

គ្រឿងការណ៍នូវការ និងការរៀបចំ និងការរៀបចំ និងការរៀបចំ



ក្រសួងការពីរាជការ
ក្រសួងការពីរាជការ

ชื่อหนังสือ : คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือและบำบัดผู้ประสบปัญหาอลกอฮอล์

ISBN : 974-92384-8-6

บรรณาธิการ : นายแพทย์เทอดศักดิ์ เดชคง
นางสาวอินทิรา ปัทมินทร
นางอุษา พึงอรรມ
นางอัญลักษณ์ แก้วเมือง
นายอภิสิทธิ์ ฤทธิพิทย์

จัดพิมพ์โดย : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

พิมพ์ครั้งที่ 1 : สิงหาคม พ.ศ. 2547

จำนวนพิมพ์ : 500 เล่ม

พิมพ์ที่ : บริษัท วงศ์กมล โปรดักชัน จำกัด



คำนำ

จากการที่กรมสุขภาพจิต ได้ดำเนินโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางการดูแลผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์แบบบจิตลังค์คอม โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ การจัดทำรายละเอียดของแนวทางการดูแลผู้ประสบปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย ให้สามารถนำไปใช้ในการดำเนินงานได้ แนวทางดังกล่าวไปทดลองใช้ นั้น

บัดนี้ กรมสุขภาพจิตโดยสำนักพัฒนาสุขภาพจิตได้จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาและกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีแนวทางและรายละเอียดในการดูแลผู้ประสบปัญหาและกลุ่มเป้าหมายเรียบร้อยแล้ว การจัดทำคู่มือเล่มนี้มีจุดประสงค์เพื่อการสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อใช้ในผู้ที่ประสบปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวทางในการดำเนินงาน สามารถนำไปพัฒนาแนวทางปฎิบัติที่เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเนื้อหาของคู่มือเล่มนี้ประกอบด้วยแนวทางการดูแลผู้ป่วยลงแดงจากการขาดแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า และอาการทางจิต ในตอนท้ายของคู่มือประกอบด้วยข้อกำหนดทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยที่ประสบปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นการเรียบเรียงจากเอกสารของ Prof. John. B. Saunders, MD Professor of Alcohol and Drug Studies จากมหาวิทยาลัย คвинส์แลนด์ประเทศออสเตรเลีย

กรมสุขภาพจิต หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือชุดนี้จะมีประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติงานได้นำไปใช้ในการดูแลผู้ประสบปัญหาและกลุ่มเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ ปัญหาทุกตัวรอมการตีมที่สร้างผลเสียต่อสุขภาพและปัญหาสังคมยืนๆ ที่ตามมา จะลดลงได้อย่างน่าพึงพอใจ

ขอขอบคุณ
กรมสุขภาพจิต



สารบัญ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยลงแดงจากการขาดแคลนกอฮอร์ล์	7
แนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลกอฮอร์ล์และซีมศร้า	11
แนวทางการดูแลผู้ป่วยแผลกอฮอร์ล์และการทางจิต	15
ข้อกำหนดทางคลินิกสำหรับการถอนพิษแผลกอฮอร์ล์	19
ข้อกำหนดทางคลินิกสำหรับถอนพิษ / เลิก เป็นโซ่ไดอะเซปีน	45
ภาคผนวก	71
แบบสอบถามการดีมแผลกอฮอร์ล์ (CASE)	73
แบบประเมินการตีมแผลกอฮอร์ล์ด้วยตนเอง (AUDIT)	75
แบบประเมินอาการติดแผลกอฮอร์ล์ (AWS)	77
แบบประเมินอาการติดแผลกอฮอร์ล์ (CIWA-Ar)	81
แบบประเมินอาการซีมศร้า (HAM-D)	85
แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)	91
บรรณานุกรม	111
รายนามคณะกรรมการผู้จัดทำคู่มือ	113

แนวทางการดูแลผู้ป่วยลงแดง
จากการขาดแอลกอฮอล์

วัตถุประสงค์ &

- เพื่อประเมินและเฝ้าระวังปัญหาจากการถอนเหล้า (Alcohol Withdrawal)
- เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมโดยทีมสหวิชาชีพ

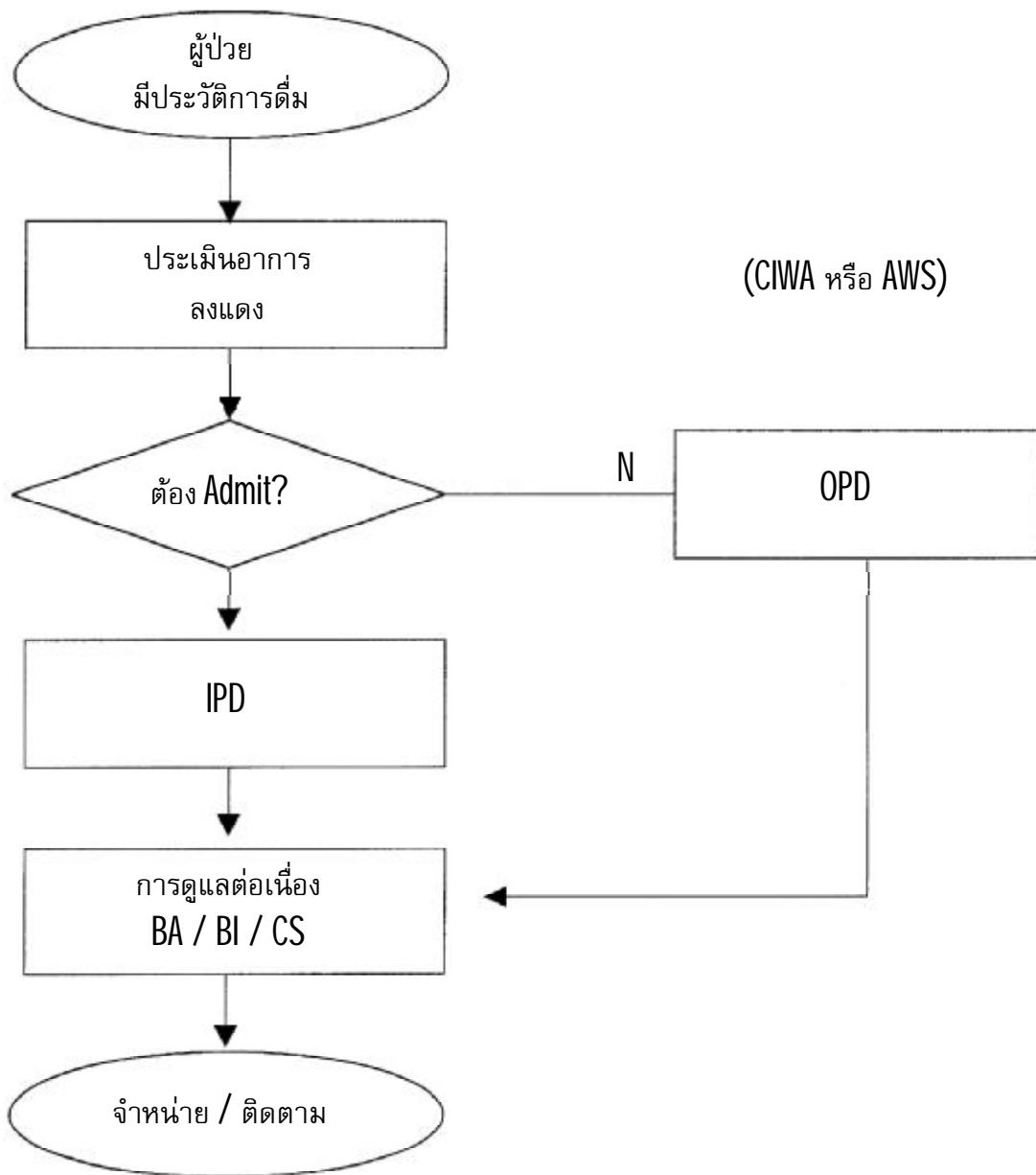
สาระสำคัญ &

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้าโรงพยาบาลจะมีอาการจากพิษแอลกอฮอล์และจำนวนมากมาด้วย อาการลงแดงจากการขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้ป่วยไม่ได้ตระหนักในการดื่มแอลกอฮอล์ที่ถูกต้องและเหมาะสม แต่เมื่อผู้ป่วยเข้ามารักษาแล้ว จำเป็นต้องให้บริการขั้นต้นสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้

เริ่มจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ เพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการลงแดงหรืออาการจากพิษแอลกอฮอล์โดยตรง ซึ่งขั้นตอนต่างๆ นั้นจะเป็นดำเนินการตามขั้นตอนที่นำเสนอต่อไป

กลุ่มเป้าหมาย &

ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้แอลกอฮอล์และมาด้วยอาการลงแดงหรือจากพิษแอลกอฮอล์



วิธีปฏิบัติ

- ผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้แอลกอฮอล์ได้รับการประเมินอาการลงแดง
- ผู้ป่วยที่มีอาการลงแดงเพียงเล็กน้อยสามารถรักษาแบบผู้ป่วยนอก *
- ผู้ป่วยที่มีอาการลงแดงปานกลางถึงรุนแรงควรรักษาแบบผู้ป่วยใน*
- ผู้ป่วยที่มีอาการดีแล้ว ควรได้รับการช่วยเหลือเพิ่มเติม เพื่อให้หยุดดื่ม
(ด้วย Brief Advise / Brief Intervention หรือ Counselling)
- การติดตามการบำบัด

หมายเหตุ

* ดูรายละเอียดตามข้อกำหนดทางคลินิกสำหรับการถอนพิษแอลกอฮอล์



แนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และซึมเศร้า

วัตถุประสงค์ &

เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาและดื่มเหล้าฯ ที่มีปัญหาระบบทั่วไป

สาระสำคัญ &

การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาและดื่มเหล้าฯ ต้องอาศัยการดูแลทั้งกาย จิต สังคม ซึ่งนอกจากปัญหา

จากยาและดื่มเหล้าฯ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีปัญหาสุขภาพจิตที่พบร่วมได้บ่อย ๆ โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า

เนื่องจากปัญหาดังกล่าว มีใช้การพบร่วมกันบ่อยดังนั้นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความ

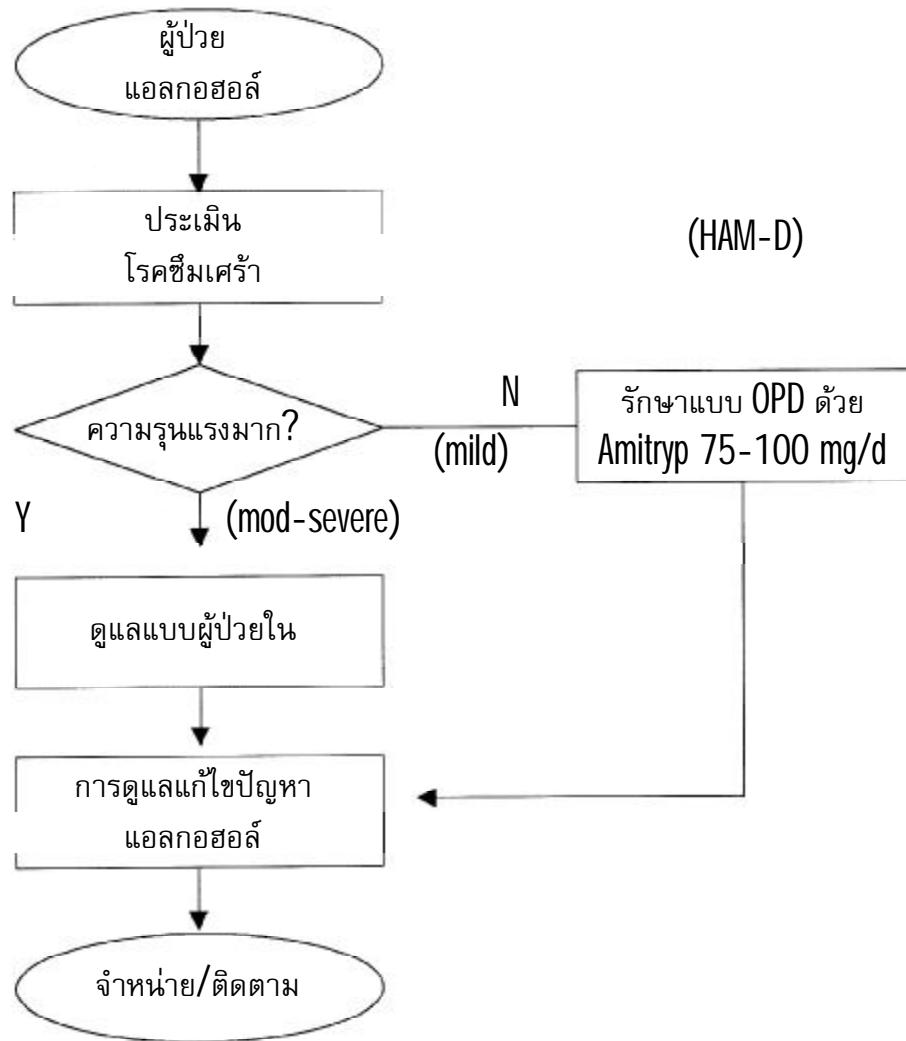
ซับซ้อนมากขึ้น โดยต้องมีการประเมินอาการ วางแผนการรักษา และ ติดตามผลการรักษา ทั้งสองกลุ่มอาการ

ร่วมกัน

กลุ่มเป้าหมาย &

ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้ยาและดื่มเหล้าฯ ไม่มีปัญหาจากพิษยาและอาการลงแดง

กระบวนการ &



วิธีปฏิบัติ

1. ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ทุกรายที่ปราศจากปัญหา Alcohol Intoxication และ Alcohol Withdrawal แล้วจะได้รับการประเมินโรคซึมเศร้า

2. กรณีที่ค่า HAM-D > 13 จัดว่ามี Severe Depression จะได้รับการพิจารณา Admit, Suicidal Precaution และ รักษาด้วยยา Amitriptyline 75-100 mg / day พิจารณา ECT หากมี Suicide Idea รุนแรงและรับการรักษาทางจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพิจารณา Investigation เพิ่มเติมหากจำเป็น

- ประเมินอาการขั้นระดับในวันที่ 3 , 7 , 14 ระหว่าง Admit ด้วย HAM-D ช่วยให้เลิกแอลกอฮอล์ตามความเหมาะสม

- หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยและจะได้รับการติดตามต่อเนื่อง 6 – 12 เดือน โดยสหวิชาชีพ และ จิตเวชชุมชน ตลอดจนเครือข่าย

3. กรณีที่ HAM-D < 13 จัดว่ามี Mild – Moderate Depression ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาแบบ OPD case โดยใช้ยา – Amitrip 75 – 100 mg / day หรือ อื่น ๆ ตามเหมาะสม และรักษาด้วยจิตสังคม หลังจากการตีขึ้น (หรือพร้อม) จะได้รับการรักษา – บำบัดด้วย Cognitive Behaviour Therapy, Brief Therapy, Brief Counselling, Group Therapy และได้รับการ F/U 6 – 12 เดือน โดยสหวิชาชีพ จิตเวชชุมชนเครือข่าย



แนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ และการทางจิต

วัตถุประสงค์ &

เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอลกอฮอล์

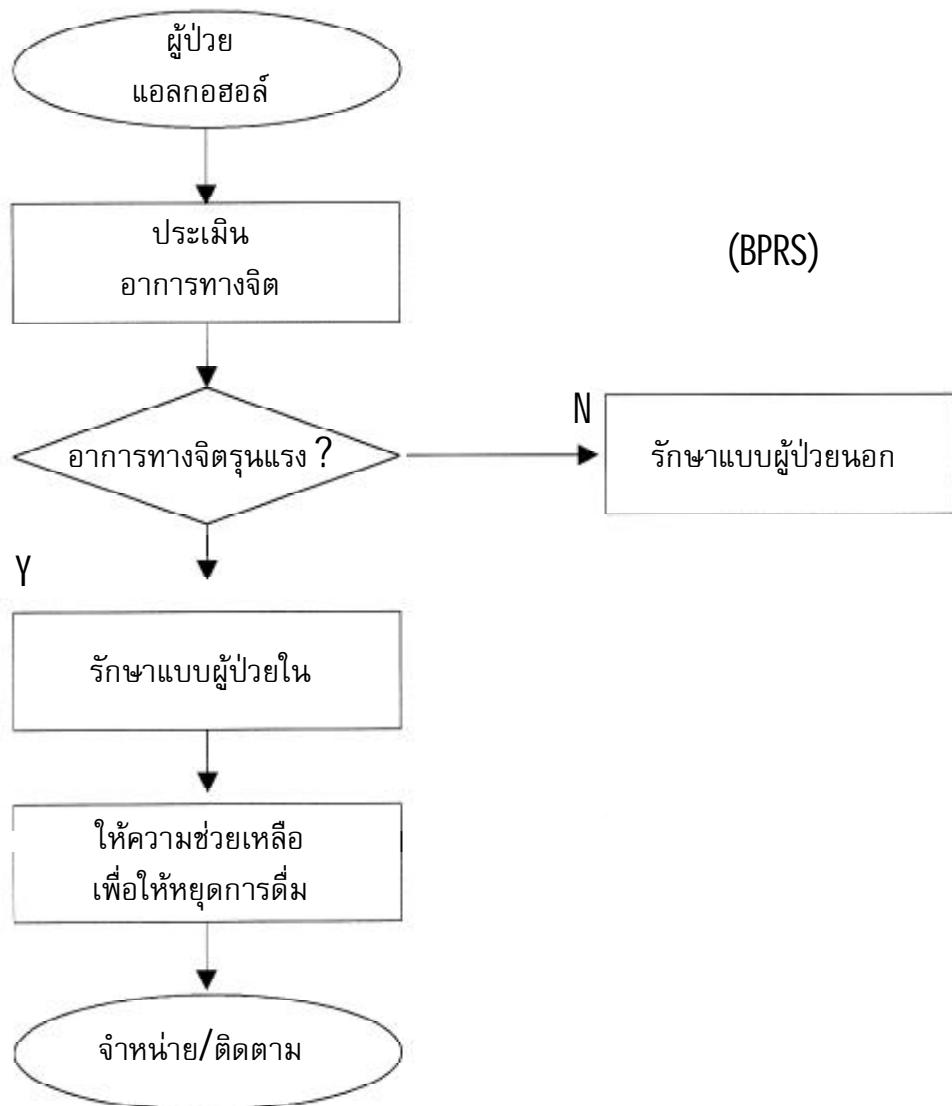
สาระสำคัญ &

ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์ พบว่าไม่เพียงแต่ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติทางกายเท่านั้น แต่ยังพบว่ามีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น หูแว่ว หลงผิด ประสาทหลอน ระแวงกลัว เป็นต้น นับว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างมาก

ดังนั้นการมีแนวทาง เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้แอลกอฮอล์ ดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตรงกับปัญหาอาการที่ควรได้รับ อย่างเป็นระบบโดยทีมผู้บำบัดรักษา ทุกวิชาชีพ

กลุ่มเป้าหมาย &

ผู้ป่วยที่มีประวัติใช้แอลกอฮอล์และมีอาการทางจิต



วิธีปฏิบัติ

1. ให้ผู้ป่วยทุกราย ได้รับการประเมินด้วย BPRS เป็นการประเมินอาการ ก่อนการรักษา (D/C Planning ครั้งที่ 1)

2. ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอาการทางจิต / อาการทางกาย

2.1 ยา ได้แก่

- High Potency Antipsychotic Drug เช่น Haloperidol โดย Adjust Dose ตามอาการของผู้ป่วยแต่ละคน
- Antiparkinsonism กรณี EPS (Extrapyramidal symptom เช่น ตาค้าง กล้ามเนื้อเกร็ง)
- Vitamin B1 – 6 – 12

1.2 Supportive Treatment เช่น IV. fluid

1.3 LAB CBC, Electrolyte, LFT

3. ประเมินติดตามความก้าวหน้า รักษาและการดูแลทั่วไปโดยใช้ BPRS

ถ้า > 20 คะแนนให้อยู่ต่อ

4. ถ้า < 20 คะแนน เตรียมจำหน่าย D/C planing ครั้งที่ 2

4.1 เตรียมผู้ป่วย - การดูแลตนเอง, การปรับตัวกับ.....

4.2 เตรียมญาติ - การดูแลต่อเนื่องยา, FU ตามนัด
- การปรับตัวเข้ากับครอบครัว./ ชุมชน
- การอยู่ร่วมกัน

5. ให้ข้อมูลคำแนะนำ (และการบำบัด) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยุดการดื่มแอลกอฮอล์

6. นัด เพื่อติดตามต่อเนื่อง (FU)

- ในนัด กำหนดเวลา พบรแพทย์ที่ OPD
- ส่งต่อ ชุมชน ช่วยเหลือ พื้นฟู



ข้อกำหนดทางคลินิก สำหรับการถอนพิษ แอลกอฮอล์

โดย ศ.ดร. น.พ. จันท์ บี. ชอนเดอร์ส

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการถอนพิษ &

การถอนพิษถือได้ว่าเป็นก้าวแรกของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดแอลกอฮอล์ และการถอนพิษนี้ก็เป็นที่ประนานาของผู้ติดแอลกอฮอล์ แม้ว่าพากขาจะไม่ได้ต้องการที่จะรับการบำบัดรักษาในขั้นต่อ ๆ ไปก็ตาม วัตถุประสงค์ของการถอนพิษคือ เพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการลงแดงที่เกิดจากการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ป้องกันอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ และเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถผ่านเข้าสู่โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะยาวหรือการติดตามดูแลในชุมชนได้อย่างราบรื่น (Ozdemir et. al., 1993)

ในช่วงไม่กี่ปีมานี้ การจัดการทางคลินิกในการรักษาอาการขาดแอลกอฮอล์ได้ก้าวหน้าไปมาก โดยได้มีการประเมินและการควบคุมกำกับที่ได้มาตรฐาน โดยใช้ Alcohol Withdrawal Scale (AWS) หรือ Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol (CIWA) หรือ แบบประเมินอื่น ๆ ในทำนองเดียวกันนี้ การที่สามารถทราบถึงภาวะขาดแอลกอฮอล์ได้เร็วเท่าใดก็จะมีประโยชน์ในการช่วยลดการป่วยลงได้มากเท่านั้น (Foy, 1997) นอกจากนี้ การให้การรักษาที่ทำให้ผู้ป่วยสงบได้ดีกว่า การปรับปรุงเทคนิคสำหรับการดูแลประจำคงผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น และวิธีการบำบัดด้วยยาชนิดต่าง ๆ ล้วนส่งผลทำให้การบำบัดรักษาได้ผลดียิ่งขึ้นกว่าเดิมด้วย

เบโนโซไดอาซีปีนส์ (Benzodiazepines) ซึ่งทำให้ความทุกขานั้นต่อแอลกอฮอล์ลดลง (cross-tolerance) และมีความปลอดภัยสูง ถือเป็นยาที่ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมาก จึงมักนิยมใช้ในการบำบัดรักษาอาการขาดแอลกอฮอล์ (Ozdemir et. al., 1993; Mayo-Smith, 1997) แม้ว่ายาตัวนี้อาจมีแนวโน้มให้เกิดการเสพติดทางกายได้ก็ตาม แต่ต่ำากกว่าที่ต้องใช้ในระยะเวลาสั้น ๆ ดังที่ได้มีการแนะนำไว้แล้ว ในข้อกำหนดในการรักษาที่จะกล่าวต่อไป

การจัดการกับอาการขาดแอลกอฮอล์ &

การจะตัดสินใจว่าวิธีการรักษาแบบใด จึงจะเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนที่มีปัญหาแอลกอฮอล์นั้น ควรพิจารณาดังนี้

1. เมื่อวินิจฉัยแล้วว่าเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์ (รวมถึงการติดแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงด้วย)
2. การตรวจพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการที่จะมีอาการขาดแอลกอฮอล์
3. เมื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ที่เสี่ยงต่อการขาดแอลกอฮอล์นั้นจะสามารถรับการบำบัดรักษาได้อย่างปลอดภัยในสถานบริการนั้น ๆ

1. การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดแอลกอฮอล์

การติดแอลกอฮอล์จะใช้เวลานานหลายปี ขึ้นอยู่กับรูปแบบพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ ลักษณะสำคัญของการเสพติด ได้แก่ การหมกมุ่นอยู่กับการดื่ม ไม่สามารถ

ควบคุมการดื่มได้ มีความทันทานต่อแอลกอฮอล์ และมีภาวะขาดแอลกอฮอล์ (เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท) และยังคงดื่มแอลกอฮอล์ต่อไปแม้ว่าจะได้รับผลเสียจากการดื่ม การติดแอลกอฮอล์ถือเป็นระยะสุดท้ายที่รุนแรงของความผิดปกติในการใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งระยะต่าง ๆ จะได้แก่ การดื่มที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือการดื่มที่เสี่ยง ระยะที่เสี่ยงสูงหรือเป็นอันตราย และระยะเดพติด การติดแอลกอฮอล์ด้วยตัวของมันเองแล้วไม่ได้มีแบบเดียวตัวเดียว แต่มันจะมีระดับความรุนแรงที่หลากหลายจากแค่เพียงประกายอาการให้เห็นไปจนถึงอาการรุนแรงอย่างที่สุด

การวินิจฉัยการเดพติดแอลกอฮอล์สามารถทำได้โดยใช้หลักเกณฑ์ของ ICD-10 ถ้าเป็นไปตามหลักเกณฑ์นี้ 3 ข้อหรือมากกว่า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (WHO ICD-10, 1993):

หลักเกณฑ์สำหรับการเดพติด	การวินิจฉัย (เล็กน้อย+, ปานกลาง++, รุนแรง+++)
ดื่มอย่างไม่บันยะบันยัง	
ไม่สามารถควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ได้	
มีอาการต่าง ๆ ของการขาดแอลกอฮอล์	
ความทันทานต่อแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น	
ให้ความสำคัญกับการดื่มเป็นอันดับแรก ๆ	
ยังคงดื่มแม้ว่าจะได้รับผลเสียจากการดื่ม	

2. การตรวจพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการที่จะมีอาการขาดแอลกอฮอล์

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการขาดแอลกอฮอล์ ได้แก่

- ความรุนแรงของการติดแอลกอฮอล์
- ประวัติการขาดแอลกอฮอล์ที่เคยมีมาก่อน
- ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มเมื่อไเม้นานนาน (ดูคำแนะนำด้านล่าง)
- ความผิดปกติด้านการแพทย์ที่เกิดร่วมด้วย

ระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ที่เกี่ยวข้องกับการขาดแอลกอฮอล์มีดังนี้

- | | |
|------------|---|
| ชาย | มากกว่า 8 ดื่มมาตรฐาน (เช่น ดื่มแอลกอฮอล์วันละ 80 กรัม) เป็นเวลา 10-20 ปี หรือเพียงดื่มในปริมาณที่มากเกินกว่า 16 ดื่มมาตรฐาน (แอลกอฮอล์ 160 กรัม) เมื่อไเม่นานนาน |
| หญิง | มากกว่า 6 ดื่มมาตรฐาน (เช่น ดื่มแอลกอฮอล์วันละ 60 กรัม) เป็นเวลา 5-10 ปี หรือเพียงดื่มในปริมาณที่มากเกินกว่า 12 ดื่มมาตรฐาน (แอลกอฮอล์ 120 กรัม) เมื่อไเม่นานนาน |
| วัยรุ่น | ระดับการบริโภคแอลกอฮอล์ที่น้อยกว่าผู้ใหญ่ ก็อาจมีผลทำให้เกิดการขาดแอลกอฮอล์ในวัยรุ่นได้ แม้ว่าภาวะขาดแอลกอฮอล์จะพบน้อยในกลุ่มอายุนี้ก็ตาม |
| ผู้สูงอายุ | ดื่มเล็กน้อยเพียงวันละ 2 ดื่มมาตรฐาน เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถและห้าใจร่างกายน้อยกว่าคนที่มีอายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุจะไว้ต่อการเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์ และการมีอาการสับสนและ disorientation เนื่องจากการขาดแอลกอฮอล์ด้วย |

ยิ่งดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากเท่าใด และในระยะเวลานานเท่าใด จะยิ่งมีแนวโน้มที่จะมีอาการแทรกซ้อนของการขาดแอลกอฮอล์มากเท่านั้น

The NHMRC Australian Drinking Guidelines (NHMRC, 2001) ที่ใช้สำหรับจัดแบ่งระดับความเสี่ยงในการใช้แอลกอฮอล์ตามดั่งมาตรฐานที่ดื่ม จะมีรายละเอียดในกรอบด้านล่าง จำไว้ว่า ระดับการดื่มเหล่า�ี้จะแสดงถึงความเสี่ยงต่ออาการทางกายอย่างเฉียบพลันและเรื้อรัง และอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เท่านั้น แต่ไม่ได้แสดงถึงความเสี่ยงต่อการเสพติดหรือการขาดแอลกอฮอล์

การวัดความเสี่ยง	น้อย	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง
วันละ	ชาย < 4	5-6	> 6
	หญิง < 2	3-4	> 4
สัปดาห์ละ	ชาย > 28	29-42	> 42
	หญิง < 14	15-28	> 28

ข้อสังเกต : บุคคลบางคน ยาบางชนิด และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ อาจเพิ่มความเสี่ยงจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้ด้วย

3. การประเมินเพื่อตัดสินใจเลือกสถานที่สำหรับการถอนพิษ

เมื่อพบว่าผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์และเสี่ยงต่ออาการขาดแอลกอฮอล์แล้ว ผู้บำบัดต้องตัดสินใจที่จะทำการถอนพิษให้ผู้ป่วย สิ่งแรกที่ควรทำคือพิจารณาคาดเดาถึงแนวโน้มของความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์ที่จะเกิดขึ้น ในบางครั้ง ผู้ป่วยจะแสดงอาการต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงอาการขาดแอลกอฮอล์ในช่วงที่พบผู้บำบัด แต่ในบางครั้ง ผู้ป่วยอาจได้รับพิษจากแอลกอฮอล์มากจนยากจะประเมินอาการก็ได้ ในการณีเช่นนี้ รวมทั้งกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการสับสนอย่างหนักได้ชัด มีความบกพร่องทางด้านความคิด หรือเป็นโรคจิต ผู้บำบัดจำเป็นต้องประเมินในรายละเอียดเพิ่มขึ้น และการประเมินในช่วงแรกนั้นจะบอกถึงสัญญาณทางคลินิกของการเป็นพิษ การขาดแอลกอฮอล์ อาการสับสนหรือโรคจิต และความเจ็บป่วยที่เกิดร่วมด้วย นอกจากนี้ คำแนะนำ การประเมิน การประเมินผลและเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจะต้องได้รับการกรอกให้เรียบร้อยก่อนที่จะเข้ารับการถอนพิษ สำหรับเรื่องที่ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ได้แก่

