

บททวนองค์ความรู้
A Literature Review

การใช้ยาในการบำบัด รักษาผู้ติดสุรา

Drug Treatment for People with Alcoholism



โดย
ศ. น.พ.มานิต ศรีสุรภานนท์



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)

การใช้ยาในการ บำบัด รักษาผู้ติดสุรา

Drug Treatment for People with Alcoholism



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ

และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง

การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา

Review of Drug Treatment for People with Alcoholism

เรียบเรียงโดย

ศาสตราจารย์นายแพทย์มานิต ศรีสุรภานนท์

ISBN : 978-616-11-0011-7

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง

เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201

www.i-mapthailand.org

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรกฎาคม 2552

จำนวน : 38 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 500 เล่ม

ออกแบบ/พิมพ์ที่ : วนิตการพิมพ์

โทรศัพท์ 0-5311-0503-4, 08-1783-8569

ข้อมูลการค้นคว้า:

มานิต ศรีสุรภานนท์. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา. เชียงใหม่:

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าจะด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน ผรส.

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ www.i-mapthailand.org

คำนิยาม

จากปัญหาการดื่มสุราที่รุนแรงมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดื่ม ทำให้มีความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังมีช่องว่างบริการสำหรับผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและผู้ติดสุราในระบบบริการสาธารณสุข และปัญหาการดื่มสุรานี้ไม่สามารถแก้ไขได้เฉพาะในระดับบุคคล ต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนร่วมด้วย

แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำข้อตกลงดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการ “แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบรูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในพื้นที่นำร่อง

ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการองค์ความรู้ การวิจัย และฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ได้จัดให้มีการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์ให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยด้านการศึกษาและรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบสุขภาพ และนำไปพัฒนาบริการที่มีคุณภาพได้

การทบทวนองค์ความรู้ในกรอบประเด็นด้านการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา
ในระบบบริการสุขภาพนั้น ประกอบด้วย

1. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
2. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
3. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา
4. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อ
5. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดเชื้อ

เอกสารทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อ” ฉบับนี้
จัดทำโดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิต ศรีสุวรรณนท์ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้
เกี่ยวกับยาการรักษาการติดเชื้อที่ได้รับการรับรองโดยองค์การอาหารและยาของประเทศ
สหรัฐอเมริกา ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคอื่นที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่าอาจมี
ประสิทธิผลในการรักษาการติดเชื้อ และความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคทางจิตเวชที่มี
ประสิทธิผลต่อการรักษาโรคทางจิตเวชและการติดเชื้อที่พบร่วมกัน ข้อมูลดังกล่าว
เป็นประโยชน์เพื่อการตัดสินใจทางคลินิกทั้งต่อจิตแพทย์ แพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาที่มีโอกาสให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดเชื้อร่วมด้วย

แผนงาน ผรส. หวังว่าเอกสารวิชาการฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพ
เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการที่มีคุณภาพ ส่งผลลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหา
การติดเชื้อ

แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้จัดการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ
บำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษาวิชาการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) ดังรายชื่อดังต่อไปนี้ ที่ให้คำปรึกษา วิชาการ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อเอกสารวิชาการฉบับนี้

- นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ดร.สวิตรี อึ้งนางค์กรชัย
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์
ที่ปรึกษากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สารบัญ

บทนำ	1
วิธีดำเนินงาน	3
ผลการทบทวนองค์ความรู้	4
<ul style="list-style-type: none"> ● ยาที่ได้รับการรับรองโดยองค์การอาหารและยาของประเทศ สหรัฐอเมริกา 	4
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ☞ ยา naltrexone (NTX) และยา extended-release injectable naltrexone (ERIN) 	4
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ☞ ยา acamprosate (ACP) 	5
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ☞ ยา disulfiram (DSF) หรือ antabuse 	6
<ul style="list-style-type: none"> ● ยารักษาโรคอื่นที่มีหลักฐานว่าสามารถรักษาการติดสุราได้ 	7
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ☞ ยา topiramate (TPR) 	7
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ☞ ยา odansetron 	8
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ☞ ยา carbamazepine และยา valproate 	8
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ☞ ยาแก้มึนเศร้างา 	8
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ☞ ยา balcofen 	8
<ul style="list-style-type: none"> ● การใช้ยารักษาโรคทางจิตเวชสำหรับผู้ติดสุรา 	9
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ที่มีโรคร่วมจิตเวช (ที่พบบ่อย) 	
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ☞ การติดสุราและโรคร่วมทางอารมณ์ (mood disorder) 	9
<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ☞ การติดสุราและโรคร่วมวิตกกังวล (anxiety disorders) 	10

• การใช้ยารักษาการติดสุราในสถานพยาบาลปฐมภูมิ	10
• แนวทางการใช้ยารักษาโรคติดสุรา	10
➢ การวินิจฉัยโรคติดสุรา (alcohol dependence)	10
➢ ยารักษาโรคติดสุราควรนำมาใช้เมื่อใด	11
➢ ผู้ป่วยต้องตกลงที่จะหยุดดื่มอย่างสิ้นเชิงหรือไม่	12
➢ ควรเลือกให้ยาใด	12
➢ ควรให้ยานานเท่าใด	14
➢ ถ้ายาตัวหนึ่งไม่ได้ผล ควรเปลี่ยนยาหรือไม่	14
➢ การให้ยาร่วมกันมีประโยชน์หรือไม่	14
➢ ผู้ติดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยยา ควรได้รับการรักษา ทางจิตสังคมอื่นร่วมด้วยหรือไม่	15
➢ การเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา	16
สรุป	17
ภาคผนวก ก ยาที่ใช้รักษาการติดสุรา	21
ภาคผนวก ข เกณฑ์การวินิจฉัยโรค alcohol dependence	25
ภาคผนวก ค เกณฑ์การวินิจฉัยโรค alcohol abuse	26
เอกสารอ้างอิง	27





บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การติดสุราเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวจิตสังคม เช่น พันธุกรรม บุคลิกภาพ สภาพจิตใจ สภาพแวดล้อม การบำบัดรักษาการติดสุราจึงควรใช้วิธีการแบบผสมผสานที่มีผลกับปัจจัยทางชีวจิตสังคมดังกล่าว แม้ว่าการรักษาทางจิตสังคมจะมีประสิทธิผลพอควรสำหรับผู้ติดสุรา แต่การใช้ยาก็จัดได้ว่าเป็นหลักสำคัญอีกประการหนึ่งของการรักษาการติดสุรา ในปัจจุบัน องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาได้ให้การรับรองยาสำหรับการรักษาการติดสุราเพียง 3 ชนิด 4 ขนาน คือ ยา disulfiram (DSF) ยา naltrexone ชนิดรับประทาน (NTX) ยา naltrexone ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อซึ่งสามารถออกฤทธิ์ได้นาน (extended-release injectable naltrexone, ERIN) และยา acamprosate (ACP) ยารักษาผู้ติดสุราทั้ง 3 ชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่มีลักษณะแตกต่างกัน และมีประสิทธิผลที่แตกต่างกันด้วย

ผู้นิพนธ์ได้รวบรวมหลักฐานทางวิชาการ โดยเฉพาะผลการศึกษาแบบทุติยภูมิ (secondary studies) เช่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ แนวทางการรักษาต่างๆ ในช่วงปี ค.ศ. 2004-2008 และพบว่าหลักฐานทางวิชาการจำนวนไม่น้อยแสดงให้เห็นว่า ยา NTX ยา ACP และยา topiramate (TPR) มีประสิทธิผลในการรักษาการติดสุรา อย่างไรก็ตาม ภาพรวมของประสิทธิผล ผลข้างเคียง และความร่วมมือในการรับประทานยาดังกล่าวยังอยู่ในระดับที่ไม่น่าพึงพอใจเท่าที่ควร

ยารักษาการติดสุรายังมีข้อจำกัดมากในแง่ของประสิทธิผล เช่น การให้ยา NTX แก่ผู้ติดสุรา 7 รายจะมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ได้ประโยชน์จากประสิทธิผลในการป้องกันการกลับไปดื่มหนักจากยานี้ อย่างไรก็ตาม อัตราการป้องกันการกลับไปดื่มหนักดังกล่าวมีค่าสูงกว่าอัตราการป้องกันการกลับไปดื่มหนักในผู้ที่ได้รับยาลวงอย่างมีนัยสำคัญ ประสิทธิผลของยาที่จำกัดแต่สูงกว่ายาลวงอย่างมีนัยสำคัญนี้ ทำให้ยารักษาการติดสุราทุกตัวควรถูกพิจารณาว่าเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะเพิ่มโอกาสในการลดหรือหยุดดื่มสุรา

ได้เท่านั้น แต่ไม่สามารถรักษาการติดเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งความเข้าใจในประเด็นนี้มีความสำคัญในการที่จะไม่ก่อให้เกิดการคาดหวังที่สูงเกินไป

การที่ยารักษาการติดเชื้อยังมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก การรักษาทางจิตสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรให้ร่วมไปกับการใช้ยาด้วย

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคในต่างประเทศอาจนำมาใช้ในประเทศไทยได้ อย่างไรก็ตาม บางประเด็นของการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยารักษาการติดเชื้อในประเทศไทยยังมีความจำเป็นอยู่ โดยเฉพาะ

1. การสำรวจความรู้พื้นฐานและเจตคติของผู้บำบัดรักษา ผู้ติดเชื้อ และญาติของผู้ติดเชื้อต่อการใช้ยารักษาการติดเชื้อ
2. การสำรวจและประมาณการณ์ความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา DSF ในร้านขายยา
3. การใช้ยารักษาการติดเชื้อในสถานพยาบาลปฐมภูมิ และ
4. การใช้ยารักษาการติดเชื้อร่วมไปกับการบำบัดทางจิตสังคมชนิดสั้น





Drug Treatment
for People with
Alcoholism

บทนำ

การติดสุราหรือโรคติดสุราเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง ปัญหานี้พบได้บ่อยและก่อให้เกิดผลเสียทางด้านสุขภาพมากมาย ลักษณะสำคัญของโรคนี้ คือ มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง ดังนั้นการทำให้หยุดดื่ม และการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ จึงเป็นเรื่องสำคัญ

แม้ว่าในปัจจุบันเราจะยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการติดสุรา แต่ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า การติดสุราน่าจะเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยทางชีวจิตสังคม เช่น พันธุกรรม บุคลิกภาพ สภาพจิตใจ สภาพแวดล้อม ดังนั้นการบำบัดรักษาการติดสุราจึงควรใช้วิธีการแบบผสมผสานที่มีผลกับปัจจัยทางชีวจิตสังคมดังกล่าว ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ยอมรับว่า ยามีบทบาทสำคัญในการรักษาภาวะเมาสุรา (alcohol intoxication) ภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) โรคจิตประสาทที่สัมพันธ์กับสุรา (alcohol induced psychiatric disorders) และการป้องกันการกลับไปดื่มหนัก (1)

