

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/

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

แนวปฏิบัติการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์
ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด

ISBN : 978-616-271-526-6

© ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา พ.ศ. 2562

แปลและเรียบเรียงโดย แพทย์หญิง พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์
นายแพทย์ สุจิระ ปรีชาวิทย์

บรรณาธิการบริหาร : ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อึ้งฉางค์กรชัย

สนับสนุนโดย
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (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
การบำบัดถอนพิษหรือโปรแกรมเลิกเสพยาสำหรับการเสพยาและสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์	15
การรักษาด้วยยา (แบบประคับประคองและป้องกันการกลับเสพยา)	20
สำหรับการเสพยาและสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์	
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

http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/

■ 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 ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติดังรายนามต่อไปนี้:

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 และจัดทำการทบทวนและเตรียมตาราง 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

■ คำนียามศัพท์ที่ใช้ในแนวปฏิบัติ

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) และตัวแอลกอฮอล์เองมีฤทธิ์ทำให้วังงหรือนอนหลับ 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 อาจใช้เป็นยาคลายเครียด บ้าง (ดูที่ sedative/hypnotic) การใช้ทันทีหรือใช้เรื้อรังสามารถทำให้เกิดผลคล้ายกับการดื่มสุราได้

Benzodiazepine (เบนโซไดอะซีปีนส์)

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

Bloodborne diseases (โรคที่แพร่ผ่านทางเลือด)

เป็นกลุ่มโรคที่แพร่ผ่านการสัมผัสจากเลือดสู่เลือด (เช่น ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน) ได้แก่ HIV และตับอักเสบบีชนิด 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 ช่วยลด การเสียเลือดเฉพาะที่ได้ดีมาก โคเคนยังมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอย่างรุนแรงจึงถูกใช้นอกเหนือวัตถุประสงค์ทาง การแพทย์ เพื่อให้มีอารมณ์ดี ตื่นตัว การใช้ซ้ำ ๆ ทำให้เสพติดได้

Dependence (เสพติด)

เป็นกลุ่มของอาการทางสรีรวิทยา พฤติกรรม และความคิด ที่การใช้สารเสพติดหรือกลุ่มสารเสพติดกลายเป็นสิ่งสำคัญ ในชีวิตเหนือพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เคยมีความสำคัญมาก่อน ลักษณะสำคัญของกลุ่มอาการเสพติดคือ มีความต้องการ (อย่าง รุนแรงและมีอิทธิพลมาก) ที่จะใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (ทั้งที่เคยใช้หรือไม่เคยใช้ตามคำสั่งแพทย์) สุรา หรือยาสูบ

Detoxification (การบำบัดถอนพิษ)

เป็นกระบวนการที่แต่ละคนจะผ่านพ้นจากอาการขาดสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หมายรวมถึงการดูแลรักษาภาวะ ถอนพิษหรือการช่วยลดอาการขาดยา ในทางคลินิกแล้วการบำบัดถอนพิษจะหมายถึงกระบวนการขาดยาภายใต้ ความปลอดภัยและมีประสิทธิผล ลดอาการขาดยาให้น้อยลง และให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดกระบวนการรักษา

Drug-related problem (ปัญหาจากสารเสพติด)

ปัญหาใด ๆ ที่เกิดตามมาจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คำว่า “จาก” ไม่จำเป็นต้องเป็น สาเหตุเสมอไป

Fetal alcohol syndrome (FAS; กลุ่มความผิดปกติของการที่ ได้รับแอลกอฮอล์ในครรภ์)

ในเด็กที่สัมผัสแอลกอฮอล์ในระหว่างมารดาตั้งครรภ์ จะพบลักษณะการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้าทั้งด้าน ประสาทวิทยาและด้านร่างกาย มีความผิดปกติทางใบหน้าที่มีความเฉพาะ ลักษณะความผิดปกติทางระบบประสาท และร่างกายที่พบใน FAS มีได้หลากหลายมาก (spectrum) ขึ้นอยู่กับผลของแอลกอฮอล์ที่มีต่อทารกในครรภ์ โดยยัง ไม่ทราบแน่ชัดถึงระดับการดื่มของมารดาที่จะส่งผลให้เกิด Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD) และยังพบ ว่าขึ้นกับพันธุกรรมและลักษณะบางประการอื่นของมารดาและทารกด้วย

Harmful substance use (การใช้สารเสพติดแบบอันตราย)

รูปแบบการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลทำลายสุขภาพ (รหัส ICD-10: F1x.1) การทำลายสุขภาพอาจเป็นได้ ทั้งร่างกาย (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 จิตสังคมบำบัดมีทั้งรูปแบบที่ให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างมีโครงสร้างชัดเจน (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

■ ตัวย่อและอักษรย่อ

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

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

■ บทสรุปผู้บริหาร

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

การเสพติดสุราและสารเสพติด ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลบกพร่องลงอย่างมาก ทั้งหน้าที่การเป็นพ่อแม่ เป็นคู่สมรส หรือเป็นคู่ครอง และยังเป็นเหตุกระตุ้นให้เกิดความรุนแรงทางเพศและความรุนแรงในครอบครัว อันจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของเด็กอย่างชัดเจน

การตั้งครรภ์ถือเป็นโอกาสสำหรับผู้หญิง คู่สมรส และสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด บุคลากรสุขภาพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดจะต้องเข้าใจความซับซ้อนของปัญหาสังคม จิตใจและสุขภาพกายของผู้หญิง เพื่อให้ความช่วยเหลือและแนะนำอย่างเหมาะสมตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด

เหตุผลในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นเพื่อให้บุคลากรวิชาชีพสามารถดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดบุตร ที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด หรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีสุขภาพะทั้งกับหญิงตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์หรือหลังคลอด แนวปฏิบัตินี้ทำขึ้นตามคำร้องขอจากองค์กร สถาบัน และบุคลากรต่าง ๆ ที่ต้องการแนวปฏิบัติทางเทคนิคในการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด โดยพัฒนาสอดคล้องไปกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในการป้องกันและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้น้ำหรือได้รับภัยมือสองจากควันบุหรี่ ในปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัตินานาชาติที่มีคำแนะนำอิงหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด แม้ว่าในหลายประเทศที่มีรายได้สูงจะมีการพัฒนาแนวปฏิบัติระดับชาติที่ครอบคลุมประเด็นเหล่านี้แล้ว แต่ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางยังขาดแนวปฏิบัติเช่นนี้

ใครควรเป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติชุดนี้

แนวปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพที่ดูแลหญิงตั้งแต่ตั้งครรภ์จนคลอด และช่วงหลังคลอด รวมทั้งดูแลเด็กทารกด้วย

