

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้

1. ปัญหาการดื่มและปัญหาทางจิตเวชที่เกิดจากแอลกอฮอล์
 - 1.1 สุราหรือแอลกอฮอล์
 - 1.2 ผลกระทบของการดื่มสุรา
 - 1.3 ปัญหาทางจิตเวชที่เกิดจากแอลกอฮอล์
 - 1.4 กลุ่มอาการขาดสุรา
2. การบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในระยะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน ตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง
 - 2.1 การบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา
 - 2.2 การถอนพิษสุรา
 - 2.3 แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง
 - 2.4 แนวทางการถอนพิษสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง
3. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา
 - 3.1 ความหมายของผลลัพธ์
 - 3.2 ประเภทของผลลัพธ์
 - 3.3 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการถอนพิษสุรา
4. กรอบแนวคิด

ปัญหาการดื่มและปัญหาทางจิตเวชที่เกิดจากแอลกอฮอล์

สุราหรือแอลกอฮอล์

สุราหรือแอลกอฮอล์ (alcohol) มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่าเอทิลแอลกอฮอล์ (ethyl alcohol) เกิดจากการหมักอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์เป็นเรื่องที่บุคคลในทุกวัฒนธรรมคุ้นเคย อาจมีเป้าหมายเพื่อใช้เป็นยารักษาโรค เพื่อประกอบพิธีทางศาสนา หรือเพื่อความสนุกสนาน โดยพบว่าประมาณร้อยละ 50-60 ของบุคคลที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช มีภาวะโรคสุราเรื้อรัง หรือมีการใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

แอลกอฮอล์มีผลต่อร่างกายด้านเภสัชวิทยาดังต่อไปนี้ (วิรวรรณ เล็กสกุลไชย, 2543; Saunders, 2005)

1. แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วจากระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะบริเวณลำไส้เล็กส่วนบน ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงสุดจะอยู่ในช่วงเวลา 30-90 นาทีหลังการดื่มแก้วสุดท้าย การดื่มในช่วงที่มีอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารจะช่วยชะลอการดูดซึมแอลกอฮอล์ให้ช้าลง แอลกอฮอล์จะกระจายไปยังร่างกายทุกส่วนที่มีน้ำเป็นส่วนประกอบ และเนื้อเยื่อทุกส่วน และจะเข้าสู่เส้นเลือดในสมองอย่างรวดเร็ว ประมาณ 85% ของการเผาผลาญจะอยู่ที่ตับ ส่วนอีก 10% จะอยู่ที่กระเพาะอาหาร และ 5% จะถูกขับออกทางปอด ทางเหงื่อ และทางปัสสาวะ ผู้หญิงจะมีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentrations [BACs]) สูงกว่าผู้ชายเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เท่าๆ กัน เนื่องจากสาเหตุ 2 ประการคือ จะมีการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในปริมาณที่น้อยกว่าในกระเพาะอาหาร และระดับการแพร่กระจายของแอลกอฮอล์ก็จะน้อยกว่าด้วย

2. การเผาผลาญของแอลกอฮอล์ในตับจะเกิดขึ้น 2 ขั้นตอนคือ ขั้นแรก แอลกอฮอล์ดีไฮโดรจีเนส (alcohol dehydrogenase) จะกระตุ้นให้เกิดออกซิเดชัน เปลี่ยนแอลกอฮอล์ให้กลายเป็นอะซีตัลดีไฮด์ (acetaldehyde) จากนั้นอัลดีไฮด์ดีไฮโดรจีเนส (aldehyde dehydrogenase) จะเปลี่ยนอะซีตัลดีไฮด์กลับเป็นกรดอะซีติก (acetic acid) ซึ่งจะถูกย่อยให้เป็นคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำต่อไป ในหนึ่งดื่มมาตรฐาน (standard drink) จะประกอบด้วยแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (BACs) ประมาณ 15-20 ม.ก./100 ม.ล. (0.015-0.02 ก./100 ม.ล.) ซึ่งเป็นปริมาณที่ร่างกายคนทั่วไปจะสามารถเผาผลาญหมดได้ภายใน 1 ชั่วโมง

3. พิษที่ได้รับจากแอลกอฮอล์ในช่วงแรก จะทำให้เกิดการปลดปล่อยในเรื่องที่ได้รับอิทธิพลจากความคิดและสิ่งแวดล้อม เมื่อระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นอีก

จะทำให้เกิดผลในการกล่อมประสาท โดยอาจเป็นไปได้ตั้งแต่การสูญเสียการควบคุมอารมณ์ ความคิด และการประสานการทำงานของอวัยวะต่างๆ เพียงเล็กน้อย ไปจนถึงการทำให้เกิดอาการรุนแรง เช่น ถ้าดื่มในปริมาณ 100 ม.ก./100 ม.ล. (0.10 ก./100 ม.ล.) จะมีฤทธิ์ทำให้การทรงตัวบกพร่อง และการพูดตะกุกตะกัก หรือการพูดติดๆ ขัดๆ ถ้าดื่มมากกว่า 400 ม.ก./100 ม.ล. (0.40 ก./100 ม.ล.) ทำให้ผู้ป่วยโคม่า (coma) การหายใจล้มเหลว และเสียชีวิตได้

4. แอลกอฮอล์ทำให้เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vasodilatation) ซึ่งเป็นผลให้รู้สึกร้อนวูบวาบ และทำให้อุณหภูมิของร่างกายลดลง นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังช่วยขับปัสสาวะ โดยจะไประงับการหลั่งของฮอร์โมนแอนตี้ไรวเรติก (antidiuretic hormone) ระบบการหายใจจะถูกกระตุ้นในช่วงที่ดื่มในปริมาณไม่มากนัก และถ้าดื่มในปริมาณมากจะกดการหายใจ ทำให้เสียชีวิตได้

ผลกระทบของการดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดื่มสุราก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว และสังคม เศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพของผู้ดื่มโดยตรงทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง ผลกระทบแบบเฉียบพลันขึ้นกับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด แอลกอฮอล์จะผ่านไปตามทางเดินอาหารและดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด วนเวียนไปยังอวัยวะต่างๆ ทั่วร่างกาย ซึ่งเมื่อเข้าสู่สมอง จะก่อให้เกิดภาวะเคลิ้มสุข กล้ามเนื้อคลายตัว ขาดความยับยั้งชั่งใจ และหากแอลกอฮอล์ที่ผ่านไปถึงสมองมีปริมาณมากพอ (0.2-2.4 กรัม/เดซิลิตร) จะกดการประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ดื่มเกิดภาวะเป็นอัมพฤกษ์ โต้ตอบต่อสิ่งเร้าได้ช้าลง ซึ่งเป็นอันตรายต่อการขับขี่รถยนต์ และแอลกอฮอล์ระดับสูงมากๆ (มากกว่า 0.4 กรัม/เดซิลิตร) แอลกอฮอล์จะไปกดศูนย์ควบคุมการหายใจที่ก้านสมอง อาจทำให้ผู้ดื่มหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ (วีรวรรณ เล็กสกุลไชย, 2543) เนื่องจากแอลกอฮอล์มีความเป็นเอกลักษณ์ที่ต่างจากสารที่ส่งผลทางจิตชนิดอื่นๆ คือทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ถูกทำลายเป็นบริเวณกว้าง ระบบอวัยวะทุกส่วนจะได้รับผลกระทบอย่างเรื้อรัง ผลที่ร่างกายได้รับ อาจเนื่องมาจากการขาดแอลกอฮอล์ควบคู่กับการขาดสารอาหาร มีอาการชาตามมือ แขน ขา กล้ามเนื้ออ่อนแรง เดินไม่ได้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) เกิดพยาธิสภาพของเซลล์ประสาทรอบนอก (peripheral neuropathy) ซึ่งแต่ก่อนเรียกว่าเซลล์ประสาทอักเสบ (neuritis) จะเริ่มต้นด้วยการปวดกล้ามเนื้อบริเวณน่อง การอักเสบของเซลล์ประสาทจะทำให้รู้สึกปวดแสบปวดร้อนที่มือและเท้า แพทย์จึงมักจะใช้วิตามินบีรวม (B-complex) รักษาอาการเซลล์ประสาทอักเสบและความจำไม่ดี แต่การทำลายที่เกิดขึ้นกับเซลล์ประสาทมักจะไม่สามารถกลับมามีชีวิตเหมือนเดิม (Seixas, 1980; Royce, 1989)

นอกจากนี้อาจเกิดบาดแผลในขณะที่กำลังมีเมามา หรือการติดเชื้อเนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เนื่องจากผลของแอลกอฮอล์ทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจในพฤติกรรมทางเพศ (Saunders, 2005) ผลกระทบต่อร่างกายด้านอื่นๆ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น ตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ (cardiomyopathy) โรคเกี่ยวกับประสาทสมอง มะเร็งของอวัยวะต่างๆ ผลแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ สุราทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง ผลจากการดื่มสุราที่ทำให้เกิดอาการเมา จะมีลักษณะของอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย จุนเจียว ก้าวร้าว และแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาทางอารมณ์และมีบุคลิกภาพผิดปกติอยู่ก่อนแล้ว การดื่มสุราในระยะยาวก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า ซึ่งมักพบร่วมกับอารมณ์ในลักษณะจืดชืด ไม่มีชีวิตชีวา (anhedonia) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อวิสดา จันทรแสนตอ (2541) พบว่าผู้ที่ติดสุราจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด และมีความรู้สึกผิด มีการทำร้ายตนเอง ตลอดจนการพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนผู้ป่วยโรคจิตจากสุราจะมีอาการประสาทหลอน (hallucination) และหลงผิด (delusion) ที่ชัดเจน (Schuckit as cited in Sadock & Sadock, 2000) นอกจากนี้ การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักเป็นเวลานานยังมีผลต่อความจำ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้ กลุ่มอาการเวอร์นิก คอร์ซาคอฟ (Wernick-Korsakoff's syndrome) เป็นลักษณะอาการทางจิตที่มีสาเหตุจากการใช้แอลกอฮอล์แล้วทำให้เกิดการขาดสารอาหารและวิตามิน ผู้ป่วยที่สมองถูกทำลาย ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ที่ผ่านไปใหม่ๆ และจะจดจำเหตุการณ์สูญเสียความจำด้วยการสร้างเรื่องขึ้นมาโดยที่เจ้าตัวก็เชื่อว่าเป็นจริงตามนั้น (Royce, 1989) และจากรายงานการวิจัยของปริทรรศ ศิลปกิจ, วณิดา พุ่มไพศาลชัย, และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2542) ได้ศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุราจากกลุ่มตัวอย่าง 7,789 คน พบว่าร้อยละ 38.1 มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง ซึ่งเป็นระดับที่ก่ออันตรายได้ หากปล่อยให้เกิดขึ้นติดต่อกันเป็นเวลานาน ร้อยละ 38.2 มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ต้องการการดูแลจากแพทย์หรือผู้รู้ ร้อยละ 7.6 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และร้อยละ 5.4 มีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น เช่นเดียวกับผลการศึกษาของอวิสดา จันทรแสนตอ (2541) พบว่าผลกระทบจากการเสพติดสุรา ได้แก่ การทำร้ายตนเอง ตลอดจนการพยายามฆ่าตัวตาย และการมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ

3. ผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว เช่น การทารุณกรรมกลุ่มสมรส (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) ผู้ดื่มสุราบางรายอาจมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดปัญหาสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน การทะเลาะเบาะแว้ง นอกจากนี้ผู้ที่ติดสุรายังก่อให้เกิดความเครียดใน

ครอบครัวมากขึ้น เกิดความระแวง ก้าวร้าว ทำให้ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดระหว่างบุคคลเป็นไปได้ไม่ดี เกิดปัญหาเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส การหย่าร้าง และก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว คุณค่าความมั่นคงในการทำงาน ขัดขวางการทำหน้าที่ของครอบครัว (อวิศา จันทรแสนตอ, 2541; Brown & Munson, 1981) นอกจากนี้ยังมีภาวะถดถอยในการทำหน้าที่ ทั้งในครอบครัว การงาน และสังคม ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามบทบาทในครอบครัวและสังคม รวมถึงการประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ บทบาทหน้าที่ต่างๆ ทางสังคมจะหมดไป ทำให้เป็นภาระของครอบครัวที่จะต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ เอื้อมเคื่อน เนตรแขม (2541) พบว่าครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวเสียดิสุราเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อสมาชิกในครอบครัวได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยภรรยาต้อง รับผิดชอบมากขึ้น ต้องตัดสินใจมากขึ้น ในที่สุดภรรยาต้องเป็นผู้นำครอบครัวแทนสามี การที่ต้อง ทำหน้าที่หลายบทบาท บางครั้งทำได้ไม่สมบูรณ์ ก็จะเกิดความเครียด ความคับข้องใจ มีอารมณ์ โกรธ จึงระบายออกกับบุตร ทำให้บุตรเกิดความสับสน ไม่แน่ใจในสถานการณ์ในบ้าน หรือมีความ มั่นใจในตนเองต่ำ รู้สึกไม่มั่นคงในความรักของบิดามารดา มักมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เด็กกลุ่มนี้จะพัฒนามาเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ หรือบุคลิกภาพผิดปกติ (Gelder, Mayou & Coven, 1996)

4. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ การตายและการเจ็บป่วยจากการดื่มสุราทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งต้องสิ้นเปลืองไปเป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราต้องการการรักษาพยาบาลมากกว่าคนปกติ และมักทำงานได้น้อยกว่าผู้ที่ ไม่ดื่มสุราด้วย ส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากประชากร ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน มีการใช้สุราในครอบครัว รายได้ของครอบครัวหมดไปกับการซื้อสุรา ดังจะเห็นได้จากสถิติประมาณการเสียหายสุราในประเทศของ พ.ศ. 2543-2544 เพิ่มขึ้นจาก 134,722 หน่วย:พันลิตร เป็น 360,633 หน่วย:พันลิตร (WHO, 2000) และจากรายงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ค่ารักษาพยาบาลด้วยโรคที่เกี่ยวกับสุราไม่ถึง 250,000 ล้านบาทต่อปี (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) นอกจากนี้ การใช้สุรายังมีผลกระทบต่อเพื่อนฝูง บุคคลใกล้ชิดและคนในสังคม ได้แก่ อุบัติเหตุการจราจรบนท้องถนน อุบัติเหตุในการทำงาน ปัญหาความรุนแรงในสังคม เช่น การฆาตกรรม การทารุณกรรมเด็ก ปัญหาการเงิน และปัญหาในการทำงาน เช่น ทำให้ขาดงาน มาทำงานสาย หรือทำงานผิดพลาด ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น (สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543; อวิศา จันทรแสนตอ, 2541)

