

การศึกษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการใช้สารเสพติดที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน Study of Emergency Patients with Substance Use Presenting to the Emergency Room

ศิวพันธ์ เพชรอุดม¹

ดร.ณิชา วงศ์ส่องจำ²

Email : nich.wo@ssru.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) พลตำรวจโท ดร.ณรงค์ กุลนิตเทศ³

Email : narong.ku@ssru.ac.th

¹นักศึกษาลัทธิสุตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชานิติวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Email : spumppc2016@gmail.com

²อาจารย์ประจำหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชานิติวิทยาศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

³ประธานหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทคัดย่อ

การศึกษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดงที่ซับซ้อน และอาจแตกต่างจากการเจ็บป่วยทั่วไป โดยการใช้สารเสพติดบางชนิดสามารถเลียนแบบอาการของโรคทางกายหรือทางจิตเวชได้ ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาเบื้องต้นในแผนกฉุกเฉินมีความท้าทายมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะพิษจากการใช้ยาเกินขนาด (overdose) ภาวะถอนยา (withdrawal syndrome) การติดเชื้อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด หรือการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง จากการสังเคราะห์เอกสารโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาในผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปแบบทางสถิติพบการใช้สารเสพติดจนทำให้เกิดการเจ็บป่วย ทางกาย หรือหรือจิตใจจนเกิดภาวะฉุกเฉิน

คำสำคัญ: สารเสพติด, ผู้ป่วยฉุกเฉิน, การคัดกรองผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน

Abstract

Substance use disorders often present with a wide array of complex clinical manifestations that can significantly differ from those of other medical conditions, making early recognition and appropriate management frequently challenging in the emergency department (ED) as certain substances can mimic the symptoms of underlying medical or psychiatric disorders. Furthermore, individuals who use substances are particularly vulnerable to a range of serious complications, including overdose, withdrawal syndromes, substance-related medical conditions, and traumatic injuries resulting from high-risk behaviors. A review

of the existing literature indicates that numerous studies have focused on patients presenting to the ED with physical or psychiatric conditions directly related to substance use, and these findings highlight the critical need for comprehensive assessment protocols and timely interventions to improve outcomes in this high-risk population.

Keywords: Substance abuse, Emergency patients, Triage

บทนำ

ปัจจุบันสารเสพติดเป็นปัญหาที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ ซึ่งผลกระทบอย่างรุนแรงและครอบคลุมในทุกมิติของสังคม โดยเริ่มจากผลกระทบทางด้านร่างกายที่ผู้ใช้สารจะประสบกับปัญหาสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว เช่น ความเสื่อมของระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ตับไต และปอด รวมถึงการติดเชื้อจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยพบอัตราการติดเชื้อ HIV ในผู้ฉีดยาประมาณร้อยละ 8 และตับอักเสบซีสูงถึงร้อยละ 42 (UNODC, 2023) ในด้านจิตใจ การใช้สารเสพติดทำลายระบบสมองและก่อให้เกิดภาวะทางจิตเวชต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และโรคจิตเภท ทำให้ผู้ใช้สารไม่สามารถควบคุมอารมณ์ความคิดได้ มีปัญหาการขาดสมาธิและความจำ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานและการเรียนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2568) ผลกระทบทางเศรษฐกิจเกิดขึ้นจากการสูญเสียรายได้ของผู้เสพที่ไม่สามารถทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ ค่าใช้จ่ายสูงในการซื้อยาเสพติด และภาระงบประมาณของรัฐในการรักษาบำบัด ปราบปราม และฟื้นฟูผู้ติดยา โดยประเทศไทยมีผู้เสพยาเสพติด ประมาณ 1.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 2 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งสูงที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Anadolu Agency, 2025)

ระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยมารับบริการในสถานพยาบาล หมายความว่า ระดับ 1 หมายถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ระดับ 3 หมายถึงผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ระดับ 4 หมายถึงผู้ป่วยทั่วไป ระดับ 5 หมายถึง ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2561)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการใช้สารเสพติดและเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความรุนแรงผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการใช้สารเสพติดและเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

