แนวปฏิบัติ
การดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา
สำหรับทีมสหวิชาชีพ

Clinical Practice Guideline of Alcohol Withdrawal Patient for Multidisciplinary Team

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา สำหรับทีมสหวิชาชีพ

(Clinical Practice Guideline of Alcohol Withdrawal Patient for Multidisciplinary Team)

บรรณาธิการ

น.พ.อังกูร ภัทรากร

พ.ญ.ธญรช ทิพยวงษ์

น.พ.อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์

นางพัชรี รัตนแสง

นางวิมล ลักขณาภิชนชัช

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพนี้ เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับทรัพยากรและเงื่อนไขของสังคมไทย แนวทางและคำแนะนำต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในแนวปฏิบัตินี้ไม่ใช่ข้อบังคับในการปฏิบัติ ผู้ใช้สามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากข้อแนะนำเหล่านี้ได้ ในกรณีที่สถานการณ์แตกต่างออกไปหรือมีเหตุผลสมควร โดยใช้วิจารณญาณอันเป็นที่ยอมรับของสังคม

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ
National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา.-- ปทุมธานี : สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์, 2558.
96 หน้า.
1. ผู้ติดสุรา--การรักษา. 2. ผู้ติดสุรา--การดูแล. I อังกูร ภัทรากร. II. ชื่อเรื่อง.

616.861
ISBN 978-974-422-722-5

ชื่อหนังสือ แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา

บรรณาธิการ นายแพทย์อังกูร ภัทรากร
แพทย์หญิงธญรช ทิพยวงษ์
นายแพทย์อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์
นางพัชรี รัตนแสง
นางวิมล ลักขณาภิชนชัช

ISBN 978-974-422-722-5

จัดพิมพ์โดย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่พิมพ์ 2558

ครั้งที่พิมพ์ ครั้งที่ 2

จำนวนพิมพ์ 1,200 เล่ม

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 0-2218-3549-50, 0-2218-3563 โทรสาร 0-2218-3551
http://www.cuprint.chula.ac.th

คำนำ

ผู้ป่วยติดสุราที่มารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ พบว่าผู้ป่วยไม่ได้มารับการรักษาเพื่อเลิกสุราโดยตรง แต่มีโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากการดื่มสุรา รวมทั้งจากการได้รับอุบัติเหตุต่างๆ เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มจะเกิดภาวะขาดสุรา มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษาต่างกันตามระดับการติดสุรา ระดับของอาการขาดสุราและตามสภาพร่างกายจิตใจของผู้ป่วย การให้การดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพตามบทบาทหน้าที่และบนพื้นฐานทางวิชาการนั้น เป็นการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยติดสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งมีภารกิจหลักในการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดระดับตติยภูมิ จึงได้จัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพ ขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม จะช่วยไม่ให้ผู้ป่วยติดสุรามีอาการขาดสุราที่รุนแรง และผ่านพ้นภาวะการขาดสุราที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานไปได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว มีความปลอดภัย รวมทั้งมีสภาพร่างกายจิตใจที่แข็งแรงขึ้นเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามแนวทางปฏิบัตินี้เป็นคำแนะนำในการปฏิบัติเท่านั้น ทั้งนี้ในสถานการณ์การปฏิบัติจริงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในขณะนั้นเป็นสำคัญ

ในท้ายที่สุดนี้สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพนี้ จะสามารถนำไปใช้หรือประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนร่วมการจัดทำในครั้งนี้

(นายวิโรจน์ วีรชัย)
ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

กิตติกรรมประกาศ

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพฉบับนี้ ประสบความสำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนในหลายสิ่งหลายอย่างด้วยดี ขอขอบคุณนายแพทย์วิโรจน์ วีรชัย ผู้อำนวยการสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะการจัดทำแนวทางปฏิบัตินี้ รวมถึงบุคลากรของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือทั้งทางตรงและทางอ้อม คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
บทนำ	1
อาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา	6
พยาธิสรีรวิทยาของการขาดสุรา	8
การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา	10
ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะขาดสุรา	19
แนวปฏิบัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผลในผู้ป่วยติดสุรา	32
แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา	39
แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา โดยนักจิตวิทยา	54
แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา โดยนักสังคมสงเคราะห์	59
แนวปฏิบัติการดูแลรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยติดสุรา	63
อาหารสำหรับผู้ป่วยติดสุรา โดยโภชนากร	65
บรรณานุกรม	68
ภาคผนวก	71
1. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	73
2. แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุรา CAGE* Questionnaire	75
3. A Comparison Between DSM –IV and DSM-V	76
4. แบบประเมินอาการขาดสุรา Alcohol withdrawal scale (AWS)	77
5. แบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)	78
6. ดื่มมาตรฐาน (Standard Drink)	80
7. ตัวอย่างคำสั่งการรักษาภาวะขาดสุรากลุ่มที่ได้รับยาปริมาณที่กำหนดตายตัว (Fixed-Schedule Regimen)	81
8. ตัวอย่างคำสั่งการรักษาภาวะขาดสุรากลุ่มที่ได้รับยาตามอาการ (Symptom Trigger Regimen)	82
9. แผนการดูแลผู้ป่วยสุรา	83
10. ตัวชี้วัดการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา	86
รายนามคณะผู้จัดทำ	87

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา 6
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเครื่องมือประเมินอาการขาดสุรา 12
ตารางที่ 3 การประเมินผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้ยาระงับประสาท 14
ตารางที่ 4 การให้ยาแบบ Fixed-Schedule Regimen 15
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ equivalent ของ Benzodiazepine 24
ตารางที่ 6 การประเมินอาการขาดสุราและการให้ยา 40
ตารางที่ 7 แนวทางการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาในผู้ป่วยติดสุรา 58
ตารางที่ 8 แนวปฏิบัติการดูแลรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยติดสุรา 64

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่ 1 การดูแลผู้ป่วยติดสุรา 3
แผนภูมิที่ 2 การจัดการอาการขาดสุรา 4

บทนำ

การดื่มสุราทำให้เกิดปัญหาสำคัญทั้งทางด้านสาธารณสุขและสังคมในประเทศไทย จากการสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราของประชาชน พ.ศ. 2554 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 53.9 ล้านคนเป็นผู้ดื่มสุราจำนวน 17 ล้านคน คิดเป็นอัตราการดื่มสุราของประชากรร้อยละ 31.5 ผู้ดื่มส่วนใหญ่มีอายุ 25-59 ปี โดยผู้ชายมีอัตราการดื่มสูงกว่าผู้หญิง 5 เท่า จำแนกเป็นผู้ที่ดื่มนานๆครั้ง 9.5 ล้านคน และดื่มสม่ำเสมอ 7.5 ล้านคน แต่จำนวนผู้ติดสุราที่เข้ารับการบำบัดเพื่อเลิกสุรายังมีจำนวนไม่มาก ซึ่งจากข้อมูลการให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยติดสุราของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนีในปี 2555-2557 มีผู้มารับบริการจำนวน 1,575, 1,388 และ 1,245 ราย ตามลำดับ

สุราเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากการดื่มสุราส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มโดยตรง เช่น ทำให้เป็นโรคตับ โรคทางเดินอาหาร โรคเกี่ยวกับประสาทสมอง มะเร็งของอวัยวะต่างๆ มีภาวะแทกซ้อนทางจิตเวช ซึมเศร้า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มสุราทำให้มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การใช้ความรุนแรงในครอบครัว ปัญหาทางการเงิน การทำงาน อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นและต่อสังคมตามมา เช่น อุบัติเหตุการจราจร อุบัติเหตุในการทำงาน ปัญหาอาชญากร ซึ่งผู้ติดสุรายังไม่ตระหนักถึงผลเสียที่เกิดจากการดื่มสุรา และไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้ ด้วยเหตุนี้มักจะพบผู้ป่วยที่เสพติดสุราในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้มาพบแพทย์เพื่อเลิกสุราโดยตรง แต่มักมีโรคทางกายและทางจิตที่เกิดแทรกซ้อนจากการดื่มสุรา หรือจากการได้รับอุบัติเหตุต่างๆทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยไม่ได้ดื่มสุราก็จะเกิดภาวะขาดสุรา ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยติดสุราโดยทีมสหวิชาชีพบนพื้นฐานทางวิชาการ จะช่วยผู้ป่วยไม่ให้มีอาการขาดสุราที่รุนแรง เป็นการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

การจัดทำแนวปฏิบัตินี้มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเสพติดสุราที่มีภาวะขาดสุรา สำหรับทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตามบริบทและตามสภาพอาการที่เหมาะสม ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ ทันตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และโภชนากร ซึ่งการดูแลเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยติดสุราเข้ามารับบริการ การเตรียมการ การคัดกรอง การให้ข้อมูลการบำบัดกับผู้ป่วยและญาติ การประเมินปัญหาจากการดื่มสุรา การพิจารณารูปแบบการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน การประเมินอาการขาดสุรา การให้การดูแลรักษาจนผ่านพ้นภาวะขาดสุราและมีสภาพร่างกายที่แข็งแรง แต่การที่ผู้ป่วยเลิกสุราได้นั้นจำเป็นต้องเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ให้บริการบำบัดผู้ติดยาและสารเสพติด มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง

ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยเลิกดื่มสุราและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป (แผนภูมิ 1 และแผนภูมิ 2)

สำหรับการดำเนินงานจัดทำแนวปฏิบัตินี้ ทีมสหวิชาชีพของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ได้ร่วมกันกำหนดกรอบทิศทางการดำเนินงาน ทบทวนและรวบรวมองค์ความรู้จากตำรา เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องของแต่ละวิชาชีพทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเสพติดสุรา นำข้อมูลมาเรียบเรียงเป็นแนวปฏิบัติ มีการประชุมเพื่อพิจารณาเนื้อหาของทุกวิชาชีพอย่างต่อเนื่องมาเป็นลำดับ และประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมผู้บำบัดสุราจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ซึ่งได้รวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ มาเติมเต็มให้เกิดความสมบูรณ์ รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแนวปฏิบัตินี้จะต้องมีการพัฒนาต่อไป ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ผู้เสพติดสุราที่มีภาวะขาดสุราได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และปลอดภัย

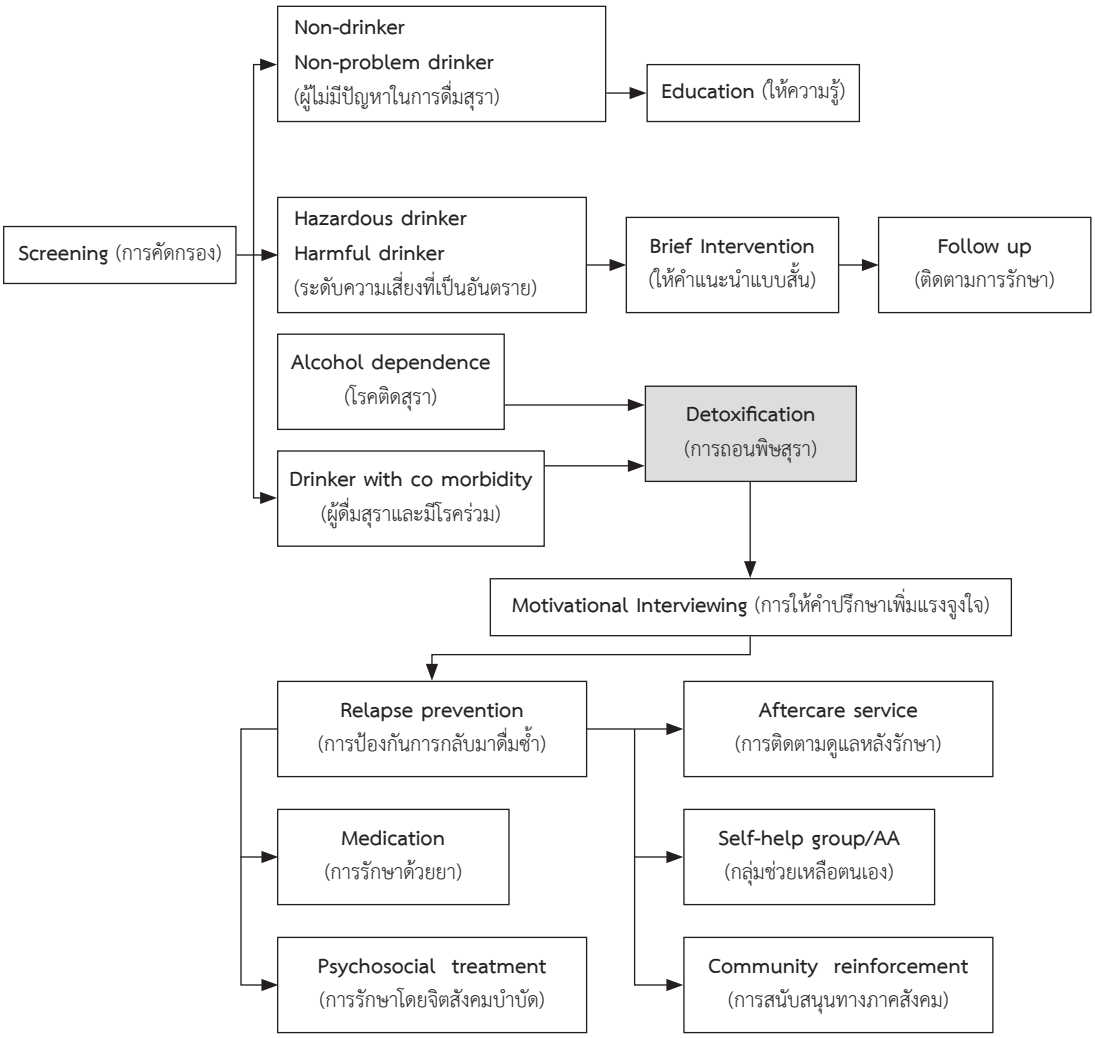
คำจำกัดความ

สุรา ในที่นี้หมายถึง เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมเป็นแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ ไวน์ สปายไวน์ เป็นต้น

ภาวะขาดสุรา หมายถึง สภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาหรือสภาวะทางจิตใจที่เกิดขึ้นหลังจากผู้ติดสุราหยุดดื่มสุราหรือลดปริมาณการดื่มลง

ทีมสหวิชาชีพ ในที่นี้หมายถึง แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทันตแพทย์ และโภชนากร ซึ่งร่วมกันให้การดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา

แผนภูมิที่ 1 การดูแลผู้ป่วยติดสุรา



แผนภูมิที่ 2 การจัดการอาการขาดสุรา

การประเมินการเสพติดและความเสี่ยงต่อการขาดสุรา

1. เฉลี่ยการดื่มต่อวันมากกว่า 80 กรัม (8 ดื่มมาตรฐานต่อวันหรือไม่)
2. ความถี่ของการดื่ม(ดื่มทุกวันหรือไม่)
3. ช่วงระยะเวลาของการดื่ม (ดื่มจัดมาเป็นเวลาหลายปีหรือไม่ หรือเพิ่งดื่มจัดมากกว่า 80 กรัมต่อวัน) และมีอาการความจำเสื่อมหลังหายเมาหรือไม่
4. ติดยาและสารเสพติดชนิดอื่นหรือไม่
5. ประวัติการขาดสุรา (ความรุนแรงของอาการขาดสุราเป็นอย่างไรบ้าง)
6. ประวัติของการดื่มในตอนเช้าเป็นอย่างไร
7. ประวัติการชักเป็นอย่างไร (อาการขาดสุรารุนแรงมากน้อยเพียงใด)
8. เวลาและปริมาณการดื่มครั้งหลังสุด (ประเมินอาการขาดสุราว่าจะมีมากน้อยเพียงใด)

การเสพติดสุราเล็กน้อยถึงปานกลาง

- ไม่มีประวัติการชัก
- ไม่มีประวัติการมีอาการขาดสุราอย่างรุนแรง
- ไม่มีประวัติการดื่มในตอนเช้า
- ไม่มีการใช้สารเสพติดหลายชนิด

ข้อบ่งชี้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

1. มีอาการขาดสุราเล็กน้อยถึงปานกลาง
2. สามารถรับประทานยาได้
3. มีญาติสนิทหรือคนในครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิดและสามารถติดตามอาการขาดสุราได้
4. สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกวัน
5. ไม่มีภาวะโรคทางจิตเวชและโรคทางกายที่ยังไม่คงที่
6. ไม่มีปัญหาใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย จนอาจมีอาการขาดสารเสพติดนั้น เช่น ยานอนหลับ
7. ไม่มีประวัติอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อสับสน (Delirium tremens; DTs) หรือชัก (Rum Fits) มาก่อน
8. อายุน้อยกว่า 60 ปี
9. ไม่มีหลักฐานแสดงถึงอวัยวะภายในถูกทำลายจากพิษสุรา เช่น Elevated MCV, Renal Insufficiency , Ascites, Cirrhosis เป็นต้น

ใช่ → 1 ไม่ใช่ → 2

การเสพติดสุรารุนแรง

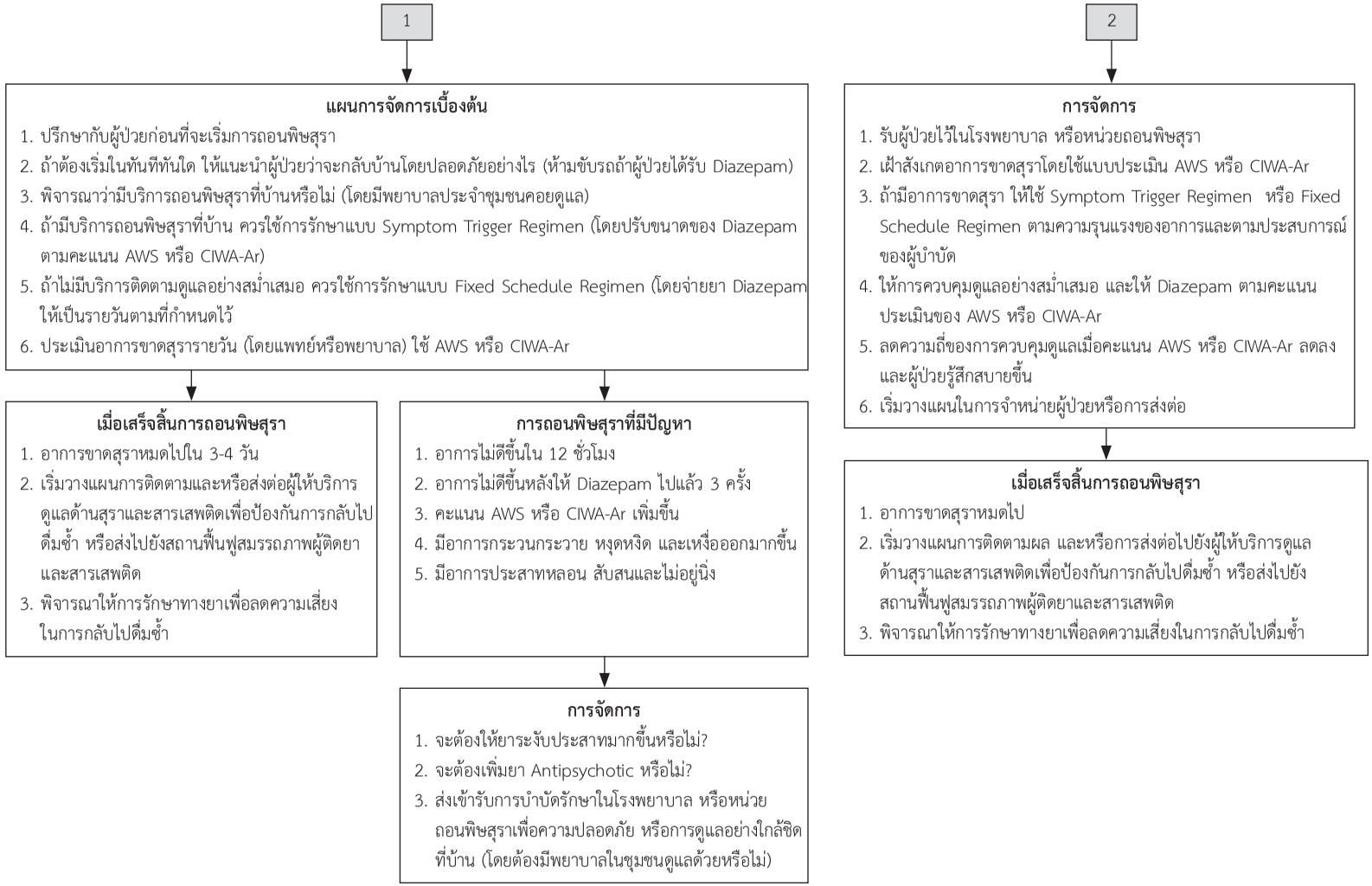
- ไม่มีประวัติการชัก/มีประวัติการชัก
- มีประวัติการขาดสุราอย่างรุนแรง/ความจำเสื่อมหลังหายเมา
- มีคะแนน Audit 20 คะแนนขึ้นไป
- ใช้สารเสพติดหลายชนิด
- ดื่มตั้งแต่เช้า
- ระยะเวลาในการดื่มจัดยาวนาน (หรือเพิ่งดื่มจัดเมื่อเร็ว ๆ นี้)

ข้อบ่งชี้การรักษาสำหรับผู้ป่วยใน

1. มีโรคทางกายหรือทางจิตเวชที่ต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
2. เริ่มมีอาการหรือคาดว่าจะมีอาการ Moderate to Severe Withdrawal โดยประเมินจากการสังเกตและประวัติอดีต หรือใช้แบบประเมินอาการขาดสุรา
3. เคยมีอาการแทรกซ้อนจากภาวะขาดสุรามาก่อน เช่น อาการชัก อาการขาดสุราแบบเพ้อสับสน (Delirium tremens; DTs)
4. มีการติดยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย และมีอาการขาดยา (Withdrawal)
5. เคยรักษา Detoxification แบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ได้ผล
6. ขาด Social Supports หรือสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพียงพอสำหรับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก
7. กรณีอื่นๆอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

ใช่ → 2

แผนภูมิที่ 2 การจัดการอาการขาดสุรา (ต่อ)



อาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา (Alcohol withdrawal)

ภาวะขาดสุรา (Alcohol withdrawal) เป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาหรือสภาวะทางจิตใจ จะมีอาการเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุรา หรือลดปริมาณการดื่มลง

ผู้ป่วยติดสุรา สุราเรื้อรัง ในสมองมักมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ เช่น การลดลงของระบบประสาทยับยั้ง และการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดสุรากะทันหัน ระบบต่างๆของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการขาดสุรา

อาการขาดสุราที่ตามมา อาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน หรือ Delirium เดิมรู้จักกันดีในชื่อ Delirium tremens (DTs) ภาวะนี้เกิดตามหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มในผู้ป่วยที่ติดสุรามานานหลายปีและดื่มปริมาณมาก มักเกิดในวันที่ 2-3 หลังการหยุดดื่ม อาการเป็นอยู่ได้นาน 7-10 วัน

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา (Alcohol withdrawal)

ระยะเวลาหลังการดื่มครั้งสุดท้าย	อาการและอาการแสดง
- ภายใน 6-8 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย	ผู้ป่วยมักมีอาการสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน ระบบประสาทตื่นตัว โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic nervous system วิตกกังวล ตื่นเต้นตกใจง่าย เหงื่อแตก มีไข้ ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า ม่านตาขยาย หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง
- ภายใน 8-12 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย	มีอาการทางจิต หลงผิด ประสาทหลอน ในผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง อาจมีเพียงการแปลผลทางประสาทรับรู้ผิดปกติ ผู้ป่วยอาจเห็นสีสว่างมากกว่าปกติ ได้ยินเสียงดังกว่าปกติ ในรายที่รุนแรงผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอนซึ่งมักเป็นทางตา ทางการได้ยิน ทางสัมผัสผิวหนัง ผู้ป่วยมักเห็นภาพหลอนเป็นภาพสัตว์ หูแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเสียงที่มีความหมาย หรือไม่มีความหมายก็ได้ ผู้ป่วยมักมีอาการประสาทหลอนทางสัมผัสผิวหนัง ว่ามีแมลงจำนวนมากมาไต่
- ภายใน 12-24 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย	มักเกิดอาการชักชนิด Grand mal seizures เดิมรู้จักในชื่อ Rum fits โอกาสในการเกิดชักครั้งที่สองในช่วง 6-12 ชั่วโมงถัดมาเท่ากับ 25% ผู้ป่วยจำนวนน้อยกว่า 3% เกิดการชักอย่างต่อเนื่อง หรือ Status epilepmaticus ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดชักได้แก่ ประวัติเคยเกิดอาการชักจากการขาดสุรา ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดยาคลายเครียดหรือยานอนหลับร่วมด้วย ผู้ป่วยมีประวัติการขาดสุรามาแล้วหลายครั้ง หากเกิดอาการชักแล้วผู้ป่วยมักมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะสมองสับสน หรือ Delirium tremens (DTs) ตามมา

ตารางที่ 1 อาการและอาการแสดงของภาวะขาดสุรา (Alcohol withdrawal) (ต่อ)

ระยะเวลาหลังการดื่มครั้งสุดท้าย	อาการและอาการแสดง
- ภายใน 72-96 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย	ปกติผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราไม่รุนแรง มักจะมีอาการขาดสุรามากที่สุดในช่วง 24-36 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย ต่อมาค่อยๆมีอาการดีขึ้น หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นหลังจากระยะเวลาดังกล่าว ความรุนแรงของอาการขาดสุราก็มักเพิ่มมากขึ้นจนถึงขั้นภาวะสมองสับสน หรือ Delirium tremens (DTs) ผู้ป่วยมักเริ่มต้นมีอาการสมองสับสนในช่วง 72-96 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย อาการอาจอยู่ได้นานหลายวัน โดยเฉลี่ยประมาณ 2-3 วัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด DTs ได้แก่ ผู้ป่วยเคยมีประวัติ DTs ในอดีต ผู้ป่วยที่เกิดอาการชัก ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงกว่า 300 mg% ในขณะที่มีอาการขาดสุรา อาการที่สำคัญได้แก่ • ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวมากผิดปกติ ได้แก่ หัวใจเต้นเร็วอย่างมาก มือสั่น เหงื่อแตก มีไข้ เป็นต้น • การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อมากกว่าปกติ ผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อตนเองได้จากการเกิดอุบัติเหตุ และเป็นเหตุให้ขาดสารน้ำและเกลือแร่มากขึ้น • วงจรการนอนผิดปกติ ผู้ป่วยมักนอนมากในเวลากลางวัน และไม่นอนในเวลากลางคืน • สมองสับสน มักสับสนไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล (disorientation) ผู้ป่วยมักคิดว่าอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาล • อาการทางจิต ผู้ป่วยอาจมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง และแยกแยะความเป็นจริงไม่ได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น

พยาธิสรีรวิทยาของการขาดสุรา

เมื่อคนเริ่มดื่มสุราใหม่ๆ ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะเพิ่มการทำงานของตัวรับ GABA-A (GABA-A receptors) และยับยั้งการทำงานของตัวรับ NMDA (NMDA receptors) ครั้นดื่มสุรานานๆ สมองจะเกิดการปรับตัว ส่งผลให้ลด inhibitory function ของตัวรับ GABA-A และเพิ่ม excitatory ของตัวรับ NMDA เกิดลักษณะทนต่อสุรา (tolerance) ได้ 3 แบบคือ

1) metabolic tolerance คือ เพิ่มอัตราการทำงาน ethanol ที่ตับ คนจึงดื่มปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม

2) cellular tolerance เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในสมอง เช่น การทำงานของตัวรับ GABA-A ลดลง เนื่องจากมีการปรับลดจำนวนตัวรับ (downregulation of GABA-A receptors) โดยมีการลดหน่วยย่อยเล็กคือ แอลฟ่า 1(α1) หรือ แกมม่า 2 (γ2) ซึ่งอยู่ในตัวรับ GABA-A และเพิ่มหน่วยย่อยเล็ก คือ แอลฟ่า 4 (α4) อย่างรวดเร็วในปริมาณมากทำให้ density of synapse ลดลง บวกกับตัวรับ GABA-A มีจำนวนลดลง ทำให้บทบาทยับยั้งการทำงานของสมองน้อยลง (loss of GABA-mediated inhibition) เสี่ยงต่อการเกิดอาการชักเมื่อขาดสุรา ในขณะเดียวกันตัวรับกลูตาเมทชนิด NMDA (โดยเฉพาะ NR1 and NR2B subtypes) และไคเนท (Kainate) มีการปรับเพิ่มจำนวนตัวรับ ทำให้การทำงานของตัวรับ NMDA เพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นในเซลล์ประสาทมากขึ้น เป็นผลให้เกิด oxidative stress and excitotoxic brain damage (อาจมีปัญหาจากการสูบบุหรี่และขาดสารอาหารด้วย) ร่วมกับช่องทางเปิดประจุ calcium เข้าเซลล์ (voltage-dependent calcium influx) modulate ให้หลั่งสารสื่อประสาทและ gene expression ที่ควบคุมการผลิตโปรตีนตัวรับ NMDA และGABA การดื่มสุราต่อเนื่องเป็นการเพิ่ม voltage calcium channel expression ส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งมีตัวรับอะดรีนาลิน (adrenalinergic receptors) บริเวณลิมบิกและก้านสมองมีความไวสูง ต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงจึงจะมีฤทธิ์เท่าเดิมทำให้เกิด tolerance

3) behavioral tolerance เป็นการเรียนรู้และปรับตัวทำให้คนๆ นั้นต้องดื่มสุราก่อนจึงจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ดังนั้นเมื่อหยุดดื่มทันทีจึงเกิด rebound stimulatory effect เกิด adrenergic hyperactivity ที่ลิมบิกและก้านสมอง ทำให้มีอาการหงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย ก้าวร้าว มือสั่น ชัก

นอกจากนี้ ขณะที่มีอาการขาดสุราพบว่ามี dopamine transmission เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน จากหลักฐานผู้ป่วย delirium tremens พบระดับ homovallinic acid (HVA) ในเลือดสูง มี D2 receptor-binding density เพิ่มขึ้นที่ dorsal striatum และมี D1 receptor-binding density เพิ่มขึ้นที่ Amygdala และพบ persisting high of levels of cGMP ในบริเวณดังกล่าว

อาการชักจากขาดสุราในหนูทดลองพบว่า

1. มี neuronal networks ใน brain stem รวมถึง inferior colliculus ถูกกระตุ้นง่าย (เป็น audiogenic seizure)

2. ประสบการณ์การขาดสุราซ้ำๆ จะเพิ่มความรุนแรงและระยะเวลาในการเกิดอาการชักครั้งต่อไป เนื่องจากเกิด permanent epileptogenic changes ในระบบสมองมี kindling effect บริเวณ inferior colliculus ทำให้ถูกกระตุ้นได้ง่าย

3. ตัวรับ GABA-A มีการเปลี่ยนแปลงภายในโดยเพิ่ม แอลฟ่า 4 ($\alpha 4$) ขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ density of synapse ลดลงส่งผลให้ความสามารถในการยับยั้งลดลง

4. ตัวรับ NMDA, kainate, calcium channels มี compensatory upregulation เมื่อหยุดสุราทันทีเกิด rebound stimulation effect ทำให้เกิดการชัก

หลังจากภาวะขาดสุราลดลงจะมีการลดการนำกระแสประสาทบริเวณเมโสลิมบิกที่เป็นวงจรของโดปามีน ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อ เหงา สมาธิไม่ดี ขาดแรงจูงใจ และมีอาการอยากดื่มสุรา (craving)

นอกจากนี้ ผลจากการดื่มสุรานานๆทำให้ขาด Thiamine ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง neuronal energy metabolism ในสมองส่วนกลางและลดการนำกระแสประสาท มีผลกระทบต่อปลายประสาท หัวใจและสมองเกิดปัญหา peripheral neuropathy with myelin degeneration, cardiomyopathy Wernicke's encephalopathy and Korsakoff syndrome

ภาวะขาดสุรามีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชาย จากการทดลองในหนู พบว่าเพศหญิงมี apoptotic cell death signaling and RNA/RNA binding and actin binding มากกว่าเพศชาย ทำให้เกิด cognitive dysfunction and motor deficits และ disruption of the prefrontal cortex neuronal inhibitory function ซึ่งทำให้สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม เช่น ดื่มหนัก ขาดความยับยั้งชั่งใจ เอะอะอาละวาด นอกจากนี้ยังพบ ubiquity protein degradation pathways and calcium ion binding pathways ผิดปกติมากกว่าบริเวณ PFC และ lateral parietal

ผู้หญิงมีอัตราติดสุราต่ำกว่าผู้ชาย แต่ผลกระทบจากสุรามีมากกว่าเช่น โรคตับแข็ง โรคหัวใจโต peripheral neuropathy, brain damage เกิดมากกว่าผู้ชายแม้ว่าจะดื่มเพียงไม่กี่ปี ภาวะโรคร่วมในผู้หญิงมักพบ eating disorders, panic disorder, posttraumatic stress disorder (PTSD), depression และ fetal alcohol syndrome การรักษาจึงควรมีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชาย

โดยสรุปอาการขาดสุราเกิดจากการทำงานของ GABA ลดลง การทำงานของกลูตาเมทเพิ่มขึ้น และการทำงานของโดปามีนลดลง

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา

กระบวนการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรานั้น ประกอบด้วยการคัดกรอง การประเมินระดับการติดสุรา ประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา ข้อบ่งชี้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยใน สิ่งสำคัญคือการบำบัดรักษาภาวะขาดสุรา โดยมีแนวปฏิบัติดังต่อไปนี้

หลักการรักษา

1. การประเมินเพื่อวินิจฉัยโรค

1.1 การประเมินคัดกรอง : ใช้แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุรา Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)* หรือ CAGE** เพื่อคัดกรองในกรณีที่ไม่ได้มาด้วยปัญหาหลักจากสุรา ส่วนกรณีมารักษาด้วยการติดสุราเป็นหลักอาจใช้เพียงการสัมภาษณ์ประวัติ

1.2 การวินิจฉัยโรค : ให้อิงตามระบบ DSM - IV, DSM - V*** และให้รหัสโรคตามเกณฑ์ ICD-10 ของ องค์การอนามัยโลก (WHO)

2. การเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการรักษา : ได้แก่ การซักประวัติ การประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย และประเมินแหล่งสนับสนุน การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค อาการ ผลกระทบ แนวทางการรักษาของแพทย์ และการมีส่วนร่วมในการรักษา

3. การบำบัดรักษาภาวะขาดสุรา

3.1 การประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา:ใช้แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS)**** หรือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol,Revised (CIWA-Ar)*****

3.2 การดูแลรักษาในภาวะขาดสุรา : เน้นการดูแลในด้านการให้ยาระงับประสาท การบรรเทาอาการทางกาย การเสริมวิตามินและเกลือแร่ และการจัดสิ่งแวดล้อม

---

* ภาคผนวก 1 หน้า 73

** ภาคผนวก 2 หน้า 75

*** ภาคผนวก 3 หน้า 76

**** ภาคผนวก 4 หน้า 77

***** ภาคผนวก 5 หน้า 78

ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

1. อาการขาดสุราเล็กน้อย เกิดได้ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงจนถึง 36 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย มีอาการตั้งแต่ มือสั่น หงุดหงิด วิตกกังวลเล็กน้อย ปวดมึนศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น เบื่ออาหาร ความดันโลหิตสูง คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ เป็นต้น

2. อาการขาดสุราปานกลาง เกิดในช่วง 24-72 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย มีชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่น ตัวสั่น เหงื่อออกมาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย

3. อาการขาดสุรารุนแรง เกิดในช่วง 48-96 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย มีภาวะสับสน วัน เวลา สถานที่ (Delirium Tremens) ร่วมกับมีอาการกระสับกระส่ายอย่างมาก อยู่นิ่งไม่ได้ เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่น สมาธิลดลง ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ อาจเห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวงร่วมด้วย

การประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะขาดสุรา

ควรประเมินในกลุ่มที่ความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง ได้แก่

1. ผู้ที่มีคะแนน AUDIT 20 คะแนนขึ้นไป
2. ผู้ป่วยติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น Alcohol Dependence และลดปริมาณการดื่มสุราลง
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางกาย ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ผู้ป่วยทั่วไปที่รักษาแบบผู้ป่วยในและมีประวัติการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดสุรารุนแรงมีดังนี้

1. อายุมากกว่า 30 ปี
2. มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink)* เทียบเท่ากับเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวดต่อวัน
3. ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
4. เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อสับสน (Delirium Tremens; DTs)
5. เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน
6. มีอาการขาดสุราขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
7. อาการขาดสุราระดับรุนแรง ถ้าจะมีอาการจะเกิดขึ้นภายใน 3 วัน
8. มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
9. ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง

---

* ภาคผนวก 6 หน้า 80

10. มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
11. ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการขาดสุรา

- Alcohol Withdrawal Scale (AWS)
- Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)
- Minneapolis Detoxification Scale (MINDS)
- Severity Assessment Scale (SAS) (เป็นเครื่องมือที่มีลิขสิทธิ์)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเครื่องมือประเมินอาการขาดสุรา

อาการขาดสุรา	CIWA-AR	AWS	MIND
เหงื่อออก	■	■	■
สั่น	■	■	■
กระสับกระส่าย	■	■	■
Orientation	■	■	■
อุณหภูมิ		■	
ประสาทหลอน		■	■
ภาพหลอน	■		
หูแว่ว	■		
สัมผัสหลอน	■		
หลงผิด			■
วิตกกังวล	■	■	
คลื่นไส้ อาเจียน	■		■
ปวดศีรษะ	■		
ชีพจรเต้นเร็ว			■
ความดันโลหิตสูง			■
ชัก			■
การให้คะแนน	10 ข้อๆละ 0-7	7 ข้อๆละ 0-4	9 ข้อ
Mild withdrawal	1-9	1-4	1-9
Moderate withdrawal	10-14	5-9	10-14
Severe withdrawal	15-18	10-14	15-20
Very severe withdrawal	≥ 19	≥ 15	> 20

แนวทางการดูแลรักษาประกอบด้วย

- ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิตและให้การวินิจฉัยโรค
- ประเมินระดับสุราในเลือดใช้ Breathalyzer (ถ้าเป็นไปได้)
- ประเมินโรคทางกาย โรคจิตเวช และภาวะแทรกซ้อน
- ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง
- ประเมินอาการขาดสุรา โดยใช้ AWS หรือ CIWA- Ar
- Further Investigation ตามความเหมาะสม (CBC, Serum Electrolyte, Glucose, Liver Function Test, Renal Function Test, Urinalysis, Urine Drug Testing, EKG ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปีและผู้ป่วย COPD)

ข้อบ่งชี้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

ในการรักษาภาวะขาดสุราแบบผู้ป่วยนอกนั้น ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจในอาการและการปฏิบัติตัวในระดับหนึ่งและญาติหรือผู้ดูแลก็ต้องมีความเข้าใจว่าจะดูแลอย่างไร ติดตามอาการอย่างไรด้วย โดยมีข้อบ่งชี้ดังนี้

1. มีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild to moderate withdrawal)
2. สามารถรับประทานยาได้
3. มีญาติสนิทหรือคนในครอบครัวช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด และสามารถติดตามอาการขาดสุราได้
4. สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกวัน
5. ไม่มีภาวะโรคทางจิตเวชและโรคทางกายที่ยังไม่คงที่
6. ไม่มีปัญหาใช้ยาและสารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย จนอาจมีอาการขาดสารเสพติดนั้น เช่น ยานอนหลับ
7. ไม่มีประวัติอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อสับสน (Delirium Tremens; DTs) หรือ ชัก (Rum Fits) มาก่อน
8. อายุน้อยกว่า 60 ปี
9. ไม่มีหลักฐานแสดงถึงอวัยวะภายในถูกทำลายจากพิษสุรา เช่น Elevated MCV, Renal Insufficiency, Ascites, Cirrhosis เป็นต้น

(ในกรณีตั้งครรภ์ต้องระวังผลกระทบจากการดื่มสุรา ควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง)

ข้อบ่งชี้การรับผู้ป่วยติดสุราไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน

1. มีโรคทางกายหรือทางจิตเวชต้องการการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

2. เริ่มมีอาการขาดสุราหรือคาดว่าจะมีอาการขาดสุราระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe withdrawal) โดยประเมินจากการสังเกต ประวัติในอดีต และใช้แบบประเมินอาการขาดสุรา

3. เคยมีอาการแทรกซ้อนจากภาวะขาดสุรามาก่อน เช่น อาการชัก อาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อสับสน (Delirium Tremens; DTs)

4. มีการติดยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย และมีอาการขาดยา (Withdrawal)

5. เคยรักษา Detoxification แบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ได้ผล

6. ขาด Social Supports หรือสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพียงพอสำหรับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

7. กรณีอื่นๆอยู่ในดุลยพินิจของแพทย์

แนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยในภาวะขาดสุรา

การบำบัดรักษาภาวะขาดสุราเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ที่ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราได้ โดยมีอาการขาดสุราน้อยที่สุด ผู้ที่เสพติดสุรามักมีอาการผิดปกติเมื่อหยุดดื่ม บางรายอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้

หลักการรักษาภาวะขาดสุราประกอบด้วย 4S’ ได้แก่

1) Sedation: การให้ยาระงับประสาท

2) Symptomatic Relief: การบรรเทาอาการทางกาย

3) Supplement: การเสริมวิตามินและเกลือแร่

4) Supportive Environment: การจัดสิ่งแวดล้อม

1. การให้ยาระงับประสาท (Sedation)

ยาหลักที่ให้ ได้แก่ Diazepam, Chlordiazepoxide หรือ Lorazepam ในกรณีเป็นผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับบกพร่อง โดยพิจารณาตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา

ตารางที่ 3 การประเมินผู้ป่วยเพื่อพิจารณาให้ยาระงับประสาท

Stage	Severity	AWS SCORE	CIWA-Ar SCORE	MINDS SCORE	Hallucination	Agitation	ประเมินทุก
1	Mild	1-4	1-9	1-9	No	No	4-8 ชม.
2	Moderate	5-9	10-14	10-14	Yes	Yes/ No	1-2 ชม.
3	Severe	10-14	15-18	15-20	Yes	Yes/ No	1-2 ชม.
4	Very severe	≥ 15	≥ 19	> 20	Yes	Yes	10-15 นาที

รูปแบบการให้ยาตามมาตรฐานสามารถให้ได้หลายรูปแบบ แต่ในที่นี้จะกล่าวถึงรูปแบบที่ใช้บ่อยในการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา

Protocol 1 : Standard Treatment Regimen or Fixed - Schedule Regimen

เป็นการให้ยาตามเวลาที่กำหนดในรายที่มีความเสี่ยงหรือเริ่มมีภาวะขาดสุรา เพื่อป้องกันอาการขาดสุราหรือควบคุมไม่ให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น หลักการคือให้ยาทุก 6 ชั่วโมง เพื่อคงระดับยาในกระแสเลือดให้คงที่ ทั้งนี้การให้ยา 4 เวลาหลังมื้ออาหารและก่อนนอน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับยาในกระแสเลือดต่ำในช่วงกลางคืน ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการขาดสุรารุนแรงในช่วงกลางคืนได้ ดังนั้นควรพิจารณาการให้ยาในเวลาที่ทำให้ระดับยาคงตัวมากที่สุด และเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ส่วนจะให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในนั้น ควรพิจารณาตามข้อบ่งชี้ ตัวอย่างการรักษาดังนี้

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการให้ยาแบบ Fixed- Schedule Regimen (ยาที่ให้ตามตาราง: Diazepam)

วันที่/เวลา	6 .00 น.	12 .00 น.	18 .00 น.	24 .00 น.	รวม
1	10 mg	10 mg	10 mg	15 mg	45 mg
2	10 mg	10 mg	10 mg	15 mg	45 mg
3	5 mg	5 mg	5 mg	15 mg	30 mg
4	5 mg	-	5 mg	15 mg	25 mg
5	5 mg	-	5 mg	10 mg	20 mg
6	5 mg	-	-	10 mg	15 mg
7	-	-	-	10 mg	10 mg
8↑	-	-	-	5 mg	5 mg

โดยเทียบปริมาณยาดังนี้

Diazepam 5 mg = Chlordiazepoxide 10 mg = Lorazepam 1 mg

สำหรับผู้ป่วยรายที่มีการทำงานของตับบกพร่อง หรือรายที่สูงอายุ แพทย์อาจพิจารณาให้ Lorazepam แทน Diazepam หรือ Chlordiazepoxide

สรุป การให้ยา Diazepam (5mg) ตามเวลา ดังนี้

Day 1-2 : 2 tab ◉ tid. & 3 tab ◉ hs. × 2 days
Day 3 : 1 tab ◉ tid. & 3 tab ◉ hs
Day 4 : 1 tab ◉ bid. & 3 tab ◉ hs.
Day 5 : 1 tab ◉ bid. & 2 tab ◉ hs.
Day 6 : 1 tab ◉ OD. & 2 tab ◉ hs.
Day 7 : 2 tab ◉ hs
Day 8 : 1 tab ◉ hs.

หมายเหตุ: การให้ยาระงับประสาทเน้นการประเมินความรุนแรงและให้ยาตามเวลาที่กำหนด เพื่อคงระดับยาในกระแสเลือด โดยไม่เกี่ยวข้องกับมื้ออาหาร

Protocol 2: Symptom-Triggered Regimen

เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา โดยพิจารณาขนาดยาและความถี่ในการให้ยาตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา ซึ่งประเมินจาก Alcohol Withdrawal Scale (AWS) หรือ CIWA-Ar โดยระยะเวลาการประเมิน พิจารณาตามความรุนแรงของอาการ โดยมีรูปแบบการรักษา ดังนี้

- **การรักษา Symptom Trigger Regimen แบบผู้ป่วยนอก** คือการให้ยาเฉพาะเวลามีอาการ โดยประเมินอาการขาดสุราและอาการขาดสุราไม่เกินระดับ Moderate รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ของการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ต้องนัดติดตามอาการผู้ป่วยทุกวันเพื่อประเมินอาการขาดสุรา โดย

- วันแรกให้ Long-acting Benzodiazepine เช่น Diazepam 10 mg ทุก 6-12 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ

- วันที่ 2-5 ให้ Long-acting Benzodiazepine เช่น Diazepam 5 mg ทุก 6 ชั่วโมงเมื่อมีอาการ

วิธีการให้ยาแบบนี้ มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพ ข้อดีคืออาการสงบโดยไม่ง่วงมากเกินไปและไม่บดบังอาการระบบประสาท ใช้ยาปริมาณน้อยกว่า ใช้เวลาควบคุมอาการสั้นกว่า กรณีที่มีปัญหาโรคตับแข็งควรใช้ยา Short-acting Benzodiazepines เช่น Lorazepam หรือ Oxazepam เพื่อป้องกันอาการง่วงมากเกินไปจากผลของยา

- **การรักษา Symptom Trigger Regimen แบบผู้ป่วยใน** คือการให้ยาเฉพาะเวลามีอาการ โดยประเมินอาการขาดสุราและอาการขาดสุราอยู่ในระดับ Moderate to Severe รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ของการรักษาแบบผู้ป่วยใน ยาที่ให้ คือ Diazepam 5-20 mg. slow iv prn.สามารถให้ซ้ำได้ทุก 15-30 นาที จนสงบแต่ไม่เกิน 300 mg. ต่อวัน โดยประเมินอาการขาดสุราและสัญญาณชีพซ้ำก่อนให้ยา (หากไม่มีอาการ Hallucination อาจพิจารณาใช้เฉพาะ protocol 1)

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรารุนแรง AWS ≥ 10 หรือ CIWA–Ar ≥ 15 โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอาการประสาทหลอนชัดเจน ควรพิจารณาให้ยาต้านอาการทางจิตเสริม เช่น Haloperidol ขนาด 2.5-5 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยสามารถให้ซ้ำได้ถึง 3 ครั้ง ในชั่วโมงต่อไป จากนั้นให้ได้ทุก 6 ชั่วโมงตามความจำเป็น หรือ อาจพิจารณาให้แบบรับประทานวันละ 2 ครั้งตามความจำเป็น นอกจากการให้ยา Haloperidol ในรายที่มีอาการประสาทหลอนแล้ว อาจพิจารณาให้ยา Risperidone 2mg หรือ Olanzapine 5-10 mg ต่อวัน หรือให้ยา Benztropine 0.5-2 mg รับประทานวันละ 2 ครั้ง เพื่อลดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา Haloperidol

หลังจากผู้ป่วยสงบให้คำนวณขนาดยากลุ่ม Benzodiazepine แบ่งเป็นรับประทาน 4 เวลาในวันถัดไป โดยลดขนาดยาประมาณร้อยละ 25 ทุก 2-3 วันจนหยุดยาได้ และไม่ควรให้ต่อเนื่องนานเกิน 10 วัน นอกจากมีกรณีอื่นที่จำเป็นต้องให้ต่อ เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล ให้พิจารณาตามความจำเป็น

ข้อควรระวังในการให้ยาระงับประสาท

ควรใช้ความระมัดระวังในการใช้ยาระงับประสาทในกรณีผู้ป่วยมีภาวะดังต่อไปนี้

- โรคตับเรื้อรัง
- มีโรคในระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง
- โรคหัวใจ
- มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ

2. การบรรเทาอาการทางกาย (Symptomatic Relief)

การให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการทางกายเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราและมีความสำคัญเท่าๆกับการให้ยาระงับประสาท ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาตามอาการที่เกิดขึ้น ภาวะไม่สุขสบายทางกายที่พบได้บ่อย เช่น

- อาการคลื่นไส้อาเจียน พิจารณาให้ Plasil หรือ Metoclopromide ตามความจำเป็น
- อาการจุกเสียดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย พิจารณาให้ยาลดกรด ตามความจำเป็น
- อาการท้องเดิน พิจารณาให้ยาคาโอลินมิกซ์เจอร์ หรือ ดื่มน้ำเกลือแร่ ตามความจำเป็น
- อาการปวดศีรษะ มีไข้หรืออาการปวดอื่นๆที่ไม่รุนแรง พิจารณาให้ยาแก้ปวด ลดไข้ตามความจำเป็น

3. การเสริมวิตามินและเกลือแร่ (Supplement)

การเสริมวิตามินและเกลือแร่เป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กำลังอยู่ในช่วงถอนพิษสุรา วิตามินและเกลือแร่ที่แพทย์อาจพิจารณาให้ ได้แก่

- Thaimine (Vitamin B1) การขาด Thaimine จะนำไปสู่อาการ Wernicke/Korsakoff syndrome เนื่องจากผู้ป่วยที่กำลังถอนพิษสุรา ส่วนใหญ่ร่างกายจะมีการดูดซึมไม่ดีจึงควรให้ทางกล้ามเนื้อในขนาด 100 mg 3-7 วัน เสริมจากการรับประทาน

- การให้วิตามินบีรวม เพื่อรักษาการขาดวิตามินบีชนิดอื่นๆ

- การให้ Folic Acid เพื่อบรรเทาการขาดสารอาหารประเภทโฟเลต

- การให้ยาบำรุงตับ กรณีติดสุราเรื้อรังหรือตรวจพบการทำหน้าที่ของตับบกพร่อง

- ในรายที่ขาดเกลือแร่และน้ำควรเสริมของเหลวให้ดื่ม เช่น กลูโคส หรืออาจให้ทางเส้นเลือดดำ

- ในรายที่ตรวจพบมีภาวะซีดหรือพบความผิดปกติของเม็ดเลือดหรือเกล็ดเลือด พิจารณาให้ยาบำรุงเลือดตามจำเป็น

- ในรายที่มีแมกนีเซียมในเลือดต่ำ หรือพบหัวใจเต้นผิดจังหวะควรพิจารณาให้แมกนีเซียมซัลเฟต ตามความจำเป็น

- ในรายที่ติดสุรารุนแรงอาจตรวจพบระดับโพแทสเซียมและฟอสเฟตต่ำ ควรพิจารณาให้โพแทสเซียม หรือฟอสเฟตตามความจำเป็น

4. การจัดสิ่งแวดล้อม (Supportive Environment)

ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ มีแสงสว่างเพียงพอ และมีอากาศเย็นสบาย ไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจหรือหวาดกลัว เนื่องจากสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวน ไม่สะดวกสบาย หรือมีสิ่งเร้ามากเกินไป จะทำให้อาการขาดสุรารุนแรงมากขึ้น และควรมีเจ้าหน้าที่ที่มีทักษะการใช้เทคนิคการจัดการทางพฤติกรรมเพื่อบรรเทาและรักษาอาการตื่นกลัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ควรแยกผู้ป่วยเพื่อจำกัดการพบปะของผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นๆ หรือให้น้อยที่สุดถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสน ไม่รับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่

การให้ข้อมูลการรักษาในภาวะขาดสุราแก่ผู้ป่วยและญาติ

- ผู้ป่วยที่หยุดดื่มเกิน 5 วัน และไม่มีภาวะขาดสุราโอกาสเกิดอาการขาดสุราน้อยมาก สามารถนัดมาติดตามอาการได้ และถ้ามีอาการขาดสุราเล็กน้อย อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาลดอาการขาดสุรา

- แต่หากผู้ป่วยดื่มสุราภายใน 6-8 ชม.ก่อนมารักษา อาจยังไม่มีอาการต้องติดตามเฝ้าระวังภาวะขาดสุรา

- อาการขาดสุรามีอาการตั้งแต่ระดับเล็กน้อยจนถึงรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีอาการชัก หูแว่ว ประสาทหลอน สับสนเกี่ยวกับบุคคล วันเวลา และสถานที่ ซึ่งเกิดจากการหยุดดื่มสุราและอาการนี้จะดีขึ้นถ้าพ้นภาวะขาดสุราไปแล้ว

เภสัชกรมีบทบาทหน้าที่ในการจัดเตรียม บริหารยาและเวชภัณฑ์ระหว่างการบำบัดรักษาให้กับผู้ป่วย ติดตามประเมินอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย ให้ข้อมูลคำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการใช้ยากับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการบำบัดผู้ป่วยสุราในระยะถอนพิษสุรานั้น จำเป็นต้องมียาที่ใช้สำหรับรักษาอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการชัก กระสับกระส่าย มือสั่น นอนไม่หลับ หรือแม้กระทั่งการขาดวิตามินและแร่ธาตุต่างๆที่จำเป็นต่อร่างกาย ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาภาวะขาดสุรามีข้อควรระวัง อาการไม่พึงประสงค์ และปฏิกิริยาระหว่างยา มีดังต่อไปนี้

ยากลุ่ม Benzodiazepine

ปัจจุบันแม้ว่าจะมีการทดลองใช้ยาต่างๆ ในการรักษา แต่ก็ยังพบว่า Benzodiazepine ยังคงเป็นยาที่เหมาะสมที่สุด ในการลดอาการ withdrawal ป้องกันการเกิดความผิดปกติแทรกซ้อน เช่น seizure หรือ delirium และมี side effect profile ที่ยอมรับได้ จากการศึกษาพบว่า Benzodiazepine แต่ละตัวไม่มีความแตกต่างกันในแง่ของฤทธิ์ Sedative hypnotic แต่มีความแตกต่างในแง่ของ Pharmakokinetic ทำให้เลือกใช้ยาได้ในกรณีที่เหมาะสม Diazepam และ Chlordiazepoxide เมื่อถูก metabolite แล้วจะให้ long-acting compounds จะให้ผลแบบ self tapering ซึ่งมีประโยชน์ในการรักษา แต่ในกรณีมีปัญหาเรื่องของ liver function จะเกิดการสะสมเกิด toxicity ได้โดยเฉพาะในคนสูงอายุ จึงมีข้อจำกัด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสับสน วุ่นวาย ในกรณีดังกล่าว Lorazepam จะมีความเหมาะสมมากกว่า

1. Diazepam

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา

เภสัชพลศาสตร์

Diazepam เป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepines ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางโดยเป็น agonist ที่ benzodiazepine receptor ซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ $GABA_A$ receptor และ chloride channel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาท ทำให้ $GABA_A$ receptor ทำงานได้มากขึ้น และยับยั้งการทำหน้าที่ของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวล ทำให้ง่วงหลับ ต้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ และอาจเกิดภาวะสูญเสียความจำข้างหน้า (anterograde amnesia)

