

ยาเสพติดและยาต้านฤทธิ์ยาเสพติด

ประวัติ

มนุษย์โดยทั่วไปมักแสวงหาสิ่งซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจในทางตรงกันข้ามก็คือ พยายามหลีกเลี่ยงต่อสิ่งซึ่งทำให้เกิดความกังวลหรือความไม่สบายใจ สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสารที่ได้จากธรรมชาติหรือเป็นสารเคมีซึ่งสังเคราะห์ขึ้นมา ผิวนั้นเป็นสารจากธรรมชาติที่มนุษย์นำมากินหรือสูบ เพื่อให้เกิดความสุขหรือความพอใจมาหลายชั่วคนแล้ว นอกจากผิวนั้นแล้วยังมีกัญชาและโคคาซึ่งเป็นแหล่งที่มาของโคเคน ที่นำมาใช้เป็นตัวกระตุ้นเพื่อให้เกิดความพึงพอใจและรู้สึกมาไม่น้อยกว่า 12 ศตวรรษ ในปัจจุบันได้นำสารสำคัญของพืชเหล่านี้หรือแม้แต่สารสังเคราะห์ที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันมาใช้ เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อประสาทส่วนกลางกันอย่างกว้างขวาง สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิต (psychotropic agent) ชนิดใหม่ๆ ซึ่งรวมทั้งสารที่ออกฤทธิ์สงบประจันนอนหลับ (sedative-hypnotics) และระงับความกังวล (anxiolytic) ก็เป็นสารที่อยู่ในความปรารถนาของมนุษย์

ยาที่ส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางชนิดแรกที่ทำให้นำมาใช้เมื่อประมาณปลายศตวรรษที่ 18 ก็คือฝิ่น ซึ่งเวลาดังกล่าวการสูบฝิ่นได้ก่อให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมแก่ประเทศจีนจนทำให้เงิน (silver) ซึ่งเป็นทุนสำรองของประเทศได้ร่อยหรอไปเพราะได้นำเงินนั้นไปซื้อฝิ่นจากประเทศอินเดีย

ลักษณะของ Drug Abuse

คำว่า "Drug abuse" หมายถึงการนำยาที่ขนาดไม่พอเหมาะมาใช้ด้วยตนเองโดยที่ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายในการบำบัดรักษา ทำให้เกิดปัญหาแก่ตัวผู้ใช้เองและต่อสังคม ยาที่จัดไว้ในประเภทนี้เกือบทั้งหมดส่งผลกระทบต่อประสาทส่วนกลาง ยาที่มีความแรงสูงในการทำให้เกิดความมึนเมามักจะเหนี่ยวนำให้ผู้ใช้มีความจำเป็นที่จะเสาะแสวงหายามาใช้ การใช้ยาเหล่านี้ติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดการเป็นพิษอย่างเรื้อรังได้ การใช้ติดต่อกันย่อมทำให้เกิดการพึ่งยาทางกาย (physical dependence) หรือเสพติด

(addiction) เป็นสภาพที่ผู้ใช้มีความต้องการยาเพื่อให้ร่างกายดำรงอยู่ในสภาพที่ปกติ ในคนเสพติดมีการแสดงพฤติกรรมของการเสาะแสวงหายาอย่างเด่นชัดเมื่อหยุดใช้ยาจะมีอาการพึ่งยาทางกายเกิดขึ้น ยังผลให้เกิดอาการเพิกถอน (with drawal) และอาการอยากยา กลุ่มอาการที่ปรากฏแตกต่างกันตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของยา

ยาเสพติดบางชนิดเมื่อหยุดใช้จะไม่แสดงอาการทางกายให้ปรากฏ แต่ความจำเป็นที่ต้องการใช้ยาเพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายเหมือนเดิมยังคงมีอยู่ ความต้องการยาในลักษณะเช่นนี้เรียกว่าการพึ่งยาทางจิต (psychological dependence) หรือการติดเป็นนิสัย (habituation)

ยาเสพติดส่วนใหญ่จะต้องการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ผู้ใช้มีจุดประสงค์ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิต ซึ่งมีความแตกต่างกับการใช้ยาผิด (misuse) เพราะการใช้ยาผิดหมายถึง การนำยานั้นมาใช้ในการบำบัดรักษาที่ไม่ถูกต้องกับโรคที่เป็นหรือเกินขนาด เช่น นำไทรอยด์ฮอร์โมนและยาขับปัสสาวะมาใช้บำบัดโรคอ้วน (obesity) เป็นต้น

การใช้โอปิออยด์ในทางที่ผิด (Opioid abuse)

คำว่า โอปิออยด์ หมายถึง ยาแก้ปวดทุกชนิดที่ทำให้เสพติด ซึ่งได้จากธรรมชาติหรือได้จากการสังเคราะห์และออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาได้เหมือนกับมอร์ฟินและเฮโรอีน

มอร์ฟิน โคดีนและไฮโดรโมรโฟน (Dilaudid) เป็นสารพวกโอปิออยด์ ที่นำมาใช้เพื่อให้เกิดความมึนเมาเล็กน้อยตามลำดับ ในระยะ 5-10 ปี ที่ผ่านมาได้มีการนำเมธาโดนมาใช้และในทำนองเดียวกันก็ได้มีการนำเดกซ์โทรโปรออกซีเฟน (dextropropoxyphene) มาใช้เป็นยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นอีก

เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการนำเอาสารเสพติดชนิดใหม่หลายชนิดซึ่งขนานนามว่า เฮโรอีนสังเคราะห์ (synthetic heroin) มาใช้ในทางที่ผิดกฎหมาย ชื่ออีกชื่อหนึ่งที่นิยมเรียกในหมู่ผู้ใช้ก็คือ

“designer drugs” สารนี้วิเคราะห์ขึ้นมาโดยนักเคมีได้ดินอย่างไม่ถูกกฎหมาย เป็นสารที่มีสูตรโครงสร้างแตกต่างจากสารเสพติดที่เคยใช้กันอยู่เพียงเล็กน้อย ปัจจุบันพบว่าสารนี้มีสูตรโครงสร้างคล้ายเฟนทานิลและมีอยู่ด้วยกันถึง 6 ชนิด ได้มีผู้นำสารเหล่านี้มาใช้แทนเฮโรอีน นอกจากสารดังกล่าวก็ยังมี MPTP (1-methyl-1,4-phenyl-1, 2, 3, 6 tetrahydropyridine) ซึ่งมีสูตรโครงสร้างใกล้เคียงกับเมเปอรรีดิน สารนี้เป็นสารที่สะอาดมาก เพราะทำให้เกิดโรคปาร์กินสัน (Parkinson) ในหมู่คนหนุ่มสาวที่ติดเฮโรอีนแล้วเปลี่ยนมาใช้สารนี้

คนไข้ที่ใช้ยาแก้ปวดชนิดระงับความเจ็บปวด อันเนื่องมาจากโรคภัยไข้เจ็บ บางคนก็ไต่กลายมาเป็นผู้ติดยาไปก็มีอยู่จำนวนไม่น้อย ผู้ที่มีการศึกษาและมีอาชีพทางสายการแพทย์บางท่านที่ติดเสพติดก็อาจจะพบได้บ่อยๆ เหมือนกัน บุคคลเหล่านี้จะมีลักษณะที่แตกต่างไปจากบุคคลธรรมดา

รูปแบบของการติดยา (Patterns of abuse)

ผู้ใช้อินส่วนใหญ่มักเริ่มใช้เมื่ออายุน้อย (ก่อนอายุ 20 ปี ที่อายุเกิน 20 ปี มีไม่มากนัก) ที่เริ่มใช้เมื่ออายุล่วง 30 ปี ไปแล้วมีน้อยมาก การใช้ครั้งแรกจะมีความรู้สึกที่ไม่ค่อยพึงพอใจนัก กล่าวคือ มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนควบคู่กับการระเหี่ยใจ (dysphoria) ได้มีการคาดคะเนไว้ว่าประมาณครึ่งหนึ่งของบุคคลที่เคยลองใช้เฮโรอีนกลายเป็นผู้ติดสารเสพติดนี้

บุคคลบางคนมีอาการสงบเยือกเย็น (tranquility) และรู้สึกเป็นสุข (euphoria) เมื่อเริ่มใช้ยาเสพติดเป็นครั้งแรก แต่ก็มีบุคคลบางคนต้องใช้หลายครั้งจึงจะรู้สึกเป็นสุข หลังจากการฉีดยาเสพติดเข้าหลอดเลือด (IV) อย่างเร็ว ผู้ที่ได้รับยาโดยวิธีทางนี้รู้สึกสบายและมีเลือดมาเลี้ยงมากที่ผิวหนัง รู้สึกเสียวที่ท้องน้อยเหมือนมีความรู้สึกสูงสุดของการร่วมเพศ ผลกระทบที่ได้รับครั้งแรกนี้มีอาการรวดเร็วมากซึ่งเรียกว่า “rush” ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สันโดษและร่าเริง ตาม ลำดับ นอกจากนี้ก็ยังติดตามมาด้วยอาการสงบเยือกเย็นและปราศจากความกลัวจากภยันตราย สิ่งนี้กล่าวมาแล้วนี้ เป็นอาการที่ปรากฏในครั้งแรก อาการขั้นที่ 2 เกิดนานกว่าขั้นแรกคือ รู้สึกเป็นสุขซึ่งเรียกว่า “nod”

