทร์. คำแนะนำการดูแลรักษาปัญหาจากการใช้สารเสพติด. กรุงเทพมหานคร: แผนงานพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.); 2558
  29. กานต์ จำรูญโรจน์, ชะลอวัฒน์ อินปา, ฐิติพร ศุภสิทธิ์ อ่าง, ณัฐพล โชคไมตรี, อริยพร รุ่งนรินทร์, นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล, และคณะ. คู่มือจิตเวชศาสตร์การเสพติด.

กรุงเทพมหานคร: ชมรมจิตเวชศาสตร์การเสพติดแห่ง  
ประเทศไทย; 2565.