เภสัชจลนศาสตร์

ยาถูกดูดซึมได้ดีและเร็ว ความเข้มข้นของยาในพลาสมาจะสูงสุดหลังรับประทานยาประมาณ 1-2 ชั่วโมง ยา diazepam จับกับโปรตีนในพลาสมาได้มากถึงร้อยละ 98 ถูกแปลงสภาพโดยผ่าน CYP 2C19 และ CYP 3A4 ได้ เป็นสาร metabolite ที่ยังคงฤทธิ์อยู่ คือ desmethyldiazepam, Temazepam และ Oxazepam ซึ่งมีค่า half-life 40-120 ชั่วโมง 8-15 ชั่วโมง และ 5-15 ชั่วโมง ตามลำดับ และยาถูกกำจัดออกทางไต

คำเตือนหรือข้อควรระวัง

(1) อาจทำให้ง่วงซึม ไม่ควรขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลหรือในที่สูง

(2) สตรีมีครรภ์ สตรีระยะให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคตับ โรคไต โรคต้อหินชนิดมุมเปิด (open angle glaucoma) โรคไมแอสทีเนีย แกรวีส โรคพอร์ไฟเรีย โรคที่ระบบทางเดินหายใจทำงานบกพร่อง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น ผู้มีประวัติการติดยา หรือสารเสพติด ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ

(3) อาจเกิดผลตรงข้ามกับฤทธิ์ของยาที่ให้ (paradoxical reactions) ในเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยหนักได้

(4) อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น ทำให้ระดับยาเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้มาก

(5) ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยภาวะเลือดมี albumin ต่ำ

อาการไม่พึงประสงค์

อาการไม่พึงประสงค์เกิดจากฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อเปลี้ย สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว นอกจากนี้อาจเกิดภาวะเสียความจำข้างหน้า มีรายงานการเกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร และพบปฏิกิริยาทางผิวหนัง

นอกจากนี้อาการไม่พึงประสงค์ที่อาจพบได้จากการใช้ยาฉีด Diazepam คือ ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ และภาวะหลอดเลือดดำมีลิ่มเลือด

ปฏิกิริยาระหว่างยา

ระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา หากใช้ยานี้ร่วมกับ

(1) แอลกอฮอล์หรือยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง จะทำให้ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจ (apnea)

(2) ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ในตับ(CYP2C19) เช่น Cimetidine, Quinidine และ Tranylcypromine จะทำให้ Diazepam มีการกำจัดออกสั้นลงและทำให้การออกฤทธิ์ของยา Diazepam ยาวขึ้น

(3) ยาที่ออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของเอนไซม์ในตับ (CYP2C19) เช่น Rifampin จะทำให้เพิ่มการกำจัดออกของ Diazepam

(4) ยา Ranitidine จะทำให้การดูดซึม Diazepam ในทางเดินอาหารลดลง

การได้รับยาเกินขนาด

ง่วงซึม สับสน พูดเสียงลาก สั่น ชัก หัวใจเต้นช้า เดินโซเซ อ่อนแรง reflex ลดลง โคม่า และอาจกดการหายใจ

2. Chlordiazepoxide

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา

เภสัชพลศาสตร์

Chlordiazepoxide เป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepines ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง โดยเป็น agonist ที่ benzodiazepine receptor ซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ $GABA_A$ receptor และ chloride channel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาท ทำให้ $GABA_A$ receptor ทำงานได้มากขึ้น ส่งผลให้ chloride channel เปิด ยอมให้ chloride ions เข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิด hyperpolarization และยับยั้งการทำหน้าที่ของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวล ทำให้ง่วงหลับ ต้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ และอาจเกิดภาวะเสียความจำข้างหน้า (anterograde amnesia)

เภสัชจลนศาสตร์

ยาถูกดูดซึมได้ดีในทางเดินอาหาร ความเข้มข้นของยาในพลาสมาจะสูงสุดหลังจากรับประทานยาประมาณ 0.5-4 ชั่วโมงและความเข้มข้นของยาจะถึงระดับคงที่ (steady state) ในพลาสมาใช้เวลาประมาณ 5-14 วัน ยาจับกับโปรตีนในพลาสมาสูงถึงร้อยละ 96 ยาถูกแปลงสภาพที่ตับได้สาร metabolite ที่ยังคงฤทธิ์อยู่ คือ desmethyl chlordiazepoxide, demoxepam, desmethyl Diazepam และ Oxazepam และถูกกำจัดออกทางไตในรูป glucuronide conjugate ของ Oxazepam

ข้อบ่งใช้ในผู้ติดสุราที่มีอาการขาดสุรา

IM / IV: 50-100 mg ให้ซ้ำได้ทุก 2-4 ชั่วโมง ถ้าจำเป็น

รับประทาน : 50-100 mg และให้ซ้ำได้จนกว่าจะควบคุมอาการ agitation ได้

Maximum Dose : 300 mg/day

คำเตือนหรือข้อควรระวัง

(1) ระมัดระวังการใช้เป็นพิเศษในสตรีมีครรภ์ เพราะยาผ่านรกไปมีผลเสียต่อทารกในครรภ์ได้ ในกรณีที่มารดาติดยา ทารกที่คลอดอาจจะมีอาการขาดยา

(2) ระมัดระวังการใช้ในสตรีระยะให้นมบุตร ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของตับหรือไตบกพร่อง โรคต้อหินชนิดมุมเปิด โรคไมแอสทีเนีย แกรวีส โรคพอร์ไฟเรีย โรคที่ระบบทางเดินหายใจทำงานบกพร่อง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น รวมทั้งผู้มีประวัติการติดยาหรือสารเสพติด

(3) อาจทำให้เกิดความผิดปกติของเม็ดเลือด ตับ หรือไตได้

(4) หากมีอาการนอนไม่หลับ ประสาทหลอน พฤติกรรมผิดปกติ เดินเซ หรือมีไข้ ควรหยุดใช้ยาและปรึกษาแพทย์

(5) ระมัดระวังการใช้ในผู้ป่วยที่มีแอลบูมินในพลาสมาต่ำ

อาการไม่พึงประสงค์

อาการไม่พึงประสงค์เกิดจากฤทธิ์ของยากดระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน สูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหว สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว นอกจากนี้อาจเกิดภาวะเสียความจำข้างหน้า มีรายงานการเกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร และพบปฏิกิริยาทางผิวหนัง

ปฏิกิริยาระหว่างยา

ระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา หากให้ยานี้ร่วมกับ

(1) แอลกอฮอล์หรือยากดระบบประสาทส่วนกลาง เพราะจะทำให้ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจ (apnea)

(2) ยาลดกรด (antacid) อาจจะทำให้การดูดซึมยา chlordiazepoxide ช้าลง แต่ไม่มีผลต่อปริมาณการดูดซึมยา

(3) ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์จากตับ เช่น Cimetidine, Erythromycin, Fluoxetine, Ketoconazole, Indinavir, Propanolol, Metoprolol, ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน เป็นต้น จะยับยั้งการเกิด metabolism ที่ตับ ส่งผลให้ค่า half-life ของ Chlordiazepoxide ยาวขึ้น

(4) ยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นเอนไซม์จากตับ เช่น Rifampin จะทำให้เพิ่ม metabolism ที่ตับ ส่งผลให้ค่า half-life ของ Chlordiazepoxide สั้นลง

3. Lorazepam

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา

เภสัชพลศาสตร์

Lorazepam เป็นยาในกลุ่ม Benzodiazepines ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางโดยเป็น agonist ที่ benzodiazepine receptor ซึ่งจับกลุ่มอยู่กับ $GABA_A$ receptor และ chloride channel อยู่ที่เยื่อหุ้มเซลล์ประสาท ทำให้ $GABA_A$ receptor ทำงานได้มากขึ้น ส่งผลให้ chloride channel เปิดยอมให้ chloride ions เข้าสู่เซลล์มากขึ้น เกิด hyperpolarization และยับยั้งการทำหน้าที่ของเซลล์ประสาทต่างๆ ทำให้มีผลลดอาการวิตกกังวล ทำให้ง่วงหลับ ต้านอาการชัก คลายกล้ามเนื้อ และอาจเกิดภาวะสูญเสียความจำข้างหน้า (anterograde amnesia)

เภสัชจลนศาสตร์

ยาถูกดูดซึมได้ดีในทางเดินอาหาร ความเข้มข้นของยาในพลาสมาจะสูงสุดหลังรับประทานยาประมาณ 1-6 ชั่วโมง โดยยากระจายไปยังเนื้อเยื่อต่างๆ จับกับโปรตีนพลาสมาได้มากถึงร้อยละ 85 ยามีค่า half-life สั้นถึงปานกลาง (ประมาณ 10 - 20 ชั่วโมง) ถูกเปลี่ยนแปลงสภาพโดยกระบวนการ glucolonide conjugation เป็นสาร inactive metabolite และยาถูกกำจัดออกทางไต

คำเตือนหรือข้อควรระวัง

(1) อาจทำให้ง่วงซึม ไม่ควรขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลหรือในที่สูง

(2) ห้ามดื่มสุรา หรือสิ่งที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่

(3) ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ยากลุ่มเบนโซไดอาซีปีน (Benzodiazepines) ผู้ป่วยโรคต้อหินเฉียบพลันชนิดมุมแคบ (Acute narrow angle glaucoma)

(4) สตรีมีครรภ์ สตรีระยะให้นมบุตร ผู้ป่วยโรคตับ โรคไต โรคต้อหินชนิดมุมเปิด (Open angle glaucoma) โรคไมแอสทีเนีย แกรวีส โรคพอร์ไฟเรีย โรคที่ระบบทางเดินหายใจทำงานบกพร่อง ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคทางจิตเวช เช่น โรคจิต โรคอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น ผู้มีประวัติการติดยา หรือสารเสพติด ควรใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ

(5) อาจเกิดผลตรงข้ามกับฤทธิ์ของยาที่ให้ (paradoxical reactions) ในเด็ก ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยหนัก

(6) อาจทำให้เกิดความผิดปกติของเม็ดเลือด ตับหรือไตได้

(7) ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน นอกจากแพทย์สั่ง หากใช้เป็นประจำควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดใช้

(8) อาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาเมื่อใช้ร่วมกับยาอื่น ทำให้ระดับยาเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้มาก หากจะใช้ร่วมกับยาอื่นต้องปรึกษาแพทย์

(9) หากมีอาการนอนไม่หลับ ประสาทหลอน พฤติกรรมผิดปกติ กล้ามเนื้อเปลี้ย หรือมีไข้ ควรหยุดใช้ทันทีและรีบปรึกษาแพทย์

อาการไม่พึงประสงค์

อาการไม่พึงประสงค์เกิดจากฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง อาการที่พบส่วนใหญ่ คือ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อเปลี้ย สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว นอกจากนี้ อาจเกิดภาวะเสียความจำข้างหน้า มีรายงานการเกิดอาการระคายเคืองทางเดินอาหาร และพบปฏิกิริยาทางผิวหนัง

ปฏิกิริยาระหว่างยา

ระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา หากให้ยานี้ร่วมกับ

(1) แอลกอฮอล์หรือยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง จะทำให้ฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางเพิ่มขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจ (apnea)

(2) ยาที่มีฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์จากตับ เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน,Cimetidine, Erythromycin, Fluoxetine, Ketoconazole, Propanolol, Metoprolol เป็นต้น จะยับยั้งการเกิด metabolism ที่ตับส่งผลให้ค่า half-life ของ Lorazepam ยาวขึ้น

(3) ยาที่มีฤทธิ์กระตุ้นเอนไซม์จากตับ เช่น Rifampicin จะทำให้ metabolism ที่ตับเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่า half-life ของ Lorazepam สั้นลง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ equivalent ของ Benzodiazepine

Name	Dose Equivalent (mg)	Half life
Chlordiazepoxide	10.0	5-30
Diazepam	5.0	20-70
Lorazepam	1.0	10-20
Alprazolam	0.5	12-15

ยากลุ่ม Antipsychotic

ยารักษาโรคจิตทั่วไปจะออกฤทธิ์ในการรักษาโดยไปจับกับ D2 receptor (D2 receptor antagonism) ผลการออกฤทธิ์ของยาตาม dopamine pathway ในสมอง

ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม นอกจากออกฤทธิ์ในการรักษาแล้ว ยังเกิดฤทธิ์ข้างเคียงจากการที่ dopamine pathways อื่นๆ ถูกปิดกั้นด้วย ทั้งนี้พบว่ายาจะมีประสิทธิภาพในการรักษาเมื่อมีการจับกับ D2 receptor

ในสมองประมาณร้อยละ 60-80 การได้รับยาที่เกินกว่านี้จะทำให้เกิดผลข้างเคียง ดังนั้นหากพบผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตแสดงว่าผู้ป่วยได้รับยามากเกินระดับที่ใช้รักษา ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะออกฤทธิ์บริเวณ mesolimbic และ mesocortical ของสมองมากกว่าบริเวณ nigrostriatal หรือ tuberoinfundibular อาการข้างเคียงทาง extrapyramidal จึงพบไม่มากนอกจากนี้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ยังจับกับ 5HT2A receptor ซึ่งเชื่อว่าจะไปมีผลยับยั้งการหลั่ง dopamine บริเวณ nigrostriatal ทำให้การเกิด EPS ลดลง ล่าสุดนี้พบว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะจับกับ D2 receptor ไม่แน่นมากเท่ากับยากลุ่มเดิม การที่ยาจับกับ receptor แล้วหลุดออกไปเร็ว ทำให้มี dopamine จากบริเวณนั้นเข้าไปจับกับ receptor แทนที่ จึงพบการเกิด EPS ซึ่งเกิดจากการทำงานของ dopamine ต่ำกว่าปกติน้อยกว่ายากลุ่มเดิม

1. Haloperidol

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา

เภสัชพลศาสตร์

Haloperidol มีคุณสมบัติเป็นยาต้าน Dopamine อย่างแรง จึงเป็นยาสงบประสาทที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีฤทธิ์ในการไปต้าน Histamine และ Cholinergic จากฤทธิ์ในการต้าน Dopamine โดยตรงทำให้มีผลในการระงับอาการหูแว่ว และประสาทหลอน และออกฤทธิ์ต่อ basal ganglia Haloperidol มีฤทธิ์ต่อ psychomotor sedation ซึ่งทำให้มีผลในการสงบอาการคลุ้มคลั่ง กระวนกระวาย และจากการออกฤทธิ์ limbic tissue ทำให้ Haloperidol เป็นยาสงบประสาทที่ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดเรื้อรัง Haloperidol ออกฤทธิ์ที่ basal ganglia ซึ่งทำให้เกิดอาการ เช่น กล้ามเนื้อหดเกร็ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง และอาการของโรคพาร์กินสัน

การที่มีฤทธิ์ในการต้าน Dopamine ทำให้มีผลในการยับยั้งอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยผ่านทาง Chemoreceptor-trigger zone ทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อหูรูด และเพิ่มการหลั่งของฮอร์โมนของกระเพาะอาหารและลำไส้ โปรแลคติน โดยไปยับยั้งการออกฤทธิ์ของ prolactin inhibiting factor (PIF) ที่ adenohypophysis

เภสัชจลนศาสตร์

ระดับยาในเลือดจะมีระดับสูงสุดในเวลา 2-6 ชั่วโมง ฉีดเข้ากล้ามในเวลา 20 นาที ยารับประทานมี drug bioavailability 60-70%, plasma half-life terminal elimination 24 (12-38) ชั่วโมงหลังจากรับประทานยาและ 21 (13-36) ชั่วโมงหลังจากฉีดเข้ากล้าม ผ่าน Blood-brain barrier ได้ดีมาก จับกับโปรตีนในเลือด 92% ขับถ่ายออกจากร่างกายทางอุจจาระ 60% ทางปัสสาวะ 40% และประมาณ 1% ถูกขับถ่ายในรูปไม่เปลี่ยนแปลงทางปัสสาวะ metabolites ได้สารที่ไม่ออกฤทธิ์ ปริมาตรของการกระจายตัวที่ระดับสูงสุด (steady state) กว้างมาก

ขนาดการใช้และวิธีใช้

ขนาดยาที่แนะนำ ควรเป็นขนาดยาที่ต่ำที่ควบคุมอาการได้ และขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละคน และปรับขนาดยาให้สูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน และลดขนาดยาลงในช่วงการรักษาต่อเนื่อง เพื่อที่จะกำหนดให้ใช้ขนาดยารักษาในขนาดต่ำที่ควบคุมอาการได้ ขนาดยาสูง ๆ ควรใช้เฉพาะในคนไข้ที่มีการตอบสนองต่อขนาดยาต่ำได้น้อยเท่านั้น

ในกรณีโรคจิตเภทชนิดเฉียบพลัน อาการเพ้อสับสนเนื่องจากพิษสุราเรื้อรัง paranoid ความคิดสับสนเฉียบพลัน acute paranoid ขนาดที่ใช้คือ 5-10 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อและฉีดซ้ำได้จนกว่าจะควบคุมอาการได้ ขนาดยาสูงสุด 60 มก./วัน ถ้าได้ยารับประทาน ขนาดยาควรเพิ่มขึ้นจากยาฉีดประมาณ 1 เท่า

ในผู้ป่วยสูงอายุ

ขนาดยาที่ให้รักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยสูงอายุก็เหมือนกับที่ให้ในผู้ใหญ่ แต่ขนาดยาที่ให้ครั้งแรกควรเป็นครึ่งหนึ่งของขนาดยาทั่ว ๆ ไป

อาการไม่พึงประสงค์

Extrapyramidal symptoms [EPS] ซึ่งประกอบไปด้วยอาการต่าง ๆ ดังนี้

1. Acute dystonic reactions แบบเฉียบพลันที่พบบ่อยมี 3 แบบ คือ
   1.1 Torticollis ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง
   1.2 Opisthotonus ศีรษะ คอ รวมทั้งลำตัวแอ่นจนผิดปกติ (hyperextended)
   1.3 Oculogyric crisis ตาทั้งสองข้างจ้องเขม็ง และเหลือบขึ้นไปค้างอยู่บนจนไม่เห็นตาดำ บางรายอาจมีลิ้นโตยื่นออกมาจนคับปากและสั่น

2. Akathisia มักเกิดภายใน 5 ถึง 40 วัน หลังจากเริ่มใช้ยา ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย ตื่นเต้น อยู่ไม่สุข เดินไปเดินมา ผุดลุกผุดนั่ง ขาอยู่ไม่สุข (restless legs) งุ่นง่าน นั่งอยู่เฉยกับที่ไม่ได้ (drive to move about) ถ้าหากพบผู้ป่วยมีอาการคล้ายความวิตกกังวลที่เกิดร่วมกับยาต้านโรคจิต ควรพิจารณาถึงการเกิด Akathisia ด้วย

3. Parkinsonian like syndrome ประกอบด้วยมือสั่นขณะพัก (resting tremor) กล้ามเนื้อเกร็ง (muscle rigidity) ท่าเดินแบบซอยเท้า (shuffling gait) การเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) และสีหน้าไร้อารมณ์ (expressionless or marked face) บางครั้งมีการสั่นแบบปั่นยา (pill-rolling movement) และน้ำลายไหล (drooling)

4. Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มของการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ (involuntary movement) ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นช่วงระยะเวลานาน อาจกลับคืนสู่ภาวะปกติไม่ได้ (irreversible) ลักษณะสำคัญของ Tardive dyskinesia คือ การเคลื่อนไหวสามแห่งของ แก้ม-หน้า-ลิ้น (a triad of check-

face – tongue movement) ซึ่งบางทีเรียกว่า buccolingual masticatory sysdrome ผู้ป่วยมีอาการแก้มพอง ซึ่งเกิดซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยว สูดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจเกิดการกระพริบตา หน้าตาบูดบึ้ง ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุก นอกจากเคลื่อนไหวบริเวณใบหน้า ผู้ป่วยอาจมีอาการ chorieform movements (เป็นการเคลื่อนไหวมีลักษณะกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ เกิดขณะพักหรือขณะที่ตั้งใจจะเคลื่อนไหว)

ปฏิกิริยาระหว่างยา

Haloperidol มีอันตรกิริยากับ Lithium ซึ่งมีระดับนัยสำคัญ 1 โดยส่งเสริมให้เกิด Neurotoxicity จาก Lithium และยังมีผลเสริมการเกิด EPS ในผู้ป่วยด้วย ดังนั้น หากพบว่ามีการให้ยา Lithium ร่วมกับ Haloperidol ให้เฝ้าระวังการเกิด Neurotoxicity และ EPS ในผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถ้าพบ Neurotoxicity ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับลดขนาดของ Haloperidol

2. Risperidone

คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา

เภสัชพลศาสตร์

Risperidone เป็น selective monoaminergic antagonist โดยมีคุณสมบัติไปจับกับตัวรับของ serotonin ชนิด 5-HT_2 และตัวรับของ Dopamine ชนิด D_2 ได้ดี นอกจากนี้ยังสามารถจับกับตัวรับ Adrenergic ชนิด Alpha-1 ถึงแม้ว่า Risperidone จะเป็นยาต้าน D_2 ที่ออกฤทธิ์แรงซึ่งช่วยในการบรรเทาอาการจิตเภทชนิด positive แต่ยานี้จะกดการเคลื่อนไหว (motor activity) และเหนี่ยวนำให้เกิด catalepsy ได้น้อยกว่ายาจำพวก classical neuroleptics ความสมดุลของ Serotonin ในสมองกับฤทธิ์ต้าน Dopamine อาจช่วยลดอาการข้างเคียงทาง extrapyramidal symptoms ที่จะเกิดขึ้นและทำให้ตัวยาดังกล่าวมีฤทธิ์ในการรักษาครอบคลุมอาการจิตเภทชนิด negative รวมทั้งอาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

เภสัชจลนศาสตร์

การดูดซึมได้มากและเร็ว อาหารไม่มีผลต่อปริมาณการดูดซึม การกระจายตัวได้มาก และรวดเร็ว ปริมาตรการกระจายที่สภาวะคงที่ Risperidone ถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับ โดยเอนไซม์ cytochrome P450 IID (CYP2D6) ซึ่งจะอยู่ภายใต้การควบคุมทางพันธุกรรม ขบวนการเปลี่ยนแปลงหลักๆ จะเป็น hydroxylation ได้ metabolite ที่สำคัญที่ออกฤทธิ์ คือ 9-hydroxy- Risperidone

ระยะเวลาครึ่งชีวิตของ active moiety โดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 20-24 ชม. ควรลดขนาดยาลงในผู้ป่วยที่ไตทำงานเสื่อมระยะเวลาที่ยาขึ้นสูงสุดในพลาสม่า โดยเฉลี่ยภายใน 1-2 ชม. หลังกินยาระยะเวลาที่ระดับยาในพลาสม่าจะคงที่ (steady state) ความเข้มข้นของ active moiety จะถึงระดับคงที่ใช้เวลา

5-6 วัน การขจัดออกทางไต ในผู้ป่วยที่ไตปกติจะขับออกประมาณ 70% ในผู้ป่วยที่ไตทำงานเสื่อมปานกลางถึงรุนแรง การขจัด active moiety ออกทางไตจะลดลงถึง 60-80% ทางอุจจาระประมาณ 15%

อาการไม่พึงประสงค์

อาการที่พบบ่อย : นอนไม่หลับ ปั่นป่วน (agitation) วิตกกังวล กลุ่มอาการ extrapyramidal symptoms ปวดศีรษะ

อาการที่พบรองลงมา: ง่วง เมื่อยล้า เวียนศีรษะ ขาดสมาธิ ท้องผูก อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง เห็นภาพไม่ชัดเจน ภาวะที่องคชาตลุกแข็งอยู่นานเกินปกติและปวด มักไม่มีกำหนัด (priapism, erectile dysfunction) การหลั่งน้ำกามผิดปกติ (ejaculatory dysfunction) จุดสุดยอดของความรู้สึกทางเพศผิดปกติ (orgastic dysfunction) การกลั้นปัสสาวะไว้ไม่อยู่ (urinary incontinence) เยื่อบุจมูกอักเสบ(rhinitis) ผื่นแดง และอาการแพ้อื่น ๆ

Risperidone ทำให้เกิด extrapyramidal symptoms ได้น้อยกว่า classical neuroleptics อย่างไรก็ตามในบางรายอาจเกิดน้ำลายไหลมากผิดปกติ, bradykinesia, akathisia, กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง, อาการเหล่านี้มักจะเป็นชนิดไม่รุนแรงและกลับสู่สภาพปกติได้หากลดขนาดยาลง และหรือให้ยาต้านพาร์กินสันเมื่อจำเป็น

ปฏิกิริยาระหว่างยา

ยังไม่มีการประเมินอย่างเป็นระบบถึงความเสี่ยงของการใช้ Risperidone ร่วมกับยาอื่น เนื่องมาจากฤทธิ์ของ Risperidone ที่มีต่อระบบประสาทส่วนกลาง จึงควรระมัดระวังการใช้ยานี้ร่วมกับยาที่ออกฤทธิ์ต่อสมองและ alcohol

เนื่องจาก Risperidone มีแนวโน้มที่จะลดความดันโลหิต จึงอาจเสริมฤทธิ์กับยาลดความดันโลหิตชนิดอื่น Risperidone อาจต้านฤทธิ์ของ levodopa และตัวกระตุ้น dopamine อื่น ๆ

ยาอื่น ๆ

1. Thiamine

ในการพิจารณาให้ Thiamine (vitamin B1) นั้นควรให้ในขนาดที่เพียงพอในการป้องกันการเกิดภาวะ Wernicke-Kosarkoff Syndrome โดยต้องให้ยา B1 อย่างน้อย 100 mg ต่อวัน ในผู้ติดสุราที่ขาด Thiamine อาจจำเป็นต้องให้ในขนาดที่สูงกว่านี้ การฉีดเข้ากล้ามเนื้ออาจช่วยได้ในรายที่ขาดอาหารรุนแรงและมีปัญหาในการดูดซึมสารอาหาร

วิธีการให้

Thiamine: B1 100 mg. IM or IV x 3-5 days

B1 100 mg. oral 3 times a day อาจพิจารณาให้ในรูป vitamin B1-6-12

ข้อควรระวัง : ควรให้ Thiamine ก่อนให้ glucose หรืออาหาร เนื่องจากในขบวนการเผาผลาญอาหารจำเป็นต้องใช้ Thiamine เป็น coenzyme ถ้าผู้ป่วยขาด Thiamine อยู่แล้วถูกดึงไปใช้เพิ่มยิ่งทำให้อาการรุนแรงมากขึ้น อาจเกิดภาวะ Wernicke encephalopathy ได้

2. Fluoxetine

ยา Fluoxetine เป็นยาในกลุ่ม selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) มีค่าครึ่งชีวิตของ รูป parent drug ประมาณ 4-6 วัน และ รูป metabolite (norfluoxetine) ประมาณ 9 วัน ในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคตับร่วมด้วย โดยมีรายงานการเกิด adverse effect ต่อระบบเลือด 1-10% จากผลการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออก โดยเพิ่ม bleeding time และ prothrombin time ผ่านกลไกการลดการสะสมของ serotonin ในเกล็ดเลือด ทำให้มีการทำงานของเกล็ดเลือดผิดปกติ แต่ทั้งนี้ผลต่อระบบเลือดพบได้น้อย

คุณสมบัติของการใช้ Fluoxetine

การออกฤทธิ์ค่อนข้างช้า อาจเริ่มเห็นผลในสัปดาห์ที่สองหรือสาม

อาการข้างเคียงจากการใช้ยา Fluoxetine

1. ต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียน และท้องเสีย ซึ่งอาการจะแปรตามขนาดของยา และเกิดขึ้นชั่วคราวในช่วงสองถึงสามสัปดาห์แรก

2. ฤทธิ์กระตุ้น/อาการนอนไม่หลับ ที่อาจพบได้ในกลุ่มอาการนี้ได้แก่ กระสับกระส่าย กระวนกระวายใจ และการนอนที่ผิดปกติ แต่เป็นอาการที่จะค่อยๆ ดีขึ้นเองหลังจากให้ยาเป็นระยะเวลาหนึ่ง การเริ่มยาที่ขนาดต่ำจะช่วยลดอาการวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น ส่วนอาการนอนไม่หลับอาจให้การรักษาตามอาการโดยการให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam, Chlordiazepoxide, Lorazepam เป็นต้น