- | ปริมาณการดื่มในแต่ละวัน (โดยใช้เทคนิคคำถามแบบ “สูงที่สุด” โดยการกระตุ้นความด้วยปริมาณการดื่มในระดับสูงก่อน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยกล้าตอบข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น)
- | ความถี่ของการดื่มและก่ออุบัติเหตุ
- | ช่วงเวลาของการดื่ม หรือการดื่มที่มากเกินไปเมื่อไหร่นานมา
- | ลักษณะทางพฤติกรรมที่แสดงถึงการเสพติด (การดื่มแบบไม่บันยะบันย่าง การควบคุมการดื่มไม่ได้ การให้ความสำคัญกับการดื่มเป็นอันดับแรก และการที่ยังคงดื่มต่อไปแม้จะได้รับผลเสียก็ตาม)
- | ลักษณะทางสรีระที่แสดงถึงการเสพติด (มีความทันทາเพิ่มขึ้น ต้องดื่มตั้งแต่เช้า)

ความรุนแรงของ
การเสพติด

- | ประวัติการขาดแอลกอฮอล์
- | ประวัติการขึ้ก
- | ประวัติการมีอาการสับสน delirium tremens (DTs)
- | ชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติดอื่น ๆ

ความรุนแรงของ
อาการขาดแอลกอฮอล์
ที่อาจเกิดขึ้น

- | เวลาและปริมาณการดื่มครั้งสุดท้าย

การคาดหมายถึงอาการ
ขาดแอลกอฮอล์

- | การใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย
- | ความเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วย
- | ความเจ็บป่วยทางจิตอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วย
- | ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย
- | สิ่งแวดล้อมทางบ้าน/ผู้ดูแล

ความเหมาะสมของ
สถานที่สำหรับ
ถอนพิษแอลกอฮอล์

บ้าน/ไปกลับ &

ผู้ป่วยจะเหมาะสมกับการถอนพิษที่บ้านหรือการถอนพิษแบบไปกลับ ถ้าเข้า/เลือมีลักษณะตรงตามหลักเกณฑ์ข้างล่างนี้ (โปรดดูที่แผนภูมิการตัดสินใจด้วย)

การประเมินความเหมาะสม สำหรับการถอนพิษที่บ้าน/ไปกลับ

- | ไม่ได้สภาพดอย่างรุนแรง
- | ไม่มีอาการแทรกซ้อนของอาการขาดแคลนกอฮอล์เมื่อครั้งที่แล้ว
- | ไม่มีอาการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือการผ่าตัดเมื่อไก่นานมานี้ ร่วมด้วย
- | ไม่ได้ใช้สารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่อาจทำให้อาการขาดแคลนกอฮอล์รุนแรงขึ้นได้
- | ผู้ป่วยได้รับการจูงใจให้หยุดดื่มได้สำเร็จ
- | มีผู้ดูแลที่เชื่อถือได้*
- | ผู้ป่วยมีสภาพแวดล้อมทางบ้านที่มั่นคงพอที่จะทำการถอนพิษที่บ้านได้*

การใช้สถานที่พักอาศัยในชุมชน &

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีสภาพแวดล้อมทางบ้านที่มั่นคง อาจจะเหมาะสมสำหรับสถานที่บำบัดเพื่อการถอนพิษที่อยู่ในชุมชน

การประเมินความเหมาะสม สำหรับสถานที่ถอนพิษในชุมชน

- 3 ไม่น่าจะมีอาการขาดแคลนกอฮอล์อย่างรุนแรง
- 3 น่าจะต้องการแค่การช่วยเหลือทางการแพทย์ไม่มากนัก
- 3 ผู้ป่วยไม่มีสภาพแวดล้อมทางบ้านที่มั่นคง หรือไร้ที่อาศัย
- 3 ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ

โรงพยาบาล/หน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ &

ในอีกรสีหนึ่ง ผู้ป่วยอาจต้องการเข้ารับการบำบัดในโรงพยาบาลหรือหน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ ถ้าเข้า/เดอ มีลักษณะตามหลักเกณฑ์ต่อไปนี้ (โปรดดูแผนภูมิการตัดสินใจด้วย)

**การประเมินความเม마ะสม
สำหรับการถอนพิษในโรงพยาบาล/หน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ**

- 3** แสดงอาการเสพติดขนาดปานกลางหรือรุนแรงจนคาดว่าจำเป็นต้องให้การบำบัดทางการแพทย์ด้วย
- 3** เคยมีอาการแทรกซ้อนจากการขาดแอลกอฮอล์เมื่อครั้งก่อน (เช่น อาการชัก หรือ อาการสับสน DTS)
- 3** มีลัญญาณที่บ่งบอกถึงอาการขาดแอลกอฮอล์ที่สามารถวินิจฉัยได้ทางคลินิก และ/หรือ ได้จากการใช้แบบประเมินต่าง ๆ เช่น AWS > 3 หรือ CIWA-Ar > 10)
- 3** มีความเจ็บป่วยทางกาย หรือทางจิต มีอาการบาดเจ็บหรือได้รับการผ่าตัดเมื่อไม่นาน มาแล้วร่วมด้วย
- 3** ไม่มีผู้ดูแลที่ไว้วางใจได้ และไม่มีสภาพแวดล้อมทางบ้านที่มั่นคง
- 3** เป็นหญิงมีครรภ์ หรือมารดาที่มีบุตรยังเล็ก ชึงตีมแอลกอฮอล์หรือใช้สารเสพติด และไม่มีผู้ให้การดูแลช่วยเหลือ
- 3** อาจเคยพยายามที่จะถอนพิษที่บ้านมาแล้วแต่ไม่ประสบผลลัพธ์
- * ควรเข้ารับการบำบัดในหน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ หรืออย่างน้อยในโรงพยาบาลทั่วไป

ลักษณะของอาการขาดแอลกอฮอล์แบบไม่ชับช้อน &

อาการขาดแอลกอฮอล์แบบไม่ชับช้อนนั้น ได้แก่ อาการสั่น วิตกกังวล กระวนกระวาย และบางทีก็มีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย ส่วนภาวะการขาดแอลกอฮอล์แบบชับช้อนจะมีอาการชัก และสับสน (delirium tremens) ประกอบด้วยอาการสับสนเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ และประสาทหลอน อย่างรุนแรง อาการชักที่เกี่ยวข้องกัน อาการขาดแอลกอฮอล์ มักจะเกิดขึ้นได้กับอาการขาดสารเสพติดอื่น ๆ แต่ก็ไม่เสมอไป อาการที่ควรให้ความใส่ใจเป็นพิเศษคือ อาการชักที่เกิดขึ้นโดยไม่เกี่ยวกับอาการขาดแอลกอฮอล์ การคันพับและการจัดการแก่ไข อาการขาดแอลกอฮอล์ได้ตั้งแต่เนื่น ๆ จะมีผลอย่างยิ่งต่อการป้องกันมิให้อาการลุกลามต่อไปจนถึงขั้นรุนแรง ถึงชีวิตได้ (Novak, 1989; Foy, 1997)

กล่าวโดยสรุป ลักษณะการขาดแคลนออกซอลแบบไม่ชัดช้อน มีดังนี้

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| อาการสั่น | กระวนกระวาย ไม่สงบ |
| เหงื่อออกรามาก | วิตกกังวล |
| ชีพจรเต้นเร็ว | นอนไม่หลับ มีปัญหาในการนอนหลับ |
| ความดันโลหิตสูง | ฝันร้าย |
| อุณหภูมิสูง | กลัว |
| อัตราการหายใจเปลี่ยนไปจากปกติ | ซึมเศร้า |
| ประสาทหลอนชั่วคราว | ปวดศีรษะ |
| คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเดน | หน้าแดง ร้อนวูบวาบที่ใบหน้า |

ลักษณะของอาการขาดแคลนออกซอลแบบชัดช้อน &

อาการชัก (Seizures)

ประมาณ 3 % ของอาการขาดแคลนออกซอลจะแทรกช้อนด้วยอาการชัก (convulsions, fits) และอาการชักเหล่านี้มักจะเป็นแบบชักเกร็งกระตุก (single tonic-clonic หรือ grand mal) โดยไม่มีลักษณะร่วม และในผู้ป่วย 95 % การชักจะเกิดขึ้นภายใน 48 ชั่วโมงหลังหยุดตีมเมื่อออกซอล

อาการสับสน (Delirium Tremens - DTs)

อาการขาดแคลนออกซอลที่รุนแรงและชัดช้อนมากที่สุดคือ อาการสับสนแบบเฉียบพลันซึ่งเกิดขึ้นในช่วงหลายวันก่อนการให้น้ำเกลือและยาแรงงับประสาทจะได้ผล ทำให้อัตราตายสูงกว่า 30 % (Saunders & Janca, 2000) อาการสับสนดังกล่าวจะมีลักษณะดังนี้

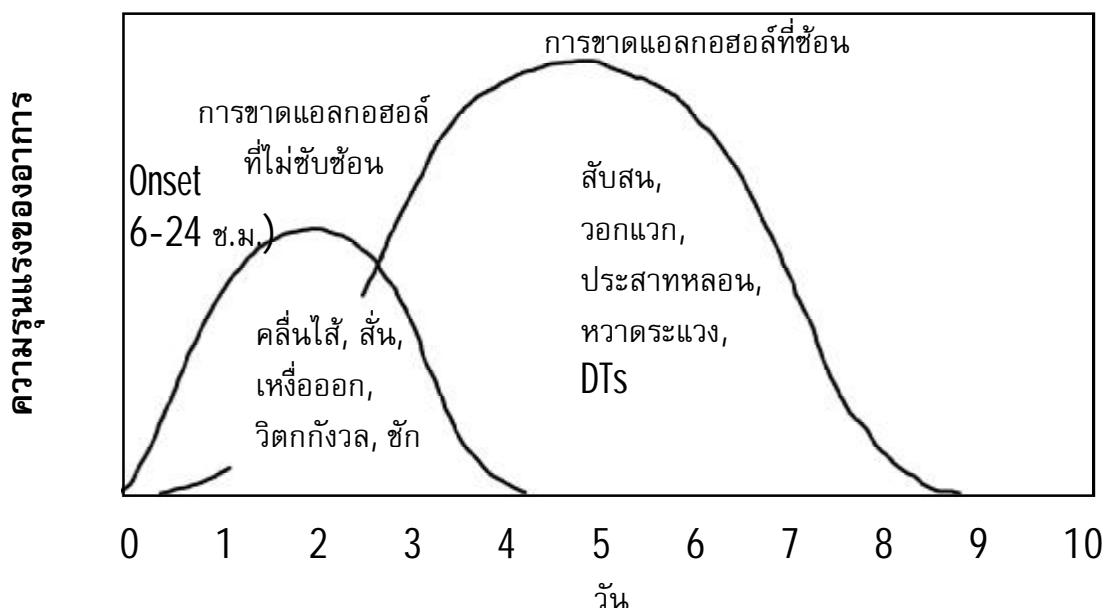
- | | |
|--------------------------------|-----------------------------|
| เคลื่อนไหวมากเกินปกติ | สับสน และ disorientation |
| มีอาการสั่นอย่างรุนแรง | วอกแวก ไม่มีสมาร์ต |
| กระวนกระวายอย่างรุนแรง | ประสาทหลอนทางหู ตาและสัมผัส |
| เคลื่อนไหวเป็นจังหวะสั่นๆ เช่น | คิดหารดราเวง/หลงผิด |

ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนแบบนี้จะรักษายาก เพราะผู้ป่วยจะไม่อยู่นิ่ง บ่อยครั้งที่จำเป็นต้องจับมัด และต้องการการเฝ้าสังเกตและดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ภาระการไม่อยู่นิ่งของผู้ป่วยนำไปสู่อาการขาดน้ำ ความผิดปกติของหัวใจ (cardiac arrhythmia) และอาการแทรกช้อนอื่น ๆ อีกมาก เนื่องจากความรุนแรงของอาการดังกล่าวที่ทำให้การควบคุม DTs อย่างเหมาะสมโดยการใช้ยาแรงงับประสาทที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นเรื่องจำเป็น DTs มักจะเกิดขึ้นได้ง่ายถ้าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยอย่างอื่นร่วมด้วย (เช่น การติดเชื้อในช่องอก และทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น) หรือ electrolyte or acid-base disturbance หรือถ้าผู้ป่วยเพียงได้รับบาดเจ็บมีบาดแผลมาก่อน (เช่น กระดูกหัก กระดูกหัก เป็นต้น) หรือเพียงได้รับการผ่าตัดเมื่อไม่นานมาแล้ว อาการ DTs จะมีอัตราสูงกว่าในกลุ่มนринเมือง และกลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย (Unwin and Swensen, 1994)

การเริ่มต้นและช่วงระยะเวลา (Onset and Duration)

ช่วงระยะเวลา ลักษณะสำคัญ การเริ่มต้นและช่วงเวลาของอาการขาดแอลกอฮอล์ จะนำเสนอเป็นภาพประกอบใน ภาพที่ 1 พร้อมคำอธิบายด้านล่างนี้

ภาพที่ 1 : Time-course และลักษณะของการขาดแอลกอฮอล์แบบไม่ซับซ้อนและแบบซับซ้อน (ปรับจาก Frank & Pead, 1995)



Onset ของการขาดแอลกอฮอล์มักจะเกิดขึ้นในช่วง 6 ถึง 24 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย ในผู้ป่วยบางราย อาการขาดแอลกอฮอล์จะเกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ และไม่ต่อเนื่อง แต่ในผู้ป่วยบางราย อาการจะรุนแรงยิ่งขึ้นในช่วง 48 - 72 ชั่วโมงแรกของการหยุดดื่ม และในผู้ป่วยบางราย อาการจะรุนแรงขึ้นจนเป็น DTs อาการขาดแอลกอฮอล์แบบไม่ซับซ้อนมักจะคงอยู่ในระหว่าง 1 - 4 วัน และในรายที่มีอาการรุนแรง อาการจะคงอยู่ 5 - 7 วัน ถ้าผู้ป่วยเกิดอาการ DTs ขึ้น จะทำให้ช่วงเวลาของการฟื้นตัวยากลำบากมากขึ้นและยังคงอยู่อีกเป็นเวลา 3 - 4 วัน อาการขาดแอลกอฮอล์จะเนิ่นนานออกไปถ้าผู้ป่วยต้องรับประทานยาระงับประสาทด้วย

การค้นหาและการควบคุมอาการขาดแอลกอฮอล์ &

ถ้าผู้ป่วยร้องขอที่จะเข้ารับการถอนพิษจากแอลกอฮอล์ หรือผู้ป่วยมีประวัติ หรือมีการแสดงออกที่ทำให้เชื่อว่าจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์ ผู้บำบัดจะต้องให้ผู้ป่วยเริ่มต้นโดยการทำแบบประเมินต่าง ๆ ก่อน ได้แก่ Alcohol Withdrawal Scale (AWS) หรือ Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol - Revised Version (CIWA-Ar) ซึ่งควรดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพในทันทีที่ได้รับการประเมินแล้วและดำเนินต่อไปจนกว่าจะตัดสินใจได้ว่า ควรจะรับผู้ป่วยไว้ในเขตการดูแลผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าสังเกตอาการ หรือจะส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกผู้ป่วยในหรือห้องนอนพิเศษโดยตรง และเมื่อได้มีการส่งต่อผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยยังคงต้องได้รับการควบคุมกำกับจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยในหรือพยาบาลประจำหน่วยถอนพิษต่อไปด้วย

กระบวนการขันตอนต่าง ๆ &

- | หลังจากการประเมินแล้ว ให้จดบันทึกสัญญาณชีพของ AWS หรือ CIWA-Ar เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และให้ควบคุมกำกับผู้ป่วยต่อไปทุก 2 ชั่วโมงจนกว่าผู้ป่วยจะได้รับยาและฟื้นตัวอย่างอ่อนโยน จากนั้น ให้ควบคุมกำกับทุก 4 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปที่แผนกผู้ป่วยใน
- | อาจจำเป็นต้องให้ไดอาซีแพม ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับคะแนนที่ได้จากการประเมินและอาจจำให้ไดอาซีแพมได้บัน พื้นฐานของ “ตามความต้องการ” (p.r.n.) หรือให้เป็นประจำตามข้อตกลงที่จะกล่าวถึงต่อไป
- | ถ้าเป็นผู้ป่วยใน ให้ควบคุมกำกับผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง อย่างน้อย 3 วัน ถ้าผู้ป่วยกำลังแสดงสัญญาณ หรือมีอาการของการขาดแคลนออกซิเจน
- | ถ้าคะแนนรวมของ AWS สูงถึง 5 หรือ คะแนนรวมของ CIWA-Ar สูงถึง 10 ต้องควบคุมกำกับผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยอาจต้องการไดอาซีแพมต่อไปอีกเพื่อป้องกันอาการขาดแคลนออกซิเจนให้รุนแรงมากขึ้น
- | ถ้าคะแนนรวมของ AWS สูงถึง 10 หรือคะแนนรวมของ CIWA-Ar สูงถึง 15 ให้ควบคุมกำกับทุก 1 ชั่วโมง และพยาบาลวิชาชีพจะต้องรายงานให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบด้วย
- | การให้ยาแก่ผู้ป่วยที่มีความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือดมากกว่า 0.15 กรัม% เป็นเรื่องที่เลี่ยงมากและจำเป็นต้องได้รับการรับรองจากแพทย์เจ้าของไข้ก่อน
- | ผู้ป่วยที่มีความทันทานสูงต้องแอลกอฮอล์อาจมีอาการขาดแคลนออกซิเจนได้ เมื่อความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ในเลือด (Blood Alcohol Concentration - BAC) ยังคงอยู่เหนือ 0 ชั่งอาการขาดแคลนออกซิเจนและ BAC สูงสามารถเกิดขึ้นพร้อมกันได้

คำแนะนำในการแปลผลคะแนนจากแบบประเมินต่าง ๆ มีดังนี้ (ปรับจาก Saunders, 1985 และ Frank & Pead, 1995)

ความรุนแรง	คะแนน AWS	คะแนน CIWA-Ar
น้อย	1 - 4	< 10
ปานกลาง/รุนแรง	5 - 14	10 - 20
รุนแรงมาก	15 +	20 +

หมายเหตุ แบบประเมินอาการขาดแคลนออกซิเจนอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในการบำบัดรักษาอาการแทรกซ้อนของการขาดแคลนออกซิเจนได้ แพทย์จึงไม่ควรพึ่งพา กับคะแนนจากแบบประเมินเพียงอย่างเดียว ในการควบคุมกำกับอาการขาดแคลนออกซิเจน แต่จะต้องใช้วิจารณญาณทางการแพทย์และการเฝ้าสังเกตด้วย สัญญาณบางอย่างอาจเกิดจากความเจ็บปวดที่เกิดร่วมด้วยก็ได้ แบบประเมินอาการขาดแคลนออกซิเจนจึงไม่ใช่เครื่องมือสำหรับการวินิจฉัยโรค และคะแนนการขาดแคลนออกซิเจนโดยตัวของมันเองก็ไม่เพียงพอที่จะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการขาดแคลนออกซิเจนที่รุนแรงขนาดไหนได้

ข้อกำหนดในการถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol detoxification protocols) &

การจัดการทางการแพทย์ต่อผู้ป่วยที่ขอรับการถอนพิษแอลกอฮอล์มี 4 ด้าน ได้แก่

1. การให้ยาแรงงับประสาท

แอลกอฮอล์ 1 (A1) Protocol - ไดอาซีแพมตามความต้องการ

แอลกอฮอล์ 2 (A2) Protocol - ให้ไดอาซีแพมเป็นประจำ

แอลกอฮอล์ 3 (A3) Protocol - เพิ่มขนาดของไดอาซีแพม

แอลกอฮอล์ 4 (A4) Protocol - ให้ไดอาซีแพมโดยฉีดเข้าเส้นเลือด

2. การบรรเทาอาการทางกาย

3. การเสริมวิตามินและเกลือแร่

4. สิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุน

1. การให้ยาแรงงับประสาท

แอลกอฮอล์ 1 (A1) Protocol

นี่คือการรักษาด้วยไดอาซีแพม “ตามความต้องการ” คะแนนจาก Alcohol Withdrawal Scale ที่ประเมินทุก 2 หรือ 4 ชั่วโมง จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าควรจะให้ไดอาซีแพมหรือไม่ และถ้าควรให้ ควรให้ในขนาดเท่าใด การรักษาแบบนี้ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในหน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ ซึ่งจะมีสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ และไม่มีสิ่งเร้า ซึ่งจะมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการปรึกษา และใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ กับผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการชาดแอลกอฮอล์ การบำบัดรักษาแบบนี้ต้องการความคุ้มกำกับอาการชาดแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แบบประเมินที่ได้รับการรับรองมาตรฐานแล้ว เช่น Alcohol Withdrawal Scale (AWS) หรือ Clinical Institute Withdrawal Scale for Alcohol (CIWA-Ar) และต้องการเจ้าหน้าที่ผู้ให้การบำบัดที่มีประสบการณ์ที่เหมาะสมในการควบคุมกำกับและจัดการกับอาการชาดแอลกอฮอล์ ซึ่งการบำบัดโดยใช้ไดอาซีแพมนั้นจะเป็นไปตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1
แอลกอฮอล์ 1 (A1) Protocol - ไดอาซีแพม ตามที่ต้องการ

การให้ยาแรงดับประสาท

คะแนน AWS	คะแนน CIWA-Ar	ขนาดของไดอาซีแพม
0	0	ไม่ต้องให้
1 - 4	1 - 9	ไม่ต้องให้
5 - 9	10 - 14	5 - 10 ม.ก.
10 - 14	15 - 20	10 ม.ก. หรือเปลี่ยนไปใช้ A3
15+	20+	เปลี่ยนไปใช้ A3

การบรรเทาอาการ : Metoclopramide 10 ม.ก. 8/24 PRN; ยาลดกรด (เช่น Gastrogel 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN); คาโนลิน มิกซ์เจอร์ 15 - 20 ม.ล. ทุก 6 ชั่วโมง PRN; คิวินิน ชัลเฟต 300 ม.ก. b.d. PRN; พาราเซตามอล 1 กรัม ทุก 4 - 6 ชั่วโมง PRN

การเสริมวิตามินและเกลือแร่ : ไทดามีน, แมกนีเซียม, ฟอสเฟต, โฟเลต, สังกะสี, วิตามิน เอ ดี อี ซี และบี

การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม : การให้บริการปรึกษาแบบประคับประคอง และการให้ความมั่นใจจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการขาดแอลกอฮอล์ และการดูแลสุขลักษณะในการนอน เทคนิคการจัดการด้านพฤติกรรม และการบำบัดเพื่อผ่อนคลาย

ทั้งนี้ ข้ออยู่กับดุลพินิจของคณานะผู้บำบัดที่จะปรับเปลี่ยนขนาดของยาให้เหมาะสมกับขนาดรูปร่างของผู้ป่วย ประวัติการขาดแอลกอฮอล์ในอดีต และการตอบสนองในช่วงเริ่มต้นการบำบัด ถ้าคะแนนจาก AWS สูง ถึง 10 หรือถ้าคะแนนเพิ่มขึ้นอีก 4 หรือมากกว่าในช่วง 2 ครั้งที่ผ่านมา ผู้ป่วยควรได้รับการปรับเปลี่ยนไปใช้ แอลกอฮอล์ 3 (A3) Protocol เพื่อจะได้สามารถควบคุมอาการขาดแอลกอฮอล์ได้อย่างรวดเร็วขึ้น โดยทั่วไปแล้ว การให้ยาแรงดับประสาทตาม แอลกอฮอล์ 1 (A1) Protocol จะอยู่ในช่วง 2 - 5 วัน

แอลกอฮอล์ 2 (A2) Protocol

การใช้ไดอาซีแพมในกรณีนี้ จะเหมาะสมสำหรับการบำบัดรักษาในแผนกผู้ป่วยใน (ทั้งของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวช) และสถานบริการอื่น ๆ ที่มีแผนกผู้ป่วยใน โดยไม่ได้มีพยาบาลทำหน้าที่เกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดและแอลกอฮอล์โดยเฉพาะ และอาจใช้ได้กับการถอนพิษที่บ้านและแบบเคลื่อนที่ตามความจำเป็น วิธีนี้เป็นทางเลือกในการถอนพิษที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีผู้ควบคุมดูแลเมื่อมีอาการขาดแอลกอฮอล์ และมีผู้ที่จะช่วยในการจัดการกับอาการขาดแอลกอฮอล์ที่ไม่รุนแรงที่ยังคงมีอยู่ หรือ เมื่อการให้การป้องกัน (prophylactic sedation) ยังมีความจำเป็นอยู่อีก ทั้งนี้ไม่จำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับในเรื่องการประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์อย่างเป็นประจำสม่ำเสมอ แต่ถ้าทำได้ก็จะเป็นการดี วิธีนี้ไม่จำเป็นที่จะต้องมีแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางอยู่ด้วย แต่ผู้ป่วยจะต้องสามารถติดต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอรับคำแนะนำได้เมื่อจำเป็น หลักเกณฑ์การบำบัดแบบนี้จะมีรายละเอียดอยู่ในตารางที่ 2

โดยทั่วไป แอลกอฮอล์ 2 (A2) Protocol จะเริ่มต้นเมื่อผู้บำบัดตัดสินใจได้แล้วว่าภาวะการขาดแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยนั้นต้องการการบำบัดด้วยยา ทั้งนี้ ผู้บำบัดมักจะตัดสินใจได้เมื่อคะแนนของ AWS สูงถึง 5 หรือ (ถ้าไม่ได้ใช้แบบประเมิน) เมื่อผู้ป่วยมีอาการสั่นอย่างถาวร เหงื่ออออกมาก และวิตกกังวล เมื่อเป็นดังนี้ให้ใช้การบำบัดด้วยไดอาซีแพมได้ Protocol นี้อาจใช้ได้ในการป้องกันเมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการมีอาการขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้บำบัดพิจารณาแล้วว่าจำเป็น

ตารางที่ 2 แอลกอฮอล์ 2 (A2) Protocol - การให้ไดอาซีแพมอย่างสม่ำเสมอ

การให้ยาแรงดับประสาท

	6 โมงเช้า	เที่ยง	6 โมงเย็น	เที่ยงคืน
วันที่ 1	10 ม.ก.*	10 ม.ก.	10 ม.ก.	10 ม.ก.
วันที่ 2	10 ม.ก.	10 ม.ก.	10 ม.ก.	10 ม.ก.
วันที่ 3	5 ม.ก.	5 ม.ก.	5 ม.ก.	10 ม.ก.
วันที่ 4	5 ม.ก.	5 ม.ก.	5 ม.ก.	10 ม.ก.
วันที่ 5	งด	5 ม.ก.	งด	5 ม.ก.

การบรรเทาอาการ : Metoclopramide 10 ม.ก. 8/24 PRN; ยาลดกรด (เช่น Gastrogel 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN); คาโอลิน มิกซ์เจอร์ 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN; คิวินิน ชัลเฟต 300 ม.ก. b.d. PRN; พาราเซตามอล 1 กรัม 4 - 6/24 PRN

การเสริมวิตามินและเกลือแร่ : ไ tha อเมเน. แมกนีเซียม, ฟอสฟेट, โพเลท, สังกะสี, วิตามิน เอ ดี อี ซี และบี

การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม : การให้บริการปรึกษาแบบประคับประคอง และการให้ความมั่นใจจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการขาดแอลกอฮอล์และการดูแลสุขลักษณะในการนอน เทคนิคการจัดการด้านพฤติกรรม และการบำบัดเพื่อผ่อนคลาย

*อาจให้ไดอาซีแพม 10 ม.ก. เพิ่มได้ถ้าจำเป็น ในช่วงเวลาระหว่างการให้ยาตามปกติ 2 ครั้งแรก

แอลกอฮอล์ 3 (A3) Protocol

การบำบัดแบบนี้จะเป็นการให้ได้อาชีแพมในปริมาณมาก เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดแอลกอฮอล์ในระดับปานกลางไปจนถึงรุนแรงและรุนแรงมาก จะประกอบด้วยการให้ได้อาชี-แพมในปริมาณสูง โดยทั่วไปจะให้ผู้ป่วยรับประทาน 20 ม.ก. ทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าจะควบคุมอาการขาดแอลกอฮอล์ได้ ซึ่งอาจต้องให้ตั้งแต่ 20 - 120 ม.ก. ในช่วง 12 ชั่วโมงแรก และในบางครั้งก็อาจต้องให้มากกว่านี้ วิธีนี้จะเหมาะสมสำหรับหน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ หรือในแผนกผู้ป่วยในทั่วไป แต่จำเป็นต้องมีพยาบาลค่อยให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และสามารถตามแพทย์ได้ทันทีที่ต้องการ โดยทั่วไป การบำบัดแบบนี้ผู้ป่วยจะอยู่ในแผนกฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยในของกลุ่มงานจิตเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม ที่มีเจ้าหน้าที่พร้อมสำหรับกรณีการถอนพิษฉุกเฉิน หรือหน่วยสำหรับผู้ที่สเปติดรุนแรง หลังจากที่สามารถควบคุมอาการขาดแอลกอฮอล์ได้แล้ว จะยังคงให้ได้อาชีแพมต่อไปอีกทุก 6 ชั่วโมง ซึ่งในขั้นนี้แพทย์ที่รักษาผู้ป่วยจะเป็นผู้กำหนดขนาดยาเอง การบำบัดโดยให้ได้อาชีแพมในปริมาณมากนี้จะมีรายละเอียดอยู่ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

แอลกอฮอล์ 3 (A3) Protocol - การให้ได้อาชีแพมในปริมาณมาก

การให้ยาแรงับประสาท

- ให้กินได้อาชีแพม 20 ม.ก.* ทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าจะทำให้ผู้ป่วยสงบได้ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะเหมือนจะหลับ แต่สามารถกระตุ้นให้ตื่นได้่าย
- ในระหว่างที่ให้ยาในปริมาณมาก 医師จะต้องค่อยตรวจสอบหลัง 4 ชั่วโมงไปแล้ว
- ไม่ควรให้ได้อาชีแพมมากเกินกว่า 120 ม.ก. ในช่วง 12 ชั่วโมงแรก ถ้าผู้ป่วยยังไม่สงบให้ปรึกษาแพทย์ผู้รับผิดชอบ
- เมื่อผู้ป่วยสงบแล้ว ให้เปลี่ยนไปใช้ แอลกอฮอล์ 2 (A2) Protocol (โดยเริ่มต้นในวันที่ 1 ของตารางที่กำหนด)

* ขนาดยาที่ให้ควรปรับเปลี่ยนไปตามความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์ หนัก และความเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ ของผู้ป่วย

การบรรเทาอาการ : Metoclopramide 10 ม.ก. 8/24 PRN; ยาลดกรด (เช่น Gastrogel 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN); คาโอลิน มิกซ์เจอร์ 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN; คิวินิน ชัลเฟต 300 ม.ก. b.d. PRN; พาราเซตามอล 1 กรัม 4-6/24 PRN

การเสริมวิตามินและเกลือแร่ : ไทดามีน, แมกนีเซียม, ฟอสฟे�ต, โฟเลต, สังกะสี, วิตามิน เอ ดี อี ซี และบี

การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม : การให้บริการปฐมภัยแบบประคับประคอง และการให้ความมั่นใจจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยในการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการขาดแอลกอฮอล์ และการดูแลสุขลักษณะในการนอน เทคนิคการจัดการด้านพฤติกรรม และการบำบัดเพื่อผ่อนคลาย

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดแคลนกอสโอล์อย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการประสาทหลอนอย่างชัดเจน ควรให้ยาแก้ล่อมประสาทที่ออกฤทธิ์แรงกว่า เช่น ยาโลเพอริดอล (Haloperidol) เสริมการบำบัดด้วยไดอาซีแพม โดยในตอนแรกควรให้ในปริมาณ 2.5 - 5 ม.ก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และให้ชาได้ถึง 3 ครั้งในชั่วโมง ต่อไป จากนั้นให้ทุก 6 ชั่วโมงตามความจำเป็น จากนั้นจึงเริ่มให้ในขนาด 2.5 - 5 ม.ก. ทุก 6 ชั่วโมง ควรพิจารณาบทวนว่าจะให้ยาโลเพอริดอลต่อหรือไม่ ภายหลัง 48 ชั่วโมงไปแล้ว และเพื่อป้องกันอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาโลเพอริดอล ให้ใช้เบนซ์โทรปีน (Benztropine) 0.5 - 2 ม.ก. ทาง IM หรือให้ผู้ป่วยรับประทานวันละ 2 ครั้งตามความจำเป็น นอกจากการให้ผู้ป่วยรับประทานยายาโลเพอริดอลแล้ว อาจให้ยาต้านโรคจิตคือ ริสเพอริดอน (Risperidone) 2 ม.ก. วันละ 2 ครั้ง หรือ ออลันชาปีน (Olanzapine) 5 - 10 ม.ก. ต่อวัน เพื่อลดอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น

แอลกอฮอล์ 4 (A 4) Protocol

เป็นการบำบัดโดยการฉีดเข้าเส้นเลือด ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดแคลนกอสโอล์อย่างรุนแรงมากที่สุด (เช่น มีอาการของ DTS เป็นต้น) ในกรณีเช่นนี้ การควบคุมภาวะขาดแคลนกอสโอล์ให้ได้โดยเร็วถือเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาด้วยวิธีนี้จะต้องอยู่ในแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือหน่วยที่ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งมีอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ และการช่วยการหายใจที่พร้อมจะใช้ได้ในทันที การบำบัดวิธีนี้จะมีรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แอลกอฮอล์ 4 (A4) Protocol - การใช้ไดอาซีแพมฉีดเข้าเส้นเลือด

การให้ยาระงับประสาท

- ให้ไดอาซีแพมฉีดเข้าเส้นเลือดในปริมาณ 10 ม.ก. ในช่วง 5 นาที ให้ชาได้ถึง 3 ครั้งถ้าจำเป็นในช่วง 30 นาทีแรก ข้อพึงระวัง : อาจเกิดอันตรายจาก apnoea ได้ในช่วง 2 - 3 นาทีแรกหลังให้ยา
- ยังคงให้ไดอาซีแพม 10 ม.ก. โดยการฉีดเข้าเส้นเลือดต่อไปทุก 2 ชั่วโมง จนกว่ายาจะได้ผล หรืออาจเปลี่ยนไปใช้ แอลกอฮอล์ 3 (A3) Protocol ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานยาเองได้
- หลังจากที่ยาได้ผลตี ให้เปลี่ยนไปใช้ แอลกอฮอล์ 2 (A2) Protocol (โดยเริ่มต้นในวันที่ 1 ของตาราง ที่กำหนด)

การบรรเทาอาการ : เมื่อผู้ป่วยสามารถรับประทานยาเองได้ : Metoclopramide 10 ม.ก. 8/24 PRN; ยาลดกรด (เช่น Gastrogel 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN); คาโอลิน มิกซ์เจอร์ 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN; คิวินิน ชัลเพต 300 ม.ก. b.d. PRN; พาราเซตามอล 1 กรัม 4 - 6/24 PRN

การเสริมวิตามินและเกลือแร่ : ไ tha มีน, แมกนีเซียม, พอลิเพต, โพลีต, สังกะสี, วิตามิน เอ ดี ซี และบี

การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม : มีพยาบาลคอยดูแลผู้ป่วยที่แยกอยู่ลำพังหรืออยู่ในบริเวณที่เงียบสงบของแผนกผู้ป่วยใน การให้ความมั่นใจและให้คำอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการรักษาโดยพยาบาลที่รับผิดชอบ และจำกัดการเยี่ยมให้น้อยที่สุด

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดแคลนออกอโซล์อย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน ให้ใช้ยาแก้ประสาทที่ออกฤทธิ์แรงกว่า เช่น ยาโลเพอริดอล เสริมการบำบัดด้วยไดอาซีแพม โดยในตอนแรกควรให้ในปริมาณ 2.5 - 5 ม.ก. โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และให้ช้าๆ ต่อ 3 ครั้ง ในช่วงโมงต่อไป จากนั้นให้ทุก 6 ชั่วโมงตามความจำเป็น ในการนี้ที่มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาโลเพอริดอล ให้ใช้ยาเบนซ์โทรีปิน 0.5 - 2 ม.ก. ทาง IM หรือให้ผู้ป่วยรับประทานวันละ 2 ครั้งตามความจำเป็น นอกจากการให้ผู้ป่วยรับประทานยาโลเพอริดอลแล้ว อาจให้ยาต้านโรคจิต คือ รีสเพอร์-دون 2 ม.ก. วันละ 2 ครั้ง หรือ โอลเคนชาปีน 5 - 10 ม.ก. ต่อวัน เพื่อลดอาการข้างเคียงที่จะเกิดขึ้น

2. การบรรเทาอาการทางกาย

การให้ความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการทางกายเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดแคลนออกอโซล์เท่า ๆ กับการให้ยาระงับประสาท ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดตามอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้แก่

- | การให้ผู้ป่วยรับประทานยา Metoclopramide หรือให้ยาทาง IM ในขนาด 10 ม.ก. ทุก 8 ชั่วโมง ตามความจำเป็น เพื่อรักษาอาการคลื่นไส้และ/หรืออาเจียน
- | การให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดกรด (เช่น مالายแลนต้า หรือ แก๊สโตรเจล) 15 - 20 ม.ล. ทุก 6 ชั่วโมง ตามความจำเป็นเพื่อรักษาอาการ heartburn หรือ อาหารไม่ย่อย
- | การให้ผู้ป่วยรับประทานยาคาโนลิน มิกซ์เจอร์ 15 - 20 ม.ล. ทุก 6 ชั่วโมง ตามความจำเป็น เพื่อรักษาอาการท้องเดิน
- | การให้ผู้ป่วยรับประทานยาคิวินิน ชัลเฟต 300 ม.ก. วันละ 2 ครั้ง ตามความจำเป็น เพื่อรักษาตะคริวกล้ามเนื้อ (มักเกิดขึ้นช่วงกลางคืน) ข้อควรระวัง การให้คิวินิน ชัลเฟต มากเกินไปจะเป็นอันตรายต่อหัวใจได้
- | การให้ผู้ป่วยรับประทานยาพาราเซตามอล ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ตามความจำเป็น เพื่อรักษาอาการปวดศีรษะ หรืออาการปวดอื่น ๆ ที่ไม่รุนแรง

3. การเสริมวิตามินและเกลือแร่

การเสริมวิตามินและเกลือแร่เป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่กำลังอยู่ในช่วงการถอนพิษจากแคลกอโซล์ ได้แก่

- | ไ tha มีน (วิตามิน บี 1) เนื่องจากการขาดวิตามิน บี 1 จะเป็นอาการที่พบเสมอ และอาจนำไปสู่อาการ Wernicke's encephalopathy อย่างเฉียบพลันได้ ถ้าไม่จัดการแก้ไขเสียก่อน จึงจำเป็นต้องให้ไ tha มีนเป็นประจำแก่ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการถอนพิษ รวมทั้งผู้ป่วยที่ติดแคลกอโซล์ทุกคนด้วย ขนาดที่ให้ คือ 100 ม.ก. IM ทุกวัน อย่างน้อย 3 วัน ควรให้ไ tha มีนทาง parenterally มากกว่าที่จะให้ผู้ป่วยรับประทาน เพราะร่างกายของผู้ป่วยที่กำลังถอนพิษส่วนใหญ่จะดูดซึมได้ไม่ดี แต่ถ้าไม่สามารถจะให้ทาง IM ได้ ควรให้ผู้ป่วยรับประทานครั้งละ 100 ม.ก. วันละ 3 ครั้ง ทั้งนี้ จำเป็นจะต้องให้ไ tha มีนก่อนเริ่มให้ dextrose solutions หรือก่อนรับประทานอาหารเสมอ
- | การให้วิตามินรวม วันละ 3 ครั้งเพื่อรักษาอาการขาดวิตามินบี ชนิดอื่น ๆ และการขาดวิตามินซี ด้วย ในผู้ป่วยที่ติดแคลกอโซล์อย่างรุนแรง การเสริมโปแทลเซียม จะให้ตามผลการตรวจ plasma electrolyte จากห้องปฏิบัติการ ขนาดที่ควรให้ในตอนแรก คือ 40 mmol ต่อวัน เมื่อพลาสม่าในตอนแรก [K+] เท่ากับ

3.5 - 4.0 mmol/l ควรให้ 120 mmol ต่อวัน เมื่อพลาสมา $[K^+]$ เท่ากับ 2.5 - 3.0 mmol/l ควรให้ในขนาด 180 - 240 mmol ต่อวัน สำหรับปริมาณที่ควรให้นั้น ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัว และอาการ delirium ของผู้ป่วย (เมื่ออาจจะต้องให้ในปริมาณที่สูงขึ้น) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการ hypokalaemia ควรได้รับการตรวจพลาสมาวันละครึ่งหรือ 2 ครั้ง ถ้าระดับพลาสมามาก (Mg^{++}) ควรจัดการโดยให้แมกนีเซียม 50 - 100 mmol ต่อวัน และถ้ามีฟอสเฟตในระดับต่ำ ควรให้ฟอสเฟต 500 ม.ก. วันละ 2 ครั้ง

- I การเสริมวิตามินและเกลือแร่ควรให้ตามความจำเป็น สำหรับผู้ป่วยที่ขาดน้ำ (ขาดเกลือและน้ำ) จะต้องการของเหลวสำหรับดีม หรือการให้ของเหลวทาง IV ส่วนภาวะการขาดสารอาหารอื่น ๆ ที่พบได้บ่อย ได้แก่ การขาดโพลีส์ตัตส์ ส่วนที่พบไม่มากนัก คือ การขาดสังกะสี และการขาดวิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามิน E และวิตามิน K

4. สิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุน

สิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวน ไม่สะอาดสบายน มีสิ่งเร้ามากเกินไป หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัว จะทำให้ภาวะขาดแคลนออกซิเจนรุนแรงมากขึ้น ดังนั้น จึงควรดูแลผู้ป่วยโดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ มีแสงสว่าง พอควร และไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตกใจหรือกลัว และควรมีเจ้าหน้าที่ที่รู้จักการใช้เทคนิคการจัดการทางพฤติกรรม เพื่อบรรเทาและรักษาอาการตื่นกลัวของผู้ป่วย นอกจากนี้ ควรแยกผู้ป่วย เพื่อจำกัดการพบปะกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น ๆ และควรให้ผู้ป่วยพบรอบบ้านอยู่ที่สุดถ้าผู้ป่วยมีอาการลับสน หรือไม่รับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่

ผู้ป่วยจะได้รับผลดีถ้าที่มีผู้บำบัดทำงานประสานกันได้ดี การวางแผนการบำบัดรักษาและการรวมตัวอร์ด (ward rounds) โดยทีมแพทย์และพยาบาลจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเป็นอย่างดีในช่วงของการถอนพิษ และเจ้าหน้าที่ทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลด้านสุขภาพของผู้ป่วยควรได้รับรู้เกี่ยวกับแผนการถอนพิษ และทราบถึงวิธีการที่ดีที่สุดที่พากษาจะสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในช่วงเวลาที่ในสถานบริการบางแห่ง ครอบครัวและญาติจะมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในช่วงของการถอนพิษนี้ด้วย

ควรมีพยาบาลที่คอยให้บริการปรึกษาแบบประคับประคองในช่วงที่มีอาการขาดแคลนออกซิเจน ซึ่งอาจจำเป็นหรือเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในช่วงก่อนที่การถอนพิษจะสิ้นสุดลง และก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ในกรณีนี้ มีความจำเป็นที่จะต้องสามารถติดต่อกับแพทย์ได้ เพื่อให้กระบวนการบำบัดรักษาดำเนินต่อไป หรือเหมาะสมสำหรับโปรแกรมการถอนพิษที่บ้าน เพื่อติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยต่อไป

ผลกระทบจากการเข้ารับการบำบัด &

ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบผู้ป่วยในมักมีความวิตกกังวลเสมอ เมื่อระดับแคลนออกซิเจนลดลง ผู้ป่วยมีแนวโน้มจะมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดเพื่อการถอนพิษเป็นครั้งแรกอาจมีความวิตกกังวลอย่างมากเกี่ยวกับกระบวนการการบำบัดรักษา ล้วนผู้ป่วยที่เคยผ่านการถอนพิษมาก่อนก็อาจยังคงมีความกลัวและความวิตกกังวลสูงเช่นกัน ถ้าพากษาเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีมาก่อน เช่น มีอาการชัก ประสาทหลอน หรือ DTs เป็นต้น

การจัดการด้านพฤติกรรมโดยทีมพยาบาล &

- | ใช้วิธีการที่นุ่มนวล ค่อยเป็นค่อยไป ไม่ข่มขู่ผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
- | ใช้คำพูดที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และอาจต้องสบตาผู้ป่วยขณะที่พูดด้วย (ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับแต่ละวัฒนธรรมด้วย)
- | หลีกเลี่ยงการตำหนิหรือโต้เถียง
- | สร้างความมั่นใจและพยายามทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดและลดความวิตกกังวล
- | อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการบำบัดรักษา
- | สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยว่าอาการต่างๆ จะต้องหายในไม่ช้า และให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาระและการขาดออกอส科尔์และสุขอนามัยในการนอน
- | ให้ข้อมูลความเป็นจริงกับผู้ป่วยอยู่เสมอเพื่อช่วยลดการรับรู้แบบผิด ๆ ของผู้ป่วย
- | สร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองปลอดภัย

การให้การบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับอาการอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วย &

การให้การบำบัดรักษาอาการอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยยังคงมีอยู่นั้น ควรดำเนินการต่อไปเรื่อย ๆ ทั้งนี้ ควรมีการวางแผนการรักษาอาการเจ็บป่วยที่ตรวจวินิจฉัยพบได้ในช่วงของการถอนพิษนี้ หลักสำคัญคือการถอนพิษจะต้องไม่ไปขัดขวางการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยกำลังได้รับอยู่ บางครั้งอาจเป็นได้ว่าญาบานชนิดที่ผู้ป่วยใช้รักษาอาการเจ็บป่วยนั้นไม่เหมาะสมกับภาวะของผู้ป่วย หรือเป็นเพราะผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (ซึ่งแพทย์ที่ให้การบำบัดรักษาอาจจะไม่ทราบมาก่อน) ในกรณีนี้ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยควรจะต้องทบทวนการใช้ยาชนิดนั้น ๆ เลี่ยใหม่ โดยอาจต้องปรับเปลี่ยนถ้าเห็นว่าจำเป็น และอาจต้องติดต่อขอข้อมูลไปยังแพทย์ที่ผู้ป่วยเคยรักษาอยู่เดิมถ้าจำเป็น ซึ่งยาที่ผู้ป่วยกำลังใช้อยู่ อาจได้แก่ ยาแก้ไข้ตัวน้ำเครื่า ยาต้านโรคจิต ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคหัวใจ ยา_rักษาแพลงในกระเพาะอาหาร และยาปฏิชีวนะ เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยบางราย อาจใช้ยาชนิดอื่นอีก เช่น เบนโซไดอาเซพม (เช่น คลอนาเซพม หรือ ริโวทริล สำหรับโรคลมชัก) อนุพันธ์ของฟิน (เช่น เมทาโดน สำหรับผู้ป่วยที่เลือกใช้การถอนพิษวิธีอื่น ๆ ด้วย) รวมทั้งยาแก้ปวดต่าง ๆ

ข้อควรระวัง &

ควรใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษก่อนที่จะใช้ยาแรงบضةรากับผู้ป่วยที่มีปัญหาดังต่อไปนี้

โรคตับเรื้อรัง &

- | ปัญหาในการวินิจฉัยและการให้การบำบัดรักษาอาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยเป็นโรคตับแข็ง (Cirrhosis) และ/หรือ มีสัญญาณของ hepatic decompensation
- | จำเป็นที่จะต้องตัดสินให้ได้ว่าผู้ป่วยมีอาการขาดแคลนออกอส科尔์ไม่ใช่อาการ hepatic encephalopathy เพราะทั้งสองอาการนี้มักทำให้สับสนได้ง่าย ถ้ามีข้อสงสัยควรปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
- | ถ้าทราบแน่ชัดหรือสงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคตับเรื้อรัง และได้รับการยืนยันแล้วว่าอยู่ในภาวะของการขาดแคลนออกอส科尔์ ให้ใช้ยาแรงบضةรากในปริมาณเพียง 50 % ของขนาดที่ใช้ปกติเท่านั้น

- | ควรใช้ ออกชาซีแพม (Oxazepam) แทนไดอาซีแพม เพราะการเผาผลาญจะมีผลกระแทกต่อผู้ป่วยโรคตับน้อยกว่า
- | ขนาดของออกชาซีแพมที่เหมาะสมในการเริ่มต้นบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดแคลนออกอโซล์ในระดับปานกลาง คือ 30 ม.ก.วันละ 3 ครั้ง
- | ถ้าผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะขาดแคลนออกอโซล์และเป็นโรคตับแข็งด้วย ให้เริ่มใช้ยาแรงับประสาทในขนาดเพียง 25 - 50 % ของขนาดที่ใช้ตามปกติ และควรใช้ออกชาซีแพมเข่นกัน
- | ถ้าผู้ป่วยมีสัญญาณบ่งบอกว่าเป็น hepatic decompensation (เช่น ตีชาน มีน้ำในช่องท้อง หรือ hepatic encephalopathy) หรือเคยมีประวัติ variceal haemorrhage มา ก่อน ห้ามใช้ยาแรงับประสาทโดยไม่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ข้อจำกัดเกี่ยวกับทางเดินหายใจเรื้อรัง &

- | ผู้ป่วยที่เป็นโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจเรื้อรังอาจได้รับผลกระทบจากการแรงับประสาทมากเกินไป หากใช้ยาแรงับประสาทในขนาดปกติเพื่อรักษาอาการขาดแคลนออกอโซล์
- | สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง แต่ไม่ถึงขั้นทางเดินหายใจล้มเหลว ขนาดของไดอาซีแพมที่ใช้ควรเป็นแค่ครึ่งหนึ่งเท่านั้น
- | ถ้าผู้ป่วยทางเดินหายใจล้มเหลว ($pO_2 < 60 \text{ mm Hg}$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการ CO_2 retention ($pCO_2 > 44 \text{ mm Hg}$) ห้ามใช้ยาแรงับประสาท ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยด่วน ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาแรงับประสาท ควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกฉุกเฉิน

โรคหัวใจ &

- | ผู้ป่วยที่หัวใจล้มเหลวจะไวต่อผลของยาแรงับประสาท เนื่องจากตับทำงานได้น้อยลง เป็นผลให้ระบบไหลเวียนของโลหิตผิดปกติ
- | ในผู้ป่วยที่หัวใจล้มเหลวซึ่งอยู่ในภาวะขาดแคลนออกอโซล์ ให้ไดอาซีแพมเพียง 50% ของขนาดที่ใช้ปกติ
- | หลีกเลี่ยงยากล่อมประสาทเท่าที่จะทำได้

การบาดเจ็บที่ศีรษะ &

- | จำเป็นต้องคำนึงถึงความสมดุลกันระหว่าง การให้การบำบัดรักษาอาการขาดแคลนออกอโซล์ กับการเฝ้าสังเกตทางประสาทที่อาจถูกบดบังโดยยาแรงับประสาท
- | ผลที่เกิดจากการบาดเจ็บที่สมองและผลจากการแรงับประสาทมักจะไปรังับการรู้สึกตัวและสัญญาณชี้พของผู้ป่วย
- | ในผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บที่ศีรษะที่เห็นได้ชัดเจน (เช่น ไม่รู้สึกตัวไปชั่วระยะเวลาหนึ่ง) ต้องแน่ใจว่าการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยขาดแคลนออกอโซล์นั้นถูกต้องอย่างแท้จริง ก่อนที่จะให้ยาแรงับประสาท
- | ให้รังับการใช้ยาแรงับประสาทเอาไว้ก่อน จนกว่าจะมีหลักฐานยืนยันแน่ชัดว่าอาการขาดแคลนออกอโซล์จะกำเริบขึ้นมา
- | ให้ยาเบนโซไดอาซีพีนที่ออกฤทธิ์ในระยะสั้น (เช่น ไมดาโซเลม) แทนไดอาซีแพม ในช่วงแรกของการขาดแคลนออกอโซล์

การให้ยาโดยการรับประทานໄมได้ &

- การให้ได้อาชีเพමในช่วงเริ่มต้น (ขนาด 10 - 20 ม.ก.) จะช่วยควบคุมอาการชาดและออกอื่อล์ ชึ่งขนาดของยาจะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการชาดและออกอื่อล์
- เพื่อรักษาระดับของฤทธิ์ยาจะบันปรีสท์ให้ boluses 2 - 5 ม.ก. ต่อชั่วโมง เป็นเวลา 6 ชั่วโมง จากนั้นจึงให้ 5 - 10 ม.ก. ทุก 6 ชั่วโมง ต่อไป
- ไมดาโซเเลม เป็นอีกทางเลือกหนึ่งแทน เบนโซไดอาซีปีนโดยใช้ฉีดเข้าเส้นเลือด

การติดตามหลังการบำบัดรักษา &

ควรพิจารณาวางแผนการดูแลหลังการบำบัดรักษา เมื่อจะเป็นช่วงระยะต้น ๆ ของการถอนพิษก็ตามทั้งนี้ เพื่อให้แผนการบำบัดรักษามีความเหมาะสมและช่วยลดการกลับไปดีมีช้ำได้ แผนการต่าง ๆ นั้น ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการส่วนท้องถิ่น เพื่อเข้าโปรแกรมป้องกันการกลับไปดีมีช้ำ การบำบัดทางพุติกรรมและความคิด การให้บริการปรึกษาแบบประคับประคอง การบำบัดทางยา การเข้าร่วมโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือการเข้ากลุ่มและออกอื่อล์นิรนาม และถ้าเป็นไปได้ แพทย์ทัวไปที่ดูแลผู้ป่วยควรจะมีส่วนร่วมด้วย การประชุมร่วมกันกับแพทย์ทัวไปและ/หรือเจ้าหน้าที่ประจำสถานพยาบาลในท้องถิ่นจะเป็นประโยชน์ในการสร้างความมั่นใจว่าเครือข่ายการดูแลหลังการบำบัดรักษามีความเหมาะสมสมกับผู้ป่วยอย่างแท้จริง

นาลเท็กซอน (Naltrexone) &

นาลเท็กซอน (Revia) เป็นหนึ่งในสองของยาที่ต้านอาการอยากและออกอื่อล์ซึ่งได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยเพิ่มระยะเวลาในการเลิกดื่มและลดการกลับไปดีมีช้ำภายหลังจากที่ได้รับการถอนพิษไปแล้ว นาลเท็กซอนได้รับการศึกษาแล้วว่า (นาลเท็กซอนและการบำบัดรักษาโรคพิษสุราเรื้อรัง, 1998)

- ช่วยลดอาการอยากดื่มและออกอื่อล์
- ชะลอระยะเวลาที่จะกลับไปดีมีช้ำอีกครั้ง
- ลดปริมาณและความต้องการดื่มและออกอื่อล์
- เพิ่มอัตราการเลิกดื่มได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

นาลเท็กซอน เป็นสารต้านอนุพันธ์ฟิน ดังนั้นจึงไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับยาที่เป็นอนุพันธ์ของฟิน (เช่น ผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรัง) หรือ ผู้ที่ใช้อนุพันธ์ของฟินเพื่อความบันเทิง ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเกี่ยวกับการทำงานของตับบกพร่อง (เช่น LFT's สูงกว่า 3 เท่าของปกติ) จะต้องให้ความระมัดระวังในการจ่ายยานาลเท็กซอนให้ผู้ป่วย มีข้อแนะนำว่าให้ทำ LFT's ขึ้นเป็นเวลา 7 วัน จากนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสม และควรหลีกเลี่ยงไม่ใช้กับหญิงตั้งครรภ์ด้วย

ก่อนเริ่มใช้นาลเท็กซอน ผู้ป่วยจะต้องหยุดดื่มและออกอื่อล์แล้วอย่างน้อย 2 วัน โดยทัวไปขนาดของยาในช่วงเริ่มต้นควรอยู่ที่ 25 ม.ก. และในวันต่อมาใช้ 50 ม.ก. โดยให้วันละครั้งเดียว ผู้ป่วยจะยอมรับนาลเท็กซอนได้ดีขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับความรู้และการติดตามดูแล และผู้ให้การดูแลควรเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาโดยใช้นาลเท็กซอน และการจัดเตรียมการดูแลภายหลังการบำบัดรักษาด้วย ระยะเวลาสูงสุดในการบำบัดรักษาอาจจะไม่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาส่วนใหญ่ได้ให้คำแนะนำว่าอย่างน้อยที่สุดควรเป็น 3 เดือน แต่สำหรับผู้ป่วยหลาย ๆ คน การบำบัดรักษาเป็นเวลา 12 เดือนจะเหมาะสมที่สุด

อะแคมโพรेसต (Acamprosate) &

อะแคมโพรेसต (Campral) เป็นยาต้านอาการอยากรดื่มที่ให้ผลคล้ายคลึงกับนาลเทอร์กโชน แต่ออกฤทธิ์แตกต่างกัน อะแคมโพรेसตจะไปรังับการทำงานของ glutamate excitatory neurotransmitter system โดยจะไปรังับ NMDA receptors

อะแคมโพรेसต ได้แสดงให้เห็นในการทดลองหลายครั้งว่า

- | ช่วยเพิ่มอัตราการเลิกดื่มได้เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมเป็นเวลา 12 เดือน
- | ลดการกลับไปดื่มจัดอีกรัง
- | ลดการบริโภคแอลกอฮอล์โดยรวม

อะแคมโพรेसตไม่มีคุณสมบัติเป็นยาแรงบضةกระสาน และต่างจากนาลเทอร์กโชนตรงที่ไม่มีปฏิกิริยา กับอนุพันธ์ของผู้ดื่ม ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อาการท้องเดิน อาเจียน และ pruritus นอกจากนี้ ตับก็ไม่ได้ทำงานที่กำจัดอะแคมโพรेसต ดังนั้น โรคตับจะไม่อยู่ในข้อห้ามในการใช้อะแคมโพรेसตแต่อย่างใด

ขนาดของอะแคมโพรेसตที่แนะนำคือ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้ง (t.d.s.) สำหรับผู้ป่วยที่หนักเกินกว่า 60 กิโลกรัม ส่วนผู้ป่วยที่มีหนักน้อยกว่า 60 กิโลกรัม ให้ 4 เม็ด โดยแบ่งเป็นวันละ 3 ครั้ง ระยะเวลาของการบำบัดรักษาที่แนะนำคือ 1 ปี และเช่นเดียวกับการใช้นาลเทอร์กโชน อะแคมโพรेसต ควรใช้ร่วมกับการบำบัดทางพฤติกรรมและความคิด หรือการให้บริการปรึกษาแบบประคับประคอง

การบำบัดทางพฤติกรรมและความคิด &

การบำบัดทางพฤติกรรมและความคิด (Cognitive Behavioural Therapy - CBT) เป็นการบำบัดทางจิตในระยะสั้น ที่มุ่งเน้นการจัดการกับความคิดและการรับรู้ที่นำไปสู่ความแปรปรวนทางอารมณ์ (เช่น ความรู้สึกอยากรดื่ม ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ฯลฯ) มักจะได้รับการอธิบายว่าเป็นการบำบัดแบบ “ลงมือทำ” มากกว่า จะเป็นการบำบัดโดย “การพูดคุย” และมีจุดประสงค์เพื่อสอนทักษะต่าง ๆ ในระยะยาวเพื่อจัดการกับความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ นักจิตวิทยาจะเป็นกลุ่มวิชาชีพเฉพาะที่ให้การบำบัดแบบนี้ แต่กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ ก็มีส่วนร่วมในการบำบัดแบบ CBT ได้เช่นกัน CBT จะมีส่วนช่วยการบำบัดผู้ติดแอลกอฮอล์ด้วยยาได้ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น สมาคมบำบัดทางพฤติกรรมและความคิดแห่งประเทศไทย (Australian Association for Cognitive Behavioural Therapy - AACBT) จะมีรายนามของผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้ (aacbt@psychiatry.uq.edu.au) หรือ ติดต่อได้ที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนในชุมชนระดับท้องถิ่น ในกรณีที่ต้องการจะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการบำบัดแบบนี้ สำหรับผู้สนใจข้อมูลเพิ่มเติม เกี่ยวกับ CBT จะหาอ่านได้ในหนังสือ “A Manual of Mental Health Care in General Practice” (Davies, 2000)

แผนภูมิสำหรับการจัดการในการถอนพิษแอลกอฮอล์

การประเมินการเสพติดและความเสี่ยงต่อการขาดแอลกอฮอล์

1. เชื่องการดื่มต่อวัน มากกว่า 80 กรัม ต่อวันหรือไม่?
2. ความถี่ของการดื่ม (ตี่มทุกวันหรือไม่?)
3. ช่วงระยะเวลาของการดื่ม (ดื่มจัดมาเป็นเวลาหลายปี หรือไม่? หรือเพียงดื่มจัด มากกว่า 160 กรัมต่อวัน) และ มีอาการความจำเสื่อมหลังหายมา
4. ชนิดและความถี่ของการใช้สารเสพติดอื่น ๆ (ติดสารเสพติดชนิดนี้หรือไม่?)
5. ประวัติการขาดแอลกอฮอล์ (ความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์เป็นอย่างไรบ้าง?)
6. ประวัติของการดื่มในตอนเข้าเป็นอย่างไร?
7. ประวัติการซักเป็นอย่างไร? (อาการขาดแอลกอฮอล์รุนแรงขนาดไหน?)
8. เวลาและปริมาณการดื่มครั้งหลังสุด (ประเมินอาการขาดแอลกอฮอล์ว่าจะมีมากน้อยเพียงใด?)

การเสพติดขนาดเล็กน้อยถึงปานกลาง

- | ไม่มีประวัติการซัก
- | ไม่มีประวัติการมีอาการขาดแอลกอฮอล์อย่างรุนแรง
- | ไม่มีประวัติการดื่มในตอนเข้า
- | ไม่มีการใช้สารเสพติดหลายชนิด
- | ดื่มน้อยกว่า 80 กรัม ต่อวัน

การเสพติดขั้นรุนแรง

- | ไม่มีประวัติการซัก
- | มีประวัติการซัก
- | มีประวัติการขาดแอลกอฮอล์อย่างรุนแรง/ ความจำเสื่อมหลังหายมา
- | ดื่ม 80 กรัม ต่อวัน
- | ใช้สารเสพติดหลายชนิด
- | ดื่มตั้งแต่เข้า
- | ระยะเวลาในการดื่มจัดยาวนาน (หรือเพียงดื่มจัดเมื่อเร็ว ๆ นี้)

ข้อบ่งชี้สำหรับการถอนพิษที่บ้าน/ไปกลับ

- | ไม่มีประวัติการซัก
- | ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการขาดแอลกอฮอล์มาก่อน
- | ไม่เสพติดอย่างรุนแรง
- | ไม่มีการเจ็บป่วย การบาดเจ็บอย่างอื่น หรือเพียงผ่าตัด
- | ไม่มีการใช้ยาทางจิตเวช
- | มีผู้ดูแลที่ไว้วางใจได้
- | ผู้ป่วยมีสิ่งแวดล้อมทางบ้านที่มั่นคง

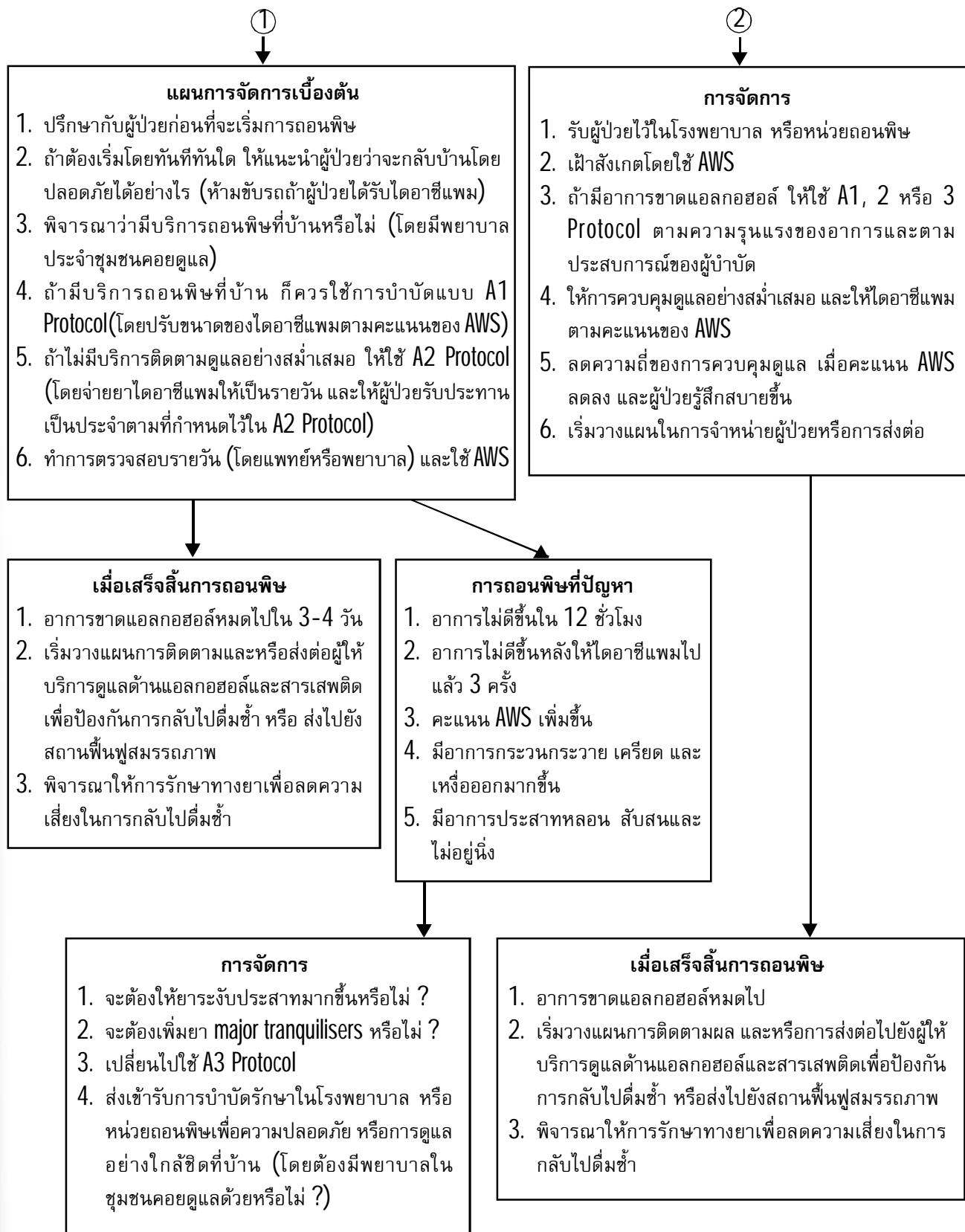
ใช่

ไม่ใช่

ใช่

ข้อบ่งชี้สำหรับการถอนพิษในโรงพยาบาลหรือหน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ

- | ไม่มีประวัติการซัก
- | ผู้ป่วยแสดงสัญญาณของการขาดแอลกอฮอล์
- | เคยมีอาการแทรกซ้อนเมื่อขาดแอลกอฮอล์
- | เสพติดแอลกอฮอล์ในระดับปานกลางถึงรุนแรง
- | มีความเจ็บป่วยทางกายหรือจิต มีการบาดเจ็บ หรือเพียงผ่าตัด
- | มีการใช้ยาทางจิตเวช
- | ไม่มีผู้ดูแลที่ไว้ใจได้ และไม่มีสิ่งแวดล้อมทางบ้านที่มั่นคง
- | เคยพยายามถอนพิษที่บ้านแต่ไม่สำเร็จ



คำแนะนำในการใช้ Alcohol Withdrawal Scale - Revised (AWS)

ข้อ 1 : ภาวะเหงื่อออกร

- 0 ไม่มีเหงื่อ
- 1 ฝ่ามือชื้นเท่านั้น
- 2 ฝ่ามือชื้น และมีเหงื่อออกรเป็นเม็ด ๆ เช่น ในหน้า หน้าอก เป็นต้น
- 3 ทั้งตัวชื้นไปด้วยเหงื่อ
- 4 เหงื่อออกรในปริมาณมากจนเลือดผ้า ผ้าปูที่นอน ฯลฯ เปียกไปหมด

ข้อ 2 : อาการสั่น

- 0 ไม่มีอาการสั่น
- 1 สั่นเฉพาะที่มือเมื่อทำกิจกรรม เช่น เมื่อเอื้อมมือไปหยิบจับสิ่งของ หรือถือสิ่งของ
- 2 มือสั่นเล็กน้อยอยู่ตลอดเวลา
- 3 มือสั่นมากอย่างเห็นได้ชัดตลอดเวลา

ข้อ 3 : ความวิตกกังวล

- 0 สงบ ไม่มีความวิตกกังวล
- 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ
- 2 หวาดกลัวและตื่นตกใจง่าย
- 3 วิตกกังวลและหวาดกลัว ทำให้สงบได้ยาก
- 4 ควบคุมความวิตกกังวลไม่ได้ รวมทั้งมีอาการหวาดกลัวอย่างรุนแรงและทันทีทันใด

ข้อ 4 : ความกระวนกระวาย

- 0 ทำกิจกรรมได้เป็นปกติ ไม่มีความกระวนกระวาย
- 1 อุญไข่ผื่น หงุดหงิด
- 2 กระวนกระวาย กลิ้งเกลือก หรือพลิกตัวไปมา มากที่จะให่อนพัก
- 3 ตื่นเต้น กระฉับกระเฉง เคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำอะไรโดยไร้เป้าหมาย แต่ยังสามารถซักชวนให้นั่งหรือนอนได้บ้างในระยะเวลาสั้น ๆ
- 4 ตื่นเต้นมาก อุญไข่ผื่น ไม่ได้ เคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว ตลอดเวลา

ข้อ 5 : ระดับอุณหภูมิ

- 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 อุณหภูมิสูงกว่า 38.5°C

ข้อ 6 : อาการประสาทหลอน

- 0 ไม่มีอาการประสาทหลอน lucid
 - 1 รับรู้ต่ำต่า ที่อยู่รอบตัวบิดเบือนไป แต่ยังตระหนักรู้ว่าไม่ใช่ของจริง
 - 2 เกิด frank hallucination แม้ว่าผู้ป่วยจะถูกจำกัดให้ไว้ต่ำเพียงไม่เกินอย่าง หรืออยู่ในเหตุการณ์เพียงระยะสั้น ๆ เท่านั้น แต่สามารถซักชวนให้เห็นว่า การรับรู้นี้เป็นแค่จินตนาการเท่านั้น ยังคงสัมผัสกับความจริงได้
 - 3 เกิดอาการเหมือนข้างตัน แต่จะต่อต้านความจริง และยกที่จะซักชวนให้เห็นว่าเป็นแค่จินตนาการเท่านั้น เครียดจากอาการประสาทหลอน และสามารถสัมผัสรู้ว่าเป็นจริงได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น
 - 4 ประสาทหลอนอย่างมาก ไม่สามารถสัมผัสรู้ว่าเป็นจริงได้เลย ผู้ป่วยจะอยู่ในโลกของจินตนาการ
- ### ข้อ 7 : การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่
- 0 รับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่เป็นอย่างดี
 - 1 รับรู้เกี่ยวกับบุคคลและสถานที่ได้ดี แต่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องเวลา
 - 2 รับรู้เกี่ยวกับบุคคลได้ดี แต่รับรู้เรื่องสถานที่และเวลาได้เพียงเล็กน้อย
 - 3 รับรู้เกี่ยวกับบุคคลได้บ้าง แต่ไม่สามารถรับรู้เรื่องสถานที่และเวลา
 - 4 ไม่สามารถรับรู้เกี่ยวกับบุคคล สถานที่ และเวลา ไม่ว่าตนเองอยู่ที่ไหน ใครบ้างที่อยู่รอบตัว และไม่รู้ว่าเวลาเท่าใด

คะแนน AWS

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 1 - 4 | = ขาดแคลนออกออล์ลีกน้อย |
| 5 - 9 | = ขาดแคลนออกออล์ปานกลาง |
| 10 - 14 | = ขาดแคลนออกออล์อย่างรุนแรง |
| 15+ | = ขาดแคลนออกออล์อย่างรุนแรงมาก |
- จำเป็นต้องพบทวนการนำบัดรักษาถ้า AWS > 10

แบบประเมินอาการติดแอลกอฮอล์
ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE

		UR..... ชื่อ..... ที่อยู่..... วันเดือนปีเกิด...../...../..... ชาย หญิง							
วัน & เวลา ที่ตีมแอลกอฮอล์ ครั้งสุดท้าย/...../..... เวลา..... น.	วัน								
	เวลา								
	BAL								
ภาวะเหนื่อออก	0 ไม่มีเหงื่อ 1 มือขึ้นเหงื่อเท่านั้น 2 เหงื่ออออกเป็นเม็ด ๆ ที่หน้าอก 3 เหงื่อขึ้นทั้งตัว 4 เหงื่ออออกໂโซก เลือดผ้าเปียก								
อาการสั่น	0 ไม่มีอาการสั่น 1 มือสั่นเล็กน้อยขับจับลิ่งของ 2 สั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 สั่นมากอย่างเห็นได้ชัด								
ความวิตกกังวล	0 สงบ 1 ไม่ค่อยสบายใจ 2 หวาดกลัว 3 กลัวมาก ทำให้สับสนได้ชัด 4 ไม่สามารถทำให้สงบได้ถ้าตัวมากเกินเหตุ								
ความกระวนกระวาย	0 นอนพักได้ 1 อุญไข่นึ่ง หยุกหยิก 2 กระวนกระวาย กลิ้งเกลือก พลิกไปมา 3 ตื่นเต้น เคลื่อนไหวมาก 4 เคลื่อนไหวตลอดเวลา								
ระดับอุณหภูมิ	0 น้อยกว่า 37.0°C 1 37.1°C ถึง 37.5°C 2 37.6°C ถึง 38.0°C 3 38.1°C ถึง 38.5°C 4 สูงกว่า 38.5°C								
อาการประสาทหลอน	0 ไม่มีอาการประสาทหลอน 1 ไม่บอย ยังตระหนักได้ถึงความจริง 2 เกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ ชักชานให้เชื่อได้ 3 เกิดขึ้นบ่อย ๆ เครียด 4 ไม่อยู่ในความเป็นจริง								
การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่	0 รับรู้ได้ดี 1 ไม่แน่ใจเรื่องเวลา 2 ไม่แน่ใจเรื่องเวลา และสถานที่ 3 ไม่แน่ใจเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล 4 ไม่รับรู้เลย								
คะแนนรวมของ AWS									

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE

Scale (mm)

1 ●
2 ●
3 ●
4 ●
5 ●
6 ●
7 ●
8 ●

ความดันโลหิต									
ชีพจร									
อุณหภูมิ									
การหายใจ									
ระดับความรู้สึกตัว	1 ตื่นตัว รับรู้คำสั่ง รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ 2 สับสน ตอบสนองต่อคำพูด 3 ซึม ตอบสนองต่อความเจ็บปวด 4 กึ่ง ไม่รู้สึกตัว 5 ไม่รู้สึกตัว								
ม่านตา + ตอบสนอง - ไม่ตอบสนอง B รวดเร็ว S เชื่องช้า	ขนาด เป็น ม.ม. การตอบสนอง								
การให้การบำบัดรักษา									
ชื่อพยาบาล									

การเฝ้าสังเกตทางการพยาบาลเพิ่มเติม ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol Level - BAL)

1. จดบันทึก BAL โดยวัด เอกทานอล เป็นกรัมต่อ เลือด 100 ม.ล.
2. ความหนาแน่น : BAL 0.05 ถึง 0.08 บวก พฤติกรรมที่ปรากฏเป็นปกติ = ระดับความหนาแน่นอยู่ในปานกลาง; BAL 0.08 ถึง 0.15 และพฤติกรรมที่ปรากฏเป็นปกติ = ความหนาแนนระดับปานกลาง; BAL 0.15 หรือมากกว่า และ พฤติกรรมที่ปรากฏเป็นปกติ ให้รินใจยิ่งว่าระดับความหนาแน่นสูง

การประมาณการปรับตัวของระบบประสาท

จากการใช้ BAL และข้อมูลที่เป็นรูปธรรม และนามธรรม จะช่วยให้พยาบาลสามารถบอกได้ถึง ระดับการปรับตัวของระบบประสาทของผู้ป่วย และ ประมาณได้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์ได้มากถึงขั้นไหน เมื่อระดับการปรับตัวของระบบประสาทเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีระดับความหนาแนนต่อ แอลกอฮอล์และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์มากขึ้นด้วย การประมาณการปรับตัวของระบบประสาทไม่ได้มีปรากฏในบันทึก AWS แต่จะมีอยู่ในบันทึกรายงานของพยาบาล

การหายใจ

1. จดบันทึกอัตราการหายใจ
2. ผู้ป่วยที่มีเหนื่อยหอบหรือมีอาการขาดแอลกอฮอล์ระดับปานกลางหรือรุนแรงมักมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการหายใจด้วย (เช่น dyspnoea, hyperpnoea, หายใจตื้น หรืออัตราการหายใจลดลง)
3. ถ้าการหายใจเริ่มมีปัญหา ให้
 - ให้ออกซิเจน 40 %
 - 6 L/นาที หรือถ้ามีอาการ C.O.P.D.
 - 2 L/นาที
 - ดำเนินการที่ปริเวณหัวใจ
 - แจ้งให้แพทย์ทราบ
 - จดบันทึกอัตราการหายใจทุก 1/4 ชั่วโมง

การรู้สึกตัว

1. ตื่นตัว ตอบสนองเมื่อพูดด้วย รับรู้ได้ดี และให้ความร่วมมือ
2. สับสันกี่วักษ์บ้าน เวลา และสถานที่ แต่ตอบสนองเมื่อพูดด้วย และทำตามคำสั่งง่าย ๆ ได้
3. ชีม ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางเสียง แต่ตอบสนองต่อสิ่งที่ทำให้เจ็บปวด
4. กึ่งไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อสิ่งที่ทำให้เจ็บปวด ตอบสนองต่อ peripheral reflexes เช่น corneal, planter แต่ไม่มี gag reflex; กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ออก มีอาการกระสับกระส่ายบ้าง
5. หมดความรู้สึก ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก ไม่มี reflexes ให้เห็น อาจพัฒนาต่อไปเป็นการกดการหายใจ

ข้อแนะนำ ถ้าระดับการรู้สึกตัวตกลงมาต่ำกว่า 2 ให้ใช้ Glasgow Coma Scale และแจ้งให้แพทย์ทราบ

ม่านตา

1. สังเกตขนาดและปฏิกิริยาของม่านตาที่มีต่อแสง
2. จดบันทึกถ้าม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงช้า
3. จดบันทึกว่าม่านตาทั้งสองข้างมีขนาดเท่ากันหรือไม่

ความดันโลหิต

1. ตรวจและบันทึกการวัดความดันโลหิตโดยให้หน่วยวัดที่ชัดเจน เช่น 120/85 (ไม่ใช่ 118/82)
2. ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ การที่ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น มักจะมีความล้มเหลว กับการเพิ่มขึ้นของแบบประเมินด้วย
3. ในผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการของความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้สัมพันธ์กับอาการขาดแอลกอฮอล์ได้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาการขาดแอลกอฮอล์ที่ทำโดยปกติ และจะต้องการการประเมินเพิ่มเติม รวมทั้งการบำบัดรักษาที่เหมาะสมด้วย

ข้อกำหนดทางคลินิก
สำหรับตอนพิเศษ/เลิก
เบนโซไดอาซีปีน

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการถอนพิเศษโดยใช้เบนโซไดอาซีปีน &

การถอนพิเศษโดยใช้เบนโซไดอาซีปีน มี 2 กรณี กรณีแรกใช้เมื่อผู้ป่วยที่รับการรักษาตามปกติหรือได้รับยาในระดับปานกลางค่อนข้างมากมีความต้องการที่จะหยุดใช้ยาเหล่านั้น หรือในระหว่างการบำบัดได้ตกลงที่จะทำเช่นนั้น ในสถานการณ์เช่นนี้ ทางเลือกในการถอนพิเศษ (บางครั้งเรียกว่า “การเลิกยาโดยใช้เบนโซไดอาซีปีน”) อาจนำมาใช้แทนได้ในการให้บริการแบบไปกลับ บางครั้งผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากต้องใช้ยาในขนาดที่มากเกินปกติ หรือเมื่อพิสูจน์แล้วว่าเป็นการยากสำหรับผู้ป่วยที่จะหยุดการใช้ยาในช่วงสุดท้ายได้ หรือเมื่อเกิดอาการชาดยาแทรกซ้อนขึ้นมา

กรณีที่ 2 คือเมื่อผู้ป่วยแสดงให้เห็นว่าใช้ยาในปริมาณที่สูง ซึ่งมักจะใช้ด้วยวิธีการที่ซับซ้อน โดยปกติมักได้ข้ามมาจากตลาดมืด หรือการไปขอยาจากแพทย์หลาย ๆ คน โดยจะผสมกับสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ด้วย ในสถานการณ์เช่นนี้ การรับผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในจะเป็นเรื่องจำเป็น และการควบคุมอาการชาดยามักเป็นไปอย่างยากลำบาก ลักษณะเฉพาะของการชาดเบนโซไดอาซีปีนคือ ขนาดและช่วงเวลาในการใช้จะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน และในคนคนเดียวกันก็จะแตกต่างกันไปในแต่ละวันด้วย

เป็นเรื่องสำคัญมากที่ผู้บำบัดต้องระวังไว้ว่า ผู้ป่วยจำนวนมากอาจรู้สึกอ้ายและไม่กล้าบอกถึงปริมาณเบนโซไดอาซีปีนที่ใช้อยู่ในปัจจุบันให้ผู้บำบัดทราบ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้บำบัดจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ไม่ตัดสินผู้ป่วย เพราะกระบวนการเลิกยาโดยใช้เบนโซไดอาซีปีนนี้มักใช้ระยะเวลา长 และขนาดการใช้ก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนอยู่เสมอ โดยต้องต่อรองกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย

แผนภูมิสำหรับการจัดการในการใช้เบนโซไดอาซีปีนในการถอนพิเศษ
จะมีรายละเอียดอยู่ในหน้า 67-68

การจัดการกับการชาดเบนโซไดอาซีปีน &

การตัดสินใจในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้เบนโซไดอาซีปีน ให้เป็นไปด้วยความเหมาะสม ประกอบด้วย

1. การวินิจฉัยว่ามีการเสพติดเบนโซไดอาซีปีน (รวมทั้งความรุนแรงของการเสพติดด้วย)
2. การค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการชาดยา
3. การระบุได้ว่าจำเป็นต้องใช้การรักษาทางเลือกหรือไม่
4. ตัดสินใจว่าผู้เสพติดยาที่มีความเสี่ยงต่ออาการชาดยา จะได้รับความช่วยเหลืออย่างปลอดภัยได้ในสถานพยาบาลนั้น ๆ

1. การวินิจฉัยว่ามีการเสพติดเบนโซไดอาซีปีน

การติดแบนโซ่ได้อาชีปีนสามารถเกิดขึ้นได้ในบุคคลที่ได้รับการบำบัด หรือได้รับเบนโซ่ได้อาชีปีนในปริมาณสูงเป็นประจำทุกวัน นานประมาณ 2 - 3 สัปดาห์ หรือมากกว่า (Busto et al., 1986) Frank และ Pead (1995) ซึ่งให้เห็นว่าโดยทั่วไปแล้วจะมีคนอยู่ 2 กลุ่มที่เข้ารับการบำบัดรักษาการเสพติดเบนโซ่ได้อาชีปีน ได้แก่ บุคคลที่ใช้เบนโซ่ได้อาชีปีนเพียงอย่างเดียว และมักใช้ในขนาดที่ใช้ในการบำบัดรักษา กับบุคคลที่ใช้เบนโซ่ได้อาชีปีนแบบที่ไม่เกี่ยวกับการบำบัดรักษา ในปริมาณสูง และมักจะใช้แบบผิด ๆ และใช้ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น ๆ การเสพติดเบนโซ่ได้อาชีปีนจะมีลักษณะเช่นเดียวกับการเสพติดแอลกอฮอล์ นั่นคือ จะมีความรุนแรงได้หลายระดับ ตั้งแต่ลักษณะเบื้องต้นตามหลักเกณฑ์ของการวินิจฉัย ไปจนถึง การเสพติดอย่างรุนแรงมาก จนควบคุมชีวิตของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจะอดทนต่ออาการชาดยาที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

หลักเกณฑ์สำหรับการสепติคัมมีรายละเอียดในหน้า 2-5 ถึง 2-6 กล่าวโดยสรุป การวินิจฉัยการสепติคัมเป็นโซ่ได้อาชีปน จะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ข้างล่างนี้ตั้งแต่ 3 ข้อหรือมากกว่าขึ้นไป ในช่วงเวลา 12 เดือน (WHO ICD-10, 1993)

หลักเกณฑ์สำหรับการเผยแพร่	การวินิจฉัย (เล็กน้อย+, ปานกลาง++, รุนแรง+++)
ใช้อย่างไม่บันยะบันยัง	
ควบคุมการเผยแพร่ไม่ได้	
มีอาการชาดยา	
ความทุกข์ทางเพิ่มมากขึ้น	
ให้ความสำคัญกับยาเป็นอันดับแรก ๆ	
ยังคงใช้ยาต่อไปแม้ว่าจะได้รับผลเสียจากยา	

บุคคลบางคนจะใช้เบนโซ่ไดอาซีปีนเป็นประจำติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน โดยไม่รู้ตัวว่าพากษาได้เสพติดยาหื่นแล้ว จนกว่าพากษาจะหยุดยา หรือพยาบาลจะลดขนาดยาลงแล้วเกิดอาการชาดยาขึ้น เช่น รู้สึกกระวนกระวาย วิตกกังวล หรือนอนไม่หลับ เป็นต้น บุคคลบางคนที่เสพติดเบนโซ่ไดอาซีปีนจะมีอาการชาดยาเกิดขึ้นบ่อย ๆ พากษาจะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และขาดทักษะการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น นอกจากนี้ พากษาમักจะเลิกทำงาน เพราะพากษาไม่สามารถทำงานได้ ไม่สามารถเข้าสังคมกับผู้อื่นได้ และกลัวการพูดโทรศัพท์ด้วย แม้แต่งานง่าย ๆ เช่น การไปซื้อของกินของใช้ในร้านชำ หรือการตัดสินใจเรื่องง่าย ๆ ก็กล้ายเป็นงานที่ยากเกินความสามารถของพากษาไปเสียแล้ว ผู้ที่ได้รับผลกระทบเช่นนี้มากไม่ได้เชื่อมโยงความเลื่อมด้านความสามารถและด้านการสร้างสัมพันธภาพของพากษาเข้ากับการใช้เบนโซ่ไดอาซีปีนในระยะยาว พากษาจะยิ่งหันไปพึงพิงมากขึ้นไปอีกเพื่อช่วยให้พากษาจัดการกับปัญหาต่าง ๆ และพากษาમักจะรับประทานยาเพิ่มขึ้นอีกเมื่อต้องพบเจอกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (Ree, 1997)

บุคคลที่ใช้เบนโซไดอาซีปีนโดยไม่เกี่ยวกับการบำบัดรักษา และใช้ในปริมาณสูง มักจะแสดงพฤติกรรมการแสวงหาความสุข เช่น พวกรักษาจะเพิ่มขนาดยาให้มากขึ้น ไปขอยาจากแพทย์หลาย ๆ คน ใช้ยาเบนโซไดอาซีปีนในหลาย ๆ รูปแบบ ใช้ยาโดยฉีดเข้าเลือด (เช่น Temazepam) หรือใช้สารสเปตติดชนิดอื่น ๆ (เช่น เมทาโโนน เอโรลีน เป็นต้น) ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอายุน้อยกว่า ใช้ยาในแต่ละวันในขนาดที่มากกว่า

และใช้ยาเป็นระยะเวลากว่าบุคคลในกลุ่มแรก ประมาณ 70% ของบุคคลที่ใช้ไดอาซีแพมมากกว่า 60 ม.ก.ต่อวัน หรือในปริมาณที่ใกล้เคียงกันนี้จะเป็นพวกรที่ใช้สารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน (*Polydrug users*) สารเสพติดที่พวกรเข้าขอบใช้มากกว่าเบนโซไดอาซีปีน คือ ไดอาซี-แพม หรือ ฟลูนิทราซีแพม (*Flunitrazepam*) ซึ่งจะถูกดูดซึม และแทรกซึมผ่าน *blood brain barrier* ได้อย่างรวดเร็ว เมื่อทำการประเมินให้พิจารณาความเป็นไปได้ที่ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนแล้ว พวกรเขจะหันไปใช้สารเสพติดชนิดอื่นทดแทน หรืออาการขาดเบนโซไดอาซีปีนอาจจะเกิดความชักช้อนได้จากการขาดสารเสพติดชนิดอื่นด้วยขอให้ผู้บำบัดประเมินวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ปัญหาทางจิตสังคมของเขา/เธอ และความมั่นคงในปัจจุบัน และเตรียมพร้อมที่จะเลื่อนการถอนพิษออกจากก่อนถ้าปัจจัยเหล่านี้ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ

2. การค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดยา

ผู้ที่เสพติดเบนโซไดอาซีปีนจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดยาเมื่อต้องลดขนาดยาลงหรือหยุดใช้ยา การหยุดใช้ยาทันทีหลังการบำบัดด้วยเบนโซไดอาซีปีนเพียง 2 - 3 วัน อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับขึ้นมาได้อีก 2 - 3 วัน ซึ่งช่วงระยะเวลาจะสัมพันธ์กับระยะเวลาครึ่งชีวิตของยา

สำหรับผู้ที่ใช้ยาตามขนาดที่ใช้ในการบำบัด อาจมีอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนได้เมื่อปริมาณการให้ยาผิดไป ซึ่งอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนนั้น ได้แก่ รู้สึกกระวนกระวาย วิตกกังวล เหงื่อออกรماก หรือนอนไม่หลับ การมีประวัติของการดังกล่าวจะช่วยชี้ดัดว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการขาดเบนโซไดอาซีปีนได้ ถ้าไม่มีการใช้เบนโซไดอาซีปีนอย่างไม่ต่อเนื่องในช่วงต่อ ๆ ไป

สำหรับผู้ที่ใช้เบนโซไดอาซีปีนในปริมาณที่สูงมาก หรือลักษณะใช้อย่างผิดกฎหมายนั้น ประวัติของอาการขาดยาที่ผ่านมา และ/หรืออาการซักเมื่อลดขนาดยาหรือหยุดใช้ยา และการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ ร่วมด้วย จะเป็นตัวกำหนดที่ดีว่าบุคคลนั้นจะเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนหรือไม่ สำหรับรายละเอียดต่าง ๆ ที่ผู้บำบัดควรให้ความสนใจเป็นพิเศษเมื่อประเมินผู้ป่วยว่าจะมีแนวโน้มของการเกิดอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนหรือไม่นั้น จะมีปรากฏในช่วงต่อไป

3. การระบุได้ว่าจำเป็นต้องใช้การรักษาทางเลือกหรือไม่

ผู้ป่วยจำนวนมากที่ใช้เบนโซไดอาซีปีนเป็นระยะเวลานาน และใช้ยาตามปริมาณที่กำหนดไว้ในการบำบัดรักษาหนึ่ง มักจะได้รับยาเพื่อรักษาอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับความวิตกกังวล นอนไม่หลับ และกระวนกระวาย ตามบริบทของความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ หรือเพื่อรักษาความเจ็บป่วย เช่น โรคลมชัก เป็นต้น ดังนั้น ในการประเมินผู้ป่วย ผู้บำบัดควรพิจารณาจุดประสงค์หลักของการให้ยาเบนโซไดอาซีปีนกับผู้ป่วยควรพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับยาอย่างเพียงพอสำหรับอาการของพวกรเขารึไม่ หรืออาการขาดเบนโซไดอาซีปีนจะทำให้เกิดวิกฤติทางการแพทย์หรือทางจิตใจหรือไม่ ผู้ป่วยที่ยังมีอาการผิดปกติทางจิตจะต้องการการบำบัดทางเลือกแทนการใช้เบนโซไดอาซีปีน (ซึ่งมักจะเป็นการทำจิตบำบัด โดยไม่ใช้ยา) นอกจากนี้ จะต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและผู้หญิงที่เคยได้รับการรักษาด้วยเบนโซไดอาซีปีนมากกว่าผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปในการบำบัดแบบนี้ด้วย

การประเมินแนวโน้มของการเกิดอาการขาดเบนโซไดอาซีปีน

- 3 การใช้เป็นระยะเวลา
 - 3 การใช้เพื่อการบำบัดในปริมาณที่สูง
 - 3 การใช้ร่วมกับสารสเปติดชนิดอื่น ๆ
 - 3 ประวัติการมีอาการชาดยา (เช่น ปวดศีรษะ ไวต่อแสง คลื่นไส้ เปื่อยอาหาร สั่น เหงื่อออกมาก วิตกกังวล หรืออาการอื่น ๆ ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย) ในช่วงที่หยุดใช้ยา หรือลดขนาดยา (แม้ชาดยาไปเพียงครั้งเดียว ก็ตาม)

4. การประเมินเพื่อตัดสินใจเลือกสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการถอนพิษ

ผู้ป่วยที่ขอรับการถอนพิษเบนโซไดอาซีปีนจะมีลักษณะที่แตกต่างกันได้หลักหลายรูปแบบ ดังที่กล่าวมาก่อนหน้านี้แล้วว่า ผู้ป่วยจำนวนมากในตอนแรกมักจะรู้สึกอายุที่จะบอกถึงปริมาณเบนโซไดอาซีนที่ตนเองกำลังใช้อยู่ และเป็นเรื่องธรรมดามากที่พากเพียรจะบอกถึงขนาดและความถี่ที่ใช้ที่น้อยกว่าความเป็นจริง ดังนั้น การใช้วิธีที่ไม่ไปตัดลินผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องจำเป็น เพื่อสร้างความไว้วางใจ ความชื่อสัตย์ และความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วย

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพบว่าผู้ป่วยเสพติดเบนโซไซเดอซีปีน และเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดยาแล้ว ผู้บำบัดจำเป็นต้องพิจารณาหาสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการถอนพิษให้ผู้ป่วยต่อไป ซึ่งรายละเอียดที่อยู่ในกรอบดังได้จะช่วยให้ผู้บำบัดตัดสินใจได้ว่าสถานที่ใดเจิงจะเหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยที่จะถอนพิษเบนโซไซเดอซีปีน และจะให้แนวทางด้วยว่ามีสถานที่ใดบ้างที่จะปลอดภัยในการถอนพิษให้ผู้ป่วย

บ้าน/ไปกลับ &

การถอนพิษที่บ้านหรือแบบไปกลับ เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ใช้ยาตามขนาดของการบำบัดรักษา หรือใช้ยาในขนาดที่มากกว่าการใช้ในการบำบัดรักษา เพื่อให้สามารถหยุดใช้ยาได้ ซึ่งการบำบัดแบบนี้จะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป อาจใช้เวลาหลายสัปดาห์ หรือบางครั้งก็หลายเดือน และนิยมใช้คำว่า “เลิกยา” เบนโซไดอาซีปีน มากกว่าคำว่า “ถอนพิษ” เพื่อชี้ให้เห็นได้อย่างตรงไปตรงมาถึงระยะเวลาที่ยาวนานของกระบวนการนี้ ผู้ป่วยที่มีลักษณะต่างๆ ตามกรอบด้านล่างจะเหมาะสมกับการถอนพิษในรูปแบบนี้

การประเมินความเหมาะสมเพื่อการถอนพิษที่บ้าน/ไปกลับ

- 3 ผู้ป่วยไม่ได้เป็นอย่างจากแพทย์หลาย ๆ คน
- 3 ผู้ป่วยไม่ได้เสพติดอย่างรุนแรง
- 3 ผู้ป่วยใช้ยาตามขนาดที่แพทย์สั่ง (หรืออาจจะใช้มากกว่าเพียงเล็กน้อยเท่านั้น)
- 3 ไม่มีประวัติการซัก
- 3 ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตซึ่งจะทำให้อาการขาดยาเมื่อการแทรกซ้อน
- 3 ผู้ป่วยไม่เคยล้มเหลวในการลดหรือหยุดใช้ยามาก่อน
- 3 ผู้ป่วยมีลิ่งแวดล้อมทางบ้านที่มั่นคงและมีผู้ให้การดูแล
- 3 ผู้ป่วยไม่ได้เสพติดสารเสพติดชนิดอื่น ๆ
- 3 ผู้ป่วยต้องการที่จะถอนพิษและเลิกยาให้ได้

โรงพยาบาล/หน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ &

ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มจะมีอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนในระดับปานกลางหรือรุนแรง หรือผู้ป่วยที่มีอาการขาดยาและอาจแทรกซ้อนด้วยปัญหาความเจ็บป่วยทางกายและทางจิต จะต้องการการถอนพิษในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ทั้งนี้ อาจรับผู้ป่วยเข้าไว้เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลได้ ถ้าไม่มีหน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ หรืออาจส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยถอนพิษโดยตรง ถ้าผู้ป่วยมีลักษณะตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

การประเมินความเหมาะสมเพื่อการถอนพิษ ในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรือ หน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ

- 3 ผู้ป่วยไม่ได้เป็นอย่างจากแพทย์หลาย ๆ คน
- 3 เคยมีอาการแทรกซ้อนของอาการขาดยามาก่อน
- 3 ผู้ป่วยเสพติดในระดับปานกลางหรือรุนแรง
- 3 ผู้ป่วยใช้ยาโดยไม่เกี่ยวกับการบำบัดรักษา และใช้เองในทางที่ผิด ในปริมาณมาก
- 3 ใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทตัวอื่น ๆ ด้วย
- 3 มีข้อบ่งชี้ว่ามีความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ หรือการผ่าตัดร่วมด้วย
- 3 ไม่มีผู้ให้การดูแลที่เชื่อถือได้
- 3 ผู้ป่วยไม่มีสภาพแวดล้อมทางบ้านที่มั่นคง หรือไม่มีที่พักอาศัย
- 3 ผู้ป่วยได้รับยาเบนโซไดอาซีปีนจากชุมชนใกล้บ้านพักอาศัย

ลักษณะของอาการขาดเบนโซไดอาซีปีน &

ลักษณะโดยทั่วไปของอาการขาดเบนโซไดอาซีปีน

อาการของผู้ป่วยที่ขาดเบนโซไดอาซีปีนจะมีเดิมลากหล่ายรูปแบบ และอาการจะแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคนด้วย ส่วนอาการที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ ส่วนอาการอื่น ๆ จะมีรายละเอียดดังที่จะกล่าวต่อไป ส่วนอาการซักนั้น เมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในปริมาณที่สูงมาก และการขาดยาอย่างทันทีทันใด (Frank & Pead, 1995)

อาการที่พบโดยทั่วไป ได้แก่

- 3 วิตกกังวล และนอนไม่หลับ (พบบ่อยที่สุด)
- 3 ความรู้สึกไวผิดปกติต่อเสียง/แสง/สัมผัส
- 3 การรับรู้ผิดไป
- 3 ประสาท宦ลอน (ทางตาและหู)
- 3 รู้สึกเจ็บ ปวด ใจสั่น และมีนงง
- 3 ปวดศีรษะ ห้องเดิน วิงเวียนศีรษะ ห้องผูก
- 3 ชีมเคร้า คิดอยากตาย
- 3 กลัวที่กว้าง (agoraphobia) กลัวอย่างรุนแรงและไจเหตุผล (panic attacks)
- 3 มีความรู้สึกที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง
- 3 ความจำเสื่อม

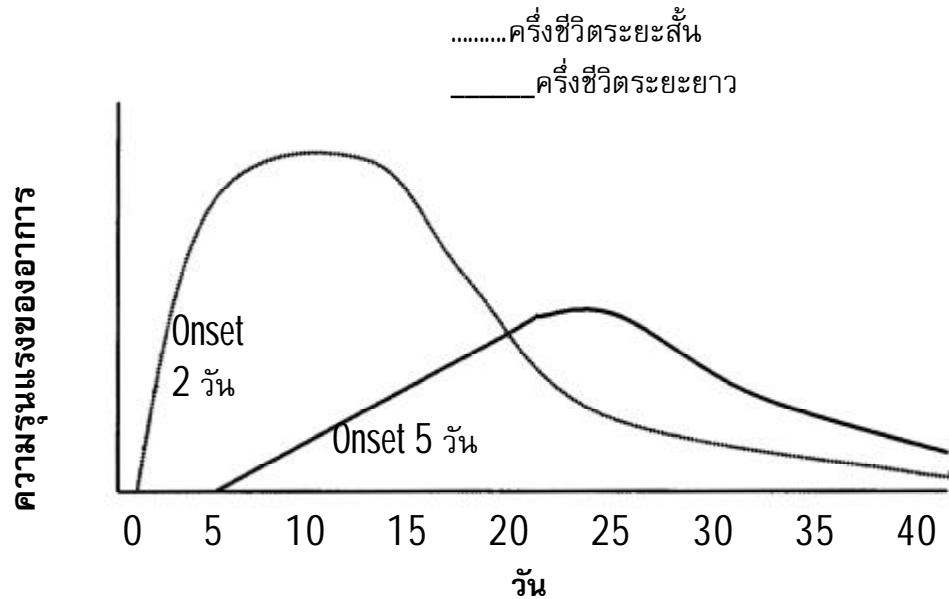
อาการที่พบบ่อยน้อยกว่า ได้แก่

- 3 กลั้มเนื้อคอแข็ง
- 3 รู้สึกว่ามีรศชาติของโลหะในปาก

Onset และช่วงระยะเวลา &

คำอธิบายเกี่ยวกับช่วงเวลาและลักษณะของอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนทั้งที่ออกฤทธิ์เร็วสั้นและระยะยาว
จะมีรายละเอียดในภาพที่ 7

ภาพที่ 7 : ช่วงระยะเวลาสำหรับการขาดเบนโซไซเดอซีปีนแบบระยะสั้นและระยะยาว (ปรับจาก Frank & Pead, 1995)



อาการขาดยามักจะเกิดขึ้นภายใน 2 วันหลังจากหยุดยาเบนโซไซเดอซีปีนที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น และมักจะอยู่ในช่วง 2 ถึง 10 วัน หลังจากหยุดใช้ยาเบนโซไซเดอซีปีนที่ออกฤทธิ์ระยะยาว แต่อย่างไรก็ตาม Onset ของอาการขาดเบนโซไซเดอซีปีนอาจนานได้ถึง 3 สัปดาห์ หลังจากหยุดยาที่ออกฤทธิ์ระยะยาวแล้ว อาการชัก และประสาทหลอนในระยะนี้จะเป็นตัวบ่งชี้ได้ดี

อาการขาดยาเบนโซไซเดอซีปีนที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (เช่น Oxazepam, Temazepam, Alprazolam และ lorazepam) มักจะทำให้เกิดอาการขาดยาที่รวดเร็วและรุนแรงกว่าการขาดยาเบนโซไซเดอซีปีนที่ออกฤทธิ์ระยะยาว (เช่น ไดอาซีแพม และ ไนตราซีแพม เป็นต้น) และอาจเป็นการยากที่จะทำให้ครบถ้วนสมบูรณ์ด้วย ระยะเวลารึ่งชีวิตของเบนโซไซเดอซีปีนชนิดต่าง ๆ จะมีอยู่ในตารางที่ 11 ความรุนแรงของการขาดยาจะมีการผันแปรสูง และมักขึ้นอยู่กับอัตราการกำจัดออกไประดับ (คงคา) ปริมาณของยา ระยะเวลาที่ใช้ และความรวดเร็วของการเลิกใช้หรือการลดปริมาณการใช้ ปัจจัยอื่น ๆ ที่สำคัญได้แก่ ความเจ็บป่วยทางกาย ความวิตกกังวลหรือความแปรปรวนทางอารมณ์ที่มีอยู่เดิม และการเสพติดสารเสพติดทางจิตอื่น ๆ ด้วย นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมและเครื่องข่ายที่ให้การสนับสนุนผู้ป่วยก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการขาดยาเช่นกัน

อาการแทรกซ้อนของอาการขาดยาจะเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด เช่น การชัก delirium โรคจิต หรือ panic อาการกลัวลังคอม และความผิดปกติด้านความวิตกกังวล (Barlow, 1988)

อาการขาดยาที่กินเวลานาน จะหมายถึงอาการของการขาดเบนโซไซเดอซีปีนที่คงอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง (Higgit et. al., 1990) เป็นเวลามากถึงหลายสัปดาห์หรือหลายเดือน ผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับ วิตกกังวล และทรงดහจิตง่าย ซึ่งจะคงอยู่นานแม้จะมีการให้ความใส่ใจ ให้ความมั่นใจ ให้ความรู้ และให้การสนับสนุนด้านอื่น ๆ เพิ่มขึ้นแล้วก็ตาม ในกรณีเช่นนี้ การบำบัดด้วยเบนโซไซเดอซีปีนควรจะกำหนดปริมาณที่ต่ำยั่งนกกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตื่นพอกที่จะลดปริมาณยาลงได้

ตารางที่ 11
อัตราการดูดซึม ครึ่งชีวิต และปริมาณการใช้เบนโซไดอาซีปีนรายวัน*

ชื่อสามัญ	ชื่อทางการค้า	ระยะเวลาที่เข้มข้นสูงสุด	การกำจัดออกใบ ครึ่งชีวิต **	ขนาด เปรียบเทียบ ***
ไดอาซีแพม	Antenex Diazemuls Ducene Valium Kalma Raloza	30 - 90 นาที	Biphasic: rapid phase half-life 3 ชั่วโมง, elimination half-life 20-48 ชั่วโมง	5 ม.ก.
Alprazolam	Xanax	1 ชั่วโมง	6 - 25 ชั่วโมง	0.5 - 1 ม.ก.
Clonazepam	Paxam Rivotril	2 - 3 ชั่วโมง	22 - 54 ชั่วโมง	0.5 ม.ก.
Flunitrazepam	Hypnodorm Rohypnol	1 - 2 ชั่วโมง	หลังให้ IV 20 - 30 ชั่วโมง	1 - 2 ม.ก.
Lorazepam	Ativan	2 ชั่วโมง	12 - 16 ชั่วโมง	1 ม.ก.
Nitrazepam	Alodorm Mogadon	2 ชั่วโมง	16 - 48 ชั่วโมง	2.5 - 5 ม.ก.
Oxazepam	Alepam Murelax Serepax	2 - 3 ชั่วโมง	4 - 15 ชั่วโมง	15 - 30 ม.ก.
Temazepam	Euhypnos Nocturne Nomapam Normison Temaze Temptabs	30 - 60 นาที หลังการให้ยาเม็ด 2 ชั่วโมง หลังการให้แคปซูล	5 - 15 ชั่วโมง	10 - 20 ม.ก.

* ยึดตามข้อมูลสินค้าของผู้ผลิต

** การกำจัดครึ่งชีวิต : เวลาในการลดลง 50 % ของความเข้มข้นของยาในพลาสม่า

*** ขนาดยาเปรียบเทียบ : ใช้เทียบเท่ากับไดอาซีแพม 5 ม.ก. (ที่มา : the NSW Detoxification Clinical Practice Guidelines, NSW Health Dept., 1999)

การค้นหาและควบคุมกำกับการขาดเบนโซไดอาซีปีน &

สำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ ให้เริ่มต้นด้วยการประเมินโดยใช้ Benzodiazepine Withdrawal Rating Scale (ดังรายละเอียดที่จะปรากฏในตอนท้ายต่อไป) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติว่ามีแนวโน้มที่จะมีอาการขาดเบนโซไดอาซีปีน แบบประเมินนี้จะบอกถึงสัญญาณชี้พของผู้ป่วยและอาการขาดแคลนของยาที่เฉพาะเจาะจง ทั้งนี้ควรจะเริ่มต้นการบำบัดให้ทันทีที่ที่เสร็จสิ้นการประเมิน และให้ดำเนินต่อไปจนกว่าจะพิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่ออาการขาดยาอีกแล้ว

แต่อย่างไรก็ตาม โปรดทราบด้วยว่าค่าคะแนนที่ได้จากแบบประเมินสำหรับอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนนี้ยังไม่ได้รับการพิสูจน์ อาการที่เกิดขึ้นก็มักจะแปรเปลี่ยนไปในผู้ป่วยแต่ละคน และแม้แต่ในผู้ป่วยคนเดียวกัน อาการก็จะเปลี่ยนไปwan ต่อวันด้วย ยิ่งไปกว่านั้น แบบประเมินนี้จะต่างจากแบบประเมินอาการขาดแคลนของยาโดยที่คะแนนที่ได้จากการขาดเบนโซไดอาซีปีนจะไม่สามารถทำนายความรุนแรงของอาการที่จะเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องแม่นยำ แม้กระนั้นก็ตามการใช้แบบประเมินนี้ก็มีส่วนช่วยในการเฝ้าสังเกตผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และช่วยประเมินอาการของผู้ป่วยได้ แบบประเมินการขาดเบนโซไดอาซีปีนนี้เป็นเครื่องมือที่ค่อนข้างเป็นนามธรรม การใช้วิจารณญาณทางการแพทย์ยังเป็นเรื่องจำเป็นในช่วงของการควบคุมกำกับอาการขาดยา เพราะแบบประเมินเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะบ่งบอกถึงความก้าวหน้าของอาการหรืออาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

กระบวนการ &

3 ภายหลังการประเมิน ให้จดและบันทึกสัญญาณชี้พที่ได้จาก Clinical Withdrawal Assessment for Benzodiazepines (CWA-B) Scale เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ให้ควบคุมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปที่แผนกผู้ป่วยใน

3 ถ้าเป็นผู้ป่วยใน ให้ควบคุมดูแลผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมงถ้ายังมีอาการปรากว่าให้เห็น จนกว่าอาการจะบรรเทาลง จนนั้นให้กำกับดูแลวันละ 2 ครั้งจนกว่าจะจำหน่ายผู้ป่วยออกไป

3 ควบคุมดูแลทุก 2 ชั่วโมงถ้าอาการขาดยาขั้นรุนแรง สูง และให้การดูแลแบบนี้ต่อไปจนกว่าจะควบคุมอาการได้ ทั้งนี้ อาจมีความจำเป็นที่จะต้องใช้เวลาในการควบคุมดูแลอาการขาดยาเบนโซไดอาซีปีนนานกว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการขาดแคลนของยาที่มีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปได้หลายวัน สำหรับยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น และเกือบ 6 สัปดาห์ สำหรับยาที่ออกฤทธิ์ระยะยาวการจดบันทึกสัญญาณชี้พ และให้คะแนนตามแบบประเมินอย่างเป็นประจำสม่ำเสมอถือเป็นเรื่องจำเป็นถ้าผลการประเมินบ่งบอกถึงการใช้เบนโซไดอาซีปีนในปริมาณที่สูงเป็นระยะเวลานาน การควบคุมดูแลอาจจะลดความถี่ลง หรือหยุดได้ถ้าผู้ป่วยใช้ยาในขนาดต่ำกว่าหรือในระยะเวลาสั้น ๆ

หากผู้ป่วยยังบ่นถึงอาการต่าง ๆ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า นอนไม่หลับ หรือหวาดกลัวเกินเหตุ ที่เกี่ยวข้องกับการขาดเบนโซไดอาซีปีน หรือเนื่องจากเกิดอาการที่เคยเกิดกับผู้ป่วยมาแล้ว ก็ให้ควบคุมดูแลต่อไป โดยทั่วไป การบ่นของผู้ป่วยจะหายไปถ้าผู้ป่วยได้รับการบำบัดตามมาตรฐานที่กำหนด และจะเป็นการดีที่สุดที่จะให้การบำบัดตามอาการของผู้ป่วย แม้ว่าอาจจะมีความผิดปกติทางจิตซ่อนอยู่เบื้องหลัง และอาการนั้นจะไม่ใช่อาการขาดยาปกติ ทักษะต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในช่วงของการขาดยาอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกบรรเทาลงได้ (Ree, 1997) ในบางกรณีผู้ป่วยอาจต้องการการบำบัดจากจิตแพทย์ในช่วงที่เป็นผู้ป่วยใน และอาจต้องการการบำบัดด้วยยา รวมทั้งการบำบัดทางจิตสำหรับความผิดปกติที่ซ่อนอยู่ด้วย

ข้อกำหนดในการถอนพิษเบนโซไดอาซีปีน &

1. การใช้ยาแรงจัดประสาท

การให้ยาแรงจัดประสาทดังที่จะกล่าวต่อไปนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อใช้กับผู้ป่วยในและผู้ป่วยที่อยู่ในสถานพยาบาลที่มีผู้ควบคุมดูแล สำหรับผู้ที่จำเป็นต้องรับการถอนพิษแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับยาตามขนาดที่ใช้ในการบำบัด (หรืออาจจะมากกว่าขนาดที่กำหนดปานกลาง) รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเลิกยาตามแผนการบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยไปกลับ นอกจากนี้ ยังได้แก่ ผู้ป่วยที่ใช้ยาในขนาดที่สูงมากอย่างชัดเจน โดยใช้จากแหล่งที่ผิดกฎหมาย และมักจะใช้ในทางที่ก่อให้เกิดอันตรายเป็นอย่างมาก ข้อกำหนดนี้จะแตกต่างจากข้อกำหนดในการบำบัดทางเลือกสำหรับเบนโซไดอาซีปีน ผู้อ่านควรศึกษาเพิ่มเติม ใน “Clinical Protocols for Detoxification in General Practice and Community Settings”

ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้ยาตามที่กำหนดในการบำบัดรักษาหรือสูงกว่าในขนาดปานกลาง โดยได้รับใบสั่งยาอย่างถูกต้องตามกฎหมายจากแพทย์ จะเหมาะสมสำหรับการใช้ เบนโซ 1 (บี 1) Protocol สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ในขนาดสูงมาก และใช้ด้วยวิธีการแปลง ๆ หรือใช้ร่วมกับสารสเปติดชนิดอื่น ๆ จะเหมาะสมกับการใช้เบนโซ 2 (บี 2) Protocol สำหรับผู้ป่วยที่แสดงอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนอย่างเห็นได้ชัดจากภายนอก การควบคุมดูแลอาการขาดยาในทันทีถือเป็นเรื่องจำเป็น โดยใช้ เบนโซ 3 (บี 3) Protocol ซึ่งคล้ายกับการใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการขาดแอลกอฮอล์อย่างรุนแรงดังที่กล่าวไปแล้ว และ เบนโซ 4 (บี 4) Protocol จะเป็นการให้ยาแรงจัดประสาทโดยฉีดเข้าเส้นเลือด เช่นเดียวกับ แอลกอฮอล์ 4 (เอ 4) Protocol ในตารางที่ 10

เบนโซ 1 (บี 1) Protocol

การบำบัดวิธีนี้ได้รับการออกแบบมาสำหรับผู้ป่วยในที่เลือกการถอนพิษจากการใช้เบนโซไดอาซีปีน ในขนาดที่ใช้ในการบำบัดรักษาหรือขนาดที่สูงกว่าปกติปานกลาง ผู้ป่วยที่จะรับการรักษาอาการขาดเบนโซไดอาซีปีน จำเป็นต้องอยู่ในสถานที่ที่เงียบสงบ และผู้บำบัดต้องให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าอาการที่พวกรเข้ากำลังประสบอยู่นี้คืออาการขาดยา และอาการเหล่านี้จะหายไปได้เมื่อเวลาผ่านไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง

ข้อสังเกต ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่อยู่ในกลุ่มนี้อาจเลิกยาเบนโซไดอาซีปีนได้ด้วยโปรแกรมการถอนพิษที่บ้านหรือแบบไปกลับ โดย

- I ปรับขนาดการใช้เบนโซไดอาซีปีนของผู้ป่วย ให้เท่ากับขนาดของไดอาซีแพม (ดูตารางที่ 11) ซึ่งขนาดจะอยู่ระหว่าง 15 และ 40 ม.ก. ต่อวัน
- I ขนาดของไดอาซีแพมในแต่ละวันให้แบ่งเป็น 4 ครั้ง ตามที่กำหนดในตารางที่ 12 โดยขนาดที่ใช้ในการเริ่มต้นนั้นจะพิจารณาได้จากขนาดของไดอาซีแพมที่เท่ากัน

ตารางที่ 12

เบนโซ 1 (บี 1) Protocol - การให้ไดอาเซ็พเมเป็นประจำสำหรับผู้ที่เสพติดจากการบำบัด

การให้ยาแรงดับประสาท

	6 โมงเช้า	เที่ยง	6 โมงเย็น	เที่ยงคืน
วันที่ 1	5 - 10 ม.ก.	5 - 10 ม.ก.	5 - 10 ม.ก.	10 ม.ก.
วันที่ 2	5 - 10 ม.ก.	5 - 10 ม.ก.	5 - 10 ม.ก.	10 ม.ก.
วันที่ 3	5 ม.ก.	5 ม.ก.	5 ม.ก.	10 ม.ก.
วันที่ 4	5 ม.ก.	5 ม.ก.	5 ม.ก.	10 ม.ก.
วันที่ 5	-	5 ม.ก.	-	5 ม.ก.
วันที่ 6	-	5 ม.ก.	-	5 ม.ก.
วันที่ 7	-	-	-	5 ม.ก.

การบรรเทาอาการ : Metoclopramide 10 ม.ก. 8/24 PRN; ยาลดกรด (เช่น Gastrogel 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN); คาโอลินมิกซ์เจอร์ 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN; คิวินิน ชัลเฟต 300 ม.ก. b.d. PRN; พาราเซตามอล 1 กรัม 4-6/24 PRN

การเสริมวิตามินและเกลือแร่ : ไทดามีน แมกนีเซียม พอสเฟต โพเลต สังกะสี วิตามิน เอ ดี อี ซี & บี

การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม : การให้บริการปฐกษาแบบประคับประคอง และการให้ความมั่นใจจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยในการให้ความรู้เกี่ยวกับการขาดเบนโซไดอาเซป์น และสุขลักษณะของการนอน เทคนิคการจัดการด้านพฤติกรรม การบำบัดเพื่อผ่อนคลาย

หลังจากวันที่ 7 แล้ว ผู้ป่วยมักจะพร้อมที่จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้ การจะปรับลดขนาดของยาลงนั้น อาจต้องพิจารณาด้วยว่าอาการขาดยาของผู้ป่วยยังรุนแรงอยู่หรือไม่ เพื่อให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

เบนโซ 2 (ซี 2) Protocol

การบำบัดวิธีนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ขอรับการถอนพิษโดยได้รับยาเบนโซไดอาซีปีน ในปริมาณที่มากกว่าที่ใช้ในการบำบัดรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ที่ได้รับยาอย่างผิดกฎหมายหรือได้จากการไปขอแพทย์หลาย ๆ คน

- | เปเลี่ยนขนาดของเบนโซไดอาซีปีนที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน เป็นไดอาซีแพมในขนาดเดียวกัน (ดูตารางที่ 11)
- | ครึ่งหนึ่งของขนาดที่คำนวณได้ และดำเนินการลดขนาดที่ใช้แต่ละวันโดยแบ่งเป็น 4 ครั้ง ตามตารางที่ 13
- | ต้องไม่ให้ไดอาซีแพมมากกว่า 80 ม.ก. ต่อวัน โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือจิตแพทย์
- | เตรียมพร้อมที่จะลดขนาดยาลง (หรือหยุดยา) ถ้าผู้ป่วยเริ่มมีอาการสงบมากเกินไป (over-sedated)

ตารางที่ 13

เบนโซ 2 (ซี 2) Protocol - การให้ไดอาซีแพมเป็นประจำสำหรับผู้ที่แสดงเบนโซไดอาซีแพมในระดับสูง

การให้ยาประจำวัน

	6 โมงเช้า	เที่ยง	6 โมงเย็น	เที่ยงคืน
วันที่ 1	10 - 20 ม.ก.			
วันที่ 2	10 - 20 ม.ก.			
วันที่ 3	10 ม.ก.	10 ม.ก.	10 ม.ก.	10 - 20 ม.ก.
วันที่ 4	10 ม.ก.	10 ม.ก.	10 ม.ก.	10 - 20 ม.ก.
วันที่ 5	-	10 ม.ก.	-	10 ม.ก.
วันที่ 6	-	10 ม.ก.	-	10 ม.ก.
วันที่ 7	-	5 ม.ก.	-	5 ม.ก.
วันที่ 8	-	5 ม.ก.	-	5 ม.ก.

