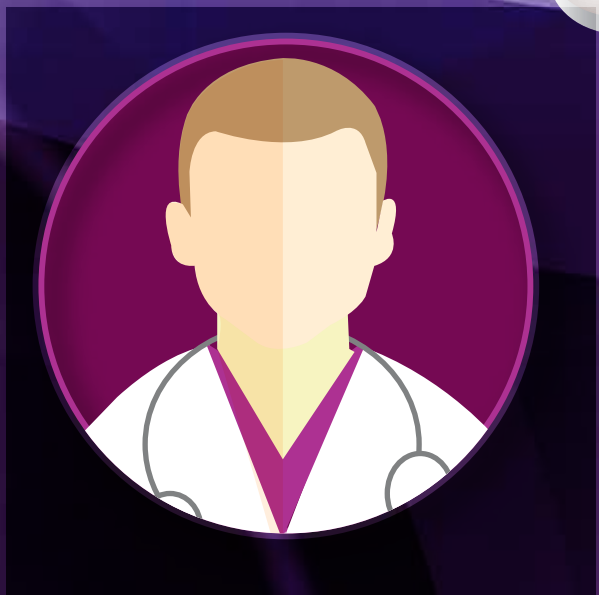


หลักสูตร

การให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีน ที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับแพทย์ทั่วไป



หลักสูตร

**การให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีน
ที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับแพทย์ทั่วไป**

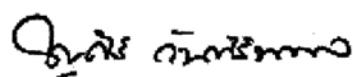


คำนำ

นโยบายของคณะกรรมการรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) และรัฐบาลปัจจุบัน จัดให้ปัญหายาเสพติดเป็นวาระแห่งชาติ เนื่องจากปัญหาการติ่มสุราและการแพร่ระบาดของสารเสพติดมีปริมาณสูงและส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจรอบแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ปี พ.ศ. 2559 (ศอ.ปส. ที่ 8/2558 วันที่ 30 ก.ย.58) ในแผนปฏิบัติการที่ 2 แผนบำบัดยาเสพติด เป้าหมายนำผู้เสพผู้ติดยาเข้าบำบัด 220,000 คนและติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านบำบัด 235,000 คน โดยแบ่งเป็น 3 ระบบได้แก่ ระบบสมัครใจ, ระบบบังคับบำบัด และระบบต้องโทษ รวมถึงการพัฒนาระบบบริหารจัดการบำบัดรักษาทุกระบบ (จัดตั้งศูนย์คัดกรอง-ศูนย์ประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัด-กฎหมายบำบัดและระบบฐานข้อมูล) และแผนงานติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูฯ จำนวน 235,000 คน

จากสถิติขององค์การอนามัยโลกพบความชุกของผู้มีปัญหาจากการติ่มสุราสูงถึงร้อยละ 10.9 แต่พบว่ากลุ่มเป้าหมายยังไม่ได้รับบริการถึงร้อยละ 97.7 (WHO, 2004) ดังนั้นทั้งปัญหายาเสพติดหรือแม้กระทั่งสารเสพติดหากผู้ป่วยไม่ได้เข้ารับการรักษา จึงทำให้เกิดปัญหาทางจิตเวชฉุกเฉินได้บ่อยครั้งขึ้น เช่น ภาวะก้าวร้าว หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง ฆ่าตัวตาย และทำร้ายผู้อื่น ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการทางจิตที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ติ่มสุรา/ผู้เสพยาเสพติด ครอบครัวและชุมชน การให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องและรวดเร็วจะช่วยลดอัตราการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินของผู้ติ่มสุรา/ผู้เสพยาเสพติดและเกี่ยวข้องได้เมื่ออาการทางจิตทุเลาแล้ว การบำบัดสุรา/ยาเสพติดและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพเพื่อป้องกันการกลับไปติ่มสุรา/เสพยาซ้ำ เป็นบริการที่จำเป็นซึ่งสถานบริการสาธารณสุขต้องจัดบริการให้แก่ผู้ติ่มสุรา/ผู้เสพยาเสพติดทุกคนตามนโยบายของรัฐบาลรวมถึงการติดตามอัตราการหยุดเสพยาหลังการบำบัดเพื่อประเมินประสิทธิผลการบำบัด

คณะทำงานด้านการเฝ้าระวังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุราและเสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิต กรมสุขภาพจิต รับผิดชอบงานสุราและสารเสพติดในระบบสุขภาพตระหนักถึงอันตรายและภาระของครอบครัวและชุมชนที่ผู้ติ่มสุรา/ผู้เสพยาเสพติดมีปัญหาทางจิตเวช จึงจัดทำหลักสูตรครู ก เรื่องสุราและยาเสพติด เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการจัดการบริการด้านการบำบัดรักษา ผู้มีปัญหาการติ่มสุราและเสพยาเสพติดที่มีอาการทางจิตต่อไป



แพทย์หญิงบุญศิริ จันศิริมงคล

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์

ประธานคณะทำงานฯ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
หลักสูตรการอบรมการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีนสำหรับแพทย์ทั่วไป	1
บทที่ 1 ทศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน	5
บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ	7
บทที่ 3 แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และการรักษาที่เหมาะสม	25
บทที่ 4 การประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้มีปัญหาอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีน การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม	30
หลักสูตรการให้บริการผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับแพทย์ทั่วไป	51
บทที่ 1 ทศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช	54
บทที่ 2 ความรู้เรื่องโรคกลไกการออกฤทธิ์ของสุราและผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และกระบวนการดูแล	56
บทที่ 3 แนวทางการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวชและวินิจฉัยโรคร่วมทางกาย	66
บทที่ 4 การประเมินภาวะถอนพิษสุรา การรักษาและการส่งต่ออย่างเหมาะสม	87
ภาคผนวก	107
• แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและภาวะฆ่าตัวตาย 2Q, 9Q, 8Q	108
• แบบคัดกรองภาวะโรคจิต	110
• แบบประเมิน Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	111
• แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (AWS)	115

• แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.สธ.) V2	116
• ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ฉบับที่ 108/57	118
• Flow กระบวนการระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต	121
• Flow กระบวนการระบบบริการ Psychotic Due to Substance; Amphetamine Psychosis	122
• Flow กระบวนการระบบบริการ Alcohol Related Disorders	123
• Flow แนวทางการรักษาด้วยยา	124
• แบบประเมินภาพรวมคู่มือสำหรับผู้อบรม	130
• แบบประเมินความพึงพอใจ	132
• รายชื่อคณะทำงาน	138
• แต่งตั้งคณะทำงานด้านการเฝ้าระวังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มีปัญหาการดื่มสุราและสารเสพติดที่มีอาการทางจิต กรมสุขภาพจิต	140

หลักสูตรการอบรม
การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับ
การใช้สารกระตุ้นประสาท
กลุ่มแอมเฟตามีนสำหรับแพทย์ทั่วไป



หลักสูตรการอบรม

การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีนสำหรับแพทย์ทั่วไป

เวลา 120 นาที

วัตถุประสงค์

เมื่อสิ้นสุดแผนการสอนแล้ว ผู้เข้าอบรมสามารถ

1. ปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
2. มีความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ ของสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ
3. ทราบแนวทางการวินิจฉัยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและการรักษาที่เหมาะสม
4. มีทักษะการประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้มีปัญหาอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม

เนื้อหา

1. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน
2. ความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ
3. แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและการรักษาที่เหมาะสม
4. การประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้มีปัญหาอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม

รูปแบบการสอน

กิจกรรม อภิปราย บรรยายและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน เรื่อง
 - ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
 - ความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ
 - แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และการรักษาที่เหมาะสม

- การประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้มีปัญหาอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม

2. Power Point Presentation เรื่อง

- ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
- ความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ
- แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและการรักษาที่เหมาะสม
- การประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้มีปัญหาอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม

หลักสูตรการอบรมการให้บริการ ผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้ สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับแพทย์ทั่วไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
2. เพื่อสร้างความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ
3. เพื่อให้รู้แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและการรักษาที่เหมาะสม
4. เพื่อให้มีทักษะในการประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้มีปัญหาอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนให้การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
2. เพื่อสร้างความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ
3. เพื่อให้รู้แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและการรักษาที่เหมาะสม
4. เพื่อให้มีทักษะในการประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้มีปัญหาอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนให้การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม

เนื้อหาบทเรียน

1. เพื่อปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน	15 นาที
2. เพื่อสร้างความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ	35 นาที
3. เพื่อให้รู้แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและการรักษาที่เหมาะสม	30 นาที
4. เพื่อให้มีทักษะในการประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้มีปัญหาอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนให้การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม	40 นาที

เนื้อหาบทเรียน

1. เพื่อปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (15 นาที)
2. เพื่อสร้างความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ (35 นาที)
3. เพื่อให้รู้แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนและการรักษาที่เหมาะสม (30 นาที)
4. เพื่อให้มีทักษะในการประเมินภาวะฉุกเฉินของผู้มีปัญหาอาการทางจิตจากสารกระตุ้นประสาท กลุ่มแอมเฟตามีนให้การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม (40 นาที)

บทที่ 1
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต
ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาท
กลุ่มแอมเฟตามีน



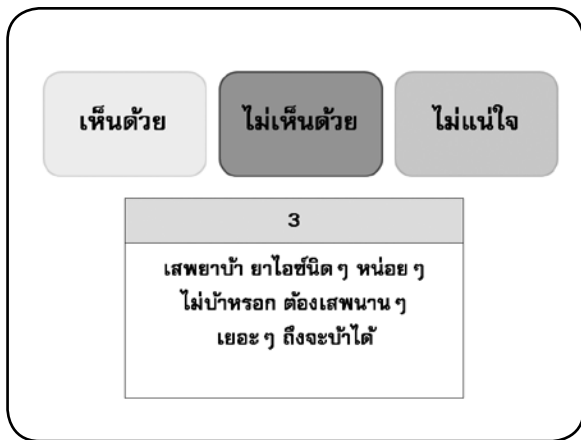
ข้อความที่ 1: คนติดยาบ้า ไม่มีทางรักษาหายหรอก

แม้ว่าการเสพติดสารเสพติดชนิดใดก็ตาม อาจจะไม่สามารถเลิกหรือหยุดได้โดยง่าย แต่ไม่ได้หมายความว่าหมดหนทางในการช่วยเหลือ การให้การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจะช่วยให้ผู้เสพติดสามารถหยุดการใช้สารเสพติดได้ และมีคนที่เสพยาบ้าหรือติดยาบ้าในช่วงวัยรุ่นจำนวนมากที่สามารถเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบและหยุดการใช้สารเสพติดได้



ข้อความที่ 2: เสพยาไอซ์น่าจะดีกว่าเสพยาบ้า

ถึงแม้ว่ายาไอซ์จะเป็นสารกลุ่มแอมเฟตามีนที่บริสุทธิ์กว่ายาบ้า และมีราคาแพงกว่า ทำให้อาจรู้สึกได้ว่าของแพงกว่าน่าจะดีกว่าถูก แต่พบว่าจากความบริสุทธิ์ของไอซ์ ทำให้เกิดฤทธิ์ที่ค่อนข้างรุนแรง และเนื่องจากข้างเคียงน้อยกว่าทำให้เสพยาในปริมาณมาก พบว่าผู้เสพยาไอซ์เกิดอาการโรคจิตได้บ่อยและรุนแรงกว่า และหลังหยุดเสพยาแล้วมีอาการขาดยาและอยากยาที่รุนแรงมากกว่ายาบ้าอีกด้วย



ข้อความที่ 3: เสพยาบ้า ยาไอซ์นิดๆ หน่อยๆ ไม่บ้าหรอก
ต้องเสพนานๆ เยอะๆ ถึงจะบ้าได้

แม้ว่าผู้ที่เสพยากระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนที่เสพนานาน และเสพปริมาณมากจะมีโอกาสที่จะเกิดอาการโรคจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอนได้มากและเป็นเรื้อรังแล้ว ผู้ที่เพิ่งเสพครั้งแรก หรือเสพปริมาณไม่มากก็มีโอกาสเกิดอาการโรคจิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การตอบสนองหรือความไวในการเกิดของแต่ละคน กรรมพันธุ์ในครอบครัว เพศ วัย ฯลฯ

ทัศนคติของสังคม

อคตินี้เป็นของกลุ่มมนุษย์ ผู้คิดสุรายาเสพติด ต้องทำตัวทำใจให้ได้ ปรับตัวเองให้เข้ากับ สภาพแวดล้อมให้ได้

- สังคมมีส่วนในการรักษาเป็นอย่างมาก
- ในขณะที่บางส่วนยังมีอคติ มองว่า หากเป็นคนติดยา พลาดไปแล้วจะมี トラบาไปตลอดชีวิต
- มองว่าเป็นคนด้อยคุณภาพ อ่อนแอ ไม่น่าเชื่อถือ
- ไม่ให้โอกาสแก่คนที่หลุดได้แล้ว ซ้ำเติมให้เขาประชดสังคม

ทัศนคติของสังคม

สังคมมีส่วนในการรักษาเป็นอย่างมาก บางส่วนยังมีอคติ มองว่าหากเป็นคนติดยาพลาดไปแล้วจะมี トラบาไปตลอดชีวิต เป็นคนด้อยคุณภาพ อ่อนแอ ไม่น่าเชื่อถือ ไม่ให้โอกาสแก่คนที่ หลุดได้แล้วซ้ำเติมให้เขาประชดสังคม ในทางกลับกันอคตินี้เป็น ของกลุ่มมนุษย์ เรามีส่วนช่วยให้กำลังใจผู้ติดสารเสพติดว่าต้อง ทำตัวทำใจให้ได้ ปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และ การตั้งใจกระทำและพิสูจน์ตัวเอง จึงจะหลุดพ้นจากอคติ เหล่านี้ได้

ทัศนคติ (ที่เป็นบวก) ของผู้ทำงาน

ผู้ติดสุรายาเสพติดก็คือมนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง ต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตัวเองเมื่อเผชิญปัญหาชีวิต เช่นเดียวกับคนทั่วๆ ไป

ถ้ามองว่าการติดยาเป็นปัญหาหนึ่ง ก็สามารถมองอย่างเท่าเทียมได้กับปัญหาอื่น ๆ

การดูแลมุ่งเน้นไปที่การช่วยเหลือบุคคลในฐานะเป็นคน มิใช่เน้นการรักษาให้เลิกยาเสพติดเพียงอย่างเดียว

ทัศนคติของผู้ทำงาน

ในเหตุการณ์ต่างๆ แต่ละคนแปลความหมาย ความรู้สึก และทัศนคติที่แตกต่างกันได้หลายมุมมองที่สำคัญต้องตระหนัก ว่าทัศนคติของเรามีผลต่อพฤติกรรมบริการในการให้การดูแล บัรักษาผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ผู้ติดสารเสพติดก็คือ มนุษย์ปุถุชนคนหนึ่ง ต้องการปรับเปลี่ยนพัฒนาตัวเองเมื่อ เผชิญปัญหาชีวิตเช่นเดียวกับคนทั่วๆ ไป หากมองว่าการติดยา เป็นปัญหาหนึ่ง ก็สามารถมองเทียบได้กับปัญหาอื่นๆ การดูแล มุ่งเน้นไปที่การช่วยเหลือบุคคลในฐานะเป็นคน มิใช่เน้นให้เลิก สารเสพติดเพียงอย่างเดียว

บทที่ 2

ความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ ของสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน และผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ

ทำไมคนเราถึงเสพติด

อภิปรายแลกเปลี่ยน

- ต้องการความสุข (Sensation Seeking) FUN
- ต้องการคลายทุกข์ (Self Medication) FORGET
- ช่วยการทำงาน ไม่ง่วง ขยัน FUNCTIONAL
- เคยชินทุก ๆ กิจกรรม สุขหรือทุกข์ก็ระลึกรถึงยาเสพติด

HABIT FORMING

สุดท้ายคือ ต้องใช้ทั้ง ๆ ที่ใช้แล้วสุขน้อยลง
อยากเลิกก็เลิกไม่สำเร็จ เกิดโรคสมองติดยา (Craving)

ทำไมคนเราจึงเสพติด

คนเราใช้สารเสพติดด้วยเหตุผล 4 ประการ คือ

1. ต้องการความสุข FUN (Sensation Seeking) เช่น
ฉลองวันเกิดก็ดื่มเหล้า อยากสนุกกับเพื่อนๆ ก็เสพยาบ้า
ยาไอซ์ ยาไอซ์
2. ต้องการคลายทุกข์ (Self Medication) FORGET เช่น
กลุ่มใจ เสียใจ ออกหัก สอบตก ดื่มเหล้า เมากัญชา
ให้ลืมๆ ไป
3. ช่วยการทำงาน ไม่ง่วง ขยัน FUNCTIONAL ตัวอย่าง
คนขับรถทางไกลแต่ก่อนชอบใช้ยาบ้าเป็นยากระตุ้นไม่ให้
ง่วง หญิงบริการใช้ยาไอซ์เพื่อจะได้สนุกมีอารมณ์ทางเพศให้
บริการแขกได้
4. HABIT FORMING เคยชิน ทุกๆ กิจกรรม สุขหรือทุกข์ก็
ระลึกรถึงยาเสพติด อย่างไรก็ตามเมื่อเขาใช้สารด้วยเหตุผล
ใดก็ตามเป็นประจำ ซึ่งเป็นลักษณะของโรคสมองติดยา
ต้องใช้ทั้งๆ ที่ใช้แล้วสุขน้อยลง อยากเลิกก็เลิกไม่สำเร็จ
เกิดโรคสมองติดยา

ทำไมคนเราจึงติดสารเสพติด ??

ปัจจัยของการเสพติด

- มีตัวยาหรือสารเสพติด
ให้ใช้
- ตัวคน หรือผู้ใช้ อยาก
เสพ/ติด
- สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม
ชักจูง/ผลักดัน

ขั้นตอนของการเสพติด

- เริ่มทดลอง อยากรู้ อยากเห็น
(Experiment and First-time use)
- ใช้เป็นครั้งคราว (Occasional use)
- ใช้สม่ำเสมอ ใช้อย่างพร่ำเพรื่อ
(Regular use)
- เกิดภาวะพึ่งพา/ยาเสพติด
(Dependence)

ทำไมคนเราจึงติดสารเสพติด

ปัจจัยการติดสารเสพติด

เกี่ยวกับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่

1. มีตัวยาหรือสารเสพติดให้ใช้สารนั้นมีฤทธิ์สารเสพติด
ถ้าสารนั้นไม่มีฤทธิ์เสพติด ถึงเราจะใช้เป็นประจำก็ไม่ติด
2. ตัวคนหรือผู้ใช้อยากเสพ/ติด คนบางคนมีลักษณะส่วน
บุคคลที่ทำให้เสพติดได้ง่าย เช่น พันธุกรรม มีบุคลิกภาพ
ที่ชักจูงให้พึ่งพิงหรือติดยา คนบางคนอาจจะเคยลองใช้
3. สภาพสังคม สิ่งแวดล้อม ชักจูง/ผลักดันให้คนที่อยู่ในนั้น
ติดสารได้ง่าย เช่น อยู่ในที่ๆ หาสารเสพติดได้ง่าย

ในแต่ละมูม (สาร สิ่งแวดล้อม และตัวบุคคล) ปัจจัยต่างๆ เช่น อารมณ์ แรงกดดันจากเพื่อน วิธีใช้สารจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและสถานการณ์ บางปัจจัยอาจจะเป็นส่วนประกอบทั้งสองด้าน เช่น การมีโอกาสดวงหาสารได้ง่าย อาจจะเป็นส่วนของสิ่งแวดล้อมหรือมองในด้านของตัวสารเองก็ได้ สิ่งสำคัญ คือ เราต้องมองทุกด้านร่วมกันเพราะมันต่างมีผลให้เกิดการใช้สารเสพติด

ขั้นตอนของการเสพติด

เวลาที่คนใช้สารเสพติด ไม่ใช่ใช้แล้วจะติดทันที มักจะผ่านขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- เริ่มทดลอง อยากรู้ อยากเห็น (Experiment and First-time Use)
- ใช้เป็นครั้งคราว (Occasional Use)
- ใช้สม่ำเสมอ ใช้อย่างพร่ำเพรื่อ (Regular Use)
- เกิดภาวะพึ่งพาสุราเสพติด (Dependence)

ทำไมผู้เสพ/ติด จึงไม่สามารถหยุดเสพได้

- สุรา และ สารเสพติดต่าง ๆ สามารถเข้าครอบงำระบบสร้างความภูมิใจ และ ความปิติยินดี
- การเสพติด เป็นโรคของสมอง
- การเสพซ้ำ เป็นอาการส่วนหนึ่งของโรคนี้ ไม่ใช่เป็นความล้มเหลวเสมอไป
- ความอยาก (CRAVING) เป็นปฏิกิริยาที่เกิดจากการถูกกระตุ้นด้วย ตัวชนวน (TRIGGER)

ทำไมผู้เสพ/ติดจึงไม่สามารถหยุดเสพได้

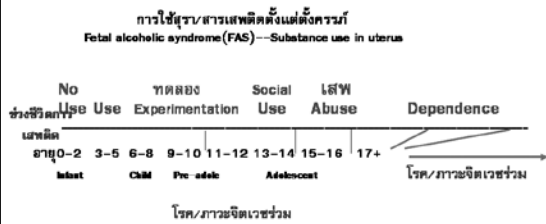
ด้วยแนวคิดเรื่องสมองติดยาในผู้ที่ติดสารเสพติดแล้ว สารเสพติดได้เข้าไปครอบงำชีวิตจิตใจของเขาทั้งหมด

ความรู้สึกทางบวกต่างๆ ของเขา เช่น ความปิติยินดี ความสุข ความภูมิใจจะเกิดขึ้นได้จากการใช้สารเสพติดเท่านั้น ไม่สามารถเกิดจากพฤติกรรมอื่นๆ ได้ ทั้งนี้เพราะโรคติดยาจัดเป็นโรคของสมองชนิดหนึ่ง เหมือนกับโรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม หรือโรคอื่นๆ

การที่ผู้ป่วยที่เรารักษาให้หยุดเสพแล้วเขากลับมาเสพใหม่อีก ไม่ถือว่าเป็นความล้มเหลวทั้งของผู้รักษาและผู้ป่วย เพราะการกลับมาเสพติดซ้ำจัดว่าเป็นอาการหนึ่งของโรคนี้

ความรู้สึกอยากเสพเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ติดได้รับสิ่งกระตุ้น ซึ่งอาจจะเป็นเข็มอุปกรณ์ฉีดยา สถานที่หรือบุคคลที่เคยใช้สารฯ ด้วย เป็นต้น โดยจะไปกระตุ้นสมองด้านความจำ ทำให้จดจำความรู้สึกตอนได้รับสารเข้าไปในขณะนั้นหวนคืนมาส่งผลให้เกิดความต้องการใช้สารเสพติดอย่างรุนแรงได้อีก

ลักษณะและรูปแบบการเสพติดที่มักเกิดขึ้น ในผู้เสพติดส่วนใหญ่



ลักษณะโรควิตกกังวลในผู้เสพติด

ลักษณะการใช้สารเสพติด

ผู้เสพติดใหม่จะเริ่มทดลองใช้สารเสพติดตั้งแต่อายุยังน้อย ประมาณ 11-12 ปี และเริ่มเสพยามากขึ้นในอายุ 17 ปี ดังนั้น ผู้เสพติดตั้งแต่อายุยังน้อยจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคทางจิตเวช ที่มีอุบัติการณ์การเกิดได้ตั้งแต่วัยเด็กปรากฏได้รวดเร็วชัดเจนยิ่งขึ้น

การแบ่งประเภทสารเสพติดตามผลต่อจิตประสาท

สารเสพติดที่เปลี่ยนแปลง...



การจำแนกตามผลต่อจิตประสาท

ที่มีต่ออารมณ์ พฤติกรรม และความคิด สามารถแบ่งเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ยาเสพติดประเภทกดประสาท
2. ยาเสพติดประเภทกระตุ้นประสาท
3. ยาเสพติดประเภทหลอนประสาท
4. ยาเสพติดประเภทออกฤทธิ์ผสมผสาน คือ ทั้งกระตุ้น กด และหลอนประสาทร่วมกัน

ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับฤทธิ์ของยาเสพติดที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง

ผลของสารเสพติดต่อจิตประสาท



ส่วนผลของสารเสพติดต่อจิตประสาทรุนแรงมาน้อย นอกจากจะขึ้นกับประเภทของสารเสพติดที่ใช้แล้ว ยังขึ้นกับ ปริมาณที่ใช้ ความเข้มข้นของสารเสพติดที่ใช้ และวิธีการใช้ อีกด้วย



สารกดประสาท

สารเสพติดประเภทกดประสาทออกฤทธิ์ที่ประสาทส่วนกลาง ทำให้สมองสั่งการช้าลง ถ้าใช้ในปริมาณไม่มาก ผู้ใช้จะรู้สึกง่วงซึม การทำงานประสานระหว่างระบบกล้ามเนื้อต่างๆ ในร่างกายช้าลง ถ้าใช้ในปริมาณมาก ผู้ใช้จะหายใจแผ่วลงจนอาจหมดสติได้



สารหลอนประสาท

ยาเสพติดที่หลอนประสาทจะมีผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง โดยเปลี่ยนสารในสมองให้เกิดเสียง ภาพลวงตา กลิ่นสัมผัสที่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงๆ เห็นภาพหลอน หูแว่ว การได้กลิ่น และการรับสัมผัสผิดปกติ ถ้าเสพในปริมาณไม่มากทำให้เกิดความเพ้อเลิน รับรู้ภาพ และเสียงชัดเจน เห็นสีสดใส ฟังเพลงแล้วรู้สึกไพเราะ ถ้าเสพในปริมาณมากผู้เสพจะเกิดอาการหลอน



สารออกฤทธิ์ผสมผสาน

เป็นการออกฤทธิ์ที่มีทั้งกระตุ้นประสาท กดประสาท และ หลอนประสาท

ตัวอย่างสารเสพติดกลุ่มออกฤทธิ์ผสมผสาน เช่น กัญชา

อาการ: หวาดระแวง สับสน ภาพลวงตา ควบคุมตัวเองไม่ได้

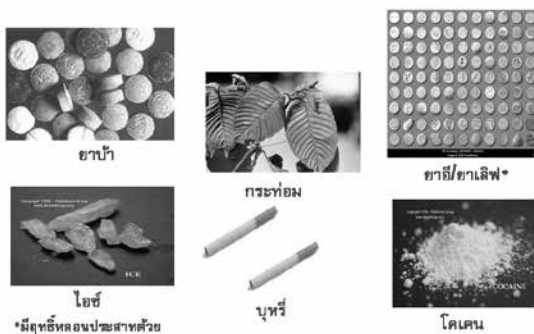
สารกระตุ้นประสาท ออกฤทธิ์กระตุ้นให้สมองตื่นตัว



สารกระตุ้นประสาท

สารกระตุ้นประสาทออกฤทธิ์กระตุ้นให้สมองตื่นตัว ถ้าใช้ในปริมาณไม่มาก จะทำให้อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้น ตื่นตระหนก กระสับกระส่าย หัวใจเต้นเร็วมาก หวาดระแวง หูแว่ว และหัวใจวายได้

สารกระตุ้นประสาท



สารกระตุ้นประสาทที่พบในประเทศไทยได้บ่อย ได้แก่

1. ยาบ้า เป็นสารเสพติดที่มีการระบาดอย่างหนักในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จนรัฐบาลต้องมีประกาศมาตรการสงครามยาเสพติดขึ้น สารประเภทนี้แพร่ระบาดอยู่ 3 รูปแบบด้วยกัน คือ แอมเฟตามีนซัลเฟต (Amphetamine Sulfate) เมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) และเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ (Methamphetamine Hydrochloride) ซึ่งจากผลการตรวจพิสูจน์ยาบ้าปัจจุบันที่พบอยู่ในประเทศไทย มักพบว่าเกือบทั้งหมดมีเมทแอมเฟตามีนไฮโดรคลอไรด์ผสม
2. ยาไอซ์ เป็นเมทแอมเฟตามีนที่มีความบริสุทธิ์สูง มีลักษณะเป็นผลึกหรือผงสีขาว สามารถสูบไอระเหยผ่านการเผาบนฟรอยด์
3. โคเคน เป็นสารเสพติดที่สกัดจากใบโคคา เป็นพืชพื้นเมืองในแถบอเมริกาใต้ มีการระบาดมากในประเทศแถบตะวันตก
4. ยาอี หรือ Methylendioxyamphetamine (MDMA) หรือ Ecstasy เป็นสารสังเคราะห์ที่มีลักษณะโครงสร้างคล้ายแอมเฟตามีน ออกฤทธิ์ทั้งกระตุ้นประสาทและหลอนประสาท
5. กระท่อม เป็นไม้ยืนต้นขนาดกลาง ใบหนาทึบ คล้ายใบกระดังงา หรือใบฝรั่ง ส่วนของกระท่อมที่นำมาใช้เป็นสารเสพติดคือ ส่วนใบ ใช้เสพโดยการชงดื่ม (Tea) การสูบ (Smoking) การเคี้ยว (Chewing) พบมากในประเทศมาเลเซีย และทางใต้ของไทย สารสำคัญที่พบในใบกระท่อมคือ Mitragynine มีฤทธิ์ทำให้รู้สึกชา กดความรู้สึกเมื่อยล้าขณะทำงานทำให้สามารถทำงานได้นานและทนมากขึ้น และทนต่อความร้อนมากขึ้น

เมทแอมเฟตามีนกระตุ้นการหลั่งสารโดปามีน

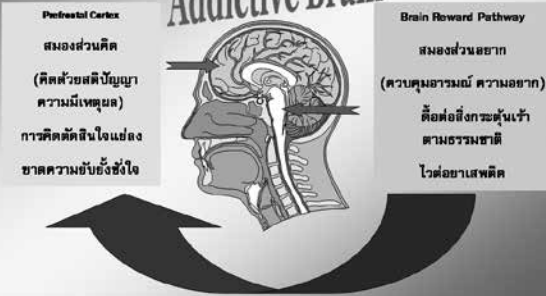


กระตุ้นการหลั่งสารสื่อประสาท
ในสมอง ที่เรียกว่า Dopamine
ที่สมองส่วน Mesolimbic

ทำให้เกิดผลที่พอใจเสมือนได้รับ
รางวัล (Rewarding effect)
เกิดการกระตุ้นให้แสวงหา
และกลับไปใช้แอมเฟตามีนอีก

สาเหตุที่ทำให้คนเสพติดกระตุ้นกลุ่มเมทแอมเฟตามีน มีความสุข
เนื่องจากการใช้สารแอมเฟตามีนออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท
โดยเฉพาะสมองในส่วนของระบบประสาทส่วนกลางที่มีหน้าที่
ควบคุมความพอใจ ด้วยการไปกระตุ้นให้มีการหลั่งสารสื่อประสาท
ที่เรียกว่า โดปามีน (Dopamine) ให้ออกจากปมประสาท
มากขึ้น ทำให้เกิดความพอใจเหมือนได้รับรางวัล เกิดการกระตุ้น
ให้แสวงหาและกลับไปใช้อีก

โรคสมองติดยา Addictive Brain



โรคสมองติดยา

การใช้อยาและสารเสพติดจะมีผลต่อสมอง 2 ส่วน คือ
สมองส่วนนอกหรือสมองส่วนคิด (Cerebral Cortex) และ
สมองส่วนที่อยู่ชั้นในหรือสมองส่วนอยาก (Limbic System)
สมองส่วนคิดทำหน้าที่ควบคุมสติปัญญา ใช้ความคิดมีเหตุผล
ในผู้ที่ติดยาเสพติดจะมีผลทำให้การคิด การตัดสินใจแย่ง
ขาดความยับยั้งชั่งใจ ขณะที่สมองส่วนอยากเป็นศูนย์ควบคุม
อารมณ์ ความรู้สึกและไวต่อสารเสพติด ในผู้ที่ติดยาเสพติด
จะมีผลทำให้ต้องตอสั่งกระตุ้นเร้าตามธรรมชาติ

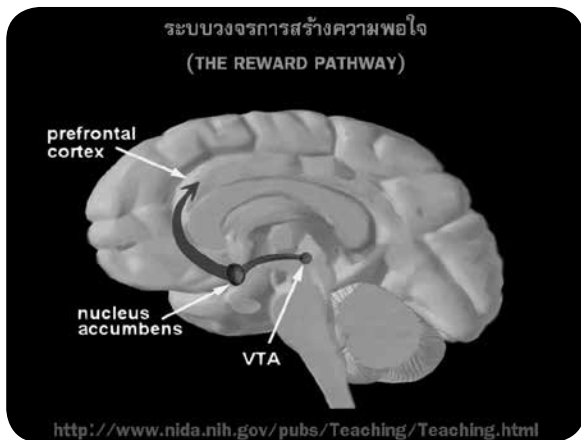
หน้าที่ของสมองส่วน Limbic system

- ความจำ
- สัญชาตญาณ
- สันดาน
- ความประพฤติ
- ความอึดทนทางกายและทางเพศ
- อุดมภูมิ

ผู้แปล: นพ.วิวัฒน์ สวัสดิ์ นานาปัญญานอก MATS Program, 2545

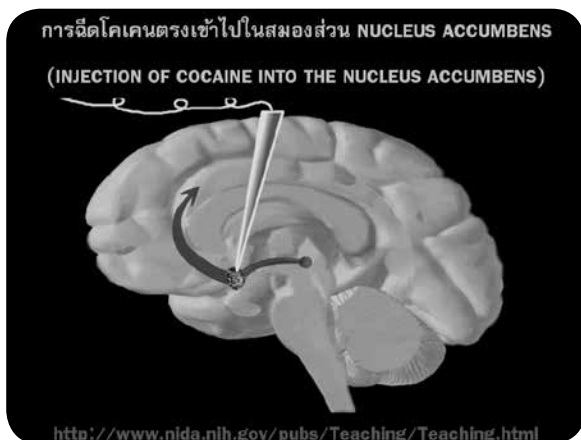
หน้าที่ของสมองส่วน Limbic System

- ความจำ
- สัญชาตญาณ
- สันดาน
- ความประพฤติ
- ความอึดทนทางกายและทางเพศ
- อุดมภูมิ

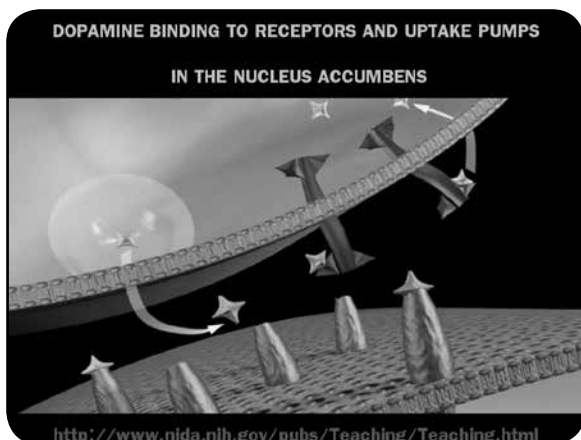


ระบบวงจรการสร้างความพอใจหรือให้รางวัล

ภาพสมองตัดแบ่งครึ่งตามแนวดัง แสดงให้เห็น Ventral Tegmental Area (VTA), The Nucleus Accumbens (nuc.acc.) และ Prefrontal Cortex ทางเดิน (Pathway) ที่เชื่อมระหว่างส่วนต่างๆ นี้ ข้อมูลจะถูกส่งจาก VTA ไปยัง Nucleus Accumbens แล้วส่งต่อไปยัง Prefrontal Cortex เรียกว่า Reward Pathway



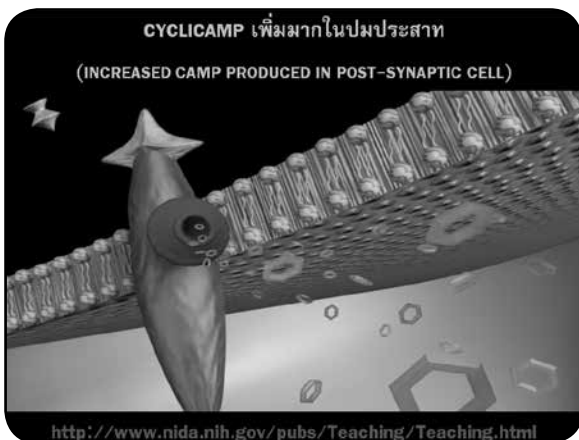
มีการทดลองในหนู โดยจะฉีดโคเคนเข้าไปในส่วนของ Nucleus Accumbens (or the VTA) เพื่อกระตุ้นให้เกิดวงจรการให้รางวัล ถ้าเราขยับตำแหน่งเข็มไปที่จุดอื่น หนูก็จะหยุดฉีดเพราะไม่รู้สึกรังงพอใจหรือมีความสุข



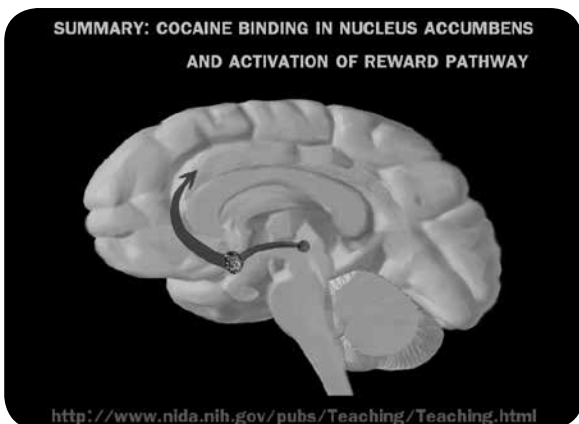
ภาพนี้แสดงการจับของโดปามีนกับตัวรับใน Synapse ในสมองส่วน Nucleus Accumbens ซึ่งมีโดปามีนจำนวนมาก



ถ้าเราใส่โคเคนเข้าไป โคเคนจะไปแย่งจับกับ Uptake Pumps แทน ทำให้มีโดปามีนค้างอยู่ใน Synapse และสามารถออกฤทธิ์ได้เพิ่มขึ้น



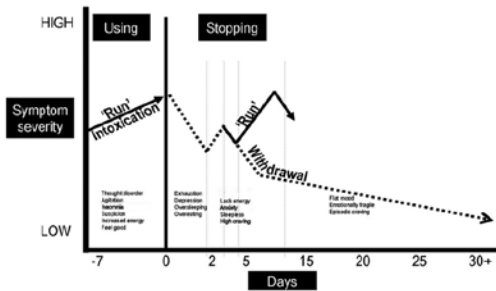
เมื่อมีการกระตุ้นตัวรับโดปามีนมากขึ้น ก็จะทำให้มีการสร้าง cAMP ภายใน Post-synaptic cell มากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการกระตุ้นภายในเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไป



สรุปการทำงานของระบบการให้รางวัล

เมื่อเราใช้โคเคนซ้ำๆ บ่อยๆ ร่างกายก็จะเคยชินกับความรู้สึกพอใจที่เกิดจากโคเคน คนๆ นั้นจะรู้สึกพอใจกับสิ่งกระตุ้นตามธรรมชาติ เช่น อาหาร หรือ Sex อีกต่อไป เพราะเขาติดกับการกระตุ้นจากโคเคนแล้ว ระบบการให้รางวัลในสมองที่เกิดจากการใช้สารตัวอื่น เช่น เฮโรอีน แอลกอฮอล์ หรือกัญชา ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับโคเคน

ความรุนแรงของอาการจากสารกระตุ้นประสาท



ภาวะถอนพิษสารกระตุ้นประสาทอาจแบ่งเป็นระยะได้ดังนี้

1. **Crash** เป็นช่วงไม่กี่วันแรกหลังหยุดเสฟ ผู้เสฟส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยสังเกตเห็นอาการในช่วงนี้
2. **Withdrawal** เป็นช่วง 1-10 สัปดาห์หลังหยุดเสฟซึ่งสามารถแบ่งย่อยเป็น 2 ช่วง ได้แก่ Peak Symptom ในระยะ 2-10 วันแรก และ Residual Symptom ในช่วง 1-8 สัปดาห์โดยมีอาการดังนี้

Peak Symptoms เช่น ซึมเศร้า ไม่มีแรง ความอยากอาหารเพิ่มขึ้น ปวดเมื่อยตามตัว วิตกกังวล นอนไม่หลับ อายากยา อาจเริ่มมีอาการโรคจิตได้

Residual Symptoms เช่น มีความอยากยาเป็นพักๆ นอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดกระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่สลับกับซึมเศร้า เบื่อหน่ายไม่มีเรี่ยวแรง ไม่อยากทำอะไรผู้ป่วยส่วนใหญ่อาการดีขึ้นภายใน 10 วันแต่บางรายอาจนานถึง 3 เดือนถึงจะกลับมาอนหลับได้ปกติและสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ

3. **Extinction** เป็นช่วงหลังจาก 10 สัปดาห์ถึง 28 สัปดาห์

เข้าใจกระบวนการติดสารเสพติด

ระยะการติดสารเสพติด	กระบวนการเรียนรู้	กระบวนการทางสมอง
1. เริ่มต้นใช้สารเสพติด	1. เรียนรู้ฤทธิ์ด้านบวกของสารเสพติด ตัวกระตุ้นยังไม่มีความหมาย	1. สมองส่วนคิดควบคุมสมองส่วนอยาก
2. คงใช้สารเสพติด ใช้ประจำ	2. ผลดียิ่งกว่าผลเสีย ตัวกระตุ้นเริ่มมีความหมาย	2. สมองส่วนคิดควบคุมสมองส่วนอยาก
3. ทรมานกับสารเสพติด	3. ผลเสียมากกว่าผลดี ตัวกระตุ้นทำให้อยากสารเสพติด	3. สมองส่วนอยากเริ่มควบคุมสมองส่วนคิด
4. วิกฤติ ติดสารเสพติด	4. มีแต่ผลเสียทุกอย่างเป็นตัวกระตุ้น	4. สมองส่วนอยากควบคุมสมองส่วนคิดโดยสิ้นเชิง

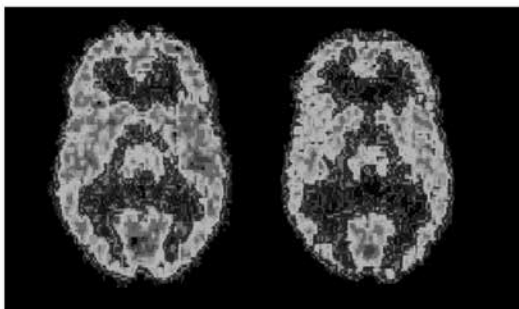
คู่มือการบำบัดรักษาเสพติด แบบผู้ป่วยนอก MATRK Program, 2545

กระบวนการติดยา แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่

1. ระยะเริ่มต้นใช้สารเสพติด
2. ระยะคงใช้สารเสพติด, ใช้ประจำ
3. ระยะทรมานกับสารเสพติด
4. ระยะวิกฤติ, ติดสารเสพติด

กลุ่มควบคุม

กลุ่มที่ได้รับโคเคน



NIDA

www.drugabuse.gov

สถาบัน National Institute on Drug Abuse (NIDA) ของสหรัฐอเมริกา ได้ทำการศึกษา **Positron Emission Tomography (PET)** เพื่อดูการทำงานของสมองของผู้ที่ได้รับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มโคเคนและผู้ป่วยที่ไม่ได้เสฟสารเสพติด พบว่ามีความแตกต่างกัน

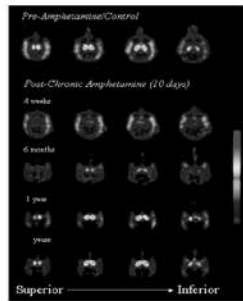
ผลของแอมเฟตามีนต่อสมองในระยะยาว

ในสัตว์ทดลอง

ให้เมทแอมเฟตามีน
ขนาดสูงในหนู

→ การตายอย่างถาวร
ของเซลล์ประสาทที่สร้าง
โดปามีน

ในคน



ผลของแอมเฟตามีนต่อสมองในระยะยาว

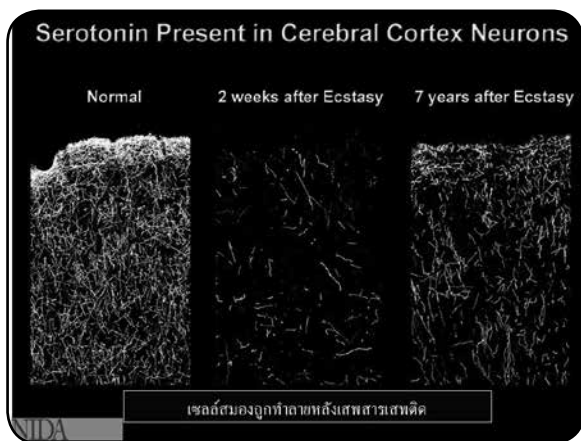
เมทแอมเฟตามีนมีผลต่อระบบประสาทชัดเจน จากผลการศึกษาในสัตว์ทดลองพบว่า การให้เมทแอมเฟตามีนขนาดสูงในหนู ทำให้เกิดการตายอย่างถาวรของเซลล์ประสาทที่สร้างโดปามีน (Dopamine Producing Cell) ส่วนการศึกษาในคนนั้นมิดังนี้

Buffenstein และคณะ ได้ทำการศึกษา Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) เพื่อศึกษา Brain Perfusion ของผู้เสพยาเมทแอมเฟตามีนที่มีอาการโรคจิต พบว่าผู้ป่วย 16 รายจาก 21 ราย (ร้อยละ 76) มีความผิดปกติของ Perfusion ในสมองส่วน Frontal, Parietal และ Temporal Lobe ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวพบได้ในผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว และพบว่าความรุนแรงของความผิดปกติดังกล่าวสัมพันธ์กับขนาดที่เสพยาและระยะเวลาที่เสพยาเมทแอมเฟตามีน

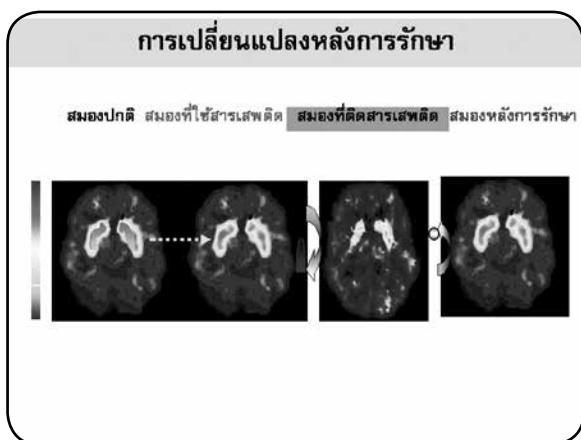
Ernst, Chang และคณะ โดยใช้ Magnetic Resonance Spectroscopy (MRS) เพื่อวัดระดับสารเคมีในสมองพบว่า ในผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของสมองที่อันตราย และคงอยู่นานหลายเดือนแม้ว่าจะหยุดเสพยาแล้วก็ตาม และพบความผิดปกติของสารเคมีในสมองที่สัมพันธ์กับประวัติการเสพยาเมทแอมเฟตามีนกล่าวคือ ผู้ที่มีประวัติการเสพยาเมทแอมเฟตามีนอย่างหนักจะพบมีเซลล์สมองถูกทำลายได้มากกว่า นอกจากนี้ยังพบการลดลงของสาร N-acetyl-aspartate ในผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนซึ่งภาวะดังกล่าวมักพบในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดในสมอง และโรคลมชัก และยังตรวจพบว่ามีปริมาณและขนาดของ Glial Cell เพิ่มขึ้น แสดงถึงปฏิกิริยาของสมองต่อการถูกทำลายด้วยเมทแอมเฟตามีน

Volkow และคณะ ได้ทำการศึกษา Positron Emission Tomography (PET) เพื่อวัดระดับของโดปามีนทรานสปอร์เตอร์ (Dopamine Transporters: DAT) ในสมองของผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีน ร่วมกับการทดสอบทักษะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทักษะกล้ามเนื้อมัดเล็กและความจำ เนื่องจากโดปามีนมีบทบาทสำคัญในการควบคุมการเคลื่อนไหวและความรู้สึกเป็นสุข ผลการศึกษาพบว่าระดับ DAT ในสมองส่วน Striatum ในผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนลดลงเป็นสัดส่วนโดยตรงกับความบกพร่องด้านความจำ และความถี่ของการเคลื่อนไหว แสดงให้เห็นว่าการเสพยาเมทแอมเฟตามีนเรื้อรังมีผลต่อความผิดปกติของระบบสารสื่อประสาทโดปามีน

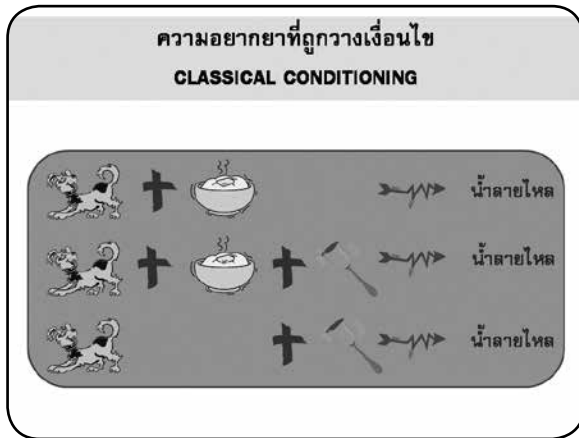
และส่งผลต่อความสามารถของหน้าที่ของสมอง และแม้ว่า
หลังหยุดเสพเมทแอมเฟตามีนแล้วเป็นเวลานาน (มากกว่า
9 เดือน) ระดับของ DAT จะกลับสู่ภาวะปกติ แต่ความสามารถ
ของสมองด้านความจำ และการเคลื่อนไหวยังคงผิดปกติอยู่ อาจ
อธิบายได้ว่าการเพิ่มแขนงของปลายประสาทยังไม่สามารถ
ทดแทนการสูญเสียไปได้ หรือความสามารถในการทำงานของ
สมองอาจต้องอาศัยสมองส่วนอื่นร่วมด้วย ซึ่งอาจจะฟื้นคืน
ช้ากว่า



นอกจากการเกิดอาการทางจิตแล้ว สถาบัน National
Institute on Drug Abuse (NIDA) ของสหรัฐอเมริกา ได้ทำ
การศึกษาถึงที่ได้รับสารกระตุ้นประสาท Ecstasy มีผลทำให้
สารสื่อประสาท Serotonin ใน Cerebral Cortex Neurons
มีระดับลดลง แม้จะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม แต่ระดับ
ของสารสื่อประสาทไม่เพิ่มขึ้นมากนักเมื่อเทียบกับการไม่ใช้
สารเสพติด

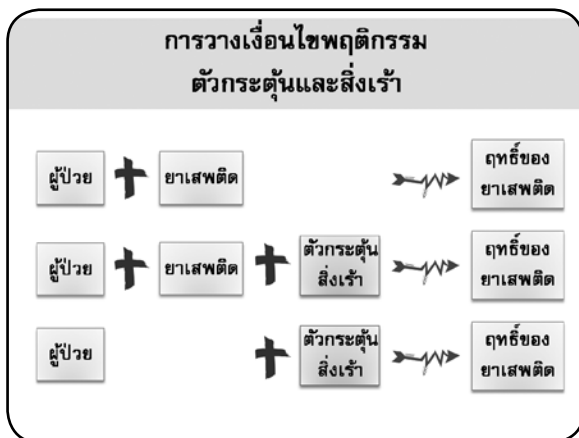


การเสพยาเมทแอมเฟตามีนเป็นเวลานานจะทำให้
สมองถูกทำลายแต่เป็นความท้าทายที่ว่า หากผู้เสพยาได้รับ
การบำบัดรักษาภาวะของสมองที่ถูกทำลายก็จะสามารถฟื้นกลับ
มาได้แต่ก็ขึ้นอยู่กับปริมาณ ระยะเวลา และอายุของผู้เสพยา



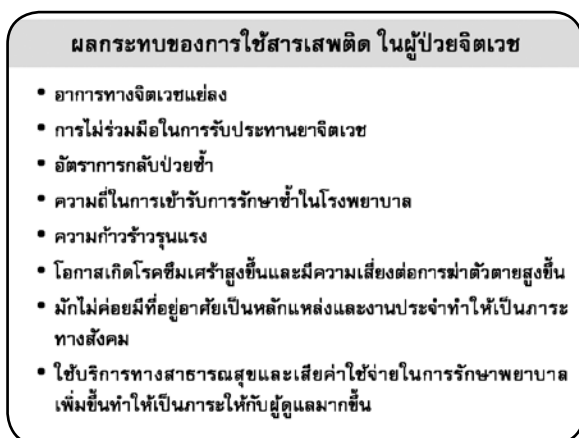
การวางเงื่อนไขพฤติกรรม

เมื่อใช้สารแอมเฟตามีนไปหลายๆ ครั้งและเวลานาน สมองก็จะจดจำตัวกระตุ้นที่อยู่แวดล้อมขณะเสพยา เช่น สถานที่ เพื่อน สารเสพติด เป็นต้น แล้วไปเชื่อมโยงกับความสุขที่เกิดจากฤทธิ์ของสารเสพติด ในการวิจัยของพาฟลอฟ (ค.ศ.1904) เกี่ยวกับการวางเงื่อนไขพฤติกรรม เชื่อว่าการเรียนรู้ของสิ่งมีชีวิตเกิดจากการวางเงื่อนไข (Conditioning) คือ การตอบสนองหรือเรียนรู้ที่เกิดขึ้นนั้นต้องมีเงื่อนไขหรือมีสถานการณ์เกิดขึ้น การทดลองของพาฟลอฟ (1904) สังเกตว่าสุนัขมีน้ำลายไหลออกมาเมื่อให้อาหาร พาฟลอฟจึงสนใจในพฤติกรรมน้ำลายไหลของสุนัขก่อนที่จะได้รับอาหาร พาฟลอฟได้ทำการทดลองโดยสั่นกระดิ่งและการให้อาหารแก่สุนัข เมื่อทำซ้ำหลายๆ ครั้ง และในที่สุดก็หยุดการให้อาหาร เพียงแค่สั่นกระดิ่ง สุนัขก็มีน้ำลายไหลได้ปรากฏการณ์เช่นนี้ เรียกว่า “พฤติกรรมถูกวางเงื่อนไข” หรือ Classical Conditioning



ความอยากยาที่ถูกวางเงื่อนไขไว้ด้วยตัวกระตุ้นและสิ่งเร้า

เมื่อมีการเสพยาเสพติดจะเกิดความสุขจากฤทธิ์ของสารเสพติด หากมีการใช้นานๆ ครั้งจะเกิดความอยากและสมองจะจดจำตัวกระตุ้นต่างๆ ที่ทำให้ได้เสพยาเสพติดแล้วมีความสุข เมื่อพบตัวกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ก็มีผลทำให้มีความอยากใช้สารเสพติดอีก



ผลกระทบของการเสพยาเสพติดต่อภาวะโรคทางจิตเวช

ภาวะโรคร่วมระหว่างความผิดปกติทางจิตใจและการใช้สารเสพติดที่เป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับผลลัพธ์ทางคลินิก แม้จะเป็นการดื่มสุราหรือสารเสพติดจำนวนเล็กน้อย (Drake et al., 1990) ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ อัตราการกลับเป็นซ้ำ ความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความก้าวร้าวรุนแรง การไร้ที่อยู่อาศัย ระดับความซึมเศร้าสูงขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ซึ่งเป็นภาระให้กับผู้ดูแลมากขึ้น รวมถึงการใช้บริการทางสาธารณสุขและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงของการทำหน้าที่ยังทางสังคม ทำให้เป็นภาระทางสังคมอีกด้วย

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด

พรบ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522

พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด 2545

คำสั่ง คสช. ที่ 41/2557

คำสั่ง คสช. ที่ 108/2557

พรบ.สุขภาพจิต 2551

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการการใช้สารเสพติด

พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ.2522 แบ่งยาเสพติดให้โทษเป็น 5 ประเภท สรุปข้อความและบทลงโทษ ดังนี้

1. ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรงไม่เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ เช่น เฮโรอีน แอมเฟตามีน แอลเอสดี เอคตาซี

บทลงโทษ

- **ผลิต นำเข้า หรือส่งออก:** ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิต หากเป็นการกระทำเพื่อจำหน่ายต้องระวางโทษประหารชีวิต (กรณีคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่ 20 กรัมขึ้นไปถือว่าเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย)
- **จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย:** ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 5 ปี ถึงจำคุกตลอดชีวิต และปรับตั้งแต่ 5 หมื่นบาท ถึง 5 แสนบาท หากมีสารบริสุทธิ์ไม่เกิน 100 กรัม แต่ถ้าเกิน 100 กรัมขึ้นไป ต้องระวางโทษจำคุกตลอดชีวิตหรือประหารชีวิต
- **ครอบครอง:** ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 10 ปี ปรับตั้งแต่ 2 หมื่นบาท ถึง 2 แสนบาท (หากเป็นสารบริสุทธิ์ตั้งแต่ 20 กรัมขึ้นไป ถือว่าเป็นการครอบครองเพื่อจำหน่าย)
- **เสพ:** ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 5 พันบาท ถึง 1 แสนบาท)

2. ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น ผิ่น มอร์ฟิน โคเคน เมทาโดน

บทลงโทษ

- **ผลิต นำเข้า หรือส่งออก:** ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปีถึง 10 ปี และปรับตั้งแต่ 1 แสนบาทถึง 1 ล้านบาท (กรณีคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่ 100 กรัมขึ้นไปถือว่าเป็นการกระทำเพื่อจำหน่าย)
- **จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย:** ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 10 ปี หรือปรับตั้งแต่ 2 หมื่นบาท ถึง 2 แสนบาท (กรณีคำนวณเป็นสารบริสุทธิ์ได้ตั้งแต่ 100 กรัมขึ้นไป ถือว่ามีไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย)
- **ครอบครอง:** ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 1 แสนบาท

3. ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มียาเสพติดให้โทษประเภท 2 ผสมอยู่ เช่น ยาแก้ไอที่มีโคเคอินผสมอยู่

บทลงโทษ

- *ผลิตหรือ นำเข้า:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 3 ปี และปรับตั้งแต่ 1 แสนบาท ถึง 3 แสนบาท
- *จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย:* ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 2 หมื่นบาท

4. ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ ประเภท 2 เช่น Aceticanhydride, Acetylchoride

บทลงโทษ

- *ผลิต นำเข้า ส่งออก จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ถึง 10 ปีและปรับตั้งแต่ 2 หมื่นบาทถึง 2 แสนบาท (กรณีมีปริมาณตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไป ให้ถือว่ามิไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย)
- *ครอบครอง:* ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 1 แสนบาท

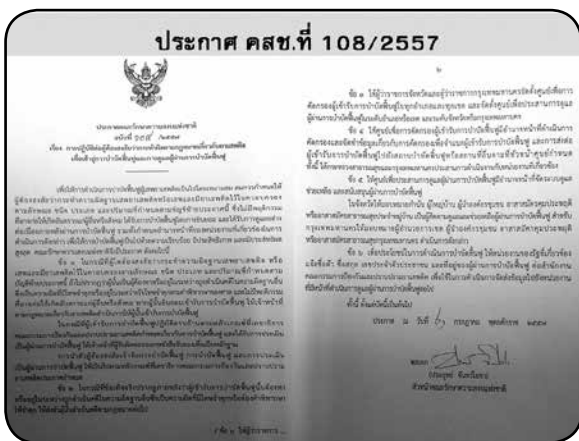
5. ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1 ถึงประเภท 4 เช่น พืชกัญชา พืชกระท่อม พืชฝิ่น (ซึ่งหมายรวมถึงพันธุ์ฝิ่น เมล็ดฝิ่น กล้าฝิ่น พืชเห็ดขี้ควาย)

บทลงโทษ

- *ผลิต นำเข้า หรือส่งออก:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปี ถึง 15 ปี และปรับตั้งแต่ 2 แสนบาทถึง 1.5 ล้านบาท (กรณีมีปริมาณตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไป ให้ถือว่ามิไว้ในครอบครองเพื่อจำหน่าย)
- *ครอบครอง:* ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 1 แสนบาท
- *จำหน่ายหรือครอบครองเพื่อจำหน่าย:* ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปี ถึง 10 ปี หรือปรับตั้งแต่ 4 หมื่นบาทถึง 2 แสนบาท กรณีมีปริมาณไม่ถึง 10 กิโลกรัม (ถ้ามีปริมาณตั้งแต่ 10 กิโลกรัมขึ้นไป ต้องระวางโทษจำคุกตั้งแต่ 2 ปี ถึง 15 ปี และปรับตั้งแต่ 2 แสนบาท ถึง 1.5 ล้านบาท)

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ว่าด้วยหมวดที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ในมาตรา 23 การจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ให้กำหนดสถานที่และวิธีการสำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดโดยคำนึงถึงอายุ เพศ ประวัติ พฤติกรรมในการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งปวงของผู้นั้น



ประกาศ คสช.ที่ 108/2557

ตามประกาศ คสช.ที่ 108/2557 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2557 ว่าด้วยเรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่อำนาจบำบัดฟื้นฟูและดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

ข้อ 3 ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรอง ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในทุกอำเภอและทุกเขต และจัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ในระดับอำเภอหรือเขต และระดับจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร

ข้อ 4 ให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการคัดกรองและจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และการส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูไปยังสถานบำบัดฟื้นฟูหรือสถานที่อื่นตามที่หัวหน้าศูนย์กำหนด ทั้งนี้ให้กระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

พรบ.สุขภาพจิต 2551

พรบ.สุขภาพจิต 2551

มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

1. มีภาวะอันตราย
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

มาตรา 23 ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า

พรบ.สุขภาพจิต 2551

มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

1. มีภาวะอันตราย
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

มาตรา 23 ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า

สถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาใน 3 ปี ด้านสุขภาพจิต จิตเวช

Access : การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด มีน้อย ได้แก่การบังคับใช้ พรบ. สุขภาพจิต 2551

Coverage : ความครอบคลุมของระบบบริการจิตเวชที่จำเป็น ได้แก่ ระบบบริการผู้ป่วยใน ระบบบริการจิตเวช

Quality : กลไกที่สำคัญการบริการที่มีประสิทธิภาพ ยังมีน้อยในพื้นที่ ได้แก่ ระบบยาจิตเวชใน รพช. ,การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเวชภาวะเร่งด่วน (Acute care)

Safety : ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ (6.08 ต่อแสนประชากร) , ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเวช

สถานการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาใน 3 ปี ด้านสุขภาพจิต จิตเวช

1. **Access:** การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชและยาเสพติด มีน้อย ได้แก่การบังคับใช้ พรบ. สุขภาพจิต 2551
2. **Coverage:** ความครอบคลุมของระบบบริการจิตเวชที่จำเป็น ได้แก่ ระบบบริการผู้ป่วยใน ระบบบริการจิตเวช
3. **Quality:** กลไกที่สำคัญการบริการที่มีประสิทธิภาพ ยังมีน้อยในพื้นที่ ได้แก่ ระบบยาจิตเวชใน รพช. , การติดตามผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเวชภาวะเร่งด่วน (Acute care)
4. **Safety:** ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ (6.08 ต่อแสนประชากร), ปัญหาการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเวช

สถานการณ์ การดำเนินงานที่ผ่านมาใน 3 ปี ด้านยาเสพติด สารเสพติด สุรา

Access : การบำบัดรักษาเสพติดเป็นนโยบายของประเทศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายสังกัด การคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ

Coverage : ความครอบคลุมของระบบบริการผู้ป่วยยาเสพติดรุนแรงเรื้อรังที่ต้องรับการฟื้นฟูระยะยาวแบบผู้ป่วยใน

Quality : บุคลากรที่มีความรู้ในการบำบัดรักษาเสพติดมีน้อย โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ไม่มีโครงสร้าง มีการเปลี่ยนงานบ่อย สถานพยาบาลยาเสพติดตาม พรบ.ยาเสพติดให้โทษปี 2522 ได้รับการรับรองคุณภาพร้อยละ 65

Safety : ระบบบริการผู้ป่วยระยะวิกฤติทางยาเสพติด ผู้ป่วยสุรา ซึ่งมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัว สังคม ยังขาดประสิทธิภาพ

สถานการณ์ การดำเนินงานที่ผ่านมาใน 3 ปี ด้านยาเสพติด สารเสพติด และสุรา

1. **Access:** การบำบัดรักษาเสพติดเป็นนโยบายของประเทศ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายสังกัด การคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ
2. **Coverage:** ความครอบคลุมของระบบบริการผู้ป่วยยาเสพติดรุนแรงเรื้อรังที่ต้องรับการฟื้นฟูระยะยาวแบบผู้ป่วยใน
3. **Quality:** บุคลากรที่มีความรู้ในการบำบัดรักษาเสพติดมีน้อย โดยเฉพาะแพทย์ พยาบาล ไม่มีโครงสร้าง มีการเปลี่ยนงานบ่อย สถานพยาบาลยาเสพติดตาม พรบ.ยาเสพติดให้โทษปี 2522 ได้รับการรับรองคุณภาพร้อยละ 65
4. **Safety:** ระบบบริการผู้ป่วยระยะวิกฤติทางยาเสพติด ผู้ป่วยสุรา ซึ่งมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงทั้งตัวผู้ป่วยครอบครัว สังคมยังขาดประสิทธิภาพ

ช่องว่างของการเข้าถึงบริการในงานสุขภาพจิตและจิตเวช

โรค	ความชุก	อเมริกา	ยุโรป	แปซิฟิก ตอ.	ไทย
schizophrenia	0.8	56.8	17.8	35.9	43
depression	2.2	56.9	45.4	48.1	60
dysthymia	0.3	48.6	43.9	50.0	NA
Bipolar disorder	0.4	60.2	39.9	52.6	NA
Panic disorders	0.3	55.4	47.2	66.7	62.3
GAD	0.9	49.6	62.3	55.6	
Alcohol abuse and dependence	10.9	72.6	92.4	71.6	97.7

Robt H, Smeets S, Knorr L, Smeets R. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82:859-866

ช่องว่างของการเข้าถึงบริการในงานสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทย

1. Alcohol abuse and dependence คิดเป็นร้อยละ 97.7
2. Depression คิดเป็นร้อยละ 60
3. Schizophrenia คิดเป็นร้อยละ 43

การวิเคราะห์ปัญหาเร่งด่วน (Acute care)

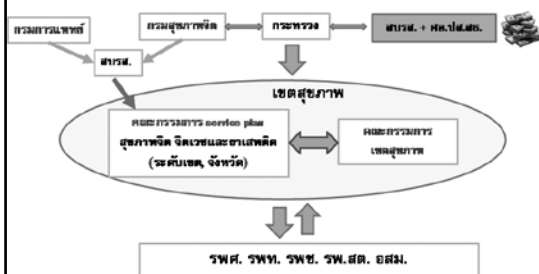
1. **Suicide:** ปัจจุบัน อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 6.08 ต่อแสนประชากร ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (29.08), การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (10.42), ปัญหาด้านสัมพันธภาพ (15.91)
2. **Violence:** ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิต (41.81%) และขาดการรักษาต่อเนื่อง (drop-out rate 60%)
3. **Developmental problems:** ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (5.66), ภาวะออทิสติก (1.64), สมาธิสั้น (3.90)
4. **Substance use disorder:** ความชุกของโรคจากการใช้สุราและยาเสพติดมีสูง (19.6%, 10.1M)

4. SUBSTANCE USE DISORDER
3. DEVELOPMENTAL PROBLEMS
2. VIOLENCE
1. SUICIDE

การวิเคราะห์ปัญหาเร่งด่วน (Acute care)

1. **Suicide:** ปัจจุบัน อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 6.08 ต่อแสนประชากร ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ การป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (29.08), การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (10.42), ปัญหาด้านสัมพันธภาพ (15.91)
2. **Violence:** ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิต (41.81%) และขาดการรักษาต่อเนื่อง (drop-out rate 60%)
3. **Developmental problems:** ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (5.66), ภาวะออทิสติก (1.64), สมาธิสั้น (3.90)
4. **Substance use disorder:** ความชุกของโรคจากการใช้สุราและยาเสพติดมีสูง (19.6%, 10.1M)

ระบบการจัดการตามเขตสุขภาพ Service Plan สาขาสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด



ระบบการจัดการตามเขตสุขภาพ Service Plan สาขาสุขภาพจิต จิตเวชและสารเสพติด

ในการเข้าถึงบริการงานสุขภาพจิต จิตเวช และสารเสพติด โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมสุขภาพจิต และกรมการแพทย์ ภายใต้การดำเนินการของ สบรส. ซึ่งมีการจัดตั้งคณะกรรมการ Service plan ระดับเขตและจังหวัด เข้าไปร่วมมือกับคณะกรรมการเขตสุขภาพ ทั้ง รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. และ อสม. ทั้งนี้ได้รับงบประมาณจาก สบรส. และ คอ.ป.ส.จ. เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

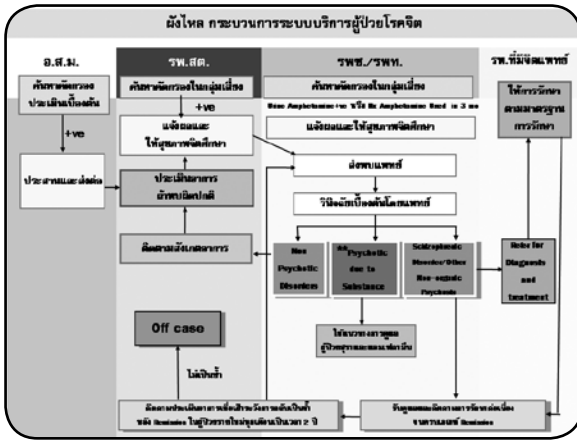
จำนวนเตียงจิตเวชที่สามารถรับได้จริง แยกตามเขตบริการ update ม.ค. 58 (ต้องการ 9,990)

เขตสุขภาพ	โรงพยาบาลจิตเวช	ต่อแสน	เขตบริการสุขภาพ	ต่อแสน	รวม รพ.จิตเวชและ จิต.	รวมต่อแสน	จำนวนที่รองรับ
เขตที่ 1	550	11.3	14	0.28	564	11.58	930
เขตที่ 2	0	0	26	1.5	26	1.5	546
เขตที่ 3	96	2	0	0	96	2	484
เขตที่ 4	750	15.05	0	0	750	15.05	822
เขตที่ 5	185	3.30	16	0.28	201	3.58	814
เขตที่ 6	120	2.10	40	0.28	160	2.38	893
เขตที่ 7	372	14.9	26	1.04	398	15.94	799
เขตที่ 8	186	6.74	10	0.36	196	7.0	841
เขตที่ 9	278	4.34	35	0.5	305	4.84	1047
เขตที่ 10	370	20.3	0	0	370	20.3	704
เขตที่ 11	500	30.4	0	0	700	30.4	660
เขตที่ 12	167	3.48	22	0.45	189	3.93	706
กรุงเทพมหานคร	500	8.78	0	0	500	8.78	917
ทั่วประเทศ	4062	6.31	189	0.51	4,255	6.92	10,163

จำนวนเตียงจิตเวชที่สามารถรับได้จริง แยกตามเขตบริการ update ม.ค. 58 (ต้องการ 9,990)

จำนวนเตียงจิตเวชที่สามารถรับได้จริง แยกตามเขตบริการ

พบว่า จำนวนเตียงจิตเวชที่รับได้จริง ทั้งโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังมีจำนวนเตียงไม่เพียงพอกับจำนวนเตียงที่ต้องการ



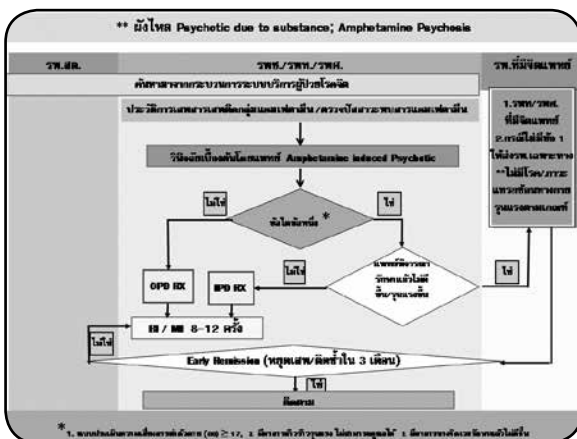
ผู้ป่วยโรคจิตมักพบอัตราการใช้สารเสพติดในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 35-50 โดยสารเสพติดที่ใช้มากคือสุราและสารแอมเฟตามีน (Green et al., 2006)

ผู้ป่วยโรคจิตมีโอกาสติดสารเสพติดมากกว่าคนทั่วไปถึง 3.8 เท่า และยังพบว่าผู้ป่วยที่ติดสารแอมเฟตามีนมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนที่ไม่ได้เสพถึง 9.37 เท่า (Callaghan RC et al, 2012)

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเริ่มต้นจากการค้นหาคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง และยืนยันผลการตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารแอมเฟตามีนและมีประวัติใช้สารแอมเฟตามีนภายใน 3 เดือน และส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเบื้องต้นโดยแพทย์สามารถแยกได้เป็น 3 สาเหตุคือ

1. Non Psychotic Disorders
2. Psychotic Due to Substance
3. Schizophrenic Disorders/ Other Non Organic Psychotic

หากผลการซักประวัติและการตรวจปัสสาวะมีสารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน จะพิจารณาส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการ Psychotic Due to Substance และให้การดูแลด้วย Flow กระบวนการระบบบริการ Amphetamine Psychosis



ระบบบริการผู้ป่วย Amphetamine Psychosis

เมื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตและสามารถแยกได้แล้วว่าผู้ป่วยมีสาเหตุของอาการทางจิตมาจากการเสพยาแอมเฟตามีน แพทย์ที่โรงพยาบาล รพช./รพท./รพศ. จะให้การวินิจฉัยและพิจารณาความรุนแรงของอาการ

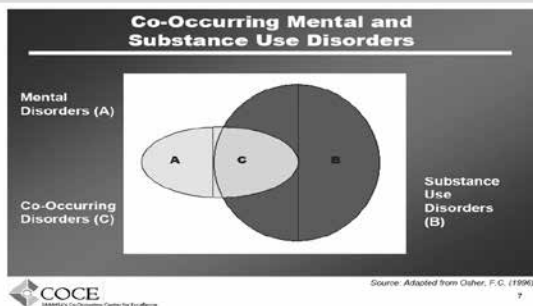
1. หากไม่รุนแรง จะให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ณ สถานพยาบาลนั้น
2. หากอาการรุนแรง ถ้าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลนั้นได้
3. หากแพทย์พิจารณาว่าอาการไม่ดี ไม่สามารถดูแลในสถานพยาบาลนั้นๆ ได้ สามารถส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่ รพ. ที่มีจิตแพทย์ หรือ รพ.เฉพาะทาง (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย)
4. ให้การบำบัดทางจิตสังคม Brief Intervention หรือ Motivational Interviewing 8-12 ครั้ง
5. ให้การติดตามตัวชีวิตดังนี้
 - 3 month remission rate (หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน)

บทที่ 3

แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตที่เกี่ยวข้อง
กับการใช้สารกระตุ้นประสาท
กลุ่มแอมเฟตามีน
และการรักษาที่เหมาะสม

ภาวะจิตเวชที่เกิดร่วมในผู้ที่มีปัญหาสารเสพติด

Co-Occurring Disorders



นิยามของภาวะจิตเวชที่เกิดร่วมในผู้ที่มีปัญหาสารเสพติดตามแผนภาพด้านซ้ายแสดงให้เห็นว่า

หาก A: หมายถึง โรคจิตเวชหลักตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV เช่น Major Depression, Bipolar Disorder หรือ Schizophrenia

หาก B: หมายถึง ปัญหาการใช้สารเสพติด ได้แก่ Substance Abuse หรือ Dependent

หาก C: หมายถึง การมีทั้งโรคจิตเวชเกิดร่วมกับปัญหาการใช้สารเสพติดหรือที่เรียกว่า Co-occurring Disorders

เครื่องมือที่ใช้ การคัดกรอง

ปัญหาสารเสพติดและจิตเวช ในปัจจุบันของประเทศไทย

1. เครื่องมือคัดกรองปัญหาการใช้สารเสพติด
 - แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V2) (พัฒนาจาก ASSIST)
 - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Urine Amphetamine
2. เครื่องมือคัดกรองโรคทางจิตเวช
 - แบบคัดกรองซึมเศร้า 2Q 9Q
 - แบบคัดกรองฆ่าตัวตาย 8Q
 - แบบคัดกรองโรคจิต (กรมสุขภาพจิต)

การคัดกรองผู้เสพติด

การคัดกรองขั้นต้นที่ได้ประโยชน์ในการบำบัด คือ

1. เครื่องมือคัดกรองปัญหาการใช้สารเสพติดได้แก่

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V2) ที่พัฒนามาจาก ASSIST และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ

2. เครื่องมือคัดกรองโรคทางจิตเวช ได้แก่

ภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย และโรคจิตขั้นต้นนั้น ให้ใช้แบบคัดกรองที่ง่าย มีมาตรฐานรองรับ

Substance Abuse (DSM-IV)

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยเคยเสพยาเสพติด จนทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้หรือไม่

ความล้มเหลวในบทบาทหน้าที่ (ที่บ้าน ที่งาน โรงเรียน)	Role Failure
ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ อันตราย (เมายาเสพติดแล้ว ขับรถ ทำงานกับเครื่องจักร)	Risk of Body Harm
มีปัญหาทางกฎหมาย (ถูกจับกุม ทำผิดกฎหมาย)	Run-in with the Law
มีปัญหาสัมพันธภาพ (ครอบครัว เพื่อน)	Relationship trouble

หากมีอย่างน้อย 1 ใน 4 ข้อ หมายถึงผู้ป่วยมีปัญหาการใช้สารเสพติดแบบ Substance Abuse

การวินิจฉัยปัญหาจากการใช้สารเสพติดโดยใช้เกณฑ์สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยเคยเสพยาเสพติดจนทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้หรือไม่

1. ความล้มเหลวในบทบาทหน้าที่ (Role Failure)

เคยเมา, ครั่นเครงมาก หรือเมาค้างจากการใช้สารเสพติดในขณะที่ต้องเรียน ทำงาน หรือรับผิดชอบครอบครัวหรือไม่

2. ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ อันตราย Risk of Body Harm

เคยเมายาเสพติดหรือครั่นเครงมากจากการใช้สารเสพติดหรืออยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บทางร่างกายมากกว่า 1 ครั้ง เช่น ขณะขับขี่ยานพาหนะ (รถ เรือ จักรยานยนต์) หรือใช้เครื่องจักร หรือไม่

3. มีปัญหาทางกฎหมาย Run-in with the Law

จากการใช้สารเสพติดทำให้มีปัญหาด้านกฎหมาย เช่น ถูกจับกุมหรือพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ทะเลาะวิวาท, อาละวาด ทำลายของ, ก่ออาชญากรรม มากกว่า 1 ครั้งหรือไม่

4. มีปัญหาสัมพันธภาพ Relationship Trouble

ยังคงใช้สารเสพติดอยู่ ทั้งที่การใช้ทำให้เกิดปัญหากับคนในครอบครัวหรือผู้อื่น หรือไม่ หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 1 ข้อ แสดงว่าผู้ป่วยรายนั้นมีปัญหาการใช้สารเสพติดแบบ Substance Abuse

การติดยาเสพติด: Substance Dependence

ลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย 3 ใน 7 อย่างต่อไปนี้

1. TOLERANCE : ต้องเพิ่มปริมาณการเสพยาขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม
2. WITHDRAWAL : มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้เสพยา
3. IMPAIRED CONTROL : ควบคุมการเสพยาไม่ได้
4. CUT DOWN : มีความต้องการอยู่เสมอก่อนจะเลิกเสพยาหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ
5. TIME SPENT USING : หมกมุ่นกับการเสพยาหรือการหาสารเสพติดมาสำหรับเสพยา
6. NEGLECT OF ACTIVITY : มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพ การงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ
7. USING DESPITE PROBLEMS: ยังคงใช้สารเสพติดอยู่ ทั้งที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว

DSM-IV

การวินิจฉัยปัญหาจากการใช้สารเสพติดโดยใช้เกณฑ์สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยเคยเสพยาเสพติดจนทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้หรือไม่

1. เพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิมต้องใช้สารเสพติดปริมาณมากขึ้นกว่าครั้งเมื่อใช้ใหม่ๆหรือไม่

2. เมื่อลดหรือหยุดการใช้สารเสพติด มีอาการขาดยา (เช่น ปวด สั่น ไข้ อ่อนเพลีย ท้องเสีย คลื่นไส้ นอนหลับยาก หรือรู้สึกกระวนกระวาย วิดกกังวล ซึมเศร้า หรือหงุดหงิด) หรือไม่

3. เมื่อได้ใช้สารเสพติดแล้วบ่อยครั้งที่ใช้มากกว่าที่ตั้งใจไว้ในตอนแรกหรือไม่

4. มีความพยายามที่จะลดหรือหยุดใช้สารเสพติดแต่ทำไม่สำเร็จหรือไม่

5. ในวันที่ใช้สารเสพติดนั้น ใช้เวลานาน (มากกว่า 2 ชม.) ในการหาสารเสพติด ในการเสพยาเสพติด หรือฟื้นจากฤทธิ์ของสารเสพติด หรือคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับสารเสพติดนั้นหรือไม่

6. จากการใช้สารเสพติด ทำให้ใช้เวลาทำงาน พักผ่อนหย่อนใจ หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่นน้อยลง หรือไม่
 7. ไม่หยุดใช้สารเสพติดแม้จะรู้ว่าการใช้สารเสพติดนั้นทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจหรือไม่
- หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์อย่างน้อย 3 ใน 7 ข้อแสดงว่าผู้ป่วยรายนั้นมีปัญหาการใช้สารเสพติดแบบ Substance Dependence

โรคจิตจากการเสพยาแอมเฟตามีน: Amphetamine Induced Psychosis

1. เกณฑ์การวินิจฉัย/728 amphetamine induced psychotic disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV))
 - A. มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดที่เด่นชัด

หมายเหตุ: ไม่รวมถึงอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยตระหนักว่าอาการของตนเป็นผลจากแอมเฟตามีน

 - B. มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการ ดังข้อ 1 หรือ 2
 - (1) อาการในข้อ A เกิดขึ้นระหว่างหรือภายในช่วงหนึ่งเดือนที่มี Amphetamine Intoxication หรือ Withdrawal
 - (2) การใช้แอมเฟตามีนเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติดังกล่าว

โรคจิตจากการเสพยาแอมเฟตามีน: Amphetamine Induced Psychosis

1. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Amphetamine Induced Psychotic Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV))
 - A. มีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดที่เด่นชัด

หมายเหตุ: ไม่รวมถึงอาการประสาทหลอนที่ผู้ป่วยตระหนักว่า อาการของตนเป็นผลจากแอมเฟตามีน

- B. มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือผลทางห้องปฏิบัติการ ดังข้อ 1 หรือ 2
 - (1) อาการในข้อ A เกิดขึ้นระหว่างหรือภายในช่วงหนึ่งเดือนที่มี Amphetamine Intoxication หรือ Withdrawal
 - (2) การใช้แอมเฟตามีนเป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับความผิดปกติดังกล่าว

โรคจิตจากการเสพยาแอมเฟตามีน: Amphetamine Induced Psychosis

- C. ความผิดปกติไม่ได้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิตที่มีได้เป็นผลจากแอมเฟตามีน
 - D. ความผิดปกติไม่ได้เกิดแต่เฉพาะในช่วงของ delirium
- หมายเหตุ: ควรใช้การวินิจฉัยนี้แทนการ วินิจฉัย Amphetamine Intoxication หรือ Amphetamine withdrawal ต่อเมื่ออาการเหล่านี้เป็นมากกว่าที่จะเป็นกลุ่มอาการที่พบมักร่วมกับภาวะ Intoxication หรือ Withdrawal และเมื่ออาการเหล่านี้รุนแรงมากพอจนทำให้ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ

- C. ความผิดปกติไม่ได้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิตที่มีได้เป็นผลจากแอมเฟตามีน หลักฐานว่าอาการเหล่านี้เข้าได้ดีกว่ากับโรคจิตที่มีได้เป็นผลจากแอมเฟตามีน อาจได้แก่ มีอาการก่อนการใช้แอมเฟตามีน อาการยังคงอยู่เป็นระยะเวลานาน (เช่น เป็นเดือน) หลังจากหมดภาวะ Intoxication หรือมีอาการมากเกินไปกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเทียบกับชนิด ปริมาณ หรือระยะเวลาที่ใช้แอมเฟตามีน หรือมีหลักฐานอื่นที่ชี้แนะว่ามีโรคจิตที่ไม่ขึ้นกับการใช้แอมเฟตามีน (เช่น มีประวัติของช่วงที่มีอาการโดยไม่สัมพันธ์กับการใช้แอมเฟตามีนอยู่เป็นระยะๆ)

D. ความผิดปกตินี้ไม่ได้เกิดแต่เฉพาะในช่วงของ Delirium
หมายเหตุ: ควรใช้การวินิจฉัยนี้แทนการวินิจฉัย
Amphetamine Intoxication หรือ Amphetamine
Withdrawal ต่อเมื่ออาการเหล่านี้เป็นมากเกินกว่าที่จะเป็น
กลุ่มอาการที่พบ มักร่วมกับภาวะ Intoxication หรือ
Withdrawal และเมื่ออาการเหล่านี้รุนแรงมากพอจนทำให้
ต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ

โรคจิตจากการเสพยาแอมเฟตามีน: Amphetamine Induced Psychosis

2. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ Psychotic Disorder due to Use of Methamphetamine ขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem – 100-10) โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน เป็นกลุ่มอาการโรคจิตที่
- เกิดขณะเสพยาหรือทันทีที่หยุดเสพยาแอมเฟตามีนภายใน 48 ชั่วโมง
 - โดยมักมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (มักจะเป็นทางหูและเกิดกับประสาทสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด) จำผิด หลงผิด
 - ความคิดระแวง (เช่น คิดว่าจะถูกปองร้าย)
 - การเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว (มากขึ้น หรือน้อยลง)
 - อาการที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ความกลัวอย่างรุนแรงถึงภาวะเพ้อ ความผิดปกตินี้จะทุเลาลงบางส่วนภายใน 1 เดือน และหายปกติใน 6 เดือน

2. เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ “Psychotic Disorder due to Use of Methamphetamine” ขององค์การอนามัยโลก (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem – ICD-10)

โรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน เป็นกลุ่มอาการโรคจิตที่เกิดขณะเสพยาหรือทันทีที่หยุดเสพยาแอมเฟตามีนภายใน 48 ชั่วโมง โดยมักมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (มักจะเป็นทางหูและเกิดกับประสาทสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด) จำผิด หลงผิด และ/หรือความคิดระแวง (เช่น คิดว่าจะถูกปองร้าย) การเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว (มากขึ้นหรือน้อยลง) และอาการที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ความกลัวอย่างรุนแรงถึงภาวะเพ้อ ความผิดปกตินี้จะทุเลาลงบางส่วนภายใน 1 เดือน และหายปกติใน 6 เดือน

เกณฑ์การวินิจฉัยที่สำคัญของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน

1. ต้องมีอาการโรคจิตอย่างเด่นชัด เช่น อาการหลงผิด (Delusion) หรืออาการประสาทหลอน (Hallucination)
2. อาการดังกล่าวต้องสัมพันธ์กับการเสพยาแอมเฟตามีน และไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

เกณฑ์การวินิจฉัยที่สำคัญของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน

จะเห็นได้ว่าเกณฑ์การวินิจฉัยที่สำคัญของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน คือ ต้องมีอาการโรคจิตอย่างเด่นชัด เช่น อาการหลงผิด (Delusion) หรืออาการประสาทหลอน (Hallucination) โดยอาการดังกล่าวต้องสัมพันธ์กับการเสพยาแอมเฟตามีนและไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น

ข้อเปรียบเทียบระหว่างเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV และ ICD-10

หัวข้อ	DSM-IV	ICD-10
การเกิดอาการโรคจิต (Onset)	เกณฑ์ DSM-IV กำหนดให้อาการโรคจิต จะเกิดขึ้นในขณะที่เสพยาหรือภายใน 1 เดือนของการเสพยาแอมเฟตามีนจนเกิดภาวะ Intoxication หรือ Withdrawal	เกณฑ์ ICD-10 กำหนดให้อาการโรคจิตเกิดขึ้นในขณะที่เสพยาหรือภายใน 48 ชั่วโมงของการเสพยาแอมเฟตามีน
ระยะเวลาของอาการโรคจิต (Duration)	DSM-IV ไม่ได้กำหนดระยะเวลาของอาการโรคจิต แต่ได้มีคำอธิบายเพิ่มเติมไว้ในคู่มือว่าอาการโรคจิตจะเริ่มต้นขึ้นภายใน 1 เดือน	ICD-10 ไม่ได้กำหนดในเกณฑ์การวินิจฉัย แต่ได้มีคำอธิบายเพิ่มเติมไว้ในคู่มือว่าอาการโรคจิตจะเริ่มต้นขึ้นภายใน 1 เดือน และหายปกติภายใน 6 เดือน

ข้อเปรียบเทียบระหว่างเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV และ ICD-10 ดังนี้

1. การเกิดอาการโรคจิต (Onset) เกณฑ์ DSM-IV กำหนดให้ อาการโรคจิตจะเกิดขึ้นในขณะที่เสพยาหรือภายใน 1 เดือนของการเสพยาแอมเฟตามีนจนเกิดภาวะ Intoxication หรือ Withdrawal ส่วนเกณฑ์ ICD -10 กำหนดให้อาการโรคจิตเกิดขึ้นในขณะที่เสพยาหรือภายใน 48 ชั่วโมงของการเสพยาแอมเฟตามีน
2. ระยะเวลาของอาการโรคจิต (Duration) DSM-IV ไม่ได้กำหนดระยะเวลาว่าอาการจะดีขึ้นเมื่อไรในเกณฑ์การวินิจฉัย แต่ได้มีคำอธิบายเพิ่มเติมไว้ในคู่มือว่าอาการโรคจิตจะดีขึ้นภายใน 1 เดือน ส่วน ICD-10 ได้กำหนดในเกณฑ์การวินิจฉัยอย่างชัดเจนว่าอาการโรคจิตควรจะเริ่มดีขึ้นภายใน 1 เดือน และหายปกติภายใน 6 เดือน

ระยะเวลาในการตรวจสารกลุ่มแอมเฟตามีน

ระยะเวลาน้อยสุดที่อาจตรวจพบ 2-7 ชั่วโมง
ระยะเวลามากสุดที่ยังตรวจพบได้ 2-4 วัน

ชนิดของยารักษาโรคที่มีผลรบกวนให้เกิดผลบวกปลอม

- ยาลดความอ้วน: Phentermine, Fenfluramine
- ยาแก้ไอหืด แก้วแพ้: Phenylpropanolamine, Brompheniramine, Ephedrine, Pseudoephedrine
- ยารักษาเชื้อรา: Ketoconazole
- ยารักษาโรคกระเพาะ: Ranitidine

ระยะเวลาในการตรวจสารกลุ่มแอมเฟตามีน ระยะเวลาน้อยที่สุดอาจตรวจพบ 2-7 ชั่วโมง และระยะเวลามากสุดที่ยังตรวจพบได้ 2-4 วัน

ช่วงเวลาที่มีโอกาสตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ แบ่งตามชนิดของสารเสพติดและลักษณะการเสพยา

ชนิดสารเสพติด	ผู้เสพยาประจำ	ผู้เสพยาครั้งเดียว	ผู้เสพยาเรื้อรัง
แอมเฟตามีน	1-3 วัน	2-6 วัน	2-3 สัปดาห์
เมทแอมเฟตามีน	1-3 วัน	2-6 วัน	2-3 สัปดาห์
ยาอี	1-3 วัน	2-6 วัน	2-3 สัปดาห์
กัญชา	2-5 วัน	4-14 วัน	อาจนานถึง 2-3 เดือน
โคคาอีน	12-48 ชม.	1-4 วัน	อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์
มอร์ฟิน	12-48 ชม.	2-6 วัน	อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์
โคเดอีน	1-3 วัน	2-5 วัน	อาจนานถึง 2-3 สัปดาห์
เบนโซไดอะซีปีนส์	2-5 วัน	4-14 วัน	อาจนานถึง 1 เดือน

*ข้อมูลในตารางเป็นค่าอ้างอิงโดยประมาณ ทั้งนี้ระยะเวลาตรวจพบสารเสพติด ขึ้นกับปริมาณของสารและระดับของการใช้ยา: United Nations International Drug Control Programme. "Rapid on-site screening of drugs of abuse." Scientific and Technical notes SCITEC/18 December 2001.

ช่วงเวลาที่มียาเสพติดตรวจพบสารเสพติดในปัสสาวะ แบ่งตามชนิดของสารเสพติดและลักษณะของการเสพยา จะเห็นได้ว่า

1. สารที่อยู่ในร่างกายสั้นที่สุดคือ โคคาอีนและมอร์ฟิน ที่อยู่ในร่างกายสั้นเพียง 12-48 ชั่วโมง
2. สารเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน เมทแอมเฟตามีน และยาอี สามารถอยู่ในร่างกายได้ 1-3 วัน
3. สารที่อยู่ในร่างกายนานที่สุดคือกัญชาและยานอนหลับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนส์ มีฤทธิ์อยู่ในร่างกาย 2-5 วัน

บทที่ 4

การประเมินภาวะฉุกเฉินของ
ผู้มีปัญหาอาการทางจิตจาก
สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน
ให้การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม

ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติด



ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติด

ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนที่พบได้บ่อย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่มีเหตุผล วิตกกังวลมาก คลุ้มคลั่ง สับสน อยู่ไม่นิ่ง จากผลของพฤติกรรมดังกล่าว ทำให้เกิดเหตุการณ์ต่างๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวเอง หรือต่อผู้อื่นได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลัน

1. จากการเมายา เนื่องจากแอมเฟตามีนทำให้เกิดอาการกลัว ระแวง ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตัวเองปลอดภัย
2. จากปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคจิต ในผู้ที่มีอาการโรคจิตจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เป็นจริง เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอน ระแวง ดังนั้นการตอบสนองจึงไม่เป็นไปตามสถานการณ์จริง
3. ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสน
4. จากความโกรธ ความเครียด จากปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว หรืออื่นๆ ความรู้สึกอับอาย ไม่เป็นธรรม ไม่ปลอดภัย

สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงฉับพลัน

1. จากฤทธิ์ของสารเสพติด ทำให้เกิดอาการเมายา จะเกิดอาการกลัว ระแวง ไม่สามารถควบคุมได้ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ตัวเองปลอดภัย
2. จากปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวช เช่น โรคจิต ในผู้ที่มีอาการโรคจิตจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ไม่เป็นจริง เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอน ระแวง ดังนั้นการตอบสนองจึงไม่เป็นไปตามสถานการณ์จริง หรือโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรง มีความคิดอยากทำร้ายตัวเองได้
3. ความเจ็บป่วยทางกาย เช่น อุบัติเหตุทางสมอง ภาวะสับสน จากพยาธิสภาพทางสมอง
4. จากความโกรธ ความเครียด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้สึกอับอาย ไม่ปลอดภัย โดยอาจกระตุ้นให้รุนแรงมากขึ้นภายใต้ฤทธิ์ของการดื่มสุรา แต่อย่างไรก็ตามแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นไม่ได้แตกต่างกัน และเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช แต่ต้องระวังภาวะฉุกเฉินทางกายที่อาจพบได้จากการใช้สารเสพติด เช่น ชัก

การประเมิน

ขั้นที่ 1 การประเมินเบื้องต้น

1. ประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ในภาพรวม
2. ประเมินความรุนแรงของความเสี่ยงที่จะเกิดกับตัวเองหรือผู้อื่น
3. เริ่มเข้าควบคุมสถานการณ์

การประเมินภาวะฉุกเฉิน

ขั้นที่ 1: การประเมินเบื้องต้น

เป็นการพิจารณาภาพรวมของสถานการณ์เพื่อประเมินระดับความเสี่ยง ในขณะนี้อาจยังไม่ใช่เวลาที่จะประเมินว่าเกิดจากภาวะเมายาบ้าหรือไม่ แต่เป็นการประเมินโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงและโอกาสเกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้เสพเองและผู้อื่น ที่สำคัญที่สุดคือ ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของทุกฝ่าย รวมทั้งพยายามหาว่ามีอุปกรณ์ที่อาจเป็นอาวุธอยู่ที่ตัวผู้เสพหรือใกล้ตัวผู้เสพหรือไม่

การประเมิน

ขั้นที่ 2 เกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีนหรือไม่ ให้พิจารณาประเด็นต่อไปนี้

- ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม
- อาการและอาการแสดงทางร่างกาย
- การถามคำถามตรงไปตรงมา
- ข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม

ขั้นที่ 2: ประเมินว่าเกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทหรือไม่

โดยการประเมินต้องพิจารณาทั้งข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม อาการและอาการแสดงทางร่างกาย การถามคำถามตรงไปตรงมา และข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม วิธีการประเมินจะต้องใช้คำพูดที่นิ่ง สงบ ไม่คุกคาม ท่าทางมั่นใจ หลีกเลี่ยงการใส่ชุดเครื่องแบบที่คล้ายตำรวจ ยาม หรือคู่มืออำนาจเหนือกว่า หลีกเลี่ยงการพูดคุยที่ทำให้เกิดความไม่พอใจ หรือยิ่งทำให้เครียด หรือทำให้คิดว่าจะถูกทำร้าย ถูกควบคุมตัว ผู้เสพที่อยู่ภายใต้ฤทธิ์ของสารกระตุ้นประสาท จะตอบสนองและโต้ตอบได้ดีกับวิธีการพูดคุยที่สงบ ไม่ก้าวร้าว ชุ่มกุกกวม

ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม

- กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่
- แสดงความคิดที่หวาดระแวง
- พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมไม่ได้
- ตื่นตัวง่าย ไวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เช่น เสียง การเคลื่อนไหว
- แสดงพฤติกรรมตามความเชื่อที่หลงผิด
- อาจแสดงการพูดคุยกับใครบางคนที่ไม่อยู่ที่นั่น (ตอบสนองต่อหูแว่ว)
- มีเรี่ยวแรงมากกว่าปกติ
- ไม่ตอบสนองต่อการพูดในลักษณะสั่งให้หยุดทำ

ข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรม

เนื่องจากแอมเฟตามีนเป็นสารกระตุ้นประสาทที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง พฤติกรรมจะต่างจากสารเสพติดอื่น เช่น เฮโรอีน หรือสุรา พฤติกรรมที่บ่งบอกว่าอาจเกิดจากการใช้สารกระตุ้นประสาท ได้แก่ กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ แสดงความคิดที่หวาดระแวง พฤติกรรมก้าวร้าว ควบคุมไม่ได้ ตื่นตัวง่าย ไวต่อสิ่งเร้าต่างๆ เช่น เสียง การเคลื่อนไหว แสดงพฤติกรรมความเชื่อที่หลงผิด อาจแสดงการพูดคุยกับใครบางคนที่ไม่อยู่ที่นั่น (ตอบสนองต่อหูแว่ว) มีเรี่ยวแรงมากกว่าปกติ ไม่ตอบสนองต่อการพูดในลักษณะสั่งให้หยุดทำ อย่าลืมนะว่า อาการเหล่านี้ อาจพบได้ในผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตตามที่ได้กล่าวไว้แล้วว่า ยากที่จะสามารถแยกแยะว่าเกิดจากปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากสารกระตุ้นประสาท หรือเกิดจากการขาดการควบคุมอารมณ์ที่รุนแรง แต่ขั้นตอนในการจัดการยังคงใช้วิธีการเดียวกัน

อาการและอาการแสดงทางร่างกาย

อาการที่สังเกตได้

- ม่านตาขยาย และไม่ค่อยตอบสนองต่อแสงสว่าง (ดูเหมือนตาโต)
- เหงื่อออกมาก ตัวร้อน มีไข้ หายใจเร็ว
- มีแขนขากระตุกเป็นครั้งคราว ขาสั่น ตัวสั่น
- เกร็งเกราม ตัวแข็ง ๆ

อาการที่ตรวจพบ

- ไข้สูงกว่า 38 องศา ซีฟจรเต้นเร็ว

อาการที่ผู้ป่วยบอก

- เจ็บหน้าอก ปวดหัวมาก

อาการและอาการแสดงทางร่างกาย

(Physical Signs and Symptoms)

อาการและอาการแสดงทางร่างกายที่บ่งชี้ถึงความฉุกเฉินมีได้หลากหลาย

อาการที่สังเกตได้ เช่น ม่านตาขยาย และไม่ค่อยตอบสนองต่อแสงสว่าง (ดูเหมือนตาโต) เหงื่อออกมาก ตัวร้อน มีไข้ หายใจเร็ว มีแขนขากระตุกเป็นครั้งคราว ขาสั่น ตัวสั่น เกร็งเกราม ตัวแข็งๆ

อาการที่ตรวจพบ ไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ซีฟจรเต้นเร็ว
Pupil Dilated

อาการที่ผู้ป่วยบอก เจ็บหน้าอก ปวดหัวมาก

การถามคำถามตรงไปตรงมา

- คุณใช้ยาบ้า ยาไอซ์ หรือไม่ ใช้อะไร ใช้เท่าไร

การใช้สารกระตุ้นประสาทปริมาณมาก ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเมา

- คุณใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไร

ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงที่สุดประมาณ 2-3 ชั่วโมงหลังเสพยาบ้า

- คุณใช้สารเสพติดอื่นอีกหรือไม่

เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้

การถามคำถามตรงไปตรงมา (Direct Questions)

ใช้คำถามตรงไปตรงมา เช่น

- คุณใช้ยาบ้า ยาไอซ์ หรือไม่ ใช้อะไร ใช้เท่าไร (การใช้สารกระตุ้นประสาทปริมาณมาก ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเมา)
- คุณใช้ครั้งสุดท้ายเมื่อไร (ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงที่สุดประมาณ 2-3 ชั่วโมง หลังเสพยาบ้า)
- คุณใช้สารเสพติดอื่นอีกหรือไม่ (เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญเพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลได้)

การถามคำถามกับเพื่อนหรือญาติ

- ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอะไร ใช้สารกระตุ้นประสาทพวกยาบ้า ยาไอซ์ ยาอีหรือไม่

- ทราบหรือไม่ว่าใช้มานานเท่าไร ใช้มากแค่ไหน

- ใช้สารเสพติดอื่นอะไรอีกไหม

- มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อนหรือไม่ หรือเคยรับการรักษาหรือไม่

การถามคำถามกับเพื่อนหรือญาติ

ในบางครั้งก็เป็นการยากที่จะได้คำตอบจากผู้ป่วย การได้ข้อมูลจากญาติ เพื่อน หรือคนรอบข้างอาจช่วยได้ เช่น

- ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอะไร ใช้สารกระตุ้นประสาทพวกยาบ้า ยาไอซ์ ยาอีหรือไม่ ทราบหรือไม่ว่าใช้มานานเท่าไร ใช้มากแค่ไหน
- ใช้สารเสพติดอื่นอะไรอีกไหม
- มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อนหรือไม่ หรือเคยรับการรักษาหรือไม่

การให้เพื่อนหรือญาติคุยกับผู้ป่วยในท่าที่สงบอาจช่วยได้ แต่ต้องระวังความปลอดภัยและมั่นใจว่าไม่ทำให้ผู้ป่วยหงุดหงิดมากขึ้น

ข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม

- สถานที่ที่น่าสงสัยว่ามีการใช้สารกระตุ้นประสาท
- สถานบันเทิง
- งานเลี้ยง ปาร์ตี้ส่วนตัว
- คอนเสิร์ตดนตรี
- วันหยุด และวันหยุดที่มีระยะเวลายาว
- ใกล้แหล่งที่ขาย

ข้อบ่งชี้ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Indicators)

สถานที่ที่น่าสงสัยว่ามีการใช้สารกระตุ้นประสาท เช่น สถานบันเทิง งานเลี้ยง ปาร์ตี้ส่วนตัว คอนเสิร์ตดนตรี วันหยุด และวันหยุดที่มีระยะเวลายาว ใกล้แหล่งที่ขาย

1. ภาวะเมาสารกระตุ้นประสาท

อาการชี้บ่งทางร่างกาย

- คลื่นไส้
- กัดฟัน เกร็งกราม
- ความดันโลหิตสูง
- ชีพจรเต้นเร็ว
- มีไข้
- ชัก

อาการชี้บ่งทางพฤติกรรม

- สับสน
- วิดกกังวลอย่างมาก
- ความคิด ความจำเปลี่ยนไป
- หงุดหงิด ก้าวร้าว
- สงสัย ระแวงระวัง
- หลงผิด หวาดระแวง

ภาวะเมาสารกระตุ้นประสาท ATS Intoxication นั้นมีความรุนแรงแตกต่างกันตั้งแต่เล็กน้อยถึงมากและมีอาการได้หลากหลาย ผู้เสพสารกระตุ้นประสาทอาจไม่จำเป็นต้องมีอาการต่อไปครบทุกอาการก็ได้ อาการและอาการแสดงที่ชี้บ่งทางร่างกายและทางพฤติกรรมจากผลการเสพสารกระตุ้นประสาทได้แก่

อาการทางร่างกาย (Physical Indicators) เช่น ม่านตาขยาย ขนาดขึ้น หรือตอบสนองต่อแสงได้น้อยลง อบอุ่น เหงื่อออก มีไข้ (สูงกว่า 38°C) หายใจเร็ว แขนขากระตุก ขาสั่น ตัวสั่น ชีพจรเต้นเร็ว เจ็บหน้าอก กัดฟัน เกร็งกราม ตัวแข็ง แขนขาเกร็ง ปวดศีรษะ

อาการทางพฤติกรรม (Behavioral Indicators) เช่น กระสับกระส่ายอย่างมาก วิดกกังวลอย่างมาก พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ตื่นตกใจง่าย ตอบสนองต่อสิ่งเร้ารุนแรง และเร็ว พฤติกรรมแสดงออกถึงความคิดที่ระแวง หลงผิดหวาดระแวง ทำทางเหมือนพูดโต้ตอบกับใครที่ไม่เห็นตัวหรือพฤติกรรมตอบสนองต่อเสียง หูแว่ว

การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินการเมาสารกระตุ้น

ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางกายต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

ขั้นที่ 1: สังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะเมาสารกระตุ้น

- อาการเจ็บหน้าอก ไข้ขึ้นสูง ไข้สูง ความดันโลหิตสูง
- อาการโรคจิต เช่น ระแวง หลงผิด ประสาทหลอน
- พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
- ชัก

ขั้นที่ 2: ติดตามสัญญาณชีพ (ถ้าทำได้)

- อุณหภูมิ ชีพจร ความดันโลหิต

การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉิน การเมาสารกระตุ้นประสาท (Management of ATS Intoxication)

ขั้นแรกต้องให้มั่นใจว่า

- อาการที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับสารกระตุ้นประสาทหรือไม่
- ลักษณะอาการ อาการแสดงเป็นไปตามข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรมหรือข้อบ่งชี้ทางร่างกายในผู้เสพสารกระตุ้นประสาทตามที่ได้กล่าวมาแล้วหรือไม่

หากมีหลักฐานยืนยันการเสพสารกระตุ้นประสาท ควรถามข้อมูลการเสพ เช่น

- ชนิดของสารกระตุ้นประสาทที่ใช้
- ปริมาณครั้งสุดท้ายที่เสพ
- ใช้สารเสพติดอื่นร่วมไหม

อย่างไรก็ตามทักษะการถามมีความสำคัญมากกว่า ต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าเรากำลังพยายามหาทางช่วยเหลือเขาอยู่ ไม่ได้คุกคามหากยังไม่สามารถถามรายละเอียดได้แต่ได้รับการยืนยันการเสพ การให้การช่วยเหลือสำคัญกว่า เนื่องจากถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางกายต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะหากมีอาการดังต่อไปนี้ เจ็บหน้าอก ใช้สูงขึ้นความดันสูงมาก พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง หวาดระแวง ประสาทหลอน ชัก ดังนั้นควรเฝ้าระวังอาการดังกล่าว และอย่าลืมว่าผู้ป่วยอาจไม่จำเป็นต้องมีอาการครบทุกข้อก็ได้ หลังจากนั้นควรติดตามสัญญาณชีพที่สำคัญโดยเฉพาะอุณหภูมิและชีพจร หากผู้ป่วยมีอาการ Intoxication รุนแรง ควรรักษาในโรงพยาบาลใกล้บ้าน

การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินการเมาสารกระตุ้น

ขั้นที่ 3: พยายามช่วยให้ผู้ป่วยสงบ

- พูดย้ำด้วยน้ำเสียงที่นุ่ม ท้าที่ที่สงบ
- หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ต่อว่า อย่าตื่นตระหนก
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ที่สงบ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม
- ไม่มีอุปกรณ์ที่จะเป็นอาวุธได้
- ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว ไม่แนะนำให้บุกเข้าจับผู้ป่วย เนื่องจากจะทำให้สถานการณ์แย่ลง

แนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น ได้แก่

- ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมให้มากที่สุด ควรจะสงบเงียบ
- ให้ผู้ป่วยอยู่ในที่เย็นๆ ถอดเสื้อผ้าที่หนักรหรือรัดออก
- หลีกเลี่ยงการโต้เถียง ต่อว่า ปลอบโยนให้ผู้ป่วยพูด
- เวลาเข้าหาผู้ป่วยให้เข้าหาช้าๆ มั่นใจ (อย่ากลัวๆ กลัวๆ ลังเล) ให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าสถานการณ์ควบคุมได้ ปลอดภัย
- ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าอาการจะดีขึ้นในไม่ช้า
- ให้เพื่อนหรือญาติอยู่กับผู้ป่วยหรือติดต่อให้ผู้ป่วยได้คุยด้วย

การช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินการเมาสารกระตุ้น

ขั้นที่ 4: ทำให้ผู้ป่วยสงบ (หากจำเป็น)

- อาจให้ยานอนหลับในกลุ่มเบนโซไดอะซีน เช่น Diazepam
- ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol เพื่อให้ผู้ป่วยสงบตามความจำเป็น

ขั้นที่ 5: ให้สารน้ำเพียงพอและสังเกตอาการ

- ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ (250-500 ml ต่อชั่วโมง)
- หากจำเป็นกรณีที่สัญญาณชีพผิดปกติมาก ควรเปิดเส้นเลือดไว้ และตรวจติดตามการทำงานหัวใจ
- ให้ความเย็นให้เพียงพอ

- หากจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสงบ อาจให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine หรือ Antipsychotic ตามความจำเป็น ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในเรื่อง Managing Aggressive Behavior
- ควรให้ผู้ป่วยได้น้ำอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 250-500 ซีซี ต่อชั่วโมง
- หากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ เช่น ชีพจร ความดันโลหิตสูงขึ้นมาก พิจารณาเปิดเส้นเลือดเพื่อให้ น้ำเกลือและใส่เครื่อง Monitor EKG

II. พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพสารกระตุ้นประสาท

ลักษณะพฤติกรรมก้าวร้าวที่พบได้บ่อย

- กระสับกระส่าย กระวนกระวาย อยู่ไม่ติด สงสัย ไม่แน่ใจ ระแวง หลงผิด
- ก้าวร้าว ได้เถียงทะเลาะแม้ไม่มีเหตุกระตุ้น หรือมีเหตุกระตุ้นเพียงเล็กน้อย เสียใจในเรื่องที่ไม่เป็นเรื่อง
- คุกคามผู้อื่น ไม่พอใจหรือวิพากษ์วิจารณ์คนอื่นหรือสถานการณ์รอบข้าง
- ต่อว่าให้เจ้าหน้าที่ว่า ไม่ได้เรื่อง หรือ คุณสมบัติไม่พอ ไม่มีความสามารถ รู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ

พฤติกรรมก้าวร้าวจากการเสพสารกระตุ้นประสาทและการช่วยเหลือเบื้องต้น

ผู้ที่เสพสารกระตุ้นประสาทอาจเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว อาจเกิดได้ทั้งในขณะที่เสพหรือในช่วงถอนพิษเมื่อหยุดเสพ พฤติกรรมที่พบได้บ่อย ได้แก่

- กระสับกระส่าย กระวนกระวาย อยู่ไม่ติด
- สงสัย ไม่แน่ใจ ระแวง หลงผิด เสียใจในเรื่องที่ไม่เป็นเรื่อง
- ก้าวร้าว ได้เถียงทะเลาะแม้ไม่มีเหตุกระตุ้น หรือมีเหตุกระตุ้นเพียงเล็กน้อย
- คุกคามผู้อื่น ไม่พอใจหรือวิพากษ์วิจารณ์คนอื่นหรือสถานการณ์รอบข้าง
- ต่อว่าให้เจ้าหน้าที่ว่า ไม่ได้เรื่อง หรือคุณสมบัติไม่พอ ไม่มีความสามารถ
- รู้สึกว่าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ

การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว

- สงบ พุดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- ไม่ควรสนใจพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าเป็นไม่ชอบเราเป็นการส่วนตัว
- หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรือขี้ม
- ต้องระวังว่าการรับรู้ของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามสถานการณ์
- หลีกเลี่ยงท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด
- อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไร และทำไม
- คำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอ
- ติดต่อหน่วยงานหรือบริการฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อ

ก่อนอื่นต้องตระหนักว่า ผู้ป่วยอาจมีการตัดสินใจที่เสียไป อาจรับรู้สถานการณ์หรือสิ่งรอบข้างต่างไปจากเรา ทั้งนี้อาจเกิดจากอาการระแวง หลงผิด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตัวเองหรือผู้อื่นได้ ดังนั้น ผู้ดูแลควรจะ

- สงบ พุดจาด้วยเสียงไม่ดังเกินไป ฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- ไม่ควรสนใจพฤติกรรมของผู้ป่วยว่า ไม่ชอบเราเป็นการส่วนตัว
- หลีกเลี่ยงการหลอกลวง เยาะเย้ยหรือขี้ม
- อธิบายให้ผู้ป่วยฟังว่าเกิดอะไรขึ้น เรากำลังจะทำอะไรและทำไมเราต้องทำเช่นนั้น
- หลีกเลี่ยงท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกคุกคามได้ เช่น เดินเข้าไปหาผู้ป่วยทันทีทันใด

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีท่าทางก้าวร้าวหรือมีโอกาสสูงที่จะทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น ให้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของหน่วยงานในการจัดการบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และไม่ว่าด้วยกรณีใดก็ตาม จะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของตนเองเสมอโดย

- ให้แน่ใจว่าคุณสามารถหลบหนีออกมาได้ หากจำเป็น
- ให้แน่ใจว่า คุณได้ปรึกษาผู้อื่น หรือมีผู้ช่วยเหลือหากคุณต้องเผชิญเหตุการณ์เสี่ยง
- ให้แน่ใจว่ามีหน่วยงานหรือบุคคลช่วยเหลือต่อ หลังจากคุณได้ปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติแล้ว

การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ก้าวร้าวเล็กน้อย (Mild arousal):

ผู้ป่วยตื่น อาจหงุดหงิดบ้างแต่ยังร่วมมือดี สามารถประเมินได้ สัญญาณชีพปกติ

- ควรให้ยาบรรเทาได้แก่
- Diazepam 5-10 mg หรือ Clonazepam 0.5-2 mg หรือ Lorazepam 1-2.5 mg ซ้ำทุก 30-60 นาทีตามความจำเป็น
- หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5-5 mg หรือ Olanzapine 5-10 mg

การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าวด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ

Mild arousal: ผู้ป่วยตื่น อาจหงุดหงิดบ้างแต่ยังร่วมมือดี สามารถประเมินได้ สัญญาณชีพปกติ ควรให้ยาบรรเทาได้แก่

- DZP 5-10 mg หรือ Clonazepam 0.5-2 mg หรือ Lorazepam 1-2.5 mg ซ้ำทุก 30-60 นาทีตามความจำเป็น
- หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5-5 mg หรือ Olanzapine 5-10 mg

การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ก้าวร้าวปานกลาง Moderate arousal:

เริ่มอยู่ไม่นิ่ง ไม่เป็นมิตร ไม่ร่วมมือ สัญญาณชีพเริ่มสูงขึ้น

- พิจารณายาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน
- Haloperidol 2.5-5 mg หรือ Olanzapine 5-10 mg IM

Moderate Arousal: ผู้ป่วยเริ่มอยู่ไม่นิ่ง ไม่เป็นมิตร ไม่ร่วมมือ สัญญาณชีพเริ่มสูงขึ้น ควรพิจารณายาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หากผู้ป่วยไม่ยอมรับประทาน

- Haloperidol 2.5-5 mg หรือ olanzapine 5-10 mg IM

การช่วยเหลือกรณีมีพฤติกรรมก้าวร้าว

ก้าวร้าวมาก High arousal:

ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก ไม่ร่วมมือ มีแนวโน้มก้าวร้าว

- พิจารณาให้ยาทางเส้นเลือด หากผู้ป่วยปฏิเสธการรับประทาน / ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
- เปิดเส้นเลือดให้น้ำเกลือ
- Diazepam 5-10 mg ซ้ำเพิ่ม 5 mg จนกระทั่งสงบ
- หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5-5 mg
- ควรมีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพเตรียมให้พร้อมใช้งาน

High Arousal: ผู้ป่วยกระสับกระส่ายมาก ไม่ร่วมมือมีแนวโน้มก้าวร้าว ควรพิจารณาให้ยาทางเส้นเลือด หากผู้ป่วยปฏิเสธการกินยาหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดย

- เปิดเส้นเลือดให้น้ำเกลือ
- DZP 5-10 mg ซ้ำเพิ่ม 5 mg จนกระทั่งสงบ
- หากยังไม่ดีขึ้น ให้เพิ่ม Haloperidol 2.5-5 mg
- ควรมีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพเตรียมให้พร้อมใช้งาน

III. โรคจิตจากแอมเฟตามีนและ การช่วยเหลือเบื้องต้น

- ส่วนใหญ่มักพบในระยะสั้น อาการจะดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ หยุดเสพต่อเนื่อง มีการจัดเมทแอมเฟตามีนออกจากร่างกาย
- มีรายงานพบอาการโรคจิตเรื้อรังนานหลายเดือน จนถึงหลายปีได้ทั้งที่ไม่มีการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ
- 5-15% ของผู้ที่เคยมีอาการของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนไม่สามารถหายขาดได้

หลังจากลักษณะการระบาดและรูปแบบการเสพที่เปลี่ยนไป พบรายงานการศึกษาโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนที่ผู้เสพมีอาการโรคจิตเรื้อรังนานหลายเดือน จนถึงหลายปี ได้ทั้งที่ไม่มีการเสพเมทแอมเฟตามีนซ้ำ ลักษณะการดำเนินโรคอาจเป็นแบบกลับเป็นซ้ำ (Relapse) เป็นพักๆ หรือมีอาการเรื้อรัง (Chronic) ปัจจัยที่พบเป็นสาเหตุกระตุ้นการกลับป่วยซ้ำ เช่น การเสพเมทแอมเฟตามีนหรือสารกระตุ้นประสาทอื่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การมีปัจจัยเครียดทางจิตใจหรือสังคม อาการที่กลับป่วยซ้ำนั้นจะคล้ายกับอาการครั้งก่อนๆ โดยประมาณการว่าร้อยละ 5-15 ของผู้ที่เคยมีอาการของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนไม่สามารถหายขาดได้

โรคจิตจากแอมเฟตามีน

- Evolving process: เริ่มจากมีอาการโรคจิตสั้นๆ เป็นๆ หายๆ จนเกิดอาการโรคจิตชัดเจน
- การเกิดอาการหลงผิด
 - ผู้ป่วยจะมีอาการสงสัย ระแวงระวัง ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม พยายามตรวจสอบค้นหาเบื้องหลังสิ่งที่สงสัย
 - มีความรู้สึกว่ามีคนอื่นคอยเฝ้ามองหรือติดตามตัวเอง รู้สึกว่าต่อสิ่งเร้าภายนอก
 - เริ่มเกิดอาการประสาทหลอน จนถึงมีลักษณะหลงผิดอย่างชัดเจน และมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นจริงและสูญเสียความหยั่งรู้ในตนเอง
- เกิดอาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว หรือภาพหลอน

โรคจิตจากแอมเฟตามีน (Methamphetamine Psychosis) และการช่วยเหลือเบื้องต้น

ลักษณะอาการโรคจิต อาจพบได้หลายรูปแบบ อาการที่พบได้บ่อยที่สุดคือ อาการความคิดหวาดระแวง ซึ่งอาจจะเริ่มต้นเพียงมีความคิดว่า มีคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน (Ideas of Reference) จนถึงมีอาการหลงผิดอย่างเป็นเรื่องเป็นราวชัดเจน โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีอาการสงสัย ระแวงระวัง ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม พยายามตรวจสอบค้นหาเบื้องหลังสิ่งที่สงสัย มีความรู้สึกว่ามีคนอื่นคอยเฝ้ามองหรือติดตามตัวเอง และเริ่มมีความรู้สึกไวต่อสิ่งเร้าภายนอกยิ่งขึ้น และต่อมาจึงเริ่มเกิดอาการประสาทหลอน จนถึงระดับที่มีอาการทางจิตรุนแรง ผู้ป่วยจะมีลักษณะหลงผิดอย่างชัดเจน และมีความเชื่อว่าสิ่งนั้นเกิดขึ้นจริง และสูญเสียความหยั่งรู้ในตนเอง (Loss of Insight) จากลักษณะอาการดังกล่าว อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างฉับพลัน (Violence) หรือมีอาการทำร้ายตนเอง หรือทำร้ายบุคคลอื่นได้ (Suicide or Homicide) ในระยะแรกที่เสพ ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีความสุขอย่างมาก และเริ่มมีการเสพมากขึ้นเรื่อยๆ จนมีการเสพหนักเป็นช่วงๆ และเมื่อเสพนานขึ้นผู้ป่วยจะเริ่มมีพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เริ่มแยกตัวออกจากสังคม มีพฤติกรรมแปลกๆ และเกิดความคิดระแวงขึ้น อาการโรคจิตจะเป็นๆ หายๆ เป็นพักๆ และถ้ายิ่งใช้ต่อไปเรื่อยๆ อาการโรคจิตจะเด่นชัดขึ้น มีพฤติกรรมก้าวร้าวและขาดการหยั่งรู้ในพฤติกรรมของตนเองจนเกิดอันตรายขึ้น

โรคจิตจากแอมเฟตามีน

- มีอาการระแวงสงสัย ทั้งที่ระดับความรู้สึกดั้งเดิม
- สูญเสียความทรงจำ นำไปสู่พฤติกรรมก้าวร้าว
- สัมพันธ์กับปริมาณ ความถี่และวิธีการเสพ
- การถอนถอนและการมีประวัติโรคจิตเวชมาก่อน สัมพันธ์กับการกระตุ้นให้เกิดอาการโรคจิต
- อาการและอาการแสดงเหมือนโรคจิตเภท
- การวินิจฉัยที่ถูกต้อง ขึ้นอยู่กับความเชื่อถือได้ของประวัติการเสพจากผู้ป่วยหรือครอบครัว

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนยังอาจมีพฤติกรรมรูปแบบซ้ำๆ (Stereotyped Behavior Patterns) ที่ซับซ้อน เช่น รื้อ แกะ ซ่อมวิทยุ รถยนต์ หรือเครื่องยนต์แล้วประกอบใหม่ ทำเช่นนี้ซ้ำๆ แม้ว่าผู้ป่วยจะรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวไม่มีความหมายหรือจุดหมายชัดเจน แต่ก็ไม่สามารถหยุดทำได้ และถ้าถูกบังคับให้หยุดทำ ผู้ป่วยจะรู้สึกหงุดหงิด ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกมีความสุข และไม่รู้สึกวิตกกังวลในระหว่างที่มีกิจกรรมดังกล่าว

ในผู้ที่ถอนถอนหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมาก่อน มีโอกาสเกิดการกำเริบของอาการโรคจิตได้ง่าย อาการโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนนี้แยกจากโรคจิตเภทได้ยาก การวินิจฉัยยังต้องใช้การยืนยันประวัติการเสพจากผู้ป่วยหรือญาติ รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจหาเมทแอมเฟตามีนในปัสสาวะ แม้ว่าโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่จะพบในช่วงเสพยาปริมาณสูง (Withdrawal) ได้เช่นกัน ลักษณะการดำเนินโรคของโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนส่วนใหญ่มักพบในระยะสั้น อาการจะดีขึ้นภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ หยุดเสพยาต่อเนื่อง มีการขจัดเมทแอมเฟตามีนออกจากร่างกาย หากจำเป็นต้องใช้ยารักษาก็สามารถตอบสนองต่อการรักษาต้านโรคจิตในระยะสั้น

การช่วยเหลือในขณะมีอาการโรคจิต

เป้าหมายแรก

- การสร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วย ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าเรากำลังพยายามให้การช่วยเหลืออยู่ ไม่คุกคามผู้ป่วย
- พยายามให้ผู้ป่วยสงบและบรรเทาอาการโดยเร็ว ให้ผู้ป่วยร่วมมือในการประเมิน

การช่วยเหลือในขณะมีอาการโรคจิต (Managing Psychosis)

สิ่งสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ที่มีอาการโรคจิต คือการสร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วย ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยว่าเรากำลังพยายามให้การช่วยเหลืออยู่ ไม่คุกคามผู้ป่วย หลังจากนั้นพยายามให้ผู้ป่วยสงบและบรรเทาอาการโดยเร็ว ให้ผู้ป่วยร่วมมือในการประเมินแม้ว่าอาการโรคจิตจากสารกระตุ้นประสาทมักเกิดในระยะสั้น และดีขึ้นภายในเวลาไม่กี่วันหลังหยุดเสพยา มีการขับสารออกจากร่างกายและผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ

การช่วยเหลือในขณะมีอาการโรคจิต

การรักษาด้วยยา

- การให้ยาด้านโรคจิตชนิดรับประทาน เช่น Haloperidol, Risperidone, Olanzapine
- ยา Benzodiazepines ชนิดรับประทาน
- กรณีที่จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยสงบโดยเร็ว พิจารณาให้ยาด้านโรคจิตชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
- การผูกมัดเป็นวิธีการสุดท้ายที่จะเลือกใช้
- อาการจะดีขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ ได้รับยา และสารเสพติดขับออกจากร่างกายแล้ว
- ผู้ป่วยควรอยู่ในสถานที่สงบ ลดสิ่งกระตุ้น

ในบางรายอาจจำเป็นต้องให้การรักษาด้วยยาเพิ่มเติม แนวเวชปฏิบัติบางเล่ม (Australia) แนะนำให้ยาในกลุ่มคลายกังวล เช่น Benzodiazepine ก่อน หากอาการไม่ดีขึ้นจึงเพิ่มยา Antipsychotic และควรพิจารณาหยุด Antipsychotic ทันที หลังอาการดีขึ้นแต่โดยทั่วไปแล้วเป็นที่ยอมรับกันว่ายารักษาโรคจิต เช่น Chlorpromazine, Haloperidol หรือ Thioridazine มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการโรคจิต แต่อาจต้องระวังการใช้ Chlorpromazine เนื่องจากมีฤทธิ์ในการลด Seizure Threshold ทำให้เสี่ยงต่อการชักได้ง่ายโดยเฉพาะในกลุ่ม ATS Intoxication ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว อาจต้องให้ยารักษาโรคจิตเพียงระยะสั้น โดยส่วนใหญ่แพทย์จะพิจารณาหยุดยารักษาโรคจิตเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น แต่ในระยะหลังเมื่อพบว่าอาการโรคจิตคงอยู่นานขึ้น แม้ว่าเมทแอมเฟตามีนจะถูกขับออกจากร่างกายแล้วก็ตาม ทำให้มีการพิจารณาให้ยารักษาโรคจิตนานขึ้น ตามอาการของผู้ป่วย จากผลการทำ Systematic Review โดย Srisurapanont M และคณะ พบว่ายังไม่มีการศึกษาในระดับ Randomized Controlled Trials (RCT) และ Clinical Trials (CTs) ในด้านการรักษาโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน มีเพียงบางการศึกษาที่แสดงถึงการใช้ยารักษาโรคจิตชนิดฉีดว่าสามารถลดพฤติกรรมกระสับกระส่าย (Agitation) และอาการโรคจิตในผู้ที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนได้อย่างรวดเร็ว และมีรายงานการใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotic) เช่น Risperidone และ Olanzapine ในการรักษาโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีน พบว่าสามารถลดอาการโรคจิตทั้งแบบเฉียบพลัน (Acute) และแบบเรื้อรัง (Chronic) และเนื่องจากในบางรายอาจเกิดอาการเรื้อรังหรือกลับป่วยซ้ำ การติดตามผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องจำเป็น



ระดับของคำแนะนำ (Grades of Recommendations)

1. High: เป็นคำแนะนำที่สนับสนุนด้วยหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 1a, 1b
2. Moderate: เป็นคำแนะนำที่สนับสนุนด้วยหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 2,3 หรืออ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 1 ที่สถานการณ์ทางคลินิกในงานวิจัยนั้นแตกต่างจากสถานการณ์ที่จะนำไปใช้
3. Low: เป็นคำแนะนำที่สนับสนุนด้วยหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 4 หรืออ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 2,3 ที่สถานการณ์ทางคลินิกในงานวิจัยนั้นแตกต่างจากสถานการณ์ที่จะนำไปใช้

4. Very Low: เป็นคำแนะนำที่สนับสนุนด้วยหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 5 หรือ หลักฐานทางวิชาการทุกระดับคุณภาพที่มีปัญหาของความคงเส้นคงวา (Inconsistent) และยังมีข้อสรุปผลที่แน่นอน (Inconclusive) เช่น RCT หรือ Systematic Review ที่มีค่า Confident Interval ที่กว้างมากหรือคร่อม 1 หรือ Systematic Review ที่ไม่มีความสอดคล้องเป็นไปในทางเดียวกัน (Heterogeneity)

สรุปสาระสำคัญ Summary of Recommendation

Antipsychotics: ยาด้านโรคจิต

I. Typical antipsychotics.

• Haloperidol

ขนาดรักษา 5 - 10 mg/day ช่วยรักษาอาการทางจิตจากสารแอมเฟตามีนได้⁵ (High level, Strong recommendation)

การใช้ low dose (3mg/day) ช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้นและลดโอกาส relapse⁶ (Moderate level, Strong recommendation)

• Perphenazine

ขนาดรักษาปกติ 4 - 64 mg/day สามารถช่วยลดอาการทางจิตได้¹ (Moderate level, Strong recommendation)

ยาที่ใช้รักษาโรคจิตจากแอมเฟตามีนสามารถแบ่งออกได้หลายชนิดดังต่อไปนี้

1. ยาด้านโรคจิตกลุ่มเก่า (Typical Antipsychotic) เช่น
 - Haloperidol ขนาด 5-10 มก./วัน จะช่วยลดอาการทางจิตได้
 - Perphenazine ขนาด 4-64 มก./วัน ช่วยลดอาการทางจิตได้

Antipsychotics: ยาด้านโรคจิต

II. Atypical antipsychotics.

จัดเป็น First line treatment สำหรับ First episode psychosis¹ (High level, strong recommendation) ควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 - 2 สัปดาห์หลังอาการสงบ² (High level, strong recommendation) ยาที่สามารถใช้ได้มีดังต่อไปนี้

• Risperidone

ขนาดรักษา 1 - 4 mg/day สามารถลดความอยากยา ลดความถี่ในการใช้และลดความรุนแรงของอาการทางจิต อาการทางระบบประสาท อาการทางระบบหัวใจและอาการทางกายหลังหยุดการใช้แอมเฟตามีน³ (Moderate level, weak recommendation) ผลช่วยลดอาการวิตกกังวลเรื่องโรคทางกาย (Somatization), อาการทางบวก เช่น หวาดระแวง หูแว่ว ภาพหลอน Positive symptoms distress⁴ (Very low, weak recommendation)

2. ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical Antipsychotic) จัดเป็นยากกลุ่มแรกที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งมีอาการทางจิตเป็นครั้งแรก ควรให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์หลังจากอาการสงบ มียาดังต่อไปนี้
 - Risperidone ขนาด 1-4 มก./วัน สามารถลดอาการอยากยา ลดความถี่ในการใช้และลด ความรุนแรงของอาการทางจิต

Antipsychotics: ยาด้านโรคจิต

• Olanzapine

ขนาดรักษา 7.5 mg/day ช่วยรักษาอาการทางจิตจากสารแอมเฟตามีนได้⁵ (High level, Weak recommendation) และเมื่อเปรียบเทียบกับ Haloperidol ในแง่ของ safety และ tolerability พบว่าดีกว่า⁵ (High level, Weak recommendation)

• Quetiapine

ขนาดรักษา 394 mg/day ช่วยรักษาอาการทางจิต และช่วยลดความอยากสารแอมเฟตามีนได้หลังจากที่มีการหยุดใช้ยากกลุ่ม Typical antipsychotic แล้ว¹⁷ (Very low, Weak recommendation)

- Olanzapine ขนาด 7.5 มก./วัน ช่วยลดอาการทางจิตได้
- Quetiapine ขนาด 394 มก./วัน ช่วยลดอาการทางจิตได้

Anti craving drug (Relapse Prevention): กลุ่มยาลดความอยาก

การใช้สารกระตุ้นประสาทมาเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดอาการทางจิตได้ แต่การให้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำๆ และระยะเวลานานระยะหนึ่งทำให้ป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้⁶ (Moderate level, Strong recommendation)

- I. Haloperidol low dose ไม่เกิน (3mg/day) ช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้นและลดโอกาส relapse⁶ (Moderate level, Strong recommendation)
- II. Mirtazapine 30 mg สามารถลดการใช้แอมเฟตามีนใน active user และลด sexual risk behavior ในผู้ป่วยชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย¹⁶ (Moderate level, Strong recommendation)
- III. Bupropion (SR) 300 mg/day ลดการใช้แอมเฟตามีนได้¹⁴ (Moderate level, Strong recommendation)

ยาลดความอยาก (Anti Craving)

การใช้สารกระตุ้นประสาทมาเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดอาการทางจิตได้ แต่การให้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำๆ และระยะเวลานานระยะหนึ่งทำให้ป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้

1. Haloperidol Low Dose ไม่เกิน (มก./วัน) ช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้นและลดโอกาส Relapse
2. Mirtazapine 30 มก./วัน สามารถลดการใช้แอมเฟตามีนใน Active User และลด Sexual Risk Behavior ในผู้ป่วยชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. Bupropion (SR) 300 มก./วัน ลดการใช้แอมเฟตามีนได้

Psychostimulant: กลุ่มยากระตุ้นประสาท

ยา Modafinil, Methylphenidate และ Dextroamphetamine (d-amp) ยังไม่มีการศึกษาที่พบประสิทธิผลของยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ข้อมูลยา Modafinil มีดังนี้

- ช่วยลดภาวะ Withdrawal symptoms และช่วยให้นอนหลับได้ดี ปลอดภัยและทนต่อยาได้มากกว่า และช่วยลดการใช้แอมเฟตามีน¹⁴ (Moderate level, Weak recommendation)
- มีผล Withdrawal syndrome และ Sleep disturbance น้อยกว่า Mirtazapine และ Pericyacin และมีประสิทธิภาพในการรักษาการติดสารแอมเฟตามีน⁴ (Very low level, Weak recommendation)
- ปลอดภัยในการใช้ลดอาการถอน มากกว่าการรักษาตามปกติ¹⁰ (Moderate recommendation, Weak recommendation)

กลุ่มยากระตุ้นประสาท (Psychostimulant)

ยา Modafinil, Methylphenidate และ Dextroamphetamine (d-amp) ยังไม่มีการศึกษาที่พบประสิทธิผลของยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ข้อมูลยา Modafinil มีดังนี้

- ช่วยลดภาวะ Withdrawal Symptoms และช่วยให้นอนหลับได้ดี ปลอดภัยและทนต่อยาได้มากกว่า และช่วยลดการใช้แอมเฟตามีน
- มีผล Withdrawal Syndrome และ Sleep Disturbance น้อยกว่า Mirtazapine และ Pericyacin และมีประสิทธิภาพในการรักษาการติดสารแอมเฟตามีน
- ปลอดภัยในการใช้ลดอาการถอนมากกว่าการรักษาตามปกติ

Benzodiazepines (BZD): กลุ่มยาลดอาการกังวล

- I. การลดภาวะเมาสารแอมเฟตามีน (Intoxication) โดยใช้
 - Diazepam 2.5 – 5mg iv boluses⁸ (Very low, Strong recommendation)
- II. การลดภาวะถอนสารแอมเฟตามีน (withdrawal) ช่วยเรื่องอาการวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับ ไม่ควรใช้นานเกิน 2 สัปดาห์² (High level, Strong recommendation) โดยใช้
 - Diazepam 40 mg/day oral (Very low level, Strong recommendation)

Antidepressants: กลุ่มยาด้านเศร้า ใช้ในกรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะ/โรคซึมเศร้า (F32.xx, F34.xx)

- I. Bupropion * สามารถลดอาการอยากเสพสารเสพติดได้ในคนที่ใช้ปริมาณไม่มาก⁹ (Moderate level, Strong recommendation)
 - * Bupropion 300 – 450 mg/day +/- CBT ลด meth use⁴ (Very low level, Strong recommendation)

กลุ่มยาลดอาการกังวล (Benzodiazepines (BZD))

1. First Line Drug ในการลดภาวะเมาสารแอมเฟตามีน (Intoxication) โดยใช้ยา
 - Diazepam 2.5-5 มก. iv Boluses
2. First Line Drug ในการลดภาวะถอนสารแอมเฟตามีน (Withdrawal) ช่วยเรื่องอาการวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับ ไม่ควรใช้นานเกิน 2 สัปดาห์ ได้แก่ Diazepam 40 มก./วัน

กลุ่มยาด้านเศร้า (Antidepressants)

ใช้ในกรณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะ/โรคซึมเศร้า

1. Bupropion สามารถลดอาการอยากเสพสารเสพติดได้ในคนที่ใช้ปริมาณไม่มาก
 - Bupropion 300 - 450 มก./วัน สามารถลดการใช้แอมเฟตามีนได้

Antidepressants: กลุ่มยาต้านเศร้า ใช้ในการณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยภาวะ/โรคซึมเศร้า (F32.xx, F34.xx)

II. Mirtazapine

ขนาดรักษา 60 mg/day มีความปลอดภัยในการใช้ลดอาการนอน มากกว่าการรักษาตามปกติ¹⁰ (Moderate level, Strong recommendation) และสามารถช่วยลดภาวะนอนพิษจากสารแอมเฟตามีนได้¹¹ (Moderate level, Strong recommendation)

III. ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors ไม่ควรใช้เป็นอันดับแรกในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้¹² (Moderate level, Strong recommendation)

- Sertraline 50 mg /day ไม่ได้ช่วยเรื่องความอยากเสพยาแอมเฟตามีน⁴ (Very low level, Strong recommendation)
- Fluoxetine & Paroxetine (SSRI) ไม่ได้ช่วยเรื่องการติดยาแอมเฟตามีน⁴ (Very low level, Strong recommendation)

2. Mirtazapine

ขนาดรักษา 60 มก./วัน มีความปลอดภัยในการใช้ลดอาการนอน มากกว่าการรักษาตามปกติ และสามารถช่วยลดภาวะนอนพิษจากสารแอมเฟตามีนได้

3. ยากลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors ไม่ควรใช้เป็นอันดับแรกในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

- Sertraline 50 มก./วัน ไม่ได้ช่วยเรื่องความอยากเสพยาแอมเฟตามีน
- Fluoxetine & Paroxetine (SSRI) ไม่ได้ช่วยเรื่องการติดยาแอมเฟตามีน

Mood stabilizers: กลุ่มยาปรับอารมณ์

Mood stabilizers: กลุ่มยาปรับอารมณ์ ใช้ในการณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน (F31.xx, F33.xx) การใช้ยาควบคุมอารมณ์ ช่วยควบคุม impulsivity ได้ดี¹³ (Very low level, Strong recommendation)

I. Valproate สามารถใช้ได้ดีในผู้ป่วยโรคร่วม โดยมีผลลดอาการอยากเสพยาได้¹³ (Very low level, Strong recommendation)

II. Lithium ไม่ควรใช้ในระยะถอนพิษ เพราะช่วงที่มีภาวะถอนพิษอาจมีการขาดน้ำและกระบวนกรดูดซึมโซเดียมผิดปกติ อาจทำให้เกิดภาวะ Lithium Intoxication ได้ และบางรายอาจเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ¹³ (Very low level, Strong recommendation)

กลุ่มยาปรับอารมณ์ (Mood Stabilizers)

ใช้ในการณีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวน การใช้ยาควบคุมอารมณ์ ช่วยควบคุม Impulsivity ได้ดี

1. Valproate สามารถใช้ได้ดีในผู้ป่วยโรคร่วม โดยมีผลลดอาการอยากเสพยาได้
2. Lithium ไม่ควรใช้ในระยะถอนพิษ เพราะช่วงที่มีภาวะถอนพิษอาจมีการขาดน้ำและกระบวนกรดูดซึมโซเดียมผิดปกติ อาจทำให้เกิดภาวะ Lithium Intoxication ได้ และบางรายอาจเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ

Treatment for special groups

Management of Amphetamine induced psychosis with violence

Benzodiazepine (BZD) เป็น first line medication²⁰ (High level, Strong recommendation) โดยมีวิธีการบริหารยาต่อไปนี้

I. ก้าวร้าวระดับเล็กน้อย

Diazepam 5-10 mg. หรือ Clonazepam 0.5 - 2 mg. หรือ Lorazepam 1 - 2.5 mg. ชนิดรับประทาน ให้ซ้ำได้ภายใน 30 - 60 นาที ถ้ายังไม่ได้ผล ให้ Haloperidol 2.5 - 5 mg. หรือ Olanzapine 5 - 10 mg. ชนิดรับประทาน

II. ก้าวร้าวระดับปานกลาง

Diazepam 5 - 10 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ให้ซ้ำได้ภายใน 30 - 60 นาที ถ้ายังไม่ได้ผล ให้ Haloperidol 2.5 - 5 mg. หรือ Olanzapine 5 - 10 mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

III. ก้าวร้าวระดับรุนแรง

Diazepam 15 - 20 mg. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ให้ซ้ำได้ภายใน 30 - 60 นาที ถ้ายังไม่ได้ผล ให้ Haloperidol 2.5 - 5 mg. เข้าหลอดเลือดดำ หรือ Olanzapine 5 - 10 mg. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

Benzodiazepine (BZD) เป็น First Line Medication โดยมีวิธีการบริหารยาต่อไปนี้

- **ก้าวร้าวระดับเล็กน้อย:** ยาเกินได้แก่ DZP 5-10 มก. หรือ Clona 0.5-2 มก. หรือ Lora 1-2.5 มก. ให้ซ้ำได้ภายใน 30-60 นาที หากจำเป็น เพิ่มเป็น Haloperidol 2.5-5 มก. หรือ Olanzapine 5-10 มก. หากไม่ได้ผล
- **ก้าวร้าวระดับปานกลาง:** ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ DZP 5-10 มก. ให้ซ้ำได้ 30-60 นาที หากจำเป็น เพิ่มเป็น Haloperidol 2.5-5 มก. หรือ Olanzapine 5-10 มก. หากไม่ได้ผล
- **ก้าวร้าวระดับรุนแรง:** ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ DZP 15-20 มก. ให้ซ้ำได้ 30-60 นาที หากจำเป็นเพิ่มเป็น Haloperidol 2.5-5 มก. หรือ Olanzapine 5-10 มก. หากไม่ได้ผล

Management of Nonresponsive Patients ผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการทางจิตนานเกิน 3 เดือน

I. Long acting Risperidone

ลดการใช้สารเสพติดได้ดีกว่า Long acting FGA และมี Time until relapse ที่นานกว่าในกลุ่ม long acting SGA 18 (Moderate level, Strong recommendation) (Very low level, Strong recommendation)

II. Flupentixole decanoate

ขนาดรักษา 20 - 40 mg (Very low level, Strong recommendation) สามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่เสพยาแอมเฟตามีนได้ 17 (Moderate level, Strong recommendation)

ยาฉีดออกฤทธิ์ระยะยาว

1. Long Acting Risperidone ลดการใช้สารเสพติดได้ดีกว่า Long Acting FGA และมี Time Until Relapse ที่นานกว่าในกลุ่ม Long Acting SGA
2. Flupentixole Decanoate 20-40 มก. สามารถใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่เสพยาแอมเฟตามีนได้

Schizophrenia with Amphetamine dependence

I. Clozapine

อาจจะลดการใช้สารได้ 19 (High level, Strong recommendation)

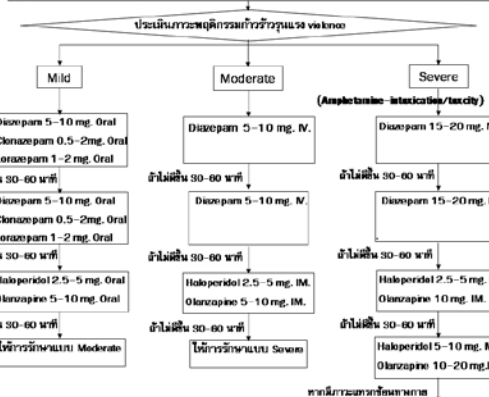
II. Olanzapine และ Clozapine

ได้ผลดีกว่า Haloperidol ในแง่ลดความอยาก 19 (High level, Strong recommendation)

Schizophrenia with Amphetamine Dependence

1. Clozapine อาจจะลดการใช้สารได้
2. Olanzapine และ Clozapine ได้ผลดีกว่า Haloperidol ในแง่ลดความอยาก

ผู้ป่วยภาวะเรื้อรัง (Psychoses) ที่มีประวัติเสพยาแอมเฟตามีนในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา (A)²⁰



แนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ที่เสพยาแอมเฟตามีน แบ่งได้เป็น 3 ระดับได้แก่

1. ระดับ Mild สามารถให้ยารับประทานกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam 5-10 มก., Clonazepam 0.5-2 มก., หรือ Lorazepam 1-2 มก. และสังเกตอาการหากได้ยา 30-60 นาที แล้วอาการไม่ดีขึ้น สามารถให้ยาซ้ำได้ เมื่อให้ยาครั้งที่ 2 หากยังไม่ดีขึ้น สามารถให้ยา Antipsychotic เช่น Haloperidol 2.5-5 มก. หรือ Olanzapine 5-10 มก. และสังเกตอาการ หากได้ยาไป 30-60 นาที อาการไม่ดีขึ้น ควรให้การรักษาระดับ Moderate ต่อไป
2. ระดับ Moderate สามารถให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam 5-10 มก. และสังเกตอาการหากได้ยา 30-60 นาที แล้วอาการไม่ดีขึ้น สามารถให้ยาซ้ำได้ เมื่อให้ยาครั้งที่ 2 หากยังไม่ดีขึ้น สามารถให้ยา Antipsychotic เข้ากล้ามเนื้อ เช่น Haloperidol 2.5-5 มก. หรือ Olanzapine 5-10 มก. และสังเกตอาการ หากได้ยาไป 30-60 นาที อาการไม่ดีขึ้น ควรให้การรักษาระดับ Severe ต่อไป

3. **ระดับ Severe** สามารถให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ กลุ่ม Benzodiazepine เช่น Diazepam 15-20 มก. และสังเกตอาการหากได้ยา 30-60 นาที แล้วอาการไม่ดีขึ้น สามารถให้ยาซ้ำได้ เมื่อให้ยาครั้งที่ 2 หากยังไม่ดีขึ้น สามารถให้ยา Antipsychotic เช่น Haloperidol 2.5-5 มก. เข้าหลอดเลือดดำหรือ Olanzapine 10 มก. เข้ากล้ามเนื้อและสังเกตอาการ

แนวทางการให้ยาในภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (severe violence; Amphetamine-Intoxication/toxicity) ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย		
อาการ	First line drugs	Second line drugs
ชัก (Seizures) ควรตรวจ เรื่องภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) ควรตรวจ Neuroexamination	Diazepam 2.5 - 5mg i.v. boluses	Phenobarbitone 20mg/kg/dose iv. สงบอาการและควบคุม ระบบหายใจ Thiopentone/Propofol
ระดับความรู้สึกตัวลดลง (Decreased Conscious Level) ควรตรวจเรื่องภาวะโซเดียม ในเลือดต่ำ (Hyponatremia)	ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่ได้มีการนำตาลในเลือด ต่ำหรือเรื่องภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Exclude Hyponatremia) เปิดทางเดินหายใจและส่ง CT-SCAN	
ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ Hyponatremia	หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่เป็น hypotonic จำกัดน้ำ ให้ 3% Saline ในรายที่มีอาการขาดโซเดียม รุนแรง (Na concentration <115 mmol/L)	

แนวทางการให้ยาในภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Severe Violence; Amphetamine-Intoxication/Toxicity) ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย (A)20

1. **อาการ:** ชัก (Seizures) ควรตรวจเรื่องภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) ควรตรวจ Neuroexamination และสามารถให้ยา Diazepam 2.5 - 5 มก. เข้าหลอดเลือดดำ และยา Phenobarbitone 20 มก./กก./เข้าหลอดเลือดดำ สงบอาการและควบคุมระบบหายใจด้วยยา Thiopentone/Propofol
2. **อาการ:** ระดับความรู้สึกตัวลดลง (Decreased Conscious Level) ควรตรวจเรื่องภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) ควรตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่ได้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือเรื่องภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Exclude Hyponatremia) และ เปิดทางเดินหายใจและส่ง CT-SCAN
3. **อาการ:** ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่เป็น Hypotonic/จำกัดน้ำ และให้ 3% Saline ในรายที่มีอาการขาดโซเดียมรุนแรง (Sodium Concentrate <115 mmol/L)

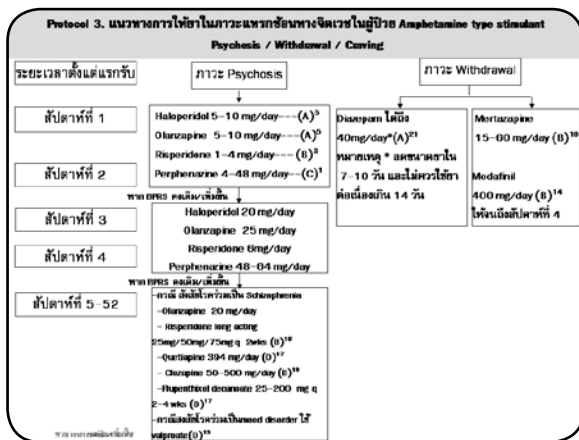
แนวทางการให้ยาในภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (severe violence; Amphetamine-Intoxication/toxicity) ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย		
อาการ	First line drugs	Second line drugs
อุณหภูมิในร่างกายสูง (Hyperthermia)	Diazepam or Clonazepam boluses ประคบเย็นโดยใช้น้ำแข็งหรืออาบน้ำ Neuromuscular blockade 5HT ₂ antagonist โดยรับประทาน Cyproheptadine 12 mg.	
ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis)	บันทึกสารน้ำเข้า-ออก ทำให้ปัสสาวะเป็นด่างเพิ่มขึ้น	
ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension)	Diazepam หรือ Clonazepam boluses Vasodilators: Glyceryl trinitrate 5µg/นาที และ titrate Nitroprusside 0.25-10 µg/kg/นาที Alpha-adrenergic antagonist: Prazosin 2-5 mg Phentolamine 5mg. Slow iv.	

4. **อาการ:** อุณหภูมิในร่างกายสูง (Hyperthermia) ให้ยา Diazepam ประคบเย็นโดยใช้น้ำแข็งหรืออาบน้ำ/ Neuromuscular Blockade และ 5HT₂ Antagonist โดยกินยา Cyproheptadine 12 มก.
5. **อาการ:** ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis) บันทึกสารน้ำเข้า-ออก และทำให้ปัสสาวะเป็นด่างเพิ่มขึ้น
6. **อาการ:** ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) ให้ยา Diazepam หรือ Vasodilators: Glyceryl Trinitrate 5 มก./นาที และ Titrate/Nitroprusside 0.25-10 มก./กก./ นาที/Alpha-adrenergic Antagonist: Prazosin 2-5 มก./ Phentolamine 5 มก. เข้าหลอดเลือดดำอย่างช้าๆ

แนวทางการให้ยาในภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (severe violence; Amphetamine-intoxication/toxicity) ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย		
อาการ	First line drugs	Second line drugs
หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Dysrhythmias) หลีกเลี่ยงการให้ยากลุ่ม Beta-blocker ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว Sinus tachycardia	สังเกตอาการและลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้ Benzodiazepines ถ้าสัมพันธ์กับอาการระบบประสาทส่วนกลางยกเว้น	
- หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ Supraventricular tachycardia	ให้การรักษาตาม standard protocols	
- หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (Ventricular Dysrhythmias)	Adenosine 6 mg. iv. bolus Verapamil 5 mg. iv. แต่ควรระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ Flecainide 2 mg/kg iv. ทำ Electrical cardioversion	

7. อาการ: หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Dysrhythmias) หลีกเลี่ยงการให้ยากลุ่ม Betablocker ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว Sinus Tachycardia สังเกตอาการและลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้ Benzodiazepines ถ้าสัมพันธ์กับอาการระบบประสาทส่วนกลางยกเว้น

- อาการ: หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ (Supraventricular Tachycardia) ให้การรักษาตาม Standard Protocols
- อาการ: หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (Ventricular Dysrhythmias) ให้ยา Adenosine 6 มก. เข้าหลอดเลือดดำ / Verapamil 5 มก. เข้าหลอดเลือดดำ แต่ควรระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ / Flecainide 2 มก./กก. เข้าหลอดเลือดดำ/ทำ Electrical Cardioversion



แนวทางการให้ยาในภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชในผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (Psychosis/Withdrawal/Craving)

1. ภาวะ Psychosis

- ระยะเวลาตั้งแต่แรกเริ่มสัปดาห์ที่ 1-2 สามารถให้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งดังต่อไปนี้
 - Haloperidol 5-10 มก./วัน
 - Olanzapine 5-10 มก./วัน
 - Risperidone 1-4 มก./วัน
 - Perphenazine 4-48 มก./วัน
- หากอาการทางจิตคงเดิม หรือเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 3-4 สามารถให้ยา
 - Haloperidol 20 มก./วัน
 - Olanzapine 25 มก./วัน
 - Risperidone 6 มก./วัน
 - Perphenazine 48-64 มก./วัน
- หากอาการทางจิตคงเดิม หรือเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 5-52 กรณีสงสัยโรคร่วมเป็น Schizophrenia สามารถให้
 - Olanzapine 20 มก./วัน
 - Risperidone Long Acting 25 มก./50 มก./75 มก. ทุก 2 สัปดาห์
 - Quetiapine 394 มก./วัน
 - Clozapine 50-500 มก./วัน
 - Flupenthixol Decanoate 25-200 มก. ทุก 2-4 สัปดาห์

IV. ภาวะถอนพิษสารกระตุ้นประสาท และการช่วยเหลือเบื้องต้น

ภาวะขาดสารกระตุ้น ทำให้เกิด...อาการภาวะซึมเศร้า

- อารมณ์เศร้า ซึมลง สมาธิเสีย เคลื่อนไหวช้า เฉื่อย
- กระสับกระส่าย โกรธ เสียใจ ฉุนเฉียวง่าย
- มีความรู้สึกอยากยา (Cravings) อยากกลับไปเสพซ้ำ
- ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว
- นอนมาก แต่หลับไม่สนิท อ่อนเพลีย หดเหี่ยวแรง
- นอนไม่หลับ หิวบ่อย กินจุ
- ซึมเศร้า อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย
- รู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก หงุดหงิด อยู่ไม่นิ่ง

การช่วยเหลือกรณีถอนพิษสารกระตุ้นประสาท

- ไม่มีมาตรฐานในการบำบัดภาวะถอนพิษจากสารกระตุ้นประสาท
- การรักษาตามอาการ และบำบัดจิตใจแบบประคับประคอง
- สถานที่ปลอดภัย ไม่สามารถเข้าถึงยาเสพติดได้
- จัดสิ่งแวดล้อมที่เกือหนุน มั่นใจ ให้อาหารดื่มน้ำที่เพียงพอ
- ติดตามสภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต
- การติดตามแบบผู้ป่วยนอกหรือการเยี่ยมบ้านจะเป็น วิธีการดูแลที่ดีที่สุด ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน
- แต่ การเสพยาเสพติดหลายชนิด หรือมีอาการโรคจิต มีอาการซึมเศร้า รุนแรง มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย... อาจพิจารณาให้การรักษา แบบผู้ป่วยใน
- บางรายอาการถอนพิษยังคงอยู่ยาวนาน จำเป็นต้องรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ

กรณีสงสัยโรคร่วมเป็น Mood Disorder ใช้ Valproate

1. ภาวะ Withdrawal

ระยะตั้งแต่แรกเริ่ม ในสัปดาห์ที่ 1-2 สามารถใช้ยา

- Diazepam ได้ถึง 40 มก./วัน แต่ต้องลดขนาดยาใน 7-10 วัน และไม่ควรใช้ยาต่อเนื่องเกิน 14 วัน
- Mirtazapine 15-60 มก. ต่อวัน และยา Modafinil 400 มก. ต่อวัน ให้จนถึงสัปดาห์ที่ 4

ภาวะถอนพิษ (Withdrawal)

เป็นภาวะหนึ่งที่เกิดจากการเสพติดสารเสพติด เป็นภาวะที่ร่างกายพยายามปรับตัวเพื่อกลับสู่ภาวะปกติที่ไม่มีสารเสพติด อาการที่พบในช่วงภาวะถอนพิษสารกระตุ้นประสาท ได้แก่ อารมณ์เศร้า ซึมลง สมาธิเสีย เคลื่อนไหวช้า เฉื่อย กระสับกระส่าย โกรธ เสียใจ ฉุนเฉียวง่าย มีความรู้สึกอยากยา (Cravings) อยากกลับไปเสพซ้ำ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว นอนมาก แต่หลับไม่สนิท อ่อนเพลีย หดเหี่ยวแรง นอนไม่หลับ หิวบ่อย กินจุ ซึมเศร้า อาจมีความคิดฆ่าตัวตาย รู้สึกวิตกกังวลอย่างมาก (คล้าย Panic) หงุดหงิด อยู่ไม่นิ่งอาการเหล่านี้มักจะเกิดในช่วงสั้น ไม่จำเป็นต้องให้ยาเพื่อรักษา โอกาสอันตรายถึงชีวิตน้อยมาก ยกเว้นในผู้ที่มีความเสี่ยงจากภาวะซึมเศร้า มีความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือมีการตัดสินใจ ที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากอาการทางจิต

การช่วยเหลือกรณีถอนพิษสารกระตุ้นประสาท

Managing Withdrawal

สิ่งที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่อยู่ในช่วงถอนพิษ ได้แก่

- **สิ่งแวดล้อมที่เกือหนุน** ปลอดภัย เย็น ไม่มีสิ่งรบกวน ไม่สามารถเข้าถึงสารเสพติดได้ อยู่ในกลุ่มเพื่อนหรือญาติ ดังนั้นการรักษาที่บ้านโดยมีการติดตามที่ผู้ป่วยนอก หรือ การเยี่ยมบ้านจะเป็นวิธีการดูแลที่ดีที่สุด ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ยกเว้นมีข้อบ่งชี้จากปัญหาสุขภาพกาย หรือสุขภาพจิต
- **ให้ข้อมูล** ให้ความมั่นใจโดยบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้ทราบว่าอาการในช่วงนี้จะเป็นเช่นไร ใช้เวลานานแค่ไหน หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติมควรให้การติดต่อบริการทางโทรศัพท์ (Hotline 24 ชั่วโมง)
- **ติดตามสภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต**
อย่างไรก็ตาม บางรายอาการถอนพิษยังคงอยู่ยาวนาน (Prolonged Withdrawal) ผู้ป่วยยังมีอาการอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดง่าย อยู่ไม่นิ่ง สลับกับเฉื่อยชา ไม่อยากทำอะไร ซึมเศร้า มีปัญหาการนอน

ปัญหา Prolonged Withdrawal อธิบายได้จาก Dopamine Depletion Hypothesis โดยในช่วงที่มีการเสพติดสารกระตุ้นประสาทอย่างหนัก ติดต่อกันเป็นเวลานาน โดปามีนจะถูกใช้ไปจำนวนมาก และใช้เวลานานกว่าจะกลับคืนสู่ระดับปกติ การขาดสารโดปามีนทำให้อาการแสดงดังกล่าวคงอยู่เป็นเวลานาน ดังนั้นจะต้องให้ความเข้าใจและให้ความมั่นใจทั้งผู้ป่วยและญาติว่าเป็นภาวะปกติที่พบได้หลังการหยุดเสพติด สารกระตุ้นประสาทแล้ว อาการเหล่านี้จะค่อยๆ ดีขึ้น

อาการอยากยาอย่างมาก (Intensive Craving) อาจยังคงอยู่แม้ผ่านไปนานกว่า 12-18 เดือน โดยเฉพาะเมื่อพบเห็นหรืออยู่ในสถานการณ์เดิมที่เคยเสพติด การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่มระยะยาวจะช่วยติดตามและป้องกันการกลับไปเสพติดได้ โดยขบวนการบำบัดเน้นการค้นหาปัจจัยกระตุ้นการกลับไปเสพติด และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ มีทักษะในการจัดการและผ่านสิ่งเร้านั้นไปได้ ในบางรายอาจต้องมีการเรียนรู้ว่าสารกระตุ้นประสาทไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้น การจัดการกับความรู้สึกอยากยา ปัญหาการนอนหลับและความคับข้องใจต่างๆ จะช่วยป้องกันการกลับไปเสพติด (Relapse Prevention) ได้

ยังไม่มีมาตรฐานในการบำบัดภาวะถอนพิษจากสารกระตุ้นประสาท ส่วนใหญ่เป็นการรักษาตามอาการ จะพิจารณาให้ยาเฉพาะในรายที่จำเป็นหรือในรายที่มีปัญหาสุขภาพจิตร่วมด้วย มีรายงานการศึกษาการใช้ยาในผู้ติดโคเคนว่าหากใช้ยาด้านซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic Antidepressant (TCA) เช่น Amitriptyline หรือ Imipramine หรือยาในกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) เช่น Fluoxetine ร่วมไปกับการให้คำปรึกษาจะช่วยลดความอยากยาและอารมณ์เรื้อรังในระหว่าง ถอนพิษได้

V. ภาวะซึมเศร้า ในผู้เสพติดสารกระตุ้นประสาท

- อาการซึมเศร้าเป็นได้ทั้ง 1.อาการแสดงจาก การเสพติด สารกระตุ้นประสาท และ 2.เป็น อาการขาดสาร กระตุ้นเมื่อหยุดเสพติด
- อาการซึมเศร้า...อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้กลับไปเสพติด
- ผู้เสพติดมักไม่ได้ตระหนักถึงปัญหา และไม่ได้ได้รับการรักษาช่วยเหลือ

ภาวะซึมเศร้าขณะถอนสารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (Amphetamine Withdrawal Depression)

ผู้เสพติดสารกระตุ้นประสาทมักมีประสบการณ์ของภาวะซึมเศร้าที่อาจเป็นต้นเหตุหรือผลลัพธ์จากการเสพติด ผู้เสพติดสารกระตุ้นประสาทส่วนใหญ่อยู่ในภาวะซึมเศร้าแต่ ไม่แสดงอาการออกมาชัดเจน อาการซึมเศร้าเป็นได้ทั้งอาการแสดงจากการเสพติดสารกระตุ้นประสาทและเป็นอาการที่เกิดขึ้นได้เมื่อหยุดเสพติด อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้กลับไปเสพติด

ภาวะซึมเศร้าควรต้องได้รับการประเมินในผู้ที่เสพติดสารกระตุ้นประสาททุกราย เนื่องจากพบได้บ่อยและมักจะไม่ได้รับการวินิจฉัย ดูแลรักษา โดยอาจใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าที่มีใช้อย่างแพร่หลายเป็นภาษาไทย

อาการแสดงภาวะซึมเศร้าในผู้เสพสารกระตุ้นประสาท

- รู้สึกเศร้า อารมณ์หดหู่
- มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างรวดเร็วทั้งน้ำหนักลด หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น มักสัมพันธ์กับความรู้สึกเบื่ออาหาร หรือ ออยากทานอาหารมากขึ้น
- มีปัญหาการนอนหลับ
- สนใจเรื่องต่างๆ ทั้งที่เป็นเรื่องที่เคยชอบ ลดลงอย่างมาก
- ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ค่อยได้
- ความคิดบิดเบือนไป
- ความคิดอยากตาย

อาการที่พบได้ในภาวะซึมเศร้านั้น ไม่ใช่เพียงแค่ความรู้สึกซึมลงเท่านั้น อาการสำคัญที่พบได้บ่อย ได้แก่

- **Sad or Blue Mood** รู้สึกเศร้า อารมณ์หดหู่ เป็นส่วนใหญ่ของวัน โดยอารมณ์เศร้ามักแสดงให้เห็นแตกต่างกันไป จากเดิม หรือไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์อาจมีอาการหงุดหงิดง่าย รู้สึกแหย่ต่อการถูกวิพากษ์วิจารณ์เล็กๆ น้อยๆ หรือขาดความมั่นใจในตัวเอง
- **Changes to Appetite and Weight** มีการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างรวดเร็วทั้งน้ำหนักลด หรือน้ำหนักเพิ่มขึ้น มักสัมพันธ์กับความรู้สึกเบื่ออาหารหรืออยากทานอาหารมากขึ้น ผู้เสพสารกระตุ้นประสาทส่วนใหญ่มักจะเบื่ออาหารในช่วงที่เสพแต่ก็ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดเหมือนในผู้ป่วยซึมเศร้า
- **Changes to Sleeping Patterns** มีปัญหาการนอนหลับ อาจเป็นได้ทั้งหลับยาก (Early Insomnia) เนื่องจากคิดวิตกกังวลสารพัดเรื่อง หรืออาจตื่นกลางดึกบ่อยๆ หลับไม่สนิท (Middle Insomnia) หรือตื่นเช้ามักกว่าปกติ (Early Morning Wakening)
- **Reduced Interest in Usual Activities** สนใจเรื่องต่างๆ ทั้งที่เป็นเรื่องที่เคยชอบลดลงอย่างมากทั้งอาจแยกตัว ไม่อยากไปไหน ไม่อยากออกกำลังกาย ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์ ไม่อยากไปดูหนัง ฟังเพลง ไปเที่ยวกับเพื่อน มักจะชอบนอนซมอยู่คนเดียวไม่ยอมออกไปไหน
- **Poor Concentration** ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ค่อยได้ คิดอะไรไม่ค่อยออก ซึ่งผู้เสพสารกระตุ้นประสาทอาจมีผลต่อความจำได้
- **Cognitive Distortions** ความคิดบิดเบือนไป เช่น คิดวิตกกังวลในบางเรื่องอย่างไม่สมเหตุผล รู้สึกผิดในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ รู้สึกไร้ค่า รู้สึกผิดกับตัวเองอย่างมาก
- **Suicidal Thoughts** ความคิดอยากตาย ภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้าอาจมีความคิดได้ตั้งแต่รู้สึกอยากตาย คิดอยากฆ่าตัวตายคิดวางแผนจะฆ่าตัวตาย จนถึงกระทำการฆ่าตัวตายดังนั้นจึงควรเฝ้าระวังผู้ที่มีสัญญาณเตือนที่บ่งบอกถึงความคิดฆ่าตัวตายและรีบให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในผู้เสพสารกระตุ้นประสาทในช่วงหยุดเสพ เกิดอาการ Crash Down อาจมีความคิดอยากฆ่าตัวตายได้
- **Other Characteristic Signs or Symptoms** อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น ปวดหัว ปวดเมื่อยตามตัว แน่นท้อง อ่อนเพลีย หรือมีอาการทางกายหลายๆ อาการที่หาสาเหตุไม่ได้ ไม่มีเรี่ยวแรง ซึ่งผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้านี้ มักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเสพสารเสพติดโดยเฉพาะ

การช่วยเหลือภาวะซึมเศร้า

- ผู้ใช้สารกระตุ้นประสาททุกราย ควรได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
- การหาสาเหตุว่าภาวะซึมเศร้า หรือภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้นก่อน ภาวะใดมาก่อน มีความสำคัญน้อยกว่าการประเมินอาการ ในขณะนี้ และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม
- การรักษาควรเป็นไปตามขั้นตอนการรักษาโรคซึมเศร้า
- ยาต้านซึมเศร้าทำให้ภาวะซึมเศร้าดีขึ้นได้

การช่วยเหลือภาวะซึมเศร้า (Managing Depression)

เนื่องจากภาวะซึมเศร้าอาจเป็นได้ทั้งสาเหตุและผลของการใช้สารกระตุ้นประสาท ในระยะแรกแม้จะไม่สามารถแยกได้ แต่เราจำเป็นต้องประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า และให้การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควรได้รับการประเมินทุกราย โดยเฉพาะในผู้ที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย การรักษาด้วยยาต้านซึมเศร้าในกลุ่ม Tricyclic Antidepressant (TCA) เช่น Amitriptyline หรือ Imipramine หรือยาในกลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) เช่น Fluoxetine มีประสิทธิภาพในการรักษา แต่ต้องให้ในปริมาณและระยะเวลาที่เหมาะสม เช่น Imipramine อย่างน้อย 75-150 mg/day, Fluoxetine 20 mg/day เป็นต้น การให้บำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy พบว่ามีประสิทธิภาพสูงโดยเฉพาะเมื่อให้ร่วมกับยา แต่การบำบัดวิธีนี้ยังไม่แพร่หลายมากในประเทศไทย

สรุปการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉิน

1. การดูแลแบบผู้ป่วยนอก
2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน
3. หากดูแลแบบผู้ป่วยในไม่ได้ พิจารณา Refer

เกณฑ์การ Refer

1. คะแนน 8Q $\geq$ 17
2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถดูแลได้
3. มีอาการทางจิตเวช รักษาแล้วไม่ดีขึ้น

สรุปการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่มีภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน

1. ให้การดูแลแบบผู้ป่วยนอก กรณีที่ผู้ป่วยไม่มีภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงหรือไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน กรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง คะแนนหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน) สามารถให้การดูแลแบบผู้ป่วยในได้
3. กรณีรักษาแล้วอาการทางจิตไม่ดีขึ้น หรือไม่สามารถรับรักษาแบบผู้ป่วยในได้ สามารถส่งผู้ป่วยเข้ารักษาที่ รพ.ที่มีจิตแพทย์ หรือ รพ.เฉพาะทางได้

หลักสูตรการอบรม
การให้บริการผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
สำหรับแพทย์ทั่วไป



หลักสูตรการอบรม

การให้บริการผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชสำหรับแพทย์ทั่วไป

เวลา 180 นาที

วัตถุประสงค์

เมื่อสิ้นสุดแผนการสอนแล้ว ผู้เข้าอบรมสามารถ

1. ปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
2. มีความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสุราและผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ
3. ทราบแนวทางการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวช และการวินิจฉัยโรคร่วมทางกายและให้การรักษาที่เหมาะสม
4. มีทักษะในการประเมินภาวะถอนพิษสุรา ให้การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม

เนื้อหา

1. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
2. ความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสุราและผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และกระบวนการดูแล
3. แนวทางการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวชและวินิจฉัยโรคร่วมทางกาย
4. การประเมินภาวะถอนพิษสุรา การรักษาและการส่งต่ออย่างเหมาะสม

รูปแบบการสอน

กิจกรรม อภิปราย บรรยายและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรม

สื่อการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน เรื่อง
 - ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
 - ความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสุราผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และกระบวนการดูแล
 - แนวทางการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวชและวินิจฉัยโรคร่วมทางกาย
 - การประเมินภาวะถอนพิษสุรา การรักษาและการส่งต่ออย่างเหมาะสม
2. Power Point Presentation เรื่อง
 - ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
 - ความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสุราและผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และกระบวนการดูแล
 - แนวทางการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวชและวินิจฉัยโรคร่วมทางกาย
 - การประเมินภาวะถอนพิษสุรา การรักษาและการส่งต่ออย่างเหมาะสม

หลักสูตรการอบรม การดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับแพทย์ทั่วไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
2. เพื่อสร้างความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสุราและผลกระทบตอร่างกายจิตใจ
3. เพื่อให้รู้แนวทางการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวชและวินิจฉัยโรคร่วมทางกาย และให้การรักษที่เหมาะสม
4. เพื่อให้มีทักษะในการประเมินภาวะถอนพิษสุราให้การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช
2. เพื่อสร้างความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสุราและผลกระทบตอร่างกายและจิตใจ
3. เพื่อให้รู้แนวทางการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวชวินิจฉัยโรคร่วมทางกาย และให้การรักษที่เหมาะสม
4. เพื่อให้มีทักษะในการประเมินภาวะถอนพิษสุราให้การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม

เนื้อหาบทเรียน

1. เพื่อปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช	30 นาที
2. เพื่อสร้างความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสุราและผลกระทบตอร่างกายจิตใจและกระบวนการดูแล	45 นาที
3. เพื่อให้รู้แนวทางการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวชและวินิจฉัยโรคร่วมทางกาย	45 นาที
4. เพื่อให้มีทักษะในการประเมินภาวะถอนพิษสุราให้การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม	60 นาที

เนื้อหาบทเรียน

1. เพื่อปรับทัศนคติการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช (30 นาที)
2. เพื่อสร้างความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสุราผลกระทบตอร่างกายจิตใจและกระบวนการดูแล (45 นาที)
3. เพื่อให้รู้แนวทางการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาจิตเวชและวินิจฉัยโรคร่วมทางกาย (45 นาที)
4. เพื่อให้มีทักษะในการประเมินภาวะถอนพิษสุราให้การรักษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม (60 นาที)

บทที่ 1

ทัศนคติในการดูแล

ผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาทางจิตเวช

เห็นด้วย

ไม่เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

1

การดื่มสุราช่วยคลายเครียดได้ดี

ข้อความที่ 1: การดื่มสุราช่วยคลายเครียดได้ดี

แอลกอฮอล์เป็นสารที่มีฤทธิ์ลดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ ทำให้สงบและรู้สึกผ่อนคลายจากความเครียด อย่างไรก็ตามการดื่มสุราไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาให้หมดไป และหากเมาสุราก็จะยิ่งก่อให้เกิดปัญหามากขึ้น นอกจากฤทธิ์ผ่อนคลายดังกล่าวแล้ว ยังมีผลอื่นๆ ตามมา เช่น เมาค้างนอนไม่เป็นเวลา เสียงาน ปัญหาความรุนแรง ความรู้สึกแหย่ หดหู่ใจ หรือมีปัญหาการเงินตามมา เป็นต้น ผลกระทบดังกล่าวยังทำให้เกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าหนักกว่าเดิม และการดื่มสุราอย่างสม่ำเสมอ เพื่อคลายเครียดกลับเป็นต้นเหตุสำคัญของการติดสุรา

เห็นด้วย

ไม่เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

2

การให้ความสำคัญกับปัญหาการดื่มสุรา
เป็นเรื่องที่ไม่คุ้มค่า
เพราะยาเสพติดก่อให้เกิดปัญหามากกว่า

ข้อความที่ 2: การให้ความสำคัญกับปัญหาการดื่มสุราเป็นเรื่องที่ไม่คุ้มค่า เพราะยาเสพติดก่อให้เกิดปัญหามากกว่า

แม้ว่าสารเสพติดบางชนิดอันตรายกว่าสุรา แต่ผู้ดื่มสุรามีจำนวนมากกว่าผู้ใช้สารเสพติดหลายเท่า สุราเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลายพันคนต่อปี ในขณะที่สารเสพติดเป็นเหตุที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตในหลักร้อย และสุรายังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้มากกว่า 60 ชนิด

เห็นด้วย

ไม่เห็นด้วย

ไม่แน่ใจ

3

ห้องฉุกเฉิน เป็นสถานที่ที่วุ่นวายเกินไปที่จะให้การดูแลรักษาปัญหาการติ่มสุราได้

ข้อความที่ 3: ห้องฉุกเฉิน เป็นสถานที่ที่วุ่นวายเกินไปที่จะให้การดูแลรักษาปัญหาการติ่มสุราได้

เป็นที่รู้กันว่าห้องฉุกเฉินมีงานด่วนวุ่นวาย อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการที่ห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่มักเกิดร่วมกับการติ่มสุราที่พบบ่อย เช่น อุบัติเหตุจราจร การทำร้ายร่างกาย เลือดออกในกระเพาะอาหาร มีความพยายามฆ่าตัวตาย ฯลฯ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นชายที่เกิดอุบัติเหตุ ห้องฉุกเฉินแทบจะเป็นเพียงโอกาสเดียวที่คนกลุ่มนี้จะเข้ารับบริการสุขภาพ นอกจากนั้นการติดตามหลังจากนั้น (เช่น ล้างแผล ตัดไหม ฯลฯ) ก็เป็นโอกาสดีที่จะให้การบำบัดแบบสั้น

สรุปประเด็นทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยสุรา

- ทัศนคติของเราต่อการติ่มสุรา มีผลต่อพฤติกรรมบริการของเรา เมื่อให้การดูแลรักษาต่อผู้มีปัญหาการติ่มสุรา
- บุคลากรสุขภาพทุกคนที่จะให้การดูแลรักษาแก่ผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ควรตระหนักถึงทัศนคติของตนและของผู้อื่นที่มีต่อพฤติกรรมติ่มสุราด้วย

สรุปประเด็นทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยสุรา

จากกิจกรรมนี้จะเห็นได้ว่า ในเหตุการณ์ต่างๆ แต่ละคนแปลความหมาย ความรู้สึก และมีทัศนคติที่แตกต่างกันได้หลายมุมมอง แม้ว่าจะไม่มีความคิดเห็นใดถูกหรือผิดอย่างชัดเจน การพิจารณาปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ นับเป็นสิ่งจำเป็น และที่สำคัญต้องตระหนักว่า ทัศนคติของเรามีผลต่อพฤติกรรมบริการของเรา เมื่อให้การดูแลรักษาต่อผู้มีปัญหาการติ่มสุรา ดังนั้น บุคลากรสุขภาพทุกคนที่จะให้การดูแลรักษาแก่ผู้มีปัญหาการติ่มสุราควรตระหนักถึงทัศนคติของตนและของผู้อื่นที่มีต่อพฤติกรรมติ่มสุราด้วย

บทที่ 2

เพื่อสร้างความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสุรา และผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และกระบวนการดูแล

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา (แอลกอฮอล์)

- สุราจัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่ง เนื่องจากมีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เอทิลแอลกอฮอล์ เป็นแอลกอฮอล์ที่ได้จากการแปรรูปจากพืชจำพวกแป้ง และน้ำตาล เช่น อ้อย ข้าว ข้าวโพด มันสำปะหลัง
- มีฤทธิ์ในทางเสพติด คือ ออกฤทธิ์กดประสาท มีการเสพติดทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ทั้งเบียร์และสุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- มีคุณค่าทางอาหารต่ำ แต่มีแคลอรีสูง (อ้วนง่าย)
- มีผู้ใช้เกือบทุกกลุ่มวัย เพราะหาซื้อง่าย ใช้ในหลายโอกาส
- คนส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตระหนักว่า คือ สารเสพติดที่สร้างอันตรายทั้งจากตัวของมันเอง และเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติดอื่น ๆ ตามมา

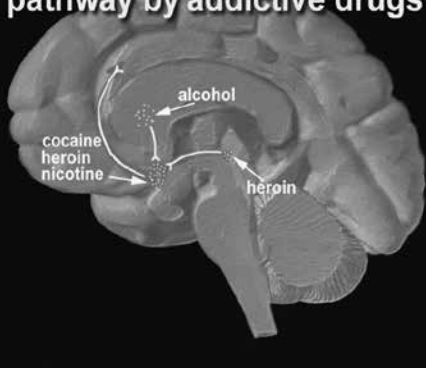
(ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา, 2557)

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุรา (แอลกอฮอล์)

เนื่องจากสุรามีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม ซึ่งเอทิลแอลกอฮอล์เป็นแอลกอฮอล์ที่ได้จากการแปรรูปจากพืชจำพวกแป้งและน้ำตาล เช่น อ้อย ข้าว ข้าวโพด มันสำปะหลัง เป็นต้น ฤทธิ์ในทางเสพติด คือ ออกฤทธิ์กดประสาท มีการเสพติดทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งเบียร์และสุราเป็นเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มีคุณค่าทางอาหารต่ำ แต่มีแคลอรีสูง

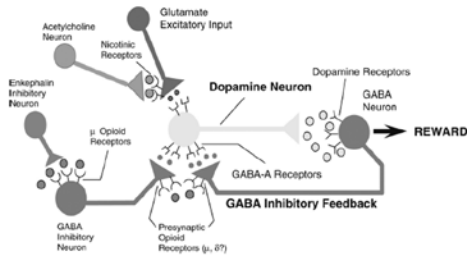
ปัจจุบันสุราเป็นสารเสพติดอีกชนิดหนึ่งที่มีผู้ใช้เกือบทุกกลุ่มวัย เพราะหาซื้อง่าย ใช้ในหลายโอกาสที่สำคัญ คนส่วนใหญ่ยังไม่ได้ตระหนักว่าอันตรายคือสารเสพติดที่สร้างอันตรายทั้งจากตัวของมันเอง และเป็นอันตรายในฐานะที่เป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การเสพยาเสพติดอื่นๆ ตามมา ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

Activation of the reward pathway by addictive drugs



จากภาพแสดงถึงวงจร Reward Pathway ที่มีต่อสารเสพติดต่างๆ เช่น เฮโรอีน มอร์ฟิน และโคเคนมีผลกระตุ้น Reward Pathway ในส่วน Ventral Tegmental Area (VTA) และ Nucleus Accumbens ส่วนสารเสพติด เช่น นิโคตินและแอลกอฮอล์ออกฤทธิ์ในส่วน Pathway นี้เช่นเดียวกัน แต่ไม่ใช่ออกฤทธิ์โดยตรง แต่จะไปออกฤทธิ์ที่ Globus Pallidus ซึ่งเป็นส่วนที่แอลกอฮอล์จะไปเชื่อมต่อกับ Reward Pathway ถึงแม้ว่าสารเสพติดแต่ละชนิดจะมีกลไกการออกฤทธิ์แตกต่างกัน แต่สารแต่ละชนิดมีผลต่อ Reward Pathway โดยเพิ่ม Dopamine Transmission เพราะสมองคนเรามีหลายส่วนและสารเสพติดก็มีผลต่อระดับสารเคมีในสมอง การเสพยาเสพติดทำให้เกิดความพึงพอใจ และเกิดการจดจำความสุขที่ได้จากการเสพยาเสพติด และทำให้คนเราดิทยาในที่สุด จึงเป็นที่มาของโรคสมองดิทยาว่าเป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่ง

Brain circuitry for drug and alcohol reward. Drugs and alcohol activate the mesolimbic dopamine pathway either directly by affecting dopamine or indirectly by affecting other neurotransmitters, resulting in reward and sensitization Source: Copyright by the Alcohol Scholar's Program, used with permission.



Evidence-Based Addiction Treatment ; Adjunctive Pharmacotherapy in the Treatment of Alcohol 2009

วงจรการให้รางวัลของสมอง เมื่อร่างกายได้รับสารเสพติดและสุรา จะมีผลต่อการทำงานของสมอง ส่วนอยาก (Mesolimbic) ซึ่งทำงานเกี่ยวกับการเพิ่มระดับของสารโดปามีน ซึ่งเป็นสารสื่อสุข เมื่อผู้ป่วยได้รับสารเสพติดหรือสุรา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสุขมากกว่าที่ร่างกายสร้างขึ้นมาเอง

Targets of Molecular Action: Alcohol and Opioids

Opioid Targets	
Receptors	Opioid Receptor
Alcohol Targets	
Receptors	NMDA, Kainate, GABA, Cannabinoid Glycine, Nicotinic Ach, Serotonin
Channels	Calcium, Potassium
Transporters	Dopamine, Adenosine
Signaling systems	PKA, PKC, CREB, G Proteins
Neuromodulators	Opioids, CRF, Neurosteroids, NPY

ผลของการใช้อนุพันธ์ฝิ่นและสุราในระดับเซลล์

Opioid Targets ออกฤทธิ์ที่ Opioid Receptor

Alcohol Targets ออกฤทธิ์ที่ NMDA, Kainate, GABA, Cannabinoid Receptor, Glycine, Nicotine Ach, Serotonin โดยผ่านที่ช่องทางของ Calcium และ Potassium ออกฤทธิ์กับสาร Dopamine และ Adenosine

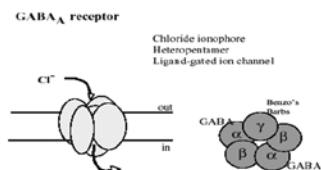
Basic Pharmacology of Alcohol (ethyl alcohol)

Non-potent compound: 80 mg/dL (0.08%)

Nonspecific compound:

(1) Potentiates the inhibitory effects of the transmitter GABA by altering the conformation of the heteropentameric GABA_A receptor and increases Chloride ion entry into neurons.

(2) Inhibits the activation of NMDA-type glutamate receptors reducing Sodium and Calcium ion entry into neurons.



กลไกการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของ Ethyl Alcohol

1. ระบบสารสื่อประสาทที่ GABA_A Receptor ทำให้ Chloride เข้าที่เซลล์
2. ระวังการทำงานของ NMDA - Type Glutamate Receptors ลดการนำ Sodium และ Calcium เข้าสู่เซลล์

GABA and NMDA Neuronal Receptors

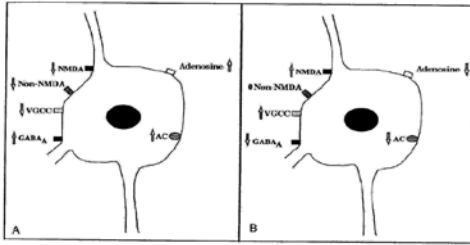


Figure 11.1. Summary of the effects of acute (A) and chronic (B) ethanol on neuronal receptors and signal transduction. Acute ethanol exposure increases GABA_A receptor function and the activity of adenylyl cyclase. The function of the NMDA and non-NMDA subtypes of glutamate receptors is inhibited. Voltage-gated Ca²⁺ channels (VGCC) are also inhibited. Adenosine receptor function may be inhibited. Chronic ethanol exposure increases NMDA and VGCC function, whereas GABA_A and adenylyl cyclase activities are reduced. Adenosine receptor function may be reduced. Non-NMDA glutamate receptors appear not to be affected by chronic ethanol.

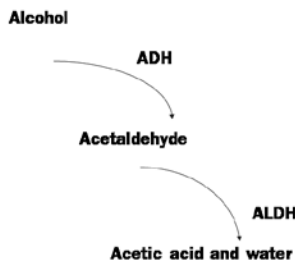
Sanchez-Alcaraz, J. L. *et al.*, *Mol. Brain Res.*, 1997, page 129.

ผลกระทบของ Ethanol ต่อสมอง

A: ระยะเฉียบพลัน มีผลทำให้ GABA A และ Adenosine, Adenylate Cyclase (AC) ทำงานเพิ่มขึ้นแต่ Voltage Gate Calcium Channel (VGCC), Non NMDA, NMDA ทำงานลดลง

B: ระยะเรื้อรัง มีผลทำให้ Voltage Gate Calcium Channel (VGCC), NMDA ทำงานเพิ่มขึ้นแต่ GABA A, Adenylate Cyclase (AC) และ Adenosine ทำงานลดลง

Alcohol Breakdown



กลไกการย่อยสลายของแอลกอฮอล์

เมื่อแอลกอฮอล์เข้าสู่ร่างกาย ส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับประมาณร้อยละ 95 โดยตับจะมีเอนไซม์ 2 ชนิดที่ทำการย่อยสลายดังนี้

1. Alcohol Dehydrogenase (ADH) ทำการย่อยแอลกอฮอล์เป็น Acetaldehyde
2. Aldehyde Dehydrogenase (ALDH) ทำการย่อย Acetaldehyde ได้เป็นกรด Acetic และน้ำ

Absorption and Metabolism

- Sites include stomach, small intestine, and colon
- Dependent on gastric emptying time
- Metabolized primarily in the liver by oxidation
- Alcohol dehydrogenase exhibits zero-order kinetics (15 mg/dl/hr)
- Proportional to body weight
- Microsomal ethanol oxidizing system (MEOS)
- Alcohol inhibits cytochrome P-450

การดูดซึมและการกำจัดแอลกอฮอล์ของร่างกาย

- ดูดซึมที่กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่
- ขึ้นกับเวลาที่ท้องว่าง หรือก่อนรับประทานอาหาร
- มีกระบวนการกำจัดที่ตับเป็นที่แรกโดยกระบวนการ Oxidation
- Alcohol Dehydrogenase ทำการย่อยหมด 15 mg/dl/hr
- ขึ้นอยู่กับสัดส่วนของปริมาณที่ดื่มกับน้ำหนักตัว
- Microsomal Ethanol Oxidizing System (MEOS)
- แอลกอฮอล์ระงับ Cytochrome P-450

ปัญหาการดื่มสุราในสถานบริการสุขภาพ

จำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราที่พบในโรงพยาบาลทางกาย

- OPD : 20% – DM, HT
- IPD : Male 30%; Female 8%
- ER : 29% alcohol related problems
- Trauma : > 50% alcohol intoxication

ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมินหรือตรวจวินิจฉัยในปัญหาการดื่มสุรา และขาดการส่งต่อเพื่อรับการรักษอย่างเหมาะสม

ปัญหาการดื่มสุราในสถานบริการสุขภาพ

จากสถานการณ์ด้านอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์หลายด้านโดยเฉพาะด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลให้มีผู้เข้าระบบบริการสุขภาพมีปัญหาการดื่มสุรามากขึ้น ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลทั่วไปและคลินิกผู้ป่วยนอกนั้น

มีปัญหาการดื่มสุรามากกว่าร้อยละ 20 ใกล้เคียงกับความชุกของโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หรือเบาหวาน ส่วนผู้ป่วยในพบสูงถึงร้อยละ 30 ของผู้ป่วยชาย และร้อยละ 8 ของผู้ป่วยหญิง ในขณะที่ผู้ป่วย ร้อยละ 29 ที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินมาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา และผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการเมาสุราร่วมด้วย ที่สำคัญผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่ได้รับการประเมินหรือตรวจวินิจฉัยในปัญหาการดื่มสุรา และขาดการส่งต่อเพื่อรับการรักษอย่างเหมาะสมในปัญหาการดื่มสุรา

Top 10 causes of burden of disease in DALYs by sex : 2009

Rank	Ismales	DALY (1000)	%	%	DALY (1000)	Females
1	Alcohol dependence/harmful use	506	8.7	8.6	380	Diabetes
2	Traffic accidents	501	8.6	8.0	350	Stroke
3	Stroke	369	6.3	5.4	236	Depression
4	HIV/AIDS	282	4.8	4.0	178	Ischaemic heart disease
5	Liver cancer	262	4.5	3.6	159	HIV/AIDS
6	Ischaemic heart disease	250	4.3	3.5	154	Cataracts
7	Diabetes	218	3.8	3.1	138	Osteoarthritis
8	COPD	206	3.5	2.9	129	Traffic accidents
9	Cirrhosis	175	3.0	2.7	117	Anaemia
10	Bronchus & Lung cancer	134	2.3	2.6	114	Liver cancer
Top ten		2962	50.0	44.5	1955	Top ten
	Total	5868	100	4.998	100	Total

Top ten causes of DALYs lost in men accounted for half of total DALYs lost And 45% of DALYs lost in women.

10 สาเหตุของภาวะโรคและการสูญเสียสุขภาพ เมื่อแยกตามอายุ ปี 2009 พบว่า ในผู้ป่วยเพศชาย โรคติดแอลกอฮอล์หรือการดื่มสุราแบบอันตรายเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะโรคและสูญเสียสุขภาพมากเป็นอันดับที่ 1



การดื่มสุราแบบมีความเสี่ยงสูง (High-risk Drinking) นี้ นำไปสู่ปัญหาทางสังคม ปัญหากฎหมาย ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพ และปัญหาการเงิน อีกทั้งยังทำให้อายุสั้นลง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุรา แม้ว่าผลดังกล่าวจะเห็นได้ชัดในผู้ติดสุรา แต่ผู้ดื่มแบบเสี่ยงก็เพิ่มความเสี่ยงต่อตนเองเช่นกันทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทั้งการดื่มหนักนานๆ ครั้งหรือการดื่มน้อยๆ แต่เรื้อรัง

การดื่มที่ 3 ดื่มมาตรฐาน หรือมากกว่าในแต่ละครั้งทำให้เกิดความเสี่ยง แต่การเกิด “อุบัติเหตุ” ที่ทำให้บาดเจ็บ ปัญหาสัมพันธภาพและการทำงาน ปัญหาการเจ็บป่วย เช่น การเมาค้าง ปักพอนไม่เพียงพอและปัญหาโรคกระเพาะ

การดื่มที่มากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจเป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็ง โรคตับ ภาวะซึมเศร้า และการพึ่งพาสุรา (การติดสุรา)

ผลกระทบด้านสุขภาพ

กลุ่มโรคทางระบบประสาท

ได้แก่ โรคความจำเสื่อม, กล้ามเนื้อส่วนปลายแขนขา อ่อนแรง, ปลายประสาทพิการ, โรคลมชัก, สมองส่วนนอกลีบฝ่อ

กลุ่มโรคเมื่งในอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายจะเกิดขึ้นได้มากมาย

เช่น เมื่งในปากและช่องปาก, เมื่งหลอดอาหาร, เมื่งกระเพาะอาหาร, เมื่งลำไส้ใหญ่, เมื่งตับ, เมื่งเต้านมในผู้หญิง, เมื่งรังไข่ เป็นต้น

กลุ่มอาการทางจิตเวช

เช่น อารมณ์หงุดหงิด, อารมณ์เศร้า, อารมณ์แปรปรวน, ควบคุมอารมณ์ได้ยาก, นอนไม่หลับ, วิตกกังวล, รู้สึกเป็นทุกข์, สมาธิสั้น, ความจำไม่ดี, ขาดสติ, ประสาทรับรู้แย่ง, การเรียนรู้แย่ง, พินิจพิจารณาอาจทำให้เกิดอาการแพ้คลั่ง, อารมณ์ซึมเศร้า, มีอาการทางจิต เช่น หลงผิด, หวาดระแวง, และประสาทหลอน เป็นต้น

ผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์

1. กลุ่มโรคระบบประสาท เช่น ความจำเสื่อม กล้ามเนื้อส่วนปลายแขนขา อ่อนแรง ปลายประสาทพิการ โรคลมชัก สมองส่วนนอกลีบฝ่อ
2. กลุ่มโรคเมื่ง เช่น เมื่งในปากและช่องปาก เมื่งหลอดอาหาร เมื่งกระเพาะอาหาร เมื่งลำไส้ใหญ่ เมื่งตับ เมื่งเต้านมในผู้หญิง และเมื่งรังไข่ เป็นต้น
3. กลุ่มอาการทางจิตเวช เช่น อารมณ์หงุดหงิด อารมณ์แปรปรวน ควบคุมอารมณ์ได้ยาก นอนไม่หลับ วิตกกังวล รู้สึกเป็นทุกข์ สมาธิสั้น ความจำไม่ดี ขาดสติ ประสาทรับรู้แย่ง การเรียนรู้แย่ง บางรายพินิจพิจารณาอาจทำให้เกิดอาการแพ้คลั่ง อารมณ์ซึมเศร้า มีอาการทางจิต เช่น หลงผิด หวาดระแวง และประสาทหลอน เป็นต้น

ผลกระทบด้านสุขภาพ

กลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ

เช่น โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน, โรคเบาหวาน, โรคตับอักเสบ, โรคตับแข็ง, โรคตับอ่อนอักเสบแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง, โรคกระเพาะอาหารอักเสบ, แผลในกระเพาะอาหาร, โรคเกาต์, โรคต่อมหมวกไต, โรคพิษสุราเรื้อรัง, โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น

กลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจ

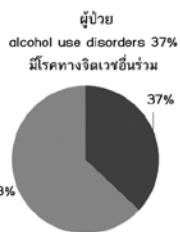
ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม, โรคหัวใจและหลอดเลือด, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจแต่กำเนิด, โรคหัวใจล้มเหลว เป็นต้น

4. กลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน โรคเบาหวาน โรคตับอักเสบ โรคตับแข็ง โรคตับอ่อนอักเสบแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง โรคกระเพาะอาหารอักเสบ แผลในกระเพาะอาหาร โรคเกาต์ โรคต่อมหมวกไต โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น
5. กลุ่มโรคหลอดเลือดและหัวใจ เช่น โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม โรคหัวใจ และหลอดเลือดความดันโลหิตสูง โรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหัวใจล้มเหลว

Comorbidity of Alcohol and Psychiatric Problems

Definition:

- ภาวะหรือโรคทางจิตเวชที่พบร่วมในผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา (Psychiatric Comorbidity)
- Comorbidity/Co-existing/Dual-diagnosis
- ควรประเมินหลังอาการถอนพิษสุราสงบอย่างน้อย 1 เดือน เพื่อให้แน่ใจว่าอาการที่ตรวจพบไม่ได้เกิดจากสุราโดยตรง



โรคร่วมทางจิตเวชในผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา

- ในบางครั้งอาจพบได้หลายค่าที่มีความหมายเหมือนกัน ได้แก่ คำพ้องต่อไปนี้ Comorbidity/Co-existing/Dual-diagnosis
- ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา ร้อยละ 37 พบว่า มีโรคร่วมทางจิตเวช
- อาการทางจิตเวชควรประเมินหลังอาการถอนพิษสุราสงบอย่างน้อย 1 เดือนเพื่อให้แน่ใจว่าอาการที่ตรวจพบไม่ได้เกิดจากสุราโดยตรง

CO-MORBIDITY OF MENTAL DISORDER WITH ALCOHOL AND OTHER DRUG ABUSE:

ECA STUDY

Alcohol use disorders	Another mental disorders	37%
	Anxiety disorders	19%
	Antisocial PD	14%
	Mood disorders	13%
	Schizophrenia	4%
Antisocial PD	Alcohol use disorders	74%
Schizophrenia	Alcohol use disorders	34%
Mood disorder	Alcohol use disorders	22%
Anxiety disorder	Alcohol use disorders	18%

Rogier, et al. (1990)

จากตารางพบว่า

- ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา จำนวน 100 คน จะพบปัญหาสุขภาพจิตสูงถึง 37 คน
- ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเกิดปัญหาจากการดื่มสุรา 34 คน

ตารางแสดงข้อมูลการเปรียบเทียบความชุกของโรคจิตเวชของการดื่มสุราที่ผิดปกติ

Comorbid Disorder	Alcohol Abuse		Alcohol Dependence	
	1-year rate (%)	Odds ratio	1-year rate (%)	Odds ratio
Mood Disorders	12.3	1.1	29.9	3.6*
Major depressive episode	11.3	1.1	27.9	3.9*
Bipolar disorder	0.3	0.7	1.9	6.3*
Anxiety Disorders	29.1	1.7	36.9	2.6*
Generalized Anxiety Disorders	1.4	0.4	11.6	4.6*
Panic Disorder	1.3	0.5	3.9	1.7
PTSD	5.6	1.5	7.7	2.2*
Epidemiological Catchment Area	Lifetime rate (%)	Odds ratio	Lifetime rate (%)	Odds ratio
Study (ECA)	9.7	1.9	24	3.8
Schizophrenia				

NCS-III *Odds ratio was significantly different from 1 at 0.05 level.

Petukhova, I., Gurevich, G., Renshaw, D., & Kopylov, I. (2022). Comorbidity of Alcoholism and Psychiatric Disorders. *Alcohol Research & Health*, 26, No. 2.

จากตารางพบว่า ผู้ที่ดื่มสุราแบบติด มีโอกาสป่วยเป็น

- โรคซึมเศร้าสูง 3.9 เท่าของคนที่ไม่ได้ดื่มสุรา
- โรคอารมณ์แปรปรวน 2 ขั้ว 6.3 เท่าของคนที่ไม่ได้ดื่มสุรา
- โรควิตกกังวล 4.6 เท่าของคนที่ไม่ได้ดื่มสุรา
- โรคความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 2.2 เท่าของคนที่ไม่ได้ดื่มสุรา
- คนที่ติดสุรามีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทสูง 3.8 เท่าของคนที่ไม่ได้ดื่ม

Journal of Mental Health of Thailand 2013; 21(1)



Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008

Phunnapa Kittirattanapoom, M.D.¹ Thorarin Kongsuk, M.D.²
Wachira Pengjuntr, M.D.¹ Jintana Leejongpermpoon, M.P.A.²
Worawan Chutha, M.Ed.¹ Kedsaraporn Kenbubpha, MSc.

N=17,140 Thai

ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: 2551

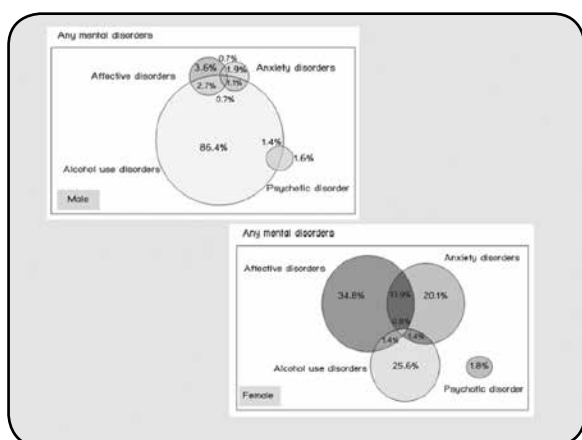
เป็นการสำรวจระบาดวิทยาระดับชาติ 2551 ในประชากรอายุ 15-59 ปี จำนวน 17,140 คน สุ่มแบบ stratified Three-stage Cluster Sampling ด้วยเครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย สัมภาษณ์โดยบุคลากรสุขภาพจิต คิดค่าสถิติจากค่าประมาณสัดส่วนโดยการถ่วงน้ำหนัก

พบความชุกของโรคจิตเวชร่วมร้อยละ 1.4 โดยพบ

- โรคจิตเวชร่วมภายในกลุ่มโรคเดียวกัน(Homotypic Comorbidity) ร้อยละ 0.3
- โรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างกัน (Heterotypic Comorbidity) ร้อยละ 1.1
- โรคจิตเวชร่วมภายในกลุ่มโรคเดียวกันพบ Mixed Bipolar Disorder ร้อยละ 34.7 ของ Bipolar Disorder ทั้งหมด
- โรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างกันพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย
- ผู้หญิงพบความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับโรควิตกกังวลมากที่สุดคือร้อยละ 14.7 ของโรคจิตเวชใดๆ

- ผู้ชายพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุดคือ ร้อยละ 3.4 ของโรคจิตเวชใดๆ
- ผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วมพบความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นมากโดยเฉพาะผู้หญิง
- 2 ใน 3 ของผู้ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับโรควิตกกังวลและเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมกับความผิดปกติทางอารมณ์พบความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

โรคจิตเวชร่วมพบได้น้อย แต่ผู้ที่มีโรคจิตเวชมีโอกาสพบโรคจิตเวชร่วมสูงโดยเฉพาะผู้หญิงผู้ที่มีโรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคต่างก็มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นมาก ระบบบริการสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญและจัดบริการเฉพาะทางสำหรับผู้มีโรคจิตเวชร่วม



แผนภาพ : โรคจิตเวชร่วมระหว่างกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ กลุ่มโรควิตกกังวล กลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา และกลุ่มโรคจิตในผู้ชาย และผู้หญิง (ตามลำดับ)

หากพิจารณาโรคจิตเวชร่วมในกลุ่มที่มีโรคจิตเวชใดๆ ผู้หญิงมีกลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมกับกลุ่มโรควิตกกังวลมากที่สุดถึงร้อยละ 14.7 หรือคิดเป็นร้อยละ 82.3 ของโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้หญิงทั้งหมด

ในขณะที่ผู้ชายพบความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุราร่วมกับกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.4 หรือคิดเป็นร้อยละ 57.6 ของโรคจิตเวชร่วมที่พบในผู้ชายทั้งหมด นอกจากนี้ในผู้ชายที่อยู่ในกลุ่มโรคจิตกว่าครึ่งที่มีโรคร่วมกับกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรมดื่มสุรา ซึ่งไม่พบเลยในผู้หญิง

ในกลุ่มผู้มีโรคความผิดปกติทางอารมณ์พบโรควิตกกังวลโรคหนึ่งโรคใดในปัจจุบันรวมถึงร้อยละ 24.7 ในขณะที่ประชากรทั่วไปพบกลุ่มโรควิตกกังวลได้เพียงร้อยละ 1.9 ผู้หญิงพบได้มากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 28.4 และร้อยละ 16.3 ตามลำดับ) ในกลุ่มผู้มีโรคซึมเศร้า (Depressive Disorders) ในปัจจุบันพบกลุ่มโรควิตกกังวลร่วมร้อยละ 25.5 ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชายเช่นกัน (ร้อยละ 28.8 และร้อยละ 17.2 ตามลำดับ) ในขณะที่กลุ่มผู้มีโรค Bipolar Disorder ในปัจจุบันพบกลุ่มโรควิตกกังวลร่วมต่ำกว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 23.7) แต่พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายชัดเจน (ร้อยละ 35.1 และร้อยละ 10.4 ตามลำดับ)



The prevalence of alcohol use disorders and psychiatric comorbidity in Thailand: national epidemiological survey 2008

Boonsiri Junsirirongkol, M.D.¹ Phunnapa Kittirattanapiboon, M.D.²
Maturin Khamwongin, MSN.³ Warawan Chutha, M.Ed.²
Thorarin Kongsuk, M.D.⁴ Jintara Leejongpempoon, MPA.⁴

N=17,140 Thai

ความชุกความผิดปกติพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและจิตเวช
ร่วมในคนไทย: การสำรวจระดับชาติ 2551

Gender and Comorbidity of alcohol use disorders and other psychiatric disorders

โรคจิตเวช	Alcohol use disorders			
	% (SE)	OR (95%CI)	% (SE)	OR (95%CI)
	Men		Women	
Affective disorders	4.1(0.0)	3.9(0.9-4.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Major depressive episode	0.1(0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Psychosis	0.0(0.0)	1.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Hypertensive episode	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Stroke episode	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Acute disorder	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Post disorder	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Agonistic	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Posttraumatic stress disorder	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Generalized anxiety disorder	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Psychotic disorders	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)
Any mental disorders	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)	0.0(0.0)	0.0(0.0-0.0)

จากตารางพบว่า ผู้มีปัญหาการดื่มสุราเพศชาย และ
เพศหญิงมีโอกาสป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนสูงถึง 22.7 และ
18 เท่าของคนที่ไม่ดื่มสุรา ตามลำดับ ตารางแสดงให้เห็นว่า
การดื่มสุราไม่ว่าเพศชายหรือเพศหญิง มีโอกาสเกิดโรคร่วมทาง
จิตเวชได้สูงกว่าคนทั่วไปที่ไม่ดื่ม

กระบวนการดูแลผู้ป่วยสุราที่มี ปัญหาด้านจิตเวช

พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551

หมวด ๕
การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ดื่มแอลกอฮอล์

มาตรา ๑๑ ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือญาติ คณะบุคคล หรือองค์กรทั้งภาครัฐหรือเอกชน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจขอรับการสนับสนุนเพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพจากสำนักงานได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่คณะกรรมการควบคุมกำหนด

หมวด 5

การบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรา 33 ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือญาติ คณะบุคคล หรือองค์กรทั้งภาครัฐหรือเอกชน ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาจขอรับการสนับสนุนเพื่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสภาพจากสำนักงานได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการควบคุมกำหนด

พรบ. สุขภาพจิต 2551

มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

1. มีภาวะอันตราย
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

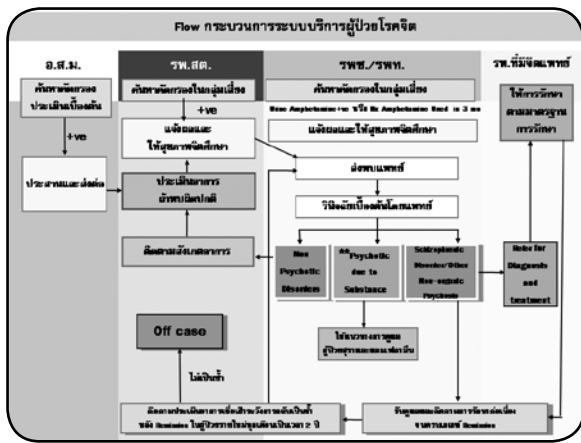
มาตรา 23 ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยไม่ชักช้า

พรบ.สุขภาพจิต 2551

มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

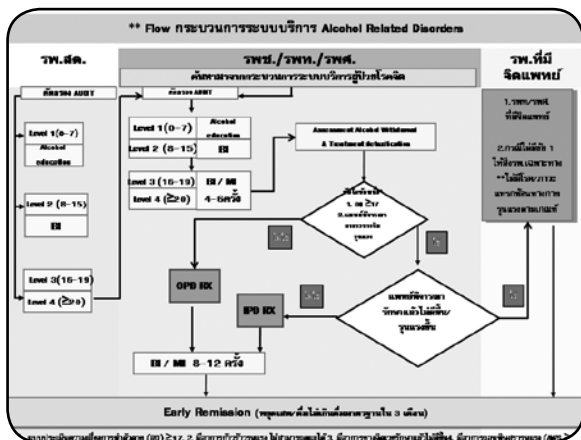
- (1) มีภาวะอันตราย
- (2) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

มาตรา 23 ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า



ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเริ่มต้นจากการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง และยืนยันผลการตรวจบัสสาวะเพื่อหาสารแอมเฟตามีนและมีประวัติใช้สารแอมเฟตามีนภายใน 3 เดือนหรือในบางรายมีประวัติการติ่มสุรา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการทางจิตจะส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยเบื้องต้นโดยแพทย์สามารถแยกได้เป็น 3 สาเหตุคือ

1. Non Psychotic Disorders
2. Psychotic Due to Substance
3. Schizophrenic Disorders/Other Non Organic Psychotic



ระบบบริการผู้ป่วย Alcohol Related Disorders

เมื่อคัดกรองผู้ป่วยโรคจิตและสามารถแยกได้แล้วว่าผู้ป่วยมีสาเหตุของอาการทางจิตมาจากการใช้สุรา แพทย์ที่โรงพยาบาล รพช./รพท./รพศ. จะให้การวินิจฉัยและพิจารณาความรุนแรงของอาการ

1. คัดกรองปัญหาการติ่มสุราด้วยแบบประเมิน AUDIT และให้การบำบัดตามความรุนแรงของปัญหา หากอาการทางจิตไม่รุนแรง จะให้บริการแบบผู้ป่วยนอก ณ สถานพยาบาลนั้น
2. หากอาการรุนแรง มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 15 คะแนน) ถ้าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถานพยาบาลนั้นได้
3. หากแพทย์พิจารณาว่าอาการไม่ดี ไม่สามารถดูแลในสถานพยาบาลนั้นๆ ได้ สามารถส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่ รพ. ที่มีจิตแพทย์ หรือ รพ.เฉพาะทาง (กรณีไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย)
4. ให้การบำบัดทางจิตสังคม Brief Intervention หรือ Motivational Interviewing 8-12 ครั้ง
5. ให้การติดตามตัวซ้ำ Early Remission (หยุดเสพ/ติดย้ำใน 3 เดือน)

การดูแลรักษา

1. การดูแลแบบผู้ป่วยนอก
2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน
3. หากดูแลแบบผู้ป่วยในไม่ได้พิจารณา refer

เกณฑ์การ refer

1. คะแนน 8Q ≥ 17
2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถดูแลได้
3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
4. มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 15)

การดูแลรักษา

1. การดูแลแบบผู้ป่วยนอก
2. การดูแลแบบผู้ป่วยใน
3. หากดูแลแบบผู้ป่วยในไม่ได้พิจารณาส่งต่อ

เกณฑ์การ Refer

1. คะแนน 8Q ≥ 17
2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถดูแลได้
3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น
4. มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 15)

บทที่ 3

แนวทางการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยสุรา ที่มีปัญหาจิตเวช และวินิจฉัยโรคร่วมทางกาย

ภาวะผิดปกติทางจิตที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา

ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10

ความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุรา ได้แก่

- F10.2: ภาวะติดสุรา (Alcohol dependence)
- F10.1: ภาวะดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful use of Alcohol abuse)

ความผิดปกติที่เกิดจากการดื่มสุรา ได้แก่

- F10.0: ภาวะเมาสุรา (Alcohol intoxication)
- F10.3: ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal)
- F10.4: ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพื่อสับสน (Alcohol withdrawal delirium)
- F10.5: โรคจิตจากสุรา (Alcoholic psychosis)
- F10.6: ภาวะความจำเสื่อมจากสุรา (Alcohol amnesic syndrome)
- F10.7: ภาวะสมองเสื่อม (Alcoholic dementia)

1. Alcohol Use Disorders

(ระบุตามรหัสของ ICD-10) เป็นความผิดปกติของพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่

F10.1 Alcohol Harmful Use หรือ Alcohol Abuse หรือการดื่มแบบอันตราย หมายถึง รูปแบบของการดื่มที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย (เช่น ตับถูกทำลายจากการดื่มเรื้อรัง ฯลฯ) หรือทางจิตใจ (เช่น มีอาการซึมเศร้าตามหลังการดื่ม ฯลฯ) หรือทางสังคม (เช่น มีปัญหากฎหมาย ขาดเรียน ขาดงาน มีปัญหาสัมพันธภาพ ฯลฯ) โดยผู้ดื่มในกลุ่มนี้จะมีประวัติประสบปัญหาทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการดื่มสุราเกินเกณฑ์มาตรฐานเป็นประจำมาแล้ว และ/หรือ ได้รับบาดเจ็บเกิดความรุนแรงมีปัญหาด้านกฎหมาย บกพร่องในสมรรถภาพการทำงานหรือเกิดปัญหาสังคมเนื่องมาจากการเมาบ่อยๆ

F10.2 Alcohol Dependence หรือโรคติดสุรา เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ ผู้ดื่มที่ติดสุราจะมีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมอง ความจำ และร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกลอยลางอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ

2. Alcohol-Induced Disorders

(ตามรหัสของ ICD-10) หมายถึงกลุ่มอาการผิดปกติทางพฤติกรรมหรือจิตใจที่เกิดจากการดื่มสุรา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

F10.0: Alcohol Intoxication ภาวะเมาสุรา การมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่เหมาะสม เช่น แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือพฤติกรรมทางเพศ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การตัดสินใจผิดพลาด เกิดความบกพร่องในอาชีพ การงานและสังคมหลังการดื่มสุรา และมีอาการอย่างน้อย 1 อย่างต่อไปนี้ คือ พูดไม่ชัด อ้อแอ้ (Slurred Speech) การทรงตัวเสีย (Impaired Coordination) เดินเซ เดินสะเปะสะปะ (Unsteady Gait) Nystagmus อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ รำเริง ตื่นเต้น พูดมาก หรือหงุดหงิด ง่วงซึม ถ้าเมามากอาจถึงหมดสติ ไม่รู้สึกตัว (Coma) ได้ การควบคุมกล้ามเนื้อขาลงความสามารถในการเรียนรู้ ความจำ ความคิด การตัดสินใจจะเสียไป

F10.3: Alcohol Withdrawal ภาวะถอนพิษสุรา การที่ผู้มีปัญหาการดื่มสุราจนถึงขั้นติด เมื่อหยุดดื่มหรือดื่มน้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษสุราขึ้นโดยอาการจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลง และอาการค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไป ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มเกิดตั้งแต่ 6-24 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย และเป็นมากที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมง อาการที่พบได้บ่อย เช่น มือสั่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง มีไข้ หายใจเร็ว หูแว่ว คลื่นไส้ ท้องเสีย กระสับกระส่าย เครียด วิตกกังวลนอนไม่หลับ ผื่นร้าย ปวดศีรษะ หน้าแดงวูบร้อนวูบหนาว ฯลฯ โดยทั่วไปถ้าอาการไม่รุนแรงมาก มักจะหายไปได้ภายใน 5-7 วัน แต่อาการนอนไม่หลับ และหงุดหงิดอาจคงนานถึง 10 วัน

F10.4: Alcohol Withdrawal with Delirium

ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพื่อสับสน เป็นภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง อาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษาและมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กระสับกระส่ายมากขึ้น หรือมีอาการชัก อาการเพื่อสับสน หูแว่ว ระแวง ฯลฯ โดยอาการมักเริ่มรุนแรงภายใน 2-3 วันหลังหยุดดื่ม และรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน แต่ในบางรายอาจมีอาการนานถึง 4-5 สัปดาห์ได้ ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงนี้ถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญเนื่องจากมีอัตราการตายสูงถึง 30%

F10.5: Alcoholic Psychosis โรคจิตจากสุรา ผู้ป่วยจะมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด ฯลฯ อาการอาจคงอยู่นานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่มแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน มักพบในผู้ที่มีประวัติดื่มอย่างหนัก และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆ มาก่อน และไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงที่มีภาวะเพ้อ (Delirium)

F10.6: Alcohol Amnestic Syndrome ภาวะความจำเสื่อมจากสุรา ผู้ป่วยจะต้องมีเกณฑ์ของภาวะ Organic Amnestic Syndromes ซึ่งประกอบด้วย การหลงลืมชนิด Recent Memory (การเรียนรู้ของใหม่) การสูญเสียในด้านเวลา ลำดับเหตุการณ์ โดยไม่พบความผิดปกติในความจำระยะสั้น ระดับความรู้สึกตัว หรือความสามารถในการรับรู้ ความคิด การตัดสินใจและมีประวัติการดื่มสุราเรื้อรัง

F10.7: Residual and Late Onset Alcoholic Psychotic Disorder มีอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ปรากฏอยู่นานเกินกว่าระยะเวลาที่สารนั้นสามารถออกฤทธิ์อยู่ในร่างกาย โดยการปรากฏอาการต้องมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุรา ถ้าหากอาการปรากฏภายหลังจากการดื่มแล้ว จะต้องมียุทธศาสตร์ที่แน่นอนหาพอสมควรว่าเกิดจากภาวะตกค้างที่ยังเหลืออยู่ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนจากสภาวะปกติก่อนหน้านี้จะเกิดอาการความผิดปกตินี้ อาการคงอยู่นานไม่จำกัดเวลา เกินระยะเวลาที่ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะคงอยู่ในร่างกาย ภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (Alcoholic Dementia: F10.73) ที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้อาจหายได้ หลังจากหยุดดื่มอย่างเด็ดขาด เซาว์นปัญญาและความจำสามารถกลับคืนมาได้

F10.8: Other Mental and Behavioral Disorders เป็นความผิดปกติอื่นซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการดื่มที่ไม่สามารถเข้ากับหัวข้อใดได้ เช่น Alcohol-induced Anxiety Disorders ซึ่งมักมีอาการ GAD, Panic และ Phobias เกิดขึ้นได้ทั้งใน กรณี Intoxication และ Withdrawal ดังนั้นผู้รักษาต้องสังเกตอาการในช่วงรักษาและหลังหยุดดื่มแล้วโดยหากใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค DSM-IV ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน จะรวมถึง Alcohol-induced Mood Disorder (โรคทางอารมณ์จากสุรา) Alcohol-induced Anxiety Disorder (โรควิตกกังวลจากสุรา) Alcohol-induced Sexual Dysfunction (การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจากสุรา) Alcohol-induced Sleep Disorder (ปัญหาการนอนจากสุรา)

การดื่มแบบอันตราย: Harmful Drinking/Alcohol Abuse (DSM-IV)

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยดื่มสุราซ้ำ ๆ จนทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้หรือไม่

ความเสี่ยงต่อความปลอดภัยในบทบาทหน้าที่ (ที่ทำงาน โรงเรียน)	Role Failure
ความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ อันตราย (เมาแล้วขับ ทำงานกับเครื่องจักร)	Risk of Body Harm
มีปัญหาทางกฎหมาย (ถูกจับกุม ทำผิดกฎหมาย)	Run-in with the Law
มีปัญหาสัมพันธภาพ (ครอบครัว เพื่อน)	Relationship trouble

การวินิจฉัย Alcohol Abuse ตามเกณฑ์ของ DSM-IV คือ

- มีหลักฐานชัดเจนว่าดื่มสุราจนทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย และจิตใจ
- ลักษณะของอันตราย เช่น
 - ไม่สามารถทำงาน หรือผลการทำงานไม่ดี
 - อยู่ในสถานการณ์ที่อาจก่ออันตราย
 - มีปัญหาทางกฎหมาย
 - เกิดปัญหาทางสังคม หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ตลอดเวลาหรือบ่อยๆ
- ต้องดื่มสุราติดต่อกันนานอย่างน้อยหนึ่งเดือนหรือดื่มหลายครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและ
- ต้องไม่เข้ากับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับ Alcohol Dependence

เป้าหมายการรักษา

Harmful Drinking/Alcohol Abuse (DSM-IV)

- ลดความเสี่ยงต่อสุขภาพหรืออันตรายโดย
 - หยุดดื่ม
 - หากจะดื่มจะต้องลดปริมาณการดื่มให้อยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ
 - ยกเว้นผู้มีปัญหาสุขภาพรุนแรงไม่ควรดื่มเลย
- วิธีการ: ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ซึ่งหมายถึง คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) หรือ คำปรึกษาแบบสั้น (Brief Counseling)

เป้าหมายการรักษา หากพบว่ามีปัญหาการดื่มแบบอันตราย หรือ Harmful Use นี้ คือลดความเสี่ยงต่อสุขภาพหรืออันตราย โดยการหยุดดื่มจะดีที่สุด แต่หากยังคงดื่มจะต้องลดปริมาณการดื่มลงให้อยู่ในระดับ ความเสี่ยงต่ำ กล่าวคือ

- ไม่ดื่มสุรามากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวันกล่าวคือเหล้า 35%: 60 cc (4 ฝา) หรือไวน์ 12%: 2 แก้ว หรือเบียร์ 5% : 1.5 กระป๋อง
- ไม่ดื่มมากกว่า 5 วันต่อสัปดาห์
- ไม่ดื่มสุราในสถานการณ์เสี่ยง ยกเว้นผู้มีปัญหาสุขภาพรุนแรง เช่น โรคตับ ความดันโลหิตสูงหรือเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ไม่ควรดื่มเลย วิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยทำได้ตามเป้าหมายนี้ คือให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention)

การติดสุรา: Alcohol Dependence

ลักษณะที่สำคัญอย่างน้อย 3 ใน 7 อย่างต่อไปนี้

- TOLERANCE :** ต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นจึงจะได้ฤทธิ์เท่าเดิม
- WITHDRAWAL:** มีอาการทางร่างกายเมื่อไม่ได้ดื่ม
- IMPAIRED CONTROL:** ควบคุมการดื่มไม่ได้
- CUT DOWN:** มีความต้องการอยู่เสมอที่จะเลิกดื่มหรือพยายามหลายครั้งแล้วแต่ไม่สำเร็จ
- TIME SPENT DRINKING:** หมกมุ่นกับการดื่มหรือการหาสุรามาสำหรับดื่ม
- NEGLECT OF ACTIVITY:** มีความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคม อาชีพการทำงาน หรือการพักผ่อนหย่อนใจ
- DRINKING DESPITE PROBLEMS:** ยังคงดื่มอยู่ทั้งๆที่มีผลเสียเกิดขึ้นแล้ว

DSM-IV

Alcohol Dependence หรือโรคติดสุรา

เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุรา หากหยุดดื่มมีความรู้สึกลอยๆอยากดื่มอย่างมากไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่า จะเกิดผลเสียตามมา และดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ

การวินิจฉัย Alcohol Dependence ตามเกณฑ์ DSM-IV

คือ รูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ ซึ่งแสดงออก 3 อาการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตาม ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1. มีการดื้อยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใด ต่อไปนี้
 - a) มีความต้องการดื่มเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด Intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ
 - b) ฤทธิ์จากการดื่มลดลงอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม
2. มีอาการขาดยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใด ต่อไปนี้
 - a) มีอาการขาดสุรา (อาการถอนพิษสุรา)
 - b) การดื่มสุรา (หรือสารใกล้เคียง) สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้
3. มีการดื่มสุราในปริมาณมาก หรือนานกว่าที่ตั้งใจ
4. มีความต้องการดื่มอยู่ตลอด หรือไม่สามารถหยุดหรือควบคุมการดื่มได้
5. ใช้เวลาอย่างมากในการกระทำเพื่อหาสุรามาดื่ม ในการดื่ม หรือในการฟื้นจากการเมาสุรา
6. ต้องงดหรือลดการเข้าสังคม การงานหรือการหย่อนใจอื่นๆ เนื่องจากการดื่ม
7. คงยังดื่มอยู่แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อ หรือกระตุ้นปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ดื่มสุราอยู่แม้ทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะแย่ลง

เป้าหมายของการรักษา ALCOHOL DEPENDENCE

หยุดดื่ม

เป้าหมายการรักษาสูงสุดสำหรับผู้ติดสุรา

คือหยุดดื่ม เนื่องจากผู้ติดสุราไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ หากยังคงดื่มจะเพิ่มปริมาณจนควบคุมไม่ได้ แต่หากผู้ป่วยยังไม่พร้อมการลดปริมาณการดื่มอาจเป็นทางเลือกในระยะแรก เพื่อให้ไปสู่เป้าหมายหยุดดื่มในที่สุด

ภาวะเมาสุรา: ALCOHOL INTOXICATION: DSM-IV

ภายหลังการดื่มเหล้าแล้วมีอาการ พฤติกรรมและสภาพจิตเปลี่ยนแปลงดังนี้

- A. หลังดื่มสุราไม่นาน
- B. แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ตัดสินใจไม่ดี หน้าที่การงานและสังคมบกพร่อง อาการเกิดระหว่างหรือหลังดื่มสุรา
- C. ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ
 - 1. Slur speech : พูดไม่ชัด
 - 2. Incoordination : การทรงตัวไม่ดี
 - 3. Unsteady gait : เดินไม่ตรงทาง
 - 4. Nystagmus : กล้ามเนื้อตากระตุก
 - 5. Impairment in attention or memory : ความจำและสมาธิเสีย
 - 6. Stupor or coma : ไม่รู้สึกตัว หลับลึก (ตอบสนองต่อการกระตุ้นแรงๆ)
- D. อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลจากโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชอื่น

DSM-IV

การวินิจฉัย Alcohol Intoxication ตามเกณฑ์ของ DSM-IV

- A. มีการดื่มสุรา
- B. มีอาการพฤติกรรมและจิตเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน (เช่น พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม พฤติกรรมก้าวร้าว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ตัดสินใจไม่ดี หน้าที่การงานและสังคมบกพร่อง) ที่เกิดขึ้นระหว่างดื่มสุรา หรือหลังจากดื่มสุราไม่นาน
- C. ร่วมกับมีอาการดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ
 - 1. พูดไม่ชัด
 - 2. การทรงตัวไม่ดี
 - 3. เดินไม่ตรงทาง
 - 4. กล้ามเนื้อตากระตุก
 - 5. ความจำและสมาธิเสีย
 - 6. ไม่รู้สึกตัว หลับลึก (ตอบสนองต่อการกระตุ้นแรงๆ)
- D. อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลจากโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชอื่น

ปริมาณการดื่มสุราและอาการแสดงทางคลินิก

Alc(drinks)	BAC(mg/dl)	อาการแสดงทางคลินิก
1-3	50-100	การรับรู้ช้าลง การประสานงานของสมองช้าลง
3-5	100-150	พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เดินเซ ความคิดความจำลดลง
5-7	150-200	การประสานงานของสมองเสีย เดินเซมาก
7-9	200-300	คลื่นไส้ อาเจียน เห็นภาพซ้อน สำลักง่าย
≥10	300-400	กตการหายใจ หดหืด อุณหภูมิต่ำ หัวใจเต้นผิดปกติ
Extreme	>400	โคม่า หยุดหายใจ เสียชีวิต

David A Yost 2002

ปริมาณการดื่มสุราและอาการแสดงทางคลินิก

หลังจากการดื่มสุราจะเกิดอาการทางคลินิก ขึ้นอยู่กับปริมาณที่ดื่มและความแตกต่างระหว่างบุคคล อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแล้ว การดื่มจนมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol Concentration; BAC) มากกว่า 50 mg% (หมายถึงระดับแอลกอฮอล์ (มิลลิกรัม) ในเลือด 100 ซีซี) ซึ่งหมายถึงการดื่มเพียง 1-3 ดื่มมาตรฐานจะส่งผลต่อสมองทำให้การรับรู้ช้าลง การประสานงานของสมองและกล้ามเนื้อเสียไป มีผลต่อการขับชี่ยานพาหนะและการทำงานกับเครื่องจักร และเมื่อดื่มปริมาณเพิ่มขึ้น ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะยังมีผลให้ความสามารถในการควบคุมตัวเองลดลง คลื่นไส้ อาเจียน กตการหายใจจนถึงเสียชีวิตได้ ถ้า BAC 50 mg% อัตราเสี่ยงต่อการขับรถชนเพิ่มเป็น 2 เท่า BAC 80 mg% จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการขับรถชนเป็น 5 เท่า BAC 160 mg% จะเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการขับรถชนเป็น 26 เท่า

PATHOLOGICAL INTOXICATION

- ตื่นสับสนแม้เพียงเล็กน้อยแต่กลับเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงไม่สามารถควบคุมได้ (Outbursts) เช่น อาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ และสุดท้ายจะเพลียจนหลับ แต่เมื่อตื่นขึ้นมักจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้
- พบได้ค่อนข้างน้อย ในบุคคลเฉพาะกลุ่ม มักจะไม่มีประวัติการติดสุรา โรคจิตเวชหรือโรคทางระบบประสาทในครอบครัว
- การวินิจฉัย: ต้องแยกจากกลุ่มที่มีพฤติกรรมอันธพาล หรือในผู้ป่วยด้วยโรคลมชักและ Temporal lobe epilepsy
- ข้อแนะนำ: ไม่ควรจะดื่มเครื่องดื่มใดๆ ที่มีแอลกอฮอล์

Pathological Intoxication เป็นภาวะที่พบในผู้ที่ดื่มสุรา แม้เพียงเล็กน้อยที่ไม่ถึงกับทำให้เกิด Intoxication ในคนทั่วไป แต่กลับเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรงแบบไม่สามารถควบคุมได้ (Outbursts) เช่น อาละวาด ก้าวร้าว ทำลายข้าวของและสุดท้ายจะเพลียจนหลับ แต่เมื่อตื่นขึ้นมักจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ อย่างไรก็ตามภาวะนี้พบได้ค่อนข้างน้อย และพบในบุคคลเฉพาะกลุ่มเท่านั้น มักจะไม่มีประวัติการติดสุรา โรคจิตเวชหรือโรคทางระบบประสาทในครอบครัว คนที่มีปัญหาดังกล่าวไม่ควรจะดื่มเครื่องดื่มใดๆ ที่มีแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามต้องแยกจากกลุ่มที่มีพฤติกรรมอันธพาล หรือในผู้ป่วยด้วยโรคลมชักและ Temporal Lobe Epilepsy

BLACKOUTS

- เป็นอาการหลงลืม (Amnesia) ที่เกิดขึ้นชั่วขณะในช่วงที่ผู้ป่วยเมาสุรา (Intoxication)
- ในขณะนั้นระดับความรู้สึกตัวปกติ คนรอบข้างรู้สึกว่าคุณป่วยปกติดี แต่หลังจากผู้ป่วยหายเมาแล้วจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงที่เมานั้นไม่ได้
- เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยงในการติดสุรา

Blackouts เป็นอาการหลงลืมที่เกิดขึ้นชั่วขณะที่เกิดในขณะเมาสุรา ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมใดๆ ก็ได้หรือสามารถพูดคุยโต้ตอบกับบุคคลอื่นอย่างปกติ แม้ผู้อื่นที่อยู่ร่วมด้วยก็ไม่สังเกตเห็นความผิดปกติใดๆ แต่เมื่อสร้างจากการเมาสุราผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ ภาวะดังกล่าว บ่งบอกถึงความรุนแรงในการติดสุรา

ALCOHOL INTOXICATION: MANAGEMENT

- การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการเมาสุรา เช่น เลือดคั่งในสมอง กระดูกหัก การสำลักอาหารเข้าปอด
- การเฝ้าสังเกตอาการและติดตามผู้ป่วยให้อยู่ในที่ปลอดภัยจนกว่าจะสร้างมาระวังอุบัติเหตุเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- Support of vital functions เช่น ช่วยการหายใจ
- Maintenance physiologic homeostasis: ภาวะกรด-ด่าง/เกลือแร่/อุณหภูมิร่างกาย
- ในกรณีรุนแรง ไม่สงบ อาจจำเป็นต้องยึดตรึงผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ
- ในกรณีจำเป็น ยึด Haloperidol 5-10 mg IM เพื่อควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวอันตราย

การจัดการภาวะเมาสุรา

- ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการเมาสุรา เช่น เลือดคั่งในสมอง กระดูกหัก การสำลักอาหารเข้าปอด
- เฝ้าสังเกตอาการและติดตามผู้ป่วยให้อยู่ในที่ปลอดภัยจนกว่าจะสร้างมาระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- Support of Vital Functions เช่น ช่วยการหายใจ
- Maintenance Physiologic Homeostasis: ภาวะกรด-ด่าง/เกลือแร่/อุณหภูมิร่างกาย
- ในกรณีรุนแรง ไม่สงบ อาจจำเป็นต้องยึดตรึงผู้ป่วยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ
- ในกรณีจำเป็น ยึด Haloperidol 5-10 มก. IM เพื่อควบคุมพฤติกรรมก้าวร้าวอันตราย

ภาวะถอนพิษสุรา: ALCOHOL WITHDRAWAL: DSM-IV

ภายหลังการหยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุรา หลังจากมีการใช้
อย่างมากและเป็นเวลานาน แล้วมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 ข้อ

- | | |
|--|---|
| 1. ความดันสูง ชีพจรเร็ว ไข้
หายใจเร็ว มีเหงื่อออก | 5. กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ |
| 2. มือสั่น | 6. ประสาทหลอน-หูแว่ว
ภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่ |
| 3. นอนไม่หลับ ผื่นร้าย | 7. วิดกกังวล กลัว |
| 4. คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย | 8. ชักทั้งตัว (Grandmal seizure) |

DSM-IV

Alcohol Withdrawal ภาวะถอนพิษสุรา

ในผู้ติดสุรา เมื่อหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลง มีโอกาสที่จะเกิดอาการขาดสุราขึ้น ในบางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องได้รับการรักษาใดๆ ก็สามารถหายได้เอง แต่บางรายมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะ ถอนพิษแบบรุนแรง มีอาการเพ้อคลั่ง (Delirium) หรือชักได้ อาการขาดสุราจะเริ่มเกิดขึ้น เมื่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเริ่มลดลง และอาการค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อเวลาผ่านไปและระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดลงเรื่อยๆ ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มเกิดตั้งแต่ 6-24 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย อาจเกิดขึ้นเพียงเล็กน้อย เช่น มือสั่น นอนไม่หลับ จนถึงอาการรุนแรงมีประสาทหลอน ระแวง เพ้อสับสน (Delirium) หรือชัก (Rum Fit) ได้ อย่างไรก็ตาม การซักประวัติและตรวจร่างกายจะสามารถทำนาย ปัจจัยเสี่ยงว่าผู้ใดมีโอกาสเกิดอาการขาดสุราในระดับรุนแรงมากน้อยเพียงใด และการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงสามารถป้องกันการเกิดอาการขาดสุราแบบรุนแรงได้ การวินิจฉัย Alcohol Withdrawal ตามเกณฑ์ DSM-IV ภายหลังการหยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราหลังจากมีการดื่มหนักอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานแล้ว มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ

1. ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ หายใจเร็ว มีเหงื่อออก
2. มือสั่น
3. นอนไม่หลับ ผื่นร้าย
4. คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
5. กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่
6. ประสาทหลอน-หูแว่ว ภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่
7. วิดกกังวล กลัว
8. ชักทั้งตัว (Grandmal Seizure)

ภาวะชักจากการถอนพิษสุรา ALCOHOL WITHDRAWAL SEIZURES หรือ RUM FITS

- พบได้ประมาณ 3-10% ของ Alcohol withdrawal
- มีอาการชักแบบ Tonic - clonic (Grand mal) no focal features
- 95% พบได้ภายใน 48 ชม. หลังหยุดดื่ม
- อาจชักซ้ำในเวลา 12-24 ชม.หลังจากชักครั้งแรก
- สาเหตุอื่น ๆ ของการชัก เช่น Head injuries, CNS infection, CNS neoplasm, other Cerebrovascular diseases และ Metabolic disturbance เช่น Hypoglycemia Hyponatremia และ Hypomagnesemia

Alcohol Withdrawal Seizures หรือ Rum Fits ภาวะชักจากการถอนพิษสุรา

อาการชักที่เกิดจากภาวะถอนพิษสุราพบได้ประมาณร้อยละ 3 ของผู้ที่มีอาการถอนพิษสุราทั้งหมด และพบมากขึ้นในผู้ที่ดื่มสุรามานานหลายปี ประมาณร้อยละ 28 จะมีอาการชักนำมาก่อนการเกิดภาวะ Delirium ลักษณะอาการชักเป็นแบบชักเกร็งกระตุกทั้งตัว (Tonic-Clonic) ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 95 พบภายใน 48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม โดยมีโอกาสเกิดมากที่สุดในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังการชักครั้งแรกอาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยกว่า 3% ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุราต้องพิจารณาหาสาเหตุอื่นๆ ของการชักร่วมด้วย เช่น Head Injuries, CNS Infection, CNS Neoplasm, Other Cerebrovascular Diseases และ Metabolic Disturbance เช่น Hypoglycemia, Hyponatremia และ Hypomagnesemia

ALCOHOL WITHDRAWAL DELIRIUM /DTs

- อาการมักเริ่มเกิดภายใน 2-3 วันหลังหยุดดื่มสุราหรือดื่มน้อยลง
- อาการมักรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5
- ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน
- ในบางรายอาจมีอาการนานถึง 4-5 สัปดาห์
- ผู้ป่วย DTs มักจะดูเฉื่อย ไม่อยู่นิ่ง อาจต้องใช้การผูกมัดและต้องดูแลใกล้ชิด
- จากภาวะ Hyperactive ทำให้เกิด Dehydration, Cardiac arrhythmia และภาวะแทรกซ้อนอื่นตามมา
- อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน หรืออาจทำไปเพราะมีอาการประสาทหลอน หรือหลงผิด
- เป็นภาวะ Alcohol withdrawal ที่รุนแรงที่สุดมีอัตราการตายสูงถึง 30%

John Saunders 2003

Alcohol Withdrawal with Delirium

ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพื่อสับสน

เป็นภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรง อาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น สั่นมาก เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง และกระสับกระส่ายมากขึ้นร่วมกับมีอาการเพื่อสับสน หูแว่ว หวาดระแวง โดยอาการมักเริ่มรุนแรงภายใน 2-3 วันหลังหยุดดื่มและรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วันแต่ในบางรายอาจมีอาการนานถึง 4-5 สัปดาห์ได้ ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงนี้ถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 ผู้ป่วย DTs มักเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายได้ง่ายจากอาการกระสับกระส่ายและเหงื่อออกอย่างมากทำให้ผู้ป่วยขาดน้ำ (Dehydration) ได้ง่าย และมี Electrolyte Imbalance ส่งผลให้หัวใจเต้นผิดปกติ (Cardiac Arrhythmia) ได้นอกจากนี้ยังเกิดภาวะติดเชื้อได้บ่อย เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจและทางเดินปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดการสำลักได้ง่าย จึงมีความเสี่ยงกับการเกิด Pneumonia ผู้ป่วยมักจะดูเฉื่อย ไม่อยู่นิ่ง มักต้องผูกมัด เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้คาดคิดหรืออาจทำไปเพราะอาการประสาทหลอนหรือหลงผิด

ALCOHOL WITHDRAWAL DELIRIUM/ DTs

ลักษณะสำคัญในการวินิจฉัย คือ มีอาการขาดสุรารุนแรงร่วมกับอาการเพ้อสับสน (Delirium) โดยผู้ป่วยที่มีอาการ Delirium มีอาการดังต่อไปนี้

1. ระดับสติสัมปชัญญะและความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป (Consciousness) สับสน (Confusion)
2. มีการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความจำ การรับรู้เสียไป (Cognition) เช่น สับสนเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล (Disorientation) พุดจาสับสน มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนได้ (Visual, Tactile or Auditory hallucinations) ที่พบบ่อย คือ Tactile hallucination
3. อาการผู้ป่วยจะแย่ลง ตื่นเป็นพัก ๆ โดยเฉพาะเวลากลางคืนอาการจะรุนแรงมากขึ้น และสงบลงในช่วงกลางวัน

ลักษณะสำคัญในการวินิจฉัย คือ มีอาการขาดสุรารุนแรงร่วมกับอาการเพ้อสับสน (Delirium) โดยผู้ป่วยที่มีอาการ Delirium มีอาการดังต่อไปนี้

1. ระดับสติสัมปชัญญะและความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไป (Consciousness) สับสน (Confusion)
2. มีการทำงานของสมองที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความจำ การรับรู้เสียไป (Cognition) เช่น สับสนเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล (Disorientation) พุดจาสับสน มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนได้ (Visual, Tactile or Auditory Hallucinations) ที่พบบ่อย คือ ประสาทหลอนทางการสัมผัส (Tactile Hallucination)
3. อาการผู้ป่วยจะแย่ลง ตื่นเป็นพัก ๆ โดยเฉพาะเวลากลางคืนอาการจะรุนแรงมากขึ้น และสงบลงในช่วงกลางวัน

โรคจิตจากสุรา

ALCOHOL-INDUCED PSYCHOTIC DISORDER

- ผู้ป่วยจะมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิด โดยอาการประสาทหลอน พบได้บ่อยกว่าอาการหลงผิด
- พบได้ทั้งหูแว่ว และภาพหลอน
- อาการเริ่มเกิดในช่วง 1 เดือนของการดื่มหรือการหยุดดื่ม แต่อาการอาจคงอยู่นานได้หลายสัปดาห์ ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่ม แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน
- วินิจฉัยจากประวัติการดื่มสุราอย่างหนัก ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆ มาก่อน ไม่ได้อยู่ในช่วงของ Withdrawal syndrome หรือ DTs

Alcohol Psychotic โรคจิตจากสุรา

ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิต เช่น ประสาทหลอน (Hallucination) หรือหลงผิด (Delusion) โดยอาการประสาทหลอนพบได้บ่อยกว่าอาการหลงผิด พบได้ทั้งหูแว่ว (Auditory Hallucination) และภาพหลอน (Visual Hallucination) อาการอาจคงอยู่นานหลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่มแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน มักพบในผู้ที่มีประวัติดื่มอย่างหนัก และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆ มาก่อน และไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงที่มีภาวะเพ้อ (Delirium)

การวินิจฉัย (ตามเกณฑ์ ICD-10) เป็นกลุ่มอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นหรือทันทีที่หยุดดื่มโดยมักมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (มักจะเป็นทางหูและมักเกิดกับระบบสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด) จำผิด หลงผิด และ/หรือ ความคิดระแวง (เช่นว่าจะถูกปองร้าย) การเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว (มากขึ้นหรือน้อยลง) และอารมณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ความกลัวอย่างรุนแรงจนถึงภาวะเพ้อผ่น ยังมีความรู้สึกตัวดีแต่อาจมีอาการเบลอบ้าง ซึ่งอาจจะเป็นลักษณะสับสนที่ไม่รุนแรง ความผิดปกตินี้จะทุเลาลงบางส่วนภายใน 1 เดือนและหายปกติใน 6 เดือน

การรักษา

- Detoxification: ดูแลให้ผู้ป่วยหยุดดื่ม และให้การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา
- Antipsychotic ในกรณีที่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการอยู่นาน

ALCOHOL-INDUCED PERSISTING AMNESTIC DISORDER KORSAKOFF'S SYNDROME

- การขาด Thiamine (B1) เนื่องจากดื่มสุรานาน
- มีความจำผิดปกติอย่างมาก ทั้ง Retrograde and anterograde memory
- ร่วมกับมี neurological deficits
 - Peripheral neuropathy
 - Cerebellar ataxia
 - Myopathy
- ระดับสติปัญญา (intellectual function) ยังปกติอยู่

Korsakoff's Syndrome

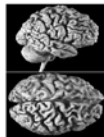
เกิดจากการขาด Thiamine (B1) เนื่องจากในคนที่ดื่มสุรานานจะมีปัญหาได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและการดูดซึมไม่ดี เป็นภาวะเรื้อรังที่ต่อเนื่องจาก Wernicke's encephalopathy ที่ไม่ได้รับการรักษา มีความจำผิดปกติอย่างมากทั้ง Retrograde and Anterograde Memory ผู้ป่วยอาจมี Confabulation ร่วมกับมี Neurological Deficits เช่น Peripheral Neuropathy, Cerebellar Ataxia, Myopathy โดยทั่วไประดับสติปัญญา (Intellectual Function) ยังปกติอยู่ การรับให้การรักษา Wernicke ด้วย Thiamine (B1) ในขนาดสูงจะช่วยป้องกันการเกิด Korsakoff's ได้ ดังนั้นจึงควรให้ Thiamine (B1) ในผู้ป่วยติดสุราทุกราย

โรคสมองเสื่อมจากสุรา

ALCOHOL-INDUCED PERSISTING DEMENTIA

- มีประวัติดื่มสุรานาน
- อาการปรากฏชัดหลังหยุดดื่มสุราน้อย 3 สัปดาห์
- มีอาการของ Dementia โดยไม่พบว่ามีสาเหตุอื่น
- COGNITIVE IMPAIRMENT
 - Memory impairment
 - และความผิดปกติของ Higher cortical function

Aphasia	Apraxia
Agnosia	Impairment in executive function
- อาจมี Psychotic symptoms (Delusion, Hallucination) ตามมาได้



Alcohol-induced Persisting Dementia

ผู้ป่วยจะมีประวัติดื่มสุรานาน มีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือทางห้องปฏิบัติการว่าเป็นความผิดปกติจากผลที่ยังคงอยู่ของการดื่มสุรา อาการปรากฏชัดหลังหยุดดื่มสุราน้อย 3 สัปดาห์ มีอาการของ Dementia โดยไม่พบว่ามีสาเหตุอื่น อาการของ Dementia ผู้ป่วยจะมี Cognitive Impairment (ความบกพร่องของสติปัญญา) หลายด้าน โดยแสดงออกทั้ง Memory Impairment (ความจำเสื่อม) ร่วมกับ Aphasia (ความผิดปกติด้านภาษา) Apraxia (บกพร่องในการประกอบกิจกรรมถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อปกติ) Agnosia (ไม่สามารถจำหรือรู้จักสิ่งต่างๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ปกติ) Impairment in Executive Function (ความผิดปกติในด้านบริหารจัดการ) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงให้การตัดสินใจ การใช้เหตุใช้ผลและพฤติกรรมทั่วไปแย่งบางรายอาจมี Psychotic Symptoms (Delusion, Hallucination) ตามมาได้

ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อย ในผู้ดื่มสุรา

Alcohol Related Physical Illness

การดื่มสุราเป็นสาเหตุของโรคทางกายมากมายทั้งทางตรงและทางอ้อม ในที่นี้จะกล่าวถึง

1. ภาวะแทรกซ้อนทางกายที่พบบ่อยในผู้ดื่มสุรา ทั้งในช่วงเมาสุราและในช่วงถอนพิษสุรา และ
2. กลุ่มโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราโดยตรง เช่น ประสาทเสื่อมจากสุรา โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อมจากสุรา โรคกระเพาะอักเสบจากสุรา โรคตับแข็งจากสุรา อาการระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกิน และอาการเอทานอลและเมทานอลเป็นพิษ กลุ่มโรคความผิดปกติของเด็กในครรภ์ที่มารดาดื่มสุรา โรคตับอ่อนอักเสบแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนทางกายในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

1. ภาวะแทรกซ้อนในช่วงเมาสุรา (Alcohol intoxication)

- 1.1 ภาวะขาดน้ำในร่างกาย : Dehydration
- 1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ : Hypoglycemia
- 1.3 เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง : Subdural hematoma
- 1.4 ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

Upper Gastrointestinal hemorrhage

2. ภาวะแทรกซ้อนในช่วงถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal)

ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงเมาสุรา

(Alcohol Intoxication) ที่พบบ่อยได้แก่

1. ภาวะแทรกซ้อนในช่วงเมาสุรา (Alcohol Intoxication)
 - 1.1 ภาวะขาดน้ำในร่างกาย: Dehydration
 - 1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ: Hypoglycemia
 - 1.3 เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง: Subduralhematoma
 - 1.4 ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น: Upper Gastrointestinal hemorrhage
2. ภาวะแทรกซ้อนในช่วงถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal)

ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงเมาสุรา

ภาวะขาดน้ำในร่างกาย Dehydration

ตรวจพบ ปากแห้ง คอแห้ง
ความตึงของผิวหนังลดลง มีไข้

Rx Fluid replacement: IV/oral

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ Hypoglycemia

น้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg%
ประวัติ ขาดอาหาร, ไม่ได้รับประทานอาหาร

เพียงพอ
ตรวจพบ มีอาการมือสั่น สับสน เพื่อ

หรือซึม ไม่รู้สึกตัว
Rx Glucose intravenous injection

ภาวะขาดน้ำในร่างกาย (Dehydration)

ตรวจพบ ปากแห้ง คอแห้ง ความตึงของผิวหนังลดลง มีไข้

Rx Intravenous Fluid Replacement

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)

น้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 mg%

ประวัติ ขาดอาหาร, ไม่ได้รับประทานอาหารเพียงพอ

ตรวจพบ มีอาการมือสั่น สับสน เพื่อ หรือ ซึม ไม่รู้สึกตัว

Rx Glucose Intravenous Injection

ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงเมาสุรา

เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subdural hematoma)

ประวัติ หกล้ม บาดเจ็บที่ศีรษะ
ตรวจพบ มีเลือดออกบริเวณใบหน้า
โดยเฉพาะบริเวณตา มีการเปลี่ยนแปลง
ของระดับการรู้สึกตัวและสับสน
ตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาท
Rx CT ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือ
ส่งต่อแบบฉุกเฉิน
(พิจารณาตามศักยภาพของโรงพยาบาล)



เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง (Subdural Hematoma)

ประวัติ หกล้ม บาดเจ็บที่ศีรษะ

ตรวจพบ มีเลือดออกบริเวณใบหน้า โดยเฉพาะบริเวณตา มีการเปลี่ยนแปลงของระดับการรู้สึกตัว และสับสน ตรวจพบความผิดปกติทางระบบประสาท

ตรวจเพิ่มเติม CT ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือส่งต่อแบบฉุกเฉิน (พิจารณาตามศักยภาพของโรงพยาบาล)

ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงเมาสุรา

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น Upper Gastrointestinal hemorrhage

ประวัติ ถ่ายเป็นเลือด ถ่ายดำ 70% อาเจียนเป็นเลือด 40%
หน้ามืดเป็นลม ปั่นจุก ปวดท้อง
ตรวจพบ ความดันโลหิตตก อูจากระสีด้า
หรืออาเจียนเป็น Coffee ground content
Rx ประเมินความรุนแรงพิจารณาการรักษา
ที่เหมาะสม ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือ
ส่งต่อแบบฉุกเฉินในกรณีมีข้อบ่งชี้



ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Hemorrhage)

ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น ได้แก่ กระเพาะและลำไส้ส่วนบน

ประวัติ ถ่ายเป็นเลือด ถ่ายดำ 70% อาเจียนเป็นเลือด 40% หน้ามืดเป็นลม ปั่นจุกปวดท้อง

ตรวจพบ ความดันโลหิตตก อูจากระสีด้า หรืออาเจียนเป็น Coffee Ground Content

Rx ประเมินความรุนแรง พิจารณาการรักษาที่เหมาะสม ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือส่งต่อแบบฉุกเฉินในกรณีมีข้อบ่งชี้

UGI HEMORRHAGE: Initial assessment

Rapid assessment hemodynamic status

Mild shock (<20% of Blood volume)

: pale, cool skin, diminish of capillary refill

Moderate shock (20 - 40 % of Blood volume)

: mild shock + tachycardia, agitation, postural hypotension, oliguria

Severe shock(>40% of blood volume)

: moderate shock + hypotension, restless, alteration of conscious, severe oliguria, cardiac arrest, coma

การประเมินเบื้องต้น ถือเป็นภาวะฉุกเฉิน

ที่ต้องประเมิน Hemodynamic Status โดย

- Mild Shock (<20% of Blood Volume): Pale, Cool Skin, Diminish of Capillary Refill
- Moderate Shock (20-40% of Blood Volume): Mild Shock + Tachycardia, Agitation Postural Hypotension, Oliguria
- Severe Shock (>40% of Blood Volume): Moderate Shock + Hypotension, Restless, Alteration of Conscious, Severe Oliguria, Cardiac Arrest, Coma

UGI HGE: General assessment

Fluid resuscitation : peripheral/central

NG intubation and lavage

- Amount of bleeding
- Preparation before EGD
- Active bleeding
- Decrease aspiration
- Predicted mortality rate from color of blood

การประเมินและรักษาทั่วไป

Fluid Resuscitation: Peripheral/Central NG Intubation and Lavage

- Amount of Bleeding
- Preparation Before EGD (Esophagogastroduodenoscopy)
- Active Bleeding
- Decrease Aspiration
- Predicted Mortality Rate from Color of Blood

ภาวะแทรกซ้อนทางกายในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา

1. ภาวะแทรกซ้อนในช่วงเมาสุรา (Alcohol intoxication)

2. ภาวะแทรกซ้อนในช่วงถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal)

- 2.1 ภาวะขาดน้ำในร่างกาย: Dehydration
- 2.2 ภาวะขาดสารอาหาร: Malnutrition
- 2.3 เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง: Subdural hematoma
- 2.4 Wernicke encephalopathy
- 2.5 Korsakoff encephalopathy

ภาวะแทรกซ้อนในช่วงถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal)

1. ภาวะขาดน้ำในร่างกาย: Dehydration
2. ภาวะขาดสารอาหาร: Malnutrition
3. เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง: Subdural Hematoma
4. Wernicke Encephalopathy
5. Korsakoff Encephalopathy

ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงถอนพิษสุรา

ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition)

ภาวะขาดสารอาหาร จากการกินอาหารไม่เหมาะสม หรือจากการดูดซึมไม่ดี ที่พบบ่อยได้แก่ thiamine, A, D, B6, E และ Folate
ประวัติ กินน้อย
ตรวจพบ น้ำหนักลด โดยเฉพาะ มวลกล้ามเนื้อและไขมันพอง มีปัญหาที่ตับและสมอง
Rx เพิ่มสารอาหารสำรอง ให้วิตามินเสริม

ภาวะขาดสารอาหาร (Malnutrition)

ภาวะขาดสารอาหารจากการกินอาหารไม่เหมาะสม หรือการดูดซึมไม่ดี ที่พบบ่อย ได้แก่ Thiamine, Vitamin A, D, B6, E, และ Folate

ประวัติ กินน้อย

ตรวจพบ น้ำหนักลด โดยเฉพาะมวลกล้ามเนื้อและไขมันพอง มีปัญหาที่ตับและสมอง

Rx เพิ่มสารอาหารสำรอง ให้วิตามินเสริม

ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงถอนพิษสุรา

Wernicke encephalopathy	Korsakoff encephalopathy
ภาวะขาด Thiamine ในสมองจากการลดการดูดซึม กินไม่พอเพียง หรือดื่มน้ำไม่พอ ประวัติ ขาดสารอาหาร มีปัญหาเรื่องตับ ตรวจพบ ความจำเสื่อม ตากระตุก (Nystagmus) เดินเซ (Ataxia) สับสน (Confusion) Ophthalmoplegia Rx ให้ Thiamine (Vit B1) ทางหลอดเลือดทันที หรือกล้ามเนื้อ และให้สารน้ำให้เพียงพอ	ภาวะขาด thiamine เรื้อรังและไม่ได้รับการรักษา ส่งผลให้สมองถูกทำลายและความจำเสื่อม ประวัติ คล้าย Wernicke แต่ไม่ได้รับการรักษา ทันเวลา ตรวจพบ เสียความจำระยะสั้น ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ โดยที่ผู้ป่วยยังคิดว่าปกติ Neurological deficits : Peripheral neuropathy, Cerebellar ataxia, Myopathy Rx เช่นเดียวกับ Wernicke encephalopathy

Wernicke Encephalopathy

ภาวะขาด Thiamine ในสมอง จากการลดการดูดซึม การกินไม่พอเพียง หรือดื่มน้ำไม่พอ

ประวัติ ขาดสารอาหาร มีปัญหาเรื่องตับ

ตรวจพบ ความจำเสื่อม มีตากระตุก เดินเซและสับสน

Rx ให้ Thiamine (Vitamin B1) ทางหลอดเลือดทันที หรือกล้ามเนื้อและให้สารน้ำให้เพียงพอ

Korsakoff Encephalopathy

ภาวะขาด Thiamine เรื้อรังและไม่ได้รับการรักษาส่งผลให้สมองถูกทำลายและความจำเสื่อม

ประวัติ คล้าย Wernicke แต่ไม่ได้รับการรักษาทันเวลา

ตรวจพบ เสียความจำระยะสั้น ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ โดยที่ผู้ป่วยยังคิดว่าปกติ

Rx รักษาเช่นเดียวกับ Wernicke Encephalopathy

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา



โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

1. ประเภทฉุกเฉิน (Emergency)
 - 1.1 HEPATIC ENCEPHALOPATHY
 - 1.2 PANCREATITIS
 - 1.3 GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE
 - 1.4 SUBDURAL HEMATOMA
2. ประเภทเร่งด่วน (Urgency)
3. ประเภทไม่เร่งด่วน (Non-urgency)

โรคร่วมทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

แบ่งออกได้ 3 ประเภทตามระดับความฉุกเฉิน เร่งด่วนในการดูแลรักษา

1. ประเภทฉุกเฉิน (Emergency)
2. ประเภทเร่งด่วน (Urgency)
3. ประเภทไม่เร่งด่วน (Non-Urgency)

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา : ประเภทดูกเงิน

HEPATIC ENCEPHALOPATHY

ภาวะทางสมองที่มีสารพิษคั่ง จากการที่ตับไม่สามารถกำจัด
ออกได้ ส่งผลให้เกิดอาการสับสน ระดับของความรู้สึกตัว
ลดลง มือสั่น ชักและเสียชีวิตได้
ประวัติ มีปัญหาของตับ หรือตับแข็ง ติดเชื้อที่ตับเฉียบพลัน
ดื่มหนัก
อาการ ระดับรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน เพ้อ พฤติกรรม
เปลี่ยนแปลง ลมหายใจมีกลิ่นหวานเยียน Flapping tremor
Rx ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือ ส่งต่อแบบฉุกเฉิน

1. ภาวะโรคร่วมทางกายประเภทดูกเงิน (Emergency)

1.1 Hepatic Encephalopathy

ภาวะทางสมองที่มีสารพิษคั่งจากการที่ตับไม่สามารถกำจัด
ออกได้ ส่งผลให้เกิดอาการสับสน ระดับของความรู้สึกตัวลดลง
มือสั่น ชักและเสียชีวิตได้

ประวัติ มีปัญหาของตับ หรือตับแข็ง ติดเชื้อที่ตับเฉียบพลัน
ดื่มหนัก

อาการ ระดับรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน เพ้อ พฤติกรรม
เปลี่ยนแปลง ลมหายใจมีกลิ่นหวานเยียน Flapping Tremor

Rx ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือส่งต่อแบบฉุกเฉิน

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทดูกเงิน

HEPATIC ENCEPHALOPATHY

Precipitating Factors	Treatment
GI bleeding	Fuminant hepatic failure:
Infection	Supportive treatment
Metabolic disturbance	Chronic liver disease:
Hypoxia	Correction of
Sedative drugs	precipitating factor

สาเหตุกระตุ้น (Precipitating Factors) ที่พบบ่อยๆ ได้แก่

- ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร (GI Bleeding)
- การติดเชื้อ (Infection)
- Metabolic Disturbance
- ภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia)
- ยากดระบบประสาท (Sedative Drugs)

การรักษา

ใน Fuminant Hepatic Failure ให้การรักษาแบบ
ประคับประคองตามอาการ ส่วนในผู้ป่วย Chronic Liver
Disease ให้การแก้ไขปัจจัยกระตุ้นที่เป็นสาเหตุ

การรักษาตามปัญหา

- Reduction of Ammonia Production and Absorption:
Lactulose, Lactitol, Dietary Protein Restriction
- Promotion of Waste Nitrogen Excretion: L-Ornithine
L-Aspartate (LOLA) IV and PO, Sodium Benzoate IV
and PO
- Correction of Neurotransmitter Abnormalities in
Brain: Flumazenil, Branched Chain Amino Acid
Enriched Formulation

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภตฉุกเฉิน

PANCREATITIS

ภาวะตับอ่อนอักเสบพบประมาณ 5% ของผู้ดื่มมานาน
ประวัติ ดื่มมานาน
แบบเฉียบพลัน ปวดท้องกลางช่องท้องรุนแรง อาเจียน
อาจมีความดันต่ำและไตวาย
ในรายที่เรื้อรัง อาจมีอุจจาระเป็นสีขาจากไขมัน น้ำหนักลด
และภาวะเบาหวานร่วม
Rx ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือ ส่งต่อแบบฉุกเฉิน

1.2 ตับอ่อนอักเสบ (Pancreatitis)

พบประมาณ 5% ของผู้ดื่มมานาน

ประวัติ ดื่มมานาน

แบบเฉียบพลัน ปวดท้องกลางช่องท้องรุนแรง อาเจียน
อาจมีความดันต่ำ และไตวาย

ในรายที่เรื้อรัง อาจมีอุจจาระเป็นสีขาจากไขมัน
น้ำหนักลด และภาวะเบาหวานร่วม

Rx ปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง หรือส่งต่อแบบฉุกเฉิน

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

1. ประเภตฉุกเฉิน (Emergency)

2. ประเภตเร่งด่วน (Urgency)

- 2.1 VITAMIN B DEFICIENCY SYNDROME
- 2.2 ELECTROLYTE IMBALANCE: HYPOKALEMIA
- 2.3 ALCOHOL LIVER DISEASE:
 - ALCOHOLIC CIRRHOSIS
 - ALCOHOLIC HEPATITIS
- 2.4 PNEUMONIA
- 2.5 CARDIOMYOPATHY

3. ประเภตไม่เร่งด่วน (Non-urgency)

2. ภาวะโรคร่วมทางกายประเภตเร่งด่วน (Urgency)

ที่พบบ่อยได้แก่

- 2.1 Vitamin B Deficiency Syndrome
- 2.2 Electrolyte Imbalance: Hypokalemia
- 2.3 Alcohol Liver Disease: Alcoholic Cirrhosis, Alcoholic Hepatitis
- 2.4 Pneumonia
- 2.5 Cardiomyopathy

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภตฉุกเฉิน

ELECTROLYTE IMBALANCE

ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม
แคลเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียมต่ำ
อาการและอาการแสดง แล้วแต่ชนิดของเกลือแร่
เช่น ภาวะโพแทสเซียม (K) ต่ำ จะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ
ขาโดยเฉพาะส่วนต้น
Rx Electrolyte replacement

Electrolyte Imbalance

ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ เช่น โซเดียม โพแทสเซียม
แคลเซียม ฟอสฟอรัส แมกนีเซียมต่ำ

อาการและอาการแสดง แล้วแต่ชนิดของเกลือแร่ เช่น
ภาวะโพแทสเซียม (K) ต่ำ จะมีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ
ขาโดยเฉพาะส่วนต้น

Rx Electrolyte Replacement

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภตรง่งด่วน

HYPOKALEMIA	
Plasma K <3.5 mEq/L อาการแสดง : Arrhythmias, Muscle weakness, Hepatic encephalopathy, Digitalis intoxication	Determine urgency and appropriate route: Enteral route is preferred IV administration only if: Enteral access is not available or contraindicated or Urgent repletion is warranted by associated conditions Assess the renal function: BUN, Cr, and urine output

Hypokalemia

ค่าของ Plasma K < 3.5 mEq/L ประมาณว่า Serum K ลดลง 1x mEq/L จะเท่ากับการสูญเสียโปแตสเซียมของร่างกายโดยรวมเท่ากับ 200-400 mEq

อาการแสดงที่ตรวจพบ ได้แก่ Arrhythmias, Muscle Weakness, Hepatic Encephalopathy, Digitalis Intoxication

หลักการรักษา

- Determine Urgency and Appropriate Route: Enteral Route is Preferred
- IV Administration Only if: Enteral Access is Not Available or Contraindicated or Urgent Repletion is warranted by Associated Conditions
- Assess the Renal Function: BUN, Creatinine, and Urine Output

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภตรง่งด่วน

HYPOKALEMIA	
Mild hypokalemia 2.5–3.5 mEq/L and Asymptomatic Rx: Oral replacement Pediatric KCl 1 ml = K⁺ 1 mEq K citrate 15 ml = K⁺ 3.08 mEq	Severe hypokalemia: <2.5 mEq/L or symptomatic Rx: IV replacement Maximum concentration: 20 mEq/100 ml Maximum rate Peripheral vein: 20 mEq/hr (if >10 mEq/hr, ECG monitoring) Central vein: 40–60 mEq/hr IV main tube and should be mixed with NSS or NSS/2

Mild Hypokalemia

2.5-3.5 mEq/L and Asymptomatic

Rx: Oral Replacement

- Pediatric KCl 1 ml = K + 1 mEq
- K Citrate 15 ml = K + 3.08 mEq

Severe Hypokalemia:

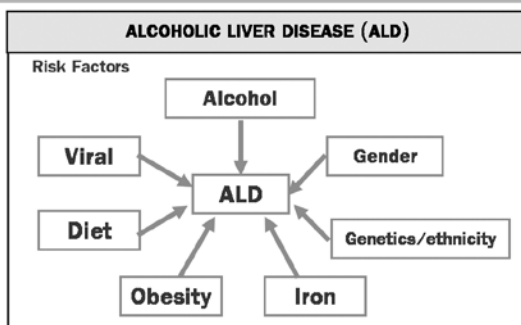
- 2.5 mEq/L or Symptomatic

Rx: IV Replacement Maximum Concentration: 20 mEq/100 ml

Maximum Rate

- Peripheral Vein: 20 mEq/hr (if >10 mEq/hr, ECG Monitoring)
- Central Vein : 40-60 mEq/hr IV Main Tube and Should be Mixed with NSS or NSS/2

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา : ประเภตรง่งด่วน

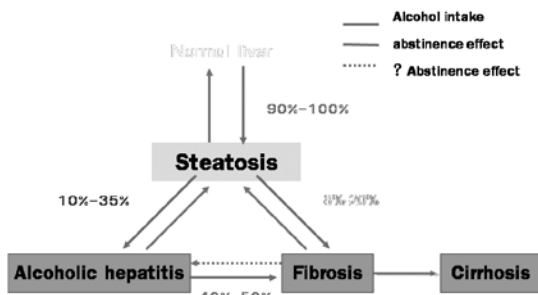


Alcoholic Liver Disease

โรคที่พบบ่อยได้แก่ Alcoholic Cirrhosis และ Alcoholic Hepatitis ปัจจัยเสี่ยงได้แก่ พันธุกรรม เชื้อชาติ การดื่มสุรา เชื้อไวรัส อาหาร ความอ้วน ธาตุเหล็ก เป็นต้น

ปัจจัยที่พบว่าเพิ่มโอกาสป่วยด้วยโรคตับจากสุรา ได้แก่ หญิงที่ดื่มสุรา การดื่มสุราชั่วชีวิต พันธุกรรม การดื่มเพียวๆ ไม่ร่วมกับอาหาร การดื่มหนัก หากดื่มสุราที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์สูง การดื่มสุราหลากหลายชนิด เป็นต้น

NATURAL HISTORY OF ALCOHOLIC LIVER DISEASE



ธรรมชาติของการเกิดโรคตับจากสุรา แสดงดังแผนภูมิ ด้านข้างนี้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของตับขึ้นกับการดื่ม การหยุดดื่ม และการเปลี่ยนพยาธิสภาพของเซลล์ตับ เป็นการอักเสบ (Hepatitis) หรือมี Fibrosis หรือสุดท้ายเป็นตับแข็ง (Cirrhosis)

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทเรื้อรัง

Alcoholic hepatitis

ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์

ประวัติ ดื่มสุรามานาน

อาการแสดง มีอาการตัวเหลือง ตาเหลืองอย่างรวดเร็ว อ่อนเพลีย เจ็บที่บริเวณตับเล็กน้อย มีไข้ต่ำ ๆ คลื่นไส้ อาเจียน

Rx Symptomatic & supportive treatment improve general condition & nutrition severe case Prednisolone & close monitor

Dosage: Prednisolone 30 mg/d for 28 days

Alcoholic Hepatitis ตับอักเสบจากสุรา

ประวัติ ดื่มสุรามานาน

อาการ มีอาการตัวเหลือง ตาเหลืองอย่างรวดเร็วอ่อนเพลีย เจ็บที่บริเวณตับเล็กน้อย มีไข้ต่ำๆ คลื่นไส้ อาเจียน

Rx รักษาตามอาการและรักษาแบบประคับประคอง ให้สารอาหารเพียงพอในกรณีที่รุนแรง ให้ Prednisolone 30 mg ต่อวันเป็นเวลา 28 วัน และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทเรื้อรัง

Cirrhosis

ภาวะที่ตับถูกทำลายเป็นเวลานานจนเกิดแผลเป็นและไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติได้ เป็นสาเหตุอันดับ 3 ของการตายในกลุ่มอายุ 40-55 ปี

ประวัติ ดื่มมาเป็นเวลานาน ต้มหนัก มีประวัติปัญหาเรื่องตับ

ตัวเหลือง ตาเหลือง ผอม

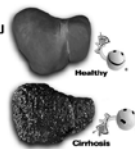
ตรวจพบ น้ำหนักลดลง กล้ามเนื้อฝ่อ ค้นตามตัว

ตัวเหลือง ตาเหลือง ฝ่ามือแดง มี spider naevi

ท้องบวมโต ขาดตามปลายมือปลายเท้า

ในผู้ชายพบเส้นเลือดขอด และอัมพาต

LAB: LFT พบมี Albumin < Globulin (reverse A/G ratio) ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด, เกล็ดเลือดต่ำ ความบกพร่องของการทำงานของเม็ดเลือดขาว โลหิตจาง



Cirrhosis ตับแข็ง

เป็นสาเหตุอันดับ 3 ของการตายในกลุ่มอายุ 40-50 ปี

ประวัติ ดื่มมานาน ต้มหนัก มีประวัติปัญหาเรื่องตับ ตัวเหลือง ตาเหลือง ผอม

ตรวจพบ น้ำหนักลดลง กล้ามเนื้อฝ่อ ค้นตามตัวตัวเหลือง ตาเหลือง ฝ่ามือแดง มี Spider Nervi ตามลำตัว ต่อม้าน้ำลายโต ขาดตามปลายมือปลายเท้า ในผู้ชายพบเส้นเลือดขอด และอัมพาต

Lab: LFT พบ Albumin < Globulin (Reverse A/G Ratio) ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด, เกล็ดเลือดต่ำ, ความบกพร่องของการทำงานของเม็ดเลือดขาว, โลหิตจาง

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทเรื้อรัง

Cirrhosis



ตัวเหลือง ตาเหลือง



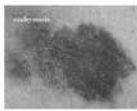
ในผู้ชายพบเส้นเลือดขอด



ต่อมน้ำลายโต



Spider naevi ตามลำตัว



ความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด



ฝ่ามือแดง

ภาพแสดงอาการที่เกิดจากโรคตับจากสุรา เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง ต่อมน้ำลายโต ฝ่ามือแดงมีรอยจ้ำจากการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ Spider Nevi และในผู้ชาย พบเส้นเลือดขอด

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทเรื้อรัง

Management of Alcoholic Liver Disease

GENERAL TREATMENT

- Stop Drinking
- Manage withdrawal
- Manage complications of portal hypertension
- Treat extrahepatic complications: Glucose and electrolyte imbalance
- Nutrition support; enterally Thiamine, folic acid and multivitamins

การรักษาโรคตับจากสุรา General Treatment

- Stop Drinking
- Manage Withdrawal
- Manage Complications of Portal Hypertention
- Treat Extrahepatic Complications: Glucose and Electrolyte Imbalance
- Nutrition Support: Enterally Thiamine, Folic Acid and Multivitamins

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทเรื้อรัง

Gastric ulcers

กระเพาะอาหารอักเสบและเป็นแผลเรื้อรัง จากการที่แอลกอฮอล์ทำลายเยื่อบุกระเพาะและดูดซึมกรดกลับ

ถ้ารุนแรงทำให้กระเพาะทะลุได้

ประวัติ ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ เคยมีอาการมาก่อน

Rx รักษาด้วยยาและแนวทางการปรับพฤติกรรม

Gastric Ulcers

กระเพาะอาหารอักเสบ เป็นแผลเรื้อรัง จากการที่แอลกอฮอล์ทำลายเยื่อบุกระเพาะและดูดซึมกรดกลับ ถ้ารุนแรงทำให้กระเพาะทะลุได้

ประวัติ ปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ เคยมีอาการมาก่อน

Rx รักษาด้วยยาและแนวทางการปรับพฤติกรรม

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา: ประเภทเร่งด่วน

Pneumonia	Cardiomyopathy
ปอดบวมจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแย่ง ทำให้ระบบการกำจัดเชื้อโรคของปอดไม่ทำงาน อาการ ไข้สูง ไอ หอบเหนื่อย ตรวจพบ ฟังปอดมีเสียง Crepitation CXR ผิดปกติ Rx ให้การรักษาภาวะปอดบวม ติดตามการหายใจและขับเสมหะ	ภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจโต สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ขนาดสูง ประวัติ เหนื่อยขณะออกกำลังกาย มีประวัติบวม น้ำคั่งในร่างกาย โดยเฉพาะปอด ขา และท้อง นอนราบไม่ได้ หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ Rx ให้การรักษาตามอาการ ส่งปรึกษาต่อเมื่อจำเป็น

Pneumonia ปอดบวม

จากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแย่ง ทำให้ระบบการกำจัดเชื้อโรคของปอดไม่ทำงาน

อาการ ไข้สูง ไอ หายใจหอบเหนื่อย

ตรวจพบ ฟังปอดมีเสียง Crepitation CXR ผิดปกติ

Rx ให้การรักษาภาวะปอดบวม ติดตามการหายใจและขับเสมหะ

Cardiomyopathy

ภาวะที่เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย ส่งผลให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจโตสัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ขนาดสูง

ประวัติ เหนื่อยขณะออกกำลังกาย มีประวัติบวม น้ำคั่งในร่างกาย โดยเฉพาะปอด ขา และท้อง นอนราบไม่ได้ หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ

Rx ให้การรักษาตามอาการ ส่งปรึกษาต่อเมื่อจำเป็น

โรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

1. ประเภทฉุกเฉิน (Emergency)
2. ประเภทเร่งด่วน (Urgency)
3. ประเภทไม่เร่งด่วน (Non-urgency)
 - 3.1 เบาหวาน
 - 3.2 มะเร็ง
 - 3.3 เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
 - 3.4 ข้ออักเสบ
 - 3.5 ป่วยประสาทอักเสบ

3. ภาวะโรคร่วมทางกายประเภทไม่เร่งด่วน (Non-urgency)

- 3.1 เบาหวาน
- 3.2 มะเร็ง
- 3.3 เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
- 3.4 ข้ออักเสบ
- 3.5 ป่วยประสาทอักเสบ

บทที่ 4

การประเมินภาวะถอนพิษสุรา การรักษาและการส่งต่ออย่างเหมาะสม

สุรา: Ethanol

Ethanol ---> Binding to GABA_A receptor complex --->

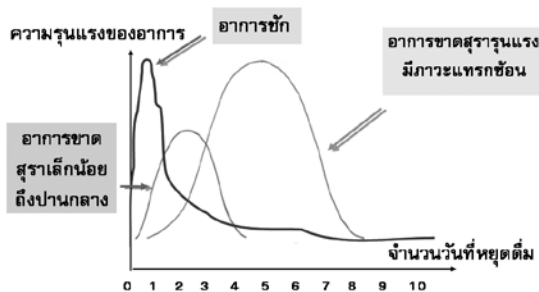
increased Cl⁻ influx ---> ลดความวิตกกังวลได้, อาการของ Alcohol withdrawal คล้ายกับอาการของ Benzodiazepine withdrawal และมี Cross tolerance กับ Benzodiazepine

- ในผู้ติดสุรา อาการถอนสุรามักเริ่มเกิดขึ้นภายใน 3-6 ชั่วโมง รุนแรงที่สุดภายใน 2-3 วัน และหายไปภายใน 5-7 วันหลังการดื่มครั้งสุดท้าย

สุรา มีผลต่อ GABA_A Receptor Complex ทำให้เพิ่มการดูดกลับของ Chloride มีผลช่วยลดความวิตกกังวล อาการของการถอนพิษสุรา มีอาการของ Benzodiazepine Withdrawal และมีผลกับการใช้ Benzodiazepine ในการลดอาการถอนพิษสุรา

ในผู้ติดสุรา อาการถอนสุรามักเริ่มเกิดขึ้นภายใน 3-6 ชั่วโมง รุนแรงที่สุดภายใน 2-3 วัน และหายไปภายใน 5-7 วันหลังการดื่มครั้งสุดท้าย

ระยะเวลาในการเกิดอาการขาดสุรา



ระยะเวลาในการเกิดอาการขาดสุรา

มักเกิดภายใน 6-48 ชั่วโมงหลังหยุดหรือลดการดื่มสุรา ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการติดสุรา

อาการขาดสุราเล็กน้อยถึงปานกลาง

เป็นมากที่สุดภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังดื่มสุราครั้งสุดท้าย อาการมักจะดีขึ้นและหายไปภายใน 5-7 วัน

อาการขาดสุรารุนแรง

เช่น DTs มักเริ่มเกิดขึ้นภายใน 2-3 วัน หลังหยุดดื่มสุรา หรือดื่มน้อยลง อาการมักรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน

ภาวะชักจากการถอนพิษสุรา (Rum Fit)

มักเกิดใน 12-48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม

ควรประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุราใน

- ผู้มีคะแนน AUDIT ≥ 20 หรือ
- ผู้ติดสุรา หรือ
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีภาวะฉุนเฉียวทางกาย หรือผู้ป่วยทั่วไปที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและมีประวัติการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

เพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการขาดสุรา
โดย ประเมินปัจจัยเสี่ยง หรือประเมินภาวะติดสุรารุนแรง

ควรประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุราใน

- ผู้มีคะแนน AUDIT ≥ 20 หรือ
- ผู้ติดสุรา หรือ
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุ มีภาวะฉุนเฉียวทางกาย หรือผู้ป่วยทั่วไปที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในและมีประวัติการดื่มสุราในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

เพื่อเฝ้าระวังติดตามอาการขาดสุรา โดยประเมินปัจจัยเสี่ยง หรือประเมินภาวะติดสุรารุนแรง

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง

มีอายุมากกว่า 30 ปี ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)	มีอาการขาดสุรา ขณะระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
ประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือ ดื่มมากกว่า 10 แก้วดื่มมาตรฐานต่อวัน คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวดต่อวัน	ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย	ดื่มครั้งสุดท้ายภายใน 3 วัน
เคยมีอาการขาดสุราแบบเพ้อคลั่งสับสน (Delirium Tremens; DTs)	มีการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน	ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที

หากผู้ป่วยมีข้อใดข้อหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงให้เฝ้าระวัง

การประเมินปัจจัยเสี่ยงของอาการขาดสุรารุนแรง

หากผู้ป่วยมีข้อใดข้อหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงให้เฝ้าระวัง

- อายุมากกว่า 30 ปี
- มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 แก้ว (ดื่มมาตรฐาน) ต่อวัน คิดเป็นปริมาณเหล้าขาวมากกว่า ½ ขวดต่อวัน
- ดื่มมานานหลายปี (มากกว่า 5 ปี)
- เคยมีอาการขาดสุราแบบเพ้อคลั่งสับสน (Delirium Tremens; DTs)
- เคยมีอาการชักจากการขาดสุรามาก่อน
- มีอาการขาดสุรา ขณะระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง
- ดื่มครั้งสุดท้ายภายใน 3 วัน
- มีปัญหาโรคทางกายหรือได้รับบาดเจ็บร่วมด้วย
- ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง
- มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงยาแก้ปวดประสาท หรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง
- ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที

การประเมินอาการขาดสุรา

- ประเมินระดับความรุนแรงของอาการโดยใช้แบบประเมิน
- ตัวอย่างแบบประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุราที่ใช้บ่อย
 - แบบประเมิน Alcohol Withdrawal Scale (AWS)
 - แบบประเมิน Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA - Ar)
- ควรจะประเมิน baseline และประเมินอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการขาดสุราตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการ และให้การรักษอย่างเหมาะสมทันทีที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้

John Saunders 2003

การประเมินอาการขาดสุรา

1. การประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง จะช่วยให้ผู้บำบัดสามารถประเมิน Setting ในการรักษาที่เหมาะสมได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เร็ว อาจไม่มีอาการขาดสุราที่รุนแรงให้เห็น แต่ประเมินแล้วพบว่ามีโอกาสเกิดอาการขาดสุรา และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ ลักษณะเช่นนี้ก็ควรพิจารณาปรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เป็นต้น
2. ประเมินระดับความรุนแรงของอาการโดยใช้แบบ ประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา เพื่อช่วยในการวางแผน และติดตามการรักษา เครื่องมือที่นิยมใช้ ได้แก่
 - Alcohol Withdrawal Scale (AWS) 7 ข้อ
 - Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol-Revised (CIWA-Ar) 10 ข้อ

แม้ว่าจากผลการทบทวนบทความพบว่ามีการใช้ CIWA-Ar มากกว่า AWS และถือเป็นเครื่องมือมาตรฐาน (Gold Standard) แต่ AWS สามารถใช้ได้สะดวกกว่า จำนวนข้อน้อย มีความเป็นปรนัย และเป็นรูปธรรมมากกว่า อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องมือเหล่านี้มีสิ่งที่จะต้องคำนึงถึงคือ คะแนนจากการประเมิน อาจผิดพลาดได้กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ไม่ควรจะยึดคะแนนจากแบบประเมินเพียงอย่างเดียว ควรอาศัยการตัดสินใจทางคลินิก และการสังเกตอื่นร่วมด้วย ที่สำคัญเครื่องมือเหล่านี้ไม่ใช่เครื่องมือในการวินิจฉัยโรค

3. การประเมิน Baseline และการประเมินต่อเนื่อง เพราะอาการขาดสุราจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาหลังการหยุดดื่มสุราที่สำคัญ คือ “ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของอาการขาดสุราตั้งแต่แรกเริ่มมีอาการ และให้การรักษอย่างเหมาะสมทันทีที่จะสามารถป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้”

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)

- ประกอบด้วย 7 หัวข้อ ได้แก่ เหงื่อ สั่น วิตกกังวล กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ประสาทหลอน และการรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่
- คะแนน 0-4 ในแต่ละข้อ รวม 28 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวม AWS

- 1-4 = Mild withdrawal
- 5-9 = Moderate withdrawal
- 10-14 = Severe withdrawal
- ≥ 15 = Very severe withdrawal

Alcohol Withdrawal Scale (AWS)

ประกอบด้วย 7 หัวข้อ คะแนนข้อละ 0-4 รวม 28 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวม AWS

- 1-4 = Mild Withdrawal
- 5-9 = Moderate Withdrawal
- 10-14 = Severe Withdrawal
- ≥ 15 = Very Severe Withdrawal

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)

ITEM 1: PERSPIRATION (เหงื่อ)

- 0 ไม่มีเหงื่อ
- 1 ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ
- 2 ฝ่ามือขึ้นและมีเม็ดเหงื่อเฉพาะตามใบหน้าตามตัว
- 3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว
- 4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก

ITEM 2: TREMOR (สั่น)

- 0 ไม่มีอาการสั่น
- 1 มีอาการสั่นเฉพาะเวลาขึ้นมือไปจับสิ่งของหรือถือของ
- 2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา
- 3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา

Item 1 : Perspiration (เหงื่อ)

- 0 ไม่มีเหงื่อ
- 1 ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ
- 2 ฝ่ามือขึ้นและมีเม็ดเหงื่อเฉพาะตามใบหน้าตามตัว
- 3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว
- 4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก

Item 2 : Tremor (สั่น)

- 0 ไม่มีอาการสั่น
- 1 มีอาการสั่นเฉพาะเวลาขึ้นมือไปจับสิ่งของหรือถือของ
- 2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา
- 3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)

ITEM 3: ANXIETY (วิตกกังวล)

- 0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล
- 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ
- 2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย
- 3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก
- 4 ไม่สามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้ รวมถึง Panic attacks

ITEM 5: AXILLA TEMPERATURE

- 0 อุณหภูมิ 37.0°C หรือน้อยกว่า
- 1 อุณหภูมิ 37.1°C ถึง 37.5°C
- 2 อุณหภูมิ 37.6°C ถึง 38.0°C
- 3 อุณหภูมิ 38.1°C ถึง 38.5°C
- 4 อุณหภูมิ 38.6°C หรือมากกว่า

ITEM 4: AGITATION (กระสับกระส่าย)

- 0 ปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
- 1 งุนงง อยู่ไม่นิ่ง
- 2 กระวนกระวายไม่สามารถนอนพักนิ่งๆ ได้
- 3 กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าบ่อย เดินไปมาสามารถนั่งพักหรือนอนพักได้ช่วงสั้นๆ
- 4 กระสับกระส่ายอย่างมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เลย เดินไปมาตลอดเวลา

Item 3 : Anxiety (วิตกกังวล)

- 0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล
- 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ
- 2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย
- 3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก
- 4 ไม่สามารถควบคุมอาการวิตกกังวลได้ รวมถึง Panic Attacks

Item 4 : Agitation (กระสับกระส่าย)

- 0 ปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
- 1 งุนงง อยู่ไม่นิ่ง
- 2 กระวนกระวายไม่สามารถนอนพักนิ่งๆ ได้
- 3 กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าบ่อย เดินไปมา สามารถนั่งพักหรือนอนพักได้ช่วงสั้นๆ
- 4 กระสับกระส่ายอย่างมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เลย เดินไปมาตลอดเวลา

Item 5 : Axilla Temperature

- 0 อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส หรือน้อยกว่า
- 1 อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ถึง 37.5 องศาเซลเซียส
- 2 อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ถึง 38.0 องศาเซลเซียส
- 3 อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ถึง 38.5 องศาเซลเซียส
- 4 อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส หรือมากกว่า

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)

ITEM 6: HALLUCINATION

- 0 ไม่มีประสาทหลอนเลย
- 1 มีอาการเห็นสิ่งของรอบข้างบิดเบือนไปเป็นพักๆ ยังรู้ตัวว่าไม่ได้เกิดขึ้นจริง
- 2 มีประสาทหลอนชัดเจนเกิดขึ้นเฉพาะของบางสิ่งหรือบางเหตุการณ์และเกิดขึ้นช่วงสั้นๆ ยังคงรับรู้ความเป็นจริงอยู่
- 3 มีประสาทหลอนชัดเจนเหมือนข้อ 2 แต่ไม่เชื่อว่าไม่ใช่เรื่องจริง ยากที่จะให้ยอมรับได้ว่าเป็นประสาทหลอน รู้สึกทุกข์ทรมานกับการประสาทหลอนนั้น และยังรับรู้ความเป็นจริงเฉพาะบางเรื่อง
- 4 มีประสาทหลอนชัดเจนในหลายเรื่อง ไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ ผู้ป่วยเหมือนอยู่ในโลกของประสาทหลอน

Item 6 : Hallucination

- 0 ไม่มีประสาทหลอนเลย
- 1 มีอาการเห็นสิ่งของรอบข้างบิดเบือนไปเป็นพักๆ ยังรู้ตัวว่าไม่ได้เกิดขึ้นจริง
- 2 มีประสาทหลอนชัดเจนเกิดขึ้นเฉพาะของบางสิ่งหรือบางเหตุการณ์และเกิดขึ้นช่วงสั้นๆ ยังคงรับรู้ความเป็นจริงอยู่
- 3 มีประสาทหลอนชัดเจนเหมือนข้อ 2 แต่ไม่เชื่อว่าไม่ใช่เรื่องจริง ยากที่จะให้ยอมรับได้ว่าเป็นประสาทหลอน รู้สึกทุกข์ทรมานกับการประสาทหลอนนั้น และยังรับรู้ความเป็นจริงเฉพาะบางเรื่อง
- 4 มีประสาทหลอนชัดเจนในหลายเรื่อง ไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ ผู้ป่วยเหมือนอยู่ในโลกของประสาทหลอน

AWS vs CIWA-Ar score

ความรุนแรง	AWS SCORE	CIWA-Ar SCORE	การให้ยา
Mild	1-4	1-7	อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา
Moderate	5-9	8-14	การรักษาด้วยยาช่วยลดโอกาสเกิดอาการถอนพิษที่รุนแรง
Severe	10-14	15-19	ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
Very severe	≥15	≥20	ต้องให้การรักษาด้วยยาขนาดสูงเพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว

การแปลผล

Mild Symptoms : AWS = 1-4, CIWA-Ar = 1-7
อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยา

Moderate Symptoms : AWS = 5-9, CIWA-Ar = 8-14
การรักษาด้วยยา ช่วยลดโอกาสเกิดอาการขาดสุราที่รุนแรง

Severe Symptoms : AWS = 10-14, CIWA-Ar = 15-19
ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

Very Severe : AWS ≥ 15, CIWA-Ar ≥ 20 ต้องให้
การรักษาด้วยยาขนาดสูงเพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว

ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

ระยะที่ 1: เล็กน้อย

เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย: 6-36 ชั่วโมง

อาการ:

- มือสั่น วิตกกังวลเล็กน้อย หงุดหงิด ปวดศีรษะ
- เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย
- เบื่ออาหาร คลื่นไส้
- ผะอืดผะอม อาเจียน
- นอนไม่หลับ
- ตรวจสภาพจิตปกติ

ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

การขาดสุราระยะที่ 1 หรือเล็กน้อย

เกิดได้ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงไปจนถึง 36 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย ระยะนี้อาการไม่รุนแรง ถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือภาวะถอนพิษสุรารุนแรง

อาการ มีอาการทางด้านร่างกายเป็นหลัก ได้แก่ มือสั่น หงุดหงิด วิตกกังวลเล็กน้อย ปวดศีรษะ เหงื่อออก ใจสั่น ความดันโลหิตสูงขึ้นเล็กน้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ ผะอืดผะอม อาเจียน นอนไม่หลับ ตรวจสภาพจิตเป็นปกติ

ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

ระยะที่ 2: ปานกลางถึงรุนแรง

เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย: 24-72 ชั่วโมง

อาการ:

- กระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง
- มือสั่น เหงื่อออกมาก ตัวสั่น
- ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย
- PR >120 ครั้ง/นาที BP สูงมาก
- ตรวจสภาพจิต มีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล

การขาดสุราระยะที่ 2 หรือปานกลางถึงรุนแรง

เกิดในช่วง 24-72 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย อาการจะรุนแรงขึ้น โดยมีอาการคล้ายระยะที่ 1 แต่จะรุนแรงกว่า

อาการ มีอาการของ Autonomic Hyperactivity ชัดเจน ชีพจรเต้นเร็ว >120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง มีอาการกระวนกระวาย กระสับกระส่ายมากขึ้น ผุดลุกผุดนั่ง ตัวสั่น มือสั่นมาก เหงื่อออกมาก ไม่อยากอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ตรวจสภาพจิตมีอาการสับสน หงุดหงิดง่าย และวิตกกังวล

ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

ระยะที่ 3: รุนแรงเพ้อคลั่ง

มีอาการเพ้อคลั่งสับสน (Delirium tremens)

เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย: 48-96 ชั่วโมง

อาการ:

- กระสับกระส่าย เหงื่อออกมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา ไม่มีสมาธิ
- ไข้สูง ชีพจรเร็ว มือสั่น ตัวสั่นมาก
- สับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่
- เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัว

การขาดสุราระยะที่ 3 หรือรุนแรงเพ้อคลั่ง (Delirium)

เกิดในช่วง 48-96 ชั่วโมงหลังดื่มครั้งสุดท้าย ระยะนี้อาการรุนแรงมาก

อาการ ที่สำคัญคือ ภาวะสับสน ไม่รู้วันเวลา สถานที่ เรียกว่ามี Disorientation ร่วมกับอาการขาดสุรารุนแรง กระสับกระส่ายมาก อยู่ไม่นิ่ง เดินไปมา มือสั่น ตัวสั่นมาก ไม่มีสมาธิ เหงื่อออกมาก ไข้สูง ชีพจรเร็ว มักพบอาการทางจิตร่วมด้วย เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด หวาดระแวง กลัว ซึ่งอาการทางจิตนี้ต่างจาก Alcohol-induced Psychotic Disorder ตรงที่ว่า Alcohol-induced Psychotic Disorder มีอาการทางจิตเด่น แต่ไม่มีภาวะสับสน หรือ Disorientation

ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

อาการชักจากการขาดสุรา

เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย: 6-48 ชั่วโมง

อาการ:

- เกร็งกระตุกทั่วร่างกาย หมดสติ มักมีอาการชักครั้งเดียว
- แต่สามารถเกิดเป็นชุดชัก 2-3 ครั้งห่างกัน 5 นาที
- อาการชักแบบต่อเนื่อง พบได้น้อยมาก หากพบควรต้องตรวจหาสาเหตุอื่นด้วย

อาการชักจากการขาดสุรา

ในระหว่างที่มีอาการตามระยะที่ 1-3 ผู้ป่วยอาจเกิดอาการชักได้ ส่วนใหญ่จะเกิดเร็ว คือ ภายใน 6 ชั่วโมง ไม่เกิน 2 วันแรกหลังหยุดดื่ม

อาการ ชักแบบเกร็งกระตุกทั่วร่างกาย พร้อมหมดสติ พบได้ประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา และพบมากขึ้นในผู้ป่วยที่ดื่มมานานหลายปี ส่วนใหญ่ชักครั้งเดียว แต่สามารถเกิดเป็นชุด คือ ชัก 2-3 ครั้งห่างกัน 5 นาทีได้ อาการชักแบบต่อเนื่องพบได้น้อยมาก (น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา) ถ้าพบควรต้องหาสาเหตุอื่น

การรักษาอาการขาดสุรา

อาการชักจากการขาดสุรา

รูปแบบการรักษา	ยาสงบอาการขาดสุรา
• เน้นการประเมินการชักว่ามีสาเหตุจากโรคอื่นหรือไม่ • อาจไม่จำเป็นต้องให้ยากันชัก หากคุมอาการขาดสุราได้ดี • หากพิจารณาให้ยากันชักควรเลือกยาที่สามารถสงบอาการขาดสุราและกันชักได้ • หลังผ่านระยะถอนพิษ ไม่มีอาการจำเป็นต้องให้ยากันชักระยะยาว	• ให้ยากลุ่ม BZD ให้เพียงพอ • Sodium valproate loading 20 mg/kg/d แบ่งเป็น 2 ครั้งห่างกัน 6-8 ชั่วโมง หลังจากนั้น ให้วันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 4 วัน หรือ • Carbamazepine วันแรกให้ 600-800 mg หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 200 mg ในวันที่ 5

การรักษา เน้นการประเมินการชักว่ามีสาเหตุจากโรคอื่นหรือไม่ หลักการรักษาภาวะชักจากการขาดสุราก็ใช้หลักการเดียวกันกับการรักษาอาการขาดสุรา คือ การให้ยากลุ่ม Benzodiazepines เพื่อสงบอาการขาดสุรา โดยทั่วไปหากประเมินได้ว่า ไม่ได้เป็นโรคลมชัก หรือการชักที่เกิดจากสาเหตุอื่น ก็ไม่จำเป็นต้องให้ยากันชักเพื่อป้องกันในระยะยาว แต่ในปัจจุบันมีทางเลือกให้ใช้ยาที่สามารถสงบอาการขาดสุราและกันชักได้ อย่างไรก็ตามหลังจากผ่านพ้นระยะถอนพิษสุรา ก็ไม่มีความจำเป็นต้องให้ยาต่อในระยะยาว

ระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา

เวลาที่เกิดหลังดื่มครั้งสุดท้าย: 12-48 ชั่วโมง

อาการ:

- ผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากสุราและไม่ใช่ว่าจริง

อาการประสาทหลอนจากการขาดสุรา

เกิดในช่วงอาการขาดสุรา 12-48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม อาการ มีประสาทหลอน โดยผู้ป่วยทราบว่าอาการประสาทหลอนนั้นเป็นผลจากสุราและไม่ใช่ว่าจริง

การรักษาอาการขาดสุรา

อาการประสาทรุนแรงจากการขาดสุรา

รูปแบบการรักษา	ยาสงบอาการขาดสุรา
- เน้นการประเมิณภาวะโรคร่วมทางจิตเวช - ให้ยาสงบอาการขาดสุรา - หากจำเป็น ให้ยารักษาโรคจิตเสริม - ให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนัดติดตามผล	- Diazepam - ในกรณีที่มีอาการประสาทรุนแรง อาจให้ Haloperidol 5-10 mg สัปดาห์ ในระยะสั้น

การรักษา เน้นการประเมิณภาวะโรคร่วมทางจิตเวช ใช้หลักการเดียวกันกับการรักษาอาการขาดสุราโดยให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines และอาจพิจารณาให้ยาด้านโรคจิตร่วมหากจำเป็น หลังภาวะถอนพิษแล้วควรให้การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจให้หยุดดื่มสุราเด็ดขาด และนัดติดตามผล

หลักการรักษาภาวะถอนพิษสุรา

ภาวะถอนพิษสุราสามารถป้องกันไม่ให้เกิด หรือ ถ้าเริ่มมีอาการก็สามารถควบคุมอาการให้ดีขึ้นโดยเร็ว

หลักการรักษาภาวะถอนพิษสุราประกอบด้วย 4S' ได้แก่

- 1) Sedation - การให้ยาเบนโซไดอะซีปีน (เช่น Diazepam) เพื่อสงบ อาการขาดสุรา
- 2) Symptomatic Relief - การรักษาตามอาการ
- 3) Supplement - การให้สารน้ำ อาหาร วิตามินเสริม
- 4) Supportive environment - การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

หลักการรักษาภาวะถอนพิษสุราประกอบด้วย 4S' ได้แก่

- 1) Sedation - การให้ยา Benzodiazepines เพื่อสงบ อาการขาดสุรา
- 2) Symptomatic Relief - การรักษาตามอาการ
- 3) Supplement - การให้สารน้ำ อาหาร วิตามินเสริม
- 4) Supportive Environment - การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

การรักษาภาวะถอนพิษสุรา แบบผู้ป่วยใน

แนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน

- การตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต
- ประเมินโรคทางกายแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ อุบัติเหตุ Metabolic disturbances รับประทานยาเกินขนาด Hepatic failure เลือดออกในกระเพาะ
- ประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา
- Further investigation ตามความเหมาะสม

แนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน

- การตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต
- ประเมินโรคทางกายแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การติดเชื้อ อุบัติเหตุ Metabolic Disturbances กินยาเกินขนาด Hepatic Failure เลือดออกในกระเพาะ
- ประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา
- Further Investigation ตามความเหมาะสม เช่น CBC, Serum Electrolyte, Glucose, Liver Function Test, Renal Function Test, Urinalysis, Urine Drug Testing, EKG ในผู้มีอายุมากกว่า 50 ปี CXR ในผู้ป่วย COPD

การวางแผนการรักษาด้วยยา

- ให้ยากลุ่ม Benzodiazepine ตามแนวปฏิบัติ (Protocol) โดยทั่วไป เริ่มให้ยาเมื่อผู้ป่วยมี CIWA-Ar ≥ 8
- กรณีที่ประเมินว่ามีความเสี่ยงเกิดอาการขาดสุราแต่ CIWA-Ar ได้ < 8 อาจเริ่มให้ยา Benzodiazepine ได้เลย ถ้าผู้ป่วยมี
 - ต้มสุรา (เห็บเป็นแอลกอฮอล์) > 80 กรัมต่อวัน (หรือ > 60 กรัมต่อวันในผู้หญิง) และอายุ > 30 ปี และ/หรือ มีประวัติการถอนสุราที่มีนัยสำคัญในอดีต
 - มีประวัติการชักเมื่อหยุดดื่มสุรา (Withdrawal seizures)

การรักษาแบบผู้ป่วยใน

- ให้ยากลุ่ม Benzodiazepines ตามแนวปฏิบัติ (Protocol) ตามความรุนแรงของอาการและตามความเหมาะสมของ Setting
- โดยทั่วไปเริ่มให้ยาเมื่อผู้ป่วยมี CIWA-Ar ≥ 8
- ในกรณีที่ประเมินได้ว่ามีโอกาสเกิดการถอนพิษสุรา แต่ประเมิน CIWA-Ar ได้ < 8 อาจเริ่มให้ยา Benzodiazepines ได้เลย หากผู้ป่วยมีการบริโภคแอลกอฮอล์ > 80 กรัมต่อวัน (> 60 กรัมต่อวันในเพศหญิง) และอายุ > 30 ปี และ/หรือ มีประวัติการถอนสุราที่มีนัยสำคัญในอดีต หรือมีประวัติการชักเมื่อหยุดดื่มสุรา (Withdrawal Seizures)

การวางแผนการรักษาด้วยยา

- ถ้าผู้ป่วยมีประวัติชักมาก่อนหรือมีประวัติ DTs อาจจำเป็นต้องได้ยา แม้การประเมินค่าความรุนแรง AWS หรือ CIWA-Ar ยังอยู่ในช่วง Mild symptom
- ในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายร่วม ควรได้รับการปรับลดขนาดยาตามความเหมาะสม
- Benzodiazepine เป็นยาหลักตัวแรกที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการขาดสุรามากที่สุด ที่นิยมใช้ ได้แก่ ยา Diazepam, Lorazepam, Chlordiazepoxide

หลักการรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยการใช้ยา

(Guideline for Alcohol Withdrawal Management)

การรักษาด้วยยาจะให้ตามความรุนแรงของอาการ ถ้าผู้ป่วยมีประวัติชักมาก่อนหรือมีประวัติ DTs อาจจำเป็นต้องได้ยา แม้การประเมินค่าความรุนแรง AWS หรือ CIWA-Ar ยังอยู่ในช่วง Mild Symptom ในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายร่วม ควรได้รับการปรับลดขนาดยาตามความเหมาะสม Benzodiazepines เป็นยาหลักตัวแรกที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการขาดสุรามากที่สุดที่นิยมใช้ ได้แก่ยา Diazepam, Lorazepam, Chlordiazepoxide และ Oxaxepam แต่มีข้อเสียที่เสพติดง่าย มีฤทธิ์ กดประสาทมากขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับสุรา มีอาการข้างเคียงด้าน Cognitive Function คือความจำไม่ดีและการเคลื่อนไหว ไม่ประสานกันมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับไปดื่ม/ติดสุราซ้ำ ไม่เหมาะกับคนที่มีภาวะโรคร่วม เช่น มีบุคลิกภาพบกพร่อง

วิธีการให้ยารักษาภาวะถอนพิษสุรา

มี 4 รูปแบบ คือ

1. **Fixed schedule regimen (FS)** เป็นการให้ยาตามเวลาที่กำหนดแม้ว่าจะไม่มีอาการขาดสุราก็ตาม และให้ยาเดิมอีกได้เวลาจำเป็น กรณีที่อาการขาดสุรารุนแรงมากขึ้น
2. **Loading dose regimen (LD)** เป็นการให้ขนาดสูงมากพอที่จะลดอาการขาดสุราได้ทันที และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการขาดสุรารุนแรง
3. **Symptom-triggered regimen (ST)** เป็นวิธีการให้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการขาดสุราให้เห็นชัดเจน ใช้เวลาสั้นและขนาดยาค่ากว่า
4. **Intravenous loading regimen** เป็นการให้ยาเพื่อควบคุมภาวะถอนพิษสุราให้เร็วที่สุด

วิธีการให้ยา มี 4 รูปแบบ คือ

1. **Fixed Schedule Regimen (FS)** เป็นการให้ยาตามเวลาที่กำหนดแม้ว่าจะไม่มีอาการขาดสุราก็ตาม และให้ยาเดิมอีกได้เวลาจำเป็นกรณีมีอาการขาดสุรารุนแรงมากขึ้น เป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดและพบว่าได้ผลดีในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากขาดสุรารุนแรง
2. **Loading Dose Regimen (LD)** เป็นการให้ยา Long-acting Benzodiazepines เช่น Diazepam หรือ Chlordiazepoxide ขนาดสูงมากพอที่จะลดอาการขาดสุราได้ทันที และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการขาดสุรารุนแรง โดยไม่ต้องเติมยา ข้อเสียคือเกิดอาการง่วงมากเกินความจำเป็น เคยเป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในอดีต
3. **Symptom-triggered Regimen (ST)** เริ่มมีครั้งแรกเมื่อปี 1990 และเป็นที่นิยมใช้แพร่หลายในปัจจุบันสำหรับการถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน เพราะเป็นวิธีการให้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการขาดสุราให้เห็นชัดเจน ใช้เวลาสั้นและขนาดยาค่ากว่า อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาการให้แบบ ST ในการรักษาอาการขาดสุราแบบผู้ป่วยนอก
4. **Intravenous Loading Regimen** เป็นการให้ยาเพื่อควบคุมภาวะถอนพิษสุราให้เร็วที่สุด

Protocol 1: Fixed (regular) schedule regimen

- เป็นการให้ยาตามเวลาที่กำหนด สามารถให้เพื่อป้องกันการเกิดอาการถอนพิษในผู้ที่มีโอกาสเกิดอาการถอนพิษ หรือควบคุมอาการถอนพิษไม่ให้รุนแรงมากขึ้น
- **กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการถอนพิษสุรา หรือเริ่มมีอาการถอนพิษสุรา เช่น มือสั่น เหงื่อออก หรือ AWS ≥ 5 หรือ CIWA-Ar ≥ 8 คะแนน
- แต่ไม่ควรให้ในรายที่เคยมีประวัติอาการถอนพิษสุรารุนแรง หรือชัก เพราะอาจไม่สามารถควบคุมอาการได้

Protocol 1 : Fixed (Regular) Schedule Regimen

เป็นการให้ยาตามเวลาที่แพทย์กำหนด ควรให้ในรายที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการขาดสุรา หรือเริ่มมีอาการขาดสุรา เช่น มือสั่น เหงื่อออก หรือ AWS ≥ 5 สามารถให้เพื่อป้องกันการเกิดอาการถอนพิษในผู้ที่มีโอกาสเกิดอาการถอนพิษ หรือควบคุมอาการถอนพิษไม่ให้รุนแรงมากขึ้น แต่ไม่ควรให้ในรายที่เคยมีประวัติอาการขาดสุรารุนแรง หรือชัก เพราะอาจไม่สามารถควบคุมอาการได้

Protocol 1: Fixed (regular) schedule regimen

- **ข้อดี** คือง่าย แต่ต้องมีการติดตามเฝ้าระวังว่ายาอาจไม่เพียงพอในการควบคุม ผู้ป่วยจะมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงเพิ่มขึ้นได้ หรือในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการทำงานไม่ดี ผู้ป่วยโรคทางกายที่ยังควบคุมไม่ได้ อาจทำให้วังงวนซึมมากจากยามากเกินไปได้
- **วิธีการให้ยา** จะให้สม่ำเสมอทุก 6 ชั่วโมง ไม่ควรให้ 4 เวลา เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน เพราะไม่สามารถควบคุมอาการช่วงกลางคืนได้ หากในวันแรกสามารถควบคุมอาการได้ สามารถลดขนาดเรื่อยๆ จนหยุดยาได้ใน 5-7 วัน

ข้อดีของวิธีการให้ยาแบบนี้ คือ ง่าย แต่ต้องมีการติดตามอาการ เฝ้าระวังว่ายาไม่เพียงพอในการควบคุม ผู้ป่วยจะมีอาการขาดสุรารุนแรงเพิ่มขึ้นได้ หรือในผู้ป่วยบางราย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการทำงานไม่ดี ผู้ป่วยโรคทางกายที่ยังควบคุมไม่ได้ อาจทำให้วังงวนซึมมากจากยามากเกินไปได้ วิธีการให้ยาจะให้สม่ำเสมอทุก 6 ชั่วโมง ไม่ควรให้ 4 เวลา เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน เพราะไม่สามารถควบคุมอาการช่วงกลางคืนได้ หากในวันแรกสามารถควบคุมอาการได้ สามารถลดขนาดเรื่อยๆ จนหยุดยาได้ใน 5-7 วัน

Protocol 1: Fixed (regular) schedule regimen

Diazepam	6 โมงเช้า	เที่ยงตรง	6 โมงเย็น	เที่ยงคืน
วันที่ 1	10 มก	10 มก	10 มก	10 มก
วันที่ 2	10 มก	5 มก	10 มก	10 มก
วันที่ 3	10 มก	5 มก	5 มก	10 มก
วันที่ 4	5 มก	5 มก	5 มก	5 มก
วันที่ 5	5 มก	-	5 มก	5 มก
วันที่ 6	5 มก	-	-	5 มก
วันที่ 7	-	-	-	5 มก
วันที่ 8	-	-	-	-

Diazepam 5 mg เทียบเท่า Lorazepam 1 mg เทียบเท่า Clonazepam 2.5 mg

Protocol 2: Symptom-triggered regimen

- เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา โดยพิจารณาขนาดยาและความถี่ในการให้ยาตามความรุนแรงของอาการด้วยเครื่องมือประเมินอาการถอนพิษสุรา เช่น CIWA-Ar, AWS โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
- ควรมีการ Monitor อาการถอนพิษอย่างสม่ำเสมอ และพิจารณาให้ Benzodiazepine ในขนาดที่เหมาะสม

Protocol 2 : Symptom-triggered Regimen

เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา โดยพิจารณาขนาดยาและความถี่ในการให้ยาตามความรุนแรงของอาการ ใช้ร่วมกับแบบประเมินในการติดตามอาการถอนพิษสุรา เช่น CIWA-Ar, AWS ควรมีการ Monitor อาการขาดสุราอย่างสม่ำเสมอและพิจารณาให้ Benzodiazepines ในขนาดที่เหมาะสม พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรได้รับการฝึกใช้แบบประเมินเพื่อความสามารถในการประเมินอาการขาดสุราได้

Protocol 2: Symptom-triggered regimen

- **วิธีการให้ยา** ความถี่ในการให้ยาตามความรุนแรง โดยประเมินอาการถอนพิษสุราทุก 4 ชั่วโมง หากอาการรุนแรงขึ้นจะต้องประเมินทุก ½ - 1 ชั่วโมง จนกว่าจะควบคุมอาการได้ โดยทั่วไปใช้เวลา 2-5 วัน หลังจากผู้ป่วยสงบคำนวณขนาด Benzodiazepine ที่ใช้และแบ่งให้เป็น 4 เวลาในวันถัดไป ค่อยๆ ลดขนาดยาลงร้อยละ 25 ทุก 2-3 วัน จนหยุดยาได้นอกจากกรณีที่มีผู้ป่วยยังมีปัญหาอื่นที่จำเป็นต้องใช้ยา เช่น นอนไม่หลับ วิดกกังวล อาจพิจารณาใช้ยาได้ตามความจำเป็น
- **ข้อดี** คือ ใช้ขนาดยาน้อยกว่า ผู้ป่วยฟื้นเร็วไม่่วงเกินไป ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดความเสี่ยงจาก Aspired Pneumonia

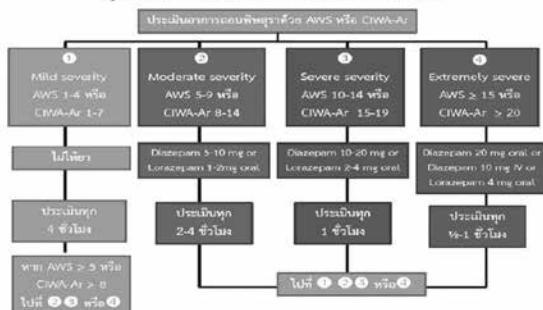
ตัวอย่างการให้ยาแบบ Symptom Triggered Regimen เป็นการให้ขนาดยาตามความรุนแรงของอาการมีการประเมินอาการขาดสุราทุก 4 ชั่วโมง ยกเว้นถ้ามีอาการรุนแรงจะต้องประเมินบ่อยขึ้น เป็นทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าจะควบคุมอาการได้ Michael F Weaver และคณะที่ได้ทดลองเปรียบเทียบ การให้ยาแบบ Symptom Triggered Regimen (ST) กับวิธีให้ยาแบบ Fixed schedule (FS) ในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายอนรรักษาในแผนก อายุรกรรมพบว่า อาการขาดสุราลดลงทั้งสองรูปแบบไม่แตกต่างกันแต่ขนาดยาทั้งหมดของ FS สูงกว่า ST 2 เท่า ข้อดีของรูปแบบ ST ที่ใช้ขนาดยาน้อยกว่า คือ ผู้ป่วยฟื้นเร็ว ไม่่วงเกินไป ไม่พบปัญหาอาการข้างเคียงจากยาทำให้วังเกินไปหรือเกิด Paradoxical Agitations, Delirium จากพิษยา Benzodiazepines หรือการหายใจล้มเหลว ข้อสำคัญขนาดยา Benzodiazepine ที่สูงจะมีผลต่อจำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานเกินไป เพิ่มความเสี่ยงจาก Aspired Pneumonia

Protocol 2: Symptom-triggered regimen

Severity	CIWA-Ar	AWS	ความถี่ในการประเมิน	Lorazepam Dose	Diazepam dose
Mild	1-7	1-4	ทุก 4 ชั่วโมง	ไม่ให้ยา	ไม่ให้ยา
Moderate	8-14	5-9	ทุก 2-4 ชั่วโมง	1-2 มก	5-10 มก
Severe	15-19	10-14	ทุก 1 ชั่วโมง	2-4 มก	10-20 มก
Extremely Severe	≥20	≥15	ทุก ½-1 ชั่วโมง	4 มก	20 มก oral หรือ 10 มก IV

โดยทั่วไปแล้วจะควบคุมอาการได้ด้วยวิธีการนี้ภายใน 2-5 วัน หลังจากผู้ป่วยสงบให้คำนวณขนาด Benzodiazepines ที่จำเป็นต้องใช้และแบ่งให้เป็น 4 เวลาในวันถัดไป ค่อยๆ ลดขนาดยาลงร้อยละ 25 ทุก 2-3 วัน จนหยุดยาได้ นอกจากกรณีที่มีผู้ป่วยยังมีปัญหาอื่นที่จำเป็นต้องใช้ยา เช่น นอนไม่หลับ วิดกกังวล อาจพิจารณาใช้ยาได้ตามความจำเป็น ตัวอย่างการให้ยา Diazepam ด้วยวิธี Symptom Trigger Regimen โดยใช้เครื่องมือ AWS โดยถ้า AWS 1-4 ให้การประเมินทุก 4 ชั่วโมง และเมื่อ AWS > 5 ให้การประเมินทุกชั่วโมง ขนาดยา Diazepam ที่ให้ขึ้นกับความรุนแรงของอาการขาดสุรา

ตัวอย่างแนวเวชปฏิบัติการรักษาด้วยยาในผู้มีอาการถอนพิษสุราแบบ Symptom-triggered regimen



ตัวอย่างการให้ยา Diazepam ด้วยวิธี Symptom Trigger Regimen โดยใช้เครื่องมือ AWS ถ้าคะแนน AWS = 1-4 ให้การประเมินทุก 4 ชั่วโมง เมื่อคะแนน AWS ≥ 5 ให้การประเมินทุก 2 ชั่วโมง และเพิ่มขนาดยา Diazepam และความถี่ในการประเมินตามความรุนแรงของอาการขาดสุรา

Protocol 3: Loading dose regimen

- เป็นการให้ยาในขนาดสูงจนผู้ป่วยสงบ
- กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุราตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรงที่สุดในหอผู้ป่วยทั่วไป หรือหอผู้ป่วยเฉพาะทาง

แต่ต้องมีพยาบาลดูแลตลอด 24 ชั่วโมง
และสามารถรายงานแพทย์ได้เมื่อจำเป็น

Protocol 3 : Loading Dose Regimen

เป็นการให้ยาในขนาดสูงจนผู้ป่วยสงบ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุราตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรงที่สุดในหอผู้ป่วยทั่วไป หรือหอผู้ป่วยเฉพาะทาง แต่ต้องมีพยาบาลดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และสามารถรายงานแพทย์ได้เมื่อจำเป็น

Protocol 3: Loading dose regimen

วิธีการให้ยา

- ให้ Diazepam 20 มก กินทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าจะสงบ (หลับแต่ปลุกตื่นได้) ผู้ป่วยอาจได้รับยาสูงถึง 20-120 มก ใน 12 ชั่วโมงแรกได้
- ประเมินอาการถอนพิษสุราทุก 2 ชั่วโมง
- หลังอาการสงบแล้ว ยังคงให้ Diazepam ต่อเนื่องทุก 6 ชั่วโมง
- คำนวณขนาด Diazepam ที่จำเป็นต้องใช้ และแบ่งให้เป็น 4 เวลาในวันถัดไป
- ลดขนาดยาลงประมาณร้อยละ 25 ใน 3 วัน ควรให้ยาต่อเนื่องไม่เกิน 10 วัน
- ในระหว่าง Loading regimen ควรได้รับการทบทวนอาการโดยแพทย์ภายใน 4 ชั่วโมง

วิธีการให้ยา

1. ให้ Diazepam 20 mg กินทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าจะสงบ (หลับแต่ปลุกตื่นได้) ผู้ป่วยอาจได้รับยาสูงถึง 20-120 มก. ใน 12 ชั่วโมงแรกได้
2. ประเมินอาการถอนพิษสุราทุก 2 ชั่วโมง
3. หลังอาการสงบแล้ว ยังคงให้ Diazepam ต่อเนื่องทุก 6 ชั่วโมง
4. คำนวณขนาด Diazepam ที่จำเป็นต้องใช้ และแบ่งให้เป็น 4 เวลาในวันถัดไป
5. ลดขนาดยาลงประมาณร้อยละ 25 ใน 3 วัน ควรให้ยาต่อเนื่องไม่เกิน 10 วัน
6. ในระหว่าง Loading Regimen ควรได้รับการทบทวนอาการโดยแพทย์ภายใน 4 ชั่วโมง

Protocol 4: Intravenous diazepam

- เป็นการให้ยาเพื่อควบคุมภาวะถอนพิษสุราให้เร็วที่สุด
- กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีอาการ Alcohol withdrawal delirium หรือ Delirium Tremens

วิธีการให้ยา

1. ให้ Diazepam 10 มก IV slowly
2. ให้ Diazepam 10 มก IV ทุก ½-1 ชม. เข้าได้ถึง 3 ครั้ง ภายใน 30 นาที (ถ้าจำเป็น) จนหลับ
3. คำนวณขนาด Diazepam ที่จำเป็นต้องใช้ ปรับเป็นรูปแบบกินและแบ่งให้เป็น 4 เวลาในวันถัดไป

Protocol 4 : Intravenous Diazepam

ใช้ในการรักษาอาการถอนพิษสุราที่รุนแรงที่สุด : Alcohol Withdrawal Delirium (Delirium Tremens) ต้องควบคุมภาวะถอนพิษสุราให้เร็วที่สุด

ตัวอย่างการให้ยา

- Diazepam 10 mg IV Slowly
- ให้ซ้ำได้ถึง 3 ครั้ง ภายใน 30 นาที (ถ้าจำเป็น)
- ให้ Diazepam 10 mg IV ทุก 2 ชม. จนหลับ หรือปรับเป็นรูปแบบกิน

ยาอื่นที่ช่วยในการสงบอาการขาดสุรา

Anticonvulsant drugs

เหมาะสำหรับรักษาอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หรือมีอาการชักร่วมด้วย ลดอาการเหวี่ยงออก ประสาทหลอน นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียนได้ดี

วิธีการให้ยา

1. Sodium valproate Loading dose ในวันแรก 20 mg/kg/d แบ่งเป็น 2 ครั้ง ห่างกัน 6-8 ชั่วโมง ให้ต่อเนื่องเป็นเวลา 4 วัน
2. Carbamazepine วันแรกให้ 600-800 mg หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 200 mg ในวันที่ 5

ยาอื่นที่ช่วยสงบอาการขาดสุรา Anticonvulsant Drugs

เป็นยาที่ออกฤทธิ์เป็น Na Channel Modulators พบว่า สามารถป้องกันชักได้ ลดอาการเหวี่ยงออก ประสาทหลอน นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียนได้ดี เหมาะสำหรับรักษาอาการขาดสุราระดับเล็กน้อยถึงปานกลางหรือมีอาการชักร่วมด้วย

วิธีการให้ยา

1. Sodium Valproate Loading Dose ในวันแรก 20 mg/kg/d แบ่งเป็น 2 ครั้งห่างกัน 6-8 ชั่วโมง เป็นเวลา 4 วัน
2. Carbamazepine วันแรกให้ 600-800 mg หลังจากนั้นลดลงจนเหลือ 200 mg ในวันที่ 5

ยาอื่นที่ช่วยในการสงบอาการขาดสุรา

Antiglutaminergic drugs

สามารถรักษาอาการขาดสุราระดับปานกลางถึงรุนแรงภายใน 3 วันเทียบเท่า DZP 30 mg/วัน

วิธีการให้ยา

1. Topiramate 25 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมง หรือ 100 mg ต่อวันใน 3 วันแรก
2. Lamotrigine 25 mg รับประทานทุก 6 ชั่วโมง หรือ 100 mg ต่อวันใน 3 วันแรก
3. Miltamine รับประทาน 10 mg ในวันแรก เพิ่มเป็น 20 mg ในวันที่ 2 และ 30 mg ในวันที่ 3 แบ่งให้ 3 เวลาหลังอาหาร

Antiglutaminergic Drugs เป็นยาที่ออกฤทธิ์เป็น Ca Channel Modulators สามารถรักษาอาการขาดสุราระดับปานกลางถึงรุนแรงภายใน 3 วันเทียบเท่า Diazepam 30 mg/วัน

วิธีการให้ยา

1. Topiramate 25 mg รับประทานทุก 4 ชั่วโมง หรือ 100 mg /วัน ใน 3 วันแรก
2. Lamotrigine 25 mg รับประทานทุก 4 ชั่วโมง หรือ 100 mg /วัน ใน 3 วันแรก
3. Miltamine รับประทาน 10 mg ในวันแรกเพิ่มเป็น 20 mg ในวันที่ 2 และ 30 mg ในวันที่ 3 แบ่งให้ 3 เวลาหลังอาหาร

ยาอื่นที่ช่วยในการสงบอาการขาดสุรา

มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลไม่มาก มักใช้เป็นยาช่วยเสริมยาหลักไม่เหมาะกับอาการขาดสุราระดับรุนแรง และยังต้องการข้อมูลวิจัยสนับสนุนอีกเป็นจำนวนมาก

1. Beta -Adrenergic receptor antagonists
Propanolol 10 - 40 mg กินทุก 6 ชั่วโมง
Atenolol 50 - 100 mg/day ให้วันละครั้ง
2. Alpha 2- Adrenergic agonists
clonidine 0.1 - 0.2 mg ทุก 8 ชั่วโมง

ยาอื่นๆ มีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลไม่มาก มักใช้เป็นยาช่วยเสริมยาหลัก ไม่เหมาะกับอาการขาดสุราระดับรุนแรง

1. β -Adrenergic Receptor Antagonists : Propanolol 10-40 mg ทุก 6 ชม. หรือ Atenolol 50-100 mg/วัน วันละครั้ง
2. α 2-Adrenergic Agonists : Clonidine 0.1-0.2 mg ทุก 8 ชั่วโมง

ยาอื่นที่ช่วยในการสงบอาการขาดสุรา

Antipsychotic drugs

ใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราและมีอาการโรคจิตรุนแรง เช่น ระแวง ประสาทหลอนอย่างมาก

วิธีการให้ยา

- Haloperidol 2.5-5mg IM
- ให้ซ้ำได้ ทุก 6 ชม. (as required)
- แล้วจึงปรับเป็น 2.5-5mg ทุก 6 ชม.

หลังจากผู้ป่วยดีขึ้น (48 ชม.) ให้ทบทวนความจำเป็นที่ต้องใช้ยารักษาโรคจิต

Antipsychotic Drugs ใช้เฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการขาด

สุราและอาการโรคจิตรุนแรง เช่น Severe Hallucination

วิธีการให้ยา

ให้ยาในขนาดยาลดและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา เช่น Haloperidol 2.5-5 mg IM ให้ซ้ำได้ทุก 6 ชั่วโมงตามความจำเป็น แล้วจึงปรับเป็น 2.5-5 mg ทุก 6 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยดีขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงให้ทบทวนความจำเป็นที่ต้องใช้ยารักษาโรคจิต

REFRACTORY DELIRIUM TREMENS

หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับ BDZs ขนาดสูง แล้วอาการไม่ดีขึ้น เช่น

DZP 50 mg หรือ LZP 10 mg ในชั่วโมงแรก หรือ
DZP 200 mg หรือ LZP 40 mg ใน 3-4 ชั่วโมงแรก

ยาที่เหมาะสมคือ Barbiturates ให้ร่วมกับ BZPs

วิธีให้ Phenobarbital 130-260 mg IV ซ้ำได้ทุก 15-20 นาทีจนกว่า
อาการสงบ

ข้อสำคัญคือผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และต้องรับไว้ใน ICU

Refractory Delirium Tremens หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับ

Benzodiazepines ขนาดสูง เช่น Diazepam 50 mg หรือ Lorazepam 10 mg ในชั่วโมงแรก หรือ Diazepam 200 mg หรือ Lorazepam 40 mg ในช่วง 3-4 ชั่วโมงแรก แล้วอาการไม่ดีขึ้น อาจเป็นเพราะ Endogenous GABA มีน้อยจากการเปลี่ยนแปลงของ GABA-A Receptors ยาที่เหมาะสมคือ Barbiturates โดยเฉพาะ Phenobarbital 130-260 mg IV ซ้ำได้ทุก 15-20 นาที จนกว่าอาการสงบ ให้ร่วมกับ Benzodiazepines ยาอื่นที่มีการใช้ คือ Propofol 1 mg/kg IV ข้อสำคัญคือผู้ป่วยที่ได้ยา Phenobarbital or Propofol ส่วนมากผู้ป่วยต้องใส่ Endotracheal Intubation และต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ รับไว้ใน ICU

การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา

Symptomatic Relief

- การรักษาตามอาการ เพื่อบรรเทาอาการอื่นที่พบร่วม เช่น Metoclopramide, Antacid, Kaolin mixture หรือ Paracetamol

Symptomatic Relief เป็นการให้ยาตามอาการเพื่อ

บรรเทาอาการอื่นที่พบร่วม เช่น Metoclopramide, Antacid, Kaoline mixture หรือ Paracetamol

การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา

Supplements

- **Hydration:** การให้สารน้ำ ชดเชยน้ำตามปริมาณน้ำที่ขาด โดยให้ isotonic IV fluid
- **Nutrition:** วิตามินเสริมเป็นการให้เพื่อทดแทนสารอาหารหรือเกลือแร่ที่บกพร่องไป เช่น Thiamine, Magnesium, Phosphate, Folate, Zinc, Vitamins A, D, E, C และ B
- หากผู้ป่วยทานไม่ได้ ให้ NPO ไว้ก่อน เพื่อป้องกัน Aspiration วันต่อมาค่อยให้อาหารที่ High metabolic needs

Supplement เป็นการให้เพื่อทดแทนสารอาหารหรือเกลือแร่ที่บกพร่องไป เช่น Thiamine, Magnesium, Phosphate, Folate, Zinc, Vitamins A, D, E, C และ B เป็นต้น ในการพิจารณาให้ Thiamine นั้น ควรให้ในขนาดที่เพียงพอในการป้องกันการเกิดภาวะ Wernicke-Kosarkoff Syndrome โดยต้องให้อย่างน้อย 100 mg ต่อวัน ในผู้ติดสุราที่ขาด Thiamine อาจจำเป็นต้องให้ในขนาดที่สูงกว่านี้ การฉีดเข้ากล้ามเนื้อควรให้ในรายที่ขาดอาหารรุนแรงและมีปัญหาในการดูดซึม

การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา

Supplements

- ให้ Vitamin B1 ป้องกันการเกิดภาวะ Wernicke-Kosarkoff Syndrome
- Thiamine ต้องให้อย่างน้อย 100 mg ต่อวัน
- หากมีปัญหาการดูดซึมแนะนำให้ใช้วิธีฉีด
 - B₁ 100 mg IM or IV x 3-5 days หรือ
 - B₁ 100 mg oral 3 times a day

Remark : ให้ Thiamine ก่อนให้ Dextrose หรืออาหาร

วิธีการให้

1. Thiamine: B1 100 mg IM or IV x 3-5 Days B1 100 mg Oral 3 Times a Day หรืออาจพิจารณาให้ในรูป Vitamin B 1-6-12
ข้อควรระวัง: ควรให้ Thiamine ก่อนให้ Glucose หรืออาหาร เนื่องจากในการเผาผลาญอาหารจำเป็นต้องใช้ Thiamine เป็น Coenzyme ถ้าผู้ป่วยขาด Thiamine อยู่แล้วถูกดึงไปใช้เพิ่ม จะทำให้เกิดภาวะ Wernicke Encephalopathy ได้
2. ให้อาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะขาดน้ำ ขาดสารอาหาร และมีความพร่องของสารเกลือแร่ ควรให้การทดแทนอย่างเพียงพอ

การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา

Supportive Environment:

- การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสมในการดูแล ได้แก่ สงบ ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งรบกวนน้อย
- มีอุปกรณ์นุ่มนวลรองรับศีรษะเมื่อจำเป็น เมื่ออาการสงบให้เลิกผูกมัด เพราะการผูกมัดนานเกินไป ผู้ป่วยตื่นมากมีผลให้เกิดไข้สูงและเกิด Rhabdomyolysis ประเมินอาการเป็นระยะๆ
- Supportive counseling and reassurances
- การให้ความรู้เกี่ยวกับการถอนพิษ และสุขอนามัยในการนอนหลับ (Sleep hygiene) ตลอดจนเทคนิคในการควบคุมพฤติกรรมและวิธีผ่อนคลายความเครียด

Supportive Environment:

- การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพให้เหมาะสมในการดูแล ผู้ป่วยได้แก่ สงบ ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งรบกวนน้อย
- Supportive Counseling and Reassurances โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
- มีการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการขาดสุราและสุขอนามัยในการนอนหลับ (Sleep Hygiene) ตลอดจนเทคนิคในการควบคุมพฤติกรรมและวิธีผ่อนคลายความเครียด

การรักษาภาวะถอนพิษสุรา แบบผู้ป่วยนอก

การรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอก

ในการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยนอกนั้น ผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจในอาการและการปฏิบัติตัวในระดับหนึ่งและญาติหรือผู้ดูแลก็ต้องมีความเข้าใจว่าจะดูแลอย่างไร ติดตามอาการอย่างไรด้วย

แนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- ชักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ให้การวินิจฉัยโรค
- ประเมินระดับสุราในเลือดใช้ Breathalyzer (ถ้าเป็นไปได้)
- ประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวช ภาวะแทรกซ้อน
- ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรง
- ประเมินอาการขาดสุราโดยใช้ CIWA หรือ AWS
- Further investigation ตามความเหมาะสม

แนวทางการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอกประกอบด้วย

- ชักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต ให้การวินิจฉัยโรค
- ประเมินระดับสุราในเลือดใช้ Breathalyzer (ถ้าเป็นไปได้)
- ประเมินโรคทางกายและโรคจิตเวช ภาวะแทรกซ้อน
- ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอาการถอนพิษสุรารุนแรง
- ประเมินอาการขาดสุราโดยใช้ CIWA หรือ AWS
- Further Investigation ตามความเหมาะสม (CBC, Serum Electrolyte, Glucose, liver Function Test, Renal Function Test, Urinalysis, Urine Drug Testing, EKG ในผู้มีอายุมากกว่า 50 ปี CXR ในผู้ป่วย COPD)

การให้ข้อมูลการรักษาช่วงถอนพิษสุรา

การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

- ผู้ป่วยที่หยุดดื่มเกิน 5 วันและไม่มีอาการขาดสุรา โอกาสเกิดอาการขาดสุราน้อยมาก สามารถนัดติดตามอาการได้
- ถ้ามีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อย คือ CIWA-Ar ได้ < 8 อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาลดอาการขาดสุรา
- แต่หากผู้ป่วยดื่มภายใน 6-8 ชม. ก่อนมารักษา อาจยังไม่มีอาการได้ ต้องติดตามเฝ้าระวัง

การให้ข้อมูลการรักษาช่วงถอนพิษสุราแก่ผู้ป่วยและญาติ

- ผู้ป่วยที่หยุดดื่มเกิน 5 วันและไม่มีอาการขาดสุรา โอกาสเกิดอาการขาดสุราน้อยมาก สามารถนัดมาติดตามอาการ
- ถ้ามีอาการขาดสุราระดับเล็กน้อย คือ CIWA-Ar ได้ < 8 อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาลดอาการขาดสุรา
- แต่หากผู้ป่วยดื่มภายใน 6-8 ชม. ก่อนมารักษา อาจยังไม่มีอาการได้ ต้องติดตามเฝ้าระวัง

การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

การให้ยาแบบ Symptom-trigger Therapy

ให้ยาเฉพาะเวลามีอาการ หรือ CIWA-Ar ≥ 8 หรือ AWS ≥ 5 คะแนน

วันแรก ให้ Chlordiazepoxide 50 mg หรือ Diazepam 10 mg
ทุก 6-12 ชั่วโมงเมื่อมีอาการ

วันที่ 2 - 5 ให้ Chlordiazepoxide 25 mg หรือ Diazepam 5 mg
ทุก 6 ชั่วโมงเมื่อมีอาการ

วิธีการให้ยาแบบผู้ป่วยนอก

สามารถให้ได้ทั้งแบบ Symptom-trigger Therapy หรือ
Fix schedule

- Symptom Trigger Therapy:** คือให้ยาเฉพาะเวลามีอาการ หรือ CIWA-Ar ≥ 8 คะแนน โดยวันแรกให้ Chlordiazepoxide 50 mg หรือ Diazepam 10 mg ทุก 6-12 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ วันที่ 2-5 ให้ Chlordiazepoxide 25 mg ทุก 6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ วิธีการให้ยาแบบนี้ มีหลักฐานสนับสนุนว่ามีประสิทธิภาพ ข้อดีคืออาการสงบโดยไม่ยุ่งยากเกินไปและไม่บดบังอาการระบบประสาท ใช้ยาปริมาณน้อยกว่า ใช้เวลาควบคุมอาการสั้นกว่า กรณีที่มีปัญหาโรคตับแข็ง ควรใช้ยา Short-acting Benzodiazepines เช่น Lorazepam หรือ Oxazepam เพื่อป้องกันอาการร่วงมากเกินไปจากผลของยา

การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

การให้ยาแบบ Fix schedule

กรณีที่ CIWA-Ar 8-14 หรือ AWS 5-9 คะแนน และมีข้อบ่งชี้รักษาแบบผู้ป่วยนอกได้

วันที่	Chlordiazepoxide	Diazepam	Lorazepam
1	50 มก ทุก 6-12 ชั่วโมง	10 มก ทุก 6-12 ชั่วโมง	2 มก ทุก 8 ชั่วโมง
2	25 มก ทุก 6 ชั่วโมง	5 มก ทุก 6 ชั่วโมง	2 มก เช้า, 1 มก เย็น, 2 มก ก่อนนอน
3	25 มก ทุก 12 ชั่วโมง	5 มก ทุก 12 ชั่วโมง	1 มก ทุก 8 ชั่วโมง
4	25 มก ก่อนนอน	5 มก ก่อนนอน	1 มก ทุก 12 ชั่วโมง
5	10 มก ก่อนนอน	2 มก ก่อนนอน	1 มก ก่อนนอน
6	หยุดยา	หยุดยา	หยุดยา

2. การให้ยาแบบ Fix Schedule

สามารถได้ในกรณีที่ CIWA-Ar 8-15 และมีข้อบ่งชี้รักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ โดยให้ยาในขนาดและเวลาที่แน่นอน ทุก 6-12 ชั่วโมง ในวันที่ 1-3 หลังจากนั้นลดลงเหลือวันละครั้งเดียว ก่อนนอน และหยุดยาในวันที่ 6

การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

SYMPTOMATIC AND SUPPORTIVE CARE

- SYMPTOMATIC CARE รักษาตามอาการ เช่น นอนไม่หลับ วิดกกังวล
- SUPPORTIVE CARE
 - ให้วิตามิน Thiamine 100 mg เป็นเวลา 3 วัน
 - ให้วิตามินรวม (Multivitamin) และ Folate
 - ปรับแก้ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Potassium, Magnesium, Phosphate และ Glucose)

ถ้า CIWA-Ar ≥ 15 หรือ AWS ≥ 10 คะแนน ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน

การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- รักษาตามอาการ เช่น นอนไม่หลับ วิดกกังวล
- Supportive Care ให้วิตามิน Thiamine 100 mg เป็นเวลา 3 วัน ร่วมกับวิตามินรวม (Multivitamin) และ Folate ปรับแก้ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ (Potassium, Magnesium, Phosphate และ Glucose)
- ถ้า CIWA-Ar ≥ 15 คะแนน ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน

การติดตามแบบผู้ป่วยนอก

ใน 1 สัปดาห์ของระยะถอนพิษสุรา

หากเป็นไปได้ นัดให้ผู้ป่วยมาทุกวันเพื่อ

- ตรวจร่างกาย ประเมินอาการขาดสุราและให้ยา (ถ้าจำเป็น)
- ประเมินระบบประสาทและจิตเวช
- เริ่มจิตสังคมบำบัด

วันสุดท้าย ตรวจ Gamma Glutamyl Transferase (GGT) และให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการรักษาต่อไป

หากคะแนน CIWA-Ar เพิ่มขึ้น ≥ 15 หรือ AWS ≥ 10 คะแนน ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นของ DTs

การติดตามอาการ

ใน 1 สัปดาห์ของระยะถอนพิษสุรา หากเป็นไปได้ นัดให้ผู้ป่วยมาทุกวันเพื่อตรวจร่างกาย ประเมินอาการขาดสุราและให้ยา (ถ้าจำเป็น) แต่หากคะแนน CIWA-Ar > 15 คะแนน ควรรักษาแบบผู้ป่วยใน โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นของ DTs ให้เห็น เช่น ไข้สูง Cognitive/Perceptual Changes เริ่มจิตสังคมบำบัด เช่น การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ หรือให้เข้ากลุ่มบำบัดประเมินระบบประสาทและจิตเวช และวันสุดท้ายควรตรวจ Gamma Glutamyl Transferase (GGT) และให้ผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการรักษาต่อไป

สรุป

- การประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุรา ทำให้สามารถป้องกันการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้
- การพิจารณาการบำบัดผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน รวมถึงวิธีการรักษาอาการขาดสุรานั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดอาการขาดสุรา ทั้งนี้ยังต้องพิจารณาถึงปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่ อายุ การทำงานของตับ โรคร่วมทางกายและโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ

สรุป

- การประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการขาดสุรา ทำให้สามารถป้องกันการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ การพิจารณาการบำบัดผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน รวมถึงวิธีการรักษาอาการขาดสุรานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดอาการขาดสุรา ทั้งนี้ยังต้องพิจารณาถึงปัจจัยเฉพาะบุคคล ได้แก่ อายุ การทำงานของตับ โรคร่วมทางกาย และโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ

ກາຕາພາບ



แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้มีปัญหาการใช้สารเสพติด

วันที่.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)		
ข้อบ่งชี้การใช้ 1. ผู้มีปัญหาสารเสพติดทุกราย 2. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์		
คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่	0	1
2. ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	0	1
การแปลผลและการช่วยเหลือ ดังนี้ 1. ถ้าตอบว่า ไม่มี ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า ไม่น่าจะมีภาวะซึมเศร้า 2. ถ้าตอบว่า มี ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้า ต้องคัดกรอง 9Q		

แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)				
ข้อบ่งชี้การใช้ 1. กรณี 2Q=มี 2. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์				
ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้ บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุก วัน
1. เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3. หลับยากหรือหลับตื่นๆหรือหลับมากไป	0	1	2	3
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	0	1	2	3
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวยึดหัว	0	1	2	3
7. สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
หมายเหตุ คะแนน 9Q ≥ 7 ให้ประเมินการฆ่าตัวตาย และส่งพบแพทย์		รวมคะแนน		

- การแปลผลและการช่วยเหลือ บูรณาการตามแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ดังนี้**
1. คะแนน น้อยกว่า 7 ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าน้อยมาก
 ---> ให้การบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด
 2. คะแนน 7-12 มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย
 ---> ให้การปรึกษาแบบสั้นควบคู่กับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด
 3. คะแนน 13-18 มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง
 ---> **ส่งพบแพทย์** ให้ ประเมินวินิจฉัยช่วยเหลือร่วมกับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด
 4. คะแนน ไม่น้อยกว่า 19 มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง
 ---> **ส่งพบแพทย์** ประเมินวินิจฉัยช่วยเหลือทางจิตเวชร่วมกับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด
 5. กรณีคะแนนมากกว่า 7 จะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย---> **ต้องคัดกรอง 8Q ต่อ**

แบบคัดกรองภาวะฆ่าตัวตาย ผู้มีปัญหการใช้สารเสพติด

วันที่.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ..... ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

แบบประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8 คำถาม (8Q)

ข้อบ่งชี้การใช้ 1. ผู้มีปัญหาระบาดสารเสพติดทุกราย

2. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

3. ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1. ในเดือนที่ผ่านมาผมทั้งวันนี้คิดอยากตายหรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	0	1
2. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้อยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
3. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายให้ถามต่อ....)	0	6
- ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตาย..ที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่หรือ	ได้	ไม่ได้
- บอกไม่ได้ว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้น ในขณะนี้	0	8
4. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	0	8
5. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตัวเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	0	9
6. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	0	4
7. ตั้งแต่เดือนก่อนจนถึงวันนี้ ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	0	10
8. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	0	4
รวมคะแนน		

การแปลผลและการช่วยเหลือบูรณาการการดูแลและเฝ้าระวังภาวะฆ่าตัวตายและการใช้สารเสพติด ดังนี้

1. คะแนน 1-8 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ระดับน้อย

----> ให้การปรึกษาแบบสั้นร่วมกับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด

2. คะแนน 9-16 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ระดับปานกลาง

----> ส่งพบแพทย์ให้การ ประเมินวินิจฉัย ช่วยเหลือเฝ้าระวังร่วมการบำบัดตามความรุนแรง ปัญหาสารเสพติด

3. คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 17 มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับ รุนแรง

----> ส่งพบแพทย์ให้การประเมินวินิจฉัย ช่วยเหลือทางจิตเวชฉุกเฉิน ร่วมการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด

แบบคัดกรองภาวะโรคจิต ผู้มีปัญหการใช้สารเสพติด

วันที่.....

ชื่อ-สกุล..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประชาชน.....

- ข้อบ่งชี้การใช้ 1.ผู้มีปัญหาสารเสพติดทุกราย
2.ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

อาการที่พบเห็นและ สัมภาษณ์ญาติ	จากการสัมภาษณ์ญาติ	
	มี= 1 คะแนน	ไม่มี= 0 คะแนน
1.พูดเพ้อเจ้อ		
2. แต่งกายที่มีลักษณะแปลกไม่เหมาะสม		
3. ก้าวร้าว วุ่นวาย ทำร้ายผู้อื่น		
4.แยกตัวเองออกจากสังคม ไม่สนใจกับใคร		
5.หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
6.คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
7.หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
8.มีพฤติกรรมอื่น ๆ ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
รวมคะแนน		
สัมภาษณ์คนใช้	สัมภาษณ์คนใช้	
9.หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
10.คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		
11หูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
คะแนนรวมทั้งหมดข้อ 1-11		

การแปลผลและการช่วยเหลือบูรณาการการดูแลและเฝ้าระวังภาวะโรคจิตและและการใช้สารเสพติด

1. การให้คะแนนแบบคัดกรองโรคจิตทั้งหมด 11 ข้อ โดย

- สัมภาษณ์ ญาติผู้ป่วย 8 ข้อ และ
- สัมภาษณ์ ผู้ป่วย 3 ข้อ

ให้คะแนน ดังนี้ ตอบ ไม่มี ให้ 0 คะแนน
ตอบ มี ให้ 1 คะแนน

2. คะแนน 1 ขึ้นไป ให้สงสัยว่าเป็น โรคจิต

----> ส่งพบแพทย์ให้การประเมินวินิจฉัย ดูแลช่วยเหลือเฝ้าระวัง
ร่วมกับการบำบัดตามความรุนแรงปัญหาสารเสพติด

แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

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

วันที่ประเมิน...../...../..... เลขที่(HN).....

หมายเลขประจำตัวประชาชน - - -

คำชี้แจง : คำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ถามถึงประสบการณ์การดื่มสุราในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยสุรา หมายถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น ขอให้ตอบตามความเป็นจริง

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	คะแนน
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์	
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่ดื่มสุร่า โดยทั่วไปแล้วคุณดื่มประมาณ เท่าไรต่อวัน หรือ	1-2 ดื่มมาตรฐาน	3-4 ดื่มมาตรฐาน	5-6 ดื่มมาตรฐาน	7-9 ดื่มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดื่ม มาตรฐานขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เบียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไร ต่อวัน หรือ	1-1.5 กระป๋อง/ 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง/ 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง/ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง/ 3-4 ขวด	7 กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป	
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้าเช่น แมงโขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณ เท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มตั้งแต่ 6 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป หรือเบียร์ 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณพบว่า คุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้เริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณไม่ได้ทำ สิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมึนเมาไป ดื่มสุร่าเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณต้องรีบดื่ม สุร่าทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณรู้สึกไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่าง ลงไปขณะที่คุณดื่มสุร่าเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณไม่สามารถ จำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่ม สุร่าเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่งเป็นผล จากการดื่มสุร่าของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้ เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นใน ช่วงหนึ่งปีที่แล้ว	
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์หรือเพื่อน ฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยต่อการดื่ม สุร่าของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้ เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นใน ช่วงหนึ่งปีที่แล้ว	
คะแนนรวม						

ปรับปรุงจาก ลาวิตี อัญนางคำกรชัยและคณะ, 2546

การเทียบปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มเป็นดื่มมาตรฐาน (Standard Drink) ในคำตอบข้อ 2 และ 3 ของ AUDIT
หนึ่งดื่มมาตรฐานเท่ากับแอลกอฮอล์ 10 กรัม

- เหล้าแดง 35 ดีกรี : 2 ฝ่าใหญ่ หรือ 30 cc = 1 ดื่มมาตรฐาน,
 หาก 1 แบนมี 350 cc : ¼ แบน = 3 ดื่มมาตรฐาน, ½ แบน = 6 ดื่มมาตรฐาน, 1 แบน = 12 ดื่มมาตรฐาน
 หาก 1 ขวดมี 700 cc : ¼ ขวด = 6 ดื่มมาตรฐาน, ½ ขวด = 12 ดื่มมาตรฐาน, 1 ขวด = 24 ดื่มมาตรฐาน
- เหล้าขาว 40 ดีกรี : 1 เป็ก หรือ 50 cc = 1.5 ดื่มมาตรฐาน
- เบียร์ 5 % เช่น สิงห์ ไสเนเกน ลิโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้างตราฟ : ¼ กระป๋อง/ขวดเล็ก = 1 ดื่มมาตรฐาน, 1 ขวดใหญ่ 660 cc = 2.5 ดื่มมาตรฐาน
- เบียร์ 6.4 % เช่น ช้าง : ½ กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่ = 1 ดื่มมาตรฐาน
- ไวน์ 12 % : 1 แก้ว 100 cc = 1 ดื่มมาตรฐาน, ไวน์คูลเลอร์ 1 ขวด = 1 ดื่มมาตรฐาน
- น้ำขาว อุ กระแช่ 10% : 3 เป็ก/ตอง/กิง หรือ 150 cc = 1 ดื่มมาตรฐาน
- สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 6% : 4 เป็ก/ตอง/กิง หรือ 200 cc = 1 ดื่มมาตรฐาน

ที่สำคัญ อย่าลืมว่าผู้ดื่มส่วนใหญ่ไม่ทราบปริมาณการดื่มของตนที่ชัดเจน และมักประมาณการดื่มต่ำกว่าความเป็นจริง และเครื่องดื่มแต่ละชนิด แต่ละยี่ห้อ มีขนาดบรรจุที่แตกต่างกัน ข้อมูลที่ได้เป็นเพียงการประมาณการดื่มเท่านั้น

การแปลผลคะแนน AUDIT

ระดับความเสี่ยง		แนวทางการรักษา
0-7	ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ Low risk drinker	Alcohol Education: ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากดื่มมากกว่านี้ และชื่นชมพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ำ ใช้เวลาไม่มากกว่าหนึ่งนาที ตัวอย่างการให้ความรู้: “ถ้าจะดื่มก็ไม่ควรดื่มเกินวันละสองดื่มมาตรฐาน (เหล้า 4 ฝ่า หรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือ ไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน แม้ว่าจะดื่มในปริมาณที่น้อยแค่ไหนก็ตาม คุณควรใส่ใจปริมาณการดื่ม โปรดจำไว้ว่า เบียร์หนึ่งขวด ไวน์หนึ่งแก้ว และเหล้าหนึ่งกึ่งมีปริมาณแอลกอฮอล์เท่ากันคือหนึ่งดื่มมาตรฐาน การดื่มสุราแม้จะเพียงน้อยนิดก็มีความเสี่ยงต่อสุขภาพและเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และไม่ควรดื่มหรือดื่มบ่อยกว่านี้ หากต้องขับขี้นยานพาหนะ หรือทำงานกับเครื่องจักร (ผู้หญิง: ตั้งครรภ์ วางแผนตั้งครภ์ หรือให้นมบุตร) กำลังรับประทานยาบางชนิดที่อาจมีปฏิกิริยากับแอลกอฮอล์ อายุมากกว่า 65 ปี หรือผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เช่น เบาหวาน ความดัน โรคตับ โรคทางจิตเวช หรือโรคอื่นๆ ควรปรึกษาแพทย์” ตัวอย่างการชื่นชม: “คุณทำได้ดีแล้วและพยายามรักษาระดับการดื่มของคุณให้ต่ำกว่าหรือไม่เกินระดับที่เสี่ยงต่ำ”
8-15	ผู้ดื่มแบบเสี่ยง Hazardous drinker	Brief Advice or Simple Advice: มรให้คำแนะนำแบบสั้น สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ทุกระดับ 1.การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ตัวอย่าง “ผลการประเมินปัญหาการดื่มสุราพบว่าคุณดื่มแบบเสี่ยง เนื่องจากคุณดื่ม...(ปริมาณ/ความถี่/รูปแบบ)....” 2.การให้ข้อมูลผลกระทบจากความเสี่ยงสูง ตัวอย่าง “แม้ว่าขณะนี้คุณยังไม่พบปัญหาอะไรชัดเจน แต่ลักษณะการดื่มแบบนี้เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น โรคกระเพาะ โรคตับ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนขณะเมาสุราหรือเสี่ยงต่อปัญหาครอบครัว ปัญหาอาชีพ หรือปัญหาการเงินได้” 3.การกำหนดเป้าหมายและให้คำแนะนำการดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ ตัวอย่าง “หากเป็นไปได้ คุณควรเลือกที่จะหยุดดื่ม หรือถ้ายังจะดื่มอยู่ควรดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ โดยดื่มไม่เกินวันละสองดื่มมาตรฐาน (เหล้า 4 ฝ่า หรือเบียร์ 1.5 กระป๋อง หรือ ไวน์ 2 แก้ว) และต้องหยุดดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละสองวัน คุณคิดว่า คุณจะเลือกวิธีไหนดีคะ/ครับ” 4.เสริมแรงกระตุ้น ตัวอย่าง “จริง ๆ แล้ว มันอาจไม่ยากหรอกที่คุณจะลดการดื่มลงให้อยู่ภายในขีดจำกัด แต่หากคุณเผลอดื่มเกินขีดจำกัดให้พยายามเรียนรู้ว่าเพราะอะไรจึงเป็นเช่นนั้นและวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก หากคุณระลึกเสมอถึงความสำคัญของการลดความเสี่ยงจากการดื่มลงคุณก็จะสามารถทำได้”
16-19	ผู้ดื่มแบบอันตราย Harmful use	Brief Intervention/Brief Counseling: มรให้การบำบัดแบบสั้น สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษา การรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจและการเสริมสร้างแรงจูงใจ 1.การให้คำแนะนำแบบสั้น โดยการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ประเมินปัญหาการดื่มและปัญหาที่เกี่ยวข้องสะท้อนปัญหาและให้คำแนะนำว่าอยู่ในกลุ่มดื่มแบบเสี่ยงสูง ควรบันทึกผลหรือสถานการณ์ที่เป็นผลจากการดื่ม 2.ประเมินแรงจูงใจ ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้คำแนะนำที่เหมาะสมตามระดับ 3.ตั้งเป้าหมาย ในการลด/ละ/เลิก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4.ติดตามดูแล เพื่อติดตามพฤติกรรมดื่ม แก้ไขปัญหาอุปสรรค กำหนดวิธีการแก้ไขอย่างชัดเจน
> 20	ผู้ดื่มแบบติด Alcohol dependence	ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อการตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2552 ผิดและเผยแพร่โดย แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



คำตอบของข้อที่ 1

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์

คำตอบของข้อที่ 2 : โดยทั่วไปดื่มเบียร์

0	1	2	3	4
1-1.5 กระป๋อง หรือ 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง หรือ 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง หรือ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง หรือ 3-4 ขวด	7 กระป๋องหรือ 4 ขวดขึ้นไป

ตัวอย่างเบียร์ขนาดต่างๆ



ขอขอบคุณภาพประกอบจาก Thai Drinking Survey Guide โดยสถานีวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คำตอบของข้อที่ 2 : โดยทั่วไปดื่มเหล้า

0	1	2	3	4
2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป

คำตอบของข้อที่ 3-8

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน

คำตอบของข้อที่ 9-10

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้ เกิดขึ้นใน ปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้น ช่วงหนึ่ง ปีที่แล้ว

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2552 ผิดและเผยแพร่โดย แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.) สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



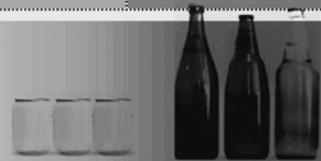
คำตอบของข้อที่ 1

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์

คำตอบของข้อที่ 2 : โดยทั่วไปดื่มเบียร์

0	1	2	3	4
1-1.5 กระป๋อง หรือ 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง หรือ 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง หรือ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง หรือ 3-4 ขวด	7 กระป๋องหรือ 4 ขวดขึ้นไป

ตัวอย่างเบียร์ขนาดต่างๆ



ขอขอบคุณภาพประกอบจาก Thai Drinking Survey Guide โดยสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คำตอบของข้อที่ 2 : โดยทั่วไปดื่มเหล้า

0	1	2	3	4
2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป

คำตอบของข้อที่ 3-8

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวันหรือ เกือบทุกวัน

คำตอบของข้อที่ 9-10

0	1	2	3	4
ไม่เคยเลย		เคยแต่ไม่ได้ เกิดขึ้นใน ปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้น ช่วงหนึ่ง ปีที่แล้ว

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2552 ผิดและเผยแพร่โดย แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (มรส.) สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



แบบประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE		ชื่อ: อายุ:ปี HN: ตั๊ก: เพศ: ชาย หญิง									
วันที่ดื่มครั้งสุดท้าย:/...../.....		วันที่									
เวลาAM/PM		เวลา									
เหวี่ยง	0 ไม่มีเหวี่ยง 1 ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ 2 ฝ่ามือขึ้น มีเม็ดเหวี่ยงตามใบหน้าตามตัว 3 เหวี่ยงเปียกขึ้นไปทั้งตัว 4 เหวี่ยงออกอย่างมากจนเสียด้าเปียก										
สั่น	0 ไม่มีอาการสั่น 1 สั่นเฉพาะเวลาอื่นมือไปจับสิ่งของ 2 มีมือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 มีมือสั่นอย่างมากตลอดเวลา										
วิตกกังวล	0 สงบ ไม่มีอาการวิตกกังวล 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ 2 รู้สึกหวาดหวั่น ตกใจง่าย 3 วิตกกังวล กลัว สงบได้ยาก 4 ควบคุมอาการวิตกกังวลไม่ได้ panic										
กระสับกระส่าย	0 ปกติ 1 งุ่มง่าม อยู่ไม่นิ่ง 2 พลิกตัวไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆ ได้ 3 กระสับกระส่าย พักได้ช่วงสั้นๆ 4 กระสับกระส่ายมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้										
อุณหภูมิ	0 อุณหภูมิ 37.0 °C หรือน้อยกว่า 1 อุณหภูมิ 37.1 °C ถึง 37.5 °C 2 อุณหภูมิ 37.6 °C ถึง 38.0 °C 3 อุณหภูมิ 38.1 °C ถึง 38.5 °C 4 อุณหภูมิ 38.6 °C หรือมากกว่า										
ประสาทหลอน V= ภาพหลอน T= มีอะไรได้ ตามตัว A= หูแว่ว	0 ไม่มี 1 มีบ้าง แต่รู้ตัว 2 มีเป็นช่วงสั้นๆ เชื่อบ้าง 3 มีบ่อยๆ รู้สึกทุกซทรมาน 4 ไม่รับรู้ความเป็นจริง										
การรับรู้ บุคคล วันเวลา สถานที่	0 รับรู้ได้ดี 1 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา 2 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา และสถานที่ 3 ไม่แน่ใจเรื่องวันเวลา สถานที่ และบุคคล 4 เลือการรับรู้										
คะแนนรวม AWS											
ความดันโลหิต											
ชีพจร											
อัตราการหายใจ											
ระดับ ความ รู้สึกตัว	1 ตื่น รู้ตัวดี ฟังคำสั่งได้ 2 สับสนตอบสนองต่อเสียง 3 ซึม ตอบสนองต่อความเจ็บปวด 4 Semi-comatose 5 Comatose										
Pupils + reacts - no reaction	Size in mm										
B brisk S Sluggish	Reaction										
ยาที่ให้เพิ่ม											
Nurse Initials											

1 •

2 ●

3 ●●

4 ●●●

5 ●●●●

Scale (mm)

พิมพ์ครั้งที่ 1: ตุลาคม 2554 ผลิตและเผยแพร่โดย แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (นรล.) สนับสนุนโดย สำนักงานของทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2

ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด) อาชีพ.....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่คัดกรอง..... สถานที่คัดกรอง.....

☐ ยาบ้า ☐ ไอซ์ ☐ ยาอี ☐ กัญชา ☐ กระต้อม ☐ สารระเหย ☐ เฮโรอีน ☐ ผิ่น ☐ อื่นๆ (ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ.....	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา					
1. คุณใช้.....บ้อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้.....จนทน ไม่ได้บ้อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัว สังคมกฎหมาย หรือการเงินบ้อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้..... ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือ ทำ กิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ้อยเพียงใด	0	5	6	7	8
ในช่วงเวลาที่ผ่านมา	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือน ที่ผ่านมา		เคยในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา	
5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยว่ากล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับ การใช้.....หรือไม่	0	3		6	
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือ ไม่	0	3		6	
รวมคะแนน					

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรคร่วมหรือโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ
2-3	ต่ำ*	- การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน - การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส ภูมิคุ้มกันบกพร่อง - การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ -โรควิตกกังวล (2Q, 9Q) -ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) -โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต) - การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง -ใช้ยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา -ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา -ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
4-26	ปานกลาง**	
27+	สูง***	
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดใดหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย		ข้อแนะนำ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ้อยเพียงใด ☐ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน ☐ มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		- ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) - ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ - ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

หมายเหตุ *อนุমানว่าเป็นผู้ใช้ **อนุমানว่าเป็นผู้เสพยา ***อนุমানว่าเป็นผู้ติด
 ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง

เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงใจ เป็นมิตร
- มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ใช้ยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ
- แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่าง ๆ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	• การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) • การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ • การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน • การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.
ผู้เสพ	• ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์สังเคราะห์/มัสยิดเป็นศูนย์สังเคราะห์ (1 เดือน) • การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing :MI) (Motivational Enchantment Therapy :MET) 1 - 2 เดือน • การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 1-2 เดือน • จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจในชุมชน (1-2 เดือน) • ± การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	• การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด (2-4 เดือน) เช่น MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) 2-4 เดือน • การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน -1 ปี • ± การรักษาด้วยยา (Medication) • การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้น้ำยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้น้ำยาเสพติดชนิดฉีด (10 ชุดบริการ)

- | | |
|---|---|
| -การให้ความรู้และการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด | -การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| -การบำบัดรักษาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT) | -การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาร่วมโรค |
| -การให้บริการรักษาด้านจิตเวชและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด | -การแจกถุงยางอนามัย |
| -การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ | -การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด |
| -การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเสพติดซ้ำ | -กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน |

ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ

ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗

เรื่อง การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด
เพื่อเข้าสู่อำนาจบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

เพื่อให้การดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดเป็นไปโดยเหมาะสม สมควรกำหนดให้ผู้ต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติดหรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครอง ตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศนี้ ซึ่งไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม ได้รับการบำบัดฟื้นฟูโดยการยินยอม และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังผ่านการบำบัดฟื้นฟู รวมทั้งกำหนดอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการดังกล่าว เพื่อให้การบำบัดฟื้นฟูเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลสูงสุด คณะรักษาความสงบแห่งชาติจึงมีประกาศ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในกรณีที่ผู้ใดต้องสงสัยว่ากระทำความผิดฐานเสพยาเสพติด หรือเสพและมียาเสพติดไว้ในครอบครองตามลักษณะ ชนิด ประเภท และปริมาณที่กำหนดตามบัญชีท้ายประกาศนี้ ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้นั้นเป็นผู้ต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรืออยู่ในระหว่างรับโทษจำคุกตามคำพิพากษาของศาล และไม่มีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นหรือสังคม หากผู้นั้นยินยอมเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู ให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดดำเนินการให้ผู้นั้นเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู

ในกรณีที่ผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดกำหนดเกี่ยวกับการบำบัดฟื้นฟู และได้รับการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบออกหนังสือรับรองเพื่อเป็นหลักฐาน

การนำตัวผู้ต้องสงสัยเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู การบำบัดฟื้นฟู และการประเมินเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่เลขาธิการคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดประกาศกำหนด

ข้อ ๒ ในกรณีที่ข้อเท็จจริงปรากฏภายหลังว่าผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูนั้นต้องหาหรืออยู่ในระหว่างถูกดำเนินคดีในความผิดฐานอื่นซึ่งเป็นความผิดที่มีโทษจำคุกหรือต้องคำพิพากษาให้จำคุก ให้ส่งตัวผู้นั้นดำเนินคดีตามกฎหมายต่อไป

ข้อ ๓ ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูในทุกอำเภอและทุกเขต และจัดตั้งศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูในระดับอำเภอหรือเขต และระดับจังหวัดหรือกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๔ ให้ศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการคัดกรองและจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองเพื่อจำแนกผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู และการส่งต่อผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูไปยังสถานบำบัดฟื้นฟูหรือสถานที่อื่นตามที่หัวหน้าศูนย์กำหนด ทั้งนี้ ให้กระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานครประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๕ ให้ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูมีอำนาจหน้าที่จัดระบบดูแลช่วยเหลือ และสนับสนุนผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู

ในจังหวัดให้มอบหมายกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ติดตามดูแลและช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู สำหรับกรุงเทพมหานครให้มอบหมายผู้อำนวยการเขต ผู้นำองค์กรชุมชน อาสาสมัครคุมประพฤติ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ดำเนินการดังกล่าว

ข้อ ๖ เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการบำบัดฟื้นฟู ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องแจ้งชื่อตัว ชื่อสกุล เลขประจำตัวประชาชน และที่อยู่ของผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู ต่อสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เพื่อใช้ในการดำเนินการจัดส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานที่มีหน้าที่ดำเนินการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๗

พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา

หัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ

บัญชียาเสพติดท้ายประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ

ฉบับที่ ๑๐๘/๒๕๕๗

๑. ลักษณะ ชนิด และประเภทของยาเสพติด สำหรับความผิดฐานเสพ มีดังต่อไปนี้

(๑) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๑ มี ๖ ชนิด ได้แก่

- (ก) เฮโรอีน
- (ข) เมทแอมเฟตามีน
- (ค) แอมเฟตามีน
- (ง) ๓,๔-เมทิลลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีน
- (จ) เมทิลลีนไดออกซีแอมเฟตามีน
- (ฉ) เอ็น เอทิล เอ็มดีเอ หรือเอ็มดีอี

(๒) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒ มี ๒ ชนิด ได้แก่

- (ก) โคคาอีน
- (ข) ผิ่น

(๓) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ มี ๑ ชนิด ได้แก่ กัญชา

(๔) สารระเหยตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันการใช้สารระเหย

ยาเสพติดให้โทษตาม (๑) และ (๒) ให้รวมถึงวัตถุที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น แต่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีอย่างเดียวกันกับยาเสพติดให้โทษดังกล่าว และเกลือใด ๆ ของยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย

๒. ปริมาณของยาเสพติดตาม ๑. สำหรับความผิดฐานเสพและมีไว้ในครอบครอง มีดังต่อไปนี้

(๑) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๑

- (ก) เฮโรอีนมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งร้อยมิลลิกรัม
- (ข) เมทแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าร้อยมิลลิกรัม
- (ค) แอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าร้อยมิลลิกรัม

(ง) ๓,๔-เมทิลลีนไดออกซีเมทแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(จ) เมทิลลีนไดออกซีแอมเฟตามีนมีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

(ฉ) เอ็น เอทิล เอ็มดีเอ หรือเอ็มดีอี มีปริมาณไม่เกินห้าหน่วยการใช้ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ หรือมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินหนึ่งพันสองร้อยห้าสิบมิลลิกรัม

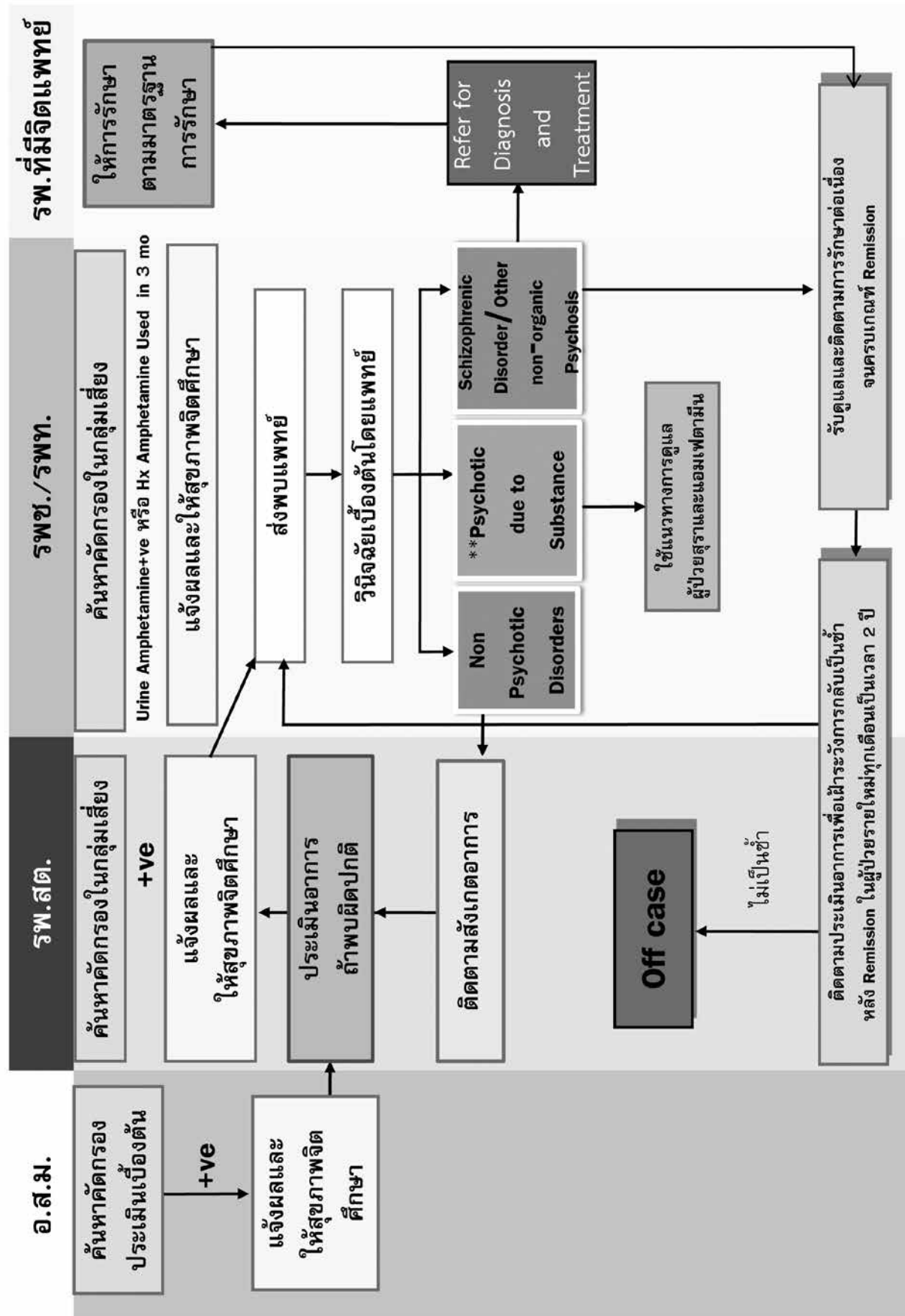
(๒) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๒

- (ก) โคคาอีนมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินสองร้อยมิลลิกรัม
- (ข) ผิ่นมีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าพันมิลลิกรัม

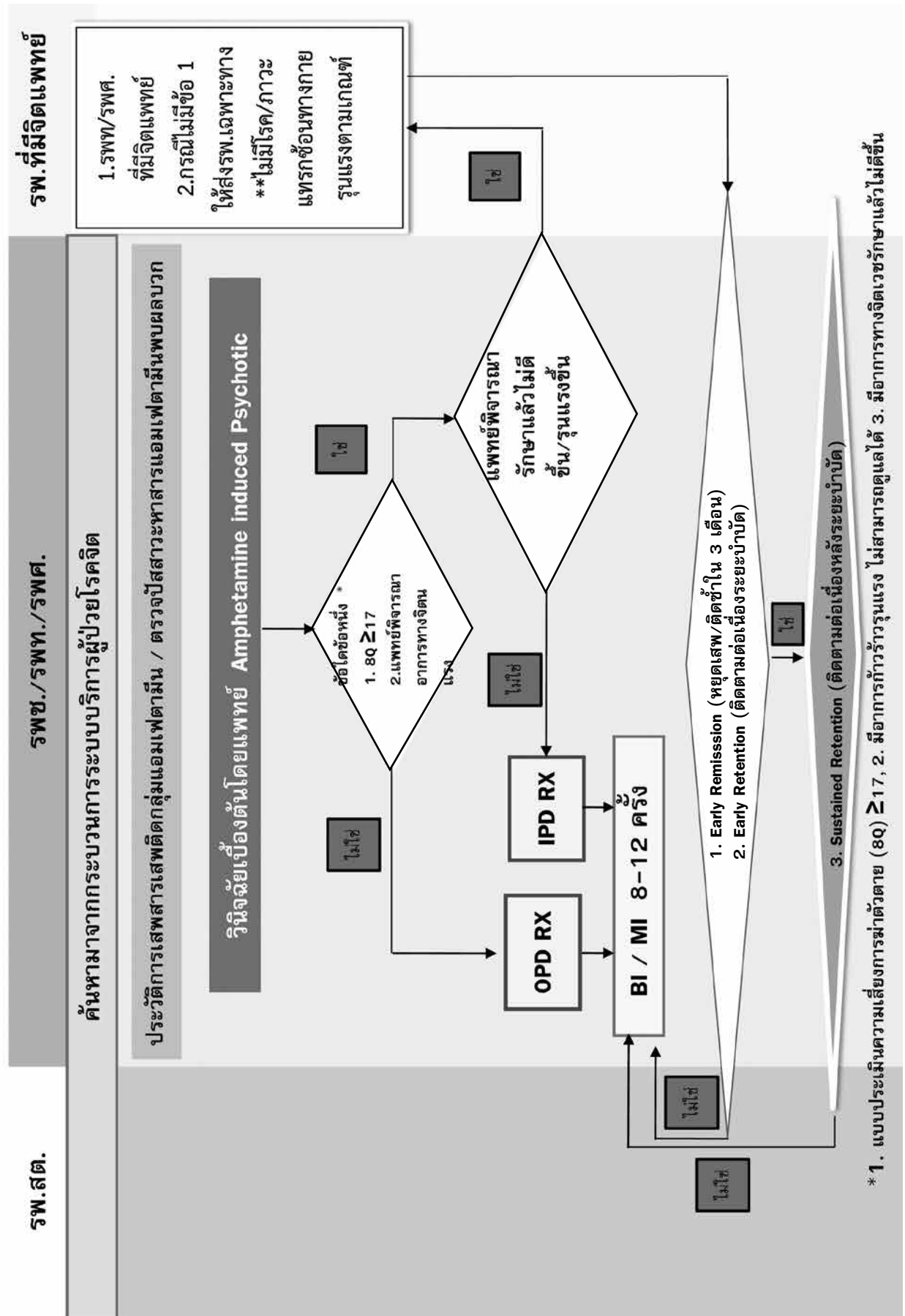
(๓) ยาเสพติดให้โทษในประเภท ๕ ได้แก่ กัญชามีน้ำหนักสุทธิไม่เกินห้าพันมิลลิกรัม

ยาเสพติดให้โทษตาม (๑) และ (๒) ให้รวมถึงวัตถุที่เรียกชื่อเป็นอย่างอื่น แต่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีอย่างเดียวกันกับยาเสพติดให้โทษดังกล่าว และเกลือใด ๆ ของยาเสพติดให้โทษดังกล่าวด้วย

Flow กระบวนการระบบบริการผู้ป่วยโรคจิต

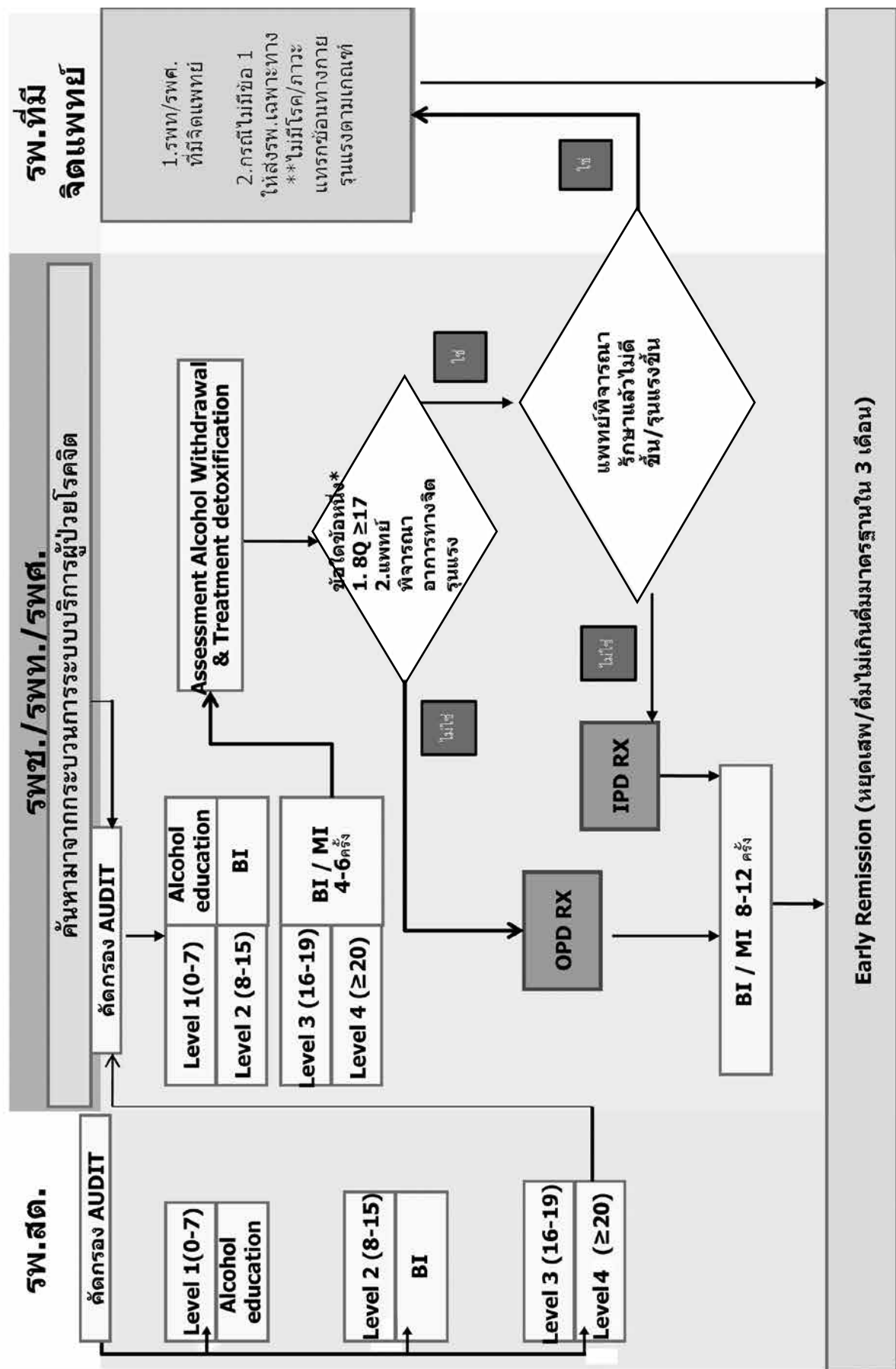


** Flow Psychotic due to substance; Amphetamine Psychosis



* 1. แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) ≥ 17 , 2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถดูแลได้ 3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น

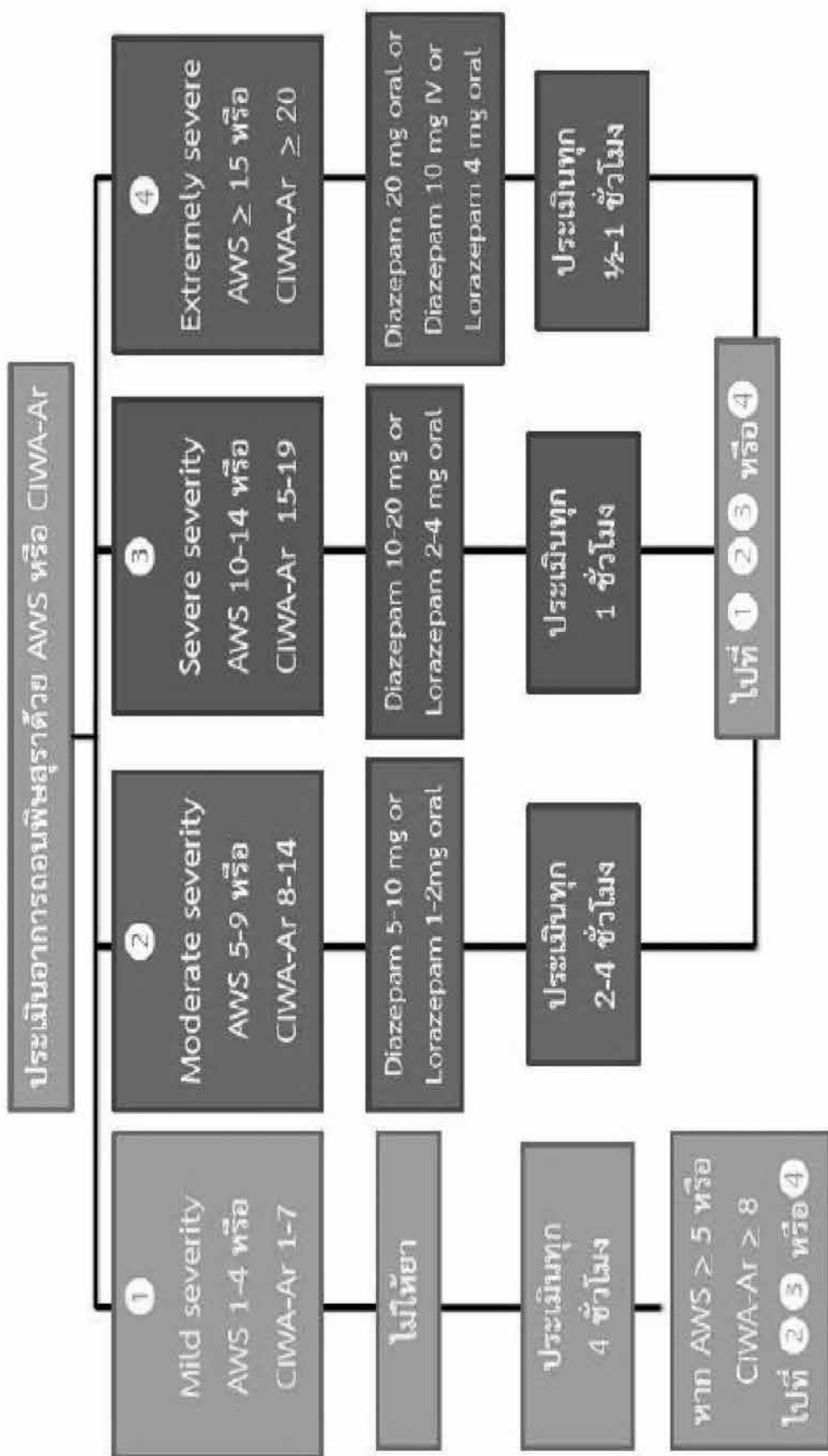
** Flow กระบวนการระบบบริการ Alcohol Related Disorders



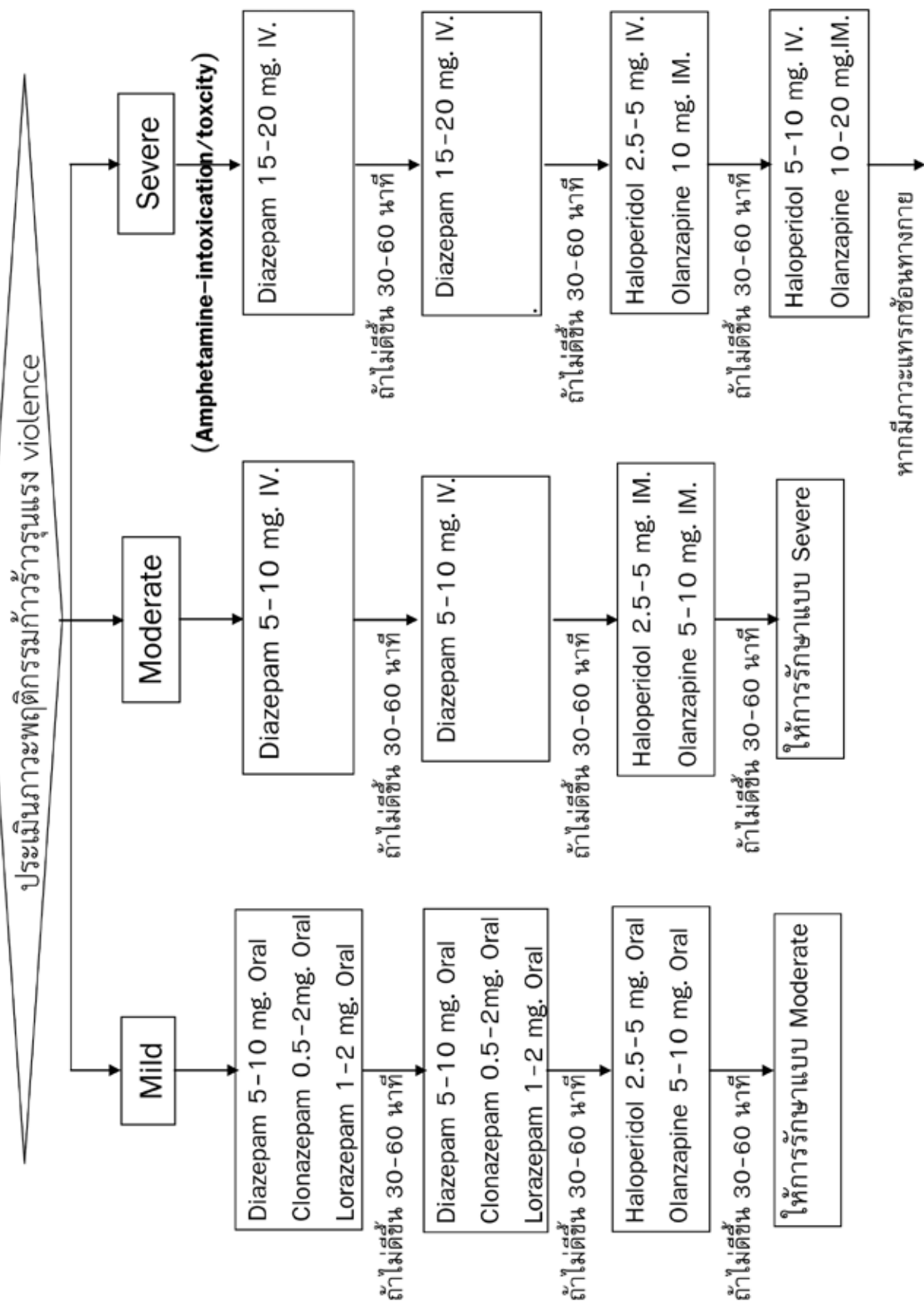
*1. แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) ≥ 17 , 2. มีอาการก้าวร้าวรุนแรง ไม่สามารถอดได้ 3. มีอาการทางจิตเวชรักษาแล้วไม่ดีขึ้น 4. มีอาการถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 15)

ตัวอย่างแนวเวชปฏิบัติการรักษาด้วยยาในผู้มีอาการถอนพิษ

รูปแบบ Symptom-triggered regimen



ผู้ป่วยภาวะโรคจิต (Psychoses) ที่มีประวัติเสพยาแอมเฟตามีนในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา (A)²⁰



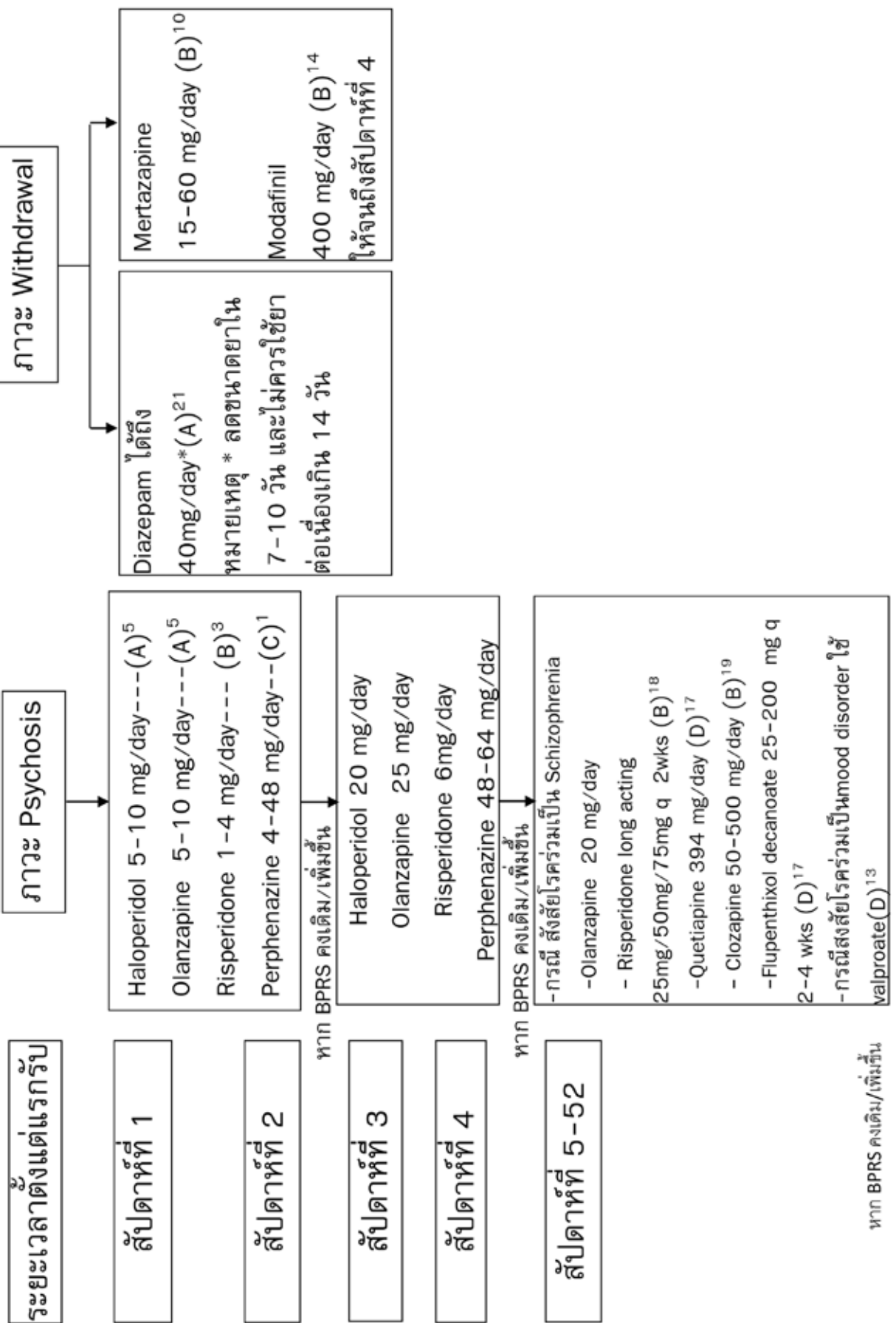
แนวทางการให้ยาในภาวะพิษภัยก้ำกึ่งรุนแรง (severe violence; Amphetamine-intoxication/toxicity) ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย		
อาการ	First line drugs	Second line drugs
ชัก (Seizures) ควรตระหนัก เรื่องภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Hyponatremia) ควรตรวจ Neuroexamination	Diazepam 2.5 – 5mg iv. boluses	Phenobarbitone 20mg/kg/dose iv.
		สงบอาการและควบคุม ระบบหายใจ Thiopentone/Propofol
ระดับความรู้สึกตัวลดลง (Decreased Conscious Level) ควรตระหนักเรื่องภาวะโซเดียม ในเลือดต่ำ (Hyponatremia)	ตรวจสอบว่าผู้ป่วยไม่ได้มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือเรื่องภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (Exclude Hyponatremia)	
	เปิดทางเดินหายใจและส่ง CT-SCAN	
	หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่เป็น hypotonic จำกัค้ำน้ำ	
ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ Hyponatremia	ให้ 3% Saline ในรายที่มีอาการขาดโซเดียม รุนแรง (Na concentrate <115 mmol/L)	

แนวทางการให้ยาในภาวะพิษภัยรบกวนรุนแรง (severe violence; Amphetamine-intoxication/toxicity) ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย		
อาการ	First line drugs	Second line drugs
อุณหภูมิในร่างกายสูง (Hyperthermia)	Diazepam or Clonazepam boluses	
	ประคบเย็นโดยใช้น้ำแข็งหรืออาบน้ำ	
	Neuromuscular blockade	
	5HT2 antagonist โดยรับประทานยา Cyproheptadine 12 mg.	
ภาวะกล้ามเนื้อลายสลาย (Rhabdomyolysis)	บันทึกสารน้ำเข้า-ออก	
	ทำให้ปัสสาวะเป็นด่างเพิ่มขึ้น	
ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension)	Diazepam หรือ Clonazepam boluses	
	Vasodilators: Glyceryl trinitrate 5mg/นาที่ และ titrate	
	Nitroprusside 0.25–10 mg/kg./นาที่	
	Alpha-adrenergic antagonist: Prazosin 2–5 mg	
	Phentolamine 5mg. Slow iv.	

แนวทางการให้ยาในภาวะพิษติกรมก้าวร้าวรุนแรง (severe violence; Amphetamine–Intoxication/toxicity) ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย		
อาการ	First line drugs	Second line drugs
หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Dysrhythmias) - หวัใจเสี่ยงการให้ยากลุ่ม Beta-blocker ที่ออกฤทธิ์ระยะยาว Sinus tachycardia	สังเกตอาการและลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ให้ Benzodiazepines ถ้าสัมพันธ์กับอาการ ระบบประสาทส่วนกลางถูกระงับ	
- หัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ Supraventricular tachycardia	ให้การรักษามาตรฐาน standard protocols	
- หัวใจห้องล่างเต้นผิดจังหวะ (Ventricular Dysrhythmias)	Adenosine 6 mg. iv.bolus	
	Verapamil 5 mg. iv. แต่ควรระวังภาวะความดันโลหิตต่ำ	
	Flecainide 2 mg/kg iv.	
	ทำ Electrical cardioversion	

Protocol 3. แนวทางการให้ยาในภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชในผู้ป่วย Amphetamine type stimulant

Psychosis / Withdrawal / Craving



หาก BPRS คงเดิม/เพิ่มขึ้น

แบบประเมินภาพรวมคู่มือสำหรับผู้อบรม

หลักสูตรการอบรมการให้บริการผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน สำหรับพยาบาล

ขอให้ท่านประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมตรงตามความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านต่อหัวข้อต่อไปนี้ โดยท่านสามารถเลือกให้น้ำหนักความคิดเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่เป็นประโยชน์

หัวข้อ/เนื้อหา	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เป็นประโยชน์
ทัศนคติในการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน					
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน ผลกระทบที่มีต่อร่างกายและจิตใจ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดติดยาเสพติด					
ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน					
การคัดกรองและประเมินปัญหาการเสพติดปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวช					
ภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารกระตุ้นกลุ่มแอมเฟตามีน และให้การดูแลรักษาที่ถูกต้อง					
ภาพรวมของหลักสูตร					

ข้อคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แบบประเมินภาพรวมคู่มือสำหรับผู้อบรม

หลักสูตรการให้บริการผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช สำหรับแพทย์

ขอให้ท่านประเมินหลักสูตรการฝึกอบรมตรงตามความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านต่อหัวข้อต่อไปนี้ โดยท่านสามารถเลือกให้น้ำหนักความคิดเห็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย ไม่เป็นประโยชน์

หัวข้อ/เนื้อหา	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่เป็นประโยชน์
ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวช					
ความรู้เรื่องโรค กลไกการออกฤทธิ์ของสุราและผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และกระบวนการดูแล					
แนวทางการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยสุราที่มีปัญหาด้านจิตเวชและวินิจฉัยโรคร่วมทางกาย					
การประเมินภาวะถอนพิษสุรา การรักษาและการส่งต่ออย่างเหมาะสม					
ภาพรวมของหลักสูตร					

ข้อคิดเห็นอื่นๆ เพิ่มเติม

[illegible]

แบบสอบถาม

ความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนาตามโครงการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255....

.....

คำชี้แจงสำหรับหน่วยงานผู้รวบรวมและวิเคราะห์แบบสอบถาม

1. เมื่อมีการถ่ายทอดความรู้ผ่านการอบรม / สัมมนาตามโครงการ / กิจกรรมที่ต้องรายงานผล ฯ (ตามที่ปรากฏเครื่องหมาย ✓ ในเอกสารแผนปฏิบัติการและแผนติดตามผลการดำเนินงานกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 255....) ให้ดำเนินการสอบถามความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนา จากกลุ่มเป้าหมาย
2. ให้จัดทำสรุปผลจากแบบสอบถาม (ข้อ 1) ลงในแบบสรุปผลความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนาตามโครงการอบรม / สัมมนาฯ ดังกล่าว และส่งให้กองแผนงานภายใน 1 เดือนหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมการอบรม / สัมมนา

แบบสอบถาม

ความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนาตามโครงการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255...

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ (สำหรับผู้รับผิดชอบโครงการเป็นผู้กรอก)

1.1 ประเภทโครงการ

☐ โครงการอบรม / สัมมนา / ...หลักสูตร ครู ก เรื่อง การให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหาด้านจิตเวช.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ตำแหน่ง

- | | |
|---|--|
| ☐ แพทย์ | ☐ นักจิตวิทยา |
| ☐ พยาบาลวิชาชีพ | ☐ พยาบาลเทคนิค |
| ☐ นักวิชาการสาธารณสุข | ☐ นักสังคมสงเคราะห์ |
| ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... | |

4. งานที่รับผิดชอบ

- ☐ งานสุขภาพจิต ☐ อื่นๆ ระบุ.....

5. หน่วยงานที่สังกัด

- | | |
|---|--|
| ☐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | ☐ กรม / กอง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ☐ โรงพยาบาลศูนย์ | (ระบุ)..... |
| ☐ โรงพยาบาลทั่วไป | ☐ กรม / กอง นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ☐ โรงพยาบาลชุมชน | (ระบุ)..... |
| ☐ สถานีอนามัย | |
| ☐ หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต | (ระบุ)..... |
| ☐ อื่น ๆ (ระบุ) | |

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255.....
 (สำหรับช่องทางการถ่ายทอดที่เป็นการอบรม /สัมมนา/ประชุมเชิงปฏิบัติการ)
 โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ประเด็นการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ					
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่แสดงความคิดเห็น
1. เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ						
1.1 เหมาะสมทันยุคสมัย						
1.2 เข้าใจง่าย						
1.3 นำไปใช้ประโยชน์ได้						
1.4 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ						
2. สื่อ / เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น หนังสือ คู่มือ แผ่นพับ CD ฯลฯ)						
2.1 ดึงดูดความสนใจ						
2.2 ง่ายต่อการนำไปใช้						
2.3 เหมาะสมกับผู้รับความรู้						
2.4 มีความเพียงพอต่อจำนวนผู้รับความรู้						
3. วิธีการถ่ายทอดความรู้ (เช่นการบรรยาย การฝึกปฏิบัติ การทำกิจกรรม การดูงาน การทำกลุ่ม การทำกิจกรรมค่าย ฯลฯ)						
3.1 เหมาะสมกับเนื้อหา						
3.2 เหมาะสมกับผู้รับความรู้						
3.3 เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการรู้มีส่วนร่วม						
3.4 เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย						
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสม						
5. ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้ในภาพรวม						

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

****ขอขอบคุณในความร่วมมือนี้อ****

แบบสรุป

ความพึงพอใจต่อการอบรม / สัมมนาตามโครงการของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ

1.1 ประเภทโครงการ ☐ โครงการพัฒนางานสุขภาพจิต

☐ โครงการอบรม / สัมมนา / ประชุมเชิงปฏิบัติการ

ชื่อโครงการ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพวิทยากร เรื่อง โรคจิต โรคซึมเศร้า สุราและยาเสพติด

ชื่อโครงการย่อย / กิจกรรม หลักสูตร การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหาด้านจิตเวช

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป

เพศ	จำนวน	ร้อยละ	งานที่รับผิดชอบ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย			งานสุขภาพจิต		
หญิง			งานอื่นๆ ระบุ.....		
รวม			รวม		
อายุ	จำนวน	ร้อยละ	ตำแหน่ง	จำนวน	ร้อยละ
21 – 30 ปี			แพทย์		
31 – 40 ปี			พยาบาลวิชาชีพ		
41 – 50 ปี			พยาบาลเทคนิค		
50 ปีขึ้นไป			นักจิตวิทยา		
รวม			นักสังคมสงเคราะห์		
หน่วยงานในสังกัด	จำนวน	ร้อยละ	นักวิชาการสาธารณสุข		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			อื่นๆ (ระบุ).....		
โรงพยาบาลศูนย์			รวม		
โรงพยาบาลทั่วไป					
โรงพยาบาลชุมชน					
สถานีนอนมัย					
กรม/กองในสังกัดกระทรวง					
สาธารณสุข (ระบุ).....					
กรม/กองนอกสังกัดกระทรวง					
สาธารณสุข (ระบุ).....					
หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต					
(ระบุ).....					
อื่นๆ (ระบุ).....					
รวม					

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255.....

ประเด็นประเมิน		ระดับความพึงพอใจ					
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่แสดงความคิดเห็น
1. เนื้อหาความรู้ที่ได้รับ							
1.1 เหมาะสมทันยุคสมัย	จำนวน						
	ร้อยละ						
1.2 เข้าใจง่าย	จำนวน						
	ร้อยละ						
1.3 นำไปใช้ประโยชน์ได้	จำนวน						
	ร้อยละ						
1.4 สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ	จำนวน						
	ร้อยละ						
2. สื่อ/เอกสารประกอบการถ่ายทอดความรู้ (เช่น หนังสือ คู่มือ แผ่นพับ CD ฯลฯ)							
2.1 ดึงดูดความสนใจ	จำนวน						
	ร้อยละ						
2.2 ง่ายต่อการนำไปใช้	จำนวน						
	ร้อยละ						
2.3 เหมาะสมกับผู้รับความรู้	จำนวน						
	ร้อยละ						
2.4 มีความเพียงพอต่อจำนวนผู้รับความรู้	จำนวน						
	ร้อยละ						
3. วิธีการถ่ายทอดความรู้ (เช่น การบรรยาย การฝึกปฏิบัติการทำกิจกรรม การดูงาน การทำกลุ่ม การทำกิจกรรมค่าย ฯลฯ)							
3.1 เหมาะสมกับเนื้อหา	จำนวน						
	ร้อยละ						
3.2 เหมาะสมกับผู้รับความรู้	จำนวน						
	ร้อยละ						
3.3 เปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการความรู้มีส่วนร่วม	จำนวน						
	ร้อยละ						
3.4 เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน						
	ร้อยละ						
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้มีความเหมาะสม	จำนวน						
	ร้อยละ						

[illegible]

ชื่อผู้ประสานงาน _____ เบอร์โทรศัพท์ _____

E-mail : _____

คณะกรรมการพัฒนาหลักสูตร คฤ ก เรื่อง สุราและยาเสพติด

๑. นายแพทย์พงศ์เกษม	ไข่มุกด์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๒. แพทย์หญิงพันธุ์นภา	กิตติรัตน์ไพบุลย์	ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๓. ดร.แพทย์หญิงเบญจมาศ	พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๔. นายแพทย์บุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๕. แพทย์หญิงบุญศิริ	จันทร์มงคล	นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมสาขาจิตเวช)	ประธาน
		ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ ๑	
๖. แพทย์หญิงหทัยชนนี	บุญเจริญ	โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่	รองประธาน
๗. แพทย์หญิงนาตยา	สงห้อง	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	คณะกรรมการ
๘. แพทย์หญิงกนกกาญจน์	วิโรจน์อุไรเรือง	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี	คณะกรรมการ
๙. แพทย์หญิงสรสพร	จวงษ์	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี	คณะกรรมการ
๑๐. นายแพทย์อภิชาติ	เรณูวัฒนานนท์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด	คณะกรรมการ
		แห่งชาติบรมราชชนนี จ.ปทุมธานี	
๑๑. นางกฤษณา	จันทร์ตรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	คณะกรรมการ
		สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	
๑๒. นางทิพสมัย	ทนายรังษี	โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่	คณะกรรมการ
๑๓. นางอุไรศรี	ชำนาญรักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี	คณะกรรมการ
๑๔. นางนพวรรณ	อุปคำ	โรงพยาบาลจอมทอง จ.เชียงใหม่	คณะกรรมการ
๑๕. นางโชติพร	พันธุ์วัฒนาชัย	โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี	คณะกรรมการ
๑๖. นางอำพัน	หิรัญอุทก	โรงพยาบาลสามชุก จ.สุพรรณบุรี	คณะกรรมการ
๑๗. นางนงนุช	คะพิมพ์ภิบาลบุตร	โรงพยาบาลแปลงยาว จ.ฉะเชิงเทรา	คณะกรรมการ
๑๘. นางหทัยรัฐณ์	วารินทร์	โรงพยาบาลศรีธัญญา จ.นนทบุรี	คณะกรรมการ
๑๙. นางลูกจันทร์	วิทย์ถาวรวงศ์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กทม.	คณะกรรมการ
๒๐. นางเพ็ญพักตร์	ดารากร ณ อยุธยา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กทม.	คณะกรรมการ
๒๑. นายเกษม	กรกำจายฤทธิ์	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กทม.	คณะกรรมการ
๒๒. นางสาวพรรณนิภา	แสนปัญญา	สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กทม.	คณะกรรมการ
๒๓. นางรัชนี	ไพโรสสวัสดิ์	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	คณะกรรมการ
		จ.นครสวรรค์	
๒๔. นางภัทราจิตต์	ศักดิ์ดา	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี	คณะกรรมการ
๒๕. นางวันทนา	ทิพย์มณฑิลา	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี	คณะกรรมการ
๒๖. นางโสภา	สระชิต	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จ.สงขลา	คณะกรรมการ
๒๗. นางศิริภรณ์	ชัยศรี	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	คณะกรรมการ
		จ.นครราชสีมา	
๒๘. นางเพชรรัตน์	มหกิตติไพศาล	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	คณะกรรมการ
		จ.ขอนแก่น	

๒๙. นางสาวเสาวลักษณ์	บุตรชาติ	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จ.นครพนม	คณะทำงาน
๓๐. นางอัมพร	สีลากุล	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี	คณะทำงาน
๓๑. นางวิมาลา	เจริญชัย	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี	คณะทำงาน
๓๒. นายวิรัช	วัฒนา	โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จ.เลย	คณะทำงาน
๓๓. นายมานพ	ชัยวงษ์	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จ.สระแก้ว	คณะทำงาน
๓๔. นางสาวทิพาวรรณ	บุณสิน	สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กทม.	คณะทำงาน
๓๕. นางสาวพิรุชญาณ์	จันทร์สามารถ	สถาบันพัฒนาการเด็กภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จ.ขอนแก่น	คณะทำงาน
๓๖. นางสาวจุไรรัตน์	ปัทมศรีรัตน	โรงพยาบาลอุบลประสาธไวทยโปลัมภ์ จ.สมุทรปราการ	คณะทำงาน
๓๗. นางฉันทพร	เสรีรัตน์ดามน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๓๘. นางสาวอุษา	เขตรเชื่อน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๓๙. นางสาวศรีแพร	หนูแก้ว	นักวิชาการสถิติ สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๔๐. นายแพทย์ปธานนท์	ขวัญสนิ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กทม.	คณะทำงาน และเลขานุการ
๔๑. นางสุนทรี	ศรีโกศัย	โรงพยาบาลสวนปรุง จ.เชียงใหม่	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๔๒. นางสาวสวิตรี	สุริยะฉาย	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กทม.	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ
๔๓. นางสาวอรรวรรณ	รอดนุช	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน และผู้ช่วยเลขานุการ

คำสั่งกรมสุขภาพจิต
ที่ ๙๕๓ / ๒๕๕๘

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการด้านการเฝ้าระวังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ
ผู้มีปัญหาการติดยาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิต กรมสุขภาพจิต

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติดที่มี
อาการทางจิตของกรมสุขภาพจิต บรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพ กรมสุขภาพจิตจึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการ
ด้านการเฝ้าระวังบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการติดยาและสารเสพติดที่มีอาการทางจิต
กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย

๑. นายแพทย์พงศ์เกษม	ไข่มุกด์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๒. แพทย์หญิงพันธุ์นภา	กิตติรัตน์ไพบุลย์	ผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๓. ดร.แพทย์หญิงเบญจมาศ	พฤกษ์กานนท์	ผู้อำนวยการสำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๔. นายแพทย์บุรินทร์	สุรอรุณสัมฤทธิ์	รองผู้อำนวยการสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	ที่ปรึกษา
๕. แพทย์หญิงบุญศิริ	จันศิริมงคล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ หัวหน้าศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด	ประธาน
๖. นางกฤษณา	จันทรตรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	รองประธาน
๗. นางหทัยรัฐณ์	วารินทร์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา	คณะกรรมการ
๘. นางลูกจันทร์	วิทย์ถาวรวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ	คณะกรรมการ
๙. นางสาวพรรณนิภา	แสนปัญญา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์	คณะกรรมการ
๑๐. นางรัชนี	ไพโรสวัสดิ์	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	คณะกรรมการ
๑๑. นางทิพศมัย	ทนายรังษี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง	คณะกรรมการ
๑๒. นางวันทนา	ทิพย์มณฑิยา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	คณะกรรมการ
๑๓. นางโสภา	สระชิต	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์	คณะกรรมการ
๑๔. นางศิริภรณ์	ชัยศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์	คณะกรรมการ

๑๕. นางเพชรรัตน์...

๑๕. นางเพชรรัตน์	มหกิตติไพศาล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	คณะทำงาน
๑๖. นางสาวเสาวลักษณ์	บุตรชาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	คณะทำงาน
๑๗. นางอัมพร	สีลากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	คณะทำงาน
๑๘. นายวิรัช	วัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์	คณะทำงาน
๑๙. นายมานพ	ชัยวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์	คณะทำงาน
๒๐. นายนันทยุทธ	หะสิตะเวช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์	คณะทำงาน
๒๑. นางสาวพิชฎาณัฏฐ์	จันทร์สามารถ	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	คณะทำงาน
๒๒. นางเนตรชนก	รักษาวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์	คณะทำงาน
๒๓. นางธัญพร	เสรีรัตน์ตานนท์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒๔. นางสาวศรีแพร	หนูแก้ว	นักวิชาการสถิติ สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒๕. นางสาวอุษา	เขตรเชื่อน	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต	คณะทำงาน
๒๖. นางสาวสาวิตรี	สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	คณะทำงาน และเลขานุการ
๒๗. นางวรรณนา	ขวัญเมือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๘. นายภาณุพงษ์	จันทร์คง	นักวิชาการสถิติ โรงพยาบาลศรีธัญญา	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

โดยมีอำนาจและหน้าที่ ดังนี้

๑. รับทราบนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านยาเสพติดของรัฐบาลและการดำเนินงานจิตเวชยาเสพติดของกรมสุขภาพจิต
๒. ประสานการดำเนินงานด้านจิตเวชยาเสพติดและสุรากับพื้นที่เครือข่ายบริการสาธารณสุขปฏิบัติงานร่วมกับศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต หรือเป็นผู้แทนศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ตามหน่วยบริการที่รับผิดชอบ
๓. ดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ตามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของกรมสุขภาพจิตและกระทรวงสาธารณสุขตามที่กำหนด
๔. นำเสนอผลการดำเนินงานโดยการรายงานข้อมูลผู้เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดทุกระบบตามระยะเวลาที่กำหนด หรือเมื่อกรมสุขภาพจิตต้องการผลการดำเนินงานในกรณีเร่งด่วนได้
๕. ติดตามและรายงานผลการใช้จ่ายเงินงบประมาณด้านยาเสพติดของหน่วยงาน ทั้งระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัด เป็นรายเดือน รายไตรมาสและรายปี
๖. เข้าร่วมประชุมคณะทำงานฯ ทุกครั้ง หรือมอบผู้แทนหากติดภารกิจ
๗. หน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

โดยให้ยกเลิกคำสั่งกรมสุขภาพจิตที่ ๑๐๑๒/๒๕๕๗ ลงวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๗

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

นายพงศ์เกษม ไข่มุกด์
รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
ปฏิบัติราชการแทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต

