

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง

การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลพนัสนิคม

ประกาศใช้ วันที่ 21 มิถุนายน 2564

ผู้จัดทำ PCT อายุรกรรม

ผู้อนุมัติ นางชนิษฐา เจริญจรชัย

(นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ)

ปัจจัยเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรารุนแรง(*

สำคัญ)

1. ประวัติขาดสุราแล้วชักรหรือเคยมี DT*
2. สั่นมาก PR>100, ชักรระตุก*
3. ต้มเหล้ามากและนาน >15ปี*
(เหล้า 40 degree >1/2 ขวด/วัน)
4. ไข้ > 39°C
5. อายุ > 60 ปี
6. มีปัญหาโรคทางกายหรือบาดเจ็บร่วมด้วย

ผู้ป่วยที่มีประวัติ
ดื่มสุราต่อเนื่องเป็นประจำในช่วง 3 เดือน

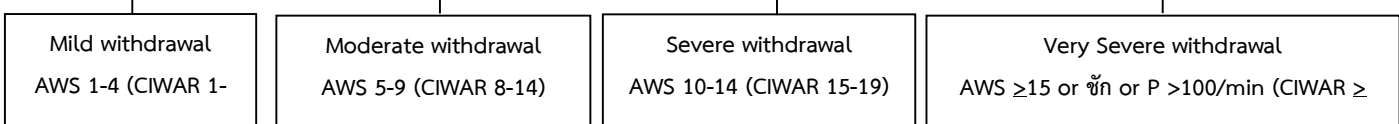
พยาบาล หรือแพทย์ ชักรประวัติการดื่มสุรา และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Delirium Tremens , vital signs ประเมิน AWS

CBC, BS, Lipid Profile, BUN/Cr, E'lyte , LFT,UA

พิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Delirium Tremens (DT)
ข้อ 1-3 (ข้อใดข้อหนึ่ง)

มีปัจจัยเสี่ยง 1-3 → Oral /Intravenous loading regimens

ไม่มีปัจจัยเสี่ยง



ไม่จำเป็นต้องรักษาหรืออาจให้ยาตาม:
- Diazepam 5-10 mg po prn
- ประเมิน AWS ทุก 6 ชั่วโมง
(ประเมินซ้ำหากได้ประวัติการดื่ม 6-8 ชั่วโมงก่อนมารักษาเนื่องจากยังไม่แสดง)

Fixed-dose หรือ Symptom-Triggered regimen
-ประเมิน AWS ทุก 2-4 ชั่วโมงตามตารางที่ 3.3.1

Oral loading regimen (ข้อ 3.3.2)
• Diazepam 20 mg q 2 ชั่วโมงจนหลับ
• ประเมิน AWS q 2 ชั่วโมง
• เสริมDiazepam 10 mg ถ้า AWS ≥ 15
• เริ่ม Modified oral fixed-dose** หลังผู้ป่วยหลับได้นาน 6-8 ชั่วโมง

Intravenous loading regimen (3.3.3)
• Diazepam 10 mg. IV ซ้ำทุก 10 นาที จนสงบ
• ถ้าอาการไม่สงบหลังได้ Diazepam 30 mg ใน 30 นาทีรายงานแพทย์และติดตาม Vital signs อย่างใกล้ชิด (แพทย์สามารถให้ Diazepam iv ได้สูงสุด 150 mg/day)
• หลังสงบ diazepam 10 mg IV q 2 ชั่วโมงจนหลับได้ต่อเนื่อง 6-8

AWS >15 ในวันถัดมา

อาการสงบลง AWS <15

Modified oral fixed-dose regimen**

Diazepam 5 mg = Lorazepam 1 mg = Chlordiazepoxide 10 mg

หมายเหตุ


การรักษาสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามอาการของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

***ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ**

**Modified oral fixed-dose regimen: จำนวนยาที่ใช้ทั้งหมดในวันนั้นและปรับลดขนาด 10-25% แบ่งให้ทุก 2-6 ชั่วโมง และประเมิน

โรงพยาบาลพนัสนิคม

Doctor's Order Sheet – Alcohol withdrawal Syndrome

Progress Note	Order for one day	Order for continue
Date Time		
<p>Diagnosis</p> <p>1. Alcohol withdrawal</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> หยุดหรือลดการดื่มสุรา เมื่อ</p> <p>และมีอาการ ≥ 2 ข้อ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> เหงื่อออก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> สั่น</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hallucination</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> N/V</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> กระวนกระวาย</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> disorientation</p> <p>ตรวจร่างกาย</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Pupil</p> <p>AWS =</p> <p>2.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> Alcohol dependence (ดื่ม > 4 ครั้ง / wk.) เหล้า 1 แบน / วัน เบียร์ 7 กระป๋อง / วัน หรือ 4 ขวด / วัน  Harm Full drinking (2-3 ครั้ง / wk.) เหล้า 1/3 แบน/วัน เบียร์ > 4 กระป๋อง / วัน > 2 ขวด / วัน 	<p>- CBC, BUN /Cr, E'lyte, LFT, DTX, UA</p> <p>- ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง 1 ใน 3 ข้อ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> เคยมี DT, หรือชักหลังขาดสุรา</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PR>100, Tremor, กระตุก</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ดื่มเหล้ามากและนานกว่า 15 ปี (เหล้าขาว >1/2 ขวด/วัน)</p> <p>Notify แพทย์เพื่อเริ่ม ora/IV loading regimen</p> <p>- ประเมิน AWS แรกรับ</p> <p>If AWS 1-4 ประเมินซ้ำทุก 6 ชั่วโมง</p> <p>AWS ≥ 5 ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>AWS ≥ 10 ประเมินซ้ำทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>AWS ≥ 15 ประเมินซ้ำทุก 1 ชั่วโมง</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> IV loading regimen:</p> <p>กรณีผู้ป่วยมีประวัติเสี่ยง หรือ AWS ≥ 15 or PR > 100/min or ชัก)</p> <p>- Diazepam 10 mg IV q 30 นาที จนสงบ then 10 mg IV q 2 hr. จนหลับได้ light sleep นาน 6-8 hr</p> <p>+ AWS q 1 hour ถ้าไม่สงบหลังได้ Diazepam 30 mg ใน 30 นาที notify แพทย์</p> <p>-if AWS ≥ 15 และ SBP ≥ 110 ให้ Diazepam <input checked="" type="checkbox"/> 5 mg. IV or <input checked="" type="checkbox"/> 10 mg. IV prn q 2 hr จนได้ light Sleep (ปลุกตื่น)</p> <p>- Observe Neuro sign + อาการชัก ถ้าผิดปกติ notify แพทย์</p> <p>- DTX q 8 keep 70-200</p>	<p>- Regular / Soft / liquid diet or NPO</p> <p>- V/S</p> <p>- Mouth hygiene, ฝีาระวังการสำลัก, Falling, อาการชัก</p> <p>- Med</p> <p>1. Diazepam(5 mg.)</p> <p><u>Fixed-dose regimen:</u> AWS 5-9</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 2 tab oral q 6 hr. และประเมิน AWS q 4 hr.</p> <p><u>Oral loading regimen:</u> AWS 10-14</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 4 tab oral q 2 hr. และประเมิน AWS q 2 hr.</p> <p>2. B1 100 mg. IV OD x 3 days</p> <p>3. B1 – 6 – 12 1x3 pc.</p> <p>4. Folic 1x1 oral pc. เข้า</p> <p>- หลังผู้ป่วยสงบได้นาน 6-8 hr. และ AWS < 15 notify แพทย์เพื่อให้การรักษาด้วย Modified oral fixed-dose regimen (ปรับลดขนาด Diazepam ลง 10-25% แบ่งให้ทุก 2-6 ชั่วโมง, ประเมิน AWS q 1 hr. if AWS > 15 ให้ Diazepam 10 mg IV prn เสริม)</p> <p>- observe phlebitis, อาการหายใจไม่สม่ำเสมอ/หยุดหายใจ, หลับลึก ถ้ามีอาการผิดปกติ notify แพทย์</p> <p>- notify พยาบาลคลินิกบำบัดสุรา หลังผู้ป่วย มี AWS < 5</p>