การบรรเทาอาการ : Metoclopramide 10 ม.ก. 8/24 PRN; ยาลดกรด (เช่น Gastrogel 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN); คาโอลินมิกซ์เจอร์ 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN; ครินิน ชัลเฟต 300 ม.ก. b.d. PRN; พาราเซตามอล 1 กรัม 4-6/24 PRN

การเสริมวิตามินและเกลือแร่ : ไทดามีน แมกนีเซียม ฟอสฟे�ต สังกะสี วิตามิน เอ ดี อี ซี & บี

การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม : การให้บริการปรึกษาแบบประคับประคอง และการให้ความมั่นใจจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยใน การให้ความรู้เกี่ยวกับการขาดเบนโซไดอาซีปีน และสุขลักษณะของการนอน เทคนิคการจัดการด้านพฤติกรรม การบำบัดเพื่อผ่อนคลาย

ข้อกำหนดในการให้ยาดังกล่าวเป็นเพียงตัวอย่างเท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากอาการขาดยาเบนโซไดอาซีปีน มีได้หลายระดับ จึงเป็นไปไม่ได้ที่จะสั่งยาเพื่อบำบัดผู้ป่วยที่เสพยาโดยได้มาจากแหล่งที่ผิดกฎหมาย นอกจากนี้ ในหลาย ๆ ครั้ง ผู้ป่วยมักจะเลิกการบำบัดไปเองเพื่อให้ได้รับยาในขนาดที่สูงขึ้น เมื่ออาการของการขาดยาเริ่มหมดไป

เบนโซ 3 (บี 3) Protocol

การบำบัดแบบนี้หมายความว่ารับผู้ป่วยที่มีอาการขาดยาเบนโซไดอาซีปีนที่แสดงออกอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการควบคุมอาการโดยทันที

การให้ยาแรงันประสาท

- ให้รับประทานไดอาซีแพน 20 ม.ก.* ทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าฤทธิ์ยาจะได้ผล เมื่อถึงจุดนี้ ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะหลับแบบตื้น ๆ ซึ่งสามารถถูกกระตุ้นให้ตื่นได้ง่าย
 - ในช่วงของการให้ยาตามข้อกำหนดนี้ ให้แพทย์ติดตามดูอาการหลัง 4 ชั่วโมงด้วย
 - ไม่ควรให้ไดอาซีแพนมากกว่า 120 ม.ก. ในช่วง 12 ชั่วโมงแรก ถ้าผู้ป่วยยังไม่สงบให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
 - หลังจากที่ยาออกฤทธิ์ได้ผล ให้เปลี่ยนการบำบัดเป็นแบบ แอลกอฮอล์ 2 (เอ 2) Protocol (โดยเริ่มต้นที่วันที่ 1 ของการบำบัด)
- * ขนาดของยาสามารถปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการขาดยา หน้าหัก และความเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

การบรรเทาอาการ : Metoclopramide 10 ม.ก. 8/24 PRN; ยาลดกรด (เช่น Gastrogel 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN); คาโอลินมิกซ์เจอร์ 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN; คิวินิน ชัลเฟต 300 ม.ก. b.d. PRN; พาราเซตามอล 1 กรัม 4-6/24 PRN

การเสริมวิตามินและเกลือแร่ : ไตรามีน แมกนีเซียม ฟอสฟे�ต โพลีэт สังกะสี วิตามิน เอ ดี อี ซี & บี การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม : การให้บริการปรึกษาแบบประคับประคอง และการให้ความมั่นใจจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยในการให้ความรู้เกี่ยวกับการขาดยาเบนโซไดอาซีปีน และสุขลักษณะของการนอน เทคนิคการจัดการต้านพฤติกรรม การบำบัดเพื่อผ่อนคลาย

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนอย่างรุนแรงหรือรุนแรงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอาการประสาทหลอน ให้เสริมการบำบัดแบบไดอาซีแพมด้วย Major tranquiliser เช่น ยาโลเพอริดอล โดยในตอนแรกให้ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในขนาด 2.5 - 5 ม.ก. และให้ช้ำอีก 3 ครั้งในช่วงช้ำโมงถัดไป จากนั้นให้ทุก 6 ชั่วโมง ตามความจำเป็น หลังจากนั้น ให้เริ่มให้ในขนาด 2.5 - 5 ม.ก. อย่างสม่ำเสมอทุก 6 ชั่วโมง หลังจาก 48 ชั่วโมงไปแล้วให้ประเมินว่าอย่างจำเป็นต้องให้ยาโลเพอริดอลต่อไปอีกรึไม่ในกรณีที่มีผลข้างเคียงจากยาโลเพอริดอล ให้ใช้ เบนซ์โทรปีน (Benztropine) 0.5 - 2 ม.ก. โดยฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือให้รับประทานวันละ 2 ครั้ง ตามความจำเป็น นอกจากนี้ อาจให้ยาต้านโรคจิต Risperidone 2 ม.ก. วันละ 2 ครั้ง หรือ อลาแซปีน (Olanzapine) 5 - 10 ม.ก. ทุกวัน แทนการรับประทานยาโลเพอริดอล ซึ่งจะให้ผลข้างเคียงน้อยกว่า ซึ่งเรียกการบำบัดแบบนี้ว่า เบนโซ 3+ Protocol

เบนโซ 4 (บี 4) Protocol

การบำบัดแบบนี้จะใช้การฉีดเข้าเส้นเลือด ซึ่งเหมือนกับ แอลกอฮอล์ 4 (เอ 4) Protocol ในตารางที่ 10 วิธีนี้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนอย่างรุนแรงมากที่สุด (เช่น DTs) ในสถานการณ์ เช่นนี้ การควบคุมอาการให้ได้โดยเร็วที่สุดถือเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ผู้ป่วยที่ต้องรับการบำบัดแบบนี้จะต้องอยู่ ในแผนกฉุกเฉินหรือหน่วยพิเศษสำหรับผู้เสพติดรุนแรง ซึ่งต้องมีเครื่องช่วยหายใจและอุปกรณ์ช่วยหายใจ ที่พร้อมจะใช้ได้ทันที ข้อกำหนดในการบำบัดแบบนี้จะมีรายละเอียดอยู่ในตารางที่ 15

ตารางที่ 15

เบนโซ 4 (บี 4) - การให้ไดอาซีแพมทางเส้นเลือด

การให้ยาระงับประสาท

- ฉีดไดอาซีแพม 10 ม.ก. เข้าเส้นเลือด ทำช้ำอีก 3 ครั้งถ้าจำเป็นในช่วง 30 นาทีแรก ข้อควรระวัง อันตราย จาก apnoea จะเกิดได้ในช่วง 2 - 3 นาทีแรกหลังให้ยา
- ให้ไดอาซีแพม 10 ม.ก.ทางเส้นเลือดต่อไปอีกทุก ๆ 2 ชั่วโมง จนกว่าจะออกฤทธิ์ได้ผล หรือเปลี่ยนไปให้ แอลกอฮอล์ 3 (เอ 3) Protocol ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานยาเองได้
- เมื่อยาออกฤทธิ์ได้ผลแล้ว ให้เปลี่ยนไปใช้ แอลกอฮอล์ 2 (เอ 2) Protocol (โดยเริ่มต้นด้วยแต่วันที่ 1 ของข้อกำหนดการบำบัดรักษา)

การบรรเทาอาการ : Metoclopramide 10 ม.ก. 8/24 PRN; ยาลดกรด (เช่น Gastrogel 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN); คาโอลินมิกซ์เจอร์ 15 - 20 ม.ล. 6/24 PRN; คิวินิน ชัลเฟต 300 ม.ก. b.d. PRN; พาราเซตามอล 1 กรัม 4-6/24 PRN

การเสริมวิตามินและเกลือแร่ : ไทดามีน แมกนีเซียม พอสฟेट โพลีต สังกะสี วิตามิน เอ ดี อี ซี & บี การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม : มีพยาบาลคอยดูแลผู้ป่วยในห้องเดี่ยวที่มีการปรับแสงอย่างดี หรืออยู่ในมุ่งที่เงียบสงบของแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลให้ความมั่นใจและอธิบายถึงกระบวนการบำบัดรักษา กำหนดจำนวนญาติที่จะเข้าเยี่ยมให้น้อยที่สุด

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดเบนโซไดอาซีปีนอย่างรุนแรงหรือรุนแรงมาก โดยจะมีอาการประสาทหลอน ให้เสริมการบำบัดไดอาซีแพมด้วย Major tranquiliser เช่น ยาโลเพอริดอล ซึ่งในตอนแรกควรฉีดเข้ากล้ามเนื้อในขนาด 2.5 - 5 ม.ก. จากนั้นให้ช้าลง 3 ครั้งในช่วงชั่วโมงถัดไป และทุก 6 ชั่วโมง ตามความจำเป็น ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาโลเพอริดอล ให้ใช้เบนโซโตรปีน 0.5 - 2 ม.ก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือให้รับประทานวันละ 2 ครั้ง ตามความจำเป็น หรือในกรณีที่จะเลือกใช้วิธีอื่นนอกจากการรับประทานยาโลเพอริดอลแล้ว ให้ใช้ยาต้านโรคจิต ริสเพอริdone 2 ม.ก. วันละ 2 ครั้ง หรือ โอลเคนชาปีน 5 - 10 ม.ก. ทุกวัน ซึ่งจะมีผลช้าลงเดียงน้อยกว่า วิธีนี้เรียกว่า เบนโซ 4 + Protocol

2. การบรรเทาอาการ

การบรรเทาอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ขาดเบนโซไดอาซีปีน โดยจะช่วยเสริมการบำบัดด้วยยาต้านประสาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยมีอาการเป็นตะคริว หรือมี Gut symptoms ที่ปรากฏชัด ควรให้การบำบัดรักษาตามความจำเป็นและตามอาการที่เกิดขึ้น ดังนี้

- 3 ให้รับประทาน Metoclopramide หรือ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อในขนาด 10 ม.ก. ทุก 8 ชั่วโมง ตามความจำเป็น เพื่อรักษาอาการคลื่นไส้ และ/หรืออาเจียน
- 3 ให้รับประทานยาลดกรด (เช่น مالาเคนต้า หรือ แก๊สโตรเจล) 15 - 20 ม.ล. ทุก 6 ชั่วโมง ตามความจำเป็น เพื่อรักษาอาการ heartburn หรือ อาหารไม่ย่อย
- 3 ให้รับประทาน Propantheline 15 ม.ก. ทุก 8 ชั่วโมง ตามความจำเป็น เพื่อรักษาอาการตะคริวที่ท้อง
- 3 ให้รับประทาน คาโนลิน มิกซ์เจอร์ 15 - 20 ม.ล. ทุก 6 ชั่วโมง ตามความจำเป็น เพื่อรักษาอาการท้องเดิน
- 3 ให้รับประทานคิวินิน ชัลเฟต วันละ 2 ครั้ง ตามความจำเป็น เพื่อรักษาอาการกล้ามเนื้อเป็นตะคริว ข้อควรระวัง การใช้คิวินิน ชัลเฟต ในปริมาณที่มากเกินไปจะเป็นพิษต่อหัวใจ
- 3 ให้รับประทานพาราเซตามอล 1 กรัม ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ตามความจำเป็น เพื่อรักษาอาการปวดศีรษะ และอาการปวดอื่น ๆ ที่ไม่รุนแรงนัก ส่วนอาการเจ็บปวดที่รุนแรง ให้รักษาด้วย ยาต้านการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์ (Non-steroidal anti-inflammatory drugs - NSAIDS) เช่น ให้รับประทาน Ibuprofen 400 ม.ก. ทุก 8 ชั่วโมง ตามความจำเป็น โดยผู้ป่วยต้องไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคแพลงในกระเพาะอาหาร กระเพาะอาหารอักเสบ หรือ ทอบทึด ถ้าไม่สามารถจะใช้ NSAIDS ได้ ให้เปลี่ยนไปใช้ Cox-2 inhibitor เช่น Celecoxib แทน

3. การเสริมวิตามินและเกลือแร่

ผู้ป่วยที่เสพติดเบนโซไดอาซีปีนจะมีความซุกของการขาดสารอาหาร วิตามิน และอิเลคโทรไลท์ น้อยกว่าผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์ แต่อย่างไรก็ตาม การเสริมวิตามินและเกลือแร่ให้ผู้ป่วยก็เป็นสิ่งที่ควรทำ นอกจากนี้ ความผิดปกติเกี่ยวกับของเหลวและอิเลคโทรไลท์ก็ควรได้รับการแก้ไขตามที่ได้รับการบ่งชี้จากตัวชี้วัดทางคลินิกและผลจากห้องปฏิบัติการ

4. การให้การดูแลและการสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวน ไม่สะอาดสวยงาม มีสิ่งกระตุ้นมากเกินไป หรือทำให้ผู้ป่วยหัวดกลัวจะไปกระตุ้นภาระการขาดยาให้มากขึ้น ดังนั้น ผู้ป่วยจึงควรอยู่ในที่ที่สงบ มีการปรับแสงให้เหมาะสม มีกิจกรรมที่ทราบล่วงหน้าชัดเจน และไม่ทำให้ผู้ป่วยหัวดกลัว และควรมีเจ้าหน้าที่ที่ใช้เทคนิคการจัดการด้านพฤติกรรม มาช่วยทำให้ผู้ป่วยสงบและลดความหวาดกลัวลง

หลักการทั่ว ๆ ไปที่เคยกล่าวถึงมาแล้วในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ถอนพิษแอลกอฮอล์ ก็สามารถนำมาใช้ได้เช่นกัน โดยควรจะให้ความสำคัญในเรื่องต่อไปนี้เพิ่มมากขึ้น ได้แก่

3 การจัดการกับอาการหวาดกลัวอย่างรุนแรงและกะทันหัน (Panic attack) เช่น การใช้วิธีการฝึกการหายใจ เป็นต้น

3 การจัดการกับความวิตกกังวล เช่น การสอนให้ผู้ป่วยสังเกตความวิตกกังวลของตัวเอง และใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดมาช่วย

3 การให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการขาดยา และวิธีการที่จะใช้ในการจัดการกับอาการเหล่านั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งคืออาการนอนไม่หลับ ทั้งนี้ ได้แก่ การพูดคุยกับผู้ป่วยถึงอาการขาดยาว่าจะเป็นอย่างไรบ้าง และจะบำบัดรักษาอย่างไร รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องสุขอนามัยของการนอนด้วยทั้งนี้ การให้คำแนะนำให้กำลังใจ และความมั่นใจกับผู้ป่วยบ่อย ๆ ในระหว่างการบำบัดรักษาถือเป็นเรื่องที่สำคัญมาก

การให้การบำบัดอย่างต่อเนื่องสำหรับอาการอื่น ๆ ที่เกิดร่วมด้วย &

การให้การบำบัดรักษาอาการอื่น ๆ ที่ยังคงมีอยู่ควรจะเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องให้การบำบัดรักษาความเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่วินิจฉัยพบในระหว่างการถอนพิษด้วย โดยมีหลักการว่าการถอนพิษจะต้องไม่ไปขัดขวางการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยเดิมของผู้ป่วย บางครั้ง อาจพบว่ายาที่ผู้ป่วยใช้เพื่อบำบัดรักษาความเจ็บป่วยที่มีอยู่เดิมนั้นไม่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย หรือ เพราะผู้ป่วยมีปัญหาแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดด้วย (ซึ่งแพทย์ผู้จ่ายยาอาจไม่ทราบมาก่อน) ในกรณีนี้ 医師จะต้องถอนพิษควรจะต้องทบทวนการรักษาเดิมของผู้ป่วย และทำการปรับเปลี่ยนถ้าเห็นว่าจำเป็น รวมทั้งประสานงานกับแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยอยู่เดิมด้วยตามความจำเป็น การให้ยาต่าง ๆ ที่อาจเป็นปัญหา ได้แก่ ยาแก้ไข้ ยาต้านเครื่องยาต้านโรคจิต ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคหัวใจ ยารักษาโรคแลในกระเพาะอาหาร และยาปฏิชีวนะ ในผู้ป่วยบางรายอาจมีการใช้ยาชนิดอื่น ๆ อีก เช่น เบนโซไดอาซีปีน (เช่น คลอนาเซ็พม หรือ ริโวทริล สำหรับรักษาโรคลมชัก) อนุพันธ์ฟัน (เช่น เมทาโดน ในผู้ป่วยที่เลือกการถอนพิษแบบนี้) และยาบรรเทาปวด

การถอนพิษแบบไปกลับ &

การถอนพิษแบบไปกลับ (การเลิกยา) สำหรับเบนโซไดอาซีปีนจะกล่าวถึงเพียงเล็กน้อยในที่นี้ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลหรือห้องผ่อนพิษได้ทราบไว้เป็นเบื้องต้น

เมื่อผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ใช้เบนโซไดอาซีปีนตามขนาดที่ใช้ในการบำบัดรักษาแล้วเกิดการเสพติด และทำให้มีอาการขาดยาเมื่อหยุดยาอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่จะไม่แสดงพฤติกรรมออกมากอย่างชัดเจน แต่พวกเขาก็อาจจะใช้วิธีไปขอรับยาจากแพทย์หลาย ๆ คน หรือพยายามใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้ยา ถ้าแพทย์หรือผู้ดูแลผู้ป่วยพยายามจำกัดปริมาณการใช้เบนโซไดอาซีปีนของผู้ป่วย ผู้ป่วยเหล่านี้อาจเข้าใจชัดเจนว่าตนเอง

จำเป็นจะต้องลดหรือหยุดการใช้ยา แต่พากษา็จะกล่าวว่าจะเกิดอาการแบบเดิม ๆ ขึ้นอีก ในผู้ป่วยบางราย ผู้บำบัดอาจจำเป็นที่จะต้องหาทางเลือกอื่น ๆ เพื่อบำบัดอาการที่จะเกิดขึ้นเหล่านั้น

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้สภาพด้อยรุนแรงอาจถอนพิษที่บ้านหรือแบบไปกลับก็ได้ ถ้าพากษา่ม แรงจุงใจที่จะเลิกยา และมีแพทย์ทัวไปที่ค่ายให้ยาและควบคุมการลดขนาดยา รวมทั้งมีผู้ให้การดูแลที่บ้านด้วย การเลิกยาที่บ้านหรือแบบไปกลับนั้นจะใช้เวลา 2 - 16 สัปดาห์ หรือโดยเฉลี่ยประมาณ 6 สัปดาห์

ขั้นตอนการถอนพิษโดยอาศัย [&]

การเลิกยาเบนโซไดอาซีปีนเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับการถอนพิษเบนโซไดอาซีปีนที่บ้านหรือแบบไปกลับ แพทย์ทัวไปจะเป็นผู้เ笏มาส่วนที่สุดในการส่งยาและควบคุมกระบวนการเลิกยา และถ้าเป็นไปได้ เจ้าหน้าที่จาก ATODS ประจำท้องถิ่นควรให้การสนับสนุนแก่ผู้ป่วยด้วย การบำบัดด้วยวิธีดังกล่าว มีดังนี้ (Rickels et al., 1999; Saunders, 1995)

- | สร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย เนื่องจากกระบวนการเลิกเบนโซไดอาซีปีนมักใช้เวลานาน และจำเป็นต้องมีการต่อรองกันถึงเรื่องประมาณการใช้เบนโซไดอาซีปีนระหว่างผู้บำบัดกับผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ ด้วย
- | ต้องบำบัดรักษาอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยทันที ด้วยวิธีที่ต้องใช้ยาหรือไม่ใช้ยา ก็ได้ ทั้งนี้เพื่อลดระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้าในช่วงที่ผู้ป่วยยังคงได้รับเบนโซไดอาซีปีนในขนาดที่เคยใช้อยู่เป็นประจำ มีข้อจำกัดสำหรับผู้ป่วยบางรายที่อาการวิตกกังวลและซึมเศร้านั้นเกิดจากการเสพติดเบนโซไดอาซีปีน
- | ให้ยาไดอาซีแพมในขนาดที่เท่ากับยาที่ผู้ป่วยเคยใช้ และให้ในขนาดนี้ไปอีก 1 สัปดาห์
- | อาจลดขนาดของไดอาซีแพมลงได้ประมาณ 10 - 15% ในอาทิตย์เว้นอาทิตย์ จนกว่าจะเกิดอาการขาดยาขึ้นอีก
- | ถ้าเกิดอาการขาดยา ให้ลดปริมาณยาเพียงเล็กน้อย และเพิ่มช่วงเข้านะยะระหว่างการลดขนาดยาให้นานขึ้น ผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกไม่ค่อยสบายเมื่อต้องลดขนาดยาลง และมักต้องการเบนโซไดอาซีปีนในขนาดที่มากขึ้นจนกว่าพากษาจะรู้สึกตื่น แล้วค่อยกลับมาลดยาใหม่อีกรึ้ง ส่วนผู้ป่วยบางคนอาจไม่สามารถอดทนที่จะลดขนาดยาเป็นรายสัปดาห์ได้ พากษาจะขอบที่จะให้ลดทุก 2 สัปดาห์มากกว่า
- | ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะอยากรเลิกยาให้ได้อย่างเต็มขั้น แต่บางครั้งก็เป็นการยากที่จะยอมให้ลดยาลงแม้เพียงไม่กี่มิลลิกรัมก็ตาม ดังนั้น การให้ไดอาซีแพม 2 ม.ก. วันละครั้งก็อาจเป็นเรื่องที่ยอมรับได้

ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการกระวนกระวายมากขึ้นในช่วงที่ค่อย ๆ ลดขนาดยาลง และพากษาอาจเข้าใจผิดว่าพากษาได้รับยาในปริมาณที่น้อยกว่าที่ควรได้รับ เรื่องของความสัมพันธ์ที่ต้องระวังผู้บำบัดกับผู้ป่วย จึงเป็นเรื่องสำคัญ เพราะจำเป็นจะต้องมีการต่อรองกันถึงขนาดยาที่ควรได้รับอยู่เป็นประจำตามความรุนแรงของอาการขาดยาที่เกิดขึ้น

การบำบัดและการให้ยาที่เป็นส่วนเสริม [&]

ในช่วงระยะของการขาดยา การให้การบำบัดเสริม เช่น การบำบัดทางพฤติกรรมและความคิด (Cognitive behavioural therapy - CBT) การบำบัดเพื่อการผ่อนคลาย และการฝึกการจัดการกับความเครียด ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีผลเพียงปานกลางเท่านั้น

ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าในช่วงระยะของการขาดยา ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกัน การเกิดความคิดที่จะฆ่าตัวตาย การบำบัดโดยใช้ยาต้านเคร้าอาจเป็นเรื่องจำเป็น ส่วนการให้ความช่วยเหลือทางจิต เช่น CBT อาจทำได้เพื่อเป็นตัวช่วยปั่งบอกถึงความคิดที่ซึมเศร้าที่เกิดขึ้น

การให้ Carbamazepine 200 - 800 ม.ก. ต่อวัน ในช่วงการขาดยา จะช่วยป้องกันการกลับไปใช้ยาซ้ำได้ดี แม้ว่าอาจจะยังไม่มีรายงานว่าสามารถใช้ได้ผลกับอาการขาดยาอย่างรุนแรงก็ตาม ยา Propranolol อาจช่วยเมื่อมีอาการทางกาย เช่น อาการสั่น (NSW Health Department, 1999)

ส่วน Cyproheptadine 4 ม.ก. ต่อคืนอาจจำเป็นสำหรับผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นอาการที่พบบ่อย ในช่วงการถอนพิษ

การบรรเทาอาการ &

การบรรเทาอาการนั้น มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจำนวนมากที่อยู่ในช่วงขาดเบนโซไดอาซีปีน ทั้งนี้ เพื่อช่วยเสริมการบำบัดด้วยยาแรงงับประสาท โดยเฉพาะอาการที่เห็นได้ชัด คืออาการตะคริวที่กล้ามเนื้อ หรือ gut symptoms อื่น ๆ อาการต่าง ๆ ควรได้รับการบำบัดตามความจำเป็นและตามลักษณะความซับซ้อน ของอาการนั้น ๆ

การดูแลและสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยสนับสนุน &

ถ้าเป็นไปได้ ควรมีเพื่อนผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ยา หรือญาติ อย่างน้อย 1 คนที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา เพื่อให้ความมั่นใจ และคุยควบคุมการใช้ยา หรือสังเกตสัญญาณที่แสดงถึงความรุนแรงของอาการขาดยา รวมทั้งนำผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อจำเป็นด้วย

การควบคุมกำกับ &

แพทย์ทั่วไปควรให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในช่วงของการขาดยา และควรนัดผู้ป่วยให้มารับแพทย์ อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ซึ่งควรเป็นสัปดาห์เดียวกับที่จะมีการจ่ายยาเบนโซไดอาซีปีนให้กับผู้ป่วยด้วย อาการ ต่าง ๆ ที่พบร่วงจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย แต่ก็อาจจำเป็นต้องปรับอัตราการขาดยาให้ช้าลง นอกจากนี้ ผู้ป่วยเองควรจดบันทึกประจำวันเพื่อตรวจสอบตัวเองด้วยว่าใช้ยาแรงงับประสาทในปริมาณเท่าใด และอาจจดบันทึกอาการที่เกิดจากการขาดเบนโซไดอาซีปีนด้วย โดยใช้หัวข้อจาก CINA-B และระบุด้วยว่าความ เครียดทางจิตสังคมอะไรบ้างที่พากษาがらังประสบอยู่

ถ้าผู้ป่วยรายงานว่ามีอาการขาดยาอย่างขึ้นและรุนแรงมากขึ้น ผู้บำบัดจำเป็นต้องจดบันทึกสัญญาณ ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ประเมินการขาดยาให้บ่อยมากขึ้นด้วย และผู้ป่วยอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อ จะได้รับการเฝ้าสังเกตที่ใกล้ชิดยิ่งขึ้น ส่วนอาการซึ้งที่เกิดจากการขาดเบนโซไดอาซีปีนอาจนำไปสู่ภาวะลมชัก และจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลโดยทันที

การผนวกการถอนพิษในโรงพยาบาลและที่บ้านเข้าด้วยกัน &

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะขาดยา หรือผู้ที่ใช้ยาเบนโซไดอาซีปีนโดยไม่ได้รับการบำบัดรักษา ในปริมาณ สูง และในทางที่ไม่ถูกต้อง นักผสานยา กับสารเสพติดชนิดอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล การ

ควบคุมอาการขาดยาได้ยาก แต่เมื่อได้ที่ควบคุมได้แล้ว ก็เป็นไปได้ที่จะจำหน่ายผู้ป่วยให้เป็นผู้ป่วยนอก โดยมีการติดตามรักษาโดยลดขนาดยาลงต่อไป ถ้าผู้ป่วยรายนั้นมีสภาพแวดล้อมทางบ้านที่เหมาะสม

การรักษาอาการขาดยาจะได้ผลดีขึ้น โดยการใช้เบนโซไดอาซีปีนที่ออกฤทธิ์ในระยะยาว และถ้าสามารถบำบัดรักษาผู้ป่วยได้ดีในขณะที่เป็นผู้ป่วยใน ก็จะสามารถลดปริมาณยาได้อาชีแพมให้เหลือเพียง 40 ม.ก. ต่อวันได้ จากนั้นก็สามารถจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับบ้านได้ และยังติดตามการเลิกยาเบนโซไดอาซีปีน ได้ที่แผนกผู้ป่วยนอกต่อไปอีก บางครั้งอาการขาดยาอาจเกิดขึ้นได้เป็นครั้งแรกเมื่อพยาบาลที่จะเลิกยา ไดอาซีแพมในช่วง 5 - 10 ม.ก. สุดท้าย จึงอาจจำเป็นต้องรับผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยในอีกครั้งเพื่อถอนพิษจาก ยาที่ยังคงเหลืออยู่ ผู้ป่วยที่มีอาการขาดยาจากการที่เคยใช้ยาเบนโซไดอาซีปีนในปริมาณสูง ๆ จะเป็นต้อง ได้รับการติดตามดูแลสนับสนุนอย่างสม่ำเสมอเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว

การติดตามดูแล &

หลังจากการถอนพิษสิ้นสุดลงอย่างสมบูรณ์แล้ว ผู้ป่วยบางคนอาจยังต้องเข้าโปรแกรมการฟื้นฟู สมรรถภาพระยะยาวในสถานพื้นพูดต่อไปอีก หรือผู้ป่วยบางคนอาจต้องการการบำบัดด้วยวิธีการเสริมอื่น ๆ อีก จากสถานบริการภายนอกชุมชนใกล้บ้าน เพื่อป้องกันการกลับไปเสพยาซ้ำด้วย

แผนภูมิสำหรับการจัดการในการถอนพิษเบนโซไซเดอชีปีน

การประเมินการเสพติดและความเสี่ยงต่อการขาดเบนโซไซเดอชีปีน

- | | |
|---|--|
| 1. เฉลี่ยการใช้ต่อวัน (ยิ่งมากยิ่งเพิ่มความรุนแรงในการเสพติดมาก) | 6. วิธีที่ได้ยามาเสพ (ตามใบสั่งจากแพทย์ ขอจากแพทย์ ญาติคน หลอกหลวงให้ได้ยา ?) |
| 2. ความถี่ของการใช้ (ขนาดที่ใช้ใน 1 วัน?) | 7. ใช้สารเสพติดอื่นด้วยหรือไม่? (เสพติดสารอื่นหรือไม่?) |
| 3. ระยะเวลาในการใช้ (เป็นเดือนหรือปี? ยิ่งนานยิ่งมีแนวโน้มจะเสพติดได้มากขึ้น) | 8. วัน/เวลาที่ใช้ครั้งสุดท้าย (ยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น ~ 2 วัน, ยาที่ออกฤทธิ์ระยะยาว ~ 2 - 10 วัน) |
| 4. ชนิดของเบนโซไซเดอชีปีนที่ใช้ (แบบօอกฤทธิ์ระยะสั้น หรือระยะยาว?) | |
| 5. ประวัติความรุนแรงของอาการขาดยา | |

การเสพติดขาดเล็กน้อยถึงปานกลาง

- 3 ไม่มีประวัติการขาดยาอย่างรุนแรง
- 3 ไม่ได้เสพติดสารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน
- 3 ใช้ตามขนาดที่ได้รับใบสั่งยา หรือมากกว่าเล็กน้อย
- 3 ไม่ได้ไปขอยาจากแพทย์หลายคน

ข้อบ่งชี้สำหรับการถอนพิษที่บ้าน/ไปคลับ

- 3 ไม่เคยมีอาการแทรกซ้อนจากการขาดยามาก่อน
- 3 ไม่เสพติดอย่างรุนแรง
- 3 ไม่มีการเจ็บป่วย การบาดเจ็บอย่างอื่น หรือเพียงผ้าตัด
- 3 ไม่มีการใช้ยาทางจิตเวชชนิดอื่น ๆ
- 3 มีผู้ดูแลที่ไว้วางใจได้
- 3 ผู้ป่วยมีลิงแวนด์ล้อมทางบ้านที่มั่นคง ไม่มียาที่เ并不是很บ้าน
- 3 ผู้ป่วยเต็มใจที่จะถอนพิษ

การเสพติดขั้นรุนแรง

- 3 ไม่มีประวัติการซัก
- 3 มีประวัติการขาดยาอย่างรุนแรง
- 3 มีประวัติการซัก
- 3 ติดสารเสพติดหลายชนิดร่วมกัน
- 3 ช่วงเวลาของการใช้ยาเบนโซไซเดอชีปีนในขนาดปานกลางหรือขนาดสูง ยานาน
- 3 ความทุกข์ทางกายภาพอย่างสูง - ต้องใช้มากเพื่อให้รู้สึกเป็นปกติ

