

4-1-2003

Methamphetamine, eologies and treatments

D. Lalitanantpong

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



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

Recommended Citation

Lalitanantpong, D. (2003) "Methamphetamine, eologies and treatments," *Chulalongkorn Medical Journal*. Vol. 47: Iss. 4, Article 6.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol47/iss4/6>

This Review Article 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.

ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) สาเหตุ และ การรักษา

เดชา ลลิตอนันต์พงศ์*

Lalitanantpong D, Methamphetamine, etiologies and treatments. Chula Med J 2003 Apr; 47(4): 265 - 75

The most common substance related disorder in Thailand is Methamphetamine dependence. The etiologic factors of Methamphetamine dependence are Biological, Psychological, Social and Environmental factors.

The Symptoms of Methamphetamine related problems are dependence, abuse, intoxication, withdrawal and Psychosis.

Medical treatment of Amphetamine psychosis is dopamine antagonist drug such as chlorpromazine, haloperidol and thioridazine. Antidepressant is the treatment of choice of Amphetamine withdrawal. Amphetamine dependence and abuse have good response with fluoxetine, amilodipine, imipramine and desipramine .

Psychosocial treatment for the noncomplicated cases is Matrix Program which consist of Group Psychotherapy and Out patient setting. The Program activities are 3 times a week, 1-2 hours per session, 16 weeks period and regular urine examination weekly.

The outcome of treatment in Thanyarak Hospital and King Chulalongkorn memorial hospital are discussed. The former shows the common short term 2-3 weeks detoxication period and the latter shows the high drop out rate with Matrix model. Intolerance with treatment, poor insight, mild withdrawal symptoms psychological dependence may be the important predictor causes of relapse and high drop out rate in these patients.

Keywords : *Methamphetamine, Etiology, Treatment, Substance, Thailand, Dopamine antagonist, Antidepressants, Psychosocial, Matrix.*

Reprinted request : Lalitanantpong D. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. February 16,2003.

วัตถุประสงค์ :

1. ทบทวน เรื่อง ยาบ้า ซึ่งเป็นปัญหาราชาารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย
2. ทบทวน แนวทางการดูแลรักษา

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เคชา ลลิตอนันต์พงศ์. ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) อาการ และการรักษา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2546 เม.ย; 47(4): 265 – 75

โรคติดสารเสพติด ที่เป็นปัญหามากที่สุดในประเทศไทย คือปัญหาโรคติดยาบ้า (Methamphetamine Dependence) สาเหตุการติดยาบ้า มีปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) และปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and Environmental factors)

ลักษณะอาการ ที่พบได้ในผู้ติดยาบ้า มีหลายลักษณะได้แก่ โรคติดยาบ้า (dependence and abuse) ภาวะใช้ยาเกินขนาด (intoxication) ภาวะถอนยา (withdrawal) หรือทำให้เกิดอาการวิกลจริต (Psychosis)

การรักษาอาการวิกลจริตจากการใช้ยาบ้า (Amphetamine Psychosis) ยาที่ใช้รักษาอยู่ในกลุ่มต้านโดปามีน (dopamine antagonists) เช่น chlorpromazine, haloperidol, และ thioridazine การรักษาอาการถอนยาบ้า (Amphetamine Withdrawal) การรักษาโดยใช้ยา อาจใช้ยาด้านเศร้า (antidepressants) โรคติดแอมเฟตามีน (Amphetamine dependence and abuse) ยาที่มีรายงานว่าใช้รักษา ได้แก่ fluoxetine, imipramine และ desipramine

การรักษาโดยวิธีกายจิตสังคม เป็นการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ ที่มีอาการติดยาบ้า และไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น การรักษาด้วยวิธีผู้ป่วยนอกแบบเมทริกซ์ (Matrix Program) ซึ่งเป็นวิธีการรักษาโดยอาศัยหลักของกลุ่มบำบัด (Group Psychotherapy) แบบผู้ป่วยนอก (Out-patient) ผู้ป่วยจะมา ร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 – 2 ชั่วโมง เป็นเวลาทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ และมีการสุ่มตรวจปัสสาวะสัปดาห์ละครั้ง

ผลการรักษายาบ้าในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ การรักษาผู้ป่วยมักใช้โปรแกรมการรักษาดอนพิษระยะสั้น (detoxification treatment program) ประมาณ 2 – 3 สัปดาห์ ผลการรักษายาบ้า ในคลินิกบำบัดผู้ป่วยติดสารเสพติด ชนิดยาบ้า ด้วยวิธี กาย-จิต-สังคม-บำบัดที่มารักษาในโรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยมีอัตรา Drop Out ค่อนข้างสูงมาก

สรุป เครื่องชี้วัดที่สำคัญที่สุด ในการพยากรณ์ว่าจะเลิกได้หรือไม่ คือ ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับการรักษาที่เข้มงวดได้ ผู้ป่วยมีอาการถอนยาไม่รุนแรง ทำให้ผู้เสพยา คิดว่าตนเองไม่เสพติดยา จึงเป็นปัญหาการติดยาทางจิตใจ (Psychological dependence) ทำให้การรักษาค่อนข้างจะทำได้ยากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse) หรือมารักษาไม่ต่อเนื่อง (Drop Out)

ปัญหาการติดสารเสพติด มักเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้เสพ มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมา ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม ผลของการใช้สารกระตุ้น เป็นเวลานาน ทำให้สมองเกิดความชิน เมื่อหยุดยา ผู้เสพยาอาจมีอาการคล้ายผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่ใช้สารกดประสาทนาน ๆ เมื่อหยุดยา อาจทำให้เกิดภาวะกระสับกระส่าย วิดกกังวล นอนไม่หลับ หรือมีอาการทางจิตได้

ยาบ้า หรือ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เป็นสารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท (Psychostimulant) ผู้ที่เสพยาจะรู้สึกสดชื่น ตื่นตัว สบายใจ ชีพจรเต้นเร็ว พุดคุยเก่ง รู้สึกพอใจในการใช้ยา เมื่อยาหมดฤทธิ์จึงพอใจที่จะเสพยาใหม่ ทำให้เกิดอาการเสพติด