การใช้สารเสพติดสม่ำเสมอทำให้เกิดการทนยา (tolerance) มีรายงานว่าผู้เสพติดบางคนใช้เฮโรอีนวันละ 5 กรัม ฉีดเข้าทาง

หลอดเลือดซึ่งต่างกับการนำสารนี้มาใช้ระงับความเจ็บปวด ในประเทศอังกฤษใช้เฮโรอีน 3 มก. ฉีดเข้าใต้ผิวหนังเมื่อต้องการบรรเทาอาการเจ็บปวด น้ำตาลนม หรือแอลกอฮอล์ แมนโทส คิวีน ฯลฯ เป็นสิ่งที่ผู้ขายปนปลอมมาในเฮโรอีน

เมื่อผู้เสพติดเกิดการทนยาและขาดเงินที่จะซื้อยาเสพติด ผู้ติดยาหมดเข้ารับการถอนพิษยา (detoxification) ในสถานพยาบาล เมื่อออกจากสถานพยาบาลก็จะเริ่มกลับมาเสพเฮโรอีน ในการกลับมาใช้ใหม่มักใช้ในขนาดที่ลดลงกว่าเดิม

การพึ่งยาทางกาย (Physical dependence)

หลังจากได้รับการฉีดมอร์ฟีนหรือเฮโรอีนเป็นครั้งสุดท้ายแล้วภายใน 4-6 ชม. บุคคลที่มีการพึ่งยาทางกายจะแสดงอาการดังปรากฏดังนี้ คือ หาว เหงื่อออก กังวลและอาการอยากยา หลังจากได้รับยาครั้งสุดท้าย 8-12 ชม. จะมีอาการเพิกถอนปรากฏและเมื่อถึงเวลานี้ยังคงไม่ได้รับยาอีก อาการต่างๆ เหล่านี้ก็จะกำเริบขึ้น ซึ่งถึงขีดสูงสุดในเวลา 36-48 ชม. ความรุนแรงของอาการเพิกถอนที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับปริมาณของยาเสพติดที่ได้รับ น้ำมูกไหล เหงื่อซาและเกิดการปั่นป่วนในท้องเป็นกลุ่มอาการที่ปรากฏตามธรรมชาติ มีอาการหลายชนิดที่มีอาการรุนแรง เช่น มานตาขยาย ความร้อนในร่างกายขึ้นสูงและท้องร่วง เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเสพติดในคนที่ไม่ติดยา

การได้รับยาที่มีฤทธิ์ต้านยาเสพติด (narcotic antagonist) เช่น มาล็อกโซน (maloxone) นาลอร์ฟีน (nalorphine) หรือ ลิวาลอร์เฟน (levallorphan) ในบุคคลที่มีการพึ่งยาทางกายต่อสารโอปิออยด์ จะทำให้เกิดอาการบ้ำคลั่งเพราะขาดยาอย่างเฉียบพลัน อาการเพิกถอนจะเกิดขึ้นภายใน 2-3 นาที หลังจากได้รับยาที่มีฤทธิ์ต้านยาเสพติดโดยการฉีดและจะถึงขีดสูงสุดใน 30-45 นาที และจะลดลงภายใน 2-3 ชม.

อาการเพิกถอนที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ได้นาน (long-acting narcotic) เช่น เมธาโดน จะมีความรุนแรงที่จะเกิดมากกว่าที่เกิดจากการขาดยาเสพติดที่ออกฤทธิ์ในระยะสั้น เช่น เฮโรอีน อาการขาดยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการขาดยาเสพติดระหว่างที่เพิกถอนยา ถ้าได้รับยาเสพติดก็จะทำให้อาการอยากยาหมดไป แต่ถ้าอาการอยากยาเกิดขึ้นเพราะเนื่องจากผลกระทบของยาด้านฤทธิ์ยาเสพติด การได้รับยาเสพติดจะให้ผลกระทบที่น้อย

มากต่อการระงับอาการเพิกถอน เพราะเนื่องจากยาต้านฤทธิ์ยาเสพติดมีการออกฤทธิ์ที่เป็นระบบเฉพาะตัวของมัน

การได้รับเฮโรอีน 24 มก./วัน ติดต่อกันเป็นเวลาหลายสัปดาห์ ถือว่าเป็นปริมาณที่น้อยต่อการที่จะก่อให้เกิดการพึ่งยาทางกาย การได้รับเฮโรอีนในปริมาณที่สูงมาก คือ 1–1.5 กรัม/วัน ทำให้เกิดอาการเพิกถอนอย่างรุนแรง (ตัวอย่างนี้เป็นตัวอย่างจากทหารอเมริกันที่ใช้เฮโรอีนในสงครามเวียดนาม) จากการศึกษาทางคลินิกพบว่า การใช้มอร์ฟินในขนาด มก./วัน เป็นเวลาหลายสัปดาห์จะทำให้มีขีดของการพึ่งยาที่สูงแต่อาการเพิกถอนไม่เพิ่มความรุนแรงถึงหากจะใช้อยู่ในขนาดที่สูงขึ้น

คนไข้จำนวนมากที่เข้ารับการเพิกถอนยาโดยมิได้แสดงอาการเพิกถอนเป็นเพราะบุคคลเหล่านั้นเคยใช้ยาขนาดต่ำกว่า มก./วัน คนจำพวกนี้พึ่งเฮโรอีนทางจิตเท่านั้น ถือเป็น “pseudoheroinis” และ “pseudojunkie” เนื่องจากในสภาวะปัจจุบัน เฮโรอีนที่ขายในภูมิภาคต่างๆ มีคุณภาพต่ำลง จึงมีบุคคลเป็นจำนวนมากเปลี่ยนมาใช้ โอปิออยด์ ชนิดอื่น เช่น ไฮโดรโมรโฟน (hydromorphone) อาการเพิกถอนที่เกิดขึ้นเนื่องจากขาดไฮโดรโมรโฟนนั้นรุนแรงกว่าเฮโรอีน

สารที่ใช้ร่วมกับยาเสพติด (Concurrent drug abuse)

ในสมัยก่อนผู้ติดเฮโรอีนมักเปลี่ยนไปใช้ยาเสพติดชนิดอื่นๆ ยามเมื่อขาดเฮโรอีน แต่ปัจจุบันวิถีทางได้เปลี่ยนไป กล่าวคือ มีการนำยาประเภทอื่นๆ มาใช้ร่วมกับยาเสพติดเป็นประจำวันยาอื่นๆ ที่นิยมนำมาใช้ร่วมกับยาเสพติดได้แก่ แอลกอฮอล์ บาร์บิทูเรตและกลูทีทิมิด ยาคลายความกังวลหลายชนิด ก็ได้ นำมาใช้ร่วมกับยาเสพติด นอกจากยาดังกล่าวแล้วยังมีรายงานการนำยากระตุ้นบางชนิดมาใช้ร่วมกับยาเสพติดด้วย

การวินิจฉัยและการบำบัดรักษา (diagnosis and treatment)

ผู้ที่อยู่ในข่ายสงสัยว่าติดยา ยังอยู่ภายใต้อิทธิพลของยาเสพติดที่รับมาในครั้งสุดท้ายอยู่ การตรวจสอบสภาพร่างกายเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องได้ การตรวจร่างกาย เช่น การสังเกตว่าม่านตาดำตึบลงและการมีรอยเข็มฉีดยาตามแขนและขา เป็นเพียงเครื่องช่วยประกอบการวินิจฉัยของการเสพยา การตรวจปัสสาวะโดยวิธีทางเคมีเพื่อทดสอบหาสาร

ประเภทโอปิออยด์หรือควินนัซเป็นเครื่องบ่งชี้การเสพยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ การให้ยาที่ออกฤทธิ์ต้านยาเสพติด เช่น นาโลกโซน แก่คนเสพยาจะทำให้การวินิจฉัยหาสารโอปิออยด์ที่ผู้เสพยาใช้ดำเนินไปได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งมักนิยมฉีดนาโลกโซนเข้าทางกล้ามเนื้อในขนาด 0.16 มก. หลังจากได้รับยาแล้ว 20–30 นาที ถ้าคนไข้ยังมีอาการปวดอยู่ ก็ให้ยาในครั้งที่ 2 อีก 0.24 มก. การที่ผู้ได้รับยาแสดงอาการขมุกที่ทรวงอก รุม่านตาขยายและเหงื่อออกขึ้นมาฉับพลันหลังจากให้ยาที่ออกฤทธิ์ต้าน เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการพึ่งสารโอปิออยด์ของบุคคลนั้น แต่ถ้าไม่มีอาการดังกล่าวปรากฏให้เห็นก็แสดงว่าบุคคลเหล่านั้นปราศจากการพึ่งยา

