



คู่มือ

การให้การบำบัด
ผู้มีปัญหาเสพติด
กลุ่มฝิ่น/เฮโรอีน
ด้วยยา 'อมใต้ลิ้น Buprenorphine/naloxone

โดยการสนับสนุนของ กองทุนโลก กรมควบคุมโรค และ
กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Version 1.0 / 31 มกราคม 2565

รายนามคณะผู้จัดทำ

ผศ.ดร.นพ.อภินันท์ อร่ามรัตน์

นักวิจัยอาวุโส สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นพ.สุทธิพันธ์ ธรรมไพจิตร

จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม

พญ.นันทิสรา ไชตริสนิรมิต

ศูนย์วิจัยโรคติดต่อและสารเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นพ.ปิยชนน์ อร่ามรัตน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นางสาววรรตติกา ธรรมลังกา

ศูนย์วิจัยโรคติดต่อและสารเสพติด สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นางสาวอัมพวา ทิมแป้น

หน่วยจัดการคุณภาพงานวิจัย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อมไต้ลัน
Buprenorphine/
naloxone



คำนำ

คู่มือฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการการใช้ Buprenorphine/Naloxone ในการบำบัดผู้ที่มีปัญหาเสพติดฝิ่น/เฮโรอีนในคลินิกเมทาโดนนำร่องในประเทศไทย ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลก โดยนำประสบการณ์จากงานวิจัยในคนไข้กลุ่มนี้ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ดำเนินการร่วมกับมหาวิทยาลัยจอนส์ฮอปกินส์ มหาวิทยาลัยฟิลาเดลเฟียและเครือข่ายวิจัยเพื่อการป้องกันเอชไอวี (HIV Prevention Trial Network เลขที่โครงการ HPTN058; URL: <https://www.hptn.org/research/studies/45>) ภายใต้การสนับสนุนของ National Institute of Health ประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับแนวปฏิบัติจากประเทศสหรัฐอเมริกา (Substance Abuse and Mental Health Service Administration: Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 40, 2004) และประเทศออสเตรเลีย (National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence, 2014) พัฒนาค่อยๆเพิ่มเติมจากมาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ที่ใช้อยู่ในคลินิกเมทาโดนทั่วประเทศในปัจจุบัน

ในระหว่างการพัฒนากระบวนการนำร่องนี้ จะมีการปรับปรุงรายละเอียดในคู่มือฉบับนี้ ให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหากผู้อ่านพบว่ามียรายละเอียดใด ๆ ในคู่มือฉบับนี้ที่ควรปรับปรุงให้เหมาะสม คณะผู้จัดทำยินดีอ้อมรับไว้พิจารณาพร้อมกับเครือข่ายคลินิกเมทาโดนนำร่องเพื่อจัดทำคู่มือฉบับปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สารบัญ

8

ความเป็นมา

18

ขั้นตอนการบำบัดระยะยาว

- การยืนยันความเหมาะสมตามเกณฑ์ 18
- การยืนยันตัวตนผู้ได้รับการบำบัด 18
- การประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐาน 18
- การให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าบำบัดเกี่ยวกับ
การบำบัดระยะยาว 21

23

การบำบัดระยะยาวด้วยยา Buprenorphine

- การเริ่มต้นการบำบัด 23
- การปรับระดับยาให้พอดีคงที่ 32
- การบำบัดอย่างต่อเนื่อง 34
- การให้ยาที่บ้าน 34
- การส่งต่อและเชื่อมโยงกับบริการอื่นๆ 37

38

การกำหนดขนาดยา

- ขั้นตอนการจ่ายยา 38
- ภาวะเมายา 38
- การขาดยา 39
- การให้ยาในหญิงตั้งครรภ์ และหญิงที่ให้นมบุตร 41

43

การได้ยาเกินขนาด

45

การจัดการผลข้างเคียง

47

การหยุดการบำบัด

- การหยุดรับยาโดยสมัครใจ และไม่สมัครใจ 47
- การช่วยเหลือด้านจิตสังคม 49
- โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อน 49

50

บรรณานุกรม

51

ภาคผนวก

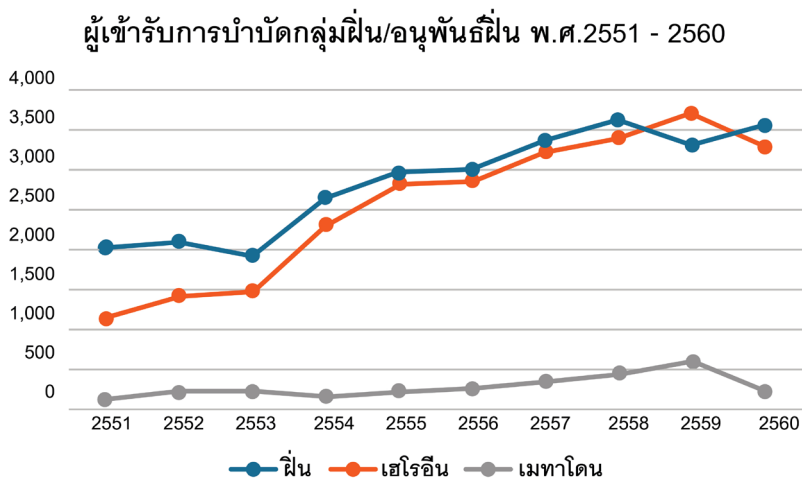
- ภาคผนวก 1 52
แบบประเมินโดยแพทย์
- ภาคผนวก 2 54
การประเมินแบบองค์รวม
- ภาคผนวก 3 56
การทบทวนทางคลินิก
- ภาคผนวก 4 57
หลักเกณฑ์ตาม DSM V
สำหรับภาวะเมายาและขาดยา
- ภาคผนวก 5 58
ระดับอาการขาดอนุพันธ์ฝิ่น
(Clinical Opiate Withdrawal Scale, COWS)
- ภาคผนวก 6 60
บทบาทและความรับผิดชอบ
ของทีมผู้ให้การบำบัด
- ภาคผนวก 7 66
ตัวอย่างบัตรประจำตัวผู้เข้าบำบัด
- ภาคผนวก 8 68
แบบฟอร์มยินยอมให้ทำการบำบัด
- ภาคผนวก 9 69
ตัวอย่างการลงทะเบียนผู้ป่วย
- ภาคผนวก 10 70
แบบบันทึกข้อมูลการบำบัดดูแล
ผู้ป่วย (บสต.)

ความเป็นมา

ปัญหายาเสพติดกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น (Opioids)

ไม่เคยหมดจากประเทศไทย

จากรายงานสถิติของสำนักงาน ปปส. ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการเข้ารับการบำบัดฝิ่น/เฮโรอีนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (รูปที่ 1)



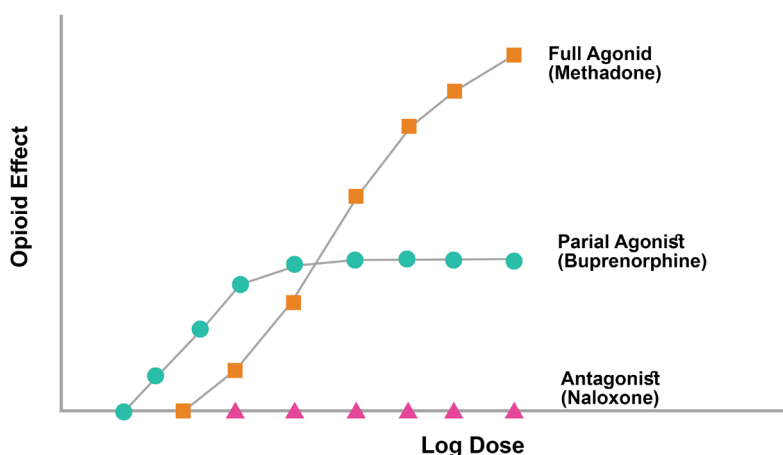
รูปที่ 1: แนวโน้มการเข้าบำบัดฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่นในประเทศไทย (ข้อมูลจากสำนักงาน ปปส.¹)

ประเทศไทยใช้ยาเมทาโดนมานานกว่า 20 ปี

ในการบำบัดแบบทดแทนในกลุ่มผู้เสพติดยาเสพติด กลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น (Opioids) การบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาเสพติดกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น (Opioids) ด้วยการให้เมทาโดนระยะยาวเป็นรูปแบบการบำบัดที่เป็นสากลมีประสิทธิภาพปลอดภัย และคุ้มค่าทั้งผู้ให้และรับบริการสามารถลดจำนวนผู้ที่เปี่ยงเบนไปใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ซึ่งเป็นการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงในชีวิตไม่ต้องหลบซ่อนผู้รักษากฎหมายและผู้ครอบครองลดอัตราการเสียชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อ การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่ออื่น อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีดยาร่วมกัน การบริการเมทาโดนที่มีประสิทธิภาพสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตความเป็นอยู่และทำหน้าที่ได้ตามปกติสุข²

ในระดับสากลได้มีการพัฒนายาตัวใหม่ คือ buprenorphine

ยาตัวนี้ใช้อมใต้ลิ้นใช้เป็นทางเลือกในการบำบัดผู้เสพติด โดยได้รับการรับรองจาก US FDA ตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 และองค์การอนามัยโลกได้ให้การรับรองไว้ใน WHO Model List of Essential Medicine ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005³ buprenorphine ได้รับการพัฒนาเป็นยาเม็ดใช้อมใต้ลิ้น จัดเป็น partial opioid agonist ซึ่งทำให้มีความปลอดภัยกว่า methadone ที่เป็น full agonist (ดังการเปรียบเทียบ opioid effect ระหว่าง full agonist, partial agonist และ antagonist ในรูปที่ 2) buprenorphine ออกฤทธิ์ได้นานกว่า methadone แต่ให้ผลการบำบัดได้ดีพอ ๆ กับ methadone สามารถใช้อมใต้ลิ้นสัปดาห์ละ 3 ครั้ง มีความสะดวกในการจัดบริการแก่ผู้ป่วย และป้องกันการใช้ full agonist ในระหว่างการรักษาได้ดี⁴ ต่อมาได้มีการผลิต buprenorphine / naloxone 4:1 combination ในชื่อการค้า Suboxone® ขึ้นเพื่อลดปัญหาการนำยาไปบดละลายน้ำฉีด (ซึ่งในกรณีเช่นนี้ naloxone จะทำให้เกิด precipitate withdrawal symptoms ขึ้นในผู้เสพ full opioid agonist เช่น เฮโรอีน หรือ methadone)



รูปที่ 2: กราฟอย่างง่ายเปรียบเทียบฤทธิ์ยา (opioid effect) ระหว่าง full, partial agonist และ antagonist⁴

การริเริ่มใช้ในประเทศไทย

มีการใช้ buprenorphine 0.2 mg. เป็นยาแก้ปวดมากกว่า 20 ปี โดยจัดเป็นวัตถุออกฤทธิ์ประเภทที่ 3 ได้มีการจำหน่ายในประเทศไทย โดยชื่อการค้ามากกว่า 1 บริษัทเช่น Temgesic® หรือ Buprine® 5 ได้เริ่มมีการนำ Suboxone® มาใช้บำบัดผู้เสพติดกลุ่มฝิ่นและอนุพันธ์ฝิ่น (Opioids) โดย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับอนุมัติจากสำนักงานอาหารและยา (อย.) ให้นำยา Suboxone® เข้ามาวิจัยในกลุ่มนี้ จำนวน 202 คนในระหว่างปี พ.ศ.2550 - 2555 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดลำปาง และจังหวัดเชียงราย โดยเป็นการวิจัยร่วมกับสถาบันวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกาและจีน^{6,7} ผลการวิจัยแสดงว่า ยาตัวนี้สามารถใช้บำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งในประเทศไทยและจีนได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิผลในการลดการเสพเฮโรइनซ้ำได้มากถึง 78% เมื่อใช้ต่อเนื่องถึงครึ่งปี ในปี พ.ศ. 2556 Psychotropics & Narcotics Index กำหนดโดยกองควบคุมวัตถุเสพติด องค์การอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข⁵ ได้จัดกลุ่มยา buprenorphine เป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2 (Psychotropic substance Schedule 2, P2) โดยมีรายละเอียดดังนี้

Indication: As a perioperative analgesic supplement. Moderate to severe pain.

Premedication before anaesthesia. Management of opiate dependence.

Reversal of fentanyl-induced anaesthesia.

Contra-indication: Acute alcoholism; convulsive disorders; head injuries; increased intracranial pressure; comatose patients; respiratory depression & obstructive airway disease; patients on established opioid agonists.

Special Precaution: Hepatic or renal disease; pregnancy, lactation; hypothyroidism; adrenocortical insufficiency; asthma; prostatic hyperplasia; shock; hypotension; inflammatory or obstructive bowel disorders; myasthenia gravis; infants/neonates. Reduce dose in elderly & debilitated patients. May precipitate withdrawal symptoms in narcotic addicts. Pulmonary impairment. Patients w/ delirium tremens, toxic psychoses, kyphoscoliosis, prostatic hypertrophy, urethral stricture, increased intracranial pressure, seizure disorder, dysfunction of biliary tract, hypokalemia. May impair ability to perform hazardous activities w/c requires mental alertness or physical coordination.

Adverse Reaction: Sedation, nausea, dizziness, vertigo, hypotension, miosis, headache, hypoventilation, resp or CNS depression; tachycardia, bradycardia, urinary retention, coma, vomiting, drowsiness, sweating, confusion, dry mouth, diaphoresis, withdrawal syndrome.

Drug Interaction: Plasma-buprenorphine concentrations may be affected when co-administered w/ drugs that induce or inhibit cytochrome P450 isoenzyme CYP3A4. Enhanced depressant effects w/ other CNS depressants e.g. alcohol, anaesthetics, anxiolytics, hypnotics, opiate agonists, TCAs & antipsychotics. Diazepam may produce resp & cardiac collapse. Increased risk of QT interval prolongation w/ anti-arrhythmic agents.



Buprenorphine เป็นยาที่ได้รับความนิยมในระดับสากล

มีการใช้ยาดังนี้ใน 36 ประเทศ (INCB 2018)⁸ การศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้ยา methadone และ buprenorphine จากแหล่งวิชาการต่าง ๆ ^{9,10,11,12} พอสรุปได้โดยสังเขปใน (ตารางที่ 1)

ปัจจุบัน ในทวีปอเมริกาเหนือและยุโรป แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว สามารถให้การบำบัดด้วยยา buprenorphine ได้ผลดีและมีความปลอดภัย ^{13,14,15} ทั้งยังใช้เป็นแนวทางการลดปัญหา opioid overdose ได้ด้วย¹⁶

ตารางที่ 1: เปรียบเทียบรายละเอียดทางคลินิกของการบำบัด ระหว่าง ยา methadone และ buprenorphine^{9,10,11,12}

	Methadone	Buprenorphine
ฤทธิ์ในการกระตุ้น Mu (μ) receptor	Full Mu (μ) agonist	Partial μ agonist
Half-life ของยา	24-36 ชั่วโมง	36 – 48 ชั่วโมง
การกินยา	ทุกวัน	ทุก 2 วัน หรือสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
ความเสี่ยงต่อการใช้ยา full agonist ร่วมด้วย ในระหว่างการรักษา	มีมาก	มีน้อย เพราะมี high affinity ต่อ opioid receptor มากกว่า full agonist
ความเสี่ยงต่อการตาย จากยาเกินขนาด	มากกว่า	น้อยกว่ามาก
ความเหมาะสมในการใช้บำบัด	กลุ่มติดรุนแรง	กลุ่มติดน้อย ถึง ปานกลาง
Withdrawal symptoms เมื่อขาดยา	ปานกลาง ถึงรุนแรง	น้อย
เมื่อใช้ร่วมกับยาต้านไวรัส HIV	เกิด opioid withdrawal ได้	ไม่เกิด opioid withdrawal
การแอบนำไปฉีด	มีได้	มีน้อยสำหรับยาที่ผสม naloxone
ราคา	ถูก	แพงกว่า
Cost-effectiveness	แพงกว่า	ถูกกว่า เมื่อพิจารณาจากการศึกษาหลังจากพ้นช่วงลิขสิทธิ์

ข้อเสนอสำหรับการใช้ buprenorphine/naloxone ในประเทศไทย

1. พิจารณานำให้แพทย์เลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นเยาวชน อยู่ในที่ห่างไกลเดินทางยากลำบาก การเสพยาเสพติดมีความรุนแรงน้อยถึงปานกลาง และในกลุ่มที่มีการติดเชื้อ HIV
2. สามารถใช้การฝึกอบรมมาตรฐาน 8-10 ชั่วโมงตามเกณฑ์ของ American Academy of Addiction Psychiatry และ American Society of Addiction Medicine¹⁷ แก่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระดับบริการปฐมภูมิในพื้นที่ที่มีปัญหาการใช้ยาเสพติดกลุ่มนี้ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างปลอดภัย
3. ควรจะต้องได้รับการพิจารณาให้จัดอยู่ในรายการสิทธิประโยชน์ของผู้ทำประกันตนของทั้งสามระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐบาล

เอกสารอ้างอิง:

1. ส่วนระบบข้อมูล สำนักยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กรกฎาคม 2561.
2. กรมการแพทย์ มาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2556.
3. WHO. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
http://www.who.int/substance_abuse/activities/treatment_opioid_dependence/en/
4. Center for Substance Abuse Treatment. TIP 40: Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 40. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2004

5. กองควบคุมวัตถุเสพติด 2556. รูปแบบเภสัชภัณฑ์วัตถุออกฤทธิ์และยาเสพติดให้โทษประเทศไทย. สำนักงานอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
6. Metzger, D.S., Donnell, D., Celentano, D.D., Jackson, J.B., Shao, Y., Aramrattana, A., Wei, L., Fu, L., Ma, J., Lucas, G.M., Chawarski, M., Ruan, Y., Richardson, P., Shin, K., Chen, R.Y., Sugarman, J., Dye, B.J., Rose, S.M., Beauchamp, G., Burns, D.N. Expanding substance use treatment options for HIV prevention with buprenorphine-naloxone: HIV prevention trials network 058 (2015) *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68 (5), pp. 554-561.
7. Lucas, G.M., Young, A., Donnell, D., Richardson, P., Aramrattana, A., Shao, Y., Ruan, Y., Liu, W., Fu, L., Ma, J., Celentano, D.D., Metzger, D., Jackson, J.B., Burns, D. Hepatotoxicity in a 52-week randomized trial of short-term versus long-term treatment with buprenorphine/naloxone in HIV-negative injection opioid users in China and Thailand (2014) *Drug and Alcohol Dependence*, 142, pp. 139-145.
8. International Narcotic Control Board (INCB) 2018. Buprenorphine: reporting consumption as a first step towards availability. INCB Secretariat, E/INCB/2018/Alert.3; https://www.incb.org/documents/News/Alerts/Alert_on_Control_of_Psychotropic_Substances_Feb_2018.pdf
9. Whelan PJ, Remski K. Buprenorphine vs methadone treatment: A review of evidence in both developed and developing worlds. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2012;3(1):45-50. doi:10.4103/0976-3147.91934.
10. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Buprenorphine/Naloxone Versus Methadone for the Treatment of Opioid Dependence: A Review of Comparative Clinical Effectiveness, Cost Effectiveness and Guidelines. Rapid Response Report: Peer-reviewed Summary with Critical Appraisal, 02 September 2016. https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/sep-2016/RD0032_Suboxone_Final.pdf
11. Sordo L, Barrio G, Bravo MJ, Indave BI, Degenhardt L, Wiessing L, Ferri M, Pastor-Barriuso R. Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ*. 2017 Apr 26;357:j1550. doi: 10.1136/bmj.j1550.
12. McCance-Katz EF, Sullivan L, Nallani S. Drug Interactions of Clinical Importance among the Opioids, Methadone and Buprenorphine, and other Frequently Prescribed Medications: A Review. *The American Journal on Addictions*. 2010;19(1):4-16. doi:10.1111/j.1521-0391.2009.00005.x.
13. Meldon Kahan, Anita Srivastava, Alice Ordean and Sharon Cirone. Buprenorphine: New treatment of opioid addiction in primary care. *Canadian Family Physician* March 2011, 57 (3) 281-289.
14. Paul A. Donaher and Christopher Welsh. Managing Opioid Addiction with Buprenorphine. *Am Fam Physician*. 2006 May 1;73(9):1573-1578.
15. Thirion X., Lapiere V., Micallef J., Ronfl   E., Masutb A., Pradel V., Coudert C., Mabriez J.C., Sanmarco J.L. Buprenorphine prescription by general practitioners in a French region. *Drug and Alcohol Dependence* Volume 65, Issue 2, 1 January 2002, Pages 197-204.
16. Sarah E. Wakeman, Michael L. Barnett. Primary Care and the Opioid-Overdose Crisis — Buprenorphine Myths and Realities. *New England Journal of Medicine*, 2018; 379 (1): 1 DOI: 10.1056/NEJMp1802741
17. SAMHSA. Buprenorphine Training for Physicians. <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/training-resources/buprenorphine-physician-training>





