

7-1-1974

ยาเสพติดและการรักษา

ภักดี อุณหสูต

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

อุณหสูต, ภักดี (1974) "ยาเสพติดและการรักษา," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 19: Iss. 3, Article 11.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.19.3.11>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol19/iss3/11>

This Other is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ยาเสพติดและการรักษา

ยาเสพติด และการรักษา

ภักดี อุมหุต *

ปัจจุบันแพทย์และประชาชนใช้ยาต่างๆ มากจนเกือบไม่มีขอบเขตจำกัด ทั้งที่ยาบางชนิดอาจก่อให้เกิดอาการผิดปกติทั้งทางกายและจิตใจ ผู้ป่วยสามารถจะซื้อยาได้โดยเก็บใบสั่งยาของแพทย์ไว้ใช้อีก หรือแสดงยาเป็นตัวอย่างแก่ผู้จำหน่าย ทั้งที่แพทย์ได้ออกใบสั่งยาให้ในจำนวนจำกัด บางครั้งผู้จำหน่ายยาก็เป็นผู้บอกสรรพคุณให้ผู้ซื้อ หรือเปลี่ยนชนิดยาที่บ่งไว้ในใบสั่งยา สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการติดยาต่าง ๆ ชนิดเกิดขึ้นมากมาย เช่น ยาแก้ไอ แก้ปวด ยาปลอม อารมณ์ ส่วนพวกยาเสพติดแท้ๆ นั้นก็สามารถจะหาซื้อได้ทั่วไปโดยไม่ลำบาก ลักษณะของสังคมเช่นนี้ ย่อมทำให้เกิดความรู้สึกว่าหมดหนทางที่จะตัดปัญหาการเสพยาเสพติดให้สิ้นไป ทั้งนี้เพราะการแก้ปัญหายาเสพติดประกอบด้วยองค์สาม คือ การป้องกัน การปราบปราม และการรักษา

การรักษานี้เป็นเพียงองค์ประกอบประการสุดท้ายของการแก้ปัญหา ถ้าไม่ป้องกันและปราบปรามแล้ว การช่วยรักษาให้ผู้ป่วยงดยาเสพติดจะไม่มีผลต่อปัญหาเสพยาเสพติดในชุมชนเลย การป้องกันมิได้หมายความว่าให้การศึกษา หรือ

โฆษณาให้ประชาชนทราบถึงพิษภัยของยาเสพติดแต่อย่างเดียว จะต้องป้องกันถึงตัวบุคคลมิให้ริเริ่มใช้ยาคด้วย เป็นการจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบสาเหตุว่าทำไมจึงมีการใช้ยาเสพติด

จากงานวิจัยของโรงพยาบาลรณรงค์ราษฎร์ในระยะสิบปีที่ผ่านมา พบว่าสาเหตุใหญ่ซึ่งพบบ่อยมากคือ ความบกพร่องในบุคลิกภาพตั้งแต่สมัยเป็นเด็ก ในปัจจุบันการอบรมเลี้ยงดูเด็กหย่อนสมรรถภาพลงมาก บิดามารดาต้องออกทำงานแต่เช้า และกลับมาเมื่อค่ำทำให้ไม่ได้เลี้ยงดูบุตรของตน ปล่อยให้เลี้ยงหรือคนรับใช้ทำหน้าที่แทน บุตรจึงขาดความอบอุ่นทางจิตใจ และลอกแบบบุคลิกของคนเลี้ยง รวมทั้งวาจา ท่าทางและคำพูด สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้เด็กขาดความรู้สึกหักห้ามใจในทางที่ควรและคิดมาจนเป็นผู้ใหญ่ การถูกตามใจมากจนเกินเหตุ และการถูกทิ้งขว้างละเลยไม่ได้รับการเอาใจใส่ ก็เป็นสาเหตุของการติดยาเช่นเดียวกัน

ลักษณะของผู้ติดยาเสพติด

1. จะต้องหาหาชนิดนั้น หรือยาชนิดอื่น ๆ ซึ่งมีฤทธิ์เท่าเทียมกันมาเสพยาให้ได้ ไม่ว่าจะหามาด้วยวิธีใดก็ตาม

* โรงพยาบาลรณรงค์ราษฎร์ รังสิต ปทุมธานี

2. ต้องเพิ่มขนาดยาที่เสพมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อระยะเวลาที่เสพนานขึ้น
3. เกิดพิษเรื้อรังต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพติด และจะเกิดผลสะท้อนถึงสังคมซึ่งผู้เสพติดอาศัยอยู่
4. จะเกิดอาการติดยาทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้หยุดเสพยานั้นได้ยาก

กลุ่มอาการซึ่งเกิดจากหยุดเสพยา

ก. ยาประเภท ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน และอนุพันธ์อื่น

มีอาการดังนี้ ม่านตาขยายตัว หาวและจาม น้ำมูกน้ำตาไหล เหงื่อออก ชนลุก เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย มีเมฆ หายใจถี่ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเดิน อุดหนูกมีร่างกายสูง หนาวสั่น และมีกล้ามเนื้อกระตุก (muscular fibrillation) ความดันโลหิตสูงขึ้น

ข. ยาประเภท barbiturates

ข.1 พวกฤทธิ์อ่อน หมายถึง ยาซึ่งให้อาการจากการหยุดเสพน้อย จะมีอาการหวาดระแวง กล้ามเนื้อไม่มีแรง มือสั่น อาการจะหายถ้าหยุดอยู่เฉยๆ นอกจากนี้มีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนอิริยาบถ หัวใจเต้นเร็วมาก เบื่ออาหารร่วมกับอาเจียน กล้ามเนื้อแขนขากระตุก

ข.2 พวกฤทธิ์แรง หมายถึงยาซึ่งให้อาการจากการหยุดเสพมาก ร้อยละ 60-80 มีอาการชักและหมดสติภายหลังชัก มึ่งงงง (stupor) และมีอาการทางจิตคล้าย delirium tremens นอกจากนี้มีอาการแบบ schizophrenia หรือ Korsakoff syndrome หรืออาจจะเกิดอาการตื่นตกใจอย่างรุนแรง

ค. ยาประเภท amphetamine และยากระตุ้นให้เกิดประสาทหลอน (hallucinogen)

ยาประเภทนี้เรียกกันในหมู่ผู้ใช้ว่า ยาม้า บ้าง ยาขยันบ้าง ผู้ติดไม่มีลักษณะติดยาทางร่างกายแต่มีอาการทางจิตใจสถานเดียว ดังนั้นเมื่อหยุดเสพยาจะมีอาการทางจิตใจรุนแรง อาจทำให้เกิดอยากฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับกับยาประเภทที่กระตุ้นให้เกิดประสาทหลอน (marihuana, LSD และยาปลอบอารมณ์) ยาประเภทหลังนี้เมื่อหยุดเสพ ไม่มีอาการรุนแรงอะไร แต่ขณะเสพจะมีอาการแสดงทางด้านจิตใจมาก (ทางสาขาวิชายาเสพติด เรียกยาประเภทนี้ว่า soft narcotics ส่วนชนิดซึ่งมีอาการทั้งทางร่างกายและจิตใจ เรียกว่า hard narcotics)

บุคคลที่เสพยาประเภท soft narcotics นั้นเปรียบเสมือนก้าวขึ้นบันไดขั้นแรกพร้อมที่จะขึ้นต่อไปสู่การทดลอง และติดยาประเภท hard narcotics ในอนาคตอันใกล้ หากไม่รีบแนะนำป้องกันเสียแต่แรก ทั้งนี้เพราะความเคลิบเคลิ้ม

(euphoria) ที่เกิดจาก soft narcotics นั้นไม่ถึงใจผู้เสพเท่าที่เกิดจาก hard narcotics

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผู้กำลังติดยาเสพติด

ผู้ที่กำลังติดยาเสพติดอยู่ไม่ว่าจะเป็นชนิดใด จะแสดงการเปลี่ยนแปลงคล้าย ๆ กันคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

ผู้ที่กำลังติดยาเสพติดสุขภาพจะเสื่อมโทรมลงอย่างรวดเร็ว น้ำหนักลด ชีต สีหน้าเศร้า และซึมแบบวิตกกังวล ริมฝีปากคล้ำ เกิดโรคตามผิวหนังทั่วร่างกาย ส่วนมากจะเป็นผื่น คัน มีหลอดเลือดดำตามแขน หลังมือหรือขาอกเสบ เดินเซเหมือนคนเมา แต่ไม่มีกลิ่นสุรา สุกบูหรือจัด