ข้อบ่งชี้สำหรับการถอนพิษในโรงพยาบาลหรือหน่วยถอนพิษโดยเฉพาะ

- 3 เคยมีอาการแทรกซ้อนจากการขาดยา
- 3 เสพติดในระดับปานกลางและรุนแรง
- 3 มีความเจ็บป่วย มีการบาดเจ็บ หรือเพียงผ้าตัด
- 3 มีการใช้ยาทางจิตเวช
- 3 ไม่มีผู้ดูแลที่ไว้ใจได้ และไม่มีลิงแวนด์ล้อมทางบ้านที่มั่นคง
- 3 ผู้ป่วยสามารถหายมาเสพได้จากในชุมชนและ vague บ้าน

ใช่

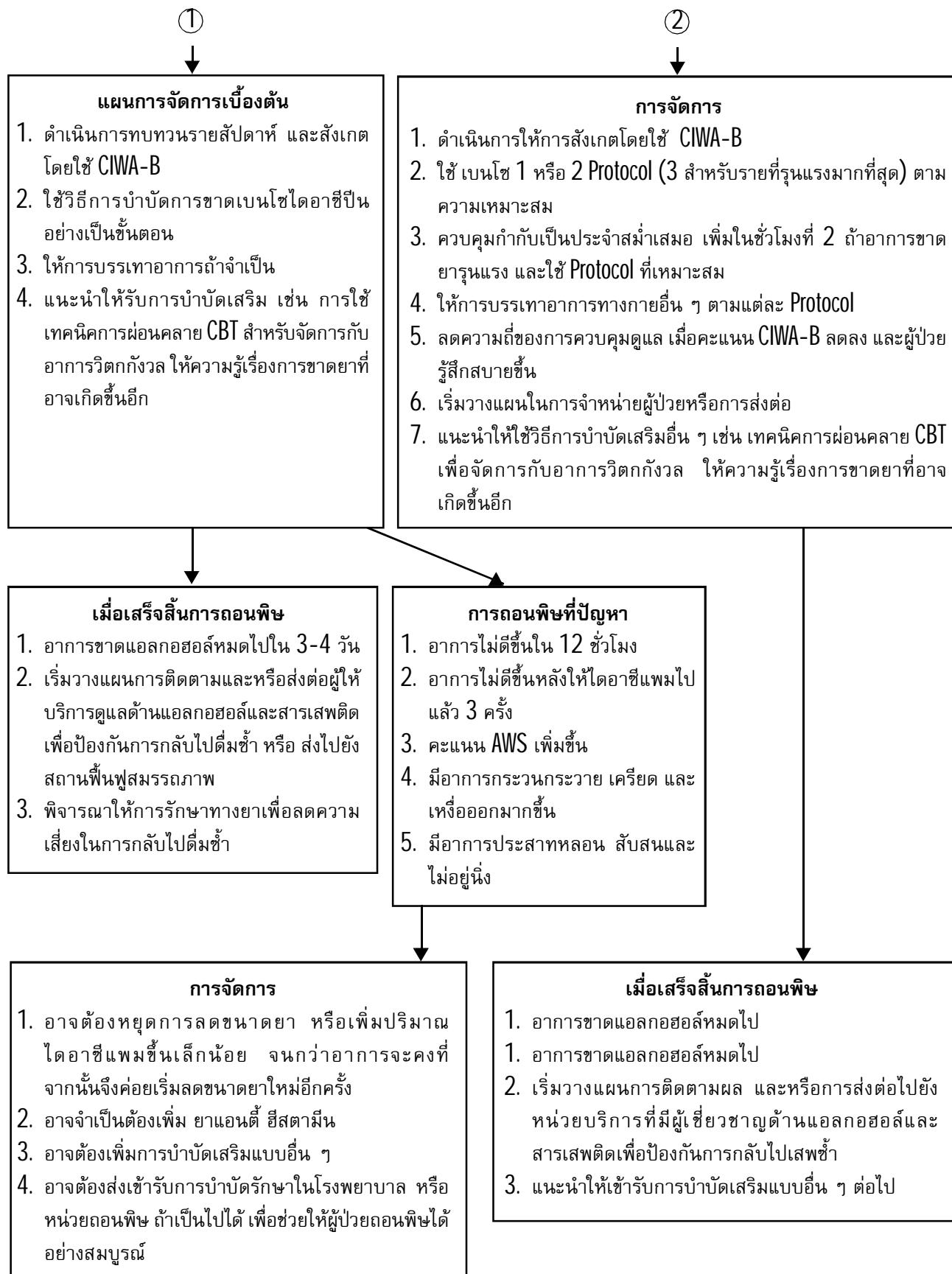
ไม่ใช่

①

②

ใช่

②



คำแนะนำในการใช้ The Clinical Withdrawal Assessment Scale for Benzodiazepines (CIWA-B)

การรายงานของผู้ป่วย

ในหัวข้อต่อไปนี้ โปรดลงกลมล้อมรอบตัวเลขที่อธิบายความรู้สึกของคุณได้ดีที่สุด

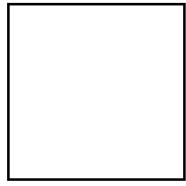
1. คุณรู้สึกหงุดหงิดใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ใช่มาก ๆ
2. คุณรู้สึกเมื่อยล้าใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ทำอะไรไม่ได้เลย
3. คุณรู้สึกตึงเครียดใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ใช่มาก ๆ
4. คุณไม่ค่อยมีสมาธิใช่หรือไม่ ?	0 ไม่ใช่เลย	1	2	3	4 ไม่มีสมาธิเลย
5. คุณรู้สึกเบื่ออาหารใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 กินไม่ลงเลย
6. คุณรู้สึกชาหรือร้อนบริเวณใบหน้า มือ หรือเท้าใช่หรือไม่?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 รู้สึกชา/ร้อนมาก
7. คุณรู้สึกว่าหัวใจเต้นเร็ว (ใจสั่น) ใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ใจสั่นตลอดเวลา
8. คุณรู้สึกมึนหรือปวดศีรษะใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ปวดศีรษะมาก
9. คุณรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือกล้ามเนื้อตึงใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ตึงและปวดมาก
10. คุณรู้สึกวิตกกังวล กระวนกระวาย หรือตกใจง่ายใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ใช่มาก ๆ
11. คุณรู้สึกอารมณ์เลียใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ใช่มาก ๆ
12. เมื่อคืนนี้คุณนอนหลับพักผ่อนได้เต็มที่ใช่หรือไม่ ?	0 ได้พักผ่อนเต็มที่	1	2	3	4 นอนไม่หลับเลย
13. คุณรู้สึกอ่อนแอกล้ามเนื้อใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ใช่มาก ๆ
14. คุณคิดว่าเมื่อคืนนี้คุณนอนไม่พอใช่หรือไม่ ?	0 ใช่มาก ๆ	1	2	3	4 ไม่เลย
15. คุณรู้สึกจำความใจเกี่ยวกับการมองเห็นใช่หรือไม่ ? (เช่น ตาไวต่อแสง มองภาพไม่ชัด เป็นต้น)	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ตาไวแสงมากและ เห็นภาพไม่ชัด
16. คุณรู้สึกกลัวใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ใช่มาก ๆ
17. คุณรู้สึกวิตกกังวลกับความโขคร้ายที่เกิดขึ้นเมื่อเร็ว ๆ นี้ใช่หรือไม่ ?	0 ไม่เลย	1	2	3	4 ใช่มาก ๆ

การสังเกตทางคลินิก

18. สังเกตพฤติกรรมลักษณะอาการ กระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง	19. สังเกตอาการสั่น	20. สังเกตอาการเหงื่อออก ฝ่ามือชื้น
0 ไม่มีอาการ กิจกรรมปกติ 1 2 ไม่อยู่นิ่ง 3 4 เดินหน้า ถอยหลัง นั่งนิ่ง ๆ ไม่ได้	0 ไม่มีอาการสั่น 1 มองไม่เห็นอาการสั่น แต่รู้สึกได้ที่นิ้ว 2 มองเห็นได้แต่เพียงเล็กน้อย 3 ปานกลาง เมื่อยืนแขนออกไป 4 รุนแรง แม้ไม่ได้ยืนแขนออกไป	0 ไม่มีเหงื่อให้เห็น 1 เห็นเหงื่อออก ฝ่ามือชื้น 2 ฝ่ามือและหน้าผากมีเหงื่อชื้น 3 ผู้ป่วยบอกรู้สึกว่ามีเหงื่อออกที่รักแร้ 4 เหงื่อออกเป็นเม็ด ๆ ที่หน้าผาก

คะแนนรวมข้อ 1 - 20

- | | | |
|---------|---|----------------|
| 1 - 20 | = | ขาดยาเล็กน้อย |
| 21 - 40 | = | ขาดยาปานกลาง |
| 41 - 60 | = | ขาดยารุนแรง |
| 61 - 80 | = | ขาดยารุนแรงมาก |



ตัดแปลงจาก Busto, U.E., Sykora, K. & sellers, E.M. (1989). A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. *J. of Clinical Psychopharmacology*, 9 (6), 412-416.

BENSODIAZEPINE WITHDRAWAL SCALE (CIWA-B)

แบบประเมินอาการติดเบนโซไดอาซีปีน BENSODIAZEPINE WITHDRAWAL SCALE (CIWA-B)					UR..... ชื่อ..... ที่อยู่..... วันเดือนปีเกิด...../...../..... ชาย หญิง										
การใช้ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	บันทึกคะแนนความรู้สึกของคุณในขณะนี้									
	ไม่เลย	น้อย	ปานกลาง	รุนแรง	รุนแรงมาก										
	วัน														
	เวลา														
	BAL														
คุณรู้สึกหงุดหงิดใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกเมื่อยล้า (เหนื่อย) ใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกตึงเครียดใช่หรือไม่ ? คุณไม่ค่อยมีสมาธิใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกเบื่ออาหารใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกชาที่หน้าและ/หรือมือใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกว่าหัวใจเต้นเร็วใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกมึนหรือปวดศีรษะใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นตะคริว หรือตึงใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกวิตกกังวลใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกอารมณ์เสียใช่หรือไม่ ? เมื่อคืนนี้คุณรู้สึกว่านอนหลับพักผ่อนได้ไม่เต็มที่ใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกอ่อนแอกใช่หรือไม่ ? เมื่อคืนนี้คุณรู้สึกว่าคุณนอนไม่พอใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกว่าตามองไม่ชัด/ไม่ต่อแสงใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกคลัวใช่หรือไม่ ? คุณรู้สึกวิตกกังวลกับความโขคร้ายที่อาจเกิดขึ้นได้ใช่หรือไม่ ?															

ส่วนนี้สำหรับพยาบาลบันทึก (ดูเรื่องการสังเกตอาการทางกายในหน้ากต้าปี)									
เหงื่อออก	0 ไม่มีเหงื่อ <ol style="list-style-type: none">1 ฝ่ามือขึ้นเหงื่อ2 ฝ่ามือและหน้าผากขึ้นเหงื่อ3 เหงื่อออกเป็นเม็ดที่ใบหน้า4 เหงื่ออออกทั่วตัว								
สั่น	0 ไม่มีอาการสั่น <ol style="list-style-type: none">1 รู้สึกถึงอาการสั่นได้ที่นิ้วมือ2 มองเห็นอาการสั่นได้แต่ไม่มาก3 สั่นปานกลางเมื่อยืนแขนออกมา4 มือสั่นมากๆได้ยืนแขนออกมา								
กระวน กระวาย	0 ไม่มีอาการกระวนกระวาย เป็นปกติ <ol style="list-style-type: none">1 รู้สึกไม่ค่อยหลุดหลิบ2 อุญจั่งไม่ได้3 ตื้นเต้น แสดงการกระทำที่ไม่มีเป้าหมาย4 นั่งนิ่ง ๆ ไม่ได้เลย								
คะแนนรวม									

แบบประเมินอาการติดเบนโซไดอาซีปีน BENSODIAZEPINE WITHDRAWAL SCALE (CIW A-B)

UR.....
ชื่อ.....
ที่อยู่.....
วันเดือนปีเกิด..... / / ชาย หญิง

ใช้เบนโน่ได้อาชีปั่นครั้งสุดท้าย เมื่อ วันที่..... / / เวลา..... น.
ปริมาณที่ใช้ เมื่อ 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา ชื่อ..... ขนาด.....

วันที่							
เวลา							
ความดันโลหิต							
ชีพจร							
อุณหภูมิ per axilla							
การหายใจ							
ระดับ ความรู้สึกตัว	1 รู้สึกตัว ทำตามคำสั่ง ได้ รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ 2 สับสน ตอบสนองต่อ คำสั่ง 3 ซึม ตอบสนองต่อ ความเจ็บปวด 4 กึ่งไม่รู้สึกตัว 5 ไม่รู้สึกตัว						
ม่านตา + ตอบสนอง - ไม่ตอบ สนอง B รวดเร็ว S เชื่องชา	ขนาด						
	ปฏิกิริยาตอบสนอง						
การให้อาหาร							
ลงชื่อพยาบาล							

BENSODIAZEPINE WITHDRAWAL SCALE

ກາຄພວກ

แบบสอบถาม
การดีมแอลกอฮอล์ (CASE)

ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เพื่อใช้ประเมินการดีมแอลกอฮอล์ &

คุณมีปัญหาการดีมแอลกอฮอล์หรือไม่ อาจประเมินเบื้องต้นได้ด้วยการตอบคำถามและใส่เครื่องหมาย
(3 = ใช่ หรือ 8 = ไม่ใช่ หน้าข้อต่อไปนี้

- 1. คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรจะลดปริมาณการดีมลงหรือไม่
- 2. เคยมีคนรอบข้างที่สร้างความรำคาญแก่คุณด้วยการเตือนหรือตำหนิเกี่ยวกับการดีมของคุณ
- 3. คุณเคยรู้สึกไม่ดี หรือรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดีมของคุณหรือไม่
- 4. คุณเคยดีมแอลกอฮอล์ตั้งแต่เข้าเพื่อขัดความไม่สบายหรืออาการเม้าค้างของคุณหรือไม่

หากคุณตอบว่าใช่ ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปน่าจะแสดงว่าคุณประสบปัญหาการดีมแอลกอฮอล์ และควรเข้ารับคำแนะนำ / บำบัดรักษา เพื่อการหยุดดีมหรือดีมในปริมาณที่เหมาะสม

สำหรับกรณีที่มีปัญหาการดีมที่รุนแรงและ มีภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจนั้น การเข้ารับการบำบัดทางการแพทย์ก็เป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะในกรณีดังต่อไปนี้

- | คุณติดแอลกอฮอล์อย่างรุนแรง
- | คุณกำลังประสบปัญหาวิกฤติส่วนตัว
- | คุณกำลังมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดอื่น ๆ นอกเหนือจากแอลกอฮอล์

ถ้าคุณมีปัญหาเหล่านี้ข้อใดข้อหนึ่ง นั่นแสดงว่า คุณจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาจากผู้เชี่ยวชาญต่อไป

แบบประเมิน การตีมแอลกอหอล์ด้วยตนเอง (AUDIT)

โปรดตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย
8 ตัวเลขหน้าคำตอบที่ตรงกับคุณมากที่สุด &

- คุณตื่มเครื่องตีมแอลงกอซอลล์บอยแคนี้เห็น?
(0) ไม่เคยเลย (1) เดือนละครั้งหรือน้อยกว่า (2) 2-4 ครั้งต่อเดือน
(3) 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ (4) 4 ครั้งต่อสัปดาห์หรือมากกว่า
 - ในวันที่คุณตื่มตามปกตินั้น คุณตื่มกี่ตื้มมาตຽาน?
(0) 1 หรือ 2 (1) 3 หรือ 4 (2) 5 หรือ 6 (3) 7 ถึง 9 (4) 10 หรือมากกว่า
 - คุณตื่ม 6 ตื้มมาตຽานหรือมากกว่าในคราวเดียวกันบ่อยแคนี้เห็น?
(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน
 - ในช่วงปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแคนี้เห็นที่คุณพบว่าเมื่อคุณได้เริ่มต้นตื่มแล้วคุณจะไม่สามารถหยุดตื่มได้เลย?
(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน
 - เมื่อปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแคนี้เห็นที่การตื่มของคุณเป็นสาเหตุทำให้คุณไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่ตามปกติแล้วคุณเคยทำได้มาก่อน?
(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน
 - เมื่อปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแคนี้เห็นที่คุณต้องการจะตื่มในตอนเช้าเพื่อให้คุณรู้สึกดีขึ้นหลังจากที่ได้ตื่มจัดมาก่อนหน้านี้?
(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน
 - เมื่อปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแคนี้เห็นที่คุณรู้สึกผิด หรือเกิดความรู้สึกเลียใจภายหลังการตื่มของคุณ?
(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน
 - เมื่อปีที่แล้ว มีบ่อยครั้งแคนี้เห็นที่การตื่มของคุณทำให้คุณไม่สามารถจะจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นบ้างในคืนที่ผ่านมา?
(0) ไม่เคยเลย (1) น้อยกว่าเดือนละครั้ง (2) เดือนละครั้ง (3) สัปดาห์ละครั้ง (4) วันละครั้งหรือเกือบทุกวัน

9. คุณหรือใครบางคนเคยได้รับบาดเจ็บเนื่องจากการตีมของคุณหรือไม่ ?
(0) ไม่เคยเลย (2) เคย แต่ไม่ใช่เมื่อปีที่แล้ว (4) เคยเมื่อปีที่แล้ว

10. เคยมีเพื่อน ญาติพี่น้อง แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ แสดงความห่วงใยเกี่ยวกับการตีมของคุณหรือเคยแนะนำให้คุณลดการตีมลงบ้างหรือไม่ ?
(0) ไม่เคยเลย (2) เคย แต่ไม่ใช่เมื่อปีที่แล้ว (4) เคยเมื่อปีที่แล้ว

การให้คะแนน &

รวมคะแนนหน้าข้อที่คุณทำเครื่องหมาย **8** ไว้ ทุกข้อ

คงแน่นที่คุณทำได้ มีความหมาย ดังนี้

0 ถึง 7 คะแนน แสดงว่า คุณมีความเสี่ยงต่ำ

- | คุณควรรักษา rate ดับการตีมของคุณไม่ให้มากกว่านี้ตลอดไป
 - | แต่ในบางสถานการณ์ เช่น ขณะขับรถ ขณะทำงานกับเครื่องจักร ขณะตั้งครรภ์ หรือขณะที่เจ็บป่วย ฯลฯ การตีมแอลกอฮอล์แม้เพียงเล็กน้อยก็อาจทำให้คุณและผู้อื่นเสี่ยงอันตรายได้ จึงไม่ควรตีมในสถานการณ์ดังกล่าว

8 ถึง 12 คะแนนแสดงว่า การตีมของคุณสามารถก่อให้เกิดอันตรายได้

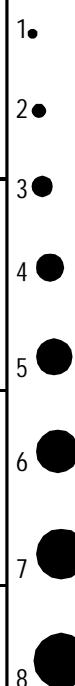
- | ขณะนี้คุณอาจจะมีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ การเคลื่อนไหวไม่ดี ความสามารถในการคิดลดลง ความดันโลหิตสูง ชื้มเคร้าและเครียด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เสียงต่อการบาดเจ็บโดยเฉพาะเมื่อขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักร
 - | คุณควรลดการดื่มน้ำ โดยควบคุมปริมาณการดื่มให้ได้ ดังนี้
ถ้าคุณเป็นชาย คุณไม่ควรดื่มน้ำมากกว่า 4 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในแต่ละสัปดาห์ควรหยุดดื่มน้ำ ให้ได้อย่างน้อย 2 วัน ทั้งนี้ไม่ควรดื่มเกิน 6 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว
ถ้าคุณเป็นหญิง คุณไม่ควรดื่มน้ำมากกว่า 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน และในแต่ละสัปดาห์ควรหยุดดื่มน้ำ ให้ได้อย่างน้อย 2 วัน ทั้งนี้ไม่ควรดื่มเกิน 4 ดื่มมาตรฐานในวันเดียว

13 คะแนนขึ้นไปแสดงว่า คุณมีความเสี่ยงสูงหรือเสพติดแอลกอฮอล์แล้ว

- | คุณจะมีอาการผิดปกติต่าง ๆ มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตับและสมองของคุณจะถูกทำลาย ความจำของคุณจะเลื่อมลง
 - | คุณจะมีอาการติดแอลกอฮอล์ อย่างตื้มมาก จนใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับการดื่ม ทำให้เสียการเสี่ยงงาน และเสียความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว
 - | คุณควรหยุดดื่ม และไปพบแพทย์เพื่อรับการบำบัดรักษาโดยตัวน

ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE

Scale
(mm)



แบบประเมินอาการติดแอลกอฮอล์ ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE		UR ชื่อ ที่อยู่ วันเดือนปีเกิด / / ชาย หญิง
วัน & เวลา ที่ดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งสุดท้าย /	วัน	
	เวลา	
	BAL	
ภาวะเหงื่ออออก	0 ไม่มีเหงื่อ 1 มือซื้นเหงื่อเท่านั้น 2 เหงื่ออออกเป็นเม็ด ๆ ที่หน้าอก 3 เหงื่อซึ่นทั้งตัว 4 เหงื่ออออกโซก เสื้อผ้าเปียก	
อาการสั่น	0 ไม่มีอาการสั่น 1 สั่นเมื่อหยอดจับลิ่งของ 2 สั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 สั่นมากอย่างเห็นได้ชัด	
ความวิตกกังวล	0 สงบ 1 ไม่ค่อยสบายใจ 2 หวาดกลัว 3 กลัวมาก ทำให้สับสนได้ช้า 4 ไม่สามารถทำให้สับสนได้กลัวมากเกินเหตุ	
ความกระวนกระวาย	0 นอนพักได้ 1 อุญไม่นิ่ง หยุดหายใจ 2 กระวนกระวาย กลึงเกลือก พลิกไปมา 3 ตื่นเต้น เคลื่อนไหวมาก 4 เคลื่อนไหวตลอดเวลา	
ระดับอุณหภูมิ	0 น้อยกว่า 37.0°C 1 37.1°C ถึง 37.5°C 2 37.6°C ถึง 38.0°C 3 38.1°C ถึง 38.5°C 4 สูงกว่า 38.5°C	
อาการประสาทหลอน	0 ไม่มีอาการประสาทหลอน 1 ไม่เกรย์ ยังตระหนักรู้ได้ถึงความจริง 2 เกิดขึ้นในช่วงสั้น ๆ ชักขาวนให้เชื่อได้ 3 เกิดขึ้นบ่อย ๆ เครียด 4 ไม่อุญในความเป็นจริง	
การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่	0 รับรู้ได้ 1 ไม่แน่ใจเรื่องเวลา 2 ไม่แน่ใจเรื่องเวลา และสถานที่ 3 ไม่แน่ใจเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล 4 ไม่รับรู้เลย	
คะแนนรวมของ AWS		

ความดันโลหิต											
ชีพจร											
อุณหภูมิ											
การหายใจ											
ระดับความรู้สึกตัว	1 ตื่นตัว รับรู้คำสั่ง รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ 2 สับสน ตอบสนองต่อคำพูด 3 ชึม ตอบสนองต่อความเจ็บปวด 4 กึ่งไม่รู้สึกตัว 5 ไม่รู้สึกตัว										
ม่านตา + ตอบสนอง - ไม่ตอบสนอง รวดเร็ว ช้า	ขนาด เป็น ม.ม. การตอบสนอง										
การให้การบำบัดรักษา											
ชื่อพยาบาล											

คำแนะนำในการใช้ Alcohol Withdrawal Scale - Revised (AWS)

ข้อ 1 : ภาวะเหงื่อออกร

- 0 ไม่มีเหงื่อ
- 1 ฝ่ามือชื้นเท่านั้น
- 2 ฝ่ามือชื้น และมีเหงื่อออกรเป็นเม็ด ๆ เช่น ในหน้า หน้าอก เป็นต้น
- 3 ทั้งตัวชื้นไปด้วยเหงื่อ
- 4 เหงื่อออกรในปริมาณมากจนเลือดผ้า ผ้าปูที่นอน ฯลฯ เปียกไปหมด

ข้อ 2 : อาการสั่น

- 0 ไม่มีอาการสั่น
- 1 สั่นเฉพาะที่มือเมื่อทำกิจกรรม เช่น เมื่อเอื้อมมือไปหยิบจับสิ่งของ หรือถือสิ่งของ
- 2 มือสั่นเล็กน้อยอยู่ตลอดเวลา
- 3 มือสั่นมากอย่างเห็นได้ชัดตลอดเวลา

ข้อ 3 : ความวิตกกังวล

- 0 สงบ ไม่มีความวิตกกังวล
- 1 รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ
- 2 หวาดกลัวและตื่นตกใจง่าย
- 3 วิตกกังวลและหวาดกลัว ทำให้สงบได้ยาก
- 4 ควบคุมความวิตกกังวลไม่ได้ รวมทั้งมีอาการหวาดกลัวอย่างรุนแรงและทันทีทันใด

ข้อ 4 : ความกระวนกระวาย

- 0 ทำกิจกรรมได้เป็นปกติ ไม่มีความกระวนกระวาย
- 1 อุญไข่ผื่น หงุดหงิด
- 2 กระวนกระวาย กลิ้งเกลือก หรือพลิกตัวไปมา ยากที่จะให้นอนพัก
- 3 ตื่นเต้น กระฉับกระเฉง เคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำอะไรโดยไร้เป้าหมาย แต่ยังสามารถชักชวนให้นั่งหรือนอนได้บ้างในระยะเวลาสั้น ๆ
- 4 ตื่นเต้นมาก อุญไข่ผื่น ไม่ได้ เคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว ตลอดเวลา

ข้อ 5 : ระดับอุณหภูมิ

- 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 อุณหภูมิสูงกว่า 38.5°C

ข้อ 6 : อาการประสาทหลอน

- 0 ไม่มีอาการประสาทหลอน lucid
 - 1 รับรู้ตัวต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวบิดเบือนไป แต่ยังตระหนักรู้ว่าไม่ใช่ของจริง
 - 2 เกิด frank hallucination แม้ว่าผู้ป่วยจะถูกจำกัดให้ไว้ตั้งเพียงไม่กี่อย่าง หรืออยู่ในเหตุการณ์เพียงระยะสั้น ๆ เท่านั้น แต่สามารถชักชวนให้เห็นว่า การรับรู้นั้นเป็นแค่จินตนาการเท่านั้น ยังคงสัมผัสกับความจริงได้
 - 3 เกิดอาการเหมือนข้างตัน แต่จะต่อต้านความจริง และยกที่จะชักชวนให้เห็นว่าเป็นแค่จินตนาการเท่านั้น เครียดจากอาการประสาทหลอน และสามารถสัมผัสรู้ว่าเป็นจริงได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น
 - 4 ประสาทหลอนอย่างมาก ไม่สามารถสัมผัสรู้ว่าเป็นจริงได้เลย ผู้ป่วยจะอยู่ในโลกของจินตนาการ
- ### ข้อ 7 : การรับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่
- 0 รับรู้เกี่ยวกับบุคคล เวลา และสถานที่เป็นอย่างดี
 - 1 รับรู้เกี่ยวกับบุคคลและสถานที่ได้ดี แต่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องเวลา
 - 2 รับรู้เกี่ยวกับบุคคลได้ดี แต่รับรู้เรื่องสถานที่และเวลาได้เพียงเล็กน้อย
 - 3 รับรู้เกี่ยวกับบุคคลได้บ้าง แต่ไม่สามารถรับรู้เรื่องสถานที่และเวลา
 - 4 ไม่สามารถรับรู้เกี่ยวกับบุคคล สถานที่ และเวลา ไม่ว่าตนเองอยู่ที่ไหน ใครบ้างที่อยู่รอบตัว และไม่รู้ว่าเวลาเท่าใด

คะแนน AWS

- | | |
|---------|--------------------------------|
| 1 - 4 | = ขาดแคลนออกออล์ลีกน้อย |
| 5 - 9 | = ขาดแคลนออกออล์ปานกลาง |
| 10 - 14 | = ขาดแคลนออกออล์อย่างรุนแรง |
| 15+ | = ขาดแคลนออกออล์อย่างรุนแรงมาก |
- จำเป็นต้องพบทวนการนำบัดรักษาถ้า AWS > 10

การเฝ้าสังเกตทางการพยาบาลเพิ่มเติม ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด (Blood Alcohol Level - BAL)

1. จดบันทึก BAL โดยวัด เอกทานอล เป็นกรัมต่อ เลือด 100 ม.ล.
2. ความหนาแน่น : BAL 0.05 ถึง 0.08 บวก พฤติกรรมที่ปรากฏเป็นปกติ = ระดับความหนาแน่นอยู่ในปานกลาง; BAL 0.08 ถึง 0.15 และพฤติกรรมที่ปรากฏเป็นปกติ = ความหนาแนนระดับปานกลาง; BAL 0.15 หรือมากกว่า และ พฤติกรรมที่ปรากฏเป็นปกติ ให้รินใจยิ่งว่าระดับความหนาแน่นสูง

การประมาณการปรับตัวของระบบประสาท

จากการใช้ BAL และข้อมูลที่เป็นรูปธรรม และนามธรรม จะช่วยให้พยาบาลสามารถบอกได้ถึง ระดับการปรับตัวของระบบประสาทของผู้ป่วย และ ประมาณได้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการขาดแอลกอฮอล์ได้มากถึงขั้นไหน เมื่อระดับการปรับตัวของระบบประสาทเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมักจะมีระดับความหนาแนนต่อ แอลกอฮอล์และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดแอลกอฮอล์มากขึ้นด้วย การประมาณการปรับตัวของระบบประสาทไม่ได้มีปรากฏในบันทึก AWS แต่จะมีอยู่ในบันทึกรายงานของพยาบาล

การหายใจ

1. จดบันทึกอัตราการหายใจ
2. ผู้ป่วยที่มีเหนื่อยหอบหรือมีอาการขาดแอลกอฮอล์ระดับปานกลางหรือรุนแรงมักมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการหายใจด้วย (เช่น dyspnoea, hyperpnoea, หายใจตื้น หรืออัตราการหายใจลดลง)
3. ถ้าการหายใจเริ่มมีปัญหา ให้
 - ให้ออกซิเจน 40 %
 - 6 L/นาที หรือถ้ามีอาการ C.O.P.D.
 - 2 L/นาที
 - ดำเนินการที่ปริเวณหัวใจ
 - แจ้งให้แพทย์ทราบ
 - จดบันทึกอัตราการหายใจทุก 1/4 ชั่วโมง

การรู้สึกตัว

1. ตื่นตัว ตอบสนองเมื่อพูดด้วย รับรู้ได้ดี และให้ความร่วมมือ
2. สับสันกี่วักษ์บ้าน เวลา และสถานที่ แต่ตอบสนองเมื่อพูดด้วย และทำตามคำสั่งง่าย ๆ ได้
3. ชีม ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางเสียง แต่ตอบสนองต่อสิ่งที่ทำให้เจ็บปวด
4. กึ่งไม่รู้สึกตัว ไม่ตอบสนองต่อสิ่งที่ทำให้เจ็บปวด ตอบสนองต่อ peripheral reflexes เช่น corneal, planter แต่ไม่มี gag reflex; กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ออก มีอาการกระสับกระส่ายบ้าง
5. หมดความรู้สึก ไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายนอก ไม่มี reflexes ให้เห็น อาจพัฒนาต่อไปเป็นการกดการหายใจ

ข้อแนะนำ ถ้าระดับการรู้สึกตัวตกลงมาต่ำกว่า 2 ให้ใช้ Glasgow Coma Scale และแจ้งให้แพทย์ทราบ

ม่านตา

1. สังเกตขนาดและปฏิกิริยาของม่านตาที่มีต่อแสง
2. จดบันทึกถ้าม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงช้า
3. จดบันทึกว่าม่านตาทั้งสองข้างมีขนาดเท่ากันหรือไม่

ความดันโลหิต

1. ตรวจและบันทึกการวัดความดันโลหิตโดยให้หน่วยวัดที่ชัดเจน เช่น 120/85 (ไม่ใช่ 118/82)
2. ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ การที่ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น มักจะมีความล้มเหลวกับการเพิ่มขึ้นของแบบประเมินด้วย
3. ในผู้ป่วยบางราย อาจมีอาการของความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้สัมพันธ์กับอาการขาดแอลกอฮอล์ได้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะไม่ตอบสนองต่อการรักษาอาการขาดแอลกอฮอล์ที่ทำโดยปกติ และจะต้องการการประเมินเพิ่มเติม รวมทั้งการบำบัดรักษาที่เหมาะสมด้วย

แบบประเมิน
อาการติดแอลกอฮอล์
(CIWA-Ar)

Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale Revised

ชื่อสกุลผู้ป่วย.....วัน/เดือน/ปี.....เวลา.....(24 ช.ม., เที่ยงคืน=00.00)

1. อาการคลื่นไส้และอาเจียน

ถามว่า “คุณรู้สึกไม่สบายในท้องใช่หรือไม่?”