ขอบเขตเนื้อหา

1. แนวคิดเกี่ยวกับสารเสพติด

เจริญ แฉกพิมาย และปนัดดา ศรีธนสาร (2555) ได้กล่าวว่า สารเสพติดเป็นผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติหรือจากการสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อบุคคลใดเสพหรือได้รับเข้าไปในร่างกายซ้ำๆ กันแล้วไม่ว่าด้วยวิธีใดๆ ซึ่งอาจเป็นช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือนานติดต่อกันก็ตามจะทำให้บุคคลนั้นต้องตกอยู่ใต้อานาจหรือเป็นทาสของสิ่งนั้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนั้นอาจจะต้องเพิ่มปริมาณการเสพขึ้นไปเรื่อยๆ ทำให้สุขภาพของผู้เสพเสื่อมโทรมลง และเมื่อถึงเวลาอยากเสพแล้วไม่ได้เสพจะมีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ หรือเฉพาะทางด้านจิตใจ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับผู้เสพแต่ละราย โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้กล่าวว่า สารเสพติดว่าสิ่งที่เสพเข้าไปแล้วจะเกิดความต้องการทั้ง

ร่างกายและจิตใจต่อไป โดยไม่สามารถหยุดเสพได้และจะต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้นเรื่อยๆ จนในที่สุดจะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อร่างกายและจิตใจ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2562) ได้กล่าวว่า สารเสพติดเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้จากธรรมชาติหรือจากการสังเคราะห์ ซึ่งเมื่อเสพเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าจะโดยการกิน ดม สูบ ฉีด หรือด้วยวิธีการใดๆ แล้วจะทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจ ในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพขึ้นเรื่อยๆ มีอาการอยากยาเมื่อขาดยา มีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง สุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง ในขณะที่ (พิชเยศ ชูเมือง.2563) ได้กล่าวว่า สารเสพติดเป็นสารหรือวัตถุที่เมื่อบุคคลนำเข้าสู่ร่างกาย ไม่ว่าจะด้วยวิธีใด เช่น การกิน การดม การสูบ หรือการฉีด จะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ใช้ ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ สารเสพติดมีอันตรายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยในระยะสั้นอาจทำให้เกิดอาการหลอน ประสาทหลอน ความประมาท และพฤติกรรมรุนแรง ส่วนในระยะยาวอาจนำไปสู่โรคร้ายแรง การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ความบกพร่องทางสติปัญญา และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ นอกจากนี้สารเสพติดไม่ได้ส่งผลกระทบต่อบุคคลที่ใช้เท่านั้นแต่ยังก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ และความมั่นคงของประเทศ เช่น การเกิดอาชญากรรม การล่มสลายของครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการบำบัดฟื้นฟู

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2553) ได้กล่าวว่า สารเสพติดสามารถแบ่งได้ดังนี้

1. สารเสพติดธรรมชาติ (Natural Drugs) คือ สารเสพติดที่ผลิตมาจากพืช เช่น ฝิ่น พืช กระท่อม พืช กัญชา เป็นต้น

2. สารเสพติดสังเคราะห์ (Synthetic Drugs) คือ สารเสพติดที่ผลิตขึ้นด้วยกรรมวิธีทางเคมี เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบ่งตามพระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 สารเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงไม่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น เฮโรอีน (Heroin) แอมเฟตามีน (Amphetamine) แอลเอสดี (LSD) เอ็กซ์ตาซี (Ecstasy) หรือ MDMA

ประเภทที่ 2 สารเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น ฝิ่น (Opium) มอร์ฟีน (Morphine) โคเคนหรือโคคาอีน (Cocaine) โคเคอีน (Codeine) เมทาโดน (Methadone)

ประเภทที่ 3 สารเสพติดให้โทษที่มีสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 2 ผสมอยู่ เช่น ยาแก้ไอที่มีโคเคอีนผสมอยู่

ประเภทที่ 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 เช่น อะเซติลคลอไรด์ (Acetyl chloride) เอทิลิดีนไดอะเซเตต (Ethylidene diacetate) ไลเซอร์จิก อาซิก (Lysergic acid)

ประเภทที่ 5 สารเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภทที่ 1 ถึงประเภทที่ 4 เช่น พืชกัญชา พืชกระท่อม พืชฝิ่น (ซึ่งหมายความรวมถึง พันธุ์ฝิ่น เมล็ดฝิ่น กล้าฝิ่น ฟางฝิ่น) พืชเห็ดขี้ควาย เป็นต้น

2.2 แบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ได้แก่

2.2.1 สารเสพติดประเภทกดประสาท ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน ยานอนหลับ ยาระงับประสาท ยาแก้ปวดประสาท เครื่องดื่มมีเมาทุกชนิด รวมทั้งสารระเหย เช่น ทินเนอร์ แล็กเกอร์ น้ำมันเบนซิน กาว เป็นต้น พบว่า ผู้เสพติดมีร่างกายซูบซีด ผอมเหลือง อ่อนเพลีย ฟุ้งซ่าน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

