

ประเด็นการพิจารณาการคัดเลือกหัวข้อปัญหาการวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

ชื่อเรื่อง..การศึกษาประสิทธิผลของยา naltrexone และ acamprosate ในการบำบัดผู้ติดสุรา
หน่วยงาน..สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ความสำคัญของหัวข้อเรื่อง

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
<p>๑. ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ</p> <p><u>คำจำกัดความ</u> จำนวนประชากรที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ</p>	<p>จำนวนผู้ได้รับผลกระทบ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ๕) มากกว่า 500,000 คนขึ้นไป</p> <p><input type="checkbox"/> ๔) 100,001 – 500,000 คน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓) 50,001 – 100,000 คน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒) 10,001 – 50,000 คน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑) 0 – 10,000 คน</p>	<p>จากการสำรวจประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 55.9 ล้านคนทั่วประเทศ มีผู้ติ่มสุราในปัจจุบันร้อยละ 28.41 (15.89 ล้านคน) โดยร้อยละ 4.6 (2.57 ล้านคน) จะเป็นผู้ที่ติ่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน และเป็นผู้ที่ติ่มหนักประจำร้อยละ 3.6 (1.71 ล้านคน)¹ และการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต พบความชุกในช่วง 12 เดือนของความผิดปกติของพฤติกรรมการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) เท่ากับร้อยละ 5.3 (ประชากร 2.7 ล้านคน) ในจำนวนนี้ร้อยละ 3.5 เกิดจากการติ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบผิดปกติ (alcohol abuse) และร้อยละ 1.8 เกิดจากการติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence)²</p>
<p>๒. ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ</p> <p><u>คำจำกัดความ</u></p> <p>ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพหนึ่งๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียหรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อันเนื่องมาจากการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ</p>	<p>ระดับความรุนแรง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ๕) เป็นภัยคุกคามต่อชีวิต (เสียชีวิต)</p> <p><input type="checkbox"/> ๔) ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจนไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้/นำไปสู่ความพิการไม่ว่าจะเป็นทางร่างกายหรือจิตใจ</p> <p><input type="checkbox"/> ๓) ก่อให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยแต่ยังสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันหลักได้</p> <p><input type="checkbox"/> ๒) ก่อให้เกิดความไม่สะดวกใน</p>	<p>สุราทำให้เกิดโรคและการเจ็บป่วยกว่า 230 ชนิด ตาม ICD-10 เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในลำดับที่ 7 ของการตายและการพิการของประชากรทั้งหมด และเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับหนึ่งของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี โดยมีคนเสียชีวิตด้วยโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนต่อปี และในสัดส่วนของการตายด้วย</p>

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
	<p>การดำรงชีวิตหรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้เกิดทุพพลภาพ</p> <p><input type="checkbox"/> ๑) โรคหรือปัญหาสุขภาพก่อให้เกิดความไม่สบายเล็กๆ น้อยๆ ต่อผู้ป่วย</p>	<p>โรคและความเจ็บป่วยจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บทั้งจากอุบัติเหตุจราจรและการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 29) โรคระบบทางเดินอาหาร (ร้อยละ 21) โรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ 19) โรคติดเชื้อ (ร้อยละ 13) และโรคมะเร็ง (ร้อยละ 13) โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 7.2 ของการตายก่อนวัยอันควร³</p>
<p>๓. ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ</p> <p><u>คำจำกัดความ</u></p> <p>ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สนใจซึ่งพิจารณาจากผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพจากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค อันสืบเนื่องมาจากเทคโนโลยีนั้นๆ</p>	<p>๓.๑ กรณีของการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ๕) สามารถรักษาให้หายขาดได้ (กลับสู่ภาวะสุขภาพปกติ)</p> <p><input type="checkbox"/> ๔) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย <u>หรือ</u> ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น โดยไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต <u>หรือ</u> ไม่ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่เพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย</p> <p><input type="checkbox"/> ๑) ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้น แต่ลดคุณภาพชีวิต</p> <p>๓.๒ กรณีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและ/หรือการวินิจฉัยโรค</p> <p>- พิจารณาจากความแม่นยำ</p> <p><input type="checkbox"/> A๒ ความแม่นยำมากกว่า 80%</p> <p><input type="checkbox"/> A๑ ความแม่นยำ 60 - 80%</p> <p><input type="checkbox"/> A๐ ความแม่นยำน้อยกว่า 60%</p> <p>- พิจารณาจากผลกระทบ</p> <p><input type="checkbox"/> D๑ โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้</p>	<p>Acamprosate (ACP) (calcium acetylhomotaurinate) เป็น synthetic compound ที่สร้างขึ้นโดยมีโครงสร้างทางเคมีคล้ายกับ gamma-aminobutyric acid (GABA) และ taurine จากการศึกษาพบว่า ACP จะมีผลเป็น antagonist ต่อ NMDA glutamate receptors⁴ US FDA ได้รับรองให้ ACP มาใช้ในการรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์โดยมีงานวิจัยพบว่า ACP สามารถลดการกลับไปดื่มซ้ำ (reducing relapse) และสามารถคงการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ (maintaining abstinence) ได้ในผู้ติดแอลกอฮอล์^{5,6,7} และการศึกษาประสิทธิภาพของ ACP จากวิจัย systemic review พบว่า สามารถเพิ่มจำนวนวันในการหยุดดื่มได้ 30-50 %⁸ นอกจากนี้การศึกษา metanalysis ถึงประสิทธิภาพของ ACP ให้ผลลัพธ์ไปในทิศทางเดียวกัน⁹</p> <p>Naltrexone (NTX) เป็น opioid receptor antagonist มี</p>