สองขั้นตอนที่สำคัญของการรักษาผู้ติดสุรา คือ การรักษาภาวะถอนพิษสุรา (alcohol detoxification) และการป้องกันการป่วยซ้ำ (relapse prevention) สำหรับขั้นตอนการถอนพิษสุรา เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่ายาในกลุ่ม benzodiazepines มีประสิทธิผลดีในการลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น อาการโรคจิต ชัก สับสน ได้เป็นอย่างดี ยากลุ่มนี้จึงเป็นยาในกลุ่มแรกๆ ที่ควรเลือกใช้ในการถอนพิษสุรา ส่วนขั้นตอนของการป้องกันการป่วยซ้ำเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาเกี่ยวกับการกลับไปดื่มหรือการกลับไปดื่มหนักในระยะยาว สำหรับบทความนี้จะกล่าวถึงการให้ยารักษาการติดสุราเพื่อป้องกันการกลับไปป่วยซ้ำเท่านั้น

แม้ว่าการรักษาทางจิตสังคมจะมีประสิทธิผลพอควรสำหรับผู้ติดสุรา แต่อาจมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 70 ที่กลับไปดื่มหนักอีกภายใน 1 ปีหลังการรักษา (2) การใช้ยาจึงจัดได้ว่าเป็นหลักสำคัญอีกประการหนึ่งของการรักษาการติดสุรา ในปัจจุบัน องค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้การรับรองยาสำหรับการรักษาการติดสุราเพียง 3 ชนิด 4 ขนาน





คือ ยา disulfiram (DSF) ยา naltrexone ชนิดรับประทาน (NTX) ยา naltrexone ชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อซึ่งสามารถออกฤทธิ์ได้นาน (extended-release injectable naltrexone: ERIN) และยา acamprosate (ACP) ยารักษาผู้ติดสุราทั้ง 3 ชนิดมีกลไกการออกฤทธิ์ที่แตกต่างกัน มีผลข้างเคียงที่แตกต่างกัน เหมาะสำหรับผู้ติดสุราที่มีลักษณะแตกต่างกัน และอาจมีประสิทธิผลที่แตกต่างกันด้วย

ยา DSF มีใช้ในประเทศไทยมาหลายสิบปีแล้ว แต่การที่ยานี้มีกลไกการออกฤทธิ์ในลักษณะของการลงโทษ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อมีการกลับไปดื่มสุรา ยานี้จึงไม่ได้รับการยอมรับจากผู้รักษาและผู้ป่วยมากนัก แม้แต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหลายแห่งก็ยังไม่มียาการยานี้อยู่ในเภสัชตำรับของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจำนวนมากที่รับประทานยานี้มักได้รับยาจากร้านขายยา

ยา NTX เคยถูกนำเข้ามาใช้ในประเทศไทยเมื่อประมาณ 10-15 ปีก่อน ซึ่งในช่วงนั้น ผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ NTX ในผู้ติดสุรายังมีน้อยมาก และกลไกการออกฤทธิ์ของยาที่ต้านฤทธิ์ของสารกลุ่มโอปิออยด์ (opioid antagonist) เช่น เฮโรอีน เมทาโดน ผู้นำเข้ายานี้จึงเน้นการทำตลาดในผู้ติดสารโอปิออยด์เป็นหลัก แต่เนื่องจากผู้ติดสารโอปิออยด์ที่ต้องการใช้ยานี้จำเป็นต้องหยุดยาเสพติด 1-2 สัปดาห์ก่อนเริ่มยา จึงมีผู้ป่วยจำนวนน้อยมากที่สามารถใช้ยานี้ได้ เนื่องจากผู้ติดสารโอปิออยด์ส่วนใหญ่ไม่สามารถผ่านช่วงเวลาที่ถูกทรมานอย่างแสนสาหัสในช่วงหยุดเสพอย่างต่อเนื่องได้ การสั่งใช้ยานี้น้อยมากจนทำให้ผู้นำเข้าหยุดการนำเข้าประเทศ และแม้ว่าในภายหลังจะพบว่ายาตัวนี้มีประสิทธิผลดีในการรักษาการติดสุรา แต่ก็ไม่มีจำหน่ายในประเทศไทยแล้ว

แม้ปัจจุบัน ในประเทศไทยจะมียา DSF เพียงอย่างเดียว แต่องค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาการติดสุรายังคงมีความจำเป็น เนื่องจากองค์ความรู้เหล่านี้จะช่วยชี้แนะเกี่ยวกับการจัดหาและการนำยารักษาโรคติดสุรามาใช้อย่างเหมาะสมในประเทศไทย

นอกจากยา 3 ชนิดดังกล่าว ยังมียาบางตัวที่มีขึ้นทะเบียนสำหรับการรักษาโรคอื่น แต่มีหลักฐานทางวิชาการจำนวนไม่น้อยที่สนับสนุนว่ายาเหล่านี้อาจมีประสิทธิผลในการรักษาการติดสุราด้วย ยาเหล่านี้จึงอาจเป็นอีกทางเลือกที่ควรถูกนำมาพิจารณาร่วมด้วย

เป็นที่ทราบกันดีว่า ผู้ป่วยทางจิตเวชจำนวนมากมีการติดสุราร่วมด้วย และยารักษาโรคจิตเวชบางขนานอาจสามารถลดทั้งอาการทางจิตและการดื่มสุราได้ ดังนั้น การทราบถึงประโยชน์ของยารักษาโรคทางจิตเวชเหล่านี้จะช่วยให้แพทย์สามารถนำยาประเภทนี้มาใช้รักษาผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสม

การทบทวนองค์ความรู้ที่มีวัตถุประสงค์ คือ

1. เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับยารักษาการติดเชื้อที่ได้รับการรับรองโดยองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา
2. เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคอื่นที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่าอาจมีประสิทธิผลในการรักษาการติดเชื้อ
3. เพื่อทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรคทางจิตเวชที่มีประสิทธิผลต่อการรักษาผู้ติดเชื้อที่มีโรคร่วมจิตเวช
4. เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาการติดเชื้อในสถานพยาบาลปฐมภูมิ

วิธีดำเนินงาน

เนื่องจากบทความทางวิชาการเกี่ยวกับการใช้ยารักษาการติดเชื้อมีเป็นจำนวนมาก บทความนี้จึงทบทวนหลักฐานทางวิชาการประเภทที่เป็นการศึกษาชนิดทุติยภูมิ (secondary studies) เป็นหลัก ซึ่งประกอบด้วย systematic reviews, meta-analyses และ clinical practice guidelines เพื่อให้บทความนี้มีความทันสมัย ผู้นิพนธ์จึงเน้นที่บทความซึ่งตีพิมพ์ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ค.ศ.2004-2008) เป็นหลัก อย่างไรก็ตาม หลักฐานทางวิชาการชนิดอื่น เช่น randomized-controlled trial หรือบทความที่ตีพิมพ์ก่อนปี ค.ศ.2004 อาจถูกนำมาเสริมบ้างในประเด็นที่สำคัญ



ผลการทบทวน องค์ความรู้

ยาที่ได้รับการรับรองโดยองค์การอาหารและยา ของประเทศสหรัฐอเมริกา

ยาที่ได้รับการรับรองโดยองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาประกอบด้วย ยารับประทาน 3 ชนิด 4 ขนาน คือ ยา disulfiram (DSF) ยา naltrexone (NTX) ยา acamprosate (ACP) และยาฉีดออกฤทธิ์ยาว คือ ยา extended-release injectable naltrexone (ERIN) ซึ่งผลการศึกษาโดยรวมสนับสนุนว่ายาเหล่านี้มีประสิทธิภาพในการทำให้หยุดดื่มโดยสิ้นเชิง ลดการดื่มหนัก (heavy drinking) และเพิ่มโอกาสหรือความยาวนานที่จะหยุดดื่มสุรา (3)

รายละเอียดของยาทั้ง 3 ชนิด (4 ขนาน) เกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง ผลข้างเคียงที่รุนแรง ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ตัวอย่างยาที่มีปฏิริยาด้วย และขนาดยาที่ใช้ในผู้ใหญ่ดูได้จากภาคผนวก ก

ยา naltrexone (NTX) และยา extended-release injectable naltrexone (ERIN)

ยา NTX มีประสิทธิภาพในการลดการกลับไปดื่มหนัก (4 แก้ว* ต่อวันหรือมากกว่า ในหญิง และ 5 แก้ว* ต่อวันหรือมากกว่าในชาย) ยานี้ช่วยลดโอกาสที่จะกลับไปดื่มหนัก ในช่วง 3 เดือนแรกของการรักษาลงได้ประมาณร้อยละ 36 (อัตราการกลับไปดื่มหนัก มีค่าประมาณร้อยละ 28 ในกลุ่มที่ได้รับยา NTX และประมาณร้อยละ 43 ในกลุ่มที่ได้รับยาลวง) สำหรับยา ERIN มีประสิทธิภาพในการลดโอกาสที่จะกลับไปดื่มหนักลงได้ประมาณร้อยละ 25 เมื่อเทียบกับยาลวง โดยอัตราการตอบสนองต่อยานี้จะสูงขึ้นเล็กน้อยในผู้ชาย

* แก้ว หมายถึง ดื่มมาตรฐาน (standard drink)

ที่มีการหยุดดื่มก่อนเริ่มยา (3) นอกจากการดื่มสุราจะลดลงแล้ว บางการศึกษาวิจัยยังพบอีกด้วยว่า ผู้ติดสุราที่ได้รับยา ERIN มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (4)

ก่อนให้ยา NTX และยา ERIN ผู้ป่วยควรหยุดดื่มให้ได้เป็นเวลาหลายวันก่อน (แต่อาจจะยังคงใช้ benzodiazepines เพื่อการถอนพิษสุราอยู่) และถ้าเป็นไปได้ ควรตรวจเลือดเพื่อหาค่าเอนไซม์ของตับ เช่น γ -glutamyltransferase และ carbohydrate-deficient transferin และตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารเสพติดชนิดอื่นก่อน ควรหลีกเลี่ยงการให้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีค่าเอนไซม์ของตับสูงกว่าค่าสูงสุด 4-5 เท่าและผู้ที่ต้องให้ยาแก้ปวดประเภทโอปิออยด์ (5)

แพทย์ควรเริ่มให้ยา NTX ในขนาด 25 มก./วัน ก่อนและเพิ่มเป็น 50 มก./วัน ภายใน 1 สัปดาห์ เนื่องจากยานี้อาจทำให้คลื่นไส้อาเจียนได้ จึงควรให้ยานี้หลังอาหาร และหากอาการคลื่นไส้อาเจียนรบกวนผู้ป่วยมาก อาจลดขนาดยากลับไปเหลือ 25 มก./วัน ผลข้างเคียงอื่นที่พบบ่อย คือ ปวดศีรษะและอ่อนเพลีย

ในกรณีที่ผู้ป่วยยังดื่มหนักอยู่ แพทย์อาจเพิ่มยา NTX ขึ้นเป็น 100 มก./วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาหรือไม่ร่วมมือในการรับประทานยา NTX อาจพิจารณาฉีดยา ERIN 380 มก. ให้ผู้ป่วยเดือนละครั้ง ควรให้ยา NTX ติดต่อกันอย่างน้อย 3-4 เดือนก่อนจะประเมินว่ายาที่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยหรือไม่ และอาจหยุดยาในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาดติดต่อกันเป็นเวลาหลายเดือน ยานี้สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ หากผู้ป่วยกลับไปดื่มหนักอีกหลังหยุดยาแล้ว (5)

ลักษณะของผู้ติดสุราที่มีแนวโน้มจะตอบสนองดีต่อยา NTX คือ ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้มีอาการอยากสุรามาก ผู้มีประวัติการติดสุราในครอบครัวที่ชัดเจน ผู้มีปัญหาสุขภาพกาย และระดับการศึกษาต่ำ (6)

ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เห็นว่า ยา NTX เป็นยาที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนมากพอที่จะนำมาใช้รักษาผู้ติดสุรา อย่างไรก็ตาม ขนาดยาและความยาวนานของการรักษาที่เหมาะสมอาจจะยังไม่ชัดเจนนัก (1)

ยา acamprostate (ACP)

ในขณะที่ร้อยละ 18-61 ของผู้ติดสุราที่ได้รับยา ACP สามารถหยุดดื่มได้อย่างเด็ดขาดเป็นเวลาหลายเดือน (ระยะเวลาแตกต่างกันในแต่ละการศึกษาวิจัย) ในขณะที่เพียงร้อยละ 4-45 ของผู้ติดสุราที่ได้รับยาลวงเท่านั้นที่สามารถหยุดดื่มสุราได้อย่างเด็ดขาด (7)



ผลการศึกษาแบบ meta-analysis ใน 17 การศึกษาวิจัยทางคลินิกของประเทศยุโรป พบว่า ร้อยละ 36 ของผู้ป่วยที่ได้รับยา ACP สามารถหยุดดื่มได้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน เมื่อเทียบกับร้อยละ 23 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาหลวง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาขนาดใหญ่ 2 การศึกษาวิจัยในประเทศสหรัฐอเมริกากลับไม่พบว่ายา ACP มีประสิทธิผลในการรักษาโรคติดสุรา ซึ่งผู้เชี่ยวชาญบางท่านให้ความเห็นว่า ความแตกต่างของผลการศึกษาดังกล่าวอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยชาวยุโรปมีการติดสุรารุนแรงกว่าผู้ป่วยชาวอเมริกัน ซึ่งเข้าได้กับผลการศึกษาวิจัยในสัตว์ทดลองที่พบว่า ยานี้จะมีประสิทธิผลมากขึ้นในสัตว์ที่มีประวัติการติดสุรายาวนาน นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษาของทวีปยุโรป ยังหยุดดื่มได้นานกว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมในการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาอีกด้วย

ยา disulfiram (DSF) หรือ antabuse

ยา DSF เป็น irreversible inhibitors ของ acetaldehyde dehydrogenase (ALDH) ที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาให้ใช้ในการรักษาการติดสุราตั้งแต่ปี ค.ศ.1949 จนถึงปัจจุบัน ประสิทธิภาพของยา DSF ในการรักษาโรคติดสุรายังเป็นที่ถกเถียงอยู่ แม้ว่าผลการศึกษาจำนวนไม่น้อยจะพบว่า ยานี้มีประสิทธิผลในการลดการดื่มสุรา แต่การศึกษาแบบ randomized, placebo-controlled ระยะยาว 1 ปี ที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่ที่สุดกลับไม่พบว่ายานี้มีประสิทธิภาพในการลดการดื่มสุรา (8) จากเหตุผลในเรื่องความไม่ชัดเจนในประสิทธิภาพ รวมไปถึงปัญหาการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งพบได้บ่อย คณะผู้เชี่ยวชาญบางกลุ่มจึงไม่แนะนำให้ใช้ยา DSF เป็นยาตัวแรกในการรักษาผู้ติดสุรา (1) นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญบางท่านยังเห็นว่า ยานี้มีประสิทธิผลต่ำกว่า ยา NTX และยา ACP อีกด้วย (9)

ยา DSF ไม่ได้ลดความรู้สึกอยากดื่มสุรา (10) สำหรับในเวชปฏิบัติแล้ว ยานี้มีประสิทธิผลที่ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตให้รับประทานยาเองมักไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ยาจะมีประสิทธิผลสูงสุดเมื่อมีผู้ดูแลการรับประทานยา เช่น การให้รับประทานยานี้ที่สถานพยาบาลหรือต่อหน้าคุณครูอง ญาติ ในกรณีที่ผู้ดูแลการรับประทานยาเป็นผู้ดูแลการรับประทานยา ผู้บำบัดรักษาควรแนะนำให้เขาเหล่านั้นเป็นผู้สังเกตการรับประทานยาเท่านั้น ไม่ควรปล่อยให้ผู้ดูแลการ ญาติเหล่านั้นต้องทะเลาะเบาะแว้งกับผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทานยา แต่ให้แจ้งผู้รักษาทันทีที่พบว่าผู้ป่วยขาดการรับประทานยาเกิน 2 วัน แม้ว่าการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในผู้ป่วย

ที่สามารถหยุดติ่มสุราได้แล้วและมีความตั้งใจดีที่จะหยุดติ่มสุราอย่างต่อเนื่อง แพทย์อาจอนุญาตให้ผู้ป่วยรับประทานยา DSF เฉพาะในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปติ่มสุราได้ เช่น การรับประทานยาก่อนไปงานเลี้ยง เป็นต้น (3)

จากลักษณะของยาที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ที่ได้รับยาและติ่มสุรา ทำให้ยา DSF มีที่ใช้ค่อนข้างจำกัดในเวชปฏิบัติ คือ ผู้ที่ได้รับควรเป็นผู้ที่มีความตั้งใจสูงที่จะหยุดสุรา ยินดีให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งผู้ติ่มสุราที่มีลักษณะเช่นนี้พบได้ไม่มากนักในเวชปฏิบัติประจำวัน

ยารักษาโรคอื่นที่มีหลักฐานว่าสามารถรักษาการติ่มสุราได้

ยา topiramate (TPR)

ยา TPR เป็นยากันชักที่มีอย่างน้อย 2 การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่แสดงให้เห็นว่ายานี้มีประสิทธิภาพในการลดการติ่มหนักได้ดีกว่ายาหลวงอย่างมีนัยสำคัญ โดยการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมครั้งหลังสุดพบว่า ยา TPR ลดจำนวนวันที่ติ่มหนักลงได้ร้อยละ 8.44 (95% confidence interval, 3.07%-13.80%) ลักษณะสำคัญประการหนึ่งของงานวิจัยทางคลินิกของยา TPR ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยทางคลินิกของยา NTX และยา ACP คือ งานวิจัยยา NTX และยา ACP เกือบทั้งหมดเริ่มยาเหล่านี้ในผู้ที่หยุดติ่มสุราได้แล้วเป็นเวลาหลายวัน แต่งานวิจัยยา TPR ทั้งสองการทดลองเริ่มให้ยา TPR ในขณะที่ผู้ป่วยหลายรายยังคงติ่มสุราอยู่ในการศึกษานาน 14 สัปดาห์ ยา TPR เพิ่มอัตราการหยุดติ่มสุราได้อย่างต่อเนื่อง (28 วัน) มากกว่ายาหลวงอย่างมีนัยสำคัญ (11, 12) จากการเทียบประสิทธิผลแบบข้ามการทดลอง ผู้เชี่ยวชาญบางท่านมีความเห็นว่ายา TPR อาจมีประสิทธิผลในการรักษาการติ่มสุราได้ดีกว่ายา NTX และยา ACP (3) สำหรับรายละเอียดของยา TPR ดูได้จากภาคผนวก ก

ผู้เชี่ยวชาญบางท่านมีความเห็นว่า ยา TPR เป็นยาที่มีหลักฐานค่อนข้างชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลในการรักษาผู้ติ่มสุรา ขนาดของผล (effect size) ดังกล่าวจัดอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ยา NTX และยา ACP อยู่ในระดับต่ำ (10)



ยา odansetron

ยา odansetron เป็น selective 5-HT₃ receptor antagonist ชนิดหนึ่ง บางการศึกษาพบว่า ยาชนิดนี้สามารถลดการดื่มสุราและเพิ่มช่วงเวลาของการหยุดดื่มได้ในผู้ที่เริ่มติดสุราตั้งแต่อายุยังน้อย (early onset of alcohol dependence) เช่น การเริ่มติดสุราก่อนอายุ 25 ปี (1)

ยา carbamazepine และยา valproate

จนถึงปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการที่ดีพอที่จะสนับสนุนว่ายาเหล่านี้มีประสิทธิภาพในการรักษาการติดสุรา (1)

ยาแก้มึ่มเศร่า

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและ meta-analysis สรุปว่า ยังไม่มีหลักฐานมากพอที่จะสนับสนุนการใช้ยาแก้มึ่มเศร่าในการรักษาผู้ติดสุราที่ไม่มีอาการซึมเศร่า (13)

ยา balcofen

ยา balcofen จัดอยู่ในกลุ่มของ γ -aminobutyric acid B (GABAB) agonists ซึ่งเป็นยาที่ถูกนำมาใช้เป็นยาคลายเกร็ง (antispastic drugs) มานานแล้ว ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ยานี้ในขนาด 15-30 มก./วัน ช่วยลดอาการถอนพิษสุราได้ดีพอๆ กับยา diazepam และยานี้มีประสิทธิภาพสูงกว่ายาลดความอยากสุราและการดื่มสุรา อย่างไรก็ตาม การแปลความผลการศึกษาดังกล่าวยังมีข้อจำกัดอยู่มาก เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวมีขนาดตัวอย่างน้อย (ประมาณ 20 รายต่อกลุ่ม) และระยะเวลาของงานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการกลับไปดื่มสุราค่อนข้างสั้น (14) จากหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่น้อยและข้อจำกัดของงานวิจัยดังกล่าว ทำให้ยานี้ยังไม่ควรถูกนำมาใช้ในเวชปฏิบัติ (10)

การใช้ยารักษาโรคทางจิตเวชสำหรับผู้ติดยาที่มีโรคร่วมจิตเวช (ที่พบบ่อย)

ประมาณร้อยละ 41 และร้อยละ 33 ของผู้ติดยาที่มาขอรับการรักษามีโรคทางอารมณ์ (mood disorders) และโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ร่วมด้วย ตามลำดับ (15) ไม่ว่าโรคร่วมจิตเวชจะเป็นชนิดใด หลักสำคัญของการรักษาผู้ติดยาที่มีโรคร่วม (16) คือ

1. ลดอาการทางจิต
2. ลดการติดยา โดยการรักษาอาการถอนพิษสุราหรือลดความอยากสุรา
3. ใช้มาตรการเพื่อป้องกันการกลับไปติดยา
4. ใช้ยาที่มีโอกาสติดได้น้อย
5. ให้ยาเพียงไม่กี่ครั้งต่อวัน
6. ให้ยาที่มีผลข้างเคียงน้อย

การติดยาและโรคร่วมทางอารมณ์ (mood disorders)

ผลการศึกษาด้านระบาดวิทยาในชุมชนพบว่า ความชุกของโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ในผู้ติดยามีค่าสูงเป็น 2 เท่าของประชากรทั่วไป (1) และความชุกของโรค bipolar disorder ในผู้ติดยามีค่าสูงเป็น 6 เท่าของประชากรทั่วไป (1)

