

คำนำ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ให้บริการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระดับตติยภูมิ ได้ตระหนักถึงปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ที่พบมากเป็นอันดับที่ 4 ในปีงบประมาณ 2562 ของผู้ที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ ซึ่งปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์นี้ ส่งผลกระทบต่อผู้ดื่ม ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากการนำแนวปฏิบัติฉบับเดิมที่ใช้มาตั้งแต่ปี 2554 เป็นแนวทางการรักษาตามอาการแบบ Symptom-Triggered Regimen พบว่า ผู้ป่วยยังมีภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรง และยาวนาน ดังนั้นจึงได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ฉบับนี้ เพื่อให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ ปรับเพิ่มรูปแบบการรักษาเป็น Preventive alcohol delirium tremens และได้นำรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในระบบสุขภาพ (i-MAP-Health) มาปรับใช้ ซึ่งถือเป็นรูปแบบที่ครอบคลุมถึงระดับความรุนแรงของปัญหาและเชื่อมโยงทั้งระบบ

ขอขอบคุณคณะผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพ ที่ได้อุทิศเวลา มุ่งมั่น ท่วมเท ร่วมกันพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์นี้ ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์นี้ จะเป็นประโยชน์สำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและมีความพึงพอใจในบริการ

คณะกรรมการ Care Team Alcohol
มกราคม 2564

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
บทนำ	1
กลุ่มเป้าหมาย	1
แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการติ่มแอลกอฮอล์ (ผู้ป่วยนอก)	2
แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการติ่มแอลกอฮอล์ (ผู้ป่วยใน)	3
แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการติ่มแอลกอฮอล์ (จิตเวชชุมชน)	4
เกณฑ์การคัดเข้าสู่แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการติ่มแอลกอฮอล์	5
แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการติ่มแอลกอฮอล์	
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	6
การดูแลรักษาผู้มีปัญหาการติ่มสุราโดยทีมสหวิชาชีพ	
บทบาทแพทย์	21
บทบาทพยาบาล	25
-บทบาทพยาบาลงานบริการผู้ป่วยนอก	26
-บทบาทพยาบาลงานบริการผู้ป่วยใน	29
-บทบาทพยาบาลงานบริการจิตสังคมบำบัด	34
-บทบาทพยาบาลงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน	36
บทบาทเภสัชกร	37
บทบาทนักโภชนาการ	38
บทบาทนักจิตวิทยา	39
บทบาทนักสังคมสงเคราะห์	40
บทบาทนักกิจกรรมบำบัด	41
บทบาทนักเทคนิคการแพทย์	42
CRITICAL LAB VALUE	42
การให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดย D-M-E-T-H-O-D MODEL	43
ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator : KPI)	45
ภาคผนวก	

1. แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version :CIWA-Ar)
2. แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการติ่มแอลกอฮอล์ (Cut Annoyed Guilty Eye :CAGE)
3. แบบคัดกรองประสบการณ์ในการใช้ยาสูบ สุรา และสารเสพติดตัวอื่นๆ (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test :ASSIST)
4. standing order for Alcohol withdrawal symptoms
5. แบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
6. กรณีผู้ที่มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย F10.XX

บทนำ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้เริ่มพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์หรือกลุ่มรหัสโรค F 10.XX ตั้งแต่ปี 2554 จากการปฏิบัติงานตามแนวทางและทบทวนการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยยังภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่ต้องส่งต่อเพื่อรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย และไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ จึงพัฒนาและเพิ่มแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปี 2563 นี้ เพื่อมุ่งเน้นการประสานงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพร่วมให้การบำบัดรักษาเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ควรป้องกันไม่ให้เกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง จึงควรมีการปรับปรุงให้ครอบคลุม 4 มาตรการตามโปรแกรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ (i-MAP Health) ของแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา กรมสุขภาพจิต 4 ประการได้แก่ ประการที่หนึ่ง มาตรการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและบำบัดแบบสั้น ประการที่สอง มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ประการที่สาม มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ และประการที่สี่ มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา

ดังนั้น คณะกรรมการ Care Team Alcohol จึงได้นำองค์ความรู้ดังกล่าวมาบูรณาการปรับใช้ในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพโดยไม่หวนกลับไปดื่มสุรา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและมีความพึงพอใจในบริการ
2. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกัน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย เป็นโรคที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา จัดอยู่ในรหัส F10 ตาม ICD -10

1.ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา

F10.1 ภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (Alcohol abuse or Alcohol Harmful use)

F10.2 ภาวะติดสุรา(Alcohol dependence)

2.ความผิดปกติที่เกิดจากการดื่มสุรา

F10.0 ภาวะเมาสุรา(Alcohol intoxication)

F10.3 ภาวะถอนพิษสุรา(Alcohol withdrawal)

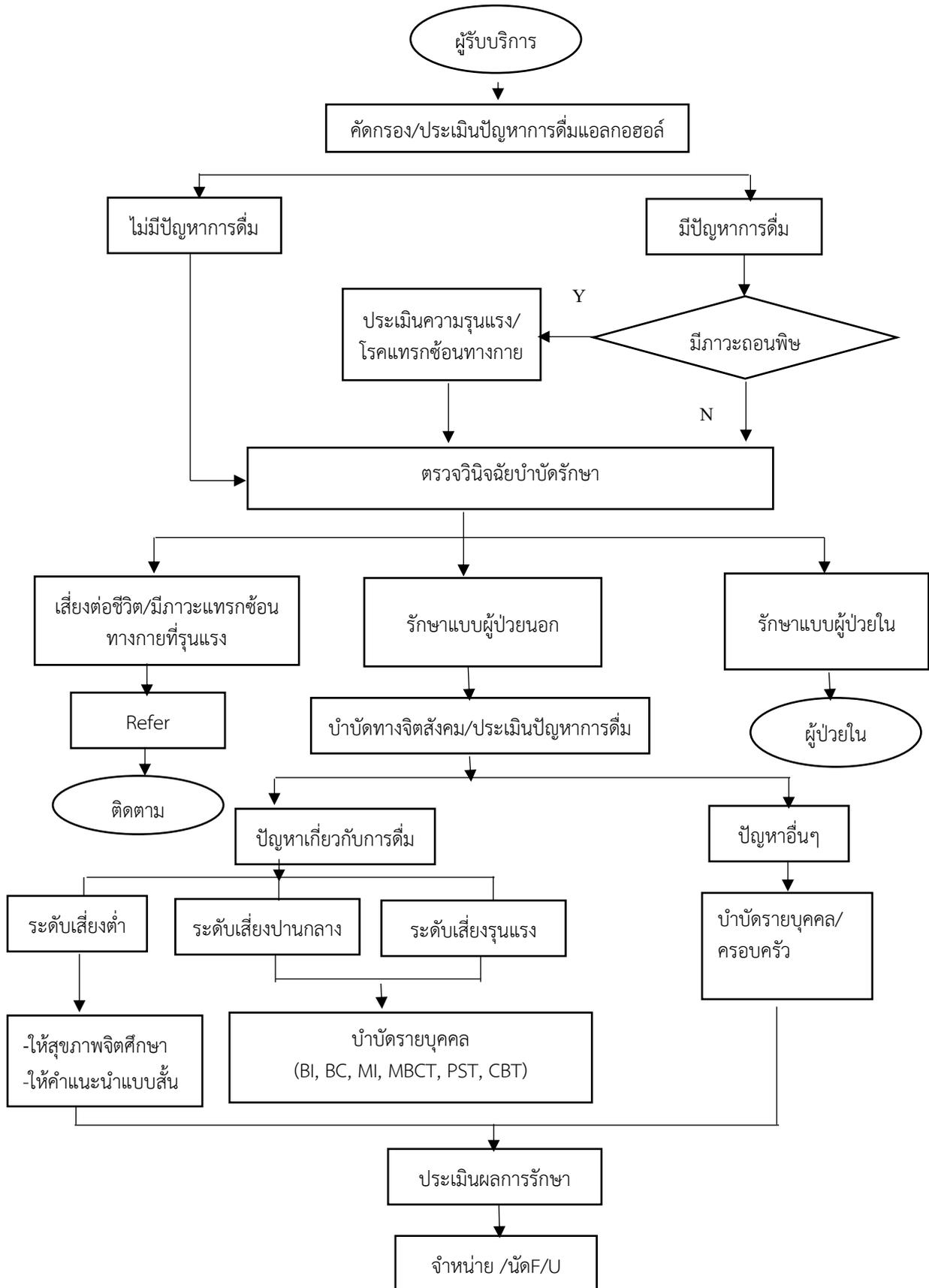
F10.4 ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงแบบเพ้อสับสน(Alcohol withdrawal with delirium)

F10.5 โรคจิตจากสุรา (Alcoholic psychosis)

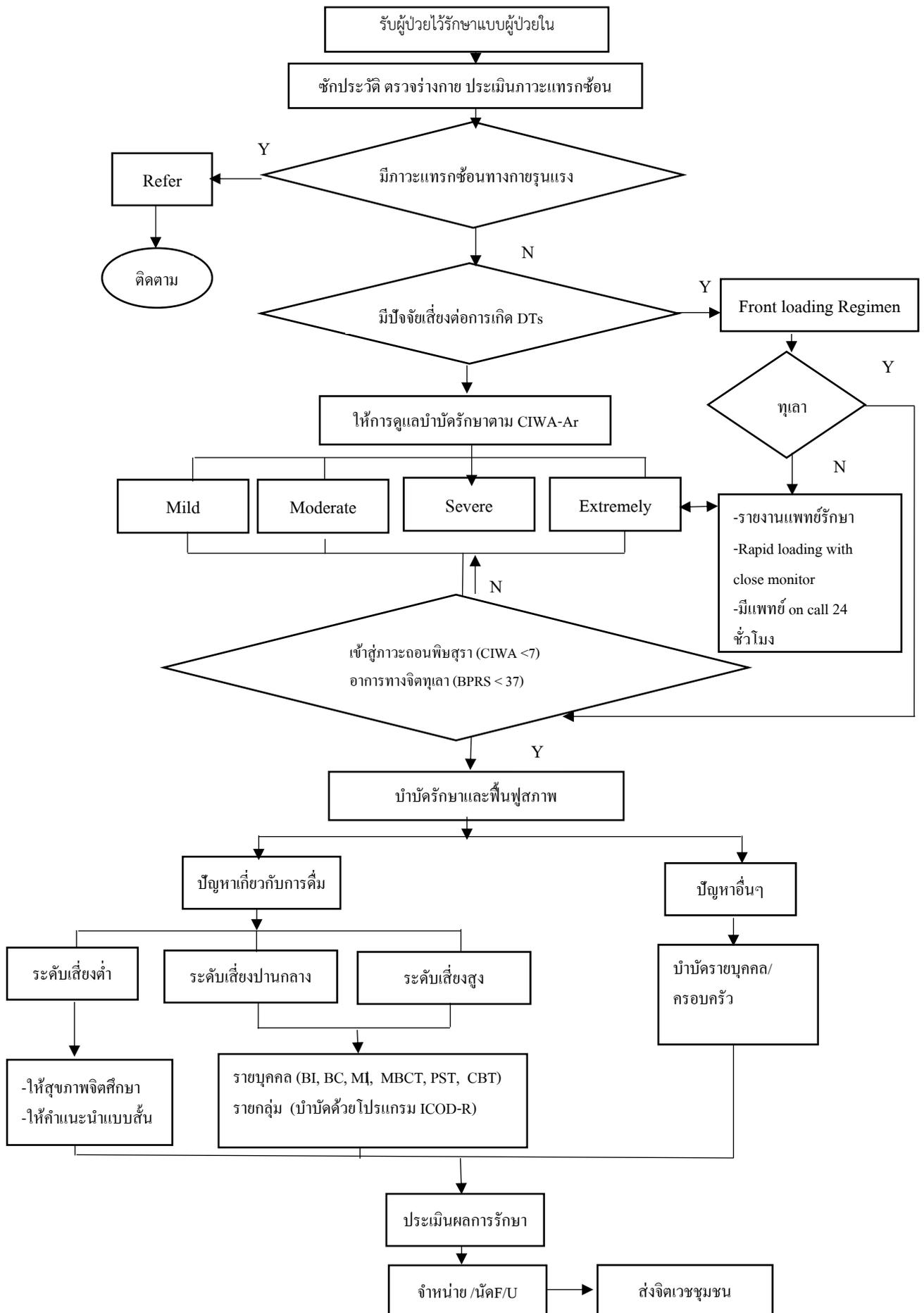
F10.6 ภาวะความจำเสื่อมจากสุรา(Alcohol amnestic syndrome)

F10.73 ภาวะสมองเสื่อมจากสุรา(Alcoholic Dementia)

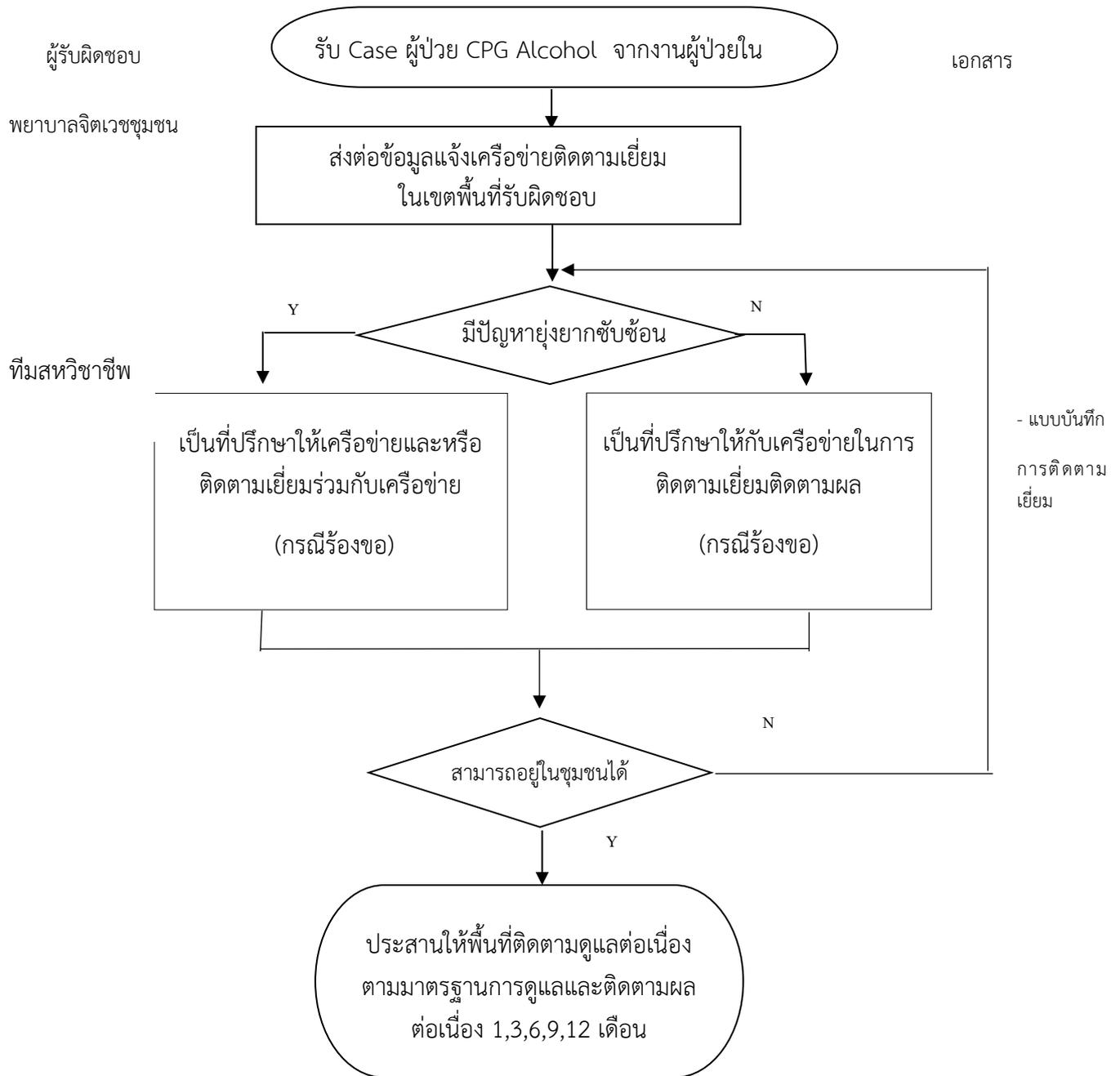
แผนผังแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้ป่วยนอก)



แผนผังแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้ป่วยใน)



แผนผังแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ (จิตเวชชุมชน)



เกณฑ์การคัดเข้าสู่แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์

1. พิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยแยกตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems version 10) ขององค์การอนามัยโลก และแผนการรักษาของแพทย์

1.1. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย F10.XX (โรคหลัก)

1.2. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย F10.XX (โรคร่วม)

2. พิจารณาตามความเสี่ยง มีคำสั่งแพทย์ให้เข้าสู่ “แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์” โดยมีลายลักษณ์อักษรอ้างอิง เช่น CPG-Alcohol/ ให้ประเมิน CIWA-Ar/ Standing order for Alcohol withdrawal symptoms