2.2.2 สารเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท ได้แก่ ยาบ้า ยาอี กระท่อม โคลเคน พบว่า ผู้เสพติดจะมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย จิตสับสนหวาดระแวง บางครั้งมีอาการคลุ้มคลั่งหรือทำในสิ่งที่คนปกติไม่กล้า เช่น ทำร้ายตนเอง หรือฆ่าผู้อื่น เป็นต้น

2.2.4 สารเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสานคือ ทั้งกระตุ้นและหลอน ประสาทร่วมกัน ได้แก่ กัญชา ผู้เสพยาจะมีอาการหวาดระแวงความคิดสับสนเห็นภาพลวงตา หูแว่ว ควบคุมตนเองไม่ได้ และป่วยเป็นโรคจิตได้

2.3 แบ่งตามองค์การอนามัยโลก องค์การอนามัยโลกได้จัดแบ่งสารเสพติดออก เป็น 9 ประเภท ดังนี้

2.3.1 ประเภทฝิ่น หรือมอร์ฟีน รวมทั้งสารที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน เช่น ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอีน เพธิดีน

2.3.2 ประเภทบาบิวเรต รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน เช่น เซโคบาร์ บیتال อะโมบาร์ บیتال พาราดีไฮด์ เมโปรบาเบท ไดอาซีแพม คลอไดอาซีพอกไซด์

2.3.3 ประเภทแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ และวิสกี้

2.3.4 ประเภทแอมเฟตามีน เช่น แอมเฟตามีน และเดกซ์แอมเฟตามีน

2.3.5 ประเภทโคเคน เช่น โคลเคน และไบโคคา

2.3.6 ประเภทกัญชา เช่น ใบกัญชา และยางกัญชา

2.3.7 ประเภทคัท เช่น ใบคัท และใบกระท่อม

2.3.8 ประเภทหลอนประสาท เช่น แอลเอสดี ดีเอ็มที เมสคาลีน เมล็ด มอร์นิง โกลดี ต้นลำโพง และเห็ดเมาบางชนิด

2.3.9 ประเภทอื่นๆ เป็นพวกที่ไม่สามารถเข้าประเภทใดได้ เช่น ทินเนอร์ เบนซิน น้ำยาล้างเล็บ ยาแก้ปวด และบุหรี่ (อัปเดตคอลลิก อรรอฮีมีย และคณะ, 2564)

พระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 7 ได้แบ่งสารเสพติดให้โทษแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1) ประเภท 1 สารเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน (Heroin)

2) ประเภท 2 สารเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน (Morphine) โคลเคน (Cocaine) โคดีน (Codeine) ฝิ่นยา (Medicinal Opium)

3) ประเภท 3 สารเสพติดให้โทษที่มีสารเสพติดให้โทษในประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วยตามที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้ตามมาตรา 43 เช่น ยาแก้ไอผสมโคดีน (Codeine Cough Syrup)

4) ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตสารเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือประเภท 2 เช่น อาเซติกแอนไฮไดรด์ (Acetic Anhydride) อาเซทิลคลอไรด์ (Acetyl Chloride)

5) ประเภท 5 สารเสพติดให้โทษที่ไม่ได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น กัญชา พิษ กระท่อม

โดยสารเสพติดทั้ง 5 ประเภทได้ถูกบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสารเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 มาตรา 7 ซึ่ง 5 ประเภทนี้ ได้แบ่งตามการออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท จากชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน รองมาเป็นชนิดให้โทษทั่วไป เช่น ฝิ่น ชนิดให้โทษที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา เช่น ยาแก้ไอซึ่งมีส่วนผสมของสารเสพติดอยู่คือโคดีน ชนิดต่อไปคือสารเคมีที่ผลิตสารเสพติด และชนิดสุดท้าย

คือ สารเสพติดที่ไม่ได้จัดเป็นชนิดร้ายแรง ชนิดทั่วไปชนิดที่ขึ้นทะเบียนตำรับยา และส่วนผสมของสารเสพติดชนิดสุดท้ายคือ กัญชา พืชกระท่อม เป็นต้น (รวิกันต์ ชาวสวน, 2564)

2. ระบบการรักษาฉุกเฉินในโรงพยาบาล

ห้องฉุกเฉินเป็นหน่วยบริการทางการแพทย์เฉพาะทางที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและภาวะวิกฤติตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย แพทย์ฉุกเฉิน พยาบาลฉุกเฉิน และทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการผู้ป่วยหลากหลายประเภท มีกระบวนการคัดกรองและการจัดลำดับความรุนแรงของผู้ป่วย (Triage) เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติได้รับการรักษาเป็นลำดับแรก ห้องฉุกเฉินได้รับการออกแบบเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยหลายระดับ ตั้งแต่การปฐมพยาบาลเบื้องต้นไปจนถึงการช่วยชีวิตในภาวะวิกฤติ พร้อมทั้งมีเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องตรวจวินิจฉัยแบบเร่งด่วน และห้องผ่าตัดฉุกเฉิน การทำงานของห้องฉุกเฉินต้องมีการประสานงานที่ดีกับหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล เช่น หน่วยผู้ป่วยใน หน่วยศัลยกรรม หน่วยเวชกรรมฟื้นฟู และแผนกรังสีวิทยา เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม และต่อเนื่อง

สุดา วรรณประสาธ (2558) การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษเบื้องต้นนั้นมีความสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ลดความรุนแรงจากสารพิษที่ได้รับ ทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น โดยมีขั้นตอนที่สำคัญเช่น 1) การช่วยชีวิตเบื้องต้น (Basic life support) การช่วยชีวิตเบื้องต้นเป็นส่วนที่สำคัญมากของการดูแลผู้ที่ได้รับสารพิษเฉียบพลัน ช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติในเบื้องต้น เช่น ภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งอาจจะทำให้สมองไม่สามารถกลับมาทำงานปกติได้ 2) การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษคล้ายๆ กับผู้ป่วยจากโรคอื่นๆ คือต้องไปตรวจร่างกายให้ครบทุกระบบ และต้องนำผลตรวจที่ปกติและผิดปกติมารวมประมวลว่าเข้าได้กับประวัติที่ซักได้หรือไม่ Physical toxic syndrome ใช้ในรายที่ไม่สามารถซักประวัติสารหรือยาที่ก่อโรค โดยให้รวบรวมอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเข้าด้วยกัน และพยายามสรุปว่าอาการและอาการแสดงนั้นน่าจะเข้าได้กับกลุ่มไหนมากที่สุด ซึ่ง Physical toxic syndrome ที่สำคัญประกอบไปด้วย Sympathomimetic syndrome, Cholinergic syndrome, Anticholinergic syndrome, Opiate syndrome, Hyperthermic syndrome ภายหลังจากแพทย์ทำการวินิจฉัยกลุ่ม Toxic syndrome แล้วแต่ละกลุ่มจะมีการให้ยาหรือการรักษาเฉพาะของแต่ละกลุ่ม (กิตติศักดิ์ แสนประเสริฐ, 2558) Sympathomimetic syndrome เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการใช้ยาหรือสารเสพติดที่มีผลกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic โดยเกิดการกระตุ้น beta และ alpha receptors ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงของระบบประสาท Sympathetic ที่ทำงานมากผิดปกติ เช่น มีเหงื่อออกมาก ท้องเสีย รุม่านตาขยายใหญ่ขึ้นบางรายอาจพบว่ามีอาการชักเกิดร่วมด้วยได้ การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ มุ่งเน้นลดการกระตุ้น Sympathetic เป็นหลักโดยใช้ยาในกลุ่มของ benzodiazepine เพื่อช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic

3. ระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยมารับบริการในสถานพยาบาล

2.1 ระดับ 1 หมายถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกระทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง

หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างรวดเร็ว

- 2.2 ระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมา
- 2.3 ระดับ 3 หมายถึงผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร และหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง
- 2.4 ระดับ 4 หมายถึงผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรบริการสาธารณสุขในเวลาทำการปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา
- 2.5 ระดับ 5 หมายถึง ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการอื่นโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร

บทสรุป

จากการสังเคราะห์เอกสารการศึกษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยมักมีอาการและอาการแสดงที่ซับซ้อน และอาจแตกต่างจากการเจ็บป่วยทั่วไปโดยในกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินอาจจะไม่สามารถซักประวัติได้ต้องใช้วิธีการตรวจร่างกายโดยละเอียดให้ครบทุกระบบ และต้องนำผลตรวจที่ปกติและผิดปกติมารวมประมวลว่าเข้าได้กับประวัติที่ซักได้หรือไม่ Physical toxic syndrome ใช้ในรายที่ไม่สามารถซักประวัติสารหรือยาที่ก่อโรค โดยให้รวบรวมอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเข้าด้วยกัน และพยายามสรุปว่าอาการและอาการแสดงนั้นน่าจะเข้าได้กับกลุ่มไหนมากที่สุด ซึ่งแบ่งได้ 5 กลุ่ม 1) Sympathomimetic syndrome 2) Cholinergic syndrome 3) Anticholinergic syndrome 4) Opiate syndrome 5) Hyperthermic syndrome สารเสพติดที่พบได้มากจะเข้าได้กับ Sympathomimetic syndrome ที่มีผลกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงของระบบประสาท Sympathetic ที่ทำงานมากผิดปกติ เช่นการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ มุ่งเน้นลดการกระตุ้น Sympathetic เป็นหลักโดยใช้ยาในกลุ่มของ benzodiazepine เพื่อช่วยลดการกระตุ้นระบบประสาท Sympathetic อาจกล่าวได้สารเสพติดเป็นผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติฉุกเฉินได้ หากไม่สามารถวินิจฉัยช่วยเหลือได้อย่างทันที่อาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้

รายการอ้างอิง

- กิตติศักดิ์ แสนประเสริฐ. (2558). กลุ่มอาการพิษที่พบได้บ่อย. Common toxidromes ยาต้านพิษ 5. จารุวรรณ ศรีอาภา (บ.ก.), ยาต้านพิษ 5 (พิมพ์ครั้งที่ 1). (น. 31-36). สำนักพิมพ์สมาคมพิษวิทยาคลินิก

- เจริญญ์ แฉกพิมาย และปนัดดา ศรีธนาสาร. (2557). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากยาเสพติดของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ. วารสารวิชาการครุศาสตร์อุตสาหกรรม พระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 5(1), 1-9.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 (4 พฤศจิกายน 2554). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 131 ง หน้า 32-35.
- พิชเยศ ชูเมือง. (2563). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสพยาเสพติดของผู้ต้องหาคดียาเสพติด: กรณีศึกษาในพื้นที่จังหวัดสงขลา [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่เข้าระบบ]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รวีกานต์ ชาวสวน. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษาเสพติดด้วยความสมัครใจของผู้ป่วยยาเสพติด: กรณีศึกษา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต.
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, กองจิตเวชและประสาทวิทยา. (2562). คู่มือสำหรับผู้เข้ารับการรักษาฟื้นฟู ศูนย์วิวัฒน์พลเมือง กองทัพบก รูปแบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. สืบค้นจาก <http://www.rtadrc.com/UploadImage/e0642af7-9cc1-450d-ad34-b2b1f7b52cef.pdf>
- สุดา วรณประสาท. (2558). หลักการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่ได้รับสารพิษ การช่วยชีวิตเบื้องต้นและการวินิจฉัยผู้ที่ได้รับสารพิษ. จารุวรรณ ศรีอาภา (บ.ก.), ยาด่านพิษ 3 (พิมพ์ครั้งที่ 1). (น. 8-20). สำนักพิมพ์สมาคมพิษวิทยาคลินิก
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2568). ยาเสพติดส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างไร. สืบค้นเมื่อ 19 พฤษภาคม 2568. จาก <https://www.prd.go.th/th/content/category/detail/id/31/iid/352687>
- อับดุลคอลิก อรรอฮิมีย และคณะ. (2564). รูปแบบการป้องกันตนเองในการใช้สารเสพติดซ้ำของผู้ติดสารเสพติดในพื้นที่จังหวัดปัตตานี กรณีศึกษา ผู้เข้ารับการรักษาเสพติดในศูนย์บำบัดบ้านแสนสุข และสถาบันปอเนาะพัฒนาเยาวชน. ศูนย์ศึกษาปัญหายาเสพติด (ศศก.).
- Anadolu Agency. (2025). *Drug abuse in Thailand highest in Southeast Asia*. Retrieved May 20, 2025, from <https://www.aa.com.tr/en/politics/drug-abuse-in-thailand-highest-in-southeast-asia/91289>
- Pispan, W., Tongpoo, A., Kheawsawang, M., Sueajai, J., Aramvanitch, K., & Trakulsrichai, S. (2020). Substance Abuse Related Emergency Room Visits in Ramathibodi Hospital. *Thai Journal of Emergency Medicine*, 2(2), 1-16.
- UNODC. (2023). *Thailand: Moving from punishment to treatment of people who use drugs*. United Nations Office on Drugs and Crime. Retrieved May 20, 2025, from <https://www.unodc.org/roseap/en/2023/06/treatment-people-who-use-drug/story.html>