

แนวปฏิบัติการตรวจค้นหา  
และดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด  
หรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด

# Guidelines

for the identification and  
management of substance  
use and substance use  
disorders in pregnancy





แนวปฏิบัติการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้  
สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด

Guidelines for the identification and  
management of substance use  
and substance use disorders  
in pregnancy

## ตีพิมพ์โดยองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2014 ภายใต้ชื่อเรื่อง

### Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy

© องค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2014 [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/pregnancy\\_guidelines/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/)

ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลกได้มอบลิขสิทธิ์การแปลและเผยแพร่ในฉบับภาษาไทย โดยศูนย์วิจัยปัญหาสุราเป็นผู้รับผิดชอบฉบับภาษาไทยแต่เพียงผู้เดียว (Agreement No : TR/17/115)

แนวปฏิบัติการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์  
ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด

ISBN : 978-616-271-526-6

©ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา พ.ศ. 2562

แปลและเรียบเรียงโดย แพทย์หญิง พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์  
นายแพทย์ สุจีระ ปรีชาวิทย์

บรรณาธิการบริหาร : ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัมฉนังค์กรชัย

สนับสนุนโดย  
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)  
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย  
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)  
หน่วยระบาดวิทยา อาคารบริหาร ชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤษภาคม 2562  
จำนวน : 48 หน้า  
จำนวนที่พิมพ์ : 1,000 เล่ม  
ออกแบบ/พิมพ์ที่ : ลีโอ ดีไซน์ แอนด์ พรินท์

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ ด้วยกระบวนการทางอิเล็กทรอนิกส์ การถ่ายภาพ การบันทึก การสำเนา หรือวิธีการอื่นใดเพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า

หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)  
โทร. 0-7445-1165

website: <http://cas.or.th> ; facebook: <http://www.facebook/cas.org.th>

# ■ สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	ii
คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในแนวปฏิบัติ	iv
ตัวย่อและอักษรย่อ	vii
บทสรุปผู้บริหาร	ix
บทนำ	1
เหตุผลในการพัฒนาแนวปฏิบัติ	1
แนวปฏิบัติในปัญหาและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่	3
ใครควรเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติชุดนี้	4
วัตถุประสงค์และขอบเขตของแนวปฏิบัติ	4
บุคคลและพันธมิตรที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ	4
แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นมาอย่างไร	6
การค้นหาและสืบค้นหลักฐาน	6
หลักฐานคำแนะนำ	8
คำแนะนำ	9
หลักการสำคัญ	9
การคัดกรองและบำบัดแบบสั้นสำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตรายในระหว่างตั้งครรภ์	11
การดูแลช่วยเหลือจิตสังคมสำหรับความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์	13
การบำบัดถอนพิษหรือโปรแกรมเลิกเสพยาสำหรับการเสพยาติดยาและสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์	15
การรักษาด้วยยา (แบบประคับประคองและป้องกันการกลับเสพยา)	20
สำหรับการเสพยาติดยาและสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์	
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการใช้สารเสพติดในมารดา	22
การดูแลรักษาทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์และสารเสพติดออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	25
ลำดับความสำคัญและช่องว่างงานวิจัย	28
การวางแผนเผยแพร่ ปรับปรุง และนำแนวปฏิบัติไปใช้	31
การประเมินผลที่ได้รับจากคำแนะนำนี้	31
การทบทวนครั้งต่อไป	31
ภาคผนวกที่ 1 ข้อมูลหลักฐาน (ศึกษาได้ในบทความต้นฉบับ)	
ภาคผนวกที่ 2 ระเบียบวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ศึกษาได้ในบทความต้นฉบับ)	
ภาคผนวกที่ 3 เครื่องมือคัดกรองการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด	
ภาคผนวกที่ 4 องค์ประกอบของคณะทำงาน (ศึกษาได้ในบทความต้นฉบับ)	
ภาคผนวกที่ 5 การเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อน (ศึกษาได้ในบทความต้นฉบับ)	
บทความต้นฉบับ	
Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy	
<a href="http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/">http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/</a>	

# ■ กิตติกรรมประกาศ

แนวปฏิบัตินี้จัดทำโดย หน่วยจัดการปัญหาสารเสพติด แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด องค์การอนามัยโลก (Management of Substance Abuse Unit, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization; WHO) ด้วยความร่วมมือกับแผนกป้องกันโรคไม่ติดต่อ (Prevention of Noncommunicable Diseases Department; PND) องค์การอนามัยโลก และ ฝ่ายป้องกันรักษาและฟื้นฟู (Prevention, Treatment and Rehabilitation Section; PTRS) สำนักป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime; UNODC) แนวปฏิบัตินี้ประสานงานโดย Vladimir Poznyak และ Nicolas Clark ภายใต้การอำนวยการของ Shekhar Saxena ด้วยความร่วมมือของ Edouard Tursan d’Espaignet และ Lubna Bhatti (WHO) และ Elizabeth Mattfeld (UNODC)

**คณะกรรมการกำกับทิศขององค์การอนามัยโลก (WHO Steering Group)** รายชื่อดังนี้: Avni Amin, Lubna Bhatti, Nicolas Clark, Ahmet Metin Gulmezoglu, Mathews Mathai, Mario Merialdi, Vladimir Poznyak, Shekhar Saxena, Edouard Tursan d’Espaignet

**คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติ (Guideline Development Group; GDG)** รายนามสมาชิก ประกอบด้วย: Sawitri Assanangkornchai, Guilherme Borges (ประธานร่วม), Grace Chang, Anju Dhawan Dutta, Elizabeth Elliott, Katherine Everett-Murphy, Gabriele Fischer, Erikson Furtado, Hendree Jones, Fareed A. Minhas, Alice Ordean, Gabrielle Katrine Welle-Strand (ประธานร่วม)

**ผู้ทบทวนภายนอก (external peer reviewers)** ได้แก่: Steve Allsop, Espen Ajo Arnevik, Matthew Chersich, Andreea Creangea, Marica Ferri, David A. Fiellin, Louise Floyd, Chris Howson, Irma Kirtadze, Yukiko Kusano, Andre B. Lalonde, Carla Marienfeld-Calderon, Nester Moyo, Michael Farrell, Dzianis Padruchny, Roland Simon, Anna Woods

**องค์การอนามัยโลก ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติตั้งรายนามต่อไปนี้:**

**ที่ปรึกษา:** Elizabeth Byrnes, Andrea Gordon, Lauren Jansson, Hendree Jones, Ingunn Olea Lund, Lana Popova, Ed Riley, Kathy Sulik (ที่ปรึกษาในการทบทวนอันตรายจากการใช้สารเสพติดในการตั้งครุฑและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่) Margaret Harris (ที่ปรึกษาระเบียบวิธีการทบทวนแนวปฏิบัติ จัดเตรียมเอกสารแนวปฏิบัติ และให้คำแนะนำในการประชุมคณะทำงาน GDG ที่เจนีวา); Keryn Murphy (จัดทำรายงานการประชุมที่วอชิงตัน ดีซี); Nandi Siegfried (ที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลกด้านการทบทวนอย่างเป็นระบบ การจัดทำ GRADE และระเบียบวิธีการทบทวนแนวปฏิบัติในการประชุมคณะทำงาน GDG ที่วอชิงตัน ดีซี และจัดทำกรทบทวนและเตรียมตาราง GRADE ประสิทธิภาพของมาตรการสำหรับความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด)

เจ้าหน้าที่ฝึกหัดขององค์การอนามัยโลก (WHO Interns) : Bonnie Cheuk, Helen Tam-Tham (ทีมจัดเตรียมหลักฐานอันตรายจากการใช้สารเสพติดในการตั้งครรภ์); Elise Gehring, Ifeoma Onyeka, Derrick Ssewanyana (ทีมจัดเตรียมการทบทวนอย่างเป็นระบบในมาตรการที่มีประสิทธิภาพในหญิงตั้งครรภ์ การสำรวจความนิยมและความพึงพอใจของมาตรการ และเตรียมการประชุมที่เจนีวา)

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในการสนับสนุนจาก Pan American Health Organization (PAHO) สำนักงานภาคพื้นอเมริกาขององค์การอนามัยโลกที่ได้จัดเตรียมการประชุมคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ (GDG) ครั้งแรกที่วอชิงตัน ดีซี (สหรัฐอเมริกา) และขอแสดงความขอบคุณ Maristela Monteiro, Jorge Rodriguez และ Luiz Galvão

ขอบคุณผู้รับเชิญพิเศษในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ (GDG) ครั้งแรกที่วอชิงตัน ดีซี (สหรัฐอเมริกา) ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อมูลทางเทคนิค: Andreea A. Creanga, Louise Floyd (Centers for Disease Control and Prevention, สหรัฐอเมริกา); Anna Woods (Drug and Alcohol Services Council South Australia, ออสเตรเลีย); Ed Riley (International Society for Biomedical Research on Alcoholism); Mary-Elizabeth Reeve, Christopher Howson (March of Dimes); Margaret M. Murray, Kathy Sulik (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), สหรัฐอเมริกา) Cheryl Anne Boyce, Steve Gust, Samia Dawud Noursi (National Institute on Drug Abuse (NIDA), สหรัฐอเมริกา); Kathy Mitchell (National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (NOFAS), สหรัฐอเมริกา); Imani Walker (Rebecca Project for Human Rights, สหรัฐอเมริกา); Hedda van 't Land (Trimbos Institute, เนเธอร์แลนด์)

ขอบคุณผู้รับเชิญพิเศษในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ (GDG) ครั้งสุดท้ายที่เจนีวา สวิสเซอร์แลนด์ ที่กรุณาให้ข้อมูลทางเทคนิคและข้อคิดเห็นในฐานะผู้ทบทวนจากภายนอก: Andreea A. Creanga (Centers for Disease Control and Prevention, สหรัฐอเมริกา); Anna Woods (Drug and Alcohol Services Council South Australia); Paul Peters (European Fetal Alcohol Spectrum Disorders Alliance); Andre Lalonde (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH); Mary Hepburn (Glasgow Special Needs in Pregnancy Service); Nester Moyo (International Confederation of Midwives); Yukiko Kusano (International Council of Nurses); Margaret M. Murray, Kathy Sulik (NIAAA, สหรัฐอเมริกา) Anne Boyce, Steve Gust, Samia Dawud Noursi (NIDA, สหรัฐอเมริกา); Kathy Mitchell (National Organization on Fetal Alcohol Syndrome (NOFAS), สหรัฐอเมริกา); Imani Walker (Rebecca Project For Human Rights, สหรัฐอเมริกา); Hedda van 't Land (Trimbos Institute, เนเธอร์แลนด์)

ผู้สนับสนุนทุน: โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนทุนจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกา (U.S. Department of State, Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs) ผ่านสำนักป้องกันยาเสพติดและปราบปรามอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) และจากรัฐบาลประเทศนอร์เวย์ สถาบัน NIDA และ NIAAA จากสหรัฐอเมริกาให้การสนับสนุนเอกสารทบทวนบางส่วนและผู้เข้าร่วมประชุมในการประชุมครั้งแรกที่วอชิงตัน ดีซี

# ■ คำนิยามศัพท์ที่ใช้ในแนวปฏิบัติ

## Abstinence (การหยุดเสพ)

หมายถึงการเลิกดื่มสุราหรือเลิกใช้สารเสพติด คำว่า “abstinence” นี้อย่าใช้สับสนกับคำว่า “abstinence syndrome” ที่หมายถึงกลุ่มอาการที่ขาดยา (withdrawal syndrome)

## Alcohol (เครื่องดื่มแอลกอฮอล์, สุรา)

ตามความหมายทางเคมีนั้น แอลกอฮอล์เป็นกลุ่มใหญ่ของสารออร์แกนิกที่มาจากไฮโดรคาร์บอนและมีไฮดรอกซี (-OH) หนึ่งตัวหรือมากกว่า โดยเอทานอล (Ethanol;  $C_2H_5OH$  หรือ ethyl alcohol) เป็นสารชนิดหนึ่งในกลุ่มนี้และเป็นส่วนประกอบหลักในเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นคำว่า แอลกอฮอล์ จึงมักหมายถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (หรือสุรา) และตัวแอลกอฮอล์เองมีฤทธิ์ทำให้ง่วงหรือนอนหลับ เหมือนกับฤทธิ์ของสารกลุ่มบาร์บิทูเรต

## Antagonist

หมายถึงสารที่ต่อต้านผลจากสารตัวอื่น ในทางเภสัชวิทยา antagonist จะออกฤทธิ์โดยจับกับ receptor ที่ยับยั้งการทำงานของสารที่ออกฤทธิ์ (agonists) ทำให้เกิดผลทางสรีรวิทยาหรือพฤติกรรมเฉพาะที่เป็นไปตาม receptor นั้น

## Amphetamines/amfetamines (แอมเฟตามีน)

เป็นหนึ่งในสารกลุ่ม sympathomimetic amines ที่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทแรงมาก ตัวอย่าง ได้แก่ amphetamine, dexamphetamine และ methamphetamine รวมถึงยาที่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาเช่นเดียวกัน ได้แก่ methylphenidate, phenmetrazine และ amphetamine (diethylpropion)

## Barbiturate (บาร์บิทูเรต)

เป็นหนึ่งในกลุ่มสารกดระบบประสาทที่มีโครงสร้างอนุพันธ์ของ barbituric acid ตัวอย่างเช่น amobarbital, pentobarbital, phenobarbital, และ secobarbital ใช้เป็นยากันชัก ยาสลบ ยานอนหลับ อาจใช้เป็นยาคลายเครียดบ้าง (ดูที่ sedative/hypnotic) การใช้ทันทีหรือใช้เรื้อรังสามารถทำให้เกิดผลคล้ายกับการดื่มสุราได้

## Benzodiazepine (เบนโซไดอะซีปีนส์)

เป็นกลุ่มของยาที่มีโครงสร้างคล้ายๆ กัน มักใช้เป็นยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ และยากันชัก หรือในความหมายเดิมที่เคยใช้คือ ยากล่อมประสาทแบบอ่อน (minor tranquilisers) ยากลุ่มนี้เชื่อว่ามีฤทธิ์ในการรักษาโดยเสริมการทำงานของ gamma-aminobutyric acid (GABA) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่ออกฤทธิ์ยับยั้งที่สำคัญ (inhibitory neurotransmitter)

## Bloodborne diseases (โรคที่แพร่ผ่านทางเลือด)

เป็นกลุ่มโรคที่แพร่ผ่านการสัมผัสจากเลือดสู่เลือด (เช่น ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน) ได้แก่ HIV และตับอักเสบบชนิด B และ C



## Cannabis (กัญชา)

กัญชาเป็นคำทั่วไปที่ใช้ในผลิตภัณฑ์ที่มาจากพืชกัญชา (cannabis sativa) หมายรวมถึง ใบกัญชา ยางกัญชา หรือ ยอดช่อดอกกัญชา (hashish) และน้ำมันกัญชา (hashish oil)

## Cocaine (โคเคน)

เป็นสารกลุ่ม alkaloid ที่ได้จากใบโคคา หรือสังเคราะห์จาก ecgonine หรืออนุพันธ์ โดยทั่วไปแล้วโคเคนไฮโดรคลอไรด์ ใช้เป็นยาชาเฉพาะที่ในทางทันตกรรม การผ่าตัดตาและหู คอ จมูก เพราะมีฤทธิ์ทำให้เส้นเลือดหดตัวได้ดี ช่วยลดการเสียเลือดเฉพาะที่ได้ดีมาก โคเคนยังมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอย่างรุนแรงจึงถูกใช้นอกเหนือวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ เพื่อให้มีอารมณ์ดี ตื่นตัว การใช้ซ้ำ ๆ ทำให้เสพติดได้

## Dependence (เสพติด)

เป็นกลุ่มของอาการทางสรีรวิทยา พฤติกรรม และความคิด ที่การใช้สารเสพติดหรือกลุ่มสารเสพติดกลายเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตเหนือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เคยมีความสำคัญมาก่อน ลักษณะสำคัญของกลุ่มอาการเสพติดคือ มีความต้องการ (อย่างรุนแรงและมีอิทธิพลมาก) ที่จะใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ทั้งที่เคยใช้หรือไม่เคยใช้ตามคำสั่งแพทย์) สุรา หรือยาสูบ

## Detoxification (การบำบัดถอนพิษ)

เป็นกระบวนการที่แต่ละคนจะผ่านพ้นจากอาการขาดสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หมายรวมถึงการดูแลรักษาภาวะถอนพิษหรือการช่วยลดอาการขาดยา ในทางคลินิกแล้วการบำบัดถอนพิษจะหมายถึงกระบวนการขาดยาภายใต้ความปลอดภัยและมีประสิทธิผล ลดอาการขาดยาให้น้อยลง และให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตตลอดกระบวนการรักษา

## Drug-related problem (ปัญหาจากสารเสพติด)

ปัญหาใด ๆ ที่เกิดตามมาจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คำว่า “จาก” ไม่จำเป็นต้องเป็นสาเหตุเสมอไป

## Fetal alcohol syndrome (FAS; กลุ่มความผิดปกติของทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์ในครรภ์)

ในเด็กที่สัมผัสแอลกอฮอล์ในระหว่างมารดาตั้งครรภ์ จะพบลักษณะการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้าทั้งด้านประสาทวิทยาและด้านร่างกาย มีความผิดปกติทางใบหน้าที่มีความเฉพาะ ลักษณะความผิดปกติทางระบบประสาท และร่างกายที่พบใน FAS มีได้หลากหลายมาก (spectrum) ขึ้นอยู่กับผลของแอลกอฮอล์ที่มีต่อทารกในครรภ์ โดยยังไม่ทราบแน่ชัดถึงระดับการดื่มของมารดาที่จะส่งผลให้เกิด Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) และยังคงพบว่ามีขึ้นกับพันธุกรรมและลักษณะบางประการอื่นของมารดาและทารกด้วย

## Harmful substance use (การใช้สารเสพติดแบบอันตราย)

รูปแบบการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลทำลายสุขภาพ (รหัส ICD-10: F1x.1) การทำลายสุขภาพอาจเป็นได้ทั้งร่างกาย (เช่น เป็นสาเหตุของตับอักเสบจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทแบบฉีด) หรือทางจิตใจ

## Hazardous substance use (การใช้สารเสพติดแบบเสี่ยง)

รูปแบบการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อผู้ใช้หรือต่อทารก

## **Intoxication (ภาวะเมายา)**

สภาพที่เกิดหลังจากใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท แล้วทำให้เกิดความผิดปกติของระดับการรู้ตัว (consciousness) ความนึกคิด (cognition) การรับรู้ (perception) การตัดสินใจ (judgement) อารมณ์ และพฤติกรรม หรืออาการอื่น ๆ จากฤทธิ์หรืออาการตอบสนองของสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

## **Neonatal Abstinence Syndrome/Neonatal Withdrawal Syndrome**

กลุ่มอาการแสดงขาดยา (withdrawal) ที่พบในทารกเนื่องจากได้รับสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เรียกว่าอาการขาดยาในทารก (neonatal abstinence/neonatal withdrawal)

## **Opioid maintenance treatment**

หมายถึงการรักษาแบบประคับประคองด้วย opioid agonist ระยะยาว หรือทดแทนด้วยสารกลุ่มโอปิออยด์ ตัวอย่าง เช่น การรักษาด้วยเมธาโดน (methadone) หรือ บิวพรีนอร์ฟิน (buprenorphine) การรักษาแบบประคับประคองนี้อาจใช้เวลานานได้หลายเดือนถึงมากกว่า 20 ปี และมักให้รวมกับการรักษาอื่นด้วย (เช่น จิตสังคมบำบัด)

## **Psychosocial intervention (จิตสังคมบำบัด)**

เป็นการดูแลรักษาโดยไม่ใช้ยา ตามบริบทในระดับบุคคล ครอบครัว หรือกลุ่ม จิตสังคมบำบัดมีทั้งรูปแบบที่ให้โดยผู้เชี่ยวชาญอย่างมีโครงสร้างชัดเจน (เช่น cognitive behaviour therapy or insight oriented psychotherapy) หรือโดยบุคลากรทั่วไปที่ไม่เชี่ยวชาญเฉพาะ (เช่น กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self-help groups) การบำบัดโดยหมอแผนโบราณหรือผู้บำบัดตามความเชื่อโดยท้องถิ่นแบบไม่ใช้ยา นอกจากนี้ยังหมายถึงการจัดการที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือทางการเงิน ทางกฎหมาย การให้ข้อมูล และการออกหน่วยเยี่ยมดูแลในพื้นที่)

## **Substance use disorders (ความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด)**

หมายถึงใช้สารเสพติดทั้งแบบเสพติด (dependence) และแบบอันตราย (harmful) สารเสพติด ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา) กัญชา สารกลุ่มแอมเฟตามีน โคเคน โอปิออยด์ และเบนโซไดอะซีปีนส์

## **Volatile substances (สารระเหย)**

หมายถึงสารที่ระเหยเป็นไอที่อุณหภูมิห้อง สารเสพติดประเภทสารระเหยที่ใช้เพื่อสุดคมให้เกิดฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ ตัวทำละลายอินทรีย์ (organic solvents) ที่มีอยู่ในผลิตภัณฑ์ในครัวเรือนหรือในอุตสาหกรรม (เช่น กาว สเปรย์ สี สารละลายในอุตสาหกรรม ทินเนอร์ แล็กเกอร์ น้ำมันเบนซิน น้ำยาทำความสะอาด) และสารในกลุ่ม aliphatic nitrites เช่น amyl nitrite

## **Withdrawal syndrome (กลุ่มอาการขาดยาหรืออาการถอนพิษ)**

กลุ่มอาการที่มีลักษณะอาการและความรุนแรงหลากหลายแตกต่างกัน ที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดหรือลดการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ใช้เป็นประจำและใช้เป็นเวลานานในขนาดสูง (รหัส ICD-10: F1x.3) การเกิดและระยะเวลาของอาการขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและสัมพันธ์กับชนิดของสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและขนาดที่ใช้ก่อนลดหรือหยุดใช้ โดยทั่วไปลักษณะของอาการขาดยาจะตรงข้ามกับอาการเมายา

## ■ ตัวอย่างและอักษรย่อ

<b>AUDIT</b>	alcohol use disorders identification test
<b>ASSIST</b>	alcohol, smoking and substance involvement screening test
<b>ALT</b>	alanine aminotransferase
<b>AST</b>	aspartate aminotransferase
<b>ATS</b>	amphetamine-type stimulants
<b>CBT</b>	cognitive behavioural therapy
<b>CDT</b>	carbohydrate-deficient transferrin
<b>CI</b>	confidence interval
<b>CM</b>	contingency management
<b>CND</b>	Commission on Narcotic Drugs
<b>CNS</b>	central nervous system
<b>EUFASD</b>	European Fetal Alcohol Spectrum Disorders Alliance
<b>FAS</b>	fetal alcohol syndrome
<b>FASD</b>	fetal alcohol spectrum disorders
<b>FIGO</b>	International Federation of Gynecology and Obstetrics
<b>GABA</b>	gamma-aminobutyric acid
<b>GDG</b>	guidelines development group
<b>GGT</b>	gamma-glutamyl transpeptidase
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>HCW</b>	health-care workers
<b>HIV</b>	human immunodeficiency virus
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>IUGR</b>	intrauterine growth retardation
<b>ITT</b>	intention-to-treat IV intravenous
<b>MCV</b>	mean corpuscular volume
<b>M-H</b>	Mantel-Haenszel

<b>MD</b>	mean differences
<b>MI</b>	motivational interviewing
<b>N</b>	number
<b>NAS</b>	neonatal abstinence syndrome
<b>NICU</b>	neonatal intensive care unit
<b>OR</b>	odds ratio
<b>PAHO/AMRO</b>	Pan American Health Organization/WHO Regional Office for the Americas
<b>PCP</b>	phencyclidine
<b>PMNCH</b>	Partnership for Maternal, Newborn and Child Health
<b>PMTCT</b>	prevention of mother-to-child transmission of HIV
<b>RCT</b>	randomized controlled trial
<b>RevMAN</b>	Review Manager
<b>RR</b>	risk ratio
<b>SBIRT</b>	screening, brief-intervention and referral to treatment
<b>SD</b>	standard deviation
<b>SOF</b>	summary of findings
<b>STI</b>	sexually transmitted infections
<b>TLFB</b>	timeline follow back
<b>TAU</b>	treatment as usual
<b>THC</b>	tetrahydrocannabinol
<b>UN</b>	United Nations
<b>UNODC</b>	United National Office on Drugs and Crime
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WIC</b>	women, infants and children

## ■ บทสรุปผู้บริหาร

การดื่มสุรา การใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย หรือสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทระหว่างตั้งครรภ์สามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและสังคมมากมายทั้งต่อมารดาและทารก การดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์ทำให้เกิดกลุ่มความผิดปกติของทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์ในครรภ์ (fetal alcohol syndrome) รวมทั้งอันตรายอื่น ๆ เช่น แห้ง ตายคลอด น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ คลอดก่อนกำหนด และพิการแต่กำเนิด

การเสพติดสุราและสารเสพติด ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลบกพร่องลงอย่างมาก ทั้งหน้าที่การเป็นพ่อแม่ เป็นคู่สมรส หรือเป็นคู่ครอง และยังเป็นเหตุกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงในครอบครัว อันจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของเด็กอย่างชัดเจน

การตั้งครรภ์ถือเป็นโอกาสสำหรับผู้หญิง คู่สมรส และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด บุคลากรสุขภาพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดจะต้องเข้าใจความซับซ้อนของปัญหาสังคม จิตใจและสุขภาพกายของผู้หญิง เพื่อให้ความช่วยเหลือและแนะนำอย่างเหมาะสมตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด

## เหตุผลในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นเพื่อให้บุคลากรวิชาชีพสามารถดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดบุตร ที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด หรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีสุขภาวะทั้งกับหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์หรือหลังคลอด แนวปฏิบัตินี้ทำขึ้นตามคำร้องขอจากองค์กร สถาบัน และบุคลากรต่าง ๆ ที่ต้องการแนวปฏิบัติทางเทคนิคในการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด โดยพัฒนาสอดคล้องไปกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในการป้องกันและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้บุหรี่หรือได้รับภัยมือสองจากควันบุหรี่ ในปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัตินานาชาติที่มีคำแนะนำอิงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด แม้ว่าในหลายประเทศที่มีรายได้สูงจะมีการพัฒนาแนวปฏิบัติระดับชาติที่ครอบคลุมประเด็นเหล่านี้แล้ว แต่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางยังขาดแนวปฏิบัติเช่นนี้อยู่

## ใครควรเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติชุดนี้

แนวปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพที่ดูแลผู้หญิงตั้งแต่ตั้งครรภ์จนคลอด และช่วงหลังคลอด รวมทั้งดูแลเด็กทารกด้วย

## วัตถุประสงค์และขอบเขตของแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำทางเทคนิคอิงหลักฐานเชิงประจักษ์กับผู้ให้บริการสุขภาพในการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ที่บุคลากรสุขภาพสามารถนำหลักการทางวิทยาศาสตร์นี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อการสาธารณสุขในประเทศของตนได้ อีควัตถุประสงค์หนึ่งที่สำคัญเช่นกันคือ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจโดยอิงสุขภาพถึงการดื่มสุราและใช้สารเสพติดของตนในระหว่างตั้งครรภ์และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

หลังทบทวนความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและความท้าทายของบุคลากรสุขภาพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดแล้ว แนวปฏิบัติเน้น 6 ประเด็นต่อไปนี้

1. การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น (screening and brief intervention)
2. การดูแลช่วยเหลือจิตสังคม (psychosocial intervention)
3. การบำบัดถอนพิษ (detoxification)
4. การดูแลรักษาภาวะเสพติด (dependence management)
5. การให้นมบุตร (infant feeding)
6. การดูแลรักษาอาการขาดยาในทารก (infant withdrawal)

## แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นมาอย่างไร

การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้เริ่มตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 2012 ภายใต้ความร่วมมือระหว่างแผนกสุขภาพจิตและสารเสพติดขององค์การอนามัยโลกกับโครงการริเริ่มปลอดบุหรี่ (Tobacco Free Initiative) ด้วยการจัดทำโครงร่างแนวปฏิบัติ โดยมีการประชุมเสมือนจริง (virtual meeting) ของคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติ (GDG) และได้รับความเห็นชอบโครงร่างแนวปฏิบัติจากคณะกรรมการทบทวนแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (WHO Guidelines Review Committee) คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติประชุมผ่านการประชุมทางไกลและการประชุมเสมือนจริงหลายครั้ง รวมทั้งประชุมแบบต่อหน้าสองครั้ง การประชุมครั้งแรกจัดขึ้นที่กรุงวอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกา (วันที่ 29 มกราคม ถึง 1 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2013) เพื่อทบทวนหลักฐานอันตรายจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดรูปแบบต่าง ๆ ระหว่างตั้งครรภ์ และสรุปกรอบเนื้อหาและประเด็น การประชุมครั้งที่สองซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายจัดที่สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก ณ กรุงเจนีวา (วันที่ 11-13 กันยายน ค.ศ. 2013) เป็นการนำเสนอข้อมูลหลักฐานที่สรุปมาได้โดยใช้ข้อมูลหลักฐาน (evidence profile) และตาราง GRADE และจัดทำคำแนะนำสูงสุดท้าย คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติใช้การประเมินหลักฐานด้านประสิทธิผลร่วมกับหลักฐานด้านอันตราย ประโยชน์ ความนิยม ความพึงพอใจ การใช้ทรัพยากร และความเป็นไปได้ เพื่อจัดระดับของคำแนะนำ

ระดับของคำแนะนำ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

“strong (น่าเชื่อถือ)” หมายความว่า คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติมั่นใจในคุณภาพของหลักฐานประสิทธิผล และเชื่อมั่นในความนิยม ความพึงพอใจ ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของคำแนะนำ และคำแนะนำนี้ควรนำไปใช้ในสถานการณ์และหน่วยบริการส่วนใหญ่ หรือ

“conditional (มีเงื่อนไข)” หมายความว่า คณะทำงานฯ เชื่อมโยงน้อยในคุณภาพของหลักฐาน และ ความนิยม ความพึงพอใจ ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของคำแนะนำ ดังนั้นจึงอาจมีบางสถานการณ์หรือ หน่วยบริการที่ไม่สามารถใช้คำแนะนำนี้ได้

## ■ คำแนะนำ

### หลักการ

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติได้กำหนดว่า หลักการนี้นำไปประยุกต์ใช้ได้กับทุกคำแนะนำด้านล่าง เป็นการ ให้แนวทางในกระบวนการวางแผน การนำไปใช้ และการประเมินคำแนะนำที่สอดคล้องและเหมาะสมที่สุด ตามบริบท ของประเทศและทรัพยากรที่มีอยู่

- I. **ให้ความสำคัญกับการป้องกัน (prioritizing prevention):** การป้องกัน ลด ละ เลิก ดื่มสุราและใช้ สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพและ ความอยู่ดีมีสุขของมารดาและบุตร
- II. **มีการเข้าถึงบริการป้องกันและบำบัดรักษา (ensuring access to prevention and treatment services):** หญิงตั้งครรภ์ทุกคนและครอบครัวที่มีความผิดปกติพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ควรเข้าถึง บริการป้องกันและบำบัดรักษาที่สามารถจ่ายได้ การจัดบริการควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษต่อการรักษา ความลับ กฎหมายของประเทศ และมาตรฐานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ ผู้หญิงไม่ควรถูกกีดกัน การเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยเหตุจากการใช้สารเสพติดของตน
- III. **เคารพความเป็นอิสระในตัวเองของผู้ป่วย (respecting patient autonomy):** ควรให้ความเคารพ ต่อความเป็นอิสระในตัวเองของหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้ สารเสพติด เมื่อต้องตัดสินใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพของตนควรจะได้รับข้อมูลความเสี่ยงและประโยชน์ อย่างครบถ้วนทั้งต่อตัวเองและทารกในครรภ์หรือทารกหลังคลอด ถึงทางเลือกการรักษาที่มีอยู่
- IV. **จัดบริการที่ครอบคลุม (providing comprehensive care):** บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์หรือให้ นมบุตรที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดควรมีระดับความครอบคลุมที่สอดคล้องกับความซับซ้อน และธรรมชาติที่หลากหลายของความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดและปัญหาอื่นก่อนหน้า
- V. **ป้องกันการเลือกปฏิบัติและตีตรา (safeguarding against discrimination and stigmatization):** มาตรการป้องกันและรักษาหญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรควรให้ด้วยวิธีที่ป้องกันไม่ให้เกิดการตีตรา เลือกปฏิบัติ หรือกีดกัน รวมทั้งส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนจ นการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยเสริมการเชื่อมต่อกับบริการดูแลเด็กเล็ก การจ้างงาน การศึกษา การจัดหา ที่อยู่อาศัย และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

# การตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด

ลำดับ	คำแนะนำ	ความแข็งแรงของหลักฐาน	คุณภาพของหลักฐาน
<b>การคัดกรองและบำบัดแบบสั้นสำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตรายระหว่างตั้งครรภ์</b>			
1	ผู้ให้บริการสุขภาพควรสอบถามหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด (ทั้งในอดีตและปัจจุบัน) ให้เร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ในช่วงตั้งครรภ์และในทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	Strong	Low
2	ผู้ให้บริการสุขภาพควรให้การบำบัดแบบสั้นแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด	Strong	Low
<b>การดูแลช่วยเหลือจิตสังคมสำหรับความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด<sup>1</sup> ในหญิงตั้งครรภ์</b>			
3	ผู้ให้บริการสุขภาพที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดควรให้การประเมินแบบครอบคลุม <sup>2</sup> และจัดบริการรายบุคคล <sup>3</sup>	Conditioning	Very low
<b>การบำบัดถอนพิษหรือโปรแกรมเลิกเสพยาในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาสารเสพติด</b>			
4	ผู้ให้บริการสุขภาพควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราหรือสารเสพติดให้หยุดดื่มสุราหรือหยุดใช้สารเสพติด ให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ และจัดบริการหรือส่งต่อเข้ารับบริการบำบัดถอนพิษภายใต้การดูแลทางการแพทย์หากจำเป็นและจัดหาให้ได้ <sup>4</sup>	Strong	Very low
5	หญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาโอปิออยด์ควรได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ (opioid maintenance) <sup>5</sup> (หากสามารถจัดบริการได้) มากกว่ารักษาโดยการบำบัดถอนพิษ	Strong	Very low
6	หญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเบนโซไดอะซีปีนส์ (benzodiazepines) ควรค่อยๆ ลดขนาดลง <sup>6</sup> โดยใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long-acting benzodiazepines)	Strong	Very low
7	หญิงตั้งครรภ์ที่เกิดอาการขาดสุราหลังหยุดดื่ม ควรได้รับการรักษาด้วยเบนโซไดอะซีปีนส์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long-acting benzodiazepine) ในช่วงสั้นๆ <sup>7</sup>	Strong	Very low
8	การบำบัดถอนพิษในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาสารกระตุ้นประสาทนั้น การรักษาด้วยยาอาจมีประโยชน์ช่วยรักษาอาการทางจิตเวช แต่ไม่ถือเป็นวิธีการรักษาทั่วไปในทุกราย	Strong	Very low
<b>การรักษาด้วยยา (แบบประคับประคองและป้องกันการกลับเสพยา) สำหรับการเสพยาสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์</b>			
9	ไม่แนะนำให้ใช้การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาทั่วไปในทุกราย สำหรับการรักษาภาวะเสพยาสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน กัญชา โคเคน หรือสารระเหยในผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์	Conditioning	Very low



ลำดับ	คำแนะนำ	ความแข็งแรงของหลักฐาน	คุณภาพของหลักฐาน
10	เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลความปลอดภัยและประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาสำหรับการเสพติดสุราในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้น ควรมีการวิเคราะห์ประโยชน์-ความเสี่ยงเป็นรายบุคคล	Conditioning	Very low
11	ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์ ควรได้รับคำแนะนำให้เริ่มการรักษาแบบประคับประคองด้วยด้วยโอปิออยด์ (opioid maintenance therapy) โดยใช้เมธาโดน (methadone) หรือบิวพริโนร์ฟิน (buprenorphine) หรือคงวิธีการรักษาต่อไป	Strong	Very low
<b>การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเสพติดสุราและ/หรือสารเสพติดในมารดา</b>			
12	ก. มารดาที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ควรสนับสนุนให้ยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยกเว้นมีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์อย่างเห็นได้ชัด ข. มารดาให้นมบุตรที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ควรได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือให้เลิกดื่มหรือเลิกใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตามการใช้สารเสพติดไม่ถึงเป็นข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	Conditioning	Low
13	การสัมผัสผิวหนังซึ่งกันและกันเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเลือกวิธีการให้นมแบบใด และต้องสนับสนุนอย่างจริงจังให้มารดาที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้	Strong	Low
14	มารดาที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ โดยเมธาโดนหรือบิวพริโนร์ฟินจนอาการคงที่ ควรสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยกเว้นมีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์อย่างชัดเจน	Strong	Low
<b>การดูแลทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์และสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท</b>			
15	หน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการคลอดบุตร ควรมีแนวปฏิบัติของหน่วยงานเพื่อตรวจค้นหา ประเมิน ติดตาม และดูแลรักษา ด้วยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาสำหรับทารกที่ได้รับโอปิออยด์ตั้งแต่มารดาคลอด	Strong	Very low
16	โอปิออยด์ควรใช้เป็นการรักษาเบื้องต้นในทารกที่มีอาการขาดยาจากโอปิออยด์ (neonatal opioid withdrawal syndrome) หากจำเป็น	Strong	Very low
17	หากทารกมีอาการแสดงของอาการขาดยาในทารก (neonatal withdrawal syndrome) เนื่องจากทารกได้รับยานอนหลับ หรือ แอลกอฮอล์ หรือสารเสพติดอื่นๆ ที่ไม่ทราบชนิดแล้ว การให้ phenobarbital ถือเป็นทางเลือกของการรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม	Conditioning	Very low
18	ทารกทุกคนที่เกิดจากมารดาที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา ควรได้รับประเมินอาการแสดงของกลุ่มความผิดปกติของทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์ในครรภ์ (fetal alcohol syndrome) <sup>8</sup>	Conditioning	Very low

- <sup>1</sup> The concept of “substance use disorders” includes dependence syndrome and harmful use of psychoactive substances such as alcohol, cannabis, amphetamine type stimulants (ATS), cocaine, benzodiazepines etc.
- <sup>2</sup> A comprehensive assessment of women using alcohol or drugs in pregnancy and the postpartum period include assessment of patterns of substance use, medical or psychiatric co-morbidity, family context and social problems.
- <sup>3</sup> Individual care planning involves selecting appropriate psychosocial and pharmacological interventions based on a comprehensive assessment.
- <sup>4</sup> Pregnant women dependent on alcohol or drugs who agree to undergo detoxification should be offered the supported withdrawal from substance use in an inpatient or hospital facility, if medically indicated; equal attention should be paid to the health of mother and fetus and treatment adjusted accordingly.
- <sup>5</sup> Methadone maintenance treatment or buprenorphine maintenance treatment.
- <sup>6</sup> For as short a time as is medically feasible.
- <sup>7</sup> Management of alcohol withdrawal usually includes administration of thiamine.
- <sup>8</sup> Signs of Fetal Alcohol Syndrome (FAS) include growth impairment, dysmorphic facial features (short palpebral fissures, smooth or flattened philtrum, thin upper lip) and central nervous system abnormalities.

## ■ บทนำ

การดื่มสุรา การใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย หรือสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทในระหว่างตั้งครรภ์เป็นปัญหาที่พบบ่อย และสามารถนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและสังคมมากมายทั้งต่อมารดาและเด็ก

การดื่มสุราระหว่างตั้งครรภ์สามารถทำให้เกิดกลุ่มความผิดปกติของทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์ในครรภ์ (fetal alcohol syndrome) และอันตรายอื่น ๆ เช่น แท้ง ตายคลอด น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์ คลอดก่อนกำหนด และพิการแต่กำเนิด การดื่มสุราและใช้สารเสพติดทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลบกพร่องลงได้อย่างมาก ทั้งหน้าที่การเป็นพ่อแม่ เป็นคู่สมรส หรือเป็นคู่ครอง และยังเป็นเหตุกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงในครอบครัว อันจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของเด็กอย่างชัดเจน การใช้สารเสพติดแบบฉืดสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงแพร่เชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบก่หาหญิงตั้งครรภ์และทารก

การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดในหญิงที่คาดว่าจะตั้งครรภ์หรือสมาชิกในครัวเรือนนั้น ไม่เพียงจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของแม่และเด็ก (ซึ่งเป็นเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ 2, 4, 5, 6; Millennium Development Goals) แต่ยังทำลายประโยชน์ต่อสุขภาพและสังคมในหลายประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง

การตั้งครรภ์ถือเป็นโอกาสดีสำหรับผู้หญิง คู่สมรส และสมาชิกคนอื่นๆ ในครัวเรือนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด บุคลากรสุขภาพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ต้องเข้าใจความซับซ้อนของปัญหาสังคม จิตใจและสุขภาพกายของผู้หญิง เพื่อให้ความช่วยเหลือและแนะนำที่ถูกต้องตลอดช่วงเวลาตั้งครรภ์ไปจนถึงช่วงหลังคลอด

## ■ เหตุผลในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นเพื่อให้บุคลากรวิชาชีพทั้งหลายสามารถช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีสุขภาพะ ในปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัตินานาชาติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด แม้ว่าในหลายประเทศที่มีรายได้สูงได้พัฒนาแนวปฏิบัติระดับประเทศครอบคลุมประเด็นเหล่านี้ แต่ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางยังขาดแนวปฏิบัติเช่นนี้อยู่

โครงการนี้จัดทำขึ้นตามคำร้องขอจากขององค์กร สถาบัน และบุคลากรต่าง ๆ ที่ต้องการแนวปฏิบัติทางเทคนิคในการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด คำแนะนำนี้ได้พัฒนาสอดคล้องไปกับคำแนะนำการป้องกันและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้บุหรี่หรือได้รับภัยมือสองจากควันบุหรี่ขององค์การอนามัยโลก

## แนวปฏิบัติการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด

แนวปฏิบัตินี้เป็นไปตามมติที่ 63.13 ของการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ในการกำหนดและรับรองยุทธศาสตร์โลกเพื่อลดการติดยาเสพติดแบบอันตราย และปฏิญญาทางการเมืองและแผนปฏิบัติการความร่วมมือระหว่างประเทศด้านยุทธศาสตร์แบบบูรณาการและสมดุลเพื่อต่อต้านปัญหาเสพติดโลก (ข้อตกลงระดับสูงจากการประชุมคณะกรรมการยาเสพติด (Commission of Narcotic Drugs; CND) สมัยที่ 52)

การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่จัดโดยแผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด องค์การอนามัยโลก กิจกรรมอื่น ๆ ได้แก่ การพัฒนาและเผยแพร่เครื่องมือ ASSIST เพื่อคัดกรองการใช้สารเสพติดในสถานพยาบาล; คู่มือการบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST; ชุดมาตรการการดูแลเพื่อปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการ (WHO mhGAP intervention package) เพื่อการจัดบริการตามลำดับความสำคัญของโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรม; แนวปฏิบัติการดูแลทางจิตสังคมเพื่อเสริมการบำบัดรักษาด้วยยาในผู้เสพติดโอปิออยด์ขององค์การอนามัยโลก; บทความอภิปรายหลักการรักษาภาวะติดสารเสพติดของ UNODC/WHO; และโปรแกรมการดูแลและรักษาภาวะติดสารเสพติดของ UNODC/WHO

# ■ แนวปฏิบัติในปัญหาและความผิดปกติที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่

## The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf)

แบบคัดกรองประสิทธิภาพ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และใช้สารเสพติด



## Brief Intervention. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous or harmful substance use. Manual for use in primary care

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599399_eng.pdf)

การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการ ใช้สารเสพติด



## AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care\*

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)

AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา: แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ



## Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: Manual for use in primary care\*

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6b.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf)

Brief Intervention การบำบัดแบบสั้น สำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยงและผู้ดื่มแบบอันตราย:

คู่มือสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ



## Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf)

mhGAP – Intervention Guide [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mhGAP\\_intervention\\_guide/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/)

มีข้อแนะนำการดูแลรักษาความผิดปกติพฤติกรรมติ่มสุราและใช้สารเสพติดในหน่วยบริการที่ไม่มีคลินิกจิตเวชซึ่งสามารถปรับใช้ในคลินิกฝากครรภ์

## Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_MPS\\_09.04\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.04_eng.pdf)

## Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice

[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/924159084x/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/924159084x/en/index.html)

PMTCT Strategic Vision 2010–2015 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599030\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599030_eng.pdf)

ประกอบด้วยข้อแนะนำการป้องกันการแพร่เชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกในหญิงที่ใช้สารเสพติดแบบฉีด

Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010 [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/index.html)

[documents/9789241599535/en/index.html](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/index.html)

ประกอบด้วยข้อแนะนำการดูแลหลังคลอดในหญิงที่ผลบวกต่อ HIV เนื่องจากใช้สารเสพติดแบบฉีด

Acceptable Medical Reasons for Use of Breast-milk Substitutes [http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf)

ประกอบด้วยข้อแนะนำสถานการณ์ที่ไม่แนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

\*แม้ว่าแนวปฏิบัตินี้ได้จัดทำขึ้นในปี ค.ศ. 2001 ก่อนที่จะมีแนวปฏิบัติระเบียบวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบขององค์การอนามัยโลก แต่ประสิทธิภาพของการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ดื่มแบบเสี่ยงและผู้ดื่มแบบอันตรายได้รับการยอมรับจากคณะกรรมการทบทวนแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกรวมทั้งในแนวปฏิบัติมาตรการปิดช่องว่างการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (mhGAP Intervention Guide)

## ■ ใครควรเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติชุดนี้

แนวปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้หญิงตั้งแต่ตั้งครรภ์จนคลอด และช่วงหลังคลอด รวมทั้งดูแลเด็กทารกด้วย

## ■ วัตถุประสงค์และขอบเขตของแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำทางเทคนิคที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์กับผู้ให้บริการสุขภาพในการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด เพื่อให้บุคลากรสุขภาพสามารถประยุกต์หลักการทางวิทยาศาสตร์ไปใช้เพื่อการสาธารณสุขในประเทศของตนได้ อีกวัตถุประสงค์หนึ่งที่สำคัญเช่นกันคือ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจโดยอิงสุขภาพถึงการดื่มสุราและใช้สารเสพติดของตนในการตั้งครรภ์ เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และช่วงหลังคลอด

หลังทบทวนความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและความท้าทายของบุคลากรสุขภาพที่ทำงานกับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดแล้ว คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติ (GDG) มีความเห็นร่วมกันว่า แนวปฏิบัตินี้ควรเน้น 6 ประเด็นต่อไปนี้

1. การคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น (screening and brief intervention)
2. การดูแลช่วยเหลือจิตสังคม (psychosocial intervention)
3. การบำบัดถอนพิษ (detoxification)
4. การดูแลรักษาภาวะเสพติด (dependence management)
5. การให้นมบุตร (infant feeding)
6. การดูแลรักษาอาการขาดยาในทารก (infant withdrawal)

## ■ บุคคลและเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้

คณะกรรมการกำกับทิศขององค์การอนามัยโลก (WHO Steering Group)

คณะกรรมการกำกับทิศภายในจากแผนกต่าง ๆ ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด แผนกวิจัยและสุขภาพด้านการสืบพันธุ์ แผนกสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียมทางเพศ แผนกกริเริ่มปลอดบุหรี่

## คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Guideline Development Group; GDG)

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้มีประสบการณ์ในการจัดบริการสุขภาพในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีการทำแนวปฏิบัติโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การคัดเลือกคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติพิจารณาความสมดุลระหว่างเพศและความหลากหลายของภูมิภาค สมาชิกได้รับการคัดเลือกมาจากทั่วทุกภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก

ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสืบค้นหลักฐานและระเบียบวิธีการ GRADE ได้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ

## ผู้ทบทวนภายนอก (external review group)

ผู้ทบทวนภายนอกได้รับเชิญมาจากผู้ใช้แนวปฏิบัติ หน่วยงาน และพันธมิตรที่ทำงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ

ผู้ทบทวนภายนอกได้ประเมินและให้ข้อคิดเห็นระหว่างพัฒนาแนวปฏิบัติแต่ละระยะ ผู้ทบทวนภายนอกบางท่านเข้าร่วมการประชุมจัดกรอการทำงานครั้งแรกและประชุมตัดสินใจคำแนะนำครั้งสุดท้ายในฐานะ “แขกรับเชิญพิเศษ” เพื่อเป็นผู้สังเกตการณ์และให้ข้อคิดเห็น แต่ไม่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ โดยจะทำการทบทวนขอบเขตคำถาม ผลลัพธ์ที่น่าสนใจ ข้อมูลหลักฐาน และเอกสารคำแนะนำล่าสุดท้าย คำตอบของผู้ทบทวนภายนอกจะได้รับการรวบรวม และข้อคิดเห็นจะนำมาใช้ปรับปรุงขอบเขตของแนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่น่าสนใจ และคำแนะนำล่าสุดท้าย

## การดำเนินการประเด็นผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ทบทวนภายนอก และทีมที่ปรึกษาทุกคนได้บันทึกชี้แจงในแบบบันทึกแสดงผลประโยชน์ทับซ้อนขององค์การอนามัยโลก สมาชิกหลายท่านในคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติได้ชี้แจงผลประโยชน์ทางการเงินหรือการศึกษาที่ได้รับ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ทบทวนโดยฝ่ายเลขานุการด้านผลประโยชน์ทับซ้อน ดังนี้ Hendree Jones ได้รับงบประมาณจาก Reckitt Benckiser-บริษัทผู้ผลิตยาบิวพริโนร์ฟิน (buprenorphine) โดยได้ค่าตอบแทนเล็กน้อยจากการนำเสนอในการประชุมวิชาการ และได้รับยาบิวพริโนร์ฟินฟรีเพื่อใช้ในงานวิจัยทางคลินิก; Gabriele Fischer ได้รับค่าตอบแทนที่ปรึกษาเล็กน้อยจากบริษัท Reckitt Benckiser-ผู้ผลิตบิวพริโนร์ฟิน บริษัท Mundipharma-ผู้ผลิตมอร์ฟิน และบริษัท Lannacher- ผู้ผลิตยาจิตเวช; Anju Dhawan ได้รับงบประมาณเพื่อทำวิจัยทางคลินิกจากบริษัท Rusan Pharmaceuticals-ผู้ผลิตเมธาโดนและบิวพริโนร์ฟิน แต่เนื่องจากบุคคลดังกล่าวเป็นนักวิจัยและแพทย์ที่ได้รับการยอมรับในสาขานี้ และเมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่ได้รับ จึงมีข้อตกลงว่าบุคคลเหล่านี้ไม่ควรถูกตัดออกจากคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ แต่หากมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ทับซ้อน จะดำเนินการโดยไม่ให้เข้าร่วมอภิปรายหรือตัดสินใจที่สำคัญเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาที่มาจากบริษัทที่ได้รับเงินทุน การประชุมทั้งสองครั้งเริ่มต้นด้วยการชี้แจงผลประโยชน์ทับซ้อน เพื่อให้ชัดเจนว่าคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติที่ได้รับเงินทุนจากบริษัทยาจะไม่สามารถร่วมการอภิปรายในประเด็นคำถามที่เกี่ยวข้องยาที่มาจากบริษัทดังกล่าว

## แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นมาอย่างไร

การพัฒนาแนวปฏิบัตินี้เริ่มตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 2012 ภายใต้ความร่วมมือระหว่างแผนกสุขภาพจิตและสารเสพติดขององค์การอนามัยโลกกับโครงการริเริ่มปลอดบุหรี่ (Tobacco Free Initiatives) เพื่อจัดทำโครงร่างแนวปฏิบัติ มีการประชุมเสมือนจริง (virtual meeting) ของคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติ (GDG) และได้รับความเห็นชอบโครงร่างแนวปฏิบัติโดยคณะกรรมการทบทวนแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (WHO Guidelines Review Committee) กลุ่มพัฒนาแนวปฏิบัติประชุมผ่านการประชุมทางไกลและการประชุมเสมือนจริง รวมทั้งประชุมแบบต่อหน้าสองครั้ง โดยการประชุมครั้งแรกจัดขึ้นที่กรุงวอชิงตัน ดีซี ประเทศสหรัฐอเมริกา (วันที่ 29 มกราคม ถึง 1 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2013) เพื่อทบทวนหลักฐานอันตรายจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดรูปแบบต่าง ๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ และสรุปกรอบเนื้อหาและประเด็นหลักฐานที่สืบค้น การประชุมครั้งที่สองซึ่งเป็นครั้งสุดท้ายจัดที่สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก ณ กรุงเจนีวา (วันที่ 11-13 กันยายน ค.ศ. 2013) เป็นการนำเสนอข้อมูลหลักฐานที่สืบค้นโดยใช้ข้อมูลหลักฐาน (evidence profile) และตาราง GRADE และจัดทำคำแนะนำฉบับสุดท้าย หลังจากนั้นผ่านการทบทวนโดยผู้ทบทวนภายนอก และสรุปผลสุดท้ายโดยคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติด้วยการอภิปรายออนไลน์และประชุมทางไกลครั้งสุดท้าย

## การค้นหาและสืบค้นหลักฐาน

จาก 6 ประเด็นสำคัญตามที่ตกลงร่วมโดยคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติ นำมาสร้างคำถามหลักฐานที่เหมาะสมเพื่อควบคุมการสืบค้นหลักฐานอย่างเป็นระบบ เริ่มดำเนินการในเดือนเมษายน ค.ศ. 2013 คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติได้คัดเลือกและให้คะแนนผลลัพธ์ตั้งแต่ 1-9 โดย 9 หมายถึง มีความสำคัญ (จำเป็น) มากที่สุด และ 1 หมายถึงมีความสำคัญน้อยที่สุด แต่ละผลลัพธ์คำนวณมาเป็นค่าเฉลี่ย และผลลัพธ์ที่มีคะแนนสูงสุด 7 ข้อจึงนำมาเป็นประเด็นในการทบทวนหลักฐาน ยกเว้นกรณีที่คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติเห็นร่วมกันว่าจำเป็นต้องมีมากกว่า 7 ข้อ

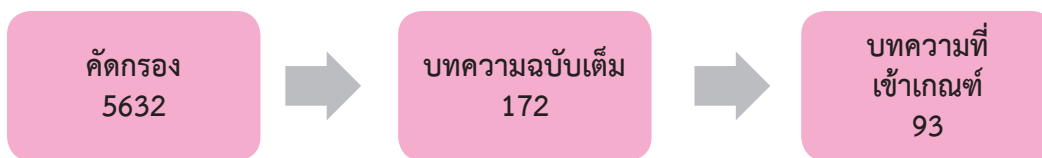
ผู้วิจัย 4 คน (ที่ปรึกษา 2 คน และเจ้าหน้าที่ฝึกหัดขององค์การอนามัยโลก 2 คน) เป็นผู้จัดการรวบรวมหลักฐาน การสืบค้นจากฐานข้อมูลต่าง ๆ โดย Tomas Allen ผู้เชี่ยวชาญข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก จากฐาน PubMed, EmBase, CENTRAL, Psycinfo, CINAHL วิธีการสืบค้นคือ ค้นหางานวิจัยแบบสุ่มเปรียบเทียบ (randomized controlled trial; RCT) และการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด หลังจากนั้นคัดแยกหลักฐานที่สืบค้นมาได้ออกเป็นประเด็นต่าง ๆ ตามกรอบจากทั้งหมดประมาณ 6,000 บทความ คัดกรองจากชื่อเรื่องและบทคัดย่อ แล้วจึงมาอ่านบทความฉบับเต็ม (ดูแผนภาพที่ 1 ตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ด้านล่างนี้) หากมีงานใหม่ที่เป็น Cochrane review หรือการทบทวนอย่างเป็นระบบอื่นที่มีคุณภาพสูง จะนำมาใช้เป็นหลักฐานหลักและเสนอผลในตาราง GRADE หากไม่มี Cochrane review หรือการทบทวนอื่นที่เทียบเท่า จะค้นหางาน RCT และทำการทบทวนอย่างเป็นระบบโดยใช้วิธีของ Cochrane ได้แก่ meta-analysis (ถ้ามี) เพื่อแสดงผลแล้วประเมินโดยใช้ GRADE



## ตารางที่ 1 จำนวนของบทความที่ได้จากการสืบค้นฐานข้อมูล

ฐานข้อมูล	จำนวนบทความ
PubMed	1,479
Embase	3,614
CENTRAL	84
PsychInfo	512
CINAHL	754
TOTAL	6,443
Deduplicated	5,632

## แผนภาพที่ 1: บทความที่คัดเลือกจากการสืบค้นวรรณกรรมตามเกณฑ์กำหนด



## ตารางที่ 2 จำนวนบทความและงานวิจัย RCTs ตามประเด็นหลักฐานที่สืบค้น

มาตรการ	จำนวนบทความ	จำนวนงานวิจัย RCTs
การคัดกรองและบำบัดแบบสั้น	17	10
การดูแลช่วยเหลือจิตสังคม	30	15
การบำบัดถอนพิษ	0	0
การบำบัดรักษาภาวะเสพติด	36	4
การให้นมบุตร	0	0
การดูแลรักษาทารก	5	4
ไม่สามารถจำแนกได้	5	n/a
รวม	93	33

เพื่อทดแทนช่องว่างงานวิจัย RCT ที่มีจำกัด จึงได้มีการสืบค้นงานวิจัยประเภทบททวนอย่างเป็นระบบตามกรอบแต่ละประเด็นที่กำหนด เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมให้ GRADE และพบว่า มี 598 บทความที่แม้ไม่ใช่งานวิจัย RCT แต่ยังคงถือว่ามีความสำคัญที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตามแนวปฏิบัตินี้

การสำรวจความนิยมและความพึงพอใจได้จัดทำในช่วง 3 สัปดาห์ของเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2013 ผู้ตอบแบบสำรวจ (หลายคนเป็นบุคลากรสุขภาพหรือหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงเพิ่งตั้งครรภ์) จะได้รับการร้องขอให้ลงคะแนนความพึงพอใจต่อคำแนะนำบับร่างในแต่ละข้อ และให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่ามีผลต่อตนอย่างไร ในการประชุมคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติแบบต่อหน้าครั้งสุดท้ายที่จัดในเดือนกันยายน ค.ศ. 2013 ได้มีการนำเสนอผลการวิเคราะห์คำตอบดังกล่าวในระหว่างอภิปรายคำแนะนำแต่ละข้อ คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติได้นำผลดังกล่าวมาใช้ในการให้น้ำหนักความนิยมและความพึงพอใจในขณะที่จัดระดับคำแนะนำแต่ละข้อ สามารถเข้าดูแบบบันทึกได้ที่ <https://sryyz.enketo.formhub.org/webform>

## ■ หลักฐานคำแนะนำ

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติใช้ระบบ GRADE เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานและใช้หลักฐานเป็นข้อมูลการตัดสินใจขณะจัดทำร่างคำแนะนำบับสุดท้าย ข้อมูลหลักฐานในกรอบ 6 ประเด็นที่สำคัญจะสรุปหลักฐานที่สืบค้นมาได้ ทั้งหลักฐานด้านความนิยม ความพึงพอใจ ประโยชน์ อันตราย และความเป็นไปได้ หากทำได้จะประเมินหลักฐานที่สืบค้นมาได้ด้วยวิธี GRADE และตาราง GRADE หลักฐานประสิทธิผลแบ่งระดับเป็น มาก (high) ปานกลาง (moderate) น้อย (low) หรือน้อยมาก (very low) ขึ้นอยู่กับความเชื่อมั่นผลที่วัดได้จากการประเมินงานวิจัย หลายคำถามหลักฐานที่พบว่าไม่มีหลักฐานหรือมีหลักฐานน้อยมากจะถูกจัดระดับไว้ที่คุณภาพต่ำมาก (very low quality) คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติทราบว่าจำเป็นต้องมีงานวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้หลักฐานที่หนักแน่นเป็นหลักในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติด คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติใช้ตารางการตัดสินใจ (decision table) เพื่อประเมินและตกลงร่วมกันในคุณภาพหลักฐานและความเชื่อมั่นถึงอันตรายและประโยชน์ ความนิยมและความพึงพอใจ ความเป็นไปได้และทรัพยากรที่พอเพียงในการนำไปใช้

ระดับของคำแนะนำ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

“strong (น่าเชื่อถือ)” หมายความว่า คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติมั่นใจในคุณภาพของหลักฐานประสิทธิผล และเชื่อมั่นในความนิยม ความพึงพอใจ ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของคำแนะนำ และคำแนะนำนี้ควรนำไปใช้ในสถานการณ์และหน่วยบริการส่วนใหญ่

หรือ

“conditional (มีเงื่อนไข)” หมายความว่า คณะทำงานฯ เชื่อมั่นน้อยในคุณภาพของหลักฐาน และความนิยม ความพึงพอใจ ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของคำแนะนำ ดังนั้นจึงอาจมีบางสถานการณ์หรือหน่วยบริการที่ไม่สามารถใช้คำแนะนำนี้ได้

โดยปกติแล้วการตัดสินใจทำโดยมติเห็นชอบร่วมกันในที่ประชุม แต่หากมีข้อโต้แย้งคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติจะใช้วิธีลงคะแนนและคะแนนเสียงส่วนใหญ่สองในสามเพื่อสรุปการตัดสินใจ หากคะแนนเสียงไม่ถึงสองในสาม มีข้อตกลงว่าให้ปรับแก้ไขแล้วนำมาลงมติอีกครั้ง ซึ่งเหตุการณ์นี้เกิดเพียงครั้งเดียวในคำแนะนำที่ 8 เรื่องการดูแลรักษาอาการถอนพิษสารกระตุ้นประสาท

## ■ คำแนะนำ

หลังทบทวนหลักฐานในแต่ละด้านจนครบทุกประเด็นอย่างครอบคลุมแล้ว คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติเห็นด้วยกับคำแนะนำต่อไปนี้เพื่อการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติด คำแนะนำแต่ละข้อจะตามด้วยหมายเหตุเพื่ออธิบายเนื้อหาและแง่มุมที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ในระหว่างการจัดทำคำแนะนำนี้ คณะพัฒนาแนวปฏิบัติได้ค้นพบช่องว่างงานวิจัยและเห็นชอบในคำถามและลำดับความสำคัญของการวิจัยตามรายการด้านท้ายของคำแนะนำนี้

### หลักการ

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติได้กำหนดว่า หลักการนี้นำไปประยุกต์ใช้ได้กับทุกคำแนะนำด้านล่าง โดยได้เสนอแนวทางในกระบวนการวางแผน การนำไปใช้ และการประเมินคำแนะนำที่สอดคล้องและเหมาะสมที่สุด ตามบริบทของประเทศและทรัพยากรที่มีอยู่

- I. **ให้ความสำคัญกับการป้องกัน (prioritizing prevention):** การป้องกัน ลด ละ เลิก ดื่มสุราและใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์และช่วงหลังคลอดเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของมารดาและบุตร

การขับเคลื่อนงานนี้ต้องใช้วิธีการหลากหลายด้วยการทำงานจากหลากหลายวิชาชีพ เช่น สิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์ ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านยุทธศาสตร์การป้องกันและสนับสนุนทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ และความพยายามส่งเสริมสุขภาพให้ที่บ้านและสังคมแวดล้อมที่มีสุขภาพ การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์และคู่ครองให้ตัดสินใจในทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดและป้องกันแรงกดดันให้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด

- II. **มีการเข้าถึงบริการป้องกันและบำบัดรักษา (ensuring access to prevention and treatment services):** หญิงตั้งครรภ์ทุกคนและครอบครัวที่มีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติด ควรเข้าถึงบริการป้องกันและบำบัดรักษาที่สามารถจ่ายได้ การจัดบริการควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษต่อการรักษาความลับกฎหมายของประเทศ และมาตรฐานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ ผู้หญิงไม่ควรถูกกีดกันด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยเหตุจากการใช้สารเสพติดของตน

หน่วยบริการสุขภาพควรมีความสามารถในการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีการใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติดได้ โดยความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติดควรได้รับการตรวจพบในระบบบริการสุขภาพเร็วที่สุดเท่าที่มีโอกาสและให้การรักษาที่มีคุณภาพ ราคาไม่แพง และเข้าถึงได้ บริการเฉพาะทางสำหรับผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติดนั้นถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในระบบสุขภาพและจำเป็นต้องมีในสัดส่วนที่พอเหมาะต่อความต้องการทางคลินิก บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติดควรคำนึงถึงความต้องการบริการดูแลเด็กเล็กตั้งแต่เข้ารับบริการ การจัดบริการต้องมีการรักษาความลับซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการสุขภาพทุกคน

- III. **เคารพความเป็นอิสระในตัวเองของผู้ป่วย (respecting patient autonomy):** ควรให้ความเคารพต่อความเป็นอิสระในตัวเองของหญิงตั้งครรภ์และให้หมบุดร ผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติดเมื่อต้องตัดสินใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพของตน ควรจะได้รับข้อมูลความเสี่ยงและประโยชน์อย่างครบถ้วนทั้งต่อตัวเองและทารกในครรภ์หรือทารกหลังคลอด ถึงทางเลือกการรักษาที่มีอยู่

ความเป็นอิสระในตัวเองของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นส่วนสำคัญที่สุดของบริการดูแลสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ การตัดสินใจในการรักษาควรยอมรับหลักจริยธรรมการให้บริการทางการแพทย์ เคารพความเป็นอิสระในตัวเองของหญิงตั้งครรภ์ในการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและสุขภาพของทารก รวมถึงสิทธิความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับเมื่อพูดคุยถึงทางเลือกในการรักษา การให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์และให้หมบุดรเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติดจะต้องชัดเจน ถูกต้อง และตรงกัน ผู้หญิงทุกคนที่ใช้สารเสพติดควรได้รับข้อมูลวิธีการคุมกำเนิดที่ได้ผลด้วย

- IV. **จัดบริการที่ครอบคลุม (providing comprehensive care):** บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์หรือให้หมบุดรที่มีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติดควรมีระดับความครอบคลุมที่สอดคล้องกับความซับซ้อนและธรรมชาติที่หลากหลายของความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติดและปัญหาอื่นก่อนหน้า

บริการแบบครอบคลุมสำหรับหญิงตั้งครรภ์และให้หมบุดรประกอบด้วย มาตรการป้องกันและรักษาหลากหลายที่คำนึงถึงความอ่อนไหวทางเพศ ที่สามารถตอบสนองความต้องการหลายด้าน เช่น ความต้องการบริการดูแลเด็กเล็ก โรคจิตเวชร่วมและโรคร่วมทางกาย โรคติดเชื้อต่าง ๆ การกินอาหารไม่ครบหมู่ และปัญหาสังคมจิตใจ ตัวอย่างเช่น ปัญหาสัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือสมาชิกในครัวเรือน ไร้อาศัย ความยากจน หรือความรุนแรง บริการแบบครอบคลุมที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมักทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

- V. **ป้องกันการเลือกปฏิบัติและตีตรา (safeguarding against discrimination and stigmatization):** มาตรการป้องกันและรักษาหญิงตั้งครรภ์หรือให้หมบุดรควรให้ด้วยวิธีการที่ป้องกันไม่ให้เกิดการตีตรา เลือกปฏิบัติ หรือกีดกัน รวมทั้งส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือจากรอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยเสริมการเชื่อมต่อกับบริการดูแลเด็กเล็ก การจ้างงาน การศึกษา การจัดหาที่อยู่อาศัย และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ผู้ให้บริการสุขภาพควรหาทางสร้างสัมพันธภาพแบบผู้รักษากับผู้ป่วย (clinician-patient relationship) โดยไม่แบ่งแยกหรือตีตรา ข้อมูลสำคัญทั้งหมดเกี่ยวกับความเสี่ยงการใช้สารเสพติดและประโยชน์ของการรักษา ควรสื่อสารแบบไม่ตัดสิน ด้วยท่าทีที่เคารพ ไม่ตีตรา และเห็นอกเห็นใจ เหมาะสมตามความแตกต่างตามวัย วัฒนธรรม และภาษา ข้อมูลสำคัญทั้งหมดต้องสื่อทั้งการพูดและการอ่านเขียนด้วยภาษาตามระดับความรู้ของผู้ป่วย ผู้ให้บริการสุขภาพควรตอบสนองด้วยความระมัดระวังในข้อมูลที่ผู้ป่วยเปิดเผยความลับหรือละเอียดอ่อนใจ (เช่น ความรุนแรงทางเพศหรือการทำร้ายตนเอง)

## การคัดกรองและบำบัดแบบสั้นสำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตรายระหว่างตั้งครรภ์

หลักฐานประสิทธิผลการคัดกรองและบำบัดแบบสั้นระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นช่วงที่มาตราฐานรายงานและเครื่องมือวัดอคติยังไม่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นคุณภาพหลักฐานจึงจัดอยู่ในระดับต่ำหรือต่ำมาก อย่างไรก็ตาม จากหลักฐานที่สืบค้นมาได้บ่งชี้ว่าการถามเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอย่างละเอียดและครบถ้วน อาจเพิ่มความตระหนักของผู้หญิงถึงความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด และอาจส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

การบำบัดเสริมแรงเชิงบวกแบบสั้นพบว่าช่วยลดจำนวนแก้วที่ดื่มและจำนวนวันที่ดื่มหนักในช่วงหลังคลอดได้ หญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราปริมาณมากอาจลดการดื่มลงหลังได้รับการบำบัดแบบสั้น และรวมทั้งคู่สมรสด้วย

วัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดพบว่าลดการใช้สารเสพติดลงหลังจากได้รับการบำบัดแบบสั้นที่ได้มาตรฐานเพียงครั้งเดียว

### คำแนะนำที่ 1

ผู้ให้บริการสุขภาพควรสอบถามหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด (ทั้งในอดีตและปัจจุบัน) ให้เร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ในช่วงตั้งครรภ์และในทุกครั้งที่มาฝากครรภ์

ระดับของคำแนะนำ: **strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **low**

#### ข้อสังเกต:

- การสอบถามทุกครั้งที่มาฝากครรภ์มีความสำคัญ เนื่องจากผู้หญิงบางคนมีแนวโน้มที่จะบอกข้อมูลที่อ่อนไหวนี้ หลังเกิดสัมพันธภาพที่ไว้วางใจได้แล้วเท่านั้น
- หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับคำแนะนำถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ต่อตนเองและทารก ด้วยเหตุจากการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด
- เครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงในการคัดกรองการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดหรือความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดมีพร้อมใช้แล้ว (ดูภาคผนวกที่ 3)
- ผู้ให้บริการสุขภาพควรเตรียมพร้อมในการดูแลรักษาหรือส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ทุกคนที่ตรวจพบว่าดื่มสุราและ/หรือใช้สารเสพติด (ทั้งในอดีตและปัจจุบัน)
- แม้คุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำ แต่ประโยชน์จากความเป็นไปได้ในการลดการดื่มหรือใช้สารเสพติดมีมากกว่าอันตรายใด ๆ ที่อาจเกิดจากการบำบัดแบบสั้น (ซึ่งมีน้อยมาก) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบแล้วพบประโยชน์มากกว่าอันตรายอย่างชัดเจน แม้ว่าระดับของประโยชน์อาจจะยังไม่แน่นอน นอกจากนี้การระบในการนำไปปฏิบัติมีเพียงเล็กน้อย

## คำแนะนำที่ 2

ผู้ให้บริการสุขภาพควรให้การบำบัดแบบสั้นแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด

ระดับของคำแนะนำ: **strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **low**

### ข้อสังเกต:

- การบำบัดแบบสั้นเป็นการบำบัดแบบมีโครงสร้างที่ใช้เวลาน้อย (ปกติประมาณ 5-30 นาที) มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้บุคคลนั้น ลด ละ เลิก การใช้สารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การบำบัดนี้ออกแบบมาโดยเฉพาะสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและบุคลากรสุขภาพปฐมภูมิ
- ผู้ให้บริการสุขภาพควรได้รับการฝึกอบรมและเอกสารคู่มือการบำบัดที่เหมาะสม
- การบำบัดแบบสั้นควรปรับให้เหมาะกับผู้รับบริการแต่ละราย การบำบัดแบบสั้นหมายถึงการให้ข้อมูลสะท้อนกลับและการให้คำแนะนำเพื่อ ลด ละ เลิก ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์ อาจจำเป็นต้องติดตามนัดหมายผู้ป่วย หรือส่งต่อไปรักษาต่อในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถลดหรือเลิกได้
- ทศนคติ/วิธีการพูดคุยของผู้ให้บริการสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิผลของการบำบัดแบบสั้น
- เช่นเดียวกับคำแนะนำที่ 1 แม้คุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำ แต่ถือว่าเป็นคำแนะนำระดับ strong ทั้งนี้เนื่องจากประโยชน์จากความเป็นไปได้ในการลดการดื่มหรือใช้สารเสพติดมีมากกว่าอันตรายใด ๆ ที่อาจเกิดจากการบำบัดแบบสั้น (ซึ่งมีน้อยมาก) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบแล้วพบประโยชน์มากกว่าอันตรายอย่างชัดเจน แม้ว่าระดับของประโยชน์อาจจะยังไม่แน่นอน นอกจากนี้การนำไปปฏิบัติมีเพียงเล็กน้อย

## การดูแลช่วยเหลือจิตสังคมสำหรับความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์

ความหมายของ “ความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติด (substance use disorders)” หมายรวมถึง กลุ่มอาการเสพติด (dependence syndrome) และการใช้แบบอันตราย (harmful use) สำหรับสารเสพติดที่ ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สุรา) กัญชา สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (ATS) โคเคน โอปิออยด์ (opioids) และเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) การทบทวนหลักฐานได้ค้นหางานวิจัยประเมิน ประสิทธิภาพของการดูแลช่วยเหลือจิตสังคมต่าง ๆ ได้แก่ การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy; CBT) การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing; MI) การบำบัดโดยให้สิ่งจูงใจ (contingency management; CM) และการเยี่ยมบ้าน งานวิจัยทุกชิ้นทำในหน่วยบริการเฉพาะทางที่ ให้การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ส่วนการรักษาตามปกติ (treatment-as-usual) ในที่นี้หมายถึง การดูแล ทางจิตสังคมที่ไม่มีโครงสร้างชัดเจน (ไม่ได้หมายถึง ไม่มีการช่วยเหลือทางสังคมเลย)

- ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (CBT) อาจจะมีดีกว่าการรักษาตามปกติ ในแง่ของการคงอยู่ในการรักษา (retention treatment) การลดความเสี่ยงเพศสัมพันธ์และความเสี่ยง การใช้เข็มฉีดยา และการคลอดก่อนกำหนด
- ผลการศึกษานับสนับสนุนว่าการบำบัดโดยให้สิ่งจูงใจ (CM) เหนือกว่าการรักษาตามปกติในแง่ของการคงอยู่ใน การรักษา ร้อยละของผลปัสสาวะเป็นลบ จำนวนสัปดาห์ที่หยุดใช้โคเคนติดต่อกัน
- ผลการศึกษามิพบหลักฐานสนับสนุนว่าการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) เหนือกว่าการรักษาตาม ปกติหรือการให้สุขศึกษา โดยได้ผลใกล้เคียงกันในการคงอยู่ในการรักษาและปัญหาการใช้สารเสพติดของ มารดา
- การทบทวนงานวิจัยแบบสุ่มพบว่าการเพิ่มจำนวนครั้งของเยี่ยมบ้านหลังคลอดไม่มีผลต่อการลดการใช้ สารเสพติดหรือการใช้สุราในมารดา และไม่เพิ่มความร่วมมือในการรักษาความผิดปกติพฤติกรรมใช้ สารเสพติด

### คำแนะนำที่ 3

ผู้ให้บริการสุขภาพที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ควรให้การประเมินแบบครอบคลุมและจัดบริการรายบุคคล

ระดับของคำแนะนำ: **Conditional**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

#### ข้อสังเกต:

- การประเมินการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดแบบครอบคลุมในระหว่างตั้งครรภ์หรือช่วงหลังคลอด ประกอบด้วย การประเมินรูปแบบการใช้สารเสพติด โรคร่วมทางกายหรือโรคจิตเวชร่วม บริบทของครอบครัว รวมถึงปัญหาสังคม
- การจัดบริการรายบุคคล เป็นการเลือกวิธีการดูแลช่วยเหลือจิตสังคมที่เหมาะสมด้วยระดับความเข้มข้นของการบำบัดที่แตกต่างกันตามความต้องการของหญิงตั้งครรภ์และทรัพยากรที่มีอยู่ การดูแลช่วยเหลือจิตสังคม รวมทั้งการบำบัดทางจิตใจ และการช่วยเหลือทางสังคม ที่มีระดับความเข้มข้นแตกต่างกันตั้งแต่ น้อยจนถึงมาก การดูแลช่วยเหลือจิตสังคมและช่วยเหลือทางสังคมในที่นี้ หมายถึง รูปแบบการดูแลที่เข้มข้น โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้านการดูแลรักษาความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติดและมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เทคนิคการบำบัดทางจิตใจในกลุ่มนี้ ได้แก่ การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy; CBT) การบำบัดโดยให้สิ่งจูงใจ (contingency management; CM) การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing/enhancement; MI/MET) ส่วนการช่วยเหลือทางสังคมในที่นี้ หมายถึง การจัดหาที่อยู่อาศัย การฝึกอาชีพ การฝึกทักษะพ่อแม่ การฝึกทักษะชีวิต การให้คำแนะนำทางกฎหมาย การเยี่ยมบ้าน และการออกหน่วยในพื้นที่
- แม้ว่าประโยชน์ของการดูแลช่วยเหลือจิตสังคมมีมากกว่าอันตราย แต่คำแนะนำนี้จัดอยู่ในกลุ่ม conditional เนื่องจากยังขาดหลักฐานที่ชัดเจนและความเป็นไปได้ในการจัดทรัพยากรสู่การปฏิบัติ



## การบำบัดถอนพิษหรือโปรแกรมเลิกเสพยาในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาติดยาหรือสารเสพติด

กลุ่มอาการขาดยาที่จำเป็นต้องให้ยารักษาในระหว่างตั้งครรภ์พบในสารเสพติดสามชนิด ได้แก่ เบนโซไดอะซีปีนส์ (benzodiazepines) โอปิออยด์ (opioid) และเครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ ส่วนกลุ่มอาการขาดยาที่เกิดจากการหยุดใช้สารเสพติดอื่น (เช่น สารกระตุ้นประสาท) ไม่จำเป็นต้องให้ยารักษา หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบำบัดถอนพิษด้วยยาได้สำเร็จนั้น ไม่พบหลักฐานใด ๆ ว่าเกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ระหว่างการถอนพิษ และไม่พบความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์หรือการคลอดก่อนกำหนด

การเสพยาติดยาโอปิออยด์ นอกจากแนะนำให้หยุดใช้แล้ว ยังมีอีกทางเลือกหนึ่งคือรักษาโดยใช้โอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long-acting opioids) เช่น เมธาโดน (methadone) หรือ บิวพรีนอร์ฟิน (buprenorphine) เพื่อคงระดับของโอปิออยด์ให้คงที่ (ข้อมูลหลักฐานที่ 4 ภาคผนวกที่ 1) แม้ว่าการรักษาวิธีนี้มีความเสี่ยงเกิดอาการขาดโอปิออยด์ในทารก (neonatal opioid withdrawal) ได้ แต่โอปิออยด์ไม่เป็นอันตรายที่ระดับยาคงที่ ในทางตรงกันข้าม การหยุดโอปิออยด์ทันทีที่เพิ่มความเสี่ยงมากที่จะกลับไปเสพยาด้วยโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์สั้น (เช่น เฮโรอีน) อย่างไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นการตัดสินใจระหว่างการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ (opioid maintenance treatment) ซึ่งมีความเสี่ยงที่เฝ้ารอว่าจะเกิดอาการขาดยาในทารกแต่เสี่ยงกลับไปเสพยาซ้ำน้อย เทียบกับการบำบัดถอนพิษ (opioid detoxification) ซึ่งหากทำได้สำเร็จจะไม่มีความเสี่ยงอาการขาดยาในทารก แต่หากทำไม่สำเร็จจะมีความเสี่ยงสูงต่อทารก ทั้งอาการขาดโอปิออยด์ในทารก และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (intrauterine growth retardation; IUGR) และผลเสียต่อมารดา เช่น ไข้ยาเกินขนาด (overdose) ได้

สำหรับการเสพยาติดยาอื่น ๆ ยังไม่มีทางเลือกด้วยวิธีให้ยาแบบประคับประคอง (maintenance treatment)

## คำแนะนำที่ 4

ผู้ให้บริการสุขภาพควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราหรือสารเสพติดให้หยุดดื่มสุราหรือหยุดใช้สารเสพติดให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ และจัดบริการหรือส่งต่อเข้ารับบริการบำบัดถอนพิษภายใต้การดูแลทางการแพทย์หากจำเป็นและจัดให้ได้

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

### ข้อสังเกต:

- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดสุราหรือสารเสพติดที่ตัดสินใจเข้ารับบริการบำบัดถอนพิษ ควรได้รับการช่วยเหลืออาการขาดยาจากสารเสพติดในโรงพยาบาลหรือแบบผู้ป่วยใน หากมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
- การบำบัดถอนพิษสามารถทำได้ทุกระยะของอายุครรภ์ แต่ไม่ควรใช้ยา antagonist (เช่น naloxone หรือ naltrexone ในกรณีมีอาการขาดโอปิออยด์) เพื่อเร่งกระบวนการถอนพิษ ไม่ว่าจะตั้งครรภ์ในระยะใดก็ตาม
- ควรให้ความสำคัญกับทั้งสุขภาพของมารดาและทารก ระหว่างการบำบัดถอนพิษและการปรับการรักษา
- คำแนะนำนี้ไม่ใช้สำหรับการเสพติดโอปิออยด์และเสพติดเบนโซไดอะซีปีนส์ ซึ่งจะกล่าวไว้ในข้อแนะนำที่ 5 และ 6 ต่อไป
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้คุณภาพหลักฐานประสิทธิผลของมาตรการบริการสุขภาพต่ำมาก ทั้งนี้เนื่องจากว่ามีหลักฐานชัดเจนถึงอันตรายต่อทารกในครรภ์หากมารดายังคงใช้สารเสพติดต่อไป และประโยชน์ที่เกิดทั้งต่อมารดาและทารกจากการหยุดดื่มสุราหรือหยุดใช้สารเสพติดภายใต้การดูแลทางการแพทย์นั้นมากกว่าอันตรายใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นอย่างชัดเจน

## คำแนะนำที่ 5

หญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาโคโอดีนควรได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ (opioid maintenance) (หากสามารถจัดบริการได้) มากกว่ารักษาโดยการบำบัดถอนพิษ

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

### ข้อสังเกต:

- การรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ (opioid maintenance) ในที่นี้ หมายถึง การรักษาแบบประคับประคองด้วยเมธาโดน (methadone maintenance treatment) หรือ การรักษาแบบประคับประคองด้วยบิวพรีนอร์ฟิน (buprenorphine maintenance treatment)
- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาโคโอดีน ที่ต้องการรับการบำบัดถอนพิษ ควรได้รับคำแนะนำว่า การใช้ยาเพื่อช่วยลดอาการขาดยา มีโอกาสกลับไปเสพยาได้มากกว่าการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์
- การบำบัดถอนพิษจากโอปิออยด์ด้วยยา ควรรักษาเฉพาะแบบผู้ป่วยใน โดยค่อยๆ ลดขนาดเมธาโดนหรือบิวพรีนอร์ฟินลง นอกจากนี้ ควรพิจารณาให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน ช่วงเริ่มรักษา และช่วงปรับขนาดยา ให้เหมาะสมสำหรับการรักษาแบบประคับประคอง (maintenance treatment)
- ควรมีการดูแลช่วยเหลือจิตสังคมบูรณาการร่วมเข้าไปในกระบวนการรักษานี้
- หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบำบัดถอนพิษจากโอปิออยด์ด้วยยาไม่สำเร็จ ควรให้การรักษาด้วยยา opioid agonist
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้คุณภาพหลักฐานประสิทธิผล RCT ต่ำ แต่เนื่องจากอัตราการกลับเสพยาโคโอดีนซ้ำหลังการบำบัดถอนพิษสูง และความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อมารดาและทารก หากบำบัดถอนพิษไม่สำเร็จนั้นรุนแรงมากเมื่อเทียบกับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ที่มีความเสี่ยงต่ำมาก

## คำแนะนำที่ 6

หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดเบนโซไดอะซีปีนส์ (benzodiazepines) ควรค่อยๆ ลดขนาดลง โดยใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long-acting benzodiazepines)

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- เบนโซไดอะซีปีนส์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาวควรใช้เพียงช่วงสั้น ๆ เท่าที่มีความจำเป็นทางการแพทย์เพื่อการบำบัดถอนพิษเบนโซไดอะซีปีนส์
- การดูแลช่วยเหลือจิตสังคมควรให้ตลอดระยะเวลาการบำบัดถอนพิษเบนโซไดอะซีปีนส์
- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดเบนโซไดอะซีปีนส์ ควรพิจารณาให้การบำบัดถอนพิษแบบผู้ป่วยใน
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้ว่าคุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำมาก ทั้งนี้เนื่องจากการใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ต่อไปในขณะที่ตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่ออันตรายสูง ในขณะที่เดียวกับการหยุดเบนโซไดอะซีปีนส์ทันทีอาจทำให้เกิดกลุ่มอาการขาดยาที่รุนแรง เช่น ชัก หรืออาการโรคจิตได้ การค่อยๆ ลดเบนโซไดอะซีปีนส์ลงจึงเป็นตัวเลือกเดียวในทางปฏิบัติ จากประสบการณ์ทางคลินิกพบว่าวิธีการนี้เป็นไปได้และปลอดภัย ดังนั้นคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติจึงเห็นร่วมกันว่า ประโยชน์ของการค่อยๆ ลดเบนโซไดอะซีปีนส์ลงมีมากกว่าอันตรายที่เกิดจากการใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ต่อไปหรือการหยุดใช้ทันที

## คำแนะนำที่ 7

หญิงตั้งครรภ์ที่เกิดอาการขาดสุราหลังหยุดดื่ม ควรได้รับเบนโซไดอะซีปีนส์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long-acting benzodiazepine) ในช่วงสั้นๆ

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- การบำบัดภาวะถอนพิษสุรามักให้ thiamine ร่วมด้วย
- การบำบัดภาวะถอนพิษสุราอาจใช้แบบประเมนอาการขาดสุรา เช่น CIWA-Ar ช่วยในการประเมินได้
- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราควรพิจารณาให้การบำบัดถอนพิษแบบผู้ป่วยใน
- อาการขาดสุราอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ กระตุ้นให้เกิดอาการชัก และ delirium ได้ หลักฐานจากประชากรทั่วไป (ไม่ได้ตั้งครรภ์) แสดงถึงประสิทธิผลของเบนโซไดอะซีปีนส์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาวในการป้องกันการชักและ delirium จากอาการขาดสุราได้ เนื่องจากอาการขาดสุรามีความรุนแรงและไม่พบอันตรายในการใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ในช่วงสั้นๆ และมีหลักฐานสนับสนุนการใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ในการบำบัดถอนพิษสุราในประชากรทั่วไป คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติจึงเห็นร่วมกันว่าคำแนะนำนี้ควรจัดอยู่ระดับ strong แม้คุณภาพหลักฐานในหญิงตั้งครรภ์ต่ำก็ตาม

## คำแนะนำที่ 8

การบำบัดถอนพิษในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดสารกระตุ้นประสาทนั้น การรักษาด้วยยาอาจมีประโยชน์ช่วยรักษาอาการทางจิตเวช แต่ไม่ถือเป็นวิธีการรักษาพื้นฐานในทุกกราย

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

### ข้อสังเกต:

- การรักษาภาวะถอนพิษจากการเสพติดสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนหรือโคเคน ไม่ควรให้ยาจิตเวชเป็นวิธีการหลักในการรักษาหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่มีหลักฐานว่าการบำบัดถอนพิษด้วยยาามีประโยชน์ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ ยกเว้นการรักษาภาวะเมาสารกระตุ้นประสาท
- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดสารกระตุ้นประสาทควรพิจารณาให้การบำบัดถอนพิษแบบผู้ป่วยใน
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้คุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำมาก ทั้งนี้เนื่องจากอันตรายต่อมารดาและทารกเกิดได้สูงหากยังคงใช้สารกระตุ้นประสาทต่อไป ในขณะที่ความเสี่ยงของการให้ยาจิตเวช (ที่ไม่ทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์) ในระยะสั้นเพื่อรักษาอาการทางจิตเวชในช่วงตั้งครรภ์นั้นต่ำมาก ดังนั้น ประโยชน์ของการให้ยาจิตเวชเพื่อรักษาอาการในระหว่างถอนพิษสารกระตุ้นประสาท (หากมีความจำเป็น) มากกว่าอันตรายอย่างชัดเจน

## การรักษาด้วยยา (แบบประคับประคองและป้องกันการกลับเสพยา) สำหรับการเสพยาและสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์

การทบทวนอย่างเป็นระบบเปรียบเทียบการรักษาด้วยเมธาโดนและบิวพริโนรฟิน และ เมธาโดนและมอร์ฟินแบบออกฤทธิ์ช้า (slow-release morphine) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติด และหลักฐานประเมินประสิทธิภาพ สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้:

- การรักษาด้วยยาพบว่าได้ผลดีในการรักษาการเสพยาโอปิออยด์และการเสพยาเบนโซไดอะซีปีนส์ โดยเมธาโดนหรือบิวพริโนรฟินพบว่ามีประสิทธิผลใกล้เคียงกันในการรักษาการเสพยาโอปิออยด์ ในขณะที่เมธาโดนอาจทำให้มารดาคงอยู่ในการรักษาได้ดีกว่า แต่บิวพริโนรฟินอาจทำให้เกิดอาการขาดยาในทารก (neonatal abstinence syndrome; NAS) รุนแรงน้อยกว่า การคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า และน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า
- การให้การดูแลทางจิตสังคมร่วมกับการรักษาด้วยยาพบว่าดีกว่าการรักษาด้วยยาอย่างเดียว
- ไม่พบหลักฐานการใช้ยาเพื่อป้องกันการกลับดื่มซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยา (acamprosate, disulfiram, nalmefene, naltrexone)
- ไม่พบหลักฐาน RCT ในการใช้ naltrexone เพื่อป้องกันการกลับเสพยาในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาโอปิออยด์
- ไม่พบหลักฐานการรักษาแบบประคับประคองด้วยเบนโซไดอะซีปีนส์ระยะยาว (benzodiazepine maintenance) ในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเบนโซไดอะซีปีนส์

### คำแนะนำที่ 9

ไม่แนะนำให้ใช้การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาทั่วไปในทุกสัปดาห์ สำหรับการรักษาภาวะเสพยาสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน กัญชา โคเคน หรือสารระเหยในผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์

ระดับของคำแนะนำ: **Conditional**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

#### ข้อสังเกต:

- ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้กัญชา สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน โคเคน และสารระเหย ควรมุ่งการรักษาด้วยการดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
- คำแนะนำนี้จัดไว้ระดับ conditional (มีเงื่อนไข) เนื่องจากไม่มีงานวิจัยในหัวข้อดังกล่าวเลย

## คำแนะนำที่ 10

เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลความปลอดภัยและประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาสำหรับการเสพติดสุราในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้นควรมีการวิเคราะห์ประโยชน์-ความเสี่ยงเป็นรายบุคคล

ระดับของคำแนะนำ: **Conditional**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดสุราควรได้รับการดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
- คำแนะนำนี้จัดไว้ระดับ conditional (มีเงื่อนไข) เนื่องจากไม่มีงานวิจัยในหัวข้อดังกล่าวเลย

## คำแนะนำที่ 11

ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์ ควรได้รับคำแนะนำให้เริ่มการรักษาแบบประคับประคองด้วยตัวโอปิออยด์ (opioid maintenance therapy) โดยใช้เมธาโดน (methadone) หรือบิวพริโนร์ฟิน (buprenorphine) หรือคงวิธีการรักษานี้ต่อไป

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์ ควรได้รับการสนับสนุนให้เริ่มใช้การรักษาด้วยยา opioid agonist ร่วมกับการดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์และรับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์โดยใช้เมธาโดนอยู่แล้ว ไม่ควรแนะนำให้เปลี่ยนเป็นบิวพริโนร์ฟิน เนื่องจากเสี่ยงต่ออาการขาดโอปิออยด์ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์และได้รับบิวพริโนร์ฟินอยู่แล้ว ไม่ควรแนะนำให้เปลี่ยนเป็นเมธาโดน ยกเว้นผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่
- ในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์ ควรให้ตำรับยาบิวพริโนร์ฟินตัวเดียว มากกว่าให้ตำรับยารวมบิวพริโนร์ฟิน/นาลอกโซน (naloxone)
- ไม่ว่าจะเลือกใช้ยาชนิดใดก็ตาม ควรให้การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคมบูรณาการในการรักษาด้วยเสมอ
- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์และต้องการรับการรักษาด้วยยา opioid antagonist ควรแนะนำให้ลี้มเล็กทางเลือกรนี้
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong ทั้ง ๆ ที่คุณภาพหลักฐานต่ำ เนื่องจากอัตราการกลับไปเสพติดโอปิออยด์ซ้ำหลังการบำบัดถอนพิษมีสูง และความเสี่ยงอันตรายจากการบำบัดถอนพิษไม่สำเร็จรุนแรงมากเมื่อเทียบกับความเสี่ยงอันตรายเพียงเล็กน้อยจากการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์

## การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการใช้สารเสพติดดองมารดา

การเสริมความผูกพันระหว่างมารดากับทารกผ่านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นสิ่งสำคัญมาก โดยเฉพาะผู้หญิงที่รู้สึกผิดว่าได้ใช้สารเสพติดในช่วงตั้งครรภ์หรือผู้หญิงที่ขาดความมั่นใจในทักษะการเป็นแม่ของตน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และ/หรือน้ำนมแม่อาจช่วยลดอุบัติการณ์และ/หรือ ความรุนแรงของอาการขาดยาในทารก (neonatal withdrawal syndrome) ที่ได้รับโอปิออยด์มาก่อน

หลักฐานการตอบสนองต่อความเครียดลดลงและหัวใจเต้นช้าลง (แสดงถึงการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติดีขึ้น) ในหญิงที่ให้นมบุตรเปรียบเทียบกับหญิงที่ไม่ได้ให้นมบุตร เห็นได้ชัดในหญิงที่เสพติดสารเสพติด ความเครียดอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางจิตเวชและเชื่อมโยงกับการกลับเสพซ้ำ อัตราการติ่มสุรา การติ่มหนัก การใช้บุหรี่และกัญชา พบว่ากลับมาสูงขึ้นมากในช่วงหลังคลอดเปรียบเทียบกับช่วงระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด และคุณแม่มีแนวโน้มที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีโอกาสูงที่จะใช้สารเสพติดหรือกลับไปใช้สารเสพติด พยาธิสภาพทางจิตใจของมารดาพบได้ในหญิงที่เสพติดสารเสพติดมากกว่าหญิงทั่วไป และมักมีการตัดสินใจที่ไม่ดี เพิ่มความเสี่ยงสุขภาพต่อทารกที่ติ่มนมแม่

นอกจากนั้น อาการร่วงซึมของแม่ การหลับตื่นไม่เป็นเวลา หรือมีปฏิกิริยาตอบสนองช้าลงเนื่องจากติ่มสุราหรือใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในทารก รวมถึงการนอนหลับทับทารกขณะให้นมแม่ได้



## คำแนะนำที่ 12

ก. มารดาที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ควรสนับสนุนให้ยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยกเว้นมีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์อย่างเห็นได้ชัด

ข. มารดาให้นมบุตรที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ควรได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือให้เลิกดื่มหรือเลิกใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตามการใช้สารเสพติดไม่ถึงเป็นข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ระดับของคำแนะนำ: **Conditional**

คุณภาพของหลักฐาน: **low**

### ข้อสังเกต:

- การประเมินความเสี่ยงควรคำนึงถึงความเสี่ยงจากการสัมผัสแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดในน้ำนม การติดเชื้อ HIV รูปแบบการใช้สารเสพติดในแต่ละราย ผลลัพธ์ทดแทนนมแม่ที่ปลอดภัยและราคาไม่แพง รวมถึงการเข้าถึงน้ำสะอาด อุปกรณ์ฆ่าเชื้อ และอายุของเด็ก/ทารก ตัวอย่างเช่น การดื่มสุราอย่างหนักทุกวันในผู้เสพติดสุราจะมีความเสี่ยงสูงต่อทารกได้ ดังนั้นหากมีผลิตภัณฑ์ทดแทนนมมารดาที่ปลอดภัยแล้ว การงดให้นมบุตรอาจเป็นทางเลือกที่ดีกว่า เป็นต้น
- ข้อมูลที่ให้แก่หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ว่าให้หยุดดื่มสุราหรือหยุดใช้สารเสพติดขณะให้นมบุตรนั้น ควรให้ด้วยวิธีที่ไม่ทำให้เสียโอกาสที่จะได้ประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การปรับเวลาให้นมบุตร หรือใช้วิธีการอื่น ๆ เช่น นมแม่แช่แข็งหรือผลิตภัณฑ์ทดแทนนมแม่ที่สามารถหาได้และใช้ได้อย่างปลอดภัย เป็นวิธีช่วยลดความเสี่ยงของการได้รับสารเสพติดผ่านนมแม่ได้ แม่ที่ดื่มสุราเป็นครั้งคราวควรงดให้นมบุตรเป็นเวลา 2 ชั่วโมงหลังจากดื่มสุราหนึ่งดื่มมาตรฐาน (10 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์) หรือนาน 4-8 ชั่วโมงหลังจากดื่มมากกว่า 1 มาตรฐาน ของการดื่มแต่ละครั้ง ขอแนะนำการให้นมบุตรในหญิงที่ติดเชื้อ HIV ควรคำนึงถึงความเสี่ยงในการแพร่เชื้อ HIV ด้วย (ตามแนวปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการติดเชื้อ HIV ขององค์การอนามัยโลก)
- มารดาของทารกที่มีอาการขาดยาในทารก (neonatal withdrawal syndrome) ควรได้รับข้อมูลการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ conditional เนื่องจากความนิยมและความพึงพอใจที่หลากหลายของมารดา และไม่พบหลักฐานอันตรายที่ชัดเจนจากการใช้สารเสพติดในขนาดต่ำระหว่างตั้งครรภ์

### คำแนะนำที่ 13

การสัมผัสผิวกายซึ่งกันและกันเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเลือกวิธีการให้นมแบบใด และต้องสนับสนุนอย่างจริงจัง ให้มารดาที่มีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติดที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **low**

ข้อสังเกต:

- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้ว่าคุณภาพหลักฐานต่ำมาก ทั้งนี้เนื่องจากความเสี่ยงอันตรายมีน้อย ใช้ทรัพยากรไม่มาก ความนิยมและความพึงพอใจในคำแนะนำสูง และมั่นใจในความสมดุลระหว่างประโยชน์และอันตราย

### คำแนะนำที่ 14

มารดาที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ โดยเมธาโดนหรือบิวพริเนอร์ฟินจนอาการคงที่ ควรสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยกเว้นมีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์อย่างชัดเจน

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **low**

ข้อสังเกต:

- ผู้หญิงที่ได้รับการรักษาด้วยโอปิออยด์ เช่น เมธาโดนหรือบิวพริเนอร์ฟิน และต้องการจะหยุดให้นมบุตร อาจค่อย ๆ หย่านมอย่างช้า ๆ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอาการขาดยา
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้ว่าคุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำ เนื่องจากพิจารณาแล้วพบว่ามีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดประโยชน์จากการหลีกเลี่ยงอาการขาดยาในทารกมีมากกว่าอันตรายอย่างชัดเจน ผลจากการสำรวจผู้ใช้แนวปฏิบัติพบว่าความนิยมและความพึงพอใจในคำแนะนำสูง และมั่นใจในความสมดุลของประโยชน์และทรัพยากรที่ใช้

## การดูแลรักษาทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์และสารเสพติด ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

หมายเหตุ: กลุ่มอาการขาดยาในทารก ในที่นี้ใช้คำว่า “neonatal withdrawal syndrome” ตามคำศัพท์ขององค์การอนามัยโลก มีความหมายเดียวกับ “neonatal abstinence syndrome (NAS)” ที่มักใช้กันทั่วไป

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนน้อยและมีความเสี่ยงที่จะเกิดอคติในการประเมิน ดังนั้น หลักฐานประสิทธิผลของการรักษานี้ยังไม่สามารถบอกได้ ต้นแบบการดูแลรักษาในกลุ่มอาการขาดยาในทารก (neonatal withdrawal syndrome) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากตลอดช่วงเวลา 40 กว่าปีที่ผ่านมา แนวปฏิบัติการรักษาในระยะแรกที่ตีพิมพ์เผยแพร่ใช้น้ำหนักตัวเป็นฐานเทียบกับตารางการรักษาด้วย phenobarbital และ paregoric ส่วนการรักษาในปัจจุบันใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ เช่น morphine sulfate หรือ tincture of opium หรือยากลุ่มกดประสาท โดยทั่วไปใช้ phenobarbital และมีใช้ benzodiazepine บ้าง ระบบการประเมินคะแนนอาการขาดยามักใช้เป็นแนวทางในระยะเริ่มรักษา ระยะประคับประคอง และ ระยะเตรียมหยุดยา เนื่องจากยังไม่มีวิธีการประเมินที่วัดอาการขาดยาในทารกที่เป็นที่ยอมรับ และยังไม่มีการกำหนดวิธีปฏิบัติการรักษา และบริการสุขภาพทั่วโลกยังรักษาที่แตกต่างกันไป จึงเป็นเรื่องยากที่บอกได้ว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกรักษาอาการขาดยาในทารก (neonatal withdrawal) อย่างไร

### คำแนะนำที่ 15

หน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการคลอดบุตร ควรมีแนวปฏิบัติของหน่วยงานเพื่อตรวจค้นหา ประเมิน ติดตาม และดูแลรักษา ด้วยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยา สำหรับทารกที่ได้รับโอปิออยด์ตั้งแต่อ่อนคลอด

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **low**

#### ข้อสังเกต:

- หลักฐานความสัมพันธ์ของการตอบสนองตามขนาดของยา (dose response) ในการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์พบว่าไม่สอดคล้องกันกับอาการขาดยาในทารก ดังนั้นทารกทุกคนควรได้รับการประเมินเสมอ
- ทารกที่ได้รับโอปิออยด์ระหว่างตั้งครรภ์ ควรอยู่ในโรงพยาบาลอย่างน้อย 4-7 วันหลังคลอด และได้รับการติดตามอาการขาดยาในทารก โดยใช้เครื่องมือประเมินที่เที่ยงตรงภายใน 2 ชั่วโมงหลังคลอด และหลังจากนั้นประเมินทุก 4 ชั่วโมง
- การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น แสงสลัว ๆ สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ การห่อตัวเด็ก และการสัมผัสผิวกายควรให้ในทารกทุกคนที่ได้รับแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมาก่อนคลอด
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้คุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำ แต่เนื่องจากคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติมีความเห็นร่วมกันว่าประโยชน์จากการรักษามากกว่าอันตรายใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นอย่างชัดเจน ความนิยมและความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นไปตามคำแนะนำ และมีความมั่นใจว่าแม้ทรัพยากรจะถูกใช้ไป แต่ประโยชน์ที่ได้รับยังคงมากกว่าค่าใช้จ่ายอย่างชัดเจน และให้คุณค่าสูงต่อการตรวจค้นหาเพื่อป้องกันทารกที่มีอาการขาดยานี้

## คำแนะนำที่ 16

โอปิออยด์ควรใช้เป็นการรักษาเบื้องต้นในทารกที่มีอาการขาดยาจากโอปิออยด์ (neonatal opioid withdrawal syndrome) หากจำเป็น

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- การรักษาในกลุ่มอาการขาดโอปิออยด์ในทารกด้วยยาโอปิออยด์ให้นานขึ้นนั้นไม่จำเป็น และควรตั้งเป้าให้การรักษาระยะสั้น
- สามารถให้ phenobarbital เป็นการรักษาเพิ่มเติมได้ หากมีการใช้สารเสพติดอื่นโดยเฉพาะเบนโซไดอะซีปีนส์ร่วมด้วยระหว่างตั้งครรภ์ หรือหากอาการขาดโอปิออยด์ในทารกไม่สามารถควบคุมได้ด้วยโอปิออยด์เพียงตัวเดียว และหากไม่มีโอปิออยด์ใช้ สามารถให้ phenobarbital ทดแทนได้
- ทารกที่มีอาการแสดงของกลุ่มอาการขาดยาในทารก โดยมารดาไม่มีประวัติการใช้โอปิออยด์ ควรได้รับการประเมินว่าอาจมีการได้รับเบนโซไดอะซีปีนส์ ยานอนหลับ หรือแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์
- คำแนะนำระดับ strong ให้ใช้โอปิออยด์แทน phenobarbital แม้ว่าคุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำมาก ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ทางคลินิกจำนวนมากในการใช้โอปิออยด์เพื่อรักษาอาการขาดโอปิออยด์ทั้งในผู้ใหญ่และทารก ขณะที่ประสบการณ์ทางคลินิกในการใช้ phenobarbital มีน้อยมาก นอกจากนี้ความนิยมและความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นไปตามคำแนะนำ และคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติเองเห็นร่วมกันว่ามีความมั่นใจในสมมูลย์ของประโยชน์และทรัพยากรที่ใช้

## คำแนะนำที่ 17

หากทารกมีอาการแสดงของอาการขาดยาในทารก (neonatal withdrawal syndrome) เนื่องจากทารกได้รับยานอนหลับ หรือ แอลกอฮอล์ หรือ สารเสพติดอื่นๆ ที่ไม่ทราบชนิดในระหว่างตั้งครรภ์แล้ว การให้ phenobarbital ถือเป็นทางเลือกของการรักษาเบื้องต้นที่เหมาะสม

ระดับของคำแนะนำ: **Conditional**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- ทารกที่มีอาการแสดงของอาการขาดยาในทารก โดยมารดาไม่มีประวัติการใช้โอปิออยด์ ควรได้รับการประเมินว่าอาจมีการได้รับเบนโซไดอะซีปีนส์ ยานอนหลับ หรือแอลกอฮอล์ในระหว่างตั้งครรภ์
- คำแนะนำนี้ถูกจัดไว้ระดับ conditional (มีเงื่อนไข) เนื่องจากขาดหลักฐานที่มีคุณภาพสูงและขาดความชัดเจนของสมมูลย์ระหว่างประโยชน์และอันตราย

## คำแนะนำที่ 18

ทารกทุกคนที่เกิดจากมารดาที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา ควรได้รับประเมินอาการแสดงของกลุ่มความผิดปกติของทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์ในครรภ์ (fetal alcohol syndrome)

ระดับของคำแนะนำ: **Conditional**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

### ข้อสังเกต:

- อาการแสดงของกลุ่มความผิดปกติของทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์ในครรภ์ (fetal alcohol syndrome; FAS) ได้แก่ การเจริญเติบโตช้าลง ใบหน้าผิดปกติ (ช่องตาสั้น ร่องริมฝีปากบนเรียบ ริมฝีปากบนบาง) ระบบประสาทส่วนกลางผิดปกติ ศีรษะเล็ก
- การประเมินทารก ควรบันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้:
  - น้ำหนักแรกคลอดและความยาวลำตัว
  - เส้นรอบวงศีรษะ
  - ลักษณะใบหน้าผิดปกติ
  - อายุครรภ์
  - การได้รับแอลกอฮอล์ในช่วงตั้งครรภ์
  - ควรมีการติดตามทารกที่มีอาการแสดงของ FAS
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ conditional (มีเงื่อนไข) เนื่องจากขาดหลักฐานที่มีคุณภาพสูง และมีข้อสงสัยถึงความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ทุกหน่วยบริการ

## ■ ลำดับความสำคัญและช่องว่างงานวิจัย

จากการค้นคว้าหลักฐานมาตรการที่มีประสิทธิผลในการดูแลรักษาความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์มากมาย แต่ยังคงมีช่องว่างความรู้อีกมาก คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติได้จัดลำดับความสำคัญประเด็นและคำถามที่จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นว่ามาตรการใดที่มีประสิทธิผลที่สุดในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาเหล่านี้

### ข้อสังเกตทั่วไป

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติเรียกร้องประชาคมการวิจัยให้:

- > ปรับปรุงรายละเอียดของ แนวปฏิบัติทางคลินิกในปัจจุบัน (current clinical practices) รวมทั้งข้อมูลผลลัพธ์ทางคลินิกพื้นฐาน
- > ตกลงร่วมกันในมาตรฐานผลลัพธ์
- > ทำการวิจัยแบบสังเกต (observational studies) ถึงความเสี่ยงและประโยชน์ของการรักษาด้วยยาในระหว่างตั้งครรภ์
- > ทำการศึกษาวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (cohort study) ทั่วโลกโดยตั้งมาตรฐานการวัดผลลัพธ์อิงผู้ป่วยและจัดทำฐานข้อมูล
- > ทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) ในประเด็นด้านจริยธรรม
- > สนับสนุนส่งเสริมให้มีการวิจัยเพิ่มขึ้นในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ
- > ประเมินประโยชน์ของรูปแบบการดูแลแบบครอบคลุม (เช่น จิตสังคมบำบัด การรักษาแบบประคับประคอง การสนับสนุนตามความเชื่อศาสนา โปรแกรมสำหรับเด็กเล็กที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติดของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์)
- > จัดทำข้อมูลความชุกของการสั่งใช้ยาโอปิออยด์เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ (prescription opioid) ให้ดีขึ้น

### การได้รับสารเสพติดและยาต่าง ๆ ตั้งแต่ในครรภ์

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติเรียกร้องประชาคมการวิจัยให้ทำการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมถึงผลกระทบของสารเสพติดที่มีต่อ:

- > ผลลัพธ์ของมารดา
- > ผลลัพธ์ต่อทารกในครรภ์
- > ผลลัพธ์ต่อทารกหลังคลอด
- > ผลลัพธ์ระยะยาวต่อเด็กที่ได้รับสารเสพติด

คำถามสำคัญมากมายเกี่ยวกับมาตรการดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์ยังคงไม่มีคำตอบ

## การคัดกรอง

- > วิธีใดที่ดีที่สุดสำหรับบุคลากรสุขภาพในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ว่ามีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดในท่าที่ไม่รู้สีกว่าถูกตัดสิน?
- > เครื่องมือคัดกรองใดมีประสิทธิภาพดีที่สุด?
- > การฝึกอบรมรูปแบบใดทำให้การคัดกรองมีประสิทธิภาพ?
- > วิธีการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่าประสิทธิภาพสำหรับงานเวชปฏิบัติทั่วไปคือวิธีใด?
- > อะไรคือวิธีการคัดกรองที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสารเสพติดที่แตกต่างและสถานการณ์ที่หลากหลาย (เช่น ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ) จำเป็นต้องมีการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเครื่องมือคัดกรองที่ใช้กันในปัจจุบัน?
- > วิธีใดเหมาะสมที่สุดในการจัดบริการคัดกรองและบำบัดแบบสั้นในสถานการณ์ต่าง ๆ?
- > ปัจจัยใดที่ทำให้ระดับการเปิดเผยข้อมูลลดลง?

## การบำบัดแบบสั้น

การบำบัดแบบสั้นควรมีการศึกษาทางคลินิก โดยใช้ผลลัพธ์ที่ได้มาตรฐานและการออกแบบวิจัยเพื่อศึกษา:

- > กลุ่มเป้าหมายคือใคร?
- > การบำบัดควรมีหลากหลายตามระดับและชนิดของสารเสพติดหรือไม่?
- > องค์ประกอบใดของการบำบัดแบบสั้นที่มีประสิทธิภาพ?
- > การบำบัดแบบสั้นระดับใดที่มีประสิทธิภาพสูงสุด?
- > บุคลากรสุขภาพกลุ่มใดที่สามารถให้การบำบัดแบบสั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ?
- > การบำบัดแบบสั้นให้ได้ซ้ำที่สุดเมื่อไร แล้วยังคงมีประสิทธิภาพที่ดี?

## การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม

- > รายงานและข้อตกลงร่วมถึงมาตรฐานการออกแบบการวิจัยและวัดผลลัพธ์ควรจะต้องดีขึ้น
- > ควรมีหลักฐานประสิทธิผลจาก RCT ที่ชัดเจนกว่าเดิม ที่เปรียบเทียบมาตรการที่มีระดับความเข้มข้นแตกต่างกัน และรูปแบบการดูแลที่มีระดับความครอบคลุมแตกต่างกัน รวมทั้งมีการวิเคราะห์ความคุ้มค่าประสิทธิผลร่วมด้วย

## การบำบัดถอนพิษ

- > วิธีลดยาเบนโซไดอะซีปีนส์แบบใดดีที่สุด สำหรับผู้ป่วยแต่ละประเภท?
- > ยาอะไรที่ปลอดภัยที่สุดและประสิทธิภาพสูงสุด ในมารดาและทารกที่มีอาการขาดสุรา?
- > การตรวจติดตามทารกในครรภ์ มีประโยชน์ในการประเมินความปลอดภัยของการบำบัดถอนพิษในระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่?

- > เครื่องมือมาตรวัดชนิดใดดีที่สุดในการประเมินอาการขาดยาในหญิงตั้งครรภ์?
- > วิธีใดดีที่สุดในการดูแลรักษาอาการขาดโคเคน กัญชา ATS สุรา หรือสารระเหยในหญิงตั้งครรภ์?
- > ทำอย่างไรจึงจะสามารถตรวจเฝ้าระวังภาวะเครียดของทารกในครรภ์ (fetal stress-การบ่งบอกว่าทารกในครรภ์อยู่ในภาวะอันตราย) และโอกาสเกิดอาการขาดยาของทารกในครรภ์ เมื่อมารดาได้รับการบำบัดถอนพิษด้วยโอปิออยด์หรือยาชนิดอื่น?

## การรักษาด้วยยา

- > การลงทะเบียนชื่ออย่างเป็นทางการเป็นความลับในหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดต่าง ๆ รวมทั้งการใช้ยาทางจิตเวช เพื่อการรักษาความผิดปกติพฤติกรรมเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์ สามารถช่วยในการประเมินความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจได้รับจากการรักษาด้วยยาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติด
- > ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อค้นหาวิธีการที่ดีที่สุดในการรักษาด้วยเมธาโดนและบิวพริโนรฟินในระหว่างตั้งครรภ์ (รวมทั้งการศึกษานาตาและการตอบสนอง)
- > ยังขาดข้อมูลความปลอดภัยของการรักษาด้วยยาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดสุรา

## การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

- > ผลจากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการใช้สารเสพติดที่มีต่อทารกแรกเกิดยังจำเป็นต้องทำความเข้าใจมากขึ้น
- > ทำอย่างไรจึงส่งเสริมให้มีการเริ่มให้นมบุตรและให้ต่อเนื่องในสถานการณ์ที่เหมาะสม เช่น มารดาที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์?
- > ยาและสารเสพติดแต่ละชนิดถูกขับออกมาทางน้ำนมแม่เป็นปริมาณเท่าใด?
- > ความปลอดภัยของการให้นมบุตรขณะที่มารดาใช้ยาและสารเสพติดอยู่เป็นอย่างไร?
- > ผลจากการให้นมบุตรต่ออาการขาดยาในทารก เมื่อมารดาได้รับการรักษาด้วยเมธาโดนและบิวพริโนรฟินเป็นอย่างไร?

## การคลอด

- > การรักษาที่ดีที่สุดในช่วงคลอด (รวมทั้งการบรรเทาอาการปวด) คืออะไร

## การดูแลรักษาการก่ที่ได้รับแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดตั้งแต่ในครรภ์

- > ความไวและความจำเพาะของการคัดกรอง FAS ในทารกแรกเกิดเป็นอย่างไร และอะไรคือความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้จากการตรวจค้นหาและให้การดูแลตั้งแต่ระยะแรก หมายรวมถึงในหน่วยบริการที่มีทรัพยากรจำกัด?



## ■ การวางแผนเผยแพร่ ปรับปรุง และนำแนวปฏิบัติไปใช้

คำแนะนำเหล่านี้นำไปใช้เป็นแนวทางในการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดผ่านช่องทางสิ่งพิมพ์ที่หลากหลายรวมทั้งสื่อการสอน และผ่านคู่มืออธิบายวิธีการนำคำแนะนำเหล่านี้ไปใช้ในเวชปฏิบัติ การเผยแพร่กระจายอย่างกว้างขวางผ่านสำนักงานขององค์การอนามัยโลกระดับภูมิภาคและระดับประเทศ ศูนย์ความร่วมมือ องค์การวิชาชีพ และตัวแทนพันธมิตร

### การปรับและนำคำแนะนำไปใช้ในแต่ละพื้นที่

คำแนะนำเหล่านี้จะได้รับการปรับให้เหมาะสมกับพื้นที่โดยการพัฒนาสื่อการสอนที่เหมาะสมภายใต้คำปรึกษาจากผู้มีส่วนได้เสียระดับท้องถิ่น ประเทศ และภูมิภาค การปรับนั้นรวมถึงการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ ตามความเหมาะสม และทำให้มั่นใจว่ามาตรการทั้งหลายได้รับการยอมรับในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมแต่ละท้องถิ่นที่เหมาะสมกับระบบสุขภาพของท้องถิ่นนั้น ๆ

## ■ การประเมินผลที่ได้รับจากคำแนะนำนี้

ผลที่ได้รับจากคำแนะนำเหล่านี้สามารถถูกวัดได้ด้วยวิธีต่อไปนี้

- การใช้ตัวชี้วัดสุขภาพของมารดาและเด็ก เพื่อประเมินผลลัพธ์สุขภาพของมารดาและเด็กที่ดีขึ้นในประชากรกลุ่มนี้
- การตรวจวัดว่ามีการรวมประเด็นสุราและสารเสพติดเข้าไปอยู่ในการคัดกรองพื้นฐานในประเทศต่าง ๆ และแนวปฏิบัติต่าง ๆ
- การสำรวจทรัพยากรที่ใช้ในการป้องกันและรักษาความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดขององค์การอนามัยโลก
- การประเมินจำนวนหน่วยบริการเฉพาะทางสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้น
- การประเมินจำนวนการอ้างอิงแนวปฏิบัติขององค์การอนามัยโลกจากการทบทวนวรรณกรรมทางการแพทย์

## ■ การทบทวนครั้งต่อไป

คำแนะนำเหล่านี้ คาดว่ายังไม่จำเป็นต้องมีการทบทวนซ้ำจนถึงปี ค.ศ. 2016 อย่างไรก็ตาม การพัฒนาองค์ความรู้ในสาขานี้จะได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง และหากมีการเปลี่ยนแปลงใดที่สำคัญในแนวปฏิบัติ และ/หรือหลักฐานอ้างอิงใดที่มีผลต่อคำแนะนำใด ๆ ก็ตาม อาจมีการทบทวนก่อนได้

รายละเอียดของหลักฐานสนับสนุนแนวปฏิบัติรวมทั้งวิธีการจัดลำดับความหนักแน่นของหลักฐานทางวิชาการ และเอกสารอ้างอิงสามารถดูได้จาก บทความต้นฉบับ Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/pregnancy\\_guidelines/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/)

ภาคผนวกที่ 3 เครื่องมือคัดกรองการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด

Measure	Acronym	Substances screened	Number of items	Method of administration	Training in administration	Other considerations	Internal consistency reliability	Sensitivity	Specificity
♦Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (Version 3.0) <sup>1</sup>	ASSIST	Tobacco, Alcohol, and Substances	^8	Interviewer	Yes	‡		Alcohol: 67% Cannabis: 100%	Alcohol: 36% Cannabis: 20%
4Ps Plus <sup>2</sup>	4Ps Plus	Alcohol and General Substance Use	4	Paper-and-pencil	No	Inpatient and Outpatient	.62	87%	76%
Hospital Screening Questionnaire <sup>3</sup>	HSQ	Tobacco, Alcohol, and Substances	18–40	Paper-and-pencil	No	Inpatient: Postpartum			
Pregnancy Information Program <sup>4</sup>	PIP	Tobacco, Alcohol, and Substances	~200	Computer	No	Prenatal Clinic and Ob/Gyn Offices			
Substance Use Risk Profile – Pregnancy <sup>5</sup>	SURP-P	Alcohol and Substances	3	Paper-and-pencil	No	Prenatal Clinic		†Low-risk: 80–100% High-risk: 48–100%	Low-risk: 61–64% High-risk: 84–86%
Alcohol Use Disorder Identification Test <sup>6</sup>	AUDIT	Alcohol	10	Paper-and-pencil and Interviewer	No	‡		*7–23%	*97–100%
Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption <sup>7</sup>	AUDIT-C	Alcohol	3	Paper-and-pencil and Interviewer	No	‡		*18–100%	*71–100%
CAGE <sup>8,9</sup>	CAGE	Alcohol	4	Paper-and-pencil	No	‡		*38–59%	*82–92%
NET <sup>10</sup>	NET	Alcohol	3	Paper-and-pencil	No	Inpatient and Outpatient		*24–71%	*86–99%
Short Michigan Alcohol Screening Test <sup>11</sup>	SMAST	Alcohol	13	Paper-and-pencil	No	‡		*11–15%	*96–98%
Ten Question Drinking History <sup>12</sup>	TQDH	Alcohol	10	Interviewer	Yes	Prenatal Clinic			
T-ACE <sup>13</sup>	T-ACE	Alcohol	4	Paper-and-pencil	No	Prenatal Clinic		*60–91%	*37–79%
TWEAK <sup>14</sup>	TWEAK	Alcohol	5	Paper-and-pencil	No	Prenatal Clinic		*59–92%	*64–92%

Notes: Sensitivities and Specificities are only provided for samples of prenatal or pregnant women. ♦ The researchers report that ‘The role of the ASSIST V3.0 is uncertain for this population’ [pregnant women] (Abstract). <sup>1</sup>Questions 1-7 each ask about 10 classes of substances. <sup>2</sup> Not initially developed and validated for prenatal or pregnant populations. <sup>3</sup>Sensitivities and Specificities vary depending on the cutpoint used to determine risk. <sup>4</sup>Alcohol, Cannabis, Cocaine, Sedatives, Opioids