3. ฤทธิ์ข้างเคียงทางเพศ ความต้องการทางเพศที่ลดลงและ Anorgasmia ได้ในทั้งชายและหญิง ในเพศชายอาจพบ erectile dysfunction หรือ ejaculatory dysfunction หากพบอาการเหล่านี้ ให้ตรวจหาสาเหตุอื่นที่อาจเป็นไปได้ หากพบว่าเกิดจากยาและผู้ป่วยได้รับผลกระทบมาก ให้ส่งพบจิตแพทย์

4. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาท ได้แก่ อาการปวดศีรษะทั้งแบบไมเกรนและ Tension เป็นอาการที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะช่วง หนึ่งถึงสองสัปดาห์แรกแล้วอาการจะดีขึ้นเอง

5. ฤทธิ์ต่อน้ำหนักตัว อาจมีน้ำหนักลดในช่วงแรก แต่หลังจากนั้นน้ำหนักจะกลับขึ้นเป็นปกติ

6. Serotonin Syndrome เกิดได้แต่พบน้อย มีอาการปวดท้อง ท้องเสีย Flushing เหงื่อออกมาก อุณหภูมิกายขึ้นสูง อ่อนเพลีย ภาวะการรู้ตัวที่เปลี่ยนแปลงไป อาการสั่น กล้ามเนื้อกระตุก Rhapdomyolysis ไตวาย Cardiovascular Shock และอาจทำให้เสียชีวิตได้ ให้หยุดยา และรักษาตามอาการ (Symptomatic Treatment)

7. Apathy Syndrome การมีอารมณ์ราบเรียบ ไม่ยินดียินร้าย แต่ไม่ใช่อาการซึมเศร้า อาจพบอาการอ่อนแรงได้ รักษาโดยการลดขนาดยาลง หรืออาจเปลี่ยนมื้อยาเป็นมื้อก่อนนอนเพื่อลดอาการช่วงกลางวัน

3. Topiramate

มีงานวิจัยที่สนับสนุนสมมติฐานที่กล่าวว่า Topiramate ช่วยทำให้ผู้ป่วยดื่มสุราน้อยลง โดยวัดจากปริมาณการดื่มต่อวัน จำนวนวันที่ดื่มหนัก และจำนวนวันที่ไม่ดื่ม ขนาดยาที่ใช้ในการศึกษาประมาณ 200-300 มิลลิกรัม ต่อวัน

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีประวัติว่าเคยแพ้ยาหรือส่วนประกอบอื่นที่เกี่ยวข้องกับยาตัวนี้ เนื่องจากยาจะมีการกำจัดออกทางไตเป็นส่วนใหญ่ทั้งในรูปเดิมและเมตาโบไลท์ การกำจัดยาออกทางไตจะขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการทำงานของไตและอายุของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตบกพร่องปานกลางหรือมากจำเป็นต้องใช้เวลา 10-15 วัน เพื่อให้ความเข้มข้นของยาในพลาสมาถึงระดับคงที่ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะการทำงานของไตปกติจะใช้เวลาเพียง 4-8 วัน

ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับบกพร่อง ควรใช้ยาด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากการกำจัดยาอาจจะลดลงด้วยเช่นกัน

พบอุบัติการณ์เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และภาวะซึมเศร้าในระหว่างการรักษาด้วยยา Topiramate

อาการไม่พึงประสงค์

อาการที่พบทั่วไป : สับสน ความสามารถในการจำ/การคิด/ตัดสินใจลดน้อยลง ง่วงซึม อ่อนเพลีย ความรู้สึกสัมผัส/รับรู้ผิดปกติไป เดินเซ คลื่นไส้ การเคลื่อนไหวร่างกายไม่สัมพันธ์กัน รู้สึกเหมือนมีเข็มทิ่มที่ปลายมือ/ปลายเท้า มองเห็นไม่ชัด มองเห็นภาพซ้อน หนังตากระตุก (nystagmus) ระบบทางเดินหายใจส่วนบนติดเชื้อ พูดไม่ชัด พูดไม่ได้/ไม่รู้เรื่อง อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า กระวนกระวาย ความจำเสื่อม การรับรสเปลี่ยนไป เบื่ออาหาร หรือน้ำหนักลด

อาการที่พบน้อย : นิ่วในไต น้ำหนักเพิ่มขึ้น

การได้รับยาเกินขนาด : ชัก ง่วงซึม พูดไม่ชัด การมองเห็นลดลง เห็นภาพซ้อน หมดสติ และภาวะ metabolic acidosis อาจต้องทำ hemodialysis เพื่อลดระดับยาในเลือดลง

4. Silymarin

ใช้ในสภาวะเกิดอาการพิษต่อตับ : ใช้เป็นยาร่วมในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการอักเสบของตับเรื้อรัง (chronic inflammatory disease) หรือภาวะตับแข็ง (hepatic cirrhosis)

ขนาดการใช้และวิธีใช้

ขนาดยาที่แนะนำสำหรับการเริ่มต้นการรักษา และกรณีที่รุนแรง คือ 140 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ขนาดยาต่อมาสำหรับคงการรักษาคือ 70 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง

ข้อห้ามใช้และข้อควรระวัง

ผู้ป่วยที่ทราบว่าแพ้ตัวยาสำคัญ หรือส่วนประกอบอื่นในยานี้

ไม่ควรใช้ยานี้ในเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี ไม่แนะนำให้ใช้ยานี้เพื่อรักษาอาการพิษเฉียบพลัน หากเกิดอาการ icterus (มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง) ระหว่างการรักษาควรปรึกษาแพทย์

อาการไม่พึงประสงค์

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบน้อย ได้แก่ อาการเกี่ยวกับทางเดินอาหาร เช่น ท้องเสียเล็กน้อย

อาการไม่พึงประสงค์ที่พบน้อยมาก ได้แก่ อาการแพ้ยา เช่น เกิดผื่น หายใจติดขัด

(ทั้งนี้ยังไม่ได้รับ Approve จาก USFDA ว่าใช้ในการรักษาผู้ป่วยบำบัดสุราได้)

แนวปฏิบัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการแปลผลในผู้ป่วยติดสุรา

การตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการนั้น เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการวินิจฉัยทางการแพทย์ นอกเหนือจากการซักประวัติ และการตรวจร่างกาย นอกจากนี้แพทย์ยังอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการในการตรวจคัดกรองโรค และการติดตามผลการรักษา นักเทคนิคการแพทย์มีบทบาทในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ เพื่อวินิจฉัย พยากรณ์ ติดตาม หรือประเมินสุขภาวะของผู้มารับบริการ และรายงานผลให้กับแพทย์หรือผู้ป่วยทราบ รวมทั้งการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการตรวจวิเคราะห์ เพื่อให้ได้ผลการตรวจที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ ซึ่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการแปลผลในการดูแลรักษาผู้ป่วยสุราที่สำคัญมีดังนี้

1. การตรวจวิเคราะห์เอทานอล

วิธีที่นิยมตรวจวิเคราะห์มี 2 วิธีคือ

1.1 การตรวจวิเคราะห์เอทานอลจากลมหายใจ เป็นการตรวจหาระดับแอลกอฮอล์จากลมหายใจที่ง่าย และได้ผลรวดเร็ว โดยขั้นตอนการตรวจวิเคราะห์ต้องดูแลให้ผู้ป่วยเป่าลมหายใจออกมาให้เต็มที่เพื่อให้ลมจากถุงลม (Alveoli) ออกมาสัมผัสกับอุปกรณ์การตรวจวิเคราะห์ เพราะการคำนวณและการแปลผลระดับเอทานอลในลมหายใจสัมพันธ์กับระดับเอทานอลในเลือด ก็ต่อเมื่อเทียบลมหายใจที่ออกมาจากบริเวณถุงลม หากผู้ตรวจวิเคราะห์ไม่ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามขั้นตอนดังกล่าว การวัดลมหายใจที่ออกมานี้มีโอกาสให้ค่าการตรวจที่ผิดพลาดได้

1.2 การตรวจวิเคราะห์เอทานอลในเลือดโดยวิธี Gas Chromatography/Flame Ionization Detector (GC/FID) ก๊าซโครมาโทกราฟี เป็นการตรวจวิเคราะห์ที่อาศัยหลักการโครมาโทกราฟี โดยมีก๊าซเป็น Mobile Phase โดยวิธีนี้เป็นการตรวจที่สามารถแยกประเภทของสารพิษ หรือยาที่สามารถระเหยได้หรือก๊าซต่างๆ จัดเป็นการตรวจยืนยันและตรวจวัดปริมาณ ดังนั้นในการตรวจหาระดับเอทานอลในเลือดควรเลือกตรวจด้วย GC ซึ่งเป็นวิธีการตรวจมาตรฐาน (Gold Standard) และใช้ยืนยันผลการตรวจเอทานอลจากวิธีอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น Color Test หรือ Chemical Test โดย Breath Analyzer หรือการตรวจด้วย Immunoassay

เทคนิคการเก็บตัวอย่างเลือด สำหรับส่งตรวจหาปริมาณแอลกอฮอล์

ความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดของผู้ที่ดื่มสุรา จะวัดได้สูงสุด 1 ชั่วโมงหลังดื่มและจะตรวจไม่พบหลัง 24 ชั่วโมง ดังนั้นสิ่งส่งตรวจที่เก็บ ณ เวลาต่างๆ จะมีปริมาณหรือความเข้มข้นของสารไม่เท่ากัน

การเลือกเก็บสิ่งส่งตรวจในเวลาที่เหมาะสมและมีจำนวนพอเพียงจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ให้เก็บตัวอย่างเลือดจากหลอดเลือดดำ โดยหลอดเลือดดำที่เลือกเก็บเลือดลำดับแรกในการตรวจวิเคราะห์ (Specimen of choice) ได้แก่หลอดเลือดดำ Median cubital บริเวณข้อพับศอก (Antecubital fossa) การตรวจวิเคราะห์หาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดให้ใช้ Benzakonium Chloride เป็นน้ำยาที่ใช้ทำความสะอาดผิวหนังก่อนเจาะเลือด การทำความสะอาดผิวหนังก่อนการเจาะเลือดควรใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่ไม่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เพราะถ้ามีแอลกอฮอล์ผสมอาจทำให้ค่าวิเคราะห์เกิดผิดพลาดได้ (แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมควรรอให้แอลกอฮอล์แห้งก่อนจึงจะทำการเจาะเลือด) และควรหลีกเลี่ยงการใช้ Providone iodine เป็นน้ำยาในการฆ่าเชื้อที่ผิวหนังก่อนการเจาะเลือด เนื่องจากอาจปนเปื้อนในชิววัตถุตัวอย่าง ซึ่งจะมีผลต่อการตรวจวิเคราะห์ทางเคมี ควรเก็บเลือดอย่างน้อย 3 มิลลิลิตรใส่ในหลอดแก้วที่มีฝาปิด เก็บให้เต็มขวด และมีโซเดียมฟลูออไรด์(NaF) โดยมีความเข้มข้นที่มากกว่า 2% ควรผสมเลือดให้ละลายสารรักษาสภาพจนหมดแต่อย่าเขย่าแรง โดยปกติจะมีหลอดเก็บสำเร็จรูปที่เตรียม NaF ไว้ในอัตราส่วน 1% w/v ร่วมกับผสมสารกันเลือดแข็งโพแทสเซียมออกซาเลตอัตราส่วน 0.2% w/v เลือดที่เจาะเก็บควรแช่เย็น 4 องศาเซลเซียส การตรวจวิเคราะห์หาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดต้องเลือกใช้โซเดียมฟลูออไรด์เป็นสารกันเลือดแข็งและสารกันเสียเนื่องจากป้องกันการหมัก (fermentation) และกระบวนการสลายของน้ำตาลไปเป็นเอทานอล การใส่สารรักษาสภาพไม่ได้ช่วยให้วัดได้ค่าแอลกอฮอล์ในเลือดตามที่เป็นจริง แต่จะช่วยป้องกันมิให้สลายตัวเพิ่มขึ้น ดังนั้นความเข้มข้นที่วัดได้จึงถือได้ว่าไม่ต่ำกว่านี้ เลือดที่ไม่ได้ใส่ฟลูออไรด์เก็บไว้ที่ 25 องศาเซลเซียส จะมีการลดลงของน้ำตาลกลูโคส 10 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ต่อชั่วโมง

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยสุรามีดังนี้

2.1 การตรวจทางเคมีคลินิก

2.1.1 การตรวจอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte)

- **โซเดียม (Sodium;Na)** ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ(Hyponatremia) จะเห็นผลนี้ได้ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ตับแข็ง (Cirrhosis) และ Nephrotic Syndrome และในผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะไตวายอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง ส่วนภาวะโซเดียมในเลือดสูง (Hypernatremia) พบได้ไม่บ่อยนัก

- **โพแทสเซียม (Potassium; K)** ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (Hypokalemia) ที่เกิดจากมีการสูญเสียจากร่างกาย อาจเกิดจากลดการรับประทานอาหาร เช่น Alcoholism, Anorexia Nervosa, Bulimia ภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia) เนื่องจากมีการเพิ่มจริงในเลือด เกิดขึ้นภายในเอง (Endogenous) เช่น เม็ดเลือดแดงแตก (Hemolysis), Rhabdomyolysis กล้ามเนื้อบาดเจ็บไหม้ ลดการขับออก เช่น ไตวายเฉียบพลันหรือเรื้อรัง

- **คลอไรด์ (Chloride; Cl)** ภาวะคลอไรด์ในเลือดต่ำเกิดขึ้นได้ในกรณีต่อไปนี้ อาเจียนเป็นเวลานาน ภาวะโรคไตที่ทำให้สูญเสียเกลือ Adrenocortical Insufficiency ภาวะคลอไรด์ในเลือดสูงเกิดขึ้นได้ในกรณีต่อไปนี้ Metabolic Acidosis ร่วมกับมีการท้องเสียเป็นเวลานาน ร่วมกับมีการสูญเสียไบคาร์บอเนต ภาวะเบาจืด ภาวะขาดน้ำ มีการสูญเสียโซเดียมมากกว่าเสียคลอไรด์ เช่น ในภาวะท้องเสีย Intestinal Fistulas

- **ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ทั้งหมด (Total Carbon Dioxide; Serum Bicarbonate = CO_2)** ค่าต่ำมีภาวะกรดจากการเผาผลาญ ค่าสูงมีภาวะด่างจากการเผาผลาญ

- **Anion Gap** ค่านี้เป็นค่าที่คำนวณได้ มีประโยชน์ในการช่วยหาสาเหตุว่า Metabolic Acidosis เกิดจากอะไร Anion gap ได้จากการคำนวณโดยใช้โซเดียมประมาณค่าประจุบวกที่วัดได้ และใช้คลอไรด์และไบคาร์บอเนตในการประมาณค่าไอออนประจุลบที่วัดได้ดังนี้ Anion gap=Na^+ -(Cl^- +HCO_3^-)

2.1.2 แมกนีเซียม (Magnesium; Mg++) ภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ **(Hypomagnesemia)** คือ ภาวะที่ระดับแมกนีเซียมต่ำกว่า 1.3 mEq/L ทำให้เกิด Musclular tremors และ Fasciculation, Ocular nystagmus,Tetany, ซึม สับสน หัวใจเต้นผิดจังหวะ Ataxia, Vertigo, ชักและกลืนลำบาก ส่วนภาวะแมกนีเซียมในเลือดสูง **(Hypermagnesemia)** คือภาวะระดับแมกนีเซียมสูงกว่า 2.2 mEq/L ทำให้เกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ถ้ามีระดับแมกนีเซียมสูงมากจะกดการรู้สึกตัว หัวใจเต้นช้า หายใจช้าและหัวใจหยุดเต้นในที่สุด

2.1.3 Fasting Plasma Glucose (FPG) หรือ Fasting Blood Sugar (FBS) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเมื่ออดอาหาร (Fasting Hypoglycemia) ภาวะนี้อาจเกิดขึ้นจาก Alcoholism ที่อดอาหาร ตับผิดปกติอย่างรุนแรง และยาที่ทำให้เกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) การที่กลูโคสในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง แสดงถึงภาวะโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus; DM)

2.1.4 Blood Urea Nitrogen (BUN) ค่าต่ำไม่ค่อยมีผลทางคลินิกเท่าใด ค่านี้อาจลดต่ำลงในผู้ป่วยภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยที่การทำงานของตับผิดปกติอย่างมาก ไม่สามารถสังเคราะห์ urea ได้ ค่าสูงเกิดจากเลือดออกจากทางเดินอาหาร ภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ภาวะ Azotemia

2.1.5 Serum Creatinine (SCr) ค่าต่ำเกิดจากกล้ามเนื้อของผู้ป่วยลดลงหรือการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง เช่น ในผู้ป่วยที่ผอมแห้ง (Cachexia) ผู้ป่วยโคม่า ค่าสูงแสดงถึงการทำงานของไตที่แย่ลงเสมอ มีโรคและยาหลายชนิดที่ทำให้ค่านี้สูงขึ้นได้ เช่น ภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ไตทำงานบกพร่อง

หมายเหตุ การวัดระดับ BUN และ Cr พร้อมกันนี้มีประโยชน์มากเพราะจะสามารถบอกอะไรได้หลายอย่าง เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลันพร้อมกับสงสัยว่ามีการเปลี่ยนแปลงน้ำในร่างกาย ภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารในช่วงที่ไตทำงานผิดปกติและภาวะไตวายขึ้นสุดท้าย (SCr > 7 mg/dL)

2.1.6 Liver Function Test (LFT) โดยมากจะหมายความถึงการวัดการอักเสบ (Inflammation) ของตับหรือน้ำดี สำหรับการสังเคราะห์สารของตับนั้นยังดำเนินต่อไปได้แม้ว่าจะมีการอักเสบอย่างมาก ตับจะสร้าง Albumin,Fibrinogen,Prothrombin, Haptoglobin, Transferrin และโปรตีนอื่นๆ โดยทั่วไปในการประเมินการทำงานของตับจะใช้ 2 ค่า คือ Albumin และ Prothrombin time (PT) ในบางครั้งจะวัด Total Protein และ Globulin ร่วมไปกับค่า Albumin ด้วย

- **Total Protein** ถ้าค่า Albumin หรือ Globulin ลดลงเนื่องจากสาเหตุใดก็จะทำให้ค่านี้ลดลงเช่นกัน ความผิดปกติใดที่ทำให้ Albumin หรือ Globulin สูงขึ้น จะทำให้ค่านี้สูงขึ้นด้วย

- **Albumin** ภาวะ Hypoalbuminemia ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ภาวะการดูดซึมผิดปกติ (Malabsorption) ภาวะ Hyperalbuminemia อาจพบได้ในผู้ป่วยที่ขาดน้ำอย่างชัดเจนและพบค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) และ Hematocrit (Hct) สูงขึ้น พร้อมกับ Albumin ด้วย

- **Globulin** ความเข้มข้นของ globulin ลดลงได้จากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะการดูดซึมผิดปกติ (Malabsorption) ความเข้มข้นของ Globulin ที่สูงขึ้น ค่านี้อาจสูงขึ้นได้โดยสาเหตุจากความผิดปกติของตับหรือจากสาเหตุอื่นได้ ถ้าเกิดความผิดปกติขึ้นกับตับจะเกิดได้จาก

1) Hepatitis โดยเฉพาะใน Chronic Viral หรือ Autoimmune Hepatitis ผู้ป่วยที่เป็นตับอักเสบ เรื้อรังจะมีค่า Albumin ต่ำลงพร้อมกับมีค่า Immunoglobulin สูงขึ้น

2) ในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับแข็งชนิด Primary Biliary Cirrhosis จะพบว่า Ig M สูงขึ้น

3) ในผู้ป่วยสุราจะพบว่า Ig A สูงขึ้นอย่างชัดเจน

- **Total Bilirubin** ค่าที่สูงขึ้นไม่ใช่ดัชนีที่ไวต่อภาวะที่ตับทำงานผิดปกติหรือไวต่อการพยากรณ์โรค ภาวะ Hyperbilirubinemia จะแสดงออกดังนี้คือ ดีซ่าน (Jaundice) ตาเหลือง (Icterus) หรือตัวเหลือง

- **Conjugated/ Direct Bilirubin** โดยทั่วไประดับ Bilirubin ที่สูงขึ้นไม่มีความสัมพันธ์ต่อการพยากรณ์โรค แต่มีข้อยกเว้นคือโรค Alcoholic Liver Disease, Primary Biliary Cirrhosis พิษจาก Halothane

- **Unconjugated/ Indirect Bilirubin** ผู้ป่วยที่มีค่านี้สูงขึ้นคือ มากกว่า 85% จะไม่พบอาการหรืออาการแสดงทางคลินิกของภาวะโรคตับ แต่จะพบสภาวะใดสภาวะหนึ่งเช่น Hemolysis

- **Aspartate aminotransferase (AST) หรือ Serum glutamic oxaloacetic transaminase (SGOT)** ค่าต่ำพบในภาวะขาดวิตามินบี 6 ค่าสูงพบได้จาก Myocardial Infraction ภาวะความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูก(Musculoskeletal Diseases) เกิดการบาดเจ็บที่ลำไส้ Hemolysis, Renal Infarction เป็นต้น

- **Alanine aminotransferase (ALT) หรือ Serum glutamic pyruvic transaminase (SGPT)** ตับเป็นอวัยวะที่มีความเข้มข้นของ ALT มากที่สุดดังนั้นค่านี้จะเฉพาะเจาะจงสำหรับภาวะ Hepatocellular Disease มากกว่า AST อัตราส่วนของ AST ต่อ ALT จะเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะโรคตับที่เกิดจากสุรา (Alcoholic Liver Disease) ปกติค่าทั้งสองนี้จะต่ำกว่า 300 แต่ค่า AST จะสูงกว่า ALT อย่างน้อยสองเท่า ในภาวะนี้ นอกจากนี้ยังพบว่าค่า GGTP และ Mean Cell Volume (MCV) สูงขึ้นด้วยค่า ALT นี้สูงขึ้นในผู้ป่วยภาวะโรคของกล้ามเนื้อ ภาวะบาดเจ็บของกล้ามเนื้อหัวใจ ภาวะ Renal Infarction

- **Alkaline Phosphatase (ALP)** ค่าต่ำเกิดจากโรคลักปิดลักเปิด (Scurvy) Hypophasphatemia จะพบค่านี้สูงขึ้นกว่าปกติในภาวะตั้งครรภ์ ภาวะCholestatic Disorders ภาวะที่มีความผิดปกติของกระดูก

- **Gamma-Glutamyl Transpeptidase(GGT)** จะพบค่าสูงในผู้ป่วยโรคตับที่เกิดจากสุรา (Alcoholic Liver Disease) ไม่ว่าจะดื่มอยู่ขณะตรวจสอบหรือไม่ อัตราส่วนของ GGT ต่อ ALP มากกว่า 2.5 จะแสดงชัดว่าเกิด Alcohol Abuse ขึ้น ถ้างดเหล้าค่า GGT จะลดลง 50% ภายใน 2 สัปดาห์

2.2 การตรวจทางโลหิตวิทยา ผู้ที่ดื่มสุราในปริมาณมากเป็นเวลานาน ทำให้ขาดสารอาหารเช่น วิตามินบี 1 (Thiamine) ซีลิเนียม (Selenium) ในผู้ที่ดื่มสุรามักจะพบว่ามีการขาดกรดโฟลิคเป็นประจำ การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณภาพ การดูดซึมและเมแทบอลิซึมผิดปกติล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่ร่างกายนำโฟเลตไปใช้ไม่ได้ ภายหลังที่ร่างกายมีการขาดโฟเลตมาแล้วประมาณ 3- เดือน จะตรวจพบลักษณะของเม็ดเลือดแดงเปลี่ยนแปลงไปแบบ Megaloblastic และมีอาการเลือดจางเกิดขึ้น ทั้งนี้จำเป็นต้องแยกภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการขาดวิตามินบี 12 ให้ได้เสมอ ก่อนที่จะทำการรักษาผู้ป่วยด้วยยาเสริมโฟลิค เนื่องจากการขาดวิตามินบี 12 ทำให้อาการเหมือนการขาดโฟลิค แต่การให้โฟลิคเสริมไม่ช่วยอาการทางประสาทที่เกิดจากการขาดวิตามินบี 12 โรคโลหิตจางชนิดร้ายแรง (Pernicious Anemia) จากการขาดวิตามินบี 12 นี้ถ้าได้รับการวินิจฉัยที่ผิดพลาด และให้กรดโฟลิคเพื่อทำการรักษา จะทำให้อาการทางเลือดดีขึ้น แต่ไม่สามารถรักษาอาการทางประสาทได้ อาการจะเป็นมากขึ้นถึงทำให้พิการได้

2.3 การตรวจการแข็งตัวของเลือด

2.3.1 Prothrombin Time (PT) ค่ายาวกว่าปกติพบได้ในผู้ป่วยได้รับ Oral Anticoagulant โรคตับ (hepatitis) ภาวะพร่องวิตามินเค (Vitamin K Deficiency) Disseminated Intravascular Coagulation : DIC ขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือดตัวใดตัวหนึ่งซึ่งอยู่ใน Extrinsic Pathway (F.II, F.V, F.VII, F.X) เนื่องจากมีความแตกต่างกันมากในวิธีการเตรียมน้ำยา ทำให้มีความไวต่อการขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือดไม่เท่ากัน และเทคนิคที่ใช้ในการทดสอบในห้องปฏิบัติการแตกต่างกัน ดังนั้นการรายงานค่า PT นอกจากเป็นค่าวินาทีแล้ว เพื่อลดความแตกต่างระหว่างห้องปฏิบัติการ จึงมีการรายงานค่า PT ของผู้ป่วย

เป็นอัตราส่วน (PT ratio) ของค่าเฉลี่ยคนปกติ ค่าปกติของ PT ratio = 1-1.5 ในห้องปฏิบัติการบางแห่งอาจรายงานค่าเป็น Prothrombin activity สำหรับการรายงานค่า PT ในผู้ป่วยที่ได้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Oral anticoagulant) องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้รายงานเป็นหน่วยสากล INR (International Normalization Ratio) โดย INR = $(PT\ ratio)^{ISI}$ (กำหนดให้ ISI=International Sensitivity Index)

2.3.2 Activated Partial Thromboplastin Time (APTT) ค่ายาวกว่าปกติพบได้ในภาวะ DIC โรคตับ ภาวะพร่องวิตามินเค Massive Blood Transfusion ด้วยเลือดที่เก็บไว้นานๆ การมีสารต้านการแข็งตัวของเลือดในกระแสเลือด ขาดปัจจัยการแข็งตัวของเลือดตัวใดตัวหนึ่งซึ่งอยู่ใน Intrinsic และ Common Pathway (F.XII, XI, X, IX ,VIII ,V, II, I) ซึ่งที่พบบ่อยได้แก่ โรคฮีโมฟิเลีย หรือความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือดอื่นๆ เช่น Dysfibrinogenemia เป็นต้น

2.4 การตรวจปัสสาวะ

2.4.1 การตรวจคุณสมบัติทางฟิสิกส์ของปัสสาวะ(Physical Examination of Urine) ได้แก่ สี (Colour) ความขุ่น (Turbidity), ความถ่วงจำเพาะ (Specific gravity)

2.4.2 การตรวจทางเคมีของปัสสาวะ (Chemical Examination of Urine) ชนิดของการทดสอบทางเคมีในงานตรวจปัสสาวะมีหลายอย่าง ชนิดที่ใช้ในงานตรวจประจำวันได้แก่ pH โปรตีน กลูโคส คีโตน เลือด ไนไตรท์ (Nitrite) Leukocyte esterase บิลิรูบิน (Bilirubin) และ ยูโรบิลิ โนเจน (Urobilinogen) การทดสอบบิลิรูบินร่วมกับการตรวจยูโรบิลิโนเจนมีความสำคัญมากช่วยในการวินิจฉัยโรคตับและหาสาเหตุของดีซ่าน ภาวะปกติจะตรวจไม่พบบิลิรูบินในปัสสาวะ ถ้าตรวจพบแสดงว่ามีความผิดปกติที่เซลล์ตับหรือมีการอุดตันที่ท่อน้ำดี

2.4.3 การตรวจตะกอนปัสสาวะด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Microscopic Examination of Urine Sediment) ผลการตรวจตะกอนปัสสาวะด้วยกล้องจุลทรรศน์เมื่อนำไปประกอบกับการตรวจปัสสาวะทางฟิสิกส์และทางเคมีจึงถือว่าเป็นการตรวจปัสสาวะประจำวันที่สมบูรณ์ การตรวจตะกอนปัสสาวะนับเป็นงานตรวจเบื้องต้นทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญและใช้บ่อยที่สุดในการช่วยวินิจฉัยโรคไตและ/หรือโรคทางเดินปัสสาวะ

ผลกระทบของแอลกอฮอล์ที่มีต่อสมดุลเกลือแร่ ได้แก่

- Hypophosphatemia คือแอลกอฮอล์มีผลลดระดับฟอสเฟตในเลือดโดยการขับออกทางปัสสาวะ เนื่องจากขาดวิตามิน D และมีภาวะ Secondary Hyperparathyroidism พบว่าเมื่อหยุดดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลไกการดูดซึมฟอสเฟตกลับในไต จะกลับมาทำงานเป็นปกติ นอกจากนั้นยังมีการลดการดูดซึมฟอสเฟตที่ลำไส้เนื่องจากมีอาการอาเจียน ท้องเสีย และรับประทานอาหารได้น้อย

- **Hypomagnesemia** กลไกที่ระดับแมกนีเซียมในเลือดลดลงคล้ายคลึงกับกลไกของฟอสเฟต และยังพบว่าภาวะความดันเลือดที่สูงมีผลลดการดูดกลับแมกนีเซียมที่ไตด้วย

- **Hypokalemia** มีทั้งการสูญเสียไปทางปัสสาวะและการลดการดูดซึมกลับที่ไต ร่วมกับการที่มีระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำทำให้เกิดภาวะ PTH resistance และภาวะการขาด PTH นอกจากนั้นแอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดภาวะ Steatorrhea และทำให้การทำงานของตับเสื่อมลง

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการขาดสุรา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย/ทางจิต
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ/กลับบ้าน

การดื่มสุรานั้นพฤติกรรมการดื่มจะค่อยเป็นค่อยไป เมื่อผู้ดื่มๆมาเป็นเวลานาน จะมีการเพิ่มปริมาณและความถี่ในการดื่ม ซึ่งเป็นกลไกการออกฤทธิ์ของสุราที่สมองของผู้ดื่ม โดยสมองจะปรับตัวให้มีความทนต่อการดื่มมากขึ้นจนทำให้เป็นผู้ติดสุราในเวลาต่อมา และผลของการดื่มในปริมาณและความถี่ที่เพิ่มขึ้นเป็นเวลานานย่อมส่งผลต่อผู้ติดสุราตามมาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมรอบข้าง ของผู้ติดสุราด้วย การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรานั้นเป้าหมายคือให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการขาดสุรา ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิต ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินผู้ติดสุราอย่างครอบคลุมเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งควรมีการประเมินผู้ติดสุรา ดังนี้

การประเมินผู้ป่วยสุรา

เมื่อผู้ติดสุราเข้ามารับบริการทางสุขภาพ และคัดกรองได้ว่าเป็นผู้ติดสุราจะต้องให้การบำบัดรักษาจะต้องมีการประเมินผู้ติดสุราอย่างครอบคลุมเพื่อการวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งควรมีการประเมินผู้ติดสุรา ดังนี้

1. การซักประวัติ ควรจะถามให้ครอบคลุมถึงเรื่องต่อไปนี้ ชนิดของสุราและสารเสพติดอื่นๆ ที่ผู้ติดสุราใช้ ความถี่ของการใช้ ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มต่อวัน ระยะเวลาของการดื่ม เวลาและปริมาณสุราที่ดื่มครั้งสุดท้าย ประวัติของการเกิดอาการขาดสุรา ซึ่งเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญที่สุดถึงโอกาสที่จะเกิดอาการขาดสุราในครั้งต่อมา และประวัติการชัก นอกจากนี้ประวัติอื่นที่ควรซักร่วมด้วย ได้แก่ ประวัติการบำบัดรักษาสุรา ประวัติการเจ็บป่วยอื่นทั้งทางกายและจิตเวช ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ อาการสำคัญที่มา และอาการปัจจุบันรวมถึงประวัติการแพ้ยาด้วย

2. การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ฟัง คลำ เคาะ ตรวจสัญญาณชีพ Glasgow coma score ระดับความรู้สึกตัว

สังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องบวม ท้องมาน มีบาดแผล การผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยช้ำ รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น

3. ประเมินอาการขาดสุรา เครื่องมือในการประเมินอาการขาดสุราที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยในการประเมินและติดตามอาการขาดสุราที่เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้เช่น Alcohol Withdrawal Scale (AWS), Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar), Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) ควรจะประเมินตั้งแต่แรกรับและประเมินเป็นระยะตามความจำเป็นคะแนนจากการประเมินอาจผิดพลาดได้กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ไม่ควรยึดคะแนนจากแบบประเมินเพียงอย่างเดียว ควรจะอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกและการสังเกตอื่นร่วมด้วยเนื่องจากบางอาการอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนอื่น ซึ่งจากการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราในประเทศไทยจะพบว่า มีการใช้แบบประเมินอาการขาดสุราอยู่ 2 ชนิดคือ CIWA-Ar และ AWS เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินอาการขาดสุราแล้วมีเกณฑ์การแปลผลตามคะแนน ดังนี้

ตารางที่ 6 การประเมินอาการขาดสุราและการให้ยา

AWS	CIWA-Ar	การแปลผล	การให้ยา
1-4 คะแนน	1-9 คะแนน	มีอาการขาดสุราเล็กน้อย	อาจไม่จำเป็นต้องให้ยา
5-9 คะแนน	10-14 คะแนน	มีอาการขาดสุราปานกลาง	การรักษาด้วยยาช่วยลดโอกาสการเกิดอาการขาดสุราที่รุนแรง
10-14 คะแนน	15-18 คะแนน	มีอาการขาดสุรารุนแรง	ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน	มีอาการขาดสุรารุนแรงมาก	ต้องให้การรักษาด้วยยาขนาดสูงเพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว

4. การประเมินทางห้องปฏิบัติการ

4.1 ตรวจเลือด วัดระดับสุราในกระแสเลือด(Blood Alcohol Concentration) การทำงานของตับ (Liver Function Test) การทำงานของไต ระดับเกลือแร่ที่สำคัญ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การวัดความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Compete Blood Count)

4.2 ตรวจปัสสาวะเพื่อดูการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประเมินการทำงานของไตเบื้องต้น และตรวจหาสารเสพติดบางตัว ซึ่งสามารถบอกได้ทั้งชนิดของสารและปริมาณสารที่ขับออกมาได้

4.3 ตรวจเอกซเรย์ปอด เพื่อตรวจหาความผิดปกติของปอด

5. ประเมินสภาพจิต อาการทางจิตอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะเมาสุรา อาการขาดสุรา หรือเป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตร่วมด้วย ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรัง กลับดื่มซ้ำบ่อย ทั้งนี้มีสาเหตุได้หลายอย่าง เช่น ในผู้ดื่มเรื้อรังมักมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา หรือในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือป่วยด้วยโรคจิตเวช มักมีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย เพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตน ดังนั้นในผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุราทุกรายควรได้รับการประเมินสภาพจิตร่วมด้วย ดังนี้

5.1 การเสพสารเสพติดอื่นร่วม เช่น ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น

5.2 ความสัมพันธ์ของโรคจิตกับการดื่มสุรา ได้แก่ การเกิดโรคทางจิตเวช ภายหลังจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน หรือมีภาวะทางจิตเวชก่อนการดื่มสุรา

5.3 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยประเมินสาเหตุซึ่งจะนำมาสู่การฆ่าตัวตายเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลืออย่างตรงประเด็น

5.4 ประเมินภาวะซึมเศร้า

5.5 ประเมินความเครียดและความรู้สึกสูญเสีย

5.6 ประเมินระดับอาการทางจิตได้แก่ หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายของ ทำร้ายคนอื่น หูแว่วภาพหลอน ซึมเศร้า คิดจะทำร้ายตนเอง ระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย งุนงง สับสน หลงลืม เป็นต้น

6. การประเมินโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราโดยแบ่งเป็น

6.1 ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงเมาสุรา ที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง(Subdural Hematoma) ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Gastrointestinal Haemorrhage)

6.2 ภาวะแทรกซ้อนในช่วงขาดสุรา ได้แก่ ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง Grandmal Seizure, Aspirate Pneumonia, Electrolyte Imbalance

6.3 ภาวะโรคร่วมทางกาย Alcoholic Hepatitis, Liver Cirrhosis, Electrolyte Imbalance, Hypokalemia, Wernicke's Encephalopathy, Korsakoff's syndrome

7. การประเมินทางด้านสังคม เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้าง การมีปัญหาในที่ทำงานหรือตกงาน ภาวะเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

8. การประเมินด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต

การวางแผนการพยาบาล

เมื่อรับผู้ป่วยสุราไว้ในหอผู้ป่วยในและมีการประเมินผู้ป่วย ซึ่งบางรายอาจประเมินได้อย่างครบถ้วน แต่บางรายอาจยังไม่ครบถ้วน โดยขึ้นกับอาการของผู้ป่วยสุราแต่ละราย แต่กิจกรรมการพยาบาลสามารถเกิดขึ้นได้เลย โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราที่มีโอกาสพบบ่อย ดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรา
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดสุรา
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (ขณะเกิดภาวะ Delirium Tremens)
4. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น(ขณะเกิดภาวะ Delirium Tremens)
5. เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็คโตรลัยท์
6. บกพร่องในกิจวัตรประจำวัน
7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก
8. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา
9. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะโพแทสเซียมหรือแม็กนีเซียมต่ำ
10. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ
11. ผู้ป่วยมีภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน
12. เสี่ยงต่อการติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา

โดยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเกิดขึ้นตามสภาวะอาการของผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ดังนี้

กรณีผู้ป่วยรับใหม่ยังไม่มีอาการขาดสุรา ซักประวัติการดื่มสุราได้ว่ามีการดื่มเป็นประจำหรือเคยหยุดดื่มแล้วมีอาการขาดสุราในระดับที่ยังไม่รุนแรง เช่น นอนไม่หลับ มือสั่น หงุดหงิด คลื่นไส้ ฯลฯ

ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรา		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
1. มีประวัติการดื่มสุราเป็นประจำและหยุดดื่มทันที 2. เคยมีประวัติหยุดดื่มสุราและเกิดอาการขาดสุรา	ไม่เกิดอาการขาดสุรา (ภายใน 72 ชม.)	1. ซักประวัติแบบแผนการดื่มสุราอย่างละเอียด ครบถ้วน 2. ประเมินอาการขาดสุราทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 3 วันซึ่งเป็นระยะที่พ้นจากการเกิดอาการขาดสุรา 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร สารน้ำอย่างเพียงพอ 5. ดูแลความสะอาดร่างกาย ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 4-6 ชั่วโมง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น 6. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์(กรณีแพทย์พิจารณาให้ยาเพื่อป้องกันอาการขาดสุรา) 7. เฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาป้องกันอาการขาดสุราซึ่งยาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาการง่วงซึม เคลื่อนไหวไม่ดี เดินเซ มึนงง หายใจช้า 8. ส่งต่อการดูแลกับพยาบาลเวรถัดไป

กรณีผู้ป่วยเกิดอาการขาดสุราแล้วแต่ยังไม่รุนแรง เช่น มือสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ หงุดหงิด ฯลฯ การรับรู้ของผู้ป่วยยังเป็นปกติ

ข้อวินิจฉัยที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดสุรา		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
1. มีอาการขาดสุราเช่น มือสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ หงุดหงิด 2. มีคะแนนประเมินอาการขาดสุรา (CIWA-Ar =≤ 19)	ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้ อาการขาดสุราทุเลาลง	1. ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดสุราทุก 2 ชั่วโมงจนอาการขาดสุราทุเลาลงเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการขาดสุรา 2. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา 3. เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยากดระบบประสาทส่วนกลางมาก เช่น ง่วงนอนมาก หายใจช้า การทรงตัวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หากพบอาการดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา 4. ดูแลความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดสุรา

กรณีผู้ป่วยเกิดอาการขาดสุราขั้นรุนแรง (Delirium Tremens) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามข้อมูลสนับสนุน ได้แก่

: เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

: เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น

: เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์

: บกพร่องในกิจวัตรประจำวัน

ข้อวินิจฉัยที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
1. ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวาย สับสน อยู่ไม่นิ่ง จากอาการขาดสุราขั้นรุนแรง (Delirium Tremens) 2. มีคะแนนประเมินอาการขาดสุรา (CIWA-Ar ≥ 20)	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ	1. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกีดขวาง แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น 2. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยโดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุฟองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมาก เมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 3. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง 4. จัดเตียงผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 5. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค 6. ตรวจเยี่ยมอาการ สังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 8. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 9. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา 10. วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสุราทุก 15-30 นาที 11. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะทุเลา

ข้อวินิจฉัย 4 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง อย่างรุนแรง หลงผิด ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ตะโกนเสียงดัง ด่าทอผู้อื่นจากอาการขาดสุราขั้นรุนแรง (Delirium Tremens)	ไม่เกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น	1. ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น 2. กรณีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการถูกทำร้าย เช่น เอะอะ เสียงดัง ด่าทอผู้อื่น บ้วนน้ำลายใส่ผู้อื่น ชี้แจงให้ผู้ป่วยอื่นทราบว่าเป็นการดำเนินของโรคช่วงเวลาหนึ่งและอาการจะสงบลง 3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับได้ ลดสิ่งกระตุ้น อากาศถ่ายเทสะดวก มีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็น ไม่มีสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นเช่น อาวุธของแหลม ไม้ แก้ว เป็นต้น 4. พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุฟองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมาก เมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 5. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง 6. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึด และการดำเนินของโรค 7. ตรวจเยี่ยมอาการ สังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคือง หรือบาดแผล วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสุรา ทุก 15-30 นาที 8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 9. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 10. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลังการให้ยา 11. เฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยที่ 5 เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
มีอาการสับสน วุ่นวาย อยู่ไม่นิ่งเคลื่อนไหวร่างกายอยู่ตลอด มีเหงื่อออกมาก	ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร น้ำเพียงพอ ไม่เกิดภาวะขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์	1. ประเมินปริมาณอาหาร น้ำที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ในแต่ละมื้อ 2. ประเมินภาวะขาดน้ำโดยดูจากความชุ่มชื้นของริมฝีปากและผิวหนัง ความเข้มข้นของปัสสาวะหากมีสีเหลืองเข้มแสดงว่าขาดน้ำ 3. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถึงระดับเกลือแร่ในกระแสเลือด 4. ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอทั้งทางปากและทางหลอดเลือดดำ 5. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกในแต่ละเวร

ข้อวินิจฉัยที่ 6 บกพร่องในกิจวัตรประจำวัน		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
ผู้ป่วยมีอาการ มึนงง สับสน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรเองได้	กิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกสุขลักษณะ	1. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พร้อมช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตามระดับอาการ โดยดูแลความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร น้ำอย่างเพียงพอ 2. ประเมินอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย พร้อมให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล 3. ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม ตกเตียง 4. ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย 5. ให้ข้อมูลแก่ญาติในเรื่องการดำเนินของโรคและส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติชักหลังหยุดดื่มสุรา แต่ช่วงที่มาบำบัดรักษาภายใน 48 ชั่วโมงยังไม่เกิดภาวะชักแต่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะชัก

ข้อวินิจฉัยที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
ผู้ป่วยเคยมีประวัติชักหลังหยุดดื่มสุรา และมีประวัติ หยุดดื่มสุราภายใน 48 ชั่วโมง	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชัก	1. ซักประวัติแบบแผนการดื่มสุรา ประวัติการเกิดอาการขาดสุรา และการชักหลังหยุดดื่มสุรา 2. แจ้งถึงอาการเตือนแก่ผู้ป่วยก่อนชัก ได้แก่ เวียนศีรษะ จุกแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หน้าแดง เหงื่อแตก ขนลุก มีความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น รู้สึกกลัว 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงดังอึกทึก ไฟกระพริบ เพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดการชัก 4. จัดผู้ป่วยนอนเตียงต่ำเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการตกเตียง หากเกิดภาวะชัก 5. แจ้งผู้ป่วยเตียงที่ใกล้เคียงที่มีการรับรู้ปกติช่วยดูแลหากพบผู้ป่วยชัก ให้จัดท่าผู้ป่วยนอนตะแคงพร้อมเรียกพยาบาลทันที 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสุราตามระดับอาการขาดสุรา 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะชัก

กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา

ข้อวินิจฉัยที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งทั้งตัวและมีประวัติหลังหยุดดื่มสุรา..... ชั่วโมง	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	1. ระวังไม่ให้ศีรษะ และลำตัวผู้ป่วยกระแทกของแข็ง ขณะชัก เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ 2. นำอาหารหรือฟันปลอมที่มีอยู่ในช่องปากออก ปลดเสื้อผ้าที่รัดออก ให้หายใจได้สะดวก 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง 4. ห้ามใช้ไม้กดลิ้นหรือวัตถุใดๆสอดเข้าปากหรืองัดปาก ขณะผู้ป่วยเกร็งเพราะอาจทำให้ช่องปากเกิดการบาดเจ็บได้ 5. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตการเปลี่ยนแปลงหลังการให้ยา 6. ผู้ป่วยหลังชักอาจมีอาการมึนงงอยู่ ขณะยังไม่รู้สติห้ามผูกยึดผู้ป่วย เพราะจะกระตุ้นผู้ป่วยให้ทำการต่อสู้รุนแรง ระหว่างนี้ควรดูแลอย่างใกล้ชิด จนกว่าจะฟื้นเป็นปกติ 7. หลังชักควรปล่อยให้หลับต่อ ห้ามป้อนอาหารหรือยา จนกว่าจะฟื้นเป็นปกติ เพราะอาจจะสำลักได้ 8. เฝ้าระวังการชักซ้ำ

กรณีผู้ป่วยมีภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำได้แก่ โพแทสเซียม แมกนีเซียม ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์และเกิดอาการแขน ขาอ่อนแรง

ข้อวินิจฉัยที่ 9 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะโพแทสเซียมหรือแมกนีเซียมต่ำ		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย แขน ขาอ่อนแรง ทรงตัวไม่ดี มีระดับโพแทสเซียมหรือแมกนีเซียมต่ำกว่าเกณฑ์ (โพแทสเซียม ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/L แมกนีเซียม ค่าปกติ 1.6-2.6 mg/dl)	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ระดับโพแทสเซียมหรือแมกนีเซียมเข้าสู่ระดับปกติ	1. ประเมินอาการอ่อนเพลีย แขน ขาอ่อนแรงโดยเฉพาะต้นขาและต้นแขน* 2. ดูแลให้ได้รับโพแทสเซียม หรือแมกนีเซียมทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์ 3. ประสานกับโภชนาการจัดอาหารที่มีโพแทสเซียมและแมกนีเซียมให้ผู้ป่วยรับประทาน 4. อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 5. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับเกลือแร่ที่ขาดเข้าสู่ระดับปกติ 6. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการต่อเนื่อง

***** การประเมินภาวะแขน ขาอ่อนแรงจากการขาดโพแทสเซียมจะพบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรงโดยเฉพาะส่วนต้นขา และต้นแขน (Proximal muscle weakness) ถ้าให้ผู้ป่วยนอน แล้วให้ยกท่อนขาขึ้นจะยกไม่ได้แต่สามารถงอขาเข้ามาได้ (เพราะว่าต้นขาอ่อนแรง) หรือ ให้ยกแขนขึ้นจะยกไม่ได้ แต่จะขยับแขนเข้ามาแนบลำตัว ยกข้อศอกขึ้นได้ (เพราะว่า ต้นแขนไม่มีแรง) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการชาที่แขน ขา บางครั้งจะพบคลื่นหัวใจผิดปกติ หรือถ้าเป็นรุนแรง จะทำให้หัวใจ เต้นผิดจังหวะ ไปจนถึงหยุดเต้นได้

กรณีผู้ป่วยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำซึ่งเกิดจากภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน (ค่าปกติ 150,000-450,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร)

ข้อวินิจฉัยที่ 10 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
ตามผิวหนังผู้ป่วยมีรอยจ้ำเขียว (ecchymoses) มีผลการตรวจเลือดพบเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ไม่เกิดภาวะเลือดออกตามอวัยวะของร่างกาย	1. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ระวังการเกิดอุบัติเหตุ 2. ประเมินอาการวิงเวียนหน้ามืด เป็นลม 3. จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนที่เตียง ลดการเคลื่อนไหวเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะทำให้เลือดออกและหยุดยาก 4. หากผู้ป่วยมียาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหลังฉีดต้องกดด้วยสำลีนาน 7-10 นาทีหรือจนกว่าจะแน่ใจว่าเลือดหยุดไหล ห้ามนวดคลึง หากผู้ป่วยมีภาวะเกล็ดเลือดต่ำมากต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณางดยาฉีด 5. ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการจนกว่าระดับเกล็ดเลือดที่ต่ำเป็นปกติ และรายงานให้แพทย์ทราบถึง ผลการตรวจเกล็ดเลือดของผู้ป่วยทุกครั้ง 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรค พร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา 7. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการต่อเนื่อง

กรณีผู้ป่วยมีภาวะตับอักเสบจากการดื่มสุราเป็นเวลานานอาจมี ภาวะตัว ตา เหลือง มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานของตับ (SGOT SGPT Alkaline phosphates) สูงกว่าเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยที่ 11 ผู้ป่วยมีภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ตัว ตาเหลือง มีผลการตรวจ SGOT SGPT Alkaline phosphatase สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะตับบกพร่อง	1. ประเมินอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร แน่นอืดอัดท้อง หรืออาการคันตามผิวหนัง 2. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดเสียงรบกวน ให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพออย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง 3. ประสานกับโภชนาการจัดอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันต่ำ และดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง 4. ให้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานของตับ (SGOT SGPT Alkaline phosphatase) พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรคพร้อมใช้ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหรือตามระดับอาการขาดสุรา

กรณีผู้ป่วยหมดอาการขาดสุราแล้ว ได้มีการประเมินความรู้ ความเข้าใจทัศนคติต่อการดื่มสุราแล้ว พบว่ายังไม่ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยที่ 12 เสี่ยงต่อการติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา		
ข้อมูลสนับสนุน	**เป้าหมายการพยาบาล**	**กิจกรรมการพยาบาล**
ผู้ป่วยแสดงถึงความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา เช่น เมื่อกลับบ้านแล้วจะยังคงดื่มสุราแต่ลดปริมาณลง ดื่มเพื่อคลายเครียด ดื่มเฉพาะเวลามีปัญหา เป็นธรรมดาที่พบปะสังสรรค์ต้องมีสุราดื่ม ดื่มสุราแล้วทำให้ผ่อนคลายนอนหลับได้ ฯลฯ	ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราของผู้ป่วย 2. แนะนำการเลิกสุราที่ถูกต้องให้ผู้ป่วย การเลิกสุราให้สำเร็จต้องตั้งใจเลิกโดยเด็ดขาด เมื่อผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุราที่ยาวนานจนเกิดภาวะติดสุรา เมื่อหยุดดื่มได้แล้ว และหวนกลับไปดื่มอีก สุราจะกระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการดื่มแบบติดลมและไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้จะทำให้ติดสุราซ้ำโดยง่าย 3. สะท้อนให้ผู้ป่วยคิดว่าหากเกิดปัญหาเมื่อใช้สุราเป็นทางออกสุราอาจช่วยเพียงให้เกิดความเมาแล้วลืมปัญหาชั่วขณะ แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นจะหายหรือลดลงไปหรือไม่ 4. แนะนำเทคนิควิธีแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สุราเป็นทางออก 5. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่น การไปงานสังสรรค์ที่มีสุราควรต้องวางแผนก่อนไปว่าหากเพื่อนชวนจะปฏิเสธอย่างไรให้สำเร็จหรือมีญาติไปด้วยเพื่อคอยดูแลไม่ให้กลับไปดื่ม 6. ควรหากิจกรรมทำไม่ให้ว่างงานเพราะการว่างงานจะทำให้นึกถึงสุราและมีโอกาสหันกลับไปดื่มอีก 7. เมื่อถึงมื้ออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อช่วยป้องกันการเกิดอาการอยากดื่มสุรา 8. แนะนำผู้ป่วยให้คิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการติดสุรา และเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดในชีวิตพร้อมหนทางที่จะไปสู่เป้าหมาย 9. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราและเทคนิคที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้สำเร็จ

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา โดยนักจิตวิทยา

ในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรานั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้ป่วยสุรามักจะพบโรคร่วมทางจิตเวช (psychiatric comorbid) เนื่องจากภาวะการติดสุรามักก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา นอกจากนี้ในบางกรณีในผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอาจใช้สุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตนเอง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) มีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชถึงร้อยละ 80.5 โดยกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety ร้อยละ 63.0), การเสพติดสุรา (Alcohol dependence ร้อยละ 62.0) และโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia ร้อยละ 12.0) (วิชชุดา ยะศินธ์และคณะ, 2012) และในผู้ป่วยติดสุรามีโรคร่วมทางจิตเวชร้อยละ 60 ในกลุ่มนี้พบอาการโรคจิต (Psychotic disorder ร้อยละ 27.5) ภาวะฆ่าตัวตายร้อยละ 18.3 อาการแมเนีย (Manic episode, ร้อยละ 15.8) โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder ร้อยละ 15.0) โรคกังวล (Generalized anxiety disorder ร้อยละ 7.5) บุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder ร้อยละ 7.5) โรคแพนิค (Panic disorder ร้อยละ 4.2) และการเสพสารเสพติด ร้อยละ 3 (อรัญญา แพจุ้ยและคณะ, 2009)

โรคทางจิตเวชที่มักพบในผู้ป่วยติดสุรา ได้แก่ โรควิตกกังวล (Anxiety, ร้อยละ 29.1) และความผิดปกติทางอารมณ์ โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder, ร้อยละ 27.1) และโรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder, ร้อยละ 1.9) โรคดังกล่าวมักพบในผู้ติดสุราเพศหญิงจะมีอัตราการเกิดโรคดังกล่าวสูงกว่าเพศชาย โดยในเพศหญิงพบโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ได้ถึงร้อยละ 60.7 ในขณะที่เพศชายพบได้น้อยกว่าคือ ร้อยละ 35.8 และ ร้อยละ 53.5 ของผู้ติดสุราเพศหญิงมีความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งมากกว่าเพศชายถึงร้อยละ 25.4 (Kessler et al., 1997)

ผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวชควรได้รับการรักษาทั้งการติดสุราและความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต ซึ่งจะช่วยให้การบำบัดรักษามีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นควรให้ความสำคัญในการประเมินโรคร่วมทุกราย ทั้งนี้ในช่วงเมาสุรา (Intoxication) และภาวะขาดสุรา (Withdrawal) นั้นจะพบอาการทางจิตเวช (Psychiatric symptoms) แต่เป็นเพียงอาการที่เกิดชั่วคราวได้ เช่น อารมณ์เศร้า หวาดระแวง ก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย วิตกกังวล เป็นต้น ดังนั้นเพื่อให้การวินิจฉัยว่าอาการทางจิตเวชที่พบนั้นเป็นผลจากโรคทางจิตเวชหรือไม่ จำเป็นต้องแยกให้ได้ว่าอาการทางจิตเวชที่พบในช่วงขาดสุรา ออกมาจากโรคจิตเวชที่แท้จริง โดยอาการทางจิตเวชที่เกิดขึ้นในช่วงนั้นจะเกิดขึ้นและจะค่อยๆ ลดลงจนหายไปเมื่อผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 4 สัปดาห์ ซึ่งองค์การอนามัยโลก WHO ได้กล่าวว่าหากอาการ

จิตเวชเกิดขึ้นก่อนมีปัญหาการดื่มสุราและยังคงอยู่แม้จะหยุดดื่มสุราติดต่อกันเกิน 4 สัปดาห์ไปแล้วก็จะมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคร่วมทางจิตเวช

ดังนั้น ในการให้บริการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือหรือแบบประเมินต่างๆ ควรประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยพ้นระยะขาดสุรา(Withdrawal) ไปแล้ว จึงจะได้ลักษณะบุคลิกภาพ อาการทางจิตเวช ความสามารถและกระบวนการคิดที่แท้จริงของผู้ป่วย และควรประเมินการฆ่าตัวตายด้วย เนื่องจากผู้ติดสุราที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วยจะเพิ่มความเสี่ยงของอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

นอกจากนี้ ผลการวิจัยของ Kessler และคณะ (1997) ยังชี้ให้เห็นอีกว่า 16.9% ของผู้ติดสุราเพศชายมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) ในขณะที่ผู้ติดสุราเพศหญิงพบได้เพียงเล็กน้อย ในขณะที่การศึกษาของ วิชชุดา ยะศินธ์และคณะ (2012) แสดงให้เห็นว่าผู้ติดสุราร้อยละ 55.5 มีความบกพร่องของบุคลิกภาพด้านอื่นๆ โดยมีบุคลิกภาพแบบพึ่งพิง (Dependence) ร้อยละ 16.5 ต่อต้าน (Negativistic) ร้อยละ 16.5 และซึมเศร้า (Depression) ร้อยละ 13.0

นอกเหนือจากปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยติดสุราส่วนใหญ่ยังพบความบกพร่องของพุทธิปัญญา (Cognitive Impairment) ในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะความบกพร่องที่เกี่ยวกับ Executive function, memory, visuospatial, gait and balance (Glen & Pearson, 1992; Gilman, et al., 1990; Agartz, Momeman, Rawlings, Kerich, & Hommer , 1999; Sullivan, Deshmukh, Desmond, Lim, & Pfefferaum, 2000; Zinn, Stein, & Swartzwelder, 2004) ซึ่งความบกพร่องของการทำงานของสมองในส่วนดังกล่าวของผู้ป่วยสุราจะค่อยๆฟื้นฟูจนเข้าสู่ภาวะปกติ หลังจากที่หยุดดื่มสุราอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหลายปี (Fein,Torres,Price,& Di Sclafani, 2006)

ความผิดปกติของ Cognitive function ในผู้ป่วยติดสุรายังสามารถพบได้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจาก Wernicke’s encephalopathy โดยความผิดปกติดังกล่าวมีเกณฑ์การพิจารณาทั้งหมด 4 ประการด้วยกัน ได้แก่ (1) Dietary deficiency (2) Oculomotor abnormality (3) Cerebellar Dysfunction และ (4) Either an althered mental state or mild memory impairment (Caine, Halliday, Kril, & Harper, 1997) และในกรณีที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนของ Wernicke’s encephalopathy ก็มีความเสี่ยงต่อการพัฒนาเป็นโรคทางสมองที่มีความรุนแรงมากขึ้น เรียกว่า Korsakoff’s syndrome ซึ่งผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความจำอย่างชัดเจน (severe amnestic disorder) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง retrograde memory และในผู้ติดสุราบางรายอาจจะพบลักษณะความคิดแบบ confabulation ร่วมด้วย โดยที่ความผิดปกติที่กล่าวมาข้างต้นต้องไม่ได้เป็นผลมาจากโรคสมองเสื่อม (Dementia)

กล่าวโดยสรุป โรคร่วมทางจิตเวช (Psychiatric comorbid) ที่พบในผู้ป่วยติดสุรามีอัตราที่ค่อนข้างสูง โดยกลุ่มโรคที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ กลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) ยกตัวอย่างเช่น โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) และโรคไบโพลาร์ (Bipolar disorder)

กลุ่มโรคจิต (Psychotic disorder) โรควิตกกังวล (Anxiety disorder) โรคกังวล (Generalized anxiety disorder) และโรคแพนิค (Panic disorder) ลักษณะบุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) การเสพติดสารเสพติดชนิดอื่นร่วมกับการดื่มสุรา การฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ความเสียหายของสมอง (Brain Damage) เนื่องจากการติดสุรา ก็เป็นปัญหาที่สำคัญและอาจจะเป็นต้นเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้ที่ดื่มสุราเรื้อรัง เนื่องจากความบกพร่องของระบบประสาทจะแสดงออกในรูปแบบของความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมในหลายๆ ด้าน เช่น ภาวะความจำเสื่อมจากสุรา (Alcohol-induced persisting amnestic or dementia) หรือ บกพร่องของการเคลื่อนไหวและการทรงตัว (Gilman, et al., 1990) ซึ่งโรคร่วมทางจิตเวช ตลอดจนลักษณะบุคลิกภาพ และ ความบกพร่องของพุทธิปัญญา (Cognitive Impairment) อันเนื่องมาจากความเสียหายของสมองจากการดื่มสุรา อาจเป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษา ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการประเมินลักษณะพยาธิสภาพทางจิต และการวินิจฉัยโรคร่วมทางจิตเวชในผู้ป่วยติดสุรา เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูให้มีความเหมาะสมตามลักษณะของผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา

1. ผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา

1.1 ซักวิเคราะห์ประวัติที่ได้จากการสัมภาษณ์ญาติและผู้ป่วย เพื่อประเมินทางด้านจิตวิทยา การนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนการให้บริการทางจิตวิทยาและเป็นข้อมูลสนับสนุนแก่ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ ควรครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1.1.1 ยาเสพติดอื่นๆที่ใช้ร่วมกับการดื่มสุรา

1.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคร่วมทางจิตเวชกับการใช้สุราและสารเสพติด

1.1.3 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ถ้าหากพบสัญญาณที่บ่งชี้ถึงแนวโน้มการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย นักจิตวิทยาควรซักถามถึงวิธีที่ผู้ป่วยได้วางแผนการฆ่าตัวตาย และแจ้งให้บุคคลใกล้ชิดหรือผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ให้มีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด รวมทั้งวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพถึงแนวทางการดูแลในระยะสั้นและระยะยาวต่อไป

1.1.4 ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกผิด ความเครียด การสูญเสียบุคคล/สิ่งที่สำคัญ และความวิตกกังวล

1.1.5 ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต ได้แก่ อาการประสาทหลอน ความก้าวร้าว ความคิดทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ความคิดหวาดระแวง ภาวะมึนงง สับสน และการหลงลืม

1.2 การดูแลผู้ป่วย

- ให้การรักษาจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) การสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- ในกรณีผู้ป่วยนอกระยะขาดสุราที่มีความรุนแรงของอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยและปานกลาง (Mild and moderate withdrawal symptoms) ควรให้คำแนะนำในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่สงบ และการจำกัดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้วยจะช่วยลดความเสี่ยงในการกลับไปเสพซ้ำได้มากขึ้น (Myrick, Hugh, Anton, Raymond F., 1998)

1.3 การช่วยเหลือ ให้ความรู้ และประคับประครองครอบครัว

1.3.1 สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะการติดสุรา และระยะต่างๆของการเลิกสุรา โดยการให้ความรู้ครอบครัวในเรื่องโรคสมองติดยา เส้นทางสู่การเลิกสุรา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสุราที่อยู่ในระยะขาดสุรา

1.3.2 ให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับโรคทางสุขภาพจิต ที่มักพบในผู้ติดสุรา เช่นโรคซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย โรคไบโพลาร์ โรควิตกกังวล บุคลิกภาพผิดปกติชนิดต่อต้านสังคม โรคสมองเสื่อมจากสุรา ปัญหาเรื่องความจำ เป็นต้น รวมถึงแนวทางการดูแลผู้ติดสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช

1.3.3 ให้คำปรึกษาครอบครัว เนื่องจากโรคติดสุราเป็นโรคเรื้อรัง ครอบครัวหรือผู้ดูแลอาจได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการดูแลผู้ป่วยและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา เช่น ภาวะเครียดหรือวิตกกังวล ซึ่งอาจก่อให้เกิดอารมณ์เศร้าตามมาได้เช่นกัน ดังนั้นการช่วยเหลือประคับประคองครอบครัวและผู้ดูแลผู้ติดสุราจึงเป็นประเด็นที่สำคัญและไม่สามารถละเลยได้

2. ผู้ป่วยที่ผ่านภาวะขาดสุรา และอาการทั่วไปดีขึ้น

2.1 การดูแลผู้ป่วย

2.1.1 ประเมินสภาพผู้ป่วยและตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกเบื้องต้นและเชิงลึกทางจิตวิทยาและประสาทจิตวิทยา โดยการซักประวัติ สัมภาษณ์ หรือใช้เครื่องมือหรือแบบทดสอบทางจิตวิทยาคลินิกและประสาทจิตวิทยาที่เป็นมาตรฐาน เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแนวทางในการให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูที่เหมาะสมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

โดยการประเมินสภาพเบื้องต้นและตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาคลินิกจะครอบคลุมถึงประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

- พยาธิสภาพ/โรคร่วมทางจิตเวช/ปัญหาสุขภาพจิต
- ลักษณะทางประสาทจิตวิทยา ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงความสามารถ ศักยภาพ จุดแข็งและจุดอ่อน (Strength and Weak Point) ความสามารถในการปรับตัวและการแก้ปัญหา
- ลักษณะบุคลิกภาพ กลไก และสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต
- ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเช่น สัมพันธภาพกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ประวัติการรักษาหรือความเจ็บป่วยทั้งของตัวผู้ป่วยเองและบุคคลในครอบครัว

2.1.2 ให้การบำบัดทางจิตวิทยาทั้งแบบรายบุคคล และ/หรือรายกลุ่ม

ตารางที่ 7 แนวทางการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาในผู้ป่วยติดสุรา

ลักษณะของผู้ป่วย	แนวทางการบำบัดรักษาทางจิตวิทยา
1) กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคร่วมทางจิตเวช ปัญหาทางสุขภาพจิต หรือมีความบกพร่องทางประสาทจิตวิทยา หรือลักษณะบุคลิกภาพที่ไม่เหมาะสม	1) จิตบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับปัญหาของตนเอง สามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แนวความคิด วิธีการปรับตัว หรือแก้ปัญหาและโครงสร้างที่บกพร่องบางประการทางบุคลิกภาพให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งการใช้เทคนิคทางจิตวิทยา เพื่อฟื้นฟู และพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจากอาการทางจิตและปัญหาสุขภาพจิตให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น 2) กรณีที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องของ Cognitive Function ควรสนับสนุนให้ทำกิจกรรมที่ช่วยพัฒนากระบวนการคิดทั้งส่วนที่ด้อยและส่วนที่เป็นจุดเด่นของผู้ป่วย เช่น กิจกรรมที่ฝึกความจำ การเคลื่อนไหว เป็นต้น หรือฝึกให้ผู้ป่วยใช้ศักยภาพที่มีอยู่เพื่อชดเชยส่วนที่บกพร่องไป เช่น หาวิธีหรืออุปกรณ์ในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจดจำสิ่งต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น
2) กรณีที่ผู้ป่วยติดสุราโดยไม่มีปัญหาอื่นร่วมด้วย	1) บำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement therapy; MET)ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารักษาด้วยอาการที่เกิดจากฤทธิ์ของสุราแต่ยังไม่ได้ตระหนักถึงผลกระทบของสุรา รวมถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง โดยการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of change) และการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing; MI) จะช่วยให้กระบวนการบำบัดรักษามีความต่อเนื่องและประสบความสำเร็จมากขึ้น (Miller, W.R.; Meyers, R.J.; and Tonigan, J.S., 1999) 2) การบำบัดทางจิตวิทยาเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การฝึกทักษะการเลิกดื่มสุราระยะต้น การฝึกทักษะการป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และการให้ความรู้ครอบครัว

2.2 ให้คำปรึกษา หรือจิตบำบัดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตแก่ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

2.3 ประเมินการให้บริการ หากยังไม่สิ้นสุดกระบวนการ นัดหมายการให้บริการครั้งต่อไป เมื่อสิ้นสุดกระบวนการบริการแล้วรายงานสรุปผลการให้บริการทางจิตวิทยาแก่ทีมสหวิชาชีพ

2.4 วางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการจำหน่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

1) ผู้ป่วย: ประเมินเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

2) ญาติหรือผู้ดูแล: ให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของผู้ติดสุรา การดูแลรวมถึงปรับทัศนคติที่มีต่อตัวผู้ป่วย

หมายเหตุ ร่วมประชุมเพื่อประเมินผลการรักษากับทีมสหวิชาชีพ 1 ครั้งต่อสัปดาห์

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา โดยนักสังคมสงเคราะห์

นักสังคมสงเคราะห์มีบทบาทในการให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ โดยการประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยสุรา ให้การปรึกษาและหาแหล่งทรัพยากร ประสานเครือข่ายเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว โดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแล แก้ไขและป้องกันปัญหาด้านสังคมผ่านกระบวนการทางสังคมสงเคราะห์ การให้บริการรายบุคคล รายกลุ่ม และในชุมชน ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มสุราและมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นภายหลังการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา
2. เพื่อผู้ป่วยติดสุราและครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือทางสังคมตรงตามสภาพปัญหา

การประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยสุรา

การดูแลผู้ป่วยสุรามักมีปัญหาทางสังคมที่พบบ่อย ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ สามารถประเมินความเสี่ยงต่อปัญหาทางสังคมจากแบบบันทึกข้อมูลการให้บริการสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม (สค. 1) ส่วนที่ 5 แบบประเมินความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยสุรา เพื่อนำมาใช้ในการคัดกรองผู้ที่อาจเกิดปัญหาสรุปได้ ดังนี้

1. การถูกญาติทอดทิ้ง/ไม่ยอมรับ เนื่องจากผู้ป่วยสุรามีการติดซ้ำและบางรายเข้ารับการบำบัดรักษาหลายครั้ง แต่ยังไม่สามารถเลิกได้ จึงเป็นสาเหตุให้ญาติเกิดความเบื่อหน่ายและไม่สะดวกในการดูแล ในการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยควรพิจารณา ดังนี้

1.1 ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความพิการทางกาย/ทางจิตแทรกซ้อน ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

1.2 ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง โดดเดี่ยว ไม่มีญาติมาเยี่ยม

1.3 มีปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมเช่น ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรงไม่สามารปรับตัวได้

1.4 มีปัญหาในครอบครัว

1.5 ญาติไม่พร้อมที่จะดูแล ญาติมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีค่ารถเดินทางมาเยี่ยม

2. การติดซ้ำ เจ็บป่วยซ้ำ

2.1 ไม่มีญาติ หรือผู้ดูแล อยู่ลำพังคนเดียว

2.2 ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้รักษา

2.3 อยู่ในสภาพแวดล้อมที่หาสุราดื่มได้ง่าย

2.4 มีปัญหาสุขภาพจิต

2.5 มีปัญหาภายในครอบครัว

2.6 ขาดทักษะการดำรงชีวิต เช่น การปฏิเสธ การปรับตัว

3. ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

3.1 มีความเครียดในระดับสูง มีอาการซึมเศร้า ไม่สามารถควบคุมและจัดการอารมณ์ มีพฤติกรรมรุนแรง

3.2 สมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต

3.3 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยทางจิตเวช ผู้ป่วยรับประทานยาจิตเวชไม่ต่อเนื่อง

3.4 มีปัญหาต่างๆ ร่วมด้วย เช่น ประสบภัยพิบัติ เป็นผู้กระทำ/ถูกกระทำด้วยความรุนแรง เป็นต้น

3.5 ติดยาและสารเสพติดชนิดอื่นๆ ด้วย

4. ปัญหาครอบครัว เช่น การใช้ความรุนแรงในครอบครัว การไม่ทำตามบทบาทหน้าที่/ความรับผิดชอบ มีความผูกพันกับครอบครัวเดิมมากเกินไป มีการสื่อสารไม่เหมาะสมในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวพิการ/เสียชีวิต/เกี่ยวข้องกับอบายมุข

5. ปัญหาทางสังคมอื่นๆ ที่พบ เช่น

5.1 ปัญหาการฆ่าตัวตาย ประเมินจากประวัติในการฆ่าตัวตาย ประสบปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

5.2 ปัญหาการใช้สิทธิในการรักษาผิดขั้นตอน สิทธิไม่ครอบคลุม เช่น ไม่มีเงินจ่ายค่ายานอกบัญชี

5.3 ปัญหาการทำร้ายผู้อื่น ประเมินจากประวัติการทำร้ายผู้อื่น นิยมใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหา เป็นต้น

การประเมินปัญหาและความเสี่ยงทางสังคมของผู้ป่วยสุราจะสามารถนำมาใช้ในการประเมินปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา เพื่อนำไปใช้ในการเฝ้าระวังปัญหาทางสังคมและประกอบการวางแผนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากปัญหาและความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่รักษาได้ครบขั้นตอนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษามากขึ้น

แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดสุรา

1. ระยะแรกรับ

1.1 เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในการบำบัดรักษา โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายเกี่ยวกับขั้นตอนการบำบัดรักษา สอบถามที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ปัจจุบันของผู้ป่วยและผู้นำส่ง เพื่อการติดต่อได้สะดวก รวดเร็ว

1.2 รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย เช่น อาชีพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สาเหตุการดื่มสุรา แหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

1.3 ให้คำแนะนำเรื่องการใช้สิทธิในการรักษา ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการรักษาได้ ดังนี้

1.3.1 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จากคู่มือเรื่องนี้ 1330 มีคำตอบ ของ สปสช.) ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการรับการบำบัดฟื้นฟูโรคพิษสุราเรื้อรังได้ เนื่องจากสุรามิใช่สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

1.3.2 สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

1.3.3 สิทธิอื่นๆ เช่น สิทธิผู้พิการ สิทธิทหารผ่านศึก ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลตามสิทธิ เว้นแต่กรณีมีความจำเป็นสามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรัฐได้ทุกแห่ง (เฉพาะทหารผ่านศึกชั้นที่ 1-3 และคนพิการ)

1.3.4 กรณีไม่สามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลใดๆได้ และไม่มีค่ารักษาพยาบาล อยู่ในดุลยพินิจและระเบียบของแต่ละโรงพยาบาล

2. ระยะถอนพิษสุรา ผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

2.1 วางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโดยผ่านกิจกรรม Care team, Grand round

2.2 ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยติดสุราที่มีโรคแทรกซ้อนไปรับการรักษาตามสิทธิ

2.3 ให้คำปรึกษารายบุคคล เมื่อผู้ป่วยติดสุรามีอาการดีขึ้น สื่อสารเข้าใจและให้ความร่วมมือ

2.4 ทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดทางสังคมสงเคราะห์ โดยประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยคัดเลือกผู้ป่วยติดสุราที่มีอาการดีขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ โดยแบ่งกิจกรรมกลุ่มออกเป็น

2.4.1 กลุ่มเสริมกำลังใจ (Group Support) เช่น การเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดให้ครบโปรแกรมโดยผ่านกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น

2.4.2 กลุ่มนันทนาการ เช่น กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมนันทนาการ ร้องเพลง เป็นต้น

2.4.3 กลุ่มให้การปรึกษา

2.4.4 กลุ่มเตรียมการก่อนกลับบ้าน เพื่อแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

2.5 ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องต่างๆ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย เช่น การใช้สิทธิการรักษา ความรู้ทางด้านกฎหมาย

2.6 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสภาพครอบครัว สภาพแวดล้อมของผู้ป่วยที่มีผลต่อการดื่มสุรา

2.7 ให้บริการจัดหาทรัพยากรทางสังคม เช่น

- การจัดหาค่ายานพาหนะ
- การจัดหาที่อยู่ใหม่ภายหลังการรักษากรณีญาติทอดทิ้ง หรือไม่มีญาติซึ่งมีการดำเนินการดังนี้ กรณีอายุไม่ถึง 60 ปี ให้ติดต่อประสานงานกับสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง หากอายุ 60 ปีขึ้นไป ให้ประสานงานกับสถานสงเคราะห์คนชราในเขตพื้นที่ หรือประสานงานกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประจำจังหวัด (พมจ.) ในการจัดหาที่อยู่ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยต่อไป

2.8 ให้บริการทางสังคมสงเคราะห์ แก่ผู้ป่วย เช่น

- การติดตามญาติ
- การดำเนินการเพื่อส่งผู้ป่วยกลับบ้านกรณีที่มีญาติ แต่ญาติไม่สามารถมารับได้
- กรณีเสียชีวิตและไม่มีญาติ
- การขึ้นทะเบียนคนพิการ ซึ่งมีการดำเนินการดังนี้

1. มีความพิการทางกายมาก่อนเข้ารับการรักษา เช่น พิการแต่กำเนิด พิการจากอุบัติเหตุ แต่ยังไม่เคยทำบัตรประจำตัวคนพิการ ประสานงานกับฝ่ายฟื้นฟูโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปให้แพทย์ตรวจประเมินความพิการ

2. มีความพิการทางจิต ให้จิตแพทย์เป็นผู้ตรวจประเมินความพิการ

3. ต่างจังหวัดติดต่อทำบัตรประจำตัวคนพิการกับสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) อยู่ที่ศาลากลางจังหวัด หรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หรือเทศบาล

4. ในเขตกรุงเทพมหานครติดต่อที่ศูนย์คุ้มครองสวัสดิภาพชุมชน 12 เขต (หน่วยให้บริการร่วมกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์) หรือโรงพยาบาลรามาธิบดี ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

5. ผู้พิการที่จัดทำบัตรประจำตัวคนพิการแล้วให้นำสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการไปติดต่อกับฝ่ายบัตรทองโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยมีสิทธิในการรักษา เพื่อขอเปลี่ยนเป็นประเภทสิทธิย่อยผู้พิการ (ท.74) ผู้พิการสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐได้ทุกแห่งโดยไม่ต้องมีใบส่งต่อ และสามารถติดต่อขอรับบริการทางการแพทย์ได้ที่สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลรัฐวิสาหกิจ สถานพยาบาลเอกชนที่รัฐกำหนด โดยเบิกค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิของคนพิการที่กฎหมายกำหนดไว้

2.9 ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆในชุมชนและผู้นำชุมชน กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อเตรียมชุมชนในการดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

2.10 ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเมื่อผู้ป่วยมีสภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรง ในการจูงใจให้ผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานพยาบาลเฉพาะทาง หรือสถานพยาบาลที่มีบริการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด เพื่อให้การเลิกเสพสุราได้ต่อไป

2.11 การดูแลหลังการรักษาเมื่อนัดมารับการรักษาต่อเนื่อง โดยให้คำปรึกษากรณีที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมหรือยังไม่สามารถเข้าฟื้นฟูสมรรถภาพได้

แนวปฏิบัติการดูแลรักษาทางทันตกรรม ในผู้ป่วยติดสุรา

อาการแสดงในช่องปากของผู้ป่วยติดสุรา

อาการแสดงในช่องปากของผู้ป่วยติดสุราที่พบบ่อย ได้แก่ สภาวะอนามัยช่องปากไม่ดี (poor oral hygiene) การมีหินปูน ฟันผุ โรคปริทันต์ สภาวะปากแห้ง (Xerostomia) การติดเชื้อราในช่องปาก ในบางรายพบมีต่อมน้ำลาย Parotid โตแบบไม่มีอาการเจ็บปวด โดยอาจเป็นข้างเดียวหรือสองข้างก็ได้ โดยมีการหลั่งน้ำลายจากต่อมน้ำลาย Parotid ได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังพบ oral cancer ได้มากกว่าคนที่ไม่ดื่มสุราอีกด้วยและในผู้ป่วยสุราที่เป็น Cirrhosis อาจมีการลดลงของ Clotting factors และ Thrombocytes ได้ส่งผลให้มีอาการเลือดออกจากเหงือกและเยื่อบุในช่องปากได้ง่าย และจากการที่มีเลือดออกได้บ่อยร่วมกับที่พบว่าผู้ป่วยสุรามักมีภาวะการขาดอาหารร่วมด้วย อาจทำให้มีภาวะ Anemia ซึ่งอาการแสดงทางคลินิกที่พบในช่องปากคือ Glossitis, Atropic Togue และ Apthous like lesions

นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับ Thiamine deficiency ซึ่งการขาดวิตามิน B1 นี้ส่งผลต่อภาวะในช่องปากหลายประการเช่น Hypersensitivity ของเยื่อบุช่องปาก Burning sensation การรับรสของลิ้นน้อยลง เป็นต้น อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ป่วยติดสุราอาจมีปัญหาโรคในช่องปากมากกว่า แต่การรักษาทางทันตกรรมส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกับคนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ ประเด็นสำคัญอยู่ที่ความเสียหายที่เกิดกับ Immune System และการทำงานของตับจาก Alcohol ซึ่งส่งผลต่อการหายของแผลหลังการผ่าตัดและต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในการสั่งยาให้กับผู้ป่วยติดสุรา

ตารางที่ 8 แนวปฏิบัติการดูแลรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยติดสุรา

ข้อมูลสนับสนุน	แนวปฏิบัติการดูแลรักษาทางทันตกรรม
- อาการแสดงในช่องปากของผู้ป่วยติดสุราที่พบบ่อย ได้แก่ สภาวะอนามัยช่องปากไม่ดี (poor oral hygiene) การมีหินปูน ฟันผุ โรคปริทันต์ สภาวะปากแห้ง (Xerostomia) การติดเชื้อราในช่องปาก - มีการศึกษาพบว่าสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดสุรา สัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญ แต่พบว่าความถี่ในการแปรงฟัน ไม่สัมพันธ์กับระดับคราบจุลินทรีย์บนตัวฟัน ในขณะที่ผู้ป่วยติดสุรามักพบว่ามีระดับคราบ plaque สูงกว่ากลุ่มปกติ	เพื่อเป็นการเสริมพลังให้ผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญและมารับการรักษาตามแผนที่วางไว้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง - หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะขาดสุรา (Withdrawal Symptom) ควรส่งให้ทันตแพทย์ตรวจช่องปากของผู้ป่วยโดยละเอียด รวมถึงการย้อมสีแผ่นคราบจุลินทรีย์พร้อมการอธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจปัญหาในช่องปากของตนเอง - วางแผนการรักษาทางทันตกรรมร่วมกับผู้ป่วย เป็นลายลักษณ์อักษร - ให้ทันตสุขศึกษารายบุคคลกับผู้ป่วยติดสุราทุกราย
อาจมีความผิดปกติที่เกิดกับระบบภูมิคุ้มกัน และการทำงานของตับ จากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการแข็งตัวของเลือด และ การหายของแผลหลังการผ่าตัด	- ควรตรวจร่างกายและพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินการทำงานของตับ ซึ่งอาจรวมถึงการแข็งตัวของเลือดด้วยก่อนการถอนฟันหรือศัลยกรรมในช่องปาก ซึ่งการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญได้แก่ • LFT • CBC - ในรายที่มีความผิดปกติของตับ หรือ พบอาการแสดงถึง Spontaneous Bleeding เช่น เลือดออกในช่องปาก หรือมีจ้ำเลือดตามร่างกายควรส่ง PT,PTT และ INR เพิ่มเติมซึ่งมีค่าปกติดังนี้ - PT = 10-12 วินาที - PTT = 35-45 วินาที - INR = 1-2 - หากพบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด ควรหลีกเลี่ยงการขูดหินปูน ถอนฟัน และการผ่าตัดในช่องปากจนกว่าจะให้การรักษาจนภาวะการแข็งตัวของเลือดเป็นปกติ - หากผู้ป่วยมีความผิดปกติของตับ ควรพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ หลังการถอนฟันหรือศัลยกรรมในช่องปากทุกครั้ง - ต้องระมัดระวังในการสั่งใช้ยาที่มีผลกับการทำงานของตับ เช่น Aspirin, Erythromycin, Tetracyclin, Morphine, Pethidine เป็นต้น
ผู้ป่วยที่ได้รับ ยาเมโทรนิดาโซล และไปดื่มสุรา อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงได้ เนื่องจาก ตัวยาเมโทรนิดาโซลจะไปขัดขวางการแตกตัวของเอทานอล และอาจทำให้มีการสะสมของเอทานอลในกระแสเลือด จนเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ เช่น หน้าแดง ปวดศีรษะ อาเจียน เวียนศีรษะ	หลีกเลี่ยงการจ่ายยาเมโทรนิดาโซลให้กับผู้ป่วยติดสุราที่ยังอาจกลับไปดื่มสุราได้อีก หรืออย่างน้อยต้องงดดื่มสุราเป็นเวลา 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับยาเมโทรนิดาโซลครั้งสุดท้าย