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ																		
	<p><input type="checkbox"/> Doโรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถชะลอความรุนแรงหรือป้องกันการกระจายของโรคได้</p> <table border="1" data-bbox="639 439 1050 792"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th><th>ระดับความแม่นยำ</th><th>ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๕</td><td>A๒</td><td>D๑</td></tr> <tr> <td>๔</td><td>A๑</td><td>D๑</td></tr> <tr> <td>๓</td><td>A๒</td><td>Do</td></tr> <tr> <td>๒</td><td>A๐/ A๑</td><td>Do/ D๑</td></tr> <tr> <td>๑</td><td>A๐</td><td>Do</td></tr> </tbody> </table> <p>๓.๒ กรณีการป้องกันโรค</p> <p><input type="checkbox"/> ๕) มีประสิทธิผลในการป้องกันมากกว่า ๙๐ %</p> <p><input type="checkbox"/> ๔) มีประสิทธิผลในการป้องกัน ๘๑ – ๙๐ %</p> <p><input type="checkbox"/> ๓) มีประสิทธิผลในการป้องกัน ๗๑ – ๘๐ %</p> <p><input type="checkbox"/> ๒) มีประสิทธิผลในการป้องกัน ๖๑ – ๗๐ %</p> <p><input type="checkbox"/> ๑) มีประสิทธิผลในการป้องกันน้อยกว่า ๖๐ %</p>	คะแนน	ระดับความแม่นยำ	ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค	๕	A๒	D๑	๔	A๑	D๑	๓	A๒	Do	๒	A๐/ A๑	Do/ D๑	๑	A๐	Do	<p>ผลไปลด reward effects ที่ได้จากการดื่มแอลกอฮอล์¹⁰ และได้รับการรับรองจาก US FDA ในปี 1994 ให้นำมาใช้รักษาผู้ติดแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำจาก 2 การศึกษาแบบ small, double-blind, placebo-controlled trials พบว่ากลุ่มผู้ติดแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาด้วย NTX สามารถลดอัตราการกลับไปดื่มซ้ำอย่างหนัก (relapse to heavy drinking) ลดความอยากดื่ม (craving) และลดความถี่ในการดื่ม^{11,12} อีกทั้งการศึกษา Cochrane systematic review และ meta-analysis จำนวน 40 การศึกษาแบบ placebo-controlled RCTs ของ NTX มีจำนวนผู้เข้าร่วมงานวิจัย 4500 คน พบว่า การรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์ด้วย NTX สามารถลดความเสี่ยงในการกลับไปดื่มอย่างหนักได้ถึง 83% เมื่อเทียบกับกลุ่มยาหลอก โดย NNT เท่ากับ 9¹³</p>
คะแนน	ระดับความแม่นยำ	ผลกระทบจากการคัดกรอง/การวินิจฉัยโรค																		
๕	A๒	D๑																		
๔	A๑	D๑																		
๓	A๒	Do																		
๒	A๐/ A๑	Do/ D๑																		
๑	A๐	Do																		
<p>๔.ความแตกต่างในทางปฏิบัติ <u>คำจำกัดความ</u> ความแตกต่างในทางปฏิบัติจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในการรักษาโรคและ/หรือฟื้นฟูสุขภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค โดยพิจารณาบนพื้นฐานการมีอยู่ของหลักฐานวิชาการ</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> ความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์</p> <p><input type="checkbox"/> ความแตกต่างที่เกิดจากการกระจายเทคโนโลยี</p>	<p>ประเทศไทยยังไม่มีมีการนำยา Naltrexone และ Acamprosate เข้ามาใช้ มีเพียง Disulfuram แต่ประสิทธิผลค่อนข้างต่ำและมีผลข้างเคียงอันตราย ทำให้เกิดภาวะสับสน พิษ คั่ง จาก acetaldehyde toxicity หากมีการดื่มสุราอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนระบบหลอดเลือดหัวใจ แพทย์จึงไม่นิยมสั่งใช้ยา DSF เป็นอันดับแรก อีกทั้งโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเฉพาะทางส่วนใหญ่</p>																		