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<p>2. การประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์</p> <p>- เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการตี้อแอลกอฮอล์ หรือมีอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ เช่น มือสั่น เหงื่อออก หงุดหงิด ปวดศีรษะ เป็นต้น ให้ใช้แบบประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์ ดังนี้</p> <p>1-7 คะแนน มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับเล็กน้อย 8-14 คะแนน มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง 15-19 คะแนน มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรง ≥ 20 คะแนน มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรงมาก</p> <p>3. ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกาย หรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง อาการบวม ท้องมาน มีบาดแผล แผลผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยข้ำ รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น บันทึกในใบตรวจรักษา ก่อนส่งผู้ป่วยพบแพทย์</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ที่มีปัญหาการตี้อแอลกอฮอล์มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ภาวะขาดน้ำในร่างกาย (Dehydration) โดยการวัดและบันทึกสัญญาณชีพในใบตรวจรักษา จากอาการของผู้ป่วยหรือจากการตรวจร่างกาย เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ตาแห้ง ง่วงซึม อ่อนเพลีย และอาการไข้ ● ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โดยการเจาะหาระดับน้ำตาล (DTX) พร้อมบันทึกผลในใบตรวจรักษา และการประเมินจากมีอาการมือสั่น สับสน เพ้อ ซึม หรือไม่รู้สึกรู้ตัว ● ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) โดยการวัด V/S และ N/S พร้อมบันทึกผลในใบตรวจรักษา ● ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (upper gastrointestinal hemorrhage) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและหรือญาติเกี่ยวกับประวัติก่อนมาโรงพยาบาลว่ามีอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายอุจจาระเป็นสีดำหรือไม่ ● ชักประวัติการได้รับอุบัติเหตุ การได้รับบาดเจ็บ และประวัติการถูกทำร้ายร่างกาย 	<p>-แบบประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์</p> <p>-Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar)</p>

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<ul style="list-style-type: none"> ● ชักประวัติการมีโรคร่วมทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง วัณโรค รวมถึงประวัติโรคการติดเชื่อ 	
-แพทย์	<p>การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติตรวจร่างกาย และ ตรวจสภาพจิตของผู้ป่วย เพื่อให้การวินิจฉัยตามระบบการจำแนกโรคแบบสากล (ICD-10) ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบอยู่ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคทางกายและภาวะฉุกเฉินอื่นๆ โดยเฉพาะประวัติการชัก, การบาดเจ็บที่ศีรษะ, โรคตับ หรือ อาเจียน 2. ประเมินค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการประเมินให้ครอบคลุมทุกด้าน (Multidimensional Assessment) เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่ม ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ปัจจัยที่มีส่วนร่วม ปัจจัยที่ทำให้ปัญหานั้นคงอยู่ และสิ่งที่เป็นผลกระทบจากการดื่มสุรา ประเมินสุขภาพกาย พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม จิตใจแรงจูงใจ และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม 3. ประเมินว่าเป็นลักษณะแบบ Alcohol harmful use, Alcohol dependence syndrome, Alcohol –induced disorders, Alcohol related physical illness หรือไม่ 4. พิจารณาส่งตรวจต่าง ๆ ทางห้องปฏิบัติการตามความเหมาะสมเพื่อประกอบการวินิจฉัย หรือประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายอื่นๆ เช่น CBC with Plt, Bun, Cr, Electrolyte, FBS, Liver function test, Calcium, Phosphorus, Magnesium รวมทั้งการส่งตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น X-ray, EKG 5. พิจารณาให้การรักษาด้วยยา หรือ การบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหา 6. การรักษาภาวะติดแอลกอฮอล์ด้วยยา เช่น <ol style="list-style-type: none"> 6.1 ยา Disulfiram มีประสิทธิภาพในการทำให้หยุดดื่มโดยสิ้นเชิง ลดการดื่มหนัก เพิ่มโอกาสหรือความยาวนานที่จะหยุดดื่มแอลกอฮอล์โดยต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ ความเสี่ยง และปฏิกิริยา หากดื่มสุราร่วมกับการรับประทานยา 6.2 ยา Topiramate ซึ่งมีประสิทธิภาพในการลดการดื่มหนัก และเพิ่มอัตราการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้อย่างต่อเนื่อง 7. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคการวินิจฉัยรวมทั้งแนวทางการรักษาต่างๆ และแผนการจำหน่ายแก่ผู้ป่วยครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง 	<p>-ใบตรวจรักษา</p> <p>-Doctor's order sheet</p> <p>-Standing order for Alcohol withdrawal symptoms</p>

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
<p>-แพทย์/พยาบาลจิตเวช ฉุกเฉิน -เจ้าหน้าที่เวชระเบียน</p>	<p>การส่งต่อ(refer)โรงพยาบาลฝ่ายกาย ในกรณีพบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง/เสี่ยงต่อชีวิต และติดตามผลการส่งต่อ (refer) โดยออกไปตรวจรักษา เพื่อบันทึกผลการติดตาม (การวินิจฉัยโรคและผลการรักษา)</p>	<p>-แบบสำหรับส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาต่อ -ระเบียบปฏิบัติการจิตเวชฉุกเฉิน (P-OP-001) -ใบตรวจรักษา -ระบบออนไลน์การส่งต่อ</p>
<p>- พยาบาลงานบริการ หลังพบแพทย์</p>	<p>กรณีแพทย์ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก 1.กรณีผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ พยาบาลหลังพบแพทย์ ให้ Alcohol education และนัดหมายติดตามการบำบัดรักษาต่อเนื่อง 2.กรณีพบว่าเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งไปที่หน่วยจิตสังคมบำบัด เพื่อวางแผนให้การบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) ที่เหมาะสม</p>	<p>-บัตรประจำตัวของ ผู้รับบริการ/ใบนัด -ใบตรวจรักษา -ระเบียบปฏิบัติการ บริการก่อนและหลังพบ แพทย์(P-OP-004)</p>
<p>- พยาบาลงานจิตสังคม บำบัด</p>	<p>1.ประเมินปัญหา ความต้องการด้วยการสัมภาษณ์และศึกษาข้อมูลจากเพิ่มผู้ป่วย/ใบตรวจรักษา ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้รับการบำบัดเพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะบำบัดรักษา 2.พิจารณาความพร้อมและความสมัครใจที่จะเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัด กรณีพบว่าไม่พร้อมเข้ารับการบำบัด ลงบันทึกทะเบียนผู้เข้ารับบริการและนัดหมายพูดคุยและจูงใจเข้ารับการบำบัดต่อไป 3.กรณีที่พร้อมเข้ารับการบำบัด ให้ความรู้ คำแนะนำและเสริมสร้างแรงจูงใจ ประเมินระดับความเสี่ยง ต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST) เพื่อการวางแผนการบำบัดที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง <u>การแปลผล</u> -ค่าคะแนน ASSIST 0 - 10 หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดปัญหาจากการดื่ม แต่ในอนาคตหากดื่มมากกว่านี้มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้ -คะแนน ASSIST 11 - 26 หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดปัญหาต่อสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ หรืออาจเริ่มมีปัญหบบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องลักษณะนี้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ในอนาคต รวมถึงเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์ได้ โดยเฉพาะคนที่เคยมีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือเคยติดแอลกอฮอล์มาก่อน -คะแนน ASSIST ตั้งแต่ 27 ขึ้นไป หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหา บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์แล้วหรืออยู่ในภาวะติดแอลกอฮอล์ หรือกำลังประสบปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมายที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์</p>	<p>- ใบตรวจรักษา - แบบประเมินพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ มารับบริการสุขภาพ (ASSIST)</p>

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<p>7. ให้บริการจิตสังคมบำบัดตามระดับความเสี่ยงของปัญหา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับเสี่ยงต่ำต่อการเกิดปัญหา (Lower risk) ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) - ระดับเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดปัญหา (Moderate risk) ให้ความช่วยเหลือแบบสั้น (Brief intervention) ให้การปรึกษา (Brief counseling) สนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) - ระดับเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหา (High risk) ให้การปรึกษา (Brief counseling) สนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) บำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy / CBT) บำบัดด้วยการเจริญสติ (Mindfulness - Base Relapse Prevention: MBCT) บำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) <p>8. บันทึกการทำกิจกรรมในใบตรวจรักษาภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมแต่ละครั้ง และนัดหมายการมาเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป</p>	
<p>-พยาบาลจิตเวชฉุกเฉินและรับไว้รักษา</p> <p>-เจ้าหน้าที่เวชระเบียน</p>	<p>กรณีแพทย์ให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการทางกาย, อาการทางจิตก่อนส่งเข้าตึกผู้ป่วยใน 2. ประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ ด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar 3. ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามปัญหาและอาการของผู้ป่วย 4. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (มีรายการ Lab ที่ต้องส่งตรวจ คือ CBC with Plt, Bun, Cr, Electrolyte, FBS, Liver function test, Calcium , Phosphorus , Magnesium) <p>4.1. กรณีในเวลาราชการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F10.2 ขึ้นไป หรือมีโรคร่วม F10.2 ขึ้นไปทุกราย พยาบาลงานจิตเวชฉุกเฉิน เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเข้าตึกผู้ป่วยใน <u>พร้อมกับให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้อ่านผลก่อน</u> หรือส่งต่อข้อมูลการติดตามผล Lab ต่อเนื่องให้ผู้ป่วยในรับทราบ - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F10.1 ขึ้นไป หรือมีโรคร่วม F10.1 ให้เจาะ Lab ตามแนวทางผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ตึกผู้ป่วยใน - เวลา 15.00 น. เป็นต้นไป ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F10.X หรือมีโรคร่วม F10.X ทุกราย พยาบาลงานจิตเวชฉุกเฉิน เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเข้าตึกผู้ป่วยใน และส่งต่อข้อมูลการติดตามผล Lab ต่อเนื่องให้ผู้ป่วยในรับทราบ - กรณีมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เดิม) จากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นผลการตรวจภายใน 24 ชั่วโมง หลังแพทย์เจ้าของไข้อ่านผล พยาบาลจิตเวชฉุกเฉินทวนสอบกับแพทย์ซ้ำ เพื่อยืนยันการส่งตรวจ Lab ตาม CPG Alcohol หรือไม่ 	<p>-แบบประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar)</p> <p>-ระเบียบปฏิบัติงานบริการรับไว้รักษา</p> <p>-วิธีปฏิบัติงานบริการลงทะเบียนผู้ป่วยรับไว้รักษา</p> <p>-เกณฑ์การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายสำหรับพยาบาล/แพทย์</p>

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<p>4.2. กรณีนอกเวลาราชการ</p> <p>- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F10.2 ขึ้นไป หรือมีโรคร่วม F10.2 ขึ้นไปทุกราย พยาบาลเวรนอกเวลาราชการ (เวร on call) ทวนสอบกับแพทย์ว่า จะให้ส่ง lab ต่วน (out lab รพ.ขอนแก่น) ในขณะนั้น หรือส่ง Lab ในวันถัดไป ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ พร้อมส่งต่อข้อมูลให้กับตึกผู้ป่วยในได้รับทราบ</p> <p>5. ส่งต่อข้อมูล/ความเสี่ยง/แผนการรักษากับตึกผู้ป่วยใน</p> <p>6. ลงทะเบียนผู้ป่วยรับไว้รักษาและจัดทำเอกสาร</p>	
<p>-พยาบาลผู้ป่วยใน</p> <p>-ผู้ช่วยเหลือคนไข้</p> <p>-ทีมสหวิชาชีพ</p>	<p>การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน</p> <p>การประเมินภาวะสุขภาพ และสภาพปัญหา</p> <p>มีวิธีการประเมิน ดังนี้</p> <p>1. การซักประวัติ จากผู้ป่วยและญาติ ประวัติโรคร่วมทางกาย และโรคทางจิต ประวัติเสพยาเสพติดอื่นร่วม อาการสำคัญที่นำส่งอาการปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา ประวัติครอบครัว โดยซักประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ชนิดของแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ดื่ม ระยะเวลาดื่มหนักติดต่อกัน ชนิดของแอลกอฮอล์ปริมาณ วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย ภาวะชักหลังหยุดดื่ม/ประวัติการชัก ประวัติการรับประทานอาหาร/ประวัติการทรงตัว เซ ล้ม อุบัติเหตุ หรือมีไข้ ประวัติมีภาวะสับสน (ก่อนหรือหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์) และพยาบาลจะต้องระบุไว้หลังซักประวัติไว้ว่าประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับข้อมูลจากญาติ ชัดเจน หรือไม่ชัดเจน เป็นต้น</p> <p>1.1. กรณีซักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ สอบถามผู้รับบริการทุกรายเพื่อคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol screening) ดังนี้</p> <p>- “ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่” หากผู้ป่วยตอบว่า “ดื่ม” ให้ถาม “โดยทั่วไป คุณดื่มแอลกอฮอล์กี่วันต่อสัปดาห์” และ “ในแต่ละวันที่คุณดื่ม คุณดื่มมากเท่าไร”</p> <p>- ประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ CAGE (Cut Annoyed Guilty Eye) เพื่อดูแนวโน้มความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● CUT DOWN คุณเคยคิดที่จะลดปริมาณการดื่มของคุณลงหรือไม่ ● ANNOYED เคยมีใครทำให้คุณรำคาญโดยตำหนิคุณเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ● GUILTY คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเพราะว่า คุณดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ 	<p>-แบบบันทึกประวัติผู้ป่วยรับใหม่</p> <p>-แบบประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar)</p> <p>-สมุดบันทึก V/S</p> <p>-แบบบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>-ไปบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p>-แบบบันทึกผู้ป่วยทางระบบประสาท</p> <p>-ไป Discharge Note</p> <p>-แบบประเมินพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST)</p> <p>-แบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p> <p>-แบบบันทึกพฤติกรรมขณะบำบัดรายบุคคลและกลุ่มบำบัด</p> <p>-ไปบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ</p>

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<ul style="list-style-type: none"> ● EYE-OPENER คุณเคยต้องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกในตอนเช้าทันทีที่คุณตื่นนอน เพื่อแก้อาการเมาค้าง หรือเพื่อให้สามารถทำอะไรต่อไปได้หรือไม่ <p>หมายเหตุ</p> <p>ถ้าตอบว่า “ใช่” 1 ครั้งหรือน้อยกว่า หมายความว่า "ไม่มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์"</p> <p>ถ้าตอบว่า “ใช่” 2 ครั้งหรือมากกว่า หมายความว่า "มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์"</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ ด้วยแบบประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) - รายงานแพทย์ เพื่อประกอบการพิจารณาตัดเข้าสู่แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ หากแพทย์คัดเข้าให้การดูแล CPG- Alcohol ให้การรักษาพยาบาล ตาม CPG- Alcohol 1.2. กรณีแพทย์ยังไม่มีคำสั่งการรักษาตัดเข้า CPG- Alcohol - ประเมิน CIWA-Ar ตามแนวปฏิบัติของ CPG- Alcohol จนสิ้นสุดระยะเวลาตามกำหนด ใน 72 ชั่วโมงแรก ให้ประเมิน CIWA-Ar ทุก 4 ชั่วโมง และหากค่าคะแนน CIWA-Ar อยู่ในระดับ 1-7 คะแนน (มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับเล็กน้อย) ให้ประเมินทุก 8 ชั่วโมง - เมื่ออยู่ในช่วงการประเมิน CIWA-Ar ถ้าผู้ป่วยเริ่มมีอาการงุนงง สับสน เหงื่อออก วิดกกังวล หรืออาการอื่นเปลี่ยนแปลง คะแนน CIWA-Ar มากกว่าหรือเท่ากับ 8 (มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง) <u>ควรรายงานแพทย์ซ้ำ</u> เพื่อประกอบการพิจารณาปรับแผนการรักษา และประเมินอาการต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของ CPG Alcohol <p>2.การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง อาการบวม ท้องมาน มีบาดแผล แผลผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยขีด รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น</p> <p>3. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อประเมินความผิดปกติ เช่น CBC ประเมินการติดเชื้อ ภาวะช็อก ความผิดปกติของเกลือเลือด Electrolyte เพื่อประเมินภาวะ Electrolyte Imbalance Calcium, Phosphorus, Magnesium, FBS และ Liver Function Test เพื่อประเมินความผิดปกติของตับ ซึ่งมีผลต่อการเลือกจ่ายยาที่เหมาะสม ร่วมกับติดตามและรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้แพทย์ทราบ</p>	