การเสกติดสารกลุ่มโอปิออยด์เป็นสภาวะเรื้อรัง
ทางด้านร่างกายและจิตใจ

ทำให้ร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมอง

เมื่อเสกนานขึ้นจะทำให้เกิดภาวะทนยา

(Physiological tolerance)

ร่างกายต้องการสารกลุ่มโอปิออยด์ในปริมาณที่มากขึ้น

"เพื่อให้คงสภาวะสมดุลใหม่"

ขั้นตอน การบำบัดระยะยาว

- **การยืนยันความเหมาะสมตามเกณฑ์**

ความเหมาะสมสำหรับการให้ยาบำบัดทดแทนระยะยาวต้องมีเกณฑ์ทุกข้อ
ดังนี้

- มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์การวินิจฉัยการเสพติดสาร
กลุ่มโอปิออยด์ (ICD 10/11 หรือ DSM IV/V)
- การประเมินทางคลินิกโดยแพทย์
- ผู้ป่วยสมัครใจ และเห็นชอบยินยอม ในกรณีที่อายุต่ำกว่า 18 ปี
ควรได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง
- มีการยืนยันตัวตนบุคคล

- **การยืนยันตัวตนผู้เข้ารับการบำบัด**

- บัตรประจำตัวประชาชน หรือใบขับขี่
- บัตรประจำตัวอื่น ๆ ซึ่งมีรูปถ่ายยืนยัน



กรณีไม่มีบัตรประจำตัวหรือเอกสารซึ่งมีรูปถ่ายยืนยัน
อาจจัดทำบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่มีรูปถ่ายยืนยัน
เพื่อใช้ในโปรแกรมการรักษาด้วยยาบำบัดทดแทนระยะยาว
เพื่อแสดงต่อเจ้าพนักงานผู้บังคับใช้กฎหมายว่าเป็นผู้ป่วย
ที่กำลังรับการบำบัดรักษา (ในกรณีที่จำเป็น)
(ภาคผนวก 7)

- **การประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐาน**

ใช้แนวทางการประเมินแบบเดียวกันกับการเริ่มยาเมทาโดนแบบทดแทน
รายละเอียดใน (ภาคผนวก 1)

การยืนยันการติดสารกลุ่มโอปิออยด์

การเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์เป็นสภาวะเรื้อรังทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อร่างกายติดสารกลุ่มโอปิออยด์แล้ว ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมอง เมื่อเสพนานขึ้นจะทำให้เกิดภาวะทนยา (Physiological tolerance) ร่างกายต้องการสารกลุ่มโอปิออยด์ในปริมาณที่มากขึ้นเพื่อให้คงสภาวะสมดุลใหม่

สารกลุ่มโอปิออยด์ ได้แก่ เฮโรอีน สารโอปิออยด์ที่ใช้เป็นยา เช่น โคเดอีน มอร์ฟีน โปรพอกซีเฟน (Codeine, Morphine, Propoxyphene) รวมทั้งฝิ่นซึ่งเป็นสารตั้งต้นในการผลิตสารโอปิออยด์อื่น ๆ

การเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ตาม Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM V) (APA, 2013) หมายถึง การใช้สารโอปิออยด์จนนำไปสู่อาการต่าง ๆ ก่อให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญบกพร่องลงอย่างมาก ซึ่งประกอบด้วยอาการอย่างน้อย 2 ข้อใน 11 ข้อด้านล่าง ภายในระยะเวลา 12 เดือน ดังนี้

1. เสพสารกลุ่มโอปิออยด์ในปริมาณมาก หรือเสพในช่วงเวลาที่นานกว่าที่ตั้งใจ
2. มีความอยาก หรือ พยายามที่จะลด/ควบคุมการใช้สารโอปิออยด์แต่ไม่สำเร็จ
3. ใช้เวลามากในการให้ได้มาซึ่งสารกลุ่มโอปิออยด์ การใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ หรือการฟื้นตัวจากผลกระทบของสารกลุ่มโอปิออยด์
4. มีความอยาก หรือต้องการอย่างรุนแรง ที่จะใช้สารกลุ่มโอปิออยด์
5. มีการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ จนทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในที่ทำงาน ที่โรงเรียน หรือที่บ้านได้อย่างปกติ
6. ยังคงใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ต่อไปทั้ง ๆ ที่มีปัญหาตลอดเวลา หรือมีปัญหาซ้ำซาก ทั้งปัญหาสังคม หรือปัญหาระหว่างบุคคลซึ่งมีสาเหตุหรือมีความรุนแรงยิ่งขึ้นจากการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์
7. ละหรือลดกิจกรรมที่สำคัญทางสังคม อาชีพ การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ เนื่องจากการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์
8. ยังใช้สารกลุ่มโอปิออยด์บ่อยครั้ง แม้ในสถานการณ์ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย
9. ยังคงเสพสารกลุ่มโอปิออยด์ต่อไปทั้ง ๆ ที่รู้ว่ามีปัญหาต่อเนื่อง หรือมีปัญหาซ้ำซากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมักมีสาเหตุหรือมีความรุนแรงยิ่งขึ้นจากการใช้สารโอปิออยด์

10. การทนต่อยา (Tolerance) มีความหมายอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- จำเป็นต้องเสพยาสารกลุ่มโอปิออยด์ในปริมาณที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้สารกลุ่มโอปิออยด์ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทได้ตามที่ต้องการ

- ฤทธิ์ของสารกลุ่มโอปิออยด์ต่อจิตประสาทลดลงมาก เมื่อเสพยาสารกลุ่มโอปิออยด์ต่อเนื่องไปในปริมาณเท่าเดิม

11. ภาวะขาดยา/ถอนยากกลุ่มนี้ (Opioid Withdrawal) ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนด้วยลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- การขาดสารกลุ่มโอปิออยด์ที่มีลักษณะเฉพาะ (อ้างอิงหลักเกณฑ์ข้อ ก. และ ข. ตามหลักเกณฑ์ของการขาดสารกลุ่มโอปิออยด์ ภาคผนวก 4)

- ใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ (หรือสารที่มีความใกล้เคียงกัน) เพื่อบรรเทาหรือหลีกเลี่ยงอาการขาดยา/ถอนยา

หมายเหตุ: ข้อ 10 และข้อ 11 ของเกณฑ์นี้ไม่นับรวมกรณีที่เกิดจากการใช้สารทดแทนกลุ่มโอปิออยด์ภายใต้การดูแลที่เหมาะสมของแพทย์

กรณีไม่พบการเสพยาสารกลุ่มโอปิออยด์ไม่ต้องรักษาด้วยยาบำบัดทดแทน ผลการวินิจฉัยความรุนแรงภาวะผิดปกติจากการใช้สารเสพติดกลุ่มโอปิออยด์โดยแพทย์ มีดังนี้

- ไม่มี (ไม่มีข้อใด ๆ หรือมีเพียง 1 ข้อ)

- เล็กน้อย (มี 2-3 ข้อ)

- ปานกลาง (มี 4-5 ข้อ)

- รุนแรง (มี 6 ข้อขึ้นไป)

และมีการตรวจคัดกรองสารเสพติดในปัสสาวะ เพื่อยืนยันว่าใช้สารกลุ่มโอปิออยด์

การประเมินทางคลินิกแบบองค์รวม

สิ่งจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติในการประเมิน คือ

- ประเมินทางคลินิกแบบองค์รวม (เบื้องต้น) (ภาคผนวก 2)

- การประเมินการทำงานของตับ ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจระดับ Total bilirubin และ ALT เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐานในครั้งแรก การให้ยาบูพรีนอร์ฟินไม่ได้เป็นข้อห้ามในผู้ป่วยที่มี liver enzymes เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามควรติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในรายที่สงสัยว่าจะเป็นโรคตับอักเสบ เจ้าหน้าที่ควรรายงานให้แพทย์ทราบโดยทันที เพื่อประเมินหาสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้เป็นโรคตับอักเสบได้ เช่น alcoholic hepatitis, acute viral hepatitis หรือจากยาอื่น ๆ

- ในกรณีผู้ป่วยหญิงควรได้รับการตรวจการตั้งครรภ์ก่อนเริ่มการรักษา
- ติดต่อทางโทรศัพท์ กับสถานบริการที่ผู้ป่วยใช้บริการก่อนหน้านี้ และได้รับการยืนยันในการเข้ารับบริการ (ในกรณีที่ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน)

● **การให้ข้อมูลแก่ผู้เข้าบำบัดเกี่ยวกับ การบำบัดรักษาระยะยาว**

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ควรได้รับการแนะนำให้เริ่มรับการรักษาด้วยยาบำบัดทดแทนระยะยาวโดยแพทย์ควรพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมองเห็นผลในทางที่ดีจากการรักษานี้ ให้ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาเรื่องการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ยาเสพติด และการตั้งใจปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ต่างๆของการรับยาบำบัดทดแทน เพื่อให้การรักษาได้ผลดีขึ้นและหากเป็นไปได้สถานที่ที่ใช้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วย ก่อนการเริ่มการรักษาควรมีความเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยอื่น ๆ หรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ไม่สามารถได้ยิน ก่อนให้การบำบัดรักษาระยะยาวผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลด้วยวาจา และเป็นลายลักษณ์อักษร ดังนี้

- สาเหตุการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์
- ข้อมูลของบูพรีนอร์ฟิน ซึ่งครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ดังนี้
 - บูพรีนอร์ฟินจะเริ่มออกฤทธิ์ที่เวลาประมาณ 30-60 นาที และออกฤทธิ์สูงสุดหลังจากกินยา 1-4 ชม.
 - ปฏิกริยาระหว่างบูพรีนอร์ฟินกับยาระงับประสาท รวมถึงยาอื่น ๆ
- อาจต้องใช้เวลานานถึง 1-2 เดือนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาในขนาดที่เหมาะสม
- ข้อควรปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระหว่างรับการรักษา
- ระยะเวลาในการรักษา (เป็นการรักษาระยะยาว)
- ค่าใช้จ่ายในการรักษา
- ความเสี่ยงของการเกิดยาเกินขนาดหากกลับไปใช้ยาโอปิออยด์หลังเลิกยา รวมถึงการหลีกเลี่ยง/รักษาภาวะยาเกินขนาด
- ลักษณะและระยะเวลาของอาการถอนยา
- วิธีการปรับตัวกับอาการถอนยาและอยากยา
- วิธีการจัดการกับสถานะการณั้สูงเสี่ยง
- บทบาทของการให้ยาบำบัดรักษา
- วิธีหลีกเลี่ยง ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้ออื่น ๆ โดยใช้มาตรการ

ต่าง ๆ ในการลดอันตรายจากการเสพติด (Harm Reduction)

- กระบวนการแก้ไขปัญหาข้อร้องเรียนระหว่างการรักษา

การบำบัดรักษาระยะยาวอาจไม่เหมาะสมที่จะใช้ในกรณีต่อไปนี้

- ผู้ป่วยที่ไม่เห็นยินยอม
- ผู้ป่วยมีหลักฐานว่าเพิ่งเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ในระยะเวลาไม่นานและได้รับการสนับสนุนทางจิตสังคมที่ดีอาจพิจารณาวิธีการถอนพิษยาเพื่อให้เลิกเสพ

ผู้ใช้สารกลุ่มโอปิออยด์แต่ไม่เข้าหลักเกณฑ์การเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ ควรได้รับการรักษาด้วยทางเลือกอื่น ๆ ดังนี้

- การช่วยเหลือทางจิตสังคม
- การช่วยเหลือเพื่อลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด
- การส่งต่อไปรับบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ใช้สารเสพติดประเภทสารกระตุ้น



การบำบัดระยะยาวด้วย Buprenorphine

ผู้ป่วยที่ตัดสินใจเลือกบупรีนอร์ฟินเป็นตัวยาในการบำบัดทดแทนระยะยาว ควรได้รับยาบупรีนอร์ฟินในรูปแบบของยาผสมกับนาล็อกโซนใช้อมใต้ลิ้น เนื่องจากเมื่อรับยาด้วยการอมใต้ลิ้น จะได้ตัวยาบупรีนอร์ฟินเข้ากระแสเลือดในระดับที่สามารถใช้บำบัดรักษาได้แต่จะดูดซึมตัวยานาล็อกโซนเข้ากระแสเลือดในระดับที่ต่ำมากทำให้ไม่เกิดการแก้ฤทธิ์ยาของบупรีนอร์ฟินแต่หากนำ

ตัวยาผสมอมใต้ลิ้นนี้ไปบดเพื่อใช้ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้ากระแสเลือดโดยตรง จะได้รับตัวยานาล็อกโซนในระดับที่สูง ทำให้เกิดการแก้ฤทธิ์ยาโอปิออยด์และเกิดภาวะถอนยาตามมา ดังนั้นการให้ผู้ป่วยใช้ยาบупรีนอร์ฟินผสมอมใต้ลิ้นนั้นมีจุดประสงค์เพื่อขัดขวางการนำยาไปใช้ผิดวิธีโดยการฉีดและเป็นการลดค่านิยมในตลาดค้ายาด้วย

• การเริ่มต้นการบำบัด

1. ได้รับคำยินยอม (OBTAIN INFORMED CONSENT) (ภาคผนวก 8)

ดำเนินการขั้นตอนการรับคำยินยอมจากผู้ป่วย ดังนี้

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาบำบัดทดแทนแก่ผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงข้อควรระวัง และผลข้างเคียง
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการการให้ยาบำบัดทดแทนระยะยาว และบริการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (เช่น บริการเกี่ยวกับเฮชไอวี หรือวัณโรค บริการของภาคประชาสังคม)
- ให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงบทบาทและความรับผิดชอบที่กำหนดไว้

2. ลงทะเบียนผู้ป่วย (REGISTER THE PATIENT) (ภาคผนวก 9-10)

3. เริ่มให้บупรีนอร์ฟิน (START BUPRENORPHINE)

บупรีนอร์ฟินเป็นยา partial agonist และมีความเสี่ยงต่ำกว่าเมทาโดนในเรื่องของการเกิดภาวะยาเกินขนาด จึงสามารถปรับยาเพิ่มขึ้นได้เร็ว โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่

จะปรับยาได้ระดับใน 2-3 วัน

แต่เนื่องจากบูพรินอร์ฟินเป็นยา partial agonist และมีความสามารถในการจับกับ mu receptor ได้ดีกว่ายากลุ่ม full agonist การได้รับบูพรินอร์ฟินในขณะที่ผู้ป่วยยังได้รับผลของยา full agonist ตัวอื่นอยู่นั้นอาจทำให้เกิดอาการถอนยาที่เกิดจากการถูกกระตุ้นได้ (precipitated withdrawal) ผู้ป่วยที่ใช้ยา full agonist มาก่อนเริ่มการรักษาทดแทนด้วยยาบูพรินอร์ฟิน จึงควรงดการใช้ยาโอปิออยด์เดิมก่อนแล้วรอจนเริ่มมีอาการถอนยาโดยธรรมชาติก่อนจึงจะสามารถเริ่มให้ยาบูพรินอร์ฟินเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิด precipitated withdrawal ซึ่งอาการถอนยานี้สามารถใช้ Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) ในการช่วยประเมินได้ และผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายว่าเหตุใดจึงจำเป็นต้องรอให้มีอาการถอนยาก่อนที่จะเริ่มรับยาบูพรินอร์ฟิน

3.1 แนวทางการเริ่มยาบูพรินอร์ฟินตามมาตรฐานทั่วไป

ตารางที่ 2: แนวทางการ Induction ในผู้ป่วยที่ใช้ยาโอปิออยด์ชนิดออกฤทธิ์สั้น

(short-acting opioids) เช่น เฮโรอีน มอร์ฟีน

วัน	ขนาดยาครั้งแรก	ขนาดยาครั้งที่สอง	ขนาดยาในครั้งถัดไป (ถ้าจำเป็น)
1	ถ้า COWS = 0 – 7 • ไม่ให้ BUP/NX • ประเมิน COWS อีกครั้งภายใน 1 ชั่วโมง • ถ้า COWS ≥ 8 ให้ BUP/NX 4mg	ประเมิน COWS ซ้ำ ≥ 1 ชั่วโมงหลังจากการได้รับยาครั้งแรก • ถ้า COWS = 0 - 1 หรือผู้ป่วยง่วง ซึม ถือว่าการให้ยาในวันแรกเสร็จสมบูรณ์แล้ว • ถ้า COWS > 1 ให้ BUP/NX 4 mg สังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที	การให้ยาในขนาดถัดไปอาจให้กรณี que ผู้ป่วยยังคงมีอาการถอนยาอยู่ แต่ให้ยาได้ไม่เกิน 16 mg สำหรับวันแรก • การให้ยาในครั้งถัดไปควรให้ในขนาด 4 mg และต้องห่างจากการให้ยารั้งก่อนหน้านี้ 1 ชั่วโมง สังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที
2	ถ้า COWS ≤ 1 และผู้ป่วยไม่ได้รายงานว่ามีอาการถอนยาในคืนที่ผ่านมา	ประเมิน COWS ซ้ำ ≥ 1 ชั่วโมงหลังจากการได้รับยาครั้งแรก	การให้ยาในขนาดถัดไปอาจให้กรณี que ผู้ป่วยยังคงมีอาการถอนยาอยู่ แต่ให้ยาได้ไม่เกิน 32 mg สำหรับวันที่ 2

วัน	ขนาดยาครั้งแรก	ขนาดยาครั้งที่สอง	ขนาดยาในครั้งถัดไป (ถ้าจำเป็น)
	• ให้ BUP/NX เท่ากับขนาดยารวมที่ได้รับในวันแรก และถือว่าการให้ยาในวันที่ 2 เสร็จสมบูรณ์แล้ว • สังเกตอาการ 30 นาที ถ้า COWS > 1 หรือ ผู้ป่วยรายงานว่ามีการถอนยาในคืนที่ผ่านมา ให้ BUP/NX เพิ่มจากขนาดยารวมของวันแรกอีก 4 mg	• ถ้า COWS = 0 - 1 หรือ ผู้ป่วยง่วง ซึม ถือว่าการให้ยาในวันที่ 2 เสร็จสมบูรณ์แล้ว • ถ้า COWS > 1 ให้ BUP/NX 4 mg สังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที	• การให้ยาในครั้งถัดไป ควรให้ในขนาด 4 mg และต้องห่างจากการให้ยาครั้งก่อนหน้า 1 ชั่วโมง สังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที
3	ถ้า COWS $\leq$ 1 และ ผู้ป่วยไม่ได้รายงานว่ามีการถอนยาในคืนที่ผ่านมา • ให้ BUP/NX เท่ากับขนาดยารวมที่ได้รับในวันที่ 2 และถือว่าการให้ยาในวันที่ 3 เสร็จสมบูรณ์แล้ว • สังเกตอาการ 30 นาที ถ้า COWS > 1 หรือ ผู้ป่วยรายงานว่ามีการถอนยาในคืนที่ผ่านมา ให้ BUP/NX เพิ่มจากขนาดยารวมของวันที่ 2 อีก 4 mg	การให้ยาในขนาดถัดไป อาจให้กรณี que ผู้ป่วยยังคงมีอาการถอนยาอยู่ แต่ให้ยาได้ไม่เกิน 32-36 mg สำหรับวันที่ 3 • การให้ยาในครั้งถัดไป ควรให้ในขนาด 4 mg และต้องห่างจากการให้ยาครั้งก่อนหน้า 1 ชั่วโมง สังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที	

ก) การเริ่มให้ยา**บูพรีนอร์ฟิน** ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกในผู้ป่วยที่ใช้ยา**โอปิออยด์**ชนิดออกฤทธิ์สั้น (short-acting opioids) เช่น **เฮโรอีน มอร์ฟิน** (ตารางที่ 2)

- แนะนำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม slow-release opioid ควรได้รับการเปลี่ยนยาเป็นกลุ่ม short-acting อย่างน้อย 3 วันก่อนเปลี่ยนเป็นยา**บูพรีนอร์ฟิน**

- แนะนำให้ผู้ป่วยงดยาสารอนุปันธุ์นก่อนการให้**บูพรีนอร์ฟิน** โดยควรเริ่มให้โดสแรกของ**บูพรีนอร์ฟิน**เมื่อผู้ป่วยมีอาการแรกเริ่มของภาวะถอนยา โดยใช้ Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) ในการช่วยประเมิน

- ผู้ป่วยที่ได้รับยา**บูพรีนอร์ฟิน**เป็นครั้งแรกควรได้รับการประเมินรายวันในช่วง 2-3 วันแรกหลังเริ่มยาเพื่อเฝ้าระวังภาวะยาเกินขนาด/ภาวะถอนยา

- สำหรับผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการถอนยาที่ชัดเจน (COWS > 7) เริ่มให้**บูพรีนอร์ฟิน** 4 mg และอาจให้ซ้ำอีก 4 mg หลังจากได้ยาครั้งแรก 1-2 ชั่วโมง
- สำหรับผู้ที่มีอาการถอนยาค่อนข้างรุนแรงให้ยา**บูพรีนอร์ฟิน**โดสแรกที่ 8 mg
- หากผู้ป่วยยังมีอาการถอนยาอยู่หลังจากได้รับ ยาแล้ว 2 ครั้ง สามารถประเมินผู้ป่วยซ้ำแล้วให้ยาซ้ำอีกได้ โดยขนาดยารวมสูงสุดของวันแรกไม่ควรเกิน 16 mg
- ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะติดยากลุ่มอนุปันธุ์นน้อย/ไม่ชัดเจน หรือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการใช้ยากลุ่มประสาทพร้อมหลายตัว (เช่น แอลกอฮอล์/ยาเบนโซไดอาซีปีน) หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรง ให้เริ่มยา**บูพรีนอร์ฟิน**โดสต่ำ ๆ ก่อน (เช่น 2-4 mg ในวันแรก) หรือขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- ในวันถัด ๆ มาสามารถเพิ่มการให้ยา**บูพรีนอร์ฟิน**อีกทีละ 2, 4 หรือ 8 mg โดยให้ขนาดยารวมได้สูงสุด 32-36 mg ในวันที่ 3

ข) การเริ่มยา**บูพรีนอร์ฟิน** กรณีการเปลี่ยนยา**โอปิออยด์**ทดแทนจาก**เมทาโดนเป็นบูพรีนอร์ฟิน**

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำต่อภาวะแทรกซ้อนสามารถทำการปรับเปลี่ยนยา ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกได้ อย่างไรก็ดีควรเฝ้าดูอาการอาการได้อย่างใกล้ชิด และควรให้ยา**บูพรีนอร์ฟิน**แบบแบ่งจ่ายในช่วง 4-6 ชั่วโมง หากไม่สามารถทำได้ แนะนำให้ปรึกษา หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการของผู้เชี่ยวชาญ กระบวนการปรับเปลี่ยนยานี้ควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งอาจใช้เวลาหลายสัปดาห์หรือเดือน และควรทำ

ในขณะที่ผู้สภาวะของผู้ป่วยคงที่

- ผู้ป่วยความเสี่ยงต่ำต่อภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย
 - ยังมีอาการถอนยาแม้จะรับยาเมทาโดนในระดับต่ำกว่า 60 mg ต่อวัน
 - ไม่มีการใช้ยาโอปิออยด์อื่นร่วมอย่างปกปิดหรือไม่มีการใช้ยาอื่นที่ไม่สม่ำเสมอ
 - ไม่มีภาวะการป่วยร่วมรุนแรง หรือภาวะทางจิตเวชอื่น ๆ ที่อาจได้รับผลกระทบระหว่างการเปลี่ยนยา
 - สภาวะทางสังคมที่คงที่ ได้รับการสนับสนุน
 - ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเปลี่ยนยาค้างก่อน ๆ (ถ้ามี)
 - มีความเข้าใจถึงกระบวนการปรับเปลี่ยนยาที่ดี
- ในกรณีผู้ป่วยความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนแนะนำให้ส่งต่อไปยัง

ผู้เชี่ยวชาญในสถานที่ที่สามารถ

- สามารถเฝ้าดูอาการผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด
- สามารถให้ยาบูพรินอร์ฟินได้อย่างสม่ำเสมอ และให้การรักษามอบหมายอาการไม่สุขสบายได้
- สามารถส่งไปยังหอผู้ป่วยในได้ในกรณีที่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือไม่สามารถให้การรักษช่วยเหลือได้ ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก

- แนะนำให้ผู้ป่วยลดยาเมทาโดนลงเหลือไม่เกิด 30 mg ต่อวัน เป็นเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ และให้มียาเมทาโดนไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมงก่อนการให้บูพรินอร์ฟินโดยควรเริ่มให้โดสแรกของบูพรินอร์ฟินเมื่อผู้ป่วยมีอาการแรกของภาวะถอนยา โดยใช้ Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) (ภาคผนวกที่ 5) ในการช่วยประเมิน

- ณ วันที่จะเริ่มการให้ยาบูพรินอร์ฟินให้ประเมินคนไข้ถึงอาการถอนยาและเฝ้าระวังเป็นเวลา 4-8 ชั่วโมง เมื่อ COWS > 13 เริ่มให้ยาบูพรินอร์ฟิน 2 mg

- สามารถให้ยาบูพรินอร์ฟินซ้ำได้ทุก 1-3 ชั่วโมง ตามความรุนแรงของภาวะถอนยา โดยให้

- 0 mg หาก COWS < 6
- 4 mg หาก COWS 6-12
- 8 mg หาก COWS > 13

- อาการถอนยาจากยาบูพรินอร์ฟิน (precipitated withdrawal) สามารถวินิจฉัยได้จากการมีอาการถอนยาที่รุนแรงขึ้นภายใน 3-6 ชั่วโมงแรกหลังเริ่มให้ยาบูพรินอร์ฟิน (COWS เพิ่มขึ้น > 6 คะแนน จากคะแนนเริ่มต้น) โดยการรักษาสภาวะ

ถอนยาจากยาบูพริโนรฟิน ทำได้โดยการปรับให้ยาบูพริโนรฟินต่อเนื่องและสามารถให้การรักษาช่วยเหลือบรรเทาอาการระหว่างกระบวนการปรับเปลี่ยนยา (เช่น ยาเอนเซดส์, เมโทรโคลปรามายด์, ไฮออสซีน บิวทิลโบรมาายด์, หรือยากล่อมประสาทในโดสต่ำ ๆ) ในช่วงเวลาสั้น ๆ 1-3 วัน

- หากการถอนยาเป็นรุนแรงขึ้น 6 ชั่วโมงหลังเริ่มยาบูพริโนรฟินอาจเป็นอาการจากการให้ยาไม่เพียงพอมากกว่าภาวะถอนยาจากยาบูพริโนรฟิน

- ควรติดตามเฝ้าระวังรายวันเป็นเวลา 2-5 วันหลังเริ่มยาบูพริโนรฟินหรือจนกว่าคนไข้ควบคุมอาการได้สุขสบายดีเพื่อติดตามภาวะถอนยา/ภาวะยาเกินขนาด/ผลข้างเคียงจากยาต่าง ๆ หรือความกังวลของผู้ป่วย

- การปรับยารายวันของยาบูพริโนรฟินควรทำได้การกำกับดูแลของแพทย์ดังนี้

- ผู้ป่วยที่ COWS ≥ 13 ให้ยาโดสเท่าวันก่อนหน้า บวกเพิ่มอีก 8 mg
โดสรวมสูงสุดไม่เกิน 32-36 mg
- ผู้ป่วยที่ COWS 6-12 ให้ยาโดสเท่าวันก่อนหน้า บวกเพิ่มอีก 4 mg
โดสรวมสูงสุดไม่เกิน 32-36 mg
- ผู้ป่วยที่ COWS < 6 ให้ยาโดสเท่าวันก่อนหน้า บวกเพิ่มอีก 4 mg
โดสรวมสูงสุดไม่เกิน 32-36 mg

(แนวทาง induction ข้างต้นนี้อ้างอิงมาจาก guideline ของ Australia ปี 2014 ซึ่งมีรายละเอียดการปรับยาต่างจากคำแนะนำใน manual BUP/NX Treatment Manual for HPTN 058 Protocol เล็กน้อย)

3.2 แนวทางการเริ่มยาบูพริโนรฟิน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด19 ทั้งในประเทศไทย และทั่วโลก ทำให้เกิดการปรับปรุงแนวทางการให้การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อป้องกัน/ลดการแพร่ระบาดของเชื้อโรคโดยเน้นมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อที่เคร่งครัดตามข้อแนะนำของกรมควบคุมโรคและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากนั้น ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการนัดผู้ป่วยระยะยาวที่คลินิกของโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ห่างออกไปจากเดิม นัดเท่าที่จำเป็น และใช้วิธีการของการแพทย์ทางไกลเข้ามาทดแทนการนัดพบเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการบำบัดและใช้การส่งยาทางไกลเพื่อการบำบัดอย่างต่อเนื่องทดแทนการนัดพบที่คลินิกในรูปแบบเดิมซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบที่ใช้เป็นมาตรฐานสากลในสถานการณ์ปกติใหม่ (new normal) จึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเตรียมชื่อผู้ดูแลใกล้ชิด อุปกรณ์และวิธีการติดต่อสื่อสารเพื่อการดูแล

ทางไกลอย่างต่อเนื่อง ก่อนเริ่มการบำบัด

ก) หากระดับการเสพติดเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยประมาณเทียบเท่าการใช้เมทาโดนทดแทนไม่เกิน 40 mg ต่อวัน

- ในวันแรกเริ่มการบำบัด ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ใช้แนวทางการเริ่มยาบูพริโนรฟินตามมาตรฐานปกติในข้อ 3.1 (ตารางที่ 2)
- ออกใบนัดที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกประมาณ 7 วัน โดยให้จ่ายยาบูพริโนรฟินตามขนาดยาที่ใช้สูงสุดในวันแรก ในจำนวนที่สามารถใช้ยา ต่อเนื่องทุกวันได้ประมาณ 10 วันรวมถึงยาระงับอาการอื่นๆ ให้ผู้ป่วยนำกลับไปใช้ที่บ้าน (take home) ตามความเหมาะสม
- นัดหมายเวลาการโทรศัพท์ติดต่อสอบถามอาการในเช้าวันที่สอง เพื่อประเมินอาการ COWS และแนะนำการปรับเพิ่มยาเพื่อให้เข้าสู่การปรับสภาพที่คงที่ (stabilization) ตามแนวมาตรฐานของการปรับยาบูพริโนรฟินในวันที่สอง (ตารางที่ 2)
- เช้าวันที่สอง โทรศัพท์ สอบถามอาการ และประเมิน COWS โดยการซักถามทางโทรศัพท์ หรือ VDO call แล้วปรับขนาดยาบูพริโนรฟินตามแนวมาตรฐานของการปรับยาบูพริโนรฟินในวันที่สอง โดยใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับไปจากคลินิก
- เช้าวันที่สาม โทรศัพท์ สอบถามอาการ และประเมิน COWS โดยการซักถามทางโทรศัพท์ หรือ VDO call แล้วปรับขนาดยาบูพริโนรฟินตามแนวมาตรฐานของการปรับยาบูพริโนรฟินในวันที่สาม โดยใช้ยาที่ผู้ป่วยได้รับไปจากคลินิก
- ในแต่ละวันระหว่างวันที่ 4-6 ให้ผู้ป่วยอมยาบูพริโนรฟินในขนาดเดียวกับที่ใช้ในวันที่สาม
- ในวันที่ครบตามนัดให้ผู้ป่วยเดินทางมารับการดูแลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกตามเวลา/สถานที่ที่ระบุในใบนัด
- แนะนำให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลใกล้ชิด ติดต่อนัดสื่อสารทางไกลกลับมายังคลินิก หากมีปัญหาเจ็บป่วยที่ไม่สามารถแก้ไขได้เองที่บ้าน หรือมีปัญหาจำนวนยาไม่พอใช้จนถึงวันนัด
- ในวันที่ครบตามนัดหรือวันที่ได้นัดหมายไว้ใหม่ทางโทรศัพท์ ให้เข้าพบแพทย์ ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก เพื่อทำการประเมินผลการบำบัด นับยาบูพริโนรฟินที่คงเหลือและให้ยาบูพริโนรฟินอย่างต่อเนื่อง

ข) หากมีระดับการเสพติดมาก โดยเทียบเท่าการใช้เมทาโดนทดแทน
ประมาณ 41-80 mg ต่อวัน

- ในวันแรกเริ่มการบำบัด ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ใช้แนวทางการเริ่ม
ยาบูพริโนรฟินตามมาตรฐานปกติในข้อ 3.1 (ตารางที่ 2) แต่ให้เริ่มอม
ยาบูพริโนรฟินครั้งแรก 8 mg และเพิ่มครั้งละ 4 mg ตามการประเมิน
COWS เช่นเดียวกับแนวทางปกติ

ค) หากมีระดับการเสพติดรุนแรง โดยเทียบเท่าการใช้เมทาโดนมากกว่า
80 mg ต่อวัน ให้ใช้เมทาโดนในการบำบัด



● การปรับระดับยาให้พอดีกับที่

การปรับระดับยา

- การปรับระดับของยาควรถูกพิจารณาเมื่อ

- มีอาการจากตัวยา: อาการยาเกินขนาด/อาการถอนยา
- มีอาการข้างเคียงของยา: เช่น แพ้ยา ง่วงหลับเยอะ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูกถ่ายลำบาก (โดยมากอาการข้างเคียงจากยาโอปิออยด์จะดีขึ้นในช่วง 2-4 สัปดาห์แรก แต่บางอาการอาจคงอยู่ได้ยาวนาน)
- มีการใช้สารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์ร่วมอยู่: ในกรณีผู้ป่วยได้รับยาบูพรินอร์ฟินเพื่อการบำบัด แต่ยังใช้สารเสพติดในกลุ่มโอปิออยด์เดิมอยู่ อาจเป็นเพราะระดับยาบูพรินอร์ฟินยังไม่เพียงพอ สามารถพิจารณาเพิ่มระดับยาได้ อย่างไรก็ตามควรนัดผู้ป่วยประเมินโลกทัศน์ระยะยาวของการได้รับยาเกินขนาด
- ผู้ป่วยแจ้งว่าระดับยาไม่พอ/ควบคุมอาการได้ไม่ได้ตามเป้าหมายการรักษา
- มีความจำเป็นต้องใช้ยาตัวอื่นเพื่อการรักษาซึ่งอาจมีผลรบกวนต่อยาบูพรินอร์ฟิน เช่น ยาที่มีผลต่อ enzyme CYP3A4 หรือกลุ่มยากดประสาทอื่น ๆ
- ข้อห้ามบางประการที่ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของแพทย์ผู้จ่ายยา เช่น มีการเพิ่มขึ้นของค่า ALT

- ปรับเพิ่มระดับยา 2-8 มิลลิกรัมต่อครั้งตามความเหมาะสมโดยให้โดสยารวมไม่เกิน 32 มิลลิกรัมต่อวัน

- การบริหารยาของบูพรินอร์ฟินนั้นค่อนข้างยืดหยุ่น สามารถแบ่งให้หลาย ๆ ครั้งใน 1 วัน หรือให้วันละครั้ง หรือให้แบบ 1 ครั้งทุก 2-3 วันก็ได้ในผู้ป่วยที่ไม่ประสงค์จะใช้ยาแบบรายวันสามารถเปลี่ยนวิธีการให้ยาได้โดย

- ต้องปรับยารายวันให้ได้ระดับยาที่เหมาะสมก่อน
- เริ่มด้วยการปรับเป็นให้แบบวันเว้นวัน เป็นเวลานาน 2 สัปดาห์

หากสำเร็จ สามารถเปลี่ยนเป็นให้แบบ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ได้

» การให้ยาแบบวันเว้นวัน (ทุก 48 หรือ 72 ชั่วโมง) ให้ยาบูพรินอร์ฟิน 2 หรือ 3 เท่าของปริมาณยารายวันที่ได้ตามลำดับ โดยให้ได้ไม่เกิน 32 มิลลิกรัมต่อครั้ง และควรนัดผู้ป่วยมาประเมินหลัง 1-2 โดสแรก

» การประเมินประสิทธิภาพหลังจากเปลี่ยนรูปแบบการให้ยาสามารถถามจากอาการความสุขสบาย/อาการอยากยา/

การนอนหลับ ของวันที่สองเทียบกับวันแรก หากไม่แตกต่างกัน แปลว่าเพียงพอ หากมีอาการอยากยา/ถอนยาในวันที่ 2 มากกว่าวันแรก ควรเพิ่มปริมาณยาบูพริโนรฟิน หากมีอาการ ยาเกินขนาด/ผลข้างเคียงจากยา (มักแสดงอาการในช่วง 4 ชั่วโมงหลังได้ยา) ควรลดปริมาณยา

» การให้ยาบูพริโนรฟินแบบ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวกสบายและประหยัดค่าใช้จ่ายที่สุด แต่ควรทดลองทำต่อเมื่อการให้ยาแบบวันเว้นวันหรือแบบ 4 ครั้งต่อสัปดาห์สำเร็จเป็นเวลา 2 สัปดาห์ก่อน

- หากผู้ป่วยมีอาการถอนยา/อยากยา/อาการยาเกินขนาด/อาการข้างเคียงจากยาหลังจากเปลี่ยนวิธีการให้ยา ให้กลับไปใช้วิธีการให้ยาที่ถนัดขึ้น
- เนื่องจากยาบูพริโนรฟินถูกย่อยสลายโดย CYP 3A4 ที่ตับ ดังนั้นในกรณี que ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยาที่มีผลยับยั้งหรือมีผลกระทบ CYP3A4 ซึ่งอาจเพิ่มหรือลดระดับความเข้มข้นของยาบูพริโนรฟินในกระแสเลือดได้ตามลำดับ ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดภาวะยาเกินขนาด/ภาวะถอนยาหรือลดประสิทธิภาพของยาได้ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องกินยาเหล่านี้ควรถูกเฝ้าติดตามอาการว่ามีการกดประสาทเพิ่มขึ้นหรือมีภาวะถอนยาหรือไม่ และควรได้รับการปรับยาบูพริโนรฟินตามอาการ ตัวอย่างยาที่มีผลต่อ CYP3A4 ที่พบได้บ่อยมีดังนี้

ตารางที่ 3: ตัวอย่างของยาที่อาจมีผลต่อระดับความเข้มข้นของบูพริโนรฟินในกระแสเลือดผ่านทาง CYP 3A4

ยับยั้ง CYP 3A4 (เพิ่มระดับบูพริโนรฟินในเลือด) • Erythromycin • Clarithromycin • Fluconazole • Ketoconazole • Omeprazole • Grapefruit juice • Paroxetine • Verapamil	กระตุ้น CYP 3A4 (ลดระดับบูพริโนรฟินในเลือด) • Rifampin • Cabamazepine • Phenytoin • Phenobarbital • Nevirapine • Efavirenz
--	--

• การบำบัดอย่างต่อเนื่อง

ความต่อเนื่องสม่ำเสมอและการคงอยู่ในการรักษาเป็นกุญแจสำคัญของความสำเร็จในการบำบัดรักษาระยะยาวการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมสมาชิกในครอบครัว และอาสาสมัคร เป็นสิ่งสำคัญที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการคงอยู่ในการรักษา ลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติ ควรมีการใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงอยู่ในการรักษาให้นานที่สุดโดยคำนึงถึงปัจจัยสนับสนุนดังต่อไปนี้

- สัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย
- การเน้นย้ำความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ
- มีการจัดบริการที่เข้าถึงง่ายและสะดวกในการเดินทาง
- สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา
- มีกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน การสนับสนุนทางสังคม และบริการอื่น ๆ ตามความจำเป็นของผู้ป่วย
- จัดให้มีการแนะนำขั้นต่ำที่เหมาะสมในกรณี que ผู้ป่วยหยุดรับการรักษา

• การให้ยาที่บ้าน

การให้ยาบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้นอกการควบคุมที่บ้านของผู้ป่วยนั้นสามารถช่วย

- เพิ่มอิสระภาพและคุณภาพชีวิตทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่ใกล้เคียงกับชีวิตประจำวันทั่วไปได้สะดวกมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยวัยเรียน/วัยทำงาน ช่วยลดการตีตราที่เกิดจากการต้องมารับบริการตลอดเวลา
- ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการให้ยากินยาได้การควบคุมทั้งที่เกิดจากการบริการ การเดินทาง และค่าเสียเวลาต่าง ๆ
- เพิ่มอัตราการคงอยู่ในระบบ และประสิทธิผลของการรักษา
- ลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อโรคโควิด19

แนะนำให้เริ่มพิจารณาการให้ยาพรีนอร์พีนกลับไปรับประทานที่บ้าน อาจนานขึ้นเป็น 2-4 สัปดาห์ หลังจากเริ่มการบำบัดรักษาจนคงที่และมีความเข้าใจที่ถูกต้องต่อการบำบัดทดแทนในระยะยาว แล้ว 1-2 เดือนขึ้นไป โดยมีข้อบ่งชี้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่ำในการพิจารณาให้ยาที่บ้าน ดังนี้