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
		<p>ก็ไม่มีการใช้ยา DSF อีกด้วย¹⁴ โดยยาที่ใช้เพื่อลดการติ่มหนักในปัจจุบัน คือ ยา Topiramate (TPR) ซึ่งเป็นยากันชัก ผลการศึกษาพบว่าลดการติ่มหนักได้ แต่ประสิทธิภาพยังไม่น่าพอใจนัก¹⁵ จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยโรคติดยาในประเทศไทยยังขาดโอกาสในการเข้าถึงยาที่ช่วยควบคุมการติ่มและลดอาการอยากติ่มได้ดี ดังเช่น ยา Naltrexone และ Acamprosate อีกทั้งการรักษาภาวะถอนพิษสุราส่วนใหญ่ใช้ เป็น ยา กลุ่ม Benzodiazepines ซึ่งใช้มานานหลายปี แต่ไม่เหมาะกับผู้ที่ยังไม่ตั้งใจจะเลิกเหล้าจริงๆ หรืออยู่ในช่วงที่ยังมีอาการถอนพิษสุราเท่านั้น^{16,17}</p>
<p>๕.ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน</p> <p><u>คำจำกัดความ</u> ผลกระทบจากการที่ครัวเรือนต้องแบกรับภาระรายจ่ายจากการรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพ และ/หรือ จากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพจนทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะล้มละลาย</p>	<p>รายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ๕) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพมากกว่า ๖๓,๕๐๐ บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> ๔) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง ๕๐,๗๐๑ – ๖๓,๕๐๐ บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> ๓) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง ๓๘,๐๐๑ – ๕๐,๗๐๐ บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> ๒) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพระหว่าง ๒๕,๔๐๑ – ๓๘,๐๐๐ บาท/ปี</p> <p><input type="checkbox"/> ๑) มีรายจ่ายเนื่องจากปัญหาสุขภาพน้อยกว่า ๒๕,๔๐๐ บาท/ปี</p>	<p>การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2554 ได้ประมาณการความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการติ่มแอลกอฮอล์ที่เกิดขึ้นตลอดปี พ.ศ.2554 พบว่า ต้นทุนทั้งส่วนของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลของรัฐซึ่งเป็นต้นทุนทางตรงมีค่าเท่ากับ 4,872,105,884.60 บาท หรือคิดเป็นร้อยละ 6.35 ของต้นทุนทางสังคมทั้งหมด¹⁸ นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2561 การศึกษาภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดยาจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ โดยเป็นการศึกษาด้านทุนทางการแพทย์ของโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า ต้นทุน</p>

ประเด็นการเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อเสนอแนะ
		ทางเศรษฐศาสตร์ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลคิดเป็น 72,736.08 บาท/ราย/ปี และจากการประมาณการต้นทุนตรงทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต พบว่า ต้นทุนตรงทางการแพทย์จากการจัดบริการรักษาผู้ติดเชื้อคิดเป็น 31,451 ล้านบาท ¹⁹
๖.ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม <u>คำจำกัดความ</u> ประเด็นที่มีผลกระทบทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม ในที่นี้ความเป็นธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญแก่ <u>ผู้ได้รับผลกระทบที่มีรายได้น้อย</u> ในขณะที่ประเด็นสังคมและจริยธรรมพิจารณาจากการให้ <u>ความสำคัญในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ</u>	<input checked="" type="checkbox"/> ผลกระทบของโรคหรือปัญหาสุขภาพว่าเกิดกับผู้มีรายได้น้อย <input type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมีระดับความชุกของโรคที่พบมากกว่า ๑๐,๐๐๐ คน <input type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมีระดับความชุกของโรคที่พบ ๑,๐๐๐ – ๑๐,๐๐๐ คน <input type="checkbox"/> ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพมีระดับความชุกของโรคที่พบน้อยกว่า ๑,๐๐๐ คน	สัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายประจำที่มีความถี่ในการติดเชื้อรายวันพบในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยกว่า 2500 บาท/เดือนมีสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 13.45 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 5000-7999 บาท/เดือน และกลุ่มที่รายได้ระหว่าง 2500-4999 บาท/เดือน ร้อยละ 12.28 และ 12.02 ตามลำดับ ¹

๑. ความเป็นไปได้ในการศึกษาวิจัย.....เป็นไปได้มาก.....

