



บทบรรณาธิการ การบำบัดอาการถอนพิษสุรา

อรรพรรณ ศิลปกิจ, พ.บ.*

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลศรีธัญญามีการประเมินอาการถอนพิษสุราด้วย CIWA-ar ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกที่ริเริ่มบำบัดอาการถอนพิษสุราตามอาการและได้ประยุกต์ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนให้กระชับขึ้นและกำหนดแนวปฏิบัติในการบำบัดอาการถอนพิษสุราในปี พ.ศ. 2547 หลักการรักษาและประเมินอาการผู้ป่วยตามระดับคะแนนของ CIWA-ar ซึ่งจำแนกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ไม่รุนแรง (คะแนน < 10) อาการปานกลาง (คะแนน 10-18) รุนแรงปานกลาง (คะแนน 19-24) และรุนแรงมาก (คะแนน > 24 คะแนน) โดยที่ 2 กลุ่มหลังจำเป็นต้องให้ยาในขนาดสูงคือ diazepam (50 mg) หรือ CDZ (200 mg) และประเมินอาการทุก 1 ชั่วโมง ส่วน 2 กลุ่มแรกให้ยา diazepam 5-10 mg หรือ CDZ 25-30 mg และประเมินอาการทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งจะให้ยาตามอาการเมื่อคะแนนตั้งแต่ 10 ขึ้นไป และให้ขนาดยาตามระดับความรุนแรงของอาการ จากการสำรวจผู้ป่วยที่รับเข้าบำบัดในหอผู้ป่วยแอลกอฮอล์ใน 6 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยจำนวน 114 คน ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรงขณะแรกรับ มีวันนอนเฉลี่ย 13 วัน ร้อยละ 96 อาการสงบภายใน 5 วัน มีภาวะแทรกซ้อนคือติดเชื้อทั้งหมด 4 รายซึ่งมีอาการภายใน 3 วันแรกของการรักษา

สรุป การบำบัดอาการถอนพิษสุราควรรักษาตามอาการซึ่งถือเป็นแผนการรักษามาตรฐาน ร่วมกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นและป้องกันการกลับไปเสพยาด้วยการจัดกลุ่มจิตสังคมบำบัด

*โรงพยาบาลศรีธัญญา



Alcohol withdrawal management

*Orawan Silpakit, MD**

Abstract

Alcohol withdrawal assessment with CIWA-ar was applied in Srithanya Hospital since 1998, then CIWA-ar version Srithanya was applied on perception items and guideline for alcohol withdrawal management were established since 2004. According to CIWA-ar score, the severity of symptoms can be classified into 4 groups i.e., mild (<10), moderate (10-18) moderately severe (19-24), very severe (>24). CDZ or DZP is the drug of choice for treatment and dosage is varied to severity of symptoms. For moderately severe to very severe symptoms, loading dose of CDZ (200 mg) and DZP (50 mg) should be administered while the others receive regular dose as schedule. During the first 6 months of 2007, there were 114 alcoholic patients admitted to the hospital. Majority was at mild symptoms. Average of length of stay was 13 days. Most were recovered within 5 days. Medical complications found in 4 cases within 3 days of treatment.

Conclusion Alcohol withdrawal treatment with symptoms – trigger regimen should be the standard guideline. Other medical complication and relapse prevention by Matrix model should be integrated.

*Srithanya Hospital

ปัจจุบันคนไทยดื่มเครื่องดื่มประเภทที่มีแอลกอฮอล์เป็นปริมาณ 267.9 ล้านลิตร (คำนวณจากปริมาณแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ ที่วัดได้ตามมาตรฐานอุตสาหกรรม ซึ่งครอบคลุมเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกประเภท) เพิ่มขึ้นจากปี 2536 ถึงร้อยละ 44.5 ส่งผลให้ไทย ถูกจัดอยู่ในอันดับที่ 5 ของประเทศที่มีการบริโภคเหล้าเบียร์มากที่สุดในโลก (ข้อมูลปี 2548) รองจากประเทศมอลโดวา โปรตุเกส บาฮามาส และเซนต์ลูเชีย^{1,2} และข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า คนไทยดื่มสุราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 260,000 คน อายุของผู้เริ่มดื่มสุราครั้งแรก มีแนวโน้มน้อยลง ขณะนี้ผู้เริ่มดื่มสุราที่ใหญ่ที่สุด คือ กลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ซึ่งพบว่า ร้อยละ 46.9 หรือเกือบครึ่งหนึ่งเริ่มลองดื่มสุราแล้ว² ดังนั้นสถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์จึงไม่อาจจะเพิกเฉยได้ เนื่องจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในรูปแบบต่างๆ มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ปัญหาความรุนแรงในสังคม อุบัติเหตุ การก่ออาชญากรรม ตลอดจนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่³ การรณรงค์ลดละเลิกดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลเข้าพรรษา หรือเมาไม่ขับ ซึ่งสนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพ และหน่วยงานอื่นๆ เพื่อลดการกลับไปดื่มซ้ำในผู้ที่ติดสุรา สถานพยาบาลของภาครัฐมีการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ ซึ่งรวมถึงยาบ้า เช่น มีหลักสูตรระยะสั้นที่บูรณาการความร่วมมือทั้งบ้าน วัด โรงเรียน การ

ให้จิตสังคมบำบัดหลังจากบำบัดภาวะอาการถอนพิษ

การบำบัดผู้ถอนพิษสุราสำหรับผู้ป่วยในสถานพยาบาล นิยมให้การรักษาระบบตามอาการ (symptoms-triggered regimen) โดยมีแบบประเมินอาการที่นิยมใช้อยู่ 2 แบบคือ Alcohol Withdrawal Scale (AWS) หรือ Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA-ar) ฉบับแก้ไข ซึ่งหน่วยงานสำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตเลือกใช้ตามความคุ้นเคย บทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการบำบัดอาการถอนสุราด้วยแบบประเมิน CIWA-ar ฉบับประยุกต์ในโรงพยาบาลศรีธัญญาและสำรวจผลการรักษาระหว่าง 6 เดือนแรกของ พ.ศ. 2549 เนื่องจากโรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นโรงพยาบาลจิตเวชแห่งแรกที่ใช้แบบประเมิน CIWA-ar อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 และเป็นสถานที่ฝึกงานของแพทย์ประจำบ้านและนักศึกษาแพทย์ที่มีผู้สนใจขอศึกษาดูงานเกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดสุราย่อยต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีรายงานและรวบรวมแนวปฏิบัติในการรักษาตามอาการด้วยการประเมิน CIWA-ar

โรงพยาบาลศรีธัญญาได้นำ CIWA-ar ทดลองใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541⁴ เป็นแบบประเมินฉบับแปลจากต้นฉบับโดยตรง ต่อมาหลังจากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2546 จึงมีข้อตกลงในทีมสหวิชาชีพในการรักษาอาการถอนพิษสุราด้วยการประเมินอาการถอนพิษสุราด้วย CIWA-ar ฉบับประยุกต์ของโรงพยาบาล

ศรีรัชัญญา กล่าวคือในข้อคำถามการรับความรู้สึกสัมผัส การได้ยิน การมองเห็นภาพ ให้คะแนนระดับ 0-1-3-4-7 เท่านั้นเพื่อความสะดวกและความเข้าใจตรงกันของผู้ปฏิบัติ ในปี พ.ศ. 2547 ได้ปรับปรุงการรักษาดอนพิษควคูไปกับจิตสังคมบำบัดซึ่งประยุกต์จากคู่มือสำหรับรักษาผู้ป่วยในที่เสพยาบ้า โดยเลือกกลุ่มมาเพียง 10 กิจกรรม และจัดให้มีกลุ่มบำบัดวันละ 1 เรื่องภายใน 2 สัปดาห์⁵ และสรุปแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่วินิจฉัยภาวะดอนพิษสุราในกลุ่ม F10.4 เพื่อเป็นมาตรฐานของทีมสหวิชาชีพดังนี้⁶

1. คะแนนมากกว่า 25 ถือว่าอาการรุนแรงมาก ให้ยาขนาดสูงทันที chlordiazepam (CDZ) 200 mg หรือ diazepam (DZP) 50 mg ประเมินอาการทุก 1 ชั่วโมง ถ้าคะแนน > 25 ให้ ขนาด 10-20 mg หรือ CDZ ขนาด 50 mg กินทุกชั่วโมง จนกระทั่งคะแนน < 25 อ่านข้อถัดไปโดยไม่ต้องให้ยาขนาดสูง

2. 19-25 อาการรุนแรงปานกลาง คะแนน 19 ขึ้นไป ให้ยาขนาดสูงทันที CDZ 200 mg หรือ DZP 50 mg ประเมินอาการทุก 1 ชั่วโมงให้ยา CDP 25-30 mg หรือ DZP 5-10 mg จนคะแนนต่ำกว่า 19 (ยกเว้น F10.41 ถ้าคะแนนต่ำกว่า 19 ให้ถือเสมือนอาการรุนแรงปานกลาง)

3. 18-10 คะแนน ไม่ต้องให้ยาขนาดสูง ประเมินอาการทุกสี่ชั่วโมง ให้ยา CDZ 25-30 mg DZP 5-10 mg กิน (ถ้ากรณีเริ่ม

ต้นคะแนนมากกว่า 19 แล้วเมื่อคะแนนลดลงมาไม่ต้องให้ยาขนาดสูงอีก)

4. ถ้าคะแนนน้อยกว่า 10 ไม่ต้องให้ยา และประเมินอาการทุก 4-8 ชั่วโมงในวันแรกจนครบ 72 ชั่วโมง ควรสังเกตว่ามีอาการของอาการดอนพิษสุราหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยมีอาการดอนพิษสุรา เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อแตก ก่อนเวลาที่กำหนด สามารถประเมินอาการก่อนเวลา และให้ยาตามคะแนนแต่ละระดับดังกล่าวเบื้องต้น

ในกรณีที่ประเมินด้วย CIWA-ar มีคะแนนน้อย และหรือผู้ป่วยมีปัญหาสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง หรือการรู้สึกตัวผิดปกติ ต้องรายงานให้แพทย์ทราบเพื่อทบทวนการประเมินผู้ป่วย

การคำนวณยา ทำได้โดยรวมขนาดยาที่ให้ในวันแรกครบ 24 ชั่วโมง แบ่งให้สี่เวลาสามเวลา เข้า กลางวัน เย็น มื้อละ 20% ส่วนมือก่อนนอน 40% ลดยาลงวันละ 25% จนหมดภายใน 5 วัน ยกเว้นผู้ป่วยสูงอายุควรให้คงขนาดยาทุกสองวัน สามารถคำนวณขนาดยาเป็น 2/3 ของที่คำนวณได้ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนเป็น lorazepam

สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แนะนำให้ตรวจหน้าที่ตับ เกลือแร่เฉพาะไปแตสเชียมเท่านั้น พิจารณาปรับลดยาเมื่อค่าเอนไซม์ของตับเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่าของค่าปกติ ส่วนการให้วิตามินบีควรให้ในรูปฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือเข้าเส้นเลือดดำ ติดต่อกัน 1 สัปดาห์

ผลการสำรวจผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เดือนมิถุนายน 2549 มีผู้ป่วยจำนวน 114 ราย เนื่องจากแอลกอฮอล์ซึ่งวินิจฉัย F10.4 รับไว้ใน อายุเฉลี่ย 43.57 (9.60) ปี วันนอนโรงพยาบาล หอผู้ป่วยแอลกอฮอล์ระหว่างเดือนมกราคม ถึง เฉลี่ย 12.69 (5.17) วัน ได้รับยา CDZ (และ

ตารางที่ 1 คะแนน CIWA-ar ระหว่างการรักษา

วันที่ (จำนวนคน)	CIWA-ar < 10	CIWA-ar 10-18	CIWA-ar > 19
แรกรับ (114)	53 (46.5%)	20 (18.7%)	41 (33.3%)
วันที่ 3 (111)	95 (85.6%)	12 (10.8%)	4 (3.6%)
วันที่ 5 (110)	106 (96.4%)	2 (1.8%)	2 (1.8%)

ตารางที่ 2 การเปลี่ยนแปลงอาการคะแนน CIWA-ar ระหว่างวันที่ 1 และวันที่ 2

CIWA day 1	CIWA day 2				จำนวน (ร้อยละ)
	Score < 10	Score = 10-18	Score > 19	Refer	
Score < 10	46	4	2	1	53 (46.5)
Score = 10-18	17	1	3		21 (18.4)
Score = 19-24	6	2	2	2	12 (10.5)
Score > 25	13	5	10		28 (24.6)
Total	82 (71.9)	12 (10.5)	17 (14.9)	3 (2.6)	114

ตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงอาการหลังการรักษา ระหว่างวันที่ 1 และวันที่ 3

CIWA day 1	CIWA day 3			
	Score < 10	Score = 10-18	Score > 19	Refer
Score < 10	46	3	1	
Score = 10-18	21			
Score = 19-24	9	2		
Score > 25	19	7	2	1
Total (N=111)	95 (85.6)	12 (10.8)	3 (2.7)	1 (0.9)

lorazepam เปรียบเทียบขนาดเป็น CDZ) เฉลี่ย 297.57 (377.15) สูงสุด 1,850 mg

ขณะแรกรับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการถอนพิษสุราในระดับไม่รุนแรง โดยที่ผู้ป่วยจำนวน 46 คน (ร้อยละ 40.4) ไม่ได้ยาเพื่อรักษาอาการถอนพิษสุรา ผู้ป่วยจำนวน 7 คนได้รับยา ขณะที่ผลการประเมินอาการแรกรับไม่สูง แต่เนื่องจากมีประวัติชักก่อนมาโรงพยาบาล (F10.41) หรือได้รับการรักษาตามที่แพทย์สั่ง รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมากขึ้นไป โดยที่มีคะแนน CIWA-ar สูงสุด 40 (ตารางที่ 1)

ผู้ป่วยได้รับยา CDZ จำนวน 43 ราย และ Lorazepam 21 ราย ภายใน 3 วันหลังรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอาการดีขึ้น โดยที่คะแนน CIWA ต่ำกว่า 10 ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยมีอาการถอนสุราในระดับไม่รุนแรง ระหว่างการรักษามีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเนื่องจากมีปัญหาแทรกซ้อน คือ มีไข้สูง คิดเชื่อ ต้องส่งต่อโรงพยาบาลทั่วไป ในวันที่ 2 จำนวน 3 คน และวันที่ 4 จำนวน 1 คน (ตารางที่ 2, 3)

ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นจากวันแรกรับในวันที่ 2 จำนวน 8 คน (ร้อยละ 7.0) ส่วนในวันที่ 3 ไม่พบอาการรุนแรงเพิ่มขึ้น ยกเว้นในวันที่ 5 มีผู้ป่วย 2 รายที่มีอาการกำเริบขึ้น แต่มีอาการคงอยู่เพียงวันที่ 5 วันเดียว ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ยาตั้งแต่วันแรก 1 ราย และได้ยา lorazepam 1 ราย หลังจากนั้นคะแนนของ CIWA ลดลงต่ำกว่า < 10

วันนอนเฉลี่ยประมาณ 13 วันเนื่องจากทุกรายต้องเข้ากลุ่มจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยใน แต่ไม่มีการติดตามผลการรักษาในระยะยาวหลังจำหน่าย จะมีการติดตามเฉพาะรายที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันเท่านั้น ดังนั้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 ทีมสหวิชาชีพสำหรับการบำบัดสารเสพติดและแอลกอฮอล์ จึงวางแผนติดตามผลการรักษาหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระยะเวลา 1 ปี โดยแบ่งผลการรักษาเป็น 3 กลุ่มคือ หายดีได้ (clean) กลับไปดื่มบางครั้ง (slip) และกลับไปดื่มจนควบคุมไม่ได้ (relapse) ตามที่ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และคณะ ได้รายงานผลของจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นการรักษาตาม Matrix Model เดิมรูปแบบ⁷

สรุป

การรักษาอาการถอนพิษสุราตามอาการจึงเป็นการรักษาที่ได้มาตรฐาน ต้องมีการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 วัน ซึ่งพบว่าร้อยละ 15 ได้ยาตามอาการนอกเหนือไปจากจำนวนยาที่คำนวณหลังจากครบ 24 ชั่วโมง และภายใน 5 วันผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 96 อาการดีขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับการวินิจฉัยที่ถูกต้องของแพทย์ และการประเมินอาการถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน CIWA-ar ฉบับประยุกต์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา⁶ ซึ่งจะเสริมศักยภาพของพยาบาลในการติดตามและประเมินอาการถอนพิษสุราตามข้อบ่งชี้ทางคลินิก และสามารถ

ตรวจพบภาวะสับสนอื่นๆ ที่อาจจะเป็นสาเหตุหลักนอกเหนือจากอาการถอนพิษสุราได้ ส่วนแบบแผนการให้ยานั้นขึ้นกับความรุนแรงของอาการ อาจจะมีแผนการรักษาด้วยยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ซึ่งอังกูร ภัทรกร ได้รายงานผู้ป่วยที่เข้ารับบำบัดที่สถาบันธัญญารักษ์ ซึ่งให้ DZP ฉีดเข้าเส้นเลือดดำเป็นหลัก และใช้เกณฑ์การตัดสินความรุนแรงที่แตกต่างกัน (9-15 คะแนนขึ้นไป) และไม่ได้รายงานเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนประเด็นอื่นๆ นอกจากผลข้างเคียงของการรักษา⁸

การให้ยาต้านอาการทางจิตนั้นไม่มีข้อห้ามเด็ดขาด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยโรคร่วมเช่น โรคจิตเภทควรให้การรักษาโรคจิตเภทร่วมด้วย ส่วนการให้ยาตามแบบแผนนี้ ต้องขึ้นกับดุลพินิจของแพทย์ที่สั่งการรักษา เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคร่วมนั้นมีจำนวนไม่มาก อาจจะต้องมีหลายสถาบันร่วมมือกันในการออกแบบการวิจัยให้รัดกุม จึงจะได้ข้อสรุปที่ชัดเจนในการกำหนดวิธีการรักษาเป็นมาตรฐานต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนางสาวพนาวลัย จ้าง-ประเสริฐ นางสาวชมพูนุช คุ่มสัม พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ที่กรุณารวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. ไม่ปรากฏผู้แต่ง เข้าถึงได้ที่: <http://www.nidambe11.net/ekonomiz/2005q1/article2005jan27p10.htm>. [17 October 2007].
2. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.สถิติแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. เข้าถึงได้ที่: <http://www.cas.or.th/index.php?content=statistic&location=1&category=2&id=6>
3. บัณฑิต ศรีไพศาล. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร “ความจำเป็น หลักการและแนวทางการควบคุมการบริโภคและปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา เข้าถึงได้ที่: http://www.stopdrink.com/data/2006/book/document_491027.pdf [17 October 2007].
4. Silpakit C, Silpakit O, Kumyam S. Treatment of Alcohol Withdrawal : A Fixed Schedule Regimen versus Symptom-Triggered Regimen. Int Med J. 1999;6(4):287-90.
5. เสวตลักษณ์ สุวรรณไมตรี. คู่มือการให้บริการทางจิตสังคมสำหรับผู้ติดยาแบบผู้ป่วยใน. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2544.
6. โรงพยาบาลศรีธัญญา. แนวปฏิบัติการรักษาอาการถอนพิษสุรา. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2547.
7. ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย. การใช้กลุ่มบำบัดแบบ Matrix model ในผู้ป่วยติดสุรา : ติดตามผล 2 ปี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2550;15: 170-78.
8. อังกูร ภัทรกร. ผลการรักษา zuclopenthixol accuphase กับ haloperidol และ diazepam ในการรักษาอาการถอนพิษสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2550;15:162-69.