วัตถุประสงค์และขอบเขตของแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำทางเทคนิคอิงหลักฐานเชิงประจักษ์กับผู้ให้บริการสุขภาพในการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ที่บุคลากรสุขภาพสามารถนำหลักการทางวิทยาศาสตร์นี้ไปประยุกต์ใช้เพื่อการสาธารณสุขในประเทศของตนได้ อีกวัตถุประสงค์หนึ่งที่สำคัญเช่นกันคือ 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 และจัดทำคำแนะนำล่าสุดท้าย 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 เชื่อมั่นน้อยในคุณภาพของหลักฐาน และความนิยม ความพึงพอใจ ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของคำแนะนำ ดังนั้นจึงอาจมีบางสถานการณ์หรือหน่วยบริการที่ไม่สามารถใช้คำแนะนำนี้ได้

■ คำแนะนำ

หลักการ

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติได้กำหนดว่า หลักการนี้นำไปประยุกต์ใช้ได้กับทุกคำแนะนำด้านล่าง เป็นการให้แนวทางในกระบวนการวางแผน การนำไปใช้ และการประเมินคำแนะนำที่สอดคล้องและเหมาะสมที่สุด ตามบริบทของประเทศและทรัพยากรที่มีอยู่

- I. **ให้ความสำคัญกับการป้องกัน (prioritizing prevention):** การป้องกัน ลด ละ เลิก ดื่มสุราและใช้สารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ถึงหลังคลอดเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของสุขภาพและความอยู่ดีมีสุขของมารดาและบุตร
- II. **มีการเข้าถึงบริการป้องกันและบำบัดรักษา (ensuring access to prevention and treatment services):** หญิงตั้งครรภ์ทุกคนและครอบครัวที่มีความผิดปกติพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ควรเข้าถึงบริการป้องกันและบำบัดรักษาที่สามารถทำได้ การจัดบริการควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษต่อการรักษาความลับ กฎหมายของประเทศ และมาตรฐานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ ผู้หญิงไม่ควรถูกกีดกันการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยเหตุจากการใช้สารเสพติดของตน
- III. **เคารพความเป็นอิสระในตัวเองของผู้ป่วย (respecting patient autonomy):** ควรให้ความเคารพต่อความเป็นอิสระในตัวเองของหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด เมื่อต้องตัดสินใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพของตนควรจะได้รับข้อมูลความเสี่ยงและประโยชน์อย่างครบถ้วนทั้งต่อตัวเองและทารกในครรภ์หรือทารกหลังคลอด ถึงทางเลือกการรักษาที่มีอยู่
- IV. **จัดบริการที่ครอบคลุม (providing comprehensive care):** บริการสำหรับหญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดควรมีระดับความครอบคลุมที่สอดคล้องกับความซับซ้อนและธรรมชาติที่หลากหลายของความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดและปัญหาอื่นก่อนหน้านี้
- V. **ป้องกันการเลือกปฏิบัติและตีตรา (safeguarding against discrimination and stigmatization):** มาตรการป้องกันและรักษาหญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรควรให้ด้วยวิธีที่ป้องกันไม่ให้เกิดการตีตราเลือกปฏิบัติ หรือกีดกัน รวมทั้งส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือจากครอบครัว ชุมชน และสังคม ตลอดจนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยเสริมการเชื่อมต่อกับบริการดูแลเด็กเล็ก การจ้างงาน การศึกษา การจัดหาที่อยู่อาศัย และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความ ผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด

ลำดับ	คำแนะนำ	ความแข็งแรงของ หลักฐาน	คุณภาพของ หลักฐาน
การคัดกรองและบำบัดแบบสั้นสำหรับการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงและแบบอันตรายระหว่างตั้งครรภ์			
1	ผู้ให้บริการสุขภาพควรสอบถามหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด (ทั้งในอดีตและปัจจุบัน) ให้เร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ในช่วงตั้งครรภ์และในทุกครั้งที่มาฝากครรภ์	Strong	Low
2	ผู้ให้บริการสุขภาพควรให้การบำบัดแบบสั้นแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด	Strong	Low
การดูแลช่วยเหลือจิตสังคมสำหรับความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด¹ ในหญิงตั้งครรภ์			
3	ผู้ให้บริการสุขภาพที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดควรให้การประเมินแบบครอบคลุม ² และจัดบริการรายบุคคล ³	Conditioning	Very low
การบำบัดถอนพิษหรือโปรแกรมเลิกเสพยาในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาสารเสพติด			
4	ผู้ให้บริการสุขภาพควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราหรือสารเสพติดให้หยุดดื่มสุราหรือหยุดใช้สารเสพติด ให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ และจัดบริการหรือส่งต่อเข้ารับบริการบำบัดถอนพิษภายใต้การดูแลทางการแพทย์หากจำเป็นและจัดหาให้ได้ ⁴	Strong	Very low
5	หญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาโอปิออยด์ควรได้รับการสนับสนุนให้การรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ (opioid maintenance) ⁵ (หากสามารถจัดบริการได้) มากกว่ารักษาโดยการบำบัดถอนพิษ	Strong	Very low
6	หญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเบนโซไดอะซีปีนส์ (benzodiazepines) ควรค่อยๆ ลดขนาดลง ⁶ โดยใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long-acting benzodiazepines)	Strong	Very low
7	หญิงตั้งครรภ์ที่เกิดอาการขาดสุราหลังหยุดดื่ม ควรได้รับการรักษาด้วยเบนโซไดอะซีปีนส์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (long-acting benzodiazepine) ในช่วงสั้นๆ ⁷	Strong	Very low
8	การบำบัดถอนพิษในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาสารกระตุ้นประสาทนั้น การรักษาด้วยยาอาจมีประโยชน์ช่วยรักษาอาการทางจิตเวช แต่ไม่ถือเป็นวิธีการรักษาทั่วไปในทุกราย	Strong	Very low
การรักษาด้วยยา (แบบประคับประคองและป้องกันการกลับเสพยา) สำหรับการเสพยาสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์			
9	ไม่แนะนำให้ใช้การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาทั่วไปในทุกราย สำหรับการรักษาภาวะเสพยาสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน กัญชา โคเคน หรือสารระเหยในผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์	Conditioning	Very low

ลำดับ	คำแนะนำ	ความแข็งแรงของหลักฐาน	คุณภาพของหลักฐาน
10	เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลความปลอดภัยและประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาสำหรับการเสพติดสุราในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้น ควรมีการวิเคราะห์ประโยชน์-ความเสี่ยงเป็นรายบุคคล	Conditioning	Very low
11	ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์ ควรได้รับคำแนะนำให้เริ่มการรักษาแบบประคับประคองด้วยดว้ยโอปิออยด์ (opioid maintenance therapy) โดยใช้เมธาโดน (methadone) หรือบิวพริโนร์ฟิน (buprenorphine) หรือคงวิธีการรักษานี้ต่อไป	Strong	Very low
การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการเสพติดสุราและ/หรือสารเสพติดในมารดา			
12	ก. มารดาที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ควรสนับสนุนให้ยังคงเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยกเว้นมีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์อย่างเห็นได้ชัด ข. มารดาให้นมบุตรที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ควรได้รับคำแนะนำและช่วยเหลือให้เลิกดื่มหรือเลิกใช้สารเสพติด อย่างไรก็ตามการใช้สารเสพติดไม่ถึงเป็นข้อห้ามในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	Conditioning	Low
13	การสัมผัสผิวหนังซึ่งกันและกันเป็นสิ่งสำคัญ ไม่ว่าจะเลือกวิธีการให้นมแบบใด และต้องสนับสนุนอย่างจริงจังให้มารดาที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้	Strong	Low
14	มารดาที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ โดยใช้เมธาโดนหรือบิวพริโนร์ฟินจนอาการคงที่ ควรสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยกเว้นมีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์อย่างชัดเจน	Strong	Low
การดูแลทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์และสารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท			
15	หน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการคลอดบุตร ควรมีแนวปฏิบัติของหน่วยงานเพื่อตรวจค้นหา ประเมิน ติดตาม และดูแลรักษา ด้วยวิธีใช้ยาและไม่ใช้ยาสำหรับทารกที่ได้รับโอปิออยด์ตั้งแต่มาก่อนคลอด	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) ⁸	Conditioning	Very low

- ¹ 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.
- ² 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.
- ³ Individual care planning involves selecting appropriate psychosocial and pharmacological interventions based on a comprehensive assessment.
- ⁴ 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.
- ⁵ Methadone maintenance treatment or buprenorphine maintenance treatment.
- ⁶ For as short a time as is medically feasible.
- ⁷ Management of alcohol withdrawal usually includes administration of thiamine.
- ⁸ 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 การใช้สารเสพติดแบบฉ่ำสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงแพร่เชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีแก่หญิงตั้งครรภ์และทารก

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

การตั้งครรภ์ถือเป็นโอกาสดีสำหรับผู้หญิง คู่สมรส และสมาชิกคนอื่นๆ ในครัวเรือนที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติด บุคลากรสุขภาพที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ต้องเข้าใจความซับซ้อนของปัญหาสังคม จิตใจและสุขภาพกายของผู้หญิง เพื่อให้ความช่วยเหลือและแนะนำที่ถูกต้องตลอดช่วงเวลาดังครรภ์ไปจนถึงช่วงหลังคลอด

■ เหตุผลในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัตินี้พัฒนาขึ้นเพื่อให้บุคลากรวิชาชีพทั้งหลายสามารถช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด ให้เกิดผลลัพธ์ที่มีสุขภาพะ ในปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัตินานาชาติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด แม้ว่าในหลายประเทศที่มีรายได้สูงได้พัฒนาแนวปฏิบัติระดับประเทศครอบคลุมประเด็นเหล่านี้ แต่ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลางยังขาดแนวปฏิบัติเช่นนี้อยู่

โครงการนี้จัดทำขึ้นตามคำร้องขอจากขององค์กร สถาบัน และบุคลากรต่าง ๆ ที่ต้องการแนวปฏิบัติทางเทคนิคในการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด คำแนะนำนี้ได้พัฒนาสอดคล้องไปกับคำแนะนำการป้องกันและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้บุหรี่หรือได้รับภัยมือสองจากควันบุหรี่ขององค์การอนามัยโลก

แนวปฏิบัตินี้เป็นไปตามมติที่ 63.13 ของการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) ในการกำหนดและรับรองยุทธศาสตร์โลกเพื่อลดการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย และปณิญาทางการเมืองและแผนปฏิบัติการความร่วมมือระหว่างประเทศด้านยุทธศาสตร์แบบบูรณาการและสมดุลเพื่อต่อต้านปัญหายาเสพติดโลก (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

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

การบำบัดแบบสั้นตามผลคัดกรอง ASSIST สำหรับการใช้สารเสพติด



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

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

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

mhGAP – Intervention Guide http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

มีข้อเสนอแนะการดูแลรักษาความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดในหน่วยบริการที่ไม่มีคลินิกจิตเวชซึ่งสามารถปรับใช้ในคลินิกฝากครรภ์

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

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

PMTCT Strategic Vision 2010–2015 http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599030_eng.pdf

ประกอบด้วยข้อเสนอแนะการป้องกันการแพร่เชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกในหญิงที่ใช้สารเสพติดแบบฉีด

Guidelines on HIV and Infant Feeding 2010 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/index.html

ประกอบด้วยข้อเสนอแนะการดูแลหลังคลอดในหญิงที่ผลบวกต่อ HIV เนื่องจากใช้สารเสพติดแบบฉีด

Acceptable Medical Reasons for Use of Breast-milk Substitutes http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf

ประกอบด้วยข้อเสนอแนะสถานการณ์ที่ไม่แนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

*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)

■ บุคคลและเครื่องมือที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้

คณะกรรมการกำกับทิศขององค์การอนามัยโลก (WHO Steering Group)

คณะกรรมการกำกับทิศภายในจากแผนกต่าง ๆ ขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด แผนกวิจัยและสุขภาพด้านการสืบพันธุ์ แผนกสิทธิมนุษยชนและความเท่าเทียมทางเพศ แผนกการเฝ้าระวัง

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ (Guideline Development Group; GDG)

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหา ผู้มีประสบการณ์ในการจัดบริการสุขภาพในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีการทำแนวปฏิบัติโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ การคัดเลือกคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติพิจารณาความสมดุลระหว่างเพศและความหลากหลายของภูมิภาค สมาชิกได้รับการคัดเลือกมาจากทั่วทุกภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก

ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสืบค้นหลักฐานและระเบียบวิธีการ GRADE ได้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ผู้ทบทวนภายนอก (external review group)

ผู้ทบทวนภายนอกได้รับเชิญมาจากผู้ใช้แนวปฏิบัติ หน่วยงาน และพันธมิตรที่ทำงานในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแนวปฏิบัติ

ผู้ทบทวนภายนอกได้ประเมินและให้ข้อคิดเห็นระหว่างพัฒนาแนวปฏิบัติแต่ละระยะ ผู้ทบทวนภายนอกบางท่านเข้าร่วมการประชุมจัดกรอบการทำงานครั้งแรกและประชุมตัดสินใจคำแนะนำครั้งสุดท้ายในฐานะ “แขกรับเชิญพิเศษ” เพื่อเป็นผู้สังเกตการณ์และให้ข้อคิดเห็น แต่ไม่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ โดยจะทำการทบทวนขอบเขตคำถามผลลัพธ์ที่น่าสนใจ ข้อมูลหลักฐาน และเอกสารคำแนะนำฉบับสุดท้าย คำตอบของผู้ทบทวนภายนอกจะได้รับการรวบรวมและข้อคิดเห็นจะนำมาใช้ปรับปรุงขอบเขตของแนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่น่าสนใจ และคำแนะนำฉบับสุดท้าย

การดำเนินการประเด็นผลประโยชน์ทับซ้อน

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้ทบทวนภายนอก และทีมที่ปรึกษาทุกคนได้บันทึกชี้แจงในแบบบันทึกแสดงผลประโยชน์ทับซ้อนขององค์การอนามัยโลก สมาชิกหลายท่านในคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติได้ชี้แจงผลประโยชน์ทางการเงินหรือการศึกษาที่ได้รับ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ทบทวนโดยฝ่ายเลขานุการด้านผลประโยชน์ทับซ้อน ดังนี้ Hendree Jones ได้รับงบประมาณจาก Reckitt Benckiser-บริษัทผู้ผลิตยาบิวพริโนรฟิน (buprenorphine) โดยได้ค่าตอบแทนเล็กน้อยจากการนำเสนอในการประชุมวิชาการ และได้รับยาบิวพริโนรฟินฟรีเพื่อใช้ในการวิจัยทางคลินิก; Gabriele Fischer ได้รับค่าตอบแทนที่ปรึกษาเล็กน้อยจากบริษัท Reckitt Benckiser-ผู้ผลิตบิวพริโนรฟิน บริษัท Mundipharma-ผู้ผลิตมอร์ฟิน และบริษัท Lannacher- ผู้ผลิตยาจิตเวช; Anju Dhawan ได้รับงบประมาณเพื่อทำวิจัยทางคลินิกจากบริษัท Rusan Pharmaceuticals-ผู้ผลิตเมธาโดนและบิวพริโนรฟิน 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

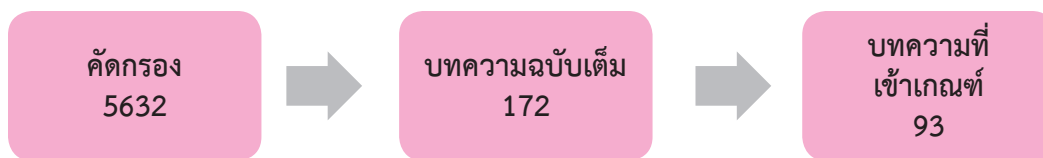
จาก 6 ประเด็นสำคัญตามที่ตกลงร่วมโดยคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติ นำมาสร้างคำถามหลักฐานที่เหมาะสมเพื่อควบคุมการสืบค้นหลักฐานอย่างเป็นระบบ เริ่มดำเนินการในเดือนเมษายน ค.ศ. 2013 คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติได้คัดเลือกและให้คะแนนผลลัพธ์ตั้งแต่ 1-9 โดย 9 หมายถึง มีความสำคัญ (จำเป็น) มากที่สุด และ 1 หมายถึงมีความสำคัญน้อยที่สุด 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 แต่ยังมีเนื้อหาสำคัญที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตามแนวปฏิบัตินี้

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

■ หลักฐานคำแนะนำ

คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติใช้ระบบ GRADE เพื่อประเมินคุณภาพหลักฐานและใช้หลักฐานเป็นข้อมูลการตัดสินใจขณะจัดทำคำแนะนำบ่งชี้สุดท้าย 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) คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติทราบดีว่าจำเป็นต้องมีงานวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้หลักฐานที่หนักแน่นเป็นหลักในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติใช้ตารางการตัดสินใจ (decision table) เพื่อประเมินและตกลงร่วมกันในคุณภาพหลักฐานและความเชื่อมั่นถึงอันตรายและประโยชน์ ความนิยมและความพึงพอใจ ความเป็นไปได้และทรัพยากรที่พอเพียงในการนำไปใช้

ระดับของคำแนะนำ แบ่งเป็น 2 ระดับ ดังนี้

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

หรือ

“conditional (มีเงื่อนไข)” หมายความว่า คณะกรรมการฯ เชื่อมั้มน้อยในคุณภาพของหลักฐาน และความนิยม ความพึงพอใจ ประโยชน์ และความเป็นไปได้ของคำแนะนำ ดังนั้นจึงอาจมีบางสถานการณ์หรือหน่วยบริการที่ไม่สามารถใช้คำแนะนำนี้ได้

โดยปกติแล้วการตัดสินใจทำโดยมติเห็นชอบร่วมกันในที่ประชุม แต่หากมีข้อโต้แย้งคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติจะใช้วิธีลงคะแนนและคะแนนเสียงส่วนใหญ่สองในสามเพื่อสรุปการตัดสินใจ หากคะแนนเสียงไม่ถึงสองในสาม มีข้อตกลงว่าให้ปรับแก้ไขแล้วนำมาลงมติอีกครั้ง ซึ่งเหตุการณ์นี้เกิดเพียงครั้งเดียวในคำแนะนำที่ 8 เรื่องการดูแลรักษาอาการถอนพิษสารกระตุ้นประสาท

■ คำแนะนำ

หลังทบทวนหลักฐานในแต่ละด้านจนครบทุกประเด็นอย่างครอบคลุมแล้ว คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติเห็นด้วยกับคำแนะนำต่อไปนี้เพื่อการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด คำแนะนำแต่ละข้อจะตามด้วยหมายเหตุเพื่ออธิบายเนื้อหาและแง่มุมที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา ในระหว่างการจัดทำคำแนะนำนี้ คณะพัฒนาแนวปฏิบัติได้ค้นพบช่องว่างงานวิจัยและเห็นชอบในคำถามและลำดับความสำคัญของการวิจัยตามรายการด้านท้ายของคำแนะนำนี้

หลักการ

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติได้กำหนดว่า หลักการนี้นำไปประยุกต์ใช้ได้กับทุกคำแนะนำด้านล่าง โดยได้เสนอแนวทางในกระบวนการวางแผน การนำไปใช้ และการประเมินคำแนะนำที่สอดคล้องและเหมาะสมที่สุด ตามบริบทของประเทศและทรัพยากรที่มีอยู่

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

การขับเคลื่อนงานนี้ต้องใช้วิธีการหลากหลายด้วยการทำงานจากหลากหลายวิชาชีพ เช่น สิทธิในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติดในระหว่างตั้งครรภ์ ระบบบริการสุขภาพที่ผ่านยุทธศาสตร์การป้องกันและสนับสนุนทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ และความพยายามส่งเสริมสุขภาพให้มียาและสังคมแวดล้อมที่มียา การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์และคู่ครองให้ตัดสินใจในทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพต่อการใช้สารเสพติดและป้องกันแรงกดดันให้ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด

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

หน่วยบริการสุขภาพควรมีความสามารถในการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีการใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดได้ โดยความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดควรได้รับการตรวจพบในระบบบริการสุขภาพเร็วที่สุดเท่าที่มีโอกาสและให้การรักษามีคุณภาพ ราคาไม่แพง และเข้าถึงได้ บริการเฉพาะทางสำหรับผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดนั้นถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในระบบสุขภาพและจำเป็นต้องมีในสัดส่วนที่พอเหมาะต่อความต้องการทางคลินิก บริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดควรคำนึงถึงความต้องการบริการดูแลเด็กเล็กตั้งแต่เข้ารับบริการ การจัดบริการต้องมีการรักษาความลับซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้รับบริการสุขภาพทุกคน

- III. **เคารพความเป็นอิสระในตัวเองของผู้ป่วย (respecting patient autonomy):** ควรให้ความเคารพต่อความเป็นอิสระในตัวเองของหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตร ผู้หญิงที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดเมื่อต้องตัดสินใจเกี่ยวกับบริการสุขภาพของตน ควรจะได้รับข้อมูลความเสี่ยงและประโยชน์อย่างครบถ้วน ทั้งต่อตัวเองและทารกในครรภ์หรือทารกหลังคลอด ถึงทางเลือกการรักษาที่มีอยู่

ความเป็นอิสระในตัวเองของผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเป็นส่วนสำคัญที่สุดของบริการดูแลสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ การตัดสินใจในการรักษาควรยอมรับหลักจริยธรรมการให้บริการทางการแพทย์ เคารพความเป็นอิสระในตัวเองของหญิงตั้งครรภ์ในการตัดสินใจเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและสุขภาพของทารก รวมถึงสิทธิความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับเมื่อพูดคุยถึงทางเลือกในการรักษา การให้ข้อมูลกับหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการดื่มสุราและใช้สารเสพติดจะต้องชัดเจน ถูกต้อง และตรงกัน ผู้หญิงทุกคนที่ใช้สารเสพติดควรได้รับข้อมูลวิธีการคุมกำเนิดที่ได้ผลด้วย

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

บริการแบบครอบคลุมสำหรับหญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรประกอบด้วย มาตรการป้องกันและรักษาหลากหลายที่คำนึงถึงความอ่อนไหวทางเพศ ที่สามารถตอบสนองความต้องการหลายด้าน เช่น ความต้องการบริการดูแลเด็กเล็ก โรคจิตเวชร่วมและโรคร่วมทางกาย โรคติดเชื้อต่าง ๆ การกินอาหารไม่ครบหมู่ และปัญหาสังคมจิตใจ ตัวอย่างเช่น ปัญหาสัมพันธภาพกับคู่สมรสหรือสมาชิกในครัวเรือน ไร้ที่อยู่อาศัย ความยากจน หรือความรุนแรง บริการแบบครอบคลุมที่ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องมักทำให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

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

ผู้ให้บริการสุขภาพควรรักษาทางสร้างสัมพันธภาพแบบผู้รักษากับผู้ป่วย (clinician-patient relationship) โดยไม่แบ่งแยกหรือตีตรา ข้อมูลสำคัญทั้งหมดเกี่ยวกับความเสี่ยงการใช้สารเสพติดและประโยชน์ของการรักษา ควรสื่อสารแบบไม่ตัดสิน ด้วยท่าทีที่เคารพ ไม่ตีตรา และเห็นอกเห็นใจ เหมาะสมตามความแตกต่างตามวัย วัฒนธรรม และภาษา ข้อมูลสำคัญทั้งหมดต้องสื่อทั้งการพูดและการอ่านเขียนด้วยภาษาตามระดับความรู้ของผู้ป่วย ผู้ให้บริการสุขภาพควรตอบสนองด้วยความระมัดระวังในข้อมูลที่ผู้ป่วยเปิดเผยความลับหรือละเอียดอ่อนใจ (เช่น ความรุนแรงทางเพศ หรือการทำร้ายตนเอง)

การคัดกรองและบำบัดแบบสั้นสำหรับการใช้สารเสพติด แบบเสี่ยงและแบบอันตรายระหว่างตั้งครรภ์

หลักฐานประสิทธิผลการคัดกรองและบำบัดแบบสั้นระหว่างตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นช่วงที่มีมาตรฐานรายงานและเครื่องมือวัดอคติยังไม่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นคุณภาพหลักฐานจึงจัดอยู่ในระดับต่ำหรือต่ำมาก อย่างไรก็ตาม จากหลักฐานที่สืบค้นมาได้บ่งชี้ว่าการถามเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอย่างละเอียดและครบถ้วน อาจเพิ่มความตระหนักของผู้หญิงถึงความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด และอาจส่งผลให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

การบำบัดเสริมแรงจิตใจแบบสั้นพบว่าช่วยลดจำนวนแก้วที่ดื่มและจำนวนวันที่ดื่มหนักในช่วงหลังคลอดได้ 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 แม้ว่าจะระดับของประโยชน์อาจจะยังไม่แน่นอน นอกจากนี้การะในการนำไปปฏิบัติมีเพียงเล็กน้อย

คำแนะนำที่ 2

ผู้ให้บริการสุขภาพควรให้การบำบัดแบบสั้นแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด

ระดับของคำแนะนำ: **strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **low**

ข้อสังเกต:

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

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) การทบทวนหลักฐานได้ค้นหงานวิจัยประเมิน ประสิทธิภาพของการดูแลช่วยเหลือจิตสังคมต่าง ๆ ได้แก่ การบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy; CBT) การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing; MI) การบำบัดโดย ให้สิ่งจูงใจ (contingency management; CM) และการเยี่ยมบ้าน งานวิจัยทุกชิ้นทำในหน่วยบริการเฉพาะทางที่ ให้การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติด ส่วนการรักษาตามปกติ (treatment-as-usual) ในที่นี้หมายถึง การดูแล ทางจิตสังคมที่ไม่มีโครงสร้างชัดเจน (ไม่ได้หมายถึง ไม่มีการช่วยเหลือทางสังคมเลย)

- ผลการศึกษาพบว่าการบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรม (CBT) อาจจะดีกว่าการรักษาตามปกติ ในแง่ของการคงอยู่ในการรักษา (retention treatment) การลดความเสี่ยงเพศสัมพันธ์และความเสี่ยง การใช้เข็มฉีดยา และการคลอดก่อนกำหนด
- ผลการศึกษานับสนับสนุนว่าการบำบัดโดยให้สิ่งจูงใจ (CM) เหนือกว่าการรักษาตามปกติในแง่ของการคงอยู่ ในการรักษา ร้อยละของผลปัสสาวะเป็นลบ จำนวนสัปดาห์ที่หยุดใช้โคเคนติดต่อกัน
- ผลการศึกษาไม่พบหลักฐานสนับสนุนว่าการบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (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 โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะด้านการดูแลรักษาความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดและมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 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

การบำบัดถอนพิษหรือโปรแกรมเลิกเสพยาในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาสุราหรือสารเสพติด

กลุ่มอาการขาดยาที่จำเป็นต้องให้การรักษาในระหว่างตั้งครรภ์พบในสารเสพติดสามชนิด ได้แก่ เบนโซไดอะซีปีนส์ (benzodiazepines) โอปิออยด์ (opioid) และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนกลุ่มอาการขาดยาที่เกิดจากการหยุดใช้สารเสพติดอื่น (เช่น สารกระตุ้นประสาท) ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบำบัดถอนพิษด้วยยาได้สำเร็จนั้น ไม่พบหลักฐานใด ๆ ว่าเกิดอันตรายต่อทารกในครรภ์ระหว่างการถอนพิษ และไม่พบความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกในครรภ์หรือการคลอดก่อนกำหนด

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

สำหรับการเสพยาสุราหรือสารเสพติดอื่น ๆ ยังไม่มีทางเลือกด้วยวิธีให้ยาแบบประคับประคอง (maintenance treatment)

คำแนะนำที่ 4

ผู้ให้บริการสุขภาพควรแนะนำหญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราหรือสารเสพติดให้หยุดดื่มสุราหรือหยุดใช้สารเสพติดให้เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ และจัดบริการหรือส่งต่อเข้ารับบริการบำบัดถอนพิษภายใต้การดูแลทางการแพทย์หากจำเป็นและจัดให้ได้

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดสุราหรือสารเสพติดที่ตัดสินใจเข้ารับบริการบำบัดถอนพิษ ควรได้รับการช่วยลดอาการขาดยาจากสารเสพติดในโรงพยาบาลหรือแบบผู้ป่วยใน 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

หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์ควรได้รับการสนับสนุนให้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ (opioid maintenance) (หากสามารถจัดบริการได้) มากกว่ารักษาโดยการบำบัดถอนพิษ

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- การรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ (opioid maintenance) ในที่นี้ หมายถึง การรักษาแบบประคับประคองด้วยเมธาโดน (methadone maintenance treatment) หรือ การรักษาแบบประคับประคองด้วยบิวพริโนรฟิน (buprenorphine maintenance treatment)
- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์ ที่ต้องการรับการบำบัดถอนพิษ ควรได้รับคำแนะนำว่า การใช้ยาเพื่อช่วยลดอาการขาดยา มีโอกาสกลับไปเสพติดได้มากกว่าการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์
- การบำบัดถอนพิษจากโอปิออยด์ด้วยยา ควรรักษาเฉพาะแบบผู้ป่วยใน โดยค่อยๆ ลดขนาดเมธาโดนหรือบิวพริโนรฟินลง นอกจากนั้น ควรพิจารณาให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน ช่วงเริ่มรักษา และช่วงปรับขนาดยา ให้เหมาะสมสำหรับการรักษาแบบประคับประคอง (maintenance treatment)
- ควรมีการดูแลช่วยเหลือจิตสังคม บูรณาการร่วมเข้าไปในกระบวนการรักษา
- หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการบำบัดถอนพิษจากโอปิออยด์ด้วยยาไม่สำเร็จ ควรให้การรักษาด้วยยา opioid agonist
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้คุณภาพหลักฐานประสิทธิผล RCT ต่ำ แต่เนื่องจากอัตราการกลับเสพติดซ้ำหลังการบำบัดถอนพิษสูง และความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายต่อมารดาและทารก หากบำบัดถอนพิษไม่สำเร็จนั้นรุนแรงมากเมื่อเทียบกับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ที่มีความเสี่ยงต่ำมาก

คำแนะนำที่ 6

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

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- เบนโซไดอะซีปีนส์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาวควรใช้เพียงช่วงสั้น ๆ เท่าที่มีความจำเป็นทางการแพทย์เพื่อการบำบัดถอนพิษเบนโซไดอะซีปีนส์
- การดูแลช่วยเหลือจิตสังคมควรให้ตลอดระยะเวลาการบำบัดถอนพิษเบนโซไดอะซีปีนส์
- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเบนโซไดอะซีปีนส์ ควรพิจารณาให้การบำบัดถอนพิษแบบผู้ป่วยใน
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้ว่าคุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำมาก ทั้งนี้เนื่องจากการใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ต่อไปในขณะที่ตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่ออันตรายสูง ในขณะเดียวกันการหยุดเบนโซไดอะซีปีนส์ทันทีอาจทำให้เกิดกลุ่มอาการขาดยาที่รุนแรง 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
- การบำบัดภาวะถอนพิษสุราอาจใช้แบบประเมินอาการขาดสุรา เช่น CIWA-Ar ช่วยในการประเมินได้
- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดสุราควรพิจารณาให้การบำบัดถอนพิษแบบผู้ป่วยใน
- อาการขาดสุราอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ กระตุ้นให้เกิดอาการชัก และ delirium ได้ หลักฐานจากประชากรทั่วไป (ไม่ได้ตั้งครรภ์) แสดงถึงประสิทธิผลของเบนโซไดอะซีปีนส์ที่ออกฤทธิ์ระยะยาวในการป้องกันการชักและ delirium จากอาการขาดสุราได้ เนื่องจากอาการขาดสุรามีความรุนแรงและไม่พบอันตรายในการใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ในช่วงสั้นๆ และมีหลักฐานสนับสนุนการใช้เบนโซไดอะซีปีนส์ในการบำบัดถอนพิษสุราในประชากรทั่วไป คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติจึงเห็นร่วมกันว่าคำแนะนำนี้ควรจัดอยู่ระดับ strong แม้คุณภาพหลักฐานในหญิงตั้งครรภ์ต่ำก็ตาม

คำแนะนำที่ 8

การบำบัดถอนพิษในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเสพติดระดับรุนแรง การรักษาด้วยยาอาจมีประโยชน์ช่วยรักษาอาการทางจิตเวช แต่ไม่ถือเป็นวิธีการรักษาพื้นฐานในทุกราย

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- การรักษาภาวะถอนพิษจากการเสพยาเสพติดระดับรุนแรงกลุ่มแอมเฟตามีนหรือโคเคนไม่ควรให้ยาจิตเวชเป็นวิธีการหลักในการรักษาหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากไม่มีหลักฐานว่าการบำบัดถอนพิษด้วยยาามีประโยชน์ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ ยกเว้นการรักษาภาวะเมาสารระดับรุนแรง
- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพยาเสพติดระดับรุนแรงควรพิจารณาให้การบำบัดถอนพิษแบบผู้ป่วยใน
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้คุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำมาก ทั้งนี้เนื่องจากอันตรายต่อมารดาและทารกเกิดได้สูงหากยังคงใช้สารระดับรุนแรงต่อไป ในขณะที่ความเสี่ยงของการให้ยาจิตเวช (ที่ไม่ทำให้เกิดความผิดปกติของทารกในครรภ์) ในระยะสั้นเพื่อรักษาอาการทางจิตเวชในช่วงตั้งครรภ์นั้นต่ำมาก ดังนั้น ประโยชน์ของการให้ยาจิตเวชเพื่อรักษาอาการในระหว่างถอนพิษสารระดับรุนแรง (หากมีความจำเป็น) มากกว่าอันตรายอย่างชัดเจน

การรักษาด้วยยา (แบบประคับประคองและป้องกันการกลับเสพยา) สำหรับการเสพติดสุราและสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์

การทบทวนอย่างเป็นระบบเปรียบเทียบการรักษาด้วยเมธาโดนและบิวพริโนรฟิน และ เมธาโดนและมอร์ฟินแบบออกฤทธิ์ช้า (slow-release morphine) ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด และหลักฐานประเมินประสิทธิภาพ สรุปผลการศึกษาดังนี้:

- การรักษาด้วยยาพบว่าได้ผลดีในการรักษาการเสพติดโอปิออยด์และการเสพติดเบนโซไดอะซีปีนส์ โดยเมธาโดนหรือบิวพริโนรฟินพบว่ามีประสิทธิผลใกล้เคียงกันในการรักษาการเสพติดโอปิออยด์ ในขณะที่เมธาโดนอาจทำให้มารดาคงอยู่ในการรักษาได้ดีกว่า แต่บิวพริโนรฟินอาจทำให้เกิดอาการขาดยาในทารก (neonatal abstinence syndrome; NAS) รุนแรงน้อยกว่า การคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่า และน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า
- การให้การดูแลทางจิตสังคมร่วมกับการรักษาด้วยยาพบว่าดีกว่าการรักษาด้วยยาอย่างเดียว
- ไม่พบหลักฐานการใช้ยาเพื่อป้องกันการกลับดื่มซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดสุรา (acamprosate, disulfiram, nalmefene, naltrexone)
- ไม่พบหลักฐาน RCT ในการใช้ naltrexone เพื่อป้องกันการกลับเสพยาซ้ำในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์
- ไม่พบหลักฐานการรักษาแบบประคับประคองด้วยเบนโซไดอะซีปีนส์ระยะยาว (benzodiazepine maintenance) ในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดเบนโซไดอะซีปีนส์

คำแนะนำที่ 9

ไม่แนะนำให้ใช้การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาทั่วไปในทุกราย สำหรับการรักษาภาวะเสพติดสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน 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) หรือบิวพรีนอร์ฟิน (buprenorphine) หรือคงวิธีการรักษานี้ต่อไป

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- ผู้ป่วยหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์ ควรได้รับการสนับสนุนให้เริ่มใช้การรักษาด้วยยา opioid agonist ร่วมกับการดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม
- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์และรับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์โดยใช้เมธาโดนอยู่แล้ว ไม่ควรแนะนำให้เปลี่ยนเป็นบิวพรีนอร์ฟิน เนื่องจากเสี่ยงต่อการขาดโอปิออยด์ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์และได้รับบิวพรีนอร์ฟินอยู่แล้ว ไม่ควรแนะนำให้เปลี่ยนเป็นเมธาโดน ยกเว้นผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่ได้รับอยู่
- ในหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์ ควรให้ตำรับยาบิวพรีนอร์ฟินตัวเดียว มากกว่าให้ตำรับยาบิวพรีนอร์ฟิน/นาลอกโซน (naloxone)
- ไม่ว่าจะเลือกใช้ยาชนิดใดก็ตาม ควรให้การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคมบูรณาการในการรักษาด้วยเสมอ
- หญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดโอปิออยด์และต้องการรับการรักษาด้วยยา opioid antagonist ควรแนะนำให้ลี้มเลิกทางเลือกนี้
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong ทั้ง ๆ ที่คุณภาพหลักฐานต่ำ เนื่องจากอัตราการกลับไปเสพติดโอปิออยด์ซ้ำหลังการบำบัดถอนพิษมีสูง และความเสี่ยงอันตรายจากการบำบัดถอนพิษไม่สำเร็จรุนแรงมากเมื่อเทียบกับความเสี่ยงอันตรายเพียงเล็กน้อยจากการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการใช้สารเสพติดของมารดา

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

หลักฐานการตอบสนองต่อความเครียดลดลงและหัวใจเต้นช้าลง (แสดงถึงการควบคุมระบบประสาทอัตโนมัติดีขึ้น) ในหญิงที่ให้นมบุตรเปรียบเทียบกับหญิงที่ไม่ได้ให้นมบุตร เห็นได้ชัดในผู้หญิงที่เสพยาเสพติด ความเครียดอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดอาการทางจิตเวชและเชื่อมโยงกับการกลับเสพยา อัตราการติ่มสุรา การติ่มหนัก การใช้บุหรี่และกัญชา พบว่ากลับมาสูงขึ้นมากในช่วงหลังคลอดเปรียบเทียบกับช่วงระหว่างตั้งครรภ์ ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด และคุณแม่ใหม่ที่มีภาวะซึมเศร้าหลังคลอดมีโอกาสูงที่จะใช้สารเสพติดหรือกลับไปใช้สารเสพติด พยาธิสภาพทางจิตใจของมารดาพบได้ในผู้หญิงที่เสพยาเสพติดมากกว่าผู้หญิงทั่วไป และมักมีการตัดสินใจที่ไม่ดี เพิ่มความเสี่ยงสุขภาพต่อทารกที่ติ่มนมแม่

นอกจากนั้น อาการง่วงซึมของแม่ การหลับตื่นไม่เป็นเวลา หรือมีปฏิกิริยาตอบสนองช้าลงเนื่องจากติ่มสุรา หรือใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในทารก 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 ดังนั้นหากมีผลลัพธ์ทดแทนนมมารดาที่ปลอดภัยแล้ว การงดให้นมบุตรอาจเป็นทางเลือกที่ดีกว่า เป็นต้น
- ข้อมูลที่ให้แกหญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ว่าให้หยุดดื่มสุราหรือหยุดใช้สารเสพติดขณะให้นมบุตรนั้น ควรให้ด้วยวิธีที่ไม่ทำให้เสียโอกาสที่จะได้ประโยชน์จากการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การปรับเวลาให้นมบุตร หรือใช้วิธีการอื่น ๆ เช่น นมแม่แช่แข็งหรือผลลัพธ์ทดแทนนมแม่ที่สามารถหาได้และใช้ได้อย่างปลอดภัย 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 ให้มารดาที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติดที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของทารกได้

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **low**

ข้อสังเกต:

- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้ว่าคุณภาพหลักฐานต่ำมาก ทั้งนี้เนื่องจากความเสี่ยงอันตรายมีน้อย ใช้ทรัพยากรไม่มาก ความนิยมและความพึงพอใจในคำแนะนำสูง และมั่นใจในความสมดุลระหว่างประโยชน์และอันตราย

คำแนะนำที่ 14

มารดาที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยโอปิออยด์ โดยเมธาโดนหรือบิวพริโนรฟินจนอาการคงที่ ควรสนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ยกเว้นมีความเสี่ยงมากกว่าประโยชน์อย่างชัดเจน

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **low**

ข้อสังเกต:

- ผู้หญิงที่ได้รับการรักษาด้วยโอปิออยด์ เช่น เมธาโดนหรือบิวพริโนรฟิน และต้องการจะหยุดให้นมบุตร อาจค่อย ๆ หย่านมอย่างช้า ๆ เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอาการขาดยา
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้ว่าคุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำ เนื่องจากพิจารณาแล้วพบว่ามี ความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดประโยชน์จากการหลีกเลี่ยงอาการขาดยาในทารกมีมากกว่าอันตรายอย่างชัดเจน ผลจากการสำรวจผู้ใช้แนวปฏิบัติพบว่าความนิยมและความพึงพอใจในคำแนะนำสูง และมั่นใจในความสมดุลของประโยชน์และทรัพยากรที่ใช้

การดูแลรักษาทารกที่ได้รับแอลกอฮอล์และสารเสพติด ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

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

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวนน้อยและมีความเสี่ยงที่จะเกิดอคติในการประเมิน ดังนั้น หลักฐานประสิทธิผลของการรักษานี้ยังไม่สามารถบอกได้ ต้นแบบการดูแลรักษากลุ่มอาการขาดยาในทารก (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 และบริการสุขภาพทั่วโลกยังรักษาแตกต่างกันไป 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 แสงสลับ ๆ สิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ การห่อตัวเด็ก และการสัมผัสผิวกาย ควรให้ในทารกทุกคนที่ได้รับแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมาก่อนคลอด
- คำแนะนำนี้ควรจัดไว้ระดับ strong แม้คุณภาพหลักฐานประสิทธิผลต่ำ แต่เนื่องจากคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติมีความเห็นร่วมกันว่าประโยชน์จากการรักษามากกว่าอันตรายใด ๆ ที่อาจเกิดขึ้นอย่างชัดเจน ความนิยมและความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติเป็นไปตามคำแนะนำ และมีความมั่นใจว่าแม้ทรัพยากรจะถูกใช้ไป แต่ประโยชน์ที่ได้รับยังคงมากกว่าค่าใช้จ่ายอย่างชัดเจน และให้คุณค่าสูงต่อการตรวจค้นหาเพื่อป้องกันทารกที่มีอาการขาดยานี้

คำแนะนำที่ 16

โอปิออยด์ควรใช้เป็นการรักษาเบื้องต้นในทารกที่มีอาการขาดยาจากโอปิออยด์ (neonatal opioid withdrawal syndrome) หากจำเป็น

ระดับของคำแนะนำ: **Strong**

คุณภาพของหลักฐาน: **Very low**

ข้อสังเกต:

- การรักษากลุ่มอาการขาดโอปิออยด์ในทารกด้วยยาโอปิออยด์ให้นานขึ้นนั้นไม่จำเป็น 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 และคณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติเองเห็นร่วมกันว่ามีความมั่นใจในสมมติฐานของประโยชน์และทรัพยากรที่ใช้

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) เนื่องจากขาดหลักฐานที่มีคุณภาพสูงและขาดความชัดเจนของสมมติฐานระหว่างประโยชน์และอันตราย

คำแนะนำที่ 18

ทารกทุกคนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา 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

- › วิธีใดที่ดีที่สุดสำหรับบุคลากรสุขภาพในการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ว่ามีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดในทำที่ไม่รู้สีกว่าถูกตัดสิน?
- › เครื่องมือคัดกรองใดมีประสิทธิภาพดีที่สุด?
- › การฝึกอบรมรูปแบบใดทำให้การคัดกรองมีประสิทธิภาพ?
- › วิธีการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและความคุ้มค่าประสิทธิภาพสำหรับงานเวชปฏิบัติทั่วไปคือวิธีใด?
- › อะไรคือวิธีการคัดกรองที่เหมาะสมที่สุดสำหรับสารเสพติดที่แตกต่างและสถานการณ์ที่หลากหลาย (เช่น ในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำ) จำเป็นต้องมีการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเครื่องมือคัดกรองที่ใช้กันในปัจจุบัน?
- › วิธีใดเหมาะสมที่สุดในการจัดบริการคัดกรองและบำบัดแบบสั้นในสถานการณ์ต่าง ๆ?
- › ปัจจัยใดที่ทำให้ระดับการเปิดเผยข้อมูลลดลง?

การบำบัดแบบสั้น

การบำบัดแบบสั้นควรมีการศึกษาทางคลินิก โดยใช้ผลลัพธ์ที่ได้มาตรฐานและการออกแบบวิจัยเพื่อศึกษา:

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

การดูแลช่วยเหลือทางจิตสังคม

- › รายงานและข้อตกลงร่วมถึงมาตรฐานการออกแบบการวิจัยและวัดผลลัพธ์ควรดีขึ้น
- › 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 สามารถช่วยในการประเมินความเสี่ยงและประโยชน์ที่อาจได้รับการรักษาด้วยยาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด
- ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อค้นหาวิธีการที่ดีที่สุดในการรักษาด้วยเมธาโดนและบิวพริโนรฟินในระหว่างตั้งครรภ์ (รวมทั้งการศึกษานาตาและการตอบสนอง)
- ยังขาดข้อมูลความปลอดภัยของการรักษาด้วยยาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่เสพติดสุรา

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

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

การคลอด

- การรักษาที่ดีที่สุดระหว่างคลอด (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/

ภาคผนวกที่ 3 เครื่องมือคัดกรองการใช้สารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด

แนวปฏิบัติการตรวจค้นหาและดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ใช้สารเสพติดหรือมีความผิดปกติพฤติกรรมใช้สารเสพติด

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) ¹	ASSIST	Tobacco, Alcohol, and Substances	^8	Interviewer	Yes	‡		Alcohol: 87% Cannabis: 100%	Alcohol: 36% Cannabis: 20%
4Ps Plus ²	4Ps Plus	Alcohol and General Substance Use	4	Paper-and-pencil	No	Inpatient and Outpatient	.62	87%	76%
Hospital Screening Questionnaire ³	HSQ	Tobacco, Alcohol, and Substances	18–40	Paper-and-pencil	No	Inpatient: Postpartum			
Pregnancy Information Program ⁴	PIP	Tobacco, Alcohol, and Substances	~200	Computer	No	Prenatal Clinic and Ob/Gyn Offices			
Substance Use Risk Profile – Pregnancy ⁵	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 ⁶	AUDIT	Alcohol	10	Paper-and-pencil and Interviewer	No	‡		*7–23%	*97–100%
Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption ⁷	AUDIT-C	Alcohol	3	Paper-and-pencil and Interviewer	No	‡		*18–100%	*71–100%
CAGE ^{8,9}	CAGE	Alcohol	4	Paper-and-pencil	No	‡		*38–59%	*82–92%
NET ¹⁰	NET	Alcohol	3	Paper-and-pencil	No	Inpatient and Outpatient		*24–71%	*86–99%
Short Michigan Alcohol Screening Test ¹¹	SMAST	Alcohol	13	Paper-and-pencil	No	‡		*11–15%	*96–98%
Ten Question Drinking History ¹²	TQDH	Alcohol	10	Interviewer	Yes	Prenatal Clinic			
T-ACE ¹³	T-ACE	Alcohol	4	Paper-and-pencil	No	Prenatal Clinic		*60–91%	*37–79%
TWEAK ¹⁴	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). ^Questions 1–7 each ask about 10 classes of substances. ‡ Not initially developed and validated for prenatal or pregnant populations. *Sensitivities and Specificities vary depending on the cutpoint used to determine risk. †Alcohol, Cannabis, Cocaine, Sedatives, Opioids