- มาตามนัดสม่ำเสมอ
- ปริมาณยาบำบัดทดแทนคงที่
- ให้ตรวจปัสสาวะคัดกรองเมื่อขอ

- ไม่ใช้สารไอปีออยด์ตัวอื่นหรือใช้ไม่บ่อย
- ไม่ใช้ยาในกลุ่มเบนโซไดอาซีปีน หรือใช้ตามที่สั่งให้ในระดับต่ำ และคงที่
- ไม่มีการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นอันตราย
- ไม่มีการใช้สารกระตุ้นประสาท
- ไม่มีประวัติอาการใช้ยาเกินขนาดในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
- ลักษณะการใช้ยาตรงกับที่จ่ายให้ ไม่มีขาดยา หรือขาดยา 1 ครั้งต่อสัปดาห์
- มีที่เก็บยาบำบัดรักษาอย่างปลอดภัย
- มีการสนับสนุนโดยครอบครัว หรือผู้ดูแล
- ไม่นำยาบำบัดรักษาไปใช้ในทางที่ผิด เช่น ใช้ในการแลกเปลี่ยนผิดกฎหมาย/

ใช้ด้วยวิธีการฉีดเข้าเส้นเลือด

การให้ยากลับไปใช้นอกการควบคุมนั้นควรค่อย ๆ เริ่มทำช้า ๆ เริ่มตั้งแต่ 1 วันต่อสัปดาห์ และค่อย ๆ เพิ่มวันที่ให้กลับไปใช้ นอกการควบคุมขึ้น โดยพิจารณาจากสภาพการณ์ของผู้ป่วย ความปลอดภัยของผู้ป่วยและครอบครัว และการตอบสนองต่อการรักษา เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามายาวนานและคงที่ แต่ไม่สามารถขาดยา รักษาทดแทนได้

ข้อกำหนดสำหรับจ่ายยาบำบัดรักษาเพื่อการรับประทานนอกการควบคุม มีดังนี้

1. ต้องจ่ายโดยแพทย์ที่รักษาเท่านั้น
2. แพทย์ต้องจ่ายยาบำบัดรักษาให้เฉพาะผู้ป่วย หรือผู้แทนที่ลงทะเบียนเท่านั้น
3. ผู้ป่วยต้องมีบัตรประจำตัวที่ออกให้โดยสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข
4. ภาชนะบรรจุต้องมีฉลากกำกับ ซึ่งประกอบด้วย
 - ก. ชื่อ-นามสกุล
 - ข. ปริมาณ (mg)
 - ค. ชื่อของโปรแกรมการบำบัดรักษา
 - ง. คำเตือนต่าง ๆ เช่น “อันตรายหากรับประทานร่วมกับแอลกอฮอล์ ห้ามนำไปฉีด มีความเสี่ยงจากการใช้ยาเกินขนาด” เป็นต้น
5. เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้หากมีประเด็นปัญหาใด ๆ ของสถานพยาบาล

โดยควรติดตามประเมินความเหมาะสมของผู้ป่วยต่อการให้ยาบำบัดรักษา นอกการควบคุมไม่นานกว่าทุก 3 เดือน และบันทึกผลการประเมินลงในเวชระเบียน

การนัดติดตามประเมิน

การนัดติดตามประเมินผู้ป่วย เป็นโอกาสให้แพทย์ได้ประเมินสภาวะต่าง ๆ ของผู้ป่วยซึ่งรวมถึงภาวะความเป็นอยู่โดยทั่วไป ลักษณะการใช้ยา ปฏิชีวนะบำบัดทดแทน, ปริมาณ/ความถี่ของการใช้สารเสพติดอื่นร่วม (ถ้ามี), สภาวะทางจิตสังคม/ความเป็นอยู่ของผู้ป่วยอื่น เพื่อเป็นการประเมินสภาวะโดยรวมของผู้ป่วย และปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการบริหารรักษา อีกทั้งยังสามารถร่วมวางแผนกับผู้ป่วยถึงการบริหารรักษาต่อไป

ความถี่ของการนัดติดตามประเมินแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคนขึ้นกับปัจจัยหลาย ๆ อย่างเช่น สถานะสภาพรอบตัวของผู้ป่วย, ระดับขั้นตอนของการบริหารรักษาของผู้ป่วยในปัจจุบัน และประวัติความคงที่ของการรับการรักษา โดยทั่วไปแล้ว การนัดติดตามประเมินควรทำเป็นประจำไม่นานไปกว่า 1 ครั้งต่อเดือน โดยควรนัดถี่ขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่การบริหารรักษายังไม่คงที่หรือมีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาและสามารถนัดได้ห่างขึ้นในผู้ป่วยที่มีความคงที่ของการรักษาเป็นระยะเวลานาน

การติดตามทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ควรทำดังนี้

- ควรติดตามค่าการทำงานของตับทุก 3 เดือน เป็นระยะเวลา 12 เดือน หากผู้ป่วยมีอาการของตับอักเสบเฉียบพลัน มีตัวเหลือง หรือมีการเพิ่มขึ้นของ ALT มากกว่า 10 เท่าจากระดับพื้นฐานของผู้ป่วย ควรหยุดให้ยาปฏิชีวนะ หลังประเมินและรักษาภาวะตับอักเสบหายแล้วจึงพิจารณาเริ่ม induction ใหม่อีกครั้ง

- ควรได้รับการตรวจคัดกรองปัสสาวะหาสารเมทาโดน benzodiazepines เมทแอมเฟตามีน และสารอนุพันธ์อื่น ๆ โดยตรวจเดือนละ 1 ครั้งวันเดียวกันกับการนัดมาติดตามประเมินการใช้ยา/ให้คำปรึกษา แม้ว่าจะไม่มีการลงโทษใด ๆ กรณีที่ผู้ป่วยไปเสพสารเสพติดที่ผิดกฎหมายระหว่างที่รับยาปฏิชีวนะ โดยเฉพะยาในกลุ่ม benzodiazepines และยากดระบบประสาทส่วนกลาง หากผู้ป่วยไม่ยอมหยุดใช้ยาดังกล่าวจริง ๆ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยแพทย์ควรประเมินว่าผู้ป่วยน่าจะได้รับยาปฏิชีวนะต่อไปหรือไม่ ซึ่งขึ้นอยู่กับผลการประเมินสภาพทางคลินิกของผู้ป่วยด้วย และบันทึกการตัดสินใจของแพทย์ลงในเวชระเบียน

- ในกรณีผู้ป่วยหญิงควรได้รับการตรวจการตั้งครรภ์ทุกเดือน

การประเมินผู้ป่วยโดยละเอียดเพื่อใช้ในการวางแผนการรักษาในระยะยาว กิจกรรมการคัดกรอง/ป้องกัน และการพิจารณาถึงการยุติการรักษา/การลดปริมาณยาทดแทนในผู้ป่วยที่ได้โดสสูง ๆ และคงที่อยู่เป็นเวลานาน การประเมินโดยละเอียด

ควรถูกกระทำไม่นานกว่า 1 ครั้งต่อ 6 เดือน หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพของผู้ป่วย

ผู้ป่วยบางคนอาจจำเป็นต้องให้การบำบัดรักษาต่อเนื่องในโดสต่ำ ๆ (บупรีนอร์ฟีน 2 mgต่อวัน) และอาจจะไม่สามารถทนต่อการหยุดยาได้ กฎเกณฑ์สำคัญคือความสามารถในการควบคุมที่คงที่ สามารถคุยเรื่องการหยุดยากับผู้ป่วยได้ แต่หากผู้ป่วยยังสุขสบาย และมีความมั่นคง ไม่จำเป็นต้องทำการหยุดยา

หากเป็นไปได้สถานที่ที่ใช้ในการติดตามการรักษาให้คำปรึกษากับผู้ป่วยนั้นควรเป็นส่วนตัว ผู้ป่วยคนอื่นๆ หรือเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ไม่สามารถได้ยิน ในการนัดแต่ละครั้ง ไม่ควรให้รอนาน ถ้าเป็นไปได้ควรจัดกิจกรรมหลายอย่างไว้ในคราวเดียวกัน เช่น นัดผู้ป่วยมาให้คำปรึกษาในวันเดียวกันกับการให้ยา เพื่อลดภาระของผู้ป่วยลงได้

• **การส่งต่อ และเชื่อมโยงกับบริการอื่น ๆ**

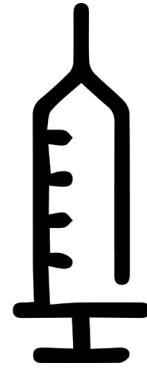
บทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการเมทาโดน/บупรีนอร์ฟีนระยะยาว (ภาคผนวก 6) ต้องมีเครือข่ายการรักษาในการส่งต่อผู้ป่วยกับสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ที่จำเป็น

ตารางที่ 4: การให้บริการตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

ใส่เครื่องหมายในช่อง ☐ ในกรณีมีข้อบ่งชี้และดำเนินการเรียบร้อยแล้ว

สภาพของผู้ป่วย	ข้อบ่งชี้ในการคัดกรอง	สถานที่ในการคัดกรอง	ทำสำเร็จแล้วหรือไม่
ตั้งครรภ์/การดูแลก่อนคลอด	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ในคลินิก ☐ นอกคลินิก	☐ ทำสำเร็จ
เอชไอวี	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ในคลินิก ☐ นอกคลินิก	☐ ทำสำเร็จ
ไวรัสตับอักเสบบี และ ซี (HBV, HCV)	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ในคลินิก ☐ นอกคลินิก	☐ ทำสำเร็จ
วัณโรค	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ในคลินิก ☐ นอกคลินิก	☐ ทำสำเร็จ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ในคลินิก ☐ นอกคลินิก	☐ ทำสำเร็จ
โรคติดเชื้ออื่น ๆ หรือเจ็บป่วย	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ในคลินิก ☐ นอกคลินิก	☐ ทำสำเร็จ
การบริการสุขภาพจิตหรือจิตเวช	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ในคลินิก ☐ นอกคลินิก	☐ ทำสำเร็จ

การกำหนด ขนาดยา



• ขั้นตอนการจ่ายยา

1. ตรวจสอบชื่อผู้ป่วย และระบุตัวผู้ป่วย
2. ตรวจสอบใบสั่งยา รวมทั้งชื่อผู้ป่วย และปริมาณยาเป็นมิลลิกรัม
3. พยาบาลตรวจสอบการใช้ยาครั้งสุดท้าย ถ้ามีการขาดยามากกว่า 1 ครั้ง ให้แจ้งแพทย์
4. พยาบาลตรวจสอบว่ามีภาวะขาดยา/ภาวะเมายา/ภาวะยาเกินขนาดหรือไม่ ถ้ามียังไม่จ่ายยาและรายงานให้แพทย์ทราบ
5. เตรียมยาบำบัดทดแทนตามขนาดที่กำหนด เป็นหน่วยมิลลิกรัม
6. แจ้งขนาดยาให้ผู้ป่วยทราบ เป็นหน่วยมิลลิกรัม
7. ให้ผู้ป่วยจิบน้ำก่อนให้อมยาบูพริโนรฟิน
8. ให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าผู้ให้บริการด้วยการอมใต้ลิ้น
9. ตรวจสอบให้มั่นใจว่าตัวยาอยู่ใต้ลิ้นถูกตำแหน่ง แนะนำให้ผู้ป่วยไม่เคี้ยวหรือกลืนยาจนกว่ายาจะละลายหมดและตรวจสอบว่ายาละลายหมดแล้ว
10. ลงบันทึกขนาดยาที่ให้
11. ให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อ เพื่อเป็นหลักฐานว่าได้รับประทานยาแล้ว

ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับยา ควรต้องย้ำกับผู้ป่วยเสมอว่าห้ามใช้ยาอื่น เช่น ประเภทยาของเครื่องมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์, ยานอนหลับ และยาในกลุ่ม benzodiazepines เป็นอันตราย และผู้ป่วยเองควรระวังที่จะไม่ขับรถ หรือซื้อหรือจกยานยนต์ในระยะแรก ๆ ของการให้ยา จนกว่าจะแน่ใจว่ายานบูพริโนรฟินไม่เป็นผลร้ายต่อร่างกาย

• ภาวะเมายา

ผู้ป่วยควรถูกประเมินก่อนทุกครั้งก่อนการให้ยาว่ามีภาวะเมายาหรือไม่ (ไม่ว่าจะด้วยยาโอปิออยด์, แอลกอฮอล์, หรือสารเสพติดอื่น ๆ) ผู้ป่วยที่มีอาการเมายา

ในกลุ่มยากล่อมประสาทไม่ควรได้รับยาบำบัดทดแทนในโดสที่มารับบริการหรือพิจารณาขนาดโดสยาที่จะให้

ภาวะเมายา แบ่งเป็นภาวะเมายาไม่รุนแรง และภาวะเมายารุนแรง หรือเกินขนาด โดยกลุ่มที่มีอาการเมายาไม่รุนแรง ผู้ป่วยมักจะมีอาการง่วงซึมเพียงเล็กน้อย โดยไม่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจและระบบประสาทที่รุนแรง โดยหากแพทย์พบผู้ป่วยที่สงสัยอาการเมายา ควรพูดคุยและสังเกตอาการประมาณ 10 นาที ซึ่งหากผู้ป่วยมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ หรือระหว่างพูดคุยผู้ป่วยมีอาการง่วงซึม ไม่รู้สึกตัว พูดไม่ชัด ควรประเมินผู้ป่วยในกลุ่มภาวะเมายารุนแรงและให้การช่วยเหลือทันที (ตารางที่ 6) ขึ้นกับความรุนแรงของอาการเมายาอาจจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และนัดผู้ป่วยมาหลังหายจากอาการเมายาเพื่อรับยาบำบัดทดแทน ในกรณีผู้ป่วยมีภาวะเมายาไม่รุนแรง ให้ประเมินอาการทางคลินิกก่อนให้ยา และพิจารณาขนาดยาลง

หากพบผู้ป่วยที่มีประวัติอาการเมายาบ่อย ๆ ควรได้รับการประเมินซ้ำถึงสาเหตุเพื่อหาทางแก้ไขร่วมกับพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษา เช่นในบางรายภาวะเมายาอาจเกิดจากการได้รับปริมาณยาบำบัดทดแทนไม่เพียงพอจะระงับอาการอยากยาจึงทำให้ไปเสพยาโอปิออยด์อื่นร่วมด้วย ซึ่งทำให้เกิดภาวะเมายาตามมา ในผู้ป่วยเช่นนี้แพทย์ควรพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วย และปรับยาบำบัดรักษาด้วยความระมัดระวัง

● การขาดยา

การขาดโดสยาซ้ำ ๆ อาจเกี่ยวข้องกับการทนต่อยาโอปิออยด์ที่น้อยลง, การถอนยา และ/หรือการใช้สารเสพติดอื่นซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพของการรักษา การกลับมาปรับยาบำบัดรักษาในโดสเดิมนั้นอาจมีความเสี่ยง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่กลับมาใช้ยาบูพริโนรฟินหลังจากขาดโดสยาไป 4 วัน หรือมากกว่าเพราะใช้สารโอปิออยด์อื่นเนื่องจากจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการถอนยาจากตัวยาบูพริโนรฟิน อย่างไรก็ตามแพทย์ควรประเมินผู้ป่วยที่ขาดโดสยาถึง

- เหตุผลที่ขาดโดสยา
- การใช้สารเสพติดตัวอื่นในขณะที่ขาดโดสยา
- อาการผิดปกติต่าง ๆ ขณะมารับยา
- ปัญหาทางสุขภาพกาย/จิต หรือปัญหาทางสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในกรณีที่ขาดโดสยามา 1-3 วันติดกัน สามารถเริ่มให้ยาโดสเดิมต่อได้หากผู้ป่วยไม่มีอาการของการได้ยาเกินขนาด/อาการถอนยา

ในกรณีที่ขาดโดสยามา 4-5 วันติดกัน ให้เริ่มยาใหม่ด้วยครึ่งหนึ่งของโดสปกติที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันโดยไม่เกิน 8 มิลลิกรัมและติดตามประเมินผู้ป่วยรายวัน โดยเพิ่มยาให้ถึงระดับโดสปกติใน 2-3 วัน สามารถเพิ่มระดับยาได้วันละไม่เกิน 8 มิลลิกรัมต่อวัน

ในกรณีที่ขาดโดสยามามากกว่า 5 วันติดกันพิจารณาปรับยาเหมือนเริ่มต้น ให้การบำบัดรักษาใหม่

ตารางที่ 5: แนวทางการจัดการในกรณีที่มีผื่น

การให้ยา	สถานการณ์	การตอบสนอง
ทุกวัน	ขาดการมารับยา 1, 2 หรือ 3 ครั้งติดต่อกัน	- ให้ยาตามปกติในครั้งถัดไป - ให้คำปรึกษาต่อเนื่อง
ทุกวัน	ผู้ป่วยขาดการมารับยามากกว่า 3 ครั้งติดต่อกัน	- ผู้ป่วยอาจได้รับการ induction อีกครั้ง - ถ้าขาดการมารับยาเกิน 2 สัปดาห์ ควรประเมินสภาพคนไข้และพิจารณา induction ใหม่ - ให้คำปรึกษาต่อเนื่อง
3 ครั้งต่อสัปดาห์	ผู้ป่วยไม่มารับยาตามตาราง 1 ครั้ง (เช่น ผู้ป่วยได้รับยารวันจันทร์ กลับมาอีกครั้งในวันศุกร์)	- ให้ยาตามปกติในครั้งถัดไป - ให้คำปรึกษาต่อเนื่อง
3 ครั้งต่อสัปดาห์	ผู้ป่วยมารับยาเข้าไป 1 วัน (เช่น ผู้ป่วยได้รับยารวันจันทร์ ไม่มาวันพุธ แต่มาวันพฤหัสบดี แทน)	- ให้ยาขนาดครึ่งหนึ่งของวันที่ผื่นขึ้น (เช่น ให้ยาครึ่งหนึ่งของขนาดที่ได้วันพุธ) - แล้วให้ยาตามตารางปกติต่อไป - ให้คำปรึกษาต่อเนื่อง
3 ครั้งต่อสัปดาห์	ผู้ป่วยไม่มารับยา ≥ 2 ครั้งติดต่อกัน (เช่น ผู้ป่วยได้รับยารวันจันทร์ กลับมาอีกครั้งในวันจันทร์ถัดไป)	- ผู้ป่วยควรได้รับการ induction อีกครั้ง - แต่ถ้าขาดการมารับยาเกิน 2 สัปดาห์ ควรประเมินสภาพคนไข้และพิจารณา induction ใหม่ - ให้คำปรึกษาต่อเนื่อง

การให้ยา	สถานการณ์	การตอบสนอง
การให้ยาแบบไหนก็ได้	ไม่มารับยา ≥ 12 สัปดาห์	- ไม่ควรให้การรักษาด้วยยาบูพรีนอร์ฟินต่อ - ให้คำปรึกษาต่อเนื่อง - ผู้ป่วยยังสามารถมาตามนัดติดตามต่อไปได้

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการขาดโดสยาบ่อย ๆ แพทย์ควรหาสาเหตุ/เหตุผลของการขาดโดสยาของผู้ป่วย และพยายามหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

● การให้ยาในหญิงตั้งครรภ์และหญิงที่ให้นมบุตร

ควรเริ่มต้นหรือรักษาคงไว้ซึ่งการให้ยาบำบัดทดแทนในผู้ป่วยตั้งครรภ์ที่มีการเสพติดยาในกลุ่มโอปิออยด์ เนื่องจากพบว่าทำให้เกิดผลลัพธ์ลัพธ์ของการตั้งครรภ์ทั้งในมารดาและทารกที่ดีกว่า ถึงแม้ตัวยาบูพรีนอร์ฟินจะจัดอยู่ในยาในกลุ่ม C (category C) แต่ไม่พบว่ามี mốiเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง/ผิรูปร่างแต่กำเนิดของทารก นอกจากนี้ บริการให้ยาบำบัดทดแทนยังอาจเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเสพติดเข้ากับบริการฝากครรภ์อีกด้วย

อย่างไรก็ดีหากเลือกใช้ยาบูพรีนอร์ฟินเป็นตัวยาในการให้บำบัดทดแทน แนะนำให้ใช้ในรูปแบบยาเดี่ยวมากกว่าในรูปแบบผสมกับยานาล็อกโซน เนื่องจากยังไม่ทราบถึงผลกระทบต่อทารกของการได้รับตัวยานาล็อกโซนในระดับต่ำ ๆ เป็นเวลานาน ๆ อีกทั้งไม่แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนยาทดแทนจากยาเมทาโดนมาเป็นยาบูพรีนอร์ฟินในระยะตั้งครรภ์อีกด้วยเนื่องจากอาจทำให้เกิดอาการถอนยาได้ หากผู้ป่วยที่ได้รับยาทดแทนเป็นยาผสมอยู่ แนะนำให้เปลี่ยนเป็นยาเดี่ยวหรือเปลี่ยนเป็นยาเมทาโดนแทนระหว่างช่วงตั้งครรภ์

