

# การป้องกัน และรักษา ภาวะถอนพิษสุรา

Alcohol Detoxification



โดย  
รศ. พ.ญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการนำบัตรรักษา  
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)



# การป้องกันและรักษา ภาวะถอนพิษสุรา

Alcohol Detoxification



สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ

และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)

การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง

# การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา

Review of Alcohol Detoxification

เรียบเรียงโดย

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล

ISBN : 978-616-11-0016-2

สนับสนุนโดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ เผยแพร่ และสงวนลิขสิทธิ์โดย

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง

เลขที่ 131 ถนนช่างหล่อ ตำบลหายยา อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201

[www.i-mapthailand.org](http://www.i-mapthailand.org)

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กรกฎาคม 2552

จำนวน : 40 หน้า

จำนวนที่พิมพ์ : 500 เล่ม

ออกแบบ/พิมพ์ที่ : วนิดาการพิมพ์

โทรศัพท์ 0-5311-0503-4, 08-1783-8569

ข้อมูลการค้นคว้า :

สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. เชียงใหม่:

แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

เอกสารนี้เผยแพร่เป็นเอกสารสาธารณะ ไม่อนุญาตให้จัดเก็บ ถ่ายทอด ไม่ว่าจะด้วยรูปแบบหรือวิธีการใดๆ เพื่อวัตถุประสงค์ทางการค้า หน่วยงานหรือบุคคลที่มีความสนใจ สามารถติดต่อขอรับการสนับสนุนเอกสารได้ที่แผนงาน ผรส.

โทรศัพท์ 0-5328-0228 ต่อ 236, 525 โทรสาร 0-5327-3201 หรือดาวน์โหลดข้อมูลได้ที่ [www.i-mapthailand.org](http://www.i-mapthailand.org)

# คำนิยาม

จากปัญหาการดื่มสุราที่รุนแรงมากขึ้นจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดื่ม ทำให้มีความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยังมีช่องว่างบริการสำหรับผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและผู้ติดสุราในระบบบริการสาธารณสุข และปัญหาการดื่มสุรานี้ไม่สามารถแก้ไขได้เฉพาะในระดับบุคคล ต้องอาศัยความร่วมมือของครอบครัวและชุมชนร่วมด้วย

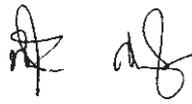
แผนงานควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้เล็งเห็นปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำข้อตกลงดำเนินการร่วมกับกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการ “แผนงานการพัฒนาาระบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหาระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุราที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทยในพื้นที่นำร่อง

ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการองค์ความรู้ การวิจัย และฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาาระบบ รูปแบบ และวิธีการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการบริโภคสุราและบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ได้จัดให้มีการทบทวนองค์ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์ให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถเข้าถึงข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยด้านการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบสุขภาพ และนำไปพัฒนาบริการที่มีคุณภาพได้ การทบทวนองค์ความรู้ในกรอบประเด็นด้านการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราในระบบบริการสุขภาพนั้นประกอบด้วย

1. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
2. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การบำบัดแบบสั้นในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา
3. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา
4. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง การเข้ายาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา
5. การทบทวนองค์ความรู้ เรื่อง จิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา

เอกสารทบทวนองค์ความรู้เรื่อง “การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา” ฉบับนี้ จัดทำโดย รศ.ศาสตราจารย์แพทย์หญิง สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับปัจจัย ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุราและการป้องกันไม่ให้เกิดอาการขาดสุรา ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความ คุ่มค่าในการให้การถอนพิษสุราในรูปแบบต่างๆ เช่น การให้ยา บทบาทแพทย์และพยาบาล ผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนทางกาย ข้อควรระวัง รวมถึงข้อดี ข้อด้อยของเครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวัง ติดตามอาการขาดสุรา และแนวทางในการพัฒนาการถอนพิษสุราในสถานพยาบาลแต่ละระดับแบบบูรณาการ เพื่อนำข้อมูลดังกล่าว มาใช้ในการปรับปรุงพัฒนางานบริการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในสถานบริการแต่ละระดับ การเผยแพร่ องค์ความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ และพัฒนาแนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะถอนพิษสุราให้สมบูรณ์ ยิ่งขึ้น

แผนงาน ผรส. หวังว่าเอกสารวิชาการฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนา บริการที่มีคุณภาพ ส่งผลลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา



แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์

ผู้จัดการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการ  
บำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.)

# กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะที่ปรึกษาวิชาการแผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) ดังรายนามต่อไปนี้ที่ให้คำปรึกษา วิพากษ์ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อเอกสารวิชาการฉบับนี้

- นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต  
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- ศาสตราจารย์นายแพทย์มานิต ศรีสุวรรณนท์  
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร จิรวัดมนกุล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง ดร.สาวิตรี อึ้งนางค์กรชัย  
หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์  
ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

# สารบัญ

บทนำ .....	1
วัตถุประสงค์ .....	2
วิธีดำเนินงาน .....	2
ผลการทบทวนองค์ความรู้ .....	3
สาเหตุพยาธิสรีระวิทยาของการขาดสุรา .....	3
ปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดสุรารุนแรง .....	5
อาการขาดสุรา .....	6
เครื่องมือในการประเมินอาการขาดสุรา .....	6
วิธีการให้ยา .....	7
รูปแบบการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา .....	8
รูปแบบการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก .....	10
รูปแบบการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยใน .....	13
การป้องกันไม่ให้เกิดอาการขาดสุรารุนแรง .....	15
ยาที่ใช้ในการสงบอาการขาดสุรา .....	16
การรักษาอาการขาดสุราร่วมกับโรคจิตเวชอื่นๆ ที่พบบ่อย .....	18
ความคุ้มค่าในการถอนพิษสุราในรูปแบบต่างๆ .....	21
ประโยชน์ในการนำไปใช้ .....	22
ช่องว่างในการพัฒนา .....	25
ข้อเสนอแนะประเด็นในการพัฒนางานและศึกษาวิจัย .....	26
ภาคผนวก สรุปลงโทษแนวทางการป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา .....	27
เอกสารอ้างอิง .....	28

# สารบัญตาราง

<b>ตารางที่ 1</b>	ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา .....	6
<b>ตารางที่ 2</b>	เปรียบเทียบเครื่องมือประเมินอาการขาดสุรา 4 เครื่องมือ .....	7
<b>ตารางที่ 3</b>	รูปแบบการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา .....	8-9
<b>ตารางที่ 4</b>	ตารางให้ยาสงบอาการขาดสุราสำหรับผู้ป่วยนอกแบบ symptom-trigger therapy .....	11
<b>ตารางที่ 5</b>	ตารางให้ยาสงบอาการขาดสุราสำหรับผู้ป่วยนอกแบบ fixed schedule .....	12
<b>ตารางที่ 6</b>	การให้ยา fixed schedule และ symptom trigger ตามการศึกษาของ Michael F Weaver และคณะ .....	20

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

- ๑ การประเมินอาการขาดสุราด้วยเครื่องมือมาตรฐานเป็นสิ่งจำเป็น ควรมีการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือดังกล่าวเป็นระยะๆ เพื่อให้การประเมินมีมาตรฐาน การให้คะแนนใกล้เคียงกัน เกิดทักษะการใช้เครื่องมือ ผู้ใช้เครื่องมือควรเป็นทั้งแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ
- ๑ ควรมีหน่วยงานเฉพาะสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยติดสุรา เพราะปริมาณผู้ป่วยมีมาก อีกทั้งการดูแลรักษาต้องการเวลาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาสั้น ในการประเมินอาการขาดสุรา แรงจูงใจในการเลิกสุรา และการทำกลุ่มบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม
- ๑ การทำงานต้องใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพทำงานประสานกัน มีผู้รับผิดชอบรายกรณี (case manager) สำหรับผู้ป่วยติดสุรา เนื่องจากภาวะขาดสุรามีความซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็ภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกาย ภาวะโรคจิตเวชร่วม รวมไปถึงปัญหาขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (มีปัญหาคอร์คั่ว ปัญหาว่างงาน ปัญหาถูกทอดทิ้งไร้บ้าน และขาดที่พึ่งพิง เป็นต้น) นอกจากนี้ยังต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน เช่น การควบคุมการจำหน่ายสุราแก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา กลยุทธ์เพื่อลดอันตรายจากการดื่ม (harm reduction strategy) ในชุมชนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในโครงการ “ดื่มไม่ขับ” มีที่พักรักษาผู้ป่วยให้หายเมา และมีกระบวนการสร้างแรงจูงใจให้ลดหรือเลิกดื่มสุรา
- ๑ ยาที่ใช้รักษาอาการขาดสุรา ยาหลักตัวแรกควรเป็น benzodiazepines ที่นิยมใช้ได้แก่ diazepam, chlordiazepoxide, lorazepam รูปแบบการใช้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการขาดสุรา
- ๑ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสั่น (Delirium Tremens; DTs) ได้แก่ มีประวัติดื่มสุราอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานหลายปี เคยมีอาการ DTs มาก่อน อายุมากกว่า 30 ปี มีโรคทางกายร่วมด้วยมีอาการขาดสุราทั้งที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง มีอาการขาดสุรามานานกว่า 2 วันหลังหยุดดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยา benzodiazepines ซึ่งให้ครั้งแรก และชีพจรเต้นเร็วเกิน 100 ครั้งต่อนาที
- ๑ แนวทางการดูแลรักษาผู้มีอาการขาดสุรา ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา โดย
  - กลุ่มที่มีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยมาก และไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการขาดสุรารุนแรงสามารถให้การักษาแบบผู้ป่วยนอก อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา หรืออาจให้ยาแบบ symptom-trigger therapy แต่ติดตามอาการขาดสุราอย่างต่อเนื่อง
  - กลุ่มที่มีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยมาก แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs ควรรับไว้ในโรงพยาบาลและให้ยาทันที เพื่อป้องกันการเกิด DTs ในรูปแบบ fixed-schedule

- กลุ่มที่มีอาการขาดสุราระดับกลางและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อค้นหาโรคภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ และรีบแก้ไข ให้น้ำเกลือ ให้อาหารเสริมวิตามินเกลือแร่ ประเมินอาการเป็นระยะๆ และให้ยาแบบ intravenous loading regimen
- กรณี refractory delirium tremens อาจต้องให้ยา barbiturates แต่ส่วนมากเป็นผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และรับไว้ใน ICU
- ยาอื่นๆ ที่ใช้รักษาอาการขาดสุรา เช่น haloperidol, carbamazepine, clonidine, propranolol, baclofen ควรใช้กรณีอาการขาดสุราเล็กน้อย แต่มีประสิทธิภาพดีไม่เท่า benzodiazepines ส่วนยากลุ่ม antihistaminergic agents เช่น topiramate, miltantine, lamotrigine สามารถลดอาการขาดสุราระดับปานกลางได้ ป้องกันอาการชักจากการขาดสุรา รวมถึงป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำได้ดีกว่า benzodiazepines จึงเป็นยาที่น่าสนใจในการนำมาใช้รักษาอาการขาดสุราในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวลสูงและการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
- ควรมีการศึกษาวิจัยด้าน cost-effectiveness ของรูปแบบต่างๆ ในการรักษาภาวะขาดสุรา และรูปแบบการรักษาอาการขาดสุราที่สอดคล้องกับเพศภาวะ