ในการบำบัดรักษาผู้ติดสารโอปิออยด์ ควรวินิจฉัยการพึ่งยาของแต่ละบุคคลเป็นรายๆ ไป ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ การกลับมาเสพติดใหม่ ของผู้ที่เคยยุติการเสพยาแล้วมีจำนวนมาก ทั้งนี้เพราะผู้ติดยามีความเคยชินต่อการอดเสพยาได้ในระยะเวลาหนึ่งที่ไม่สามารถนำยามาเสพยา ซึ่งความเคยชินต่อการแสดงในบทนี้ก่อให้เกิดพฤติกรรมของการไขว่คว้าหายามาเสพยาเมื่อผู้ที่อดเสพยาได้ (ex-addict) กลับมาสู่ภูมิไร้ยาเดิมหลังจากถอนพิษยาแล้ว สิ่งแวดล้อมก็เป็นส่วนหนึ่งที่ยุติการเสพยาแล้วกลับมาเสพยาใหม่

การกลับมาเสพยาใหม่ในครั้งที่สอง ก็คือ มีจิตใจที่ไม่แน่วแน่และมั่นคง หลังจากถอนพิษยาแล้ว 1–2 เดือน บุคคลที่ได้รับการถอนพิษก็ยังมีความวิตกกังวลทางกายอยู่และอาการเหล่านี้จะอยู่ได้นานไปถึง 4 – 6 เดือน ซึ่งในระยะนี้มีความดันโลหิต ชีพจรและอุณหภูมิ ต่ำลงเล็กน้อย ศูนย์ควบคุมการหายใจไวต่อคาร์บอนไดออกไซด์ การที่มีจิตใจไม่แน่วแน่ประกอบกับมีความไม่สบายและไม่ปกติทางกายก็เป็นสาเหตุที่ทำให้กลับมาสู่การใช้ยาใหม่ การที่ผู้ติดยา ติดยาในระยะเวลาอันสั้น กล่าวคือ เคยเสพมาน้อยกว่า 1 ปี และใช้ยาในขนาดต่ำ มีโอกาสที่จะยุติการเสพยาได้ง่ายกว่าผู้ที่ติดยาในเวลานานและใช้ยาในขนาดสูง

การถอนพิษยามักนำเมธาโดนมาใช้แทนยาเสพติด เมธาโดนที่ให้ในขนาดแรก ควรมีปริมาณเพียงพอที่จะระงับอาการอยากยาได้ เมธาโดน 1 มก. เท่ากับเฮโรอีน 1.5 มก. หรือ มอร์ฟิน 4 มก. หลังจากหาขนาดที่เหมาะสมของเมธาโดนให้กับคนไข้เพื่อคงสภาพได้แล้ว ควรลดขนาดใช้ของเมธาโดนลง ที่นิยมใช้กันมักลดขนาดลงครึ่งหนึ่ง ของขนาดเดิมในทุกๆ 2 วัน ซึ่งในวันที่ 6 ถึงวันที่ 10 ควรจะหยุดใช้เมธาโดนได้

สำหรับคนไข้ที่เสพติดเมธาโดนและต้องการรับการถอนพิษยา ควรค่อยๆ ลด ขนาดของเมธาโดนลงทีละน้อย (ใช้เวลาในการถอนพิษมากกว่า 2 – 3 สัปดาห์)

คนไข้ที่ติดยาพวกบาร์บิทูเรตร่วมกับยาเสพติด การเพิกถอนยาทั้งสองชนิดควรทำด้วยความระมัดระวัง สิ่งที่ต้องระวังคือการคงสภาพของเมธาโดนไว้จนกว่าจะเพิกถอนบาร์บิทูเรตออกไปจากร่างกายได้อย่างสมบูรณ์

ทารกที่เกิดใหม่จำนวนไม่น้อยที่แสดงอาการเพิกถอนให้ปรากฏเห็นเด่นชัด กล่าวคือ ทารกเหล่านี้นมีอาการตัวสั่น ตกใจง่ายและหงุดหงิด ท้องร่วงและอาเจียน การหายใจเร็วกว่าปกติ เพราะศูนย์ควบคุมการหายใจไวต่อคาร์บอนไดออกไซด์ เช่นเดียวกับคนหนุ่มสาวที่ติดยา การบำบัดรักษามีจุดประสงค์เพื่อบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งมักนิยมใช้ ทิงเจอร์รีน (paregoric) หรืออาจจะใช้ฟีโนบาร์บิตัลหรือไดออกซีแปมในขนาดที่เพียงพอแก่การควบคุมอาการที่เกิดขึ้น แล้วจึงค่อยๆ ลดขนาดของยาที่ใช้ลงโดยใช้เวลามากกว่า 6 – 10 วัน

วิธีทางที่สองสำหรับการบำบัดรักษาผู้ติดยาก็คือ การใช้เมธาโดนคงสภาพ เหตุผลที่นำเมธาโดนมาใช้ในการบำบัดมีอยู่ 2 ประการ คือ

- เมธาโดนในขนาดสูงสามารถสกัดกั้น ผลกระทบที่ทำให้รู้สึกเป็นสุขของเฮโรอีนได้ ทั้งนี้เพราะเกิดการทนข้ามระหว่างเมธาโดนและเฮโรอีน

- เมธาโดนออกฤทธิ์ได้นาน ผู้เสพติดที่ได้รับเมธาโดนเพื่อการคงสภาพ กินเมธาโดนในขนาด 50–100 มก. เพียงวันละครั้งเท่านั้น เมธาโดนได้รับครั้งแรกต้องมีขนาดเพียงพอที่จะระงับอาการเพิกถอนอันเนื่องมาจากการเสพเฮโรอีน ขนาดของยาที่ให้เพื่อระงับอาการเพิกถอนจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นโดยใช้เวลาหลายสัปดาห์ เพราะบังเกิดการทนยาจนกระทั่งถึงขนาดคงสภาพ 50–100 มก. ขนาดคงสภาพจะไม่ปรากฏอาการอยากยาและไม่แสดงผลกระทบอันเนื่องจากการฉีดเฮโรอีนหรือยาเสพติดอื่นๆ ไว้ การใช้เมธาโดนคงสภาพจะไปบรรเทาอาการเพิกถอน ทำให้คนไข้ประกอบการทำงานได้และพร้อมที่จะเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพในขั้นต่อไป

การใช้เมธาโดนเพื่อคงสภาพมีข้อดี คือ เพราะให้กินก็เกิดประสิทธิผลทำให้สะดวกแก่การใช้ อีกประการหนึ่งยานี้ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้เมธาโดนก็มีมาก เพราะมีการนำเมธาโดนมาใช้กันอย่างแพร่หลาย การที่คนไข้ต้องไป

คลินิกทุกวันเป็นที่น่าเบื่อหน่าย คนไข้ที่ปฏิบัติตนอย่างสม่ำเสมอต่อการไปกินยาที่คลินิกในระยะเวลาหนึ่ง แล้วจะได้รับอนุญาตให้นำยามากินที่บ้านแทนการไปคลินิกทุกวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาสุดสัปดาห์ ซึ่งยังผลทำให้เกิดการใช้เมธาโดนเกินขนาดในหมู่ผู้ติดยา นอกจากนี้อาจเกิดอุบัติเหตุในเด็กในการนำยามากิน มีการจำหน่ายเมธาโดนในตลาดมืด ทำให้เกิดการเสพติดเมธาโดนในบุคคลที่ไม่เคยติดเฮโรอีนมาก่อน

เพื่อที่จะขจัดปัญหาอันเนื่องมาจากการใช้เมธาโดนคงสภาพ จึงได้นำ 1-acetylmethadol (LAAM) ซึ่งเป็นยาที่ออกฤทธิ์ได้นานกว่าเมธาโดนมาใช้แทน LAAM ให้กินที่เกิดผล ยานี้สามารถออกฤทธิ์บรรเทาอาการเพิกถอนอันเนื่องมาจากฤทธิ์ของโอปิออยด์ได้นานถึง 72 ชม.

เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการนำนาลเทรกโซน (naltrexone) ชื่อทางการค้า Trexan เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต้านยาเสพติดชนิดออกฤทธิ์ได้นาน มาใช้รักษาการติดยาหลังจากได้รับถอนพิษยาเสพติด (detoxification) แล้ว นาลเทรกโซน จะไปสกัดกั้นมิให้เกิดการนึกคิดถึงการฉีดเฮโรอีน ตามทฤษฎีการที่การนึกคิดถึงการฉีดยาหรือการรู้สึกเป็นสุขเมื่อได้รับยา ทำให้เกิดการกลับมาเสพติดใหม่

การถอนพิษยาเสพติดส่วนใหญ่ต้องใช้สารเคมีเพื่อช่วยบรรเทาอาการเพิกถอน นอกจากเมธาโดนแล้วยังมีการนำสารชนิดอื่นๆ มาใช้ในการถอนพิษและคงสภาพคนเสพติดเฮโรอีนกันอีก โคลนินดิน (clonidine) เป็นยาลดความดันโลหิตที่ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลาง ที่นำมาใช้ในการเพิกถอนที่เกิดเนื่องการหยุดใช้เฮโรอีน เมธาโดนหรือสารเสพติดประเภทฝิ่นได้ เพราะโคลนินดินออกฤทธิ์กระตุ้นรีเซปเตอร์ต่อประสาทส่วนกลาง (inhibitory receptor) ที่ locus coeruleus ในสมอง การใช้บรรเทาอาการเพิกถอนนี้ยังอยู่ในขั้นทดลอง เริ่มใช้โคลนินดินต่อเมื่อได้ลดขนาดของเมธาโดนหรือประมาณ 20 มก./วัน ยานี้ไม่ทำให้เสพติดแต่ก็ทำให้เกิดอาการข้างเคียงและอาการอื่นไม่พึงปรารถนาขึ้นหลายประการ อาการที่พบบ่อยก็คือ ปากแห้ง เชื้องซึม สงบระงับ ท้องผูก มีเหงื่อออก อ่อนเพลีย เหนื่อย หัวใจเต้นช้า เวลาเปลี่ยนอิริยาบถ รู้สึกเวียนศีรษะ หน้าแดง ฝันร้าย นอนไม่หลับ พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีความกดดัน อาการที่เกิดแก่ทางเดินอาหารก็คือ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนและปวดท้องที่ต่อน้ำลาย ตับอักเสบ โลหิตมีบิลิรูบินสูง น้ำหนักเพิ่มเนื่องจากมีโซเดียมตกค้าง หย่อน

สมรรถภาพทางเพศ ปวดแสบปวดร้อนและคันที่นัยน์ตา ม่านตาหรี่ มีความไวต่อแอลกอฮอล์ ซายมีนมีโตเหมือนหญิง

การใช้เพื่อบรรเทาอาการเพิกถอนพิษจากยาเสพติด มีขนาดใช้ดังนี้

- ขนาดทดลองใช้ (test dose) 0.005 มก./นน. ตัว กก.
- แล้วเพิ่มเป็น 0.010 – 0.017 มก./นน.ตัว กก. โดยแบ่งให้ใช้ได้ภายใน 7–14 วัน

ข้อเสีย ของโคลนินีนก็มีมาก ซึ่งแพทย์ผู้ให้นายนี้มาใช้ต้องระมัดระวังและดูแลคนไข้เป็นพิเศษ ควรระวังในเรื่องความดันโลหิตของผู้ป่วยและเฝ้าระวังต่อการเปลี่ยนอริยาบทของคนไข้ ยานี้มีกึ่งชีวิตในพลาสมา 12–14 ชม. ซึ่งทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องให้ยาคนไข้ไปกินที่บ้าน จึงอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุของการใช้ยาเกินขนาด อีกประการหนึ่งก็คือ ยานี้ไม่มีการควบคุม คนไข้ไปซื้อยามากินเอง ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดมีการใช้ยาเกินขนาดได้

ข้อดี ก็คือ ยานี้ไม่ทำให้เกิดการเสพติด จึงไม่ทำให้เกิดการติดยาที่ซ้ำซ้อนในผู้ใช้

เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการนำยาประเภทออกฤทธิ์ต้านความกด (antidepressant medication) มาใช้บรรเทาความกดในคนไข้ที่ใช้เมธาโดนคงสภาพ ยานี้คือ ด็อกซีปิน (doxepin) ซึ่งมีชื่อทางการค้าว่า Adapin หรือ Sinequan

ด็อกซีปินไฮโดรคลอไรด์ ใช้บำบัดโรคจิตที่มีความกังวลและหรือมีความกดตัน คือ เป็นอาการที่ผสมกันทั้งความกังวล (anxiety) และหรือความกดตัน (depression) อากการดังกล่าวนอกจากจะเกิดในคนไข้ที่ใช้เมธาโดนเพื่อคงสภาพแล้ว ยังเกิดในคนที่เป็โรคพิษสุราเรื้อรัง (alcoholism) โรคจิตชนิด psychotic depressive disorder ด้วย

ด็อกซีปิน ทำให้เกิดผลอันไม่พึงปรารถนาแก่ผู้ใช้หลายประการคือ สายตาพร่า ปากแห้ง เบื่ออาหาร ปวดบริเวณที่ทอยู่เหนือกระเพาะ ท้องผูก ขัดขืน ผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลางก็คือ เชื่องซึม มึนงง อ่อนเพลีย สับสน เกิดความคลุ้มคลั่งขนาดปานกลาง (hypomania) เกิดการซาที่บางส่วนของร่างกาย ผลกระทบต่อระบบโลหิตและหัวใจก็คือ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ผลกระทบที่ไ้พึงปรารถนาอื่นๆ ก็คือ หูอื้อ

น้ำหนักตัวเพิ่ม ผิวหนังไวต่อการรับแสง granulocyte มีจำนวนลดลงอย่างมาก

ผู้ที่มีความกังวลหรือความกดตันขนาดปานกลางให้นายนี้ในขนาด 25 – 150 มก./วัน ถ้าอาการมากอาจเพิ่มเป็นครั้งละ 50 มก. วันละ 3 ครั้ง อาจเพิ่มได้ถึง 300 มก./วัน ถ้ามีความจำเป็น ยานี้ควรทำให้เจือจางด้วยน้ำประมาณ 120 มล. หรือนมหรือน้ำผลไม้ก่อนกิน

คนไข้ที่ได้รับเมธาโดนพร้อมกับด็อกซีปิน ควรนายาทั้งสองชนิดผสมกัน แล้วทำให้เจือจางด้วย น้ำเชื่อมหรือน้ำส้ม คนไข้ที่ได้รับยานี้แล้วห้ามดื่มเหล้า เพราะจะไปเพิ่มฤทธิ์ของด็อกซีปินให้สูงขึ้น

คลอโพรมาซีน (chlorpromazine) หรือ ทอรอาซีน (Thorazine) เป็นอนุพันธ์ของฟีนโทอาซีน (Phenothiazine) เป็นยาบำบัดโรคจิตที่นำมารักษาคคนไข้ติดยา สารนี้สังเคราะห์ได้เป็นครั้งแรกในประเทศฝรั่งเศส เมื่อ ค.ศ. 1950 ยานี้มีสูตรโครงสร้างใกล้เคียงกับโปรเมทาซีน (promethazine) ที่เป็นยาแก้แพ้ที่ออกฤทธิ์ได้แรง (potent antihistamine drug)

คลอโพรมาซีนเป็นสารต้นแบบของยาประเภทฟีนโทอาซีน ยาประเภทนี้ทำให้เกิดการสงบในคนที่เป็โรคจิต แต่ไม่ทำให้เกิดสงบระงับที่มากเกินไป ไม่ทำให้เกิดการพึ่งยา ระงับอาการอาเจียนอันเนื่องมาจากการใช้ยาหรือสารเคมี เช่น โอปมอร์ฟิน (apomorphine) แต่ไม่ระงับอาการอาเจียนที่เกิดขึ้นโดยอารมณ์

คลอโพรมาซีนไม่มีผลในการเป็นยาแก้ไอ แต่ยานี้ก็ทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดต่ำลง เนื่องจากยานี้ออกฤทธิ์ที่ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อดมไร้ท่อ เช่น ทำให้เกิดการหลั่งของน้ำนม (galactorrhea) ประจำเดือนมาช้ากว่าปกติหรือประจำเดือนขาด (amenorrhea) และทำให้ให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

การฉีดยาประเภทนี้ทำให้ความดันโลหิตลดต่ำลงอย่างเห็นได้ชัด เพราะยาไปทำให้เส้นเลือดที่บีตัวเอตรีเนอจิกขยายตัว แต่คลอโพรมาซีนไม่สกัดตันฤทธิ์กดของนอร์เอปิเนเฟริน (norepinephrine)

ผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดจากยานี้ก็คือ เกิดกลุ่มอาการ extrapyramidal ซึ่ง เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นแก่ระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะในคนไข้สูงอายุ ซึ่งทำให้ต้องจำกัดขนาดของ

ยาที่ใช้ในบุคคลเหล่านี้ กลุ่มอาการ extrapyramid ที่เกิดขึ้นมีผล ดังนี้คือ

- เกิดอาการเกร็งกล้ามเนื้อที่ลิ้น หน้า คอและหลัง มีอาการท้องอืด ศีรษะโค้งไปทางด้านหลังและตากลับ อาการเหล่านี้เกิดภายใน 1-5 วัน หลังจากใช้ยา

- เกิดอาการเคลื่อนไหวช้าผิดปกติ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง สันหน้าเหมือนสวมหน้ากาก เดินลากขา เรียกกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นนี้ว่า Parkinism ซึ่งจะเกิดขึ้นภายใน 5-30 วัน หลังจากใช้ยา

- ปวดและอ่อนเพลียที่แขนขาและข้อมือ อาการนี้เกิดขึ้นภายใน 5-60 วัน หลังใช้ยา

- ขาดความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อที่หน้าและคอ เช่น มีการเคี้ยว ทำให้น้ำปัสสาวะไหลออกมา ตากลับ คอแข็ง อาการเหล่านี้เกิดหลังจากใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลาหลายปี

ผลอันไม่พึงปรารถนาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นก็คือทำให้เกิดโรคต้อกระจก มีความไวต่อการรับยาพาร์กิบิรเรต ทำให้นอนหลับ ผิวกายไวต่อการรับแสง ผิวกายไหม้เกรียมและมีสีดำที่ cornea และ lens ของนัยน์ตามีpigment ไปสะสมอยู่ทำให้มองเห็นภาพไม่ชัด

คลอโรพราไมซีนเกิดการกระทบซึ่งกันและกันกับแอกอฮอลล์ และยาแก้ปวดชนิดเสพติด (narcotic analgesic) ซึ่งไปเพิ่มการกดที่ระบบประสาทส่วนกลางและการหายใจและการระงับปวด

คลอโรพราไมซีนกับยาพาร์กิบิรเรต cholinergic blocking เช่น อโทรปีน (atropine) จะไปเสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการสับสนและอารมณ์เคลิ้มฝัน

เมื่อนายาใช้กับคนไข้ที่มีประวัติว่าเคยเป็นโรคตับมาก่อน ควรระมัดระวังเป็นพิเศษและไม่ควรใช้ในคนที่มีประวัติว่าแพ้ยาในกลุ่มฟีโนไทซีน

คลอโรพราไมซีนเป็นยาในกลุ่มฟีโนไทซีนที่มีการดูดซึมไม่แน่นอนเมื่อให้กิน ระดับสูงสุดของยาในพลาสมาใช้เวลา 2-4 ชม. การแพร่กระจายของคลอโรพราไมซีนในเนื้อเยื่อต่างๆ เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ยานี้สะสมที่สมองมากกว่าในพลาสมาประมาณ 4 เท่า ยาขับถ่ายทางไต น้ำดีและน้ำนม สิ่งที่เกิดจากการเผาผลาญของยาในร่างกาย (metabolite) มี 3 ได้หลายชนิด เช่น กลูคูโรน (glucuronide) และซัลฟอกไซด์ (sulfoxide) สารเหล่านี้ขับถ่ายออกทางปัสสาวะ ส่วนสารที่ถูกเอาหมู่เมทิลออกไปและสารที่ไม่ละลาย

จะกลับเข้าไปในน้ำดีและถูกดูดซึม แล้วขับถ่ายออกทางอุจจาระหรือสะสมไว้ในเนื้อเยื่อ

ขนาดใช้ของคลอโรพราไมซีนมีได้ต่างๆ กันซึ่งแล้วแต่จุดประสงค์ของการใช้ ซึ่งมีตั้งแต่ให้กินครั้งละ 10 มก. วันละ 3 ครั้ง ถึง 1,000 มก. หรือมากกว่าโดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

โดยทั่วไป นิยมเริ่มต้นให้ยาในขนาดน้อยและค่อยๆ เพิ่มขนาดใช้จนกระทั่งควบคุมอาการได้ แล้วจึงค่อยๆ ลดขนาดลงในขนาดที่ควบคุมการคงสภาพไว้ได้

บูพรีนอร์ฟิน (Buprenorphine) เป็นยาใหม่อีกชนิดหนึ่งที่น่าสนใจใช้รักษาคนติดยาประเภทโอปิออยด์ แต่เดิมมาเคยใช้ยานี้เป็นยาระงับปวดในหลายประเทศ ได้มีการนำยานี้มาทดลองใช้รักษาคนติดยาประเภทโอปิออยด์ในสหรัฐอเมริกา เมื่อ ค.ศ.1982 ยานี้สามารถระงับอาการเพิกถอนและออกฤทธิ์ต้านสารพาร์กิบิรเรตที่คนไข้ได้รับมา โดยการฉีดลงใต้ ยานี้ทำให้เกิดการเสพติดได้น้อยกว่าเมธาโดน

บูพรีนอร์ฟินเป็นสารกึ่งสังเคราะห์ ที่ได้มาโดยใช้ที่เบนเป็นสารตั้งต้น สารนี้จะละลายได้ในไขมันและมีความแรงกว่ามอร์ฟิน 25 - 50 เท่า

ฤทธิ์ในการระงับปวดและผลกระทบทที่เกิดขึ้นแก่ประสาทส่วนกลาง เทียบเท่ากับมอร์ฟิน บูพรีนอร์ฟิน 0.4 มก. ออกฤทธิ์ระงับปวดเท่ากับ 10 มก. ของมอร์ฟินที่ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ในรายงานการศึกษาบางรายงานกล่าวว่า บูพรีนอร์ฟินออกฤทธิ์ระงับปวดได้นานกว่า 6 ชม. แต่บางรายงานก็ว่าระยะเวลาออกฤทธิ์เท่ากับมอร์ฟิน ฤทธิ์กดการหายใจเกิดขึ้นช้ากว่าและอยู่ได้นานกว่ามอร์ฟิน ตัวอย่างเช่น มานดาห์ ใช้เวลาประมาณ 6 ชม. จึงจะถึงขีดสูงสุดเมื่อฉีดเข้ากล้ามเนื้อและการกดการหายใจถึงขีดสูงสุดใช้เวลาประมาณ 3 ชม. ในการรวมกับรีเซปเตอร์ (receptor binding) บูพรีนอร์ฟินมีลักษณะเหมือนกับสารต้านฤทธิ์ (antagonist) ในสุนัขที่ติดยาและมีอาการอยากยาบูพรีนอร์ฟินระงับอาการเพิกถอน แต่ในสุนัขที่ติดยาและได้รับยาสม่ำเสมอบูพรีนอร์ฟินทำให้เกิดอาการเพิกถอนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเช่นนี้สันนิษฐานว่า ยานี้เสริมฤทธิ์ที่รีเซปเตอร์เพียงบางส่วน (partial agonist) บูพรีนอร์ฟินอาจจะทำให้เกิดอาการอยากยาในคนไข้ที่ได้รับยาออกฤทธิ์คล้ายกับมอร์ฟิน (μ -receptor agonist) ได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดที่ใช้

การกดการหายใจไม่เป็นปัญหาที่สำคัญเมื่อนำยานี้มาทดลองทางคลินิก แต่ก็ยังไม่กระจ่างว่ามีเพดานของผลกระทบดังกล่าวหรือไม่ (เหมือนดังที่พบใน นาลบูพีน (nalbuphine) และ เพนตาโซซีน (pentazocine)) ฤทธิ์กดการหายใจและผลกระทบอื่นๆ ที่เกิดจากบูชรินอร์ฟินสามารถป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้ โดยการให้นาล็อกโซนก่อน แต่ถ้าย่อยให้เกิดขึ้นแล้วถึงแม้จะให้นาล็อกโซนในขนาดที่สูงก็ไม่สามารถป้องกันได้ ทำให้สันนิษฐานได้ว่าบูชรินอร์ฟินแยกตัวออกจากโอปิออยด์รีเซปเตอร์อย่างช้าๆ จึงควรใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในคนไข้ที่เป็นโรคปอดอุดตันเรื้อรัง เพราะอาจเกิดอันตรายได้ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นก็เหมือนกับอาการของสารประเภทโอปิออยด์ กล่าวคืออาการกดการหายใจ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ เหงื่อออกและปวดศีรษะ

เกือบทุกระบบของร่างกายดูดซึมสารนี้ได้ดีรวมทั้งได้ลิ้นคนไข้หลังผ่าตัดเมื่อให้ยา 0.4–0.8 มก. ทางใต้ลิ้นจะให้ผลดีในการระงับปวด ความเข้มข้นของยาในเลือดสูงขึ้นหลังจากฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อแล้วประมาณ 5 นาที หลังจากกินหรือให้ทางใต้ลิ้นแล้วประมาณ 2 ชม.