ไม่แนะนำให้ทำการลดโดสยาหรือหยุดยาในไตรมาสแรกเพราะมีความเสี่ยงในการแท้ง และไตรมาสที่สาม เพราะอาจทำให้เกิดการคลอดก่อนกำหนดได้ หากจำเป็นจะต้องทำการลดโดสยาหรือหยุดยาสามารถทำได้ในช่วงไตรมาสที่สอง โดยควรกระทำตามเงื่อนไขดังนี้

- การลดโดสยาควรทำเมื่อภาวะการตั้งครรภ์คงที่อยู่นั้น แนะนำให้ปรึกษาทีมสูติแพทย์ร่วมด้วย

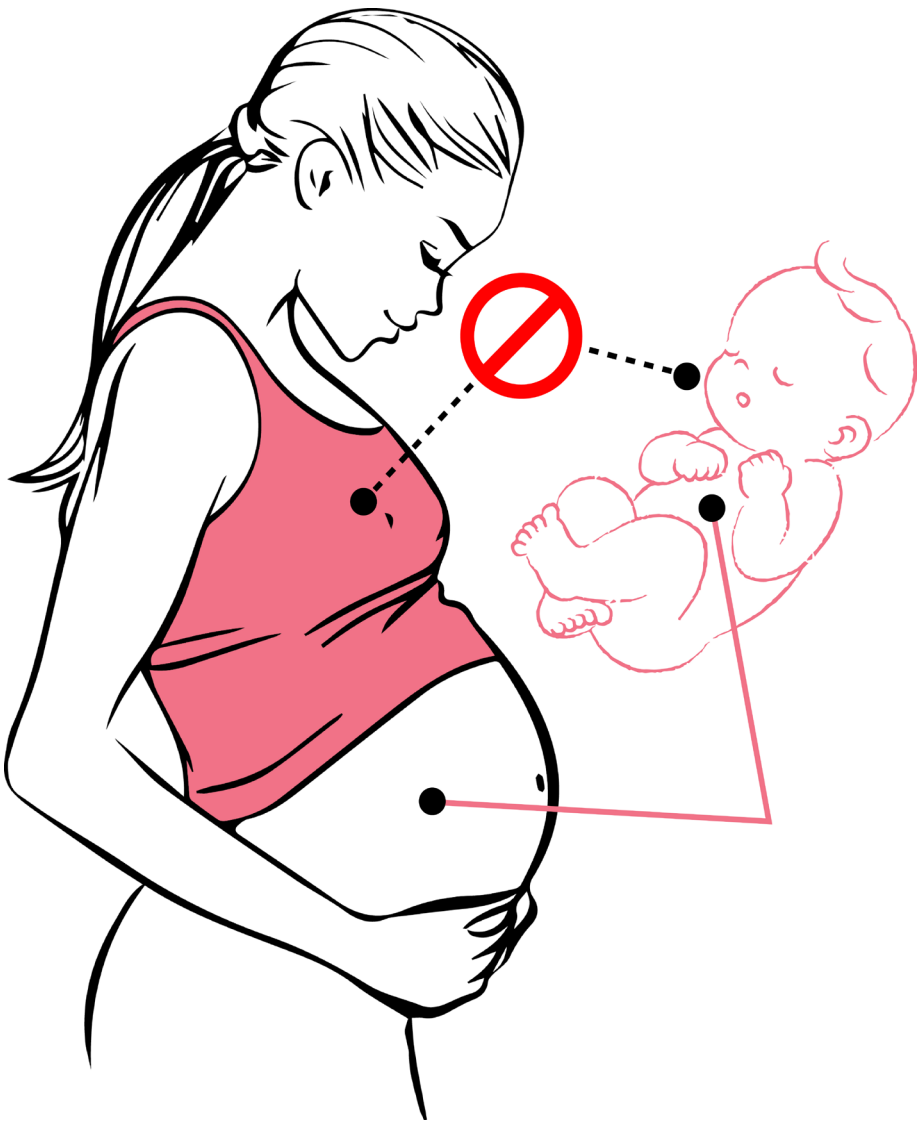
- ขนาดและอัตราของการลดโดสยาควรปรับพิจารณาตามอาการของผู้ป่วย
- ควรหลีกเลี่ยงอาการถอนยาให้ได้มากที่สุดเนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อ

ทารกได้

- ระหว่างลดโดสยา/หยุดยาควรมีการติดตามประเมินมารดาและทารกอย่างใกล้ชิด และในกรณีที่ทำการหยุดยาหากผู้ป่วยมีการกลับไปเสพยาแนะนำให้รีบกลับมาเริ่มให้ยาบำบัดทดแทนอีกครั้ง

- แนะนำให้ลดโดสยาบูพรีนอร์ฟินลงสัปดาห์ละ 2 mg

เนื่องจากยาบูพรีนอร์ฟินสามารถขับผ่านทางน้ำนมได้จึงแนะนำให้ผู้ป่วยหญิงที่กำลังให้นมบุตร หยุดการให้นมแม่



การได้ยา เกินขนาด



บูพรีนอร์ฟินเป็นยาที่มีผล ceiling effect ต่อการกดระบบทางเดินหายใจ โดยการให้โดสบูพรีนอร์ฟินสูง ๆ (มากกว่าเท่ากับ 16 mg ต่อวัน) ไม่ได้มีการเพิ่มขึ้นของผลการกดระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับยาขนาดที่ต่ำกว่า ทำให้บูพรีนอร์ฟินมีความปลอดภัยมากกว่ายาเมทาโดนในเรื่องของความเสี่ยงการเกิดยาเกินขนาด ยกเว้นแต่ในผู้ป่วยที่ไม่มีได้มีภาวะทนต่อยาโอปิออยด์มาก่อน อย่างไรก็ตาม ก็ดีก็ยังสามารถพบภาวะยาเกินขนาดในยาบูพรีนอร์ฟินได้เช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับสารกดประสาทประเภทอื่น ๆ (เช่น benzodiazepine, barbiturates, TCAs, major tranquilizers หรือแอลกอฮอล์) รวมด้วยนั้นจะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะยาเกินขนาด

ควรระวังในการใช้ยาบูพรีนอร์ฟินร่วมกับยาที่มีฤทธิ์ยับยั้ง CYP3A4 ที่ตับ เพราะอาจทำให้ความเข้มข้นในเลือดของยาบูพรีนอร์ฟินเพิ่มมากขึ้นได้

ตารางที่ 6: แสดงอาการของการได้ยาโอปิออยด์เกินขนาดและการรักษา

อาการของการใช้ยาโอปิออยด์เกินขนาด	การรักษา
รูม่านตาเล็กเท่ารูเข็ม	1. กระตุ้นผู้ป่วยด้วยการถูบริเวณกระดูกสันอก (firm rub of sternum) และจัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคง
อาการขาดออกซิเจน (ปลายนิ้วเขียวคล้ำ)	2. เริ่มช่วยผู้ป่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) หากผู้ป่วยไม่ตอบสนอง
การหายใจช้าลงอาจหยุดหายใจเป็นช่วง ๆ หรือหายใจช้ามาก	3. ให้ยานาล็อกโซน 0.4 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือด ต้องทำตามอาการผู้ป่วย เนื่องจากเมทาโดน/บูพรีนอร์ฟินจะออกฤทธิ์นานกว่านาล็อกโซนมาก
	4. สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดอย่างน้อย 4-6 ชม. ถ้าจำเป็นให้รับไว้เป็นผู้ป่วยใน

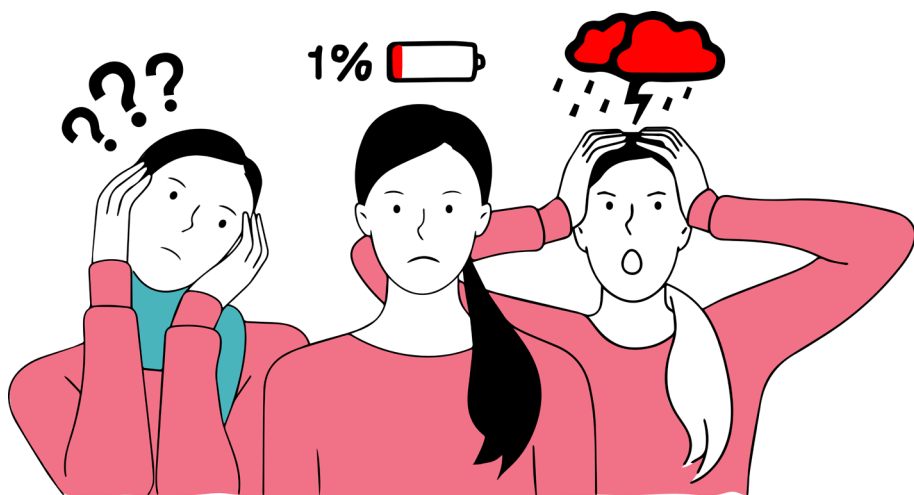
ยาบูพรีนอร์ฟินมีความสามารถในการจับการ mu receptor ค่อนข้างสูง ซึ่งอาจทำให้ยากต่อการถูกจับแทนที่โดยยานาล็อกโซนในการแก้พิษจากภาวะยาเกินขนาด เนื่องจากความไม่แน่นอนในการตอบสนองต่อยานาล็อกโซนนี้ ผู้ป่วยที่มีภาวะถูกกดการหายใจจากยาบูพรีนอร์ฟินจึงแนะนำให้

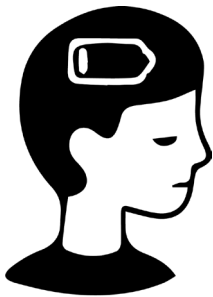
- ประเมินและคงไว้ซึ่งทางเดินหายใจ
- ให้การรักษาด้วยออกซิเจนทดแทนและการรักษาช่วยเหลืออื่น ๆ
- ให้ยานาล็อกโซน 0.4 mg ทางกล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ให้นาล็อกโซนซ้ำได้ตามอาการของผู้ป่วยเนื่องจากเวลาออกฤทธิ์ที่ยาวนานของบูพรีนอร์ฟิน

การจัดการ ผลข้างเคียง

ตารางที่ 7: การจัดการผลข้างเคียงของยาบำบัดรักษา

ผลข้างเคียง	การจัดการด้วยตนเอง	การจัดการทางคลินิก
ง่วงซึม / หลับลึก	หลีกเลี่ยงการใช้ยาระงับประสาทขณะที่บำบัดด้วยเมทาโดน/บูพริโนรฟิน	เฉพาะแพทย์เท่านั้นที่สามารถสั่งเพิ่มยาระงับประสาทให้ผู้ป่วย
ท้องผูก	ดื่มน้ำเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารที่มีกากใย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	การให้ยาแก้ท้องผูก เช่น แลคทูโลก
คลื่นไส้และอาเจียน	-	บางครั้งสัมพันธ์กับปริมาณของเมทาโดน/บูพริโนรฟินที่สูงเกินไป
ฟันผุ (เป็นผลจากการหลั่งของน้ำลายลดลง)	ดื่มน้ำอย่างสม่ำเสมอ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง	รับรักษาทางทันตกรรม





การหยุด การบำบัด

• การหยุดรักษาโดยสมัครใจและไม่สมัครใจ

1. การหยุดการรักษาโดยสมัครใจ (VOLUNTARY CESSATION)

การหยุดการรักษาบำบัดด้วยยาโอปิออยด์ทดแทนควรเป็นไปอย่าง ปลอดภัย และปราศจากอาการไม่พึงประสงค์ เพื่อให้ไม่มีการกลับไปใช้สารเสพติด แนวทางที่ดีที่สุดคือการเริ่มวางแผนเรื่องการหยุดรักษาด้วยยาทดแทนหลังจากผู้ป่วยหยุดการใช้สารเสพติดและมีสุขภาพกับลักษณะการใช้ชีวิตที่มั่นคงแล้วโดยมีปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จของการหยุดการรักษาดังนี้

- ลักษณะการหยุดการรักษา
 - » การลดระดับยาบำบัดทดแทนลงช้า ๆ (หลักเดือน) ดีกว่าการลดยาอย่างรวดเร็ว (หลักวัน/สัปดาห์) หรือ การหยุดยากะทันหัน
 - » ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงกระบวนการหยุดการรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ/วางแผน
 - » ดำเนินการหยุดการรักษาโดยคำนึงถึงสถานะทางจิตสังคมและพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้ป่วย
 - » การติดตามกระบวนการและการวางแผนเป็นระยะ ๆ
- ผู้ป่วยไม่มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมรวมถึงแอลกอฮอล์
- มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่มั่นคง ปราศจากภาวะผิดปกติทางจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล หรือ โรคที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดเรื้อรังต่าง ๆ
- มีสถานะทางสังคมที่มั่นคงโดยเฉพาะกิจกรรมและการสนับสนุนการใช้ชีวิตปลอดสารเสพติด

โดยมากการหยุดรักษามักทำ ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โดยค่อย ๆ ลดปริมาณยาบำบัดทดแทนลงตลอดระยะเวลา 2-3 เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับตัว

รับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทางพฤติกรรม และทางสังคมที่อาจเกิดขึ้นได้ ระหว่างกระบวนการหยุดการรักษา ความรุนแรงของอาการถอนยา มักเพิ่มขึ้นเมื่อหยุดให้ยาบำบัดทดแทน โดยจะรุนแรงที่สุดในช่วง 1-4 สัปดาห์ และอาการถอนยาอื่น ๆ ที่มีความรุนแรงต่ำอาจคงอยู่ได้ 2-3 เดือน (เช่น หลับไม่สนิท อารมณ์แปรปรวน อายากยา เป็นต้น)

สามารถลดปริมาณยาบูพรีนอร์ฟินได้สูงสุด 25% ทุก 1-4 สัปดาห์ โดยให้ความสำคัญกับการรักษาความสุขสบายและมั่นคงในผู้ป่วย (ระหว่างทำการลดปริมาณยา อาจจำเป็นต้องปรับยาเพิ่ม หรือยืดระยะเวลาตามความจำเป็น เช่น ผู้ป่วยกลับไปใช้ยา/มีอาการขาดยา/มีอาการอยากยารุนแรง เป็นต้น) หากลดยาจนถึงปริมาณโดสยารายวันที่ต่ำที่สุดแล้ว (2 mg ต่อวัน) สามารถให้เป็น 2 mg วันเว้นวันได้ก่อนหยุดให้ยาบำบัดทดแทน สามารถพบผู้ป่วยที่เมื่อลดยาลงแล้ว ไม่สามารถให้หยุดยาได้เนื่องจากไม่สามารถควบคุมอาการได้ในกรณีนี้เช่นนี้ สามารถลดยาลงให้ถึงระดับต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้ และให้การรักษาบำบัดทดแทนต่อเนื่องไปในระยะยาวเพื่อไม่ให้กลับไปเสพยาโอปิออยด์อีกครั้ง

2. การหยุดการรักษาโดยไม่สมัครใจ (INVOLUNTARY CESSATION)

ผู้ป่วยควรได้รับการแนะนำตั้งแต่เริ่มต้นการบำบัดรักษาถึงเงื่อนไขว่าด้วยการที่สถานบริการสามารถหยุดการรักษาของผู้ป่วยโดยไม่สมัครใจได้ตามเห็นสมควร การพิจารณาประเด็นการหยุดให้การรักษาโดยไม่สมัครใจนั้นควรทำอย่างระมัดระวัง และพิจารณาถึงความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในบางกรณีอาจจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยหยุดรับการรักษาโดยไม่สมัครใจเพื่อหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ เช่น

- การทำร้าย/ขู่ทำร้ายเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยคนอื่น ๆ
- การทำลาย/ขโมย ทรัพย์สินของสถานบริการ
- การค้าขายยาบำบัดทดแทน
- การหลีกเลี่ยงการรับยาหลาย ๆ ครั้ง

ในบางกรณีปัญหา/ความเสี่ยงดังกล่าวอาจถูกคลี่คลายโดยการย้ายโอนผู้ป่วยไปยังสถานบริการ/โปรแกรมการรักษาอื่น แทนการให้ผู้ป่วยหยุดรับการรักษาอย่างสิ้นเชิง จึงควรพิจารณาทุกทางเลือกอย่างถี่ถ้วน อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดีในกรณีที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการหยุดให้การรักษาโดยไม่สมัครใจได้นั้น ควรให้ผู้ป่วยค่อยๆลดปริมาณโดสยาที่ได้ลงหากเป็นไปได้ และควรแนะนำผู้ป่วยถึงทางเลือกการรักษาอื่นๆ และความเสี่ยงต่อการกลับไปใช้ยาโอปิออยด์ และโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีภาวะติดยาน้อยลง ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อภาวะยาเกินขนาดตามมาได้ การให้คำแนะนำนี้ควรได้รับการบันทึกอย่างชัดเจนลงในเวชระเบียน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการหยุดให้การรักษาโดยไม่สมัครใจ

ควรได้รับการวางแผนการรักษาถึงกรณีที่ผู้ป่วยอาจได้กลับมา รพ. เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดซ้ำอีก และควรถูกบันทึกอย่างชัดเจนลงในเวชระเบียนเช่นกัน

การหยุดการรักษาโดยไม่สมัครใจอาจเกิดขึ้นเพราะถูกคุมขัง ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด ผู้บำบัดควรพยายามทุกวิถีทางที่จะให้ยาบำบัดรักษาทดแทนต่อเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะถอนยา/ขาดยา หากทำไม่ได้ ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือแบบประคับประคองอื่นๆ

● การช่วยเหลือด้านจิตสังคม

ควรให้ความสำคัญไปกับการให้ยาบำบัดทดแทนระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

การช่วยเหลือทางจิตสังคม ได้แก่

- การให้การบำบัดแบบเสริมแรง (Contingency management)
- การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy)
- การให้ความช่วยเหลือแบบสั้น (Brief interventions)
- การบำบัดแบบกลุ่มพึ่งพาตนเอง (Self-help groups)

● โปรแกรมเพื่อนช่วยเพื่อน

เป็นส่วนเสริมที่มีประสิทธิภาพและควรจัดให้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาบำบัดทดแทนระยะยาว

อาสาสมัครที่มีศักยภาพควรได้รับการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอเป็นขั้นตอนในการให้ข้อมูลข่าวสารและให้ความรู้ในกลุ่มเพื่อนที่เข้าเสพติด รวมทั้งพัฒนาองค์ความรู้ตลอดเวลา โดยมีกระบวนการตรวจสอบติดตามคุณภาพ ทั้งจากภาครัฐและ/หรือ ภาคประชาสังคม

คลินิกที่ให้บริการยาบำบัดทดแทนระยะยาว ควรมีอาสาสมัคร หรือสร้างเครือข่ายภาคประชาสังคมที่อยู่ใกล้เคียง เพื่อให้มีคนทำงานด้านเพื่อนช่วยเพื่อน ร่วมกันจัดบริการการส่งต่อ และสร้างกลไกการช่วยเหลือผู้ป่วยที่รับยาบำบัดทดแทนระยะยาว

บรรณานุกรม

1. กรมการแพทย์ (2013). มาตรฐานการบำบัดด้วยเมทาโดนระยะยาวของประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี กรุงเทพมหานคร
รายการบรรณานุกรมในเล่ม:
APA. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
Gowing, L. R., Hickman, M., & Degenhardt, L. (2013). Mitigating the risk of HIV infection with opioid substitution treatment. Bulletin of the World Health Organization, 91(2), 148-149. doi: 10.2471/BLT.12.109553
MacArthur, G. J., Minozzi, S., Martin, N., Vickerman, P., Deren, S., Bruneau, J., Hickman, M. (2012). Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. Bmj, 345, e5945. doi: 10.1136/bmj.e5945
WHO, UNODC, & UNAIDS. (2012). Technical guidance for countries to set targets for universal access HIV prevention, Treatment and care for injecting drug users. 2012 revision. Geneva: World Health Organization.
WHO SEARO. (2008). Operational guidelines for the management of opioid use disorder in the South East Asian region. Delhi.
2. HPTN058 (2006). BUP/NX Treatment Manual for 'A Phase III randomized controlled trial to evaluate the efficacy of drug treatment in prevention of HIV infection and death among opiate dependent injectors (HPTN058 Study)', HIV Prevention Trial Network (<https://www.hptn.org/research/studies/45>), Research Institute for Health Sciences, Chiang Mai University.
(Adapted from: Center for Substance Abuse Treatment (2004). The Clinical Guidelines for the Use of Buprenorphine in the Treatment of Opioid Addiction (TIP 40). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), U.S. Department of Health and Human Services, USA)
3. Linda Gowing, Robert Ali, Adrian Dunlop, Mike Farrell and Nick Lintzeris (2014). National Guidelines for Medication-Assisted Treatment of Opioid Dependence. Department of Health, GPO Box 9848, Canberra, Australia.
4. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (30 มีนาคม 2020). แนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
5. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (ไม่ได้ลงวันที่). แนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโอปิออยด์ในสถานการณ์ COVID 19. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
6. ASAM (30 June 2020). Caring For Patients During the Covid-19 Pandemic: Ensuring access to care in opioid treatment programs. ASAM Covid-19 Task Force Recommendations, American Society of Addiction Medicine., <https://www.asam.org/>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 แบบประเมินโดยแพทย์

ใช้แผนงานนี้คัดกรองผู้ป่วยและเริ่มให้การบำบัดด้วยสารทดแทน (เมทาโดน/บูพรีนอร์ฟิน) ระยะยาว

การคัดกรองและการเริ่มเมทาโดน

การยืนยัน/ตรวจสอบคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ทุกข้อ สำหรับการบำบัดด้วยสารทดแทนระยะยาว ดังนี้

- ☐ มีคุณสมบัติครบถ้วนตามหลักเกณฑ์การเป็นผู้เสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (DSM 5)
- ☐ ประเมินทางคลินิกโดยแพทย์
- ☐ ยินยอมโดยสมัครใจ บิดามารดา/ผู้ปกครองยินยอมในกรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี
- ☐ ยืนยันการระบุตัวผู้ป่วยด้วยวิธีที่เหมาะสม

การยืนยันการระบุตัวผู้ป่วยจากเอกสารที่แสดงเมื่อพบผู้ป่วยครั้งแรก ให้ใส่เครื่องหมายในช่อง ☐ ดังนี้

- ☐ บัตรประจำตัวประชาชน
- ☐ ใบขับขี่
- ☐ บัตรประจำตัวอื่น ๆ ยังมีรูปถ่ายยืนยัน

หรือ ถ้าหากบัตรประจำตัวไม่มีรูปถ่ายยืนยัน ให้ทำเครื่องหมายในช่อง ☐ ดังนี้

- ☐ ยืนยันการระบุตัวผู้ป่วยโดยวิธีอื่น ๆ ที่ยอมรับได้
- ☐ จัดทำบัตรประจำตัวให้ผู้รับบริการ (ควรมีรูปถ่าย) เพื่อใช้ในโปรแกรมบำบัดด้วยสารทดแทนระยะยาว เพื่อแสดงต่อเจ้าพนักงานผู้บังคับใช้กฎหมายว่าเป็นผู้ที่กำลังรับการบำบัดรักษา (ในกรณีที่จำเป็น)

การประเมินทางคลินิก

ทำเครื่องหมายใน ☐ ช่องใดช่องหนึ่งหากได้รับการยืนยันว่าเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์โดยแพทย์

- ☐ ไม่มีอาการ (ไม่มีอาการใด ๆ หรือมีอาการเพียง 1 อย่าง)
- ☐ มีอาการเล็กน้อย (พบว่ามีอาการ 2-3 อย่าง)
- ☐ มีอาการปานกลาง (พบว่ามีอาการ 4-5 อย่าง)
- ☐ มีอาการรุนแรง (พบว่ามีอาการ 6 อย่างขึ้นไป)
- ☐ ตรวจคัดกรองสารเสพติดในปัสสาวะ และยืนยันว่าใช้สารกลุ่มโอปิออยด์
- ☐ ประเมินทางคลินิกแบบองค์รวม
- ☐ ติดต่อ (ทางโทรศัพท์) กับผู้ให้บริการครั้งก่อน

รายชื่อผู้ให้บริการ / ที่อยู่ติดต่อได้.....

ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยดังนี้

ทำเครื่องหมายในช่องที่ดำเนินการแล้ว

- ☐ ข้อมูลเกี่ยวกับยาเสพติดที่ใช้ในปัจจุบันและในอดีต (รวมทั้งแอลกอฮอล์)
- ☐ ความเสี่ยงต่าง ๆ ของการใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน รวมทั้งวิธีการฉีดยาอย่างปลอดภัย
- ☐ ความเสี่ยงของการใช้สารเสพติดหลาย ๆ ตัว ปฏิกริยาระหว่างกันของสารชนิดต่าง ๆ ที่เสพ และการใช้สารเสพติดเกินขนาด
- ☐ ข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบ วัณโรค และภาวะทางการแพทย์อื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด
- ☐ ข้อมูลเกี่ยวกับสารทดแทน (เมทาโดนและบูพรีนอร์ฟิน)
- ☐ พูดคุยอธิบาย และตัดสินใจเลือกทางเลือกวิธีการรักษา
- ☐ ให้คำยินยอมโดยสมัครใจ
- ☐ กระบวนการในการชักนำให้บำบัดด้วยสารทดแทนระยะยาว และการใช้สารทดแทนในปริมาณคงที่
- ☐ ให้ความสำคัญต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตสังคม และโรคประจำตัวอื่น ๆ ด้วยการส่งต่อผู้ป่วย และเชื่อมโยงกับโปรแกรมอื่น ๆ ที่เหมาะสม เช่น เอชไอวี วัณโรค สุขภาพจิต เป็นต้น

ปริมาณเริ่มต้นที่แนะนำอยู่ที่.....มิลลิกรัม

ลงลายมือชื่อ.....นายแพทย์/แพทย์หญิง.....

ทำเครื่องหมายในช่องบริการที่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ว่าอาจต้องใช้ (ยังไม่ได้ยืนยัน) และที่ทำได้แล้ว

ตั้งครุฑ / การดูแลก่อนคลอด	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ทำเสร็จแล้ว
เอชไอวี	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ทำเสร็จแล้ว
ไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี (HBV, HCV)	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ทำเสร็จแล้ว
วัณโรค	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ทำเสร็จแล้ว
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ทำเสร็จแล้ว
โรคติดต่ออื่น ๆ หรือเจ็บป่วย	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ทำเสร็จแล้ว
บริการทางจิตเวช หรือสุขภาพจิต	☐ มีข้อบ่งชี้	☐ ทำเสร็จแล้ว

ภาคผนวก 2 การประเมินแบบองค์รวม

(INITIAL COMPREHENSIVE CLINICAL ASSESSMENT SCHEMA)

การประเมินแบบองค์รวมเบื้องต้น ควรดำเนินการโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขวิชาชีพอื่น ภายใต้การกำกับดูแลและยืนยันโดยแพทย์

ประวัติผู้ป่วย	คำถามหลัก
การใช้ยาเสพติดและแอลกอฮอล์ในปัจจุบันและในอดีต • สารกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid) • แอมเฟตามีน (Amphetamines) • เบนโซไดอะซีพีน (Benzodiazepines) • แอลกอฮอล์ (Alcohol) • ยาอื่น ๆ ทั่วไป เช่น ยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressants)	• ชนิดของยา • อายุเมื่อเริ่มต้นใช้ครั้งแรก • อายุเมื่อใช้ทุกวัน / ติดยา • ปริมาณที่ใช้ในปัจจุบัน / ความถี่ และวิธีการใช้ยา • อายุเมื่อเริ่มฉีดยาเสพติด • การรักษาในปัจจุบันและในอดีต (ที่ใด และผลการรักษา) เช่น ปริมาณสารทดแทน หรือยาต้านซึมเศร้า (Antidepressants) ที่เคยใช้ก่อนหน้านี้
สุขภาพจิต ประกอบด้วย • ภาวะซึมเศร้า • ความวิตกกังวล • ภาวะคลุ้มคลั่ง • โรควิต • การทำร้ายตนเอง การทำร้ายผู้อื่น	• เหตุการณ์ในอดีต • การรักษาในปัจจุบันและในอดีต (สถานที่รายละเอียดที่สามารถติดต่อได้)
ภาวะโรคร่วม	• ไวรัสตับอักเสบ และโรคตับเรื้อรัง • เอชไอวี • การบาดเจ็บและโรคที่สัมพันธ์กับการฉีดสารเสพติด • วัณโรค
ประวัติของผู้ป่วย ครอบครัว และสถานะทางจิตสังคม	• สภาพความเป็นอยู่ • ประเด็นทางกฎหมาย ซึ่งรวมถึงประวัติการถูกจำคุก • การจ้างงาน • ระดับการศึกษา • ความช่วยเหลือและความสัมพันธ์ของครอบครัว • ประเด็นอื่น ๆ

การตรวจร่างกาย	การพิจารณาวินิจฉัย
- รอยการฉีดยาเสพติด - การอักเสบ อาการติดเชื้อหรือความเสียหายของหลอดเลือดที่สัมพันธ์กับการฉีดยาเสพติด - การติดเชื้อฉวยโอกาส - การติดเชื้อวัณโรค - ตับอักเสบหรือโรคตับ	- ผิวหนังอักเสบ (Cellulitis and abscesses) - เส้นเลือดดำอักเสบ (Thrombophlebitis) - โลหิตเป็นพิษ - การติดเชื้อของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal infections) - โรคทางระบบไหลเวียนโลหิต (Endovascular complications) - การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ, การติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค

การตรวจสภาพทางจิต	การพิจารณาวินิจฉัย
ควรประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเพื่อดูอาการร่วมทางจิตเวช เช่น ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความป่วยทางจิตที่พบบ่อยที่สุดในผู้ฉีดยาเสพติด	- ความผิดปกติทางจิตเวช ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	อาจต้องส่งต่อหรือเชื่อมโยงกับบริการอื่น
ตรวจเอชไอวี และให้คำปรึกษา ตรวจการตั้งครรภ์ ตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ตรวจคัดกรองวัณโรค ตรวจคัดกรองยาเสพติดในปัสสาวะ	- หากไม่มีบริการตรวจเอชไอวีและให้คำปรึกษา ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการที่มีบริการตรวจเอชไอวีและให้คำปรึกษาที่อยู่ใกล้เคียง - การตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอมีความสำคัญ - พิจารณาให้วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (หากมีพร้อม) - โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี - เพื่อยืนยันการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์

ภาคผนวก 3 การทบทวนทางคลินิก

ผู้ป่วยควรได้รับการทบทวนปริมาณสารทดแทนที่ใช้โดยแพทย์หรือพยาบาล ตามช่วงเวลาดังนี้

- วันที่ 1 (4 ชั่วโมงหลังจากให้เมทาโดนครั้งแรก หรือ ทุก 1 ชั่วโมงหลังจากให้บูพรีนอร์ฟินครั้งแรก)
- วันที่ 2, 3 หรือวันที่ 4 อาจพิจารณาให้ยากลับไปทานที่บ้าน และนัดหมายปรับยาทางโทรศัพท์
- สิ้นสุดสัปดาห์ที่ 1
- อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งภายใน 1 เดือน หรือจนกระทั่งได้รับสารทดแทนขนาดคงที่
- อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์ภายใน 3 เดือน
- หลังจากนั้น อย่างน้อยเดือนละครั้ง
- เมื่อไหร่ก็ตามที่มีการเปลี่ยนปริมาณ หรือมีข้อบ่งชี้จากการทบทวนผู้ป่วย

การทบทวนโดยแพทย์และพยาบาลควรให้ครอบคลุมขอบเขตดังต่อไปนี้

ประวัติผู้ป่วย

- ปริมาณสารทดแทนที่ใช้ในปัจจุบัน
- ปริมาณยาเสพติดและแอลกอฮอล์ที่ใช้ในปัจจุบัน เช่น เฮโรอีน, Amphetamines, Benzodiazepines, มีอื่น ๆ ที่ใช้ทั่วไป, แอลกอฮอล์ และสารเสพติดอื่น ๆ
- โรคประจำตัว เช่น ไวรัสตับอักเสบบี โรคตับเรื้อรัง อาการบาดเจ็บและโรคที่สัมพันธ์กับการฉีดยาเสพติด การติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรค
- ประเด็นต่าง ๆ ทางจิตสังคมที่สำคัญ

การตรวจร่างกาย

- อาการขาดยา หรือภาวะเมายาจากสารทดแทน
- อาการและเงื่อนไขทางคลินิกอื่น ๆ (อาจจำเป็นต้องตรวจปัสสาวะเพื่อยืนยันว่าใช้ยาเสพติดหรือไม่)

การตรวจสภาพทางจิต

- ตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล คลุ้มคลั่ง โรคจิต ทำร้ายตนเองและผู้อื่น

การบริหารจัดการแผนการรักษา

- ปรับแผนการรักษาผู้ป่วยตามผลการประเมิน / ทบทวนการรักษาผู้ติดยาเสพติด

ภาคผนวก 4 หลักเกณฑ์ตาม DSM V สำหรับภาวะเมายาและขาดยา

ภาวะเมายาจากการเสพติดสารกลุ่มโอปิออยด์ (OPIOID INTOXICATION)

คำจำกัดความของภาวะเมายาจากการเสพติดสารโอปิออยด์ (Opioid intoxication) ตาม The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM V) (APA, 2013) หมายถึง

ก. ใช้สารกลุ่มโอปิออยด์เมื่อไม่นานมานี้

ข. เป็นปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและจิตที่มีนัยสำคัญทางด้านการรักษา เช่น อาการเคลิ้มสุขก่อนเปลี่ยนเป็นไร้อารมณ์ (Initial euphoria followed by apathy) อาการกังวลใจ (Dysphoria) กระสับกระส่ายหรือเคลื่อนไหวช้า (Psychomotor agitation or retardation) วิจารณ์ญาณบกพร่อง (Impaired judgment) ที่เกิดขึ้น ขณะกำลังใช้หรือภายหลังการใช้สารโอปิออยด์ทันที

ค. ม่านตาหดตัว (หรือรูม่านตาขยาย เนื่องจากสมองขาดออกซิเจนที่เป็นผลมาจากการใช้ยาเกินขนาดอย่างรุนแรง) และมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง (หรือมากกว่า) ที่เกิดขึ้นขณะกำลังใช้ หรือภายหลังการใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ทันที

1. ง่วงซึม หลับลึก
2. พูดไม่ชัด เสียงยานคาง
3. สูญเสียสมาธิหรือความจำบกพร่อง

ง. อาการและอาการแสดงไม่ได้สืบเนื่องมาจากเงื่อนไขทางการแพทย์อื่น และไม่ได้อธิบายไว้ในความผิดปกติทางจิตเวชอื่น ซึ่งรวมถึงการมาจากการเสพยาเสพติดอื่น

การขาดสารกลุ่มโอปิออยด์ (OPIOID WITHDRAWAL)

คำจำกัดความของการขาดสารกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid withdrawal) ตาม DSM V หมายถึง

ก. การเกิดเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งดังนี้

1. การหยุด (หรือการลด) การใช้สารกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งได้ใช้อย่างหนักและนาน (หลายสัปดาห์หรือนานกว่านั้น)
2. การใช้สารที่มีฤทธิ์ยับยั้งฤทธิ์ของสารกลุ่มโอปิออยด์ (Opioid antagonist) หลังจากใช้สารกลุ่มโอปิออยด์มา

ระยะหนึ่ง

ข. เกิดอาการดังต่อไปนี้ 3 อย่าง (หรือมากกว่า) ภายในเวลาตั้งแต่ไม่กี่นาที จนถึงหลายวัน ภายหลังเหตุการณ์ตามหลักเกณฑ์ในข้อ ก.

1. อารมณ์ซึมเศร้า (Dysphoric mood)
2. อาการคลื่นไส้และอาเจียน (Nausea and vomiting)
3. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Muscle aches)
4. น้ำมูกน้ำตาไหล (Lacrimation or rhinorrhea)
5. รูม่านตาขยาย (Pupillary dilation) ขนลุก (Piloerection) หรือเหงื่อออก (Sweating)
6. ท้องเดิน (Diarrhea)
7. หาว (Yawning)
8. มีไข้ (Fever)
9. นอนไม่หลับ (Insomnia)

ค. อาการและอาการแสดงตามหลักเกณฑ์ในข้อ ข. ก่อให้เกิดความทุกข์ที่มีนัยสำคัญทางการรักษา หรือความบกพร่องทางด้านสังคม อาชีพการทำงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่มีความสำคัญต่อการทำหน้าที่

ง. อาการและอาการแสดงไม่ได้สืบเนื่องมาจากเงื่อนไขทางการแพทย์อื่น และไม่ได้อธิบายไว้ในความผิดปกติทางจิตเวชอื่น ซึ่งรวมถึงการมาจากการเสพยาเสพติดอื่น

ภาคผนวก 5 ระดับอาการขาดสารอนุพันธ์ฝิ่น (Clinical Opiate Withdrawal Scale, COWS)

ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เข้ารับการบำบัดรักษา
วันที่.....HN.....AN.....

อาการแสดงทางคลินิก	วัน เวลา	วัน เวลา	วัน เวลา	วัน เวลา	วัน เวลา	วัน เวลา	วัน เวลา	วัน เวลา	วัน เวลา	วัน เวลา	วัน เวลา
1. อัตรารีดในขณะพัก (วัดเป็นครั้งต่อนาที) วัดหลังจากที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอนเป็นเวลา 1 นาที											
2. การมีเหงื่อออก : ในครึ่งชั่วโมงที่ผ่านมาโดย ไม่รวมเหงื่อที่เกิดจากอุณหภูมิของห้อง และ กิจกรรมของผู้ป่วย											
3. กระวนกระวาย : สังเกตระหว่างที่ประเมิน											
4. ขนาดรูม่านตา											
5. อาการปวดกระตุกและข้อ : ถ้าผู้ป่วยมี อาการปวดก่อนหน้านี้ให้คะแนนเฉพาะ อาการปวดเพิ่มเติมที่เนื่องมาจาก การขาดยา เท่านั้น											
6. น้ำมูกหรือน้ำตาไหล ไม่นับรวมอาการที่มา จากการเป็นหวัดหรือการแพ้											
7. อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร : ในช่วงระยะเวลาครึ่งชั่วโมงที่ผ่านมา											
8. อาการสั่น : สังเกตเมื่อให้ผู้ป่วยยืนแขน ออกมา											
9. การหนาว : สังเกตในระหว่างการประเมิน											
10. อาการวิตกกังวลและหงุดหงิด											
11. อาการขมลูก											
คะแนนรวม											
5-12 = มีอาการถอนพิษระดับเล็กน้อย											
13-24 = มีอาการถอนพิษระดับปานกลาง											
25-36 = มีอาการถอนพิษระดับค่อนข้างรุนแรง											
มากกว่า 36 = มีอาการถอนพิษระดับรุนแรง											
ขนาดของเมทาโดนที่ได้รับ											
ชื่อของผู้ประเมิน											

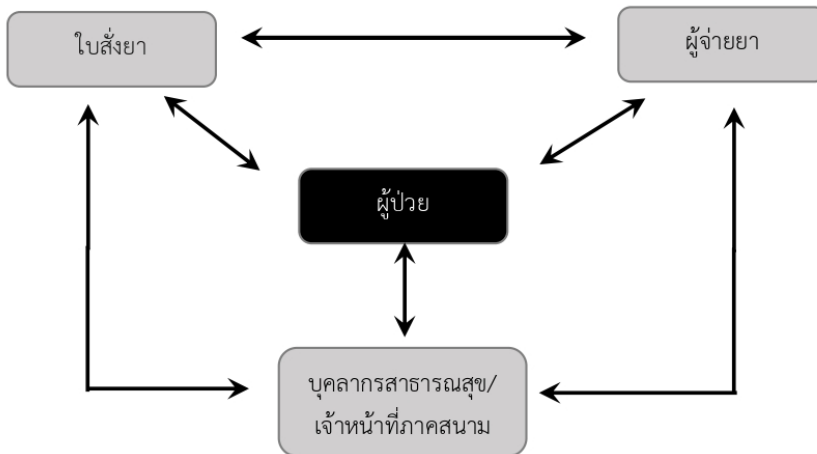
1. อัตราชีพจรในขณะพัก (วัดเป็นครั้งต่อนาที) วัดหลังจากที่ผู้ป่วยนั่งหรือนอนเป็นเวลา 1 นาที 0 ชีพจร 80 หรือต่ำกว่า 1 ชีพจร 81-100 2 ชีพจร 101-120 4 ชีพจรสูงกว่า 120	2. การมีเหงื่อออก : ในครึ่งชั่วโมงที่ผ่านมาโดยไม่รวมเหงื่อที่เกิดจากอุณหภูมิของห้องและกิจกรรมของผู้ป่วย 0 ไม่มีอาการหนาวสั่นหรือหน้าแดง 1 รายงานโดยผู้ป่วย 1 ครั้งว่ามีอาการหนาวสั่นและหน้าแดง 2 หน้าแดงและมีเหงื่อออกขึ้นที่หน้าที่สังเกตได้ 3 มีเหงื่อออกเป็นเม็ดบริเวณคิ้วและใบหน้า 4 เหงื่อไหลเต็มหน้า	3. กระวนกระวาย : สังเกตระหว่างที่ประเมิน 0 สามารถนั่งนิ่งได้ 1 มีอาการนั่งที่ยากแต่ยังสามารถทำได้ 3 การเปลี่ยนท่าหรือการเคลื่อนไหวของแขนหรือขามากกว่าปกติ 5 ไม่สามารถที่จะนั่งนิ่งได้เกินวินาที
4. ขนาดรูม่านตา 0 รูม่านตาสีขนาดเล็กหรือปกติในแสงไฟห้องปกติ 1 รูม่านตาสีขนาดใหญ่กว่าปกติในแสงไฟห้องปกติ 2 รูม่านตาสีขมเขียวปานกลาง 3 รูม่านตาสีขมเขียวมากจนกระทั่งมองเห็นของม่านตา	5. อาการปวดกระดูก/ข้อ: ถ้าผู้ป่วยมีอาการปวดก่อนหน้านี้นี้ให้คะแนนเฉพาะอาการปวดเพิ่มเติมที่เนื่องมาจากการขยายเท่านั้น 0 ไม่มีอาการ 1 ไม่สุขสบายเล็กน้อย 2 รายงานอาการปวดของข้อและกล้ามเนื้ออย่างมาก 4 ผู้ป่วยปวดข้อและกล้ามเนื้อและไม่สามารถที่จะนั่งเฉยได้เนื่องจากความเจ็บปวด	6. น้ำมูกหรือน้ำตาไหล : ไม่นับรวมอาการที่มาจากความเป็นหวัดหรือการแพ้ 0 ไม่มีอาการ 1 คัดจมูกและมักมีน้ำตาขึ้นที่ตา 2 น้ำมูกหรือน้ำตาไหล 4 น้ำมูกไหลตลอดเวลาหรือน้ำตาไหลเป็นทาง
7. อาการผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร : ในช่วงระยะเวลาครึ่งชั่วโมงที่ผ่านมา 0 ไม่มีอาการทางระบบทางเดินอาหาร 1 ปวดท้อง 2 คลื่นไส้ หรืออุจจาระเป็นน้ำ 3 อาเจียน หรือท้องเดิน 5 มีอาการท้องเดินหรืออาเจียนหลายครั้ง	8. อาการสั่น : สังเกตเมื่อให้ผู้ป่วยยืนแขนออกมา 0 ไม่มีอาการสั่น 1 อาการสั่นรู้สึกได้แต่สังเกตไม่เห็น 2 สังเกตอาการสั่นได้เพียงเล็กน้อย 4 มีการสั่นเห็นได้ชัดหรือการชักกระตุกของกล้ามเนื้อ	9. การหาว : สังเกตในระหว่างการประเมิน 0 ไม่มีการหาว 1 หาว 1-2 ครั้งระหว่างประเมิน 2 หาว 3 ครั้งหรือมากกว่าระหว่างประเมิน 4 หาวหลายครั้งต่อหน้าที่ประเมิน
10. อาการวิตกกังวลและหงุดหงิด 0 ไม่มี 1 ผู้ป่วยรายงานว่ามีอาการหงุดหงิด 2 ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดหรือวิตกกังวลเห็นได้ชัดเจน 4 ผู้ป่วยหงุดหงิดหรือวิตกกังวลจนกระทั่งเกิดความลำบากในการให้ความร่วมมือในการประเมิน	11. อาการขนลุก 0 ผิวหนังเย็น 3 ขนลุกจนสามารถรู้สึกได้หรือมีอาการขนลุกตามแขน 5 มีอาการขนลุกเด่นชัด	

ภาคผนวก 6 บทบาทและความรับผิดชอบของทีมผู้ให้การรักษา

ทีมผู้ให้การรักษา จำเป็นต้องประกอบด้วยเจ้าหน้าที่เป็นผู้สั่งยา (Prescriber) ซึ่งโดยปกติแพทย์เป็นผู้สั่งยา เภสัชกร หรือพยาบาลเป็นผู้จ่ายยา (Dispenser) พยาบาลและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (Allied Health Staff) และผู้ทำงานเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Workers) เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการประสานระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้ให้การรักษา ทีมผู้ให้รักษาควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

- สื่อสารอย่างชัดเจน และจัดทำเอกสารเพื่อป้องกันการเข้าใจผิด
- แสดงความห่วงใย หรือตั้งคำถาม หากบทบาทหรือการบริหารจัดการไม่ชัดเจน
- ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน
- เคารพบทบาทของผู้ร่วมทีมแต่ละคน
- ประชุมทีมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับการบริหารจัดการผู้ป่วย โดยเน้นผู้ป่วยรายที่มีความยาก และซับซ้อน

ทีมผู้ให้รักษาโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (WHO SEARO, 2008)



6.1 แพทย์

บทบาทและความรับผิดชอบของแพทย์ มีดังนี้

1. เป็นผู้นำโปรแกรมการรักษา และเป็นหัวหน้าทีมรักษาผู้ป่วย รับผิดชอบวิธีการรักษาผู้ป่วยซึ่งหมายถึงการทำการตรวจสอบ การประเมินผู้ป่วยซ้ำในทุกด้าน
2. เป็นหัวหน้าทีมในคลินิก รับผิดชอบการบริหารจัดการผู้ป่วย ตรวจสอบองค์ประกอบของการประเมินและบริการทางเลือกในการบำบัดรักษา
3. วินิจฉัยและลงบันทึกการเสด็จสื่อสารกลุ่มโอปิออยด์ของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมาที่สถานบริการ
4. ทำการประเมินผู้ป่วยทางคลินิกแบบองค์รวมเบื้องต้น และบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมิน
5. จัดทำเอกสารแผนการรักษาเบื้องต้นที่มีความชัดเจน
6. พูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับความเสี่ยง/ประโยชน์ของการบำบัดด้วยสารทดแทนก่อนเริ่มต้นรักษา

7. ติดต่อกับแพทย์คนก่อน หรือสถานบริการที่เคยให้บริการรักษาด้วยสารทดแทนแก่ผู้ป่วย
8. ทบทวนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อมีข้อบ่งชี้ และลงบันทึกอย่างเหมาะสม
9. ประสานงานโดยสม่ำเสมอกับสมาชิกในทีมรักษา (พยาบาล เกสซิกกร ผู้ให้คำแนะนำแบบเพื่อนช่วยเพื่อน) เพื่อกำกับติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วย
10. มีความรู้ทางคลินิกของการบริหารจัดการการบำบัดด้วยสารทดแทนระยะยาวอย่างรอบด้าน
11. ฝึกอบรมหรือกำกับดูแลสมาชิกอื่น ๆ ในทีมในการให้การรักษาผู้ป่วยด้วยสารทดแทนระยะยาว
12. ส่งจ่ายสารทดแทนในปริมาณที่เหมาะสม (ปริมาณตั้งต้น และปริมาณเป้าหมาย (Induction, Target dosage) และลงบันทึกอย่างถูกต้อง
13. การปรับลดขนาดยา การหยุดยาของผู้ป่วย
14. ร่วมมือและพัฒนาความสัมพันธ์ด้านวิชาชีพกับทีมให้การรักษาโรคอื่น ๆ เช่น ทีมเอชไอวีทั้งที่อยู่ในและนอกคลินิก / โรงพยาบาล เพื่อให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ เช่น เอชไอวี วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากมีข้อบ่งชี้
15. ร่วมประชุมปรึกษาหารือด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
16. ให้บริการการรักษาและส่งต่อที่เหมาะสมในรายที่มีความซับซ้อน มีปัญหาทางยาหรือการเจ็บป่วยทางจิต

6.2 พยาบาล

บทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาล มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ประสานจัดเตรียมความพร้อมของเอกสาร
2. เป็นผู้ประสานระหว่างผู้ป่วยและแพทย์
 - ก. ประเมินผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกแต่ละครั้ง (อาจแตกต่างกันแล้วแต่นิตของบริการ) ตามแบบประเมิน COWS ตรวจสอบอาการขาดยา หรือภาวะเมายา หากพบว่ามีการขาดยา หรือภาวะเมายา ให้รายงานต่อแพทย์ทันทีพร้อมดำเนินการตาม CPG
 - ข. รับฟังปัญหา และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการบำบัดรักษา
 - ค. ลงบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย และรายงานต่อแพทย์
3. เป็นผู้ประสานงานในทีมสหวิชาชีพ
 - ก. ประสานกับสมาชิกทุกคน ในทีมผู้ให้การรักษา
 - ข. ประสานไม่ให้งานมีความซ้ำซ้อน หรือเข้าใจผิดกัน
4. เป็นผู้สนับสนุนหลักแก่เจ้าหน้าที่และผู้ป่วย
 - ก. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหากจำเป็น
 - ข. ให้การสนับสนุนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทของตนได้หากจำเป็น
5. สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้านการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น
 - ก. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามข้อตกลงการบริการ ตั้งแต่ครั้งแรกที่ผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิก
 - ข. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการช่วยเหลือทั่วไป

ค. ให้คำปรึกษาและสอนเกี่ยวกับการลดอันตรายจากการใช้ยา เช่น เอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบ วัณโรค การฉีดยาอย่างปลอดภัย การบำบัดด้วยสารทดแทน การใช้ยาเกินขนาด และเงื่อนไขต่าง ๆ ทางกายภาพ

ง. ตรวจสอบให้มีการเซ็นใบยินยอม

6. บทบาทในการจัดสวัสดิการทางสังคม ประสานส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงสวัสดิการทางสังคม
7. ประเมินทางคลินิก
8. ร่วมประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
9. ลงบันทึกข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่รวบรวมไว้อย่างสม่ำเสมอ
10. จัดเตรียมยา / อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพในกรณีฉุกเฉิน

6.3 ผู้จ่ายยา / เกสเซอร์

ผู้จ่ายสารทดแทน ซึ่งอาจเป็นเกสเซอร์ มีบทบาทและความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

1. จัดทำรายงานการรับจ่าย และการใช้สารทดแทนที่เหมาะสม เพื่อส่งให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตามแบบรายงานที่ถูกต้อง
2. มีการประกันคุณภาพสารทดแทน และมีการบริหารจัดการคลังยาที่ดี
3. สร้างความมั่นใจในการใช้สารทดแทนในการบำบัดระยะยาวอย่างปลอดภัย เพื่อลดความเสี่ยงการใช้ยาเกินขนาด

ก. ตรวจสอบวันหมดอายุอย่างสม่ำเสมอ

ข. ใช้เมทาโดนในรูปแบบน้ำ ใช้บูพรินอร์ฟินในรูปแบบเม็ด

ค. ใช้หน่วยเป็นมิลลิกรัมเสมอ

4. จ่ายยาให้ตรงกับตัวผู้ป่วย โดยตรวจสอบจากบัตรประจำตัวผู้ป่วย
5. รับใบสั่งยา ตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยา รวมถึงชื่อนามสกุลผู้ป่วยและขนาดการใช้ยา
6. จ่ายสารทดแทนตามมาตรฐานการบำบัดด้วยสารทดแทนระยะยาว
7. ตรวจสอบติดฉลากยาที่ถูกต้อง ตามขนาดยาที่จะให้ผู้ป่วยนำไปกินที่บ้าน

ก. เตรียมสารทดแทนเป็นสูตรตำรับยาตามมิลลิกรัม (เช่น เม็ด น้ำ หรือน้ำเชื่อม) ตามแพทย์สั่ง

ข. ฉลากยาควรประกอบด้วยชื่อยาข้อความเตือน เช่น “เมทาโดนสำหรับรับประทาน” “ห้ามนำไปฉีด” “มีความเสี่ยงจากการใช้ยาเกินขนาด” “ขนาดยาเมทาโดนมิลลิกรัม”

8. ให้ข้อมูลด้านยาแก่ผู้ป่วย แพทย์ และสมาชิกอื่น ๆ ในทีมให้การรักษา
9. ร่วมประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
10. ลงบันทึกข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่รวบรวมไว้อย่างสม่ำเสมอ

6.4 ทีมสหวิชาชีพ (ALLIED HEALTH STAFF)

- นักสังคมสงเคราะห์

บทบาทและความรับผิดชอบของนักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker) ให้ความช่วยเหลือทางด้านสังคมและสวัสดิการแก่ผู้ป่วย โดยการส่งต่อผู้ป่วยกับบริการช่วยเหลือทางสังคมและสวัสดิการที่เหมาะสม เพื่อสนองความจำเป็นในการปรับปรุงสถานการณ์ทางจิตสังคมของผู้ป่วย ดังนี้

1. บทบาทในการค้นหาความจริง

- ก. พบปะและประสานงานกับครอบครัวของผู้ป่วย
- ข. ทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมและความเครียดของครอบครัว
- ค. ให้ความช่วยเหลือด้านสังคมแก่สมาชิกของครอบครัว

2. ติดตามผู้ป่วยในชุมชน

- 3. ให้หมายเลขโทรศัพท์ของตนที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ในสถานการณ์วิกฤติ
- 4. ประสานงานกับชุมชนในการ “รับ” ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน
- 5. ให้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวข้างต้นแก่ทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ
- 6. ร่วมประชุมวางแผนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- 7. ลงบันทึกข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมไว้อย่างสม่ำเสมอ

- นักจิตวิทยา

บทบาทและความรับผิดชอบของนักจิตวิทยา ได้แก่

- 1. ให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย
- 2. ประสานงานกับจิตแพทย์หากจำเป็น
- 3. ทำความเข้าใจกับประเด็นต่าง ๆ ด้านบุคลิกภาพของผู้ป่วย และให้ความช่วยเหลือด้านจิตบำบัด

หากจำเป็น

- 4. ฝึกอบรมทักษะชีวิต
- 5. ฝึกอบรมสร้างเสริมสมรรถนะด้านจิตวิทยาและการศึกษาทางจิต
- 6. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังกลุ่มต่าง ๆ ที่ทำงานด้านเสริมการให้ความช่วยเหลือ เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง

หากมีความเหมาะสม

- 7. นักจิตวิทยามีบทบาทที่เข้มแข็งต่อกรณีของผู้ป่วยที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อละเว้นยาเสพติด
- 8. ร่วมประชุมปรึกษาหารือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
- 9. ลงบันทึกข้อมูลข่าวสารทั้งหมดที่รวบรวมไว้อย่างสม่ำเสมอ

6.5 อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน (PEER COUNSELOR)

อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน ควรเป็นบุคคลที่มีทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี และเป็นผู้ที่สนใจการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้ยาเสพติด

อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน มีบทบาทดังนี้

- 1. เชื่อมการสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย ใช้การสื่อสารและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย สร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล และทีมผู้ให้การรักษา
- 2. สอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย
- 3. ร่วมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายผู้ใช้ยาและผู้ร่วมเครือข่ายโดยการสนับสนุนในกิจกรรมต่าง ๆ
- 4. สร้างความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย
- 5. สร้างความเข้าใจกับชุมชนในประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

6. ช่วยเหลือและช่วยให้ผู้ป่วยมีความกล้าในการรับบริการดูแลสุขภาพ การร่วมอยู่ในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และให้ความสำคัญกับประเด็นติตราและเลือกปฏิบัติ

7. ระบุสิ่งที่ท้าทายและประเด็นปัญหาต่าง ๆ ของโปรแกรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นที่เกี่ยวกับการยอมรับโปรแกรมและการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในประเด็นต่าง ๆ

8. สร้างความสัมพันธ์กับผู้ใช้ยาในชุมชน และแนะนำให้การรักษาสถานบริการสุขภาพหรือศูนย์รักษาผู้ติดยาที่อยู่ในพื้นที่ตามความเหมาะสม

9. ให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้ยาในชุมชน

10. ให้ข้อมูลและประสานงานให้สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยา

อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนต้องอยู่ในกรอบจริยธรรมที่ดีและควรปฏิบัติดังนี้

- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นกลางแก่ผู้ป่วย
- ให้ข้อมูลที่ช่วยผู้ป่วยในการรักษาสุขภาพ
- ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์
- รักษาความลับของผู้ป่วย ยกเว้นกับทีมผู้ให้การรักษา

ข้อจำกัดของอาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน

- อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนไม่สามารถสั่งยาได้
- การใช้ยาเกิดขึ้นทุกชั่วโมงและทุกวันในแต่ละปี อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนไม่สามารถทำงานได้ทุกชั่วโมง และอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้าและสมรรถนะลดลง
- ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเป็นสิ่งที่ไม่สร้างสรรค์ และบางครั้งเป็นอันตราย ดังนั้น จึงจำเป็นที่อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนควรให้ข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ตนเองสอนเท่านั้น
- หากไม่แน่ใจ อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อนควรส่งต่อผู้ป่วยของตนไปยังบุคลากรที่มีความรู้

6.6 ผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลักของทีมให้การรักษา เมื่อผู้ป่วยยอมรับการรักษา จะถูกคาดหวังว่าจะเข้าร่วมในกระบวนการรักษาเพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จ

ผู้ป่วยมีบทบาทและความรับผิดชอบดังนี้

1. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลาแก่ทีมให้การรักษา ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาสุขภาพจิตและสุขภาพกาย
2. ซักถามหากไม่เข้าใจการรักษา หรือสับสนเกี่ยวกับประเด็นบริหารจัดการอื่น ๆ
3. มีส่วนร่วมในการออกแบบการรักษาของตนเอง
4. รายงานความวิตกกังวลแก่ทีมให้การรักษาให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
5. ยึดมั่นต่อการรักษาและการนัดหมายให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
6. ปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อบังคับของสถานบริการ
7. รับการรักษาภายหลังการยินยอมรับการรักษาเท่านั้น

8. เคารพสิทธิ์ของผู้ป่วยคนอื่น ๆ และความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งการแสวงหาการรักษา
ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
9. ไม่ใช้ยาเสพติดที่สถานบริการ และไม่ข้องเกี่ยวกับการซื้อขายยาเสพติดในสถานบริการ

ภาคผนวก 7 ตัวอย่างบัตรประจำตัวผู้ป่วย

ด้านหน้า

บัตรประจำตัวผู้เข้ารับการบำบัดรักษา	
รูป	
ลำดับที่...../.....ชื่อสถานพยาบาล.....	
ที่ตั้ง	
หมายเลขโทรศัพท์	
ชื่อ.....อายุ.....ปี	
หมายเลขทะเบียนผู้เข้ารับการบำบัดรักษา.....	
ได้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในระยะ ☐ ถอนพิษยา ☐ การใช้สารทดแทนระยะยาว	
ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....	

ด้านหลัง

บัตรประจำตัวผู้เข้ารับการบำบัดรักษา	
ลงชื่อ	ลงชื่อ
(.....)	(.....)
ผู้อำนวยการสถานพยาบาล	แพทย์ผู้ให้การบำบัดรักษา
ซึ่งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่	
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ เวชกรรม เลขที่	
เพื่อปฏิบัติการตามมาตรา 94	
แห่งพระราชบัญญัติยาเสพติด	
ให้โทษ พ.ศ. 2522	

8. เคารพสิทธิของผู้ป่วยคนอื่น ๆ และความปลอดภัยในการทำงาน รวมทั้งการแสวงหาการรักษาในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
9. ไม่ใช้ยาเสพติดที่สถานบริการ และไม่ข้องเกี่ยวกับการซื้อขายยาเสพติดในสถานบริการ

ภาคผนวก 8 แบบฟอร์มยินยอมให้ทำการรักษา

แบบยินยอมให้ทำการรักษา

สถานที่ให้บริการ.....ที่ตั้ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....(ผู้ป่วย) อายุ.....ปี H.N.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี มีความเกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วย

ยินยอมที่จะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับเพื่อการควบคุมการบำบัดรักษาและวินัยสำหรับสถานพยาบาล เพื่อการวินิจฉัยบำบัดโรคส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ และเพื่อการบรรลุผลสำเร็จการบำบัดรักษาดังต่อไปนี้

1. ข้าพเจ้ายินยอมให้ประวัติ ข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนภูมิหลังของข้าพเจ้าและครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดตามจริง ทุกครั้งที่เข้ารับบริการกับเจ้าหน้าที่
2. ข้าพเจ้ายินยอมให้ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ สภาพจิตใจ และสุ่มตรวจปัสสาวะในช่วงระยะบำบัดและติดตามผล
3. ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระค่ารักษาพยาบาลตามประกาศของสถานพยาบาล.....
4. ข้าพเจ้าจะมารับยาด้วยตนเอง พร้อมแสดงบัตรประจำตัวผู้เข้ารับการรักษาของสถานพยาบาล ทุกครั้ง ในกรณีเจ็บป่วยกะทันหัน หรือติดธุระจำเป็น ให้ญาติชื่อ.....เกี่ยวข้องเป็น.....มารับยาแทน โดยแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบล่วงหน้า
5. หากข้าพเจ้ามีความประพฤติที่ละเมิดต่อระเบียบข้อบังคับ ข้าพเจ้ายินยอมที่จะถูกปฏิบัติตามข้อกำหนดของสถาบันหากข้าพเจ้าพบอาการผิดปกติระหว่างการบำบัดรักษา จะมาพบแพทย์/โทรปรึกษาเจ้าหน้าที่ทันที หาก นาย/นาง/น.ส.....ได้รับอันตรายอันเนื่องมาจากการรักษา ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องหรือฟ้องร้องดำเนินคดีในทางอาญาและทางแพ่งกับเจ้าหน้าที่และส่วนราชการเจ้าสังกัดของสถานพยาบาล.....แต่อย่างใด และเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลได้อธิบายให้ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดและข้อควรระวังทุกประการ ของการได้รับสารทดแทน โดยเข้าใจแล้ว จึงลงมือชื่อหรือลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้ให้คำยินยอม (ผู้ป่วย)

(.....)