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<p>4. การประเมินสภาพจิต ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ทุกราย ควรได้รับการประเมินสภาพจิต เนื่องจากอาการทางจิตเป็นอาการหนึ่งของภาวะเมาแอลกอฮอล์ ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ หรือ เป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตเภทร่วม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรังกลับดื่มซ้ำบ่อย</p> <p>5. การประเมินด้านจิตสังคม มีดังนี้</p> <p>5.1. การประเมินตัวผู้ป่วย เช่น วัยของผู้ป่วย บุคลิกภาพ ความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา ความรับผิดชอบ ต่อตนเองและครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทักษะชีวิต ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น เชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้ไม่ยอมหยุดแอลกอฮอล์</p> <p>5.2. การประเมินครอบครัว เช่น ในครอบครัวผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ และมีความเชื่อว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องธรรมดา ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น</p> <p>5.3. การประเมินชุมชน เช่น มีความเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบของวิถีชีวิตในงานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลองและงานประเพณีต่างๆ ในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ในหมู่บ้านจะต้องมีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยเสมอ และร้านขายสุราในหมู่บ้านมีหลายแห่ง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้ง่าย</p> <p>การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย เช่น ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ (electrolyte imbalance) เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ภาวะ Wernicke-Korsakoff Encephalopathy มีบาดแผลฉกรรจ์ สัญญาณชีพ (vital signs) และอาการทางระบบประสาทผิดปกติ (neuro signs) ผิดปกติ เป็นต้น พิจารณา รายงานแพทย์ เมื่อพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย เพื่อการรักษาหรือส่งต่อ(refer) โรงพยาบาลฝ่ายกาย</p>	

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<p>การประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบรุนแรงเพื่อ สับสน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความรุนแรงของการติดสุราการดื่มหนักมากกว่า 10 แก้วต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน) คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวครึ่งขวดต่อวันและดื่มมานานมากกว่า 5 ปี มีโอกาสเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ (withdrawal) สูง 2. ประวัติเคยมีอาการขาดแอลกอฮอล์ แบบเพื่อสับสน (delirium tremens) หรือชั๊กมาก่อน 3. อายุ มากกว่า 60 ปี 4. มีการใช้สารเสพติดอื่นๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง 5. ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที 6. มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย <p>ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินและวางแผนการรักษาภาวะขาดแอลกอฮอล์ได้ตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์รุนแรงจนถึงขั้นเพื่อสับสน (DTs) ได้</p> <p>การเฝ้าระวังและประเมินการเกิดภาวะต่างๆ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Withdrawal) หลังหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่ม ตั้งแต่ 6-24 ชม. ซึ่งจะเป็นมากที่สุด ใน 24-48 ชม. และอาการดีขึ้นภายใน 5-7 วัน 2. ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง (Delirium tremens) ซึ่งจะรุนแรงใน 2-3 วันหลังหยุดดื่มรุนแรงที่สุด 4-5 วัน และอาการดีขึ้นภายใน 10 วัน 3. อาการชัก (Rum fits) เกิดได้ภายใน 12-48 ชม. หลังหยุดดื่ม และอาจชักซ้ำได้อีกในช่วง 12-24 ชม. หลังชักครั้งแรก <p>การประเมินและเฝ้าระวังภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ตามระดับความรุนแรง และแนวทางการรักษา 2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง (อยู่ในหัวข้อประเมินปัจจัยเสี่ยงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบรุนแรงเพื่อสับสน) 3. การประเมินและติดตามอาการขาดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar Score 	

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<p>4. ให้การรักษาพยาบาลตาม Symptom-Triggered Regimen หรือรักษาโดย Front loading Regimen หากมีปัจจัยเสี่ยงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แบบรุนแรง เพื่อสืบสน ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์</p> <p>5. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงมากรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับเป็น Rapid loading with close monitor มีแพทย์ on call 24 ชั่วโมง</p> <p>6. เผื่อระวังความเสี่ยงและติดตามความรุนแรงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ เช่น ลักษณะการอ่อนแรงของแขนขา Check Vital signs, Neurosign ถ้าพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติ และมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย (ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น Wernicke-Korsakoff Encephalopathy <u>ให้รับรายงานแพทย์ทันที</u> เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา</p> <p>7. เผื่อระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ ได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุ การสำลักอาหารและน้ำ การเสียน้ำจากการอาเจียนและถ่ายเหลว ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อในกรณีเกิดเลือดต่ำและภาวะแทรกซ้อนทางกายอื่นๆ</p> <p>8. กรณีแพทย์ปรับการรักษา ให้การพยาบาล และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>9. กรณีแพทย์ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer) ให้ดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer) ณ สถานบริการที่ระบุไว้และให้ติดตามการวินิจฉัยโรคและผลการรักษา ลงบันทึกในใบบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ และ Discharge Note</p> <p>การพยาบาลภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์และภาวะโรคร่วม</p> <p>1. ด้านร่างกาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง / ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทุก 1 สัปดาห์จนกว่าอาการภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์และภาวะโรคร่วมดีขึ้น - จัดเจ้าหน้าที่เฝ้าดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่นสังเกตการหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว - ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ เผื่อระวังการเกิด electrolyte imbalance - เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น เลือดออกทางเดินอาหาร การติดเชื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ตัวยาวหรือหัวใจวายหรือ 	

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินภาวะขาดสารน้ำและอาหาร เช่น ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง มีไข้ ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อย 3,000 ซีซี ต่อวัน <u>ยกเว้น</u>กรณีมีพยาธิสภาพทางกายให้พิจารณาตามแผนการรักษาของแพทย์ - ปรีกษาโภชนาการเพื่อจัดอาหารเฉพาะโรคและดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการการของร่างกาย เช่น อาหาร high calorie, carbohydrate, high vitamins, low fat นักโภชนากรจะจัดอาหารให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาตามความเหมาะสม และร่วมประเมินอาการผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วยเป็นระยะ - ดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ จากการให้สารน้ำและฉีดยาทางหลอดเลือดดำ - หากผู้ป่วยได้รับยาฉีด PRN <u>ครบ 2 dose</u> ก่อนให้dose ที่ 3 พยาบาลต้องรายงานแพทย์ซ้ำ - ดูแลเรื่อง intake / output ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมินอาการภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย - เผื่อระวังอุบัติเหตุหรืออันตราย ไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย บุคคลอื่น สิ่งของโดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ทุก 15-30 นาที - ประเมินสภาพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เช่น อาการมึนงงสับสน ควบคุม ตนเองได้น้อย อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรงในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เสี่ยงต่อชีวิตพิจารณารายงานแพทย์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยาตามแบบประเมิน ADR หากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พยาบาลให้ข้อมูลและช่วยเหลือเบื้องต้น หลังจากนั้นประสานงานกับเภสัชกรเพื่อประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม - ดูแลความสบาย ถ้าผู้ป่วยมีอาการมึนงง สับสนให้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หากเปียก หรือชุ่มเหงื่อหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเองเช่น แปรงฟัน อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมอย่างน้อย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง - ดูแลการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และประเมินสังเกตแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่ให้ผู้ป่วยนอนหลับในช่วงเวลากลางวันโดยการส่งเสริมแนะนำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม - ในกรณีที่ผู้ป่วยที่เคยมีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ และพ้นระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ขณะอยู่รักษามีอาการสงบ แล้วกลับมามีอาการง สับสน คล้ายภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ซ้ำ ให้พิจารณา 	

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<p>พยาบาลควรรายงานแพทย์ซ้ำ เพื่อวางแผนปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม</p> <p>2. ด้านจิตใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ - เรียกชื่อผู้ป่วยและบอกกล่าวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ควรแนะนำตัว บอกผู้ป่วยว่าเรากำลังจะทำอะไรให้ โดยใช้คำพูดสั้นๆ เข้าใจง่าย - กรณีที่ผู้ป่วยสับสน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคลซ้ำ ๆ - กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะงุนงง สับสน การทรงตัวไม่ดี ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ พิจารณาผูกยึดตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น ทรัพย์สิน และตรวจเยี่ยมเปลี่ยน Position ทุก 2 ชั่วโมง เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด หรือตามความเหมาะสม - กรณีผู้ป่วยมีภาวะประสาทหลอน/หลงผิด ไม่ควรโต้แย้งกับผู้ป่วยและพยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยตามความเป็นจริงให้ความมั่นใจในความปลอดภัย - จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น เช่น แสง สี เสียง อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เนื่องจาก อาการทางจิตต่างๆ ช่วงนี้ มักมีความรุนแรงเวลากลางคืน <p>การประเมินผู้ป่วยหลังพ้นภาวะวิกฤติ</p> <p>1. ประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ คะแนน CIWA-Ar อยู่ในระดับ Mild และอาการทางจิตทุเลา ให้การช่วยเหลือ หรือบำบัดทางจิตสังคมตามปัญหา เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มไม่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ให้ความรู้เรื่องแอลกอฮอล์ (Alcohol education) คือ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หรือ ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice or Simple advice) และกำลังใจผู้รับการบำบัด - กลุ่มดื่มมีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งไปเข้ารับการบำบัดที่หน่วยจิตสังคมบำบัด <p><u>หมายเหตุ</u></p> <p>ปัญหาอื่นๆ ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้การบำบัดตามปัญหา เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งภายในใจ ปัญหาด้านอารมณ์ เป็นต้น</p>	

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
-พยาบาลหน่วยจิตสังคม บำบัด – F2	<p>การให้บริการจิตสังคมบำบัด</p> <p>- ประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST) และประเมินระดับความพร้อมในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ (Stage of change) ด้วยแบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อวางแผนการบำบัดตามระดับความเสี่ยง ดังนี้</p> <p>1.การบำบัดรายบุคคล</p> <p>-ระดับเสี่ยงต่ำต่อการเกิดปัญหา (Lower risk) ให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice)</p> <p>-ระดับเสี่ยงปานกลางต่อการเกิดปัญหา (Moderate risk) ให้ความช่วยเหลือแบบสั้น (Brief intervention) ให้การปรึกษา (Brief counseling) สนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing)</p> <p>-ระดับเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหา (High risk) ให้การปรึกษา (Brief counseling) สนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) บำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy / CBT) บำบัดด้วยการเจริญสติ (Mindfulness - Base Relapse Prevention : MBCT) บำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy : PST)</p> <p>2. การบำบัดรายกลุ่ม</p> <p>ในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ (Integrated Co -Occurring psychiatric substance and alcohol Disorder Rehabilitation program: ICOD-R) โดยบำบัดเป็นกลุ่มปิด ทั้งหมด 12 session เน้นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่องควบคู่กับการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันการอาการกำเริบและเจ็บป่วยซ้ำ ๆ</p> <p>3.บันทึกการทำกิจกรรมในแบบบันทึกพฤติกรรมขณะเข้าร่วมกิจกรรมสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมแต่ละครั้ง</p> <p>4.นัดหมายการมาเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป</p> <p>5.สรุปผลการให้บริการจิตสังคมบำบัดตามแบบบันทึกพฤติกรรมสำหรับผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์ ของการให้บริการครั้งสุดท้าย</p>	<p>-ใบตรวจรักษา</p> <p>-แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST)</p> <p>-แบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม</p>
-ทีมสหวิชาชีพ	<p>การประเมินผลการรักษา</p> <p>ภายหลังการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่าย ดังนี้</p> <p>1.ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการถอนพิษแอลกอฮอล์</p> <p>2.ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย</p> <p>3.ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโรคร่วมทางกาย</p>	<p>-ใบบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p>-แบบบันทึกทางกายพยาบาล</p>

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	4.ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิต 5.สามารถดูแลตนเองได้	
-พยาบาลผู้ป่วยใน	การจำหน่าย เมื่อญาติมารับ แพทย์จำหน่าย พยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านโดยใช้หลัก D-M-E-T-H-O-D Model และส่งต่อข้อมูลให้งานบริการสุขภาพจิตชุมชนและบันทึกลงในใบ Discharge note เพื่อการดูแลต่อเนื่องพร้อมการนัด Follow-Up เพื่อมารับการรักษาครั้งต่อไป	เวชระเบียนผู้ป่วยนอก ใบส่งตัวผู้ป่วย ใบรับรองแพทย์
-เภสัชกร	การรับยา 1. ให้คำแนะนำและคำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย ทั้งด้านข้อบ่งใช้ ผลข้างเคียงของยา การปฏิบัติตัว/ข้อห้ามปฏิบัติขณะได้รับการรักษาด้วยยา และแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาเบื้องต้น 2. ประสานงานและปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ (OPD, IPD) หรือ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย (IPD): กรณีพบผู้ป่วยที่เกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายรายการที่มีอันตรกิริยา (Drug interaction) ต่อกัน แพทย์สั่งยาใช้ยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและจำเป็นต้องปรับขนาดยา เป็นต้น	-ใบสั่งยาผู้ป่วยนอก (OPD) และ Patient's drugs profile (IPD)
-พยาบาลจิตเวชชุมชน	การติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน 1. ประเมินและวิเคราะห์ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับ IPD 2. รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์กรณียินยอมจาก IPD เพื่อการส่งต่อพื้นที่ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พร้อมลงทะเบียน CPG Alcohol 3. ประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อการส่งต่อพื้นที่ในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนตามสภาพปัญหาและบริบทของโรงพยาบาลเครือข่ายแต่ละพื้นที่ โดยวิเคราะห์เครือข่ายในชุมชนในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ความพร้อมในการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ - ศักยภาพเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเครือข่ายต่อการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ - ศักยภาพชุมชนในการช่วยเหลือผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น social support 4. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ <ul style="list-style-type: none"> - กรณียินยอมให้เยี่ยมบ้านจาก IPD (ผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์) ให้โรงพยาบาลเครือข่ายพื้นที่ร่วมวางแผนติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วง 6 เดือนที่ติดตามทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 	-ใบตรวจรักษา -ใบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน F-AS-012 -ทะเบียน CPG Alcohol

ผู้รับผิดชอบ	กิจกรรม	เอกสาร/บันทึก
	<p>- กรณียินยอมให้เยี่ยมบ้านจาก IPD กรณีนอกพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ งานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนจะส่งต่อให้กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>5.ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์กรณีกลุ่มเสี่ยงให้โรงพยาบาลเครือข่ายพื้นที่ และร่วมวางแผน</p> <p>5.1. รับการประสานผู้ที่มีปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์จาก งานบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) หรือผู้ป่วยจากชุมชน พร้อมลงทะเบียน</p> <p>5.2. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์ให้ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน</p> <p>5.3. กรณีมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนตามเกณฑ์ยุ่งยากซับซ้อนของโรงพยาบาล ได้แก่ Readmit ภายใน 90 วัน ผู้ป่วยที่ถูกครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยซึมเศร้าและหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ระดับ moderate และ severe) ญาติยินยอมให้ทีมสุขภาพจิตชุมชนติดตามเยี่ยม เป็นต้น ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ หลังการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน บันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้านในเวชระเบียน</p> <p>6. เป็นที่ปรึกษาให้โรงพยาบาลเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแลผู้มีปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์</p> <p>7.ประสานทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน กรณีมีปัญหาซับซ้อน เช่น กรณีขาดผู้ดูแลในชุมชน หรือกรณีโรงพยาบาลเครือข่ายไม่สามารถดูแลผู้มีปัญหาการตีมีแอลกอฮอล์ หลังการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนให้ส่งผลการติดตามเยี่ยมให้ OPD / IPD โดย บันทึกลงในใบตรวจรักษาและสำเนาผลการติดตามเยี่ยมส่งให้ IPD รับทราบกรณีผู้ป่วยจำหน่ายจาก IPD แล้วให้แนบสำเนาในแฟ้มประวัติผู้ป่วย</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>ผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพที่ 7 ให้ส่งที่กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์</p>	

การดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุราโดยทีมสหวิชาชีพ

ทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary team) ในที่นี้หมายถึงแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการและนักเทคนิคการแพทย์ซึ่งร่วมกันให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง(patient center) มีบทบาทดังนี้

บทบาทแพทย์

➤ มาตรการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

1. ชักประวัติตรวจร่างกาย และ ตรวจสภาพจิตของผู้ป่วย เพื่อให้การวินิจฉัยตามระบบการจำแนกโรคแบบสากล (ICD -10)
2. ประเมินค้นหาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีการประเมินให้ครอบคลุมทุกด้าน (multidimensional assessment) เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่ม ปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ปัจจัยที่มีส่วนร่วม ปัจจัยที่ทำให้ปัญหานั้นคงอยู่ และสิ่งที่เป็นผลกระทบจากการดื่มสุรา ประเมินสุขภาพกาย พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม จิตใจ แรงจูงใจ และความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดื่ม
3. ประเมินโรคที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ Alcohol use disorders, Alcohol – induced disorders, Alcohol related physical illness
4. ประเมินคัดกรองโรคทางกายร่วมทางคลินิก

