

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง

แบ่งออกเป็น 3 ตอนคือ

1. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะติดสุรา
3. ความรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและแบบประเมินที่ เกี่ยวข้อง

1. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

มีการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบเกี่ยวกับความมั่นคงของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินค่าคุณภาพชีวิต (health-related quality of life) ในผู้ติดสุราจากงานวิจัย 618 ชิ้น พบว่ามี การใช้เครื่องมือ 16 ชนิดที่แตกต่างกันในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราพบว่า มี 7 เครื่องมือ ที่วัดสถานะทางสุขภาพทั่วไป (general health status) และมี 9 เครื่องมือที่วัดคุณภาพชีวิตทั่วไป (general quality of life) หรือ ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) พบว่า SF 36 และ Eq5D เป็น เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย มีอีกหนึ่งเครื่องมือคือ AIQoL-9 เป็นเครื่องมือ เฉพาะเจาะจงที่ใช้ในผู้ติดสุรา ซึ่งถูกอ้างอิงว่าเหมาะสมกับผู้ที่มึปัญหาจากการดื่มสุรา (alcohol related quality of life) ซึ่งถูกพัฒนามาจากการลดทอนข้อคำถามของ SF-36 (French version) เหลือ เพียง 9 ข้อ ซึ่งมีการตัดออกของประเด็นสำคัญที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุรา ได้แก่ การนอน การแยกตัวจากสังคม จึงทำให้เครื่องมือชนิดนี้ไม่เป็นที่ใช้อย่างแพร่หลาย และจาก การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบชิ้นนี้ พบว่ามีงานวิจัยและเครื่องมือไม่กี่ชิ้นที่ใช้จำเพาะใน การวัดคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา มีการประเมินความมั่นคงในเนื้อหา (content validity) พบว่าข้อมูลยังไม่เพียงพอ ดังนั้นจากหลักฐานที่มีอยู่ SF-36 จึงเป็นเครื่องมือประเมิน คุณภาพชีวิตที่แม้ไม่จำเพาะต่อผู้ติดสุรา แต่ก็ยังสามารถใช้ประเมินได้อย่างครอบคลุมและ เหมาะสม¹⁰

มีรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ alcohol use disorder (AUD) และแบบแผนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ กับ health related quality of life ในชุมชนซึ่งเป็นการดูแลแบบปฐมภูมิ โดยใช้เครื่องมือวัดเป็น SF (MOS)-36 health survey ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่ได้มาตรฐาน มีการตรวจสอบความแม่นยำ และความไว เครื่องมือนี้ประกอบไปด้วย องค์ประกอบหลักสองส่วนคือ ส่วนของสุขภาพทางกาย และสุขภาพทางจิต พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัย โรคจิตสุรา มีค่าคะแนนของสุขภาพชีวิตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในส่วนขององค์ประกอบด้านสุขภาพทางจิต ความสัมพันธ์ของการติดสุรา การเสื่อมถอยของสุขภาพทางจิตและเกิดการพบร่วมของภาวะโรคทางอารมณ์ และโรคความวิตกกังวลด้วย ส่วนในด้านแบบแผนการดื่มพบว่าผู้ป่วยที่มีการดื่มสุราแบบถี่ และปริมาณการดื่มแต่ละครั้งมีจำนวนมาก จะมีคะแนนค่าคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าผู้ที่ดื่มแบบถี่ แต่ปริมาณแต่ละครั้งน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างชัดเจน มีการศึกษาแบบทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบชิ้นหนึ่งพบว่าผู้ติดสุรา มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงมาก แต่คุณภาพชีวิตสามารถดีขึ้นได้เมื่อมีการหยุดดื่มสุรา การควบคุม หรือลดปริมาณการดื่มไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องคือ ภาวะโรคร่วมทางจิตเวช สภาพแวดล้อมทางสังคม และภาวะการนอนที่ถูกรบกวน¹¹

มีอีกรายงานการวิจัยที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบของการดื่ม และคุณภาพชีวิตโดยใช้เครื่องมือวัดแบบแผนการดื่มชนิดคัดกรอง คือ AUDIT screening tool และใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตคือ SF (MOS)-36 health survey พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (Harzardous drinking) มีปัญหาที่หลากหลายของสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตชัดเจน โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง AUDIT screening tool กับ SF (MOS)-36 health survey ถึง 6 ใน 8 ข้อของกลุ่มหัวข้อของสุขภาพทางกายและทางจิต โดยค่าคะแนนที่มากของ AUDIT screening tool ซึ่งบ่งบอกถึงแบบแผนการดื่มที่เสี่ยงอันตราย ไปจนถึงค่าคะแนนมากที่สุดคือการดื่มแบบติดสุรา สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงอย่างชัดเจน¹²

ในการทดลองทางคลินิกถึงประสิทธิผลของยาและการให้การรักษาทงจิตสังคมชนิดต่างๆ ที่ใช้เพื่อลดปริมาณการดื่มสุรา ได้มีการใช้ผลลัพธ์ของการดื่มชนิดต่างๆที่หลากหลาย ได้แก่ ปริมาณการดื่มต่อครั้ง (drink per time/days) ปริมาณการดื่มต่อวันที่ดื่ม (drink per drinking days) ร้อยละของวันที่ดื่ม (percent of drinking days) ร้อยละของวันที่ดื่มหนัก (percent of heavy drinking days) ระยะเวลาที่กลับไปดื่มซ้ำ (time to relapse) ระยะเวลาที่กลับไปดื่มหนัก (time to heavy drinking) ซึ่งผลลัพธ์ของการดื่มเหล่านี้เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทั้งในเชิงปริมาณ คุณภาพและคะแนนถี่ พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของยา acamprosate กลุ่มตัวอย่างมีค่าคุณภาพชีวิต SF-36 ต่ำกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วน

ของข้อย่อยด้านบทบาททางกายภาพและทางอารมณ์ที่ถูกจำกัด (physical and emotional role limitation) การทำหน้าที่ทางสังคม (social function) และสิ่งที่เป็นปัจจัยทำนายสำคัญที่สุดของค่าคุณภาพชีวิตพื้นฐาน (baseline QoL) คือ ความรุนแรงของการติดสุรา (severity of alcohol dependence) ปริมาณและความถี่บ่อยของการดื่ม (quantity and frequency of alcohol consumption)¹³ และงานวิจัยชิ้นนี้ยังพบว่า ปัจจัยทำนายของประสิทธิผลเมื่อติดตามการรักษาด้วยยา คือ ค่าคุณภาพชีวิตพื้นฐาน (baseline QoL) และ ระยะเวลาที่หยุดดื่ม (abstinence duration)¹³ อีกรงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของยา topiramate พบว่าผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก จะมีค่าคะแนนต่ำกว่าปกติในส่วนของข้อย่อยด้านบทบาททางกายภาพและทางอารมณ์ที่ถูกจำกัด (physical and emotional role limitation)¹⁴ เช่นเดียวกันกับการทดลองหาประสิทธิผลของยา acamprosate

มีอีกรงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ของการดื่มที่ลดลง โดยใช้ ปริมาณการดื่มต่อเดือน (drinks/month) พบว่าผู้ที่ลดการดื่มลงมากกว่า 30% ของ drinks/month จะมีการดีขึ้นของค่าคุณภาพชีวิต SF-36 โดยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านกายภาพดีขึ้น ($p=0.06$), ส่วนทางด้านจิตใจดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.03$)¹⁵ มีงานวิจัยที่กล่าวถึงผลลัพธ์ของการดื่มอื่นๆ ได้แก่ time to relapse กลับไม่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างคุณภาพชีวิตกับ ระยะเวลาของการกลับไปดื่มซ้ำ (time to relapse)¹⁶ ในทางตรงกันข้ามมีการศึกษาวิจัยที่ใช้คุณภาพชีวิตของผู้ติดสุราเป็นปัจจัยทำนายการกลับไปดื่มหนักซ้ำ (predictor of relapse to heavy drinking) พบว่ายังมีข้อมูลที่ไม่จำเพาะในด้านเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตในผู้ติดสุราและยังไม่พบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติชัดเจน ระหว่างการกลับไปดื่มซ้ำและค่าคุณภาพชีวิต¹⁷

จนกระทั่งปัจจุบันยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายค่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดสุรา โดยตรง การศึกษาเทียบเคียงมีเพียงการศึกษาเพื่อทดลองประสิทธิผลของยาเท่านั้นและการศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาที่ศึกษาในกลุ่มประชากรชาติตะวันตก ซึ่งอาจมีความหลากหลาย และแตกต่างจากการศึกษาในสถานบำบัดที่ให้การดูแลแบบศัลยกรรมซึ่งเป็นสถานบำบัดที่รับส่งต่อหรือดูแลเฉพาะสำหรับผู้ติดสุราจากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับและลักษณะคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยติดสุราชาวไทยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ซึ่งอาจเป็นตัวแทนของผู้ที่มีความเสื่อมถอยของสุขภาพะได้มากกว่าผู้มีปัญหาจากการดื่มแบบไม่รุนแรง สามารถนำผลการศึกษาไปใช้สำหรับการวางแผนการดูแลผู้ติดสุราต่อไป

2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการเสพติดสุรา

ความหมายของสุรา

สุราหรือเหล้า เป็นคำที่ใช้เรียกเครื่องดื่มที่ทำให้มีอาการมึนเมา โดยสารที่ทำให้มีอาการเมา คือ เอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol ethanol) ซึ่ง ในสุราแต่ละชนิด จะมีปริมาณของเอทิลแอลกอฮอล์ รส และ สี ที่แตกต่างกันไป เช่น ในเบียร์มีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 4 ในไวน์มีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 12 และในเหล้ามีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 40

ประเภทของสุรา

สุราแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. สุรากลั่น เป็นสุราที่เกิดจากการหมักจนเกิดเป็นแอลกอฮอล์ นำมากลั่นและปรุงแต่งด้วยการเติมสี ปรุงกลิ่น แต่งรสด้วยสารปรุงแต่งอื่นๆ ไป แล้วนำมาเก็บบ่มเพื่อให้มีรสชาติถูกคอผู้ดื่ม สุรากลั่นของไทยที่มีจำหน่าย คือ สุราขาว(เหล้าโรง) สุราผสม

2. สุราไม่กลั่น เป็นสุราที่ได้จากการหมักเพื่อให้เกิดเป็นน้ำเมา แต่ไม่มีการกลั่นเป็นสุราที่ดื่มแล้วให้ความรู้สึกสบายกว่า ไม่อึดอัด หรือมีอาการเมาค้าง อย่างสุรากลั่น สุราประเภทนี้ ได้แก่ เบียร์ ไวน์ ซึ่งนิยมดื่มกันมาก และ กระแช่ น้ำตาลเมา ที่ชาวบ้านมักทำดื่มกันเอง

นอกจากนี้ยังมีสุราเถื่อน ซึ่งเป็นสุราที่ชาวบ้านทำเองโดยไม่ได้รับอนุญาตให้ผลิต และไม่มีมาตรฐาน และสุราปลอม ที่ใช้ต้นทุนต่ำ และผลิตเพื่อลอกเลียนแบบหรือปลอมแปลงสลากเพื่อประโยชน์ทางการค้า ซึ่งนับว่าเป็นสุราที่ไม่มีคุณภาพและก่อให้เกิดอันตรายกับผู้เสพเป็นอย่างมาก

การเรียกชื่อสุรา จะมีชื่อเรียกแตกต่างกันไป ตามวิธีการปรุงและผลิต ตลอดจนความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ที่ผสมอยู่ด้วย เช่น

ชนิดของเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	ปริมาณแอลกอฮอล์ (° หรือ ดีกรี)	ปริมาณความร้อน (แคลอรี/สุรา 1 ลิตร)
ไซเดอร์	2 – 6	112 – 336
เบียร์	4 – 8	224 – 448
ไวน์	8 – 15	448 – 840
วิสกี้ หรือ บรั่นดี	28 – 95	1,568 – 5,320
รัม	45 – 50	2,520 – 2,800

ชนิดของเครื่องต้มที่มีแอลกอฮอล์	ปริมาณแอลกอฮอล์ (° หรือ ดีกรี)	ปริมาณความร้อน (แคลอรี/สุรา 1 ลิตร)
ลีเกอร์	20 – 65	1,120 – 3,640
อาเปริติม	15 – 75	840 – 4,200

สุรา 1 ดีกรี (1°) หมายถึง จำนวนแอลกอฮอล์ 8 กรัม ที่อยู่ในสุรา 1 ลิตร แอลกอฮอล์ 1 กรัม ที่ถูกเผาผลาญในร่างกาย ให้พลังงานความร้อน 7 แคลอรี สุราเถื่อน สุราปลอม ไม่มีมาตรฐานความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่แน่นอน ถึงแม้ว่าแอลกอฮอล์จะให้พลังงานความร้อน แต่ไม่มีสารอาหารเลย จึงไม่สามารถใช้เป็นประโยชน์ต่อร่างกายได้

กลัชจนศาสตร์ของสุรา

การดูดซึมและการกระจายแอลกอฮอล์เป็นสารที่มีโมเลกุลเป็นกลาง สามารถละลายได้ดีในน้ำ และไม่ต้องการขบวนการใดๆ เพื่อให้โมเลกุลของมันเล็กลงอีก ดังนั้นจึงสามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้สะดวกรวดเร็ว การดูดซึมจะเกิดขึ้นตลอดทั้งระบบทางเดินอาหาร โดยเริ่มจากทางเดินอาหารบางส่วนและดูดซึมที่กระเพาะอาหาร แต่จะถูกดูดซึมได้ดีที่สุดที่บริเวณลำไส้เล็ก Duodenum ซึ่งการดูดซึมจะช้าหรือเร็วจะขึ้นกับปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่ม โดยการดูดซึมจะเกิดได้ดีที่สุด ถ้ามีปริมาณ 20 % แต่ถ้ามีปริมาณมากกว่า 20 % จะทำให้การดูดซึมลดลง เพราะแอลกอฮอล์มีความเข้มข้นสูงจะยับยั้งการเคลื่อนไหวของกระเพาะ และทำให้เกิดการหดตัวของหูดระหว่างกระเพาะอาหารและลำไส้ ผลคือ แอลกอฮอล์ถูกเก็บอยู่ในกระเพาะนานขึ้น

การดื่มขณะท้องว่าง หรือหลังจากอดอาหาร ทำให้การดูดซึมเป็นไปอย่างรวดเร็ว และจะช้าลงหากมีอาหารในกระเพาะ โดยเฉพาะหลังจากทานนมใหม่ๆ เนื่องจากคาร์โบไฮเดรตทำให้การดูดซึมแอลกอฮอล์ช้าลง ดังนั้น พบว่าการดูดซึมแอลกอฮอล์ในเบียร์จะช้ากว่าแอลกอฮอล์ในเหล้าหรือวิสกี้ ซึ่งแสดงถึงคนที่ดื่มเบียร์และเหล้าหรือวิสกี้ ทำให้เกิดภาวะการเมาได้แตกต่างกัน

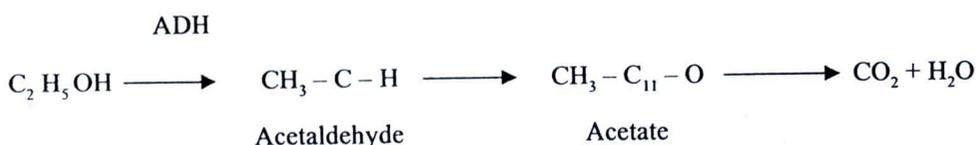
การดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากดื่มเข้าไปปริมาณหนึ่ง ความเข้มข้นสูงสุดของแอลกอฮอล์ในเลือด จะเกิดขึ้นภายใน 40 นาที ถึง 2 ชั่วโมง และจะหมดไปจากเลือดภายในเวลาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับเข้าไป

หลังจากที่ถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด แอลกอฮอล์จะแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อต่างๆอย่างรวดเร็ว และทั่วทุกแห่งในร่างกายที่มีน้ำอยู่ โดยการกระจายจะเป็นไปตามน้ำที่มีอยู่ในส่วนต่างๆ ของร่างกาย ทำให้คนที่ตัวโต หรือมีน้ำอยู่ในร่างกายมาก จะดื่มแอลกอฮอล์ได้มากกว่าคนที่ตัวเล็กหรือมีน้ำในร่างกายน้อย การกระจายของแอลกอฮอล์จะแพร่กระจายอย่างรวดเร็วในเนื้อเยื่อที่มีเลือดไปเลี้ยงมาก

เช่น สมอ ดับ ไต แต่การกระจายในเนื้อเยื่อไขมัน จะเกิดขึ้นได้ช้ามาก จึงพบว่าความเข้มข้นของ แอลกอฮอล์ในเลือดของผู้หญิงจะสูงกว่าของผู้ชายโดยทั่วไป ทั้งนี้เพราะผู้หญิงมีปริมาณไขมันในร่างกายสูงกว่าผู้ชาย และนอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังสามารถแพร่ซึมผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์และอาจส่งผลกระทบต่อทารกที่เกิดมาภายหลังได้

เมตาโบลิซึม และการขับถ่าย

แอลกอฮอล์เมื่อผ่านไปที่ตับ จะถูกออกซิไดซ์อย่างสมบูรณ์โดยประมาณ 90 - 95 % ของ แอลกอฮอล์ที่ร่างกายได้รับเข้าไป จะถูกเปลี่ยนแปลงโดยขบวนการออกซิเดชัน (oxidation) ดังนี้



แอลกอฮอล์ จะถูกเปลี่ยนแปลงโดยน้ำย่อย Alcohol Dehydrogenase (ADH) เป็น Acetaldehyde จากนั้นเปลี่ยนเป็นเกลือของกรดน้ำส้ม (acetate) ซึ่งใช้ประโยชน์เป็นพลังงานได้ แล้วกลายเป็นคาร์บอนไดออกไซด์และน้ำ ส่วนแอลกอฮอล์ที่เหลืออีกประมาณ 5 % จะถูกซึมออกจากร่างกายทางปอด ไต และต่อมเหงื่อ ซึ่งจะผสมปนออกมาในรูปลมหายใจและปัสสาวะ โดยปกติร่างกายจะใช้ไฮโดรเจนจากไขมันเป็นแหล่งพลังงาน แต่เมื่อได้รับแอลกอฮอล์เข้าไป ร่างกายจะใช้ไฮโดรเจนจากแอลกอฮอล์แทน ไขมันจึงไม่ได้ถูกใช้ไป จึงเกิดการสะสมและทำให้มีการสะสมไขมันมากที่ตับ ทำให้เกิดพิษต่อตับ เกิดตับอักเสบ และตับแข็ง ซึ่งเป็นโทษจากสุราในที่สุด

อัตราเร็วของเมตาโบลิซึมของแอลกอฮอล์ ต่างกับสารอื่นตรงที่ อัตราเร็วของออกซิเดชันจะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับเวลาและเป็นอัตราคงที่เสมอ ถึงประมาณ 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และโดยทั่วไป จะถูกขับออกจากร่างกายหมดภายใน 24 ชั่วโมง จากอัตราเร็วนี้ แสดงว่าเมตาโบลิซึมของแอลกอฮอล์ เป็นไปได้ช้า หากร่างกายได้รับแอลกอฮอล์เข้าไปในอัตราที่เร็วกว่าอัตราเร็วของการออกซิเดชันจะทำให้เกิดการสะสมของแอลกอฮอล์ในร่างกาย

สรุปได้ว่า แอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะถูกเผาผลาญโดยขบวนการออกซิเดชัน ได้ผลผลิตออกมา ในรูปของคาร์บอนไดออกไซด์ ส่วนแอลกอฮอล์อีก 5 % ที่ไม่ถูกเผาผลาญก็จะถูกขับถ่ายออกจากร่างกาย โดยทางปัสสาวะหรือลมหายใจ จากเหงื่อ น้ำตา และน้ำลาย

กลไกการออกฤทธิ์

แอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ผ่านสารสื่อประสาทหลายชนิด โดยเชื่อว่าสารฝิ่นธรรมชาติในสมอง (endogenous opioids) เช่น เบทาเอนเคอร์ฟิน (β - endorphins) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทชนิดหนึ่ง มีบทบาทต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา โดยแอลกอฮอล์จะกระตุ้นให้มีการหลั่งหรือสังเคราะห์เอนเคอร์ฟินเพิ่มขึ้น เอนเคอร์ฟินนี้จะไปจับกับตัวรับโอปิออยด์ (opioid receptors) ทำให้เกิดการผ่อนคลาย เคลิ้มเป็นสุข นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังออกฤทธิ์ผ่านระบบแกมมาอะมิโนบิวทริกแอซิด (γ - aminobutyric acid ; GABA) เสริมกับระบบโอปิเอต (opiate) ด้วย ทำให้เกิดการสงบระบบประสาท

นักวิจัยบางท่านคิดว่าส่วนเกินของแอกซิตติไฮด์บางส่วนจะไปสู่สมองและทำปฏิกิริยาทางเคมีกับสารสื่อประสาท ทำให้เกิดเตตราไฮโดรไอควินอลีน (tetrahydroisoquinolines; TIQs) ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายคลึงกับสารเสพติดที่พบในเฮโรอีนและมอร์ฟิน และเบต้าคาร์โบลินส์ (beta - carbolines) ซึ่งเป็นสารที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลที่รุนแรง (severe anxiety) และมีสมมติฐานว่าผู้เสพติดสุรา ใช้สุราเพื่อพยายามจะลดความวิตกกังวลที่เกิดจากการดื่มสุราก่อนหน้านั้น

การออกฤทธิ์ของสุราขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ดังนี้

- ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol level)
- อัตราการดูดซึมเข้ากระแสเลือด (rate of absorption)
- ระยะเวลาที่ดื่มเหล้า (duration of drinking)
- ช่วงที่ระดับเลือดได้สูงขึ้น จะรู้สึกมีความสุข แต่ช่วงที่ระดับเลือดลดต่ำลงจะรู้สึกมีความทุกข์ (the stop effect)
- สถานที่ บุคคล และโอกาสแห่งการดื่มเหล้า (let and feting)

ภาวะการติดสุรา

ในปี ค.ศ. 1950 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization อ้างใน เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536) ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับภาวะการติดสุราว่าเป็นความผิดปกติของการดื่มสุรา มีลักษณะการดื่มสุราอย่างมากและดื่มมานานเรื้อรังจนทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนเศรษฐกิจและการทำหน้าที่ในสังคม และต่อมาในปี ค.ศ. 1960 สมาคมอายุรแพทย์อเมริกัน (American Medical Association) ได้ให้นิยามภาวะการติดสุราว่าเป็นโรคที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย โดยก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และบทบาทหน้าที่ในสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการดื่มสุราในปริมาณที่มากเป็นเวลานานๆ

ต่อมาในปี ค.ศ. 1993 องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับภาวะการติดสุราว่า เป็นภาวะที่ต้องการหรือต้องพึ่งพาสุราเพื่อประคับประคองหรือเพื่อช่วยให้ทำงานหรือมีชีวิตอยู่ได้ มีความต้องการที่จะดื่มสุราซ้ำแล้วซ้ำอีกเพื่อทำให้ความรู้สึกดีขึ้น หรือเพื่อช่วยลดความรู้สึกที่ไม่ดี

กล่าวโดยสรุป ภาวะติดสุราเป็นโรคชนิดหนึ่งที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มสุราที่ผิดปกติเป็นเวลานานจนก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต สังคม และเศรษฐกิจ และต้องพึ่งพาสุราเพื่อประคับประคองให้ดำเนินชีวิตอยู่ได้

อย่างไรก็ตาม การประเมินภาวะการติดสุรายังคงต้องอาศัยเกณฑ์การประเมินที่ละเอียดมากกว่า การให้คำนิยามของภาวะติดสุรา โดยสามารถประเมินได้ตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Diagnostic and Statistical Mental Disorder Fourth Edition [DSM-IV]) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (American Psychiatric Association, 1994) ซึ่งได้กำหนดข้อบ่งชี้ของการเสพติดสุราไว้ดังนี้

1. มีระดับความทนทานต่อการดื่มสุรา โดยศึกษาจากอาการใดอาการหนึ่งดังนี้
 - 1.1 มีความต้องการในการเพิ่มจำนวนของการดื่มสุราเพื่อให้เกิดความมึนเมา (intoxication)
 - 1.2 การดื่มสุราในปริมาณเท่าเดิม แต่ผลของสุราที่มีต่อร่างกายจะลดลงอย่างมาก
2. มีอาการขาดสุรา (withdraw) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้
 - 2.1 มีบุคลิกลักษณะที่บ่งชี้ว่ามีภาวะของการขาดสุรา คือ เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว กว่าปกติ มือสั่นมากขึ้น นอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน เห็นภาพหลอน หูแว่ว มองเห็นภาพผิดจากความเป็นจริง กระวนกระวาย กระสับกระส่าย วิดกกังวล ชักทั้งตัว
 - 2.2 เมื่อดื่มสุรา อาการต่างๆของภาวะการขาดสุราจะหายไป
3. มีการดื่มสุราจำนวนมากหรือเป็นเวลานานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการดื่มสุรายุ่ตลอด ไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มสุราได้
5. ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา
6. กิจกรรมที่สำคัญต่างๆได้แก่ การประกอบอาชีพ งานสังคมลดลง เนื่องจากใช้เวลาในการดื่มสุรา
7. มีการดื่มสุราอย่างต่อเนื่องทั้งที่ทราบว่าจะส่งผลกระทบบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ เช่น ยังคงดื่มสุราแม้จะทราบว่าสุราจะทำให้เกิดอาการแผลในกระเพาะอาหารกำเริบ เป็นต้น



จากที่กล่าวมา อาจสรุปได้ว่า ภาวะการเสพติดสุรา หมายถึง การใช้สุราในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง จากปริมาณน้อยๆ และเมื่อไม่ได้ดื่มจะเกิดอาการอยากเสพ ทำให้ต้องดื่มเรื่อยๆ ถึงแม้จะทราบว่าจะสุราก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย

สาเหตุของการเสพติดสุรา

ไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายสาเหตุการเกิดโรคได้อย่างสมบูรณ์ อย่างไรก็ตามมีหลายทฤษฎีที่อธิบายสาเหตุของการติดสุรา ได้ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological theory)

พบว่าแอลกอฮอล์สามารถกระตุ้นให้มี dopamine transmission เพิ่มขึ้นใน mesolimbic dopamine system ซึ่งการใช้สุราอย่างต่อเนื่องจนเกิดการเสพติด จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองที่คงสภาพอยู่เป็นเวลานานและเป็นผลให้ผู้ป่วยกลับมาติดสุราได้ใหม่ในอนาคต

ลักษณะที่สำคัญเกี่ยวกับ โมเลกุลและพันธุศาสตร์ในผู้ป่วยติดสุรา พบลักษณะที่สำคัญดังต่อไปนี้

- 1) Dopamine D₂ receptor gene มีความสัมพันธ์กับภาวะการติดสุราเรื้อรัง (Smith)
- 2) ผู้ป่วยที่ติดสุราตั้งแต่อายุน้อยๆ จะมีความผิดปกติของ serotonergic activity โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ดื่มสุราจัด โดยไม่สามารถยับยั้งใจได้ (compulsive drinking) มีความผิดปกติของ 5-HIAA (5-hydroxyindoleacetic acid) ในน้ำไขสันหลัง สันนิษฐานว่าพฤติกรรมที่ขาดความยับยั้งชั่งใจ และระดับของสาร 5-HIAA ในน้ำไขสันหลัง ซึ่งต่ำกว่าปกตินั้นมีสาเหตุมาจากพันธุกรรม (Nielson)
- 3) Cloninger ได้ตั้งข้อสันนิษฐานว่าบุคลิกภาพแต่ละแบบนั้น มีสารสื่อประสาทแต่ละชนิดควบคุมดังนี้
 - Dopamine ควบคุมพฤติกรรมชอบทำงานใหม่ๆ หรืองานที่ท้าทาย (novelty seeking) ซึ่งผู้ป่วยจะมีความสุขและรู้สึกเพลิดเพลินที่ได้ทำงานเช่นนั้น
 - Serotonin ควบคุมพฤติกรรมหลีกเลี่ยงอันตราย (harm avoidance) โดยผู้ป่วยจะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงภัย หรือเป็นอันตรายต่อตนเอง
 - Norepinephrine ควบคุมพฤติกรรมที่พึ่งพาการได้รับรางวัล หรือสิ่งตอบแทน (reward dependence) หรือต่อต้านการทำงานซึ่งเคยได้รับรางวัลแล้วไม่ได้รับ

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่..... - 7 พ.ย. 2555
เลขทะเบียน..... 250639
เลขเรียกหนังสือ.....

2. ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial theory)

- **แนวคิดจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis)** อธิบายได้ว่า ผู้คิดสารเสพติดเป็นบุคคลที่ พัฒนาการในวัยเด็กไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ เกิด regressive และ fixation ในระยะ oral stage ทำให้มีความต้องการหรือความพอใจที่จะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ปาก เช่น ชอบสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พัฒนาการทางอารมณ์และจิตใจไม่ก้าวหน้า Ego หยุคชะงักและเกิดความอ่อนแอ ทำให้ Superego อ่อนแอไปด้วย ผู้ที่ติดสุราเป็นผู้ที่มีความกลัวอยู่ในระดับลึก มีปมค้อย มีความคิดด้านทำลายตนเอง (self destructive) สูง ทั้งๆที่ทราบว่าจะสุรามีอันตรายต่อร่างกาย แต่ก็ไม่สามารถหยุดการใช้ได้ เนื่องจากมีความคิดด้านทำลายตนเองที่อยู่ในระดับจิตไร้สำนึก
- **แนวคิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship)** อธิบายได้ว่า ผู้ติดสุราส่วนใหญ่เป็นผู้มีบุคลิกภาพแบบพึ่งพา (dependence) บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (sociopathic personality) บุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (borderline personality) ซึ่งบุคลิกภาพเหล่านี้มักมีการควบคุมตนเองได้น้อย ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ มักไม่ทนต่อความคับข้องใจ มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จึงต้องใช้สุราเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล ทำให้สบายใจและรู้สึกมีสมรรถนะมากขึ้น (feel more competent) นอกจากนี้ผู้ติดสุราจะเป็นผู้ที่มีโครงสร้างบุคลิกภาพแบบซึมเศร้าเป็นพื้นฐาน จึงไม่ทนต่อความคับข้องใจและความเจ็บป่วย เป็นคนที่ไม่ประสบความสำเร็จ มักพบแต่ความล้มเหลว การใช้สุราจึงทำให้บุคคลนั้นคงอยู่ในภาวะที่ไม่ต้องรับผิดชอบใดๆ ขณะเดียวกันเขาก็จะได้รับการตอบสนองในด้านความต้องการพึ่งพาผู้อื่น เพราะไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้

3. ทฤษฎีความเครียด (Stress theory)

อธิบายได้ว่า ผู้ติดสุราเป็นผู้ที่มีพัฒนาการด้านอารมณ์ จิตใจบกพร่อง มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ต่ำ ขาดทักษะในการแก้ปัญหาชีวิต เมื่อเผชิญกับภาวะเครียด จะใช้สุราเพื่อดับความเครียดของตนเองเพื่อลดความรู้สึกไม่สบายใจ เกิดการผ่อนคลายทางอารมณ์ทำให้ลืมความทุกข์ได้ชั่วคราว ซึ่งวิธีจัดการกับความเครียดของตนเองโดยการดื่มสุราจะกลับกลายเป็นความเครียดตัวใหม่ที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก หรือเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตของตนเองในที่สุด

4. ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory)

อธิบายได้ว่าการใช้สุราทำให้ผู้ใช้ได้รับแรงเสริมทางบวกจากการใช้ กล่าวคือ เมื่อใช้แล้วได้รับความพึงพอใจจากฤทธิ์ของสารเสพติด เช่น รู้สึกเคลิบเคลิ้ม มีความสุข ผ่อนคลายอารมณ์ หรือบรรเทาอาการปวดต่างๆ ในแง่ของการเข้าสังคม คือเมื่อใช้แล้วได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนที่เข้าสังคมด้วยกันเพราะบุคคลเหล่านี้มักมีประวัติการถูกปฏิเสธหรือเคยล้มเหลวมาก่อน เช่นถูกปฏิเสธจากครอบครัว หรือล้มเหลวด้านการทำงาน การเรียน การคบเพื่อนต่างเพศ การดื่มสุราจึงทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ภาวะความสบายและความพอใจจากการดื่มสุราจนเป็นการเสริมแรงให้บุคคลแก้ปัญหาต่างโดยวิธีนี้ จนกลายเป็นนิสัยและกลายเป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตที่ขาดไม่ได้

ผลกระทบของการเสพติดสุรา

การเสพติดสุรานอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพแล้วยังมีผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจตามมาอีกมากมาย

ผลกระทบด้านร่างกาย

สุรามีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง ความผิดปกติทางกายและโรคที่พบ มีดังนี้

1. ผลต่อระบบทางเดินอาหาร

- พบมีการหลั่งของน้ำย่อยเปปตินและน้ำย่อยแกสตรินเพิ่มขึ้น ทำให้สารน้ำในกระเพาะเป็นกรดมากขึ้น ทำให้กระเพาะอาหารอักเสบ เกิดแผลในกระเพาะอาหาร และมีอัตราเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคมะเร็งของหลอดอาหาร และกระเพาะอาหาร รวมทั้งส่วนอื่นของระบบทางเดินอาหาร

- เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ทำให้บกพร่องในการย่อยอาหารประเภทไขมัน ทำให้เกิดอาการท้องอืด ท้องเฟ้อได้

- ดับอักเสบ โดยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ในรายอาการรุนแรงจะมาด้วยอาการที่เกิดจากภาวะล้มเหลวของเซลล์ตับ โดยมีอาการอ่อนเพลีย ผอม เบื่ออาหาร มีไข้ต่ำๆ ติชาน มีภาวะท้องมาน และอาจมีโอกาสดเกิดโรคตับแข็งได้

2. ผลต่อระบบสายตา

- พบว่าคนที่ดื่มสุราเป็นประจำจะทำให้เกิดอาการตาฟางในที่มืดสลัวในตอนกลางคืน (night blindness) และมีการสูญเสียความสามารถด้านการดู

3. ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง

- พบมีสมองฝ่อลีบของสมองส่วนนอก เกิดภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ทำให้มีอาการชักแบบคนเป็นลมบ้าหมูได้ ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยเป็น โรคลมชัก หรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงมีโอกาสสูงที่จะเกิดอาการชัก

- ขณะที่มีอาการมีเนื้องอกผู้ป่วยมีโอกาสสูงที่จะล้ม ทำให้กระดูกหัก เกิด subdural hematoma รวมทั้งได้รับบาดเจ็บที่สมองในรูปแบบอื่น

- หากกดศูนย์หัวใจและศูนย์ควบคุมการหมุนเวียนในสมองอาจทำให้ตายได้

- อาการทางสมองที่อาจพบร่วมด้วยได้แก่ มีความผิดปกติของการรู้การเข้าใจ ความจำเสีย และมีการเสื่อมของ cerebellum ซึ่งเกิดจากการขาดวิตามินบีรวม รวมทั้ง thiamine โดยอาการทางสมองที่รุนแรงที่สุดคือ การสูญเสียความจำ (amnesia) ซึ่งเรียกว่า Wernicke Korsakoff syndrome

4. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด

- จะเกิดภาวะหัวใจโต หัวใจเต้นผิดปกติ และหัวใจวาย และถ้าผู้ป่วยมีระดับ triglyceride และ LDL cholesterol สูงด้วยจะทำให้มีโอกาสสูงที่จะเป็นโรคหัวใจขาดเลือด

- อาจพบอาการของโรคความดันโลหิตสูงในระดับน้อยถึงปานกลาง

5. ผลต่อระบบกล้ามเนื้อ

- มีอาการอักเสบของประสาทส่วนปลาย โดยผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง และชาตามมือเท้า หรือแขนขา

6. ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ

- ในผู้ชายพบมีภาวะนมโต มีอวัยวะเล็กลง สมรรถภาพทางเพศลดลง

- มีโลหิตฝอยแตกแขนงเป็นหย่อมๆ คล้ายใยแมงมุมบริเวณหน้าอก คอ และหลังส่วนบน

(spider nevi)

- สตรีที่ดื่มสุราจะมีภาวะไม่มีประจำเดือน มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การสูญเสียแรงขับทางเพศ และการไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดทางเพศ

- ในสตรีตั้งครรภ์ที่ดื่มสุราจัดบ่อยๆ จะสัมพันธ์กับการแท้งลูก และกลุ่มอาการ fetal alcohol syndrome

7. ผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน

- ประสิทธิภาพของระบบภูมิคุ้มกันจะถูกกด ทำให้เป็นโรคติดเชื้อได้ง่าย รวมทั้งมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคมะเร็งหลอดอาหาร มะเร็งช่องปาก มะเร็งกล่องเสียง มะเร็งตับ

- นอกจากนี้ ยังมีผลในการเพิ่มฤทธิ์ของยาที่รับประทาน ได้แก่ ยานอนหลับ ยาลดความดัน ยาแอสไพริน และยาพาราเซตามอล

ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลกระทบด้านจิตใจ คือ ในระยะแรกที่ดื่ม ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดกำลังเพิ่มขึ้น จะพุดมาก มีความสุข อารมณ์ดี ในระยะต่อมา โดยเฉพาะเมื่อระดับแอลกอฮอล์ลดลง มักมีอารมณ์เศร้ามากขึ้น ตามลำดับและแยกตัวเอง สมองเริ่มเลอะเลือน และนอกจากความรู้สึกหุนุ่ม มีปมด้อยแล้ว พบว่า ผู้ที่ดื่มสุร่าจำนวน 47 % จะมีอาการโรคจิตแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เสพสุร่ามักประสบปัญหา ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองมีจำกัด โดยเฉพาะปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ วิตกกังวลและความเจ็บปวดจะใช้วิธีเดิๆที่เคยใช้การแก้ปัญหา คือ การหันกลับไปใช้สารเสพติดเมื่อเกิดปัญหาใหม่
2. การแก้ปัญหามีลักษณะเพื่อปกป้องความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กลไกที่ใช้ คือ rationalization projection และ denial
3. การปฏิบัติงานต่างๆในชีวิตประจำวันอย่างคนปกติได้จะต้องใช้สารเสพติดคอยควบคุมพฤติกรรม
4. จิตใจและอารมณ์ไม่มั่นคง จะแสดงอารมณ์โกรธหรือเป็นปฏิกิริยาต่อบุคคลที่ไม่ตอบสนองความต้องการของผู้เสพ มีความรู้สึกกลัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ ตามที่ตนเองนึกคิดเอง เช่น กลัวคนในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานจะรู้เรื่องของตน กลัวถูกทอดทิ้งหรือไม่ให้การสนใจ กลัวสุขภาพตนเองแย่หรือเสื่อมโทรม กลัวว่าตนเองไม่สามารถเลิกเสพได้ ความกลัวเหล่านี้ทำให้ผู้เสพเครียดและวิตกกังวล
5. หมกมุ่นอยู่กับความรู้สึกต่างๆ ในทางลบ เช่น รู้สึกอับอาย รู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่า และสงสารตนเอง ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพทางสังคมกับครอบครัวและเพื่อน การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ ต้องว่างงานมีปัญหาทางเศรษฐกิจ และเนื่องจากบุคคลขาดการควบคุมตนเองจึงนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงและอาชญากรรมตามมา



ผลกระทบด้านครอบครัว และสังคมเศรษฐกิจ

ด้านครอบครัว คือ ผู้ที่ดื่มสุราจนขาดสติบางรายอาจมีพฤติกรรมรุนแรงไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ก่อให้เกิดการทะเลาะวิวาทในครอบครัว การหย่าร้าง ทำให้บุตรเกิดความสับสน ไม่แน่ใจในสถานการณ์ของบ้าน มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ รู้สึกไม่มั่นคงในความรักของบิดามารดา รู้สึกไม่ไว้วางใจบุคคลอื่น มักมีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ ซึมเศร้า และอาจเป็นผลให้เกิดความผิดปกติด้านอารมณ์ หรือบุคลิกภาพที่ผิดปกติ

ด้านเศรษฐกิจและสังคม คือ ผู้เสพสุรามักมีการหยุดงานบ่อย มีอุบัติเหตุหรือความผิดพลาดในการทำงานซ้ำๆ การดื่มสุราทำให้เกิดอุบัติเหตุทางจราจรบ่อย ก่อปัญหาอาชญากรรม การทารุณกรรมทางเพศ และรัฐบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง

การประเมินผู้ป่วยสุรา (Assessment of Alcohol patient)

โดยทั่วไปมีโอกาสพบผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังได้หลายลักษณะ ซึ่งผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ในลักษณะดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมีภาวะทางอายุรกรรมแทรกซ้อนจากการติดสุรา เช่น บาดเจ็บที่ศีรษะ โรคตับ โรคตับอ่อนอักเสบ โรคเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน เป็นต้น

2. ผู้ป่วยมีภาวะการดื่มสุราปริมาณมากและเป็นกิจวัตร หรือมีประวัติโรคติดสุราเรื้อรัง

3. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ทางจิตเวชที่เกิดจากการดื่มสุรา (Alcohol – induce disorder)

เช่น intoxication, withdrawal, withdrawal seizure, withdrawal delirium เป็นต้น

4. ผู้ป่วย มีภาวะทางจิตเวช และโรคติดสุราเรื้อรังร่วมด้วย (Dual diagnosis) เช่น Major depressive disorder , Bipolar disorder, Anxiety disorder , Psychotic disorder , Suicide attempt เป็นต้น
ในทางคลินิก แพทย์อาจคัดกรองผู้ป่วย ว่ามีลักษณะการดื่มสุราหนักเบา โดยถามปริมาณการดื่มต่อสัปดาห์ หรือปริมาณที่ดื่มต่อครั้ง โดยใช้เกณฑ์กำหนดของ Harzarduse threshold (U.S Department of Health and human Service 1995,1997 ใน พิชัย แสงชาญชัย, 2547) ดังนี้ Harzarduse Alcohol use screening

คำนิยาม	คำอธิบาย	เพศชาย	เพศหญิง
จำนวนดื่ม (Drinks) ต่อสัปดาห์	Standard drink 0.5 ออนซ์ ของ absolute alcohol 12 ออนซ์ ของเบียร์ 5 ออนซ์ ของไวน์ 1.5 ออนซ์ ของสุรา 40 ดีกรี	≥ 14	≥ 7
จำนวนดื่มสูงสุด (maximum drinks) ต่อครั้งที่ดื่ม	อาจแปรผันตามอายุ เชื้อชาติ โรคทางอายุกรรม หรือจิตเวชที่ร่วมด้วย การตั้งครรภ์ และปัจจัยเสี่ยง อื่นๆ	≥ 5	≥ 4

หากผู้ป่วยดื่ม มากกว่าตัวเลขที่กำหนดตามตาราง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยทางอายุกรรมและการติดสุราได้

หลักเกณฑ์วินิจฉัยภาวะติดสุรา

1. Screening test

ในการคัดกรองผู้ป่วยติดสุรา บางคลินิก แพทย์อาจใช้คำถามง่ายๆ มาใช้เป็นเครื่องมือทางคลินิกได้

เช่น

- การทำ (CAGE TEST) ซึ่งหากผู้ป่วยมีความรู้สึก ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป แสดงถึงผู้ป่วยอาจมีภาวะสุราเรื้อรังได้ ดังนี้

- 1) คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรจะหยุดดื่มสุราหรือไม่ (Cut Down)
- 2) บุคคลอื่นเคยทำให้คุณรำคาญ โดยการวิพากษ์วิจารณ์การดื่มสุราของคุณหรือไม่ (Annoyed)
- 3) คุณเคยรู้สึกไม่ดี หรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มสุราของตนเองหรือไม่ (Guilty)
- 4) คุณเคยดื่มสุราเป็นอันดับแรกในตอนเช้า เพื่อให้ระบบประสาทเป็นปกติ หรือแก้อาการส่วงเมาหรือไม่ (Eye opener)

- การทำ two Questions test (สูตรสองคำถาม) โดยใช้คำถามดังนี้

- 1) คุณมีปัญหาในการใช้ยา หรือดื่มเหล้าหรือไม
- 2) คุณใช้ยาหรือดื่มเหล้าภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ใช่หรือไม่

ถ้าตอบรับทั้ง 2 คำถาม เป็นการวินิจฉัยได้ว่า ผู้นั้นมีปัญหาเป็นโรคจิตยาหรือติดเหล้า นอกจากนี้ ยังมีวิธีการคัดกรองอื่นๆ ที่สามารถนำมาปรับใช้ในทางคลินิกได้ เช่น The Drug Abuse Screening (DAST), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Michigan Alcohol Screening Test (MAST and SMAST), Drinker Inventory of Consequences (DrInc) เป็นต้น

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบในผู้ป่วยสุรา มีดังนี้ (สมภพ เรื่องตระกูล และอรพรรณ ทองแดง, 2542)

1. ผลการตรวจซึ่งไวที่สุดในการบ่งบอกว่าผู้ป่วยดื่มสุราจัด คือ ระดับ GGT (Gamma – Glutamyl Transferase) ที่สูงกว่า 30 ยูนิต โดยพบว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยซึ่งมีระดับเอนไซม์ชนิดนี้สูงเป็นผู้ที่ดื่มสุราจัดอย่างต่อเนื่อง
2. ค่า MCV สูงกว่าปกติ (mean corpuscular volume) ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยขาดวิตามินบีรวม และสุราเป็นพิษต่อกระบวนการสร้างเม็ดโลหิตแดง (erythropoiesis)
3. การทดสอบประสิทธิภาพของตับด้วยวิธีต่างๆ บ่งว่ามีความบกพร่อง เช่น มีระดับ SGOT และ Alkaline phosphatase สูง
4. ระดับไขมันในเลือดสูง เช่น triglyceride และ lipoprotein cholesterol ซึ่งเกิดจากภาวะ gluconeogenesis ลดลง ซึ่งทำให้เกิด fatty liver
5. ระดับ uric acid เพิ่มขึ้น
6. ระดับแอลกอฮอล์สูง การตรวจหาระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะช่วยบอกให้ทราบว่าผู้ป่วยมีอาการชิน (tolerance) มากน้อยเพียงใด เช่น ในผู้ป่วยที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด 100 มิลลิกรัมต่อซีซี และไม่มีอาการมึนเมาเลย แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการชินต่อสุรา ทุกรายจะมีอาการมึนเมาอย่างรุนแรง

การติดสุรา (Alcohol Dependence)

ลักษณะที่สำคัญอย่างน้อยสามในเจ็ดต่อไปนี้

1. ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม (Tolerance)
2. มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม (Withdrawal)
3. ควบคุมการดื่มไม่ได้ (Impaired control)
4. มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ (Impaired control)

5. หมกมุ่นกับการดื่มหรือการหาแอลกอฮอล์มาสำหรับดื่ม (Time spent drinking)
6. มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการทำงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ (Neglect of activity)
7. ยังคงดื่มอยู่ทั้ง ๆ ที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว (Drinking despite problem)

การดื่มแบบมีปัญหา

Problem Drinking (Mild to Moderate)

หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์จนได้รับผลเสียตามมา

- ผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ภาวะอาหาร , ความดัน , เบาหวาน
- ผลเสียต่อการทำงาน เช่น ทำงานไม่ได้ , ไม่มีประสิทธิภาพ
- ผลเสียต่อสัมพันธภาพกับคนอื่น

Alcohol Abuse (Moderate to Severe)