อาหารสำหรับผู้ป่วยติดสุรา โดยโภชนากร

ผู้ป่วยติดสุรามักจะพบปัญหาทางโภชนาการเนื่องจากการรับประทานอาหารไม่ครบมื้อและไม่ได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ทำให้มีภาวะผิดปกติทางร่างกายและมีโรคร่วมที่จำเป็นต้องได้รับสารอาหารทดแทน เช่น ตับอักเสบ ภาวะโพแทสเซียมต่ำ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เลือดออกในทางเดินอาหาร โรคความจำระยะสั้นเสื่อม เป็นต้น โภชนากรมีหน้าที่คิดคำนวณสารอาหารแก่ผู้ป่วย ดังนั้นการให้อาหารที่เพียงพอ และถูกสัดส่วน รวมทั้งลักษณะของอาหารที่ควรระมัดระวัง เช่น การสำลักอาหารในผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวช เป็นต้น จึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น

อาหารสำหรับผู้ป่วยติดสุราที่มีภาวะผิดปกติทางร่างกายและมีโรคร่วม ดังนี้

1. ภาวะโพแทสเซียมต่ำ (Hypokalemia)

มักเกิดขึ้นในผู้ป่วยติดสุรา เนื่องจากผู้ป่วยไม่ค่อยรับประทานอาหาร มีอาการปวดกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย ในรายที่มีโพแทสเซียมต่ำมากอาจทำให้เกิดการเต้นของหัวใจผิดปกติและเสียชีวิตได้ รักษาโดยให้โพแทสเซียมทดแทนจะเป็นอาหารรับประทานในผู้ป่วยที่ยังพอรับประทานได้ หรือให้ทางหลอดเลือดดำและติดตามค่าโพแทสเซียมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าปกติ 3.5-5.1 mmol/l)

ผักที่มีโพแทสเซียม เช่น ผักใบเขียวต่างๆ ผักคะน้า หัวผักกาดแดง แครอท ขึ้นฉ่าย ผักขม ผักชี และถั่วเมล็ด เป็นต้น

ผลไม้ที่มีโพแทสเซียม เช่น กล้วยหอม กล้วยน้ำว้า ส้มเขียวหวาน ลูกพรุน ลูกเกด เป็นต้น

ในรายที่ร่างกายขาดโพแทสเซียม อาจจะให้เสริมทางอาหารในรูปของน้ำส้มคั้น น้ำมะเขือเทศ น้ำต้มเนื้อ น้ำนมสด

2. ตับอักเสบ (Hepatitis)

เมื่อสุราถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด และถูกทำลายที่ตับ ทำให้ตับมีการทำงานมากกว่าปกติ เกิดอันตรายต่อเซลล์ มีอาการปวดจุก แน่นลิ้นปี่ อ่อนเพลีย ตาเหลือง ตัวเหลือง ในระยะที่มีอาการรุนแรงให้ผู้ป่วยพักมากๆ งดกิจกรรมทุกอย่าง เพื่อให้ตับมีระยะพัก ให้น้ำมากๆ ถ้าคลื่นไส้อาเจียนก็จำเป็นต้องให้น้ำทางหลอดเลือดดำ โดยมากให้น้ำละลายกลูโคส 5-10% เมื่อรับประทานอาหารได้ จึงให้อาหารทางปาก

อาหารสำหรับผู้ป่วยสุราตับอักเสบ พลังงานต้องสูงกว่าภาวะปกติ อาจจะต้องเป็น 3,000-4,000 กิโลแคลอรี่/วัน สารอาหารที่ควรได้รับ ดังนี้

- คาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะในรูปน้ำตาล เพราะร่างกายจะได้นำไปใช้ได้ทันที คาร์โบไฮเดรตควรได้รับในปริมาณสูง 300-400 กรัม/วัน
- โปรตีน ควรจะให้มาก อาจถึง 150 กรัม/วัน เพราะเหตุว่าโปรตีนจะทำให้เซลล์ตับมีการฟื้นฟูเร็วขึ้น
- ไขมัน ควรจะให้น้อย เพราะเหตุว่าตับหลั่งน้ำดีออกมาไม่ได้ เมื่อร่างกายขับน้ำดีไม่ได้ย่อมทำให้การย่อยไขมันบกพร่อง เกิดอาการแน่นอึดอัดภายหลังบริโภคอาหารไขมัน ถ้าผู้ป่วยไม่มีอาการ ให้อาหารที่มีไขมันได้ตามปกติ สารอาหารที่ใช้เพิ่มพลังงานควรให้ในรูปของคาร์โบไฮเดรต โดยมากมักเป็นน้ำผลไม้ น้ำเชื่อมแต่ต้องพิจารณาเป็นรายไปเพราะผู้ป่วยบางรายมีโรคแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน เป็นต้น

ตัวอย่างอาหารของผู้ป่วยโรคตับอักเสบ

พลังงาน	3,000	กิโลแคลอรี่	อาจใช้นมปราศจากไขมัน 2 ถ้วย
โปรตีน	100	กรัม	ไข่ 2 ฟอง
คาร์โบไฮเดรต	400	กรัม	เนื้อสัตว์ปราศจากไขมัน 78 ส่วนแลกเปลี่ยน (210 กรัม)
ไขมัน	50	กรัม	เนยหรือน้ำมัน 3 ส่วนแลกเปลี่ยน (3 ช้อนชา) เพิ่มน้ำผลไม้ และน้ำตาล น้ำเชื่อมจนได้พลังงานครบ

โรคตับอักเสบถ้าเป็นในเด็กมักจะมีโอกาสหายได้ถึงร้อยละ 85 ในผู้ใหญ่ถ้าเป็นแล้วโอกาสจะลุกลามเป็นระยะที่ตับไม่ทำงานหรือภาวะตับวาย (Hepatic Failure) ได้ง่ายกว่าเด็ก สำหรับภาวะ Hepatic Coma ผู้ป่วยจะมีอาการทางสมอง เริ่มตั้งแต่อาการซึม สับสน จนในที่สุดไม่รู้สึกตัว เมื่อเจาะเลือดเราจะพบมีการคั่งของแอมโมเนียในเลือด อาหารของผู้ป่วยในระยะนี้ต้องเปลี่ยนแปลงให้มีโปรตีนลดลงเหลือ 25-30 กรัม ปริมาณโปรตีนขนาดนี้เป็นปริมาณน้อยที่สุดในการป้องกันไม่ให้เกิดการสลายโปรตีนของเนื้อเยื่อในร่างกาย ถ้าให้โปรตีนสูงไปอาการทางสมองจะเป็นมากขึ้น เพราะตับไม่สามารถเปลี่ยนแอมโมเนียเป็นยูเรีย จะมีการคั่งของแอมโมเนียมากขึ้น ซึ่งเป็นพิษต่อร่างกาย

ตัวอย่างอาหารที่มีโปรตีนค่า 25-35 กรัม/วัน

เนื้อสัตว์ ไก่ ปลา 2-3 ส่วนแลกเปลี่ยน	11-21 กรัม
นมสด 1 ถ้วย หรือ 1 ส่วนแลกเปลี่ยน	8 กรัม
ข้าว แป้ง 1 ½ ถ้วย หรือ 3 ส่วนแลกเปลี่ยน	6 กรัม
รวมทั้งสิ้น	**25-35 กรัม**

ควรเริ่มให้พลังงานให้ครบในรูปของคาร์โบไฮเดรต คือใช้น้ำเชื่อม น้ำผลไม้ ในรายที่ไม่รู้สึกตัวและถ้าพบว่ามีแอมโมเนียในเลือดสูง ต้องงดอาหารโปรตีนสักระยะเวลาหนึ่ง

ตัวอย่างอาหารที่ไม่มีโปรตีน (Protein Diet)

อาหารประเภทนี้ประกอบด้วยน้ำตาล และน้ำมันหรือเนย เพื่อให้พลังงานแก่คนป่วย อาจใช้น้ำตาลทรายตีกับเนยจนขึ้นฟู เช่น หน้าขนมเค้ก หรือขนมพวกน้ำตาลสายไหม อาหารที่เหมาะคือพวกผลไม้เชื่อมหรืออาจจะทดลองตามสูตรของ “BORSI PROTEIN – FREE DICT ซึ่งจะประกอบได้ดังนี้

น้ำตาลทราย ¾ ถ้วย		โปรตีน	2 กรัม
แป้ง 2 ช้อนโต๊ะ	ส่วนผสมนี้จะมี	ไขมัน	136 กรัม
เนย ¾ ถ้วย		คาร์โบไฮเดรต	180 กรัม
น้ำ 2 ถ้วย		พลังงาน	1,800 กิโลแคลอรี่

3. ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia)

เมื่อมีการดื่มสุรานานๆ จะเกิด Liver cirrhosis ที่มีภาวะ Portal vein Hypertension, Hypersplenism สุดท้ายมีการทำลายเกล็ดเลือดเพิ่มขึ้น

อาหารสำหรับผู้ป่วยภาวะเกล็ดเลือดต่ำ อาหารจำพวกวิตามินและเกลือแร่ เช่น ไข่ขาว ผักใบเขียว นมถั่วเหลือง เป็นต้น

4. เลือดออกในทางเดินอาหาร (Gastrointestinal Bleeding)

เนื่องจากผู้ป่วยมีเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) และปัจจัยที่ทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติ (Coagulation factors) โอกาสเกิด GI Bleed จึงมีสูง

อาหารสำหรับผู้ป่วยควรเป็นอาหารที่ย่อยง่าย รสไม่จัด มีไขมันน้อยและมีธาตุเหล็ก เช่น ตับ ผักใบเขียว เป็นต้น

5. โรคความจำระยะสั้นเสื่อม (Alcohol Induced Persisting-Amnestic Disorder)

ผู้ป่วยมีการสูญเสีย Short–term memory เกิดในผู้ที่ดื่มสุราปริมาณมากและดื่มมานาน

อาหารสำหรับผู้ป่วยความจำสั้นเสื่อม คือ อาหารโปรตีนที่ไม่มีคลอเลสเตอรอล เช่น ปลา โปรตีนจากพืช เป็นต้น

อาหารที่มีโพแทสเซียม เช่น กล้วย ส้ม ลูกพรุน ลูกเกด ผักคะน้า หัวผักกาดแดง แครอท ขึ้นฉ่าย ผักขม ผักชี และถั่วเมล็ด เป็นต้น

บรรณานุกรม

กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานและคู่มือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป. ม.ป.ท., 2542.

ณัฐ ตันศรีสวัสดิ์, ศิรินันท์ เอี่ยมภักดิ์. นิติพิษวิทยา.กรุงเทพมหานคร : บริษัท วี.พริ้นท์ (1991) จำกัด, 2550.

ดวงมณี วิเศษกุล. โรคและอาหารเฉพาะโรค. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525.

ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทกานติกุล, สุวัฒนา จุฬาวัฒนกุล. คู่มือการใช้ยาสำหรับบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย), 2549.

บุญศรี ซ่อนเจริญ. การวิเคราะห์ปัสสาวะและของเหลวในร่างกายของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ พิมพ์ครั้งที่ 2 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร : บริษัทธรรมดาเพรสจำกัด, 2550.

บุญทรง ปรีชาบริสุทธิ์กุล, อังกูรา สุโภคเวช. ภาควิชาจุลทรรศนศาสตร์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : บริษัทเพชรรุ่งการพิมพ์จำกัด, 2548.

พรวรีย์ ลำเจียกเทศ, กฤษณา ปทีปโชติวงศ์, พรศรี ตันตินิติ. การตรวจการห้ามเลือดทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2540.

พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตรคม, พงพร พิรัญวิวัฒน์กุล, บรรณาธิการ.ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดสารเสพติด. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด, 2549.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ. (ฉบับปรับปรุง 2554). เชียงใหม่ : แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา, 2555.

มาโนช หล่อตระกูล. คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน, 2547.

เรื่องนี้ ๑๓๓๐ มีคำตอบ สิทธิหลักประกันสุขภาพ. จาก : http://stream.nhso.go.th/portals/0/. สืบค้นเมื่อกรกฎาคม 2555.

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. ม.ป.ท., 2548.

ยุวดี เกตสัมพันธ์. กระบวนการพยาบาลและบันทึกทางการพยาบาล. จาก : http://hph4.anamai.moph.go.th/data/news_ha/07/nur_doc.pdf. สืบค้นเมื่อกรกฎาคม 2555.

ลษิตา ศรีธรรมชาติ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะชัก. จาก : http://blog.drugcare.net/?p=27. สืบค้นเมื่อกรกฎาคม 2555.

สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, บรรณาธิการ. ศาสตร์และศิลป์ของการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา ในเวชปฏิบัติทั่วไป.กรุงเทพมหานคร : พิมพ์ดี, 2550.

สุธาทิพย์ พิชญไพบูลย์. การแปลผลตรวจห้องปฏิบัติการสำหรับเภสัชกร. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

สมทรง เลขะกุล. ชีวเคมีของวิตามิน. กรุงเทพมหานคร : ศุภวนิชการพิมพ์, 2543.

วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเสียสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์. จาก : http://www.elearning.ns.mahidol.ac.th. สืบค้นเมื่อกรกฎาคม 2555.

วิโรจน์ วีรชัย, อังกูร ภัทรากร, ล่ำซำ ลักขณาภิชนชัช, ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์, นิภา กิมสูงเนิน บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์การเสพติด.สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2548.

ศราวุธ อยู่เกษม. การผูกยึดผู้ป่วย. จาก : http://ahph9thi.gotoknow.org/assets/media/files/000/591/946/original_restraintppk 53.doc. สืบค้นเมื่อกรกฎาคม 2555.

สาวิตรี อัษณางค์กรชัย. กลุ่มภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์. จาก http://www.ramamental.com/gp/gp18.PDF. สืบค้นเมื่อกรกฎาคม 2555.

Agartz, I., Momeman, R., Rawlings, R., Kerich, M., & Hommer, D. Hippocampus Volume in patients with alcoholic dependence. Arch Gen Psychiatry 1999;56(4):356-363.

Caine, D., Halliday, G. M., Kril, J. J., & Harper, C. G. (1997). Operational criteria for the classification of chronic alcoholics: identification of Wernick's encephalophathy. journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1997;62:51-60.

Charles F.Lacy, PharmD,FCSHP, Lora L.Armstrong, PharmD, BCPS, Morton P. Goldman, PharmD, BCPS, Leonard L. Lance, RPh, BSPharm. Drug Information Handbook 2002-2003, Ohio : Lexi-Comp., 2002.

Fein, G., Torres, J., Price, L., & Di Sclafani, V. Cognitive performance in long-term abstinent alcoholic individuals. Alcohol Clin Exp Res 2006 Sep;30(9):1538-1544.

Gilman, S., Adam, K. R., Berent, S., Kluin, K., Modell, J., & Kroll, P. Cerebellar and rontal hypometabolism in alcohol cerebellar degeneration studied with Positron Emission Tomography. Annals of Neurology 1990;28(6):775-785.

Glen, S. W., & Pearson, O. A. Neuropsychological efficiency measures in male and female alcoholics. Journal of studies on alcoholic 1992;53(6):546-552.

Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. Drug information handbook. 11th ed. Ohio: Lexi-Comp, 2003.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. จาก http://www.niaaa.nih.gov สืบค้นเมื่อพฤษภาคม 2557.

Miller, W.R., Meyers, R.J., and Tonigan, J.S. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. J Consult Clin Psychol 1999;67(5):688-697.

Myrick, Hugh, Anton, Raymond F. Treatment of Alcohol Withdrawal. Alcohol Health & Research World 1998;22(1):38-43

Sullivan, E. V., Deshmukh, A., Desmond, J. E., Lim, K. O., & Pfefferaum, A. Cerebellar volume decline in normal aging, alcoholism, and Korsakoff's syndrome: relation in ataxia. Neuropsychology 2000;14(3):341-52.

Zinn, S., Stein, R., & Swartzwelder, H. S. Executive functioning Early in abstinence from alcohol. Alcohol Clin Exp Res 2004;28(9):1338-1346.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

ชื่อ..... เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง อายุ.....ปี

วันที่ประเมิน...../...../...../..... เลขที่ HN.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน.....

คำชี้แจง : คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ดื่มสุราในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา โดยสุราหมายถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สปายไวน์ เป็นต้น ขอให้ตอบตามความเป็นจริง

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	คะแนน
1. คุณดื่มสุราบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์	
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่คุณดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน **หรือ**	1-2 ดื่ม มาตรฐาน	3-4 ดื่ม มาตรฐาน	5-6 ดื่ม มาตรฐาน	7-9 ดื่ม มาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดื่ม มาตรฐานขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่นสิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน **หรือ**	1-1.5 กระป๋อง /1.2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง 1-1.5 ขวด	3.5-4กระป๋อง 2 ขวด	4.5-7กระป๋อง 3-4 ขวด	7กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่นแม่โขง หงส์ทอง เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไปหรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป หรือวิสกี้ 3 เป็กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
4. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้หากดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
5. ในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุรา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
6. ในช่วงปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณต้องการดื่มในช่วงเช้าเพื่อให้คุณรู้สึกดีขึ้นหลังจากที่ได้ดื่มจัดก่อนหน้านี้	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
7. ในช่วงปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณรู้สึกผิดหรือเกิดความรู้สึกเสียใจภายหลังการดื่มของคุณ	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
8. ในช่วงปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแค่ไหนที่การดื่มของคุณทำให้คุณไม่สามารถจะจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในคืนผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	
9. คุณหรือบุคคลอื่นเคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว	
10. เคยมีเพื่อนหรือญาติพี่น้อง หรือแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์แสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว	
					คะแนนรวม	
0-7 คะแนน คือมีความเสี่ยงต่ำ (Low risk drink)	8-15 คะแนน คือนักดื่มที่เสี่ยง (Hazardous use/Alcohol Abuse)	16-19 คะแนน คือ มีความเสี่ยงสูง/ผู้ดื่มแบบอันตราย (Harmful use)		มากกว่า 20 คะแนน คือผู้ดื่มแบบติด (Alcohol Dependence)		

การแปลผลคะแนน Audit

ระดับความเสี่ยง		แนวทางการรักษา
0-7	ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ Low risk drinker	Alcohol Education ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากดื่มมากกว่านี้ และชื่นชมพฤติกรรมการดื่มที่เสี่ยงต่ำ ใช้เวลาไม่มากกว่าหนึ่งนาที **ตัวอย่างการให้ความรู้** ถ้าจะดื่มก็ไม่ควรดื่มเกินวันละสองดื่มมาตรฐาน (เหล้า 4 ฝาหรือ 1.5 กระป๋องหรือไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดอย่างน้อยสักสองสัปดาห์ แม้จะดื่มในปริมาณน้อยแค่ไหนก็ตาม แต่คุณควรจำไว้ว่าปริมาณ การดื่ม เบียร์ขวดหนึ่ง ไวน์แก้วหนึ่ง และเหล้าแก้วหนึ่ง ก็เป็นสุราเท่ากันคือหนึ่งดื่มสุรามาตรฐานการดื่มสุราแม้จะเพียงน้อยนิดก็มีความเสี่ยงเสมอต่อการเกิดอุบัติเหตุ และไม่ควรดื่มหรือดื่มน้อยกว่านี้ หากต้องขับขี่ยานพาหนะหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรผู้หญิงตั้งครรภ์วางแผนตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร กำลังรับประทานยาบางชนิดที่อาจมีปฏิกิริยากับสุรา อายุมากกว่า65ปีหรือผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดัน โรคตับ โรคทางจิตเวช หรือโรคอื่นๆควรปรึกษาแพทย์ **ตัวอย่างการชื่นชม:** คุณทำได้ดีแล้วและพยายามรักษาระดับการดื่มของคุณให้ต่ำกว่าหรือไม่เกินระดับที่เสี่ยงต่ำ
8-15	ผู้ดื่มแบบเสี่ยง Hazardous drinker หมายถึงลักษณะการดื่มสุราที่เพิ่มความเสี่ยงต่อผลเสียหายตามมาทั้งต่อตัวผู้ดื่มเองหรือผู้อื่น พฤติกรรมการดื่มแบบเสี่ยงนี้ถือว่ามีความสำคัญในเชิงสาธารณสุขแม้ว่าขณะนี้ผู้ดื่มยังจะไม่เกิดความเจ็บป่วยใดๆก็ตาม	**Brief Advice or Simple Advice:** การให้คำแนะนำแบบสั้น สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ทุกระดับ **1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ** **ตัวอย่าง** “ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุราพบว่าคุณดื่มแบบเสี่ยง เนื่องจากคุณดื่ม... (ปริมาณ/ความถี่/รูปแบบ) **2. การให้ข้อมูลผลกระทบจากความเสี่ยงสูง** **ตัวอย่าง** “แม้ว่าในขณะนี้คุณยังไม่พบปัญหาอะไรชัดเจน แต่ลักษณะการดื่มแบบนี้เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น โรคกระเพาะ โรคตับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุราหรือเสี่ยงต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพหรือปัญหาการเงินได้” **3. การกำหนดเป้าหมายและให้คำแนะนำการดื่มแบบความเสี่ยงต่ำ** **ตัวอย่าง** “หากเป็นไปได้ คุณควรเลือกที่จะหยุดดื่ม หรือถ้ายังจะดื่มอยู่ควรดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ โดยดื่มไม่เกินวันละสองดื่มมาตรฐาน (เหล้า 4 หรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน คุณคิดว่าจะเลือกวิธีไหนดีคะ/ครับ” **4. เสริมแรงกระตุ้น** **ตัวอย่าง** “จริงๆ แล้วมันอาจไม่ง่ายหรอกที่คุณจะลดการดื่มลงให้อยู่ภายในขีดจำกัด แต่หากคุณเผลอดื่มเกินขีดจำกัดให้พยายามเรียนรู้เพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้น และวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก หากคุณระลึกเสมอถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงจากการดื่มลงคุณก็จะสามารถทำได้”
16-19	ผู้ดื่มแบบอันตราย Harmful use หมายถึงการดื่มสุราจนเกิดผลเสียตามมาต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต รวมถึงผลเสียทางสังคมจากการดื่มสุรา	**Brief Intervention / Brief counseling การบำบัดแบบสั้น** สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษา **1. การให้คำแนะนำแบบสั้น** โดยคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ประเมินปัญหาการดื่มและปัญหาที่เกี่ยวข้องสะท้อนปัญหาและให้คำแนะนำว่าอยู่ในกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงสูง **2. ประเมินแรงจูงใจ** ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับระดับ **3. ตั้งเป้าหมายในการลด** ละ/เลิกหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม **4. ติดตามดูแล** เพื่อติดตามพฤติกรรมดื่ม แก้ไขปัญหาอุปสรรค กำหนดวิธีการแก้ไขอย่างชัดเจน
=, > 20	ผู้ดื่มแบบติด Alcohol dependence	ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา

ภาคผนวก 2

แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มสุรา CAGE* Questionnaire

CAGE = Cut Annoyed Guilty Eye

แบบสอบถาม CAGE* เป็นคำถามง่ายๆ 4 ข้อ ช่วยในการประเมินตนเองถึงความเสี่ยงของปัญหาจากการดื่มสุรา

1. **CUT DOWN** ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
   คุณเคยคิดที่จะลดปริมาณการดื่มของคุณลง หรือไม่
2. **ANNOYED** ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
   เคยมีใครทำให้คุณรำคาญโดยตำหนิคุณเรื่องการดื่มสุราหรือไม่
3. **GUILTY** ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
   คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเพราะว่า คุณดื่มสุราหรือไม่
4. **EYE-OPENER** ○ ใช่ ○ ไม่ใช่
   คุณเคยต้องดื่มสุราเป็นสิ่งแรกในตอนเช้าทันทีที่คุณตื่นนอน เพื่อแก้อาการเมาค้าง หรือเพื่อให้สามารถทำอะไรต่อไปได้หรือไม่

ภาคผนวก 3

A Comparison Between DSM-IV and DSM-V

	DSM-IV		DSM-V	
Any 1 = ALCOHOL ABUSE	Recurrent alcohol use resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school, or home (e.g.,repeated absences or poor work performance related to alcohol use; alcohol-related absences, suspensions, or expulsions from school; neglect of children or household.	1	Alcohol is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended. (See DSM-IV, criterion 7.)	The presence of at least 2 of these Symptoms Indicates an **Alcohol Use Disorder (AUD)** The severity of the AUD is defined as: **Mild:** The presence of 2 to 3 symptoms **Moderate:** The presence of 4 to 5 Symptoms **Severe:** The presence of 6 or more symptoms
	Recurrent alcohol use in situations in which it is physically hazardous (e.g., driving an automobile or operating a machine when impaired by alcohol abuse).	2	There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control alcohol use. (See DSM-IV, criterion 8.)	
	Recurrent alcohol-related legal problems(e.g., arrests for alcohol-related disorderly conduct). ****This is not included in DSM-V****	3	A great deal of time is spent in activities necessary to obtain alcohol, use alcohol, or recover from its effects. (See DSM-IV, criterion 9.)	
	Continued alcohol use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of the alcohol (e.g., arguments with spouse about the consequences of intoxication, physical fights).	4	Craving or a strong desire or urge to use alcohol. ****This is new to DSM-V****	
Any 3 = ALCOHOL DEPENDENCE	Tolerance, as defined by either of the following a) A need for markedly increased amounts of alcohol to achieve intoxication or desires effect b) Markedly diminished effect with continued use of the same amount of alcohol	5	Recurrent alcohol use resulting in a failure to fulfill major role obligations at work, school, or home (See DSM-IV, criterion 1.)	
	Withdrawal, as manifested by either of the following: a) The characteristic withdrawal syndrome for alcohol b) Alcohol is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms	6	Continued alcohol use despite having persistent or recurrent social or interpersonal problems caused or exacerbated by the effects of alcohol. (See DSM-IV, criterion 4.)	
	Alcohol is often taken in larger amounts or over a longer period than was intended.	7	Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of alcohol use. (See DSM-IV, criterion 10.)	
	There is a persistent desire or unsuccessful efforts to cut down or control alcohol use.	8	Recurrent alcohol use in situations in which it is physically hazardous. (See DSM-IV, criterion 2.)	
	A great deal of time is spent in activities necessary to obtain alcohol (e.g., driving long distances), use alcohol, or recover from its effects.	9	Alcohol use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by alcohol. (See DSM-IV, criterion 11.)	
	Important social, occupational, or recreational activities are given up or reduced because of alcohol use.	10	Torrance, ad defined by either of the following a) A need for markedly increased amounts of alcohol to achieve intoxication or desired effect. b) A markedly diminished effect with continued use of the same amount of alcohol (See DSM-IV, criterion 5.)	
	Alcohol use is continued despite knowledge of having a persistent or recurrent physical or psychological problem that is likely to have been caused or exacerbated by the substance (e.g., continued drinking despite recognition that an ulcer wad made worse by alcohol consumption)	11	Withdrawal, as manifested by either of the following: a) The characteristic withdrawal syndrome for alcohol (refer to criteria A and B of the criteria set for alcohol withdrawal) b) Alcohol (or a closely related substance, such as a benzodiazepine) is taken to relieve or avoid withdrawal symptoms. (See DSM-IV, criterion 6.)	

ภาคผนวก 4

แบบประเมินอาการขาดสุรา Alcohol withdrawal scale (AWS)

ชื่อ.....HN.....วันที่.....