ระบาดวิทยา

ยาบ้า หรือ เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) เป็นอนุพันธ์ของ amphetamine ยากลุ่มนี้เคยถูกใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า และช่วยผู้ป่วยลดน้ำหนัก ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2493 – พ.ศ. 2513 ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2510 คาดว่า จะมีผู้ได้รับการจ่ายยาเป็นจำนวนถึง 31 ล้านครั้ง จนกระทั่งในปัจจุบัน แม้จะถือว่าเป็นยาที่ผิดกฎหมาย และมีการแพร่กระจายอย่างแพร่หลาย⁽¹⁾ สำหรับปัญหายาเสพติดให้โทษในประเทศไทยนั้น ข้อมูลจากกองบัญชาการตำรวจปราบปรามยาเสพติด⁽²⁾ ได้แสดงให้เห็นปัญหาในเรื่องของเมทแอมเฟตามีน หรือ ยาบ้า มีผู้เสพยาประมาณ 4.7 ล้านคน (ประมาณร้อยละ 2.1 ของประชากร) เคยใช้ครั้งหนึ่งในชีวิต ซึ่งมีสถิติการจับกุมสูงสุด ปัญหาที่รองลงมาคือ กัญชา ส่วนสารเสพติด ที่เคยแพร่หลายในอดีต เฮโรอีน มีปริมาณไม่สูงนัก

ลักษณะและโครงสร้างของยาบ้า

Methamphetamine มีสูตรเคมีคือ C₁₀H₁₅N มีมวลโมเลกุล 149.24 มีชื่อเรียกหลายอย่างเช่น meth, crystal, หรือ speed, เป็นสารเสพติดชนิดที่กระตุ้นทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง วัตถุประสงค์ที่สังเคราะห์ได้ จะมี

ลักษณะเป็นผงสีขาว ไม่มีกลิ่น มีรสขม มักจะผลิตเป็นเม็ดกลมแบน เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 7 มิลลิเมตร น้ำหนักเฉลี่ยประมาณ 0.11 กรัม ต่อเม็ด มีสีส้ม เหลือง เขียว น้ำตาล หรือสีอื่น วิถีเสพยาได้หลายทาง ได้แก่ การสูบฉีด นัตถ์ หรือรับประทาน การใช้เป็นระยะเวลาสั้นทำให้เกิดภาวะพึ่งพาทางร่างกาย (Physiological dependence) และภาวะพึ่งพาทางจิตใจ (Psychological dependence)⁽³⁾

ผลของยาบ้าที่มีต่อสุขภาพร่างกาย

มีทั้งระยะสั้น และผลระยะยาว เช่น stroke, cardiac arrhythmia, stomach cramps, shaking, anxiety, insomnia, paranoia, hallucinations, และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในสมอง เด็กที่มีผู้ปกครองติดยา มักมีความเสี่ยงในเรื่องของการถูกทอดทิ้ง หรือ การทำทารุณกรรม ในสตรีมีครรภ์ ทำให้เกิดภาวะ growth retardation, premature birth, และปัญหาการพัฒนาระยะแรกคลอด โดยเฉพาะปัญหาด้าน cognitive deficit ในเด็ก การเสพยาอย่างสัมพันธ์กับปัญหา การเสียชีวิต และการรับเป็นผู้ป่วยใน หรือการมาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ⁽⁴⁾

ผู้ที่ติดยาบ้า อาจมีความเสี่ยงในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอดส์ โรคไวรัสตับอักเสบบี โดยพบว่า การใช้ยาบ้า มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มชายรักร่วมเพศ พบว่า 62.5 % มีรายงานการมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และผู้เสพยาบ้า 56.3 % เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ติดเชื้อ HIV.⁽⁵⁾

สาเหตุการติดยาบ้า

1. ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors)

1.1 Agent (ตัวยาสเสพติด)

การศึกษาในสัตว์ทดลอง

การทดลองในสัตว์ทดลอง เช่น ลิง หนูทดลอง โดยการทดลองให้หนูทดลอง ใช้สารเสพติดด้วยตนเอง โดยการฉีดสารเสพติด เข้าสู่สมองสัตว์ทดลองโดยตรง พบว่าสัตว์ทดลอง มีความพอใจ ในการใช้สารเสพติด มีพฤติกรรม

การใช้สารเสพติดมาก จนลดความต้องการในเรื่องของอาหาร การสืบพันธุ์ ซึ่งมีลักษณะคล้ายการเสพติดฝิ่นหรือสุรา⁽⁶⁾ โดยมีกลไกการออกฤทธิ์ที่บริเวณ Reward Center ในสมอง ซึ่งได้แก่ บริเวณ Ventral Tegmental Area, Nucleus Accumbens โดยมีสายใยประสาทเชื่อมโยงไปยังสมองส่วนอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับการเรียนรู้เหตุการณ์ประสาทสัมผัส สมองส่วนการควบคุม ระบบประสาทอัตโนมัติ และมีการกระตุ้นบริเวณ Synapse ให้มีการหลั่งสาร Norepinephrine⁽⁷⁾ ในหนูทดลอง ที่ได้รับยาบ้าเป็นเวลานาน พบว่ายาบ้าจะทำลายเนื้อสมอง ทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย (Apoptosis)⁽⁸⁾

การศึกษาในมนุษย์

การใช้ positron emission tomography (PET) พบว่า ความหนาแน่นของ dopamine transporter ลดลงใน caudate และ putamen ผู้เสพติด methamphetamine และสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใช้ และผลยังคงต่อเนื่องแม้ว่าจะเลิกเสพแล้ว และสัมพันธ์กับอาการทางจิตจากใช้ยา⁽⁹⁾

ระดับ dopamine D₂ receptor ในการศึกษาด้วยวิธี PET ก็พบว่ามีจำนวนลดลงเช่นกัน โดยเฉพาะบริเวณ orbitofrontal cortex ซึ่งมีลักษณะเดียวกับการรายงานในผู้ป่วยติดสาร cocaine, alcohol และ heroine และอธิบายได้ว่า กลไกการเสพติด อาจเกิดจากการสูญเสียการควบคุมตนเอง และ พฤติกรรมเสพติด⁽¹⁰⁾

การศึกษาด้วยวิธี single photon emission computed tomography (SPECT), ซึ่งสามารถบอก

ตำแหน่ง และวัดระดับ cerebral perfusion ในผู้ป่วยติด methamphetamine ที่ไม่เคยมีอาการทางจิตมาก่อน ใช้ยาพบว่า 76 % ของผู้ป่วย มีลักษณะ focal perfusion deficits กระจายในสมองส่วน frontal, parietal และ temporal lobes⁽¹¹⁾ ซึ่งลักษณะ cerebral perfusion ที่ลดลงนี้สัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว⁽¹²⁾

Disease Model : ผู้ป่วยที่ติดสารเสพติด ทางองค์การอนามัยโรคถือว่าเป็นโรค ๆ หนึ่ง (Disease) เช่นถือว่าการติดสุรา เป็นโรคซึ่งต้องการการรักษา มากกว่าการประณามว่าเป็นผู้ประพฤติไม่ดี

Physical dependency Model : ผลจากการใช้ยาเสพติดจะมีภาวะถอน (withdrawal symptoms) ซึ่งจะทำให้ผู้ใช้หันกลับไปใช้สารเสพติดต่อไป ยาที่ออกฤทธิ์เร็วแรง และสั้น จะเสพติดได้ง่ายกว่ายาเสพติดที่มีคุณสมบัติบางอย่างทำให้เสพติดได้ง่าย (ในตารางที่ 1) ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าว เป็นคุณสมบัติของยาบ้าทั้งหมด

Positive Reinforcement Model : จากคุณสมบัติของสารเสพติด ที่มีลักษณะเสริมพฤติกรรมใช้ยาเสพติดซ้ำ (positive reinforcers) กล่าวคือ เมื่อใช้ยาครั้งแรก เกิดความพึงพอใจ จะมีแนวโน้มที่จะใช้ยาเสพติดในครั้งต่อไป เพื่อหวังผลความพึงพอใจ อีกกรณีหนึ่ง เมื่อการใช้ครั้งแรกสัมพันธ์กับภาวะเครียด การใช้ยาเสพติด ทำให้หายเครียดหรือผ่อนคลาย ผู้เสพเรียนรู้ว่า ยาเสพติด สามารถทำให้ผ่อนคลายได้ จึงมีการใช้ในครั้งต่อไป ดังลักษณะของยาเสพติดที่เสพติดได้ง่าย (ในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. ลักษณะยาเสพติด ที่ทำให้เสพติดได้ง่าย

1. ยาที่ทำให้เกิดอาการดี้อย่างง่าย (Tolerance)
2. ยาที่ทำให้ระยะเวลาในการเกิดอาการขาดยาเร็วกว่า หรือรุนแรงกว่า
3. ยาที่มีฤทธิ์ข้างเคียงน้อยกว่า (ผู้เสพไม่กลัวที่ จะเสพทำให้เสพได้บ่อย)
4. ยาที่สามารถเสพด้วยวิธีที่สะดวกรวดเร็วกว่า (มีโอกาสเสพได้บ่อยครั้ง)
5. ยาที่มีอันตรายหรือเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาจากการเสพแต่ละครั้งน้อยกว่า (ผู้เสพกล้าเสพ ในขนาดสูงและบ่อยขึ้น)

1.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetics factors)

แนวโน้มทางกรรมพันธุ์ทำให้เกิดความผิดปกติของบุคลิกภาพและโรคจิตประสาท โรคทางกาย ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องให้ยาบางอย่างบ่อยครั้งและเสพติดได้อาการปวดเรื้อรัง ต้องใช้ยาเพื่อระงับอาการ ต่อมาก็เกิดการเสพติด

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

2.1 การเลี้ยงดู (Child Rearing Problems) การเลี้ยงดูที่พอเหมาะ สามารถทำให้เด็กเติบโตขึ้น มีบุคลิกภาพเข้มแข็ง หรือการตัดสินใจได้ดี การเลี้ยงดูที่เข้มงวดเกินไป อาจทำให้เด็กกังวลง่าย หรือการเลี้ยงดูที่ตามใจเกินไป ทำให้เด็กขาดการฝึกวินัย เอาแต่ใจตนเอง ใจร้อน

2.2 การพัฒนาการ (Developmental Problems) การด้อยสติปัญญา ถูกชักจูงให้ใช้ยาหรือสารเสพติดได้ทางจิตใจ และการถูกทำร้ายทางร่างกายและจิตใจในวัยเด็ก (Child Abuse)

2.3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ และ จิตพยาธิสภาพ (PSYCHOPATHOLOGY)

ที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสพติด ทางด้านจิตใจ (Psychological dependence) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้

ผู้ติดสารเสพติด กลับไปเสพยา คือ เกิดการพึ่งพาทางใจ รู้สึกอยาก โหยหา ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มักจะพบภาวะ ติดสุราร่วมด้วย เนื่องจากสุรา ช่วยทำให้ผ่อนคลาย ส่วนสาเหตุทางจิตใจอื่นสามารถแยกตามตารางที่ 2

3. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and Enviromental factors)

สังคม และสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ที่มีลักษณะวัตถุนิยม แสวงหาความสุขความสบาย การใช้ยาเสพติดทำให้เกิดความสุข มุมมองก็ถือเป็นเรื่องธรรมดาที่ใช้ไม่ผิดศีลธรรมแต่อย่างไร ตามตารางที่ 3

การตรวจปัสสาวะ

การตรวจปัสสาวะ สามารถช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยได้ใช้สารเสพติดหรือไม่โดยทั่วไป จะตรวจพบสารเสพติด ในปัสสาวะ หลังจากที่ผู้เสพ ใช้ครั้งสุดท้าย ไม่เกิน 24 – 48 ชั่วโมง ยกเว้นสารเสพติดบางชนิด เช่น กระต่อม ซึ่งสามารถพบได้หลังเสพ ครั้งสุดท้ายเป็นสัปดาห์ การตรวจปัสสาวะยังสามารถใช้ในการกำกับประเมินผลการรักษาได้

ตารางที่ 2. สาเหตุที่ทำให้เกิดการเสพติดทางด้านจิตใจ (Psychological dependence)

การปรับอารมณ์ได้ไม่ดี (Affective dysregulation)

ผู้ติดยาเป็นลักษณะพิเศษของ affective dysregulation-tense depression จะมีลักษณะเครียดและเศร้าง่าย

ทฤษฎีของความบกพร่องของอีโก้ (ego defects)

ผู้ติดยามีความบกพร่องในการจัดการอารมณ์ที่ไม่สบายของตนเอง เช่น guilt, anger, anxiety และพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาทางด้านต่าง ๆ

ปัญหาการพัฒนาการช่องปาก (Oral fixation)

คือได้รับการดูแลเอาใจใส่น้อยเกินไป โดยเฉพาะในช่วงขวบปีแรก จึงมีแนวโน้มหาความสุขในการใช้ปาก เช่น ดูด ต้ม สูบ

การรักษาตัวเอง (Self - Medication)

ยาบ้าและโคเคน สามารถบรรเทาอาการซึมเศร้าได้

ภาวะไม่เข้าใจความรู้สึกตนเอง (Alexithymia)

ผู้เสพติดบางคนอาจจะมีปัญหาในเรื่อง การรับรู้ลึกเข้าใจ หรืออธิบาย อารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ซึ่งมีแนวโน้มจะเก็บกด เครียด และติดยาได้ง่าย

ตารางที่ 3. ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ติดยาเสพติด

ครอบครัว	การขาดความผูกพันกันในครอบครัวและสังคม การใช้สารเสพติดในครอบครัว
กลุ่มเพื่อน	การคบเพื่อนที่ติดยาเสพติด จากเพื่อน
สื่อต่างๆ	การพบเห็นตัวอย่างการเสพยาเสพติดแล้วอยากลอง
แหล่งบันเทิง	ซึ่งมีการซื้อ, ขาย และเสพยาเสพติด
อาชีพ	การทำงานที่เกี่ยวข้องใกล้ชิดกับยาต่างๆ ที่สามารถทำให้เกิดการเสพติดได้
เศรษฐกิจ	ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความตึงเครียด

การตรวจ Methamphetamine ในปัสสาวะ การตรวจคัดกรอง มักจะใช้วิธี Enzyme-multiplied immunoassay technique (EMIT) ซึ่งสามารถตรวจเมื่อมีระดับในปัสสาวะ ไม่น้อยกว่า 1000 ng/dl ในการยืนยันผล จะใช้วิธี Gas Chromatography (GC) ซึ่งมีความไว และจำเพาะกว่า โดยสามารถตรวจพบยาบ้าในปัสสาวะในระดับ 300 ng/dl อย่างไรก็ตามทั้งสองวิธีจะต้องตรวจปัสสาวะเมื่อผู้ป่วยใช้ยาบ้าครั้งสุดท้ายไม่เกิน 12 - 72 ชั่วโมง⁽¹³⁾

การวินิจฉัยโรคที่สัมพันธ์กับการใช้ยาบ้า (Diagnosis Amphetamine Related disorder)

การวินิจฉัย โรคที่ที่เกิดจากการใช้ยาบ้า โดยเกณฑ์ของการวินิจฉัย โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition)⁽¹⁴⁾

โดยทั่วไปเกณฑ์การวินิจฉัยของสารเสพติดจะคล้ายกันโดยพิจารณาว่าสารเสพติดตัวนั้น

1. ทำให้เกิดปัญหาการใช้ (Amphetamine use disorder) คือติดยา (Dependence), ใช้ในทางที่ผิด (Abuse)
2. ทำให้เกิดโรค (Amphetamine Related disorder) เช่น พิษจากยา (Intoxication), ถอนยา (Withdrawal), Intoxication Delirium, Withdrawal Delirium, Dementia, Amnestic Disorder, Psychotic Disorders, Mood Disorders, Anxiety Disorders, Sexual Dysfunctions และ Sleep disorder

การรักษาอาการวิกลจริตจากการใช้ยาบ้า (AMPHETAMINE PSYCHOSIS)

ขั้นตอนการรักษาผู้ติดยาบ้า โดยทั่วไป มีขั้นตอนตามตารางที่ 4 ส่วน การรักษาอาการวิกลจริตจากการใช้ยาบ้า ซึ่งจะมีอาการแสดงที่สำคัญคือ ผู้ป่วยจะมีอาการ

ตารางที่ 4. ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ
1. ขั้นเตรียมการ (Pre-Admission) เป็นการเตรียมความพร้อม การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และทางห้องปฏิบัติการ
2. ขั้นถอนพิษยา (Detoxification) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการถอนยา โดยการช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการไม่สบาย เช่น หงุดหงิด ไม่มีชีวิตชีวา ทำให้มีโอกาสกลับไปใช้ยาใหม่ ระยะนี้จะมีอาการโดยเฉลี่ย 3 -4 สัปดาห์
3. ขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) ถือเป็นระยะที่สำคัญที่สุด คือต้องไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาใหม่ อย่างน้อย 12 เดือน
4. ขั้นการติดตามดูแล (After-Care) เป็นระยะติดตามผล และ ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาใหม่

วิกลจริต (psychosis) หลงผิด ระแวง ว่ามีจะมีคน มาทำร้าย (delusion of persecution and reference) หูแว่ว (auditory hallucination) และเห็นภาพหลอน (visual hallucination) เมื่อใช้ยาบ้าต่อไป ผู้ป่วยจะเกิดภาวะนอนไม่หลับ อ่อนล้า ไม่รับรู้การเจ็บป่วย ไม่รู้ผลการกระทำของตนเอง เริ่มมีอาการก้าวร้าว และมีอาการวิกลจริตมากขึ้นไปเรื่อย ๆ⁽¹⁵⁾ สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือ ผู้ป่วยประมาณ 5-15% จะมีอาการ amphetamine psychosis ซึ่งไม่สามารถกลับคืนได้เป็นปกติ⁽¹⁶⁾

ยาที่ใช้รักษาอยู่ในกลุ่มต้านโรคจิต (dopamine antagonists) เช่น chlorpromazine, haloperidol และ thioridazine ในขนาดที่รักษาอาการทางจิตในโรคจิตเภทโดยทั่วไป มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการทางจิต⁽¹⁷⁾ ในกรณีการได้รับยาบ้าเกินขนาด อาจเกิดอาการเป็นพิษ (Amphetamine Intoxication) อาจใช้ ascorbic acid ซึ่งสามารถเร่งการขับถ่ายออกทางไต⁽¹⁸⁾

การรักษาอาการถอนยาบ้า (AMPHETAMINE WITHDRAWAL)

ภาวะการถอนยา หลังจากหยุดการใช้ยามาระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ ภาวะถอนยาในกลุ่ม opiate withdrawal ซึ่งมีอัตรา 91% และ กลุ่ม cocaine withdrawal มีอัตรา 86% แล้วในกลุ่มยาบ้า พบถึง 87%⁽¹⁹⁾

ลักษณะอาการทางคลินิก ประกอบด้วยปัจจัย 3 ลักษณะได้แก่ 1. ภาวะที่ร่างกายมีความไวต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติ (hyperarousal factor) 2. ภาวะที่ร่างกายมีลักษณะ ทานมาก นอนมาก (reversed vegetative factor) และ 3. อาการวิตกกังวล (anxiety factor)⁽²⁰⁾

แม้ว่าอาการถอนยาบ้า มักจะหายในเวลา 4-5 วัน แต่อาการมักจะเป็นต่อเนื่อง เป็นเวลาหลายสัปดาห์จนเป็นเดือน⁽²¹⁾ เมื่อเปรียบเทียบกับความรุนแรง อาการถอนยามักจะน้อยกว่าภาวะ opiate withdrawal แต่อาการอยากยาอย่างมาก (intense craving) เป็นปัจจัยสำคัญมาก ที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปเสพยาอีก⁽²²⁾