➤ มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา

1. ชักประวัติตรวจร่างกาย และ ตรวจสภาพจิตของผู้ป่วย เพื่อให้การวินิจฉัยตามระบบการจำแนกโรคแบบสากล (ICD -10) เพื่อการวินิจฉัยแยกโรคทางกายและภาวะฉุกเฉินอื่นๆ โดยเฉพาะประวัติการชัก, การบาดเจ็บที่ศีรษะ, โรคตับ หรือ อาเจียนเป็นเลือดตามเกณฑ์การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย
 1. พิจารณาส่งตรวจต่างๆทางห้องปฏิบัติการตามความเหมาะสม เพื่อประกอบการวินิจฉัย หรือประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายอื่นๆ เช่น CBC with Plt, Bun, Cr, Electrolyte, FBS, Liver function test ,Calcium , Phosphorus , Magnesium
 2. พิจารณาให้การรักษาด้วยยา หรือ วิธีอื่นๆแบบผู้ป่วยนอก หรือ ทำการส่งผู้ป่วยตามความเหมาะสมหรือพิจารณารับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในได้แก่
 - a. เริ่มมีอาการหรือคาดว่าจะมีอาการถอนพิษสุราระดับปานกลางถึงรุนแรง ความรุนแรงในการติด มีประวัติอาการถอนพิษรุนแรงหรือชัก หรือ CIWA >15
 - b. มีโรคจิตเวชหรือโรคทางกายอื่นๆซึ่งต้องการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด เช่น การชักหรือประวัติการชัก กำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร โรคหัวใจ โรคตับ สงสัยว่ามีการบาดเจ็บที่ศีรษะ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
 - c. มีการติดยาหรือสารอื่นร่วมด้วยและมีอาการถอนพิษจากสารเสพติดหลายชนิด
 - d. มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือควบคุมไม่ได้
 - e. มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
 - f. ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลหรือช่วยเหลือตนเองได้
 - g. เคยรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ได้ผล
 - h. ไม่มีญาติหรือสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเพียงพอสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก
3. ในกรณีรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
 - a. ให้การรักษาตามการประเมิน CIWA-Ar scoreโดยเลือกให้ยาในรูปแบบ Fixed dose regimen Symptom – Triggered regimen, Front loading regimen หรือ Rapid loading with close

monitor มีทั้ง diazepam iv /oral หรือ lorazepam, ความรุนแรงของอาการขาดสุรา และให้การ รักษาภาวะฉุนเฉียว อาการทางกายอื่นๆด้วยยา และ Supplement ตามความเหมาะสมเช่นอาหาร Alcohol Diet

1. Fixed dose regimen คือการรักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์โดยแบ่งยา Benzodiazepine ให้ 4 ครั้งต่อวัน ขนาดยา Diazepam ควรให้ 5 mg ทุก 1 ต่อม มาตรฐาน ให้ยาตามขนาดที่คำนวณได้ 2-3 วันเพื่อระงับอาการถอนพิษสุรา หลังจากนั้นก็ลดปริมาณยาลงใน 7-10 วัน ทั้งนี้ขนาดยาในวันแรกขึ้นกับวันที่ดื่ม ครั้งสุดท้ายด้วย เพราะหากวันที่มารับการรักษาห่างจากวันที่ดื่มครั้งสุดท้ายมาก อาการถอนพิษสุราก็จะบรรเทาเอง จึงสามารถให้ยาดังกล่าวปริมาณที่คำนวณ ได้
2. Symptom – Trigger regimen คือการรักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ตามอาการ ที่ประเมินได้จากแบบประเมิน CIWA-Ar score โดยประเมินห่างกันตั้งแต่ 30 นาที ถึง 8 ชั่วโมงขึ้นกับความรุนแรงของอาการ แล้วให้การรักษาโดยใช้ Diazepam หรือ Lorazepam ดังคะแนนที่ได้ตามตาราง ซึ่งการรักษาด้วย Regimen นี้เหมาะ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่วิธีให้ยาแบบนี้ไม่ เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนจากการบาดเจ็บ ศีรษะ และไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีประวัติชักในช่วงถอนพิษสุรา

ตารางที่ 1

คะแนน	ระดับความ รุนแรง	ความถี่ในการประเมิน	Lorazepam Dose	Diazepam Dose
1-7	Mild	ทุก 4 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงหลังจากนั้น ทุก 8 ชั่วโมง 5 วัน	ไม่ให้ยา	ไม่ให้ยา
8-14	Moderate	ทุก 2 ชั่วโมง	1-2 มก.	5-10 มก.
15-19	Severe	ทุก 1 ชั่วโมง	2-4 มก.	10-20 มก.
≥ 20	Extremely Severe	ทุก 30 นาที	4 มก.	20 มก. oral หรือ 10 มก. IV

3. Front loading Regimen เป็นการบำบัดภาวะถอนพิษสุราที่ใช้ขนาดยา Diazepam หรือ Lorazepam ในปริมาณสูง ใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุรา ดังตารางที่ 2 มีความเสี่ยงแม้เพียงหนึ่งข้อก็จะให้การรักษาด้วย Diazepam 20 mg แบบรับประทาน หรือ Lorazepam 4 mg แบบรับประทานทุก 2 ชม. ให้ยาจนกว่าผู้ป่วยจะสงบแต่ กระตุ้นให้ตื่นได้โดยหวังผลให้ CIWA-Ar ตลอดทั้งวันต่ำกว่า 8 คะแนน หลังจากนั้น ให้รวมปริมาณยาที่ได้ใน 24 ชม. ให้ต่อเพื่อระงับอาการถอนพิษสุราอีก 2-3 วัน จึง ปรับลดปริมาณยาใน 7-10 วัน

ตารางที่ 2

ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุรา(risk factor for complicated withdrawal symptoms)

1. ความรุนแรงของการติดสุราการดื่มหนักมากกว่า 10 แก้วต่อวัน (ดื่มมาตรฐาน) คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวครึ่งขวดต่อวันและดื่มมานานมากกว่า 5 ปีมีโอกาสเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์สูง
2. ประวัติเคยมีอาการขาดแอลกอฮอล์แบบเพื่อสับสน (delirium tremens) หรือมีประวัติชักหลังหยุดดื่มครั้งก่อน
3. อายุมากกว่า 60 ปี
4. มีการใช้สารเสพติดอื่นๆ รวมถึงยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
5. ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที
6. มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย

4. Rapid loading with close monitor คือวิธีการรักษาภาวะเพื่อสับสนที่มีอาการกระวนกระวาย โดยจะให้ Diazepam 10 mg IV ทุก 10-15 นาทีจนกว่าผู้ป่วยจะสงบแต่สามารถปลุกตื่นได้ หลังจากอาการสงบแล้วก็ปรับเป็น front loading regimen แต่หากยังคงกระวนกระวายอย่างต่อเนื่องแม้ได้ Diazepam รวมเกิน 50 mg ใน 1-2 ชม. ให้ฉีด Haloperidol 2.5 – 5 mg q 30 min ร่วมกับฉีด Diazepam 10 mg IV q 30 hr สลับกัน ต้องประเมินการรู้สึกตัว CIWA-Ar และ V/S ทุก 15 – 30 นาที

- b. การให้ Thiamine และวิตามินต่างๆ ผู้ป่วยที่มีภาวะพังกาแอลกอฮอล์ทุกคนควรให้ Thiamine 100 mg IM ทุกวันอย่างน้อย 3 วัน ควรให้ก่อนได้ Dextrose solution หรือทานอาหาร หรือหากมีภาวะเลือดออกง่ายทั้งจากเกร็ดเลือดต่ำหรือค่าการแข็งตัวของเลือดผิดปกติแนะนำให้ทางเส้นเลือดดำ แต่หากสงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ Wernicke Encephalopathy โดยมีอาการตั้ง triad คือ สับสน (Confusion) กล้ามเนื้อตาอ่อนแรง (Ophthalmoplegia) และกล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน (Ataxia) ควรให้ Thiamine 500 mg/d ทางเส้นเลือดดำ 3-5 วัน เพื่อลดอัตราการเกิด Permanent severe amnestic syndrome (Korsakoff's psychosis)
- c. ผู้ป่วยมีภาวะพังกาแอลกอฮอล์ควรควรได้รับ Vitamin B Complex 1 เม็ดกิน 3 ครั้งต่อวันร่วมกับวิตามิน C แต่หากมีภาวะทุพโภชนาการการดูดซึมยาจะไม่มีประสิทธิภาพจึงควรให้ Vit B complex ทางเส้นเลือดดำเป็นเวลา 3-5 วัน
- d. ในกรณีมีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง พิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาตามความเหมาะสม
- e. วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพประจำตึกในการดูแลรักษาผู้ป่วย

➤ มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

1. การสัมภาษณ์ประวัติผู้ป่วยและญาติเพิ่มเติมร่วมกับการตรวจสภาพจิตเพื่อประเมินการติดสุราอย่างครอบคลุมและโรคจิตเวชร่วมโดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติกลับดื่มซ้ำบ่อยๆ
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคการวินิจฉัยรวมทั้งแนวทางการรักษาต่างๆและแผนการจำหน่ายแก่ผู้ป่วยครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง
3. การประเมินโรคจิตเวชร่วมในกรณีที่ผู้ป่วยกลับไปดื่มซ้ำบ่อยๆ หลังอาการถอนพิษสุราสงบอย่างน้อย 1 เดือน
4. การรักษาภาวะติดสุราด้วยยา เช่น
 - a. ยา Disulfiram มีประสิทธิภาพในการทำให้หยุดดื่มโดยสิ้นเชิง ลดการดื่มหนัก เพิ่มโอกาสหรือความยาวนานที่จะหยุดดื่มสุราโดยต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงประโยชน์ ความเสี่ยง และปฏิกิริยา หากดื่มสุราร่วมกับการรับประทานยา

b. การให้ยา Topiramate ซึ่งมีประสิทธิผลในการลดการตีมนักและเพิ่มอัตราการหยุดตีมนสุราได้อย่างต่อเนื่อง

5. การใช้ยารักษาโรคทางจิตเวชสำหรับผู้ติดยาที่มีโรคจิตเวชร่วม

➤ **มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา**

-ให้การบำบัดดูแลรักษาระยะยาวต่อเนื่อง เน้นการบำบัดดูแล ปรึกษาประคอง สนับสนุน และการฟื้นฟูสภาพเป็นรายกรณี เมื่อประเมินว่าผู้ป่วยสามารถหยุดตีมนสุราได้พิจารณาส่งต่อรักษาต่อเนื่องในชุมชน

บทบาทของพยาบาล

บทบาทของพยาบาล สามารถแบ่งขั้นตอนการพยาบาลออกเป็น 4 ระยะตามมาตรการการดูแลผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุรา เพื่อประกอบการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุรา ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามระดับความรุนแรงของปัญหาที่พบ ขั้นตอนการพยาบาลแบ่งเป็น 4 คือ

1.มาตรการการคัดกรอง

การพยาบาลเพื่อคัดกรองปัญหาการติ่มสุรา

เป้าหมาย : เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการติ่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น

งานบริการ : งานบริการผู้ป่วยนอก ,งานบริการจิตสังคมบำบัด

2.มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา

การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา(Detoxification)และโรคร่วมทางกาย/ทางจิต

เป้าหมาย : เพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดสุรา โรคทางกายและทางจิตที่พบร่วมในผู้ติ่มสุรา

งานบริการ : งานบริการผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักจิตเวชชายชงโค หอผู้ป่วยหนักจิตเวชชายฝ้ายคำ และหอผู้ป่วยหนักจิตเวชหญิงเฟื่องฟ้า

3.มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

การพยาบาลระยะฟื้นฟู(Rehabilitation)

เป้าหมาย : เพื่อเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลด ละ เลิกติ่ม และนำเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับป่วยซ้ำ อาจพิจารณาการรักษาด้วยยาหากมีความจำเป็น

งานบริการ : งานบริการผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยเร่งรัดบำบัดจิตเวชชายชงโค หอผู้ป่วยเร่งรัดบำบัดจิตเวชชายฝ้ายคำ หอผู้ป่วยเร่งรัดบำบัดจิตเวชหญิงเฟื่องฟ้า หอผู้ป่วยราชพฤกษ์ งานบริการจิตสังคมบำบัด

4.มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา

การพยาบาลระยะหลังการรักษา (Aftercare)

เป้าหมาย : เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ติ่มสุรา

งานบริการ : งานบริการจิตสังคมบำบัด และงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

บทบาทพยาบาล : งานบริการผู้ป่วยนอก

➤ มาตรการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา

การคัดกรองเบื้องต้น/ประเมินปัญหาการดื่ม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1

1. สอบถามผู้รับบริการที่มารับบริการทุกรายเพื่อเป็นการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol screening) คำถามดังต่อไปนี้

- “ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่”

หากผู้ป่วยตอบว่า “ดื่ม” ให้ถาม “โดยทั่วไป คุณดื่มแอลกอฮอล์กี่วันต่อสัปดาห์” “ในแต่ละวันที่คุณดื่ม คุณดื่มมากเท่าไร”

ส่วนที่ 2

ถ้าหากมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ให้ประเมินด้วย แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ CAGE (Cut Annoyed Guilty Eye)

- CUT DOWN คุณเคยคิดที่จะลดปริมาณการดื่มของคุณลง หรือไม่

ใช่ ไม่

- ANNOYED เคยมีใครทำให้คุณรำคาญโดยตำหนิคุณเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

ใช่ ไม่

- GUILTY คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเพราะว่า คุณดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

ใช่ ไม่

- EYE-OPENER คุณเคยต้องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกในตอนเช้าทันทีที่คุณตื่นนอน เพื่อแก้อาการเมาค้างหรือเพื่อให้สามารถทำอะไรต่อไปได้หรือไม่

ใช่ ไม่

การแปลผล

- ถ้าตอบว่า “ใช่” 1 ครั้งหรือน้อยกว่า หมายความว่า “ไม่มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์”

- ถ้าตอบว่า “ใช่” 2 ครั้งหรือมากกว่า หมายความว่า “มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์” มีแนวโน้มความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์

การประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์

-เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์ หรือมีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ เช่น มือสั่น เหงื่อออก กระวนกระวาย เป็นต้น ให้ใช้แบบประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์ ดังนี้

1-7 คะแนน มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับเล็กน้อย

8-14 คะแนน มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับปานกลาง

15-19 คะแนน มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรง

≥ 20 คะแนน มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรงมากเป็นต้น ให้ประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar และภาวะแทรกซ้อนทางกาย บันทึกในใบตรวจรักษาก่อนส่งผู้ป่วยพบแพทย์

หมายเหตุ

1.การประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา มีดังนี้

- 1.1.ภาวะขาดน้ำในร่างกาย (Dehydration) โดยการวัดและบันทึกสัญญาณชีพในใบตรวจรักษา
- 1.2.ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) โดยการเจาะหาระดับน้ำตาล (DTX) พร้อมบันทึกผลในใบตรวจรักษา
- 1.3.ภาวะเลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma) โดยการวัด V/S และ N/S พร้อมบันทึกผลในใบตรวจรักษา
- 1.4.ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal hemorrhage) โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและหรือญาติเกี่ยวกับประวัติก่อนมาโรงพยาบาลครั้งมีอาการอาเจียนเป็นเลือดและถ่ายอุจจาระเป็นสีดำหรือไม่

2.การReferต่อโรงพยาบาลฝ่ายกาย

-ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง/เสี่ยงต่อชีวิต และติดตามผลการ Refer โดยออกไปตรวจรักษา เพื่อบันทึกผลการติดตาม (การวินิจฉัยโรคและผลการรักษา)

3.กรณีแพทย์ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

-เมื่อเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ประสานการดูแลไปที่หน่วยจิตสังคมบำบัด เพื่อให้การบำบัดรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Intervention) ที่เหมาะสม

-กรณีผู้ป่วยที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือดื่มแบบไม่เสี่ยงพยาบาลหลังพบแพทย์ ให้ Alcohol education

-นัดหมายติดตามการบำบัดรักษาต่อเนื่อง

4.กรณีแพทย์ให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน

- 1.ประเมินอาการทางกาย, อาการทางจิตก่อนส่งเข้าตึกผู้ป่วยใน
- 2.ประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ ด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar
- 3.ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามปัญหาและอาการของผู้ป่วย
- 4.ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (มีรายการ Lab ที่ต้องส่งตรวจ คือCBC with Plt, Bun, Cr, Electrolyte, FBS, Liver function test, Calcium , Phosphorus , Magnesium)
 - 4.1. กรณีในเวลาราชการ
 - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F10.2 ขึ้นไป หรือมีโรคร่วม F10.2 ขึ้นไปทุกราย พยาบาลงานจิตเวชฉุกเฉิน เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเข้าตึกผู้ป่วยใน พร้อมกับให้แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้อ่านผลก่อน หรือส่งต่อข้อมูลการติดตามผล Lab ต่อเนื่องให้ผู้ป่วยใน รับทราบ
 - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F10.1 ขึ้นไป หรือมีโรคร่วม F10.1 ให้เจาะ Lab ตามแนวทางผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ตึกผู้ป่วยใน
 - เวลา 15.00 น.เป็นต้นไป ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F10.X หรือมีโรคร่วม F10.X ทุกราย พยาบาลงานจิตเวชฉุกเฉิน เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนเข้าตึกผู้ป่วยใน และส่งต่อข้อมูลการติดตามผล Lab ต่อเนื่องให้ผู้ป่วยในรับทราบ
 - กรณีมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (เดิม) จากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นผลการตรวจภายใน 24 ชั่วโมง หลังแพทย์เจ้าของไข้อ่านผล พยาบาลจิตเวชฉุกเฉินทวนสอบกับแพทย์ซ้ำ เพื่อยืนยันการส่งตรวจ Lab ตาม CPG Alcohol หรือไม่

4.2. กรณีนอกเวลาราชการ

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย F10.2 ซึ้นไป หรือมีโรคร่วม F10.2 ซึ้นไปทุกราย พยาบาลเวรนอกเวลาราชการ (เวร on call) ทวนสอบกับแพทย์ว่า จะให้ส่ง lab ค่วน (out lab รพ.ขอนแก่น) ในขณะนั้น หรือส่ง Lab ในวันถัดไป ให้อยู่ในดุลยพินิจของแพทย์ พร้อมส่งต่อข้อมูลให้กับตึกผู้ป่วยในได้รับทราบ

5. ส่งต่อข้อมูล/ความเสี่ยง/แผนการรักษากับตึกผู้ป่วยใน
6. ลงทะเบียนผู้ป่วยรับไว้รักษาและจัดทำเอกสาร

บทบาทพยาบาล : งานบริการผู้ป่วยใน

➤ มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา

1. การประเมินภาวะสุขภาพ และสภาพปัญหา โดยมีวิธีการประเมินดังนี้

1.1. การซักประวัติ จากผู้ป่วยและญาติ ประวัติโรคร่วมทางกายและโรคทางจิต ประวัติเสพยาเสพติดอื่นร่วม อาการสำคัญที่นำส่ง อาการปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา ประวัติครอบครัว โดยซักประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ชนิดของแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ดื่ม ระยะดื่มหนักติดต่อกัน ชนิดของแอลกอฮอล์ปริมาณ วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย ภาวะซักหลังหยุดดื่ม/ประวัติการซัก ประวัติการรับประทานอาหาร/ประวัติการทรงตัว เซ ล้ม อุบัติเหตุ หรือมีไข้ ประวัติมีภาวะสับสน (ก่อนหรือหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์) และพยาบาลจะต้องระบุไว้หลังซักประวัติไว้ว่า ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับข้อมูลจากญาติ ชัดเจน หรือไม่ชัดเจน เป็นต้น

- กรณีซักประวัติเพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ให้สอบถามผู้รับบริการทุกรายเพื่อเป็นการคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol screening) ดังนี้ “ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคยดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่” หากผู้ป่วยตอบว่า “ดื่ม” ให้ถาม “โดยทั่วไป คุณดื่มแอลกอฮอล์กี่วันต่อสัปดาห์” และ “ในแต่ละวันที่คุณดื่ม คุณดื่มมากเท่าไร” หลังจากนั้นประเมินด้วย แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์-CAGE (Cut Annoyed Guilty Eye) เพื่อดูแนวโน้มความเสี่ยงต่อการติดแอลกอฮอล์

- CUT DOWN คุณเคยคิดที่จะลดปริมาณการดื่มของคุณลง หรือไม่
- ANNOYED เคยมีใครทำให้คุณรำคาญโดยตำหนิคุณเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
- GUILTY คุณเคยรู้สึกไม่ดีหรือรู้สึกผิดเพราะว่า คุณดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่
- EYE-OPENER คุณเคยต้องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งแรกในตอนเช้าทันทีที่คุณตื่นนอน เพื่อแก้อาการเมาค้างหรือเพื่อให้สามารถทำอะไรต่อไปได้หรือไม่

หมายเหตุ

ถ้าตอบว่า “ใช่” 1 ครั้งหรือน้อยกว่า หมายความว่า "ไม่มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์"

ถ้าตอบว่า “ใช่” 2 ครั้งหรือมากกว่า หมายความว่า "มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์"

- ประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ ด้วยแบบประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ (CIWA-Ar)
- รายงานแพทย์ เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเข้าสู่แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยมีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์ ให้การดูแล รักษาพยาบาล และยา ตาม CPG- Alcohol
- กรณีแพทย์ยังไม่มีคำสั่งการรักษาคัดเข้า CPG- Alcohol
- ประเมิน CIWA-Ar ตามแนวปฏิบัติของ CPG- Alcohol จนสิ้นสุดระยะเวลาตามกำหนด ใน 72 ชั่วโมงแรก ให้ประเมิน CIWA-Ar ทุก 4 ชั่วโมง และหากค่าคะแนน CIWA-Ar อยู่ในระดับ 1-7 คะแนน (มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับเล็กน้อย) ให้ประเมินทุก 8 ชั่วโมง
- เมื่ออยู่ในช่วงการประเมิน CIWA-Ar ถ้าผู้ป่วยเริ่มมีอาการรุนแรง สับสน เหงื่อออก วิดกกังวล หรืออาการอื่นเปลี่ยนแปลง คะแนน CIWA-Ar มากกว่าหรือเท่ากับ 8 (ระดับปานกลาง) มีอาการกระสับกระส่าย สับสนที่อาจเกิดจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ควรรายงานแพทย์ซ้ำอีกครั้ง เพื่อประกอบการพิจารณาปรับแผนการรักษา และประเมินอาการต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของ CPG Alcohol

1.2. การตรวจร่างกาย :เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกาย หรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว สังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง อารมณ์บวม ท้องมาน มีบาดแผล แผลผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยขีด รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา เป็นต้น

1.3 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ ตามแนวทางการรักษาของแพทย์ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อประเมินความผิดปกติ เช่น CBC ประเมินการติดเชื้อ ภาวะช้ำ ความผิดปกติของเกลือแร่ electrolyte ประเมินภาวะ Electrolyte Imbalance, Calcium , Phosphorus , Magnesium และ Liver Function Test เพื่อ ประเมินความผิดปกติของตับ ซึ่งมีผลต่อการเลือกยาที่เหมาะสม เป็นต้น

1.4. การประเมินสภาพจิต :ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุราทุกราย ควรได้รับการประเมินสภาพจิต เนื่องจากอาการทางจิตเป็นอาการหนึ่งของภาวะเมาสุรา ภาวะถอนพิษสุรา หรือ เป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตเภทร่วม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรังกลับดื่มซ้ำบ่อย

1.5. การประเมินด้านจิตสังคม มีดังนี้

1.5.1. การประเมินตัวผู้ป่วย เช่น วัยของผู้ป่วย บุคลิกภาพ ความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น เชื่อว่าการดื่มสุราไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้ไม่ยอมหยุดสุรา

1.5.2. การประเมินครอบครัว เช่น ในครอบครัวผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวดื่มสุรา และมีความเชื่อว่าการดื่มสุราเป็นเรื่องธรรมดา ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

1.5.3. การประเมินชุมชน เช่น มีความเชื่อว่าการดื่มสุราเป็นส่วนประกอบของวิถีชีวิตในงานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลองและงานประเพณีต่างๆในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ในหมู่บ้านจะต้องมีการดื่มสุราร่วมด้วยเสมอ และร้านขายสุราในหมู่บ้านมีหลายแห่ง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มสุราซ้ำได้ง่าย

2. ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย เช่น ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น Wernicke-Korsakoff Encephalopathy มีบาดแผลฉกรรจ์ Vital signs Neuro sign ผิดปกติ ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล เป็นต้น รายงานแพทย์เพื่อพิจารณารักษาหรือ refer โรงพยาบาลฝ่ายกาย

3. ประเมินปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุรา ได้แก่

- 3.1. อายุมากกว่า 30 ปี
- 3.2. ความรุนแรงของการติดสุราการดื่มหนักมากกว่า10แก้ว(ดื่มมาตรฐาน)หรือครั้งขวดต่อวันและดื่มมานานมากกว่า 5 ปีมีโอกาสเกิดอาการ withdrawal สูง
- 3.3. ประวัติเคยมีอาการ delirium tremens หรือชักมาก่อน
- 3.4. การหยุดดื่มทั้งปริมาณที่ลดลงและวันสุดท้ายที่หยุดดื่ม (มักเกิดภายใน 6-48 ชั่วโมง)
- 3.5. โรคทางกายอื่นที่พบร่วมเช่นโรคตับโรคไตโรคเบาหวานระบบหัวใจและหลอดเลือด
- 3.6. ซีพจรสูงเกิน 100 ครั้ง/นาที

4. เป้าระวังและประเมินการเกิดภาวะต่างๆ ดังนี้

4.1 ภาวะถอนพิษสุรา (Withdrawal) หลังหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่ม ตั้งแต่ 6 - 24 ชั่วโมง ซึ่งจะเป็นมากที่สุดภายใน 24 - 48 ชม. และอาการดีขึ้นภายใน 5 - 7 วัน

4.2 ภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (Delirium tremens) ซึ่งจะรุนแรงใน 2 - 3 วันหลังหยุดดื่มรุนแรงที่สุด 4 - 5 วัน และอาการดีขึ้นภายใน 10 วัน

4.3 อาการชัก (Rum fits) เกิดได้ภายใน 48 ชั่วโมง หลังหยุดดื่ม และอาจชักซ้ำได้อีกในช่วง 12 - 24 ชั่วโมง หลังชักครั้งแรก

5. ประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน CIWA – Ar score พร้อมทั้งให้การรักษาพยาบาลตาม Symptom - Triggered Regimen ดังนี้

ตารางที่ 3

คะแนน	ระดับความรุนแรง	ความถี่ในการประเมิน	Lorazepam Dose	Diazepam Dose
1-7	Mild	ทุก 4 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมง หลังจากนั้น ทุก 8 ชั่วโมง 5 วัน	ไม่ให้ยา	ไม่ให้ยา
8-14	Moderate	ทุก 2 ชั่วโมง	1-2 มก.	5-10 มก.
15-19	Severe	ทุก 1 ชั่วโมง	2-4 มก.	10-20 มก.
≥20	Extremely Severe	ทุก 30 นาที	4 มก.	20 มก. oral หรือ 10 มก. IV

การเฝ้าระวังความเสี่ยงและติดตามความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา เช่น ลักษณะการอ่อนแรงของแขนขา Check Vital signs, Neuro sign ถ้าพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติและมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย (ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น Wernicke-Korsakoff Encephalopathy ให้รีบรายงานแพทย์ทันที

1)กรณีแพทย์ปรับการรักษา ให้การพยาบาล และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

2)กรณีแพทย์ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer) ให้ดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer) ณ สถานบริการที่ระบุไว้และให้ติดตามการวินิจฉัยโรคและผลการรักษา ลงบันทึกในใบบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพและ Discharge Note

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังคือ การเกิดอุบัติเหตุ การสำลักอาหารและน้ำ การเสียน้ำจากการอาเจียนและถ่ายเหลว ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อในกรณีเกล็ดเลือดต่ำและภาวะแทรกซ้อนทางกายอื่นๆ

6. ให้การพยาบาลภาวะถอนพิษสุราและภาวะโรคร่วม

6.1 ด้านร่างกาย

6.1.1 วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง / ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทุก 1 สัปดาห์จนกว่าอาการภาวะถอนพิษสุราและภาวะโรคร่วมดีขึ้น

6.1.2. จัดเจ้าหน้าที่เฝ้าดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่นสังเกตการหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

6.1.3. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ เฝ้าระวังการเกิด Electrolyte imbalance

6.1.4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น เลือดออกทางเดินอาหาร การติดเชื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ตับวายหรือหัวใจวายหรือ

6.1.5. ประเมินภาวะขาดสารน้ำและอาหาร เช่น ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง มีไข้ ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อย 3,000 ซีซี ต่อวัน ยกเว้นกรณีมีพยาธิสภาพทางกายให้พิจารณาตามแผนการรักษาของแพทย์

6.1.6. ปรีกษาโภชนาการเพื่อจัดอาหารเฉพาะโรคและดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอกับความ ต้องการการของร่างกายเช่นอาหาร high calorie , carbohydrate , high vitamins , low fat

6.1.7. ดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ จากการให้สารน้ำและฉีดยาทางหลอดเลือดดำ

6.1.8. หากผู้ป่วยได้รับยาฉีด PRN ครบ 2 dose ก่อนให้dose ที่ 3 พยาบาลต้องรายงานแพทย์ซ้ำ

6.1.9. ดูแลเรื่อง intake / output ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

6.1.10. เผื่อระวังอุบัติเหตุหรืออันตราย ไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย บุคคลอื่น สิ่งของโดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15-30 นาที

6.1.11. ประเมินสภาพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เช่น อาการมึนงงสับสน ควบคุม ตนเองได้น้อย อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรงในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เสี่ยงต่อชีวิตพิจารณารายงานแพทย์ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม

6.1.12. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยาตามแบบประเมิน ADR หากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พยาบาลให้ข้อมูลและช่วยเหลือเบื้องต้น หลังจากนั้นประสานงานกับเภสัชกรเพื่อประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม

6.1.13. ดูแลความสุขสบาย ถ้าผู้ป่วยมีอาการมึนงง สับสนให้ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น. ดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หากเปียก หรือชุ่มเหงื่อหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเองเช่น แปรงฟัน อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

6.1.14. ดูแลการนอนพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และประเมินสังเกตแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับในช่วงเวลากลางวันโดยการส่งเสริมแนะนำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

6.2 ด้านจิตใจ

6.2.1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ

6.2.2. เรียกชื่อผู้ป่วยและบอกกล่าวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ควรแนะนำตัว บอกผู้ป่วยว่าเรากำลังจะทำอะไรให้ โดยใช้คำพูดสั้นๆ เข้าใจง่าย

6.2.3. กรณีที่ผู้ป่วยสับสน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคลซ้ำ ๆ

6.2.4. กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะงุนงง สับสน การทรงตัวไม่ดี ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ พิจารณาผูกยึดตามความเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น ทรัพย์สินและตรวจเยี่ยมเปลี่ยน Position ทุก 2 ชั่วโมงเผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด

6.2.5. กรณีผู้ป่วยมีภาวะประสาทหลอน/หลงผิด ไม่ควรโต้แย้งกับผู้ป่วยและพยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยตามความเป็นจริงให้ความมั่นใจในความปลอดภัย

6.2.6 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นเช่น แสง สีเสียงอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เนื่องจาก อาการทางจิตต่างๆช่วงนี้ มักมีความรุนแรงเวลากลางคืน

➤ มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

7. หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติ

7.1. ประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์คะแนน CIWA –Ar อยู่ในระดับ Mild น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ประเมินอาการทางจิตที่เลวจากแบบประเมิน BPRS มีค่าคะแนน 18 - 36 คะแนน ประเมินทางจิตใจและสังคม เช่น อาการและการรับรู้ของผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแผนการรักษาความเชื่อทัศนคติต่อการใช้สุรา ระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ประเมินปัญหาและความต้องการทางสังคมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่พบบ่อยคือ ขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำ

7.2. ประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test : ASSIST) เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการวางแผนการบำบัดที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง มีค่าคะแนนการดื่มแบบเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนขึ้นไป และหากพบปัญหาอื่นๆ ให้ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้การบำบัดตามปัญหา เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งภายในใจ ปัญหาด้านอารมณ์ เป็นต้น

7.3. ประเมินผลการรักษา ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับภายหลังการบำบัดฟื้นฟูสภาพเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ดังนี้

- 7.3.1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการถอนพิษสุรา
- 7.3.2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย
- 7.3.3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโรคร่วมทางกาย
- 7.3.4. ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิต
- 7.3.5. ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

7.4. มีญาติมารับ ให้ประเมินความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาของญาติและทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย แล้วพยาบาลให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านโดยใช้หลัก D M-E-T-H-O-D MODEL และสร้างแรงจูงใจให้ญาติและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ แล้วจึงรายงานแพทย์ขอ D/C

7.5. ส่งต่อข้อมูลให้งานบริการสุขภาพจิตชุมชนพร้อมการนัดหมายรับการรักษาครั้งต่อไปและบันทึกลงในใบ Discharge note เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

บทบาทพยาบาล : งานบริการจิตสังคมบำบัด

➤ มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

เกณฑ์การเข้ารับบริการจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์

1. ไม่มีอาการผิดปกติด้วยโรคทางกาย
2. ไม่มีอาการทางจิตหรือมีอาการทางจิตทุเลา ประเมินจากแบบประเมิน BPRS มีค่าคะแนน 18 - 36 คะแนน
3. เป็นผู้ดื่มแอลกอฮอล์โดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test : ASSIST) เป็นผู้มีค่าคะแนนการดื่มแบบเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนขึ้นไป

4. ไม่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์หรือมีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับต่ำ โดยประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar ได้ค่าคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

ขั้นตอนการให้บริการจิตสังคมบำบัด

1. รับผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ และการพิจารณาส่งเข้ารับบริการจิตสังคมบำบัดจากเจ้าหน้าที่งานบริการก่อนและหลังพบแพทย์หรือจากเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยไว้วางใจ
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ กล่าวทักทาย แนะนำตนเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
3. ประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการสัมภาษณ์ ชักประวัติการดื่มแอลกอฮอล์และศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติ ใบตรวจรักษา
4. ประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST) เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการวางแผนการบำบัดที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง
 - ค่าคะแนน ASSIST 0 - 10 หมายถึง การดื่มในระดับเสี่ยงต่ำต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มแต่ในอนาคตหากดื่มมากกว่านี้มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้
 - คะแนน ASSIST 11 - 26 หมายถึง การดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางต่อการสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ หรืออาจเริ่มมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องลักษณะนี้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ในอนาคต รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสุราได้ โดยเฉพาะคนที่เคยมีปัญหาจากการดื่มสุราหรือเคยติดสุรามาก่อน
 - คะแนน ASSIST ตั้งแต่ 27 ขึ้นไป หมายถึง การดื่มในระดับเสี่ยงสูง บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการติดสุราแล้วหรืออยู่ในภาวะติดสุรา หรือกำลังประสบปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา
5. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเสริมสร้างแรงจูงใจให้เข้ารับการบำบัด
6. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมิน เพื่อการวินิจฉัยปัญหา
7. วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือตามปัญหา
8. ให้บริการจิตสังคมบำบัดตามปัญหาด้วยรูปแบบบริการ ดังนี้

การดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ (Lower risk)

- การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief advice) เป็นการให้คำแนะนำมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหา เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การดื่มในระดับเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)

- การให้ความช่วยเหลือแบบสั้น (Brief intervention) การให้คำแนะนำและการวางแผนการวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักและวางแผนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สามารถเป็นไปได้

- การให้การปรึกษา (Brief counseling) เป็นการสื่อสาร 2 ทาง โดยให้คำแนะนำแบบสั้น การตั้งเป้าหมายในการลด ละ เลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้ผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เกิดความตระหนัก และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง

- การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) เป็นการสนทนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนัก ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนและก้าวข้ามอุปสรรคในการดื่มได้

การดื่มในระดับเสี่ยงสูง (High risk)

- การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling) เป็นการสื่อสาร 2 ทาง โดยให้คำแนะนำแบบสั้น การตั้งเป้าหมายในการลด ละ เลิกดื่มแอลกอฮอล์หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยมีการดื่มแอลกอฮอล์เกิดความตระหนัก และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ของตนเอง

- การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy / CBT) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการดื่มแอลกอฮอล์ได้ปรับเปลี่ยนแนวคิด นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

- การบำบัดด้วยการเจริญสติ (Mindfulness - Base Relapse Prevention : MBCT) เป็นการบำบัดด้วยการเจริญสติเป็นฐานเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความอยาก ตอบสนองต่อการอยากดื่มได้อย่างเหมาะสม และป้องกันการกลับไปดื่มซ้ำ

- การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy : PST) เป็นการบำบัดโดยเน้นการปรับมุมมองของปัญหาจากมุมมองทางด้านลบให้เป็นมุมมองทางด้านบวกและช่วยให้ผู้ที่ดื่มสุราแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

- กรณีผู้ป่วยในมีการบำบัดรายกลุ่มในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ Integrated Co -Occurring psychiatric substance and alcohol Disorder Rehabilitation program: ICOD-R โดยบำบัดเป็นกลุ่มปิดทั้งหมด 12 session เน้นการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่องควบคู่กับการหยุดดื่มสุราเพื่อป้องกันการอาการกำเริบและเจ็บป่วยซ้ำ

บทบาทพยาบาล : งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน

➤ มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา

1. รับการประสานผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จาก งานบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) หรือผู้ป่วยจากชุมชน พร้อมลงทะเบียน
2. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ให้ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
3. กรณีมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนตามเกณฑ์ยุ่งยากซับซ้อนของโรงพยาบาล ได้แก่ Readmit ภายใน 90 วัน ผู้ป่วยที่ถูกครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับ ผู้ป่วยซึมเศร้าและหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ระดับ moderate และ severe) ญาติยินยอมให้ทีมสุขภาพจิตชุมชนติดตามเยี่ยม เป็นต้น ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ หลังการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ให้บันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้านในเวชระเบียน
4. ติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ โดยใช้แบบติดตามการดูแลต่อเนื่อง 10 ด้าน

หมายเหตุ

1. จำนวนครั้งในการติดตามเยี่ยมบ้านอาจมาน้อย ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมและปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ทั้งของผู้ป่วยและบุคลากรสุขภาพ
2. ผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพที่ 7 ให้ส่งที่กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์

บทบาทเภสัชกร

1. การจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้แก่ผู้ป่วย ระหว่างการบำบัดรักษาภายในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสมปลอดภัยและทันเวลาตามคำสั่งใช้ยาของแพทย์ โดยมีการจัดเตรียมการให้ยาตาม symptom-triggered regimen หรือส่งมอบยาพร้อมให้คำแนะนำด้านการใช้ยาแก่ผู้ป่วยหรือญาติกรณีแพทย์พิจารณาให้การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก
2. การให้ข้อมูลคำปรึกษาด้านยาและเวชภัณฑ์แก่บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่ร้องขอเพื่อนำไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยระหว่างดำเนินการรักษาภายในโรงพยาบาลหรือการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้การใช้ยาเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและปลอดภัยสูงสุด
3. การให้ข้อมูลคำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยหรือญาติ กรณีพบปัญหาจากการใช้ยา เช่น การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์หรือกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาอื่นร่วมกับการรักษาซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยาระหว่างกันของยา
4. การติดตามผลการใช้ยา (Drug Monitoring) คือการติดตามอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยใช้ระบบ spontaneous กรณีที่เกิดอาการรุนแรงเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยหรืออยู่ในความสนใจของบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้
 - การรับประสานงานจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ หรือ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย เมื่อพบว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 - ประสานแพทย์ ในกรณีพบการใช้ยาที่มีการเกิดปฏิกิริยาต่อกัน หรือมีการใช้ยาที่ผู้ป่วยแพ้
 - การติดตาม ประเมินผล และนำเสนอผลการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ เพื่อพิจารณาออกบัตรแพทย์ฯ บัตรระงับการใช้ยา หรือการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
 - การลงบันทึกข้อมูลการแพ้ยาของผู้ป่วย (ถ้ามี) ลงในแฟ้มเวชระเบียนและระบบ online เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องรับทราบ และป้องกันการได้รับยาที่เกิดปัญหาซ้ำ
 - การให้คำแนะนำผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ถ้ามี)
5. การบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยซึ่งมีแนวโน้มอาจเกิดปัญหาจากการใช้ยา โดยทำการติดตามประเมินอาการและให้คำปรึกษาด้านยาแก่บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
6. การจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาแก่ผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย 1 ครั้ง/สัปดาห์

บทบาทนักโภชนาการ

ประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยโดยใช้ ABCD Process ได้แก่

- 1.1 Anthropometry assessment การประเมินทางสัดส่วนร่างกาย เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย (ส่วนสูง เส้นรอบเอว) หาค่า BMI เป็นต้น
 - 1.2 Biochemical assessment การประเมินทางชีวเคมี เช่น FBS, CBC, electrolyte, albumin, creatinine เป็นต้น
 - 1.3 Clinical assessment การประเมินทางคลินิก เช่น ภาวะการขาดสารอาหาร PEM, Vitamin deficiency, Mineral deficiency หรือภาวะโภชนาการเกิน Obesity, Metabolic syndrome, เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
 - 1.4 Dietary assessment การประเมินอาหารบริโภค เช่น 24 hr. Dietary recall, food frequency questionnaire เป็นต้น
2. วางแผนดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่จำเป็นและเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกาย
 3. จัดอาหารตามหลักโภชนบำบัดตามแนวทางการแพทย์ ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับรักษา F10 และมีปัญหาทุพโภชนาการจะจัดบริการอาหารบำบัด “อาหารแอลกอฮอล์ หรือ Alc” แต่หากมีภาวะแทรกซ้อนและภาวะโรคร่วมทางกายให้ระบุเพิ่ม เช่น อาหาร Alc + DM, อาหาร Alc + HT, อาหาร Alc + K, อาหาร Alc + Hepatitis, อาหาร Alc + Cirrhosis , อาหาร Pt. DTs ที่ On NG tube + อาหารสำหรับผู้ป่วยที่แคลเซียมต่ำ และฟอสเฟสต่ำ เป็นต้น
 4. ติดตามการรับประทานอาหารผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการขาดสารอาหารในกลุ่มที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนและภาวะโรคร่วมทางกาย
 5. ติดตามผลการดูแลด้านโภชนาการและรายงานแพทย์ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ
 6. ให้โภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ

บทบาทนักจิตวิทยา

➤ มาตรการคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและบำบัดแบบสั้น

ผู้ป่วยนอก

กรณีนักจิตวิทยาเป็นผู้พบปัญหาเกี่ยวกับการดื่มสุราด้วยการถามคำถามว่า
“ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือไม่”
ถ้าตอบว่า ใช่ ให้ดำเนินการต่อไปนี้

- 1) แก้ไขในใบแนะนำตัวผู้มารับบริการในช่องสารเสพติด โดยการเปลี่ยนจากช่องไม่ใช้ เป็นใช้ และเซ็นชื่อกำกับ
- 2) ถามปริมาณและความถี่ โดยหากพบว่ามี การดื่มมากกว่า 5 ดื่มมาตรฐาน (เหล้าครึ่งแบน/ เบียร์ 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่) พร้อมกับการให้ความช่วยเหลือ และบันทึกในใบแนะนำตัวผู้มารับบริการ

ผู้ป่วยใน

- นักจิตวิทยาใช้ข้อมูลคะแนน ASSIST (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test) ร่วมกับตึกผู้ป่วย เพื่อวางแผนการรักษาและเป็นการสะท้อนข้อมูลกลับให้แก่ผู้รับบริการ
- บริการตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยาในรายที่ได้รับการส่งต่อจากแพทย์

➤ มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

เป็นภาวะที่ผู้รับบริการไม่พร้อมรับบริการทางจิตวิทยาได้แต่หากญาติมีความวิตกกังวลหรือความเครียด สามารถส่งพบนักจิตวิทยาเพื่อจัดการอารมณ์ดังกล่าวได้

➤ มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

นักจิตวิทยาให้บริการบำบัดรักษาทางจิตวิทยารายบุคคลในกรณีต่อไปนี้

- 1) ผู้รับบริการมีปัญหาความขัดแย้งภายในใจ
- 2) ผู้รับบริการมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low Self-Esteem)
- 3) ผู้รับบริการมีปัญหาด้านอารมณ์และการจัดการความเครียด
- 4) ผู้รับบริการมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
- 5) กรณีอื่นๆเมื่อได้รับการส่งต่อจากสหวิชาชีพผู้พบปัญหา

➤ มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา

ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

นักจิตวิทยาให้บริการร่วมกับทีมจิตเวชชุมชน (ลงชุมชนร่วมกับโซน) โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

- 1) การให้การดูแลรายกรณี (Intensive Case Management)
- 2) ในรายที่ต้องได้รับการปรึกษาทางจิตวิทยา/จิตบำบัด
- 3) การส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน เช่นการจัดการความเครียด ภาวะวิกฤต การสร้างสมดุลของชีวิต เป็นต้น

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์

➤ มาตรการการคัดกรองปัญหาการติ่มสุราและการบำบัดแบบสั้น

ผู้ป่วยนอก

- นักสังคมสงเคราะห์ สัมภาษณ์ญาติ/ผู้ป่วย เกี่ยวกับประวัติการติ่มสุรา ทั้งปริมาณ ระยะเวลา การติ่มครั้งสุดท้ายและวินัจฉัยทางสังคม
- กรณีผู้ป่วยนอกมีคดีและแพทย์ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการชักประวัติละเอียดตามคู่มือปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช (S-SW-005)

ผู้ป่วยใน

- กรณีผู้ป่วยเรื้อรังไม่มีญาติ หรือมาโรงพยาบาลคนเดียว นักสังคมสงเคราะห์จะทำการติดต่อญาติผู้ป่วยประสานเครือข่ายเพื่อติดตามญาติ หรือการสอบทะเบียนราษฎร
- กรณีผู้ป่วยมีคดี นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการชักประวัติละเอียด ตามคู่มือปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช (S-SW-005)

➤ มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา

- การอนุเคราะห์คำรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยกรณีรักษาโรคทางกาย

➤ มาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยนอก

- ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ญาติ /ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมเกี่ยวกับการติ่มสุรา

ผู้ป่วยใน

- ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย/ญาติ /ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสังคมเกี่ยวกับการติ่มสุรา
- ทำกลุ่มบำบัดทางสังคมโดยใช้ทฤษฎี REBT/ กลุ่มครอบครัวบำบัด โดยนักสังคมสงเคราะห์สังเกตประเมินให้พยาบาลที่คัดคัดเลือกผู้ป่วยเข้าทำกลุ่ม
- การอนุเคราะห์คำรักษาให้กับผู้ป่วยกรณีรักษาโรคทางกาย
- ให้บริการสังคมสงเคราะห์จิตเวช เช่น การติดต่อญาติผู้ป่วยจิตเวช การประสานเครือข่ายเพื่อติดตามญาติ

➤ มาตรการการดูแลระยะยาวหลังการรักษา

- กรณีผู้ป่วยมีปัญหาคำรักษาพยาบาลให้การสงเคราะห์คำรักษาพยาบาลตามคู่มือปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์จิตเวช (S-SW-005)
- ส่งผู้ป่วยกลับภูมิลำเนา กรณีญาติไม่สามารถมารับได้
- กรณีผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่มีญาติ นักสังคมสงเคราะห์ดำเนินการส่งผู้ป่วยเข้าสถานสงเคราะห์
- การเตรียมครอบครัว/ชุมชนก่อนจำหน่ายกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน โดยนักสังคมสงเคราะห์จะทำงานประสานกับทีมสหวิชาชีพและกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
- การเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน กรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน

บทบาทนักกิจกรรมบำบัด

- **มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา**
 - รับส่งต่อปัญหาเป็นรายกรณีที่เป็นต้องได้รับการฟื้นฟู
- **มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ**
 - รับผู้ป่วยอาการทางจิตสงบ ภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับ Mild CIWA – Ar ≤ 7)
 - ประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรม
 - ร่วมวางแผนกับทีมสหวิชาชีพ
 - วางแผนและจัดกลุ่มกิจกรรมเพื่อเสริมศักยภาพและเน้นการฟื้นฟูความบกพร่องที่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุราด้วยทักษะต่างๆ ได้แก่ ทักษะการเคลื่อนไหว (eye-hand coordination) ทักษะการปรับตัวด้านการทำงาน(pre – vocational)ทักษะทางสังคม และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน
 - ประเมินผลและรายงานผลทุกครั้งที่ทำให้การฟื้นฟู พร้อมทั้งติดตามความก้าวหน้าของการฟื้นฟู
- **มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา**
 - ร่วมวางแผนและช่วยเหลือในกรณีที่ต้องใช้ทรัพยากรในชุมชน สร้างโอกาสในการทำงาน

บทบาทนักเทคนิคการแพทย์

1. รับสิ่งส่งตรวจจากผู้เข้ามาใช้บริการเช่นเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ โดยจะทำการตรวจสอบชื่อ นามสกุล HN กับสิ่งส่งตรวจของผู้ป่วยว่าเป็นคนเดียวกันและจะตรวจดูคุณภาพของสิ่งส่งตรวจว่าเหมาะสมสำหรับนำมาทดสอบทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์หรือไม่

2. นำสิ่งส่งตรวจไปทำการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์

3. การรายงานผล จะตรวจสอบความถูกต้องของผลทดสอบทุกครั้งก่อนลงชื่อเพื่อรับรองผลการทดสอบโดยนักเทคนิคการแพทย์ ก่อนรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ

กรณีผลตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ **อยู่ในค่าวิกฤติ** เจ้าหน้าที่จะโทรแจ้งพยาบาล เพื่อรายงานแพทย์ทันที

CRITICAL LAB VALUE

● CHEMISTRY

รายการ Procedure	Low (Less than Value)	High (Greater than Value)
FBS / BS	60 mg/dl	300 mg/dl
Bun	-	30 mg/dl
Creatinine	-	2.0 mg/dl
Sodium	125 mmol/l	150 mmol/l
Potassium	2.5 mmol/l	6.0 mmol/l
Carbon Dioxide	12 mmol/l	38 mmol/l
Chloride	80 mmol/l	120 mmol/l
Lithium	-	1.5 mmol/l
Calcium	6.0 mg/dl	13.5 mg/dl
Magnesium	1.2 mg/dl	5.0 mg/dl
Phosphorus	1.5 mg/dl	10 mg/dl

● HEMATOLOGY

รายการ Procedure	Low (Less than Value)	High (Greater than Value)
Hematocrit	25 %	60 %
WBC count	3,500 cells	15,000 cells
Platelets count	80,000 cells	1,000,000 cells

การให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดย D-M-E-T-H-O-D MODEL

D (Disease)

1. ให้ความรู้เรื่องการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากสุราที่ผู้ป่วยได้รับ เกี่ยวกับโทษ ผลกระทบต่อร่างกายจิตใจเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหา การยอมรับและเข้าใจตนเอง
2. แจ้งชื่อแพทย์ผู้รักษา แนวทางการรักษา และผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการปฏิบัติตามแผนการรักษา

M (Medication)

1. การรับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตามขนาด เวลา ที่แพทย์สั่ง ถ้าลืมเมื่อกี้ได้รับประทานทันที แต่ต้องห่างจากมื้อต่อไป 2 ชั่วโมง.
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ที่ผู้ป่วยได้รับ เช่น
 - Ativan: ใช้เพื่อควบคุมอาการวิตกกังวลให้นอนหลับได้ ฤทธิ์ข้างเคียง เช่น ซึม ง่วง เวียนศีรษะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง เติเนซ
 - Antabuse: ยาเลิกเหล้าเป็นยาบล็อกน้ำย่อยเหล้า คือ ทำให้เหล้าไม่สามารถย่อยถึงที่สุดได้จึงมีสารพิษคั่งค้างในกระแสเลือดมาก
 - ถ้าดื่มเหล้า หรือได้สารที่มีสุราอยู่ เช่น น้ำยาโกนหนวด ยาแก้ไอบางตัว จะเกิดปฏิกิริยาที่เป็นพิษขึ้น คือมีอาการหน้าแดง หายใจขัด คลื่นไส้อาเจียน ใจสั่น ความดันเลือดสูงก่อนแล้วลดลงเกิดภาวะระบบหมุนเวียนโลหิตล้มเหลว อาจถึงแก่ชีวิตได้
3. ไม่ให้นำยาของตนเองไปให้ผู้อื่นรับประทาน แม้จะมีอาการคล้ายกันเพราะอาจเกิดอันตรายได้
4. พุดถึงข้อดีของการรับประทานยา จะทำให้คลายกังวล นอนหลับพักผ่อนได้และไม่รู้สึกลอยากดื่มสุรา อารมณ์แจ่มใส ถ้าไม่รับประทานจะทำให้อาการกำเริบ อาจต้องมาอยู่โรงพยาบาลทำให้ห่างครอบครัว
5. รับประทานยาแล้วมีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด หรือมีอาการกำเริบ ไม่เพิ่มยาเอง หรือ ง่วงนอนมาก รู้สึกไม่สบาย ไม่ลดยาหรือหยุดยาเอง ให้มาพบแพทย์เพื่อปรับยาในเวลาราชการ

E (Environment / Economic)

1. หลีกเลี่ยงการไปสถานที่ ที่เสี่ยงต่อการใช้สุรา ให้ใช้ทักษะการหยุดความคิดและทักษะการปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้มีสติไตร่ตรอง เมื่อรู้สึกอยากดื่ม
2. แนะนำเรื่องสิทธิในการรักษา การทำบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
3. แนะนำการใช้จ่ายอย่างประหยัด การหารายได้เสริม เช่น เลี้ยงเป็ด เลี้ยงไก่ หรืออื่นๆ ที่สามารถทำได้และการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

(Treatment)

1. บอกเป้าหมายในการรักษา เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายได้แต่ต้องใช้ระยะเวลา เป้าหมาย คือให้เลิกดื่มสุราอย่างน้อย 1 ปี และไม่กลับมารักษซ้ำภายใน 90 วัน การรักษา มีการรับประทานยา / ฉีดยา / หรือทั้ง 2 อย่าง
2. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น หงุดหงิด หูแว่ว ภาพหลอน พยายามทำร้ายตนเอง ใช้สารเสพติดซ้ำ นอนไม่หลับ ฯลฯ ควรปฏิบัติดังนี้
 - รับประทานยาต่อ
 - บอกญาติเพื่อให้พาไปรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน หรือมาพบแพทย์ก่อนกำหนดนัดในวันเวลาราชการ และบอกอาการให้แพทย์ทราบ

H (Health)

1. แนะนำการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน
2. แนะนำวิธีคลายเครียดที่เหมาะสม ถ้ารู้สึกไม่สบายใจให้ปรึกษาญาติหรือคนที่ไว้วางใจหรือศูนย์ Hot line หมายเลขโทรศัพท์ 1323 ตลอด 24 ชั่วโมง
3. ถ้าเจ็บป่วยทางกายให้รีบปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สถานบริการใกล้บ้านและนำยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลจิตเวชไปด้วยทุกครั้ง

O (Outpatient Referral)

1. นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดครั้งต่อไป ในวันเวลาราชการ เพื่อแพทย์จะได้ตรวจและปรับการรักษาที่เหมาะสม
2. ถ้าต้องการไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ให้แจ้งแพทย์เมื่อมารับยาครั้งต่อไป
3. เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ด้วยตัวเอง ให้ไปขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชน สถานีอนามัยใกล้บ้าน โรงพยาบาลชุมชนสถานีตำรวจ เพื่อช่วยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล
4. เอกสารบัตรทองที่ต้องนำมาติดต่อโรงพยาบาลทุกครั้ง เช่น เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการใช้สิทธิบัตร บัตรประชาชน บัตรประจำตัวคนไข้ บัตรนัดรับยา หรือหนังสือส่งตัว
5. ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และญาติว่าอาจจะมีบุคลากรสาธารณสุขรับผิดชอบในพื้นที่ของผู้ป่วยไปเยี่ยมบ้านโดยทางโรงพยาบาลจะส่งข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยไปในเขตพื้นที่ ที่อยู่ปัจจุบัน
6. ถามที่อยู่ปัจจุบันที่สามารถติดต่อได้ทุกครั้ง

D (Diet)

1. รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีประโยชน์
2. ดื่มน้ำสะอาด วันละ 6 – 8 แก้ว
3. งดเครื่องดื่มชูกำลัง สุรา บุหรี่ และสารเสพติดทุกชนิด เพราะทำให้การรักษาไม่ได้ผล อาการทางจิตกำเริบ
4. แนะนำอาหารเฉพาะโรค ในรายที่มีโรคประจำตัว

ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator : KPI)

ลำดับ	ร้อยละ
1. ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่ได้รับการคัดกรองและประเมินปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ 80
2. ร้อยละของผู้ติดยาได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย	ร้อยละ 80
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ได้รับการประเมินอาการภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์	ร้อยละ 100
4. ร้อยละของผู้ป่วยแอลกอฮอล์(F10.2ขึ้นไป)ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลังมีคำสั่งรับไว้รักษาในโรงพยาบาล	ร้อยละ 100
5. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงเกิน 3 วัน	ร้อยละ 5
6. ร้อยละของผู้ป่วยที่ไม่เกิดอาการมีอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรง (CIWA น้อยกว่า 15) ภายหลังรับไว้รักษา	ร้อยละ 85
7. ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงสูงได้รับการบำบัดและติดตามไม่กลับไปดื่มซ้ำภายใน 6 เดือน	ร้อยละ 80
8. ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับการประเมินระดับแรงจูงใจ (Stage of Change)	ร้อยละ 80

แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์-CAGE (Cut Annoyed Guilty Eye)

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

หมายเหตุ

ถ้าตอบว่า “ใช่” 1 ครั้งหรือน้อยกว่า หมายความว่า "ไม่มีปัญหาในการดื่มสุรา"

ถ้าตอบว่า “ใช่” 2 ครั้งหรือมากกว่า หมายความว่า "มีปัญหาในการดื่มสุรา"

แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST)

ชื่อ-สกุล..... เพศ () ชาย () หญิง อายุ..... ปี HN.....
 เลขประจำตัวประชาชน..... ที่อยู่..... โทรศัพท์.....
 วันที่ประเมิน..... ผู้ประเมิน..... หน่วยงาน.....
คำชี้แจง คำถามแต่ละข้อจะถามถึงประสบการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สุรา เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ ไวน์ เป็นต้น **ขอให้ตอบตามความเป็นจริงเพื่อประโยชน์ในการให้บริการสุขภาพ**

ข้อคำถาม	คำตอบ					คะแนน
ข้อ 1. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณ เคยดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่ (หรือเคยดื่ม แต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป)	ไม่เคย (<i>ยุติการประเมิน</i>)	เคย				
ข้อ 2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณ ดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0) (<i>ข้ามไปที่ข้อ 6</i>)	ครั้งสองครั้ง (2)	ทุกเดือน (3)	ทุกสัปดาห์ (4)	เกือบทุกวัน (6)	
ข้อ 3. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณเคย รู้สึกอยากดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมาก บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (3)	ทุกเดือน (4)	ทุกสัปดาห์ (5)	เกือบทุกวัน (6)	
ข้อ 4. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้คุณ เกิดปัญหา สุขภาพ ครอบครัว สังคม กฎหมาย หรือ การเงิน บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (4)	ทุกเดือน (5)	ทุกสัปดาห์ (6)	เกือบทุกวัน (7)	
ข้อ 5. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณ ไม่สามารถทำกิจกรรมที่คุณควรจะได้ ตามปกติ เนื่องจากคุณดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ บ่อยเพียงไร	ไม่เคย (0)	ครั้งสองครั้ง (5)	ทุกเดือน (6)	ทุกสัปดาห์ (7)	เกือบทุกวัน (8)	
ข้อ 6. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา เพื่อนฝูงญาติ หรือคนอื่น เคยแสดงความกังวลหรือ ตักเตือนคุณ เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ของคุณ หรือไม่	ไม่เคย (0)	เคย, ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา (6)	เคย, ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา (3)			
ข้อ 7. ตลอดชีวิตที่ผ่านมา คุณ เคย พยายามหยุดหรือลดการดื่ม เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ให้น้อยลง แต่ทำไม่สำเร็จ หรือไม่	ไม่เคย (0)	เคย, ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา (6)	เคย, ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา (3)			
คะแนนรวม						

คำตอบ “ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา”

- “ไม่เคย หมายถึง ไม่เคยเลยในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา”
- “ครั้งสองครั้ง หมายถึง 1-2 ครั้งในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา”
- “ทุกเดือน หมายถึง เฉลี่ย 1-3 ครั้งต่อเดือนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา”
- “ทุกสัปดาห์ หมายถึง 1-4 ครั้งต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา”
- “ทุกวันหรือเกือบทุกวัน หมายถึง 5-7 วันต่อสัปดาห์ในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา”

คำตอบ “ตลอดชีวิตที่ผ่านมา”

- “ไม่เคยเกิดขึ้นเลยในชีวิต”
- “เคยและเกิดขึ้นภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา”
- “เคย แต่เกิดขึ้นก่อนหน้า 3 เดือนนี้”

คำตอบ	รหัสบันทึก	แนวทางการรักษา	รหัสบันทึก
ไม่เคยดื่ม ตลอดชีวิตที่ผ่านมา	1B600	แสดงความชื่นชมที่ไม่ดื่ม และให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม	
เคยดื่มแต่หยุดดื่มมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป	1B601	แสดงความชื่นชมที่สามารถหยุดดื่มได้ และให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม	
ดื่มในช่วง 3 เดือน แต่ไม่ระบุรายละเอียด	1B609	ให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม	
คะแนน 0-10 ดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ หมายถึง การ ดื่มในขณะนี้มีความเสี่ยงต่อการ เกิดปัญหาจากการดื่มสุรา แต่ใน อนาคตหากดื่มมากกว่านี้ มีโอกาส เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจาก การดื่มสุราได้	1B602	การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) 1. การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ 2. การให้ความรู้อันตรายจากการดื่ม 3. การกำหนดเป้าหมาย 4. ให้คำแนะนำการดื่มลดลง	1B610
คะแนน 11-26 ดื่มในระดับเสี่ยงปานกลาง หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลางต่อ สุขภาพและปัญหาอื่นๆ หรืออาจ เริ่มมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้นแล้ว การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องลักษณะ เช่นนี้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ และปัญหาอื่นๆ เพิ่มขึ้นได้ใน อนาคต รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสุรา ได้ โดยเฉพาะในคนที่เคยมีปัญหา จากการดื่มสุราหรือเคยติดสุรามาก่อน	1B603	การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) 1. การให้คำแนะนำแบบสั้น สะท้อนข้อมูลปัญหาและผลกระทบจากการ ดื่ม แสดงความเป็นห่วง แนะนำถึงความจำเป็นในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม สร้างความตระหนัก 2. ประเมินแรงจูงใจ หรือความพร้อมในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับระดับแรงจูงใจ <ul style="list-style-type: none"> ● ขั้นประเมินเฉยหรือไม่สนใจปัญหา: ให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงปัญหาการ ดื่มที่เกิดขึ้น ให้ข้อมูลอันตรายจากการดื่ม ● ขั้นสนใจ: เน้นประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ข้อมูล ปัญหาจากการดื่มและความเสี่ยงหากปล่อยไว้ ชี้ให้เห็นระหว่าง ข้อดีและข้อไม่ดีของการดื่ม ข้อดีและข้อไม่ดีของการหยุดดื่ม ● ขั้นตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: ให้ทางเลือกเป้าหมาย ให้ คำแนะนำ เสริมกำลังใจ ● ขั้นลงมือปรับเปลี่ยน: ทบทวนให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ ติดตาม พฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ● ขั้นกระทำต่อเนื่อง: เสริมกำลังใจ ป้องกันการกลับสู่พฤติกรรมเดิม ● ขั้นย้อนกลับพฤติกรรมเดิม: ให้กำลังใจ ช่วยให้ตั้งหลักได้อีกครั้ง 3. ตั้งเป้าหมาย ในการลด ละ เลิก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4. ติดตามต่อเนื่อง เพื่อติดตามพฤติกรรมการณ์ดื่มในทุกครั้งที่รับบริการ สุขภาพ แก้ไขปัญหาอุปสรรค กำหนดวิธีการแก้ไขที่ชัดเจน	1B611
คะแนนตั้งแต่ 27 ขึ้นไป ดื่มในระดับเสี่ยงสูง หมายถึง บ่งชี้ ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการติดสุรา แล้ว หรือติดสุราแล้ว หรือกำลัง ประสบปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมาย ที่สัมพันธ์กับ การดื่มสุรา	1B604	ให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling) และส่งต่อ (Refer) เพื่อรับ การประเมินและบำบัดแบบเข้มข้นโดยผู้เชี่ยวชาญ	1B612

แผนการพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ 4 ระยะ ตามบทบาทพยาบาล

ปัจจุบันแผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.) ปี2561 มีการแบ่งการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ Integrated Management of Alcohol Intervention program (i-MAP Health) เป็น 4 มาตรการ ที่สอดคล้องกับบทบาทของพยาบาลตามขั้นตอนการพยาบาลการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา จึงนำมาประยุกต์ใช้เพื่อประกอบการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตามระยะการดำเนินของโรคที่พบทางคณะกรรมการ Care Team Alcohol จึงได้นำองค์ความรู้ทางการพยาบาล เขียนแผนการพยาบาล 4 ระยะตามบทบาทหน้าที่มาบูรณาการปรับใช้ในโรงพยาบาล

ลำดับ	บทบาท	เป้าหมาย	งานบริการ
ระยะที่ 1 (Day1)	1.มาตรการการคัดกรอง -การพยาบาลเพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การบำบัดแบบสั้น	เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น	งานบริการผู้ป่วยนอก
ระยะที่ 2 (Day 1 - 5)	2.มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา -การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา(Detoxification)และโรคร่วมทางกาย/ทางจิต	เพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดสุรา โรคทางกายและทางจิตที่พบร่วมในผู้ติดสุรา	งานบริการผู้ป่วยใน
ระยะที่ 3 (Day 6 - 14)	3.มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ -การพยาบาลระยะฟื้นฟู(Rehabilitation)	เพื่อนำเสนอการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลด ละ เลิกดื่ม และนำเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับป่วยซ้ำ อาจพิจารณาการรักษาด้วยยาหากมีความจำเป็น	งานบริการผู้ป่วยใน
ระยะที่ 4 (Day15 – จำหน่าย)	4.มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา -การพยาบาลระยะหลังการรักษา(Aftercare)	เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุรา และติดตามผล	งานบริการผู้ป่วยใน งานบริการจิตสังคม บำบัด งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ชุมชน

เอกสารอ้างอิง ; (แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ,2561)

ลำดับ	บทบาท	เป้าหมาย	งานบริการ
ระยะที่ 1	1.มาตรการการคัดกรอง -การพยาบาลเพื่อคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและให้การบำบัดแบบสั้น	เพื่อค้นหาผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การดูแลรักษาเบื้องต้น กิจกรรม <ol style="list-style-type: none"> 1. การคัดกรองปัญหาการดื่ม (Alcohol Screening) : การคัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์โดยใช้เครื่องมือ CAGE 4 คำถาม (ในกรณีที่ผ่านมาการประเมิน AUDIT ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ปีละ 1 ครั้งแล้ว) 2. การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) : การให้คำแนะนำ (Brief advice) , การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) 3. การประเมินภาวะสุขภาพก่อน admit 3 ด้าน <ul style="list-style-type: none"> -ด้านที่ 1 : ด้านร่างกาย <ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย 2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ CIWA-Ar 3. ส่งตรวจและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ -ด้านที่ 2 : ด้านจิตใจ <ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติ ตรวจสอบสภาพจิต และประเมินอาการทางจิตแทรกซ้อน 2. ประเมินระดับแรงจูงใจ -ด้านที่ 3 : ด้านสังคม <ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติทางสังคม 2. ผู้ดูแลหลัก 3. แนวโน้มการถูกทอดทิ้ง 	งานบริการผู้ป่วยนอก

ลำดับ	บทบาท	เป้าหมาย	งานบริการ
ระยะที่ 2	<p>2.มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา -การพยาบาลระยะถอนพิษสุรา (Detoxification)และโรคร่วมทางกาย/ทางจิต</p>	<p>เพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดสุรา โรคทางกายและทางจิตที่พบร่วมในผู้ติดสุรา</p> <p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินการพยาบาล :ในระยะถอนพิษสุรา (Detoxification) และโรคร่วมทางกาย/ทางจิต สามารถแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> -ด้านที่ 1 : ด้านร่างกาย -ด้านที่ 2 : ด้านจิตใจ -ด้านที่ 3 : ด้านสังคม 2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3. การวางแผนการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> -วางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ - วางแผนให้การรักษาพยาบาลระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยยึดหลัก 4S เฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิก และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมทั้งเฝ้าระวังอาการสับสน หลงลืม เดินเซ จากการขาด Thiamine (Wernicke encephalopathy) <ul style="list-style-type: none"> - วางแผนรายงานแพทย์ในผู้ป่วยรายที่มีประวัติดื่มสุรา แต่ยังไม่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ CIWA-Ar ตั้งแต่ซักประวัติในหอผู้ป่วยหรือระหว่างการรักษาในหอผู้ป่วย ที่มีค่าคะแนน CIWA-Ar ระดับ mild ขึ้นไป - วางแผนรายงานแพทย์ซ้ำเพื่อปรับแผนการรักษากรณีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ไม่ทุเลาในเวลาที่กำหนด 4. กิจกรรมการพยาบาล :ให้การบำบัดรักษาในระยะถอนพิษสุรา (Detoxification) และโรคร่วมทางกาย/ทางจิต 	งานบริการผู้ป่วยใน

ลำดับ	บทบาท	เป้าหมาย	งานบริการ
		<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารับการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ได้รับการประเมินติดตามอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ - ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ - ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับรุนแรงลดลง ภายใน 3 วัน - ผู้ป่วยได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย - ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย - ไม่เกิดอุบัติการณ์ด้านระบบยา ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป - ไม่เกิดอุบัติการณ์ทางคลินิก ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด <p>5. การประเมินผลการพยาบาล : ในระยะถอนพิษสุรา (Detoxification) และโรคร่วมทางกาย/ทางจิต</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการถอนพิษสุรา -ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย -ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโรคร่วมทางกาย -ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิต -ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ 	

ลำดับ	บทบาท	เป้าหมาย	งานบริการ
ระยะที่ 3	3.มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ -การพยาบาลระยะฟื้นฟู(Rehabilitation)	<p>เพื่อเน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อลด ละ เลิกดื่ม และนำเข้าสู่ขบวนการฟื้นฟูทางจิตใจ ป้องกันการกลับป่วยซ้ำ อาจพิจารณาการรักษาด้วยยาหากมีความจำเป็น</p> <p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินการพยาบาล : <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินปัญหาการดื่มสุราอย่างครอบคลุมและโรคจิตร่วม <ul style="list-style-type: none"> -ประเมินปัญหาพฤติกรรมกรรมการดื่ม -ประเมินสถานการณ์เสี่ยงและทักษะในการจัดการปัญหา -ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of change) -ประเมินความเข้มแข็งหรือจุดแข็งในชีวิตและแหล่งสนับสนุนในสังคม -ประเมินโรคจิตร่วมโดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติกลับมาดื่มซ้ำบ่อยๆ 2. การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด (Psychosocial treatment) 3. การรักษาด้วยยา (Pharmacological treatment) 4. การช่วยเหลือด้านครอบครัว 2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3. การวางแผนการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - วางแผนเตรียมความพร้อมเข้าสู่การบำบัดทางจิตสังคมหลังพ้นภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ตามโปรแกรมที่กำหนด 	งานบริการผู้ป่วยใน

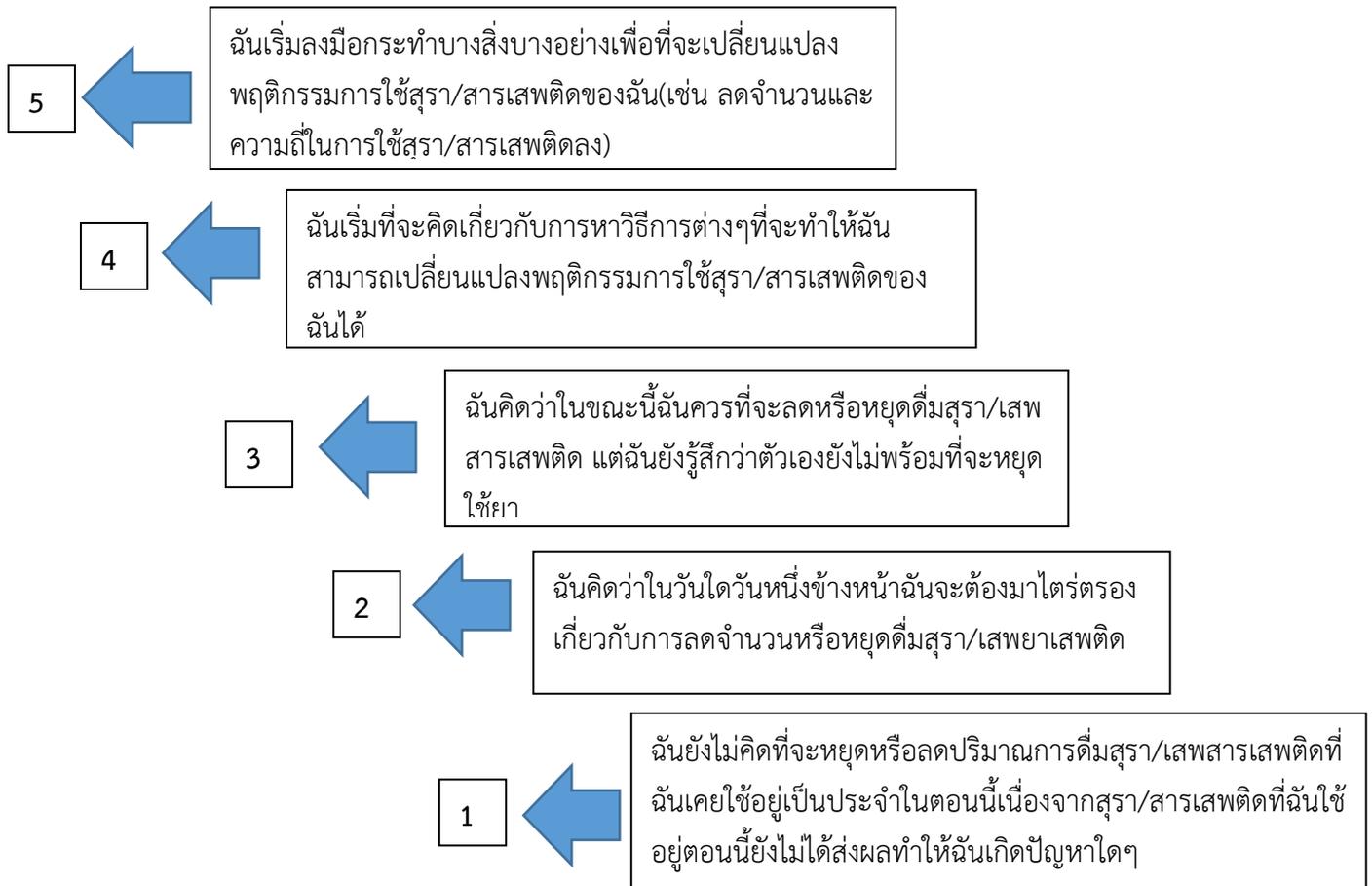
ลำดับ	บทบาท	เป้าหมาย	งานบริการ
		<ul style="list-style-type: none"> - วางแผนการบำบัดทางจิตสังคม ทั้งผู้ป่วยรายใหม่และกรณีที่มีผู้ป่วย ต่อมแอลกอฮอล์ซ้ำหรือมีประวัติขาดยา หรือไม่ยอมรับการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาทางจิตสังคม - วางแผนการบำบัดรักษาโรคร่วมทางจิตเวช และแผนการบำบัด ปัญหายุ่งยากซับซ้อนทางจิตสังคมร่วมกับสาขาวิชาชีพ - ส่งต่อข้อมูลปัญหาทางจิตสังคมให้ทีมและผู้เกี่ยวข้องทราบ และวางแผนประสานข้อมูลแก่ศูนย์เครือข่ายบริการสุขภาพจิต พื้นที่การดูแลเพื่อดูแล ต่อเนื่องในชุมชนกรณีจำหน่าย <p>4. กิจกรรมการพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินแรงจูงใจ (Stage of change) ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ - การสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing-MI) - การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) : การให้คำแนะนำ (Brief advice) , การให้คำปรึกษาแบบสั้น (brief counseling) - กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง ,กลุ่มบำบัดการแก้ไข้ปัญหา , กลุ่มบำบัดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง - เตรียมความพร้อมและเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ ดื่มแอลกอฮอล์ -การให้คำปรึกษาครอบครัว <p>5. การประเมินผลการพยาบาล :</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับแอลกอฮอล์ 	

ลำดับ	บทบาท	เป้าหมาย	งานบริการ
		<p>-ผู้ป่วยมีความตั้งใจที่จะเลิกดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นที่ 3 Preparation</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการเข้ากลุ่มบำบัดตามโปรแกรม</p> <p>-ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้</p>	
<p>ระยะที่ 4</p>	<p>4.มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา -การพยาบาลระยะหลังการรักษา(Aftercare)</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ดื่มสุรา และติดตามผล</p> <p>กิจกรรม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินการพยาบาล : <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินศักยภาพผู้ป่วย และระดับแรงจูงใจ - ประเมินศักยภาพครอบครัว - ประเมินความเสี่ยงในชุมชน 2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล 3. การวางแผนการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - วางแผนการติดตามในชุมชนและดูแลรายกรณีที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน - วางแผนการเข้ากลุ่มบำบัด : กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self help group) - วางแผนการบำบัดฟื้นฟูในชุมชนโดยชุมชน (community action) 4. กิจกรรมการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> - เสริมสร้างแรงจูงใจในการลด ละ เลิกดื่มแอลกอฮอล์ - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามความเหมาะสม - ประสานทีมบำบัดรักษาปัญหาซับซ้อนทางจิตสังคม - เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย - เสริมพลังอำนาจญาติ ให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย 	<p>งานบริการผู้ป่วย งานบริการจิตสังคมบำบัด งานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน</p>

ลำดับ	บทบาท	เป้าหมาย	งานบริการ
		<ul style="list-style-type: none">- ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้าน โดยใช้หลัก D-METHOD Model5. การประเมินผลการพยาบาล<ul style="list-style-type: none">- ผู้ป่วยได้รับการติดตามหลังจำหน่าย- ผู้ป่วยสามารถคงอยู่ในสังคมได้โดยไม่ตีตมสุรา	

แบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

คำชี้แจง : ในแต่ละขั้นบันไดจะหมายถึงความคิดเห็นของท่านซึ่งเป็นความคิดเห็นที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา/สารเสพติดของตนเอง โปรดวงกลมล้อมรอบหมายเลขที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านที่สุดในตอนนี้



1 = ขั้นปฏิเสธ 2 = ขั้นลังเลใจ 3 = ขั้นตัดสินใจ 4 = ขั้นลงมือปฏิบัติ 5 = ขั้นมุ่งมั่น

ชื่อ.....อายุ.....ปี HN.....ตึก.....

วคป.ที่ประเมิน.....

กรณีผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย F10 ให้ปฏิบัติดังนี้

1.กรณีซักประวัติเพิ่มเติมได้ว่าผู้ป่วยมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์เป็นให้คัดกรองปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol screening) 3 คำถาม คัดกรองปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ CAGE (Cut Annoyed Guilty Eye) 4 คำถาม และประเมิน CIWA-Ar และซักประวัติเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์จากผู้ป่วยและญาติทุกราย เช่น

- ระยะเวลาที่ดื่ม
- ระยะเวลาหนักติดต่อกัน
- ชนิดของแอลกอฮอล์
- ปริมาณ
- วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย/เวลา
- ภาวะชกหลังหยุดดื่ม/ประวัติการชก
- ประวัติการรับประทานยาขณะอยู่ที่บ้าน สามารถรับประทานได้หรือไม่ /ประวัติการทรงตัว เซ ล้ม อุบัติเหตุ ขาอ่อนแรง หรือมีไข้
- ประวัติมีอาการง่วง สับสน (ก่อนหรือหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์)

และพยาบาลจะต้องระบุไว้หลังซักประวัติไว้ว่า ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ได้รับข้อมูลจากญาติ **ชัดเจน** หรือ **ไม่ชัดเจน**

2.หลังซักประวัติพบว่ามีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ให้จัดกลุ่มว่าเป็นกลุ่มดื่มแบบการดื่มแบบอันตราย (Harmful use) หรือ การดื่มแบบติด (Alcohol dependence) เพื่อเตรียมข้อมูลประกอบการพิจารณา รายงานแพทย์ให้รับทราบ

3.รายงานให้แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวรให้ทราบ หลังรายงานแพทย์ได้รับคำสั่ง ให้ผู้ป่วย **คัด** **เข้าเกณฑ์ CPG- Alcohol** ปฏิบัติดังนี้

3.1.ประเมิน CIWA-Ar แรกรับ

3.2.เจาะ lab alcohol ประกอบด้วย CBC, Bun, Cr, Electrolyte, FBS, Liver function test ,Calcium , Phosphorus , Magnesium

3.3.ประเมิน CIWA-Ar ต่อเนื่องตาม CPG- Alcohol

4.ในกรณีที่**ยังไม่เข้าเกณฑ์ CPG- Alcohol** ปฏิบัติดังนี้

4.1. 1.ประเมิน CIWA-Ar ตามแนวปฏิบัติของ CPG- Alcohol จนสิ้นสุดระยะเวลาตามกำหนด ดังนี้

-ใน 72 ชั่วโมงแรก ประเมิน CIWA-Ar ทุก 4 ชั่วโมง

-หลัง 72 ชั่วโมง หากค่าคะแนน CIWA-Ar อยู่ในระดับ 1-7 คะแนน มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ระดับเล็กน้อย หรือไม่มีอาการเหงื่อออก มือสั่น กระสับกระส่าย สับสน ประเมินทุก 8 ชั่วโมง ต่อเนื่อง 48 ชั่วโมง

4.2.เมื่ออยู่ในช่วงการประเมิน CIWA-Ar ถ้าผู้ป่วยเริ่มมีอาการง่วง สับสน เหงื่อออก วิดก กังวล หรืออาการอื่นเปลี่ยนแปลง คะแนน CIWA-Ar มากกว่าหรือเท่ากับ 8 (ระดับปานกลาง) มีอาการกระสับกระส่าย สับสนที่อาจเกิดจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ควรรายงานแพทย์ซ้ำอีกครั้ง เพื่อประกอบการพิจารณาปรับแผนการรักษา และประเมินอาการต่อเนื่องตามแนวปฏิบัติของ CPG Alcohol

ภาคผนวก

ภาคผนวก

- 1.แบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version :CIWA-Ar)
- 2.แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Cut Annoyed Guilty Eye :CAGE)
- 3.แบบคัดกรองประสบการณ์ในการใช้ยาสูบ สุรา และสารเสพติดตัวอื่นๆ (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test :ASSIST)
- 4.standing order for Alcohol withdrawal symptoms
- 5.แผนการพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ 4 ระยะ ตามบทบาทพยาบาล
- 6.แบบประเมินขั้นบันไดของแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 7.กรณีผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วย F10

-

คณะผู้จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาในการดื่มแอลกอฮอล์

ที่ปรึกษา

1. นายแพทย์ณัฐกร	จำปาทอง	ผู้อำนวยการฯ
2. แพทย์หญิงนันทน์ภัสร์ สุขสุวรรณนท์		นายแพทย์ชำนาญการ
3. นายอัครเดช	กลิ่นพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ
4. นางสาวลี	เปาโรหิตย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
บรรณาธิการ	นายแพทย์ธวัชวัฒน์ ชูราษี	นายแพทย์ปฏิบัติการ

คณะทำงาน

1. นางอารีย์	ศรีโพธิ์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
2. นางทัศนีย์	ศิริมุกดากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
3. นายนิมิต	แก้วอาจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
4. นางประกายดาว	โฉมโสภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
5. นางสาวโรชา	รัตนานพ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
6. นางจารุรัตน์	คำชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
7. นางบุปผา	รุ่งเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
8. นางสาวปาริธันท์	รัตนวิศิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
9. นางพิสมัย	บัวคำทุม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
10. นางบัวเงิน	วงศ์คำพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
11. นางอาบบุญ	แดงวิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
12. นางสาวสายชล	ยุบลพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
13. นางนวลลักษณ์	เลาหพันธ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
14. นางสาวปณิตตา	จักรโนวรรณ	นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ
15. นางสาวนุช	คำภักดี	นักจิตวิทยาชำนาญการ
16. นายสุริยา	ศิริสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
17. นางสาวสิริรัตน์	ปิยะภัทรกุล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
18. นางจินตนา	วิวัฒน์เกษมสุข	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
19. นายภาณุรัตน์	ศรีมงคล	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
20. นางพิมพ์พิรุณ	จำปาน้อย	โภชนากรชำนาญาน
21. นางสาวสุภาวดี	ตีการกระทำ	นักเทคนิคการแพทย์ปฏิบัติการ
22. นางสาวชนาภรณ์	บุตรบุรี	เภสัชกรปฏิบัติการ