ปัญหาทางจิตเวชที่เกิดจากแอลกอฮอล์

ความผิดปกติที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ จัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา (alcohol related disorders) ซึ่งใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคและชื่อโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The Fourth Edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision [DSM-IV-TR]) (APA, 2000) โดยรหัสโรคยึดตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases, Tenth Revision [ICD-10] อ้างใน ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และ มาโนช หล่อตระกูล, 2541) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ความผิดปกติที่พิจารณาจากปัญหาการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม (alcohol use disorders) ได้แก่

F10.2 โรคติดสุรา (alcohol dependence)

F10.1 การใช้สุราในทางที่ผิด (alcohol abuse)

2. ความผิดปกติที่พิจารณาจากอาการที่เป็นผลจากการดื่มสุรา (alcohol-induced disorders) ได้แก่

F10.00 อาการพิษสุรา (alcohol intoxication)

F10.3 อาการขาดสุรา (alcohol withdrawal)

F10.03 อาการเพ้อจากพิษสุรา (alcohol intoxication delirium)

F10.4 อาการขาดสุรารุนแรง (alcohol withdrawal delirium)

F10.73 สมองเสื่อมจากสุรา (alcohol-induced persisting dementia)

F10.6 ความจำเสื่อมจากสุรา (alcohol-induced persisting amnesic disorder)

F10.51 โรคจิตจากสุราชนิดมีอาการหลงผิด (alcohol-induced psychotic disorders, with delusions)

F10.52 โรคจิตจากสุราชนิดมีอาการประสาทหลอน (alcohol-induced psychotic disorder, with hallucinations)

F10.8 ความผิดปกติด้านอารมณ์จากการใช้สุรา (alcohol-induced mood disorder)

F10.8 ความวิตกกังวลจากสุรา (alcohol-induced anxiety disorder)

F10.8 ความผิดปกติทางเพศจากสุรา (alcohol-induced sexual dysfunction)

F10.8 ความผิดปกติของการนอนหลับจากการใช้สุรา (alcohol-induced sleep disorder)

F10.9 ความผิดปกติอื่นจากสุราที่ไม่เข้ากับโรคใดเลย (alcohol-related disorder not otherwise specified)

ในผู้ดื่มแอลกอฮอล์รายหนึ่งๆ อาจมีปัญหาจากภาวะใดภาวะหนึ่งหรือหลายภาวะจากทั้งสองกลุ่มโรคได้ จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสวนปรุงของผู้ศึกษาพบว่า การวินิจฉัยโรคที่พบบ่อย ได้แก่ F10.2 โรคติดสุรา (alcohol dependence), F10.00 อาการพิษสุรา (alcohol intoxication), F10.3 อาการขาดสุรา (alcohol withdrawal), F10.4 อาการขาดสุรารุนแรง (alcohol withdrawal delirium), F10.73 สมองเลื้อมจากสุรา (alcohol-induced persisting dementia), F10.6 ความจำเสื่อมจากสุรา (alcohol-induced persisting amnesic disorder), F10.8 ความผิดปกติด้านอารมณ์จากการใช้สุรา (alcohol-induced mood disorder) รวมทั้ง F10.5 โรคจิตจากสุรา (alcohol-induced psychotic disorders) ซึ่งไม่มีการแยกเป็น F10.51 หรือ F10.52 ในที่นี้ จะกล่าวถึงเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อย ดังนี้ (DSM-IV-TR อ้างใน ปราโมทย์ สุทธิชัย และ มาโนช หล่อตระกูล, 2541)

1. อาการพิษสุรา (alcohol intoxication) (F10.00)

A. เพิ่งมีการดื่มแอลกอฮอล์

B. มีพฤติกรรมหรือสภาพจิตใจเปลี่ยนแปลงอย่างไม่เหมาะสม อย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ เช่น มีพฤติกรรมทางเพศหรือก้าวร้าวอย่างไม่เหมาะสม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การตัดสินใจไม่ดี ไม่สามารถเข้าสังคมหรือทำงานได้ เกิดในระหว่างหรือทันที หลังจากดื่มแอลกอฮอล์

C. มีอาการต่อไปนี้ 1 ข้อ หรือมากกว่า ในระหว่างหรือทันทีหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ 1) พุดอ้อแอ้ 2) การประสานงานของกล้ามเนื้อไม่ดี 3) เดินเซ 4) ตาเข (nystagmus) 5) มีการเสียความทรงจำและสมาธิ 6) ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงระดับถึงไม่รู้สึกรู้ตัว (stupor) หรือหมดสติ (coma)

2. โรคติดสุรา (alcohol dependence) (F10.2)

มีรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการหรือมากกว่า ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

A. มีความต้านทาน (tolerance) ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1. มีความต้องการดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิดผลที่ต้องการ
2. ได้รับผลจากแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมากหากงดการดื่มแอลกอฮอล์นั้นในขนาดเท่าเดิม

B. มีอาการขาดสุรา ซึ่งนิยามโดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

1. มีการหยุดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์หลังจากการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน และมีอาการต่อไปนี้สองข้อหรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองสามวัน หลังจากหยุด หรือลดการดื่ม ได้แก่ 1) ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น เหงื่อออกมาก

ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที 2) มือสั่นมากขึ้น 3) นอนไม่หลับ 4) คลื่นไส้หรืออาเจียน 5) เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอน หรือมองเห็นภาพของผิดจากความจริงเป็นชั่วคราว 6) กระวนกระวาย กระสับกระส่าย 7) วิดกกังวล 8) ชักทั้งตัว (grandmal seizure)

2. การดื่มแอลกอฮอล์ สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้

- C. มีการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก หรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ
- D. มีความต้องการอยู่ตลอดเวลา หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
- E. ใช้เวลาอย่างมากในการแสวงหาการดื่ม หรือในการฟื้นคืนจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์
- F. มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการงานหรือการพักผ่อนหย่อนใจ
- G. คงมีการดื่มแม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อหรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ยังคงดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารเลวลง

3. อาการขาดสุรา (alcohol withdrawal) (F10.3)

- A. มีการหยุดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์หลังจากการใช้อย่างมากและเป็นเวลานาน
- B. มีอาการต่อไปนี้สองข้อหรือมากกว่า เกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงจนถึงสองสามวันหลังจากเกณฑ์ในข้อ A 1) ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ เช่น เหงื่อออกมาก ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที 2) มือสั่นมากขึ้น 3) นอนไม่หลับ 4) คลื่นไส้หรืออาเจียน 5) เห็นภาพหลอน หูแว่ว สัมผัสหลอน หรือมองเห็นภาพของผิดจากความเป็นจริงชั่วคราว 6) กระวนกระวาย กระสับกระส่าย 7) วิดกกังวล 8) ชักทั้งตัว (grandmal seizure)

C. อาการตามเกณฑ์ B ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

D. อาการไม่ได้เกิดจากภาวะความเจ็บป่วยทางกาย และไม่เข้ากับโรคทางจิตเวชอื่นได้ดีกว่า

4. อาการขาดสุรารุนแรง (alcohol withdrawal delirium) (F10.4)

- A. มีการผิดปกติของระดับความรู้สึกตัว เช่น ความชัดเจนในการรับรู้ภาวะรอบตัวลดลง ร่วมกับความสับสนในการมุ่ง การคง หรือการเปลี่ยนความสนใจลดลง
- B. มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด (cognition) เช่น ความทรงจำบกพร่อง สับสนด้านเวลา สถานที่ และบุคคล การใช้ภาษาผิดปกติ หรือการรับรู้ผิดปกติ ที่ไม่เข้ากับภาวะสมองเสื่อม
- C. ความผิดปกตินี้เกิดขึ้นภายในเวลาเพียงสั้นๆ มักเป็นในช่วงไม่กี่ชั่วโมงหรือไม่กี่วัน และมักเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของวัน
- D. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่า

อาการตามเกณฑ์ A หรือ B เกิดระหว่างหรือหลังจากการขาดสุราไม่นาน

หมายเหตุ: การวินิจฉัยนี้ใช้แทนการวินิจฉัยโรคขาดสุราต่อเมื่ออาการทางด้านความคิดเกินกว่าที่เกิดกับการดื่มแอลกอฮอล์ขนาดเป็นพิษทั่วไป และอาการนั้นรุนแรงพอที่จะได้รับการรักษาทางการแพทย์ต่างหาก

5. โรคจิตจากสุรา (alcohol Induced psychotic disorder) (F 10.5)

A. มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดที่เด่นชัด หมายเหตุ: ไม่รวมถึงอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยตระหนักว่าอาการของตนเป็นผลจากสุรา

B. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1) อาการในข้อ A เกิดขึ้นระหว่างหรือภายในช่วงหนึ่งเดือนที่มีภาวะพิษสุราหรือภาวะขาดสุรา หรือ 2) การใช้ยาเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับความคิดปกติดังกล่าว

C. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิตที่มีได้เป็นผลจากสุรา หลักฐานว่าอาการเหล่านี้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิตที่มีได้เป็นผลจากสุรา อาจได้แก่: มีอาการก่อนการใช้สุราหรือติดสุรา: อาการยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน เช่น เป็นเดือนหลังจากหมดภาวะพิษสุรา (intoxication) หรือมีอาการมากเกินกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบกับชนิด ปริมาณ หรือระยะเวลาที่ใช้สุรา หรือมีหลักฐานอื่นที่แนะนำมีโรคจิตที่ไม่ขึ้นกับการใช้สุรา เช่น มีประวัติของช่วงที่มีอาการโดยไม่สัมพันธ์กับการใช้สุราอยู่เป็นระยะๆ

D. ความผิดปกตินี้มิได้เกิดแต่เฉพาะในช่วงของอาการเพ้อ (delirium)

หมายเหตุ: ควรใช้การวินิจฉัยนี้แทนการวินิจฉัยภาวะพิษสุรา (alcohol intoxication) หรือภาวะขาดสุรา (alcohol withdrawal) ต่อเมื่ออาการเหล่านี้เป็นมากกว่าที่จะเป็นกลุ่มอาการที่มักพบร่วมกับภาวะพิษสุราหรือขาดสุรา และเมื่ออาการเหล่านี้รุนแรงมากพอจนทำให้ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ

6. ความจำเสื่อมจากสุรา (alcohol-induced persisting amnesic disorder) (F10.6)

A. เกิดอาการความจำเสื่อมโดยไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ หรือไม่สามารถระลึกสิ่งที่เพิ่งเรียนรู้ไปได้

B. ความจำเสื่อมนี้ทำให้กิจกรรมด้านสังคมหรือการงานบกพร่องลงอย่างมีนัยสำคัญ และแสดงถึงการเสื่อมลงจากระดับความสามารถก่อนหน้านี้อย่างมีนัยสำคัญ

C. ความจำเสื่อมนี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงของอาการเพ้อ (delirium) หรือสมองเสื่อม (dementia)

D. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าสาเหตุของความจำเสื่อมนี้เกี่ยวข้องกับผลที่ยังคงอยู่ของการดื่มแอลกอฮอล์

7. สมองเสื่อมจากสุรา (alcohol-induced persisting dementia) (F10.73)

A. เกิดความบกพร่องของความคิด ความจำ (cognitive) หลายด้าน โดยแสดงออกคือ

1. ความจำเสื่อม (ไม่สามารถเรียนรู้ข้อมูลใหม่ หรือระลึกสิ่งที่เคยเรียนมาแล้วได้)

2. มีความคิด ความจำผิดปกติ (cognitive disturbance) ในหนึ่งข้อหรือมากกว่า

ดังนี้ 1) มีความผิดปกติด้านภาษา (aphasia) 2) บกพร่องในการประกอบกิจกรรม ถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ (apraxia) 3) ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ (agnosia) 4) ผิดปกติในความคิดที่เป็นระบบ (executive function) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงนามธรรม

B. บกพร่องด้านความคิด ความจำ (cognitive deficit) ตามเกณฑ์ข้อ A1 และ A2 ต่างกับความบกพร่องด้านสังคมหรือการงาน และแสดงถึงความสามารถที่ลดลงอย่างชัดเจน

C. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงเพ้อ (delirium) และคงอยู่นานกว่าระยะเวลาปกติของภาวะพิษสุราหรือขาดสุรา

D. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าความผิดปกตินี้เป็นผลที่ยังคงอยู่ของการดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use)

8. ความผิดปกติด้านอารมณ์จากการใช้สุรา (alcohol-induced mood disorder) (F10.8)

A. ความผิดปกติด้านอารมณ์เป็นอาการเด่นและคงอยู่นาน และมีลักษณะดังต่อไปนี้หนึ่งหรือสองข้อ 1) อารมณ์ซึมเศร้าหรือความสนใจ หรือความเพลิดเพลินใจในกิจกรรมต่างๆ ลดลงมากในทุกกิจกรรมหรือแทบทุกกิจกรรม 2) อารมณ์คลั่งคลั่ง อารมณ์ไม่อยู่ หรือหงุดหงิด

B. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการตามข้อ 1 หรือ 2 ได้แก่ 1) อาการในเกณฑ์ข้อ A. เกิดขึ้นระหว่างหรือภายในหนึ่งเดือนที่มีภาวะพิษสุราหรือภาวะขาดสุรา 2) การใช้ยาเป็นสาเหตุสัมพันธ์กับความผิดปกตินี้