2. การเปลี่ยนแปลงจากจิตใจ

ความประพฤติเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก ไม่สนใจตัวเอง หรือสิ่งแวดล้อม ละเลยกิจวัตร แต่งกายสกปรก ไม่เรียบร้อย ใช้เงินเปลืองผิดปกติ การงานบกพร่อง หนีโรงเรียน การเรียนต้อยลงมาก หงุดหงิดโมโหง่าย เอาแต่ใจตัวเอง บางคราวดื่มหรือทำอันตรายตัวเอง เช่น กรีดแขน ขอบสวมแว่นตาสีทึบเพื่อปกปิดแวตตา

การรักษา

การรักษาจำเป็นต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน ทั้งนี้เพราะมูลเหตุที่ทำให้ติดยาเป็นแบบทางจิตใจ ซึ่งเกิดมาจากการพัฒนาที่ไม่สมบูรณ์ ในที่นี้จะกล่าว

เฉพาะวิธีเดียวเท่านั้น คือ วิธีใช้ยาชดเชยยาเสพติด (substitution หรือ detoxification therapy)

การใช้ยาชดเชยสำหรับผู้ป่วยที่ติดยาประเภทฝิ่น (opiates)

วิธีซึ่งจะกล่าวต่อไปนี้จะใช้สำหรับผู้ซึ่งเสพมอร์ฟีน เฮโรอีน หรืออนุพันธ์ของฝิ่นชนิดอื่น ๆ ไม่น้อยกว่า 80 มก./วัน และเสพมาอย่างน้อย 1 เดือน เมื่อหยุดเสพยาจะเกิดกลุ่มอาการจากการงดยาภายใน 8 ชม. อาการจะมากที่สุดภายใน 24 ชม. แรก และลดลงตามลำดับจนหมดภายใน 5 วัน

Methadone (Physeptone) เป็นยาซึ่งเหมาะสมที่สุด เพราะใช้รับประทานได้ ออกฤทธิ์ดีนานพอ และนิ่มนวล อาการซึ่งเกิดภายหลังหยุด methadone จะเกิดขึ้นช้าและพอทนได้ ขนาดที่ใช้ 5-15 มก./ครั้ง วันละ 2-4 ครั้ง ส่วนมากวันละ 40 มก. ก็พอเพียงสำหรับวันแรก ต่อจากนั้นลดลงวันละ 5-10 มก. จนหมดภายใน 5-7 วัน ถ้าผู้ป่วยเสพยาติด methadone มาก่อน แม้จะมีอาการน้อยก็จะต้องลดยาทีละน้อยให้หมดช้าๆ ภายใน 2 สัปดาห์ กลุ่มอาการเรื้อรัง เช่น อาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด และนอนไม่หลับ อาจจะถูกยู่ได้หลายเดือน ดังนั้นขณะลด methadone ควรจะใช้ยาไปลอบอาร์มด์ชนิดแรงร่วมไปด้วย

เพื่อช่วยควบคุมอาการเหล่านี้ การให้เซเนห์จะช่วยให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น การลดปริมาณ methadone อาจจะยากยิ่งขึ้นหากผู้ป่วยมีโรคอื่นแทรกอยู่ด้วย ในรายซึ่งมีอาการท้องเดิน หรืออาเจียนรุนแรง อาจจะต้องให้ methadone เข้าทางหลอดเลือดดำโดยผสมกับ parenteral fluid

ในกรณีซึ่งติดยาเสพติดไม่มากอาจไม่จำเป็นต้องให้ methadone เลยก็ได้ ถ้าไม่มีโรคอื่นที่รุนแรงแทรกซ้อนอยู่ด้วย ผู้ป่วยที่ติดยาประเภทฝิ่นแต่อย่างเดียว จะไม่เกิดอาการชัก เพื่อคลั่งหรือเสียชีวิตได้เลย

ฤทธิ์ของยา methadone เมื่อเทียบกับยาอื่นโดยประมาณ:

- 1 มก. methadone = 1 มก. heroin
- = 3 มก. morphine
- = 30 มก. codeine
- = 20 มก. meperidine
- = $\frac{1}{2}$ มก. dilantin
- = 4 มก. metopon