๒. รูปแบบการวิจัย ควรทำเป็น

☐ Primary research ประเภท.....

☐ Systematic Reviews

☒ อื่นๆ ระบุ...multi centre clinical

๓. ประโยชน์เชิงนโยบายที่จะได้รับการวิจัย

☒ มาก

☐ ปานกลาง

☐ น้อย

เอกสารอ้างอิง

1. สวัสดิ์ อัมฉัตรกรชัย. (บรรณาธิการ). (2562). รายงาน “สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี พ.ศ. 2560”. กรุงเทพฯ : สหพันธ์พัฒนาการพิมพ์ (1992)
2. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรพรรณ จุฑา, อธิบ ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญศิริ และสวัสดิ์ อัมฉัตรกรชัย. (2560). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต : การสำรวจระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติปี พ.ศ.2556. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(1), 1-19
3. สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. รายงานการผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. [Online]. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1438820200823062406.pdf>
4. Johnson BAJBp. (2008). Update on neuropharmacological treatments for alcoholism: scientific basis and clinical findings. *Biochem Pharmacol*, 75(1), 34-56.
5. Paille FM, Guelfi JD, Perkins AC, Royer RJ, Steru L, Parot PJA, et al. (1995). Double-blind randomized multicentre trial of acamprosate in maintaining abstinence from alcohol. *Alcohol*, 30(2), 239-47.
6. Sass H, Soyka M, Mann K, Zieglgänsberger WJAogp. (1996). Relapse prevention by acamprosate: results from a placebo-controlled study on alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 53(8), 673-80.
7. Pelc I, Verbanck P, Le Bon O, Gavrilovic MJTBJoP. (1997). Efficacy and safety of acamprosate in the treatment of detoxified alcohol-dependent patients. *Br J Psychiatry*, 171, 73-7
8. Wilde MI, Wagstaff AJD. (1997). Acamprosate. A review of its pharmacology and clinical potential in the management of alcohol dependence after detoxification. *Drugs*, 53(6), 1038-53.
9. Mann K, Leher P, Morgan MYJAC, Research E. (2004). The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 28(1), 51-63.
10. Anton RF. (2008). Naltrexone for the management of alcohol dependence. *N Engl J Med*, 359(7), 715-21.
11. O'Malley SS, Jaffe AJ, Chang G, Rode S, Schottenfeld R, Meyer RE, et al. (1996). Six-month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 53(3), 217-24.
12. Volpicelli JR, Alterman AI, Hayashida M, O'Brien CPJAogp. (1992). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 49(11), 876-80.
13. Goh ET, Morgan MYJAp, (2017). Review article : pharmacotherapy for alcohol dependence—the why, the what and the wherefore. *Aliment Pharmacol Ther*, 45(7), 865-82.
14. กรมสุขภาพจิต (2554). *Concept Paper แผนงานพัฒนาศักยภาพระบบการป้องกันปัญหาสุขภาพจากการดื่มสุราแบบบูรณาการ เสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในโปรแกรม National Priority ปี 2554*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
15. มานิตย์ ศรีสุรภานนท์. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่อง การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา (Review of Drug Treatment for People with Alcoholism)*. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.).

- 16 พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2561). แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.
- 17 HITAP. (2563). "ยาเลิกเหล้า" เมื่อเราหยุดแล้ว แต่พิษสุรายังไม่หยุด. [Online]. สืบค้นจาก <https://www.facebook.com/HITAPTHAILAND/> (05 / 07 / 2564).
- 18 รัชพันธ์ โกมลไพศาล. (2558). การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย: การพัฒนาไฟล์ต้นแบบในการประเมิน. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 19 วัลลดา พุ่มไพศาลชัย และ ชิดชนก เรือนก้อน. (2563). ภาระทางเศรษฐศาสตร์ของโรคติดสุราจากระดับโรงพยาบาลสู่ภาพรวมระดับประเทศ. *Journal of Mental Health of Thailand*, 28 (2), 150-160.