ITEM 1: perspiration (เหงื่อ)	ITEM 2: tremor (สั่น)	ITEM 3: Anxiety (วิตกกังวล)	ITEM 4: Agitation (กระสับกระส่าย)
0. ไม่มีเหงื่อ 1. ชื้นเฉพาะที่ฝ่ามือ 2. ฝ่ามือชื้นและมีเหงื่อเฉพาะตามใบหน้า ตามตัว 3. เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว 4. เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก	0. ไม่มีอาการสั่น 1. มีอาการสั่นเฉพาะเวลายื่นมือไปจับสิ่งของ หรือถือของ 2. มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3. มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา	0. สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล 1. รู้สึกไม่สบายใจ 2. รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย 3. วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก 4. ไม่สามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้รวมถึง panic attacts	0. ปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย 1. งุ่นง่าน อยู่ไม่นิ่ง 2. กระวนกระวายไม่สามารถนอน พักนิ่งๆได้ 3. กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าบ่อย เดินไปมา สามารถนั่งพักหรือนอนพักได้ช่วงสั้นๆ 4. กระสับกระส่ายอย่างมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เลย เดินไปมาตลอดเวลา
ITEM 5: Axilla Temperature	**ITEM 6: Hallucination**	**ITEM 7: Orientation**	
0. อุณหภูมิ 37°c หรือน้อยกว่า 1. อุณหภูมิ 37.1°c ถึง 37.5 2. อุณหภูมิ 37.6°c ถึง 38.0 3. อุณหภูมิ 38.1°cถึง 38.5 4. อุณหภูมิ 38.6°c หรือมากกว่า	0. ไม่มีประสาทหลอนเลย 1. มีอาการเห็นสิ่งของรอบข้างบิดเบือนไปเป็นพักๆยังรู้ตัวว่าไม่ได้เกิดขึ้นจริง 2. มีประสาทหลอนชัดเจนเกิดขึ้นเฉพาะของบางสิ่งหรือบางเหตุการณ์และเกิดขึ้นช่วงสั้นๆยังคงรับรู้ความเป็นจริงอยู่ 3. มีประสาทหลอนชัดเจนเหมือนข้อ 2 แต่ไม่เชื่อว่าไม่ใช่เรื่องจริง ยากที่จะให้ยอมรับได้ ว่าเป็นประสาทหลอนนั้น รู้สึกทุกข์ทรมาน กับอาการประสาทหลอนนั้น และยังรับรู้ความเป็นจริงเฉพาะบางเรื่อง 4. มีประสาทหลอนชัดเจนในหลายเรื่อง ไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ ผู้ป่วยเหมือนอยู่ในโลกของประสาทหลอน	0. รับรู้ บุคคล วัน เวลา สถานที่ได้ดี 1. รับรู้ บุคคลและสถานที่ได้ดี แต่มีปัญหาเรื่องวันเวลา 2. รับรู้บุคคลได้ดี แต่มีปัญหาการรับรู้สถานที่และวันเวลาเป็นบางครั้ง 3. มีปัญหาการรับรู้บุคคลบางครั้ง แต่การรับรู้สถานที่และวันเวลาเสียไป 4. เสียการรับรู้บุคคล สถานที่ วัน เวลา ไม่ทราบว่าตัวเองอยู่ที่ไหน อยู่กับใคร และไม่รู้วันเวลา	รวมคะแนน ☐

ความรุนแรง	คะแนน	การให้ยา
Mild	1-4	ไม่จำเป็นต้องใช้ยา
Moderate	5-9	ใช้ยาช่วยลดโอกาสเกิดอาการขาดสุราที่รุนแรง
Severe	10-14	ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
Very Severe	≥ 15	ต้องได้รับการรักษาด้วยยาขนาดสูง เพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว

ภาคผนวก 5

แบบประเมินอาการขาดสุรา Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

ชื่อ .....อายุ .....ปี HN.....AN.....วันที่รับผู้ป่วย.....

อาการ/อาการที่แสดง เวลา	วันที่							วันที่							วันที่						
ชีพจร (เต็ม 1 นาที)																					
ความดันโลหิต																					
1. คลื่นไส้-อาเจียน																					
2. การสั่น																					
3. การขับเหงื่อ																					
4. อาการวิตกกังวล																					
5. อาการกระวนกระวาย																					
6. การรับสัมผัสผิดปกติ																					
7. การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ																					
8. การรับรู้ทางตาผิดปกติ																					
9. อาการปวดศีรษะ																					
10. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล																					
คะแนนรวม																					
พยาบาลผู้ประเมิน																					

1. คลื่นไส้ อาเจียน ถาม "คุณรู้สึกผะอืด ผะอม" คลื่นไส้/อาเจียนไหม? สังเกต.....
0 ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน
1 คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน
4 คลื่นไส้เป็นพัก ๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร
7 คลื่นไส้อยู่เรื่อย ๆ อาเจียนบ่อย

2. การสั่น ทดสอบ ให้เหยียดแขนตรงกางมือออก สังเกต...
0 ไม่มีอาการสั่น
1 ไม่เห็น แต่รู้สึกว่าปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น
4 สั่นปานกลาง พบว่าสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง
7 สั่นรุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน

3. การขับเหงื่อ สังเกต การขับเหงื่อเป็นพัก ๆ
0 ไม่มีเหงื่อ
1 ไม่ค่อยเห็นว่ามีเหงื่อ แต่ฝ่ามือชื้น
4 เห็นเหงื่อออกเป็นเม็ด ๆ เห็นชัดบริเวณหน้าผาก
7 เหงื่อออกทั้งตัว

4. วิตกกังวล ถาม "คุณรู้สึกวิตกกังวลไหม? " สังเกต.....
0 ไม่กังวล ผ่อนคลาย
1 กังวลเล็กน้อย
4 กังวลปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัยว่าจะมีความกังวล
7 หวาดกลัวรุนแรง

5. อาการกระวนกระวาย สังเกต.....
0 พฤติกรรม เคลื่อนไหวปกติ
1 กระวนกระวายกว่าปกติ
4 กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง
7 เดินไป-มาขณะตอบคำถาม ผุดลุกผุดนั่ง/อยู่กับที่ไม่ได้

6. การรับสัมผัสผิดปกติ ถาม "คุณรู้สึกคันยุบยิบ เป็นเหน็บชา ปวดแสบปวดร้อน/รู้สึกเหมือนมีแมลงมาไต่ หรือไชอยู่ตามผิวหนังบ้างไหม?"
0 ไม่มี
1 คันยุบยิบ เป็นเหน็บชา ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบ ๆ เป็นน้อยมาก
2 คันยุบยิบ ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบ ๆ
3 คันยุบยิบปานกลาง ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปลบๆ
4 คันยุบยิบปานกลาง มีอาการประสาทหลอนทางสัมผัส
5 มีอาการประสาทหลอนรุนแรง
6 มีอาการประสาทหลอนรุนแรงมาก
7 มีอาการประสาทหลอนรุนแรงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

7. การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ ถาม "คุณรู้สึกพะวงกับเสียงรอบ ๆ ตัวมากกว่าเดิมไหม? เสียงนั้นเป็นเสียงที่ทำให้คุณรู้สึกระคายหู/หยาบ เสียงนั้นทำให้คุณกลัวไหม? เสียงนั้นรบกวนคุณไหม ? สิ่งที่ทำให้เกิดเสียงนั้น คุณรู้ว่ามันไม่มีอยู่จริงใช่ไหม ?"
0 ไม่มี
1 มีเสียงระคายหูเล็กน้อย ทำให้เกิดอาการกลัวเล็กน้อยมาก
2 มีเสียงระคายหู ทำให้เกิดอาการกลัวน้อย
3 มีเสียงระคายหู ทำให้เกิดอาการกลัวปานกลาง
4 มีอาการหูแว่ว
5 มีหูแว่วรุนแรง
6 มีหูแว่วรุนแรงมาก
7 มีอาการหูแว่วรุนแรงตลอดเวลา

8. การรับรู้ทางตาผิดปกติ ถาม "คุณรู้สึกว่าแสงไฟที่เห็นจ้าเกินปกติไหม? สีเปลี่ยนไปจากเดิมไหม? ทำให้คุณรู้สึกแสบตาไหม ? คุณเห็นสิ่งที่มันแปลกๆบ้างไหม? สิ่งที่คุณเห็นคุณรู้ว่ามันไม่มีจริงใช่ไหม ?"
0 ไม่มี
1 ไวต่อแสงกว่าปกตินิดน้อยมาก
2 ไวต่อแสงกว่าปกตินิดน้อย
3 ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง
4 มีอาการประสาทหลอนทางตาปานกลาง
5 มีอาการประสาทหลอนทางตารุนแรง
6 มีอาการประสาทหลอนทางตารุนแรงมาก
7 มีอาการประสาทหลอนทางตาอย่างต่อเนื่อง/ตลอดเวลา

9. ปวดศีรษะ ถาม " มีอาการปวดมึนศีรษะบ้างไหม?รู้สึกเหมือนมีอะไรมารัดรอบศีรษะไหม ? ไม่รวมถึงอาการวิงเวียน มึนงงสังเกตตามความรุนแรงของอาการ"
0 ไม่มี
1 มีน้อยมาก
2 มีอาการน้อย
3 มีอาการปานกลาง
4 มีอาการรุนแรงปานกลาง
5 มีอาการรุนแรง
6 มีอาการรุนแรงมาก
7 มีอาการรุนแรงที่สุด

10. การรับรู้เวลา สถานที่ ถาม "วันนี้วันอะไร? ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน ? คุณกำลังคุยกับใคร ?"
0 ตอบได้ถูกต้องตรงคำถาม
1 ตอบได้ไม่แน่นอน เรื่องวัน
2 ตอบผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน
3 ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน
4 ตอบผิดทั้งสถานที่ และ/หรือบุคคล

การรักษา
- คะแนน CIWAA-Ar = 10 – 18 และ B.P. Systolic มากกว่า 110 mmHg. ให้ Diazepam 5 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที และประเมินซ้ำทุก 15 นาที
- คะแนน CIWA- Ar= 19 – 24 และ B.P. Systolic มากกว่า 110 mmHg. ให้ Diazepam 10 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที และประเมินซ้ำทุก 15 นาที
- คะแนน CIWA- Ar มากกว่า 24 และ B.P. Systolic มากกว่า 110 mmHg. ให้ Diazepam 20 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที และประเมินซ้ำทุก 15 นาที

หมายเหตุ ในการให้ยา Diazepam ต้องรายงานแพทย์ก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง
ในกรณีผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนทางกาย หรือโรคแทรกซ้อนทางจิตให้รายงานแพทย์เป็นกรณี

แบบประเมินอาการขาดสุรา Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar)

ชื่อ..... อายุ.....ปี HN..... AN.....

วันที่										
ชีพจร (เต็ม 1 นาที)										
ความดันโลหิต										
อัตราการหายใจ										
1. คลื่นไส้ - อาเจียน										
2. การสั่น										
3. การขับเหงื่อ										
4. อาการวิตกกังวล										
5. อาการกระวนกระวาย										
6. การรับสัมผัสผิดปกติ										
7. การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ										
8. การรับรู้ทางตาผิดปกติ										
9. อาการปวดศีรษะ										
10. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล										
คะแนนรวม										
พยาบาลผู้ประเมิน										

การรักษา

- คะแนน CIWA - Ar = 10-18 และ B.P. Systolic มากกว่า 110 mmHg. ให้ Diazepam 5 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที และประเมินซ้ำทุก 15 นาที
- คะแนน CIWA - Ar = 19-24 และ B.P. Systolic มากกว่า 110 mmHg. ให้ Diazepam 10 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที และประเมินซ้ำทุก 15 นาที
- คะแนน CIWA - Ar มากกว่า 24 และ B.P. Systolic มากกว่า 110 mmHg. ให้ Diazepam 20 mg. IV ซ้ำได้ทุก 15 นาที และประเมินซ้ำทุก 15 นาที

หมายเหตุ ในการให้ยา Diazepam ต้องรายงานแพทย์ก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง
ในกรณีผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนทางกาย หรือโรคแทรกซ้อนทางจิตให้รายงานแพทย์เป็นกรณี

หมายเหตุ ในหน้าแรกใช้สำหรับผู้ป่วยแรกรับ – 3 วัน ในหน้าต่อมาใช้ประเมินผู้ป่วยหลัง Admit ได้ 3 วัน
ประเมินวันละ 1 ครั้งในกรณีที่ไม่มีอาการ Delirium Tremens

ภาคผนวก 6

ดื่มมาตรฐาน (Standard drink)

DRINK ในแต่ละประเทศแตกต่างกันตามลักษณะเครื่องดื่มที่เป็นที่นิยม และคิดเป็นปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ องค์การอนามัยโลกกำหนด 1 ดื่มมาตรฐาน หรือ Standard drink เท่ากับ ปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 10 กรัม การศึกษาขององค์การอนามัยโลกทำให้สามารถจำแนกประเภทการดื่มสุราที่เป็นปัญหาโดยสำรวจจากปริมาณที่ดื่มสุราต่อวัน เรียกว่า Hazardous alcohol use screening การดื่มที่เป็นอันตราย หรือ Hazardous alcohol drinking คือปริมาณการดื่มสุราที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆทั้งทางร่างกายและจิตใจ

- สำหรับผู้ชาย คือ มากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานโดยเฉลี่ยต่อวัน (40 กรัม) หรือมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว (60 กรัม)
- สำหรับผู้หญิง คือ เท่ากับ 2 ดื่มมาตรฐานโดยเฉลี่ยต่อวัน (20 กรัม) หรือมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว (40 กรัม)

วิธีการคำนวณปริมาณแอลกอฮอล์ในการดื่ม การคำนวณดื่มมาตรฐานจะต้องทราบความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม (% หรือ ดีกรี) และปริมาณที่ดื่ม (ซีซี) การวัดปริมาณแอลกอฮอล์ในการดื่มเป็นหน่วยมาตรฐานสามารถแปลงปริมาตรแอลกอฮอล์ไปเป็นกรัมได้ โดยแต่ละมิลลิลิตรของเอทานอลจะมีแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 0.79 กรัม ดังนั้นตัวแปลงหน่วยของเอทานอล โดยใช้สูตร

“ ปริมาตร (ml) x ดีกรี/100 x 0.79 = gm alcohol”

- เบียร์ 1 กระป๋อง (300 มิลลิลิตร) เข้มข้น 5% = 330 × 0.05 × 0.79 = 13 กรัม
- ไวน์ 1 แก้ว (140 มิลลิลิตร) เข้มข้น 12% = 140 × 0.12 × 0.79 = 13.3 กรัม
- เหล้า 1 ก๊ง (40 มิลลิลิตร) เข้มข้น 40% = 40 × 0.40 × 0.79 = 12.6 กรัม

ปริมาณแอลกอฮอล์ 1 ดื่มมาตรฐาน หรือ Standard drink เช่น

- เบียร์ (5%) 3/4 กระป๋อง/ขวดเล็ก = 1 drink
- เบียร์ (3.5%) 330 มล. (1 กระป๋อง / ขวดเล็ก) = 1 drink
- เบียร์ (5%) 1 ขวดใหญ่ = 2.5 drink
- เบียร์ (6.4%) 1/2 กระป๋อง/ขวดเล็ก 1/3 ขวดใหญ่ = 1 drink
- ไวน์ (12%) 1 แก้ว 100 มล. = 1 drink
- ไวน์คูลเลอร์ (5%) 1 ขวด 275 มล. = 1 drink
- สุราสี/ขาว 35 ดีกรี 2 ฝาใหญ่ (30 มล.) = 1 drink, สุรา 1 แบน (350 มล.) = 12 drink, 1/2 แบน = 6 drink, 1 ขวด (700 มล.) = 24 drink, 1/2 ขวด = 12 drink

ภาคผนวก 7

- ตัวอย่าง-

คำสั่งการรักษาภาวะขาดสุราที่ได้รับยาปริมาณที่กำหนดตายตัว (Fixed-Schedule Regimen)

ชื่อ.....อายุ.....ปี เลขที่ภายใน.....

สั่งการรักษาครั้งเดียว	สั่งวันที่		สั่งการรักษาใช้ต่อเนื่อง	งดวันที่
	ครั้งเดียว	ตลอดไป		
- Admit - Blood for CBC, BUN, Creatinine, electrolytes, Liver Function Test, GGT - U/A - CXR			- Regular diet - Record vital signs as usual - Record CIWA -Ar × 3 วัน ตามระดับของอาการขาดสุรา **Medications** - Vitamin B_1 (100 mg) IM OD × 7 วัน - Vitamin $B_{1\text{-}6\text{-}12}$ 1 tab oral tid.pc - Folic acid 1 tab oral OD - Lorazepam (1 mg) 2 tab oral ทุก 6 hr × 4 doses then Lorazepam (1 mg) 1 tab oral ทุก 6 hr × 8 doses - Diazepam IV prn ตามระดับอาการขาดสุรา - ถ้ามีอาการชัก หรือสับสนเกิดขึ้น ให้ตามแพทย์มาประเมินทันที	

* การประเมินอาการขาดสุรา อาจใช้แบบประเมิน CIWA-Ar, AWS หรือ MINDS

* การให้ยากลุ่ม Benzodiazepine โดยเทียบปริมาณยาดังนี้

Diazepam 5 mg = Chlordiazepoxide 10 mg = Lorazepam 1 mg

ภาคผนวก 8

-ตัวอย่าง-

คำสั่งการรักษาภาวะขาดสุราที่ได้รับยาตามอาการ (Symptom Trigger Regimen)

ชื่อ.....อายุ.....ปี เลขที่ภายใน.....

สั่งการรักษาครั้งเดียว	สั่งวันที่		สั่งการรักษาใช้ต่อเนื่อง	งดวันที่
	ครั้งเดียว	ตลอดไป		
- Admit - Blood for CBC, BUN, Creatinine, electrolytes, Liver Function Test, GGT - U/A - CXR			- Regular diet - Record vital signs as usual - Record CIWA-Ar ทุก 4 ชั่วโมง × 3 วัน **Medications** - Vitamin B_1 (100 mg) IM OD × 7 วัน - Vitamin $B_{1\text{-}6\text{-}12}$ 1 tab oral tid.pc - Folic acid 1 tab oral OD - Diazepam IV prn. ตามระดับอาการขาดสุรา - ถ้ามีอาการชัก หรือสับสนเกิดขึ้น ให้ตามแพทย์มาประเมินทันที	

* การประเมินอาการขาดสุรา อาจใช้แบบประเมิน CIWA-Ar, AWS หรือ MINDS

* การให้ยากลุ่ม Benzodiazepine โดยเทียบปริมาณยาดังนี้

Diazepam 5 mg = Chlordiazepoxide 10 mg = Lorazepam 1 mg

ภาคผนวก 9

ตัวอย่าง แผนการดูแลผู้ป่วยสุราระยะถอนพิษยา วันแรกรับ

ผลที่คาดหวัง (Expectation)	การประเมิน (Assessment)	การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	ยาและการรักษา	กิจกรรมการดูแล (ทีมสหวิชาชีพ)	การวางแผนการจำหน่าย
• ผู้ป่วยพร้อมที่จะอยู่บำบัดรักษา • ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการขาดสุรา • ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจถึงอาการที่อาจเกิดขึ้นเมื่อขาดสุรา • ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัวและภาวะแทรกซ้อนจากการขาดสุรา • ปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา • ญาติมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา • มีกิจวัตรประจำวันปกติ	• ซักประวัติประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ ตาม 11 แบบแผน • ประเมินอาการขาดสุราด้วย CIWA-Ar • ตรวจวัดสัญญาณชีพ • ประเมินครอบครัวเรื่องการมีส่วนร่วมและการทราบแผนการรักษา	• U/A • ตรวจหาแอลกอฮอล์ในเลือด/ลมหายใจ • Chest X- ray • LFT, Bun, Cr CBC, Electrolyte, Mg	Regular diet Record v/s usual **If CIWA – Ar <15** **Routine Order** - Ativan(1)1 × 2pc, 2 × hs - Samarin 1 × 3 pc. - $B_{1\text{-}6\text{-}12}$ 1 × 3 pc. - Desirel(50) 1 × hs. - B_1 (100mg) IM OD × 7days - Diazepam IV ตามคะแนน CIWA-Ar - **If CIWA-Ar>15** แนะนำดูตาม CIWA Scale และการแปลผล - ยาที่รักษาภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วมของผู้ป่วยแต่ละราย	• พบแพทย์ • สร้างสัมพันธภาพและเจรจาต่อรองเพื่อตกลงบริการ • ปฐมนิเทศผู้ป่วยและญาติ • วางแผนในการบำบัดรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ • ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา • สังเกต/เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการขาดสุราและอาการแทรกซ้อนจากการรักษา	□ ประเมินสภาพปัญหาเหตุผลของการเข้ารับการรักษา และความตั้งใจอยู่รักษาของผู้ป่วยพร้อมญาติให้ข้อมูลระยะเวลาการบำบัดรักษา

แผนการดูแลผู้ป่วยสุราระยะถอนพิษยา
วันที่ 2-7

ผลที่คาดหวัง (Expectation)	การประเมิน (Assessment)	การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	ยาและการรักษา	กิจกรรมการดูแล (ทีมสหวิชาชีพ)	การวางแผนการจำหน่าย
• ผู้ป่วยพร้อมที่จะอยู่รับการบำบัดรักษา • ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการขาดสุรา ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่จะลดความไม่สุขสบายจากการขาดสุรา • ปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา • ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองโดยการช่วยเหลือของพยาบาล • สามารถนอนหลับตอนกลางคืนได้นานอย่างน้อย 4 ชั่วโมงปลอดภัยจากการถูกผู้อื่นทำร้าย/ทำร้ายผู้อื่น • ปลอดภัยจากอุบัติเหตุได้รับอาหารและสารน้ำเพียงพอ	• ประเมินอาการขาดสุราด้วย CIWA-Ar • ประเมินอาการทางจิต เช่น อาการซึมเศร้า วุ่นวาย การรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ □ ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย □ ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการบำบัดรักษา □ ประเมินอาการแทรกซ้อนจากการได้รับยา □ ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ □ ประเมินความสามารถในการปรับตัวอยู่รับการรักษา	□ ติดตามผล Lab หากรู้ความผิดปกติให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือ □ วิเคราะห์ตามอาการแทรกซ้อนของโรค	- ประเมิน CIWA-Ar ตามสภาวะผู้ป่วยและให้การรักษาตาม guideline - ประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วมของผู้ป่วยแต่ละราย	• พบแพทย์ • ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา • สังเกต/เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการขาดสุราและอาการแทรกซ้อนจากการรักษา • ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุรา • วางแผนการจำหน่าย • เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด ○ การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ○ กิจกรรมกลุ่มสำรวจตนเอง ○ กิจกรรมกลุ่มการทำหน้าที่ครอบครัว ○ การให้สุขศึกษาเรื่องโทษพิษภัยสุรา ○ กิจกรรมนันทนาการ ○ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ ○ เกมส์ กีฬา ○ กิจกรรมการพัฒนาจิต ○ กิจกรรมกลุ่มประชุมเช้า ○ การให้คำปรึกษารายกลุ่ม รายบุคคล	□ ประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยทั้ง 4 ด้านดูแลให้ได้รับการแก้ไข

แผนการดูแลผู้ป่วยสุราระยะถอนพิษยา
วันที่ 8-14

ผลที่คาดหวัง (Expectation)	การประเมิน (Assessment)	การวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ	ยาและการรักษา	กิจกรรมการดูแล (ทีมสหวิชาชีพ)	การวางแผนการจำหน่าย
□ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการขาดสุรา □ ปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการรักษา □ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง □ สามารถเข้าร่วมกลุ่มออกกำลังกายได้ตามปกติ □ สามารถนอนหลับตอนกลางคืนได้นาน 4 ชั่วโมง □ ญาติมีความรู้เรื่องการทำหน้าที่ครอบครัว □ ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ □ สามารถหยุดสุราได้โดยไม่มีอาการขาดสุรา	□ ประเมินอาการขาดสุรา □ ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกาย □ ประเมินอาการทางจิต เช่น อาการซึมเศร้า วุ่นวาย □ ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ □ ประเมินความสามารถในการออกกำลังกาย	□ วิเคราะห์ตามอาการแทรกซ้อนของโรค	- ประเมินและรักษาอาการขาดสุราตาม Guideline - ปรับลดยาตามอาการของผู้ป่วย - ประเมินและรักษาภาวะแทรกซ้อน/โรคร่วมของผู้ป่วยแต่ละราย	• พบแพทย์ • ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา • สังเกต/เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการขาดสุราและอาการแทรกซ้อนจากการรักษา • ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเสพติดสุรา • วางแผนการจำหน่าย • เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด ○ สุขศึกษา ○ เส้นทางการติดและเลิกสุรา ○ กิจกรรมกลุ่มการเผชิญและการแก้ปัญหา ○ กิจกรรมกลุ่มการทำหน้าที่ครอบครัว ○ การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ○ กิจกรรมกลุ่มการบำบัดทางสังคม ○ กิจกรรมนันทนาการ ○ กิจกรรมการบำเพ็ญประโยชน์ ○ การให้คำปรึกษารายกลุ่ม รายบุคคล ○ เกมส์ กีฬา ○ กิจกรรมการพัฒนาจิต ○ กลุ่มประชุมเช้า • ประเมินความพร้อมเพื่อย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ	□ ประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยทั้ง 4 ด้านดูแลให้ได้รับการแก้ไข

ภาคผนวก 10

ตัวชี้วัดการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา

1. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการบริการสุขภาพได้รับการประเมิน/คัดกรองปัญหาการดื่มสุรา

วิธีคิด

$$\frac{\text{ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการบริการสุขภาพได้รับการประเมิน/คัดกรองปัญหาการดื่มสุรา} \times 100}{\text{ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามารับการบริการสุขภาพทั้งหมด}}$$

2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดภาวะขาดสุราได้รับการประเมินติดตามอาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal monitoring) และให้การดูแลรักษา

วิธีคิด

$$\frac{\text{ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดภาวะขาดสุราได้รับการประเมินติดตามอาการ} \times 100}{\text{ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเกิดภาวะขาดสุราที่เข้ามารับบริการสุขภาพทั้งหมด}}$$

3. ร้อยละของผู้ป่วยมีภาวะขาดสุรารุนแรง (Delirium Tremens) ไม่เกิน 72 ชม.

วิธีคิด

$$\frac{\text{ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง (Delirium Tremens) ไม่เกิน 72 ชม.} \times 100}{\text{ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง (Delirium Tremens) ทั้งหมด}}$$

4. ร้อยละของผู้ป่วยสุราปลอดภัยจากการบาดเจ็บในภาวะขาดสุรา

วิธีคิด

$$\frac{\text{ผู้ป่วยที่มีอาการปลอดภัยจากการบาดเจ็บในภาวะขาดสุรา} \times 100}{\text{ผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราทั้งหมด}}$$

รายนามคณะผู้จัดทำ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

1. นายแพทย์วิโรจน์ วีรชัย	ผู้อำนวยการ
2. นายแพทย์อังกูร ภัทรากร	รองผู้อำนวยการ
3. แพทย์หญิงธญรช ทิพยวงษ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
4. ทันตแพทย์ชุมพล ชมะโชติ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
5. นายแพทย์ชลิต เปสลาพันธ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
6. นายแพทย์อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์	นายแพทย์ชำนาญการ
7. นางนันทนา ขาวละออ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
8. นางดุษณีย์ ชาญปรีชา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
9. นางรุจิรา อาภาบุษยพันธุ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
10. นางพัชรี รัตนแสง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
11. นางพรรนอ กลิ่นกุหลาบ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
12. นางวิมล ลักขณาภิชนชัช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
13. นางวันเพ็ญ ใจปทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
14. นางสุภาริณีย์ สายแสงทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
15. นางสาวบวรลักษณ์ บุญกรุงทอง	เภสัชกรชำนาญการ
16. นางสาวรสสุคนธ์ ธนธีระบรรจง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
17. นางสาวอุทัยวรรณ ศรีสำราญ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
18. นางสาวจิตตรัตน์ ศรีวิเลิศ	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
19. นางปุณยณุช สุดาจันทร์	โภชนากรชำนาญการ
20. นางสาวประเชิญ ฤกษ์อรุณ	บรรณารักษ์ชำนาญการ

รายนามคณะผู้จัดทำ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

นายแพทย์ธวัช ลาพินี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ปัจจุบัน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา)

โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่

นายแพทย์อภิศักดิ์ วิทยานุกูลลักษณ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น

นางอร่ามศรี สิมมะลิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี

นายมานพ จอดนอก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา

นางสาวพรรัตน์ รัตนศิริวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสมศรี หนูทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี

นางทิพสุคนธ์ มูลจันที	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข