



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



Toxicity from Recreational Drugs in Thai Adolescents (2nd edition)

ภาวะพิษจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทย พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุง)

สัมมน โฉมฉาย • จุฬธิดา โฉมฉาย

Toxicity from Recreational Drugs in Thai Adolescents (2nd edition)

ภาวะพิษจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทย พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุง)

สัมพันธ์ โฉมฉาย & จุฬิตา โฉมฉาย

ภาวะพิษจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทย พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุง)
Toxicity from Recreational Drugs in Thai Adolescents (2nd edition)

บรรณาธิการ สัมมน โฉมฉาย & จุฬิตา โฉมฉาย
พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 จำนวน 1,000 เล่ม
พิมพ์ครั้งที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 1,000 เล่ม
ราคาเล่มละ 1,200 บาท
สงวนลิขสิทธิ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ตามพระราชบัญญัติการพิมพ์
ห้ามมิให้ทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบโดยไม่ได้รับอนุญาต

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ภาวะพิษจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทย = Toxicity from recreational drugs in Thai adolescents.-- พิมพ์ครั้งที่ 2.-- กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศิริราช
สังกัดงานวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565.
616 หน้า.
1. วัยรุ่น -- การใช้สารเสพติด. 2. ยาเสพติด -- พิษวิทยา. I. ชื่อเรื่อง.

615.9

ISBN 978-616-8201-25-1

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

สำนักพิมพ์ศิริราช สังกัดงานวิชาการ สำนักงานคนบดี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
โทรศัพท์ 0 2419 2858
E-mail : sirirajbooks@gmail.com
Website : www.sirirajbooks.com
Ebook Application : siriraj books/Mebmarket/Ookbee

ออกแบบรูปเล่ม บริษัท ไอดี ออล ดิจิตอล พรินท์ โทรศัพท์ 0 2899 5429-35
พิมพ์ที่ บริษัท ไอดี ออล ดิจิตอล พรินท์ โทรศัพท์ 0 2899 5429-35

คำนิยม

วัยรุ่นเป็นช่วงระยะเวลาที่มีความสำคัญช่วงหนึ่งของการชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากและรวดเร็วจากวัยเด็กสู่ความเป็นผู้ใหญ่ การเจริญเติบโตและการพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ต้องได้รับการส่งเสริมดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เพื่อเขาจะได้เติบโตไปเป็นผู้ใหญ่ที่ดีและมีคุณภาพ ปัญหาการใช้ยา การเสพยาต่าง ๆ เพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นเกิดจากความอยากรู้ อยากลอง ความรู้ไม่เท่าทัน มีผลกระทบต่อเด็กและเยาวชนอย่างมาก และยังมีผลกระทบต่อเนื่องไปจนถึงเป็นผู้ใหญ่ ปัจจุบันปัญหาการเสพยาเพื่อผ่อนคลายของเด็กและเยาวชนรวมทั้งผู้ใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนารูปแบบการใช้กาวหน้าแตกต่างไปจากในอดีตที่ผ่านมาเป็นอย่างมาก มีการใช้ยาและสารใหม่ ๆ เกิดขึ้นพร้อมกับความรุนแรงผลข้างเคียงของการใช้ยากีฬามากขึ้นตามมาด้วย

การที่ท่านบรรณาธิการและท่านคณาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการใช้ยาและสารเสพติดในวัยรุ่นได้มาร่วมกันจัดทำหนังสือ ภาวะพิษจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทย (Toxicity From Recreational Drugs In Thai Adolescents) ขึ้น ถือเป็นหนังสือเล่มแรกที่มีคุณค่าและมีประโยชน์อย่างมากที่จะทำให้แพทย์ บุคลากรทางด้านการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ นำความรู้และประสบการณ์จากหนังสือเล่มนี้ไปประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาการใช้ยาและสารเสพติด ไม่ว่าจะเป็นทางด้านการตรวจคัดกรอง การดูแลรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพและที่สำคัญคือการป้องกันให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ผมขอแสดงความชื่นชมในความตั้งใจของรองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุฬารัตนา โฉมฉาย และรองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมมน โฉมฉาย รวมทั้งคณาจารย์ผู้สนับสนุนความต่าง ๆ และผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ ที่ได้ทุ่มเทเสียสละเวลาเพื่อประโยชน์อันมีคุณค่าสำหรับเด็กและเยาวชนไทย

พลโท รองศาสตราจารย์ นายแพทย์วิโรจน์ อารีย์กุล
ประธานอนุกรรมการ ADOLESCENT HEALTH
ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2560)

คำนิยม

การระบาดของการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นเป็นปัญหาของสังคมไทยมาช้านานแล้ว ซึ่งนับวันจะเพิ่มพูนและมีรูปแบบเปลี่ยนไปตามยุคสมัย ปัญหานี้บั่นทอนเศรษฐกิจและทรัพยากรมนุษย์มาโดยตลอด จึงเป็นสิ่งที่กีดกร่อนความมั่นคงและขัดขวางการพัฒนาของประเทศ เป็นปัญหาที่กระทบทุกคนในประเทศ และวิธีการแก้ไขปัญหาคงต้องใช้ความร่วมมือจากบุคลากรจากหลายสาขาวิชาชีพโดยที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นส่วนสำคัญในการแก้ปัญหานี้ แต่หนังสือภาษาไทยที่ให้ความรู้ในเรื่องนี้มีไม่มากและมักไม่ทันสมัย หนังสือเล่มนี้ได้อธิบายรายละเอียดของสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายตั้งแต่ความรู้พื้นฐาน กลไกการออกฤทธิ์ ไปจนถึงองค์ความรู้ใหม่ในการรักษาและการป้องกัน นอกจากนี้ยังมีความรู้โดยองค์รวมของการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย พฤติกรรมและปัญหาของวัยรุ่น ยา/สารเสพติดใหม่ที่กำลังเป็นที่นิยมและมีการอธิบายถึงศัพท์ต่าง ๆ ที่ใช้โดยกลุ่มวัยรุ่นผู้เสพติดเหล่านี้ หนังสือเล่มนี้จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมของแพทย์ นักศึกษาแพทย์ พยาบาล เภสัชกร บุคลากรทางการแพทย์และผู้สนใจอื่น ๆ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุชัย สุเทพารักษ์

นายกสมาคมพิษวิทยาคลินิก

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2560)

คำนิยม

สถานการณ์ของสังคมในปัจจุบันเป็นทั้งเหตุปัจจัยและผลของการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ และพฤติกรรมของคนวัยรุ่น วัยรุ่นไทยจำนวนไม่น้อยที่มีความสับสนและความเครียดอันเนื่องมาจากสถานการณ์รอบตัว หันเข้าพึ่งการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายจนก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมไม่สามารถแก้ไขได้โดยเพียงอาศัย มุมมองด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเพียงลำพัง จำต้องอาศัยมุมมองด้านสังคมศาสตร์ด้วย ข้อสังเกตที่สำคัญ คือ การรวบรวมมุมมองทั้งสองด้านดังกล่าว วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของเหตุปัจจัยต่าง ๆ และนำเสนอการ สังเคราะห์กระบวนการหรือวิธีการโดยอาศัยมุมมองทั้งสองด้านเพื่อสร้างสรรค์วิธีการป้องกันและแก้ไข ภาวะพิษจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทยนั้น มีน้อยมาก

หนังสือ “ภาวะพิษจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทย” เล่มนี้ นับเป็นหนังสือที่จะมีส่วน สำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้วัยรุ่นไทยห่างไกลและปลอดภัยจากพิษของสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายหลากหลาย ประเภท ผู้อ่านหรือผู้ศึกษาหนังสือเล่มนี้จะได้ทั้งความรู้ในเชิงลึกที่ทันสมัยของสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย ประเภทต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบที่มีการดัดแปลงผสมผสานจากต้นแบบ แหล่งที่ได้มาของสาร ผลต่อสุขภาพของผู้เสพ อีกทั้งได้รับความรู้ในเชิงกว้าง ตั้งแต่สถานการณ์ของปัญหาและระดับวิทยา ของการเสพติดเพื่อผ่อนคลายในประเทศไทยนับจากอดีตจนถึงปัจจุบัน อิทธิพลต่อวัยรุ่นไทยใน การใช้สารเสพติด ปัจจัยเอื้ออำนวยและส่งเสริมการใช้ สำหรับในด้านการดูแลรักษานั้น หนังสือเล่มนี้ ได้รวบรวมแนวทางการวินิจฉัย ครอบคลุมทั้งอาการ อาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนไปถึงการรักษา การใช้ยาต้านพิษที่มีประสิทธิภาพและมีใช้ในประเทศไทย รูปแบบการ นำเสนอ ขั้นตอนหรือลำดับขั้นในการนำเสนอ รวมทั้งภาษาที่ใช้ ทำให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่ายและเห็นความ เชื่อมโยง มีการวิเคราะห์ให้เห็นมุมมองด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสังคมศาสตร์คู่ขนานกันไปหลาย บทและหลายประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้อ่านสามารถนำความรู้ที่ได้ ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่าง ๆ

ขอชื่นชม รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมมน โฉมฉาย และศาสตราจารย์ แพทย์หญิง จุฬธิดา โฉมฉาย ที่ได้ทุ่มเททั้งเวลา กำลังความคิด และกำลังกายในการจัดทำหนังสือที่มีคุณค่า เล่มนี้ อีกทั้งต้องขอขอบคุณผู้สนับสนุนต่าง ๆ ซึ่งทำให้หนังสือเล่มสมบูรณ์ด้วยสาระที่ทันสมัยและทัน ต่อเหตุการณ์ เชื่อมกันเป็นอย่างดีว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นปัจจัยสำคัญในการลดภาวะพิษจากสารเสพติด เพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทยตามเจตนารมณ์ของบรรณาธิการทั้งสองท่าน

ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา

คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 2)

คำนิยม

ปัญหายาเสพติดในประเทศไทยเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งในปัจจุบันปัญหาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น มีการใช้อย่างแพร่หลายเพิ่มจำนวนขึ้นกว่าในอดีต วัยรุ่นในปัจจุบันนอกจากจะมีการเลียนแบบการใช้สารเสพติดจากเพื่อนหรือสิ่งแวดล้อมใกล้ตัวแล้ว ยังมีการเลียนแบบจากทางสื่อออนไลน์ต่าง ๆ เป็นอย่างมาก ทำให้ชนิดของยาหรือสารเสพติดที่มีวัยรุ่นใช้ก็มีหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดที่มีจำนวนมากขึ้น และมีความซับซ้อนมากขึ้นด้วย เพราะการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เพียงแต่การดูแลรักษาทางกายเท่านั้น การดูแลเรื่องทางใจ เพื่อส่งต่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมนั้นเป็นเรื่องไม่ง่ายเลยสำหรับแพทย์ในปัจจุบัน

ศาสตราจารย์จุฬาริตา โฉมฉาย และรองศาสตราจารย์สัมพันธ์ โฉมฉาย บรรณาธิการรวมทั้งคณาจารย์ผู้นิพนธ์ของหนังสือ ภาวะพิษจากสารเสพติดเพื่อผ่นคนภายในวัยรุ่นไทย (Toxicity from Recreation Drugs in Thai Adolescents) เป็นผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ทุ่มเทนิพนธ์หนังสือเล่มนี้ขึ้นมา และมีการปรับปรุงเนื้อหาให้มีความทันสมัย ทำให้หนังสือเล่มนี้ นอกจากจะเป็นเนื้อหาทางด้านการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นที่ใช้ยาเสพติดแล้ว ยังมีข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวข้องกับยาเสพติดแต่ละชนิดที่หาอ่านไม่ได้จากหนังสือเล่มอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้นิพนธ์ยังได้เพิ่มเติมประสบการณ์ที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะฉุกเฉินและการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวแบบบูรณาการ นับว่าเป็นหนังสือที่มีเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ที่สำคัญสำหรับแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับสารเสพติดด้วยรุ่นได้อย่างครบถ้วน

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุตา วรณประสาท

นายกสมาคมพิษวิทยาคลินิก

ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 2)

คำนำ

ผู้เขียนเริ่มมีความคิดที่จะเขียนหนังสือเล่มนี้หลังจากกลับมาปฏิบัติงาน ณ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลในปี พ.ศ. 2544 และสังเกตเห็นว่าคนไทยมีพฤติกรรมการเสพสารเสพติดที่แตกต่างจากที่เคยได้พบเห็นมาระหว่างการเป็นนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยมีความแตกต่างทั้งชนิดและวิธีการเสพ ในระยะเวลานั้นการใช้ heroin อันเป็นสารเสพติดอันดับหนึ่งมาหลายยุคสมัยในประเทศไทยเริ่มลดลงพร้อมกับมีการใช้ “ยาบ้า” หรือ methamphetamine เพิ่มขึ้น โดยสารกระตุ้น amphetamine หรือที่เดิมเรียกกันว่า “ยาม้า” นี้เคยเป็นที่นิยมใช้กันในกลุ่มผู้ใช้แรงงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 เมื่อการผลิตยาบ้าเริ่มแพร่หลายมากขึ้น จึงมีการปรับปรุง รูปแบบโมเลกุลยาโดยการเติม methyl group เพื่อช่วยการออกฤทธิ์ของยา วิธีการเสพนั่นก็ผันไปใช้ในแบบของการบดเม็ดยาแล้วเผาเพื่อสูดดมควัน และในที่สุดก็มีการพัฒนาการเป็นยา methamphetamine รูปแบบผลึกใสที่เรียกว่า “ยาไอซ์” ที่มีใช้ในประเทศไทย ถึงแม้ในผู้เสบบางกลุ่มการเสพนับเป็นแบบเป็นครั้งคราวเพื่อการผ่อนคลาย แต่การใช้ยาบ้าทั้งแบบเม็ดและแบบผลึกเป็นที่แพร่หลายในกลุ่มผู้เสวยวัยรุ่นในสถานศึกษาต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งนำไปสู่การตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและยังมีการเสพยาแบบเป็นครั้งคราวระหว่างตั้งครรภ์อีกด้วย ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพแก่ทั้งมารดาเองและทารกในครรภ์

ต่อมาเมื่อรัฐบาลมีมาตรการควบคุมการขายสารเสพติดผิดกฎหมายที่เข้มงวดขึ้น จึงมีแนวโน้มในการนำยาถูกกฎหมายมาใช้เสพเพื่อการผ่อนคลายเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ โดยลักษณะการใช้จะเป็นแบบไม่เสพติดในช่วงแรก คือใช้หลังเลิกเรียนหรือใช้เมื่ออยู่ในกลุ่มเพื่อน ๆ เพื่อเข้าสังคมหรือเพื่อให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่มเพื่อน มีการผสมสุตรยาเองแบบที่เรียกว่า polypharmacy หรือ pharming โดยยาที่ใช้เป็นยาที่มีขายตามร้านขายยาทั่วไปหรือสั่งมาทางอินเทอร์เน็ต จากการศึกษาข้อมูลกรณีผู้ป่วยที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลศิริราชและที่ขอรับคำปรึกษายังศูนย์พิษวิทยาศิริราช รวมถึงข้อมูลจากเอกสารวิชาการต่าง ๆ พบว่า ความแพร่หลายของการใช้สารเสพติด มีวิวัฒนาการเปลี่ยนแปลงไปขึ้นอยู่กับวัตถุดิบที่มีอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น การเคี้ยวใบกระท่อมหรือการใช้ยาแก้ไอแบบ codeine นั้นมีระบาดในภาคใต้มาเป็นเวลานานแล้ว โดยเสพนีววงแคบ ๆ ตามร้านอาหารหรือในครัวเรือน แต่ในที่สุดเมื่อมีผู้คิดผลิตเพื่อการค้ากำไรจึงได้คิดสูตรที่ใช้ส่วนผสมจากใบกระท่อมผสมกับยา codeine และตั้งเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ที่เรียกกันว่า ‘วันทอคอล’ ต่อมา สูตรยานี้ก็ได้ถูกดัดแปลงไปโดยผสมสารอื่น ๆ ได้เป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ อีกเป็นจำนวนมาก เช่น 4x100 หรือ 8x100 เป็นต้น

การเสพยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในลักษณะนี้ นำไปสู่ภาวะพิษทางกายซึ่งไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และความนิยมในการเสพที่แพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วย่อมส่งผลเสียทางสุขภาพจิตทั้งของ

บุคคลและสังคม ทำให้สูญเสียความสามารถในการเรียน การปฏิบัติงาน ทั้งยังอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ หรือเพิ่มพฤติกรรมความเสี่ยงต่าง ๆ อีกมาก ทั้งนี้ แพทย์และบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในท้องฉุกเฉิน และโรงพยาบาลต่าง ๆ จำเป็นต้องตระหนักถึงผลกระทบเฉียบพลันต่อสุขภาพที่อาจเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลจากวิธีที่เสพ และ/หรือจากปริมาณของสารออกฤทธิ์ที่ไม่แน่นอนในแต่ละครั้งที่เสพอันเนื่องมาจากการปนเปื้อนหรือการเจตนาปลอมปนสารต่าง ๆ ในขบวนการผลิตเพื่อแสวงหากำไร ประเด็นเหล่านี้ นับว่ามีความสำคัญยิ่งต่อสังคมไทย ผู้เขียนจึงถือเป็นปัจจัยหลักในการคัดเลือกหัวข้อเรื่องสำหรับ หนังสือเล่มนี้ ยิ่งไปกว่านั้นแล้วองค์ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยและการรักษาภาวะพิษจากการเสพยา ออกฤทธิ์ทางจิตประสาทซึ่งอาจหาได้จากฐานข้อมูลสากลทั้งที่ได้จากตำราและบทความวิชาการจาก ต่างประเทศนั้น ยังอาจนำมาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติในประเทศไทยได้อย่างจำกัดเนื่องจากชนิดของ สารและวิธีการเสพมีความจำเพาะกับประเทศไทย หนังสือเล่มนี้จึงถูกเขียนขึ้นเพื่อเติมเต็มช่องว่าง ของความรู้ทางคลินิกเกี่ยวกับการเสพยาเพื่อผ่อนคลาย (recreational drugs) ชนิดต่าง ๆ ใน ประเทศไทยโดยใช้ประสบการณ์และข้อมูลจากศูนย์พิษวิทยาศิริราชที่เกี่ยวข้องกับลักษณะระบาศ วิทยาการเสพแบบจำเพาะและภาวะพิษที่พบได้เพื่อให้นำไปใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย

ในหนังสือเล่มนี้ คำว่า สารเสพเพื่อผ่อนคลาย (recreational drug) หมายรวมถึงสารเสพติดผิด กฎหมาย (illicit drug) และยาที่สามารถมีไว้ครอบครองได้ตามกฎหมาย (legal drug) แต่เป็นการใช้ ผิดประเภท หรือไม่ปฏิบัติตามข้อบ่งใช้และเหตุผลทางการแพทย์ รวมถึงพืชวัตถุที่ใช้เสพ เช่น ลำโพง และเห็ดโอสถหลวงจิต จุดประสงค์หลักของการเสพยาเหล่านี้ได้แก่ มุ่งหวังให้เกิดอาการเคลิ้มสุข หรือช่วยในการเข้าถึงสังคมโดยผู้ใช้เชื่อว่าการใช้สารเหล่านั้นเป็นครั้งคราวจะไม่เสพติด

หนังสือเล่มนี้ได้เริ่มเขียนขึ้นเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2558 และต้นฉบับเสร็จสมบูรณ์พร้อมส่ง ในวันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เพียงสามวันหลังวันสวรรคตของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร จากการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับระบาศวิทยาของสาร เสพติดในประเทศไทย ผู้เขียนได้ค้นพบว่าในหลวงรัชกาลที่ 9 มีพระราชปรีชาญาณที่จะ “ทำสงครามกับ ยาเสพติด” ที่มีความโดดเด่นและไม่เหมือนผู้อื่น พระองค์ทรงตระหนักว่าปัญหายาเสพติดเกิดควบคู่ ไปกับความยากจน หากประชาชนทั้งหลายมีวิถีหาเลี้ยงชีพที่ดีแล้ว ย่อมนำไปสู่การสร้างครอบครัว ที่เป็นปึกแผ่นและชุมชนที่เข้มแข็งต่อไป โอกาสที่เขาเหล่านั้นจะค้าหรือเสพยาเสพติดย่อมน้อยลง ในปี พ.ศ. 2526 พระองค์ท่านได้เสด็จเยี่ยมชาวไทยภูเขาบนพื้นที่สูงในจังหวัดเชียงรายและพบว่า พวกเขาปลูกฝิ่นและขายพืชเสพติดนี้ให้แก่ยาหน้าที่ยอมรับซื้อด้วยราคากิโลกรัมละ 1 บาทเพื่อนำไปแปลง รูปเป็น heroin และมีชาวเขาผู้ปลูกเป็นจำนวนมากได้กลายเป็นผู้เสพฝิ่นเสียเองอีกด้วย พระองค์ท่าน จึงมีพระราชดำริให้เกษตรกรมหมู่บ้านดอยช้าง ต.วาริช อ.แม่สรวย จ.เชียงราย จำนวน 40 ครอบครัวเข้ารับพระราชทานต้นกล้ากาแฟสายพันธุ์ Arabica ครอบครัวละ 400 ต้น และด้วยพระปรีชาสามารถ ในการบริหารจัดการของพระองค์จึงทำให้เกิดแรงขับเคลื่อนจนเป็นรูปธรรมอันมีผลให้ฝิ่นในฐานะพืช

เสพติดเลื่อนหายไปจากสามเหลี่ยมทองคำในเวลาต่อมา แต่ในความเป็นจริงแล้วสิ่งที่พระองค์ท่านได้พระราชทานให้ชาวไทยภูเขาในวันนั้นมีใช่เพียงต้นกาแฟที่ถูกนำมาแทนที่ฝิ่นแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ยังทรงพระราชทานความภาคภูมิใจแทนที่ความสิ้นหวัง โอกาสในการประกอบสัมมาชีพแทนที่มิจาชีพ และที่สำคัญที่สุดคือทรงสอนให้เขาเหล่านั้นเกิดความพากเพียรอดทนในสิ่งที่ถูกที่ควรอันเป็นสัมมาภิรมย์แทนที่มิจาชีพ นับเป็นพระมหากรุณาธิคุณหาที่สุดมิได้แก่ชาวไทยภูเขาและครอบครัว อีกทั้งบรรดาผู้คนอีกเป็นจำนวนมากในโลกที่อาจได้รับผลกระทบจาก heroin ที่จะถูกผลิตขึ้นจากฝิ่นนี้

ด้วยเหตุดังกล่าวนี้ คุณงามความดีอันใดที่จะบังเกิดขึ้นจากการใช้หนังสือเล่มนี้ ทั้งในการรักษา ดูแลผู้ป่วย การเรียนการสอนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหลาย หรือแม้แต่ครูและประชาชนทั่วไปที่จะได้นำความรู้ที่ถูกต้องตามหลักวิชาการไปเผยแพร่เป็นวิทยาทานต่อไป ข้าพระพุทธเจ้าทั้งสองขอน้อมเกล้าน้อมกระหม่อมถวายเป็นพระราชสักการะแด่พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตรและเพื่อเทิดพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชในวโรกาสที่ทรงครองราชย์ครบ 70 ปี พระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว

ด้วยความสำนึกในพระมหากรุณาธิคุณหาที่สุดมิได้

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมมน โฉมฉาย

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุฬารัตนา โฉมฉาย

ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2560)

คำนำ

ในเวลาทีหนังสือเล่มนี้เริ่มออกเผยแพร่ สังคมไทยและสังคมโลกอยู่ในสถานการณ์ระบาดของไวรัส SARS-CoV-2 หรือเรียกว่า COVID-19 ซึ่งเป็นวิกฤตที่ซ้ำเติมความผันผวนที่เกิดขึ้นอยู่แล้วในสังคม ตั้งแต่เริ่มต้นคริสต์ศตวรรษที่ 21 เป็นต้นมาที่เรียกเป็นคำย่อว่า VUCA ซึ่งมีความหมายถึงลักษณะที่สิ่งต่าง ๆ มีความแปรผัน เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีผลกระทบที่คาดเดาได้ยาก ด้วยย่อ V มาจาก volatility หมายถึงสถานการณ์โดยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจที่มีพลวัตรสูง เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา U มาจาก uncertainty อันได้แก่ความไม่แน่นอนของสถานการณ์ทำให้คาดเดาและวางแผนล่วงหน้าได้ยาก C คือ complexity คือความซับซ้อนของทุก ๆ สิ่ง มีสิ่งที่ต้องรู้และเข้าใจหลายขั้นตอนยากที่จะเข้าใจได้อย่างทั่วถึงและลึกซึ้งในครั้งเดียวโดยคนคนเดียว ด้วยศาสตร์เพียงอย่างเดียวได้ แต่ต้องต้องบูรณาการความรู้ความเข้าใจทางแพทยศาสตร์ วิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และต้องตระหนักถึงความสำคัญของศาสตร์แห่งการสื่อสารเพื่อที่จะสื่อความรู้ความคิดของตนไปสู่คนในสังคมในวงกว้างอย่างถูกต้อง ส่วน A คือ ambiguity หมายถึงสถานการณ์ที่มีความคลุมเครือ ไม่มีความถูกหรือผิดที่ตายตัว สำหรับคนทุกเพศทุกวัยที่ต้องนำเอาแง่มุมของการใช้ชีวิตชีวิตไม่ว่าจะเป็นการศึกษา เศรษฐกิจ หรือความเชื่อ ทั้งผู้ที่มีแนวทางการใช้ชีวิตอยู่ในกระแสหลักของคนหมู่มากหรือเป็นคนกลุ่มน้อยในสังคม มาประยุกต์ใช้เพื่อให้คนทุกกลุ่มได้รับความสำคัญและการคำนึงถึงในทุกมิติอย่างเท่าเทียมกัน

ตัวอย่างหนึ่งที่มีลักษณะของ VUCA ชัดเจนมากคือประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายทั้งในสังคมไทยและทั้งโลก ในช่วงเวลา 3-5 ปีที่ผ่านมาข้อมูลจาก World Drug Report รายงานว่าความขัดแย้งทางการเมืองในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลกส่งผลกระทบต่อการผลิตและจำหน่ายสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายเป็นอย่างมาก ทั้งการใช้สารตั้งต้นแบบใหม่ไปถึงการผลิตสารชนิดต่าง ๆ เพื่อจูนเจ็ทกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางการเมือง ปัจจัยความแปรผันทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อทั้งผู้ขายและผู้เสพ ปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับรายได้ต่อหัวของประชากร โดยมีการพยากรณ์ว่ากลุ่มประเทศที่มีรายได้น้อยจะมีประชากรที่เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 43 ภายในปี พ.ศ. 2573 ในขณะเดียวกัน ในช่วงปี พ.ศ. 2563-2564 ที่โรคระบาด COVID-19 แพร่กระจายอย่างรุนแรง การเดินทางระหว่างประเทศ ทั้งระยะไกลหรือการข้ามแนวชายแดนและช่องทางธรรมชาติที่เคยถูกใช้ในการขนส่งสารเสพติดหรือสารตั้งต้นเพื่อผลิตสารเสพติดถูกเผ่ากระวังอย่างเข้มงวด บวกกับการที่คนอยู่ในที่พักอาศัยมากขึ้น ปัจจัยเหล่านี้ทำให้พบพฤติกรรมสารเสพติดที่เปลี่ยนแปลง เช่น การเกิดสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายที่เป็นสารสังเคราะห์ชนิดใหม่ การเสพยารักษาโรคเพื่อผ่อนคลาย การทดแทนปริมาณสารเสพติดที่ขาดตลาดอยู่ในเวลานั้นด้วยสารชนิดอื่นที่มีอยู่ อีกทั้งความแพร่หลายในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าทั้งเพื่อเสพสารนิโคตินและสารชนิดอื่นที่ถูกทำให้เป็นละอองได้ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนองค์ความรู้

เกี่ยวกับสารเสพติดและสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายเพื่อให้ทันต่อความผันผวน ไม่แน่นอน และหลากหลายของอาการพิษของผู้ป่วย รวมทั้งภาระโรคและผลกระทบต่อคนกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมที่อาจเกิดขึ้นได้จากสารและวิธีการเสพติดเหล่านี้

ดังนั้น คณะผู้เขียนหนังสือภาวะพิษจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทย ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 2) จึงได้ปรับปรุงเนื้อหาในทุกบทจากการพิมพ์ครั้งแรกให้ทันสมัย และครอบคลุมกับยุคสมัยและบริบทของสังคมไทย นอกจากนี้ยังได้เขียนเพิ่มอีก 6 บท ได้แก่ บทที่ 4 ภาระโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด บทที่ 10 การจัดการผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการพิษแบบผสมหรือกำเริบ บทที่ 12 การเสพติดรักษาโรคเพื่อการผ่อนคลาย บทที่ 19 ethanol บทที่ 20 บุหรี่ไฟฟ้า และ บทที่ 23 opiates and opioids โดยจุดประสงค์ของหนังสือเล่มนี้เขียนเพื่อให้แพทย์ พยาบาล นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ใช้ศึกษาเพื่อวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน และผู้ที่ศึกษาหรือปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย ได้นำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาวะของผู้ที่เสพติดเหล่านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่กำลังมีพัฒนาการไปสู่วัยผู้ใหญ่และเป็นกำลังสำคัญที่กำหนดอนาคตของสังคมและประเทศไทย คณะผู้เขียนตระหนักดีว่าไม่มีวิธีการรวบรวมองค์ความรู้ที่จะครอบคลุมทุกสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งหมด ผู้เขียนจึงมีปรัชญาที่จะใช้ข้อมูลจากหลากหลายศาสตร์ไม่ว่าจะเป็นทางการแพทย์ วิทยาศาสตร์ หรือสังคมที่ร่วมสมัยเพื่อใช้ในการอธิบายกลไก หลักการ เหตุผลและผลกระทบของการเกิดโรค ให้เพียงพอที่ผู้อ่านจะสามารถใช้ความรู้ที่ได้เพื่อวิเคราะห์ สังเคราะห์และประยุกต์ใช้ทั้งในสถานการณ์ที่ตรงกับสิ่งที่เคยเห็นมา และในสถานการณ์ที่เป็นรูปแบบใหม่ ไม่เคยมีใครพบเห็นมาก่อน ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้เสมอในโลกที่มีลักษณะ VUCA เช่นปัจจุบัน

ผู้เขียนหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะทำให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อ่านในการดูแลผู้ป่วยและการเรียนรู้ปัญหาเรื่องสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในประเทศไทย หากมีความผิดอันใดเกิดขึ้นจากหนังสือนี้ ผู้เขียนขออุทิศความดีนี้แก่ พ่อแม่ ครูอาจารย์ ผู้มีพระคุณ และที่สำคัญที่สุดคือ ขอขอบคุณผู้ป่วยทุก ๆ คนที่ผู้เขียนได้มีโอกาสรักษา พวกเขาเหล่านี้เป็นทั้งครูที่ทำให้ผู้เขียนเกิดความเข้าใจในศาสตร์แห่งการวินิจฉัยและรักษาภาวะพิษและในขณะเดียวกันก็เป็นแรงบันดาลใจให้ส่งต่อความรักในวิชาพิษวิทยาให้กับนักเรียน นักศึกษารุ่นต่อ ๆ ไปได้อีกมาก

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมมน โฉมฉาย
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุฬาริตา โฉมฉาย
ฉบับปรับปรุง (พิมพ์ครั้งที่ 2)

คำชี้แจง

การใช้คำศัพท์ทางวิชาการต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นในการเขียนหนังสือวิชาการทางการแพทย์ ซึ่งการใช้ศัพท์ทางวิชาการหรือศัพท์ภาษาอังกฤษในหนังสือเล่มนี้ ผู้นิพนธ์และบรรณาธิการพยายามใช้ศัพท์บัญญัติโดยสำนักงานราชบัณฑิตยสภาทั้งหมด ด้วยการตรวจสอบคำจากแหล่งข้อมูลดังนี้ <https://coined-word.orst.go.th/> และ <https://dict.longdo.com/index.php> (เลือกใช้เฉพาะข้อมูลในส่วนสำนักงานราชบัณฑิตยสภา) หากไม่ปรากฏศัพท์บัญญัติในสองแหล่งนี้ บรรณาธิการจะใช้ศัพท์ทางวิชาการหรือศัพท์ภาษาอังกฤษตามเดิมสำหรับคำนั้น

สำหรับรูปภาพต่าง ๆ ในหนังสือเล่มนี้เป็นรูปภาพที่มีแหล่งที่มาดังแสดงในสารบัญรูป โดยได้รับอนุญาตและให้ความยินยอมจากเจ้าของรูปภาพทั้งหมดสำหรับใช้ในการเผยแพร่ในหนังสือ และไม่มีการใช้รูปภาพที่เป็นการผลิตซ้ำหรือดัดแปลงจากหนังสือ วารสารหรือเอกสารอื่น ๆ รวมทั้งตารางต่าง ๆ เป็นตารางที่ผู้นิพนธ์รวบรวมและเขียนขึ้นเอง โดยอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลทางวิชาการ ดังที่อ้างอิงในแต่ละตาราง

เนื่องจากหนังสือเล่มนี้เขียนเป็นภาษาไทย การจัดทำดัชนีค้นคำท้ายเล่มจึงเน้นรูปแบบที่เหมาะสมกับผู้อ่านที่ใช้ภาษาไทย โดยแบ่งคำหลักเป็นชุดคำภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ส่วนคำย่อยที่ใช้ขยายคำหลักถูกจัดทำโดยใช้ภาษาไทยเป็นหลักเพื่อความชัดเจนในการใช้งานดัชนี

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมมน โฉมฉาย
ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจุฬาริตา โฉมฉาย

กิตติกรรมประกาศ

การแต่งหนังสือเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความร่วมแรงร่วมใจของผู้นิพนธ์ทุกท่านและด้วยความอนุเคราะห์ของอีกหลายท่าน ดังนี้

สถาบันวิชาการและตรวจพิสูจน์ยาเสพติด สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ที่ให้ความอนุเคราะห์สำหรับตัวอย่างเพื่อเตรียมรูปสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง

Dr. Kent R. Olson และ Dr. Roy R. Gerona จาก University of California, San Francisco ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ไฟล์ต้นฉบับรูปที่ 25.1 และ 25.6

Professor Paul Dargan จาก King's College London ที่ให้ความอนุเคราะห์ไฟล์ต้นฉบับรูปที่ 25.7 และ 27.4

ศูนย์พิษวิทยารามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่อนุญาตให้ใช้รูปที่ 28.2

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์วรวิทย์ ไวยวุฒิ รองผู้อำนวยการ สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ กระทรวงยุติธรรม ที่ให้ความอนุเคราะห์ไฟล์ต้นฉบับรูปที่ 20.3

ดร.ดิยนยา ภูติพันธุ์ จาก วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาออกแบบปกหนังสือ คุณณณนงค์ ศรีจินดา สำหรับการแนะนำในการจัดทำรายการเอกสารอ้างอิง

คุณสุรัชต์ อภิมันจินดากุล ให้ความช่วยเหลือด้านการจัดทำรูปประกอบหนังสือ

แพทย์หญิงศิริพร อรุณรัศมีโชติ สำหรับการจัดทำรูปที่ 20.1 และ 20.2

บรรณาธิการทั้งสองจึงขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของทุกท่านที่ทำให้หนังสือเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ตามวัตถุประสงค์

สุดท้ายนี้บรรณาธิการและคณะผู้นิพนธ์ขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักพิมพ์ศิริราช (กองทุนโครงการตำราศิริราชในศิริราชมูลนิธิ) ที่ให้การสนับสนุน ให้โอกาสและอนุญาตให้ตีพิมพ์เผยแพร่หนังสือเล่มนี้

สัมมน โฉมฉาย & จุฬิตา โฉมฉาย

รายนามคณะกรรมการสำนักพิมพ์ศิริราช

- | | |
|---|---------------------|
| 1. รองคณบดี คนที่ 1 และผู้อำนวยการโรงเรียนแพทย์ศิริราช
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงมณี รัตนไชยานนท์) | ที่ปรึกษา |
| 2. รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงธัญญา บุญยศิรินันท์) | ประธานกรรมการ |
| 3. หัวหน้าสถานเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัฒน์นันท์ แพทย์พิทักษ์) | รองประธานกรรมการ |
| 4. บรรณาธิการ Siriraj Medical Journal
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์พรพรหม เมืองแมน) | กรรมการ |
| 5. รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดาราวรรณ วนะชีวนาวิน | กรรมการ |
| 6. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสงค์ ตันมหาสมุทร | กรรมการ |
| 7. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายการคลัง
(นางสาวณัฐวสา สันจิตโต) | กรรมการ |
| 8. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงกมลพร วรรณฤทธิ) | กรรมการและเลขานุการ |
| 9. นางสาวยุพา ประไพพงษ์ | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 10. นางสาวปิยะนุช เป้าซัง | ผู้ช่วยเลขานุการ |
| 11. นางอมรรัตน์ แสงแก้ว | ผู้ช่วยเลขานุการ |

รายนามผู้นิพนธ์

1. บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์

- พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
- Certificate in Adolescent Medicine (Canada)
- รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. สุภิญญา อินธิ์

- พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
- Certificate in Adolescent Medicine (USA)
- รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

3. จุฬิตา โฉมฉาย

- พ.บ. University of Southern California, Keck School of Medicine, USA Diplomate American Board of Pediatrics
- อ.ว. กุมารเวชศาสตร์
- Certificate of Clinical Fellowship Training in Medical Toxicology (USA)
- ศาสตราจารย์ ภาควิชาวิทยาศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. พันโท กิตติศักดิ์ แสนประเสริฐ

- พ.บ. วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ว.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ว.ว. เวชศาสตร์วิทย์และพิษวิทยา
- กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉิน
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก

5. สัมมน โฉมฉาย

- พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับสอง) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ว.ว. (อายุรศาสตร์)
- M.P.H. (Environmental Health Science)
- Certificate of Fellowship Training in Occupational and Environmental Medicine (USA)
- Certificate of Fellowship Training in Medical Toxicology (USA)

- อ.ว. อนุสาขาเวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาอาชีวเวชศาสตร์ อ.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

6. พลอยไพลิน รัตนสัญญา

- พ.บ. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ว.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ว.ว. อนุสาขาเวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา
- นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
- โรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปราจีนบุรี กระทรวงสาธารณสุข

7. เมษญา ชาตีกุล

- พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ว.ว. อนุสาขาเวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา นายแพทย์ หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกรุงเทพจันทบุรี จันทบุรี

8. สาทิยา ตระกูลศรีชัย

- พ.บ. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ว.ว. อายุรศาสตร์ อ.ว.เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ว.ว. อนุสาขาเวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา
- รองศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

9. ธัญจิรา จิรนนทกาญจน์

- พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ว.ว. อายุรศาสตร์
- M.P.H. (Environmental Health Science)
- Diploma of American Board of Preventive Medicine (ABPM) Occupational Medicine Certificate of Clinical Fellowship Training in Medical Toxicology (USA)
- อ.ว. อนุสาขาเวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา อ.ว. เวชศาสตร์ป้องกัน สาขาอาชีวเวชศาสตร์

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- Central Clinical School, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Australia

10. จริยา ภูติชินภัทร

- พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ว.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ว.ว. อนุสาขาเวชศาสตร์หัวใจและปศุวิทยา
- อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

11. วรพันธ์ เกรียงสุนทรกิจ

- พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
- อ.ว. อนุสาขาเวชศาสตร์หัวใจและปศุวิทยา อ.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- Certificate of Fellowship training in Pediatric Emergency Medicine (USA)
- Certificate of Fellowship training in Medical Toxicology (USA)
- รองศาสตราจารย์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

12. ภัทรพร เมฆาวุฒิกุล

- พ.บ. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ว.ว. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ว.ว. อนุสาขาเวชศาสตร์หัวใจและปศุวิทยา
- อาจารย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สารบัญ

บทที่ 1	สถานการณ์การใช้สารเสพติดและสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทย Epidemiology of Addictive and Recreational Drug Use in Thai Adolescents บุญยั้ง มานะบริบูรณ์	1
บทที่ 2	การดูแลและจัดการวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในเวชปฏิบัติทั่วไป Management of Adolescents with Substance Use in Clinical Practice สุภิญญา อินอิ้ว	9
บทที่ 3	สารเสพติดในกลุ่มประชากรพิเศษ: หญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด Drugs of Abuse in Special Populations: Pregnant Women and Newborns จุฬาริศา โฉมฉาย	25
บทที่ 4	ภาระโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติด Burden of Disease from Drugs of Abuse จุฬาริศา โฉมฉาย	51
บทที่ 5	การซุกซ่อนสารเสพติด Concealment of Drugs of Abuse จุฬาริศา โฉมฉาย	75
บทที่ 6	การประเมินและจัดการภาวะฉุกเฉินจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย Evaluation and Management of Emergency Conditions in Recreational Drug Intoxication จุฬาริศา โฉมฉาย	89
บทที่ 7	กลุ่มอาการพิษที่พบบ่อยจากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย Common Toxidromes from Recreational Drugs กิตติศักดิ์ แสนประเสริฐ & จุฬาริศา โฉมฉาย	103
บทที่ 8	ภาวะอุณหภูมิร่างกายสูงจากยา Drug-induced Hyperthermia จุฬาริศา โฉมฉาย	119
บทที่ 9	อาการ acute dystonia จากการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย Acute Dystonia from Recreational Drugs จุฬาริศา โฉมฉาย	131

บทที่ 10	การจัดการผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการพิษแบบผสมหรือกำกวม Management of Patients with Mixed or Uncertain Toxidromes จุฬาริตา โฉมฉาย	141
บทที่ 11	การตรวจวิเคราะห์สารเสพติดเพื่อพ่นคลายทางห้องปฏิบัติการ Laboratory Analyses for Recreational Drugs สัมนน โฉมฉาย	153
บทที่ 12	การเสพยาารักษาโรคเพื่อการพ่นคลาย Recreational Abuse and Misuse of Medications สัมนน โฉมฉาย	169
บทที่ 13	Promethazine, ยาแก้แพ้และ trihexyphenidyl Promethazine, Antihistamines and Trihexyphenidyl จุฬาริตา โฉมฉาย	201
บทที่ 14	ยาแก้ไอ Dextromethorphan จุฬาริตา โฉมฉาย	213
บทที่ 15	Tramadol จุฬาริตา โฉมฉาย	225
บทที่ 16	ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ Sedative-Hypnotics พลอยไพลิน รัตนสิญญู	239
บทที่ 17	พืชกลุ่มแอลคาลอยด์ atropine และกลุ่มเห็ด psilocybin Plants Containing Atropine Alkaloids and Psilocybin Mushrooms เมษญา ซาติกุล & จุฬาริตา โฉมฉาย	251
บทที่ 18	กระท่อม Kratom สาทรียา ตระกูลศรีชัย	267
บทที่ 19	Ethanol สัมนน โฉมฉาย	283
บทที่ 20	บุหรืไฟฟ้า Electronic Cigarette สัมนน โฉมฉาย	315

บทที่ 21	กัญชา Cannabis ัญจิรา จิรนนทกาญจน์ & จริยา ภูติศชินภัทร	351
บทที่ 22	สารกระตุ้นกลุ่ม amphetamine Amphetamine-type Stimulants (ATS) จุฬธิดา โฉมฉาย	373
บทที่ 23	Cocaine สัมพันธ์ โฉมฉาย	397
บทที่ 24	Opiates and Opioids สัมพันธ์ โฉมฉาย	427
บทที่ 25	สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดใหม่ Novel Psychoactive Substances สัมพันธ์ โฉมฉาย	457
บทที่ 26	สารระเหย Inhalants วรพันธ์ เกรียงสุนทรกิจ & ภัทรพร เมฆาภูมิกุล	495
บทที่ 27	สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายกลุ่ม ketamine Ketamine and Related Compounds สัมพันธ์ โฉมฉาย	517
บทที่ 28	สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายกลุ่มจีเอชบี Gamma-Hydroxybutyrate (GHB) and Related Compounds สัมพันธ์ โฉมฉาย	539

สารบัญรูป

รูปที่	คำอธิบาย (แบบสังเขป)	หน้า	เจ้าของรูป
3.1	แผนผังแสดงหน้าต่างเวลาการตรวจพบยาเสพติดจากตัวอย่างทางชีวภาพของมารดาและทารก	29	จุฬาริตา โฉมฉาย
5.1	ห้อยยาไอซ์ที่ถูกกลืนลงท้อง	77	จุฬาริตา โฉมฉาย
5.2	ลักษณะหลอดตาเทกซ์ที่ใช้บรรจุ heroin	77	จุฬาริตา โฉมฉาย
5.3	cocaine ที่มีลักษณะกึ่งแข็งกึ่งเหลว ง่ายต่อการซุกซ่อน	77	จุฬาริตา โฉมฉาย
5.4	ภาพเอกซเรย์ช่องท้องของผู้ป่วยชายที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการชักหมดสติเฉียบพลัน และมีกลุ่มอาการ sympathomimetic ขณะอยู่ที่สถานีนขนส่ง ตรวจพบ double condom sign ซึ่งเป็นเงาของถุงยางอนามัยบรรจุยาไอซ์ (crystal methamphetamine)	82	จุฬาริตา โฉมฉาย
9.1	อาการ extrapyramidal symptoms หรือ EPS ในผู้ป่วยที่เสพยาแก้ไอ promethazine	136	จุฬาริตา โฉมฉาย
9.2	อาการ oculogyric crisis จากการเสพยาแก้ไอ promethazine	136	จุฬาริตา โฉมฉาย
10.1	แสดงกลุ่มอาการพิษที่คาบเกี่ยวกันของสารเสพติดแต่ละชนิด	144	จุฬาริตา โฉมฉาย
12.1	Gabapentin	177	สัมพันธ์ โฉมฉาย
12.2	Pregabalin	177	สัมพันธ์ โฉมฉาย
12.3	Gamma-aminobutyric acid (GABA)	177	สัมพันธ์ โฉมฉาย
12.4	Bupropion	177	สัมพันธ์ โฉมฉาย
13.1	ยา trihexyphenidyl 5 mg หรือ B5 ที่พบในกระเป๋ากางเกงผู้ป่วยชายไทยอายุ 14 ปีที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการกระสับกระส่าย ประสาทหลอน	202	จุฬาริตา โฉมฉาย
16.1	ยานอนหลับและยากล่อมประสาทชนิดต่าง ๆ	240	สัมพันธ์ โฉมฉาย
16.2	เม็ดยา Nimetazepam (Erimin® 5)	242	สัมพันธ์ โฉมฉาย
17.1	ต้นลำโพง ฝักและเมล็ดดอกลำโพง	252	เมษญา ชาติกุล

รูปที่	คำอธิบาย (แบบสังเขป)	หน้า	เจ้าของรูป
17.2	ภาพฝักเมล็ดของลำโพงที่มีหนามหนา ฝักนี้มีชื่อที่ชาวบ้านเรียกกันว่า มะเขือบ้า	254	เมฆญา ชาติกุล
17.3	เมล็ดแก่ของดอกลำโพง	254	เมฆญา ชาติกุล
17.4	เมล็ดแก่ของดอกลำโพงที่นิยมนำมาเสพ	254	เมฆญา ชาติกุล
17.5	เห็ดขี้ควายที่นำมาตากแห้งพร้อมเสพ	256	จุฬธิดา โฉมฉาย
18.1	ต้นกระท่อม	268	สาทรียา ตระกูลศรีชัย
18.2	ใบกระท่อมสด	268	สาทรียา ตระกูลศรีชัย
18.3	ดอกกระท่อมที่จะออกสีเขียวและกลายเป็นสีดำถ้านำมาตากให้แห้งแล้วเมล็ดสามารถนำมาปลูกได้	268	สาทรียา ตระกูลศรีชัย
18.4	ใบกระท่อมตากแห้ง	269	สาทรียา ตระกูลศรีชัย
18.5	ส่วนผสมของ 4x100 (สี่คูณร้อย)	270	สัมมน โฉมฉาย
20.1	เครื่องสูบบุหรี่ไฟฟ้ายุคที่ 1 และส่วนประกอบ	316	สัมมน โฉมฉาย
20.2	เครื่องสูบบุหรี่ไฟฟ้ายุคต่าง ๆ	317	สัมมน โฉมฉาย
20.3	เครื่องสูบบุหรี่ไฟฟ้ายุคที่ 2 และหลอดที่ใช้เติมน้ำยา	317	วรวิธ วิญญู
20.4	เครื่องสูบบุหรี่ไฟฟ้ายุคที่ 3	318	สัมมน โฉมฉาย
20.5	เครื่องสูบบุหรี่ไฟฟ้ายุคที่ 4	318	ภัทรพร เมฆาวิญญู
20.6	หลอดใส่น้ำยาเติมบุหรี่ไฟฟ้า	338	สัมมน โฉมฉาย
21.1	กัญชาแห้งใช้มวนในบุหรี่เพื่อสูบ	352	สัมมน โฉมฉาย
21.2	กะหล่ำกัญชาคือใบและช่อดอกเพศเมียของกัญชาที่แห้ง ใช้สูบนกับยาสูบ	352	สัมมน โฉมฉาย
21.3	ยางกัญชา (cannabis resin) หรือที่รู้จักกันโดยทั่วไปว่า Hashish	353	สัมมน โฉมฉาย

รูปที่	คำอธิบาย (แบบสังเขป)	หน้า	เจ้าของรูป
21.4	A. ชิ้นยาขมที่มีส่วนผสมของกัญชาในประเทศเนเธอร์แลนด์ B. กล่องใส่อมยิ้มที่มีส่วนผสมของกัญชาที่ขายในประเทศเนเธอร์แลนด์ C. อมยิ้มที่มีส่วนผสมของกัญชาที่ขายในประเทศเนเธอร์แลนด์	354	กวิน อิสริยะโอกาส
21.5	น้ำมันกัญชา	355	จริยา ภูติศชินภัทร
21.6	A. Tetrahydrocannabinol (THC) B. Cannabidiol (CBD)	358	สัมพันธ์ โฉมฉาย
22.1	A. Amphetamine B. Methamphetamine C. Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) D. 3,4-Methylenedioxyamphetamine (MDA) E. Methylenedioxyethylamphetamine (MDEA)	374	สัมพันธ์ โฉมฉาย
22.2	ลักษณะผลึกต่าง ๆ ของยาไอซ์	377	จุฬธิดา โฉมฉาย
22.3	วิวัฒนาการของรูปแบบของสาร ATS ในประเทศไทยจาก ยาบ้า (amphetamine ไปจนถึงยาบ้า (methamphetamine) และยาอี (MDMA)	377	จุฬธิดา โฉมฉาย
22.4	เม็ดยาบ้าที่มีขายทั่วไปในปัจจุบัน	378	จุฬธิดา โฉมฉาย
22.5	หัวตอกเม็ดยาบ้าเพื่อให้มีตราประทับ (imprint) ที่จำเพาะ ของผู้ผลิต	378	จุฬธิดา โฉมฉาย
22.6	แท่นตอกพร้อมหัวตอกเม็ดยาบ้า	378	จุฬธิดา โฉมฉาย
22.7	การชุกซ่อนยาบ้ารูปแบบต่าง ๆ เพื่อใช้จำหน่าย	378	จุฬธิดา โฉมฉาย
22.8	กล่องสูบยาบ้าที่ผลิตจากของใช้ในครัวเรือน	378	จุฬธิดา โฉมฉาย
22.9	กล่องเสพยาไอซ์ที่ทำจากขวดเครื่องดื่มพลาสติก	379	จุฬธิดา โฉมฉาย
22.10	รูปแบบเม็ดสีและตัวพิมพ์ต่าง ๆ ของยาอี	380	จุฬธิดา โฉมฉาย
22.11	ตัวอย่างเม็ดยาอีและยาเลิฟ	380	จุฬธิดา โฉมฉาย

รูปที่	คำอธิบาย (แบบสังเขป)	หน้า	เจ้าของรูป
22.12	A. และ B. Methylphenidate ที่ใช้รักษาภาวะ Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) เป็นสารอนุพันธ์ของ amphetamine C. ยา phentermine ที่ใช้ลดความอ้วนเป็นสารอนุพันธ์ของ amphetamine	381	จุฬาริตา โฉมฉาย
23.1	ใบ coca ที่ตากแห้งแล้ว	398	สัมมน โฉมฉาย
23.2	Cocaine ที่ใช้ทางการแพทย์	398	สัมมน โฉมฉาย
23.3	Cocaine hydrochloride	399	สัมมน โฉมฉาย
23.4	Crack cocaine	399	สัมมน โฉมฉาย
24.1	A. Morphine B. Heroin	428	สัมมน โฉมฉาย
24.2	A. Fentanyl B. Acetylfentanyl C. Carfentanil D. Furanylfentanyl E. α -Methyلفentanyl	429	สัมมน โฉมฉาย
24.3	A. Desomorphine (Krokodil) B. Acetylfentanyl	430	สัมมน โฉมฉาย
24.4	A. ผิ่นดิบ B. ผิ่นสุก C. เมล็ดผิ่น	434	สัมมน โฉมฉาย
24.5	อุปกรณ์ประกอบการสูบผิ่น	435	สัมมน โฉมฉาย
24.6	Heroin hydrochloride	435	สัมมน โฉมฉาย
24.7	Heroin อัดแท่ง	436	สัมมน โฉมฉาย
25.1	ลักษณะบรรจุภัณฑ์ของสารกลุ่ม Novel psychoactive substances (NPS) ในต่างประเทศ	459	Kent R. Olson Roy R. Gerona
25.2	‘ยาปาร์ตี้’ กลุ่ม piperazine ที่จับกุมได้ในประเทศไทย	461	สัมมน โฉมฉาย
25.3	รูปแบบของ synthetic cannabinoid ที่มีชื่อว่า K2 หรือ Spice	461	Paul Dargan

รูปที่	คำอธิบาย (แบบสังเขป)	หน้า	เจ้าของรูป
25.4	A. HU-210 B. CP-47,497 C. FUB-AMB D. ADB-FUBINACA E. JWH-018 F. JWH-250 G. AM-694 H. XLR-11 I. APICA	464	สัมมน โฉมฉาย
25.5	A. Cathinone B. Mephedrone C. MDPV D. Methylone E. Methcathinone F. Butylone G. Pyrovalerone H. α -PVP (Flakka)	472	สัมมน โฉมฉาย
25.6	synthetic cathinone ที่เรียกว่า ‘bath salt’	472	Kent R. Olson Roy R. Gerona
25.7	synthetic cathinone mephedrone ที่ถูกระบุว่าเป็นอาหารสำหรับพืชมะเขือเทศ	474	Paul Dargan
25.8	สารเสพติดกลุ่ม piperazine A. N-benzylpiperazine (BZP) B. 1-(3-trifluoromethylphenyl) piperazine (TFMPP) C. 1-(4-methoxyphenyl) piperazine (MeOPP)	480	สัมมน โฉมฉาย
25.9	ตัวอย่างเม็ดยาที่มีส่วนผสมของ N-benzylpiperazine (BZP)	481	สัมมน โฉมฉาย
25.10	ตัวอย่างเม็ดยาที่มีส่วนผสมของ 1-(3-trifluoromethylphenyl) piperazine (TFMPP)	481	สัมมน โฉมฉาย
25.11	Serotonin	482	สัมมน โฉมฉาย
25.12	สารเสพติดกลุ่ม tryptamine 5-MeO-DiPT	482	สัมมน โฉมฉาย

รูปที่	คำอธิบาย (แบบสังเขป)	หน้า	เจ้าของรูป
25.13	สารเสพติดกลุ่ม phenethylamine A. 2C-B B. 2C-B-FL C. Bromo-dragonFLY D. 25I-NBOMe E. 25B-NBOMe	483	สัมมน โฉมฉาย
26.1	สารระเหยชนิดต่าง ๆ ที่มีขายทั่วไปที่สามารถถูกนำมาใช้เป็นสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย	496	สัมมน โฉมฉาย
26.2	amyl nitrite หรือ popper	497	สัมมน โฉมฉาย
27.1	A. ketamine B. methoxetamine C. phencyclidine (PCP)	518	สัมมน โฉมฉาย
27.2	รูปแบบของ ketamine หรือยาเคที่ใช้เสพ	520	สัมมน โฉมฉาย
27.3	ยาเคที่ถูกทำเป็นรูปแบบผงด้วยวิธีทำให้น้ำระเหยไป	520	สัมมน โฉมฉาย
27.4	ลักษณะบรรจุภัณฑ์ของ methoxetamine ที่ทำให้ดูเหมือนผลิตภัณฑ์ที่ถูกกฎหมาย	522	Paul Dargan
28.1	A. gamma-hydroxybutyrate (GHB) B. gamma-butyrolactone (GBL) C. 1,4-butanediol (1,4-BD)	540	สัมมน โฉมฉาย
28.2	รูปภาพเปรียบเทียบขวดไวน์ของจริงและของปลอมที่บรรจุ GHB ซึ่งทำให้เกิดเหตุผู้ดื่มหลายคนมีอาการชักหมดสติและมีผู้เสียชีวิตใน พ.ศ. 2546	543	ศูนย์พิษวิทยา รามธิบดี

สารบัญตาราง

ตารางที่	รายละเอียด	หน้า
2.1	แบบประเมิน AUDIT แบบการสัมภาษณ์	14
3.1	สารเสพติดที่พบบ่อยในประเทศไทยกับผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด	30
3.2	การตรวจวิเคราะห์หาสารเสพติดจากตัวอย่างทางชีวภาพ	40
5.1	อาการต่าง ๆ นอกเหนือจากภาวะพิษโดยตรงที่สามารถพบได้ใน body packer และ body stuffer	80
5.2	การรายงานอาการที่รุนแรงและการเสียชีวิตของ body packer และ body stuffer	80
6.1	สรุปกลุ่มอาการพิษ (toxidrome) ที่มีอาการเพ้อคลั่ง กระวนกระวาย	92
6.2	ข้อมูลการบริหารยาที่สามารถใช้ได้ผู้ป่วยที่มีอาการเพ้อคลั่ง กระวนกระวาย	94
6.3	ยาและสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายที่ทำให้เกิดอาการชักได้	95
7.1	รายละเอียดของยา benzodiazepine ชนิดต่าง ๆ ที่ใช้รักษากลุ่มอาการกระตุ้นประสาทซิมพาเทติก	105
7.2	สรุปกลุ่มอาการพิษต่อระบบประสาทอัตโนมัติที่พบบ่อยจากสารเสพติดและสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย	113
8.1	ตารางเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของ drug-induced hyperthermia (DIH) จากสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย	122
8.2	ยาที่ใช้รักษาภาวะจำเพาะต่าง ๆ ของ drug-induced hyperthermia (DIH)	126
9.1	สรุปสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายที่อาจทำให้เกิดภาวะ acute dystonia	132
9.2	อาการของ acute dystonia	133
10.1	สรุปชนิดและอาการแสดงของสารต่าง ๆ ที่นิยมใช้ผสมเพื่อเสพ	143
10.2	สรุปอาการ อาการแสดงและกลุ่มอาการจากสารเสพติด	147
11.1	ระยะเวลาที่สามารถตรวจวิเคราะห์สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายได้หลังจากการเสพ	163
11.2	ยาที่อาจทำให้เกิดผลบวกเทียมในการตรวจวิเคราะห์หาสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายด้วยเทคนิค immunoassay (IA) จากการเกิดปฏิกิริยาข้ามกลุ่ม (cross reactivity) และยาในกลุ่มที่อาจตรวจไม่พบด้วยเทคนิค IA	163
12.1	ยารักษาโรคที่อาจใช้เสพเพื่อผ่อนคลายได้	170

ตารางที่	รายละเอียด	หน้า
12.2	กลุ่มอาการ extrapyramidal (extrapyramidal syndrome, EPS) ที่อาจเกิดจากการเสพสารเพื่อผ่อนคลาย	185
12.3	เกณฑ์การวินิจฉัย serotonin syndrome ด้วย Hunter Serotonin Toxicity Criteria	190
13.1	อาการต่าง ๆ ของภาวะพิษจาก promethazine จากการศึกษาของ Tsay et al	206
14.1	ระยะการเกิดอาการพิษจาก dextromethorphan ตามปริมาณที่เสพ	217
14.2	เปรียบเทียบช่องทางการบริหารยากับการเริ่มต้นออกฤทธิ์ของยา naloxone	221
15.1	อาการและอาการแสดงของผู้ป่วย 190 รายที่ได้รับ tramadol เพียงอย่างเดียวเกินขนาด	226
15.2	รายชื่อยาที่มีรายงานว่าสามารถทำให้เกิด serotonin syndrome ได้เมื่อใช้คู่กับ tramadol	234
15.3	รายงานการเกิดภาวะพิษจากสารเสพเพื่อผ่อนคลายจากศูนย์พิษวิทยาศิริราช	235
17.1	แสดงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหลังได้รับ Datura	255
19.1	สรุปแนวทางการประเมินและรักษาผู้ป่วยที่มีอาการพิษจาก ethanol ในห้องฉุกเฉิน	288
19.2	แสดงความแตกต่างระหว่างแอลกอฮอล์ที่เป็นพิษ (toxic alcohol) ชนิดต่าง ๆ	294
19.3	ความเสี่ยงในการเกิด delirium tremens และผู้ป่วยที่ควรรับตัวไว้ในโรงพยาบาล	303
19.4	อาการและระยะเวลาเกิดการขาดสุรา	305
19.5	เปรียบเทียบยา diazepam, lorazepam และ midazolam ที่ให้ทางหลอดเลือดดำสามารถใช้ในการรักษาอาการขาดสุรา	307
20.1	ส่วนประกอบของไอจากบุหรี่ไฟฟ้า	323
20.2	เกณฑ์นิยามผู้ป่วย (case definition) เพื่อการวินิจฉัยภาวะปอดอักเสบเฉียบพลันแบบ EVALI	329
22.1	สรุปลักษณะทางเภสัชจลนศาสตร์ของ methamphetamine จากการใช้ยาในรูปแบบต่าง ๆ	383
22.2	สรุปการรักษาภาวะ amphetamine-type stimulant intoxication	390
24.1	ตัวรับ opioid และผลทางคลินิกจากการกระตุ้น	431
24.2	ฤทธิ์ของสาร opioid ต่อตัวรับ	433

ตารางที่	รายละเอียด	หน้า
25.1	เภสัชวิทยา กลไกการออกฤทธิ์ และอาการภาวะพิษของสารกลุ่มสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทชนิดใหม่ (novel psychoactive substances; NPS)	457
25.2	สิ่งบ่งชี้ถึงภาวะพิษจาก synthetic cannabinoid	469
25.3	ตัวอย่างสารเสพติดเพื่อการผ่อนคลายในกลุ่ม synthetic cathinone และซีสแลง	473
25.4	การออกฤทธิ์ของ synthetic cathinone แต่ละประเภท	477
27.1	ขนาด ketamine ที่ใช้เสพและระดับความรู้สึกทางวิสัญญีวิทยา จำแนกตามวิธีการบริหาร (หน่วยเป็นมิลลิกรัม)	520
27.2	ระยะเวลาการเริ่มออกฤทธิ์และความยาวนานของฤทธิ์ ketamine ที่ใช้ในการเสพเพื่อผ่อนคลาย จำแนกตามวิธีการบริหาร	523
28.1	สารเสพติดเพื่อการผ่อนคลายกลุ่ม GHB	540
28.2	ขนาดการเสพ GHB และการตอบสนองในมนุษย์	545
28.3	ภาวะถอนยาในกลุ่ม GHB	549

บัญชีคำย่อ

คำย่อ	ความหมาย
AC	activated charcoal
ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists and Gynecologists, ACOG
Ach	acetylcholine
AchR-M	muscarinic receptor
AchR-N	nicotinic receptor
ACLS	advanced cardiovascular life support
AD	acute dystonia
ADH	antidiuretic hormone
AOR	adjusted odds ratio
ARDS	acute respiratory distress syndrome
AS	anticholinergic syndrome
ATS	amphetamine-type stimulants
AV	atrioventricular
AWS	alcohol withdrawal syndrome
BD หรือ 1,4-BD	1,4-butanediol
Bpa	body packer
BPQ	Breast milk partitioning coefficient
Bpu	body pusher
BS	body stuffer
BUN	blood urea nitrogen
BZD	benzodiazepine
CAS	central anticholinergic syndrome

คำย่อ	ความหมาย
CB receptor	cannabis receptor
CI	confidence interval
CNS	central nervous system
COMT	catecholamine-O-methyltransferase
CPK	creatine phosphokinase
CT	computerized tomography
DIC	disseminated intravascular coagulation
DIH	drug-induced hyperthermia
DWS	drug withdrawal syndrome
DXM	dextromethorphan
DZP	diazepam
ECG	electrocardiography
EPS	extrapyramidal syndrome
ExDS	excited Delirium Syndrome
GABA	gamma-aminobutyric acid
GBL	gamma-butyrolactone
GC-MS	gas chromatography-mass spectrometry
GCS	Glasgow Coma Scale
GHB	gamma-hydroxybutyrate
GHV	gamma-hydroxyvalerate
IM	Intramuscular
5-HT	serotonin
IN	Intranasal
IV	Intravenous
LBW	low birth weight

คำย่อ	ความหมาย
LC-MS	liquid chromatography-mass spectrometry
LC-MS/MS	liquid chromatography-tandem mass spectrometry
LCT	low dose computerized tomography
LSD	lisergic acid
LZ	lorazepam
MA	methamphetamine
MAOI	monoamine oxidase inhibitor
MDA	3,4-methylenedioxyamphetamine
MDMA หรือ 3,4 MDMA	3,4-methylenedioxymethamphetamine
MH	malignant hyperthermia
MZ	midazolam
NAS	neonatal abstinence syndrome
NE	Norepinephrine
NMS	neuroleptic malignant syndrome
NPS	novel psychoactive substances
NPV	negative predictive value
NTS	nucleus tractus solitarii
OR	odds ratio
PAS	peripheral anticholinergic syndrome
PCP	phencyclidine
PEG	polyethylene glycol
PM	poor metabolizer
PPV	positive predictive value
RM	rapid metabolizer
RVLM	rostral ventrolateral medulla

คำย่อ	ความหมาย
SCT	standard dose computerized tomography
SH	sedatives-Hypnotics
SMS	sympathomimetic syndrome
SR	sarcoplasmic reticulum
SS	serotonin syndrome
THC หรือ Delta9-THC	delta9-tetrahydrocannabinol
US	ultrasound
Vd	volume of distribution
WBI	whole bowel irrigation

สถานการณ์การใช้สารเสพติดและสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นไทย

Epidemiology of Addictive and Recreational Drug Use in Thai Adolescents

บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์

บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่เจริญเติบโต และพัฒนาการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัด เช่น ความสูง พัฒนาการทางเพศ ความคิด และอารมณ์ โดยทั่วไปวัยรุ่นมักมีสุขภาพแข็งแรง ปัญหาทางด้านสังคมและจิตใจที่พบได้บ่อยมักเป็นผลมาจากการเลี้ยงดู ครอบครัว สิ่งแวดล้อม และความเป็นวัยรุ่น ในช่วงวัยรุ่น สมองส่วน prefrontal cortex ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางแผน การตัดสินใจ และการยับยั้งชั่งใจกำลังพัฒนา โดยจะพัฒนาสมบูรณ์เมื่ออายุประมาณ 25 ปี ในขณะที่สมองส่วน limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับการอารมณ์ และความอยากได้พัฒนาแล้ว พัฒนาการด้านสมองดังกล่าวส่งผลให้วัยรุ่นมีความอยากรู้อยากลอง และทำในสิ่งที่ไม่เคย โดยขาดความยั้งคิดส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงตามมา การใช้สารเสพติดถือเป็นหนึ่งในตัวอย่างของปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นจนกลายเป็นปัญหาสังคม วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดมักเริ่มจากการดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า หลังจากนั้นจึงพัฒนามาใช้สารเสพติดอื่น ๆ จากการรวบรวมข้อมูลของสถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว พ.ศ. 2556 พบว่า สารเสพติดที่วัยรุ่นใช้มากที่สุด ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติดต้องโทษ ตามลำดับ⁽¹⁾

จากรายงานของศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.) พ.ศ. 2557⁽²⁾ พบว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มและรุนแรงขึ้น เมื่อคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) เข้ามาบริหารประเทศ ได้กำหนดมาตรการเร่งด่วนเพื่อปราบปรามและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติดในทุก ๆ ด้าน และพบว่าคดีจับกุมมีจำนวนเพิ่มขึ้น มีการนำผู้ต้องหาเข้ารับการรักษาบำบัด โดยร้อยละ 45.6 ของผู้เสพที่เข้ารับการบำบัดมีอายุระหว่าง 15-24 ปี

จากสถิติการจับกุมยาเสพติดในไทย ซึ่งเป็นผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 31 ธันวาคม 2558 เกิดข้อหายาเสพติดทั้งหมด 532,382 คดี โดยของกลางที่ยึดได้เป็นกระห่อม 111,748.61 กิโลกรัม, กัญชา 35,151.35 กิโลกรัม, ยาบ้า 13,571.54 กิโลกรัม หรือ 135,715,376.56 เม็ด, ยาไอซ์ 2,002.30 codeine 1,098.61 กิโลกรัม, heroin 574.14 กิโลกรัม โดยเป็นข้อหาเสพ 256,742 ข้อหา ดำเนินการยึดทรัพย์ทั้งหมด 2,267,503,449 บาท⁽³⁾

ในบทความนี้จะกล่าวถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดในหมู่วัยรุ่นและเยาวชนไทยที่พบบ่อยโดยเฉพาะกลุ่ม amphetamine พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นและเยาวชนไทยใช้สารเสพติด รวมทั้งผลกระทบของการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นเป็นสำคัญ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดที่ใช้ในวัยรุ่นและเยาวชนไทย

แอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์จัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เนื่องจากเมื่อดื่มเป็นประจำจะมีโทษต่อร่างกาย และเมื่อหยุดดื่มทำให้เกิดอาการขาดเหล้าได้ (alcohol withdrawal) (บทที่ 19) จากรายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของศูนย์วิจัยปัญหาสุราปี พ.ศ. 2556⁽⁴⁾ พบว่า ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราค่อนข้างคงที่ ที่ร้อยละ 31 โดยผู้ดื่มเป็นเพศชายมากกว่าหญิง ในสัดส่วนประมาณ 5 ต่อ 1 และจำนวนนักดื่มเพศหญิงมีทิศทางเพิ่มขึ้น สำหรับเยาวชนพบว่า ประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาเป็นเยาวชนอายุ 15-24 ปี หรือกล่าวได้ว่า เยาวชนไทยประมาณ 2.5 ล้านคน ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และจากรายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553⁽⁵⁾ พบว่า ในรอบ 10 ปี ความชุกของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีปริมาณเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 ส่วนใหญ่กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีเริ่มดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยที่อายุ 16 ปี ซึ่งเป็นอายุน้อยที่สุดที่เริ่มดื่ม เมื่อเทียบกับนักดื่มกลุ่มอายุอื่น ๆ และพบว่า ร้อยละ 8 ของกลุ่มวัยรุ่นอายุ 11-19 ปีดื่มแอลกอฮอล์ สัดส่วนของวัยรุ่นชายต่อหญิงประมาณ 9 ต่อ 1 ภูมิภาคที่มีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง ตามลำดับ จากการสำรวจนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปี พ.ศ. 2552⁽⁶⁾ พบว่า วัยรุ่นชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 11-22 ปี ดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 5.4 และ 3.1 ครั้งต่อเดือน ตามลำดับ โดยร้อยละ 53 ของนักดื่มวัยรุ่นเป็นพวกที่ดื่มหนัก (binge drinking) และเริ่มดื่มเมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 14 ปี

สำหรับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นไทยนั้น ส่วนใหญ่มักจะดื่มเป็นกลุ่มกับเพื่อนหรือญาติ มักดื่มในสถานที่ที่ไม่ใช่บ้านตนเอง ได้เครื่องดื่มจากผู้อื่นให้ หรือซื้อดื่มเอง สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ค่านิยมที่เห็นการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องปกติ อิทธิพลจากสื่อโฆษณา เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวดื่ม และอาศัยอยู่ในชุมชนที่เอื้อต่อการดื่ม สามารถเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย จากงานวิจัยพบว่า เยาวชนที่มีทั้งพ่อและแม่ดื่ม มีโอกาสที่จะบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มที่พ่อและแม่ไม่ดื่ม 1.94 เท่า และกลุ่มที่พ่อแม่ไม่ห้ามเรื่องการดื่มมีโอกาสที่จะพัฒนาเป็นนักดื่มมากกว่ากลุ่มที่พ่อแม่ห้ามไม่ให้ดื่มแอลกอฮอล์ 4.92 เท่า⁽⁴⁾

บุหรี่

บุหรี่เป็นหนึ่งในสารเสพติดที่ถูกกฎหมายใน พ.ศ. 2554 พบว่าร้อยละ 21.4 ของคนไทยสูบบุหรี่และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.1) ของผู้ที่สูบบุหรี่เป็นผู้สูบบุหรี่ประจำ ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงในสัดส่วนประมาณ 20 ต่อ 1 แนวโน้มการสูบบุหรี่ของคนไทยโดยรวมในรอบ 10 ปีที่ผ่านมามีทิศทางลดลง แต่ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีกลับมีทิศทางเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.44 เมื่อ พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 10.77 ใน พ.ศ. 2554⁽⁷⁾ วัยรุ่นช่วงอายุ 11-19 ปีที่สูบบุหรี่มีจำนวนถึงร้อยละ 4.9 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมดหรือประมาณ 5.7 แสนคน โดยร้อยละ 77.8 เป็นผู้สูบบุหรี่ประจำ สัดส่วนของนักสูบบุหรี่ชายต่อหญิงประมาณ 50 ต่อ 1 นักสูบบุหรี่อายุ 15-19 ปีส่วนใหญ่เริ่มสูบบุหรี่เมื่อมีอายุเฉลี่ยประมาณ 15.1 ปีซึ่งเป็นอายุเริ่มสูบบุหรี่ที่น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับนักสูบกลุ่มอายุอื่น ๆ ภูมิภาคที่มีความชุกของการสูบบุหรี่มากที่สุด ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคเหนือ ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ ได้แก่ เพื่อนชักชวน คบเพื่อนสูบบุหรี่ และมีความสามารถในการเลิกบุหรี่ต่ำ สำหรับนักสูบหญิงอายุ 15-25 ปีพบว่าเหตุผลที่สูบบุหรี่ ได้แก่ สูบบุหรี่ตามเพื่อน คลายเครียด เพื่อนชวน รวมทั้งมีเวลาว่างและไม่รู้จะทำอะไร⁽⁷⁾

สารเสพติดและสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายนอกเหนือจากบุหรี่และแอลกอฮอล์

จากสรุปผลการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติดในประเทศไทย พ.ศ. 2554⁽⁸⁾ พบว่ามีผู้ที่เคยใช้สารเสพติดนอกเหนือจากแอลกอฮอล์และบุหรี่ถึงร้อยละ 7.3 ของประชากร โดยยาบ้า (บทที่ 22) กัญชาและกระท่อมเป็นสารเสพติด 3 อันดับแรกที่มีผู้ใช้มากที่สุด แนวโน้มการใช้สารเสพติดกลุ่มนี้มีทิศทางเพิ่มขึ้น และมีการใช้เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้หญิงและเยาวชน นอกจากนี้ จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติดใน พ.ศ. 2553⁽⁶⁾ พบมีผู้บำบัดรักษาอายุน้อยกว่า 18 ปีถึง 15,392 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.5 ของผู้รับการบำบัดทั้งหมด โดยยาเสพติดที่ใช้ 3 อันดับแรก ได้แก่ ยาบ้า กัญชา และสารระเหย (บทที่ 26)

จากรายงานของศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.) ปี 2557⁽²⁾ พบว่า เกือบครึ่ง (ร้อยละ 45.6) ของผู้เสพยาเสพติดหลักที่เข้ารับการรักษามีอายุระหว่าง 15-24 ปี โดยยาบ้าเป็นยาที่ใช้มากที่สุด (ร้อยละ 82.8) รองลงมาคือ กัญชา (ร้อยละ 6.3) และไอซ์ (ร้อยละ 3.1) ยาอื่น ๆ ที่ควรเฝ้าระวังเนื่องจากมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น ได้แก่ heroin, ผีน (บทที่ 24) และน้ำต้มกระท่อม จากประสบการณ์ผู้ให้พินัยพบว่า วัยรุ่นเริ่มหันมาใช้ยา หรือสารที่หาซื้อได้ง่าย เพื่อเป็นสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายแทนยาเสพติดชนิดผิดกฎหมาย เช่น ยาแก้ไอที่มี codeine เป็นส่วนประกอบ โดยหลังจากที่มีการแพร่ระบาดของการใช้ยาในกลุ่มนี้ ปัจจุบันได้มีข้อกำหนดในการใช้ โดยยาชนิดนี้ต้องสั่งโดยแพทย์ในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น จากนั้นหันมาใช้ยาแก้ไอ dextromethorphan^(9,10) (บทที่ 14) ที่มีขายตามร้านขายยา เป็นต้น ปัจจุบันวัยรุ่นเรียนรู้วิธีการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายแบบใหม่ผ่านสังคมออนไลน์ ใช้ศัพท์สแลง หรือศัพท์ที่เข้าใจในหมู่นักเสพยา เพื่อสั่งซื้อยาออนไลน์

มีการแนะนำกันเองให้ใช้สารหลาย ๆ ชนิดผสมกันเพื่อเสพ เช่น 4x100 (สี่คูณร้อย) (รูปที่ 18.5) หรือใช้ยาชนิดใหม่ที่หาซื้อได้ง่าย เช่น ยาแก้ไอ promethazine (procodyl หรือ purple drink) (บทที่ 13) ยาแก้ปวด tramadol (tramol®) (บทที่ 15) และยารักษาโรคทางระบบประสาท benzhexol (B5) (บทที่ 13) เป็นต้น

ยาไอซ์ (crystal methamphetamine, ICE)

ยาไอซ์ (บทที่ 22) เป็นยาเสพติดที่ใช้มากที่สุด จากข้อมูลยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) พ.ศ. 2555⁽¹¹⁾ พบว่า สถิติการจับกุมยาไอซ์มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยจำนวนผู้ต้องหาใน พ.ศ. 2554 มากกว่า พ.ศ. 2551 ถึง 7 เท่า ผู้ต้องหาประมาณ 3 ใน 5 เป็นกลุ่มเยาวชนถึงวัยทำงาน และยังพบว่า เยาวชนอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มกระทำผิดเพิ่มสูงขึ้น⁽¹²⁾ เนื่องจากผู้จำหน่ายได้ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการจำหน่าย ทำให้ผู้เสพเข้าถึงได้ง่ายขึ้น โดยทำให้กลุ่มคนทุกฐานะมีโอกาสที่จะซื้อยาไอซ์มาเสพได้ โดยผู้จำหน่ายได้บรรจุยาไอซ์ แบ่งขายในราคาต่าง ๆ กัน เริ่มต้นที่ราคาประมาณ 100 บาท จากเดิมที่ขายในปริมาณเริ่มต้นที่หนึ่งกรัม ราคากรัมละ 2,500-3,500 บาท นอกจากนี้ผู้จำหน่ายยังจูงใจให้ผู้ซื้อได้ทดลองเสพไอซ์ และแถมให้ฟรีจำนวนหนึ่ง หากสามารถนำไปจำหน่ายต่อได้⁽¹²⁾

“ไอซ์” ในกลุ่มเยาวชนเรียกหลายชื่อสแลง เช่น สเก็ต น้ำแข็ง ผักบุ้งเป็นกำ เป็นต้น จากการสุ่มตัวอย่างเด็กในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนร่วมกับศูนย์ฝึกอบรมเด็กและเยาวชน⁽¹²⁾ จำนวน 80 ราย อายุน้อยที่สุด คือ 11 ปี มากที่สุดคือ 19 ปี เกินครึ่งมีอายุระหว่าง 15-19 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มเสพไอซ์ คือ 15 ปี ร้อยละ 90 ของเด็กและเยาวชนเหล่านี้อยู่นอกระบบการศึกษา และส่วนหนึ่งมีรายได้หลักจากการขายยาไอซ์ ส่วนใหญ่เริ่มใช้ไอซ์ขณะที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น ร้อยละ 35 เสพไอซ์ครั้งสุดท้ายภายใน 30 วัน และร้อยละ 17 เสพไอซ์เกือบทุกวัน

ลักษณะการใช้มักใช้เสพเพื่อผ่อนคลายร่วมกับยาอื่น (poly drug use หรือ polypharmacy) ได้แก่ ยาบ้า (methamphetamine) กัญชา ยาอี (E, ecstasy, methylenedioxymethamphetamine, MDMA) (บทที่ 22) และ ยาเค (K, ketamine) (บทที่ 27) เป็นต้น โดยร้อยละ 50 ของเยาวชนเหล่านี้ระบุว่า สามารถหาไอซ์มาเสพได้ง่ายมาก หรือแทบจะหาได้ทันทีที่ต้องการเสพ⁽¹²⁾

พืชที่นำมาใช้เป็นสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย

ตัวอย่างพืชกลุ่มนี้ ได้แก่ กัญชา (บทที่ 21) และกระท่อม (บทที่ 18) ซึ่งเป็นสารเสพติดเพื่อผ่อนคลายที่วัยรุ่นใช้มากรองมาจากกลุ่ม amphetamine และเป็นกลุ่มยาหลักที่วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เข้ารับการบำบัด โดยสถิติการซื้ออยู่ประมาณร้อยละ 1-6 ภูมิภาคที่มีผู้ใช้มากที่สุด ได้แก่ ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽²⁾ สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายอื่นๆ ที่วัยรุ่นใช้ ได้แก่ ยาแก้ไอ dextromethorphan,

promethazine, ยาแก้ปวด tramadol, benzhexol (B5) และยา 4x100 ซึ่งเป็นของเหลวที่เกิดจากการผสมสารหลายชนิดเข้าด้วยกันโดยมีสารหลักเป็นน้ำต้มใบกระท่อม สารเสพติดเหล่านี้เริ่มใช้กันอย่างแพร่หลายมากขึ้น เพราะหาได้ง่าย และไม่ผิดกฎหมาย ดังนั้นผู้เสพจึงไม่ได้ถูกจับดำเนินคดีทางกฎหมาย ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลทางสถิติที่ชัดเจน จากประสบการณ์ผู้นิพนธ์พบว่า วัยรุ่นส่วนหนึ่งที่มารับบริการที่คลินิกวัยรุ่น โรงพยาบาลศิริราช มีประวัติเคยลองใช้ยาแก้ไอ dextromethorphan, promethazine หรือ 4x100 บางส่วนยังใช้เป็นประจำที่โรงเรียนระหว่างพักกลางวัน วัยรุ่นเหล่านี้คิดว่าการใช้สารเหล่านี้เป็นเรื่องธรรมดาของวัยรุ่นที่อยากทดลอง คิดว่าตนเองไม่ถึงขั้นติด และเป็นแฟชั่นอย่างหนึ่งในหมู่วัยรุ่น อย่างไรก็ตามมีวัยรุ่นบางส่วนที่ถูกนำส่งโรงพยาบาลเพราะมีอาการผิดปกติหลังใช้ยา อาการนำส่วนใหญ่ที่พบเป็นอาการทางระบบประสาท เช่น ชัก ความรู้สึกเปลี่ยนแปลง จำคนรอบข้างไม่ได้หรือเพ้อ (delirium) เป็นต้น ในขณะที่วัยรุ่นบางกลุ่มทราบผลเสียที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากเห็นเพื่อนชักขณะเสพยา แต่ก็ไม่ตระหนักถึงอันตรายร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นยังคงเสพยาต่อไป และปล่อยให้เพื่อนมีอาการต่อไปโดยไม่นำส่งโรงพยาบาลเพราะคิดว่า อาการจะค่อย ๆ ดีขึ้นได้เอง

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นและเยาวชนไทย

ดังที่กล่าวมาแล้ว วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่ มักเริ่มต้นมาจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่ก่อน ในช่วงวัยรุ่นตอนต้น และตอนกลาง เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีความอยากรู้อยากลอง อยากสนุก เลียนแบบเพื่อน และต้องการการยอมรับจากเพื่อน⁽¹³⁾ สำหรับยาบ้าหรืออนุพันธ์ของยาบ้า เช่น ไอซ์ ช่วงเวลาการเริ่มเสพยาไม่แน่นอนขึ้นกับโอกาสในการพบเห็น และการอยู่รวมกลุ่มกับเพื่อนที่ใช้ โดยรูปแบบการเริ่มทดลองใช้จะคล้ายคลึงกัน คือมีการรวมกลุ่มกัน เช่น เทียวกลางคืน งานเลี้ยง และวงเหล้า หรือพบเห็นจากเพื่อน หรือพี่ที่ใช้อยู่แล้ว จากนั้นจึงชักชวนกันทดลองหรือทดลองเอง และทำให้ใช้ต่อเนื่องจนเกิดพฤติกรรมรวมกลุ่มในที่สุด⁽¹⁴⁾

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในเด็กและเยาวชนไทย^(13,14) ส่วนหนึ่งเป็นปัจจัยที่ตัววัยรุ่นเอง ในส่วนของพัฒนาการตามวัยที่อยากรู้อยากลอง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขาดความรู้ และทักษะในการปฏิเสธ หรือมีโรคที่เอื้อต่อการใช้สารเสพติด เช่น สมาธิสั้น ส่วนปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญได้แก่ การเลี้ยงดู สภาพครอบครัว สภาพแวดล้อม บรรยากาศในโรงเรียน กลุ่มเพื่อนที่ได้ตัวมาเสพยาง่าย ๆ ปัจจัยอื่น ๆ เช่น ความเชื่อ ค่านิยม หรือทัศนคติเชิงบวกต่อสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย เช่น เชื่อว่าคนเสพยาไอซ์เป็นคนมีฐานะ หรือ “ไฮโซ” หรือไอซ์ช่วยเพิ่มความสนุกสนานเวลาไปเที่ยวสถานบันเทิง หรือทำให้ผู้หญิงชอบ สามารถดึงดูดผู้หญิงให้มีเพศสัมพันธ์ด้วย หรือเพิ่มพลังทางเพศได้ เป็นต้น⁽¹²⁾

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการลดหรือเลิกใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย⁽¹⁴⁾ ได้แก่ ความตั้งใจที่จะเลิกเสพยา มีกลุ่มเพื่อนที่ตัดสินใจเลิกใช้สาร ไม่คบเพื่อนที่เสพยา มีความยากในการหาสารเสพติดหรือขาดทุนทรัพย์ในการซื้อสารมาเสพ และมีการสุ่มตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดในโรงเรียน เป็นต้น

ปัจจัยป้องกันการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย⁽¹⁾ ได้แก่ ความรักความผูกพันในครอบครัว วัยรุ่นที่ถูกฝึกมาให้มีความยับยั้งชั่งใจ มีทักษะในการสื่อสารและปฏิเสธ ชุมชนเข้มแข็ง และมีนโยบายต่อต้านยาเสพติดที่เอจริงและมีศักยภาพของประเทศ

ผลกระทบของการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นและเยาวชนไทย

นอกเหนือจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจที่พัฒนาอย่างมากในช่วงวัยรุ่นแล้ว ช่วงวัยนี้เป็นช่วงที่ร่างกายมีพัฒนาการทางสมองเพิ่มขึ้นมาก ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงมีผลกระทบโดยตรงต่อพัฒนาการทางสมองของวัยรุ่น โดยส่งผลให้วัยรุ่นมีปัญหาในการใช้ความคิด ความจำ การตัดสินใจ ขาดสมาธิ สติปัญญาช้า อารมณ์แปรปรวนง่าย และทำให้สมองของผู้ใช้มีการรับรู้ความเสี่ยงและผลตอบแทน (risk and reward) ที่เปลี่ยนไปจากปกติ หากใช้จนติดสารแล้ว จะทำให้การทำงานของสมองผิดปกติจนเกิดโรคทางสมอง (brain and behavior disease)⁽¹⁵⁾ และเป็นบ่อเกิดของปัญหาพฤติกรรมด้านลบ⁽¹⁶⁾ เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ใช้ความรุนแรง ปัญหาการเรียน การทำงาน อุบัติเหตุ จราจร และเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัย รวมทั้งส่งผลให้ทารกที่มารดาใช้สารเสพติดมีปัญหาสุขภาพทั้งในระยะสั้นและยาวได้ เช่น คลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดน้อย พัฒนาการด้านสติปัญญาต่ำ รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือทารุณกรรม⁽¹⁵⁾

สรุป

จะเห็นได้ว่า สถานการณ์การใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายของวัยรุ่นและเยาวชนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการใช้สารเสพติดมีผลกระทบมากมายต่ออนาคตของชาติ การป้องกันเชิงรุกจึงมีความสำคัญอย่างมาก นอกเหนือจากการเฝ้าระวังรักษา ทุกคนควรมีส่วนเกี่ยวข้องในการให้ความช่วยเหลือและป้องกันปัญหานี้ บุคลากรทางการแพทย์ควรมีส่วนทำให้ผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของสถาบันครอบครัว ปลูกฝังให้ครอบครัวเข้มแข็ง แนะนำการเลี้ยงดูบุตรให้มีวุฒิภาวะตามวัยที่เหมาะสม รวมทั้งคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง ให้ความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของสารเสพติดและสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย รวมทั้งแนะนำทักษะการปฏิเสธแก่วัยรุ่นทุกครั้งเมื่อมีโอกาส

เอกสารอ้างอิง

1. รสวันต์ อารีมิตร. วัยรุ่นกับสารเสพติด. ใน: สุริยเดว ทรีปาตี, วิมลทิพย์ มุกสิกพันธ์, บรรณาธิการ. คุณภาพชีวิตเด็ก 2556. นครปฐม: แอปป์า พรินติ้ง กรุ๊ป จำกัด; 2556. หน้า. 121-7.
2. สถานการณ์ยาเสพติดช่วงการดำเนินการมาตรการเร่งด่วนด้านปราบปรามและหยุดยั้งการแพร่ระบาดของยาเสพติด 2557 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 11 มี.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.nccd.go.th/upload/content/1\(122\).pdf](http://www.nccd.go.th/upload/content/1(122).pdf).
3. ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศประจำปี 2559 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บางกอกบล็อก; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 16 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oncb.go.th/DocLib/pdf>.
4. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทยปี พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 19 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://cas.or.th/matters/view/105/desc: สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556>.
5. รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2553 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 19 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://cas.or.th/index.php/matter/view/Category/หนังสือและเอกสารวิชาการ>.
6. สรุปผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา ประจำปีงบประมาณ 2553 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 16 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://nctc.oncb.go.th/new/images/stories/article/year54/demand53.pdf>.
7. ชุดสถานการณ์ควบคุมการบริโภคยาสูบ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 14 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.trc.or.th>.
8. สรุปผลการประมาณการจำนวนผู้เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ปี 2554 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 14 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://nctc.oncb.go.th>.
9. Chomchai C, Manaboriboon B. Stimulant Methamphetamine and Dextromethorphan Use Among Thai Adolescents: Implications for Health of Women and Children. J Med Toxicol. 2012;1-4.
10. Manaboriboon B, Chomchai C. Dextromethorphan abuse in Thai Adolescents: A Review of two cases and review of literatures. J Med Assoc Thai. 2005;88 Suppl 8:s242-5.

11. สถานการณ์ไอซ์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สำนักยุทธศาสตร์สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2555 [เข้าถึงเมื่อ 11 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nccd.go.th/upload/news/2%2817%29.pdf>.
12. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยสังคม. การศึกษาปัญหาสถานการณ์ยาไอซ์และแนวทางการสื่อสารเชิงป้องกันเพื่อลดปัญหาการแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชน. [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: http://nctc.oncb.go.th/new//attachfiles/research/57_ice_in_youth.pdf.
13. บุญยิ่ง มานะบริบูรณ์. Drug abuse in Teenagers. ใน: กมล แก้วกิตติณรงค์, ชุชนา สวนกระต่าย, บรรณาธิการ. เวชศาสตร์ร่วมสมัย: วิชาการแพทย์ก้าวหน้าประสานใจพัฒนาคุณภาพชีวิตไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด; 2552. หน้า. 567-71.
14. จิรวัดน์ มูลศาสตร์. พฤติกรรมการใช้สารเสพติดในนักเรียนมัธยม: กรณีศึกษาในโรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่ง จ.อุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545 [เข้าถึงเมื่อ 12 มี.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=606>.
15. National Institute on Drug Abuse. Drugs, Brains, and Behavior : The Science of Addiction [Internet]. National Institutes of Health; 2010 [cited 2019 Mar 6]. Available from: <http://www.drugabuse.gov/publications/science-addiction>.
16. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, Hayashi KM, Greenstein D, Vaituzis AC, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. PNAS. 2004;101:8174-9.

บทที่ 2

การดูแลและจัดการวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดในเวชปฏิบัติทั่วไป

Management of Adolescents with Substance Use in Clinical Practice

สุภิญญา อินธิ

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการใช้สารเสพติดในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยมากขึ้นในเวชปฏิบัติ แม้ว่าการลองใช้สารเสพติดเป็นหนึ่งในพฤติกรรมเสี่ยงที่ถือว่าสามารถพบได้ในช่วงวัยรุ่น ผลกระทบที่ตามมาจากการลองใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายแล้วแต่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางตรงและทางอ้อม วัยรุ่นที่เริ่มลองใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายที่อายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการติดสารเสพติดในวัยผู้ใหญ่ โดยอายุที่พบการใช้สารเสพติดสูงสุดคือ 18-20 ปี สารเสพติดที่วัยรุ่นไทยนิยมเสพเป็นอันดับหนึ่งคือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รองลงมาคือบุหรี่ และยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย⁽¹⁾ โดยความชุกของการดื่มสุรา พบร้อยละ 17.3 ในวัยรุ่นชาย และร้อยละ 7.2 ในวัยรุ่นหญิง วัยรุ่นชายสูบบุหรี่ร้อยละ 27.8 ซึ่งสูงกว่าวัยรุ่นหญิงเกือบ 10 เท่า (ร้อยละ 2.3 ของวัยรุ่นหญิง) ส่วนการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่นชายพบร้อยละ 13 วัยรุ่นหญิงร้อยละ 3 โดยยาเสพติดที่นิยมมากที่สุดคือกระท่อมและกัญชา⁽²⁾ นอกจากนี้ในปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นกำลังนิยมใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายที่สามารถหาซื้อได้ง่ายตามท้องตลาดมากกว่ายาเสพติดที่ผิดกฎหมาย ซึ่งมีการรณรงค์และปราบปรามอย่างมากในช่วงหลัง ร่วมกับการควบคุมยาเสพติดให้โทษมากขึ้นโดยเฉพาะยาแก้ไอที่มีส่วนผสม codeine ที่วัยรุ่นนิยมนำมาใช้เสพเพื่อให้เกิดอาการเมายา ดังนั้นวัยรุ่นจึงคิดค้นสูตรต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดอาการเมายาและเพิ่มความสนุกสนานเพื่อวัตถุประสงค์ในการเสพเพื่อผ่อนคลาย เช่น นำนํ้าต้มใบกระท่อมผสมกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยาแก้ปวดและยาแก้ไอ หรือที่รู้จักในชื่อ 4x100 (สี่คูณร้อย) นอกจากนี้ยังนำยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็งใช้เสพเพื่อผ่อนคลาย (บทที่ 12) เช่น ยาในกลุ่ม benzodiazepines (บทที่ 16) โดยพบว่า ร้อยละ 16.6 นำมาใช้เพื่อให้เกิดอาการเมายาในขณะที่ร้อยละ 5.9 ใช้ยาในกลุ่มนี้จนเสติด⁽³⁾

จากที่กล่าวมาข้างต้นการให้การดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ใช้สารไม่ว่าจะเป็นการเสพติดหรือเสพเพื่อผ่อนคลายจึงเป็นสิ่งสำคัญที่แพทย์ในเวชปฏิบัติจะต้องมีความรู้ความสามารถในการคัดกรองวัยรุ่น ให้คำปรึกษา แนะนำ การส่งตัวเพื่อการบำบัดรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและรวมถึงการป้องกันการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่นเพื่อลดอุบัติการณ์การติดสารเสพติดที่มีผลกระทบในระยะยาวและเป็นปัญหาอย่างมากทางสังคม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น

การใช้สารเสพติดในวัยรุ่นถึงแม้ส่วนใหญ่เกิดจากความอยากรู้ อยากทดลอง เพราะเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมอย่างมากเมื่อเทียบกับวัยอื่น ๆ ประกอบกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นเพื่อน สังคม และครอบครัว ล้วนมีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้วัยรุ่นใช้สารเสพติด⁽⁴⁾ ได้แก่

ตัววัยรุ่น

- อายุน้อยเมื่อแรกเริ่มในการลองใช้สารเสพติด
- การขาดความมั่นใจในตนเอง ความสามารถในการตัดสินใจและทักษะในการแก้ปัญหาต่ำ
- พฤติกรรมก้าวร้าว เกเร ดื้อต่อต้านสังคม ขาดความยับยั้งชั่งใจ หุนหันพลันแล่น
- ปัญหาทางด้านการเรียน
- ปัญหาทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า

ครอบครัว

- ปัญหาครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวมีปัญหาความขัดแย้ง ครอบครัวรายได้ต่ำ
- บุคคลในครอบครัวมีประวัติการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ย
- การเลี้ยงดูแบบตามใจ ผ่อนปรน ไม่เข้มงวดหรือเข้มงวดจนเกินไปขาดความยืดหยุ่น

สภาวะแวดล้อม

- กลุ่มเพื่อนใช้สารเสพติดหรือจำหน่ายยาเสพติด
- สิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวยต่อการได้มาของยาเสพติด

จากที่กล่าวข้างต้นพบว่าเพื่อนที่ใชยาเสพติดและมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือต่อต้านสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงในเรื่องการใชยาเสพติด⁽⁵⁾ ดังนั้นปัจจัยป้องกันการใชสารเสพติด⁽⁴⁾ ควรเริ่มที่ตัววัยรุ่นให้มีทักษะในการปฏิเสธ เพิ่มคุณค่าแห่งตน สามารถปรับตัวและมีภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง และควรมีทักษะทางสังคมที่ดีเพื่อเป็นภูมิคุ้มกันต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามารุมเร้าในช่วงวัยนี้⁽⁵⁾ รวมถึงครอบครัวที่ผู้ปกครองควรเป็นตัวอย่างที่ดีในการไม่ใชสารเสพติด อบรมเลี้ยงดูด้วยเหตุผล ให้ความรักความอบอุ่น รับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาแนะนำได้ทุกเรื่อง การส่งเสริมให้มีคุณธรรมจริยธรรม การนับถือศาสนา ล้วนส่งเสริมให้วัยรุ่นไทยห่างไกลยาเสพติด⁽⁵⁾ และสิ่งที่สำคัญคือ บุคลากรทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการป้องกัน

และปราบปรามยาเสพติดควรคงโมฆะหน้าที่เกี่ยวข้องกับการสารเสพติดและห้ามการประชาสัมพันธ์สารเสพติดทุกชนิด มีการบังคับใช้กฎหมายบังคับยาเสพติดอย่างทั่วถึง และเมื่อวัยรุ่นติดสารเสพติด สถานบำบัดรักษาโรคต้องเพียงพอ เข้าถึงได้ง่ายและสะดวก

แนวทางการคัดกรองวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดและสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย

ในปัจจุบันราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทยได้ให้คำแนะนำในการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นทุกราย โดยการสัมภาษณ์ประเมินทางด้านจิตใจและสังคม (HEEADSSS interview)⁽⁶⁾ ซึ่งการสัมภาษณ์ในลักษณะนี้สามารถประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย พฤติกรรมอารมณ์ที่ผิดปกติ ดังนั้นการสัมภาษณ์วัยรุ่นเพื่อให้ได้ข้อมูลแท้จริงนั้น นอกจากหลักการ HEEADSSS แล้วนั้น ผู้สัมภาษณ์ควรใช้แนวคำถามในรูปแบบคำถามปลายเปิดมากกว่าการใช้คำถามปลายปิด และไม่ควรแสดงทัศนคติในแง่ลบทั้งต่อตัววัยรุ่นหรือพฤติกรรมเสี่ยง และสิ่งสำคัญที่ควรปฏิบัติคือการให้ข้อมูลเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality)⁽⁷⁾

การรักษาความลับของผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง เนื่องจากวัยรุ่นจะเปิดเผยข้อมูลความลับของตนให้แก่บุคลากรทางการแพทย์เมื่อมีความเชื่อใจและสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่แพทย์ต้องแสดงให้เห็นวัยรุ่นรับรู้ ถึงแม้กระบวนการนี้ในประเทศไทยยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและยังไม่มีกฎหมายรองรับเหมือนในต่างประเทศ การรักษาความลับของผู้ป่วยสามารถยึดถือเป็นหลักปฏิบัติได้โดยยึดตามหลักพิจารณาทางกฎหมายนั่นคือ การให้สิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (beneficence) ร่วมกับการประเมินวุฒิภาวะของวัยรุ่น นำมาประกอบการตัดสินใจเพิ่มเติมในกรณีที่ไม่แจ้งข้อมูลแก่ผู้ปกครอง

การให้ข้อมูลเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องแจ้งแก่วัยรุ่นทุกรายพร้อมผู้ปกครอง และเน้นถึงความสำคัญในการให้ข้อมูลนี้แก่ผู้ปกครอง อธิบายให้ผู้ปกครองเข้าใจเพื่อลดช่องว่างระหว่างผู้ปกครองกับแพทย์ผู้ให้สัมภาษณ์ เน้นถึงการเพิ่มพูนทักษะส่วนตนของวัยรุ่น ตั้งแต่ความสามารถในการดูแลตนเองและความเป็นอิสระภาพซึ่งบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะของวัยรุ่น เพื่อสร้างความมั่นใจแก่วัยรุ่นและนำไปสู่ความสำเร็จในกระบวนการพัฒนาทางด้านจิตสังคมของวัยรุ่น อย่างไรก็ตามแม้มีข้อดีในการให้ความเชื่อมั่นในการรักษาความลับผู้ป่วยแก่วัยรุ่น การเปิดเผยข้อมูลความลับสามารถทำได้ใน 3 กรณีคือ เมื่อวัยรุ่นมีความคิดทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย โดยก่อนการเปิดเผยข้อมูลควรแจ้งให้วัยรุ่นรับทราบ พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของวัยรุ่นต่อการเปิดเผยข้อมูลและหาทางป้องกันปัญหาที่อาจเกิดตามมาภายหลัง

การสัมภาษณ์ HEEADSSS เพื่อประเมินทางด้านจิตใจและสังคม⁽⁶⁾

การสัมภาษณ์ HEEADSSS เพื่อประเมินทางด้านจิตใจและสังคมประกอบด้วย

H: Home เป็นคำถามเพื่อประเมินครอบครัว สภาพชุมชนรอบที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น

E: Education/Employment การประเมินเรื่องการเรียนหรือการทำงาน สิ่งที่ต้องระวังคือการถามเรื่องผลการเรียน เพราะวัยรุ่นที่ผลการเรียนไม่ดีอาจทำให้วัยรุ่นรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองด้อยค่า ดังนั้นจึงควรเริ่มจากการถามวิชาที่วัยรุ่นถนัด ความสามารถต่าง ๆ ที่วัยรุ่นมี และค่อย ๆ ลงลึกถึงปัญหาการเรียน การขาดเรียน หรือการไม่ได้เรียนหนังสือ

E: Eating เนื่องจากวัยรุ่นมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมรับประทาน เช่น การรับประทานอาหารไม่ครบมื้อ การถามควรเน้นเรื่องอาหารที่รับประทาน ปริมาณ มื้อ และถามความกังวลในเรื่องน้ำหนักตัว รูปลักษณ์ตนเอง ความพึงพอใจ ไม่ว่าวัยรุ่นจะน้ำหนักปกติหรือไม่ เพราะอุบัติการณ์โรคกลัวอ้วนเป็นสิ่งที่พบบ่อยในวัยรุ่น

A: Activities and friends คำถามเริ่มต้นที่ดี เช่น กิจกรรมที่ชอบทำ เวลาว่างทำอะไรกับเพื่อน งานอดิเรก และรวมไปถึงการใช้คอมพิวเตอร์ เกม การใช้สื่อสังคมออนไลน์และการใช้โทรศัพท์มือถือ

D: Drugs การเข้าสู่หัวข้อนี้ คำถามที่ถามอาจเริ่มด้วยการพูดเรื่องการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่น เช่น ในหมู่เพื่อนมีใครลองใช้ไหม ก่อนที่จะวกเข้ามาถามตัววัยรุ่นเอง ควรใช้คำถามตรง ๆ และไม่ควรถามแบบอ้อมค้อม เพราะจะทำให้วัยรุ่นสับสน การใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายควรเริ่มที่เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่และยาเสพติด ถ้าวัยรุ่นตอบใช่ในหัวข้อนี้ ให้เข้าสู่การประเมินพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายที่จะกล่าวในหัวข้อต่อไป

S: Sexuality การประเมินเรื่องเพศ เริ่มเช่นเดียวกับคำถามเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย เช่น เพื่อน ๆ มีแฟนหรือไม่ เพื่อนเคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือไม่ แล้วตัววัยรุ่นเองมีแฟนหรือเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ รวมถึงการประเมินการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

S: Suicide วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การมีอารมณ์หงุดหงิดหรือเบื่อหน่ายล้วนเป็นสิ่งที่ทำให้สงสัยภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะนี้อาจทำให้วัยรุ่นมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรืออาจหันเข้าหายาเสพติดเพื่อเป็นเครื่องผ่อนคลาย ดังนั้นการถามในหัวข้อนี้จึงเป็นคำถามที่จำเป็น Richardson และคณะ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาวิจัยโดยใช้แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (patient Health Questionnaire – PHQ2) มีคำถาม 2 ข้อในการประเมินภาวะซึมเศร้า คำถามเริ่มว่า ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก

รำคาญใจในสิ่งต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน (1) มีความเบื่อหน่ายหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ (2) รู้สึกตนเองไร้ค่า หดหู่หรือสิ้นหวัง ถ้าตอบว่าไม่เลยให้ 0, มีบางวันแต่ไม่บ่อยให้ 1, มีค่อนข้างบ่อยให้ 2 คะแนน, มีเกือบทุกวันได้ 3 คะแนน แล้วรวมคะแนน ถ้าคะแนนรวมมากกว่า 3 จะวินิจฉัยว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าต้องส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับการวินิจฉัย โดยคำถามนี้มีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 74 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 75 และควรประเมินพฤติกรรมเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถ้าวัยรุ่นมีอาการเศร้ามาก ๆ

S: Safety ประเมินเรื่องความปลอดภัยของวัยรุ่น เพราะวัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงชีวิตด้วยปัญหาการขับขี่ยานพาหนะ ดังนั้นควรถามเรื่องการสวมหมวกกันน็อก การคาดเข็มขัดนิรภัย การใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายเมื่อขับขีหรือโดยสารกับผู้ขับขีที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเสพสารเพื่อผ่อนคลาย

จากทั้งหมดที่กล่าวมาการสัมภาษณ์ HEEADSSS มักใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที⁽⁶⁾ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้สัมภาษณ์ พร้อมทั้งการลงลึกในแต่ละปัญหา ซึ่งถ้านำไปปฏิบัติในเวชปฏิบัติจะทำให้เกิดผลดีต่อทั้งตัววัยรุ่นและครอบครัว

การประเมินวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดและสารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย

เมื่อสัมภาษณ์ HEEADSSS แล้วพบว่าวัยรุ่นตอบว่า เคยลองใช้สารเสพติดหรือปัจจุบันยังใช้อยู่ ให้ดำเนินการต่อด้วยแบบสอบถามที่ใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายในวัยรุ่น ซึ่งแบบสอบถามที่ได้รับการยอมรับและใช้แพร่หลาย ได้แก่ Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)⁽⁹⁾, Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)⁽¹⁰⁾ Drug use screening inventory-Adolescent (DUSI-A) และ CRAFFT questionnaires⁽¹¹⁾ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)⁽¹²⁾ จากการศึกษาวิจัยเปรียบเทียบแบบคัดกรองที่กล่าวมาข้างต้นพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในการนำไปใช้⁽¹³⁾ ดังนั้นจึงขอกกล่าวในแต่ละแบบคัดกรองดังนี้

AUDIT

AUDIT เป็นแบบคัดกรองผู้ดื่มแอลกอฮอล์แบบมีความเสี่ยง (hazardous use) หรือติ่มจนติด (dependence) หรือติ่มแบบอันตราย (harmful use) แบบคัดกรองนี้พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีคำถาม 10 คำถาม (ตารางที่ 2.1) โดย 3 ข้อแรกเป็นการประเมินการดื่มแบบเสี่ยง ข้อ 4-6 ประเมินการติดสุรา และ 4 ข้อหลังจะประเมินการดื่มแบบอันตราย ซึ่งคะแนนมากกว่า 8 คะแนนขึ้น

ไปบ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหา ด้วยค่าความไวร้อยละ 95 และความจำเพาะร้อยละ 80 และจากคะแนนรวมสามารถแบ่งได้เป็น 4 ระดับดังนี้⁽⁹⁾

1. ระดับการดื่มที่มีความเสี่ยงต่ำ คะแนนรวมอยู่ที่ 0-7 ควรให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากการดื่มสุรา (alcohol education)
2. ระดับการดื่มแบบเกินระดับมาตรฐาน คะแนนรวมอยู่ที่ 8-15 ควรให้คำแนะนำอย่างง่าย (simple advice) โดยมุ่งเน้นให้ลดการดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking)
3. ระดับการดื่มแบบอันตราย คะแนนรวมอยู่ที่ 16-19 ควรให้รับคำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) และติดตามอย่างต่อเนื่อง
4. ระดับการดื่มแบบติด คะแนนรวมมากกว่า 20 ควรส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อการประเมินวินิจฉัยและรักษา

ตารางที่ 2.1 แบบประเมิน AUDIT ฉบับสัมภาษณ์⁽⁹⁾

แบบประเมิน AUDIT: ฉบับสัมภาษณ์	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
1. คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	☐ ไม่เคยเลย (ข้ามไปที่คำถามข้อ 9 ถึง 10)	☐ เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า	☐ 2-4 ครั้งต่อเดือน	☐ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	☐ 4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์
2. เวลาที่คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน)	☐ 1 หรือ 2	☐ 3 หรือ 4	☐ 5 หรือ 6	☐ 7, 8 หรือ 9	☐ 10 หรือมากกว่านั้น
3. คุณดื่ม 6 ดื่มมาตรฐานหรือมากกว่านั้นบ่อยแค่ไหน	☐ ไม่เคยเลย	☐ น้อยกว่าเดือนละครั้ง	☐ เดือนละครั้ง	☐ สัปดาห์ละครั้ง	☐ ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
(ข้ามไปที่คำถามที่ 9 และ 10 ถ้าคะแนนรวมคำถามที่ 2 และ 3 = 0)					
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว	☐ ไม่เคยเลย	☐ น้อยกว่าเดือนละครั้ง	☐ เดือนละครั้ง	☐ สัปดาห์ละครั้ง	☐ ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมึนแต่ดื่ม	☐ ไม่เคยเลย	☐ น้อยกว่าเดือนละครั้ง	☐ เดือนละครั้ง	☐ สัปดาห์ละครั้ง	☐ ทุกวันหรือเกือบทุกวัน

ตารางที่ 2.1 แบบประเมิน AUDIT ฉบับสัมภาษณ์ (ต่อ)

แบบประเมิน AUDIT: ฉบับสัมภาษณ์	0 คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มทันทีในตอนเช้าเพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติหรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	☐ ไม่เคยเลย	☐ น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	☐ เดือนละครึ่ง	☐ สัปดาห์ละครึ่ง	☐ ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธ หรือเสียใจเนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่ม	☐ ไม่เคยเลย	☐ น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	☐ เดือนละครึ่ง	☐ สัปดาห์ละครึ่ง	
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา หลังจากคุณดื่ม	☐ ไม่เคยเลย	☐ น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	☐ เดือนละครึ่ง	☐ สัปดาห์ละครึ่ง	☐ ทุกวันหรือเกือบทุกวัน
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มของคุณหรือไม่	☐ ไม่เคยเลย		☐ เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		☐ เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่ง
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูง หรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยต่อการดื่มของคุณหรือไม่	☐ ไม่เคยเลย		☐ เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		☐ เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว
คะแนนรวมทั้งหมด					

นอกจาก AUDIT แล้ว ยังได้มีการตัดทอนให้สั้นลงเพื่อความสะดวกและพบว่าสามารถใช้ได้ดีในวัยรุ่นเช่นกัน แบบคัดกรองนี้ใช้ชื่อ AUDIT-C ย่อมาจาก The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption โดยคัดใช้เฉพาะ 3 ข้อแรกเท่านั้น มีความไวอยู่ที่ร้อยละ 48-95 และความจำเพาะที่ร้อยละ 60-99⁽¹⁴⁾ โดยถ้าคะแนนมากกว่า 4 ในผู้ชาย และมากกว่า 3 ในผู้หญิง ถือว่ามีความเสี่ยง

POSIT

POSIT เป็นแบบคัดกรองที่มีทั้งหมด 139 หัวข้อคำถาม ความไวของแบบสอบถามอยู่ที่ร้อยละ 95 และความจำเพาะร้อยละ 79⁽¹⁰⁾ จากผลงานโดยสุภาพรณ จิระอานนท์⁽¹⁵⁾ ที่ได้แปลแบบสอบถาม

นี้เป็นภาษาไทยและศึกษาในเยาวชนที่กระทำผิดในบ้านกรูณาและบ้านอุเบกขา แต่ในการนำไปใช้ในเวชปฏิบัติค่อนข้างยากและวัยรุ่นมีสมาธิไม่มากพอในการตอบแบบสอบถาม

DUSI-A

DUSI-A เป็นแบบคัดกรองที่มีคำถามทั้งหมด 149 ข้อ โดยมีการวัดทั้งหมด 10 ส่วน คือ การใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย (substance use) ปัญหาทางด้านพฤติกรรม (behavior problems) สถานะสุขภาพ (health status) ความผิดปกติทางจิตเวช (psychiatric disorder) ทักษะทางสังคม (social skills) ครอบครัว (family system) โรงเรียน (school) ความสัมพันธ์กับเพื่อน (peer relations) การพักผ่อนหย่อนใจและนันทนาการ (leisure and recreation) และปัญหาโดยรวม (overall problem density) วิธีการคัดกรองนี้ได้รับความนิยมน้อยในเวชปฏิบัติเช่นเดียวกับ POSIT

ASSIST

ASSIST เป็นแบบคัดกรองแบบสั้นที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีค่าความไวร้อยละ 50-96 และความจำเพาะร้อยละ 54-97 ขึ้นอยู่กับชนิดของสารเสพติด⁽¹⁶⁾ โดยประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ เพื่อใช้ในการคัดกรองการใช้สารเสพติด เช่น ผลิตภัณธ์ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กัญชา cocaine สารกระตุ้นกลุ่ม amphetamine (amphetamine-type stimulant, ATS) ยาแก้ไอประเภท หรือยานอนหลับ สารระเหย ยาหลอนประสาท สารกลุ่มฝิ่น กระท่อม และสารเสพติดอื่น ๆ นอกจากนั้นแบบคัดกรองนี้สามารถดัดแปลงใช้กับวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10-17 ปี เรียกว่า ASSIST-Y⁽¹⁷⁾ ซึ่งแตกต่างจากฉบับเต็มโดยตัดส่วนที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดแบบฉีด และเปลี่ยนข้อความบางข้อเพื่อให้เหมาะสมกับวัยรุ่นและเยาวชน หากอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถใช้ฉบับเต็มได้

CRAFFT

CRAFFT เป็นแบบคัดกรองที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ ซึ่งมีความเที่ยงตรงค่อนข้างสูง โดยมีความไวที่ร้อยละ 92 และความจำเพาะที่ร้อยละ 89⁽¹¹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Dhalla และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า CRAFFT มีความเชื่อมั่นภายใน (internal consistency) อยู่ที่ 0.65-0.86 และค่าความเที่ยงของแบบคัดกรองด้วยวิธีวัดซ้ำอยู่ในเกณฑ์สูง

ในปัจจุบันมีการนำการคัดกรองด้วยแบบสอบถาม CRAFFT มาใช้ในการคัดกรองวัยรุ่นทั่วไป เพื่อประเมินการใช้สารเสพติดอย่างแพร่หลาย เพื่อนำไปสู่ระบบการให้ความช่วยเหลือดูแลต่อที่เรียกว่า Substance use Brief Intervention and/or Referral to Treatment (SBIRT)⁽¹⁹⁾ ซึ่งการคัดกรองนี้จะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเสี่ยงต่ำ พบว่าวัยรุ่นไม่ได้ใช้สารเสพติดและคะแนน CRAFFT=0 คะแนน คำแนะนำที่ให้คือ คำชมและสร้างแรงจูงใจในการไม่ใช้สารเสพติด
2. ความเสี่ยงปานกลาง พบว่าวัยรุ่นใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ชนิด และคะแนน CRAFFT = 0-1 คะแนน ในวัยรุ่นกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่การใช้จะนำไปสู่ปัญหา ดังนั้นการให้การดูแล แนะนำให้ใช้วิธีการสัมภาษณ์โน้มน้ำหนักแบบสั้น เพื่อให้หยุดการใช้สารเสพติดพร้อมทั้งให้คำแนะนำเรื่องความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น
3. ความเสี่ยงสูง พบว่าวัยรุ่นใช้สารเสพติดอย่างน้อย 1 ชนิด และคะแนน CRAFFT ตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป โดยกลุ่มนี้ต้องประเมินความเสี่ยงและอันตรายจากการใช้สารเสพติด ดังนี้
 - พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดสารเสพติด (red flags for addiction) เช่น คะแนน CRAFFT มากกว่าเท่ากับ 2 คะแนนในวัยรุ่นอายุน้อยกว่าเท่ากับ 14 ปี คะแนน CRAFFT มากกว่าเท่ากับ 5 คะแนนในวัยรุ่นอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเกือบทุกวัน การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จนทำให้เกิดอาการสูญเสียความจำต่อเหตุการณ์ขณะดื่ม (blackouts)
 - พฤติกรรมเสี่ยงต่ออันตราย (acute danger) เช่น การใช้สารเสพติดจนต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล การใช้สารเสพติดเข้าทางเส้นเลือดดำ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepines, opioids และ barbiturates การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ขนาดอันตรายถึงแก่ชีวิต (มากกว่า 14 ดื่มมาตรฐาน)

แนวทางการประเมิน SBIRT

แนวทางการประเมิน SBIRT มีดังนี้

1. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (1) คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (2) คุณสูบบุหรี่หรือกัญชา (3) คุณใช้สารที่ทำให้เกิดอาการเมา (high)
 - ถ้าตอบว่าใช่ในข้อใดข้อหนึ่งให้ไปข้อ 2
 - ถ้าตอบว่า ไม่ทั้งสามข้อ ให้ชมเชยถึงพฤติกรรมที่ดีและแนะนำหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย พร้อมทั้งให้ถามต่อในเฉพาะข้อ C: Car ใน CRAFFT
 - ถ้าตอบว่าใช่ สำหรับข้อ C: Car ให้คำแนะนำถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ และหลีกเลี่ยงการโดยสารรถกับบุคคลที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด
2. ถามต่อโดยใช้ CRAFFT ซึ่งมีหัวข้อคำถามดังนี้

C: Car คุณเคยขับรถหรือนั่งรถหลังจากดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายหรือไม่

R: Relax คุณเคยดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายหรือทำให้ตัวเองรู้สึกดีขึ้นหรือไม่

A: Alone คุณเคยดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายเมื่ออยู่คนเดียวหรือไม่

F: Forget คุณมักหลงลืมสิ่งของในขณะที่ดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายหรือไม่

F: Family and friends ครอบครัวหรือเพื่อนเคยบอกคุณให้ลดการดื่มหรือการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายหรือไม่

T: Trouble คุณเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายจนก่อให้เกิดปัญหาหรือไม่

- หากตอบว่า “ใช่” ถือว่าได้ 1 คะแนนให้แพทย์ใช้เวลาให้คำปรึกษาแนะนำสั้น ๆ (brief advice) โดยคำแนะนำจะเน้นในการให้หยุดการใช้ และนัดติดตามต่อเนื่อง
- หากตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 2 ข้อ หรือ 2 คะแนนขึ้นไป ให้พิจารณาว่ามีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดสารเสพติดและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ออันตรายหรือไม่ หากไม่พบว่า มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออันตราย ควรใช้วิธีการสัมภาษณ์โน้มน้าวใจแบบสั้น (brief negotiated interview) ซึ่งใช้หลักการเดียวกับการสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) เพื่อลดความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดจากการใช้สารเสพติด พยายามชักจูงให้ลดการเสพ จนกระทั่งตัดสินใจเลิกเสพ และควรโน้มน้าวใจวัยรุ่นให้เปิดเผยข้อมูลความลับแก่ผู้ปกครอง
- ถ้าประเมินแล้วพบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดสารเสพติด หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่ออันตราย แนะนำให้เปิดเผยข้อมูลความลับผู้ป่วยแก่ผู้ปกครอง เพื่อให้เฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิดและนำตัวไปบำบัดรักษาต่อไป

การประเมินลักษณะการใช้สารเสพติด

ระยะของพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (stages of substance use)⁽²⁰⁾ แบ่งได้เป็น 6 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 Primary abstinence ไม่เคยใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลายทุกชนิด ซึ่งการเสพติดในวัยรุ่นนั้นมักเริ่มจากไม่เคยเสพยามาก่อนทุกคน

ระยะที่ 2 Experimentation วัยรุ่นจะให้ประวัติว่าเคยใช้ 1-2 ครั้ง เพื่ออยากรู้ถึงอาการเคลิบเคลิ้มจากฤทธิ์ของยาหรือมีอาการเมา

ระยะที่ 3 Non-problematic use or regular use ใช้สารเสพติดเฉพาะกิจ เช่น เสพเวลาอยู่กับเพื่อน เสพในงานสังสรรค์เพื่อความสนุกสนาน เสพในวันหยุดสุดสัปดาห์

ระยะที่ 4 Problematic use เสพจนทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น การขาดเรียน สอบตก มีปัญหาทะเลาะวิวาท หรือใช้เพื่อผ่อนคลายหรือระบายอารมณ์ หรือใช้เวลาอยู่คนเดียว

ระยะที่ 5 Substance abuse เกณฑ์การวินิจฉัย⁽²¹⁾ คือ เสพเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 อย่าง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีการใช้สารเสพติดถึงแม้ทราบถึงผลเสียก็ไม่สามารถเลิกเสพได้ เสพเป็นประจำจนทำให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปัญหาการเรียน การงาน ความสัมพันธ์ รวมไปถึงปัญหาทางกฎหมาย

ระยะที่ 6 Substance dependence เกณฑ์การวินิจฉัย⁽²¹⁾ คือ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ควรพบอาการอย่างน้อย 2 ใน 3 ของอาการดังนี้ (1) มีอาการดื้อยา (tolerance) ซึ่งอาจเป็นการใช้ยาในปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีอาการเมาหรือผลจากยาลดลงเมื่อเสพในขนาดเท่าเดิม (2) มีอาการขาดยา (withdrawal) เวลาที่ไม่ได้ใช้ยา (3) เสพยามากกว่าที่ตั้งใจ (4) อยากเลิกเสพแต่เลิกไม่ได้ (5) ใช้เวลานานในการเสพ พักฟื้นจากอาการเมาหรือการได้มาของสารเสพติด (6) มีความบกพร่องของการเรียน การทำงาน (7) มีอาการหลุมหลงจนไม่สามารถถอนตัวจากการเสพจนเกิดผลกระทบเชิงลบตามมาทั้งร่างกายและจิตใจ

ระยะที่ 7 Secondary abstinence คือการกลับมาเลิกเสพอีกครั้ง

สมาคมจิตแพทย์อเมริกาได้ปรับเกณฑ์การวินิจฉัยใน Diagnostic and statistical manual of mental disorders(DSM-5)⁽²²⁾ โดยรวม substance abuse และ dependence ไว้ด้วยกันเป็นโรคการใช้สารเสพติดเพื่อผ่อนคลาย (substance use disorder)

การประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด

โดยทั่วไปวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดนั้นถ้าตนเองไม่มีความต้องการที่จะเลิกเสพแล้ว แม้แพทย์หรือคนรอบข้างจะพยายามให้คำแนะนำและช่วยเหลืออย่างไร โอกาสน้อยมากที่จะเลิกเสพได้ Diclemente และคณะ⁽²³⁾ ได้นำทฤษฎีลำดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้สารเสพติด (stages of change) มาสร้างแรงจูงใจในการเลิกใช้สารเสพติด โดยแบ่งเป็น 6 ขั้นดังนี้

1. ระยะติด (pre-contemplation stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีความคิดที่จะเลิกเสพ และไม่คิดว่าการเสพสารเสพติดเป็นปัญหา

2. ระยะไตร่ตรอง (contemplation stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดความลังเลที่จะหยุดเสพ เพราะเริ่มตระหนักถึงผลเสียของการเสพสารเสพติด

3. ระยะเตรียมการ (preparation stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเลิกเสพ โดยอาจลองเลิกเสพสาร

4. ระยะปฏิบัติ (action stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยหยุดเสพ โดยหยุดใช้สารอย่างจริงจังและทำอย่างต่อเนื่อง

5. ระยะติดตาม (maintenance stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยหยุดเสพยาได้เป็นเวลาประมาณ 6 เดือน วัยรุ่นส่วนใหญ่เริ่มมีความรู้สึกมั่นใจว่าตนเองสามารถเลิกเสพยาและพยายามไม่เสพยาต่อไปอีกได้

6. ระยะกลับคืน (relapse stage) เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับไปเสพยาอีกครั้งหลังจากที่ได้เลิกเสพยาระยะหนึ่งแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความเบื่อใจ หรืออาจเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้จนต้องหันกลับไปใช้สารเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา

การประเมินระยะของความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถให้ความช่วยเหลือในแต่ละขั้นตอนของระยะความคิดของการต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด แนวทางการสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy) เป็นที่ยอมรับในกระบวนการรักษาร่วมกับการบำบัดด้วยการรู้ (cognitive behavioral therapy)

แนวทางการบำบัดวัยรุ่นที่ติดสารเสพติด

เมื่อวินิจฉัยว่าวัยรุ่นมีประวัติการใช้สารเสพติด สิ่งที่แพทย์ควรประเมินต่อคือ ระยะการใช้สารเสพติด และประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงการใช้สารเสพติด นอกเหนือจากนี้ยังจะต้องประเมินอาการทางจิตเวชที่พบได้บ่อยร่วมกับการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นคือ โรคสมาธิสั้น (attention deficit/hyperactivity disorder), โรคกังวล (anxiety disorders), โรคซึมเศร้า (mood disorder), โรคก้าวร้าว (conduct disorder) เพื่อให้การช่วยเหลือนอกเหนือไปจากการรักษาภาวะเสพยาเสพติด

ในปัจจุบันการให้การบำบัดวัยรุ่นที่ติดสารเสพติดมีหลายวิธีที่มีประสิทธิผลที่ดี จากการวิเคราะห์แบบอภิมาน (meta-analysis) พบว่าการรักษาแบบการช่วยเหลือทางจิตสังคม (psychosocial interventions) ประสบความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด⁽²⁴⁾ ซึ่งประกอบด้วยการสร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม (motivational interviewing) การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapies, CBT) และครอบครัวบำบัด (family therapy)

Miller⁽²⁵⁾ ได้คิดค้นวิธีพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) โดยการใช้การสัมภาษณ์แบบให้คำปรึกษาที่มีเทคนิคในการสร้างแรงจูงใจ ที่เรียกว่า motivational interviewing เป็นแนวทางในการทำให้วัยรุ่นเกิดความลังเลใจในการเลิกเสพยาและสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งเทคนิคนี้ได้รับการยอมรับและใช้ได้ดีในวัยรุ่น⁽²⁶⁾ โดยสามารถนำไปใช้กับพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ของวัยรุ่นได้ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นต้น

การรักษาโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมได้รับการคิดค้นโดย Aron พบว่าการปรับพฤติกรรมต้องเริ่มจากการเปลี่ยนความคิดเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งการรักษานี้เป็นการ

รักษาแบบจิตบำบัดชนิดหนึ่ง วิธีนี้ใช้ได้ผลดีในโรคทางจิตเวชรวมทั้งการติดสารเสพติด⁽²⁷⁾

ครอบครัวบำบัดเป็นการรักษาที่สำคัญในการทำให้วัยรุ่นสามารถเลิกการใช้สารเสพติดและไม่กลับไปเสพอีก โดยในปัจจุบันจากการทบทวนวรรณกรรมย้อนหลัง⁽²⁸⁾ พบว่าครอบครัวบำบัดหลายมิติ (Multidimensional Family Therapy, MDFT) เป็นวิธีที่นำไปใช้ได้ดีในเวชปฏิบัติ นอกเหนือจาก MDFT ยังมี Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Family Behavior Therapy, Functional Family Therapy และ Multisystemic Treatment ซึ่งล้วนแล้วแต่มีประสิทธิภาพดีในการรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด

สิ่งสำคัญที่สุดที่ควบคู่ไปกับการบำบัดคือ การสอนทักษะต่าง ๆ ให้วัยรุ่น ประกอบด้วย ทักษะการปฏิเสธ ทักษะทางสังคม ทักษะการแก้ไขปัญหา การควบคุมอารมณ์โกรธ วิธีการจัดการกับความเครียด, การพิจารณาผลจากพฤติกรรม ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นทักษะที่วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดขาดไป โดยเฉพาะทักษะการปฏิเสธเมื่อเพื่อนแนะนำให้กลับไปใช้สารเสพติด หรือในรายที่ยังไม่เคยลองใช้ก็สามารถปฏิเสธการใช้สารเสพติดได้ในสถานการณ์ภายใต้ความกดดันจากเพื่อน

สรุป

แพทย์ในเวชปฏิบัติควรมีความสามารถในการคัดกรองวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติด ประเมินลักษณะการใช้สารเสพติด และประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อให้การรักษาโดยการบำบัดพฤติกรรมบำบัด สามารถใช้การสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจเพื่อทำให้วัยรุ่นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเลิกยาเสพติด และส่งต่อผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้ครอบครัวบำบัดมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือและประคับประคองจิตใจวัยรุ่นให้สามารถผ่านพ้นปัญหานี้ไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Wakai K, Miura H, Umenai T. Effect of working status on tobacco, alcohol, and drug use among adolescents in urban area of Thailand. Addictive Behaviors. 2005;30(3): 457-64.
2. Assanangkornchai S, Mukthong A, Intanont T. Prevalence and patterns of alcohol consumption and health-risk behaviors among high school students in Thailand. Alcohol Clin Exp Res. 2009;33(12):2037-46.

3. Puangkot S, Laohasiriwong W, Saengsuwan J, Chiawiriyabunya I. Prevalence of benzodiazepines misuse in Ubon Ratchathani province Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2011;94(1):118-22.
4. Kulig JW. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the pediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics.* 2005;115(3):816-21.
5. Wongtongkam N, Ward PR, Day A, Winefield AH. Exploring family and community involvement to protect Thai youths from alcohol and illegal drug abuse. *J Addict Dis.* 2015; 34(1): 112-21.
6. Gee P, Fountain J. Party on BZP party pills in New Zealand. *N Z Med J.* 2007;120(1249):U2422.
7. Berlan ED, Bravender T. Confidentiality, consent, and caring for the adolescent patient. *Curr Opin Pediatr.* 2009;21(4):450-6.
8. Richardson LP, Rockhill C, Russo JE, Grossman DC, Richards J, McCarty C, et al. Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics.* 2010;125(5):e1097-103.
9. Methed UP. The methamphetamine business. *The Economist.* 2012;2012(24):62.
10. Latimer WW, Winters KC, Stinchfield RD. Screening for drug abuse among adolescents in clinical and correctional settings using the Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1997;23(1):79-98.
11. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics & Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(6):607-14.
12. Assanangkornchai S, Balthip Q, Edwards JG. Implementing the Alcohol, Smoking, Substance Involvement Screening Test and linked brief intervention service in primary care in Thailand. *Journal of Public Health (Oxford, England).* 2014;36(3):443-9.
13. Rumpf HJ, Wohlert T, Freyer-Adam J, Grothues J, Bischof G. Screening questionnaires for problem drinking in adolescents: performance of AUDIT, AUDIT-C, CRAFFT and POSIT. *Eur Addict Res.* 2013;19(3):121-7.
14. Frank D, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. *J Gen Intern Med.* 2008;23(6):781-7.

15. สุภาพรณ จีระอนันท์. การพัฒนาแบบสอบถาม The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) : ศึกษากรณีเยาวชนที่กระทำความผิดในบ้านกรุณาและบ้านอุเบกขา. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 2545;33(1):55-67.
16. Humeniuk R, Ali R, Babor TF, Farrell M, Formigoni ML, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*. 2008;103(6):1039-47.
17. Humeniuk R, Holmwood C, Beshara M, Kambala A. ASSIST-Y V1.0: First-Stage Development of the WHO Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and Linked Brief Intervention for Young People; 2016. p.1-7.
18. Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(1):57-64.
19. Greydanus DE. Substance Abuse in Adolescents and Young Adults : A Manual for Pediatric and Primary Care Clinicians. Berlin: De Gruyter; 2013.
20. Levy SJ, Kokotailo PK. Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment for pediatricians. *Pediatrics*. 2011;128(5):e1330-40.
21. Geary Jr FH, Turnquest Wells MA. Management of the Patient in Labor Who Has Abused Substances. *Clin Obstet Gynecol*. 2013;56(1):166-72.
22. Shah R, Diaz SD, Arria A, LaGasse LL, Derauf C, Newman E, et al. Prenatal Methamphetamine Exposure and Short-Term Maternal and Infant Medical Outcomes. *Am J Perinatol*. 2012;29(5):391-400.
23. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif*. 1992;28:183-218.
24. Dutra L, Stathopoulou G, Basden SL, Leyro TM, Powers MB, Otto MW. A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2008;165(2):179-87.
25. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav*. 1996;21(6):835-42.
26. Macgowan MJ, Engle B. Evidence for optimism: behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2010;19(3):527-45.
27. Butler RA, Sheridan JL. Highs and lows: patterns of use, positive and negative

effects of benzylpiperazine-containing party pills (BZP-party pills) amongst young people in New Zealand. *Harm Reduct J.* 2007;4:18.

28. Austin AM, Macgowan MJ, Wagner EF. Effective Family-Based Interventions for Adolescents With Substance Use Problems: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice.* 2005;15(2):67-83.

บทที่ 3

สารเสพติดในกลุ่มประชากรพิเศษ: หญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

Drugs of Abuse in Special Populations: Pregnant Women and Newborns

จุฬิศา โฉมฉาย

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ร้อยละ 40 ของประชากรที่ใช้สารเสพติดเป็นผู้หญิง โดยมีความเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดมากที่สุดในช่วงวัยเจริญพันธุ์ระหว่างอายุ 18–29 ปี การใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญอันส่งผลกระทบต่อแม่และทารก และเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ (unwanted pregnancy) อันมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ปัจจัยต่าง ๆ เช่น พื้นฐานทางอารมณ์ ทัศนคติทางสังคม และการดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครอง เป็นปัจจัยที่สามารถส่งผลกระทบต่อโอกาสในการใช้สารเสพติดและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าการใช้สารเสพติดมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมทางเพศ เช่น เสพสารที่ถูกต้องตามกฎหมายและผิดกฎหมายก่อนจะมีเพศสัมพันธ์เพื่อให้มีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นได้ง่ายขึ้น และเป็นที่น่าสังเกตว่า การมีเพศสัมพันธ์ภายใต้อิทธิพลของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมักใช้ถุงยางอนามัยลดลง⁽¹⁻⁴⁾

สารเสพติดก่อให้เกิดผลเสียต่อทารกขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ในขณะที่กรณีเนื้อเยื่อที่มาจากทารกในครรภ์เพียงอย่างเดียว การไหลเวียนของเลือดที่หล่อเลี้ยงรกกลับประกอบไปด้วยหลอดเลือดดำของมารดาที่ติดกับเนื้อเยื่อมดลูกโดยตรงโดยไม่มีเซลล์บุผนังหลอดเลือดเป็นตัวกั้นและมีเพียง maternal villi ที่เป็นเยื่อที่มีความหนาเพียงชั้นเดียว เยื่อนี้คือ syncytiotrophoblast ซึ่งทำหน้าที่เป็น basement membrane กั้นระหว่างเลือดมารดากับทารกในครรภ์ สารเมแทบอลิต์ต่าง ๆ สามารถผ่านออกจากทารกเข้าสู่ระบบการไหลเวียนเลือดของมารดาและในทางกลับกัน สารต่าง ๆ ในกระแสเลือดของมารดาที่สามารถผ่านเข้าสู่ทารกได้ การแลกเปลี่ยนสารกันระหว่างรกกับเลือดมารดานี้ทำได้โดยตรงผ่านกลไกการแพร่แบบไม่ใช้พลังงาน (passive diffusion) หรือผ่านตัวรับจำเพาะต่าง ๆ ที่อยู่ใน basement membrane ลักษณะของสารที่ผ่านเข้ารกได้ดี ได้แก่ ไม่จับกับโปรตีนในเลือด ขนาดโมเลกุลเล็ก ละลายในไขมันได้ดี และไม่เปลี่ยนเป็นไอออน นอกจากนี้แล้วสารเสพติดที่มีค่า pKa เป็นด่างจะแตกตัวเป็นไอออนในเลือดของทารกในครรภ์ซึ่งมี pH เป็นกรดและส่งผล

ให้เกิดการสะสมในเนื้อเยื่อของทารกด้วยกลไกที่เรียกว่า ion trapping ในปัจจุบันการศึกษาผลกระทบของสารเสพติดต่อการทำงานของรกพบว่าสารกระตุ้น เช่น cocaine และสารกลุ่ม amphetamine (Amphetamine-type stimulant (ATS)) สามารถเปลี่ยนแปลงการทำงานของสารส่งผ่านประสาท serotonin และ norepinephrine (NE) ได้ ในขณะที่ cocaine ออกฤทธิ์ในการรบกวนการทำงานของ serotonin transporter protein ทำให้ทั้ง cocaine และ serotonin ออกจากรกไม่ได้ ในขณะที่สารกลุ่ม ATS มีผลกับ NE transporter protein มากกว่า serotonin transporter protein ส่งผลให้ NE ไม่ถูกนำออกจากรกและ ATS ตกค้างอยู่ในรกมากกว่าปกติ โดยรวมกลไกของสารกระตุ้นเหล่านี้ส่งผลให้ vasoactive amine ทั้ง serotonin และ NE คั่งค้างอยู่ทั้งในเลือดของมารดาและในรกทำให้เกิดการหดตัวของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงทารกและส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ นอกจากนี้แล้ว ATS สามารถสะสมในตัวทารกได้จึงส่งผลให้ทารกที่คลอดจากมารดาที่เสพยา ATS สามารถมีผลตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะเป็นบวกสำหรับการตรวจหา methamphetamine ได้⁽⁵⁻⁷⁾

ผลกระทบต่อสุขภาพของมารดาและทารกจากการใช้สารเสพติดต่าง ๆ มีได้ตั้งแต่การเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ การเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างคลอดและหลังคลอด และมีความซับซ้อนมากขึ้นตามความถี่ของการใช้สารและภาวะทางจิต อารมณ์ สังคมของมารดา หญิงที่ใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์มักประสบกับภาวะทุพโภชนาการ การฝากครรภ์ที่ไม่เพียงพอ ความยากจน รวมไปถึงปัญหาทางการแพทย์เรื้อรังและความรุนแรงในครอบครัว การที่ทารกสัมผัสสารเสพติดระหว่างอยู่ในครรภ์สามารถทำให้เกิดกลุ่มอาการขาดยาในทารกแรกเกิด (neonatal abstinence syndrome, NAS) น้ำหนักแรกเกิดน้อย คลอดก่อนกำหนด placental abruption และความบกพร่องทางสติปัญญา นอกจากนี้แล้วการใช้สารเสพติดในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ยังมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี การใช้ความรุนแรงในครอบครัว (domestic violence) และการทำร้ายและทอดทิ้งบุตร (child abuse and neglect)⁽⁸⁾

การคัดกรองภาวะการเสพยาเสพติดในหญิงตั้งครรภ์

การตรวจหาความเสี่ยงต่อการใช้ยาเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์เป็นหัวใจหลักของการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์เนื่องจากสามารถนำไปสู่การเฝ้าระวัง บำบัดและติดตามที่เหมาะสม อันจะทำให้เกิดความปลอดภัยกับทั้งมารดาและทารก แต่ในเวชปฏิบัติจริง หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มักไม่ได้ฝากครรภ์และแพทย์จะคิดถึงประวัติการใช้สารเสพติดก็ต่อเมื่อหญิงเหล่านี้มาคลอดและมีประเด็นที่ทำให้สงสัย เช่น มีอาการของภาวะพิษ (toxidrome) อย่างใดอย่างหนึ่งเมื่อมาคลอดหรือมีประวัติที่น่าสงสัย เช่น ไม่ได้ฝากครรภ์ มี placental abruption ที่ไม่ทราบสาเหตุหรือเมื่อคลอดแล้วทารกมีอาการทางสมอง เช่น ชัก อาการสั่นกระตุก มีเลือดออกภายในสมอง ชี้นหรือมีลักษณะกลุ่มอาการขาดยา แต่การวินิจฉัย