กึ่งชีวิตของบูชรินอร์ฟินในพลาสมาประมาณ 3 ชม. ค่านี้มีความสัมพันธ์กับการสูญหายไปของผลกระทบ สิ่งที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของยานี้ในร่างกายไม่ว่าจะเป็น N-dealkylate และ conjugate metabolite ตรวจพบในปัสสาวะ แต่ส่วนใหญ่ของยาจะขับถ่ายออกทางอุจจาระโดยที่ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง ในปริมาณร้อยละ 96 ของยาที่ไหลเวียนในร่างกายผูกพันกับโปรตีน

ในคนที่เคยติดยามาเมื่อฉีดบูชรินอร์ฟิน 0.2–2 มก. เข้าใต้ผิวหนังจะทำให้เกิดผลกระทบเหมือนกับการได้รับมอร์ฟิน คือรู้สึกเป็นสุขและม่านตาหรี่ อาการม่านตาหรี่อยู่ได้นานถึง 72 ชม. ขณะที่ได้รับบูชรินอร์ฟินติดต่อกันเรื้อรังวันละ 8 มก. ผู้ที่ได้รับมีความรู้สึกเหมือนได้รับมอร์ฟิน

นาล็อกโซนในขนาดที่เพียงพอจะทำให้เกิดอาการเพิกถอนอย่างรุนแรงในคนที่ใช้มอร์ฟิน เพนตาโซซีน (pentazocine) หรือบูตอร์ฟินอล (butorphenol) แต่จะทำให้เกิดอาการเพิกถอนในคนที่ใช้บูชรินอร์ฟินในเวลาเดียวกันบูชรินอร์ฟินป้องกันมิให้เกิดผลกระทบทางกายในผู้ถูกทดลองที่ใช้มอร์ฟินฉีดเข้าใต้ผิวหนังขนาดสูงถึง 120 มก. ผลป้องกันอยู่ได้นานกว่า 30 ชม. หลังจากได้รับบูชรินอร์ฟินครั้งสุดท้าย

บูชรินอร์ฟินติดได้ยากกว่ามอร์ฟิน เมื่อหยุดการได้รับบูชรินอร์ฟินทำให้เกิดอาการเพิกถอน แต่อาการที่เกิดขึ้นช้ามาก บางคนจะปรากฏอาการหลังจากหยุดได้รับยาแล้วถึง 15 วัน อาการเพิกถอนที่เกิดขึ้นเหมือนกับอาการเพิกถอนของมอร์ฟิน แต่นานถึง 1–2 สัปดาห์ อาการเพิกถอนมีได้ตั้งแต่อ่อนๆ ถึงปานกลางและมีความต้องการยาเพื่อบรรเทาอาการ โดยทั่วๆ ไปแล้วอาการเพิกถอนจากบูชรินอร์ฟินไม่รุนแรงเท่ามอร์ฟิน

บูชรินอร์ฟินใช้เป็นยาระงับปวดและนำมาใช้เป็นยาเพื่อคงสภาพในการติดยาประเภทโอปิออยด์ โดยใช้ฉีดในขนาด 0.5–0.6 มก. ทุก 6–8 ชม. ยานี้ไม่มีจำหน่ายในสหรัฐอเมริกา

ยาที่ออกฤทธิ์ต้านยาเสพติด (narcotic antagonist) ก็เป็นยาที่อยู่ในข่ายความสนใจของแพทย์ที่ทำการบำบัดรักษาคนติดยา เพราะยาประเภทนี้ออกฤทธิ์สกัดกั้นผลกระทบของโอปิออยด์ที่ทำให้เกิดการเสพติด ยาต้านฤทธิ์ยาเสพติดที่อยู่ในความสนใจของนักวิจัยในระยะสิบปีที่ผ่านมาคือ นาลเทรกโซน จากการวิจัยได้บ่งชี้ชัดว่า นาลเทรกโซน มีประโยชน์ในการบำบัดรักษาในกลุ่มคนไข้ที่มีจิตใจแน่วแน่ที่จะยุติการเสพ ยานี้มีประสิทธิภาพต่อคนไข้ที่ได้รับการคงสภาพด้วยเมธาโดนติดต่อกันเป็นเวลานานและต้องการให้เกิดความแน่ใจว่าจะไม่กลับไปเสพยาใหม่อีก คนไข้ที่มีความกระตือรือร้นในการรับรู้ฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกลุ่มของคนไข้ที่มีความเหมาะสมต่อการเข้ารับการรักษาโดยการใช้นาลเทรกโซนยาที่ออกฤทธิ์ต้านยาเสพติดมีอยู่ด้วยกันหลายชนิด แต่ละชนิดก็มีข้อดีและข้อเสีย กลไกในการออกฤทธิ์ก็คือยาจะไปแทนที่สารประเภทโอปิออยด์ที่รีเซปเตอร์ของสารโอปิออยด์ กล่าวคือ โมเลกุลของยาด้านฤทธิ์จะไปแทนที่สารประเภทโอปิออยด์ที่ออกฤทธิ์ระงับปวดทุกชนิดสำหรับนาล็อกโซนและนาลเทรกโซน จะปราศจากฤทธิ์ที่จะไปเสริมฤทธิ์ของยาเสพติดและตัวยาเองก็ไม่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่เสพติด ดังนั้นเซลล์ประสาทก็ยังทำหน้าที่ได้ตามปกติตำแหน่งที่เป็นที่สารโอปิออยด์มารวมอยู่ไม่มีโมเลกุลของโอปิออยด์เหมือนก่อนที่เป็นอียัตด้วยเหตุผลดังกล่าวคนไข้ที่ได้รับการคงสภาพจากยาเสพติด จะพ้นจากการที่การหายใจถูกกดและโคม่า

ยาด้านยาเสพติดชนิดอื่น ๆ เช่น นาลอร์ฟิน ซึ่งมีชื่อทางการค้า นาลลินและลิวัลลอร์เฟน ชื่อทางการค้า ลอร์แฟน ยาทั้งสองชนิดจะมีฤทธิ์บางส่วนที่เสริมฤทธิ์ยาเสพติดด้วย ขณะที่ยาทั้งสองออกฤทธิ์ต้านฤทธิ์ของสารประเภทโอปิออยด์ที่ทอยู่ในร่างกาย

และสมองของคนไข้ ในคนไข้ที่ปราศจากสารประเภทโอปิออยด์ ยาทั้งสองคือ นาลอร์เฟนและลิवालอร์เฟน ก็จะมีฤทธิ์ระงับความปวดและกดการหายใจด้วย

อย่างไรก็ดีทั้งนาลอร์เฟนและลิवालอร์เฟนก็มีคุณสมบัติที่แตกต่าง ต่างกับยาที่ออกฤทธิ์เสริมบางส่วน (partial agonist) ของยาเสพติดชนิดอื่นๆ และไม่นำมาใช้ในการระงับปวด เพราะขนาดที่ใช้ในการระงับปวดของนาลอร์เฟนมีผลกระทบทำให้จิตใจไม่สบายและทางร่างกายด้วย

คนไข้ที่การหายใจถูกกดอย่างลึก (deep respiratory depression) นั้นอาจไม่ใช่เพราะสารประเภทโอปิออยด์ แต่อาจเป็นสารพวกบาร์บิทูเรตหรือสารที่ไม่เสพติดอื่นๆ ก็ได้ การที่ให้นาลอร์เฟนหรือลิवालอร์เฟน แก่คนไข้พวกนี้จึงเสมือนว่าไปเพิ่มการกดการหายใจให้ลึกขึ้น ดังนั้นถ้าไม่ทราบว่าการกดที่เกิดขึ้นเนื่องจากยาชนิดใด เพื่อความปลอดภัยจึงควรให้นาล็อกโซน เพราะยานี้จะไม่ทำให้เกิดการกดในคนไข้ที่ไม่ได้ใช้ยาเสพติด

นาล็อกโซนที่มีชื่อทางการค้าว่านาร์แคน (Narcan) เป็นยาต้านฤทธิ์ยามเสพติดอย่างสมบูรณ์ นาล็อกโซนไม่มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในตัวของมันเอง แต่มีเพียงฤทธิ์ลบการกด (depression) ที่เกิดขึ้นเนื่องมาจากการใช้มอร์ฟีน เมธาโดน เฮโรอินและยาเสพติดชนิดอื่นๆ ที่ได้จากธรรมชาติหรือจากการสังเคราะห์ที่เกินขนาด การได้รับนาล็อกโซนโดยการฉีดในปริมาณต่ำ ยานี้จะออกฤทธิ์ต้านผลกระทบของยาประเภทโอปิออยด์ เช่น ออกฤทธิ์ต้านการกดการหายใจ เพิ่มความดันโลหิตให้สูงขึ้น นอกจากนี้ที่กล่าวมาแล้วนาล็อกโซนยังใช้ในการตรวจสอบว่าคนไข้ติดยาเสพติดหรือเปล่า เพราะคนไข้ติดยาที่ยังคงมียาเสพติดอยู่ในร่างกาย เมื่อได้รับนาล็อกโซนจะทำให้เกิดอาการเพิกถอนอย่างรุนแรง ซึ่งไม่นิยมใช้กันเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายถ้าจะใช้ควรระวังเป็นพิเศษ

การกินนาล็อกโซนมีผลน้อยมากจึงไม่นิยมให้ยาวิธีทางนี้ นิยมให้โดยการฉีดเมื่อได้รับนาล็อกโซนโดยการฉีดเข้าหลอดเลือด ยาจะแสดงฤทธิ์ภายใน 2 นาที แต่ถ้าฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือใต้ผิวหนังจะแสดงฤทธิ์ภายใน 2-5 นาที ยาออกฤทธิ์อยู่ได้นานในร่างกาย 3 - 5 ชม. ขึ้นอยู่กับขนาดของยาและวิถีทางที่ได้รับ

กึ่งชีวิตของยาในพลาสมา 60-90 นาที ยานี้ถูกเปลี่ยนแปลง (metabolize) โดยเร็วที่ตับ โดยการจับคู่กับกรดกลูคิวโรนิค ร้อยละ 25-40 ของยาที่ได้รับทางหลอดเลือด โลหิต