การป้องกัน  
และรักษาภาวะก่อนพิษสุรา

# บทนำ

จากข้อมูลสถิติของกรมสุขภาพจิตและศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา เข้ารักษาในสถานพยาบาลทุกระดับเกือบทุกภูมิภาคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง ต่างก็มีปัญหาอุปสรรคในการให้บริการไม่ว่าจะเป็นจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา แม้ว่าจะมีการพัฒนา แนวเวชปฏิบัติและรูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาจากสุราหลายชุด เช่น แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดสุรา โดยศูนย์บำบัดยาเสพติดขอนแก่น (2546) แนวเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยเลิกสุราสำหรับแพทย์ และพยาบาล โดยโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2547) คู่มือการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ประสบปัญหา แอลกอฮอล์ โดยสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2547) แนวเวชปฏิบัติสำหรับการดูแล ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา โดยโรงพยาบาลสวนปรุง (2548) การฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยในรูปแบบ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (2548) แนวเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา ในโรงพยาบาลจิตเวช แนวเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากสุราในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนในโครงการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจากสุราของ กรมสุขภาพจิต (2549-2552)

แต่ข้อมูลอ้างอิงเอกสารการรักษาภาวะถอนพิษสุราไม่เกิน ปี ค.ศ.2004 (พ.ศ.2544) ในขณะที่ ปัจจุบันมีข้อมูลการศึกษาวิจัยที่ทันสมัย มีการรวบรวมสังเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลวิจัยปัญหาสุรา ทั้งจากในและต่างประเทศจำนวนมาก จึงมีความจำเป็นต้องทบทวนองค์ความรู้จากหลักฐาน วิชาการทั้งในและต่างประเทศ สังเคราะห์สรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาภาวะ ถอนพิษสุราที่มีประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบบริการ เพื่อลดความเสี่ยงการดื่มสุราและ การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา ในบริบทของสังคมไทย และหาประเด็นในการศึกษาวิจัยในอนาคต



## วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุราและการป้องกันการเกิดอาการขาดสุรา
2. เพื่อทบทวนประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า (cost-effectiveness) ในการถอนพิษสุราในรูปแบบต่างๆ (ในชุมชน/ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน) เช่น การใช้ยา บทบาทแพทย์และพยาบาล ผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนทางกาย ข้อควรระวัง
3. เพื่อทบทวนข้อดี ข้อด้อยของเครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวัง ติดตามอาการขาดสุรา
4. เพื่อทบทวนแนวทางการพัฒนาระบบบริการถอนพิษสุรา (alcohol detoxification) ในสถานพยาบาลแต่ละระดับแบบบูรณาการ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง



## วิธีดำเนินงาน

สืบค้นและอ่านบทความคัดย่อเพื่อคัดเลือกเอกสารทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ จากฐานข้อมูล Pubmed, EMBASE, SCOPUS, SciFinder, BMJ Clinical Evidence, UpToDate, NIAAA, Cochrane library, JAMA & Archives, Thai Index Medicus (Chula) ลักษณะบทความเป็น systematic review, clinical practice guideline, RCT โดยใช้ keywords : alcohol withdrawal, treatment, therapy, effectiveness, risk factor, tool, assessment ปีที่สืบค้นคือ ค.ศ.2000-2008 จำนวน 57 บทความ โดยดำเนินสืบค้นเองร่วมกับได้จ้างแพทย์ประจำบ้านช่วยสืบค้น และถ่ายเอกสารบทความที่มีฉบับเต็ม หรือเก็บบันทึกไว้ใน thumb drive 2 GB อ่านและวิเคราะห์บทความที่รวบรวมได้ และนำเสนอในเวทีวิพากษ์โครงการย่อย ผรส. โดยมีที่ปรึกษาโครงการให้ข้อเสนอแนะ ในวันที่ 20 มกราคม พ.ศ.2552 เวลา 10.00 น. ที่กรมสุขภาพจิตสรุปผลตามเสนอแนะ เขียนรายงานผลการดำเนินการสังเคราะห์องค์ความรู้

# ผลการทบทวนองค์ความรู้

## สาเหตุพยาธิสรีระวิทยาของการขาดสุรา (2-11)

เมื่อคนเริ่มดื่มสุราใหม่ๆ ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะเพิ่มการทำงานของตัวรับ GABA-A (GABA-A receptors) และยับยั้งการทำงานของตัวรับ NMDA (NMDA receptors) ครั้นดื่มสุรานานๆ สมอลจะเกิดการปรับตัว ส่งผลให้ลด inhibitory function ของตัวรับ GABA-A และเพิ่ม excitatory ของตัวรับ NMDA เกิดลักษณะทนต่อสุรา (tolerance) ได้ 3 แบบ (12) คือ

1) **metabolic tolerance** คือเพิ่มอัตราการทำลาย ethanol ที่ตับ คนจึงดื่มปริมาณมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม

2) **cellular tolerance** เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาทในสมอง เช่น การทำงานของตัวรับ GABA-A ลดลง เนื่องจากมีการปรับลดจำนวนตัวรับ (downregulation of GABA-A receptors) โดยมีการลดหน่วยย่อยเล็ก คือ แอลฟา 1 ( $\alpha 1$ ) หรือ แกมมา 2 ( $\gamma 2$ ) ซึ่งอยู่ในตัวรับ GABA-A และเพิ่มหน่วยย่อยเล็ก คือ แอลฟา 4 ( $\alpha 4$ ) อย่างรวดเร็วในปริมาณมากทำให้ density of synapse ลดลง บวกกับตัวรับ GABA-A มีจำนวนลดลง ทำให้บทบาทยับยั้งการทำงานของสมอลน้อยลง (loss of GABA-mediated inhibition) เสี่ยงต่อการเกิดอาการชัก เมื่อขาดสุรา (10) ในขณะที่เดียวกัน ตัวรับกลูตาเมตชนิด NMDA (โดยเฉพาะ NR1 and NR2B subtypes) และ ไคเนต (Kainate) มีการปรับเพิ่มจำนวนตัวรับ ทำให้การทำงานของตัวรับ NMDA เพิ่มขึ้น เกิดการกระตุ้นในเซลล์ประสาทมากขึ้น เป็นผลให้เกิด oxidative stress and excitotoxic brain damage (และอาจมีปัญหาจากสูบบุหรี่และขาดสารอาหารด้วย) ร่วมกับช่องทางเปิดประจุ calcium เข้าเซลล์ (voltage-dependent calcium influx) modulate ให้หลังสารสื่อประสาท และ gene expression ที่ควบคุมการผลิตโปรตีนตัวรับ NMDA และ GABA การดื่มสุราต่อเนื่องเป็นการเพิ่ม voltage-operated calcium channel expression ส่งผ่านระบบประสาทอัตโนมัติซึ่งมีตัวรับอะดรีนาลิน (adrenalinergic receptors) บริเวณลิมบิกและก้านสมองที่มีความไวสูง ต้องใช้ปริมาณแอลกอฮอล์ขนาดสูงจึงจะมีฤทธิ์เท่าเดิมทำให้เกิด tolerance

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



นอกจากนี้ขณะที่มีอาการขาดสุราพบว่ามีการเพิ่ม dopamine transmission เพิ่มขึ้นทำให้เกิดอาการประสาทหลอน จากหลักฐานผู้ป่วย delirium tremens พบระดับ homovallinic acid (HVA) ในเลือดสูง มี D2 receptor-binding density เพิ่มขึ้นที่ dorsal striatum และมี D1 receptor-binding density เพิ่มขึ้นที่ amygdala และพบ persisting high levels of cGMP ในบริเวณดังกล่าว (10)

### อาการชักจากขาดสุราในหนูทดลอง (7) พบว่า

1. มี neuronal networks ใน brain stem รวมถึง inferior colliculus ถูกกระตุ้นง่าย (เป็น audiogenic seizure)
2. ประสบการณ์การขาดสุราซ้ำๆ จะเพิ่มความรุนแรงและระยะเวลาในการเกิดอาการชักครั้งต่อไป เนื่องจากเกิด permanent epileptogenic changes ในระบบสมองมี kindling effect บริเวณ inferior colliculus ทำให้ถูกกระตุ้นได้ง่าย
3. ตัวรับ GABA-A มีการเปลี่ยนแปลงภายในโดยเพิ่ม แอลฟา 4 ( $\alpha 4$ ) ขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ density of synapse ลดลงส่งผลให้ความสามารถในการยับยั้งลดลง
4. ตัวรับ NMDA, kainite, calcium channels มี compensatory upregulation เมื่อหยุดสุราทันที เกิด rebound stimulation effect ทำให้เกิดการชัก

หลังจากอาการขาดสุราลดลง จะมีการลดการนำกระแสประสาทบริเวณเมโดลิมบิกที่เป็นวงจรของโดปามีน ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า เบื่อ เหงา สมาธิไม่ดี ขาดแรงจูงใจ และมีอาการอยากดื่มสุรา (craving) (2, 13)

นอกจากนี้ผลจากการดื่มสุรานานๆ ทำให้ขาด thiamine ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง neuronal energy metabolism ในสมองส่วนกลางและลดการนำกระแสประสาท มีผลกระทบต่อบริเวณประสาท หัวใจ และสมอง เกิดปัญหา peripheral neuropathy with myelin degeneration, cardiomyopathy, Wernicke encephalopathy and Korsakoff syndrome

ภาวะขาดสุรามีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชาย (14) จากการทดลองในหนู (15, 16) พบว่า เพศหญิงมี apoptotic cell death signaling and RNA/RNA binding and actin binding มากกว่าเพศชาย ทำให้เกิด cognitive dysfunction and motor deficits และ disruption of the prefrontal cortex neuronal inhibitory function ซึ่งทำให้สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม เช่น ดื่มหนัก ขาดความยับยั้งชั่งใจ เอะอะอาละวาด นอกจากนี้ยังพบ ubiquitin protein degradation pathways and calcium ion binding pathways ผิดปกติมากกว่าบริเวณ PFC และ lateral parietal



ผู้หญิงมีอัตราติดสุร่าต่ำกว่าผู้ชาย แต่ผลกระทบจากสุร่ามีมากกว่า เช่น โรคตับแข็ง โรคหัวใจโต, peripheral neuropathy, brain damage เกิดมากกว่าผู้ชายแม้ว่าจะดื่มเพียงไม่กี่ปี ภาวะโรคร่วมในผู้หญิงมักพบ eating disorders, panic disorder, posttraumatic stress disorder (PTSD), depression และ fetal alcohol syndrome (11) การรักษาคงจะมีความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและชาย

โดยสรุปอาการขาดสุร่า เกิดจากการทำงานของ GABA ลดลง การทำงานของกลูตาเมตเพิ่มขึ้น (3) และการทำงานของโดปามีนลดลง

## ปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดสุร่ารุนแรง

จากรายงานบททวนระบุด้วยกัน (17, 18) ว่าปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดสุร่ารุนแรงมีดังนี้

1. อายุมากกว่า 30 ปี
2. มีประวัติดื่มสุร่าต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 แก้ว\* ต่อวัน คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่า  $\frac{1}{2}$  ขวดต่อวัน
3. ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
4. เคยมีอาการขาดสุร่ารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสั้น (Delirium Tremens; DTs) (OR 3.99; 95% CI=1.631, 9.759) (19)
5. เคยมีอาการชักจากขาดสุร่ามาก่อน
6. มีอาการขาดสุร่า ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
7. จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน (OR=1.3, 95% CI =1.09-1.61) (17)
8. มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย (OR 5.1, 95% CI =2.07-12.55) (17)
9. ไม่มีภาวะเมาสุร่าทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
10. มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
11. ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที (OR 4.158; 95%CI=2.032,8.511) (19)



\* แก้ว หมายถึง ดื่มมาตรฐาน (standard drink)

## อาการขาดสุรา

ได้มีการแบ่งระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา (6, 20) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

ระดับความรุนแรง	เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย
<b>ระดับเล็กน้อย หรือระยะที่ 1</b> พบมือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดมีน ตีระเซ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ฝะอืดพะอิม อาเจียน นอนไม่หลับ ตรวจสภาพจิตปกติ	6-36 ชั่วโมง
<b>ระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือระยะที่ 2</b> มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย มากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นเร็ว > 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูงขึ้นมาก ตรวจสภาพจิต มีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย วิดกกังวล	24-72 ชั่วโมง
<b>อาการชักจากการขาดสุรา</b> มีลักษณะเกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา และพบมากขึ้นในผู้ป่วย ที่ดื่มมานานหลายปี มักมีอาการชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุดชัก 2-3 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่อง พบได้น้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 3 ของ ผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา) ถ้าพบควรต้องหาสาเหตุอื่นด้วย	6-48 ชั่วโมง
<b>อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา</b> โดยผู้ป่วยทราบดีว่าอาการประสาทหลอน นั้นเป็นผลจากสุราและไม่ใช่ความจริง	12-48 ชั่วโมง
<b>ระดับรุนแรงมากขึ้นเพื่อคลั่งสัน (delirium tremens)</b> มีอาการกระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมากสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ใช้สูง ชีพจรเร็ว เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัว	48-96 ชั่วโมง

## เครื่องมือในการประเมินอาการขาดสุรา

เครื่องมือที่ช่วยเฝ้าระวัง ติดตามอาการขาดสุรา มี 4 แบบ ได้แก่

1. Alcohol Withdrawal Scale (AWS) 7 ข้อ (21)
2. Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) 10 ข้อ (22, 23)
3. Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) 9 ข้อ
4. Severity Assessment Scale (SAS) 8 ข้อ

ผลการทบทวนพบบทความที่มีการใช้เครื่องมือ CIWA-Ar มากกว่า AWS (24) และมีเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่คือ SAS (25) ที่น่าสนใจ ครอบคลุมอาการขาดสุราที่พบได้บ่อยในคนไทย แต่เป็นเครื่องมือที่มีลิขสิทธิ์ในการนำไปใช้ ส่วน MINDS ไม่พบบทความที่กล่าวถึง เมื่อเปรียบเทียบเนื้อหาในแบบทดสอบทั้ง 4 ชุด (ตารางที่ 2) พบว่า AWS น่าจะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับบริบทไทย เพราะใช้สะดวกกว่า จำนวนข้อน้อย มีความเป็นปรนัย และรูปธรรมมากกว่า

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบเครื่องมือประเมินอาการขาดสุรา 4 เครื่องมือ

อาการขาดสุรา	CIWA-Ar 10 ข้อ	AWS 7 ข้อ	MINDS 9 ข้อ	SAS 8 ข้อ
เหงื่อออก	√	√	√	√
สั่น	√	√	√	√
วิตกกังวล	√	√		
กระสับกระส่าย	√	√	√	√
อุณหภูมิ		√		√
ประสาทหลอน		√	√	√
ภาพหลอน	√			
หูแว่ว	√			
สัมผัสหลอน	√			
หลงผิด			√	
Orientation	√	√	√	√
คลื่นไส้ อาเจียน	√			√
ปวดหัว	√			
ชีพจรเต้นเร็ว			√	√
ความดันโลหิตสูง			√	
ชัก			√	



## วิธีการให้ยา (6) มี 3 รูปแบบ คือ

1. **Fixed schedule regimen (FS)** เป็นการให้ยาตามเวลาที่กำหนดแม้ว่าจะไม่มีอาการขาดสุราก็ตาม และให้ยาเดิมอีกได้เวลาจำเป็น กรณีที่อาการขาดสุรารุนแรงมากขึ้น เป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดและพบว่าได้ผลดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากขาดสุรารุนแรง

2. **Loading dose regimen (LD)** เป็นการให้ยา long-acting benzodiazepine เช่น diazepam หรือ chlordiazepoxide ขนาดสูงมากพอที่จะลดอาการขาดสุราได้ทันที และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการขาดสุรารุนแรง โดยไม่ต้องเด็ดยา ข้อเสียคือ เกิดอาการง่วงมากเกินความจำเป็น เคยเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในอดีต

3. **Symptom-triggered regimen (ST)** เริ่มมีครั้งแรกเมื่อปี 1990 และเป็นที่ยอมรับใช้แพร่หลายในปัจจุบัน เพราะเป็นวิธีการให้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการขาดสุราให้เห็นชัดเจน ใช้เวลาสั้น และขนาดยาต่ำกว่า จาก landmark study เปรียบเทียบ FS กับ ST โดยใช้ยา chlordiazepoxide ในผู้ป่วยขาดสุรา 101 ราย พบว่ากลุ่ม ST ใช้ยาน้อยกว่า ใช้เวลาสั้นกว่า นอกจากนี้ ST ยังช่วยให้ผู้ป่วยอยู่รักษาในระยะถอนพิษสุราจนครบสูงถึงร้อยละ 80 และให้ยาเมื่อจำเป็นเพียงร้อยละ 40 อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาการให้แบบ ST ในการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก

## รูปแบบการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา (26)

ตารางที่ 3 รูปแบบการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

ระดับความรุนแรง	เวลาที่เกิดคลั่ง ดื่มครั้งสุดท้าย	รูปแบบการรักษา	ยาสงบอาการขาดสุรา
<b>ระดับเล็กน้อยหรือระยะที่ 1</b> พบมือสั่น วิดกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดมีนศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันขึ้น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผะอืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ ตรวจสุขภาพจิตปกติ	6-36 ชั่วโมง	ดูแลแบบผู้ป่วยนอก เน้นการ ประเมินภาวะโรคทางกาย ที่พบร่วมและรักษาแบบ ระดับประคอง ให้ brief intervention อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาสงบอาการขาดสุรา	diazepam 5 mg หรือ lorazepam 1 mg หรือ chlordiazepoxide 10 mg รับประทานเฉพาะเวลา มีอาการ
<b>ระดับปานกลางถึงรุนแรง หรือระยะที่ 2</b> มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่าย มากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง มือสั่นมาก ตัวสั่น เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นเร็ว >120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง ตรวจสุขภาพจิต มีอาการสับสน	24-72 ชั่วโมง	ควรดูแลแบบผู้ป่วยใน เน้น การประเมินอาการขาดสุรา และภาวะแทรกซ้อน ให้ยาสงบอาการขาดสุราแบบ รับประทานเป็นตาราง กำหนด (fixed dose regimen) หรือรับประทาน เฉพาะมีอาการมากขึ้น (symptom trigger regimen) ให้ motivation enhancement therapy และนัดติดตามผล	diazepam 10 mg หรือ lorazepam 2 mg หรือ chlordiazepoxide 25 mg ทุก 6 ชั่วโมงใน 2 วันแรกแล้ว ค่อยลดลงร้อยละ 20 ในวันที่ 4-7 แล้วหยุดใช้



**ตารางที่ 3** รูปแบบการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา (ต่อ)

ระดับความรุนแรง	เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย	รูปแบบการรักษา	ยาสงบอาการขาดสุรา
<p><b>อาการชักจากการขาดสุรา</b> มีอาการชัก ลักษณะเกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา และพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี มักมีอาการชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุดชัก 2-3 ครั้งห่างกัน 5 นาที อาการชักแบบต่อเนื่อง พบได้น้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา) ถ้าพบควรต้องหาสาเหตุอื่นด้วย</p>	6-48 ชั่วโมง	เน้นการประเมินการชักว่ามีสาเหตุจากโรคอื่นหรือไม่ ใช้ยากันชักที่สามารถสงบอาการขาดสุราและกันชักได้	sodium valproate loading dose strategy (20 mg/kg/d in 2 doses 6-8 hr. apart on day 1, then b.i.d for 4 days หรือ carbamazepine 600-800 mg on day 1, then tapered to 200 mg on day 5 หรือ oxcarbamazepine 600 mg on day 1, then 900 mg on day 2-3, then tapered off in day 4-5
<p><b>อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา</b> มีประสาทหลอน โดยผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากสุราและไม่ใช้ความจริง</p>	12-48 ชั่วโมง	เน้นการประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวช และให้ยาสงบอาการขาดสุรา เสริมด้วยยารักษาโรคจิต และให้ motivation enhancement therapy และนัดติดตามผล	diazepam and haloperidol 5-10 mg ต่อวัน
<p><b>ระดับรุนแรงมากขึ้นเพ้อคลั่งสั้น (delirium tremens)</b> มีอาการกระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ใช้สูงชีพจรเร็ว เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิดหวาดระแวง กลัว</p>	48-96 ชั่วโมง	ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน เน้นการเฝ้าระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเพ้อคลั่ง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางกาย ภาวะโรคร่วมอื่นๆ เช่น ติดเชื้อ บาดเจ็บทางสมอง ชาน้ำเกลือแร่ และวิตามิน ปอดบวม เป็นต้น ให้หลักการดูแล 5 ส คือ <b>สงบ</b> อาการด้วยยาระดับสูง (front loading regimen) <b>ส</b> กัดทุกข์กายใจ <b>เสริม</b> อาหารวิตามินเกลือแร่ <b>สร้าง</b> บรรยากาศอบอุ่นปลอดภัย <b>สืบ</b> ค้นภาวะแทรกซ้อนอื่นและแก้ไข	diazepam 10-20 mg หรือ lorazepam 2-4 mg IV ทุก 15-20 นาทีจนกว่าจะสงบ สามารถให้ยาได้ถึง 500 mg แต่ต้องคงยาระดับสูงของ diazepam 2 mg ต่อวันในระยะ 2-3 วันแรก



## รูปแบบการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก (27)

**ทีมผู้รักษา** ประกอบด้วย จิตแพทย์ แพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ประสานงาน 1 คน

**ข้อบ่งชี้สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาเพื่อถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอก (6) มีดังนี้**

1. มีอาการขาดสุราระยะที่ 1 หรือ 2 ที่มี CIWA ในช่วง 8-15 คะแนน
2. สามารถรับประทานยาได้
3. มีญาติสนิทหรือคนในครอบครัวช่วยดูแลอย่างใกล้ชิดระหว่างถอนพิษสุรา (ประมาณ 3-5 วัน) และสามารถติดตามอาการขาดสุราได้
4. สามารถมาพบแพทย์ตามนัดได้ทุกวัน
5. ไม่มีภาวะโรคทางจิตเวชและโรคทางกายที่ยังไม่คงที่
6. ไม่ได้ตั้งครรรภ์
7. ไม่มีปัญหาใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย จนอาจมีอาการขาดสารเสพติดนั้น เช่น อาการขาดยานอนหลับ
8. ไม่มีประวัติอาการ DTs หรือชัก (rum fits) มาก่อน
9. อายุน้อยกว่า 60 ปี
10. ไม่มีหลักฐานแสดงถึงอวัยวะภายในถูกทำลายจากพิษสุรา เช่น elevated MCV, renal insufficiency, ascites, cirrhosis เป็นต้น

### กระบวนการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอก (6)

เริ่มต้นด้วยการประเมินระดับสุราในเลือดใช้ breathalyzer, drug screening test ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสุขภาพจิต และให้การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ ICD-10 ส่งตรวจเลือด (CBC, serum electrolyte, glucose, liver function test, renal function test, urinalysis, urine drug testing, EKG ในผู้มีอายุมากกว่า 50 ปี, CXR ในผู้ป่วย COPD) เพื่อประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวช ภาวะแทรกซ้อน (เช่น gastrointestinal bleeding, electrolyte imbalance, infection, unstable cardiovascular status, pregnancy, suicidal, psychotic, significantly cognitive impaired) ประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรง โรคจิตเวชร่วม ประเมินอาการขาดสุราโดยใช้ CIWA หรือ AWS ประเมินจิตพยาธิสภาพ โดยใช้เครื่องมือทดสอบทางจิตวิทยา ประเมิน craving (craving scale เช่น OCDS-G) จากนั้นให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการรักษาช่วงถอนพิษสุราแก่ผู้ป่วยและญาติ



1. ผู้ป่วยที่หยุดดื่มมานานกว่า 5 วันและไม่มีอาการขาดสุรา โอกาสเกิดอาการขาดสุราน้อยมาก สามารถนัดมาติดตามอาการได้
2. ถ้าผู้ป่วยมีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อย วัด CIWA ได้ < 8 คะแนน อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาลดอาการขาดสุรา หากผู้ป่วยเพิ่งดื่มสุรามากภายใน 6-8 ชั่วโมง ก่อนมารักษาอาจจะยังไม่มีอาการได้ ต้องติดตามเฝ้าระวัง
3. ถ้าได้ประวัติว่าดื่มแบบ binge หรือมีประวัติอาการขาดสุรามาก่อน จำเป็นต้องเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิด ประเมิน CIWA-Ar ซ้ำอีกครั้งหลังจากระดับแอลกอฮอล์ต่ำกว่า 0.02 g/dL อาจใช้ยาสงบอาการขาดสุราแบบ symptom-trigger therapy คือให้ยาเฉพาะเวลามีอาการ หาก CIWA-Ar > 8 คะแนน ให้ประเมินเป็นระยะๆ ดังตารางที่ 4

#### ตารางที่ 4 ตารางให้ยาสงบอาการขาดสุราสำหรับผู้ป่วยนอกแบบ symptom-trigger therapy

วันที่	chlordiazepoxide	oxazepam
1	50 mg every 6-12 hr as needed	30 mg every 6 hr as needed
2-5	25 mg every 6 hr as needed	15 mg every 6 hr as needed

วิธีการให้ยาแบบนี้มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพ ข้อดีคืออาการสงบโดยไม่ยุ่งมาก เกินไปและไม่บังคับอาการระบบประสาท ใช้ยาปริมาณน้อยกว่า (median 100 mg เทียบกับ 425 mg) ใช้เวลาควบคุมอาการสั้นกว่า (9 ชั่วโมง เทียบกับ 68 ชั่วโมง) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลสั้นกว่า กรณีที่มีปัญหาโรคตับแข็ง ควรใช้ยา short-acting benzodiazepines เช่น lorazepam หรือ oxazepam เพื่อป้องกันอาการรบกวนมากเกินไปจากผลของยา

4. ถ้าผู้ป่วยมีอาการขาดสุราระดับปานกลาง ประเมิน CIWA ได้ 8-15 คะแนนเป็นข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอก ยกเว้นหากมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง แสดงถึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงภายในอีกไม่กี่ชั่วโมงข้างหน้า หรือมีประวัติดื่มแบบ binge ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์และติดต่อกัน 2 สัปดาห์ ต้องติดตามอย่างใกล้ชิดในการประเมินอาการขาดสุรา ไม่เหมาะที่จะรักษาแบบผู้ป่วยนอก การให้ยาใช้รูปแบบ fix schedule ดังตารางที่ 5



## ตารางที่ 5 ตารางให้ยาสงบอาการขาดสุราสำหรับผู้ป่วยนอกแบบ fixed schedule

วันที่	chlordiazepoxide	diazepam	lorazepam	oxazepam	topiramate	carbamazepine
1	50 mg ทุก 6-12 ชั่วโมง	10 mg ทุก 6-12 ชั่วโมง	2 mg ทุก 8 ชั่วโมง	30 mg ทุก 6 ชั่วโมง	25 mg ทุก 6 ชั่วโมง	200 mg ทุก 6 ชั่วโมง
2	25 mg ทุก 6 ชั่วโมง	5 mg ทุก 6 ชั่วโมง	2 mg เช้า, 1 mg เที่ยง, 2 mg ก่อนนอน	30 mg ทุก 8 ชั่วโมง	25 mg ทุก 8 ชั่วโมง	200 mg ทุก 8 ชั่วโมง
3	25 mg ทุก 12 ชั่วโมง	5 mg ทุก 12 ชั่วโมง	1 mg ทุก 8 ชั่วโมง	30 mg ทุก 12 ชั่วโมง	25 mg ทุก 12 ชั่วโมง	200 mg ทุก 12 ชั่วโมง
4	25 mg ก่อนนอน	5 mg ก่อนนอน	1 mg ทุก 12 ชั่วโมง	30 mg ก่อนนอน	25 mg ก่อนนอน	200 mg ก่อนนอน
5	10 mg ก่อนนอน	2 mg ก่อนนอน	1 mg ก่อนนอน	หยุดยา	25 mg ก่อนนอน	หยุดยา
6	หยุดยา	หยุดยา	หยุดยา		25 mg ก่อนนอน	

5. ถ้าค่าคะแนน CIWA-Ar > 15 คะแนน ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นของ DTs ให้เห็น เช่น ไข้สูง cognitive/ perceptual changes

6. ถ้าความดันโลหิตสูง BP > 160/110 mmHg หรือชีพจรเร็วมาก ให้ clonidine 75 ug/cap ขนาด 3 capsules ต่อครั้ง วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 วัน และลดลงเป็น 1 capsules 3 เวลาในวันที่ 3

7. ถ้านอนไม่หลับกังวล กระวนกระวาย ใช้ doxepine 25 mg 3 เม็ดต่อครั้ง วันละ 2 ครั้ง (ขนาดสูงสุด 100 mg/วัน)

8. ป้องกันชัก ให้ carbamazepine 600-800 mg/d และ tiapride

9. supportive care ให้วิตามิน thiamine 100 mg เป็นเวลา 3 วัน ร่วมกับวิตามินรวม (multivitamin) และ folate ปรับแก้ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (potassium, magnesium, phosphate และ glucose) ติดตามการหยุดดื่ม

10. เข้ากระบวนการรักษาสรางแรงจูงใจตั้งแตในช่วงถอนพิษสุราโดย

**วันที่ 1-5 ระยะถอนพิษสุรา** (มากที่สุดไม่เกิน 10 วัน) นัดหมายให้ผู้ป่วยมาทุกวันเพื่อ

- ๑ ตรวจสอบร่างกาย ตรวจ breathalyzer วัดระดับแอลกอฮอล์
- ๑ ตรวจสอบสภาพจิตและระบบประสาท
- ๑ วัดสัญญาณชีพ เช่น ชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิ ความดันโลหิต เหงื่อ ล้น
- ๑ ประเมิน craving scale
- ๑ ให้ยา (ถ้าจำเป็น)
- ๑ ให้การบำบัดแบบสัมภาษณ์สร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) หรือให้เข้ากลุ่มบำบัดใช้เวลา 3 ชั่วโมง



### วันสุดท้ายของระยะถอนพิษยา (D6) เพื่อ

- ๑ ตรวจสอบระบบประสาทและจิตเวช
- ๑ ประเมิน CIWA หรือ AWS
- ๑ ประเมิน psychopathology scale และ craving scale
- ๑ ตรวจเลือด Gamma Glutamyl Transferase (GGT) และ Carbohydrate Deficient Transferin (CDT)
- ๑ ให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการรักษาขั้นต่อไป

11. หลังถอนพิษสุราแล้ว ช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่องระยะยาว เช่น การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Therapy: MET) การบำบัดแบบ Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) หรือกลุ่มบำบัดระดับประคอง (support group) อื่นๆ เช่น กลุ่ม Alcoholic Anonymous (AA) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self help group) body and emotional-oriented therapy หรือ autogenic training หรือให้จิตบำบัดรายบุคคล เช่น CBT, psychodynamic systemic oriented therapy, psychodrama, muscle relaxation หรือให้เข้าร่วม relapse prevention program เพื่อให้เลิกดื่มสุราได้ถาวร

## รูปแบบการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยใน (9)

เหมาะสำหรับผู้ป่วยขาดสุราระดับรุนแรง หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs หรือชักจากการขาดสุรา แนวทางการดูแลรักษา (4) มีดังนี้

1. **ประเมินภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ** เช่น การติดเชื้อ อุบัติเหตุ metabolic disturbances รับประทานยาเกินขนาด hepatic failure เลือดออกในกระเพาะ อาจต้องตรวจเพิ่มเติม เช่น CT brain หรือเจาะตรวจไขสันหลัง (lumbar puncture)

2. **ควบคุมอาการและให้การรักษาแบบประคอง** โดยให้ยาในกลุ่ม benzodiazepine ควบคุม psychomotor agitation และป้องกันอาการขาดสุรารุนแรง

### การดูแลแบบประคองได้แก่

- ๑ ให้น้ำเกลือ ให้อาหารเสริมวิตามินเกลือแร่
- ๑ ประเมินอาการเป็นระยะๆ
- ๑ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม คือ เงียบสงบ ปลอดภัย
- ๑ มีอุปกรณ์ผูกมัดตรึงชั่วคราวเมื่อจำเป็น และอาการสงบให้เลิกมัดตรึง เพราะถ้าผูกมัดนานเกินไป ผู้ป่วยตื่นมากมีผลให้เกิดไข้สูง และเกิด rhabdomyolysis



- ๖ ชดเชยน้ำตามปริมาณน้ำที่ขาด โดยให้ isotonic IV fluid
- ๖ ให้ thiamine 100 mg IV หรือ IM และ glucose
- ๖ ให้ multivitamin, folate, potassium, magnesium, phosphate
- ๖ ในวันแรกที่ผู้ป่วยทานไม่ได้ ให้ NPO ไว้ก่อนเพื่อป้องกัน aspiration
- ๖ วันต่อมาค่อยให้อาหารที่ high metabolic needs

3. **benzodiazepine ควรให้ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราระดับปานกลางถึงรุนแรง** เป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงและประเมิน CIWA-Ar ได้มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป

- ๖ ให้ diazepam 5-10 mg IV ซ้ำได้ทุก 5-10 นาที หรือ ให้ lorazepam 2-4 mg IV ซ้ำได้ทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการสงบหรืออาการ delirium หายไป แต่ต้องระวัง aspiration
- ๖ ในรายที่อาการรุนแรงอาจใช้ยาขนาดสูง (diazepam > 500 mg) เพื่อควบคุมอาการให้ได้ (ขนาดสูงสุด diazepam > 2000 mg ภายใน 48 ชั่วโมง)
- ๖ รูปแบบการให้ยาเข้าเส้นเลือดดำ เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการชักจากขาดสุราและ DTs เพราะออกฤทธิ์เร็ว ยาได้ระดับสูงตามต้องการ

4. **การจัดการและติดตามผลด้วยการใช้ CIWA-Ar มีหัวข้อทั้งหมด 10 อาการ** คือ

1) nausea and vomiting 2) paroxysmal sweats 3) anxiety 4) agitation 5) tremor 6) headache 7) auditory disturbance 8) visual disturbance 9) tactile disturbance 10) orientation and cloudy of sensorium คะแนนรวม 67 แบ่งเป็น 4 ระดับคือ very mild withdrawal มีคะแนน <10, mild withdrawal มีคะแนน 10-15, modest withdrawal มีคะแนน 16-20 และ severe withdrawal มีคะแนน > 20

- ๖ ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรารุนแรงและได้ยา IV ให้ประเมิน CIWA-Ar ทุก 10-15 นาที
- ๖ ควรเฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดโดยติดตามชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิ ความดันโลหิต ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และ neurological signs
- ๖ เมื่ออาการสงบลง เปลี่ยนเป็นยารับประทานได้แล้วประเมินทุกชั่วโมงจนค่าคะแนน CIWA-Ar เพิ่มขึ้น ให้เสริมยาระหว่างมือได้ จนกระทั่งอาการขาดสุราเล็กน้อยคงที่ จึงประเมินทุก 4-6 ชั่วโมง

5. **refractory delirium tremens** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับ benzodiazepines ขนาดสูง เช่น diazepam 50 mg หรือ lorazepam 10 mg ในชั่วโมงแรก หรือ diazepam 200 mg หรือ lorazepam 40 mg ในช่วง 3-4 ชั่วโมงแรก แล้วอาการไม่ดีขึ้น อาจเป็นเพราะ endogenous GABA มีน้อย ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของ GABA-A receptors ยาที่เหมาะสมคือ barbiturates โดยเฉพาะ phenobarbital 130-260 mg IV ซ้ำได้ทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการสงบ ให้ร่วมกับ



benzodiazepines เนื่องจากกลไกออกฤทธิ์ของยาทั้งสองออกฤทธิ์เสริมกันคือ benzodiazepines ช่วยเพิ่มความถี่ของการเปิด GABA chloride channel ส่วน barbiturates ช่วยเพิ่มระยะเวลาของการเปิด GABA chloride channel ยาอื่นที่มีการใช้คือ propofol 1 mg/kg IV เป็นยาที่เปิด GABA chloride channel โดยไม่ต้องมี GABA และยาออกฤทธิ์เป็น glutamate antagonist ด้วย ข้อสำคัญคือผู้ป่วยที่ได้ยา phenobarbital or propofol ส่วนมากผู้ป่วยต้องใส่ endotracheal intubation และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ รับไว้ใน ICU

6. **ข้อบ่งชี้ในการรับไว้ใน ICU** คือ ผู้ป่วย DTs ที่อายุมากกว่า 40 ปี มีไข้สูงลอย ( $>39^{\circ}\text{C}$ ) มีโรคหัวใจ (heart failure, arrhythmia, angina, myocardial ischemia, recent myocardial infarction), hemodynamic instability, marked acid-base disturbances, severe electrolyte defect, respiratory insufficiency, potentially serious infections, signs of GI pathology (GI bleeding, hepatic pre-coma, pancreatitis), rhabdomyolysis, renal insufficiency หรือ refractory DTs

7. **ยาที่อาจใช้เป็นทางเลือกในการสงบอาการขาดสาร** (alternative agents) ได้แก่ haloperidol, carbamazepine, clonidine, propranolol, baclofen ใช้กรณีอาการขาดสารเล็กน้อย ประสิทธิภาพไม่ดีเท่า benzodiazepines ในการลดความเสี่ยงต่อการชักหรือการเกิด DTs ยา baclofen เป็น selective agonist ของ GABA-B receptor ใช้รักษาอาการกล้ามเนื้อเกร็ง (reversible spasticity) มีงานวิจัยเกี่ยวกับยานี้ช่วยรักษาอาการขาดสารระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ไม่มีข้อมูลในการรักษาอาการขาดสารรุนแรง

## การป้องกันไม่ให้เกิดอาการขาดสารรุนแรง (4)

ควรป้องกันในผู้ป่วยที่มีประวัติชักจากขาดสาร เคยมี DTs มาก่อน คนที่ดื่มสุรานักเป็นเวลานานๆ คนที่มีอาการขาดสารเล็กน้อย ขณะที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคทางกาย หรืออุบัติเหตุ

วิธีป้องกันคือ ให้ยา chlordiazepoxide 50-100 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมงในวันแรก ตามด้วย 25-50 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมงในวันที่ 2 และ 3 ประเมินอาการขาดสารด้วย CIWA-Ar ทุกชั่วโมง ถ้า CIWA-Ar ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ให้ยา chlordiazepoxide 25-50 mg เสริมระหว่างมื้อ

แต่หากมีอาการขาดสารปานกลางถึงรุนแรงและมีปัจจัยเสี่ยง ควรให้ยาควรเป็น loading regimen (28) ด้วยยา diazepam หรือ lorazepam รับประทานหรือฉีดทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการจะสงบ ฝ้าดูอาการอย่างใกล้ชิดพร้อมทั้งให้การดูแลแบบประคับประคอง ค้นหาและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางกาย



ในคนที่นอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุอื่นและมีความเสี่ยงต่อการชักหรือ DTs น้อย ยังไม่มีอาการขาดสุรา หรือมีอาการขาดสุราเล็กน้อย ให้ป้องกันด้วยการประเมน CIWA-Ar ทุกชั่วโมงและถ้า CIWA-Ar ตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป ให้ chlordiazepoxide 25-50 mg

## ยาที่ใช้ในการสงบอาการขาดสุรา

1. **Benzodiazepines** (7, 29-31) เป็นยาหลักตัวแรกที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการขาดสุรามากที่สุด ที่นิยมใช้ได้แก่ ยา diazepam, lorazepam, chlordiazepoxide และ oxaxepam แต่มีข้อเสียตรงที่เสพติดง่าย มีฤทธิ์กดประสาทมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับสุรา มีอาการข้างเคียงด้าน cognitive function คือความจำไม่ดีและการเคลื่อนไหวไม่ประสานกัน มีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำหรือใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย ไม่เหมาะกับคนที่มีภาวะโรคร่วม เช่น โรคประสาทวิตกกังวลและมีบุคลิกภาพบกพร่อง

### รูปแบบการใช้ยา มี 4 รูปแบบ คือ

**รูปแบบที่ 1** ให้แบบกินมีตารางเวลากำหนดแน่นอน (fixed dose regimen)

**รูปแบบที่ 2** ให้ยา กินตามอาการ (symptom triggered regimen)

**รูปแบบที่ 3** ให้ยา กินขนาดสูงมากในวันแรก (front loading regimen)

**รูปแบบที่ 4** ให้ยา ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ (Intravenous loading regimen)

รูปแบบที่ 1 และ 2 เหมาะกับภาวะขาดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

รูปแบบ 3 และ 4 เหมาะกับภาวะขาดสุรารุนแรงถึงรุนแรงมากแบบเพื่อสั้น (DT) ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล

2. **Anticonvulsant drugs** (32) เป็นยาที่ออกฤทธิ์เป็น Na channel modulators มีงานวิจัยรวบรวมเกี่ยวกับประสิทธิภาพของยากันชักรักษาอาการขาดสุรา ในงานวิจัยทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trial) 48 รายงาน ในกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 3,610 ราย พบว่ายากันชักได้ผลดีกว่ายาหลอก ป้องกันชักได้ ลดอาการเห็งออก ประสาทหลอน นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียนได้ดี เหมาะสำหรับรักษาอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือมีอาการชักร่วมด้วย



### วิธีการให้ยา

1. sodium valproate (33) loading dose ในวันแรก 20 mg/kg/d แบ่งเป็น 2 ครั้ง ห่างกัน 6-8 ชั่วโมง หลังจากนั้น ให้วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 วัน
2. Carbamazepine (7, 34) วันแรกให้ 600-800 mg หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 200 mg ในวันที่ 5
3. Oxcarbamazepine (35) วันแรกให้ 600 mg หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 900 mg ในวันที่ 2-3 และลดลงจนหยุดในวันที่ 4-5

3. **Antiglutaminergic drugs** (2, 36) เป็นยาที่ออกฤทธิ์เป็น Ca channel modulators ได้แก่ ยา topiramate, lamotrigine, mimantine มีงานวิจัยทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trial) สนับสนุนประสิทธิภาพในรักษาอาการขาดสุราระดับปานกลางถึงรุนแรงภายใน 3 วันเทียบเท่ากับยา diazepam 30 mg ต่อวัน และมีงานวิจัยของ topiramate ที่สามารถเพิ่มจำนวนวันหยุดสุราหรือลดการดื่มสุราได้นานมากขึ้นเมื่อใช้ต่อเนื่อง 3 เดือน โดยใช้ขนาด 300 mg ต่อวัน โดยค่อยๆ เพิ่มขนาดยา 50 mg ต่อสัปดาห์

### วิธีการให้ยา

1. topiramate 25 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมง หรือ 100 mg ต่อวันใน 3 วันแรก
2. lamotrigine 25 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมง หรือ 100 mg ต่อวันใน 3 วันแรก
3. Mimantine รับประทาน 10 mg ในวันแรก เพิ่มเป็น 20 mg ในวันที่ 2 และ 30 mg ในวันที่ 3 โดยแบ่งให้ 3 เวลาหลังอาหาร

4. **ยาอื่นๆ** มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิภาพไม่มาก มักใช้เป็นยาช่วยเสริมยาหลัก เช่น clonidine (centrally acting alpha 2 agonist), propranolol (beta-blocker), baclofen 30 mg/d for 10 days (selective GABA-B agonist) (37), GHB (38), Nitrous oxide (39) ไม่เหมาะกับอาการขาดสุราระดับรุนแรง และยังต้องการข้อมูลวิจัยสนับสนุนอีกจำนวนมาก



## การรักษาอาการขาดสุราร่วมกับโรคจิตเวชอื่นๆ ที่พบบ่อย (40)

ความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา พบร้อยละ 50 มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย การกลับไปดื่มซ้ำ ถูกจับดำเนินคดี ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง เพราะนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน เข้าๆ ออกๆ และใช้บริการสุขภาพบ่อยครั้ง บางรายเป็นคนที่ไร้บ้าน ขาดญาติสนิท มิตรสหาย (40) การประเมินผู้ป่วยขาดสุราและมีโรคร่วมจึงมีความยุ่งยากซับซ้อน (41) และต้องวินิจฉัยแยกโรคจิตเวชร่วมภายหลังจากการขาดสุราหายไปนานพอสมควร การพยากรณ์โรคไม่ดีขึ้น การรักษาทำได้ยากมากขึ้น จำเป็นต้องใช้รูปแบบผสมผสานระหว่างจิตสังคมบำบัดและการใช้ยา (Integration of psychosocial and pharmacological techniques) เป้าหมายของการรักษา ระยะยาว คือ

1. ลดอาการทางจิต
2. เพิ่ม social และ familiar functioning และ coping skill
3. ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ (relapse prevention)

การซักประวัติเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะวันเริ่มต้นของการหยุดดื่มสุราจนกระทั่งอาการขาดสุราหายไป นับเป็นช่วงเวลาปลอดสุรา 4 สัปดาห์ แล้วประเมินอาการทางจิตเวชว่าดีขึ้น หรือว่ายังคงอยู่ นอกจากนี้ประวัติเคยเจ็บป่วยทางจิตเวชก่อนดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวก็เป็นสิ่งจำเป็น การตรวจวัดระดับแอลกอฮอล์โดยใช้ breathalyzers และตรวจ urine toxicological tests การใช้เครื่องมือสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยหรือแบบทดสอบทางจิตวิทยาเพื่อดูการทำงานของสมอง ภาวะโรคจิต ลักษณะบุคลิกภาพ เครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล จำเป็นต้องใช้หลังจากที่อาการขาดสุราดีขึ้นแล้ว

### รูปแบบการรักษา ผู้ป่วยติดสุราและมีภาวะโรคจิตเวชร่วม มี 3 รูปแบบ (40) คือ

1. **Sequential or consecutive treatments** รักษาตามลำดับขั้น คือถอนพิษสุราก่อน แล้วค่อยส่งต่อทีมจิตเวช ข้อเสียคือขาดการประสานงานระหว่างทีมรักษาโรคติดยากับจิตเวช บางครั้งเกี่ยงกันจนผู้ป่วยขาดการดูแลรักษาทั้งสองฝ่าย
2. **Parallel treatment** ผู้ป่วยได้รับการดูแลไปพร้อมๆ กัน ทั้งสองทีม ข้อเสียคือค่าใช้จ่ายสูง และมักขาดการประสานงานกันระหว่างสองทีม ต่างคนต่างรักษาโรคของตนเอง
3. **Integrated treatment** ทั้งสองทีมงานประสานกัน เป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดี ค่าใช้จ่ายถูกลง มีการประสานกันกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของแพทย์ทั้งสองฝ่าย เทคนิคที่ใช้มีทั้งสร้างแรงจูงใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทั้งติดยาและจิตเวชว่ามีความสัมพันธ์กัน ผักกักชนะแก้ปัญหา



ใช้เทคนิคการบำบัดแบบ CBT ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มสังคมใหม่ มีเครือข่ายสนับสนุน ลดความเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิต มีการใช้ยาร่วมกับจิตบำบัด

### การใช้ยาจิตเวชที่ช่วยด้านอารมณ์ ลดความวิตกกังวล และรักษาโรคจิต ได้แก่

1. **ผู้ป่วย bipolar disorders** ยาหลักที่ใช้รักษาอาการขาดสติและรักษาอารมณ์ให้เสถียรได้ด้วย คือ ยา anticonvulsants
2. **ผู้ป่วย anxiety disorders** ยาหลักที่ใช้รักษาอาการขาดสติคือ benzodiazepine และเสริมด้วยยากลุ่ม selective serotonin reuptake inhibitor (SSRIs) เช่น fluoxetine
3. **ผู้ป่วย depressive disorders** ยาหลักที่ใช้รักษาอาการขาดสติคือ benzodiazepine ร่วมกับ SSRIs
4. **ผู้ป่วย psychotic disorders** ยาหลักที่ใช้รักษาอาการขาดสติ คือ benzodiazepine ร่วมกับยา haloperidol ส่วนยาในกลุ่ม atypical antipsychotics มีบางรายงานพบว่า aripiprazole สามารถลด craving ได้

Michael F Weaver และคณะ (27) ได้ศึกษาทดลองเปรียบเทียบระหว่าง fixed schedule กับ symptom trigger ด้วย lorazepam ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยอายุ 21-75 ปี ที่มีโรคร่วมทางกาย ซึ่งนอนรักษาแผนกอายุรกรรมในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ระหว่างเมษายน ค.ศ.2001 ถึง พฤษภาคม ค.ศ.2003 จำนวน 183 ราย ที่หยุดดื่มไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยโรคทางกายที่พบบ่อย ได้แก่ pancreatitis, pneumonia, GI bleeding, cellulitis, chest pain และประเมินอาการขาดสติโดยพยาบาลด้วย CIWA-Ar ทุก 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยทุกคนได้รับ brief motivational counseling และให้ยารักษาตามตารางที่ 6



**ตารางที่ 6** การให้ยา fixed schedule และ symptom trigger ตามการศึกษาของ Michael F Weaver และคณะ

วันที่	chlordiazepoxide	oxazepam
1	lorazepam 2 mg รับประทาน ทุก 4 ชั่วโมง	CIWA < 5 จัดเป็นระดับ minimal ไม่ให้ยา lorazepam
2	lorazepam 2 mg รับประทาน ทุก 4 ชั่วโมง	CIWA 6-9 จัดเป็นระดับ mild ให้ lorazepam 0.5 mg
3	lorazepam 2 mg รับประทาน ทุก 4 ชั่วโมง	CIWA 10-19 จัดเป็นระดับ mild to moderate ให้
4	lorazepam 2 mg รับประทาน ทุก 4 ชั่วโมง	lorazepam 1 mg
5	หยุดยา	CIWA 20-29 จัดเป็นระดับ moderate to severe ให้ lorazepam 2 mg
		CIWA 30-39 จัดเป็นระดับ severe ให้ lorazepam 3 mg และ
		CIWA > 40 จัดระดับเป็น extreme ให้ lorazepam 4 mg
หมายเหตุ	มียา lorazepam เสริมได้ระหว่างมือ ถ้า CIWA > 30 ให้ทุกชั่วโมง จนกว่าจะ < 30 เป็นเวลา 2 ครั้งติดกัน ถ้าวันแรกได้ lorazepam เสริมทั้งหมดเกิน 6 mg นอกเหนือจาก fixed schedule (24 mg/d) วันที่ 2 จะต้องรวม ขนาดยาทั้งหมดของ lorazepam ที่ได้รับในวันแรกแล้วแบ่งให้เท่าขนาดนั้นในวันที่ 2 จากนั้นค่อยๆ ลดวันละ 20% ของขนาดทั้งหมดต่อวัน วันที่ 5 ก็ยังคงได้ยาต่อ ถ้าผู้ป่วยยังง่วงอยู่ให้คงยาขนาดเดิมไว้ ถ้าผู้ป่วยต้องออกจากโรงพยาบาลทั้งที่ lorazepam ยังคงให้อยู่ให้รับประทานยาต่อพร้อมแนะนำว่าจะลดขนาดยาลงเรื่อยๆ จนหยุดยา ประเมินทุก 24 ชั่วโมง หลังได้ยา	ทุก 1 ชั่วโมง และให้เสริม lorazepam 3-4 mg จนกว่า CIWA < 30 สองครั้งติดกัน แล้วจึงประเมินห่างทุก 4 ชั่วโมง

ผลการศึกษาพบว่า อาการขาดสารลดลงทั้งสองรูปแบบไม่แตกต่างกัน แต่ขนาดยาทั้งหมดของ Fixed Schedule (FS) สูงกว่า Symptom Triggered (ST) 2 เท่า ยิ่งคะแนนวันแรกสูงยิ่งได้ยามาก ข้อดีของรูปแบบ ST ที่ใช้ขนาดยาน้อยกว่า คือ ผู้ป่วยฟื้นเร็วไม่ง่วงเกินไป ไม่พบปัญหาอาการข้างเคียงจากยาทำให้ง่วงเกินไปหรือเกิด paradoxical agitations, delirium จากพิษยา benzodiazepine หรือ กดการหายใจ ข้อสำคัญขนาดยา benzodiazepine ที่สูงจะมีผลต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานเกินไป เพิ่มความเสี่ยงจาก aspirated pneumonia

## ความคุ้มค่าในการถอนพิษสุราในรูปแบบต่างๆ

Michael T. French (42) ได้เขียนหนังสือหัวข้อเรื่อง Economic Evaluation of Alcohol Treatment Services โดยทบทวนผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ.1995-1997 ได้จำนวน 48 รายงานซึ่งมี peer review ช่วยประเมินคุณภาพ รายงานว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุราส่วนมากได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน หรือแบบผู้ป่วยนอกที่มีการดูแลใกล้ชิด พบว่ามี cost-effectiveness มากกว่าการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน แต่มีอัตราการกลับไปดื่มซ้ำสูงกว่า อย่างไรก็ตามการรักษาโรคติดสุราช่วยลดต้นทุนการรักษาทางสุขภาพ (health care costs) สำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพเอกชน กลุ่ม AA มี cost effectiveness ในกลุ่มผู้ป่วยที่กลับไปดื่มซ้ำสูง วิธีการประเมิน cost-effectiveness คิดเป็นค่าเงิน ดอลลาร์สหรัฐ ควรครอบคลุมถึงค่าเสียหายที่เกิดจากการขาดงาน ค่าที่ได้จากการเพิ่มผลผลิต ค่าจากการมีสุขภาพดีขึ้นและลดอาชญากรรม พบว่ารูปแบบ employee assistant program, AA ร่วมกับการให้คำปรึกษาแบบผู้ป่วยนอก (outpatient counseling), behavioral marital therapy มีประสิทธิภาพดี แต่ยังคงมีความจำเป็นที่ต้องหาแนวทางการรักษาใหม่ๆ และเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าถึงการรักษาได้ง่าย การวิจัยเกี่ยวกับ cost-effectiveness analysis และ benefit-cost analysis ของการรักษาที่ได้พิสูจน์ประสิทธิภาพแล้วยังเป็นสิ่งจำเป็น และควรประเมิน opportunity cost โดยใช้ societal perspective ด้วย

กระบวนการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก มีประสิทธิภาพ ต้นทุนต่ำ (1/10 the cost) ใช้เวลารักษาสั้นกว่าผู้ป่วยในอย่างมีนัยสำคัญ (จำนวนวันเฉลี่ย 6.5 วันเทียบกับผู้ป่วยใน 9.2 วัน) เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าประมาณ 9.4 เท่า (ผู้ป่วยนอก \$175- \$388 ต่อราย เทียบกับผู้ป่วยใน \$3,319 - \$3,665 ต่อราย) ต้นทุนที่เพิ่มมากขึ้นสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยในแปรผันตามความรุนแรงของภาวะขาดสุรา ร่วมกับมีภาวะโรคร่วมทางกายที่ต้องรักษา (43)

ราคายาแต่ละชนิด พบว่า chlordiazepoxide 25 mg ราคาเม็ดละ \$0.07, diazepam 5 mg ราคาเม็ดละ \$0.10 และ lorazepam 1 mg ราคาเม็ดละ \$0.80 ยาฉีดแพงกว่ายารับประทาน 3 เท่า เช่น diazepam 10 mg/amp ราคาหลอดละ \$2.40, lorazepam 2mg/amp ราคาหลอดละ \$2.74 และ midazolam 5 mg/amp ราคาหลอดละ \$5.60 (12)



สรุปว่า การรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอกมีความคุ้มค่ามากกว่า และการใช้ยาแบบ symptom triggered regimen ด้วยยา chlordiazepoxide น่าจะมีประสิทธิภาพดีสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อนเหมาะกับโรงพยาบาลชุมชนและสถานพยาบาลปฐมภูมิ ส่วนการรักษาแบบผู้ป่วยในมีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังมีอาการขาดสุรารุนแรงหรือมีอาการชัก มีภาวะแทรกซ้อน และมีภาวะโรคร่วม เพื่อให้ต้นทุนไม่สูงเกินไปนัก การรักษาอาการขาดสุราตั้งแต่เริ่มแรก ควรใช้ยาแบบ loading dose regimen ในรูปยาฉีดเพื่อควบคุมอาการขาดสุราได้รวดเร็วภายใน 3 วัน ร่วมกับการตรวจประเมินร่างกายอย่างละเอียดแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้ทันที

## ประโยชน์ในการนำไปใช้

1. แบบประเมินอาการขาดสุรา ควรเลือกใช้แบบที่ง่ายและสะดวก มีมาตรฐานสากลต่างประเทศนิยมใช้ เช่น CIWA-Ar แต่ AWS น่าจะเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมกับคนไทย เพราะใช้สะดวกกว่า จำนวนข้อน้อย มีความเป็นปรนัย และรูปธรรมมากกว่า
2. การประเมินอาการขาดสุราควรประเมินเป็นระยะๆ ต่อเนื่องในช่วง 4-5 วันหลังจากดื่มครั้งสุดท้าย โดยเฉพาะในวันแรกควรประเมินบ่อยทุก 1 ชั่วโมง
3. การรักษาอาการขาดสุราสามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในกรณีที่มีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง และไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการชัก หรือเกิด DTs โดยเน้นการประเมินอาการขาดสุราเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ให้ยา chlordiazepoxide, diazepam หรือ lorazepam ในรูปแบบ symptom triggered regimen คือให้ยาเมื่อ CIWA-Ar > 9 หรือ AWS > 5 เท่านั้น จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่่วงมากเกินไป สามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสร้างแรงจูงใจและกลุ่มสนับสนุนทางสังคมได้เร็วขึ้น
4. กรณีผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงแต่ยังไม่มีอาการขาดสุราหรือน้อยมาก สามารถป้องกันการเกิด DTs โดยรับไว้ในโรงพยาบาล ตรวจร่างกายอย่างละเอียด ค้นหาภาวะแทรกซ้อนทั้งโรคทางกายและทางจิตรวมถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประเมินภาวะแทรกซ้อนโรคทางกายและทางจิตเวช ประเมินอาการขาดสุราทุกชั่วโมงในวันแรก ให้ยา chlordiazepoxide, diazepam หรือ lorazepam หรือ carbamazepine, topiramate รับประทานแบบ fixed- schedule regimen ประมาณ 5-6 วัน



5. ควรใช้ยา benzodiazepines เป็นยาหลักในการรักษาอาการขาดสุราโดยใช้อย่างถูกขนาด ถูกวิธี ทันต่อเวลา

6. ผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรารุนแรง (CIWA >19 หรือ AWS > 15) ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ให้ยา diazepam แบบ loading regimen คือ diazepam 5-10 mg IV ซ้ำได้ทุก 5-10 นาที จนกว่าอาการสงบหรือ delirium หายไป แต่ต้องระวัง aspiration ในรายที่อาการรุนแรงอาจใช้ยาขนาดสูง (diazepam > 500 mg) เพื่อควบคุมอาการให้ได้ (ขนาดสูงสุด diazepam >2000 mg ภายใน 48 ชั่วโมง) รูปแบบการให้ยาเข้าเส้นเลือดดำเหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการชักจากขาดสุราและ DTs เพราะออกฤทธิ์เร็ว ยาได้ระดับสูงตามต้องการ

7. ผู้ป่วยที่ได้รับ benzodiazepines ขนาดสูงเช่น diazepam 50 mg ในชั่วโมงแรก หรือ diazepam 200 mg หรือในช่วง 3-4 ชั่วโมงแรกแล้วอาการไม่ดีขึ้น ควรย้ายเข้า ICU แล้วให้ยา phenobarbital 130-260 mg IV ซ้ำได้ทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการสงบ หรือใช้ propofol 1 mg/kg IV ส่วนมากผู้ป่วยต้องใส่ endotracheal intubation และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

8. การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิ่งจำเป็นและต้องทำ คือ ให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบแต่ไม่สงบ สว่างพอดี ไม่มีคนพลุกพล่าน ปลอดภัย มีอุปกรณ์ฉุกเฉินพร้อมใช้เมื่อจำเป็น ให้น้ำเกลือ ให้อาหารเสริมวิตามินเกลือแร่ และน้ำเกลือหลักอนามัย ให้ thiamine 100 mg IV หรือ IM ก่อนให้ glucose ให้ multivitamin, folate, potassium, magnesium, phosphate ผู้ป่วยที่รับประทานไม่ได้ ให้ NPO ไว้ก่อนเพื่อป้องกัน aspiration วันต่อมาค่อยให้อาหารที่ high metabolic needs ผู้รักษาและพยาบาลช่วยให้ง่ายใจ และเสริมสร้างแรงจูงใจ ผีอก่อนคลายความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือกับการรักษาในระยะยาวเพื่อหยุดดื่มมานานที่สุด

9. ควรมี case manager ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราแต่ละราย เพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมตรงความต้องการ

10. ควรมีหน่วยให้บริการเฉพาะ แยกเป็นสัดส่วนสำหรับผู้ป่วยติดสุรา กับโรคจิตเวชอื่นๆ หรือโรคทางกายอื่นๆ แต่มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ

11. ควรมีการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินอาการขาดสุรา แนวทางการให้ยา benzodiazepines การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง พร้อมคู่มือ แก่บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

12. ควรมีการประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่า ในการดูแลรักษาผู้ป่วยขาดสุรา อย่างเป็นระบบถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวยังขาดอยู่มาก



13. ควรมีการประสานร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน สถานพยาบาลปฐมภูมิ ครอบครัว และชุมชน สร้างระบบ harm reduction เช่น outreach clinic ในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยติดสุรา มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับการดูแลรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก แม้จะยังไม่มียาการขาดสุราหรือมีอาการเพียงเล็กน้อย

**สิ่งที่ไม่เกิดประโยชน์** ไม่ควรทำ เนื่องจากไม่พบหลักฐานสนับสนุน คือ

1. การใช้ยาสมุนไพรเพื่อรักษาอาการขาดสุรา ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ
2. การฝังเข็มและ aromatherapy เพื่อรักษาอาการขาดสุรา (44) ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ
3. การใช้ Ethanol ในการรักษาอาการขาดสุรา ไม่แนะนำในแนวปฏิบัติ (9)
4. การใช้ gamma hydroxybutyrate (38), nitrous oxide (45) ในการรักษาอาการขาดสุรา ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ



## ช่องว่างในการพัฒนา

1. ค่าคะแนนระหว่าง CIWA-Ar กับ AWS ที่กำหนดไว้ในแนวเวชปฏิบัติการให้บริการ ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนของกรมสุขภาพจิต ปี 2549 (46) ได้จากฐานข้อมูลต่างประเทศว่า อาการขาดสุราระดับน้อยมาก (CIWA  $\leq$  9, AWS  $\leq$  4) อาการขาดสุราระดับเล็กน้อย (CIWA 10-14, AWS 5-9) อาการขาดสุราระดับปานกลาง (CIWA 15-18, AWS 10-14) อาการขาดสุราระดับรุนแรง (CIWA  $\geq$  19, AWS  $\geq$  15) แต่ในคนไทยอาการขาดสุราอาจมีความแตกต่างจากต่างประเทศอยู่บ้าง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราตามระดับความรุนแรงที่เหมาะสมกับคนไทย

2. การรักษาในไทย ยังมีรูปแบบการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอกไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้เวลานานอนโรงพยาบาลนานกว่า 2 สัปดาห์ ซึ่งนานเกินความจำเป็น สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย มีผลข้างเคียงจากยาที่ใช้รักษา บางรายได้ยามากเกินไป บางรายได้ยาน้อยเกินไป ไม่ทันการ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. รูปแบบการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยใน ยังไม่ผสมผสานระหว่างการรักษาโรคทางกายที่เป็นภาวะแทรกซ้อน การรักษาโรคทางจิตเวชที่เป็นภาวะโรคร่วม

4. แนวทางการรักษาโรคขาดสุรา ยังไม่มีการพิจารณาถึงเพศภาวะ จากการศึกษาใน Framingham ในอาสาสมัครอายุ 40-79 ปี พบว่าผู้ชายมีปัญหาดื่มร้อยละ 12.8 ซึ่งมากกว่าผู้หญิงที่มีเพียงร้อยละ 3.8 โดยผู้หญิงมักปฏิเสธปัญหาการดื่มและยอมรับปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง ทั้งที่เพศหญิงมีผลกระทบทางร่างกายจากพิษสุรามากกว่า โดยเฉพาะตับ สมอง และหัวใจ ภาวะโรคร่วมในผู้หญิง พบ eating disorders, panic disorder, PTSD, depression, fetal alcohol syndrome มากกว่า แนวทางการดูแลรักษา น่าจะมีความแตกต่าง

5. ยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับ cost-effectiveness ของรูปแบบการรักษาอาการขาดสุราในคนไทย



# ข้อเสนอแนะประเด็นในการพัฒนางาน และศึกษาวิจัย

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบค่าคะแนนระหว่าง CIWA-Ar กับ AWS และการวินิจฉัยทางคลินิก
2. ควรพัฒนารูปแบบการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอกสำหรับโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานพยาบาลปฐมภูมิ
3. ควรพัฒนารูปแบบการรักษาอาการขาดสุรารุนแรง ที่มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวช และโรคทางกาย ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลจิตเวช เป็นกระบวนการรักษาแบบผสมผสานในหอผู้ป่วย มีการประสานทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา
4. ควรพัฒนาแนวทางการรักษาอาการขาดสุราโดยคำนึงถึงเพศภาวะ
5. ควรสนับสนุนการวิจัยเพื่อหา cost-effectiveness ของการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก ประสิทธิภาพของรูปแบบการให้ยา benzodiazepine ร่วมกับการใช้ยาอื่นๆ เช่น topiramate, lamotrigine, baclofen เป็นต้น เพื่อดูผลการหยุดดื่มในระยะยาว 1 ปี
6. ควรมีการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเกี่ยวกับทักษะการประเมินอาการขาดสุรา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับเลิกดื่มสุรา แก่บุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา รวมถึงเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย เพื่อให้ผู้มีปัญหาการดื่มสุราสามารถเข้าถึงการรักษาตั้งแต่แรก และให้การรักษาได้อย่างทันที่ว่าจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและลดต้นทุนค่ารักษาได้มาก



# ภาคผนวก

## สรุปพึงเฝ้าระวังแนวทางการป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา

### ประเมินภาวะติดสุราและปัจจัยเสี่ยง

- ▶ ต่อมประจำทุกวัน วันละมากกว่า 80 กรัมแอลกอฮอล์หรือไม่ แต่ลดวันดื่มบ่อยมากน้อยเพียงใด
- ▶ ต่อมหนักคือ ต่อมมากกว่า 160 กรัมต่อวันตั้งแต่เมื่อไร (กี่ปี) เริ่มมีอาการ blackouts ตั้งแต่เมื่อไร
- ▶ มีการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยหรือไม่
- ▶ มีประวัติเคยมีอาการขาดสุรารุนแรงขึ้นเพื่อ หรือชักจากการขาดสุรามาก่อนหรือไม่
- ▶ ระยะเวลาดื่มครั้งสุดท้ายและเริ่มมีอาการขาดสุรานานเท่าไรก่อนมาพบแพทย์

### มีอาการติดสุราเล็กน้อยถึงปานกลาง

- ▶ ไม่มีประวัติชักหรืออาการขาดสุรารุนแรง
- ▶ ไม่มีประวัติถอนตอนเช้า
- ▶ ต่อมประจำวันน้อยกว่า 80 กรัมแอลกอฮอล์
- ▶ ไม่ใช้สารเสพติดอื่น

### มีอาการติดสุรารุนแรง

- ▶ มีประวัติชักหรืออาการขาดสุรารุนแรงหรือ blackouts
- ▶ มีประวัติถอนตอนเช้า
- ▶ ต่อมประจำวัน 80 กรัมแอลกอฮอล์ขึ้นไป
- ▶ ระยะเวลาดื่มหนักเป็นเวลานาน
- ▶ ใช้สารเสพติดอื่นๆ หลายตัว

### เหมาะสมกับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- ▶ ถ้าไม่มีโรคทางกาย ได้รับบาดเจ็บ
- ▶ มีคนดูแลใกล้ชิด
- ▶ สภาพแวดล้อมที่บ้านดี ปลอดภัย

### ควรรับไว้ที่โรงพยาบาล

- ▶ มีโรคทางกายหรือจิตเวช ได้รับบาดเจ็บ ใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย ไม่มีคนดูแลใกล้ชิด เคยพยายามหยุดเองที่บ้านแต่ไม่สำเร็จ
- ▶ เคยชัก หรือมีอาการขาดสุรารุนแรง

### เริ่มต้นวางแผนรักษา

แนะนำผู้ป่วยหยุดดื่ม มาพบแพทย์ตามนัด ทุกวันประมาณ 4 วัน เพื่อประเมินอาการขาดสุราและสร้างแรงจูงใจ ถ้าอาการขาดสุราเป็นมากขึ้นให้ยา chlordiazepoxide ตามอาการ ที่มีซีด thiamine 100 mg IM ทุกวัน

### ประเมินอาการขาดสุรา

ด้วย CIWA-Ar หรือ AWS ทุกชั่วโมง ให้ยา diazepam 10 mg รับประทานหรือ IV ทุก 15-20 นาที จนกว่าอาการสงบ แก้ไขภาวะแทรกซ้อนทางกาย รักษาแบบประคับประคอง เมื่ออาการสงบค่อยลดขนาดยาลง อาจใช้ยา anticonvulsants, haloperidol, topiramate เสริม ถ้ากังวลมากเกินไปหรือไม่ดีขึ้นวางแผนจำหน่ายและส่งรักษาต่อ

### ถ้าผู้ป่วยมาครบกำหนด และอาการขาดสุราดีขึ้น

วางแผนรักษาขั้นต่อไป คือฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ อาจให้ยาลดความอยากสุรา หรือ disulfiram

### ถ้าอาการไม่ดีขึ้นใน 12 ชั่วโมงแรก

หลังจากได้ diazepam 50 mg ในชั่วโมงแรก หรือ diazepam 200 mg ในช่วง 3-4 ชั่วโมงแรก แล้วอาการไม่ดีขึ้น ย้ายเข้า ICU ให้ยาเสริมคือ phenobarbital 130-260 mg IV ซ้ำได้ทุก 15-20 นาทีจนกว่าอาการสงบ หรือ propofol 1 mg/kg IV และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ประเมินค้นหาสาเหตุอื่นๆ และแก้ไข

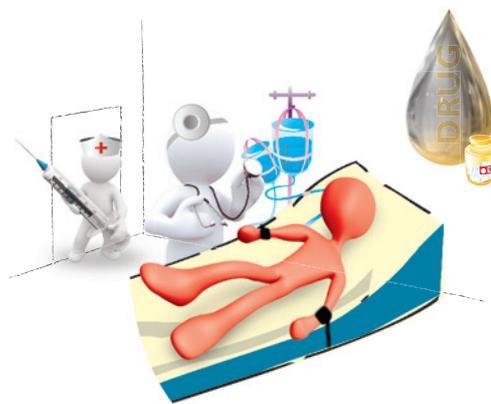
## เอกสารอ้างอิง

1. Chabria SB. Inpatient management of alcohol withdrawal: a practical approach. *Signa Vitae*. 2008;3(1):24-9.
2. Ait-Daoud N, Malcolm RJ, Johnson BA. An overview of medications for the treatment of alcohol withdrawal and alcohol dependence with an emphasis on the use of older and newer anticonvulsants. *Addict Behav* 2006;31:1628-49.
3. EEsel E. Neurobiology of alcohol withdrawal inhibitory and excitatory neurotransmitters. *Turk Psikiyatri Derg* 2006;17(2):129-37.
4. Hoffman RS, Weinhouse GL. Management of moderate and severe withdrawal syndromes. *UpToDate* 2008.
5. Hashimoto JG, Wiren KM. Neurotoxic Consequences of Chronic Alcohol Withdrawal: Expression Profiling Reveals Importance of Gender Over Withdrawal Severity. *Neuropsychopharmacology* 2008;33:1084-96.
6. Volpicelli JR, Teitelbaum SA. Ambulatory alcohol detoxification. *UpToDate* 2008.
7. MA. R. Current review in basic science: Update on the neurobiology of alcohol withdrawal seizures. *Epilepsy Currents* 2005;5(6):225-30.
8. Mayo-Smith. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine working group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA* 1997;278(2):144-51.
9. SB C. Inpatient management of alcohol withdrawal: a practical approach. *Signa Vitae*. 2008;3(1):24-9.
10. McKeon A FM, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79:854-62.
11. Gold MS AM. Screening for and diagnosis of alcohol problems. *UpToDate* 2008.
12. MG M. Alcohol withdrawal syndrome: Overlooked and Mismanged. *Critical Care Nurse* 2005;25(3):40-9.
13. Diana M PM, Carboni S, Gessa GL, Rossetti ZI. Profound decrement of mesolimbic dopaminergic neuronal activity during ethanol withdrawal syndrome in rats: electrophysiological and biochemical evidence. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1993;90(17):7966-9.
14. Devaud LL AP, Ritu C. Sex differences in the central nervous system actions of ethanol. *Crit Rev Neurobiol* 2003;15(1):41-59.
15. Butler TR SK, Self RL, Braden BB. Prendergast MA. . Sex Differences in the Neurotoxic Effects of Adenosine A1 Receptor Antagonism During Ethanol Withdrawal: Reversal With an A1 Receptor Agonist or an NMDA Receptor Antagonist. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32(7):1260-70.
16. Hashimoto JG WK. Neurotoxic Consequences of Chronic Alcohol Withdrawal: Expression Profiling Reveals Importance of Gender Over Withdrawal Severity. *Neuropsychopharmacology* 2008;33:1084-96.
17. Ferguson JA SC, Eckert GJ, Zhou XH, Dittus RS. Risk factors for delirium tremens development. *J Gen Intern Med* 1996;11(7):410-4.

18. Fiellin DA OCP, Holmboe ES, Horwitz RI. Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. *Subst Abus* 2002;23(2):83-94.
19. Lee JH JM, Lee JY, Kim SM, Kim KH, Park JY, Lee JH, Kim HY, Yoo JY. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20(12):1833-7.
20. listed Na. Alcohol withdrawal syndrome: how to predict, prevent, diagnose and treat it. *Prescrire In* 2007;16(87):24-31.
21. Wetterling T KR, Besters B, Fischer D, Zerfass B, John U, Spranger H, Driessen M A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). *Alcohol and Alcoholism* 1997;32(6):753-60.
22. Sullivan J SK, Schneiderman J, Naranjo C, Sellers E. . Assessment of alcohol withdrawal: The Revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar). *Br J Addict* 1989; 84:1353-7.
23. Pittman BGR, Krupitsky E, RudenkoAA, Flannery BA, Krystal JH. Multidimensionality of the Alcohol Withdrawal Symptom Checklist: A factor analysis of the Alcohol Withdrawal Symptom Checklist and CIWA-Ar. *Alcohol clin Exp Res* 2007;31(4):612-8.
24. Williams D LJ, McBride A. A comparison of rating scales for the alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol and Alcoholism* 2001;36(2):104-8.
25. Mark S. Gold MDA. Screening for and diagnosis of alcohol problems. *UpToDate* 2008.
26. Myrick H AR. Treatment of Alcohol Withdrawal. *Alcohol Health & Research World* 1998;22(1):38-43.
27. Soyka M HM. Outpatient Alcohol Detoxification: Implementation Efficacy and Outcome Effectiveness of a Model Project. *Eur Addict Res* 2004;10:180-7.
28. Michael F BL, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A, Jara G, Kasser C, Melbourne J, For the Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine. Management of Alcohol Withdrawal Delirium : An Evidence-Based Practice Guideline. *Arch Intern Med* 2004;164:1405-12.
29. Ntais C PE, Kyzas P, Ioannidis JPA. Benzodiazepines for alcohol withdrawal (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008(4):1-164.
30. Holbrook AM CR, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal *CMAJ* 1999;160(5):649-55.
31. Blaho K MK, Winbery S. The pharmacology of alcohol withdrawal syndrome treatment reviewed: efficacy, cost, and safety. *Am J Ther* 1996;3(1):79-96.
32. Polycarpou A PP, Ioannidis JPA, Contopoulos LD. Anticonvulsants for alcohol withdrawal (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008(4):1-146.
33. Trevisan LA RE, Keegan K, Oville A, Vuppapapati D, Gonzalez G, Limoncelli D, Petrakis IL. Alcohol Detoxification and Relapse Prevention Using Valproic Acid Versus Gabapentin in Alcohol-dependent Patients. *Addict Disord Their Treat* 2008;7(3):119-28.
34. Soyka M Schmidt P, Franz M, Barth T, De Groot M, Kienast T, Reinert T, Sander G. Treatment of alcohol withdrawal syndrome with a combination of tiapride/carbamazepine: Results of a pooled analysis in 540 patients *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256(7):395-401.

35. Koethe D J, Nolden BM, Braunwarth WD, Klosterkotter J, Niklewski G, Wodarz N, Klatt J, Burtscheidt W, Gaebel W, Leweke FM. Oxcarbazepine-Efficacy and Tolerability During Treatment of Alcohol Withdrawal: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Multicenter Pilot Study. *Alcoholism . Clinical and Experimental Research*. 2007;31(7):1188-94.
36. Krupitsky EM RA, Burakov AM, Slavina TY, Grinenko AA, Pittman B, Gueorguieva R, Petrakis IL, Zvartau EE, Krysta JH. . Antiglutamatergic Strategies for Ethanol Detoxification: Comparison With Placebo and Diazepam. *Alcohol clin Exp Res* 2007;31(4):604-11.
37. Addolorato G LL, Abenavoli L, et al. Baclofen in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a comparative study vs diazepam. *Am J Med* 2006;119(3):276.e13-8.
38. Nava F PS, Manzato E, Campagnola W, Lucchini A, Gessa GL Gamma-Hydroxybutyrate Reduces both Withdrawal Syndrome and Hypercortisolism in Severe Abstinent Alcoholics: An Open Study vs. Diazepam. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2007;33(379-92).
39. Prince V TK. Treatment of alcohol withdrawal syndrome with carbamazepine, gabapentin, and nitrous oxide. *Am J Health Syst Pharm* 2008;65(11):1039-47.
40. Alves H KF, Ribeiro L, Ratto C. Comorbidity: alcohol use and other psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(Supl1):51-3.
41. Ferguson J. Withdrawal management and detoxification with a focus on complicated patients. *The Byrne Surgery, Redfern* 2007.
42. MT F. Economic Evaluation of Alcohol Treatment Services. In: Galanter, ed. *Recent Developments in Alcoholism : Services Research in the Era of Managed Care*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers ;2001.p.209-28.
43. Hayashida M, Alterman AI, McLellan AT, O'Brien CP, Purtill JJ, Volpicelli JR, Raphaelson AH, and Hall CP. Comparative effectiveness and costs of inpatient and outpatient detoxification of patients with mild-to-moderate alcohol withdrawal syndrome. *N Engl J Med* 1989;320(6):358-65.
44. Kunz S SM, Lewitzky M, Driessen M, Rau H. Ear Acupuncture for Alcohol Withdrawal in Comparison With Aromatherapy: A Randomized-Controlled Trial. *Alcohol clin Exp Res* 2007;31(3):436-42.
45. Gillman MA LF, Young TN. Psychotropic analgesic nitrous oxide for alcoholic withdrawal states. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;18(2):CD005190.
46. พันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ และสุนทรี ศรีโกไสย, บรรณาธิการ. แนวเวชปฏิบัติผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง;2549.





## Alcohol Detoxification

**แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการนำบัตรรักษา  
ผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)**

ชั้น 2 อาคารจิตสันติ โรงพยาบาลสวนปรุง  
เลขที่ 131 ถ.ช่างหล่อ ต.ทาศยา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100  
โทรศัพท์ 053-280228 ต่อ 236, 525  
โทรสาร 053-273201  
[www.i-mapthailand.org](http://www.i-mapthailand.org)