หมายเหตุ ถ้ามี Liver impairment กรณีทานได้ พิจารณาให้ Ativan แทน Diazepam โดยเทียบ equivalent dose (Ativan 1 mg. = Diazepam 5 mg.)

1. แนวทางการสัมภาษณ์ประวัติการดื่ม alcohol

- ชนิด alcohol และสารเสพติดอื่นที่ใช้ร่วม
- ความถี่ของการดื่ม ปริมาณที่ใช้ในแต่ละวันโดยเฉลี่ย
- ระยะเวลาที่ดื่ม
- ครั้งสุดท้ายดื่มเมื่อไร ปริมาณเท่าไร
- ประวัติอาการขาดสุรา, blackout and seizures
- ประวัติโรคทางกาย และจิตเวช
- ยาที่ใช้เป็นประจำ
- ประวัติอุบัติเหตุ และการผ่าตัด
- คนดูแลใกล้ชิดคือใคร
- สภาพแวดล้อมที่บ้าน
- แรงจูงใจที่มารักษา
- บุคลิกภาพเดิม และการเปลี่ยนแปลง
- ประวัติการรักษาโรคติดสุราหรือสารเสพติดที่ผ่านมา

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Delirium tremens (ข้อที่มี * อย่างน้อย 1 ข้อ เป็นปัจจัยที่สำคัญ)

- ประวัติของการขาดสุราแล้วชัก หรือเคยมีอาการ delirium tremens มาก่อน*
- มีอาการขาดสุรารุนแรง เช่น สั่นมาก, pulse > 100 ครั้ง/นาที, ชักกระดูก*
- ดื่ม alcohol ติดต่อกันนานกว่า 15 ปี*
- มีไข้สูงลอย Temp > 39 องศาเซลเซียส
- มีโรคหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นไม่ปกติ หัวใจวาย โรคปอด ถุงลมโป่งพอง ไตบกพร่อง ตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ อาเจียนเป็นเลือด severe dehydration, hypokalemia, hypomagnesemia, head injury, bone fracture, status epilepticus
- อายุ > 60 ปี
- ใช้สารเสพติดหรือยากล่อมประสาทอื่น

3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุรา

3.1 บรรยากาศและสภาพแวดล้อม

- มีเตียงจัดเป็นสัดส่วน มุมสงบปลอดภัย ไม่มีสิ่งรบกวน
- มีแสงไฟหิวเตียง มีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด (close observation) เป็นเวลา 3 วัน
- พุดซ้าๆ ชัดๆ ปลอดภัย และมีการสบตาผู้ป่วยเพื่อลดความกังวล
- สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการต่อว่า หรือโต้เถียงกับผู้ป่วย

- อธิบายอาการขาดสุราและขั้นตอนการดูแลรักษาทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ปลอดภัยผู้ป่วยว่าจะผ่านพ้นไปด้วยดี
- ป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้น เช่น ตกเตียง หกล้ม ทาร้ายร่างกายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น
- แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงวัน เวลา สถานที่ บุคคล และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นประจำวัน
- มีปฏิทิน และนาฬิกาให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ชัดเจน

3.2 การประเมินอาการขาดสุราและเฝ้ารอ

- แพทย์ตรวจร่างกายและระบบประสาทอย่างละเอียด
- แพทย์สั่งเจาะเลือดตรวจดู CBC, MCV, blood electrolyte, liver function test, GGT, uric acid, BUN ใช้เป็น state marker for alcohol dependence, ส่งตรวจหา viral hepatitis B and C และ Ultrasound upper abdomen (หากจำเป็น) เพื่อดูภาวะแทรกซ้อน และประกอบการวางแผนรักษา เพื่อนำมาประกอบใช้ร่วมกับการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ลดละเลิกการดื่มสุรา
- แพทย์ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายรุนแรง Wernicke-Korsakoff syndrome เช่น hepatic encephalopathy, severe hepatitis, cardiomyopathy, subdural hematoma, aspirated pneumonia, seizure, GI bleeding, pancreatitis, DM และขอคำปรึกษาจากแพทย์ต่างแผนกตามความเหมาะสม
- พยาบาลประเมินอาการขาดสุราด้วย AWS
 - ถ้า AWS ≥ 15 หรืออยู่ระหว่าง loading regimens ประเมินทุก 1 ชม.
 - ถ้า AWS อยู่ระหว่าง 10-14 หรืออยู่ระหว่าง Modified oral fixed-dose regimens ประเมินทุก 2 ชม.
 - ถ้า AWS อยู่ระหว่าง 5-9 ประเมินทุก 2-4 ชม.
 - ถ้า AWS < 5 ประเมินทุก 6 ชม. จนกระทั่ง AWS < 5 ทุกครั้งติดต่อกันจนกระทั่งครบ 24 ชม. จึงหยุดประเมิน
- พยาบาลวัด pulse, blood pressure ทุก 2 ชั่วโมงในวันแรกที่ AWS ≥ 15 จนกระทั่งสัญญาณชีพสม่ำเสมอครบ 24 ชม. หรือผู้ป่วยหลับค่อยประเมินตามปกติ
- พยาบาลบันทึกขนาดยาที่ใช้ทุกครั้ง และสรุปยอดรวมแต่ละวันรายงานแพทย์ เพื่อปรับขนาดยาในแต่ละวันให้เหมาะสม
- แพทย์หรือพยาบาลประเมิน insight แรงจูงใจในการรักษา และตัวกระตุ้นให้เกิดความอยากดื่มสุราระหว่างนอนรักษาหรือก่อนจำหน่าย

3.3 การใช้ยาเพื่อรักษาอาการขาดสุรา (detoxification)

3.3.1 ถ้า AWS ครั้งแรก 8-9 คะแนน ให้ยาแบบ oral fixed dose regimen ดังนี้

ที่	6.00 น.	12.00 น.	18.00 น.	24.00 น.	หมายเหตุ
1	Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg.	Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg.	Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg.	Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg.	ประเมินอาการด้วย AWS ทุก 2 ชั่วโมง ช่วงระหว่าง dose ถ้าประเมิน AWS แต่ละครั้ง
2	Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg.	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg.	Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg.	ได้ค่าคะแนน ≥ 15 ให้ยา Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg. เสริมได้ระหว่างมือ
3	Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg.	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg.	
4	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	

ที่	6.00 น.	12.00 น.	18.00 น.	24.00 น.	หมายเหตุ
5	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	ไม่ให้ยา	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	เริ่มให้ยา SSRI 20-40 mg รับประทานเช้า or Trazodone 50-100 mg. ก่อนนอน ทานต่อเนื่องตลอด การติดตามผลการรักษา หรือ ยาลด craving อื่นๆ ตาม การพิจารณาของแพทย์
6	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	ไม่ให้ยา	ไม่ให้ยา	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	
7	ไม่ให้ยา	ไม่ให้ยา	ไม่ให้ยา	Diazepam 5 mg. หรือ Lorazepam 1 mg.	
8	ไม่ให้ยา	ไม่ให้ยา	ไม่ให้ยา	ไม่ให้ยา	

3.3.2 ถ้า AWS อยู่ระหว่าง 10-14 ให้ยาแบบ Oral front loading regimen ดังนี้

- ให้ Diazepam 20 mg หรือ lorazepam 4 mg กินทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะหลับ โดยมีพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด และรายงานแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ ประเมินอาการด้วย AWS ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าได้ค่าคะแนน ≥ 20 ให้ยา Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg. เสริมได้ระหว่าง dose (อาจได้ยา Lorazepam 40 mg. ใน 4 ชั่วโมงแรก)
- ถ้าผู้ป่วยไม่สงบต้องรายงานแพทย์ทันที เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนและแก้ไข พิจารณาให้ Oral front loading regimen ต่อ
- หลังจากผู้ป่วยสงบและหลับได้ยาวนาน 6-8 ชั่วโมง จึงค่อยเริ่มต้นเข้าสู่ Modified oral fixed-dose regimen ในวันถัดมา
- Modified oral fixed-dose regimen: คำนวณโดยใช้ขนาดยาทั้งหมดที่ได้ในวันนั้น ปรับลดขนาดร้อยละ 10-25 ของขนาดยาทั้งหมด แล้วแบ่งให้ทุก 2-6 ชั่วโมง ในวันถัดมา

แม้ว่าจะเริ่มต้นเข้าสู่ Modified Fixed schedule regimen ก็ตาม จะต้องเฝ้าดูอาการด้วย AWS ทุก 1 ชั่วโมงไปก่อน ถ้าได้ค่าคะแนน ≥ 15 ก็สามารถให้ยา Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg. เสริมได้ระหว่าง dose ถ้าได้ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 8-14 จึงค่อยประเมิน AWS ทุก 2 ชั่วโมง ตามแผน Fixed schedule regimen

3.3.3 ถ้า AWS ≥ 15 ให้ยาแบบ Intravenous front loading regimen ดังนี้

- ให้ diazepam 10 mg. ฉีดเข้าเส้นเลือดดำทันที ตามด้วย 10 mg ทุก 10-15 นาที จนกว่าจะมี light sleep (หลับแบบปลุกตื่นได้) 6-8 ชั่วโมง ถ้าอาการไม่สงบเพียงพอ หลังจากได้ Diazepam 30 mg. ใน 30 นาที ให้ตามแพทย์ และติดตาม vital signs อย่างใกล้ชิด (แพทย์สามารถให้ Diazepam iv ได้สูงสุด 150 mg/day)
- หลังจากนั้น ใช้ diazepam 10 mg. ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าจะหลับตื่น(light sleep) ที่สามารถปลุกตื่นได้ ต่อเนื่อง 6 – 8 ชั่วโมง ในวันถัดมาหากผู้ป่วยอาการยังไม่สงบลง ยังมี AWS ≥ 15 แต่สามารถรับประทานยาได้ให้เปลี่ยนเป็น oral loading regimen แทน
- หากผู้ป่วยนอนได้ต่อเนื่อง สามารถรับประทานทานยาได้ และ AWS ลดลงจน < 15 ให้เปลี่ยนเป็น Modified oral fixed-dose regimen ในวันถัดมา
- Modified oral fixed-dose regimen : ให้คำนวณขนาดยาจากจำนวนยาทั้งหมดที่ได้ในวันนั้น ปรับลดขนาดร้อยละ 10-25 ของขนาดยาทั้งหมด แล้วแบ่งให้ทุก 2-6 ชั่วโมง ในวันถัดมาแม้ว่าจะเริ่มต้นเข้าสู่ Modified fixed-dose regimen ก็ตาม จะต้องเฝ้าดูอาการด้วย AWS ทุก 1 ชั่วโมงไปก่อน ถ้าได้ค่าคะแนน ≥ 15 ก็สามารถให้ยา Diazepam 10 mg. หรือ Lorazepam 2 mg. เสริมได้ระหว่าง dose ถ้าได้ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง

5-9 จึงค่อยประเมิน AWS ทุก 2 ชั่วโมง ตามแผน Fixed schedule regimen

3.4 การให้ Haloperidol ในการรักษาเสริม

1. จะให้ Haloperidol ในผู้ป่วย alcohol withdrawal ในกรณีที่มีอาการ Hallucination หรือ Delusion หรือมี uncontrolled behavior หลังจากได้ Benzodiazepine อย่างเพียงพอ
2. ขนาดที่ให้ 2.5-5 mg IV หรือ IM ในชั่วโมงถัดมาสามารถให้ซ้ำได้อีก 3 ครั้ง หลังจากนั้นให้ทุก 6 ชั่วโมง ตามความจำเป็น
3. ควรมีการพิจารณาความจำเป็นการให้ Haloperidol หลังจากให้แล้ว 48 ชั่วโมง ถ้าอาการ Hallucination และ Delusion ยังมีอยู่ หรือมีประวัติ alcoholic hallucinosis ค่อยให้ยาต่อเนื่องในขนาดต่ำนานประมาณ 8 สัปดาห์

3.5 การรักษาตามอาการ (Symptomatic relief)

1. ถ้าคลื่นไส้อาเจียน ให้ Domperidone
2. อาการ Heartburns หรือ indigestion ให้ Alum milk
3. อาการท้องเสีย ให้ Lomotil
4. อาการปวดศีรษะ ให้ Paracetamol
5. เป็นตะคริว ให้ Quinine sulphate 300 mg. bid (ระวังการเกิด cardiac toxicity)

3.6 การให้ยาเสริมอื่นๆ

- ให้วิตามิน B1 (Thiamine) 100 mg. หรือ B 1-6-12 1 amp. IV OD. อย่างน้อย 3 วัน ร่วมกับ B1-6-12 รับประทานวันละ 3 ครั้งๆละ 1 เม็ด ตลอด 7 วัน
- Multivitamin รับประทานวันละ 3 ครั้งๆละ 1 เม็ด ตลอด 7 วัน
- ตรวจวัดระดับโปแตสเซียมในเลือด ถ้าต่ำกว่า 2.5-3.0 mmol/L ให้ KCl 180-240 mmol/d วันละ 2 ครั้ง monitor plasma K
- ให้น้ำและเกลือแร่เพียงพอ ให้แมกนีเซียม, Folate, Zinc, vit A, D, E อย่างพอเพียง

3.7 การใช้ยาจิตเวชอื่นและยาลดอาการอยากสุราหรือยาเบื่อสุรา*เมื่อผ่านช่วง Acute phase แล้ว (ในช่วง acute phase ที่ยังมีภาวะ delirium tremens ยังไม่ต้องพิจารณาให้การรักษาในข้อนี้ ให้รักษาจนภาวะ Delirium Tremens ดีแล้วค่อยเริ่มสลับค้นโรคร่วมอื่นเพิ่มเติม)

- ให้ยา Antidepressant เช่น SSRI (Fluoxetine 20 –40 mg วันละครั้งหลังอาหารเช้า) or Trazodone 50-100 mg วันละครั้งก่อนนอน or Mianserin 30 mg วันละครั้งก่อนนอน ในวันที่ 5 เพื่อลดอาการซึมเศร้าและนอนหลับได้
- ให้ยาเบื่อสุรา Antabuse 250 mg วันละครั้งหลังอาหารเช้า กรณีมีแรงจูงใจและมีปัญหาควบคุมการดื่มไม่ได้ในวันก่อนกลับบ้านและให้กินต่อบ้าน ควรแนะนำฤทธิ์ของยานี้แก่ผู้ป่วยและญาติ วิธีแก้ไขกรณีผู้ป่วยเผลอไปดื่มสุราแล้วมีอาการ aldehyde intoxication
- ให้ยาลดความอยากสุรา Naltrexone (Rivia) 50 mg วันละครั้งหลังอาหารเช้า กรณีมีแรงจูงใจและมีปัญหาอยากสุรามากใช้ยานี้นาน 3-6 เดือน มีข้อห้ามใช้กรณี liver enzyme > 3 เท่าของค่าปกติ
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมี subjective craving สามารถพิจารณาให้ Topiramate เริ่มต้น 25 mg แล้วปรับระดับขึ้นสัปดาห์ละ 25-50 mg แล้วแต่การทนผลข้างเคียงของผู้ป่วย โดยขนาดขั้นต่ำที่ควรจะได้ คือ 100-200 mg

3.8 แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา(Clinical Nursing Practice Guideline) เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการขาดสุรา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย/ทางจิต

3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ/กลับบ้าน

การประเมินผู้ป่วย

1. ชักประวัติ

ชนิดของสุราและสารเสพติดอื่นๆ ที่ ผู้ติดสุราใช้ ความถี่ของการใช้ ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มต่อวัน ระยะเวลาของการดื่ม เวลาและปริมาณสุราที่ดื่ม ครั้งสุดท้าย ประวัติของการเกิดอาการขาดสุรา ซึ่งเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญที่สุดถึงโอกาสที่จะเกิดอาการ ขาดสุราในครั้งต่อมา และประวัติการชัก นอกจากนี้ประวัติอื่นที่ควรซักร่วมด้วย ได้แก่ ประวัติการบำบัด รักษาสุรา ประวัติการเจ็บป่วยอื่นทั้งทางกายและจิตเวช ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ อาการสำคัญที่มา และ อาการปัจจุบันรวมถึงประวัติการแพ้ยาด้วย

2. ตรวจร่างกาย

เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการ ตรวจสภาพร่างกายทั่วไป

ฟัง คลำ เคาะ ตรวจสัญญาณชีพ Glasgow coma score ระดับความรู้สึกตัวสังเกตความผิดปกติของร่างกาย เช่น ตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องบวม ท้องมาน มีบาดแผล การผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยช้ำ รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแรงของแขนขา

3. ประเมินอาการขาดสุรา

เครื่องมือในการประเมินอาการขาดสุราที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยในการ ประเมินและติดตามอาการขาดสุราที่เป็นที่ยอมรับและนิยมใช้เช่น Alcohol Withdrawal Scale (AWS), Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar), Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) ควรจะประเมินตั้งแต่แรกรับและประเมินเป็นระยะตามความจำเป็นคะแนน จากการประเมินอาจผิดพลาดได้กรณีมีภาวะแทรกซ้อน ไม่ควรยึดคะแนนจากแบบประเมินเพียงอย่างเดียว ควรจะอาศัยการตัดสินใจทางคลินิกและการสังเกตอื่นร่วมด้วยเนื่องจากบางอาการอาจเกิดจากภาวะ แทรกซ้อนอื่น ซึ่งจากการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราในประเทศไทยจะพบว่า มีการใช้ แบบประเมินอาการขาดสุราอยู่ 2 ชนิดคือ CIWA-Ar และ AWS เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินอาการขาดสุรา แล้วมีเกณฑ์การแปลผลตามคะแนน ดังนี้

AWS	CIWA-Ar	การแปลผล	การให้ยา
1-4 คะแนน	1-9 คะแนน	มีอาการขาดสุราเล็กน้อย	อาจไม่จำเป็นต้องให้ยา
5-9 คะแนน	10-14 คะแนน	มีอาการขาดสุราปานกลาง	การรักษาด้วยยาช่วยลด โอกาสเกิดอาการ ขาดสุราที่รุนแรง
10-14 คะแนน	15-18 คะแนน	มีอาการขาดสุรารุนแรง	ต้องได้รับการรักษาด้วยยา และติดตามอาการอย่าง ใกล้ชิด
มากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ 19 คะแนน	มีอาการขาดสุรารุนแรงมาก	ต้องให้การรักษาด้วยยา ขนาดสูงเพื่อทำให้อาการ สงบอย่างรวดเร็ว

4. การประเมินทางห้องปฏิบัติการ

- 4.1 ตรวจเลือด วัด การทำงาน ของตับ (Liver Function Test) การทำงานของไต ระดับเกลือแร่ ที่สำคัญ ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การวัดความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count)
- 4.2 ตรวจปัสสาวะเพื่อดูการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ประเมินการทำงานของไตเบื้องต้น และตรวจหาสารเสพติดบางตัว ซึ่งสามารถบอกได้ทั้งชนิดของสารและปริมาณสารที่ขับออกมาได้
- 4.3 ตรวจเอกซเรย์ปอด เพื่อตรวจหาความผิดปกติของปอด

5. ประเมินสภาพจิต

อาการทางจิตอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะเมาสุรา อาการขาดสุรา หรือเป็น อาการที่เกิดจากภาวะ

โรคจิตร่วมด้วย ซึ่งพบได้บ่อยในกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรัง กลับดื่มซ้ำบ่อย ทั้งนี้มีสาเหตุ ได้หลายอย่าง เช่น ในผู้ดื่มเรื้อรังมักมีปัญหาสุขภาพจิตตามมา หรือในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือป่วยด้วย โรคจิตเวช มักมีการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย เพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตน ดังนั้นในผู้ป่วย ที่มาด้วยปัญหาการดื่มสุราทุกรายควรได้รับการประเมินสภาพจิตร่วมด้วย ดังนี้

- 5.1 การเสพยาเสพติดอื่นร่วม เช่น ยาบ้า กัญชา สารระเหย เป็นต้น
- 5.2 ความสัมพันธ์ของโรคจิตกับการดื่มสุรา ได้แก่ การเกิดโรคทางจิตเวช ภายหลังจากการดื่ม สุราเป็นเวลานาน หรือมีภาวะทางจิตเวชก่อนการดื่มสุรา
- 5.3 ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยประเมินสาเหตุซึ่งจะนำมาสู่การฆ่าตัวตายเพื่อหาแนวทางการช่วยเหลืออย่างตรงประเด็น
- 5.4 ประเมินภาวะซึมเศร้า
- 5.5 ประเมินความเครียดและความรู้สึกสูญเสีย
- 5.6 ประเมินระดับอาการทางจิตได้แก่ หงุดหงิด ก้าวร้าว ทำร้ายของ ทำร้ายคนอื่น หูแว่ว ภาพหลอน ซึมเศร้า คิดจะทำร้ายตนเอง ระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย งุนงง สับสน หลงลืม เป็นต้น

6. การประเมินโรคทางกายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราโดยแบ่งเป็น

- 6.1 ภาวะแทรกซ้อนทางกายในช่วงเมาสุรา ที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง(Subdural Hematoma) ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Gastrointestinal Haemorrhage)
- 6.2 ภาวะแทรกซ้อนในช่วงขาดสุรา ได้แก่ ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง Grandmal Seizure, Aspirate Pneumonia, Electrolyte Imbalance
- 6.3 ภาวะโรคร่วมทางกาย Alcoholic Hepatitis, Liver Cirrhosis, Electrolyte Imbalance, Hypokalemia, Wernicke's Encephalopathy, Korsakoff's syndrome

7. การประเมินทางด้านสังคม เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้าง การมีปัญหาในที่ทำงานหรือตงาน ภาวะเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม

8. การประเมินด้านจิตวิญญาณ เกี่ยวกับทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต

3.9 การวางแผนการพยาบาล

เมื่อรับผู้ป่วยสุราไว้ในหอผู้ป่วยในและมีการประเมินผู้ป่วย ซึ่งบางรายอาจประเมินได้อย่างครบถ้วน

แต่บางรายอาจยังไม่ครบถ้วน โดยขึ้นกับอาการของผู้ป่วยสุราแต่ละราย แต่กิจกรรมการพยาบาลสามารถเกิดขึ้นได้เลย โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราที่มีโอกาสพบบ่อย ดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรา
2. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดสุรา
3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (ขณะเกิดภาวะ Delirium Tremens)
4. เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น(ขณะเกิดภาวะ Delirium Tremens)
5. เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรลัยท์
6. บกพร่องในกิจวัตรประจำวัน
7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก
8. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา
9. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะโพแทสเซียมหรือแมกนีเซียมต่ำ
10. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ
11. ผู้ป่วยมีภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน
12. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดื่มสุรา

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังด้านร่างกาย	อาจทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น
1. การเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ	1. ประเมินอาการทางจิต
2. เฝ้าระวังภาวะชักที่อาจเกิดใน 24 ชม. หรือหยุดตี๋ม	2. ประเมินอาการทางกาย เพื่อประกอบการบริหารจัดการยา PRN
3. เฝ้าระวังการสำลักอาหาร + ชาดน้ำ	3. ชักประวัติการมียาเสพติดร่วม
4. เฝ้าระวังการเสียน้ำจากการอาเจียน + ถ่ายเหลว	4. ให้ข้อมูลเรื่องโรค & การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย &ญาติ จนเข้าใจ
5. เฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	5. ประเมินความรุนแรงของอาการขาดสุรา
6. ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ ในกรณีเกร็ดเลือดต่ำ	6. พิจารณาผูกมัด ถ้าจำเป็น
7. เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง Subdural hematoma	7. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย
8. ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIB)	8. ดูแลให้ได้รับอาหาร และสารน้ำอย่างเพียงพอ
9. Electrolyte imbalance เช่น NG , K, CA , Po ₄ , Mg	
10. ภาวะตับอักเสบ (Alcoholic Hepatics)	
11. Cardiomyopathy	
12. อาการทางสมองจาก Alcohol (Alcohol – induced persisting amnesic disorder korsakoff's syndrome	

โดยข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลจะเกิดขึ้นตามสภาวะอาการของผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา ดังนี้

กรณีผู้ป่วยรับใหม่ยังไม่มีอาการขาดสุรา ชักประวัติการดื่มสุราได้ว่าการดื่มเป็นประจำหรือเคยหยุดดื่มแล้วมีอาการขาดสุราในระดับที่ยังไม่รุนแรง เช่น นอนไม่หลับ มือสั่น หงุดหงิด คลื่นไส้ ฯลฯ

ข้อวินิจฉัยที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรา		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. มีประวัติการดื่มสุรา เป็นประจำและหยุดดื่มทันที 2. เคยมีประวัติหยุดดื่ม สุราและเกิดอาการ ขาดสุรา	ไม่เกิดอาการขาดสุรา(ภายใน 72 ชม.)	1. ชักประวัติแบบแผนการดื่มสุราอย่างละเอียด ครบถ้วน 2. ประเมินอาการขาดสุราทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 3 วันซึ่งเป็นระยะที่พ้นจากการเกิดอาการขาดสุรา 3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร สารน้ำอย่างเพียงพอ 5. ดูแลความสะอาดร่างกาย ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 4-6 ชั่วโมง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากระตุ้น 6. ให้อาตามแผนการรักษาของแพทย์(กรณีแพทย์พิจารณาให้ยา เพื่อป้องกันอาการขาดสุรา) 7. เฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยาป้องกันอาการ ขาดสุราซึ่งยาจะมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ได้แก่ อาการ ง่วงซึม เคลื่อนไหวไม่ดี เดินเซ มึนงง หายใจช้า 8. ส่งต่อการดูแลกับพยาบาลเวรถัดไป

กรณีผู้ป่วยเกิดอาการขาดสุราแล้วแต่ยังไม่รุนแรง เช่น มือสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ หงุดหงิด ฯลฯ
การรับรู้ของผู้ป่วยยังเป็นปกติ

ข้อวินิจฉัยที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการขาดสุรา		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<ol style="list-style-type: none"> มีอาการขาดสุราเช่น มือสั่น เหงื่อออก คลื่นไส้ หงุดหงิด มีคะแนนประเมิน อาการขาดสุรา (AWS \leq 14, CIWA-Ar \leq 19) 	<p>ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้</p> <p>อาการขาดสุราทุเลาลง</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินสัญญาณชีพและอาการขาดสุราทุก 2 ชั่วโมง จนอาการ ขาดสุราทุเลาลงเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับอาการ ขาดสุรา ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลัง การให้ยา เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยากดระบบประสาท ส่วนกลางมาก เช่น ง่วงนอนมาก หายใจช้า การทรงตัวไม่ดี เดินเซ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หากพบอาการดังกล่าวต้องรีบรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับขนาดยา ดูแลความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง โดยจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการดำเนินของอาการขาดสุรา

กรณีผู้ป่วยเกิดอาการขาดสารน้ำรุนแรง (Delirium Tremens) ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามข้อมูลสนับสนุน ได้แก่

- : เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
- : เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น
- : เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์
- : บกพร่องในกิจวัตรประจำวัน