การรักษาโดยการใช้ยา อาจใช้ยาต้านเศร้า

(antidepressants) เป็นเวลา 3-4 สัปดาห์ สามารถบรรเทาอาการถอนยาได้ดี ยาต้านเศร้า ที่มีรายงานว่าสามารถรักษาอาการถอนยาบ้าได้แก่ Amineptine⁽²³⁾, Bupropion⁽²⁴⁾ และมีรายงานว่า การอดยาโดยไม่ต้องใช้ยา (Self Detoxication)⁽²⁵⁾

โรคติดแอมเฟตามีน (AMPHETAMINE DEPENDENCE AND ABUSE)

ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาการติดแอมเฟตามีน มีค่อนข้างน้อย มีรายงานว่า fluoxetine⁽²⁶⁾, imipramine⁽²⁷⁾ และ desipramine⁽²⁸⁾ สามารถช่วยรักษาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Fluoxetine สามารถลดอาการอยากยา (craving) ในการรักษาระยะสั้น และ Imipramine สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรักษาได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาวขึ้น

การใช้ยา imipramine โดยให้ผู้ป่วยได้รับยาขนาด 10mg จนถึง 150mg จำนวน 32 คน พบว่า การใช้ยาขนาด 150 mg ต่อวัน ผู้ป่วยสามารถ รักษาพร้อมมีรักษา ในการรักษาได้นานกว่ากลุ่มอื่น โดยที่ปัจจัยในเรื่อง อาการซึมเศร้า การอยากยา หรือผลการตรวจปัสสาวะไม่แตกต่างกัน⁽²⁹⁾

ในกลุ่มสารกระตุ้น มีการทดลองใช้ Modafinil ซึ่งใช้รักษาโรค narcolepsy⁽³⁰⁾ และอนุพันธ์ของเมทแอมเฟตามีน คือ Dexamphetamine เพื่อใช้รักษาภาวะติดยา พบว่า เมื่อใช้ร่วมกับการให้การปรึกษา สามารถลดปริมาณการใช้ ในผู้ป่วยได้⁽³¹⁾

การรักษาโดยวิธีกายจิตสังคม

เป็นการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ ที่มีอาการติดยาบ้า และไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่น การรักษาด้วยวิธีผู้ป่วยนอกแบบเมทริกซ์ (Matrix Program) มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพ ในการรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติด ชนิด cocaine and methamphetamine พบว่า ผู้ป่วย มีผลการรักษาดี และ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน อย่างน้อย 12 เดือน จะได้ผลการรักษาที่ดีกว่า⁽³²⁾

กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำการรักษาแบบเมทริกซ์มาแปลเป็นภาษาไทย และใช้ชื่อว่าวิธี กาย-จิต-สังคมบำบัด⁽³³⁾ ซึ่งเป็นวิธี

การรักษาโดยอาศัยหลักของกลุ่มบำบัด (Group Psychotherapy) แบบผู้ป่วยนอก (Out-patient) ผู้ป่วยจะมาร่วมกิจกรรมสัปดาห์ ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 1 – 2 ชั่วโมงเป็นเวลาทั้งสิ้น 16 สัปดาห์ และมีการสุ่มตรวจปัสสาวะสัปดาห์ละครั้ง รายละเอียดของวิธีการรักษา ตามตารางที่ 5 ผลการรักษา กำลังอยู่ในระยะการประเมิน

ผลการรักษายาบ้าในต่างประเทศ ประเทศไทย และในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การติดตามผลการรักษา ผู้ติดยาบ้า กลุ่มวัยรุ่นในสหรัฐอเมริกา และแคนาดา ในปี 2535 - 2537 จำนวน 938 คน ที่ได้รับการรักษา แบบผู้ป่วยในระยะยาว (therapeutic community drug) ซึ่งได้ผลดี พบว่ากลุ่มที่ใช้ยาบ้ามักจะเป็นคนผิวขาว อายุต่ำกว่า มีผู้ปกครองที่มีการศึกษา และมีฐานะดีกว่าผู้ที่ไม่ใช้ยา และมักจะมีปัญหาเรื่องความอบอุ่นในครอบครัว มีปัญหาอาชญากรรม และมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV มากกว่า⁽³⁴⁾

การศึกษาในผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลธัญญารักษาระหว่าง ปี พ.ศ. 2532 – 2541 พบว่า ผู้ป่วยได้เพิ่มจำนวนจาก 7,595 ราย ไปเป็น 7,633 ราย การรักษาผู้ป่วยใช้

โปรแกรมการรักษาถอนพิษระยะสั้น (detoxification treatment program) ประมาณ 2 – 3 สัปดาห์ จำนวนร้อยละ 30.9-43.5 ในขณะที่การรักษาระยะยาว ประมาณ 1 ปี (therapeutic community rehabilitation program) มีเพียงร้อยละ 0.8 - 4.2⁽³⁵⁾ ผลการรักษายาบ้า ในคลินิกบำบัดผู้ป่วยติดสารเสพติด ชนิดยาบ้า ด้วยวิธี กาย-จิต-สังคม-บำบัดที่มารักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2544 – 2545 พบว่า มีจำนวนทั้งสิ้น 56 ราย เป็นผู้ป่วยเก่า 22 ราย ผู้ป่วยใหม่ 34 ราย พบว่าผลการรักษามีอัตรา Drop Out ค่อนข้างสูงมาก ประมาณเฉลี่ยร้อยละ 63 ต่อเดือน ใน 6 เดือนแรกของโครงการ⁽³⁶⁾

พยากรณ์โรค

เครื่องชี้วัดที่สำคัญที่สุด ในการพยากรณ์ว่าจะเลิกได้หรือไม่ คือ ผู้ป่วยที่สามารถเลิกได้ โดยทนการรักษาที่เข้มงวดได้ ปัจจัยที่สำคัญอื่น ๆ ได้แก่ การมีกลุ่มให้กำลังใจ (support groups) และการรักษาต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล ส่วนปัจจัย ที่ทำให้กลับไปเสพยาซ้ำที่สำคัญคือ ปัญหาเรื่องส่วนบุคคล เช่น ความเครียดจาก งาน ครอบครัว ปัญหาสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัว⁽³⁷⁾

ตารางที่ 5. แนวทาง การ ปฏิบัติกลุ่ม กาย-จิต-สังคม-บำบัด

1. การให้คำปรึกษาส่วนตัว (Individual Sessions)
ผู้รับการบำบัด และครอบครัว เข้าพบผู้รักษาเพื่อเป็นการทำความเข้าใจ ในการเข้ารับการบำบัดรักษา ด้วยกิจกรรมอื่น ๆ ตารางเวลา ให้นัดปฏิบัติโดยแพทย์ผู้ทำการรักษา
2. วิธีฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery)
ฝึกให้ผู้รับการบำบัด ได้เรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นในการเผชิญกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในระยะแรกของการหยุดเสพยา และเป็นการเตรียมพร้อมในการเลิกเสพยาในระยะต่อไป ตารางเวลา อยู่ในช่วงแรกของกลุ่มบำบัด ตลอดโครงการ
3. วิธีฝึกทักษะป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention)
เป็นกิจกรรมหลักของการบำบัดรักษา โดยเน้นความรู้ และฝึกทักษะที่จะป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปติดยาซ้ำ ให้กำลังใจและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตารางเวลาอยู่ในช่วงที่สองของกลุ่มบำบัด ตลอดโครงการ
4. การให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด กับครอบครัว (Family Education)
จะมีการนัดหมาย การให้ความรู้เกี่ยวกับครอบครัว เป็นลักษณะของ การให้ความรู้ การอภิปราย และการฝึกปฏิบัติ สัปดาห์ละครั้ง
5. กลุ่มสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
เมื่อ สิ้นสุดการฝึกครบ 16 สัปดาห์แล้ว ผู้รับการบำบัด สามารถเลือกเข้ากลุ่มนี้ได้

สรุป

จากแนวโน้ม ผู้ที่ถูกจับกุม และจำนวนผู้ติดยาบ้า ที่คาดว่ามียาจำนวนมาก ธรรมชาติของการเสพติดชนิดนี้ มีอาการถอนยาไม่รุนแรง ทำให้ผู้เสพยา คิดว่าตนเองไม่เสพติดยา จึงเป็นปัญหาการติดยาทางจิตใจ (Psychological dependence) ทำให้การรักษาค่อนข้างจะทำได้ยากแม้ว่าการถอนพิษยา (Detoxification) ไม่ใช่เป็นเรื่องยาก แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะกลับไปเสพยาซ้ำ (Relapse) หรือ มารักษาไม่ต่อเนื่อง (Drop Out)

การรักษาทางจิตสังคม อาจจะมีบทบาทต่อไปในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีกฎหมายฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาฉบับใหม่ ที่เป็นกฎหมายบังคับให้ผู้ต้องหาเสพยาเสพติด มาบำบัดรักษา แทนการดำเนินคดี ผู้เสพยาในปริมาณไม่มาก น่าจะมีโอกาสเลิกได้อย่างเด็ดขาด เนื่องจากการรักษาสามารถทดแทนการถูกดำเนินคดีได้

อ้างอิง

1. Christophersen AS. Amphetamine designer drugs- an overview and epidemiology. *Toxicol Lett* 2000 March 15;112-113: 127-31
2. คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, สำนักงาน. สถิติการจับกุมยาเสพติดทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2538. กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายระบบข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด, 2539
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998.
4. Anglin MD, Burke C, Perrochet B, Stamper E, Dawud-Noursi S. History of the methamphetamine problem. *J Psychoactive Drugs* 2000 Apr-Jun; 32(2): 137 - 41
5. Frosch D, Shoptaw S, Huber A, Rawson RA, Ling W. Sexual HIV risk among gay and bisexual male methamphetamine abusers. *J Subst Abuse Treat* 1996 Nov-Dec; 13(6): 483 - 6
6. Heyne A, Wolffgramm J. The development of addiction to d-amphetamine in an animal model: same principles as for alcohol and opiate. *Psychopharmacology (Berl)* 1998 Dec; 140 (4): 510 - 8
7. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997 Jan-Feb; 4(5):231 - 44
8. Cadet JL, Ordonez SV, Ordonez JV. Methamphetamine induces apoptosis in immortalized neural cells: protection by the proto-oncogene, bcl-2. *Synapse* 1997 Feb; 25(2):176 - 84
9. Sekine Y, Iyo M, Ouchi Y, Matsunaga T, Tsukada H, Okada H, Yoshikawa E, Futatsubashi M, Takei N, Mori N .Methamphetamine-related psychiatric symptoms and reduced brain dopamine transporters studied with PET. *Am J Psychiatry* 2001 158(8): 1206 - 14
10. Volkow ND, Chang L, Wang GJ, Fowler JS, Ding YS, Sedler M, Logan J, Franceschi D, Gatley J, Hitzemann R, et al. Low level of brain dopamine D₂ receptors in methamphetamine abusers: association with metabolism in the orbitofrontal cortex. *Am J Psychiatry* 2001Dec; 158(12): 2015 - 21
11. Buffenstein A, Heaster J, KoP. Chronic psychotic illness from methamphetamine. *Am J Psychiatry* 1999 Apr;156(4):662
12. Amen DG, Stubblefield M, Carmichael B, Thisted R. Brain SPECT findings and aggressiveness. *Ann Clin Psychiatry* 1996; 8:129 - 37
13. Kraemer T, Maurer HH. Etermination of ampheta-

- mine, methamphetamine and amphetamine-derived designer drugs or medicaments in blood and urine. *J Chromatogr B Biomed Sci Appl* 1998 Aug 21; 713 (1): 163 - 87
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association 1994
 15. King GR, Ellinwood EH Jr. Amphetamines and other stimulants. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, eds. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997:207-23
 16. Hofmann FG. *A Handbook on Drug and Alcohol Abuse: The Biomedical Aspects*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1983.
 17. Tinklenberg JR. The treatment of Amphetamine Psychosis. In: Bourne PG, ed. *Acute Drug Abuse Emergencies*. New York: Academic Press, 1976:123 - 30
 18. Beckett AH, Rowland M, Turner P. Influence of urinary pH on excretion of amphetamine. *Lancet*, 1965; 1: 303
 19. Schuckit MA, Daepfen JB, Danko GP, Tripp ML, Smith TL, Li TK, Hesselbrock VM, Bucholz KK. Clinical implications for four drugs of the DSM-IV distinction between substance dependence with and without a physiological component. *Am J Psychiatry* 1999 Jan;156(1): 41 - 9
 20. Srisurapanont M, Jarusuraisin N, Jittiwutikan J. Amphetamine withdrawal: I. Reliability, validity and factor structure of a measure. *Aust N Z J Psychiatry* 1999 Feb;33(1): 89 - 93
 22. Ellinwood EH Jr. Emergency treatment of acute adverse reactions to CNS stimulants. In: Bourne PG, ed. *Acute Drug Abuse Emergencies*. New York: Academic Press, 1976:115 - 22
 21. Watson R, Hartmann E, Schildkraut JJ. Amphetamine withdrawal: affective state, sleep patterns, and MHPG excretion. *Am J Psychiatry* 1972 Sep;129(3): 263 - 9
 23. Jittiwutikan J, Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Amineptine in the treatment of amphetamine withdrawal: a placebo-controlled, randomised, double-blind study. *J Med Assoc Thai* 1997 Sep; 80(9): 587 - 92
 24. Chan-Ob T, Kuntawongse N, Boonyanaruthee V. Bupropion for amphetamine withdrawal syndrome *J Med Assoc Thai* 2001 Dec; 84 (12): 1763 - 5
 25. Cantwell B, McBride AJ . Self detoxication by amphetamine dependent patients: a pilot study. *Drug Alcohol Depend* 1998 Jan 1,49(2): 157 - 63
 26. Batki SL, Moon J, Bradley M, Hersh D, Smolar S, Mengis M, Delucchi K, Sexe D, Bennett S, Lefkowitz E. Fluoxetine in methamphetamine dependence — a controlled trial: preliminary analysis. *Problems of drug dependence 1999: Proceedings of the 61st annual scientific meeting of the College on Problems of Drug Dependence: (NIDA Research Monograph, 180, NIH Pub. No. 00-4737) Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000: 235*
 27. Galloway GP, Newmeyer J, Knapp T, Stalcup SA, Smith D. A controlled trial of imipramine for the treatment of methamphetamine depen-

