

บทที่ 1

บทนำ



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสารเสพติดให้โทษเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสียหายร้ายแรงต่อมวลมนุษยชาติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ใช้เสพติด ยังรวมไปถึงระดับประเทศและต่างประเทศทั่วโลก ชนิดสารเสพติดในต่างประเทศที่นิยมใช้คือ สุรา เฮโรอีน กัญชา ยานอนหลับชนิดต่าง ๆ ยากระตุ้นประสาท เช่น ยาม้า หรือยาขยัน ยาหลอนประสาท เช่น กัญชา สารระเหย เช่น เบนซิน ทินเนอร์ โดยเฉพาะโคเคน (cocaine) ซึ่งใช้กันแพร่หลายมากในประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศในแถบอเมริกาใต้ (Awni Arif and Joseph Westermeyer, 1988) แต่ในประเทศไทย มีความแตกต่างกับต่างประเทศมากทั้งด้านลักษณะประชากร การเลี้ยงดู ภาวะเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงสภาพภูมิประเทศที่เอื้ออำนวยในการผลิตสารเสพติด เช่น ภาคเหนือของประเทศไทยเหมาะที่จะปลูกฝิ่น จึงทำให้มีการแพร่ระบาดของในประเทศไทยมาก สารเสพติดที่ใช้ในประเทศไทยมีหลายชนิด คือ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน ยานอนหลับชนิดต่าง ๆ ยากระตุ้นประสาท เช่น ยาม้า ยาหลอนประสาท เช่น กัญชาและเห็ดบางชนิด สารระเหย เช่น กาว เบนซิน ทินเนอร์ สุรา

ในบรรดา ยาเสพติดให้โทษดังกล่าว เฮโรอีนนับเป็นปัญหาร้ายแรงที่สุด นอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาที่มีผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศแล้ว เฮโรอีนยังมีผลต่อการแพร่ระบาดของเอดส์ (AIDS) อีกด้วย (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2534) โดยการเฝ้าระวังโรคเฉพาะพื้นที่ (Sentinel Seroprevalence Survey) ของฝ่ายระบาดวิทยา

กองโรคเอดส์ กรมการแพทย์ในระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2532 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2534 พบว่าในกลุ่มต่าง ๆ 8 กลุ่มมีผู้ติดเชื้อเสฟติด โสเภณี ชาย นักเที่ยวโสเภณี หญิงมีครรภ์ เลือดที่ได้รับบริจาค นักโทษ ชายบริการ โสเภณี ชั้นสูงนั้นกลุ่มผู้ติดเชื้อเสฟติดมีการตรวจโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS) พบผลบวก เป็นครั้งแรกสูงสุดคือ ร้อยละ 39 ของจำนวนตัวอย่างทั้งหมด (สมศักดิ์ ภิญญธรรรมากร, 2535)

จากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาการติดเชื้อเสฟติดในปัจจุบันยังประสบ ปัญหาด้านข้อมูลในเรื่องจำนวนผู้ติดเชื้อเสฟติดที่แท้จริง ข้อมูลที่ได้เป็นจำนวนผู้ติดเชื้อเสฟติดที่สมัครใจเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ เท่านั้น ในปีงบประมาณ 2530-2532 จากจำนวนผู้เข้ารับการรักษาเสฟติด ร้อยละ 87 ใช้เฮโรอิน มากที่สุด รองลงมาคือ ผีน ร้อยละ 8-9 กัญชาร้อยละ 1.3-1.6 และสารระเหยร้อยละ 1.0-1.4 ในปีงบประมาณ 2532 มีผู้เข้ารับ การรักษาเสฟติดชนิดเฮโรอินเบอร์ 4 ทั่วประเทศ จำนวน 50,666 คน (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสฟติด, 2534) ใน 1 วัน แต่ละคนจะ ใช้เฮโรอินอย่างน้อย 1/2 - 1 หลอดพลาสติกเบอร์ 5 ซึ่งใส่ยาขนาดเล็กสุด ราคาต่อ 1 หลอดประมาณ 300-400 บาท ประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเสฟติดทั่วประเทศ ประมาณ 3-5 แสนคน จะสูญเสียเศรษฐกิจประมาณปีละ 15,000-70,000 ล้านบาท ซึ่งยังไม่นับรวมค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการป้องกันการปราบปรามและการบำบัด รักษา