ลงชื่อ ผู้ให้คำยินยอมเกี่ยวข้องเป็น.....

(.....)

ลงชื่อ เจ้าหน้าที่ผู้ให้ข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....

ภาคผนวก 9 ตัวอย่างการลงทะเบียนผู้ป่วย

 เวชระเบียนผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุข		
เลขประจำตัวประชาชน..... บัตรประเภทอื่น.....		
ชื่อผู้ป่วย	เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง	H.N.....
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....	สถานภาพสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ แยก/หย่า	สัญชาติ..... เชื้อชาติ..... ศาสนา..... การศึกษา..... อาชีพ..... เลขที่ x-ray
ภูมิลำเนา	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ.....ปี หมู่วัด.....
ผู้แจ้งเรื่องผู้ป่วย..... เกี่ยวข้องเป็น.....		A.N. V.N.
ที่อยู่ของผู้แจ้ง โทรศัพท์		1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8.....
บิดา	มารดา	สามี/ภรรยา
ประวัติการแพ้ยา ☐ แพ้ ☐ ไม่แพ้ ชื่อยาที่แพ้.....		สิทธิการรักษา
โรคประจำตัวที่สำคัญ		ประวัติสูบบุหรี่ ☐ สูบบุหรี่ ☐ ไม่สูบบุหรี่
บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ ชื่อ สถานภาพ ฯลฯ (ให้ระบุวันที่เปลี่ยนแปลงด้วย)		

ภาคผนวก 10 แบบบันทึกข้อมูลการบำบัดดูแลผู้ป่วย (บสต.)

รายงานการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด (Treatment & Rehabilitation)

วันที่ลงทะเบียนการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ...ว/ด/ป...

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1) ชื่อ-สกุล.....เพศ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
- 2) เลขที่บัตรประชาชน.....อื่นๆ.....(กรณีไม่มีเลขบัตรแสดงตน)
วันเดือนปีเกิด.....อายุ.....ปี
- 3) ที่อยู่ ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด.....ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร จังหวัด.....
ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้) (สามารถแก้ไขได้)
เลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทรศัพท์ติดต่อ.....
- 4) สถานภาพสมรส.....การศึกษา.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
อาศัยอยู่กับ.....(ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา) ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา.....
- 5) ระบบการบำบัดรักษา.....
- 6) ยาเสพติดหลักที่ใช้.....
- 7) ผลการคัดกรอง.....

ส่วนที่ 2 (สมัครใจ/บังคับ/ต้องโทษ กรอกข้อ (1)-(8))

- 1) สถานภาพการเสพติดขณะบำบัด () ผู้ใช้ () ผู้เสพ () ผู้ติด
- 2) ใช้ยาเสพติดครั้งแรก อายุปี ระบุ ยาเสพติด.....(ยกเว้น บุหรี่, สุรา)
- 3) สาเหตุสำคัญที่ใช้ยาเสพติดครั้งแรก (โปรดระบุข้อสำคัญที่สุดเพียงข้อเดียว)
() เพื่อนชวน () อายากลอง () ความสนุกสนาน
() ทำให้หายป่วย () ไม่สบายใจ () ช่วยงานอาชีพ () อื่นๆระบุ.....
- 4) ยาเสพติดที่ใช้ปัจจุบัน..... (ตัวยาลึก) ระยะเวลาที่ใช้.....ปี.....เดือน.....วัน
- 5) วันที่ใช้ยาเสพติด (ตัวยาลึก) ครั้งสุดท้ายว/ด/ป.....ระบุ ยาเสพติด.....
- 6) เคยเข้ารับการบำบัดรักษามาก่อนหรือไม่
() ไม่เคย
() เคย จำนวน.....ครั้ง วันที่เข้ารับการบำบัดครั้งสุดท้าย ..ว/ด/ป... สถานที่บำบัด.....
- 7) หลังจากบำบัดรักษาครั้งสุดท้าย หยุดเสพได้นานเท่าไร (ตอบเฉพาะกรณีเคยเข้ารับการบำบัด)
() น้อยกว่า 1 เดือน
() 1 เดือนขึ้นไป ระบุ...เดือน.....ปี

8) เหตุผลสำคัญที่เข้ารับการบำบัดรักษาครั้งนี้ (ระบุข้อสำคัญที่สุดข้อเดียว)

8.1) สมัครใจ

- () มีปัญหาด้านสุขภาพกาย () มีปัญหาด้านสุขภาพจิต () ไม่มีเงินซื้อยาเสพติด
() หาซื้อยาเสพติดยาก () ทางบ้านบังคับหรือขอร้อง () โรงเรียน
() เงื่อนไขของสถานประกอบการ () อยากรู้ () กลัวถูกจับ
() โครงการ TO BE NUMBER ONE () ตั้งด่าน/ตรวจค้น () จัดระเบียบสังคม
() ประชาคมหมู่บ้าน () สมัครใจตามประกาศ คสช. ฉบับที่ 108/2557
() พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.2551 () สมัครใจระหว่างรอการพิจารณาของศาล/ศาลเยาวชนฯ
() สมัครใจตามประมวลกฎหมายอาญา ม.56 (คุมความประพฤติ)
() พ.ร.บ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2545
() อื่นๆ ระบุ.....

8.2) บังคับบำบัด - ข้อนี้ ปัจจุบันไม่ใช่แล้ว

8.3) ต้องโทษ

- () พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 57,91
() พ.ร.บ.ศาลเยาวชนและครอบครัว พ.ศ.2553 ระบุคดี.....
() อื่นๆ ระบุ.....

9) ชนิดยาเสพติดที่ใช้ก่อนมารักษา (เรียงลำดับยาเสพติดที่ใช้บ่อยจากมากไปน้อย) (สมัครใจ/ต้องโทษ/บังคับ)

ชื่อยาเสพติด	วิธีใช้	จำนวนปริมาณยาเสพติดที่ใช้/สัปดาห์	จำนวนครั้งที่ใช้/สัปดาห์

10) รูปแบบ (สถานที่/บริบท) ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สมัครใจ/ต้องโทษ/บังคับ)

10.1) สมัครใจ

- () ผู้ป่วยนอก (Out patient) ในสถานพยาบาล
() ผู้ป่วยใน ระยะบำบัดในสถานพยาบาล
() ผู้ป่วยใน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาล
() ฟื้นฟูสมรรถภาพในศาลสถาน
() ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน
() ฟื้นฟูสมรรถภาพในค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
() อื่นๆ ระบุ.....

10.2) บังคับบำบัด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) - ข้อนี้ปัจจุบันไม่ใช่แล้ว

10.3) ต้องโทษ

- () โครงการโรงเรียนวิวัฒน์พลเมืองราชทัณฑ์
() โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูของกรมราชทัณฑ์ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน
() โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
() โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน
() อื่นๆ ระบุ.....

11) การให้ยา (สมัครใจ/ต้องโทษ/บังคับ)

() ให้ยา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- [] รักษาเพื่อถอนพิษยา (Detoxification)
- [] รักษาตามอาการ-ประคับประคอง (Symptomato-supportive treatment)
- [] รักษาโรคร่วมทางกาย (Treatment of Physical diseases)
- [] รักษาโรคร่วมทางจิตเวช (Treatment of psychiatric diseases)
- [] การให้เมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy)

() ไม่มีการให้ยา

() อื่นๆ ระบุ.....

12) เทคนิคการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) (สมัครใจ (สธ.))

- [] การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA)
- [] การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI)
- [] การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing : MI)
- [] การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT)
- [] การบำบัดโดยการเพิ่มแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy : MET)
- [] การให้ความรู้ทางสุขภาพจิตและโรคร่วมทางจิตเวช (Comorbidity Psycho-education)
- [] กิจกรรมช่วยเหลือครอบครัว (Family Intervention)
- [] การวางเงื่อนไขเพื่อสร้างผลกรรมที่พึงประสงค์ (Contingency Management)
- [] กลุ่มผู้ติดยาเสพติดนิรนาม (Narcotic Anonymous : NA)
- [] การบำบัดโดยการวางเงื่อนไขเพื่อลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Aversion Therapy)
- [] การบำบัดแบบ 12 ขั้นตอน (Twelve-step Facilitation)
- [] การป้องกันการกลับไปติดซ้ำ (Relapse Prevention : RP)
- [] อื่นๆ ระบุ.....

13) โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) (สมัครใจ/บังคับ/ต้องโทษ)

- [] ไม่เข้ารับการฟื้นฟู
- [] โปรแกรมการบำบัดจิตสังคม (psychosocial intervention) (สธ.)
- [] โปรแกรมการบำบัดทางศาสนา (สธ.)
- [] โปรแกรมกายจิตสังคมบำบัด (Matrix program) (สธ.)
- [] โปรแกรมชุมชนบำบัด (Therapeutic community) (สธ./พน.)
- [] โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูแบบจิราสา (ทอ.)
- [] โปรแกรมการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) (สธ.)
- [] โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู แบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) (สธ.)
- [] โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู ตามแนวค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (มท.)
- [] โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูของกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน (พน.)
- [] โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูของกรมราชทัณฑ์ (รท.)
- [] โปรแกรมการบำบัดฟื้นฟู ตามหลักสูตรมาตรฐานแกนกลาง (คป.)
- [] โปรแกรมฟื้นฟูของกรมคุมประพฤติ (คป.)

[] อื่นๆ ระบุ.....

14) กรณีที่เป็นผู้ป่วยนอก (สมัครใจ)

ครั้งที่.....วันที่.....ผลการประเมิน () เสพ () ไม่เสพ

ครั้งที่.....วันที่.....ผลการประเมิน () เสพ () ไม่เสพ

15) ส่งต่อระหว่างการทำบำบัดฟื้นฟู (refer) ระบุ.....(หน่วยบำบัดฟื้นฟูอื่น)

(สมัครใจ/บังคับ/ต้องโทษ)

วันที่ส่งต่อ วัน.....เดือน.....ปี

เหตุผลในการส่งต่อ

() ผู้ป่วยต้องการย้ายสถานที่บำบัดฟื้นฟู

() เปลี่ยนรูปแบบโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู

() เกินศักยภาพของหน่วยงาน

() อื่นๆ ระบุ.....

16) การประเมินผลการบำบัดรักษา/ฟื้นฟูสมรรถภาพ (สมัครใจ/บังคับ/ต้องโทษ)

16.1) สมัครใจ

ผลประเมินการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม

วันที่ประเมินผล วัน...เดือน...ปี

() ครบโปรแกรม

() ไม่ครบโปรแกรม (หยุดรับการบำบัดฟื้นฟู : Drop out) เพราะ

() ติดตามไม่ได้ (loss)

() ถูกจับ

() เสียชีวิต

() ไม่สมัครใจรักษาต่อ

() หลบหนี

() อื่นๆ

16.2) บังคับบำบัด

วันที่ประเมินผล วัน...เดือน...ปี

() ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น

() ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ต้องขยายระยะเวลาการฟื้นฟู

() ไม่เข้ารับการฟื้นฟู (loss)

16.3) ต้องโทษ

วันที่ประเมินผล วัน...เดือน...ปี

() จบโปรแกรม โดยที่

() ยังอยู่ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน

() ออกจากเรือนจำ/ทัณฑสถาน/สถานพินิจ/ศูนย์ฝึกอบรมฯ

() ยังอยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

() ยังอยู่ในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน

() ยังไม่จบโปรแกรม ระบุเหตุผล

() ไม่ยอมรับโปรแกรม

() พันคุมประพฤติ

() พักการลงโทษ

() พันโทษ

() ปลดตัวจากสถานพินิจฯ/พ้นการฝึกอบรม

() ย้ายเรือนจำ

() ย้ายสถานควบคุม

() เสียชีวิต

() อื่นๆ ระบุ.....

- 17) ผลการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (สมัครใจ)
วันที่ประเมินผล วัน.....เดือน.....ปี.....
- () ครบโปรแกรม
- () ไม่ครบโปรแกรมเนื่องจาก
- () มีอาการทางจิต หรือเป็นผู้ติดยาเสพติดรุนแรง ส่งต่อเข้าฟื้นฟูในสถานพยาบาล.....
- () ออกจากการบำบัดฟื้นฟูก่อนครบกำหนด เช่น กลับไปทำงาน ย้ายที่อยู่ ผู้ปกครองมารับตัว เป็นต้น
- () หลบหนี
- () ตรวจสอบภายหลังพบว่าเป็นผู้อยู่ระหว่างดำเนินคดีอื่น
- () เสียชีวิต
- () อื่นๆ ระบุ.....
- 18) ผลการฟื้นฟู ตามคำสั่งคณะกรรมการฯ (บังคับ)
- () พอใจ () ไม่พอใจ
- () ยุติการฟื้นฟู (กรณีตาย ถูกจับกุมและดำเนินคดีในความผิดฐานอื่น)
- () อื่นๆ ระบุ.....
- 19) ผลการรักษาอาการทางจิตเวช (สมัครใจ/พินิจ)
- () อาการทางสุขภาพจิตสงบ/ดีขึ้น () อาการทางสุขภาพจิตคงเดิม
- () อาการทางสุขภาพจิตแย่ลง () อาการทางสุขภาพจิตแย่ลงมากจนต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำ
- () ไม่มีอาการทางสุขภาพจิต
- 20) ผลการรักษาอาการทางสุขภาพกาย (สมัครใจ/พินิจ)
- () อาการทางสุขภาพกายดีขึ้น () อาการทางสุขภาพกายคงเดิม
- () อาการทางสุขภาพกายแย่ลง () อาการทางสุขภาพกายแย่ลงมากจนต้องนอนโรงพยาบาลซ้ำ
- () ไม่มีอาการทางสุขภาพกาย
- 21) สรุปรายงานเมื่อสิ้นสุดการบำบัดฟื้นฟู (สมัครใจ/บังคับ/ต้องโทษ)
- () ส่งคืนหน่วยต้นสังกัดระบุ.....(เช่น คป.)
- () ส่งติดตามดูแลช่วยเหลือ
- () ส่งในหน่วยบำบัดของตนเอง
- () ส่งให้หน่วยงานอื่นติดตาม ระบุหน่วย.....
- (กรณีสมัครใจ : หยุดเสพ ลดการเสพ
กรณีบังคับบำบัด : ผลการฟื้นฟูฯ พอใจ
กรณีต้องโทษ : จบโปรแกรมการฟื้นฟูฯ)
- () จำหน่าย (discharge)
- (กรณีสมัครใจ : ติดตามไม่ได้ ถูกจับ เสียชีวิต ไม่สมัครใจรักษาต่อ หลบหนี
ปรับแผนการรักษา
กรณีบังคับบำบัด : กรณี ตอบ “ไม่พอใจ” และ “ยุติการฟื้นฟู” ข้อ (18)
กรณีต้องโทษ : ราชทัณฑ์ ได้แก่ พันคุมความประพฤติ พักการลงโทษ พันโทษ เสียชีวิต อื่นๆ
พินิจฯ ได้แก่ เสียชีวิต อื่นๆ)

หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ ส่งติดตามต่อ 3 เดือน

รายงานการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง (After care)

วันที่ ลงทะเบียนการติดตามรักษาต่อเนื่องว/ด/ป.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1) ชื่อ - สกุล.....เพศ.....สัญชาติ.....ศาสนา.....
- 2) เลขที่บัตรประชาชน.....อื่นๆ.....(กรณีไม่มีเลขบัตรแสดงตน)
วันเดือนปี เกิด.....อายุ.....ปี
- 3) ที่อยู่ ภูมิลำเนาเดิม จังหวัด..... ที่อยู่ตามทะเบียนราษฎร จังหวัด.....
ที่อยู่ปัจจุบัน (ติดต่อได้) (สามารถแก้ไขได้)
เลขที่.....หมู่.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์ติดต่อ.....
- 4) สถานภาพสมรส.....การศึกษา.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/เดือน
(แก้ไขได้)
อาศัยอยู่กับ.....(ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา) ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา.....(แก้ไขได้)
- 5) ระบบการบำบัดรักษา.....
- 6) ยาเสพติดหลักที่ใช้.....
- 7) ผลการบำบัดฟื้นฟู.....(ใช้คำตอบจากรายงานบำบัดฟื้นฟู ข้อ สมัครใจ(16.1)/บำบัด(18)/ต้องโทษ
(16.3)/ค่าย(17))

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง

ผลการติดตาม ครั้งที่.....ระบุ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....() การติดตามครั้งสุดท้าย

- 1) สถานะของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู (สมัครใจ/มท/ต้องโทษ)
 - () พบ
 - () ไม่เสพ
 - () เสพ
 - () ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - () ใช้มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์
 - () ไม่พบ เนื่องจาก (ข้ามไปตอบข้อ 12)
 - () ย้ายที่อยู่ กรอกที่อยู่ใหม่
เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต/เทศบาล.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....
 - () เปลี่ยนที่ทำงาน กรอกที่อยู่ใหม่
เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....หมู่บ้าน/ชุมชน.....
ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต/เทศบาล.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....
 - () ถูกจับ
 - () เสียชีวิต
 - () ติดตามไม่ได้
 - () อื่นๆ

- 2) สภาวะสุขภาพกาย (สมัครใจ/มท/ต้องโทษ)
- () แข็งแรง () อ่อนแอ () เจ็บป่วย/ทรุดโทรม
- 3) สภาวะสุขภาพจิตและจิตเวช (สมัครใจ/มท/ต้องโทษ)
- () ปกติ () ซึมเศร้า/แยกตัว () ก้าวร้าว
- () หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล () หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน () มีความคิดฆ่าตัวตาย
- 4) วิธีการติดตามรักษาต่อเนื่องหลังการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ (เลือกได้เพียง 1 ข้อ) (สมัครใจ/มท/ต้องโทษ)
- () นัดติดตามการรักษาในสถานบำบัด () นัดให้มารายงานตัวในสถานที่กำหนด
- () การติดตามภายในสถานที่ควบคุมตัว () การติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน
- () การติดตามโดยอาสาสมัครในชุมชน () อื่นๆ ระบุ.....(โทรศัพท์/จดหมาย)
- 5) รูปแบบติดตามรักษาต่อเนื่อง (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) (สมัครใจ/มท/ต้องโทษ)
- การติดตามทางการแพทย์
- () การติดตามเป็นรายบุคคล (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- [] พบแพทย์/รับยา
- [] ให้คำปรึกษา
- [] จิตบำบัด
- [] การให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด
- [] อื่นๆ.....
- () การติดตามเป็นรายกลุ่ม
- [] กลุ่มป้องกันการเสพยาซ้ำ (relapse prevention) เช่น กลุ่มปัญญาสังคม
- [] กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group)
- [] อื่นๆ.....
- การติดตามทางสังคม (social support)
- () การติดตามเป็นรายบุคคล
- () การติดตามเป็นรายกลุ่ม
- [] กิจกรรมการฝึกทักษะอาชีพ
- [] กิจกรรมด้านกีฬา
- [] กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์
- [] กิจกรรมการศึกษา
- [] กิจกรรมชมรม
- [] กิจกรรมระยะติดตามผลการบำบัดและกิจกรรมเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทานสำหรับเด็กและเยาวชนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด (กรณีจำเป็น)
- () อื่นๆ.....
- 6) การให้ยา (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ) (สมัครใจ/ต้องโทษ)
- [] ไม่มี
- [] รักษาอาการโรคทางกาย
- [] ยาแก้ปวด [] ยารักษาวัณโรค [] อื่นๆ
- [] รักษาอาการทางจิตเวช



แนวทางในการพัฒนาระบบบริการ
การใช้ Buprenorphine/Naloxone
ในการบำบัดผู้มีปัญหาเสพยาเสพติด/เฮโรอีน
ในคลินิกเมทาโดนนำร่องในประเทศไทย
เลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

ADDICTION



UNINSTALLING...