การใช้ยาชดเชยสำหรับผู้ป่วยซึ่งติดยาประเภท barbiturates

ผู้เสพยาติค barbiturates ส่วนมากจะไม่สามารถให้ประวัติปริมาณยาที่เสพต่อวันหรือเสพร่วมกันกับชนิดที่แน่นอนได้ ถ้าสามารถทราบได้ว่าเสพยาชนิดใด และขนาดเท่าใด การรักษาใน

วันแรกให้เริ่มด้วยยานิตเดียววัน ขนาดเท่ากับที่เคยเสพ หรือเพื่อความปลอดภัย อาจใช้ขนาดลดลงร้อยละ 10 ต่อจากนั้นลดขนาดลงวันละ 100 มก. ในกรณีซึ่งไม่ทราบขนาดและชนิดยา การทดสอบด้วย pentobarbital จะให้ประโยชน์มากในการรักษา ถึงแม้ว่าจะเป็นวิธีซึ่งประมาณขนาดยาที่เสพได้อย่างคร่าว ๆ ก็ตาม

วิธีทดสอบด้วย pentobarbital

ให้ผู้ป่วยรับประทาน pentobarbital 200 มก. แล้วคอยดูอาการ intoxication ภายใน 1 $\frac{1}{2}$ - 2 ชม. อาการมี 2 ประเภทคือ อาการอย่างอ่อนประกอบด้วย ง่วงนอนตลอดเวลา และ horizontal nystagmus อาการอย่างแรงมี vertical nystagmus หูดไม่ชัด และเดินเซ

ถ้าภายหลังรับประทาน pentobarbital 200 มก. แล้วเกิดอาการประเภทรุนแรงดังกล่าวแล้วข้างต้นแสดงว่าผู้ป่วยไม่ได้ติดยาประเภทนี้

ถ้าเกิดอาการอย่างอ่อนแสดงว่าผู้ป่วยติดยาไม่มาก ควรจะเสพยาอยู่ในระหว่าง 400 - 800 มก./วัน ดังนั้นการให้ยาชดเชยเพื่อการรักษาจึงควรใช้ขนาดครั้งละ 200 มก./6 ชม.

ผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการใด ๆ เลย ให้ยาซ้ำอีก 200 มก. ทุก 2 ชม. จนเกิดอาการอย่างอ่อนแล้วนำข้อมูลมาคำนวณขนาดยาที่ให้ชดเชยเพื่อรักษาดังนี้

ตัวอย่างการทดสอบและการคำนวณ

เริ่มทดสอบโดยให้ pentobarbital ขนาด 200 มก. ที่เวลา 7.00 น., 9.00 น. และ 11.00 น. ผู้ป่วยเกิดอาการอย่างอ่อนเมื่อเวลา 13.00 น. ขนาดยาซึ่งควรใช้ชดเชยภายใน 24 ชม. คือ $(200+100+100) \times 3 = 1200$ มก. (ต้องลดขนาดยาที่นำมาคำนวณลง 100 มก. จากที่ได้ทดสอบทุกครั้งหลังจากให้ครั้งแรก) ในกรณีซึ่งไม่ทันสังเกตอาการอย่างอ่อนให้แน่นอน ผู้ป่วยเกิดอาการประเภทรุนแรงขึ้น ในการคำนวณให้ตัดจำนวนยาครั้งสุดท้ายออกเสีย เช่นในตัวอย่างที่กล่าวมาแล้ว ถ้าอาการเป็นประเภทรุนแรงขนาดยาที่ให้ต่อวันจะต้องลดเหลือเพียง $(200+100) 3 = 900$ มก. เท่านั้น (เหตุที่ใช้ 3 คือ เพราะการใช้ยาชดเชยแบ่งเป็น 3 ครั้งต่อวัน)

ก่อน จะใช้ยาชดเชยเพื่อรักษาผู้ป่วยควรจะ ต้องรอให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการ ซึ่งเกิดจากการทดสอบเสียก่อน

ผู้ป่วยซึ่งต้องการยาชดเชยขนาดมากกว่า 200 มก. วันละ 3 ครั้ง การคำนวณหาปริมาณยาชดเชยควรจะตัดแปลงเพื่อป้องกันการให้ยาเกินขนาด ปฏิบัติดังตัวอย่างต่อไปนี้