1. มีหลักฐานชัดเจนว่าแอลกอฮอล์ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ
2. มีลักษณะของอันตราย เช่น
 - ไม่สามารถทำงาน หรือ ผลการทำงานไม่ดี
 - อยู่ในสถานการณ์ที่อาจก่ออันตราย
 - มีปัญหาทางกฎหมาย
 - เกิดปัญหาทางสังคม หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ตลอดหรือบ่อย ๆ
3. ต้องดื่มแอลกอฮอล์ติดต่อกันนานอย่างน้อยหนึ่งเดือนหรือดื่มหลายครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และต้องไม่เข้ากับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับ Alcohol Dependence

การดื่มแบบเสี่ยง **Risky Drinking (At Risk)** หมายถึง การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณหรือลักษณะที่ทำให้ผู้ดื่มต้องเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลเสียต่อสุขภาพ

- ต่อวัน : ชาย ≥ 5 drinks ; หญิง ≥ 4 drinks
- ต่อสัปดาห์ : ชาย ≥ 14 drinks ; หญิง ≥ 7 drinks
- ดื่มเล็กน้อย แต่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น กำลังตั้งครรภ์ มีโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือกำลังรับประทานยาใด ๆ

ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา Alcohol-Related Disorders

ผลจากการดื่มสุรา Alcohol-Induced Disorders ทำให้เกิดภาวะต่างๆดังนี้

- Alcohol intoxication
- Alcohol withdrawal
- Alcohol withdrawal delirium
- Alcohol-induced psychotic disorder
- Alcohol-induced amnesic disorder
- Alcohol-induced persisting dementia

Alcohol Intoxication

ภายหลังการดื่มสุราแล้วมีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ

1. พูดไม่ชัด (slur speech)
2. การทรงตัวไม่ดี (in coordination)
3. เดินไม่ตรงทาง (Unsteady gait)
4. Nystagmus
5. ความจำและสมาธิเสีย (Impairment in attention or memory)
6. Stupor or coma

Blackouts

- เป็นอาการหลงลืม (amnesia) ที่เกิดขึ้นชั่วขณะในช่วงที่ผู้ป่วยเมาสุรา (intoxication) โดยในขณะนั้นระดับความรู้สึกตัวปกติ คนรอบข้างรู้สึกว่ามีผู้ป่วยปกติ แต่หลังจากผู้ป่วยหายเมาแล้วจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงที่เมานั้นไม่ได้
- เป็นตัวบ่งชี้ถึงความรุนแรงในการติดสุรา

Alcohol Withdrawal

ภายหลังการหยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราแล้วมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ข้อ

1. ความดันสูง ชีพจรเร็ว มีไข้ หายใจเร็ว มีเหงื่อออก
2. มือสั่น
3. นอนไม่หลับ ผื่นร่าย
4. คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย

5. กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่
6. ประสาทหลอน – หูแว่ว ภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่
7. วิดกกังวล กลัว
8. ชักทั้งตัว (Grand mal seizure)

การประเมิน Alcohol Withdrawal

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะ withdrawal

1. ความรุนแรงของการติดสุรา ค่อนข้างมากเป็นเวลานาน
2. ประวัติเคยมีอาการ withdrawal , DTs , ชัก มาก่อน
3. ปริมาณสุราที่ดื่มในปัจจุบันและวันที่ดื่มครั้งสุดท้าย
4. โรคทางกายอื่นที่พบร่วม เช่น chronic liver disease
 - การดื่มหนักและดื่มมานาน มีโอกาสเกิดอาการ withdrawal สูง
 - เกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดของคน ๆ นั้นลดลง แม้ว่าจะยังคงดื่มอยู่ก็ตาม
 - อาการจะเริ่มตั้งแต่ 6-24 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย และเป็นมากที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย
 - อาการจะหายไปได้ภายใน 5-7 วัน แม้ไม่ได้รับการรักษา
 - อาการนอนไม่หลับและหงุดหงิดอาจคงนานถึง 10 วัน
 - อาการชัก “rum fits” : พบได้ในผู้ที่มีประวัติ epilepsy , ป่วยด้วยโรคทางกาย , อ่อนเพลีย , มีภาวะขาดอาหาร (malnutrition)

Withdrawal Seizures or Rum Fits

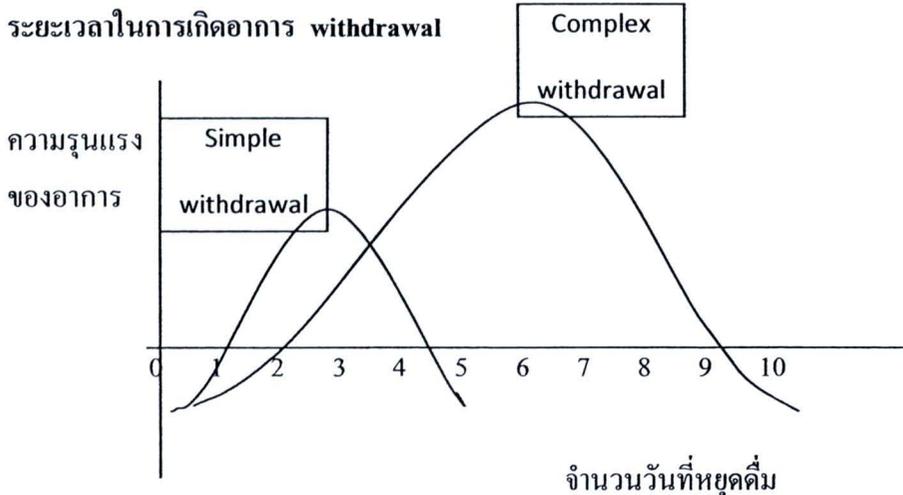
- พบได้ประมาณ 3% ของ alcohol withdrawal
- มีอาการชักแบบ single tonic-chronic (grand mal) , no focal features.
- 95% พบได้ภายใน 48 ชม. หลังหยุดดื่ม
- เสี่ยงต่อ Aspirate Pneumonia

Alcohol Withdrawal Delirium (Delirium Tremens = DTs)

เป็นภาวะ alcohol withdrawal ที่รุนแรงที่สุด มีอัตราการตายสูงถึง 30% มีอาการดังต่อไปนี้

- กระสับกระส่าย
- สับสน ไม่มีสมาธิ
- มือสั่น ตัวสั่น เหงื่อออกมาก

- ไม่รู้วัน เวลา สถานที่
- อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา
- ซึพจรเร็ว ไข้ ความดันสูง
- หูแว่ว ภาพหลอน
- ระแวงกลัว หลงผิด
- อาการมักเริ่มเกิดภายใน 2-3 วัน หลังหยุดดื่มสุรา
- อาการเป็นมากที่สุดในวันที่ 4-5
- ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน
- ในบางรายอาจมีอาการนานถึง 4-5 สัปดาห์
- ผู้ป่วย DTs มักจะดูแลยาก ไม่อยู่นิ่ง มักต้องเฝ้าระวังและต้องดูแลใกล้ชิด
- จากภาวะ hyperactive ทำให้เกิด dehydration, cardiac arrhythmia และภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา
- DTs มักพบได้ง่ายเมื่อมีโรคทางกายร่วมด้วย เช่น
 - infection – aspirated pneumonia or urinary tract infection
 - electrolyte or acid-base disturbance
 - ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ เช่น fracture long bone
 - ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการผ่าตัด



การประเมินภาวะ Alcohol withdrawal

- ผู้ป่วยควรจะได้รับ การประเมินความรุนแรงของอาการ withdrawal
- ภาวะ withdrawal ควรจะต้องป้องกันได้ โดยต้องสามารถตรวจพบตั้งแต่เริ่มมีอาการและให้การรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลา จึงจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะ withdrawal ที่รุนแรงและถึงแก่ชีวิตได้ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการ Alcohol withdrawal คือ MIND Score , CIWA-Ar และ AWS
- กรณีที่ควรรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ มีอาการถอนพิษรุนแรง มีโรคอายุรกรรมหรือโรคจิตเวชรุนแรงแทรกซ้อน เสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น มีประวัติ DTs หรือ withdrawal seizure มาก่อน รักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่สำเร็จ

Alcohol-Induced Psychotic Disorder

อาการประสาทหลอนพบได้บ่อยกว่าอาการหลงผิด พบได้ทั้งหูแว่ว และภาพหลอน อาการคงอยู่นานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดสุรา แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน วินิจฉัยจากประวัติการดื่มเหล้าอย่างหนัก ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใด ๆ มาก่อน ไม่ได้อยู่ในช่วงของ withdrawal syndrome หรือ DTs

Alcohol-Induced Persisting Amnesic Disorder Korsakoff 's Syndrome

1. เกิดจาก การขาด Thiamine (B1) เนื่องจากดื่มสุรานานร่วมกับการมี neurological deficits
 - Peripheral neuropathy,
 - Cerebella ataxia
2. มีความจำผิดปกตอย่างมาก ทั้ง retrograde and interrogated memory
3. พุดโกหกโดยไม่รู้ตัว (Confabulation) พบได้บ่อย
4. ระดับสติปัญญา (intellectual function) ยังปกติอยู่
5. มักพบตามหลัง Wernicke 's encephalopathy ที่ไม่ได้รับการรักษา
 - Confusion
 - Ataxia
 - Nystagmus

- Ophthalmoplegia
- Other neurological signs

6. การรีบให้การรักษ Wernicke ด้วย thiamine ในขนาดสูงจะช่วยป้องกันการเกิด Korsakoff 's Syndrome ได้

Alcohol- Induced Persisting Dementia

- มีประวัติดื่มสุร่าอย่างหนักมานาน อาการปรากฏชัดหลังหยุดดื่มสุร่าอย่างน้อย 3 สัปดาห์ มีอาการของ dementia โดยไม่พบว่ามีสาเหตุอื่น มีภาวะ Cognitive impairment and memory impairment

การรักษาผู้เสพติดสุร่า

การรักษาด้วยยา

-รักษาอาการขาดสุร่า ซึ่งเป็นอาการที่เกิดจากการหยุดยา เรียกว่า การถอนพิษ หรือ

Detoxification

โดยทั่วไปภาวะถอนแอลกอฮอล์จะมีอาการและอาการแสดงใน 6 – 24 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์ และอาจเกิดภาวะ Alcohol withdrawal delirium ซึ่งเรียกว่า Delirium tremens (DTs) รวมถึงอาการชัก มักเกิดภายใน 72 ชั่วโมงแรกหลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์ แต่อาจเกิดหลัง 72 ชั่วโมงก็ได้

แนวทางในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์

1. แพทย์ให้การประเมินภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมที่อาจมีร่วมด้วย ซึ่งต้องให้การรักษาอย่างรีบด่วน เช่น ตับวาย หัวใจวาย ตับอักเสบเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นต้น
2. แพทย์ให้การประเมินภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เช่น สมอลงสับสน ความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น โรคนจิต ภาวะซึมเศร้ารุนแรง เป็นต้น
3. แพทย์ให้การประเมินความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ อาจใช้ Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar) ในการประเมิน
4. แพทย์ควรรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่าง ๆ ดังนี้
 - ผู้ป่วยมีอาการถอนรุนแรงขึ้นปานกลางถึงรุนแรงมาก
 - ผู้ป่วยมีภาวะทางอายุรกรรม หรือจิตเวชฉุกเฉิน
 - ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นสูง

- ผู้ป่วยเคยมีประวัติ DTs หรืออาการชักจากถอนแอลกอฮอล์ในอดีต
- ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่สามารถหยุดแอลกอฮอล์ได้

5. แพทย์ให้การถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol detoxification)

การถอนพิษแอลกอฮอล์มีหลักสำคัญคือ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วงการถอนแอลกอฮอล์ได้อย่างปลอดภัย อาจใช้ยาชดเชยเพื่อระงับอาการถอน และให้เฝ้าระวังผลข้างเคียงที่รุนแรงตามมา

ยาที่เหมาะสม ได้แก่ กลุ่มยา Benzodiazepine ได้แก่ diazepam หรือ chlordiazepoxide เป็นต้น ในกรณีที่เป็นผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคตับ ควรเลือกให้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น และไม่ต้องย่อยสลายโดยตรงที่ตับ ได้แก่ lorazepam การถอนแอลกอฮอล์มี 2 แนวทาง ดังนี้

1. Symptom-triggered therapy (PRN dosing) เป็นการให้ยาชดเชยทุก ๆ 1 ชั่วโมง ใช้แบบวัด เช่น CIWA-Ar เป็นเครื่องมือในการติดตามความรุนแรงของอาการ เมื่อมีอาการหรือแสดงอาการของการถอนแอลกอฮอล์ หรือคะแนน CIWA-Ar มากกว่า 10 เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย uncomplicated withdrawal ยาที่ให้อาจเป็น

- Chlordiazepoxide 50 – 100 mg
- Diazepam 10 – 20 mg
- Lorazepam 2 – 4 mg

หลังจากให้ยาไปประมาณ 1 ชม. ควรประเมินอาการด้วย CIWA-Ar ทุก 1 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 – 3 วันแรกของการหยุดแอลกอฮอล์

2. Structured Medication Regimens เป็นการให้ยาตามแพทย์กำหนด เพื่อป้องกันการเกิด withdrawal เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการชักจากการถอนแอลกอฮอล์ (withdrawal seizure) หรือในรายที่อาการถอนแอลกอฮอล์อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ สูตรให้ยามีดังต่อไปนี้

- Chlordiazepoxide 50 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 4 มื้อ ต่อมาให้ chlordiazepoxide 25 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 8 มื้อ
- Diazepam 10 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 4 มื้อ ต่อมาให้ diazepam 5 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 8 มื้อ
- Lorazepam 2 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 4 มื้อ ต่อมาให้ lorazepam 1 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมง จำนวน 8 มื้อ ใช้ในกรณีผู้ป่วยสูงอายุหรือตับแข็ง

ขณะให้ยาตามสูตรที่กำหนด ต้องให้การติดตามอาการอย่างใกล้ชิด อาจเพิ่มปริมาณยาหากมีอาการถอนขึ้น

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม benzodiazepine แล้วยังมีอาการหงุดหงิด กระสับกระส่าย หรือมีอาการประสาทหลอน อาจพิจารณาให้ยาต่อไปนี้เสริม

- Haloperidol 2 – 5 mg หรือให้ร่วมกับ lorazepam 2 – 4 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือรับประทานทุก 4 – 6 ชั่วโมง
- Diazepam 5 mg ฉีดเข้าเส้นเลือดดำอย่างช้า ๆ จนสงบ แต่ครั้งหนึ่งห่างกันทุก 5 นาที จำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นอาจเพิ่มขนาดเป็น 10 mg อีกจำนวน 2 ครั้ง หากยังไม่สงบ แพทย์สามารถเพิ่มยาเป็น 20 mg

ขณะให้ยาควรติดตามผลข้างเคียงของการกดการหายใจที่อาจเกิดขึ้น ควรมีอุปกรณ์เพื่อช่วยการหายใจเตรียมพร้อมไว้เสมอ และยาอื่น ๆ ที่อาจให้ร่วมด้วย เช่น

- β adrenergic agents ได้แก่ atenolol ขนาด 50 – 100 mg วันละครั้ง หรือกลุ่มยา centrally acting α_2 adrenergic agonist ได้แก่ clonidine 0.1 – 0.2 mg ทุก 8 ชั่วโมง ซึ่งช่วยลดอาการระบบอัตโนมัติตื่นตัว แต่ยาไม่ช่วยป้องกันอาการชัก ข้อเสียคือ อาจทำให้การประเมินด้วยแบบประเมินอาการถอนมีประสิทธิภาพลดลงในการติดตามอาการ การให้ยาต้องระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ
- Carbamazepine สามารถใช้แทน benzodiazepine ได้ในกรณีอาการถอนระดับน้อยถึงปานกลาง หรือให้เสริมจากยา benzodiazepine ที่ให้อยู่เดิม ข้อดีของยา คือ กดประสาทและกดการหายใจ ไม่มาก ไม่เสี่ยงต่อการนำไปใช้อย่างผิด ๆ ยามีฤทธิ์กันชัก ขนาดยาที่ให้ในกรณีอาการถอนน้อย ขนาดยาอยู่ในช่วง 400 – 800 mg/d.
- วิตามินบี1 หรือ Thiamine มีความสำคัญอย่างมาก โดยปกติผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรังมักขาดวิตามินบี1 ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดภาวะ Wernicke-Korsakoff syndrome ควรให้ Thiamine 100 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้นการรักษาและให้รับประทานต่อเนื่องอีกหลายสัปดาห์



แนวทางการบำบัดผู้ป่วยภาวะ Alcohol withdrawal delirium / Delirium tremens (DTs)

1. แพทย์ให้สารน้ำ และเกลือแร่ชดเชยแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
2. ควรลดสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มากระตุ้นผู้ป่วย เช่น จัดให้อยู่ห้องแยกหรือมุมสงบ แสงสว่างเพียงพอ และสามารถเฝ้าสังเกตอาการได้ใกล้ชิด อาจใช้การผูกมัดกรณีที่น่าจะเป็นอันตราย
3. แพทย์ตรวจหาโรคแทรกซ้อนทางกายอื่นที่อาจเกิดร่วมด้วย เช่น การติดเชื้อ เป็นต้น
4. ปกติการให้ยาไม่ช่วยเปลี่ยนการดำเนินโรคของ DTs แต่จะช่วยสงบคนไข้ ลดความเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นลง ช่วยให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้
5. ยาที่เหมาะสมคือ diazepam หรือ lorazepam ชนิดฉีดเส้นเข้าเส้นเลือด เนื่องจากเป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว แพทย์ให้ยา diazepam 5 – 20 mg ฉีดเข้าเส้นเลือดทุก 5 – 15 นาทีจนสงบ หรือ lorazepam 1 – 4 mg ฉีดเข้าเส้นเลือดทุก 5 – 15 นาทีจนสงบ ขนาดยา diazepam ที่ใช้บางราย อาจต้องสูงถึงหลายร้อยมิลลิกรัม ต้องเฝ้าระวังผลข้างเคียง เช่น ภาวะกดระบบการหายใจ
6. ระยะเวลาที่ให้ควรครอบคลุมระยะดำเนินโรคของ DTs คือ 7 – 10 วัน หลังจากนั้นค่อย ๆ ลดขนาดยาลง โดยเฉลี่ยร้อยละ 10 ต่อวัน

เครื่องมือวัดภาวะถอนแอลกอฮอล์เพื่อให้อาการตามอาการ (Symptom-triggered tools)

เครื่องมือมาตรฐานของการวัดอาการถอนแอลกอฮอล์ในปัจจุบันคือ Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar) ประกอบด้วย อาการแสดงจำนวน 10 ข้อ มีคะแนนสูงสุด 67 คะแนน แบ่งความรุนแรงตามคะแนน ดังนี้⁵

< 10 คะแนน	no to mild symptoms หรือ คะแนนที่ยังไม่ให้ยา
10 – 18 คะแนน	mild to moderate symptom หรือ คะแนนเริ่มต้นให้ยาเพื่อลดอาการ
≥ 19 คะแนน	severe symptom หรือ คะแนนเริ่มต้นให้ยาคิดรวมเพื่อลดอาการ

เครื่องมือที่กำลังพัฒนาการวัดอาการถอนคือ Alcohol Withdrawal Scale (AWS) มีจำนวน 7 ข้อ คะแนนสูงสุด 27 คะแนน แบ่งความรุนแรงตามคะแนน ดังนี้¹⁴

- < 5 คะแนน no to mild symptoms หรือ คะแนนที่ยังไม่ให้ยา
- 5 – 14 คะแนน mild to moderate symptom หรือ คะแนนเริ่มต้นให้ยาเพื่อลดอาการ
- ≥ 15 คะแนน severe symptom หรือ คะแนนเริ่มต้นให้ยาจัดร่วมเพื่อลดอาการ

ช่วยส่งเสริมให้หยุดดื่มสุราต่อไป

-รักษาอาการทางจิตที่มีร่วมด้วยจากการติดสุรา

ในกลุ่มผู้เสพติดสุราให้ยาที่มีฤทธิ์ Cross tolerance คือยาในกลุ่ม Benzodiazepine ซึ่งเป็นยากันชักกลุ่มเดิม แต่มีกลไกการออกฤทธิ์ที่คล้ายกัน แล้วลดขนาดยาลงเรื่อย ๆ ใน 3-5 วัน เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น โดยลดลงครั้งละ 20 % นอกจากนี้ก่อนกลับบ้านยังมีการให้ยาประเภท Sensitizing agents คือยา Disulfiram (Antabuse) เมื่อผู้ติดสุราได้รับยานี้แล้วและกลับไปดื่มสุราอีก จะเกิดอาการป่วย มีอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น ใจสั่น หน้าแดง ผื่นแพ้ตามตัวเป็นต้น ดังนั้นการรับประทานยานี้ จึงนับเป็นการส่งเสริมไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำอีก

การให้ยารักษาผู้ติดสุรา

การรักษาผู้ติดสุราโดยทั่วไปมักเป็นการรักษาตามอาการ โดยในปัจจุบันสรุปได้ดังนี้

- ยาในกลุ่ม benzodiazepine เช่น diazepam 4-40 mg/day หรือ lorazepam 2-3 mg/day ในรายที่มีอาการเครียด

- ยาด้านโรคจิต เช่น haloperidol , chlorpromazine , thioridazine ในบางรายที่มีอาการทางจิต โดยขนาดที่ให้ดูจากอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งแต่ละรายจะใช้ขนาดยาไม่เท่ากัน โดยพิจารณาเป็นราย ๆ ไป

- ยาด้านซึมเศร้า ได้แก่ ยาบางตัวในกลุ่ม tricyclic antidepressant เช่น nortryptiline desipramine และกลุ่มอื่น เช่น fluoxetine ซึ่งนอกจากจะช่วยลดอาการซึมเศร้าแล้ว ยังช่วยลดอาการขาดพิษยาบางอย่างได้ เช่น ง่วงนอน หลับมาก หิวบ่อย รับประทานจุ

- ยาถ่วงประสาท (minor tranquilizer) คือ chlordiazepoxide 25-50 mg วันละ 4 ครั้ง แล้วลดขนาดร้อยละ 20 ภายในเวลา 5 วัน ใช้รักษาผู้ติดสุรา

- Disulfiram เป็นยาที่มีฤทธิ์ต่อต้านฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ โดยเมื่อผู้ใช้นี้ดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดอาการรื้อนวบวาบ ปวดศีรษะตื้อ ๆ หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ตาพร่า ความดันโลหิตต่ำ สับสน เป็นต้น ผู้รับประทานยานี้จึงควรเป็นผู้มีสุขภาพดี มีแรงจูงใจสูง และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ

หลักการบำบัดรักษาทางจิตสังคม

วิธีการบำบัดรักษาทางจิตสังคม อาจทำได้โดยวิธีการดังต่อไปนี้

1. Stage of Changes (วัฏจักรแห่งการเปลี่ยนแปลง)
2. Motivation Interviewing (การสร้างแรงจูงใจ)
3. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
4. Family Therapy
5. Relapse Prevention

เครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา AUDIT :ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST โดย WHO เพื่อเป็นเครื่องมือแบบง่าย ใช้คัดกรองผู้ที่ดื่มมากเกินไปและสามารถให้การช่วยเหลือได้ มีการทำให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (Cross-national standardization)และสามารถใช้ได้ใน การดูแลระดับปฐมภูมิ (primary care setting) สามารถใช้เป็นแบบ ให้คะแนนตนเอง (self-rating) หรือใช้โดยคนทั่วไปได้ เน้นการดื่มในปัจจุบัน สามารถแยกกลุ่มผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยง ดื่มแบบมีปัญหา และดื่มแบบติดได้ มีข้อเสนอแนะถึงแนวทางการช่วยเหลือสำหรับแต่ละกลุ่มผู้ดื่ม ใช้ง่าย สั้น ยึดหยุ่นได้ จุดตัดคะแนนรวมได้พิจารณาจาก

ค่าความไว: ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่าป่วย

ค่าความจำเพาะ: ร้อยละของผู้ที่ไม่ป่วยได้รับการคัดกรองว่าไม่ป่วย

เพื่อแยกเป็นกลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (hazardous use)กลุ่มดื่มแบบอันตราย (harmful use) และกลุ่มดื่มแบบติด (dependence)

จุดตัดคะแนน AUDIT ที่ 8 คะแนนบ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหาค่าความไวที่ประมาณ 0.95 และค่าความจำเพาะเฉลี่ย 0.80

แนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วย

วิธีการเพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงความเป็นจริง

- ผู้สัมภาษณ์ ควรแสดงท่าที่เป็นมิตร ไม่ขู่เจ็ญคุกคาม

- ผู้ป่วยไม่อยู่ในภาวะเมาสุราหรือกำลังอยู่ในภาวะที่ต้องการการรักษาแบบฉุกเฉินในขณะนั้น
- ต้องแจ้งวัตถุประสงค์ของการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราให้ชัดเจนโดยให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการชี้แจงเพื่อให้เข้าใจคำถาม และสามารถตอบข้อคำถามได้อย่างถูกต้อง
- ต้องให้ความมั่นใจว่าคำตอบของผู้ป่วยจะเก็บเป็นความลับ

ตารางแสดงส่วนหัวข้อย่อยในแต่ละคำถาม โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือกลุ่ม ข้อ 1-3 เป็นกลุ่มที่เกี่ยวกับการใช้ ได้แก่ ปริมาณ ความถี่ ความถี่ในการดื่มหนัก กลุ่มข้อ 4-6 แสดงถึงภาวะอาการของการติดสุรา กลุ่มข้อ 7-9 แสดงถึงอันตรายและผลกระทบจากการดื่ม

Risk Zone	AUDIT	ระดับความรุนแรง (Risk Level)	การให้ความช่วยเหลือ (Intervention)
1	0 - 7	ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ / ไม่ดื่ม (Low Risk/Abstinence)	การให้ความรู้เรื่องการดื่มสุรา (Alcohol education)
2	8 - 15	ดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)	การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice)
3	16-19	ดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinker)	การให้คำแนะนำแบบสั้น (BA) และการให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling)
4	20-40	สงสัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence)	ส่งไปพบแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและรักษา

การให้การดูแลที่เหมาะสมกับคะแนนAUDIT โดยใช้เครื่องมือ AUDIT alcohol use identification test

เครื่องมือคัดกรองทางชีวภาพ

(Biological screening tests)

- เครื่องมือคัดกรองทางชีวภาพช่วยให้สามารถวินิจฉัยปัญหาการดื่มได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น
- เป็นข้อมูลสำหรับวางแผนการดูแลรักษาต่อไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะมีความไวและความจำเพาะน้อยกว่าแบบสอบถาม แต่ก็มีประโยชน์อย่างมากในการช่วยสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หรือจากแบบสอบถาม มีความเสี่ยงน้อยที่จะเกิดอคติที่เกิดจากการลืมข้อมูลหรือการไม่ยอมรับปัญหาของผู้ป่วยการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในร่างกาย

1. การตรวจระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood alcohol concentration, BAC)

ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (mg/dl หรือ mg%)	พฤติกรรม
0.05	ความคิดและการตัดสินใจผิดพลาด
0.1	เริ่มมีปัญหาในการบังคับกล้ามเนื้อให้ทำงาน สัมพันธ์กัน
0.2	สมองส่วนการเคลื่อนไหวถูกกด, มีผลต่อการ ควบคุมอารมณ์
0.3	มีภาวะสับสนหรือเริ่มซึม
0.4 – 0.5	โคม่า
> 0.5	กดการหายใจ และการเต้นของหัวใจ, เสียชีวิต

ตารางที่ แสดงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับระดับแอลกอฮอล์ในเลือด

2. การตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ

3. การตรวจภาวะดื่มเกินระดับหรือการดื่มแบบอันตราย

Gamma glutamyl tranferase (GGT) serum GGT

Mean corpuscular volume (MCV)

4. การตรวจทางชีวภาพที่บอกระดับโรคตับที่เกิดจากการดื่มสุรา

serum GGT, AST, ALT

Gamma glutamyl tranferase (GGT)

- เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่นิยมใช้แพร่หลายที่สุด ค่า GGT เพิ่มขึ้นในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากในระดับอันตราย เช่น การดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากเป็นประจำ
- ค่า GGT เพิ่มขึ้นในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มากในระดับอันตราย เช่น การดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากเป็นประจำ
- คนหนุ่มสาวที่ร่างกายแข็งแรงจะต้องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนมากนานประมาณห้าสัปดาห์จึงจะทำให้ GGT สูงเกินระดับปกติ จะเป็นผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตัวแรกที่เพิ่มขึ้น
- เมื่อผู้ป่วยหยุดดื่มสุรา ค่า GGT จะค่อยๆ ลดลงอย่างช้าๆ โดยจะลดลงเหลือประมาณครึ่งหนึ่งในสองสัปดาห์ และจะลดลงสู่ระดับปกติภายใน 6-8 สัปดาห์
- จะสูงมากในคนที่เป็นโรคตับจากสุราขั้นรุนแรง แต่อาจจะมีค่าลดลงในคนที่เป็นตับแข็งแล้ว

	ค่าเฉลี่ยของ serum GGT
ค่าปกติทางห้องปฏิบัติการ	< 50 U/l
คนไทยที่ไม่ดื่มสุรา	35.1 U/l
ผู้ที่ดื่มแบบไม่เป็นปัญหา	42.2 U/l
ผู้ที่ดื่มแบบเสี่ยง	75.9 U/l

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของ Serum GGT ในกลุ่มประชากรต่างๆ

- ค่า serum GGT สัมพันธ์กับปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเป็นประจำ
- ผู้ติดสุราประมาณร้อยละ 75 จะมีค่า serum GGT สูงผิดปกติ

ข้อด้อย คือการมี Specificity ค่อนข้างต่ำ ยาหรือโรคค้ำชนิดอื่นๆ ก็สามารทำให้ระดับ serum GGT สูงขึ้นได้

3. ความรู้เกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ Health-Related Quality of Life

คำนิยามของ “คุณภาพชีวิต” องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ “เป็นมุมมองของบุคคลแต่ละคนที่มีต่อสถานะของชีวิตของตนเองภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและระบบคุณค่าในทีที่คนนั้นอาศัยอยู่และมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐาน และความห่วงใยของพวกเขา“ (... the individuals’ perception of their position in life within the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns)

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

สุขภาพเป็นมิติหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health related quality of life หรือ HRQOL) จึงมีความจำเป็น และเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมากอย่างหนึ่งนอกเหนือจากอายุขัย (life expectancy) หรือการมีชีวิตรอด (survival) โดยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถมองเห็นได้จากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญอย่างมากในอันที่จะเข้าใจว่าโรคและการรักษามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งตรงกับแนวความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care)

ประโยชน์ของการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีประโยชน์อย่างน้อย 3 ประการ ได้แก่

1) เพื่อติดตามประเมินภาวะสุขภาพของประชากร (population monitoring) เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุในชุมชนหนึ่ง หรือในกลุ่มเด็กนักเรียนแห่งหนึ่ง หรือผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เป็นต้น

2) เพื่อใช้ในการประเมินผลลัพธ์ (outcomes measurement) ของการรักษาหรือดูแลทางสุขภาพ เช่นการเปรียบเทียบผลของยา 2 ชนิด โดยดูผลลัพธ์ทางด้านคลินิก (clinical outcomes) เศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) และคุณภาพชีวิต (humanistic outcomes) เป็นต้น

3) เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (clinical practice) ซึ่งในทางปฏิบัตินั้น การประเมินคุณภาพชีวิตเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากผลทางคลินิกหรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อที่จะได้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

นิยามและประเภทของการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นโครงสร้าง (construct) ที่ประกอบขึ้นด้วยหลายแนวความคิด (concept) ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของ “สุขภาพ” โดยองค์การอนามัยโลกที่ว่า สุขภาพไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรค แต่หมายถึงการมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยทั่วไปเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพสามารถจัดประเภทตามกลุ่มประชากรและตามการรายงานคะแนน

ประเภทของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบ่งตามประชากร

คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่มีพื้นฐานตามกลุ่มประชากรสามารถแบ่งได้เป็น การประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป และแบบเฉพาะกับ โรคหรือภาวะสุขภาพใดภาวะหนึ่งดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบทั่วไป (generic HRQOL)

ซึ่งจะใช้เครื่องมือวัดแบบทั่วไป (generic instrument) ซึ่งไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาวะโรคที่เป็นตัวอย่างของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปที่เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายทั่วโลกคือ Short Form Health Survey (SF-36) ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 36 ข้อโดยแยกเป็นมิติทางสุขภาพ 8 มิติคือ physical function (มี 10 ข้อ เช่นสุขภาพของท่านทำให้ท่านไม่สามารถเดินได้ภายในระยะ 1.6



กิโลเมตร), role limited by physical problems (มี 4 ข้อ เช่น ท่านทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้น้อยลง เพราะปัญหาสุขภาพทางด้านกายภาพหรือไม่), bodily pain (มี 2 ข้อ เช่น ท่านมีอาการเจ็บปวดในรอบ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมาหรือไม่), general health (มี 6 ข้อ เช่น ท่านรู้สึกว่าคุณเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าผู้อื่นหรือไม่), vitality (มี 4 ข้อ เช่น ท่านรู้สึกเหนื่อยล้าหรือไม่), social-functioning (มี 2 ข้อ เช่น สุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจมีผลต่อการทำกิจกรรมทางด้านสังคมของท่านหรือไม่), role limited by emotional problems (มี 3 ข้อ เช่น ท่านทำงานหรือกิจกรรมอื่น ๆ ได้น้อยลงเพราะปัญหาสุขภาพทางด้านจิตใจ), และ mental health (มี 5 ข้อ เช่น ท่านรู้สึกท้อแท้หรือเศร้าหรือไม่) โดยแต่ละข้อจะมีตัวเลือกให้เป็นแบบมาตราวัดแบบ Likert-type scale คือ เรียงขนาดของคำตอบจากน้อยไปมากนอกจากแบบสอบถาม SF-36 แล้วยังมีเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปอื่น ๆ เช่น Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, WHOQOL-BREF (มีฉบับภาษาไทย), Quality of Well-Being, Health Utility Index และ EuroQOL (มีฉบับภาษาไทย) ข้อดีของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป คือสามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตในมิติต่าง ๆ และสามารถเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ได้ ข้อเสียอาจเพราะการที่ความไว (responsiveness) ต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือสุขภาพค่อนข้างต่ำ เนื่องจากเครื่องมือเหล่านี้ไม่เฉพาะต่อโรคใดโรคหนึ่งหรือสภาวะใดสภาวะหนึ่ง

2. การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบเฉพาะ (specific instrument)

เช่น เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต แบบเฉพาะ โรค (disease-specific instrument) ตัวอย่างเช่น ในโรคมะเร็งสามารถใช้ Functional Assessment of Cancer-FACT-G และเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะอายุ (age-specific instrument) เช่น Pediatric Asthma Quality of Life ซึ่งประกอบด้วยคำถาม 23 ข้อแยกเป็น 3 มิติ ได้แก่ activity limitations (มี 5 ข้อเกี่ยวกับการเล่น, กีฬา และกิจกรรมอื่น ๆ) symptoms (มี 10 ข้อเกี่ยวกับอาการไอ, หอบ และการตื่นตอนกลางคืน) และ emotional function (มี 8 ข้อเกี่ยวกับความรู้สึกกลัว วิตกกังวล หงุดหงิด เป็นต้น) โดยที่ แต่ละคำถามจะถาม 2 เรื่อง คือ ระดับของการรบกวน (level of bothersome) และความถี่ของการรบกวน (frequency of bothersome) ในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และคำตอบเป็นตัวเลือกที่มี 7 คำตอบเรียงจาก 1 (มีอาการมาก) ไปจนถึง 7 (ไม่มีอาการเลย) นอกจากนี้ยังมีเครื่องมือที่เฉพาะต่อการทำงานของร่างกาย เช่น sexual function และที่เฉพาะต่อปัญหาเช่น pain ข้อดีของเครื่องมือประเภทนี้ คือ จะวัดต่อการเปลี่ยนแปลงของ โรคหรือปัญหาทางสุขภาพแต่ก็อาจไม่ครอบคลุมหลายมิติของชีวิต และไม่สามารถนำ คะแนนคุณภาพชีวิตที่ได้มา

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มโรคได้ นอกจากเปรียบเทียบผลของการรักษาหรือการเปลี่ยนแปลงในโรคเดียวกันเอง

ประเภทของคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบ่งตามการรายงานคะแนน

เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพสามารถแบ่งประเภทตามการรายงานคะแนนได้เป็น 2 แบบคือ profile score และ index score

1. Profile scores เป็นการคิดคะแนนที่มักใช้วิธีการวัดเชิงจิตวิทยา (psychometric) ซึ่งจะรายงานคะแนนตามมิติ(domain) ของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตนั้น ๆ เช่นแบบสอบถาม SF-36 จะรายงานคะแนนทั้งหมด 8 ด้านตามมิติจำนวน 8 มิติ นอกจากนั้น ยังรวมเป็นคะแนนสรุป 2 ด้านคือคะแนนสรุปทางด้านกายภาพและด้านจิตใจ (physical and mental health component summary scores) แต่ไม่มีคะแนนรวมของทุกมิติที่เป็นตัวเลขเดียว ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ส่วนใหญ่เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพไม่ว่าแบบทั่วไปหรือแบบเฉพาะจะมีการรายงานคะแนนเป็นแบบมิติ

2. Index scores เป็นคะแนนที่ได้จากการวัดอรรถประโยชน์ หรือ utility ซึ่งจะให้คะแนนที่เป็นตัวเลขเดียวในช่วง 0-1 โดยทั่วไป 0 หมายถึง ความตาย (death) และ 1 หมายถึงภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (full health) และสามารถนำคะแนนอรรถประโยชน์นี้มาคำนวณหาจำนวนปีชีวิตที่มีคุณภาพ (Quality Adjusted Life Years หรือ QALYs) ซึ่ง QALYs เป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญและเป็นที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost effectiveness analysis) และต้นทุน-อรรถประโยชน์ (cost utility analysis) แต่ข้อเสียของคะแนนอรรถประโยชน์ คือไม่สามารถเห็นผลของการรักษาที่มีต่อมิติด้านต่าง ๆ ของสุขภาพ และวิธีการประเมินค่อนข้างยาก

ข้อพึงพิจารณาในการเลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ

ในการเลือกเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพมีปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวัดคุณภาพชีวิต ประชากรที่เป็นเป้าหมายการศึกษา และการออกแบบวิธีการเก็บข้อมูล

1. วัตถุประสงค์ (Purpose)

ผู้ศึกษาต้องตอบคำถามว่าทำไมต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพ อะไรคือปัญหาที่ต้องการแก้ไขหรือทราบคำตอบ ประการต่อมาคือ สิ่งที่ต้องการรู้คืออะไร เช่น รู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในมิติอะไรบ้าง เช่น มิติด้านกายภาพ ด้านจิตใจจิตวิญญาณ สังคม หรือสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ผู้ศึกษายังต้องตอบคำถามว่าจะใช้ข้อมูลที่ได้อย่างไรและใครจะเป็นผู้ใช้ข้อมูล เช่น เพื่อให้ผู้ป่วยทราบสถานะทางสุขภาพของตนเอง หรือเพื่อให้แพทย์และบุคคลกรมีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลง ขบวนการดูแลผู้ป่วย หรือเพื่อให้ผู้บริหารเห็นความคุ้มค่าของวิธีการรักษาผู้ป่วยหรือการใช้จ่ายใหม่เพื่อ จะได้รับการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ เป็นต้น

2. ประชากร (Population)

ผู้ศึกษาต้องระบุให้ได้ว่าต้องการข้อมูลจากประชาชนทั่วไปหรือผู้ป่วย รวมถึงลักษณะต่าง ๆ ของกลุ่มคนที่ จะศึกษา เช่น อายุ เพศ การศึกษา เช่น ถ้าศึกษาในผู้ป่วยก็อาจต้องมีเครื่องมือที่เฉพาะต่อโรค หรือถ้าศึกษาในเด็กก็อาจต้องใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพสำหรับเด็กโดยตรงนอกจากนี้ ยังต้องระบุระดับภาวะทางสุขภาพของประชากรที่จะเก็บข้อมูล เช่น หากศึกษาในคนที่ มีปัญหาสุขภาพมาก อาจต้องใช้เครื่องมือที่มีความไวสูงต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ

3. การออกแบบวิธีการเก็บข้อมูล (Design)

ผู้ศึกษาต้องสามารถระบุวิธีการเก็บข้อมูลที่เหมาะสมได้เช่น จะเก็บข้อมูลอย่างไร อาจใช้วิธีสัมภาษณ์ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือส่งทางไปรษณีย์ วิธีต่าง ๆ เหล่านี้ เหมาะสมกับการวัดคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน นอกจากปัจจัยที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สิ่งที่ต้องพิจารณาต่อไปในการเลือกเครื่องมือ คือ คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยาของเครื่องมือ

คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา (psychometric properties) ของเครื่องมือ

คุณสมบัติของการเป็นเครื่องมือวัดที่ดีในเชิงจิตวิทยาของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ ความเป็นไปได้ในการใช้เครื่องมือ ระดับความเชื่อมั่นของเครื่องมือความตรงของเครื่องมือ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของเครื่องมือ

1. ความเป็นไปได้ (feasibility หรือ practicality)

ความเป็นไปได้ของการใช้เครื่องมือใด ๆ สามารถประเมินได้หลายแง่มุม เช่น เวลาที่ใช้ในการตอบคำถาม การให้คะแนน ความยากง่ายของคำถามหรือวิธีการตอบเปอร์เซ็นต์ของผู้ที่ให้ข้อมูลไม่ครบทุกข้อ (missing data) หรือเปอร์เซ็นต์ของผู้ที่ทำแบบสอบถามไม่เสร็จ (incomplete rate)หรือที่ไม่ยอมตอบ (non-response) เป็นต้น

2. ความเชื่อมั่น (reliability)

ความเชื่อมั่น คือ ความสามารถของเครื่องมือที่จะให้ค่าเดิมสำหรับการประเมินในคนเดิมแต่ในวาระที่ต่างกัน เช่น การประเมินคุณภาพชีวิตที่เวลาห่างกัน 1 - 2 สัปดาห์ แต่ต้องไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ของภาวะสุขภาพ เรียกความเชื่อมั่นนี้ว่า test-retest reliability นอกจากนี้ ยังมีความเชื่อมั่นระหว่างผู้สัมภาษณ์ในกรณีผู้สัมภาษณ์มากกว่า 1 คน เรียกความเชื่อมั่นนี้ว่า inter-rater reliability ค่าความเชื่อมั่นมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 1 มักหาโดยการใช้ค่าความสัมพันธ์ คือ correlation coefficients หรือค่าความสอดคล้อง (agreement) โดยหาจากค่า intraclass correlation coefficients (ICCs) ถ้าค่า ICCs น้อยกว่า 0.4 จะถือมีความสอดคล้องระดับต่ำ ถ้าค่าอยู่ระหว่าง 0.4 แต่ไม่น้อยกว่า 0.75 ถือมีความสอดคล้องปานกลาง ถึงดี แต่ถ้า ICCs เท่ากับหรือมากกว่า 0.75 ถือมีความสอดคล้องระดับสูง²⁹ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อมั่นที่เรียกว่าความเชื่อมั่นภายในเครื่องมือ (internal consistency reliability) ซึ่งรายงานด้วยค่า Cronbach's alpha coefficient ค่านี้แสดงความสัมพันธ์ของข้อคำถามแต่ละคำถามกับคำถามทั้งหมดในแบบสอบถามเดียวกัน ค่า alpha ที่ยอมรับได้สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มคือ 0.7 และค่า 0.9 สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างบุคคล อย่างไรก็ตาม ค่านี้ขึ้นกับจำนวนของข้อคำถามด้วย หากจำนวนข้อคำถามมากค่านี้จะสูงตามไปด้วย

3. ความตรง (validity)

ความตรง คือ ความสามารถของเครื่องมือที่จะประเมินสิ่งที่เครื่องมือนั้นต้องการจะประเมิน ความตรงสามารถแบ่งได้เป็นความตรงที่เปรียบเทียบกับมาตรฐาน ความตรงทางเนื้อหา และความตรงทางโครงสร้าง

3.1 ความตรงโดยเปรียบเทียบกับมาตรฐาน (criterion validity)

ความตรงของเครื่องมือประเภทนี้เป็นความตรงที่ได้จากการเทียบกับมาตรฐาน (gold standard) แต่เนื่องจากการประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพไม่มีเครื่องมือที่ถือได้ว่าเป็นมาตรฐาน จึงมักไม่ค่อยมีการประเมินความตรงประเภทนี้ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติอาจพอทำได้โดยการเปรียบเทียบกับเครื่องมืออื่นที่เป็นที่ยอมรับและได้รับการทดสอบความตรงมาเป็นอย่างดี (well-validated)

3.2 ความตรงทางเนื้อหา (content validity)

ความตรงประเภทนี้พิจารณาว่าข้อคำถามในเครื่องมือนี้มีความเหมาะสม (appropriateness) และความครอบคลุม (comprehensiveness) ในการประเมินคุณภาพชีวิตทางด้านสุขภาพหรือไม่ โดยอาจเปรียบเทียบกับคำนิยามของสุขภาพ (health) เช่น นิยามของคำว่าสุขภาพขององค์การอนามัยโลกหมายถึง ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย (physical) จิตใจ (mental) และสังคม (social) ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค (disease) และอาจใช้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาความเหมาะสมของคำถาม เช่น ไม่ควรใช้คำถามเพื่อถาม

ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้กำลังหรือการออกกำลังกายหนัก ๆ รวมถึงความครอบคลุมของแบบสอบถามในกลุ่มประชากรที่จะใช้หรือทดสอบเครื่องมือนั้น

3.3 ความตรงทางโครงสร้าง (construct validity)

ความตรงทางโครงสร้างของเครื่องมือมักประเมินได้โดยการทดสอบความสัมพันธ์กับตัวชี้วัดหรือเครื่องมืออื่นทางด้านสุขภาพ ความตรงทางโครงสร้างสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ความตรงทางด้านความเหมือน (convergent validity) และความตรงทางด้านความแตกต่าง (discriminant validity) โดยที่ความตรงทางด้านความเหมือนจะเปรียบเทียบกับเครื่องมืออื่นที่มีแนวคิดทางด้านสุขภาพที่คล้ายกันขณะที่ความตรงทางด้านความแตกต่าง คือ ความสามารถที่จะแยกแยะกลุ่มบุคคลที่ภาวะทางสุขภาพที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มที่มีโรคกับไม่มีโรค หรือเปรียบเทียบภายในกลุ่มที่มีโรคแต่มีความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน

4. ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง (responsiveness)

ความไวต่อการเปลี่ยนแปลง คือ ความสามารถของเครื่องมือที่จะประเมินความเปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาถัดไป โดยค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงมีความสัมพันธ์กับค่าความเชื่อมั่น กล่าวคือ ถ้าค่าความเชื่อมั่นมีค่ามาก ค่าความไวก็จะมีค่ามากตามไปด้วย ค่าความไวต่อการเปลี่ยนแปลงสามารถหาได้จากค่าความแตกต่างของสุขภาพที่เวลาต่างกันแล้วหารด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยที่เวลาเริ่มต้น เรียกค่านี้ว่า standardized effect size (SES) หรือหารด้วยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าความต่างนั้น เรียกค่านี้ว่า standardized response mean (SRM) โดยค่า SES หรือ SRM ประมาณ 0.2 ถือว่าเป็น effect size ขนาดเล็ก ค่า 0.5 เป็นขนาดปานกลาง และค่าประมาณ 0.8 ถือเป็นขนาดใหญ่ นอกจากคุณสมบัติทั้งหลายของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่ควรพิจารณาในการคัดเลือกเครื่องมือเหล่านี้ ได้แก่ การแปลและคำแนะนำในการใช้เครื่องมือ และชนิดของเครื่องมือที่มีให้ใช้และต้นทุนค่าใช้จ่ายของเครื่องมือแต่ละชนิด