ข้อวินิจฉัยที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีอาการรุ่มววย สับสน อยู่ไม่นิ่ง จากอาการขาดสารน้ำรุนแรง (Delirium Tremens) 2. มีคะแนนประเมิน อาการขาดสารน้ำ (AWS \geq 15, CIWA-Ar \geq 20) 	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิด อุบัติเหตุ	<ol style="list-style-type: none"> 1. จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ลดสิ่งกีดขวาง แสงสว่างเพียงพอ ลดสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น 2. ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พิจารณาผูกยึดผู้ป่วย โดยใช้ผ้าผูกยึดที่บุฟองน้ำเพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างมาก เมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 3. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง 4. จัดเตียงผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลเพื่อการเฝ้าระวัง อย่างใกล้ชิด 5. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึดและการดำเนินของโรค 6. ตรวจสอบอาการ สังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคือง หรือบาดแผล 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ปัสสาวะหรืออุจจาระตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 8. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 9. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลัง การให้ยา 10. วัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสารน้ำทุก 15-30 นาที 11. เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่องจนกว่าอาการจะทุเลา

ข้อวินิจฉัยที่ 4 เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองและผู้อื่น		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง อย่าง รุนแรง หลงผิด ไม่ยอม ให้ความร่วมมือในการรักษา ตะโกนเสียงดัง ตำหนอผู้อื่นจากอาการ ขาดสุราชั้นรุนแรง (Delirium Tremens)</p>	<p>ไม่เกิดอุบัติเหตุผู้ป่วย ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น 2. กรณีผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการถูกทำร้าย เช่น เอะอะ เสียงดัง ตำหนอผู้อื่น บ้วนน้ำลายใส่ผู้อื่น ชี้แจงให้ผู้ป่วยอื่นทราบว่า เป็นการดำเนินของโรคช่วงเวลาหนึ่งและอาการจะสงบลง 3. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเอื้อต่อการพักผ่อนนอนหลับได้ ลดสิ่งกระตุ้น อากาศถ่ายเทสะดวก มีอุปกรณ์เครื่องใช้เท่าที่จำเป็น ไม่มีสิ่งก่อก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้ป่วยอื่นเช่น อาวุธ ของแหลม ไม้ แก้ว เป็นต้น 4. พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยใช้ ผ้าผูกยึดที่บุฟองน้ำ เพื่อป้องกันการระคายเคืองผิวหนังขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว ขณะให้การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วย อย่างมาก เมื่อมีการผูกยึดต้องบอกผู้ป่วยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ 5. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง 6. แจ้งให้ญาติทราบถึงเหตุผลของการผูกยึด และการดำเนินของโรค 7. ตรวจสอบอาการ สังเกตสีผิวหนังเพื่อป้องกันการระคายเคือง หรือบาดแผล วัดสัญญาณชีพ และประเมินอาการขาดสุรา ทุก 15-30 นาที 8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหรือออกจากระตามที่ผู้ป่วยต้องการ หรืออย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง 9. คลายผ้าผูกยึดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง 10. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการก่อนและหลัง การให้ยา 11. เผื่อระวังการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยที่ 5 เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
มีอาการสับสน วุ่นวาย อยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหว ร่างกายอยู่ตลอด มีเหงื่อออกมาก	ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร น้ำเพียงพอ ไม่เกิดภาวะ ขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินปริมาณอาหาร น้ำที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ในแต่ละมื้อ ประเมินภาวะขาดน้ำโดยดูจากความชุ่มชื้นของริมฝีปากและผิวหนัง ความเข้มข้นของปัสสาวะ หากมีสีเหลืองเข้มแสดงว่าขาดน้ำ ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถึงระดับเกลือแร่ในกระแส เลือด ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอทั้งทางปากและ ทางหลอดเลือดดำ บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกในแต่ละเวร

ข้อวินิจฉัยที่ 6 บกพร่องในกิจวัตรประจำวัน		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยมีอาการ มึนงง สับสน ไม่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรเองได้	กิจวัตรประจำวันของ ผู้ป่วยได้รับการดูแล อย่างถูกสุขลักษณะ	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย พร้อมช่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยตามระดับอาการ โดยดูแลความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย และดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับสารอาหาร น้ำอย่างเพียงพอ ประเมินอาการและการรับรู้ของผู้ป่วย พร้อมให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ ผู้ป่วย เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม ตกเตียง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย ให้ข้อมูลแก่ญาติในเรื่องการดำเนินของโรคและส่งเสริมให้ญาติ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

กรณีผู้ป่วยเคยมีประวัติชักหลังหยุดตีเม็สุรา แต่ช่วงที่มารักษาภายใน 48 ชั่วโมงยังไม่เกิด ภาวะชักแต่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเกิดภาวะชัก

ข้อวินิจฉัยที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชัก		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยเคยมีประวัติชัก หลังหยุดตีมนุสรา และมี ประวัติ หยุดตีมนุสรา ภายใน 48 ชั่วโมง	ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะชัก	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชักประวัติแบบแผนการตีมนุสรา ประวัติการเกิดอาการขาดสุรา และการชักหลังหยุดตีมนุสรา 2. แจ้งถึงอาการเตือนแก่ผู้ป่วยก่อนชัก ได้แก่ เวียนศีรษะ จุกแน่นท้อง คลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หน้าแดง เหงื่อแตก ขนลุก มีความผิดปกติ
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
		<p>ทางอารมณ์ เช่น รู้สึกกลัว</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีเสียงดังอีกที ไฟกระพริบ เพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดการชัก 4. จัดผู้ป่วยนอนเตียงต่ำเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการตกเตียง หากเกิดภาวะชัก 5. แจ้งผู้ป่วยเตียงที่ใกล้เตียงที่มีการรับรู้ปกติช่วยดูแลหากพบผู้ป่วยชัก ให้จัดทำผู้ป่วยนอนตะแคงพร้อมเรียกพยาบาลทันที 6. ตรวจวัดสัญญาณชีพและประเมินอาการขาดสุราตามระดับอาการ ขาดสุรา 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกัน ภาวะชัก

ข้อวินิจฉัยที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดตีมนุสรา		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็ง ทั้งตัวและมีประวัติ หลังหยุดตีมนุสรา..... ชั่วโมง	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ระวังไม่ให้ศีรษะ และลำตัวผู้ป่วยกระแทกของแข็ง ขณะชัก เพื่อป้องกันการเกิดการบาดเจ็บ 2. นำอาหารหรือฟันปลอมที่มีอยู่ในช่องปากออก ปลอดภัยที่รัดออก ให้หายใจได้สะดวก 3. จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง 4. ห้ามใช้ไม้กลัดลิ้นหรือวัตถุใดๆสอดเข้าปากหรือจัดปาก ขณะผู้ป่วย เกร็งเพราะอาจทำให้ช่องปากเกิดการบาดเจ็บได้ 5. ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตการเปลี่ยนแปลง หลังการให้ยา 6. ผู้ป่วยหลังชักอาจมีอาการมึนงงอยู่ ขณะยังไม่รู้สติห้ามผูกมัดผู้ป่วย เพราะจะกระตุ้นผู้ป่วยให้

		ทำการต่อสู้รุนแรง ระหว่างนี้ควรดูแล อย่างใกล้ชิด จนกว่าจะฟื้นเป็นปกติ 7. หลังซັกควรปล่อยให้หลับต่อ ห้ามป้อนอาหารหรือยา จนกว่าจะฟื้น เป็นปกติ เพราะอาจจะสำลักได้ 8. เฝ้าระวังการชักซ้ำ
--	--	---

กรณีผู้ป่วยมีภาวะเกลือแร่ในร่างกายต่ำได้แก่ โพแทสเซียม แมกนีเซียม ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์และเกิด อาการแขนขาอ่อนแรง

ข้อวินิจฉัยที่ 9 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงจากภาวะโพแทสเซียมหรือแมกนีเซียมต่ำ		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนเพลีย แขน ขาอ่อนแรง ทรงตัวไม่ดี มีระดับโพแทสเซียม หรือแมกนีเซียมต่ำกว่าเกณฑ์ (โพแทสเซียม ค่าปกติ 3.5-5.1 mmo/L แมกนีเซียม ค่าปกติ 1.6-2.6 mg/dl)	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ ระดับ โพแทสเซียมหรือแมกนีเซียมเข้าสู่ระดับ ปกติ	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการอ่อนเพลีย แขน ขาอ่อนแรง โดยเฉพาะต้นขา และต้นแขน* ดูแลให้ได้รับโพแทสเซียม หรือแมกนีเซียมทดแทนตามแผนการรักษา ของแพทย์ ประสานกับโภชนาการ จัดอาหารที่มีโพแทสเซียมและแมกนีเซียม ให้ผู้ป่วยรับประทาน อธิบายสาเหตุการเกิดภาวะดังกล่าวให้ผู้ป่วย และญาติทราบเพื่อให้ เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ จนกว่าระดับเกลือแร่ ที่ขาดเข้าสู่ระดับปกติ ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ความสะอาดของ ร่างกาย และการขับถ่าย ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการต่อเนื่อง

* การประเมินภาวะแขน ขาอ่อนแรงจากการขาดโพแทสเซียมจะพบว่าผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย แขนขา อ่อนแรง

โดยเฉพาะส่วนต้นขา และต้นแขน (Proximal muscle weakness) ถ้าให้ผู้ป่วยนอน แล้วให้ยก ท่อนขาขึ้นจะยกไม่ได้ แต่สามารถงอขาเข้ามาได้ (เพราะว่าต้นขาอ่อนแรง) หรือ ให้ยกแขนขึ้นจะยกไม่ได้ แต่จะขยับแขนเข้ามาแนบลำตัว ยกข้อศอกขึ้นได้ (เพราะว่า ต้นแขนไม่มีแรง) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการชา ที่แขน ขา บางครั้งจะพบคลื่นหัวใจผิดปกติ หรือถ้าเป็นรุนแรง จะทำให้หัวใจ เต้นผิดปกติ หายใจเหนื่อยได้

กรณีผู้ป่วยมีภาวะเกลือแร่เลือดต่ำซึ่งเกิดจากภาวะตับบกพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน (ค่าปกติ 150,000-450,000 ลูกบาศก์มิลลิเมตร)

ข้อวินิจฉัยที่ 10 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ตามผิวหนังผู้ป่วยมีรอย จ้ำเขียว (ecchymoses) มีผลการตรวจเลือด พบเกล็ดเลือดต่ำกว่า 100,000 ลูกบาศก์ มิลลิเมตร	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิด อุบัติเหตุ ไม่เกิดภาวะ เลือดออก ตามอวัยวะ ของร่างกาย	<ol style="list-style-type: none"> จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ระวังการเกิด อุบัติเหตุ ประเมินอาการวิงเวียนหน้ามืด เป็นลม จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนที่เตียง ลดการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันการเกิด อุบัติเหตุที่จะทำให้ เลือดออกและหยุดยาก หากผู้ป่วยมียาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหลังฉีดต้องกด ด้วยสำลี นาน 7-10 นาทีหรือจนกว่าจะแน่ใจ ว่าเลือดหยุดไหล ห้ามนวดคลึง หากผู้ป่วยมี ภาวะเกล็ดเลือดต่ำมากต้องรายงานแพทย์เพื่อ พิจารณา งดยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
		<ol style="list-style-type: none"> ติดตามผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ จนกว่าระดับเกล็ดเลือด ที่ต่ำเป็นปกติ และ รายงานให้แพทย์ทราบถึง ผลการตรวจเกล็ด เลือด ของผู้ป่วยทุกครั้ง อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนิน ของโรค พร้อมใช้ ข้อมูลนี้สะท้อนกลับเพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเรื่องอาหาร น้ำ ดื่ม ความสะอาด ของร่างกาย และการขับถ่าย ตรวจวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการ ต่อเนื่อง

กรณีผู้ป่วยมีภาวะตับอักเสบจากการดื่มสุราเป็นเวลานานอาจมี ภาวะตัว ตา เหลือง มีผลการตรวจ ทาง ห้องปฏิบัติการ การทำงานของตับ (SGOT SGPT Alkaline phosphates) สูงกว่าเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยที่ 11 ผู้ป่วยมีภาวะตับบวมพร่องจากการดื่มสุราเป็นเวลานาน		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ผู้ป่วยมีอาการ อ่อนเพลีย ตัว ตา เหลือง มีผลการตรวจ SGOT SGPT Alkaline phosphatase สูงกว่า เกณฑ์ปกติ	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนจาก ภาวะตับ บวมพร่อง	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร แน่นอึดอัด ท้อง หรืออาการคัน ตามผิวหนัง จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดเสียงรบกวน ให้ผู้ป่วย ได้พักผ่อนเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง ประสานกับโภชนาการ จัดอาหารที่มีพลังงานสูง ไขมันต่ำ และดูแล ให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละ น้อยแต่บ่อยครั้ง

		<ol style="list-style-type: none"> 4. ให้สำรน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานของตับ (SGOT SGPT Alkaline phosphatase) พร้อมรายงานให้แพทย์ทราบ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดำเนินของโรคพร้อมใช้ข้อมูลนี้ สะท้อนกลับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการหยุดดื่มสุรา 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงหรือตามระดับอาการขาดสุรา
--	--	---

กรณีผู้ป่วยหมดอาการขาดสุราแล้ว ได้มีการประเมินความรู้ ความเข้าใจทัศนคติต่อการดื่มสุราแล้ว พบว่ายังไม่ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยที่ 12 เสี่ยงต่อการติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุรา		
ข้อมูลสนับสนุน	เป้าหมายการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
<p>ผู้ป่วยแสดงถึงความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดื่มสุรา เช่น เมื่อกลับบ้านแล้ว จะยังคงดื่มสุราแต่ลด ปริมาณลง ดื่มเพื่อ คลายเครียด ดื่มเฉพาะ เวลามีปัญหา เป็น ธรรมดาที่พบปะ สังสรรค์ต้องมีสุราดื่ม ดื่มสุราแล้วทำให้ ผ่อนคลายนอนหลับได้ ฯลฯ</p>	<p>ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการหยุดดื่ม สุรา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราของผู้ป่วย 2. แนะนำการเลิกสุราที่ถูกต้องให้ผู้ป่วย การเลิกสุราให้สำเร็จต้องตั้งใจ เลิกโดยเด็ดขาด เมื่อผู้ป่วยมีประวัติการดื่มสุราที่ยาวนานจนเกิดภาวะติดสุรา เมื่อหยุดดื่มได้แล้ว และหวนกลับไปดื่มอีก สุราจะ กระตุ้นสมองส่วนอยากทำให้เกิดการดื่มแบบติดลมและไม่สามารถควบคุมปริมาณการดื่มได้จะทำให้ติดสุราซ้ำโดยง่าย 3. สะท้อนให้ผู้ผู้ป่วยคิดว่าหากเกิดปัญหาเมื่อใช้สุราเป็นทางออกสุรา อาจช่วยเพียงให้เกิดความเมาแล้วลืมปัญหาชั่วคราว แต่ปัญหาที่ เกิดขึ้นจะหายหรือลดลงไปหรือไม่ 4. แนะนำเทคนิควิธีแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สุรา เป็นทางออก 5. แนะนำการหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การดื่มสุรา เช่น การไปงาน สังสรรค์ที่มีสุราควรต้องวางแผนก่อนไปว่าหากเพื่อนชวนจะปฏิเสธ

		<p>อย่างไรให้สำเร็จหรือมีญาติไปด้วยเพื่อคอยดูแลไม่ให้กลับไปดื่ม</p> <p>6. ควรหากิจกรรมทำไม่ให่ว่างงานเพราะการว่างงานจะทำให้นึกถึงสุรา และมีโอกาสหันกลับไปดื่มอีก</p> <p>7. เมื่อถึงมืออาหารควรรับประทานอาหารให้อิ่มเพื่อช่วยป้องกันการเกิด อาการอยากดื่มสุรา</p> <p>8. แนะนำผู้ป่วยให้คิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการติดสุรา และเป้าหมาย ที่ต้องการให้เกิดในชีวิตพร้อมหนทางที่จะไปสู่เป้าหมาย</p> <p>9. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดดื่มสุราและเทคนิคที่ ผู้ป่วยจะนำไปใช้เพื่อหลีกเลี่ยงการดื่มสุราได้สำเร็จ</p>
--	--	---

3.10 การเตรียมความพร้อม ให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมเพื่อให้สามารถ ลด-เลิกดื่มสุรา นานที่สุดเท่าที่ทำได้ หรือสามารถควบคุมการดื่มให้น้อยวัน ลดปริมาณสุราที่ใช้ โดยทา Motivational enhancement therapy หรือทา Brief intervention และ Family psycho-education ก่อนกลับบ้าน

4. ตัวชี้วัด ผลลัพธ์

1.การจัดบริการเฝ้าระวังความเสี่ยงและติดตามรักษาภาวะถอนพิษสุรา

ตัวชี้วัด	ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้รับการประเมินติดตามอาการ ถอนพิษสุรา และให้การรักษาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา
ความหมาย	ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้รับการประเมินติดตามอาการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal monitoring) และให้การรักษาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษ
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ติดสุราที่เสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้รับการประเมินติดตามอาการถอนพิษสุราและ รับการรักษาที่เหมาะสม
สูตรคำนวณ	จำนวนติดสุราที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้รับการประเมินติดตามอาการถอนพิษสุรา (คน) X 100 จำนวนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่ประเมินได้ทั้งหมด (คน)
ความถี่	ทุกหนึ่งเดือน
ผู้จัดทำ	หอผู้ป่วยใน
เป้าหมาย	ร้อยละ 100

2.บุคลากรในคลินิกบำบัดสุรา มีความรู้ทักษะในการบำบัดเฉพาะทางแบบเข้มข้น

ตัวชี้วัด	ร้อยละ 80 ของบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบการบำบัดสุราได้รับการอบรมวิธีการบำบัดรักษา ผู้ติดสุราแบบเข้มข้น
ความหมาย	บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบการบำบัดสุราได้รับการอบรมวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดสุราแบบเข้มข้น เช่น Cognitive Behavior Therapy หรือ Motivational Enhancement Therapy หรือ การบำบัดชนิดอื่นที่มีหลักฐานประสิทธิผลในการบำบัดผู้ติดสุรา

วัตถุประสงค์	เพื่อให้บุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบการบำบัดสุรามีความรู้ทักษะในการบำบัดรักษาผู้ติดยา อย่างมีคุณภาพ
สูตรคำนวณ	จำนวนบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบการบำบัดสุราที่ผ่านการอบรมวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบเข้มข้น (คน) $\times 100$ จำนวนบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบการบำบัดสุราทั้งหมด (คน)
ความถี่	ทุกหนึ่งปี
ผู้จัดทำ	หน่วยงาน/คลินิกที่รับผิดชอบการบำบัดสุรา
เป้าหมาย	ร้อยละ 80

3.การจัดบริการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการติดยาในคลินิกบำบัด

ตัวชี้วัด	ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดยาในคลินิกบำบัดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยจิตสังคัม บำบัดได้รับการติดตามภายใน 3 เดือน
ความหมาย	ผู้มีปัญหาการติดยาในคลินิกบำบัดสุราที่ได้รับการรักษาด้วยจิตสังคัมบำบัดได้รับการติดตาม ภายใน 3 เดือน
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการติดยาในคลินิกบำบัดสุราที่ได้รับจิตสังคัมบำบัดได้รับการติดตาม ปัญหาการติดยาต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน เนื่องจากการติดตามต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญต่อ การหยุดติดยา
สูตรคำนวณ	จำนวนบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบการบำบัดสุราที่ผ่านการอบรมวิธีการบำบัดรักษาผู้ติดยาแบบเข้มข้น (คน) $\times 100$ จำนวนบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบการบำบัดสุราทั้งหมด (คน)
ความถี่	ทุกหนึ่งปี
ผู้จัดทำ	หน่วยงาน/คลินิกที่รับผิดชอบการบำบัดสุรา
เป้าหมาย	ร้อยละ 70

แบบประเมินอาการขาดสุรา Alcohol withdrawal scale (AWS)

ชื่อ HN..... วันที่

ความรุนแรง	คะแนน	การให้ยา
Mild	1-4	ไม่จำเป็นต้องใช้ยา
Moderate	5-9	ใช้ยาช่วยลดโอกาสเกิดอาการขาดสุราที่รุนแรง ให้
Severe	10-14	ต้องได้รับการรักษาด้วยยา และติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
Very Severe	≥ 15	ต้องได้รับการรักษาด้วยยาขนาดสูง เพื่อให้มีอาการสงบอย่างรวดเร็ว

แนวทางการปรับลดยา

1. ถ้าผู้ป่วยหลับได้ Light Sleep ต่อเนื่อง 6-8 ชม. ในวันต่อมา ให้ลดขนาดยาลง 10-25 % ของ total dose เพื่อใช้ปรับเป็น Oral Fixed dose ในวันต่อไป แบ่งให้ q 4-6 hr.
2. แนวทางการสั่งยา Ativan กลับบ้านหลังอาการดี รู้ตัว หายสับสน ให้พิจารณาให้ tape off ยา Ativan/ Diazepam ทุก ๆ 1 วัน ๆ ละ 20% จนหมดภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันแรกที่เริ่มได้ยา พร้อมนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ หลัง D/C อาจพิจารณาเริ่ม tape จากมือเช้า, กลางวัน ก่อน

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพ (Clinical Practice Guideline of Alcohol Withdrawal Patient for Multidisciplinary Team) 2558
2. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา 2561 กระทรวงสาธารณสุข