ให้ยา 200 มก. เมื่อเวลา 7.00 น., 9.00 น., 11.00 น. และ 13.00 น. ผู้ป่วยเกิดอาการอย่างอ่อนเมื่อเวลา ก่อน 15.00 น. ขนาดยาซึ่งใช้ชดเชยเพื่อรักษาผู้ป่วย คือ $(200+100+100) 3$

$= 1200+100 = 1300$ มก./วัน (ในการคำนวณตัดการใช้ยาครั้งสุดท้ายออก และเพิ่มให้อีก 100 มก. จากปริมาณที่คำนวณได้)

ในกรณีซึ่งขนาดยาชดเชยคำนวณได้มากกว่า 800 มก./วัน ควรเพิ่มจำนวนครั้งที่ให้ต่อวันขึ้น และคงให้ครั้งละเพียง 200 มก. หรือต่ำกว่านี้ ทั้งนี้เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยเกิดอาการ intoxication มากจนจะให้ยาชดเชยเพื่อรักษา

การตรวจอาการ intoxication อย่างอ่อนนั้นไม่ยากเสมอไป อาจมองข้ามและให้ยาครั้งต่อไป ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการอย่างรุนแรงทำให้ยากต่อการดูแลรักษา เพราะผู้ป่วยอาจหลกัมบาดเจ็บ เห็นแว่นแวายโดยไม่รู้สึกตัว ส่งเสียงคำคร่ำครวญทำร้ายทรัพย์สิน ตัวเอง หรือผู้อื่นได้ ดังนั้นในทางปฏิบัติหลังจากทดสอบเสร็จแล้ว เมื่อสั่งการรักษา ควรจะให้สิทธิ์แก่พยาบาลในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงบ้างตามสมควรเพื่อความปลอดภัย ทั้งในกรณีซึ่งเกิดอาการ intoxication อย่างรุนแรงหรือเกิดอาการจากได้รับยาไม่พอ ในกรณีแรกควรงดยาครั้งต่อไปและเมื่อจะให้ต่อก็ควรลดขนาดลง ถ้าเกิดอาการประเภทหลังก็ให้เพิ่มขนาดยาครั้งต่อไปได้ตามสมควร

หลังจากผู้ป่วยอยู่ในสภาพเรียบร้อยดีแล้ว ตลอด 24 ชม. ถ้ามีอาการผิดปกติที่บ่งว่าได้รับยามากหรือน้อยไป ก็ให้ลดขนาดยาลง 100 มก./วัน ถ้าเกิดอาการ intoxication อย่างอ่อนก็ควรให้การรักษาไว้ตามเดิมชั่วคราวระยะหนึ่ง แล้วจึงลดขนาดลง

ในกรณีซึ่งเกรงว่าผู้ป่วยจะชักเนื่องจากมีประวัติเป็นโรคลมบ้าหมู หรือมีความผิดปกติทางระบบประสาท ควรจะลดขนาดยาลงเพียงวันละ 50 มก. เท่านั้น ถ้าผู้ป่วยต้องรับประทานยาแก้ชัก เช่น diphenylhydantoin, phenothiazines หรือ reserpine อยู่ก็ควรให้ต่อไป แต่อย่าคิดว่ายาเหล่านี้จะมีประโยชน์ในการป้องกันการชักหรืออาการโรคจิต (psychosis) อันอาจเกิดขึ้นจากการงดยาเสพติดและไม่ควรจะให้ยาเหล่านี้เพื่อระงับอาการเหล่านี้เด็ดขาด

ผู้ป่วยซึ่งตับทำงานไม่ปกติจะต้องระวังการกระตุ้นให้เกิด hepatic coma ขึ้น ผู้ป่วยซึ่งมีโรคตับอักเสบแบบเฉียบพลัน หรือถ้าผู้ป่วยเป็นตับแข็งประเภท decompensated อยู่ไม่ควรทดสอบยา แต่ถ้าจำเป็นจริง ๆ ควรจะลดขนาด pentobarbital หรือ chlordiazepoxide ให้ความคุมกลุ่มอาการอันอาจเกิดจากการงดยาเสพติด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยซึ่งเริ่มจะเป็นหรือกำลังจะเป็น hepatic coma ก็ไม่ต้องการยานอนหลับอยู่แล้ว จึงไม่ใช่เลยจะดีกว่า

ผู้ป่วยสูงอายุควรลดขนาด pentobarbital ซึ่งใช้ในการทดสอบลงเหลือเพียง 100 มก. ถ้าผู้ป่วยทนต่อยาได้โดยไม่มีอาการเลยจึงเพิ่มเป็น 200 มก. ส่วนการคำนวณขนาดยาซึ่งจะใช้ชดเชยในการรักษาคงใช้หลักเดียวกัน

การรักษาผู้ป่วยติดยาเสพติดชนิดอื่น ๆ เช่น amphetamine, marihuana นั้นมีไม่มากนักในเมืองไทย เมื่อหยุดยาพวกนี้ผู้ป่วยไม่ค่อยมีอาการทางร่างกาย ถ้าเสพยาติดมากจะมีอาการแบบโรคจิตขณะงดยาได้มากบ้างน้อยบ้าง และเป็นแบบเฉียบพลัน อาการจะดีขึ้นโดยเร็วภายใน 2-3 สัปดาห์ หากผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคจิตอยู่ก่อนเสพยาติดควรส่งให้จิตแพทย์รักษา

ปัญหาใหญ่ในปัจจุบันคือ ผู้เสพยา มักจะติดยาหลายชนิดร่วมกัน เช่น เฮโรอีน กับ barbiturate หรือ amphetamine และ มอร์ฟีนกับยาปลอมอารมณ์ เป็นต้น ยาผสมประเภทเหล่านี้ส่วนมากจะมี marihuana รวมอยู่ด้วยเกือบทั้งสิ้น โดยเฉพาะในพวกวัยรุ่น พวกชาวเขามักจะเสพยาผสมกับยาแก้ปวดซึ่งมีขายอยู่ทั่วไป การให้ยาชดเชยเพื่อรักษายาอาจมีอาการเกิดขึ้นหลายอย่าง วิธีรักษาต้องถือหลักรักษายาที่เสพครั้งสุดท้ายหรือเสพบ่อยที่สุดเป็นเกณฑ์

การรักษาใช้นอกจากให้ยาชดเชยแล้วยังต้องให้ยาเสริมด้วย เช่น วิตามิน ยานอนหลับ ยาปลอมอารมณ์ และ fluid ทางหลอดเลือดดำตามความจำเป็น และห้ามใช้ยาตามคำขอของผู้ป่วยโดยเด็ดขาด จะต้องถืออาการเป็นหลักในการรักษาและอีกประการที่สำคัญมากคือต้องให้กำลังใจกับผู้ป่วยขณะทำการรักษาด้วย

เอกสารประกอบบทความ

1. Brow, B.S: Statement before the subcommittee on alcoholism and narcotics of senate labor and public welfare committee, drugs dependencextent problem and treatment modalities. Hearing before the subcommittee on alcoholism and norcotics. GPA WASH. May 1971
2. Essig CF. and Carter WW : Failure of Diphenylhydantoin in preventing barbiturate withdrawal convulsions in dog, Neurology 12:481-484,62
3. Eisenman AJ., Fraser HF Sload J and Isbell : Urinary 17-Ketosteroid excretion during a cycle of addiction to morphine. J. Pharma. Exper. Ther. 124 : 305 - 311, 58
4. Harold T. Conrad M.D., Nihm Clinical Research Center, Lexington Kentucky, Current status Chapter I, Part II : 23-42, 73
5. Isbell H. : Medical Aspects of opiate addiction. Bull New York Acad. Med. 31 : 886 - 901, 55
6. Nelson AS. : Medical Problems associated with addiction to opiate drugs. International Journal of Addictions. 1 : 50-61, 66
7. The narcotic addiction foundation of British Columbia : Part II, Report of the clinical director Section II, Evaluation of low methadone maintenance programme, Section III Evaluation of high methadone maintenance programme 13th Annual Report 1968 Vancouver, B.C. pp 19-85,69
8. Oakleys, Ray Phd. Drugs, Society, and Human Behavior, Stimulants and Depressants 11 : 161-172, 72
9. ประมวลความรู้เรื่องยาเสพติด พ.ศ. 2509 น.พ. ประยูร นรการศกุง