- dence. *J Subs Abuse Treat* 1996 Nov - Dec; 13(6): 493 - 7
28. Tennant RS Jr, Tarver A, Pumphrey E, Seecof R. Double-blind comparison of desipramine and placebo for treatment of phencyclidine or amphetamine dependence. *NIDA Research Monograph* 1986; 67: 310 - 7
29. Galloway GP, Newmeyer J, Knapp T, Stalcup SA, Smith D. Imipramine for the treatment of cocaine and methamphetamine dependence. *J Addic Dis* 1994; 13(4): 201 - 16
30. Camacho A, Stein MB. Modafinil for social phobia and amphetamine dependence. *Am J Psychiatry* 2002 Nov; 159(11):1947 - 8
31. Shearer J, Wodak A, Mattick RP, Van Beek I, Lewis J, Hall W, Dolan K. Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence. *Addiction* 2001 Sep; 96 (9): 1289 - 96
32. Shoptaw S, Rawson RA, McCann MJ, Obert JL. The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: evidence of efficacy. *J Addict Dis* 1994; 13(4): 129 - 41
33. คู่มือการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า วิธี กาย-จิต-สังคม (Matrix Program). กองประสานการปฏิบัติ การบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด. กรมการแพทย์, กรมสุขภาพจิต, 2545
34. Hawke JM, Jainchill N, De Leon G. Adolescent amphetamine users in treatment: client profiles and treatment outcomes. *J Psychoactive Drugs* 2002 Jan - Mar, 32 (1): 95 - 105
35. Verachai V, Dechongkit S, Patarakorn A, Lukanapichonchut L. Drug addicts treatment for ten years in Thanyarak Hospital (1989 -1998). *J Med Assoc Thai* 2001 Jan; 84(1): 24 - 9
36. เดชา ลลิตอนันต์พงศ์, นันทิกา ทวีชาชาติ, ยุทธนา อองอาจสกุลม่น, พวงสร้อย วรกุล, ศศิ ปฏิมาประการ, นงคราญ จิณศิริ. โครงการบำบัดผู้ป่วยติดยาเสพติด ชนิดยาบ้าด้วยวิธี กาย-จิต-สังคม-บำบัด ที่มารักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2544 - 2545, รายงานประจำปี. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545
37. Smith JW, Frawley PJ. Treatment outcome of 600 chemically dependent patients treated in a multimodal inpatient program including aversion therapy and pentothal interviews. *J Subst Abuse. Treat* 1993 Jul-Aug; 10(4): 359 - 69

กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์

ท่านสามารถได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการสำหรับกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์ กลุ่มที่ 3 ประเภทที่ 23 (ศึกษาด้วยตนเอง) โดยศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามเกณฑ์ของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์แห่งแพทยสภา (ศนพ.) จากการอ่านบทความเรื่อง “ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) สาเหตุ และการรักษา” โดยตอบคำถามข้างล่างนี้ ที่ท่านคิดว่าถูกต้องโดยใช้ แบบฟอร์มคำตอบท้ายคำถาม โดยสามารถตรวจจำนวนเครดิตได้จาก www.ccme.or.th

ศ. นพ. สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ

บรรณาธิการจุฬาลงกรณ์เวชสาร

และประธานคณะกรรมการการศึกษาต่อเนื่อง

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หน่วยจุฬาลงกรณ์เวชสาร

ตึกอบรมวิชาการ ชั้นล่าง

เขตปทุมวัน กทม. 10330

คำถาม - คำตอบ

1. ยาเสพติด ประเภท ยาบ้า คือข้อใด

- ก. Heroin
- ข. Methamphetamine
- ค. Ecstasy
- ง. Love drug
- จ. Ketamine

2. กลไกออกฤทธิ์ของยาบ้า ข้อใดถูกต้อง

- ก. ยับยั้งการดูดซึมกลับของ NorEphinephrin บริเวณ Synapse
- ข. กระตุ้นการหลั่ง ของ NorEphinephrin บริเวณ Synapse
- ค. กระตุ้น GABA receptor ทำให้มีการไหลเข้าของ Chloride ion
- ง. เพิ่มการทำของ Cell membrane ทำให้ Calcium ไหลเข้าเซลล์
- จ. ถูกทุกข้อ

✂

คำตอบ สำหรับบทความเรื่อง “ยาบ้า (เมทแอมเฟตามีน) สาเหตุ และการรักษา”

จุฬาลงกรณ์เวชสาร ปีที่ 47 ฉบับที่ 4 เดือนเมษายน พ.ศ. 2546

รหัสสื่อการศึกษาต่อเนื่อง 3-15-201-2003/0304-(1032)

ชื่อ - นามสกุลผู้ขอ CME credit เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม.....

ที่อยู่.....

1. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

2. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

3. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

4. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

5. (ก) (ข) (ค) (ง) (จ)

3. ข้อใด เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสพติด ทางด้านจิตใจ (Psychological dependence)
- ก. การปรับอารมณ์ได้ไม่ดี (Affective dysregulation)
 - ข. ทฤษฎีของความบกพร่องของอีโก้ (ego defects)
 - ค. ปัญหาการพัฒนาการช่องปาก (Oral fixation)
 - ง. การรักษาตัวเอง (Self – Medication)
 - จ. ถูกทุกข้อ
4. ยาที่ใช้รักษาอาการวิตกกังวลจากการใช้ยาบ้า (AMPHETAMINE PSYCHOSIS) คือ
- ก. ยาด้านซึมเศร้า (Antidepressants)
 - ข. ยาคลายกังวล (Benzodiazepine)
 - ค. ยาแก้ชัก (Anticonvulsants)
 - ง. ยาด้านโรคจิต (Neuroleptics)
 - จ. ไม่มีข้อถูก
5. ข้อใด เป็น หลักการ ปฏิบัติกลุ่ม กาย-จิต-สังคม-บำบัด ในการรักษาผู้ป่วยติดยาบ้า
- ก. การให้คำปรึกษาส่วนตัว (Individual Sessions)
 - ข. วิธีฝึกทักษะการเลิกยาในระยะเริ่มต้น (Early Recovery)
 - ค. วิธีฝึกทักษะป้องกันการกลับไปติดยาซ้ำ (Relapse Prevention)
 - ง. การให้ความรู้เกี่ยวกับสารเสพติด กับครอบครัว (Family Education)
 - จ. ถูกทุกข้อ

เฉลย สำหรับบทความ รหัสสื่อการศึกษาต่อเนื่อง 3-15-201-2003/0303-(1029)

1. D 2. C 3. D 4. C 5. E

สำหรับบทความ รหัสสื่อการศึกษาต่อเนื่อง 3-15-201-2003/0303-(1030)

1. B 2. C 3. D 4. B 5. C

สำหรับบทความ รหัสสื่อการศึกษาต่อเนื่อง 3-15-201-2003/0303-(1031)

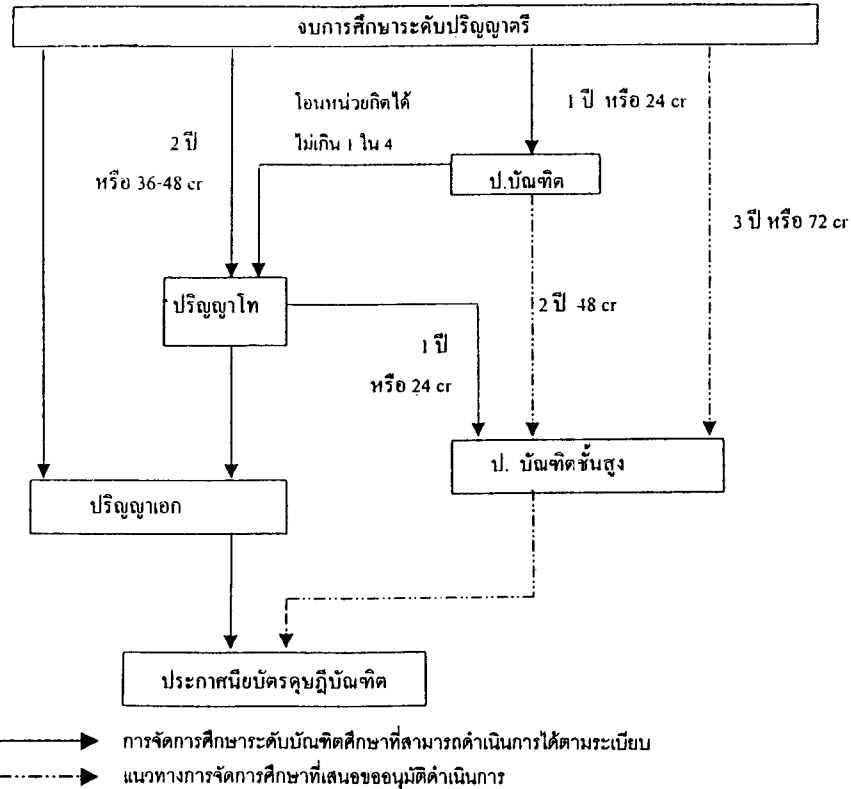
1. ง 2. จ 3. ค 4. ข 5. ค

**ท่านที่ประสงค์จะได้รับเครดิตการศึกษาต่อเนื่อง (CME credit)
กรุณาส่งคำตอบพร้อมรายละเอียดของท่านตามแบบฟอร์มด้านหลัง**

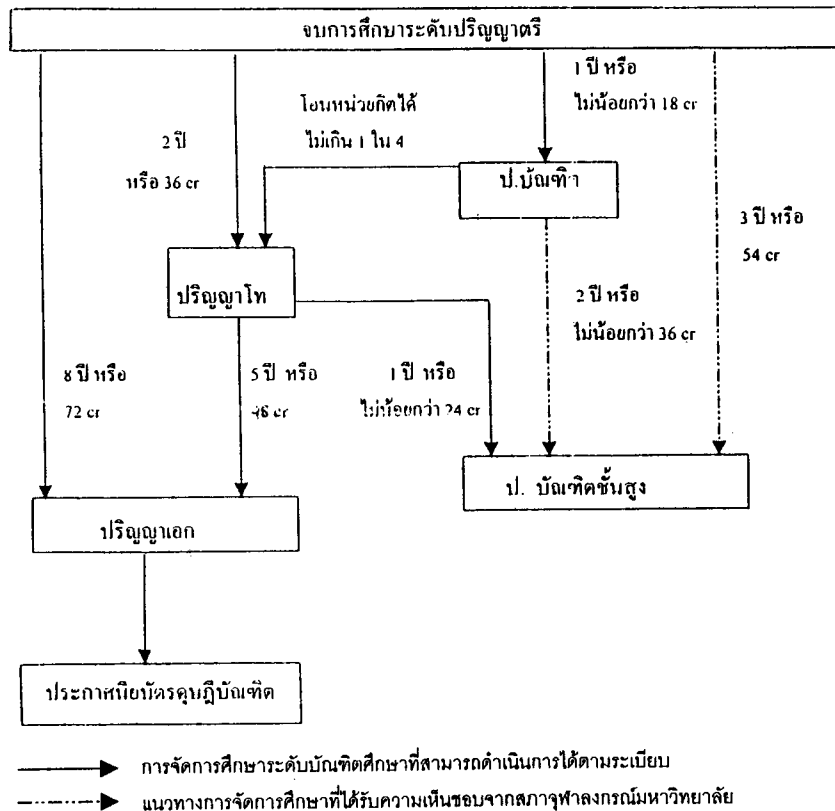
ศาสตราจารย์นายแพทย์สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ
ประธานคณะกรรมการการศึกษาต่อเนื่อง
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หน่วยจุฬาลงกรณ์เวชสาร ดิโกบรรมวิชาการ ชั้นล่าง
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
เขตปทุมวัน กทม. 10330

แก้ไขเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์เวชสาร ปีที่ 47 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม 2546 หน้า 3 เรื่อง " การเปิดหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตชั้นสูงทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก สำหรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาต่าง ๆ (ตอนที่ 1)" ขอแก้ไขแผนภูมิที่ 2 ดังนี้



แก้เป็น



ขอภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

บรรณาธิการ