นอกจากนี้ยังมีปัญหาสังคมจากการใช้สารเสฟติด เช่น ปัญหาอาชญากรรม พบว่า ผู้ต้องขังในเรือนจำ ส่วนมากกระทำความผิดพระราชบัญญัติยาเสฟติด รองลงมาคือ ประทุษร้ายต่อทรัพย์ (กรมราชทัณฑ์ และสำนักงาน ป.ป.ส., 2530) เมื่อติดเชื้อเสฟติด ร่างกายทรุดโทรม ทำงานไม่ไหว รายได้ไม่พอใช้ เป็นหนี้สิน และยอมทำทุกอย่างเพื่อให้ได้เงิน มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมโดยทำงานน้อย

ลง ทำงานผิดพลาดเสมอ ขาดงานบ่อย มาทำงานสาย จนถูกตำหนิหรือถูกไล่ออก ทำให้เกิดปัญหาการว่างงานตามมา (โสภะ ชูพิกุลชัย และคณะ, 2528)

ประเทศไทยได้เผชิญปัญหายาเสพติดมาเป็นเวลานานตั้งแต่ 600 ปีมาแล้ว รัชสมัยของสมเด็จพระรามาธิบดีที่ 1 (พระเจ้าอู่ทอง) โดยทรงตรากฎหมายลักษณะโจรใน ปี พ.ศ. 1903 บัญญัติการห้ามซื้อขายเสฟและกินฝิ่น ต่อมาแนวนโยบายได้เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยโดยสมัยรัชกาลที่ 5 มีการจัดตั้งโรงฝิ่นให้เสฟอย่างถูกต้องตามกฎหมาย บ้านเมืองเจริญขึ้น ต่อมาประเทศไทยสมัครเป็นสมาชิกองค์การสหประชาชาติ จึงผลักดันให้จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้ออกประกาศคณะปฏิวัติให้เลิกสูบฝิ่นทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2502 เป็นต้นไป นับแต่นั้นมาการแก้ไขปัญหายาเสพติดถือได้ว่าเป็นนโยบายที่เด่นชัดของรัฐบาล ในปี พ.ศ. 2503 ได้มีการประชุมประเทศสมาชิกขององค์การตำรวจสากล ว่าด้วยปัญหาการควบคุมยาเสพติดให้โทษที่ประเทศปากีสถาน มีมติให้ประเทศสมาชิกดำเนินการจัดตั้งสำนักงานกลางปราบปรามยาเสพติดให้โทษ ประเทศไทย โดยคณะรัฐมนตรี จึงเห็นสมควรที่จะจัดตั้ง คณะกรรมการกลางปราบปรามยาเสพติดให้โทษ (กปส.) ขึ้นในปี พ.ศ. 2504 มีอธิบดีกรมตำรวจเป็นประธาน มีหน้าที่ดำเนินการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดโดยเฉพาะ และทำการสืบสวนผู้ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดระหว่างประเทศ ในปี 2506 รัฐบาลได้ปรับปรุง กปส. ใหม่ และจัดตั้งคณะกรรมการปราบปรามยาเสพติดให้โทษ (คปส.) โดยขึ้นกับสำนักนายกรัฐมนตรี มีอธิบดีกรมตำรวจเป็นประธานคณะกรรมการ ต่อมาสมัยรัฐบาลนายธานินทร์ กรัยวิเชียร เป็นนายกรัฐมนตรี ได้เสนอร่างพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2518 และกำหนดให้มีคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) มีบทบาทหน้าที่ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดตามแนวนโยบายและดำเนินการโดยใช้มาตรการหลัก คือ มาตรการด้านการปราบปรามยาเสพติด มาตรการด้านการควบคุมพืชเสฟติด มาตรการด้านการป้องกันยาเสพติดและมาตรการการบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

ในฐานะที่ผู้ทำวิจัยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพในด้านสาธารณสุขมีหน้าที่ในการสนองนโยบายรัฐบาลในด้านการบำบัดรักษา ถึงแม้การแก้ไขปัญหาด้านนี้จะมีการดำเนินการมาเป็นเวลานานจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 แล้วก็ตาม พบว่ายังมีปัญหาอีกมากมายทั้งปัญหาในการบำบัดรักษา ระบบข้อมูลและปัญหาด้านบริการ ซึ่งรวมถึงการพัฒนารูปแบบ และวิธีการต่าง ๆ ของการบำบัดรักษา (คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2534) แต่ก็มีหน่วยงานต่าง ๆ ได้ดำเนินการทั้งโดยการทดลองรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมไทย

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ร่วมมือกับสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติดให้โทษ มีหน้าที่ในการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนพิษยา ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพและขั้นติดตามผล

การใช้เมทาโดน (Methadone) เป็นวิธีหนึ่งในการบำบัดรักษาผู้เสพยาเฮโรอีนจากหลาย ๆ วิธี เนื่องจากเมทาโดน เป็นอนุพันธ์ฝิ่นสังเคราะห์ (Synthetic opiate) ที่มีโครงสร้างทางเคมีแตกต่างจากมอร์ฟินมาก แต่มีคุณสมบัติในการจับกับตัวรับมอร์ฟินเฉพาะ (Specific morphine receptors) ในสมอง ทำให้มีอาการเคลิบเคลิ้มเป็นสุขและง่วงนอน (Sedation) เหมือนกัน เมทาโดนมีลักษณะเด่นทางเภสัชวิทยา 2 ประการ คือ มีผลสูงมากเมื่อให้ทางปาก ซึ่งตรงข้ามกับมอร์ฟิน และเมื่อให้ทางปากจะมีระยะเวลาออกฤทธิ์นาน 24 ถึง 48 ชั่วโมง ขณะที่มอร์ฟินหรือเฮโรอีนจะออกฤทธิ์เพียง 4-8 ชั่วโมง เมทาโดนจะมีผลในการรักษาอาการถอนยาของมอร์ฟินได้ยาวนาน จึงได้นำเมทาโดนมาใช้แทนที่เฮโรอีน ในการรักษาผู้เสพยาเฮโรอีนอย่างแพร่หลาย ทั้งในสหรัฐอเมริกาและทั่วโลก วิธีการรักษาด้วย เมทาโดนมี 2 วิธี คือ การถอนพิษยาด้วยเมทาโดน (Methadone Detoxification) และการใช้เมทาโดนแบบต่อเนื่อง (Methadone Maintenance)

การใช้เมทาโดนแบบต่อเนื่อง เริ่มในปี ค.ศ.1964 โดย วินเซนต์ โดล (Vincent Dole) และแมรี นิสวอนเดอร์ (Marie Nyswander) ได้รายงานไว้ว่า ได้ให้เมทาโดนแก่ผู้ติดเฮโรอิน ด้วยขนาดคงที่ตลอดเวลา แทนที่จะลดขนาดขาลง ปรากฏว่าผู้ป่วยหายจากความเหนื่อยชา ทั้งกายและจิต และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามปกติ สามารถทำงานได้และเขียนหนังสือได้ตามปกติ (Vincent Dole and Marie Nysewander, 1965)

บุญเต็ม ตันติถาวร (2527) ศึกษาจากผู้ติดยาเสพติดเฮโรอินที่สมัครเข้ารับการรักษาที่กองโอสถกรรม โรงพยาบาลตากสิน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2526 ถึง 30 กันยายน 2527 ผู้ป่วยทั้งสิ้น 1920 คน แบ่งผู้ป่วยจำนวน 40 คน เพื่อรับเมทาโดนแบบต่อเนื่อง นอกจากนั้นรับเมทาโดนแบบถอนพิษยา 45 วัน พบว่า การรักษาด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่องนั้นผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาสุขภาพ การไม่หันไปใช้เฮโรอินอีกสังคมและ เศรษฐกิจส่วนตัวได้ผลดีกว่าแบบถอนพิษยา

สุพักตร์ วาณิชเสณี และคณะ (2532) ศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษา โดยวิธีให้เมทาโดนแบบต่อเนื่องกับวิธีถอนพิษยา 45 วัน ในคลินิกยาเสพติดวัดธาตุทอง ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2531 ถึง 30 เมษายน 2532 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 120 คน พบว่า จากการตรวจสอบสภาวะผู้รับการรักษาวิธีให้เมทาโดนแบบต่อเนื่อง หันกลับไปใช้เฮโรอินน้อยกว่าผู้รับการรักษาแบบถอนพิษยา 45 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะช่วยลดการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้มากขึ้นด้วย เนื่องจากเมื่อคนไข้อยู่รักษาได้นานขึ้นโอกาสการให้บริการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อคนไข้ก็ยิ่งเพิ่มขึ้น เช่น การติดตามดูแลช่วยเหลือ เมื่อเกิดอาการหรือปัญหาเกี่ยวกับเอดส์ การให้ความรู้ อบรมป้องกันการรับเชื้อ แพร่เชื้อไปยังคูครองและครอบครัว การให้คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งเป็นประโยชน์ เพื่อจะได้เลิกเสพยาเสพติด ก็ทำได้นานมากขึ้นด้วย

Caplehorn และ Bell (1991) ศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ติดเฮโรอีน 238 คน ที่ได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่อง ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 1986 ถึง สิงหาคม 1987 พบว่า ผู้ติดยาเสพติดเฮโรอีนที่ได้รับการรักษาด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่องจะใช้กระบอกฉีดยา (syringes) ร่วมกันน้อยลง ทำให้ลดการติดเชื้อเอดส์ลงด้วย และพบว่าทำให้เมทาโดน ในขนาดสูง สัมพันธ์กับระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาอีกด้วย โดยการทดลองใช้เมทาโดน 3 ขนาด คือ < 60 มิลลิกรัมต่อวัน 60-79 มิลลิกรัมต่อวัน และ > 80 มิลลิกรัมต่อวัน

Goldstein และ Judson (1970) ได้ทดลองใช้เมทาโดนขนาดต่ำลงพบว่า ไม่ทำให้ผลการรักษาแตกต่างจากการให้ขนาดสูง โดยไม่พบความแตกต่างของการรักษาคนไข้ เมทาโดน 3 พวก คือ 40 มิลลิกรัมต่อวัน 80 มิลลิกรัมต่อวัน และ 160 มิลลิกรัมต่อวันโดยให้ยาในสภาวะที่เป็นการศึกษาฤทธิ์ของยา ซึ่งผู้ให้และผู้รับในขณะที่ยาไม่รู้ว่ายานั้นเป็นสารออกฤทธิ์หรือไม่ (double blind conditions)

Greenstein และคณะ (1984) กล่าวว่า การบำบัดรักษาผู้ติดเฮโรอีนด้วยการให้เมทาโดนแบบต่อเนื่อง แพร่หลายมากที่สุดในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากทุกเมืองใหญ่มีคลินิกรักษาด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่อง แต่ประเทศไทยยังไม่มี ทั้ง ๆ ที่จากการรักษาทำให้มีการทำงานเพิ่มมากขึ้น และปัญหาอาชญากรรมลดลงก็ตาม

การศึกษาดังกล่าวยอมรับการรักษาผู้ติดเฮโรอีน ด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่องว่า ได้ผลดีกว่าแบบถอนพิษยา ขนาดของการให้เมทาโดนก็เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การรักษาได้ผล แต่การศึกษาขนาดเมทาโดนเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งผู้ติดเฮโรอีนมีลักษณะของบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อมแตกต่างจากประเทศไทย การได้รับเมทาโดนขนาดน้อยเกินไปจะไม่เพียงพอในการควบคุมอาการขาดยา

(withdrawal symptoms) และจะทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้เฮโรอีนอีก (Avram Goldstein et al, 1974) และถ้าได้ขนาดสูงเกินไปจะมีปัญหาการรื้อไหลดของเมทาโดน (วิทย์ เทียงบุรณธรรม, 2531) ฉะนั้นขนาดเมทาโดนที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญในการรักษาผู้ติดเฮโรอีน ตามหลักการรักษาด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่องคือ ให้ขนาดเมทาโดนขนาดต่ำที่สุดที่จะควบคุมอาการขาดยา (withdrawal symptoms) ได้ (Avram Goldstein et al, 1971)

เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีผู้ทำการศึกษา ขนาดยาที่เหมาะสมในการรักษาตามโปรแกรมการรักษาด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ทำวิจัยจึงได้สอบถามจากคลินิกรักษาผู้เสพติดเฮโรอีนโดยให้เมทาโดนแบบต่อเนื่อง ในเขตกรุงเทพมหานคร และปทุมธานี พบว่าใช้ขนาดแตกต่างกันไป ขนาดต่ำประมาณ 20-40 มิลลิกรัมต่อวัน ขนาดกลาง 60-80 มิลลิกรัมต่อวัน และขนาดสูงมากกว่า 100 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อหาขนาดเมทาโดนในขนาดต่ำสุดที่ได้ผลในการรักษาผู้เสพติดเฮโรอีน จึงทำการวิจัยโดยเลือกขนาดต่ำ 40 มิลลิกรัมต่อวันและขนาดกลาง 60 มิลลิกรัมต่อวัน ในการรักษาครั้งนี้

### วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของเมทาโดนขนาด 40 และ 60 มิลลิกรัมต่อวัน ในโปรแกรมการรักษาผู้เสพติดเฮโรอีน ด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่อง

### สมมติฐานการวิจัย

ผลของเมทาโดนขนาด 40 และ 60 มิลลิกรัมต่อวัน ในการรักษาผู้เสพติดเฮโรอีน ในโปรแกรมการรักษาโดยการให้เมทาโดนแบบต่อเนื่อง มีความแตกต่างกัน

### ขอบเขตการวิจัย

1. ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ติดยาเสพติดเฮโรอีนชนิดฉีดที่สมัครเข้ารับการรักษา โดยวิธีการรักษาด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่อง ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. ทำการศึกษาคัดเลือกผู้ป่วยโดยต้องเป็นผู้เสพยาเสพติดเฮโรอีนชนิดฉีดมาอย่างน้อย 2 ปี และฉีดมากกว่าวันละ 100 มิลลิกรัม ได้รับการชักประวัติ การตรวจร่างกายและการตรวจปัสสาวะ พบว่ามี มอร์ฟีน เมตาโบไลต์ (Morphine metabolite) ในปัสสาวะและผ่านระยะการรักษาแบบถอนพิษยา (Detoxification) 6 อาทิตย์แล้วพบว่า ตรวจไม่พบมอร์ฟีน เมตาโบไลต์ ในปัสสาวะ (Drug free)

3. การศึกษาผลของขนาดยาเมทาโดน เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีประเมินผลการตรวจหามอร์ฟีน เมตาโบไลต์ในปัสสาวะ ซึ่งจะมีการสุ่มตัวอย่างตรวจใน 4 อาทิตย์ต่อ 1 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 4 ครั้ง

### คำนิยามศัพท์เฉพาะ

ยาเมทาโดน (Methadone) หมายถึง อนุพันธ์ฝิ่นสังเคราะห์ (Synthetic opiate) มีโครงสร้างทางเคมีแตกต่างจากมอร์ฟีน แต่สามารถจับกับตัวรับมอร์ฟีนเฉพาะ (Specific morphine receptors) ในสมอง แล้วมีอาการเคลิบเคลิ้ม สะลึมสะลือ (intoxication) และง่วงนอน (Sedation) รวมถึงแก้อาการเจ็บปวดเหมือนสารประเภทฝิ่น ใช้ในการรักษาอาการถอนพิษยาเฮโรอีน โดยเลือกใช้ขนาด 40 มิลลิกรัม และ 60 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเป็นขนาดต่ำและขนาดกลาง (วิทย์ เทียงบุรณธรรม, 2531)

ผู้ติดเฮโรอีน (Heroin addiction) ผู้ที่ใช้เฮโรอีนโดยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ในปริมาณมากกว่าวันละ 100 มิลลิกรัม และใช้ติดต่อกันนานกว่า 2



ปี มีความต้องการใช้ไม่รู้จักหยุดหย่อน มีอาการเมายา (Intoxication) หรือ  
ขาดยา (Withdrawal Symptoms)

การรักษาโดยให้ เมทาโดนแบบต่อเนื่อง (Methadone Maintenance)  
เป็นการรักษาผู้เสพติดเฮโรอินโดยให้ยาเมทาโดน ขนาดพอเหมาะและให้ตลอดไป

### คำจำกัดความในการวิจัย

Drug free ตรวจไม่พบมอร์ฟิน เมตาโบไลต์ในปัสสาวะ โดยใช้วิธี  
agglutination

อาการขาดยา (Withdrawal symptoms) เป็นอาการที่เนื่องมาจาก  
ลดขนาด หรือเลิกใช้เฮโรอิน โดยมีอาการอย่างน้อย 3 อาการ จากอาการต่อไปนี้  
นี้คือ อาการอยากยา คลื่นไส้หรืออาเจียน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ น้ำตาหรือน้ำมูก  
ไหล ม่านตาขยายหรือเหงื่อออก ท้องเดิน หวานอน มีไข้ หรือนอนไม่หลับ และไม่  
ได้เกิดจากความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจอย่างอื่น (Harold I. Kaplan  
and Benjamin J. Sadock, 1991)

อาการเมายา (Intoxication) เกิดหลังจากมีการกลับมาใช้สาร  
ประเภทฝิ่นอีกจะมีลักษณะของอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (altered mood) เชื่อง  
ช้า (psychomotor retardation) เชื่องซึม (drowsiness) พูดลิ้นรัว  
(slurred speech) สูญเสียความจำ หรือสมาธิ และรูม่านตาหดตัวเล็กน้อย  
(pupillary constriction) (Harold I. Kaplan and Benjamin J.  
Sadock, 1991)

### ปัญหาทางจริยธรรม

ไม่มีปัญหาใดด้านนี้ เนื่องจากเป็นขนาดยาที่ใช้กันโดยทั่วไปอยู่แล้ว การ  
เลือกใช้ขนาดต่ำและขนาดกลาง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการรับเมทาโดน

เกินขนาด นอกจากนี้ยังเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และความปลอดภัย รวมทั้งก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้เข้ารับการรักษามากที่สุดด้วย การรักษาโดยโปรแกรมการให้เมทาโดนแบบต่อเนื่องกระทำภายใต้การดูแลของแพทย์ และพยาบาล ซึ่งมีความรู้ความสามารถและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด มีการซักประวัติ และตรวจร่างกายทุกครั้งที่มารับยา

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์การรักษาผู้ติดเฮโรอีน ด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่อง จำนวนมากกว่า 100 ราย โดยอาจารย์ นายแพทย์เอม อินทกรณ์ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นั้น ยังไม่พบผลแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเลย

#### ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบขนาดยาเมทาโดน ที่มีประสิทธิผลในการรักษาผู้เสพยาติดเฮโรอีนชนิดฉีดที่ได้รับการรักษาโดยการให้เมทาโดนแบบต่อเนื่อง
2. เป็นแนวทางในการศึกษาขนาดยาเมทาโดน ในโปรแกรมการรักษาด้วยเมทาโดนแบบต่อเนื่อง ที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้นต่อไป
3. ลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ AIDS จากการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน
4. สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานของผู้ทำการศึกษา ในการดูแลผู้ป่วย AIDS ที่เสพยาติดเฮโรอีน
5. สามารถช่วยลดความถี่และปริมาณการใช้ยาเสพยาติดเฮโรอีนชนิดฉีด
6. เศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น จากการให้เมทาโดนแบบต่อเนื่องแทนการใช้เฮโรอีน
7. อัตราการทำคามผิดทางกฎหมายลดลง จากการเข้ารับการรักษาโดยการให้เมทาโดนแบบต่อเนื่อง
8. นำไปสู่การรักษาในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพได้ดีขึ้น