ถูกเปลี่ยนที่ตับและขับถ่ายทางปัสสาวะในเวลา 6 ชม. และร้อยละ 60-70 ในเวลา 72 ชม. ยานี้ผ่านข้ามรกได้

ห้ามใช้ในคนที่มีความไวสูงต่อยานี้ (การหายใจถูกกดโดยยาอื่นที่ไม่ใช่ยาเสพติด) และคนมีครรภ์การใช้ยานี้ในทารกแรกเกิดหรือในเด็ก คนติดยาหรือคนที่อยู่ในข่ายสงสัยว่าติดยา คนที่หัวใจผิดปกติควรระวังเป็นพิเศษ

ผลอันไม่พึงปรารถนาและอาการข้างเคียง ยานี้ออกฤทธิ์ลบการระงับปวด เพิ่มความดันโลหิต ทำให้ตัวสั่นกระตุก การหายใจลึกและถี่กว่าปกติ เชื่องซึม ใช้เวลาเพิ่มในการทำให้เลือดเป็นลิ่ม อาการที่เกิดขึ้นโดยเร็วก็คือ คลื่นไส้ เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็วผิดปกติฉีดเข้าใต้ผิวหนัง เข้ากล้ามเนื้อและเข้าหลอดเลือดในคนหนุ่มสาว ครั้งละ 0 - 4 มก. อาจให้ทางหลอดเลือดในระยะเวลาห่างกัน 2 - 3 นาที ใน 2 - 3 ครั้ง แล้วจึงเว้นระยะให้ห่างกัน 1 - 2 ชม./ครั้ง ถ้ามีความต้องการในเด็กขนาดใช้ 1-01 มก./กก. ให้ซ้ำได้ในคนหนุ่มสาว

อาการขาดยาที่เกิดขึ้นเนื่องจากการใช้นาล็อกโซน จะเริ่มทุเลาลงใน 20 - 40 นาที หลังจากได้รับยาครั้งสุดท้ายและจะหายไปหมดในเวลา 90 นาที

นาเทรทโซน เป็นสารต้านฤทธิ์การเสพติดที่สังเคราะห์ขึ้นเป็นครั้งแรกโดย Blumberg ในปี ค.ศ. 1965 สารนี้ออกฤทธิ์ได้นานกว่านาล็อกโซน การกินก็ให้ประสิทธิภาพดี กลไกในการออกฤทธิ์ของนาล็อกโซนก็คือ มีความสัมพันธ์ที่จะเลือกรวมกับตำแหน่งที่รับรู้ความรู้สึกของโอปิออยด์รีเซปเตอร์ได้เป็นบางจุดก็คือ

- รวมที่ μ รีเซปเตอร์
- ที่ K รีเซปเตอร์เป็น 1/20 ของ μ รีเซปเตอร์
- ที่ δ รีเซปเตอร์มากกว่า K รีเซปเตอร์

นอกจากนี้ก็ยังไปแทนที่สารเสริมฤทธิ์ยาเสพติด (displacing agonist) มีถ้ามีสารเสริมฤทธิ์อยู่และยังสกัดกัน (blocking) ฤทธิ์ของสารประเภทโอปิออยด์ที่ผู้ติดยามีอยู่ในร่างกาย

การที่นาเทรทโซนไปแทนที่โมเลกุลของสารประเภทโอปิออยด์ที่คนไข้ได้รับมาทำให้เกิดการเพิกถอนอย่างรุนแรงแก่คนไข้ แต่ก่อนที่คนไข้จะใช้นาล็อกโซนจำเป็นที่จะต้องให้ร่างกายของคนไข้ติดยาปลอดจากสารประเภทโอปิออยด์ที่คนไข้เคยได้รับมาก่อน กล่าวคือ หลังจากได้รับเฮโรอินครั้งสุดท้ายแล้วเป็นเวลา 7 วัน หรือหลังจากได้รับเมธาโดนเพื่อการถอนพิษยาครั้งสุดท้าย

เป็นเวลา 10 วัน จึงเริ่มให้naloxoneกระตุ้นเป็นครั้งแรกแก่คนไข้ โดยให้naloxoneครั้งละ 0.8 มก. ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำหรือใต้ผิวหนัง ถ้ามีอาการเพิกถอนยาเกิดขึ้นควรให้naloxoneกระตุ้นอีกเป็นครั้งที่ 2 ถ้ากระตุ้นครั้งที่ 2 แล้วไม่มีอาการเพิกถอนยาเกิดขึ้น ก็เริ่มให้naloxoneได้ อาการเพิกถอนที่เกิดขึ้นอาจจะบรรเทาลงได้โดยให้ยาประเภทยาลดไข้

ทางเดินอาหารดูดซึมnaloxoneได้อย่างรวดเร็วและสมบูรณ์ฤทธิ์ของยาจะอยู่ในร่างกายนาน 24–72 ชม. (ขึ้นอยู่กับขนาดที่ได้รับ) ยาจะถูกเปลี่ยนแปลงในร่างกาย (metabolism) เป็นครั้งแรกที่ตับ สารหลักที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงคือ 6-β-naltrexol ซึ่งมีฤทธิ์ต้านยาเสพติดเช่นกัน naloxoneรวมตัว (binding) กับโปรตีนได้ประมาณร้อยละ 21 นาเทรอกโซนมีครึ่งชีวิตประมาณ 4 ชม. 6-β-naltrexol มีครึ่งชีวิตประมาณ 13 ชม. นาเทรอกโซนขับถ่ายทางไต โดยเป็นสารที่ยังมิได้ถูกเปลี่ยนแปลงประมาณร้อยละ 1 ที่เหลือเป็นสารที่ถูกเปลี่ยนแปลงแล้ว ถึงหากจะใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานก็ไม่ทำให้เกิดการสะสมในร่างกาย

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวังเมื่อใช้นาเทรอกโซนก็คือ

- คนไข้ที่กำลังได้รับสารประเภทโอปิออยด์จะจับความปวดหรือคนไข้ที่กำลังอยู่ในระยะมีอาการเพิกถอนยาอย่างเฉียบพลัน
- คนไข้ที่เป็นโรคตับอักเสบอย่างเฉียบพลัน (acute hepatitis) และตับล้มเหลว (liver failure)
- คนไข้ที่ไม่ผ่านการ challenge test ด้วยnaloxone
- ตรวจพบสารประเภทโอปิออยด์ในปัสสาวะ
- มีประวัติว่าแพ้naloxone
- สตรีมีครรภ์ สตรีที่กำลังให้นมบุตร เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

ผลอันไม่พึงปรารถนาและอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น

ต่อระบบประสาทส่วนกลางได้แก่ นอนไม่หลับ ผื่นคัน มี ความกังวล ปวดศีรษะ พลังเพิ่มขึ้นหรือลดลง หงุดหงิด วิงเวียน มีความกดดัน อ่อนเพลีย เชื่องซึม ขาดารพักผ่อน ความคิดสับสน เคลิ้มฝัน จิตหลงผิด

ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดคือ เลือดกำเดาไหล หลอด เลือดดำอักเสบ บวมหน้า ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว หัวใจเต้น เร็วผิดปกติ

ต่อผิวหนัง ผิวหนังเป็นผื่นแดง คันที่ผิวหนัง ผิวหนังมี น้ำมันมาก เป็นสิ่ว ศีรษะล้าน

ต่อทางเดินอาหาร ปากแห้ง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อุจจาระร่วง ท้องผูก เป็นตะคริวและปวดท้อง มีแก๊สมาก ริดสีดวง ทวาร เป็นพิษที่ตับ

ต่อระบบสืบพันธุ์ น้ำกามเคลื่อนช้า ลดสมรรถภาพ ปวด เวลาถ่ายปัสสาวะ

ต่อกล้ามเนื้อโครงร่าง ปวดที่กล้ามเนื้อและข้อต่อ ตัวสั่น การหายใจ คัดจมูก น้ำมูกไหล จาม เจ็บคอ มีเสมหะมาก เสียงแหบ ไอ ปวดหน้าอก

ต่อประสาทสัมผัส สายตาพร่า ตาไม่สู้แสง เมื่อยตา หูอื้อ และปวดหู

อื่นๆ น้ำหนักเพิ่มหรือลด มีความกระหาย หาว เป็นไข้ หาวสั้น แท้เย็น มีเหงื่อออกมาก

การให้นาเทรอกโซนแก่คนไข้จะให้หลังจากที่คนไข้ได้ผ่านการทดสอบโดยnaloxoneแล้ว หลังจากได้naloxoneในขนาด ทำหาย (challenge dose) แล้วถ้าคนไข้ไม่มีอาการเพิกถอนเกิดขึ้น จึงเริ่มต้นให้นาเทรอกโซนโดยให้กินครั้งแรก 25 มก. หลังจากได้รับ ยาแล้ว 1 ชม. ถ้าไม่ปรากฏอาการเพิกถอนก็ให้คนไข้กินยาเพิ่มอีก 25 มก. ตามไปโดยให้ 50 มก./24 ชม. เพื่อความสะดวกอาจ เปลี่ยนแปลงขนาดของยาที่ได้ คือ วันจันทร์ 100มก. พุธ 100 มก. และวันศุกร์ 150 มก. รวม 250 มก./สัปดาห์ หรือ 50 มก./วัน และให้ 100 มก. ในวันเสาร์ หรือครั้งละ 100 มก. โดยให้วันเว้นวัน หรือครั้งละ 150 มก. เว้นระยะ 3 วันให้ 1 ครั้ง (ขนาดที่ใช้สูงสุด 800 มก./วัน ก็ไม่ทำให้เกิดการเป็นพิษ)

การให้นาเทรอกโซนมาใช้ ฟังระลึกเสมอว่ายานี้เป็นเพียง ยาเสริมการบำบัดเท่านั้น ยาไม่มีประสิทธิภาพดีสำหรับคนไข้ที่ ประสบความสำเร็จในการใช้เมธาโดนคงสภาพมาเป็นเวลานาน แล้วและเพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าเมื่อยุติการใช้เมธาโดนแล้วจะไม่ กลับมาเสพติดหรือกลับมาใช้เมธาโดนอีก เพราะเมธาโดนก็เป็นยา เสพติดชนิดหนึ่งเหมือนกัน การเปลี่ยนสภาพการติดยาจากชนิด หนึ่งไปอีกชนิดหนึ่ง

นอกจากใช้ยาชนิดต่างๆ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วบำบัดรักษา คนติดยาก็ยังมีนักวิจัยและแพทย์หลายท่านได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า การให้การบำบัดทางจิต (psychotherapy) มีผลดีแก่คนไข้ติดยา บางบุคคล คนไข้ติดยาที่มีปัญหาทางจิตเมื่อได้รับคำแนะนำและ

การบำบัดทางจิตจากนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์จะช่วยทำให้ผลในการบำบัดรักษาดีขึ้น

การวินิจฉัยความเหมาะสมเพื่อนำคนไข้สู่ขั้นตอนและรูปแบบของการบำบัดรักษาเป็นสิ่งสำคัญ ผลของการบำบัดรักษาจะบังเกิดผลหรือไม่เกิดผลขึ้นอยู่กับการวินิจฉัย การวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้องทำให้ผลการรักษาเลวลงกว่าที่คาดคิดไว้และทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงกว่าความจำเป็น

เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการนำชุมชนบำบัด (therapeutic community) หรือ TC มาใช้ในการบำบัดคนไข้ติดยา ชุมชนบำบัดมีจุดประสงค์ที่จะให้ชุมชนช่วยบำบัดกันเองโดยให้บุคคลที่เลิกจากการเสพ (ex-addict) เป็นผู้ดำเนินการเองในชุมชน บรรยายภาคในชุมชนมีความเข้มงวดกวดขันมากสำหรับสมาชิกใหม่ มีการให้คำปรึกษาแก่คนไข้เป็นกลุ่ม (group counseling)

หรือให้เป็นรายบุคคล (individual counseling) ตามความเหมาะสมจากการประเมินผลของการบำบัดรักษาแบบชุมชนบำบัดโดยนักวิจัยหลายท่านให้ผลดังนี้

- Deleon และคณะ (ค.ศ. 1982) กล่าวว่า มีผลดีในแง่สุขภาพจิต การใช้ยา การมีงานทำและลดอาชญากรรม ผลออกมาดีสำหรับผู้ที่อยู่ใน TC โปรแกรมได้สมบูรณ์และการที่คนไข้ออกไปก่อนการสิ้นสุดโปรแกรมก็น้อยลง คนไข้ที่ท่อยุ่รับการบำบัดใน TC โปรแกรมนานกว่ายอมให้ผลดีกว่า

คนไข้ที่ทำงานเป็นประจำอยู่แล้ว มีความผูกพันและเป็นหัวหน้าครอบครัว ย่อมไม่สามารถที่จะทิ้งงานและครอบครัวไปเพื่อเข้ารับการบำบัดในชุมชนบำบัดได้ บุคคลเหล่านี้เหมาะที่จะเข้ารับการถอนพิษและคงสภาพด้วยเมธาโดนมากกว่าชุมชนบำบัด

อาชญากรรมกับการติดยาเสพติดเป็นสิ่งที่ควบคู่กัน ดังนั้นการบำบัดรักษาไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบใดย่อมทำให้การก่ออาชญากรรมลดลง แต่เราไม่ควรปักใจหรือมีความเชื่อมั่นว่ารูปแบบของการบำบัดรักษาแบบหนึ่งดีเหนือกว่าอีกรูปแบบหนึ่ง แต่ละคนก็ต้องมีทั้งข้อดีและข้อเสียและขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของคนไข้ในแต่ละคน รูปแบบของการรักษาที่นำมาใช้กันมากก็คือ

- ชุมชนบำบัด
- การใช้ยาบำบัด
- เมธาโดนถอนพิษ (detoxification) และ คงสภาพ (maintenauce)

- การใช้ยาอื่นๆ เช่น บุปรีนอร์ฟิน ถอนพิษและคงสภาพ

- การใช้โคลนิตินเป็นยาเสริมในการคงสภาพด้วยเมธาโดน เพื่อให้คนไข้ยุติการใช้เมธาโดนและเริ่มใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต้านยาเสพติด (narcotic antagonist) เช่น นาโลอกโซน นาลเทรกโซน ฯลฯ

- การใช้ยาประเภท major tranquilizer เช่น คลอดโปรมาซีนถอนพิษ

- การหักดิบ (cold turkey)

การบำบัดในรูปแบบใดก็ตาม จำเป็นต้องให้คำปรึกษา (counseling) แก่คนไข้ จึงเห็นได้ว่า นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทสำคัญต่อการบำบัดรักษา การนำญาติและครอบครัวของคนไข้มีส่วนเกี่ยวข้องและช่วยเหลือทำให้เกิดผลดีต่อการบำบัดรักษา ประการสุดท้ายก็คือ ควรให้คนไข้มีส่วนเลือกและตัดสินใจว่าจะเข้ารับการรักษาในรูปใด การมีส่วนเลือกและเสนอข้อคิดเห็นของคนไข้ จะเป็นสิ่งช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น

ค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาเป็นเพียงสิ่งที่ควรหยิบยกขึ้นมาพิจารณา ในบางประเทศการใช้จ่ายในการรักษาจะมีค่าใช้จ่ายถูกกว่าการใช้ชุมชนบำบัด ควรนำสิ่งเหล่านี้มาเปรียบเทียบกับสภาพของบ้านเรา ซึ่งต้องมีการนำยาเข้าจากต่างประเทศ สิ่งที่ต้องนำมาคิดอีกข้อหนึ่งคือ ผลที่ได้รับจากการบำบัดรักษาและความปลอดภัย ซึ่งจะต้องนำมาซึ่งน้ำหนักดูกับค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ไป สิ่งเหล่านี้ผู้บริหารจำเป็นที่จะต้องวางนโยบายให้เหมาะสมกับสภาพที่แท้จริงของความเป็นอยู่ เพราะยาที่ใช้บำบัดบางชนิดถ้าใช้ในขนาดมากก็ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ได้

ได้มีผู้เสนอข้อคิดไว้ว่า การบำบัดรักษาคนไข้ที่ติดยา ไม่ควรจำกัดแต่เฉพาะในสถานบำบัดรักษาสำหรับคนติดยาเท่านั้น ควรจะขยายขอบเขตออกไปในโรงพยาบาลทั่วไปและในโรงพยาบาลสำหรับบำบัดโรคเฉพาะทางด้วย ยกตัวอย่างเช่น คนติดยาเสพติดที่เป็นโรคจิตเสื่อมวัยรุนแรงด้วย (Schizophrenia) เมื่อเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลโรคจิต โรงพยาบาลก็จะไม่รับเพราะอ้างว่าเป็นคนติดยาเสพติด แต่เมื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่บำบัดคนติดยา สถานพยาบาลก็จะปฏิเสธเพราะคนไข้เป็นโรคจิตด้วย เลยทำให้คนไข้ติดยามีไม่ได้รับการรักษา จึงเป็นสิ่งที่ผู้บริหารน่าจะหยิบยกขึ้นมาพิจารณา เพื่อให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือต่อเขาเหล่านั้นด้วย

บรรณานุกรม

1. Craig, C.R. and Stitzel R.E. (1986) "Modern Pharmacology" Little Brown and Company, Boston/Toronto
2. Govini, L.E. and Hayes, J.E. (1985) "Drugs and Nursing Implications", Appleton – Century, Crofts/Norwalk, Connecticut, U.S.A.
3. Julien, R.M. (1975) "A Primer of Drug Action" W.H. Freeman & Company, San Francisco.
4. Rodman, M. J. and Smith, D.W. (1984) "Pharmacology in Nursing" J.B. Lippincott company, Philadelphia.
5. Senay, E. (1988) "Methadone and Public Policy" British Journal of Addiction 83, 257 – 263.
6. HHS, Drug Abuse and Drug Abuse Research, (1984) Washington, D.C.