ผลการศึกษาแบบ meta-analysis ของ 14 งานวิจัยที่มีการใช้ยาหลวงและมีกลุ่มควบคุมในผู้ป่วย 848 รายที่มีการติดยาร่วมกับโรคซึมเศร้าพบว่า ยาแก้ซึมเศร้าทั้งชนิด tricyclic antidepressants และ selective serotonin reuptake inhibitors สามารถลดได้ทั้งอาการซึมเศร้าและการติดยา แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่สามารถหยุดดื่มได้ ดังนั้นการรักษาเฉพาะของการติดยาจึงยังจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีการติดยาร่วมกับโรคซึมเศร้า (17)

สำหรับผู้ป่วย bipolar disorder ที่มีการติดยาร่วมด้วย การให้ยา valproate สามารถลดอาการทางอารมณ์และการติดยาลงได้ดีกว่ายาหลวงอย่างมีนัยสำคัญ (18)

จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาแก้ซึมเศร้าในการลดการติดยาในผู้ติดยาที่ไม่มีโรคซึมเศร้า (10) อย่างไรก็ตาม ยังมีแพทย์จำนวนไม่น้อยที่เข้าใจผิดว่า ยาแก้ซึมเศร้าสามารถลดการติดยาลงได้ ดังเห็นได้จากผลการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ติดยากำลังได้รับยาแก้ซึมเศร้าเพื่อควบคุมการติดยา (19)



การติดสุราและโรคร่วมวิตกกังวล (anxiety disorders)

ผลการศึกษาด้านระบาดวิทยาในชุมชนพบว่า ความชุกของโรควิตกกังวล (anxiety disorders) ในผู้ติดสุรามีค่าสูงเป็น 2.2 เท่าของประชากรทั่วไป (1) โดยโรคที่พบบ่อย คือ social phobia และ specific phobia อย่างไรก็ตาม ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา ในผู้ป่วยโรคร่วมประเภทนี้น้อยมาก โดยผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ายา buspirone ช่วยลดอาการวิตกกังวลและทำให้ผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง แต่ยานี้ไม่มีผลต่อการดื่มอย่างชัดเจน (1, 10)

การใช้ยารักษาการติดสุราในสถานพยาบาลปฐมภูมิ

งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยารักษาการติดสุราในสถานพยาบาลปฐมภูมียังมีอยู่น้อยมาก ในการติดตามผู้ติดสุรา 197 รายที่ได้รับการรักษาด้วยยา NTX เป็นเวลา 10 สัปดาห์และถูกสุ่มให้ไปรักษาต่อในสถานพยาบาลปฐมภูมิหรือยังคงรักษาต่อเนื่องกับผู้เชี่ยวชาญ (ในสถานพยาบาลตติยภูมิ) พบว่าร้อยละ 84 ของกลุ่มที่ถูกสุ่มให้ไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลปฐมภูมิที่ให้การรักษาร่วมไปกับการรักษาทางจิตสังคมชนิด medication management support (ดูในหัวข้อ ผู้ติดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยยา ควรได้รับการรักษาทางจิตสังคมอื่นร่วมด้วยหรือไม่) มีการตอบสนองที่ดีต่อการรักษา อัตราการตอบสนองดังกล่าวไม่ต่างจากกลุ่มที่ถูกสุ่มให้ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมไปกับ cognitive-behavioral therapy กับผู้เชี่ยวชาญ (ร้อยละ 87 ตอบสนองดีต่อการรักษา) อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่ได้รับ cognitive-behavioral therapy สามารถหยุดดื่มอย่างต่อเนื่องได้ยาวนานกว่า (20)

แนวทางการใช้ยารักษาโรคติดสุรา

การวินิจฉัยโรคติดสุรา (alcohol dependence)

ในการวินิจฉัยโรคติดสุรา ผู้รักษาอาจเริ่มด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งดังต่อไปนี้ (21)

1. **ถามเกี่ยวกับการดื่มหนัก:** ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยดื่มหนักหรือไม่ (สำหรับผู้ชาย คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 5 แก้ว* และสำหรับผู้หญิง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 4 แก้ว*)

* แก้ว หมายถึง ดื่มมาตรฐาน (standard drink)

2. ใช้แบบสอบถามคัดกรองการติดสุรา: คะแนน AUDIT สูงกว่าปกติ (สำหรับผู้ชาย คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน และสำหรับผู้หญิง คือ มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน)

ในผู้ป่วยที่มีการดื่มหนักหรือผลการคัดกรองเป็นบวก แพทย์ควรซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับปริมาณการดื่มสุรา โดยเฉพาะจำนวนวันที่ดื่ม (ต่อสัปดาห์) และจำนวนแก้ว* โดยเฉลี่ยของวันที่ดื่ม เพื่อคำนวณปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ หลังจากนั้น แพทย์ควรซักถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลที่สำคัญสำหรับการวินิจฉัยโรคติดสุรา (alcohol use disorders) ซึ่งแบ่งได้เป็น alcohol dependence หรือ alcohol abuse ดูได้จากภาคผนวก ข และ ค (22)

ยารักษาโรคติดสุราควรนำมาใช้เมื่อใด

แพทย์ควรพิจารณาให้ยารักษาโรคติดสุราให้กับ (21)

1. ผู้ที่กำลังติดสุรา
2. ผู้ที่หยุดสุราได้ 2-3 เดือนแล้ว แต่เริ่มมีปัญหาสุราใหม่ เช่น อยากสุรา หรือยังคงดื่มสุราเป็นครั้งคราว
3. ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางจิตสังคม

แม้ว่ายารักษาโรคติดสุราจะได้รับการขึ้นทะเบียนจากองค์การอาหารและยาของหลายประเทศ และมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน แต่การใช้ยารักษาการติดสุราก็ยังไม่แพร่หลายเท่าที่ควร แม้แต่ในประเทศสหรัฐอเมริกายังพบว่า ในปี ค.ศ.1995 เพียงร้อยละ 51.6 และ 49.2 ของผู้ติดสุราที่ได้รับการรักษาในสถานบำบัดได้รับการรักษาด้วยยา DSF และยา NTX ตามลำดับ และอัตราการใช้จ่ายดังกล่าวลดลงเป็นร้อยละ 50.4 และ 45.2 ตามลำดับ ในปี ค.ศ.2000 สำหรับปี ค.ศ.2004 พบว่า มีเพียงร้อยละ 35.7 และร้อยละ 41.7 ของผู้ติดสุราที่ได้รับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลที่ได้รับการรักษาด้วยยา DSF และยา NTX (23) ทั้งนี้ งานวิจัยบางชิ้นพบว่า การรับรู้ของแพทย์เกี่ยวกับประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยารักษาโรคติดสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่ออัตราการสั่งจ่ายยาเหล่านี้ (24)



ผู้ป่วยต้องตกลงที่จะหยุดดื่มอย่างสิ้นเชิงหรือไม่

ไม่ว่าจะใช้ยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ที่มีเป้าหมายว่าจะหยุดดื่มอย่างสิ้นเชิง หรือผู้ที่สามารถหยุดดื่มได้อย่างน้อย 2-3 วันก่อนเริ่มยาเป็นผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่ตอบสนองต่อการรักษา (3) อย่างไรก็ตาม ผู้รักษายังคงต้องประเมินเป้าหมายของผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ต้องการที่จะหยุดดื่มอย่างสิ้นเชิง โดยเฉพาะผู้ที่มาขอรับการรักษาครั้งแรก ถ้าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีปริมาณการดื่มสุราลดลงอย่างมาก ผู้รักษาก็ควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยยึดติดกับเป้าหมายดังกล่าวไว้ ในขณะเดียวกัน ผู้รักษาควรพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะชักชวนให้ผู้ป่วยเลือกที่จะหยุดดื่มอย่างสิ้นเชิง

ความต้องการของผู้ป่วยที่จะหยุดดื่มอย่างสิ้นเชิงมีผลอย่างยิ่งต่อการเลือกยาการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการรักษาส่วนใหญ่จะเริ่มยาหลังจากที่ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราแล้วช่วงเวลาหนึ่ง ยกเว้น TPR ที่มีการเริ่มตั้งใช้ยาในขณะที่ผู้ป่วยยังคงดื่มสุราอยู่

ผลการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของยา NTX และ ERIN จะสูงขึ้นในผู้ที่สามารถหยุดดื่มได้ 4-7 วันก่อนเริ่มยา สำหรับยา ACP ควรเริ่มให้หลังจากที่ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มได้และไม่มีอาการขาดสุราแล้ว ผู้ที่รับประทานยา DSF ต้องหยุดดื่มสุราอย่างน้อย 12 ชั่วโมงก่อนรับประทานยา DSF แต่ละครั้ง (25) และเนื่องจากยา DSF สามารถเกิดปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ได้ การใช้ยา DSF จึงมีเป้าหมายเดียว คือ การหยุดสุราอย่างต่อเนื่อง

แม้ว่าการหยุดสุราโดยเด็ดขาดและหยุดดื่มตลอดไปควรเป็นเป้าหมายหลักของการรักษา แต่หากไม่สามารถทำได้ การลดการดื่มหนักลงก็อาจเป็นเป้าหมายที่ยอมรับได้ (1)

ควรเลือกใช้ยาใด

ในปัจจุบันยังมีการศึกษาน้อยมากเกี่ยวกับการเปรียบเทียบประสิทธิผลของยารักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในการศึกษาเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมที่ใหญ่ที่สุดที่เรียกว่า COMBINE study ผู้วิจัยพบว่ายา NTX มีประสิทธิผลไม่แตกต่างจากการให้ยาร่วมของ NTX และ ACP นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังพบอีกด้วยว่าการให้ยา ACP ตัวเดียวมีประสิทธิผลไม่ต่างจากยาปลอม (26)

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของยาแบบข้ามการทดลองเป็นสิ่งที่ต้องทำด้วยความระมัดระวังสำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับการรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การเปรียบเทียบทำได้ยาก คือ การที่ผู้วิจัยยังมีความเห็นไม่ตรงกันเกี่ยวกับผลลัพธ์หลัก (primary

outcome) ของการรักษา ทำให้ผลลัพธ์หลักดังกล่าวมีความแตกต่างกันได้มากระหว่างแต่ละการศึกษา เช่น ผลลัพธ์หลักของงานวิจัยเกี่ยวกับยา NTX มักเป็นอัตราการกลับไปดื่มหนัก (relapse to heavy drinking) ยา ACP มักเป็นอัตราการหยุดดื่มโดยสิ้นเชิง (complete abstinence) และยา TPR มักเป็นร้อยละของจำนวนวันที่ดื่มหนัก (percentage of heavy drinking days)

การตัดสินใจทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น หลักฐานทางวิชาการ (ประสิทธิผล ผลข้างเคียง) บริบทของการบำบัดรักษา (ระบบประกันสุขภาพที่ใช้ การมียาใดหรือไม่มียาใดในสถานบำบัด) ความต้องการของผู้ป่วย และความคุ้นเคย ความชำนาญของผู้รักษา

สำหรับปัจจัยด้านหลักฐานทางวิชาการ ผลลัพธ์ (primary outcomes) หลักที่แตกต่างกันในงานวิจัย คือ งานวิจัยของยา NTX ส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลในการป้องกันการกลับไปดื่มหนัก แต่งานวิจัยของยา ACP ส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับอัตราการหยุดดื่มสุราโดยสิ้นเชิง (27) ซึ่งประเด็นเหล่านี้ควรนำมาพิจารณาในการเลือกยาให้เหมาะสม เป้าหมายของการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะประเด็นเรื่องความต้องการหยุดดื่มโดยสิ้นเชิงหรือความต้องการที่จะลดการดื่มหนัก

อย่างไรก็ตาม สำหรับสถานการณ์ของประเทศไทยที่มียาเพียง 2 ตัว คือ ยา DSF และยา TPR การจะเลือกใช้ยาขึ้นอยู่กับปัจจัยดังหมดยกมาแล้ว โดยหากเปรียบเทียบกันแล้วจะพบว่า

- ประสิทธิผลและผลข้างเคียง:** ยา DSF อาจมีประสิทธิผลต่ำกว่าและมีผลข้างเคียงมากกว่า (โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยยังมีการดื่มสุราเป็นครั้งคราว)
- บริบทของการบำบัดรักษา:** สถานพยาบาลส่วนใหญ่มักไม่มียา DSF ใช้ ส่วนยา TPR ซึ่งเป็นยากันชักรุ่นใหม่ มักมีใช้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- ความต้องการของผู้ป่วย:** จากรูปแบบของการออกฤทธิ์ยา ผู้ป่วยส่วนใหญ่ น่าจะยอมรับยา TPR ได้มากกว่า
- ค่าใช้จ่าย:** ยา TPR มีราคาแพงในขณะที่ ยา DSF มีราคาถูกกว่ามาก
- ความคุ้นเคย/ความชำนาญของผู้รักษา:** จากเหตุผลข้อ 2 และ 4 จะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังมีอุปสรรคอยู่มากที่จะนำยา DSF หรือยา TPR มาใช้รักษาผู้ติดสุราชาวไทย การที่ไม่มีการใช้ยาการรักษาติดสุราที่แพร่หลายย่อมทำให้ผู้บำบัดรักษาขาดความคุ้นเคย ความชำนาญในการใช้ยา



ควรให้ยานานเท่าใด

ผลการศึกษานี้จำนวนไม่น้อยพบว่า ประโยชน์ของยารักษาการติดเชื้อราจะค่อยๆ หดไปหลังหยุดยา ยาที่มีใช้รักษาอยู่ในปัจจุบันเป็นเพียงยาบรรเทาการติดเชื้อราเท่านั้น ยาเหล่านี้ยังไม่สามารถทำให้หายจากการติดเชื้อราได้ตลอดไป (28)

ผู้ติดเชื้อราที่เลิกสุราได้แล้วยังคงมีความเสี่ยงสูงมากที่จะกลับไปติดเชื้อราใหม่ในช่วง 6-12 เดือนหลังหยุดดื่ม หลังจากนั้นความเสี่ยงนี้จะค่อยๆ ลดลง อย่างไรก็ตาม ความเสี่ยงต่อการกลับไปติดเชื้อราใหม่จะคงอยู่เป็นเวลาหลายปี ดังนั้น การใช้ยารักษาผู้ติดเชื้อราจึงไม่ควรน้อยกว่า 3 เดือน อาจนานถึง 1 ปี หรืออาจนานกว่านั้นในผู้ป่วยที่ตอบสนองดีต่อยาที่ใช้รักษา หลังจากหยุดยาแล้ว ผู้รักษาควรติดตามผู้ป่วยอีกช่วงหนึ่ง และเริ่มให้ยาใหม่ถ้าผู้ป่วยกลับไปติดเชื้อราใหม่ (3)

ถ้ายาตัวหนึ่งไม่ได้ผล ควรเปลี่ยนยาหรือไม่

ถ้าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาตัวแรกที่ใช้ ผู้รักษาควรพิจารณาเปลี่ยนยา อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนว่าการเปลี่ยนยาจากตัวหนึ่งไปอีกตัวหนึ่งควรเรียงลำดับอย่างไร และจะมีประสิทธิผลเพิ่มขึ้นหรือลดลงอีกเท่าใด (3) อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญบางคนก็มีความเห็นว่า แพทย์ไม่ควรใช้ยา DSF เป็นตัวแรกในการรักษาโรคติดเชื้อรา (1)

การให้ยาร่วมกันมีประโยชน์หรือไม่

ผลการศึกษาวิจัยขนาดใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกาไม่พบประโยชน์ของการให้ยา NTX และยา ACP ร่วมกัน ในขณะที่อีกการศึกษาหนึ่งก็ไม่พบประโยชน์ของการให้ยา NTX และยา DSF ร่วมกัน จากหลักฐานทางวิชาการดังกล่าวจึงอาจสรุปได้ว่า จนถึงปัจจุบัน ยังไม่พบประโยชน์ของการให้ยาร่วมกันในการรักษาโรคติดเชื้อรา (3)

ผู้ติดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยยา ควรได้รับการรักษาทางจิตสังคมอื่นร่วมด้วยหรือไม่

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยารักษาการติดสุรา ผู้วิจัยได้ให้การรักษาทางจิตสังคมร่วมไปด้วยในเกือบทุกการศึกษา (29) ดังนั้นหากผู้รักษาหวังผลการรักษาที่ใกล้เคียงกับงานวิจัย ผู้รักษาควรให้การรักษาทางจิตสังคมร่วมไปด้วย อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานที่ชัดเจนว่าการรักษาทางจิตสังคมชนิดใดดีกว่ากัน (1, 30)

การรักษาทางจิตสังคมที่ให้รวมไปกับการใช้ยาอาจเป็นแบบสั้นและง่าย เช่น brief medical management หรือ medical management support ไปจนถึงจิตบำบัดที่ใช้เวลามากและนาน เช่น manualized psychotherapy (จิตบำบัดที่มีแบบแผนที่ชัดเจนและดำเนินการตามคู่มือ) การรักษาทางจิตสังคมที่ให้รวมไปกับการใช้ยาและให้ผลดี คือ behavioral marital therapy ร่วมกับการสัญญาว่าจะรับประทานยา DSF และการให้ cognitive-behavioral therapy ร่วมกับยา NTX หรือยา ACP (30)

โดยทั่วไปแล้ว การให้การรักษาแบบผสมผสานของยากับจิตสังคมบำบัดทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการจัดการกับปัญหาสุราได้มากขึ้นและนำไปสู่ผลการรักษาที่ดี การให้ยารักษาการติดสุรา ร่วมไปกับการให้คำปรึกษาและกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (mutual help groups) จะช่วยเสริมกันและกัน การรักษาเหล่านี้มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน แต่ช่วยลดปัญหาการติดสุราในแง่มุมที่แตกต่างกัน เช่น ยาช่วยลดปัญหาในด้านประสาทชีววิทยา ส่วนการรักษาทางจิตสังคมช่วยลดปัญหาทางจิตใจและสังคม

ชนิดของยารักษาการติดสุราที่แตกต่างกันอาจทำให้การรักษาทางจิตสังคมแตกต่างกันได้ (30) เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับการดื่มแบบมีความเสี่ยงน้อยอาจทำได้ในผู้ป่วยที่ได้รับยา NTX ยา ACP หรือยา TPR แต่ประเด็นเหล่านี้ไม่สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยที่รับประทานยา DSF ได้ เพราะการดื่มสุราเพียงเล็กน้อยในผู้ป่วยที่ได้รับยา DSF ก็อาจทำให้เกิดอาการทางกายที่รุนแรงได้

อย่างน้อยที่สุด ผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคติดสุราควรได้รับ “การให้คำปรึกษาทางการแพทย์อย่างสั้น (brief medical counseling)” ประมาณ 15-20 นาที ทุก 1-2 สัปดาห์ การให้คำปรึกษาควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้หยุดดื่มสุรา การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนการหยุดสุราของชุมชน (3)

“การสนับสนุนการใช้ยา (medication management support)” เป็นการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดื่มสุราแบบไม่ซับซ้อน ซึ่งแพทย์และพยาบาลในสถานบริการ



ปฐมภูมิก็สามารถให้บริการได้ โดยบุคลากรสุขภาพพูดคุยกับผู้ป่วยที่รับบริการคลินิก ผู้ป่วยนอกอย่างมีโครงสร้างและใช้เวลาไม่นาน

ในครั้งแรก ผู้รักษาควรทบทวนผลการประเมินทางการแพทย์จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการให้ผู้ป่วยได้รับทราบ พูดคุยให้เห็นถึงผลเสียที่ตามมาจากการดื่มสุรา (เช่น การดื่มของผู้ป่วยทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ผลการตรวจเลือดที่พบว่าตับทำงานลดลง) และแจ้งการวินิจฉัยโรค (เช่น เป็นโรคติดเชื้อ เป็นโรคตับแข็ง) หลังจากนั้นจึงประเมินความคิดเห็นผู้ป่วยเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา และพูดคุยถึงเหตุผลที่แนะนำให้ใช้ยารักษาโรคติดเชื้อ

ในกรณีที่ผู้ป่วยเห็นด้วยที่จะรับประทานยา ผู้รักษาควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่ใช้ และวิธีการที่จะช่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนการหยุดสุราของชุมชน (เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน)

หลังจากการให้คำปรึกษาครั้งแรก ผู้รักษาควรประเมินการดื่มของผู้ป่วย ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ความร่วมมือในการรับประทานยา และผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษา รายละเอียดของการพูดคุยในครั้งที่สองและครั้งต่อไป ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย เช่น การดื่มอยู่หรือไม่ การกลับไปดื่มซ้ำ ความร่วมมือในการรับประทานยา

ทุกครั้งที่พบว่าผู้ป่วยกลับไปดื่มสุรา หรือไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้รักษาควรประเมินถึงเหตุผลและช่วยผู้ป่วยวางแผนที่จะหยุดดื่มหรือทำให้กลับมาร่วมมือในการรับประทานยาอีกครั้ง (3) การตำหนิผู้ป่วยโดยตรงไม่ช่วยให้การดื่มสุราลดลงหรือความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น

การเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยา

ปัญหาเกี่ยวกับการไม่ร่วมมือในการรับประทานยาพบได้ราวร้อยละ 20-60 ของผู้ที่มีโรคเรื้อรัง รวมทั้งผู้ติดยาเสพติด (30) การพูดคุยอย่างเปิดเผยเป็นขั้นตอนสำคัญในการเพิ่มความร่วมมือ ผู้ป่วยที่รับประทานยาอยู่อาจรับประทานยาไม่สม่ำเสมอก็ได้ บ่อยครั้งที่การลืมรับประทานยาเกิดจากความคิดสองจิตสองใจเกี่ยวกับการรับประทานยา

คำถามที่สามารถนำมาใช้ในการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้ร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มมากขึ้น มีดังนี้ (30)

1. คำถามพื้นฐาน
 - ก. คุณรับประทานยาบ่อยแค่ไหน หรือมากน้อยเพียงใด
 - ข. คุณลืมกินยา หรือไม่ได้กินยาบ่อยเพียงใด
 - ค. คุณรับประทานยาตามที่หมอสั่งหรือไม่
 - ง. คุณมีปัญหาอะไรที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอหรือไม่
 - จ. หมอจะช่วยเหลืออะไรได้บ้างที่จะทำให้คุณรับประทานยาได้อย่างสม่ำเสมอ
2. คำถามเพื่อประเมินความคิดแบบสองจิตสองใจ (ambivalence) ในการรับประทานยา
 - ก. คุณรู้สึกอย่างไรกับการรับประทานยานี้
 - ข. คุณคิดว่ายานี้มีประโยชน์อะไรกับคุณบ้างไหม
 - ค. ยานี้มีข้อไม่ดีอะไรบ้าง
 - ง. คุณมีปัญหาเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยานี้หรือไม่
 - จ. คุณคิดว่าคุณไม่อยากจะรับประทานยานี้หรือไม่

สรุป

แม้ว่าจะมีหลักฐานทางวิชาการไม่น้อยแสดงให้เห็นว่า ยา NTX ยา ACP และยา TPR มีประสิทธิผลในการรักษาการติดสุรา และได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาหลายประเทศให้ใช้รักษาการติดสุรา อย่างไรก็ตาม ภาพรวมของประสิทธิผล ผลข้างเคียง และความร่วมมือในการรับประทานยาดังกล่าวยังคงอยู่ในระดับที่ไม่น่าพึงพอใจ (31)

ความพึงพอใจเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาเหล่านี้ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ประเมิน จากค่า number-needed-to-treat (NNT) สำหรับการป้องกันการกลับไปดื่มหนักของยา NTX ซึ่งเท่ากับ 7 (32) ค่านี้แสดงให้เห็นว่า การให้ยา NTX แก่ผู้ติดสุรา 7 ราย จะทำให้ผู้ป่วย 1 รายเท่านั้นที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม อัตราการลดการกลับไปดื่มหนักดังกล่าวมีค่าสูงกว่าอัตราการกลับไปดื่มหนักในผู้ที่ได้รับยาลวงอย่างมีนัยสำคัญ และหากเปรียบเทียบกับประโยชน์ของการให้ยาทางกาย เช่น การให้ยาลดความดันเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) กล้ามเนื้อหัวใจตาย และการตายก่อนเวลาอันควร ที่มีค่า NNT ประมาณ 29-86 ก็ต้องถือว่าประสิทธิผลของยารักษาการติดสุราอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ (33)





ผลการศึกษาวิจัยที่พบว่า ยารักษาโรคติดสุราที่มีประสิทธิผลค่อนข้างต่ำน่าจะเป็นผลจากการที่

1. แอลกอฮอล์เป็นสารที่มีกลไกการออกฤทธิ์ซับซ้อนมาก กลไกทางชีวภาพที่มีผลต่อสมองและนำไปสู่การติดสุราอาจเกี่ยวข้องกับสารเคมีจำนวนมากภายในสมอง เช่น γ -aminobutyric acid (GABA), *N*-methyl-D-aspartate (NMDA) หรือ dopamine กลไกการออกฤทธิ์ที่กว้างขวางมากดังกล่าว ทำให้เกิดความยากลำบากในการค้นหากฎเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องจริงๆ กับการติดสุรา (28)
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของแอลกอฮอล์ต่อสมองยังมีอยู่น้อย
3. การศึกษาเกี่ยวกับยารักษาโรคติดสุรา ไม่ว่าจะเป็นด้านงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐาน (basic science research) เช่น การวิจัยในห้องทดลองหรือในสัตว์ และการวิจัยในมนุษย์ยังมีน้อยเกินไป

การที่ไม่ทราบกลไกการติดสุราที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถพัฒนายาที่มีกลไกการออกฤทธิ์ต่อต้านการติดสุราโดยตรงขึ้นมาได้ ยา DSF ซึ่งเป็นยาที่เราเข้าใจกลไกการออกฤทธิ์ดีที่สุดก็ออกฤทธิ์ในลักษณะของพฤติกรรมบำบัด โดยทำให้ผู้ที่รับประทานยาแล้วดื่มสุราเกิดความทุกข์ทรมานโดยยานี้ไม่ได้ลดอาการอยากสุราเลย ซึ่งโดยทฤษฎีของพฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) แล้ว การทำเช่นนั้นน่าจะสามารลดการดื่มสุราลงได้ อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของยา DSF ในเวชปฏิบัติค่อนข้างจำกัดมาก

แม้ว่ายานางตัวจะสามารถลดความอยากสุราได้ เช่น ยา NTX ยา ACP ยา TPR แต่จนถึงปัจจุบัน เราก็กังไม่ทราบกลไกที่ชัดเจนเกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยาเหล่านี้ว่าลดความอยากสุราลงได้อย่างไร นอกจากนี้ ผู้ติดสุรายังอาจแบ่งได้เป็นหลายประเภท โดยมีผู้ติดสุราบางประเภทเท่านั้นที่ตอบสนองดีต่อยารักษาโรคติดสุรา และในผู้ที่ตอบสนองต่อยารักษาการติดสุรานั้นก็อาจตอบสนองต่อยาเพียงบางตัวเท่านั้น การศึกษาที่เพิ่มมากขึ้นในแง่มุมมองนี้อาจทำให้แพทย์สามารถเลือกยาที่เหมาะสมกับผู้ติดสุราได้มากขึ้น

สำหรับยา TPR ซึ่งผู้เชี่ยวชาญบางท่านให้ความเห็นว่ามีประสิทธิผลปานกลางในการรักษาผู้ติดสุรา และประสิทธิผลดังกล่าวน่าจะสูงกว่ายา NTX และยา ACP (10) ก็เป็นยาที่มีผลข้างเคียงค่อนข้างมาก เช่น ร้อยละ 10 ของผู้ที่รับประทานยานี้อาจรู้สึกว่าคุณคิดความจำ (cognitive function) ไม่ดีเท่าที่ควร (34) ดังจะเห็นได้ว่ายานี้ต้องใช้เวลาในการปรับขนาดยาอย่างช้าๆ เป็นเวลาหลายสัปดาห์กว่าจะได้ขนาดยาที่ต้องการ นอกจากนี้ อัตราการหยุดยาเนื่องจากผลข้างเคียงก็ค่อนข้างสูง ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

183 รายที่ถูกส่งมาให้ได้รับยา TPR ผู้ป่วย 67 ราย (ร้อยละ 36.6) ออกจากการวิจัยก่อนจบการศึกษา ซึ่งในจำนวนนี้ 34 ราย (ร้อยละ 18.6) ออกจากการศึกษาวិจัยเพราะผลข้างเคียงของยา TPR (12)

แม้ว่ายาการรักษาการติดเชื้อหลายตัวจะมีประสิทธิผลต่ำและผลข้างเคียงสูง แต่ยาหลายตัวก็ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาหลายประเทศให้ใช้รักษาการติดเชื้อ ผลการศึกษาที่พบว่ายาเหล่านี้มีประสิทธิผลไม่สูงนักดังกล่าวยังถือได้ว่าสูงกว่ายาควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ รวมไปถึงสภาพความเป็นจริงที่ว่า ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ไม่สามารถลดหรือหยุดยุงได้เอง ดังนั้นยาเหล่านี้จึงถือว่าเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะเพิ่มโอกาสในการลดหรือหยุดยุงได้ อย่างไรก็ตาม ในเวชปฏิบัติจริง การที่ผู้รักษาและผู้ป่วยขาดการรับรู้และการเข้าใจผิดเกี่ยวกับประสิทธิผลและผลข้างเคียงของยาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ยาเหล่านี้ยังมีการใช้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น

ข้อควรคำนึงอีกประการหนึ่งเกี่ยวกับประสิทธิผลของยาการรักษาการติดเชื้อ คือ ประสิทธิภาพ (efficiency) ของยาในเวชปฏิบัติจริงอาจต่ำกว่าประสิทธิผล (efficacy) ของยาที่พบในงานวิจัย ประสิทธิภาพที่ต่ำกว่านี้อาจเกิดจากสาเหตุหลายประการ โดยเฉพาะความตั้งใจที่จะหยุดยุง ซึ่งผู้ป่วยในงานวิจัยส่วนใหญ่มีความตั้งใจอยู่แล้วจึงยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและได้รับการรักษา แต่ในเวชปฏิบัติจริง ผู้ป่วยหลายรายอาจรู้สึกสองจิตสองใจว่าจะหยุดยุงหรือไม่ ซึ่งปัจจัยนี้มีผลกระทบมากต่อประสิทธิภาพโดยรวมของการรักษา นอกจากนี้ ประสิทธิภาพที่ต่ำกว่าของการรักษาในเวชปฏิบัติอาจเกิดจากข้อจำกัดในการรักษาจริง เช่น การให้จิตสังคมบำบัดที่ไม่สมบูรณ์แบบเหมือนการวิจัย การที่ผู้บำบัดมีเวลาให้กับผู้ป่วยน้อยกว่าผู้วิจัย

การที่ยาการรักษาการติดเชื้อยังมีข้อจำกัดที่ค่อนข้างมาก **การรักษาทางจิตสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรให้ร่วมไปกับการใช้ยา** ประโยชน์ที่ได้จากการรักษาทางจิตสังคมที่สำคัญ คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยา การเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะลดหรือหยุดยุงได้ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีชีวิตเพื่อลดโอกาสที่จะกลับไปติดเชื้ออีก

ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคในต่างประเทศอาจนำมาใช้ในประเทศไทยได้ อย่างไรก็ตาม บางประเด็นของกรวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาการรักษาการติดเชื้อในประเทศไทยยังมีความจำเป็นอยู่โดยเฉพาะ





1. การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการใช้ยารักษาการติดเชื้อ: แม้ว่าผลการศึกษาในลักษณะนี้จะมีแล้วในต่างประเทศ แต่ความคุ้มค่าในบริบทไทยยังเป็นสิ่งจำเป็น และการวิเคราะห์ความคุ้มค่านี้อาจช่วยชี้แนะเกี่ยวกับความจำเป็นของการมียากลุ่มนี้ให้ใช้ในเวชปฏิบัติ
2. การสำรวจความรู้พื้นฐานและเจตคติของผู้บำบัดรักษา ผู้ติดเชื้อ และญาติของผู้ติดเชื้อต่อการใช้ยารักษาการติดเชื้อ: เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้มีผลอย่างยิ่งต่อการสั่งใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา และผลลัพธ์ของการบำบัดรักษา
3. การสำรวจและประเมินการณความเหมาะสมของการสั่งใช้ยา DSF ในร้านขายยา: เนื่องจากผู้รับประทานยา DSF อาจมีอาการทางกายที่รุนแรงและเป็นอันตรายได้ ในขณะที่ยาชนิดนี้ถูกสั่งจ่ายที่ร้านขายยาโดยไม่มีการซักประวัติและตรวจร่างกายที่ดี นอกจากนี้ ร้านขายยาจำนวนมากไม่น้อยสั่งจ่ายยานี้โดยผู้ที่ไม่ได้เป็นเภสัชกร ผลการศึกษานี้จะช่วยชี้แนะสังคมว่า สิ่งที่ทำอยู่ในปัจจุบันควรได้รับการแก้ไขปรับปรุงหรือไม่
4. การใช้ยารักษาการติดเชื้อในสถานพยาบาลปฐมภูมิ: ซึ่งสถานพยาบาลเหล่านี้ในประเทศไทยมีบริบทที่แตกต่างจากสถานพยาบาลระดับเดียวกันในต่างประเทศค่อนข้างมาก รวมทั้งการศึกษาในแง่มุมนี้ก็ยังมีน้อยมากในต่างประเทศ
5. การใช้ยารักษาการติดเชื้อร่วมไปกับการบำบัดทางจิตสังคมชนิดสั้น: เช่น การใช้ยารักษาการติดเชื้อร่วมไปกับการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhancement therapy) ซึ่งประสิทธิผลและความเป็นไปได้ของการให้การรักษาร่วมในลักษณะนี้อาจต่างจากผลการวิจัยในต่างประเทศ

จากองค์ความรู้ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยยังมีข้อจำกัดอยู่มากในการใช้ยารักษาโรคติดเชื้อมาใช้ในเวชปฏิบัติ โดยปัญหาที่สำคัญที่สุดในปัจจุบัน คือ การมีเพียงยา DSF และยา TPR เท่านั้นที่สามารถนำมาใช้ได้ จากข้อจำกัดและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ จะเห็นได้ว่า แพทย์ไม่ควรสั่งใช้ยา DSF เป็นตัวแรกในการรักษาผู้ติดเชื้อ สำหรับยา TPR ซึ่งมีประสิทธิผลสูง แต่ก็มีข้อจำกัดที่ยังไม่ได้รับการรับรองให้ใช้รักษาโรคติดเชื้อ รวมทั้งต้องใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ในการปรับขนาดยา อัตราการเกิดผลข้างเคียงค่อนข้างสูง และราคาแพง จากเหตุผลเหล่านี้ หากมีการนำยา NTX และ ACP เข้ามาใช้ในประเทศไทย โดยเฉพาะยา NTX ที่มีประสิทธิผลชัดเจนและหมดสิทธิบัตรยาแล้ว ก็น่าจะทำให้ผู้ติดเชื้อมีทางเลือกในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น

ภาคผนวก ก

ยาที่ใช้รักษาการติดสุรา

	naltrexone (NTX) (Depade®, ReVia®)	extended-release injectable naltrexone (ERIN) (Vivitrol®)	acamprosate (ACP) (Campral®)	disulfiram (DSF) (Antabuse®)	topiramate (TPR) (Topamax®)
กลไกการออกฤทธิ์	ปิดกั้นตัวรับชนิดโอปิออยด์ (opioid receptors) ทำให้ลดความอยากดื่มและความพอใจจากการดื่ม	เช่นเดียวกับ NTX ออกฤทธิ์ได้นาน 30 วัน	ออกฤทธิ์กับระบบสารสื่อประสาทชนิด กลูตาเมท (glutamate) และ GABA แต่ยังไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ที่เกี่ยวข้องกับสุรา	ยับยั้งการสลายแอลกอฮอล์ ทำให้ระดับ acetaldehyde ในเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการรบกวนเหงื่อออก คลื่นไส้ และหัวใจเต้นเร็ว เมื่อผู้ป่วยดื่มสุรา	เชื่อว่าออกฤทธิ์โดยเพิ่มการทำงานของระบบสารสื่อประสาทชนิด GABA และลดการทำงานของระบบสารสื่อประสาทชนิดกลูตาเมท (glutamate)
ข้อห้ามใช้	มีการใช้สารชนิดโอปิออยด์หรืออยู่ระหว่างถอนพิษโอปิออยด์ คาดว่าจำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวดชนิดโอปิออยด์ระดับอักเสบเฉียบพลัน (acute hepatitis) หรือตับวาย	เช่นเดียวกับ NTX ร่วมไปกับการมีกล้ามเนื้ออ่อนโยเกินกว่าที่จะให้ยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อแบบลึก ผื่นหรือการติดเชื้อบริเวณฉีดยา	ไตวายรุนแรง (creatinine clearance; CrCl \leq 30 mL/min).	การดื่มสุราหรือสารที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ ยา metroni dazole โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคกล้ามเนื้อหัวใจรุนแรง แพ้อนุพันธ์ของยาง (rubber - thiuram)	แพ้ยา topiramate
ข้อควรระวัง	โรคตับอื่นๆ โรคไต ประวัติการฆ่าตัวตายหรือซึมเศร้า ถ้าต้องใช้ยาแก้ปวดชนิด	เช่นเดียวกับ NTX ร่วมไปกับฮีโมฟีเลีย (hemophilia) หรือ	ไตวายปานกลาง (ต้องปรับขนาดยาเมื่อ CrCl อยู่ระหว่าง 30 ถึง	โรคตับแข็งหรือโรคตับวาย โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคที่ทำให้สมองเสียหาย โรคจิต	Narrow angle glaucoma นิ้วที่ไต ตับหรือไตบกพร่อง น้ำหนักตัวน้อยมาก

	naltrexone (NTX) (Depade®, ReVia®)	extended-release injectable naltrexone (ERIN) (Vivitrol®)	acamprosate (ACP) (Campral®)	disulfiram (DSF) (Antabuse®)	topiramate (TPR) (Topamax®)
	โอปิออยด์ อาจต้อง ใช้ในขนาดสูง และ เสี่ยงต่อการกด การหายใจมาก และนาน จัดอยู่ใน กลุ่ม C ของยาที่ใช้ ในสตรีตั้งครรภ์ แนะนำให้มีบัตร เพื่อแจ้งการใช้ยานี้ กับบุคลากรทาง การแพทย์เมื่อต้อง ได้รับการรักษา ฉุกเฉิน	โรคเกี่ยวกับการ เลือดออก	50 mL/นาที่) พฤติกรรม ซึมเศร้าหรือ ฆ่าตัวตาย จัดอยู่ในกลุ่ม C ของยาที่ใช้สตรี ตั้งครรภ์	โรคเบาหวาน โรคลมชัก โรคไตรอยด์ทำงานต่ำ ไตบกพร่อง จัดอยู่ใน กลุ่ม C ของยาที่ใช้ใน สตรีตั้งครรภ์ แนะนำ ให้มีบัตรเพื่อแจ้งการ ใช้ยานี้กับบุคลากร ทางการแพทย์เมื่อต้อง ได้รับการรักษาฉุกเฉิน	การใช้ยากดระบบ ประสาทส่วนกลาง จัดอยู่ในกลุ่ม C ของยา ที่ใช้ในสตรีตั้งครรภ์
ผล ข้างเคียง ที่รุนแรง	ทำให้เกิดภาวะถอน ยาอย่างรุนแรงในผู้ ที่ติดสารโอปิออยด์ การเป็นพิษต่อตับ (แม้ว่าจะไม่ปรากฏ ปัญหานี้เมื่อใช้ยา ในขนาดที่แนะนำ)	เช่นเดียวกับ NTX ร่วมไปกับการ อักเสบบริเวณที่ฉีด ซึ่งอาจรุนแรงได้ แนะนำให้ผู้ป่วย สังเกตบริเวณที่ฉีด และไปพบแพทย์ ถ้าการอักเสบ รุนแรงขึ้น อาการซึมเศร้า ที่พบได้น้อย คือ allergic pneumonia และ ความคิด พฤติกรรม ฆ่าตัวตาย	พบได้น้อย คือ ความคิด พฤติกรรม ฆ่าตัวตาย	ปฏิกิริยาระหว่าง DSF กับสุรา การเป็นพิษ ต่อต้อบ optic neuritis peripheral neuropathy และการ เกิดอาการโรคจิต	metabolic acidosis acute myopia secondary narrow- angle glaucoma oligohydrosis และ hyperthermia

	naltrexone (NTX) (Depade®, ReVia®)	extended-release injectable naltrexone (ERIN) (Vivitrol®)	acamprosate (ACP) (Campral®)	disulfiram (DSF) (Antabuse®)	topiramate (TPR) (Topamax®)
ผลข้างเคียงที่พบบ่อย	คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ มึนงง อ่อนเพลีย และ วิดกักังวล	เช่นเดียวกับ NTX ร่วมไปกับการ อักเสบบริเวณที่ ฉีดยา ปวดตามข้อ กล้ามเนื้อปวด และเป็นตะคริว	ท้องเดิน และ ง่วงนอน	รสปะแล่มในปาก ผื่นแพ้ที่ผิวหนัง ง่วงนอนชั่วคราว	มือเท้าชา รสชาติ อาหารเปลี่ยนไป เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ง่วงนอน และเสียเซาวัน (cognitive dysfunction)
ตัวอย่างยาที่มีปฏิกริยา	ยาประเภท โอปิออยด์ (ปิดกั้น การทำงาน)	เช่นเดียวกับ NTX	ยังไม่พบว่ามี ปฏิกริยาใด	Anticoagulants เช่น warfarin; isoniazid; metronidazole; phenytoin และยาต่างๆ ที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ	ยากันชักตัวอื่น ยา ประเภท carbonic anhydrase inhibitors ตัวอื่น hydrochlorothiazine metformin pioglitazone lithium amitriptylene
ขนาดยาที่มักใช้ในผู้ใหญ่	ขนาดที่ใช้ รับประทาน: 50 มก./วัน ก่อนให้ยา: ผู้ป่วย ต้องหยุดใช้สาร ประเภทโอปิออยด์ มาแล้วไม่น้อยกว่า 7-10 วัน ถ้าไม่แน่ใจ ให้ทำ naloxone challenge test ประเมินการทำงานของตับ	ขนาดที่ใช้ฉีดเข้า กล้ามเนื้อ: 380 มก. เข้ากล้ามเนื้อ สะโพกเล็กๆ เดือน ละครั้ง ก่อนให้ยา: เช่น เดียวกับ NTX ร่วมกับการตรวจ บริเวณที่จะฉีดยา ว่ามีกล้ามเนื้อ มากพอและ ผิวหนังปกติ	ขนาดที่ใช้ รับประทาน: 666 มก. (เม็ดละ 333 มก.จำนวน 2 เม็ด) วันละ 3 ครั้ง สำหรับ ผู้ป่วยที่มีการ ทำงานของไต บกพร่อง (CrCl 30 ถึง 50 mL/ นาที) ลดขนาด ลงเหลือ 333 มก. วันละ 3 ครั้ง	ขนาดที่ใช้รับประทาน: 250 มก./วัน (ระหว่าง 125 ถึง 500 มก.) ก่อนให้ยา: ประเมิน การทำงานของตับ เดือนผู้ป่วยว่า (1) ไม่รับประทานยา DSF ในช่วง 12 ชั่วโมงหลัง การดื่มสุรา และ ปฏิกริยาของ DSF กับ สุราอาจอยู่ได้นานถึง 2 สัปดาห์หลังการ รับประทานครั้งสุดท้าย	ขนาดที่ใช้รับประทาน: เริ่มด้วย 25 มก. ก่อนนอน เพิ่มขึ้น 25-50 มก.ต่อสัปดาห์ แบ่งให้รับประทาน เข้า-เย็น การปรับเพิ่ม ขนาดยาเร็วมักทำให้เกิดผลข้างเคียง ขนาดยา ที่เป็นเป้าหมาย คือ 200 มก. ต่อวัน แต่ผู้ป่วย ที่ไม่สามารถทนต่อขนาด ดังกล่าวอาจตอบสนอง ต่อยาในขนาดต่ำได้

	naltrexone (NTX) (Depade[®], ReVia[®])	extended-release injectable naltrexone (ERIN) (Vivitrol[®])	acamprosate (ACP) (Campral[®])	disulfiram (DSF) (Antabuse[®])	topiramate (TPR) (Topamax[®])
	การติดตามทาง ห้องปฏิบัติการ: การทำงานของตับ	การติดตามทาง ห้องปฏิบัติการ: การทำงานของ ของตับ	ก่อนให้ยา: ประเมินการ ทำงานของตับ แน่ใจว่าผู้ป่วย หยุดดื่มสุราแล้ว	และ (2) หลีกเลียง แอลกอฮอล์ในอาหาร (เช่น ซอส) ยาสามัญ ประจำบ้านที่มี แอลกอฮอล์ (เช่น ยาแก้ไอ) และ ของใช้ส่วนตัว (เช่น โคโลญจน์ น้ำยา บ้วนปาก) การติดตามทางห้อง ปฏิบัติการ: การทำงาน ของตับ	ก่อนให้ยา: ประเมิน การทำงานของไต หาระดับอิเล็กโทรไลต์ และไบคาร์บอเนต ในซีรัม การติดตามทางห้อง ปฏิบัติการ: ติดตาม การทำงานของไต ระดับอิเล็กโทรไลต์และ ไบคาร์บอเนตในซีรัม

ภาคผนวก ข

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค alcohol dependence

รูปแบบของการดื่มสุราที่แสดงถึงการปรับตัวไม่ดี (maladaptive) ซึ่งนำไปสู่การเสื่อมเสียอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (clinically significant impairment) หรือรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress) ซึ่งแสดงออกโดยลักษณะ 3 อาการ (หรือมากกว่า) ดังต่อไปนี้ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งติดต่อกันอย่างน้อย 12 เดือน

1. การทนต่อยา (tolerance) (หรือดื่มคอแข็งขึ้น) ซึ่งนิยามได้ดังข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - ก. ความต้องการดื่มสุราปริมาณมากขึ้นอย่างชัดเจน (markedly increased amounts) เพื่อให้เกิดการเมาสุรา (intoxication) หรือการออกฤทธิ์ที่ต้องการ (desire effect)
 - ข. การออกฤทธิ์ลดลงอย่างชัดเจน (markedly diminished effect) เมื่อมีการดื่มอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
2. การถอนพิษสุรา (withdrawal) ซึ่งแสดงออกดังข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้
 - ก. กลุ่มอาการที่แสดงถึงการถอนพิษสุรา (the characteristic withdrawal syndrome)
 - ข. การใช้สารที่เหมือน (หรือคล้ายกันมาก) เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงอาการถอนยา (withdrawal symptoms)
3. ดื่มสุราในปริมาณ (amounts) ที่มากกว่าหรือในระยะเวลา (period) ที่นานกว่าที่ตั้งใจ
4. ความต้องการอยู่ตลอด (persistent desire) หรือไม่สามารถ (unsuccessful efforts) ลด (cut down) หรือควบคุม (control) การดื่ม
5. การใช้เวลามากในกิจกรรมที่จำเป็นต้องกระทำเพื่อให้ได้สุรา เพื่อดื่มสุรา หรือเพื่อฟื้นตัวจากการเมาสุรา
6. การเลิก (given up) หรือลดลง (reduced) ของกิจกรรมทางสังคม (social) อาชีพ (occupational) หรือนันทนาการ (recreational) อย่างมากอันเนื่องมาจากการดื่ม
7. การดื่มอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาหรือซ้ำแล้วซ้ำอีก (persistent or recurrent) แม้จะทราบว่าตนเองมีปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจซึ่งมีสาเหตุจากหรือถูกกระตุ้นจากสุรา เช่น การคงดื่มสุราแม้ว่าจะทราบว่าโรคกระเพาะอาหารอาจมีการเลวลงจากการดื่มสุรา

ปรับปรุงจาก American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.

ภาคผนวก ก

เกณฑ์การวินิจฉัยโรค alcohol abuse

A. รูปแบบของการดื่มสุรา (pattern of substance use) ที่แสดงถึงการปรับตัวไม่ดี (maladaptive) ซึ่งนำไปสู่การเสื่อมเสียอย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก (clinically significant impairment) หรือรู้สึกทุกข์ทรมานใจ (distress) ซึ่งแสดงออกโดยลักษณะ 1 อาการ (หรือมากกว่า) ดังต่อไปนี้ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งติดต่อกันอย่างน้อย 12 เดือน

1. การดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งก่อให้เกิดความล้มเหลวที่จะกระทำตามบทบาทที่สำคัญอย่างเต็มความสามารถ (a failure to fulfill major role obligations) ในที่ทำงาน (work) โรงเรียน (school) หรือบ้าน (home) เช่น การขาดงานบ่อยหรือประสิทธิภาพการทำงานลดลงอันเนื่องมาจากการใช้สาร การขาด การถูกพัก หรือการถูกละออกจากโรงเรียนที่สัมพันธ์กับการใช้สาร ขาดความสนใจต่อลูกหรือครอบครัว
2. การดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกในสถานการณ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกาย (physically hazardous) เช่น การขับรถหรือใช้เครื่องยนต์ในขณะที่ความสามารถเสื่อมเสียเนื่องจากการดื่ม
3. ปัญหาทางกฎหมายซึ่งเกี่ยวข้องกับการดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีก เช่น ถูกจับกุมขณะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งสัมพันธ์กับการดื่ม (substance-related disorderly conduct)
4. การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะมีปัญหาทางสังคมหรือระหว่างบุคคล (social or interpersonal problems) อยู่ตลอดหรืออยู่ซ้ำๆ อันมีสาเหตุหรือถูกกระตุ้นจากการดื่ม เช่น การทะเลาะกับคู่ครองเกี่ยวกับผลที่ตามมาของการเมาสุรา (intoxication) การทะเลาะวิวาท (physical fights)

B. อาการดังกล่าวมาแล้วไม่สามารถเข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ alcohol dependence

ปรับปรุงจาก American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.

เอกสารอ้างอิง

1. Soyka M, Kranzler HR, Berglund M, et al, and the WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Substance Use Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of substance use and related disorders, part 1: alcoholism. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(1):6-23.
2. Swift RW. Drug therapy for alcohol dependence. *N Engl J Med*. 1999;340:1482-90.
3. Helping patients who drink too much: a clinician's guide [database on the Internet]. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. 2008 [cited Feb 15, 2009]. Available from: www.niaaa.nih.gov/guide.
4. Harrison TS, Plosker GL, Keam SJ. Extended-release intramuscular naltrexone in alcohol dependence in adults: profile report. *CNS Drugs*. 2007;21(1):83-7.
5. Anton RF. Naltrexone for the management of alcohol dependence. *N Engl J Med*. 2008;359(7):715-21.
6. Roozen HG, de Waart R, van der Windt DAWM, van den Brink W, de Jong CAJ, Kerkhof AJFM. A systematic review of the effectiveness of naltrexone in the maintenance treatment of opioid and alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2006;16:311-23.
7. Boothby LA, Doering PL. Acamprosate for the treatment of alcohol dependence. *Clin Ther*. 2005;27:695-714.
8. Fuller R BL, Brightwell D, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. *JAMA*. 1986;256:1449-55.
9. Kiefer F, Mann K. New achievements and pharmacotherapeutic approaches in the treatment of alcohol dependence. *Eur J Pharmacol*. 2005;526:163-71.
10. Johnson BA. Update on neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings. *Biochem Pharmacol*. 2008;75(1):34-56.
11. Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden C, et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence. *The Lancet*. 2003;361:1677-85.
12. Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, et al., for the Topiramate for Alcoholism Advisory Board and the Topiramate for Alcoholism Study Group. Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298:1641-51.
13. Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farre M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2005;78:1-22.
14. Addolorato G, Leggio L, Agabio R, Colombo G, Gasbarrini G. Baclofen: a new drug for the treatment of alcohol dependence. *Int J Clin Pract*. 2006;60:1003-8.
15. Grant G, Stinson F, Dawson D, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:807-16.

16. Goldstein BI, Diamantouros A, Schaffer A, Naranjo CA. Pharmacotherapy of alcoholism in patients with co-morbid psychiatric disorders. *Drugs*. 2006;66:1229-37.
17. Nunes EV, Levin FR. Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence. *JAMA*. 2004;291:1887-96.
18. Salloum IM, Cornelius JR, Daley DC, Kirisci L, Himmelhoch JM, ME T. Efficacy of valproate maintenance in patients with bipolar disorder and alcoholism: a double-blind placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:37-45.
19. Mark TL, Kranzler HR, Song X, Bransberger P, Poole VH, Crosse S. Physician's opinions about medications to treat alcoholism. *Addiction*. 2003;98:617-26.
20. O'Malley SS, Rounsaville BJ, Farren C, et al. Initial and maintenance naltrexone treatment for alcohol dependence using primary care vs specialty care: a nested sequence of 3 randomized trials. *Arch Intern Med*. 2003;163:1695-704.
21. Helping patients who drink too much: a clinician's guide [database on the Internet]. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. 2005 [cited Feb 15, 2009]. Available from: www.niaaa.nih.gov/guide.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1994.
23. Ducharme LJ, Knudsen HK, Roman PM. Trends in the adoption of medications for alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(Suppl 1):S13-9.
24. Mark TL, Kranzler HR, Song X. Understanding US addiction physicians' low rate of naltrexone prescription. *Drug Alcohol Depend*. 2003;71:219-28.
25. Swift R. Emerging approaches to managing alcohol dependence. *Am J Health-Syst Pharm*. 2007;64(Suppl 3):512-21.
26. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the Combine study: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;295:2003-17.
27. Carmen B, Angeles M, Ana M, Marai J. Efficacy and safety of naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Addiction*. 2004;99:811-28.
28. Tambour S, Quertemont E. Preclinical and clinical pharmacology of alcohol dependence. *Fundam Clin Pharmacol*. 2007;21:9-28.
29. Assanangkornchai S. The treatment of alcohol dependence. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:222-27.
30. Weiss RD, Keuppembender KD. Combining psychosocial treatment with pharmacotherapy for alcohol dependence. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(Suppl 1):S37-S42.
31. Lawrence AJ. Therapeutics for alcoholism: what's the future?. *Drug and Alcohol Review*. 2007;3-8.
32. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2005;8:267-80.
33. Heilig M, Egli M. Pharmacological treatment of alcohol dependence: target symptoms and target mechanisms. *Pharmacol Ther*. 2006;111:855-76.
34. Biton V, Edwards KR, Montouris GD, et al. Topiramante titration and tolerability. *Ann Pharmacother*. 2001;35:173-9.



Drug Treatment for People with Alcoholism

**แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษา
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)**

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง
เลขที่ 131 ถ.ช่างหล่อ ต.ทาศยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100
โทรศัพท์ 053-280228 ต่อ 236, 525
โทรสาร 053-273201
www.i-mapthailand.org