C. ความผิดปกตินี้ไม่เข้าได้ดีกว่ากับความผิดปกติด้านอารมณ์ที่มีได้เป็นจากสุรา หลักฐานที่ว่าอาการเข้าได้ดีกว่ากับความผิดปกติด้านอารมณ์อื่นๆ ที่มีได้เป็นมาจากการใช้สุรา อาจเป็นดังต่อไปนี้ มีอาการก่อนการเริ่มใช้สุราหรือยา อาการยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน เช่น นานเป็นเดือนหลังการสิ้นสุดของภาวะขาดสุราเฉียบพลัน หรือภาวะพิษสุราที่รุนแรง หรือความผิดปกตินั้นมากเกินไปกว่าที่คาดว่าจะเกิดจากการใช้สุรา ไม่ว่าจะเป็นในด้านชนิด ปริมาณ หรือระยะเวลาที่ใช้ หรือมีหลักฐานอื่นบ่งว่ามีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราอยู่ เช่น มีประวัติของการเป็นโรคซึมเศร้าซ้ำ

D. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงเพ้อ (delirium)

E. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่นๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

กลุ่มอาการขาดสุรา (alcohol withdrawal syndrome)

กลุ่มอาการขาดสุราสามารถพบได้มากในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในกลุ่มโรคความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีประวัติการดื่มสุราต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานหรือดื่มหนักในปริมาณที่มาก ซึ่งอาการขาดสุรารุนแรงจำเป็นต้องได้รับการรักษา หากอาการไม่มากก็ควรได้รับการจัดการเพื่อป้องกันอาการที่รุนแรง เพราะอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ในบางรายมีอาการขาดสุราและได้รับการวินิจฉัยโรคขาดสุราตั้งแต่แรกเริ่ม โดยผู้ที่ดื่มสุราต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานานหรือในปริมาณมาก จะเกิดอาการขาดสุราหลังจากมีการหยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราลงภายใน 6 ถึง 48 ชั่วโมง (Sullivan, 1995) ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ มีเหงื่อออก เกิดอาการไม่พึงประสงค์ในระบบทางเดินอาหาร และเกิดผลข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ ความรุนแรงของอาการขาดสุราสามารถแบ่งได้ 3 ระยะคือ เล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง ซึ่งความรุนแรงของอาการขาดสุรา มีความสัมพันธ์กับปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ปริมาณสุราที่ดื่ม การดื่มสุราเป็นประจำทุกวันในผู้ที่ดื่มหนัก (heavy drinkers) ทำให้เกิดอาการขาดสุราได้เนื่องจากสมองไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่เมื่อมีการหยุดดื่มสุราทันที
2. เวลาในการลดหรือหยุดสุรา เนื่องจากอาการขาดสุราจะเกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย
3. โรคร่วมทางกาย ผู้ที่มีปัญหาโรคทางกายที่รุนแรง เช่น โรคไต โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ฯลฯ ทำให้อาการขาดสุราซับซ้อนและยังทำให้อาการขาดสุราที่เกิดขึ้นกลายเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามต่อชีวิตได้ (Gallant, 1999)
4. จำนวนครั้งของการถอนพิษสุราหรือจำนวนครั้งที่มมีอาการขาดสุรา สัมพันธ์กับอาการขาดสุราที่รุนแรงขึ้น และมีความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลางอย่างถาวร ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะชักจากการขาดสุราได้ (Ballenger & Post, 1978; Sullivan, 1995)
5. ประวัติการชัก
6. อายุ พบว่าในผู้ป่วยสูงอายุจะเกิดอาการขาดสุราที่รุนแรงได้ (Adinoff, n.d.)
7. ระยะเวลาในการดื่มสุรา ผู้ที่ดื่มสุราระยะเวลานานเมื่อหยุดดื่มหรือลดการดื่มลง จะทำให้เกิดอาการขาดสุราที่รุนแรงได้ (Adinoff, n.d.)

ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา สามารถแสดงอาการให้เห็นชัดเจนดังนี้

ระยะที่ 1 อาการขาดสุราเล็กน้อย อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อุณหภูมิเพิ่มขึ้น ความดันซิสโตลิกปกติหรืออาจเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เหงื่อออกเล็กน้อย วิดกกังวลและกระสับกระส่าย

เล็กน้อย นอนกระสับกระส่าย มือสั่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้

ระยะที่ 2 อาการขาดสุราปานกลาง มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อัตราการเต้นของหัวใจ 100-120 ครั้ง/นาที อุณหภูมิเพิ่มขึ้น ความดันซิสโตลิกเพิ่มขึ้น เหงื่อออกค่อนข้างชัดเจน สับสนเป็นพักๆ มีประสาทหลอนชั่วคราว (ภาพหลอน หูแว่ว แปรสภาพผิด) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นตอนกลางคืน อาการวิตกกังวลและกระสับกระส่ายมากขึ้น นอนไม่หลับและฝันร้าย ตื่นชัดเจน อาจชักได้

ระยะที่ 3 อาการขาดสุรารุนแรง อัตราการเต้นของหัวใจ 120-140 ครั้ง/นาที อุณหภูมิเพิ่มขึ้น ความดันซิสโตลิกและไดแอสโตลิกเพิ่มขึ้น เหงื่อออกเห็นชัดเจน งุนงงสับสน มีภาพหลอน หูแว่ว แปรสภาพผิด หลงผิดสัมพันธ์กับประสาทหลอน เพื่อ อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่ายมาก แพนิคนอนไม่หลับ ควบคุมอาการสั่นไม่ได้ ชัก รับประทานอาหารและน้ำไม่ได้

นอกจากนี้แล้ว อาการขาดสุราสามารถใช้เครื่องมือในการวัดระดับความรุนแรงได้แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามสังเกต (monitor) อาการขาดสุรา ใช้ประโยชน์ในการจำแนกระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา ช่วยให้การบำบัดรักษาอาการขาดสุราเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะขาดสุราที่รุนแรง ป้องกันการให้ยามากเกินไปหรือน้อยเกินไปที่จะควบคุมอาการขาดสุรา (over or under treatment) ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรามีอัตราการป่วยและอัตราการตายลดลง (American Society of Addiction Medicine [ASAM], 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแบบประเมินอาการขาดสุราจำนวนมากที่ได้รับการพัฒนาดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol [CIWA-A]) และแบบประเมินแบบสั้น (CIWA-A revised [CIWA-Ar]) เป็นแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราที่เป็นที่รู้จักแพร่หลายมากที่สุด แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-A) ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงอาการขาดสุราจำนวน 30 ข้อ หลังจากนั้นได้มีการพัฒนามาเป็นแบบประเมินแบบสั้น (CIWA-Ar) ซึ่งประกอบด้วยข้อความ 8 ข้อ ทำให้ง่ายต่อการนำไปใช้ อีกทั้งแบบประเมินทั้ง 2 ชุด มีความเชื่อมั่นและความตรงที่เชื่อถือได้เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมินอื่นๆ (ASAM, 2001; Williams, Lewis, & McBride, 2001) แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) แบ่งระดับคะแนนที่ประเมินได้เป็น 4 ระดับคือ (Beyer, 2003)

- <10 อาการขาดสุราเล็กน้อย (mild withdrawal)
- 11-20 อาการขาดสุราเล็กน้อยถึงปานกลาง (mild/moderate withdrawal)
- 20-25 อาการขาดสุราปานกลาง (moderate withdrawal)
- >25 อาการขาดสุรารุนแรง (severe withdrawal)

2. แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale

[AWS]) นำเข้ามาใช้ในประเทศไทยครั้งแรกโดย จอห์น บี ซอว์นเดอร์ส (John B. Saunders) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2547) เพื่อใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง มีข้อความ 7 ข้อ ประกอบด้วย เหงื่อ (perspiration) สั่น (tremor) วิตกกังวล กระสับกระส่าย (agitation) อุนหภูมิ ประสาทหลอน การรับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่ (orientation) แต่ละข้อมีระดับคะแนน 0-4 ยกเว้นข้อ สั่น มีคะแนน 0-3 แบ่งระดับคะแนนรวมที่ประเมินได้เป็น 4 ระดับคือ

< 5	อาการขาดสุราเล็กน้อย (mild withdrawal)
5- 9	อาการขาดสุราปานกลาง (moderate withdrawal)
10-14	อาการขาดสุรารุนแรง (severe withdrawal)
»15	อาการขาดสุรารุนแรงมาก (very severe withdrawal/alcohol withdrawal delirium)

จากการศึกษาของซุลลิแวน, สวิฟต์, และ เลวิส (Sullivan, Swift & Lewis, 1991) ในการให้ยาผู้ป่วยที่คะแนนแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) มากกว่า 10 โดยใช้แนวทางการให้ยาของสถาบันยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทพบว่า เมื่อคะแนนจากแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) สูง ร่วมกับอาการขาดสุราที่มากขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับยาเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ในขนาดที่สูงขึ้น ตรงกันข้าม เมื่อคะแนนต่ำลง ผู้ป่วยก็จะได้รับยาเบนโซไดอะซีปีนในขนาดที่ต่ำลง นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบรูปแบบการให้ยาเบนโซไดอะซีปีนในการรักษาอาการขาดสุรา 2 แบบคือ การให้ยาเมื่อมีอาการกับการให้ยาแบบกำหนดเวลาตายตัวโดยยึดแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) เป็นหลักพบว่า การให้ยาเมื่อมีอาการใช้ปริมาณยาเบนโซไดอะซีปีนและระยะเวลาการรักษาน้อยกว่าการให้ยาแบบกำหนดเวลาตายตัว (Saitz, Mayo-Smith, Roberts, 1994) จะเห็นได้ว่าแบบประเมินอาการขาดสุราเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้ป่วยในกลุ่มขาดสุราปานกลางถึงรุนแรงได้รับยาอย่างเพียงพอและช่วยลดปัญหาการได้รับยามากเกินไปในผู้ป่วยขาดสุราระดับเล็กน้อย ซึ่งตามแนวทางการถอนพิษสุราผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในโรงพยาบาลสวนปรุงได้ใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (AWS) เป็นเครื่องมือประเมินอาการถอนพิษสุรา โดยสามารถเทียบเคียงกับแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) ได้เนื่องจากแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 4 ระดับเช่นเดียวกัน

ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบได้ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราชนิดนี้

1. ภาวะขาดสุราอย่างรุนแรง (alcohol withdrawal delirium or delirium tremens) พบได้ราวร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) โดยอาการมักเกิดในช่วง 3-5 วันหลังหยุดสุราคือ สติสัมปชัญญะเลือนรางไม่ชัดเจน (clouding of conscious) การรับรู้ความ

เป็นไปรอบๆ ตัวจะเสีย ไม่สนใจเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัว สับสนด้านการรับรู้บุคคล เวลา สถานที่ มีประสาทหลอน ลั่น อยู่ไม่นิ่ง (agitation) และระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ ทำให้เกิดอาการเหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง ม่านตาขยาย และมีไข้ อาการดังกล่าวอาจคงอยู่นาน 2-4 วัน แต่ก็พบว่าในบางรายมีอาการคงอยู่นานถึง 5 สัปดาห์ ในผู้ที่มีอาการขาดสารรุนแรง จะพบอาการประสาทหลอน (hallucinations) ได้ถึงร้อยละ 10-20 ซึ่งความหมายรวมถึงอาการ ฝันร้าย รู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามตัว (tactile) ภาพหลอน หูแว่ว การรับกลิ่นผิดปกติ อาการประสาทหลอนจะทุเลาภายใน 2-3 วัน

ภาวะขาดสารอย่างรุนแรง ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เป็นความเจ็บป่วยที่ต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทันที เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งพบว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีภาวะนี้มักเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด เมตาโบลิซึม หรือการติดเชื้อ

2. ภาวะชัก (seizures) พบได้ราวร้อยละ 5-15 ของผู้ที่มีอาการขาดสาร (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) โดยมักเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงหลังหยุดหรือลดการดื่มสุราลง (Sullivan, 1995)

การบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในระยะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน ตามแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง

การบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

เป้าหมายระยะยาวในการบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราคือ

1) การหยุดดื่มสุรา (abstinence) หรือลดปริมาณการดื่ม ให้ดื่มอย่างปลอดภัย หรือลดความรุนแรงของผลกระทบ (harm reduction) 2) ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention) และ 3)ฟื้นฟูสมรรถภาพในการดำรงชีวิต ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (rehabilitation) (APA, 1995) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ขั้นตอนการถอนพิษสุรา (acute/detoxification phase) การถอนพิษสุรา (alcohol detoxification) เป็นขั้นตอนแรก ซึ่งเป็นส่วนเริ่มต้นของการบำบัดการติดสุราเพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดสุราเท่านั้น เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลได้รับการบำบัดรักษาอย่างเป็นระบบจากการหยุดดื่มสุรา คือการบำบัดรักษาฤทธิ์ทางสรีรวิทยาเฉียบพลันเมื่อหยุดดื่มสุรา ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นเนื่องจากเมื่อยังมีแอลกอฮอล์หลงเหลืออยู่ในร่างกาย ผู้ป่วยจะยังคงมีอาการอยากสุรา

(craving) ซึ่งทำให้การบำบัดเพื่อเลิกสุราเป็นสิ่งที่ยากลำบากมากและอาจล้มเหลวได้ นอกจากนี้ การเจ็บป่วยทางร่างกายและปัญหาทางจิตเวช หากไม่ได้รับความสนใจก็อาจส่งผลให้การบำบัดล้มเหลวเช่นกัน ช่วงเวลาของการถอนพิษสุราถือว่าเป็นภาวะวิกฤต ต้องมีการเฝ้ากำกับติดตามอาการขาดสุราอย่างระมัดระวัง เพื่อหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ จึงเป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยมีความต้องการการพยาบาลในระดับมาก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการของการขาดสุรารุนแรงมาก หากไม่ได้รับการรักษาอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพหรืออาจถึงแก่ชีวิตได้ การบำบัดในขณะนี้เป็นการบำบัดรักษาด้วยยาเพื่อทดแทนแอลกอฮอล์ที่ขาดไป โดยประเมินจากอาการขาดสุราที่ผู้ป่วยแสดงออก ซึ่งโดยปกติจะอยู่ในการดูแลของแพทย์ จึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ในช่วงนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้สารอื่นเข้ามาทดแทนแอลกอฮอล์ที่ขาดไป ส่วนมากเป็นยาชนิดต่างๆ โดยประเมินจากอาการขาดสุราที่ผู้ป่วยแสดงออก เช่น อาการขาดสุราอย่างรุนแรง (delirium tremens) ซึ่งมีอาการแสดงออกก่อนข้างอันตราย จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิดในสภาพแวดล้อมที่สงบ ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 15 นาที ให้ได้รับสารน้ำอย่างพอเหมาะร่วมกับวิตามินบี1 (thiamine) บางทีต้องใช้ยาให้ผู้ป่วยสงบ เช่น ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepines) ระมัดระวังการเกิดปอดอักเสบ (pneumonia) และชัก (seizures) นอกจากนี้ในช่วงถอนพิษสุรายังต้องให้ความสนใจปัญหาอื่นๆ เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการทางจิตเวชต่างๆ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ มักส่งผลให้การรักษาล้มเหลว ส่วนระยะเวลาที่ใช้ในการถอนพิษสุราของผู้ป่วยแต่ละรายแตกต่างกัน ส่วนมากใช้เวลาประมาณ 1-3 วัน ผู้ป่วยอยู่ในสถานบำบัดหรือเป็นผู้ป่วยนอกก็ได้ (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Sullivan, 1995)

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพทางร่างกายและจิตใจ (rehabilitation phase) ช่วงเวลาของการฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ หลังจากการถอนพิษสุราผ่านพ้นไปแล้ว ต้องให้ความสนใจกับปัญหาทางร่างกายที่มักเป็นปัญหาเรื้อรัง ที่พบได้มาก เช่น การติดเชื้อมตามระบบต่างๆ ของร่างกาย การขาดสารอาหาร และอาการของระบบประสาท เช่น พยาธิสภาพของเซลล์ประสาทรอบนอก (peripheral neuropathy) รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ (AIDS) สิ่งต่างๆ เหล่านี้ต้องได้รับการรักษาในทางการแพทย์ เช่น ให้ยา ให้วิตามิน ให้การดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย (อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

ส่วนทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนมากมีอาการเศร้า (depression) มีความท้อแท้ มีความวิตกกังวล หรือความเครียดในเรื่องต่างๆ อยู่มาก โดยเฉพาะการไม่สามารถยอมรับปัญหาของตนเอง (denial) จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการทางจิตบำบัด เช่น ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (counseling) ทำจิตบำบัดหรือจัดให้มีกลุ่มบำบัดต่างๆ (group therapy) การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะติดสุราที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ครอบครัว การดำเนินชีวิตอย่างมีสติและการบริหารเวลา องค์ประกอบของโปรแกรม 12 ขั้นตอนสามารถนำมาผสมผสานในการบำบัดระยะนี้ โดยอาจใช้เพียง 2-3 ขั้นตอนแรกเท่านั้น

สำหรับผู้ป่วยบางรายที่มีอาการของโรคซึมเศร้า (major depressive disorders) แพทย์อาจให้ยาต้านซึมเศร้า (antidepressants) หรือลิเทียมคาร์บอเนต (lithium carbonate) (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Sullivan, 1995)

ในช่วงแรกของการหยุดใช้สุราใหม่ๆ ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการอยากสุราสูงมาก ทำให้มีความกังวลเพราะเกรงว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ โดยเฉพาะถ้ามีสิ่งเร้ากระตุ้นผู้ป่วยมาก เช่น มีเพื่อนชักชวน มีโอกาสใกล้ชิดกับสุรา หรือเห็นข้อมูลจากโฆษณาต่างๆ ฉะนั้นจึงควรนำวิธีการปรับพฤติกรรม (behavior modification) มาช่วยในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ใช้วิธีทำสัญญาตกลงระหว่างผู้นำบัดกับผู้ป่วย (behavioral contracting) หรือใช้วิธีกำหนดเงื่อนไขการทบทวน (aversive conditioning) โดยการลงโทษเมื่อผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอีก ซึ่งในปัจจุบันได้มีการพยายามควบคุมไม่ให้บุคคลกลับไปดื่มสุราอีก โดยใช้ยาชื่อ ไดซัลไฟรัม (disulfiram) ซึ่งเป็นยาที่มีคุณสมบัติต่อต้านการใช้สุรา โดยยาจะออกฤทธิ์ไม่เพียงประสงค์เมื่อผู้ป่วยใช้ยาดังกล่าวแล้วไปดื่มสุราหรือเข้าไปเกี่ยวข้องกับสารที่มีแอลกอฮอล์ เพราะยานี้มีผลต่อการเผาผลาญแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ร้อนตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ หายใจลำบาก ตาพร่ามัว วิดกกังวล เจ็บหน้าอก ชัก ตับเสียหน้าที่ กัดกร่อนหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีรายงานว่าทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ฉะนั้นผู้ป่วยที่ได้รับยาต้องได้รับความรู้และยินยอมในการใช้ยา (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; APA, 1995) ยาอีกชนิดหนึ่งคือ นาลทรีโซน (naltrexone) ซึ่งช่วยลดหรือหยุดการดื่มสุราได้ ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ให้นาลทรีโซนควบคู่กับการฝึกทักษะในการเผชิญปัญหา (coping skills training) ทำให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการเลิกสุราได้ แต่ก็ยังไม่ชัดเจนว่ายามีกลไกการออกฤทธิ์อย่างไร ทำให้การยอมรับยาอยู่ในระดับต่ำ จึงเป็นเหตุผลที่สนับสนุนว่า ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกับการใช้ยา (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545; APA, 1995) ผู้นำบัดในระยะนี้ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ (Sullivan, 1995)

ระยะที่ 3 ขั้นตอนการดูแลหลังการรักษา (after care or continuing care) มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราอีก (relapse prevention) จึงเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นรายบุคคลในระยะยาว (long-term individual therapy) ให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็ง สามารถคงสภาพการไม่ใช้สุราต่อไปได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางบุคลิกภาพ หรือปัญหาทางสุขภาพจิตต่างๆ ที่ยังต้องใช้ยาทางจิตเวชร่วมด้วย ซึ่งพบว่าในสัปดาห์แรกและเดือนแรกหลังการจำหน่ายผู้ป่วยมีโอกากลับไปดื่มสุราซ้ำสูงที่สุด สำหรับกิจกรรมที่จัดให้ในระยะนี้สามารถทำได้ทั้งแบบรายบุคคล กลุ่มบำบัด หรือครอบครัวบำบัด ซึ่งควรเป็นกิจกรรมที่วิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยใช้สุราร่วมกับการให้ความรู้ การฝึกความกล้าเป็นตัวของตัวเอง (assertive therapy) วิธีการเผชิญความเครียด การจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการหยุดใช้สุราตลอดไป อย่างไรก็ตาม ระยะเวลา

สถานที่ รูปแบบการบำบัดสามารถปรับเปลี่ยนตามสถานการณ์ได้ (อาโฬวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Geller as cited in Sullivan, 1995)

สำหรับการบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในหอผู้ป่วยฝ่ายคำ โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ นั้น แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยผู้ป่วยระยะที่ 1 การถอนพิษสุรา (alcohol detoxification) นั้นจะได้รับการดูแลบำบัดรักษาในหอผู้ป่วยฝ่ายคำ ชั้น 1 เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะถอนพิษสุราอย่างปลอดภัยแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้เวลาประมาณ 5-7 วัน จึงจะส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดระยะที่ 2 การฟื้นฟูสภาพทางร่างกาย จิตใจที่หอผู้ป่วยฝ่ายคำ ชั้น 2 สำหรับการดูแลหลังการรักษานั้นแม้จะไม่ได้ถูกแบ่งออกเป็นระยะที่ชัดเจน แต่ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยนั้นพบว่ารวมอยู่ในการวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) และการติดตามการรักษาหลังการจำหน่าย (follow up planning) ซึ่งมีการเตรียมการตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ในทางปฏิบัติ เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจะมีการประสานกับหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนเพื่อส่งต่อการดูแลต่อเนื่องทุกราย ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนจะมีการประสานกับหน่วยงานสาธารณสุขในชุมชนแหล่งสนับสนุนในชุมชนตั้งแต่ผู้ป่วยยังรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันตามสภาพปัญหา หลังจำหน่ายทีมสหวิชาชีพจะติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินและวางแผนช่วยเหลือต่อเนื่องต่อไป

การถอนพิษสุรา

การถอนพิษสุรา (alcohol detoxification) เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลได้รับการบำบัดรักษาอย่างเป็นระบบจากการหยุดดื่มสุรา การถอนพิษสุราเป็นส่วนเริ่มต้นของการบำบัดการติดสุราเท่านั้น คือการบำบัดรักษาฤทธิ์ทางสรีรวิทยาเฉียบพลันเมื่อหยุดดื่มสุรา เป็นการบำบัดรักษาด้วยยา รวมทั้งการให้คำปรึกษา ซึ่งโดยปกติจะอยู่ในการดูแลของแพทย์ เป็นกระบวนการที่ต้องการการเฝ้ากำกับติดตามอาการขาดสุราอย่างระมัดระวัง เพื่อหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพราะอาการขาดสุราที่ไม่ได้รับการบำบัดรักษาอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพหรืออาจถึงแก่ชีวิตได้ อย่างไรก็ตาม การถอนพิษสุราไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาด้านจิต สังคม และพฤติกรรมที่เกิดจากการติดสุรา จึงไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เพียงพอสำหรับการเลิกสุรา การถอนพิษสุราจะมีประโยชน์มากเมื่อรวมเข้ากับกระบวนการบำบัดรักษาในขั้นตอนต่อไป เพื่อรับการบำบัดอย่างเป็นระบบให้เลิกสุราได้ต่อไป (ASAM, 1998; Sullivan, 1995)

เป้าหมายของการบำบัดเพื่อถอนพิษสุรา มีเป้าหมายเบื้องต้น 2 ข้อคือ (Gallant, 1999)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยถอนพิษสุราอย่างปลอดภัยและสุขสบายเท่าที่เป็นไปได้
2. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการรักษาเพื่อฟื้นฟูสภาพ

สำหรับสถานที่รักษา การถอนพิษสุราเป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา สถานที่ในการรักษานั้นต้องมีการประเมินอาการขาดสุราของผู้ป่วยได้สม่ำเสมอและให้การบำบัดรักษาที่จำเป็นได้ ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่แพทย์จำเป็นต้องตัดสินใจ โดยมีข้อบ่งชี้ดังนี้

1. แบบผู้ป่วยนอก

1.1 เป็นสถานที่รักษาที่เหมาะสมสำหรับการรักษาผู้ป่วยที่แพทย์เชื่อว่าจะมีความเสี่ยงน้อยในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของอาการขาดสุรา (APA, 1995)

1.2 ผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราเล็กน้อย (คะแนนแบบประเมิน CIWA-Ar น้อยกว่า 10) และไม่มีประวัติชักจากสุรา ไม่มีประวัติอาการขาดสุรารุนแรง (Gallant, 1999)

การรักษาแบบผู้ป่วยนอกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสนับสนุนประคับประคองจากครอบครัว การบำบัดทางจิตสังคม ร่วมกับการให้ยา แพทย์อาจให้ยานอนหลับที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นร่วมกับเบนโซไดอะซีปีนที่ออกฤทธิ์ระยะสั้นในขนาดปานกลางเพื่อลดอาการวิตกกังวลในตอนกลางวัน ประเมินอาการขาดสุราตามมาตรฐาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะถอนพิษสุราได้ภายใน 4-7 วัน (Gallant, 1999)

2. แบบผู้ป่วยใน เกณฑ์การพิจารณารับผู้ป่วยไว้ถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในคือ (APA, 1995; Fiellin & Reid, 2000)

2.1 มีอาการขาดสุราปานกลางถึงรุนแรง

2.2 มีประวัติการชักหรือภาวะขาดสุรารุนแรงมาก่อน

2.3 มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนร่วมกับอาการขาดสุรา ได้แก่ มีประวัติการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงมาก่อน มีประวัติการดื่มสุราอย่างหนักและมีความต้านทานสูง (tolerance)

2.4 มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย

2.5 ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.6 มีโรคทางจิตเวชหรือทางกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลร่วมด้วย

2.7 ไม่สามารถรับประทานยาได้

2.8 เคยได้รับการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอกแล้วแต่ไม่สำเร็จ

ยาที่ใช้ในการรักษาอาการขาดสุราในการบำบัดระยะถอนพิษสุรา

ยาเป็นองค์ประกอบสำคัญในการบำบัดระยะถอนพิษสุรา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยาที่เกี่ยวข้องในการบำบัดระยะถอนพิษสุรามีดังนี้

1. เบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) เป็นยาหลักในการรักษาภาวะขาดสุรา ให้ได้ผลค่อนข้างดี เพราะมีคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาหลายอย่างคล้ายแอลกอฮอล์ จึงทำหน้าที่แทนกันได้ นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ต้านชัก ลดอาการสั่น พลังพล่าน กระวนกระวายใจ และรักษาอาการนอนไม่หลับ

ตัวอย่างยากกลุ่มนี้คือ อัลปราโซแลม (alprazolam) โบรมาซีแพม (bromazepam) คลอไดอะซีปอกไซด์ (chlordiazepoxide) โคลบาแชม (clobazam) โคลราซีเพท (clorazepate) ไดอะซีแพม (diazepam) ลอราซีแพม (lorazepam) อ็อกซาซีแพม (oxazepam) โคลนาซีแพม (clonazepam) ฟลูราซีแพม (flurazepam) ฮาลาซีแพม (halazepam) โดยนิยมให้เบนโซไดอะซีปีนที่ออกฤทธิ์นาน เช่น คลอไดอะซีปอกไซด์ หรือไดอะซีแพม เนื่องจากระดับยาจะค่อนข้างคงที่ นอกจากผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตับ การใช้ลอราซีแพมจะเหมาะสมกว่า (มานิช หล่อตระกูล, 2547; APA, 1995)

จากผลการศึกษาการวิเคราะห์เมตารายงานว่า เบนโซไดอะซีปีนเป็นยาที่เหมาะสมที่สุดในการรักษาภาวะขาดสติ (Mayo-Smith, 1997)

2. คาร์บามาซีปีน (carbamazepine) เป็นยากันชัก ใช้รักษาอาการขาดสติได้ และใช้ได้ผลดีในการป้องกันภาวะชักจากการขาดสติ แม้ว่าจะมีแนวโน้มทำให้เกิดเม็ดเลือดขาวต่ำ ซึ่งทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และมีข้อห้ามใช้ในผู้ที่เป็โรคตับรุนแรง แต่โดยทั่วไปแล้ว ในผู้ป่วยที่มีประวัติชักจากการขาดสติ เบนโซไดอะซีปีนก็มีผลเพียงพอในการป้องกันอาการชัก ยกเว้นผู้ป่วยที่มีประวัติการชักไม่สัมพันธ์กับการใช้สุรา ควรต้องให้ยากันชักและให้อย่างต่อเนื่อง (APA, 1995) นอกจากนี้ คาร์บามาซีปีนยังมีฤทธิ์ทำให้อารมณ์คงที่ (mood stabilizing effect) ทำให้อาการทางจิตสามารถลดได้รวดเร็วในช่วง 1 สัปดาห์แรกของการถอนพิษสุราและมีฤทธิ์ข้างเคียงเกี่ยวกับอาการง่วงนอนน้อย (สาวิตรี อัมณวงศ์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

3. วาลโปรอิก แอสิด (valproic acid) สามารถลดอาการขาดสติ รวมทั้งอาการชักและลดการเกิดภาวะขาดสติอย่างรุนแรงได้ จากการศึกษาประเมินประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยา วาลโปรอิก โซเดียม (depakote) เปรียบเทียบกับยาเบนโซไดอะซีปีน ในการรักษาอาการขาดสติระดับปานกลาง (moderate withdrawal) พบว่า วาลโปรอิก โซเดียมลดอาการขาดสติได้เร็วกว่าเบนโซไดอะซีปีน ซึ่งน่าจะเหมาะกับการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอกเนื่องจากไม่ทำให้เกิดภาวะเสียดิ และไม่มีเสริมฤทธิ์กับแอลกอฮอล์ (Longo, Campbell & Hubatch, 2002)

4. โคลนิดีน (clonidine) เป็นยาออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง (alpha-2 adrenergic agonist) ใช้รักษาอาการขาดสติโดยช่วยลดอาการสั่น (tremor) ลดอัตราการเต้นของหัวใจ และลดความดันโลหิตได้ (APA, 1995)

5. เบต้าบล็อคเกอร์ (beta-blocker) ได้แก่ โพรพานอลอล (propanolol) สามารถลดอาการมือสั่น เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็ว ลดความดันโลหิต และใช้ขนาดสูงขึ้นในรายหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias) อะเทโนลอล (atenolol) ได้ผลเช่นเดียวกัน แต่มักใช้ร่วมกับเบนโซไดอะซีปีน โดยให้เบนโซไดอะซีปีนในขนาดที่น้อยลง ซึ่งจะช่วยลดอาการง่วงนอน และความจำเสื่อม (cognitive impairment) จากผลของเบนโซไดอะซีปีน (APA, 1995) ดังนั้น อะเทโนลอลจึงเป็นยาเสริมเท่านั้น เพื่อรักษาอาการขาดสติระดับปานกลาง (สาวิตรี อัมณวงศ์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล,

2543)

โคลนิตินและเบต้าบล็อกเกอร์ถูกใช้เป็นยาเสริมกับการใช้ยารักษาอาการขาดสุราตามมาตรฐานเท่านั้น ไม่สามารถใช้เพียงอย่างเดียวได้เนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะชัก (APA, 1995)

6. แมกนีเซียมซัลเฟต (magnesium sulphate) ใช้ในกรณีหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmias) ซึ่งมักพบระดับแมกนีเซียมในเลือดต่ำ ดังนั้นจึงมีการให้แมกนีเซียมซัลเฟตเสริมกับการรักษาตามมาตรฐาน (สาวิตรี อัมณังค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543) นอกจากนี้ แมกนีเซียมซัลเฟตยังช่วยป้องกันภาวะชักจากสุราด้วย (APA, 1995)

7. บาร์บิทูเรต (barbiturates) ได้แก่ เฟ็นโทบาร์บิทัล (pentobarbital) และฟีโนบาร์บิทัล (phenobarbital) อาจใช้ลดอาการขาดสุราในรายที่มีภาวะคื้อยาเบนโซไดอะซีปีน (APA, 1995) ซึ่งได้ผลดีต่ออาการสั่นและอาการชัก (สาวิตรี อัมณังค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

8. ยารักษาโรคจิต (antipsychotics) ได้แก่ ฮาโลเพอริดอล (haloperidol) ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรารุนแรง มีอาการหลงผิด หรือประสาทหลอน

9. วิตามินบี1 (thiamine) ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราปานกลางถึงรุนแรงทุกราย เพื่อรักษาหรือป้องกันการทำลายระบบประสาทส่วนกลางที่มักเกิดในผู้ป่วยที่ดื่มสุราเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่ยากแก่การวินิจฉัย ได้แก่ เวิร์นิก เอนเซฟฟาโลพาที (wernicke's encephalopathy) ขนาดที่ใช้ประมาณ 50-100 มิลลิกรัมต่อวัน (Gallant, 1999)

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยขาดสุรามีความก้าวหน้ามากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีรูปแบบของการให้ยาเบนโซไดอะซีปีน ซึ่งเป็นยาหลักในการรักษาอาการขาดสุราดังต่อไปนี้

1. การให้ยาแบบกำหนดเวลาตายตัว (standard treatment regimen or fixed-schedule regimen) เป็นการให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดในรายที่มีความเสี่ยงหรือเริ่มมีอาการขาดสุราเพียงเล็กน้อย เช่น มือสั่น เหงื่อออก หรือคะแนนของแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) มากกว่า 8-10 เพื่อป้องกันการเกิดอาการถอนพิษสุราหรือควบคุมอาการถอนพิษไม่ให้รุนแรงมากขึ้น การรักษาวินีนี้เหมาะสำหรับห่อผู้ป่วยทั่วไป การให้ยาตามเวลานี้ มีข้อควรระวังในช่วงเวลาของการให้ยา เช่น การให้ยา 4 เวลาหลังมื้ออาหารและก่อนนอน จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีช่วงที่ระดับยาในเลือดต่ำลงมากในช่วงกลางคืน เนื่องจากมีระยะห่างระหว่างยามื้อก่อนนอนและยามื้อเช้า ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการขาดสุราที่รุนแรงในช่วงเวรคึกได้ ดังนั้น ควรให้ยาตามระยะเวลาทุก 6 ชั่วโมง จะทำให้ระดับยาในเลือดคงที่ได้มากกว่า ข้อกำหนดในการให้ยามีดังนี้ (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545)

1.1 ให้ยาคลอไดอะซีปอกไซด์ 50 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง 4 ครั้ง (ใน 24 ชั่วโมงแรก) หลังจากนั้นให้ 25 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง 8 ครั้ง (ในช่วง 24-72 ชั่วโมง)

1.2 ให้ยาเพิ่มตามความจำเป็นเมื่อยาในข้อ 1.1 ไม่สามารถควบคุมอาการได้ หรือคะแนนของแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา CIWA-Ar มากกว่าหรือเท่ากับ 8-10

เนื่องจากเบนโซไดอะซีปีนมีระยะเวลาออกฤทธิ์ยาว เป็นผลให้การให้ยารูปแบบนี้ อาจเกิดพิษของยา หรือไม่ได้ประสิทธิภาพเท่าที่ควร (สาวิตรี อัมฉนังค์กรชัย และ สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

2. การให้ยาเมื่อมีอาการ (symptom-triggered therapy [S-TT]) เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา โดยพิจารณาขนาดยาและความถี่ในการให้ยาตามความรุนแรงของอาการ ซึ่งประเมินโดยใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา (AWS) มีการติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในรายที่อาการรุนแรงมากอาจต้องประเมินทุก 10-15 นาที ในรายที่อาการปานกลางถึงรุนแรงอาจต้องประเมินทุก 1-2 ชั่วโมง ในรายที่อาการเล็กน้อยอาจประเมินทุก 4-8 ชั่วโมง ยาที่ให้อาจพิจารณาให้โดยการกิน หรือฉีดทางเส้นเลือดในกรณีผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก กินไม่ได้ หรือไม่ยอมกิน

หลังจากผู้ป่วยสงบแล้ว ให้คำนวณขนาดยาที่จำเป็นต้องใช้และแบ่งให้เป็น 4 เวลาในวันถัดไป และลดขนาดยาลงประมาณร้อยละ 25 ทุก 2-3 วัน จนหยุดยาได้ โดยไม่ควรให้ยาต่อเนื่องเกิน 10 วัน นอกจากกรณีที่ผู้ป่วยยังมีปัญหาอื่นที่จำเป็นต้องใช้ยา เช่น นอนไม่หลับ วิดกกังวล ให้พิจารณาใช้ยาตามความจำเป็น ถ้าหมดความจำเป็น หรือข้อบ่งชี้ให้พิจารณาหยุดยาได้ ข้อกำหนดในการให้ยามีดังนี้

2.1 ให้ยาคลอไดอะซีปอกไซด์ (chlordiazepoxide) 50-100 มิลลิกรัม ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าคะแนนของความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) จะต่ำกว่า 8-10 คะแนน

2.2 หลังให้ยาแล้ว 1 ชั่วโมง ควรประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) อีกครั้ง เพื่อดูว่าผู้ป่วยยังต้องการยาเพิ่มอีกหรือไม่

3. การให้ยาดูดยาสูง (loading-dose technique) เป็นการให้ยาดูดยาสูงในระยะแรก แล้วปรับขนาดยาตามอาการ และค่อยๆ ลดขนาด วิธีนี้มีความเสี่ยงต่ำในการเกิดพิษของระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งลดการหายใจ ข้อกำหนดในการให้ยา คือ ให้ไดอะซีแพม 20 มิลลิกรัมฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรับประทานขนาดต่ำ เช่น 5 มิลลิกรัม ทุก 1 ชั่วโมงจนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีอาการขาดสุรา ข้อควรระวังคือ การให้ไดอะซีแพมเข้าทางหลอดเลือดดำขนาดสูงและเร็วเกินไป อาจทำให้การหายใจและหัวใจหยุดทำงานได้ (ไพรัตน์ พงษ์ชาติคุณากร, 2534) ซึ่งมักจะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นภายใน 6-7 ชั่วโมง ระดับยายังคงอยู่ในร่างกายนาน 2 วัน แล้วขับออกอย่างช้าๆ การให้ยาเพิ่มเติมจึงไม่จำเป็น อาการข้างเคียงมีน้อยและไม่รุนแรง ขณะที่ให้ยาระดับสูง ผู้ป่วยจะมี

อาการง่วง เหน็ดเหนื่อย ความจำบกพร่อง เห็นภาพซ้อน สับสน อาการกดการหายใจและการทำงานของหัวใจมีเพียงเล็กน้อย ดังนั้นผู้รักษาจึงควรติดตามประเมินอาการเป็นระยะอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยที่มีอาการขาดสารุนแรงถึงปานกลาง ควรให้ยาโดอะซีแอมอย่างน้อย 60 มิลลิกรัม หรือ คลอโดอะซีปอกไซค์อย่างน้อย 300 มิลลิกรัม (สวितรี อัยณางค์กรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543)

แพทย์อาจให้โดอะซีแอมหรือลอร่าซีแอมแทนคลอโดอะซีปอกไซค์ได้ โดยเทียบขนาดยา ดังนี้ คลอโดอะซีปอกไซค์ 25 มิลลิกรัม เท่ากับ โดอะซีแอม 5 มิลลิกรัม และเท่ากับลอร่าซีแอม 1 มิลลิกรัม ส่วนการให้เบนโซโดอะซีปีนเข้ากล้ามเนื้อ เช่น โดอะซีแอม คลอโดอะซีปอกไซค์ ยาจจะถูกดูดซึมได้ไม่ดี ถ้าผู้ป่วยอาเจียนมากหรือไม่สามารถรับประทานยาได้ อาจให้ลอร่าซีแอมทางกล้ามเนื้อได้ เนื่องจากถูกดูดซึมได้เร็ว ขนาดของเบนโซโดอะซีปีนควรปรับตามปริมาณการดื่มสุราก่อนหยุดดื่ม น้ำหนักผู้ป่วย และความรุนแรงของอาการขาดสาร (Gallant, 1999)

แม้ว่ารูปแบบการให้ยาเมื่อมีอาการ (S-TT) จะซับซ้อนกว่าการให้ยาแบบกำหนดเวลาตายตัว แต่จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาอาการขาดสารโดยยึดแบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) เป็นหลักพบว่า การให้ยาเมื่อมีอาการ (S-TT) ใช้ปริมาณยาเบนโซโดอะซีปีนและระยะเวลาการรักษาน้อยกว่าการให้ยาแบบกำหนดเวลาตายตัว (Saitz, Mayo-Smith, Roberts, 1994) การให้ยาดังกล่าวในผู้ป่วยที่เคยผ่านประสบการณ์การถอนพิษสุราในระดับปานกลาง (moderate) และรุนแรง (severe) จึงไม่เพียงพอ ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อยควรลดปริมาณการให้ยาลง อย่างไรก็ตาม แพทย์ต้องระมัดระวังในการให้ยาอย่างมากในรายที่มีอาการถอนพิษสุราซ้ำเพราะเชื่อว่าการให้ยารักษาที่ไม่เพียงพอในรายถอนพิษสุราซ้ำสามารถทำให้เกิดอาการถอนพิษสุราที่มีระดับความรุนแรงขึ้นในอนาคตพร้อมกับความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system [CNS]) อย่างถาวร ทำให้เกิดภาวะชักจากการถอนพิษสุราได้

นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญบางท่านยังแนะนำด้วยว่า ไม่ควรให้เบต้าบล็อกเกอร์ โคลนินดีน คาร์บามาซีปีน และยารักษาโรคจิตเพียงอย่างเดียว โดยไม่ให้ยาเบนโซโดอะซีปีน โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารุนแรง มักต้องการยาเบนโซโดอะซีปีนในขนาดที่สูงกว่าขนาดยาที่ใช้รักษาอาการขาดสุราปานกลาง

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง

แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากสุรา ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการระดมสมอง

ของทีมสุขภาพโรงพยาบาลสวนปรุง ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2548ก)

1. การทบทวนองค์ความรู้ ประกอบด้วยความรู้เรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุรา ได้แก่ สุราและผลต่อร่างกาย ระบาดวิทยาของปัญหาการดื่มสุราและผลกระทบ รูปแบบของการดื่มสุรา การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดจากแอลกอฮอล์ การดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มและติดสุรา ซึ่งประกอบด้วยการดูแลรักษาในระยะถอนพิษสุรา การรักษาในระยะฟื้นฟูสภาพจิตใจและสังคม และการดูแลหลังการรักษา จิตใจและสังคมบำบัดในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มและติดสุรา

2. แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มและติดสุราแบบผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย การคัดกรองผู้ป่วยและการประเมินผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ การประเมินทางคลินิกและการรักษา โดยแพทย์ การบำบัดทางจิตสังคมโดยทีมคลินิกบำบัดสารเสพติด และการติดตามผล ซึ่งมีรายละเอียดตามจุดบริการดังนี้

2.1 การคัดกรองผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้คัดกรองผู้ป่วยทุกรายว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราหรือสารเสพติดหรือไม่ โดยเน้นในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ถ้าเป็นผู้ป่วยครั้งแรก ให้พบนักสังคมสงเคราะห์เพื่อซักประวัติตามแบบประเมินดัชนีวัดความรุนแรงของการติดสารเสพติด (Addictive Severity Index [ASI]) ส่งพบแพทย์ และส่งคลินิกบำบัดสารเสพติด ตามลำดับ ถ้าเป็นผู้ป่วยเก่า รับบริการปรึกษา ก่อนพบแพทย์ ส่งพบแพทย์ และส่งคลินิกบำบัดสารเสพติด ตามลำดับ

2.2 คลินิกบำบัดสารเสพติด มีขั้นตอนบริการดังนี้

2.2.1 รับผู้ป่วยจากจุดคัดกรอง (ยกเว้นผู้ป่วยเก่า) ประเมินด้วยแบบคัดกรองปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorders identification tests [AUDIT]) และให้การบำบัดตามเกณฑ์

2.2.2 ประเมินภาวะสุขภาพด้วยแบบประเมินตามความเหมาะสม ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ประวัติการเสพยาเสพติดด้านปริมาณและความถี่ ความสามารถในการทำงาน (Global Assessment of Function Scale [GAF]) เป็นต้น บันทึกผลในแบบประเมินความพร้อมและวางแผนการบำบัดรักษา และแบบประเมินติดตามการบำบัดรักษา

2.2.3 ให้การบำบัดตามระดับของแรงจูงใจตามเกณฑ์

2.2.4 การติดตามผล มีการวางแผนการรักษาและติดตาม นัดหมายผู้ป่วย ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ จดหมาย ร่วมกับหอผู้ป่วยติดตามเยี่ยมบ้าน ในรายมีปัญหาซับซ้อน

3. แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มและติดสุราแบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย เกณฑ์การรับรักษาแบบผู้ป่วยใน แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและติดสุรา สำหรับพยาบาล เป็นการให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล แบ่งการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 2 ระยะ ระยะแรกคือ ระยะถอนพิษสุรา เป็นการดูแลผู้ป่วยในระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดสุรา ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ผู้ป่วยผ่านพ้นระยะนี้อย่างปลอดภัยและ

พร้อมเข้าสู่การบำบัดระยะต่อไปคือ ระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีการคัดกรอง ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้การบำบัดทางจิตสังคมตามเกณฑ์นั้น

4. แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากการดื่มสุราและติดสุราสำหรับแพทย์ ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยโดยการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การตรวจสภาพจิต การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการในรายที่จำเป็น และวินิจฉัยโรค การประเมินความรุนแรงของภาวะขาดสุรา ประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะขาดสุรา การพิจารณาให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

5. การวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) และการติดตามการรักษาหลังการจำหน่าย (follow plan) เป็นกระบวนการที่มีการเตรียมการตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยอาศัยความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพ ผู้ดูแลและผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำศักยภาพที่มีอยู่มาช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งมีการประสานงานงาน ให้ข้อมูลกับหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่าย ประกอบด้วยกระบวนการในการประเมินปัญหา การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ การกำหนดแผนการจำหน่าย แนวทางการดำเนินงานใช้รูปแบบของ D-METHOD

6. การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยทีมนสหวิชาชีพ ซึ่งร่วมกันดูแลผู้ป่วยโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยบทบาทของแต่ละฝ่ายดังนี้

6.1 นักจิตวิทยา ในระยะฟื้นฟูสภาพนักจิตวิทยามีบทบาทในการทดสอบทางจิตวิทยาชนิดต่างๆ ตามคำสั่งแพทย์ ทำจิตบำบัดรายบุคคลตามการส่งต่อของทีมนสหวิชาชีพทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เป็นผู้นำกลุ่มจิตบำบัดสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (รวมผู้ป่วยที่ไม่ใช่โรคสุราด้วย) เป็นผู้นำกลุ่มปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมเพื่อเลิกสุรา 1 สัปดาห์/เดือน เป็นผู้นำกลุ่มให้คำปรึกษาเรื่องสุรา 4 ครั้ง/เดือน

6.2 นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทในระยะฟื้นฟูสภาพคือ ประเมินผู้ป่วยในรายที่มีปัจจัยกระตุ้นทางด้านสังคมที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอีก และวางแผนให้ความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ กรณีมีปัญหาซับซ้อนต้องติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับหอผู้ป่วย

6.3 นักอาชีวบำบัด มีบทบาทในระยะฟื้นฟูสภาพโดยประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยให้การบำบัดด้วยกิจกรรม จนถึงการวางแผนจำหน่าย โดยเน้นที่การปรับปรุงความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของบุคคลให้ดำรงอยู่อย่างมีคุณค่า นำพึงพอใจมากขึ้น

6.4 โภชนากร มีบทบาทในการจัดอาหารเฉพาะโรคให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายจากการประสานของหอผู้ป่วย ให้ความรู้ด้านโภชนศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย 1 ครั้ง

สำหรับบทบาทของแพทย์ปรากฏอยู่ในรายละเอียดข้อ 4 แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากการดื่มสุราและติดสุราสำหรับแพทย์ บทบาทของพยาบาลอยู่ในข้อที่ 3 แนวทางการดูแลรักษา

ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มและติดสุราแบบผู้ป่วยในของพยาบาล

แนวทางการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง

แนวทางการถอนพิษสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นส่วนหนึ่งในองค์ประกอบของแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มและติดสุราแบบผู้ป่วยใน ซึ่งกล่าวถึงทั้งระยะถอนพิษสุราและระยะฟื้นฟูสภาพ ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะแนวทางการถอนพิษสุราผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นหัวข้อในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้ (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2548ก)

เกณฑ์ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน

ข้อพิจารณาสำหรับแพทย์ในการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลมีดังนี้

1. ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหรือคาดว่าจะมีอาการขาดสุราในระดับปานกลางถึงรุนแรง (moderate to severe withdrawal) โดยประเมินจากการ อาการแสดง ความรุนแรงในการติดสุรา ประวัติในอดีต หรือใช้เครื่องมือในการประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษ
2. มีโรคจิตเวชหรือโรคทางกายอื่นๆ ซึ่งต้องการการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น การชัก หรือประวัติของการชัก กำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร โรคหัวใจ โรคตับ สงสัยว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
3. มีการติดยาหรือสารเสพติดอื่นร่วมด้วย และมีอาการถอนพิษจากสารเสพติดหลายชนิด
4. มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง หรือควบคุมไม่ได้
5. มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
6. ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้
7. เคยรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ได้ผล
8. ไม่มีญาติหรือสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพียงพอสำหรับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและติดสุรา สำหรับพยาบาล

แนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและติดสุราสำหรับพยาบาล เป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของพยาบาล ซึ่งใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การซักประวัติ เช่น ชนิดของสุรา ระยะเวลาความถี่ของการใช้สุรา ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน ประวัติการลดหรือการหยุดดื่มสุรา ประวัติการชัก ประวัติกรรมพันธุ์ ประวัติการบาดเจ็บของร่างกาย เป็นต้น การตรวจร่างกาย เช่น การวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การตรวจของระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น การประเมิน

ทางด้านจิตใจ โดยประเมินด้านสมาธิ ความจำ การรู้ เวลา สถานที่ และบุคคล อารมณ์ ความคิด การรับรู้ การตัดสินใจ การหยั่งรู้ในตนเอง แรงจูงใจในการเลิกสุรา การประเมินทางด้านสังคม โดยประเมินด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ แหล่งสนับสนุนทางด้านสังคม การประเมินทางด้านจิตวิญญาณ โดยประเมินด้านทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต

2. การวินิจฉัยทางการแพทย์ เพื่อวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และให้ได้รับความปลอดภัย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขตามอัตรภาพ ซึ่งในที่นี้ขอยกตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยในระยะถอนพิษสุรา

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เนื่องจากการหยุดดื่มสุรา

มีภาวะถอนพิษสุรา เนื่องจากการหยุดดื่มสุรา

เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากภาวะถอนพิษสุรา

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย เนื่องจากอยู่ในระยะถอนพิษสุรา

มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย..

เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำและอิเล็กโตรไลต์

3. การวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติทางการแพทย์ เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ที่มีปัญหาจากสุรา ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความรุนแรงของปัญหาที่พบ

ตัวอย่างการวางแผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ปัญหาทางการแพทย์: เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากอยู่ในระยะถอนพิษสุรา

ข้อมูลสนับสนุน: บกพร่องด้านการรับรู้

บกพร่องด้านความสมดุลและการทรงตัว

เป้าหมายทางการแพทย์

เป้าหมายระยะสั้น: ป้องกันการหกล้มและการบาดเจ็บ

เป้าหมายระยะยาว: มีแนวทางในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

การปฏิบัติการพยาบาลและเหตุผล

1. ประเมินสภาพและระดับความรู้สึกร่างกายของผู้ป่วย เช่น อาการมึนงง สับสน ควบคุมตัวเองได้น้อย อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง
2. ประเมินความรุนแรงของการถอนพิษสุรา เนื่องจากในขณะนี้อาจพบว่าผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการรับรู้ เช่น มีประสาทหลอนทางหู ทางตา และทางสัมผัส และมีการตอบสนองต่อการรับรู้ที่ผิดปกติต่างๆ เช่น เห็นสายน้ำเกลือเป็นงูแล้ววิ่งหนี

3. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่มีสิ่งกีดขวางและจัดให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่มีไม้กั้นเตียง
4. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล หรือที่มองเห็นชัดเจน สะดวกต่อการดูแล
5. กรณีที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากงุนงง สับสน จำเป็นต้องเฝ้าระวังผู้ป่วย และให้การดูแลขณะผูกยึดผู้ป่วย
6. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา

4. การประเมินผลการพยาบาล เป็นส่วนสำคัญของกระบวนการพยาบาลในการประเมินผลสำเร็จของเป้าหมายว่าบรรลุเป้าหมายได้หรือไม่ อย่างไร โดยการสังเกตอาการ อาการแสดง และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากสุรา หากพบว่าไม่บรรลุตามเป้าหมาย พยาบาลต้องมีการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม และวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย

กรณีพบความผิดปกติทางกายจะต้องรายงานแพทย์ หากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หรือต้องได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลฝ่ายทางกาย จะพิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลฝ่ายทางกาย

การประเมินโอกาสเสี่ยงในการเกิดอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Assessment)

ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเหล่านี้ จะมีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุราได้มากขึ้น

1. ดื่มสุรารุนแรง
2. มีประวัติเคยมีอาการถอนพิษสุรามาก่อน
3. ปริมาณการดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ จะมีโอกาสเสี่ยงสูงใน

3.1 ผู้ชายที่ดื่มมากกว่า 8 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เป็นเวลา 10-20 ปี หรือในช่วงที่ผ่านมาดื่มมากกว่า 16 ดื่มมาตรฐานต่อวัน

3.2 ผู้หญิงที่ดื่มมากกว่า 6 ดื่มมาตรฐานต่อวัน เป็นเวลา 5-10 ปี หรือในช่วงที่ผ่านมาดื่มมากกว่า 12 ดื่มมาตรฐานต่อวัน

3.3 ผู้สูงอายุที่ดื่มมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน

4. มีภาวะโรคทางกายร่วมด้วย

หมายเหตุ องค์การอนามัยโลกกำหนดค่า “หนึ่งดื่มมาตรฐาน” ดังนี้

หนึ่งดื่มมาตรฐาน (1 standard drink or 1 drink) หมายถึง เครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ 10 กรัม ซึ่งเมื่อเทียบกับเครื่องดื่มประเภทต่างๆ จะได้ดังนี้

เหล้าขาวหรือวิสกี้ มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 40% ประมาณ 1 ถ้วยเล็ก (30 มิลลิลิตร) หรือ 2 ฝา หรือ 1 ถัง

เบียร์ชนิดอ่อน (light beer) มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 2-2.9 % ประมาณ 1.5 กระป๋อง หรือ 3/4 ขวด (1 กระป๋องเท่ากับ 330 มิลลิลิตร)

เบียร์ชนิดปานกลาง (mild strength beer) มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 3-3.9 % เช่น เฮนเกนประมาณ 1 กระป๋อง หรือ 1/2 ขวด

เบียร์ชนิดแรง (heavy beer) มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 4-5 % เช่น สิงห์ คลอสเตอร์ ลีโอ ช้าง คาร์สเบอร์กส์ ประมาณ 3/4 กระป๋อง หรือ 1/4 ขวด

ไวน์ธรรมดา มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 12.5 % ประมาณ 1 แก้ว (100 มิลลิลิตร)

ไวน์ชนิดแรง (fortified wine) มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ 20.5 % ประมาณ 1 แก้ว (60 มิลลิลิตร)

การประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา

ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษสุรา หรือในผู้ติดสุราที่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการถอนพิษควรจะได้รับการประเมินความรุนแรงและติดตามอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่องจนพ้นระยะของการเกิดอาการถอนพิษ เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยในการประเมินความรุนแรงและติดตามอาการถอนพิษสุราที่เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้ เช่น Alcohol Withdrawal Scale (AWS), Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar), Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) สำหรับโรงพยาบาลสวนปรุง ใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (AWS) ของซอนเดอร์ส (Saunders) ซึ่งแปลโดยแพทย์หญิงพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ เพื่อเป็นเอกสารที่ใช้ในงานประจำของโรงพยาบาลสวนปรุง (ภาคผนวก จ)

การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา (alcohol detoxification)

เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะแรกที่ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา หรือมีโอกาสดังกล่าว อาการถอนพิษสุรา เพื่อป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ชัก ภาวะขาดสุราอย่างรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดูแลรักษาใน 7 วันแรกที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล โดยมีวิธีปฏิบัติดังนี้

1. การใช้ยา (medication)

1.1 ให้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) เพื่อลดและป้องกันการเกิดอาการถอนพิษสุรา ยาที่ใช้ ได้แก่

ไดอะซีแพม (diazepam) 10-20 ม.ก. รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง

หรือคลอไดอะซีปอกไซด์ (chlordiazepoxide) 25-100 ม.ก. รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง

หรือลอราซีแพม (lorazepam) 2-10 ม.ก. รับประทาน ทุก 4-6 ชั่วโมง กรณีผู้สูงอายุ หรือ

ตับสูญเสียการทำงาน (impaired liver function)

แพทย์ต้องปรับขนาดยาตามความรุนแรงของอาการ ควรเริ่มจากขนาดยาที่สูงพอที่จะลดหรือควบคุมอาการถอนพิษสุราให้ผู้ป่วยสงบก่อน เมื่ออาการสงบ ลดยาลง 20-25 % ทุก 2-3 วัน กรณีที่ผู้ป่วยยังมีอาการถอนพิษสุราหรือไม่สงบ พิจารณาให้ยาเพิ่มตามความรุนแรงของอาการ (prn) ตามแนวทางการจัดการภาวะถอนพิษสุราของพยาบาล (nursing guidelines for alcohol withdrawal management) โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินและจะพิจารณารายงานแพทย์โดยเร่งด่วนตามเกณฑ์ในการรายงานแพทย์ซ้ำ เพื่อให้แพทย์ประเมินทางคลินิกและปรับการรักษา

1.2 ให้ยาด้านโรคจิต (antipsychotic medication) ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา รุนแรงโดยเฉพาะที่มีอาการประสาทหลอนรุนแรง (severe hallucination) อาจพิจารณาให้ยารักษาโรคจิต ได้แก่ ฮาโลเพริดอล (haloperidol) 2.5-5 ม.ก. เข้ากลืนเนื้อ โดยซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยดีขึ้นให้ทบทวนความจำเป็นที่ต้องใช้ยารักษาโรคจิต และอาจพิจารณาให้เบนซ์โทรปีน (benztropine) 0.5-2 ม.ก. วันละ 2 ครั้ง เพื่อป้องกันฤทธิ์ข้างเคียงของยาด้านโรคจิต

2. การทดแทนสารอาหารหรือเกลือแร่ที่บกพร่องไปและการดูแลแบบประคับประคอง (supplement and supportive care) ได้แก่

2.1 ให้วิตามินบี1 (thiamine) ในขนาดที่เพียงพอในผู้ป่วยทุกรายเพื่อป้องกันกลุ่มอาการเวอร์นิค คอร์ซาคอฟ (wernicke-korsakoff syndrome)

วิตามินบี1 100 ม.ก. เข้ากลืนเนื้อ หรือ เส้นเลือดดำ 3-5 วัน

วิตามินบี1 100 ม.ก. รับประทาน 3 ครั้ง/วัน หรืออาจพิจารณาให้ในรูปวิตามินบี1-6-12

2.2 ให้วิตามินรวม (MTV), โฟลิก แอซิด (folic acid)

2.3 ให้อาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร ภาวะอิเล็กโทรไลต์ที่ไม่สมดุล (electrolyte imbalance) น้ำตาลในเลือดต่ำ ขาดแมกนีเซียมฟอสเฟต (magnesium phosphate) และต้องให้การรักษามะเมื่อมีภาวะดังกล่าว

2.4 ให้การรักษาตามอาการ (symptomatic relieve) เช่น ให้แอนตาซิด (antacid) พาราเซตามอล (paracetamol)

2.5 ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและให้การรักษาทันท่วงที (Recognition and treatment complication)

3 การจัดสิ่งแวดล้อม (supportive environment)

3.1 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ สงบ ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งรบกวนน้อย โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา รุนแรง

3.2 การให้บริการปรึกษาแบบประคับประคองและให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย (supportive counselling and reassurances) โดยพยาบาล

3.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการนอนพิษสุราและสุขอนามัยในการนอนหลับ (sleep hygiene) ตลอดจนเทคนิคในการควบคุมพฤติกรรมและวิธีผ่อนคลายความเครียด

เกณฑ์ในการรายงานแพทย์ซ้ำตามแนวทางการนอนพิษสุรา เพื่อให้แพทย์ได้รับทราบข้อมูลและประเมินทางคลินิกเพิ่มเติม ปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งประกอบด้วย

1. ให้ยาเพิ่มตามความรุนแรงของอาการ (pm) ซ้ำ 3 ครั้งติดต่อกันแล้ว อาการของผู้ป่วยยังไม่สงบ
 2. มีอาการชัก
 3. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน ดังนี้
 - 3.1 มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น มีไข้ ความดันโลหิตสูง/ต่ำ
 - 3.2 มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว เช่น ซึมลงมาก
 - 3.3 ตรวจพบสัญญาณทางระบบประสาท (neuro signs) ผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการของภาวะความดันในสมองเพิ่มขึ้น (sign of increase intracranial pressure) คือ อาเจียนมาก ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นช้ากว่าปกติ
 - 3.4 พบมีอาการทางกายอื่น เช่น เหลืองมาก เจ็บอก หอบเหนื่อย ปวดท้องมาก อึดแน่นท้องมาก
 - 3.5 มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น เกล็ดเลือดต่ำ อิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล
 4. ชักประวัติได้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคทางกายหรือภาวะทางกาย เช่น รับประทานอาหารไม่ได้มาหลายวัน มีโรคประจำตัวอื่น เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับอุบัติเหตุก่อนมาโรงพยาบาลที่อาจมีการบาดเจ็บที่ศีรษะ เจ็บหน้าอก (chest pain) เคยมีประวัติโปแตสเซียมต่ำ (hypokalemia)
 5. พบมีภาวะทางจิตร่วม เช่น มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีอาการทางจิตรุนแรง
 6. มีอาการทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมหรือดูแลได้ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น
- เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นการรักษาระยะนอนพิษสุราอย่างปลอดภัย ผู้ป่วยจะเข้าสู่การบำบัดระยะฟื้นฟูสภาพต่อไป

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการนอนพิศุรา ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

ความหมายของผลลัพธ์

ผลลัพธ์การบริการ (outcomes) มีเป้าหมายที่สำคัญสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การแก้ไขด้านสภาพร่างกายและการทำหน้าที่ให้ดีขึ้น ชำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี บรรเทาอาการป่วย หลีกเลี่ยงหรือลดผลเสียของการดูแล และผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจ (Davies et al, 1994) ซึ่งในทางพยาบาลได้มีผู้ให้ความหมายของผลลัพธ์ทางการพยาบาลไว้หลายรูปแบบ อรรถพรณ ลือบุญรัชชัย (2543) กล่าวถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcome) ว่า การระบุผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นการบ่งชี้ถึงผลลัพธ์ที่คาดหวังสำหรับผู้ป่วย หรือผลลัพธ์ที่ควรจะมีขึ้นภายหลังให้การพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลได้บรรลุเป้าหมายตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชที่ดำเนินการตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (nursing process) พยาบาลสามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจประเมินคุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ฮาร์ริส (Harris, 1991) กล่าวว่าผลลัพธ์เป็นผลสุดท้ายของการดูแล หรือเป็นความเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สามารถวัดได้

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลจะระบุการตอบสนอง (response) พฤติกรรม ความรู้สึก (feelings) หรือผลของการพยาบาล ซึ่งปัจจุบันผลลัพธ์ถูกใช้เพื่อประเมินผลทางการพยาบาล เพื่อบอกผลกระทบของการดูแลต่อชีวิตผู้ป่วย เพื่อพัฒนาการดูแลในแต่ละสถานที่ และเพื่อกำหนดพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจรักษา (Davies et al, 1994) เจนนิงส์, สเต็กเกอร์ส, และ บรอสช์ (Jennings, Staggers, & Brosch, 1999) ให้ความหมายของผลลัพธ์ทางการพยาบาลไว้ว่า เป็นผลสุดท้ายของการบำบัดรักษา หรือการปฏิบัติการพยาบาล ส่วนโดแรน (Doran, 2003) กล่าวว่า ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นหลักฐานว่าเกิดจากการกระทำหรือปฏิบัติการพยาบาลตามขอบเขตวิชาชีพ

เมื่อพิจารณาจากคำจำกัดความทั้งหมดแล้วจะเห็นได้ว่า ผลลัพธ์เป็นผลที่เกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติการของทีมบำบัดรักษาตามขอบเขตวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ ระบุถึงความเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ การตอบสนอง พฤติกรรม หรือความรู้สึกของผู้ป่วย สามารถวัดได้ ใช้เพื่อประเมินคุณภาพของการปฏิบัติได้

ประเภทของผลลัพธ์

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การแบ่งประเภทของผลลัพธ์มีอยู่หลายรูปแบบแตกต่างกันไป เพื่อให้สะดวกต่อการวิเคราะห์ การประเมินผล ในที่นี้ขอยกตัวอย่างเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ดังนี้

เคลนเพล และ วินเนอร์ (Kleinpell & Weiner, 1999) แบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแล (care-related outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่เป็นผลจากการมุ่งมั่นในการดูแลให้การพยาบาล เช่น ระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเจ็บปวด ฯลฯ
2. ผลลัพธ์ที่เกิดจากผู้ป่วย (patient-related outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่มีผลกระทบกับผู้ป่วยด้านการรับรู้ (perception) สิทธิผู้ป่วย (preferences) หรือความรู้ เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความรู้ของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการ ฯลฯ
3. ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติ (performance-related outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงคุณภาพการพยาบาล เช่น กระบวนการในการดูแล ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความสมบูรณ์ของบันทึกทางการแพทย์ ฯลฯ

ส่วนเฮกกีวารี (Hegyvary as cited in Marie & Victoria, 2000) แบ่งผลลัพธ์ออกเป็น 4 ประเภท โดยมีเนื้อหาไม่ต่างกันมากนัก แต่ให้ชื่อที่ต่างกันคือ

1. ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) เป็นการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการบำบัดรักษาและการปฏิบัติการพยาบาล เช่น การเคลื่อนไหว การหายของบาดแผล อัตราการเต้นของหัวใจ ฯลฯ
2. ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (functional outcomes) เป็นการคงสภาพการทำหน้าที่ทางร่างกาย หรือการพัฒนาการทำหน้าที่ทางร่างกาย เช่น ความสามารถในการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง ความรู้สึกผาสุกและอิสระในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเปลี่ยนหัวใจ ฯลฯ
3. ผลลัพธ์ด้านการเงิน (financial outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่บรรลุผลด้วยการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น การควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือผลลัพธ์ที่ประมาณการค่าใช้จ่าย ได้แก่ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ความถี่ของการรับบริการที่แผนกฉุกเฉินต่อปี เป็นต้น
4. ผลลัพธ์ด้านการรับรู้ (perceptual outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วย การยอมรับการดูแล และผู้ดูแล

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการถอนพิษสุรา

เป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราคือช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการถอนพิษอย่างปลอดภัยและสุขสบายเท่าที่จะเป็นไปได้ (Gallant, 1999) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ดังนี้

เบคเกอร์ และ เซมรอฟ (Becker & Semrow, 2006) ศึกษาถึงมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราเพื่อผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ โดยจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราเพื่อใช้ในแผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไป ครอบคลุมตั้งแต่การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายผู้ป่วย และส่งต่อเป็นผู้ป่วยนอก มีการประกันคุณภาพในส่วนของ การประเมินผู้ป่วย การปฏิบัติกรพยาบาล และส่งเสริมการสื่อสารที่ดีในทีมสหวิชาชีพ จัดทำแนวทาง (protocol) ในการให้ยาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (symptom-triggered withdrawal protocol) เป้าหมายเพื่อลดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในระยะถอนพิษสุรา เช่น ภาวะชัก พฏิกิริยาก้าวร้าวของผู้ป่วย ฯลฯ งานวิจัยนี้มีการวัดผลลัพธ์หลังจากการปฏิบัติ 6 เดือน พบว่า 1) มีผู้ป่วย 62.2% เข้าสู่ระบบการใช้แนวปฏิบัติ 2) ผู้ป่วยร้อยละ 66 ใช้อัลปราโซเลม (lorazepam) ร้อยละ 40 ใช้อัลลิเบรียม (Librium) 3) ไม่พบผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ และ 4) 93.3% ได้รับการส่งต่อต่อการบำบัดขั้นต่อไป

การปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรา โดยการใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของภาวะขาดสุราของพยาบาล (Nursing Alcohol Withdrawal Scale [NAWS]) ร่วมกับมาตรฐานการให้ยาของแพทย์ (Standard Physician Orders [SPO]) ในรูปแบบการให้ยาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (symptom-triggered) งานวิจัยนี้มีการวัดผลลัพธ์ 4 หัวข้อ ซึ่งพบว่า 1) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงจาก 6 วันเป็น 3 วัน 2) เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระยะถอนพิษสุรา เช่น ชัก หกล้ม และพฤติกรรมก้าวร้าว ปรากฏเพียงเล็กน้อย ส่วนภาวะขาดสุรารุนแรง (delirium tremens) นั้นไม่เกิดขึ้นเลย 3) ค่าเฉลี่ยของการใช้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนต่อวัน เพิ่มขึ้นจาก 2.3 มิลลิกรัม เป็น 5.2 มิลลิกรัม และการใช้ยาต่อครั้ง เพิ่มขึ้นจาก 12.2 มิลลิกรัม เป็น 18.7 มิลลิกรัม ซึ่งเป็นตัวบ่งบอกว่า ก่อนหน้านี้ผู้ป่วยบางรายได้รับยาน้อยเกินไปที่จะป้องกันอาการขาดสุราที่รุนแรงได้ และ 4) พยาบาลมีความพึงพอใจมากขึ้นในการใช้วิธีการปฏิบัติรูปแบบใหม่นี้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจจากการที่พยาบาลมีการตรวจเช็คอาการบ่อยขึ้น (Dzandu & Briscoe, 2002)

สำนักงานสารสนเทศกอสอลและยาแห่งชาติของอเมริกา (NCADI, 2006) กล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพและการวัดผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วยถอนพิษสุราว่า ตัวชี้วัดที่สำคัญเบื้องต้นคือ ผู้ป่วยได้รับการจัดการถอนพิษสุราอย่างปลอดภัย ซึ่งผลลัพธ์ได้จาก 1) อัตราผู้ป่วยถอนพิษ

สุราสำเร็จ 2) ความคลาดเคลื่อนจากค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนโรงพยาบาล 3) อัตราผู้ป่วยนอนพิษสุราไม่สำเร็จและสาเหตุ และ 4) อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับอันตราย

สมาคมพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระหว่างประเทศ (ISPN, 2000) ได้พัฒนาเรื่องการประเมินสภาพและการจัดการผู้ป่วยนอนพิษสุราในแผนกผู้ป่วยอาการรุนแรง (acute care setting) เป้าหมายเพื่อส่งเสริมการบำบัดรักษาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ส่งเสริมให้มีสถานบำบัดรักษาที่ให้การบำบัดปลอดภัยและมีประสิทธิผล และลดการผูกมัดผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ในการพัฒนาเรื่องนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายเพิ่มขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการถอนพิษสุรา ร้อยละของผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาลดลง ลดการผูกมัดและลดระยะเวลาในการผูกมัด ทั้งผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลรู้สึกพึงพอใจ

นอกจากนี้ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับอันตรายระหว่างถอนพิษสุรา มีหลักฐานที่แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและคงที่ภายใน 72 ชั่วโมง (Kathleen, 2002)

ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราในโรงพยาบาลสวนปรุง โดยศึกษาผลลัพธ์ 3 ประเภท ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (functional outcomes) และผลลัพธ์ด้านการเงิน (financial outcomes) เนื่องจากผลลัพธ์ด้านการรับรู้ (perceptual outcomes) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วย การยอมรับการดูแล และผู้ดูแลนั้น ควรจะวัดเมื่อสิ้นสุดกระบวนการบำบัดเพื่อเลิกสุรา เพราะผู้ป่วยหลังถอนพิษสำเร็จทันที ผู้ป่วยอาจยังมีอาการติ่ม งง สับสน หลงเหลืออยู่บ้าง ซึ่งจะค่อยๆ ฟื้นฟูดีขึ้นในระยะฟื้นฟูสภาพ ประกอบกับผู้ศึกษาทำการศึกษาโดยรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จึงไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ด้านนี้ได้ในการศึกษาจึงมีการประเมินผลลัพธ์ ดังนี้

1. จำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะถอนพิษสุรา (Dzandu & Briscoe, 2002; [ISPN], 2000; Kathleen, 2002; NCADI, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าจำนวนวันที่ใช้ในการถอนพิษสุรามีความแตกต่างกันค่อนข้างหลากหลาย ซึ่งจะสัมพันธ์กับการกล่าวถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลงก่อนรับการถอนพิษสุรา รวมทั้งช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการขาดสุรารุนแรงที่สุด จึงเสนอให้เห็นเป็นตัวอย่างดังนี้ มานิต ศรีสุรณานนท์ (2545) กล่าวว่า ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการขาดสุราหลังหยุดหรือลดการดื่มลงภายใน 6-24 ชั่วโมง อาการรุนแรงสูงสุดภายใน 24-36 ชั่วโมง อาการลดลงภายใน 48 ชั่วโมง สำหรับสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 1995) เสนอในแนวเวชปฏิบัติว่า ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการขาดสุราภายใน 4-12 ชั่วโมง อาการรุนแรงสูงสุดภายในวันที่ 2 และอาการจะเริ่มดีขึ้นใน 4-5 วัน ส่วนซุลลิแวน (Sullivan, 1995) เสนอว่า เริ่มมีอาการ 3-5 วัน อาการคงอยู่ 2-4 วัน หรือในผู้เชี่ยวชาญบางท่านบอกเพียงว่าใช้เวลา 4-7 วันอาการจะดีขึ้น

(Gallant, 1999) ไบเซอร์ (Beyer, 2003) เสนอว่าอาการรุนแรงสูงสุด 4 วัน และอาการขาดสุราสามารถอยู่ยาวนาน 1-2 สัปดาห์ ซึ่งจำนวนวันในการถอนพิษสุราจัดอยู่ในประเภทผลลัพธ์ด้านการเงินเนื่องจากเป็นผลลัพธ์ที่ทำให้สามารถประมาณการค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ หากผู้ป่วยใช้เวลาในการบำบัดสั้น ย่อมสูญเสียค่าใช้จ่ายน้อย ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่จำนวนวันในการถอนพิษสุรามาก ย่อมสิ้นเปลืองค่ารักษาพยาบาลและยังอาจต้องเสียค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนทางกายที่อาจเกิดขึ้นได้เมื่อใช้เวลาในการบำบัดนาน

ในการศึกษาครั้งนี้จำนวนวันที่อยู่ในระยะถอนพิษสุรา หมายถึง จำนวนวันที่นับตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงวันที่ผู้ป่วยมีอาการขาดสุราในระดับเล็กน้อย คือคะแนนความรุนแรงของอาการขาดสุราน้อยกว่า 5 โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (AWS) เป็นเครื่องมือ และยึดคะแนนสูงสุดที่พบในแต่ละวันเป็นเกณฑ์ เนื่องจากในผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการประเมินอาการขาดสุรามากกว่าหรือเท่ากับ 1 ครั้ง/วัน ตามความรุนแรงของอาการที่ระบุในแนวทางการถอนพิษสุราของโรงพยาบาลสวนปรุง

2. จำนวนผู้ป่วยถอนพิษสุราสำเร็จและไม่สำเร็จ เหตุผลที่ถอนพิษสุราไม่สำเร็จ (Becker & Semrow, 2006; ISPN, 2000; NCADI, 2006) เนื่องจากการถอนพิษสุราเป็นการบำบัดรักษาด้วยยา รักษาอาการทางสรีรวิทยาเฉียบพลันที่เกิดขึ้นเมื่อหยุดดื่มสุรา ซึ่งโดยปกติจะอยู่ในการดูแลของแพทย์ ผู้ป่วยต้องได้รับการเฝ้ากำกับติดตามอาการขาดสุราอย่างระมัดระวัง ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ได้รับความปลอดภัย สภาพแวดล้อมสงบ ตรวจสอบสัญญาณชีพ ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างพอเหมาะ เพื่อหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปอดอักเสบ (pneumonia) ชัก (seizures) อาการขาดสุรารุนแรง เพราะอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้ยังต้องให้ความสนใจปัญหาอื่นๆ เช่น อาการนอนไม่หลับ อาการทางจิตเวช ซึ่งมักส่งผลให้การรักษาล้มเหลวได้ (อาโพรพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; Sullivan, 1995) อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จในการถอนพิษสุราถือว่าเป็นความสำเร็จก้าวแรกของการบำบัดผู้ติดสุราเท่านั้น เนื่องจากการถอนพิษสุราไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาทางจิตสังคม และพฤติกรรมที่เกิดจากการติดสุรา จึงไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมที่เพียงพอสำหรับการเลิกสุรา (ASAM, 1998) จากเหตุผลข้างต้น ผู้ป่วยที่ถอนพิษสุราสำเร็จจึงหมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดผ่านพ้นระยะถอนพิษสุราอย่างปลอดภัยและยินยอมเข้าสู่การบำบัดเพื่อเลิกสุราในระยะฟื้นฟูสภาพทางร่างกายและจิตใจต่อไป ซึ่งผลลัพธ์ในข้อนี้ถือว่าเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก เนื่องจากบ่งบอกถึงการตอบสนองต่อการรักษาและการพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาวัดผลลัพธ์จำนวนผู้ป่วยถอนพิษสุราสำเร็จและไม่สำเร็จ โดยผู้ศึกษาสรุปผลการถอนพิษสุราในผู้ป่วยแต่ละรายตามความหมาย ดังนี้

ผู้ป่วยถอนพิษสุราสำเร็จ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งคะแนนความรุนแรงของอาการขาดสุราน้อยกว่า 5

ผู้ป่วยนอนพิษสุราไม่สำเร็จ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาแต่คะแนนความรุนแรงของอาการขาดสุรามากกว่าหรือเท่ากับ 5 รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลจนสิ้นสุดการรักษา เช่น ปฏิเสธการรักษา หลบหนีออกจากโรงพยาบาล มีโรคทางกายอาการรุนแรงที่ต้องส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม มีโรคร่วมทางกายร่วมกับอาการขาดสุรารุนแรง ฯลฯ

สาเหตุที่ผู้ป่วยนอนพิษสุราไม่สำเร็จ หมายถึง ข้อมูลจากบันทึกความก้าวหน้าของโรคและบันทึกทางการแพทย์ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย ที่แสดงถึงเหตุผลที่ผู้ป่วยนอนพิษสุราไม่สำเร็จ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีโรคร่วมทางกายที่รุนแรง เช่น โรคไต โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ฯลฯ ทำให้อาการขาดสุราซับซ้อน ยากต่อการประเมิน และส่งเสริมให้ภาวะขาดสุราที่เป็นอยู่อาจกลายเป็นภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (Gallant, 1999) นอกจากนี้ในผู้ที่ได้รับการนอนพิษสุราหลายครั้ง หรือเคยมีอาการขาดสุราหลายครั้ง จะมีความสัมพันธ์กับอาการขาดสุราที่รุนแรงขึ้น (Ballenger & Post, 1978; Sullivan, 1995) ในทั้งสองกรณีมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสุราที่รุนแรง ซึ่งถือว่าเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องรีบรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลทันที เนื่องจากสภาพอาการจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องรักษาเร่งด่วน และมักเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน

3. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระยะนอนพิษสุรา ถือว่าเป็นผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (functional outcomes) เนื่องจากเป็นเรื่องของการคงสภาพการทำหน้าที่ทางร่างกาย หรือการพัฒนาการทำหน้าที่ทางร่างกายของบุคคล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นหัวข้อในการวัดผลลัพธ์ของการบำบัดรักษาผู้ป่วยระยะนอนพิษสุราเสมอ ได้แก่ งานวิจัยเรื่องการใช้เครื่องมือประเมินความรุนแรงของภาวะขาดสุราของพยาบาล ร่วมกับมาตรฐานการให้ยาของแพทย์ ในการให้ยาตามความรุนแรงของอาการนอนพิษสุรา เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนอนพิษสุรา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบคือ ภาวะชัก หกล้ม พฤติกรรมก้าวร้าว (Dzandu & Briscoe, 2002) การศึกษามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยนอนพิษสุรา โดยจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยนอนพิษสุราเพื่อใช้ในแผนกฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไป ไม่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Becker & Semrow, 2006) สมาคมพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระหว่างประเทศ (ISPN, 2000) ได้พัฒนาเรื่องการประเมินสภาพและการจัดการผู้ป่วยนอนพิษสุราในแผนกผู้ป่วยอาการรุนแรง เพื่อลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในการนอนพิษสุรา นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของอาการขาดสุรา ได้แก่ ภาวะชัก ภาวะขาดสุรารุนแรง ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิต ผู้ที่มีภาวะขาดสุรารุนแรงส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยตนเองได้เนื่องจากการรับรู้ สติสัมปชัญญะแยลง มีประสาทหลอน ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือโรคทางกายเพิ่มเติม มีรายงานว่าผู้ป่วยมักเสียชีวิตด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เมตาโบลิซึม หรือการติดเชื้อถึงร้อยละ 5 (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2545) พอจะคาดการณ์ได้ว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยน่าจะเชื่อมโยงกับความสำเร็จของการถอนพิษสุรา และจำนวนวันของการถอนพิษสุรา ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกคุณภาพการบริการทั้งสิ้น

กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินผลลัพธ์ (outcomes evaluation) เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาแนวเวชปฏิบัติ เพื่อมุ่งให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด การศึกษาครั้งนี้จึงประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนวทางการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งประกอบด้วย 3 ด้านคือ 1) ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยถอนพิษสุราสำเร็จและไม่สำเร็จ เหตุผลที่ถอนพิษสุราไม่สำเร็จ 2) ผลลัพธ์ด้านการเงิน (financial outcomes) ได้แก่ จำนวนวันในการบำบัดระยะถอนพิษสุรา และ 3) ผลลัพธ์ด้านการทำหน้าที่ (functional outcomes) ได้แก่ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระยะถอนพิษสุรา เช่น ภาวะชัก หกล้ม ภาวะแทรกซ้อนจากการฉวยึด รับอันตรายจากการตกเตียง ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง พฤติกรรมก้าวร้าว เพื่อนำผลการศึกษาไปปรับปรุงแนวเวชปฏิบัติให้เหมาะสมและเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการต่อไป