“คุณอาเจียนบ้างแล้วหรือไม่?”

สังเกตอาการ ดังนี้

0 ไม่มีอาการคลื่นไส้ และไม่อาเจียน

1 คลื่นไส้เล็กน้อย แต่ไม่อาเจียน

2

3

4 คลื่นไส้เป็นพัก ๆ และมีอาการขย้อนแต่ไม่อาเจียนออกมาก

5

6

7 คลื่นไส้ตลอดเวลา มีอาการขย้อน และอาเจียนออกมาก

2. อาการสั่น

ให้เหยียดแขนและกางนิ้วมือออก แล้วสังเกตอาการดังนี้

0 ไม่มีอาการสั่น

1 มองไม่เห็นอาการสั่น แต่สามารถรู้สึกได้ตามปลายนิ้ว

2

3

4 สั่นปานกลาง เมื่อผู้ป่วยเหยียดแขนออก

5

6

7 สั่นอย่างรุนแรง แม้จะไม่ได้เหยียดแขนออกไป

3. อาการเหงื่ออออกมาก

สังเกตอาการดังนี้

0 ไม่มีเหงื่อให้เห็น

1 รู้สึกได้ว่าเหงื่ออออก ฝ่ามือชื้น

2

3

4 เหงื่ออออกเป็นเม็ด ๆ โดยเฉพาะที่หน้าผาก

5

6

7 เหงื่อออกรจนเปียกโซก

4. อาการวิตกกังวล

ถ้ามว่า “คุณรู้สึกว่ามีอะไรกวนใจอยู่หรือไม่?”

สังเกตอาการดังนี้

0 ไม่มีอาการวิตกกังวล ท่าทางสบาย ๆ

1 รู้สึกวิตกกังวลเล็กน้อย

2

3

4 รู้สึกวิตกกังวลปานกลาง หรือแสดงอาการปกป้องตนเอง ซึ่งแสดงถึงความวิตกกังวลในใจ

5

6

7 มีอาการตื่นตระหนกอย่างเฉียบพลัน เหมือนที่พบรูปแบบผู้ป่วย Severe delirium หรือมีปฏิกิริยาตอบสนองอย่างเฉียบพลันแบบผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia reactions)

5. อาการกระสับกระส่าย

สังเกตอาการดังนี้

0 ทำกิจกรรมได้ตามปกติ

1 มีอาการกระสับกระส่ายมากกว่าปกติเล็กน้อย

2

3

4 หยุดหายใจ อยู่ไม่นิ่ง ในระดับปานกลาง

5

6

7 เดินหน้าถอยหลัง อยู่ไม่นิ่งเลยในช่วงที่ทำการสัมภาษณ์

6. อาการประสาทหลอนตามผิวน้ำ

ถ้ามว่า “คุณรู้สึกคัน หรือรู้สึกเหมือนมีเข็มมาทิ่ม หรือรู้สึกร้อน หรือชา บ้างหรือไม่?”

“รู้สึกเหมือนมีแมลงมาไถ่ตามตัว หรืออยู่ใต้ผิวน้ำของคุณหรือไม่?”

สังเกตอาการดังนี้

0 ไม่มีอาการ

1 รู้สึกคัน รู้สึกเหมือนมีเข็มแทง รู้สึกร้อน หรือรู้สึกชา น้อยมาก

2 รู้สึกคัน รู้สึกเหมือนมีเข็มแทง รู้สึกร้อน หรือรู้สึกชา เล็กน้อย

3 รู้สึกคัน รู้สึกเหมือนมีเข็มแทง รู้สึกร้อน หรือรู้สึกชา ปานกลาง

4 มีอาการประสาทหลอนในระดับปานกลาง

5 มีอาการประสาทหลอนอย่างรุนแรง

6 มีอาการประสาทหลอนอย่างรุนแรงมาก

7 มีอาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

7. อาการประสาทหลอนทางหู

ถ้ามีว่า “คุณรู้สึกว่าเลี้ยงต่าง ๆ รอบตัวคุณรบกวนคุณมากขึ้นหรือไม่ ?”
“เลี้ยงนั้นดังมากใช่หรือไม่ ?”
“เลี้ยงนั้นทำให้คุณตกใจกลัวใช่หรือไม่ ?”
“คุณได้ยินเสียงอะไรอีกบ้างที่รบกวนคุณ ?”
“คุณได้ยินอะไรที่คุณคิดว่าไม่ได้มีอยู่จริงบ้างหรือไม่ ?”

สังเกตอาการดังนี้

- 0 ไม่มีอาการ
- 1 เลี้ยงรบกวนหรือทำให้ตกใจกลัว น้อยมาก
- 2 เลี้ยงรบกวนหรือทำให้ตกใจกลัว น้อย
- 3 เลี้ยงรบกวนหรือทำให้ตกใจกลัว ปานกลาง
- 4 ประสาทหลอนรุนแรงในระดับปานกลาง
- 5 ประสาทหลอนอย่างรุนแรง
- 6 ประสาทหลอนอย่างรุนแรงมาก
- 7 ประสาทหลอนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

8. อาการประสาทหลอนทางตา

ถ้ามีว่า “แสงสว่างขนาดนี้จ้าเกินไปหรือไม่ ?”
“แสงสว่างมีสีต่างไปจากเดิมหรือไม่ ?”
“แสงสว่างรบกวนสายตาของคุณหรือไม่ ?”
“คุณมองเห็นอะไรที่รบกวนคุณหรือไม่ ?”
“คุณมองเห็นอะไรที่คุณคิดว่าไม่ได้มีอยู่จริงบ้างหรือไม่ ?”

สังเกตอาการดังนี้

- 0 ไม่มีอาการ
- 1 ความรู้สึกไวต่อแสง น้อยมาก
- 2 ความรู้สึกไวต่อแสง น้อย
- 3 ความรู้สึกไวต่อแสงปานกลาง
- 4 ประสาทหลอนรุนแรงในระดับปานกลาง
- 5 ประสาทหลอนอย่างรุนแรง
- 6 ประสาทหลอนอย่างรุนแรงมาก
- 7 ประสาทหลอนอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา

9. อาการปวดศีรษะ สมองตื้อ

ถ้ามีว่า “คุณรู้สึกว่าศีรษะของคุณแปลกไปจากเดิมหรือไม่ ?”
“คุณรู้สึกว่าเหมือนมีผ้ามาตราดรอบศีรษะคุณหรือไม่ ?”
ไม่ต้องให้คำแนะนำหากพบอาการวิงเวียนหรือรู้สึกว่าศีรษะเบากว่าเดิม
มีเช่นนั้น ให้ให้คำแนะนำว่าอยู่ในระดับรุนแรง

- 0 ไม่มีอาการ
- 1 อาการน้อยมาก
- 2 อาการน้อย
- 3 อาการปานกลาง
- 4 อาการรุนแรงปานกลาง
- 5 อาการรุนแรง
- 6 อาการรุนแรงมาก
- 7 อาการรุนแรงมากที่สุด

10. อาการผิดปกติในการรับรู้บุคคล เวลาและสถานที่

- ตามว่า “วันนี้วันที่เท่าไร ?”
- “คุณกำลังอยู่ที่ไหน ?”
- “ฉันเป็นใคร ?”

0 รับรู้ได้ และสามารถทำได้ตามลำดับ

- 1 ไม่สามารถรับรู้เรื่องลำดับ หรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับวันที่
- 2 มีความผิดปกติในการรับรู้เกี่ยวกับวันที่ แต่ไม่มากกว่า 2 วันตามปฏิทิน
- 3 มีความผิดปกติในการรับรู้เกี่ยวกับวันที่ มากกว่า 2 วันตามปฏิทิน
- 4 มีความผิดปกติในการรับรู้เกี่ยวกับสถานที่ และ/หรือบุคคล

คะแนนของผู้ป่วยที่ได้น้อยกว่า 10 คะแนน คือ
เป็นเรื่องเล็กๆ จำเป็นต้องให้ยาสำหรับ
อาการขาดแคลนออกซอล์เพิ่มขึ้น

คะแนนรวมของ CIWA-Ar.....
ผู้ให้คะแนน.....
คะแนนสูงสุดที่จะเป็นไปได้ คือ 67 คะแนน

- | CIWA-Ar ใช้วัดอาการต่าง ๆ ได้ 10 อาการ ได้แก่ กระสับกระส่าย, วิตกกังวล, ประสาทหลอนทางหู, ความผิดปกติทางการรับรู้, ปวดศีรษะ, คลื่นไส้/อาเจียน, เหงื่อออกราม, ประสาทหลอนทางผิวหนัง, อาการสั่น, และประสาทหลอนทางตา
 - | แต่ละอาการจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 7 คะแนน ยกเว้นความผิดปกติทางการรับรู้ที่มีคะแนน 0 - 4
 - | คะแนนน้อยกว่า หรืออยู่ระหว่าง 8-10 คะแนน แสดงถึงอาการขาดแคลนออกซอล์ในระดับต่ำ
 - | คะแนน 8-15 คะแนน แสดงถึงอาการขาดแคลนออกซอล์ในระดับปานกลาง (marked autonomic arousal)
 - | คะแนนตั้งแต่ 15 คะแนนหรือมากกว่า แสดงถึงอาการขาดแคลนออกซอล์อย่างรุนแรง (ได้แก่อาการ delirium tremens)
 - | ใช้เวลาในการประเมิน 2 นาที
- (ที่มา : Sullivan, et al., 1989)

แบบประเมิน
อาการซึมเศร้า
(HAM-D)

The Hamilton Rating Scale for Depression

ชื่อ-สกุล HN AN Admission day

อาการบ่งชี้ภาวะซึมเศร้าต่อไปนี้ได้จัดแบ่งไว้เป็นข้อ ทั้งหมด 17 ข้อ สำหรับผู้ประเมินอาการ ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่ามีอาการซึมเศร้า ซึ่งค่าคะแนนรวมที่มาก จะบอกถึงภาวะซึมเศร้าที่มีระดับความรุนแรงมากด้วย

โดยแต่ละข้ออาการบ่งชี้ จะมีตัวเลขหน้ากหลักๆ ของการ (0-4) ไว้สำหรับใส่ที่หน้าหมายเลขข้อ (ให้ใส่ตัวเลขกหลักๆ ของการเพียงตัวเดียวในหนึ่งข้อ) เมื่อครบทุกข้อแล้ว ให้รวมตัวเลขหน้าข้อทั้งหมด คะแนนที่ได้จะใช้แปลผลระดับความรุนแรงในหน้าสุดท้าย

1. อารมณ์ซึมเศร้า (DEPRESSED MOOD) [เศร้าใจ, สิ้นหวัง, หมดหนทาง, ไร้ค่า]

0 = ไม่มี

1 = จะบอกภาวะความรู้สึกนี้ ต่อเมื่อถูกเรียก

2 = บอกภาวะความรู้สึกนี้ออกมาก

3 = สื่อภาวะความรู้สึกนี้โดยภาษาภายใน ได้แก่ ทางการแสดงสีหน้า, ท่าทาง, น้ำเสียงและท่าทาง จะร้องไห้

4 = ผู้ป่วยบอกเพียงความรู้สึกนี้อย่างชัดเจน ทั้งการบอกเล่าเอง และภาษาภายใน

2. ความรู้สึกว่าตนเองผิด (FEELINGS OF GUILT)

0 = ไม่มี

1 = ติเตียนตนเอง รู้สึกตนเองทำให้ผู้อื่นเสียใจ

2 = ความคิดว่าตนเองมีผิด หรือครุ่นคำนึงถึงความผิดพลาดหรือการก่อกรรมทำบาปในอดีต

3 = ความเจ็บปวดในปัจจุบันเป็นการลงโทษ, มีอาการหลงผิดว่าตนเองมีความผิดบาป

4 = ได้ยินเสียงกล่าวโทษ หรือประนาม และ/หรือ เห็นภาพหลอนที่ช่มชู่คุณค่า

3. ความคิดฆ่าตัวตาย (SUICIDE)

0 = ไม่มี

1 = รู้สึกชีวิตไร้ค่า

2 = คิดว่าตนเองน่าจะตาย หรือมีความคิดใด ๆ เกี่ยวกับการตายที่อาจเกิดขึ้นได้กับตนเอง

3 = มีความคิดหรือท่าทีจะฆ่าตัวตาย

4 = พยายามฆ่าตัวตาย (ความพยายามใด ๆ ที่รุนแรง ให้คะแนน 4)

4. การนอนไม่หลับในช่วงต้น (INSOMNIA EARLY)

0 = ไม่มีนอนหลับยาก

1 = แจ้งว่ามีนอนหลับยากบางครั้ง ได้แก่ นานมากกว่า 1/2 ชั่วโมง

2 = แจ้งว่านอนหลับยากทุกคืน

5. การนอนไม่หลับ ในช่วงกลาง (INSOMNIA MIDDLE)

0 = ไม่มีปัญหา

1 = ผู้ป่วยแจ้งว่ากระสับกระส่ายและนอนหลับไม่สนิทช่วงกลางคืน

2 = ตื่นกลางดึก การลุกจากที่นอนไม่รู้จะจากอะไรตาม ให้คะแนน 2 (ยกเว้นเพื่อปัสสาวะ)

6. การตื่นนอนเช้ากว่าปกติ (INSOMNIA LATE)

0 = ไม่มีปัญหา

1 = ตื่นแต่เช้ามืด แต่นอนหลับต่อได้

2 = ไม่สามารถนอนหลับต่อได้อีก หากลุกจากเตียงไปแล้ว

7. การงานและกิจกรรม (WORK AND ACTIVITIES)

0 = ไม่มีปัญหา

1 = มีความคิดหรือความรู้สึกว่าตนเองไม่มีสมรรถภาพ, เหนื่อยล้า, หรืออ่อนแรงที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ; การงาน หรืองานอดิเรก

2 = หมดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ; งานอดิเรก หรืองานประจำ-ไม่ว่าจะทราบโดยตรงจากการบอกเล่าของผู้ป่วย หรือทางอ้อมจากการที่ผู้ป่วยดูไม่กระตือรือร้น, ลังเลใจ และเปลี่ยนใจไปมา (ผู้ป่วยรู้สึกว่าต้องบังคับให้ตนเองทำงานหรือกิจกรรม)

3 = ใช้เวลาจริงในการทำงานอย่างเป็นผลลดลง หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 3 ถ้าผู้ป่วยใช้เวลาต่ำกว่า 3 ชั่วโมงต่อวันในการทำกิจกรรม (งานของโรงพยาบาลหรืองานอดิเรก) ยกเว้นหน้าที่ประจำวันในโรงพยาบาล

4 = ไม่ได้ทำงานเพราะการเจ็บป่วยในปัจจุบัน. หากอยู่ในโรงพยาบาล, ให้คะแนน 4 ถ้าผู้ป่วยไม่ทำกิจกรรมอื่นนอกจากหน้าที่ประจำวัน หรือถ้าผู้ป่วยทำหน้าที่ประจำวันไม่ได้หากไม่มีคนช่วย

8. ความเมื่อยล้า (RETARDATION: PSYCHOMOTOR) [ความเชื่องชักของความคิดและการพูดชา: สมาธิเสื่อม, การเคลื่อนไหวลดลง]

0 = การพูดชาและความคิดปกติ

1 = มีความเมื่อยล้าเล็กน้อยขณะล้มภาชนะ

2 = มีความเมื่อยล้าชัดเจนขณะล้มภาชนะ

3 = ล้มภาชนะได้อย่างลำบาก

4 = อุญนิ่งเฉยไม่ขยับเขยื้อน

_____ 9. อาการกระวนกระวายทั้งกายและใจ (AGITATION)

- 0 = ไม่มี
1 = หงุดหงิดงุ่นง่า�
2 = เล่นมือ สางผມ ฯลฯ
3 = ขยับตัวไปมา นั่งนิ่ง ๆ ไม่ได้
4 = บีบมือ กัดเล็บ ดึงผມ กัดริมฝีปาก

_____ 10. ความวิตกกังวลในจิตใจ (ANXIETY [PSYCHOLOGICAL])

- 0 = ไม่มีปัญหา
1 = ผู้ป่วยรู้สึกตึงเครียด และหงุดหงิด
2 = กังวลในเรื่องเล็กน้อย
3 = การพูดจาหรือสื่อหน้ามีท่าทีหวั่นวิตก
4 = แสดงความหวาดกลัว โดยไม่ต้องตาม

_____ 11. ความวิตกกังวลซึ่งแสดงออกทางกาย (ANXIETY SOMATIC: มีอาการด้านสรีระวิทยาร่วมกับความวิตกกังวล เช่น ระบบทางเดินอาหาร : ปากแห้ง ลมขึ้น อาหารไม่ย่อย ท้องเสีย ปวดเกร็งท้อง แน่นท้อง ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ใจสั่น ปวดศีรษะ ระบบหายใจ : หายใจหอบเร็ว ตอนหายใจ ระบบอื่นๆ : ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกร ควรหลีกเลี่ยงการถ่ายยาเกี่ยวกับผลการออกฤทธิ์ของยา (Side effects) : เช่น ริมฝีปากแห้ง ท้องผูก)

- 0 = ไม่มี
1 = เล็กน้อย
2 = ปานกลาง
3 = รุนแรง
4 = เสื่อมสมรรถภาพ

_____ 12. อาการทางกาย ระบบทางเดินอาหาร (SOMATIC SYMPTOMS [GASTROINTESTINAL])

- 0 = ไม่มี
1 = เปื้ออาหาร แต่รับประทานได้โดยผู้อื่นไม่ต้องค่อยกระตุ้น เช่น รู้สึกหน่วงในท้อง
2 = รับประทานยา หากไม่มีคนค่อยกระตุ้น เช่น ขอหรือจำต้องได้ยาหลายหรือยาเกี่ยวกับลำไส้ หรือยาสำหรับอาการของระบบทางเดินอาหาร

_____ 13. อาการทางกาย อาการทั่วไป (SOMATIC SYMPTOMS GENERAL)

- 0 = ไม่มี
1 = ตึงแขนขา หลังหรือศีรษะ ปวดหลัง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ไม่มีแรงและอ่อนเพลีย
2 = มีอาการใด ๆ ที่ชัดเจน ให้คะแนน 2

_____ 14. อาการเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ (GENITAL SYMPTOMS)

- 0 = ไม่มี อาการเช่น : หมดความสนใจทางเพศ, ประจำเดือนผิดปกติ
1 = เล็กน้อย
2 = ปานกลาง

_____ 15. อาการคิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย (HYPOCHONDRIASIS)

- 0 = ไม่มี
1 = สนใจอยู่แต่เรื่องของตนเอง (ด้านร่างกาย)
2 = หมกมุ่นเรื่องสุขภาพ
3 = แจ้งถึงอาการต่าง ๆ บ่อย เรียกร้องความช่วยเหลือ ฯลฯ
4 = มีอาการหลงผิดว่าตนป่วยเป็นโรคทางกาย

_____ 16. น้ำหนักลด (LOSS OF WEIGHT) เลือกข้อ ก. หรือ ข.

ก. เมื่อให้คำแนะนำโดยอาศัยประวัติ:

- 0 = ไม่มีน้ำหนักลด
1 = อาจมีน้ำหนักลด ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเจ็บป่วยครั้งนี้
2 = น้ำหนักลดชัดเจน (ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย)
3 = ไม่ได้ประเมิน

ข. จากการให้คำแนะนำประจำสัปดาห์โดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วย เมื่อได้ชั้งวัดน้ำหนักที่เปลี่ยนไปจริง:

- 0 = น้ำหนักลดน้อยกว่า 0.5 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์
1 = น้ำหนักลดมากกว่า 0.5 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์
2 = น้ำหนักลดมากกว่า 1 กิโลกรัมใน 1 สัปดาห์
3 = ไม่ได้ประเมิน

_____ 17. การหยั่งเห็นถึงความผิดปกติของตนเอง (INSIGHT)

- 0 = ตระหนักว่าตนเองกำลังซึมเศร้า และเจ็บป่วย
1 = ตระหนักว่ากำลังเจ็บป่วย แต่โง่สาเหตุกับอาหารที่ไม่มีคุณค่า ตินฟ้าอากาศ การทำงาน
หนัก ไวรัส การต้องการพักผ่อน ฯลฯ
2 = ปฏิเสธการเจ็บป่วยโดยสิ้นเชิง

_____ Total Score (รวมตัวเลขทุกข้อ)

Signature _____

ค่าคะแนนรวมที่ใช้วัดระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า
 (Rates of the severity of depression.)

คะแนนรวม (Total score)	ระดับความรุนแรง (Rates of the severity)
0 – 7	No depression
8 – 12	Mild depression
13 – 17	Less than major depression
18 – 29	Major depression
30 up	More than depression, psychotic

	Day 1 st	Day 3 rd	Day 7 th	Day 14 th
คะแนนรวม ในแต่ละครั้งที่ประเมิน				

แบบประเมิน
อาการทางจิต
(BPRS)

Brief Psychiatric Rating Scale

Name..... HN..... AN..... Admission day.....

No	Signs and symptom items	Wk 0	Wk 1	Wk 2	Wk 3	Wk 4
		Date.....	Date.....	Date.....	Date.....	Date.....
1.	Somatic concern					
2.	Anxiety					
3.	Emotional Withdrawal					
4.	Conceptual Disorganization					
5.	Guilt Feelings					
6.	Tension					
7.	Mannerisms and posturing					
8.	Grandiosity					
9.	Depressive mood					
10.	Hostility					
11.	Suspiciousness					
12.	Hallucinatory behavior					
13.	Motor Retardation					
14.	Uncooperativeness					
15.	Unusual Thought content					
16.	Blunted Affect					
17.	Excitement					
18.	Disorientation					
Total						
Signature						

Rate of scale

- Not Present = 1
- Very mind = 2
- Mild = 3
- Moderate = 4
- Moderate Severe = 5
- Severe = 6
- Extremely Severe = 7

ผู้พัฒนา : แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ โรงพยาบาลส่วนปูง

General Psychopathology Scale (G) &

G 1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)

คือ การบ่นว่ามีอาการทางกายต่าง ๆ หรือเชื่อว่าตนมีการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางกาย ซึ่งอาจเป็นได้ตั้งแต่ความรู้สึกอย่างคลุมเครื่อง ไม่ชัดเจนว่าเจ็บป่วย จนถึงข้ออาการหลงผิดอย่างชัดเจนว่าตนมีโรคทางกายที่ร้ายแรง

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่บังเอิญอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	กังวลเกี่ยวกับสุขภาพหรือปัญหาทางกายอย่างชัดเจน แสดงออกโดยการถามหรือขอคำยืนยัน เพื่อสร้างความมั่นใจเป็นครั้งคราว
4. มีอาการปานกลาง	บ่นว่าสุขภาพไม่ดี หรือมีความผิดปกติในร่างกาย แต่ไม่ถึงขั้นมีความหลงผิดและสามารถลดความวิตกกังวลที่มากเกินไปได้เมื่อพูดบาย แล้วให้ความมั่นใจ
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยบ่นว่ามีอาการเจ็บป่วย หรือมีความผิดปกติทางกายในด้านต่าง ๆ หลายด้าน หรือบ่นอยู่บ่อย ๆ หรืออาจมีอาการหลงผิดเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้อย่างชัดเจนหนักหรือสองเรื่อง แต่ไม่ห่วงกุ่นกับความคิดดังกล่าว
6. มีอาการรุนแรง	ผู้ป่วยห่วงกุ่นกับอาการหลงผิดที่ชัดเจนเรื่องหรือสองเรื่อง ว่าตนมีโรคหรือมีความผิดปกติทางกาย แต่ยังไม่ถึงกับทุ่มเทจิตใจไปในเรื่องนั้นทั้งหมด และผู้สัมภาษณ์บังพาระพยายามดึงความคิดผู้ป่วยไปในทางอื่นได้บ้าง
7. มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการหลงผิดทางกายหลายอย่าง ที่ผู้ป่วยพูดถึงบ่อย ๆ หรือมีอาการหลงผิดทางกายสองสามอย่างที่ผู้ป่วยคิดว่าเป็นเรื่องร้ายแรงมาก และมีผลครอบจักรament และความคิดของผู้ป่วยโดยล้วนเชิง

General Psychopathology Scale (G) &

G 2. อาการวิตกกังวล (anxiety)

คือ การมีความรู้สึกวิตกกังวล เป็นห่วง หัวใจ หรือกระสับกระส่าย อยู่ภายในซึ่งอาจมีได้ตั้งแต่มีความกังวลเกี่ยวกับปัจจุบันหรืออนาคตมากเกินไป จนถึงการมีความรู้สึกตื่น恐慌 (panic)

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยระหว่างการสัมภาษณ์ และอาการแสดงทางกายที่สัมพันธ์กัน

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างແด้วยถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	มีอาการวิตกกังวล หรือรู้สึกกระสับกระส่ายในใจ อยู่บ้าง แต่ไม่มีผลทำให้เกิดอาการทางกาย หรือผลกระทบพุทธิกรรมอื่น ๆ
4. มีอาการปานกลาง	ผู้ป่วยรายงานว่ามีอาการต่าง ๆ ของความวิตกกังวลอย่างชัดเจน และแสดงออกเป็นอาการทางกายต่าง ๆ เช่น มือสั่น และเหงื่อออกรما
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยรายงานว่ามีอาการวิตกกังวลอย่างรุนแรง ซึ่งมีผลทั้งต่ออาการทางกายและทางพุทธิกรรม เช่น มีความรู้สึกดึงเกร็งมาก สามารถไม่ได้ใจสั่น หรือนอนไม่หลับ
6. มีอาการรุนแรง	มีอาการกลัวต่าง ๆ (phobias) ทำให้มีความรู้สึกกลัวอยู่เกือบทตลอดเวลา รู้สึกกระสับกระส่ายมาก หรือมีอาการแสดงทางกายหลายอย่าง
7. มีอาการรุนแรงมาก	ชีวิตของผู้ป่วยได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงจากการวิตกกังวล ซึ่งมีอยู่เกือบทตลอดเวลา และในบางครั้งอาจมีความรุนแรงถึงขั้นเป็นอาการตื่น恐慌 (panic)

N 2. การแยกตัวทางอารมณ์ (emotional withdrawal)

คือ การขาดความสนใจ และความรู้สึกเกี่ยวข้อง รวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ กับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน รายงานเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล เป็นองค์หนึ่งหรือครอบครัว และจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมและมนุษยสัมพันธ์ ที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	มักจะขาดการเรียนในการทำสิ่งต่าง ๆ และบางครั้งอาจมีลักษณะขาดความสนใจในเหตุการณ์รอบตัว
4. มีอาการปานกลาง	โดยทั่วไปผู้ป่วยจะมีความรู้สึกห่างเหินจากสิ่งแวดล้อม และการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม แต่ยังสามารถกระตุ้นให้เข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยมีความรู้สึกห่างเหินจากผู้คนรอบข้างและเหตุการณ์ต่าง ๆ รอบตัวอย่างชัดเจน และต่อต้านความพยายามที่จะกระตุ้นให้ตนเข้าร่วมในสิ่งต่าง ๆ ผู้ป่วยมักจะดูห่างเหิน เงียบ และคุ้เลื่อนลอยไปมีจุดหมาย แต่ยังสามารถมีส่วนร่วมในการสนทนาก็ได้บ้างเป็นช่วงสั้น ๆ และสามารถดูแลเรื่องส่วนตัวของตนเองได้ โดยอาจต้องการการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว
6. มีอาการรุนแรง	ขาดความสนใจและความผูกพันทางอารมณ์ต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอย่างมาก ทำให้พูดคุยกับคนอื่นน้อยมาก และมักไม่สนใจอุบัติเหตุเอง ทำให้ต้องมีผู้ดูแลให้การดูแล
7. มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยมีลักษณะแยกตัวและขาดการติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อม โดยเกือบสิ้นเชิง และจะไม่สนใจอุบัติเหตุเองเลย เมื่อจากขาดความสนใจและความผูกพันทางอารมณ์อย่างรุนแรง

P 2. ความคิดสับสน (conceptual disorganization)

หมายถึง ความสับสนในกระบวนการของการใช้ความคิด ซึ่งทำให้มีปัญหาในการคิดอย่างต่อเนื่อง และมีเป้าหมาย ทำให้มีอาการต่าง ๆ เช่น อาการคิดและพูดอ้อมค้อม (circumstantiality) การพูดออกนอกประเด็น (tangentiality) ความคิดไม่ประติดประต่อ (loose associations) ความคิดไม่ต่อเนื่องเป็นเหตุ เป็นผล หรือมีการหยุดชะงักของความคิด (thought block)

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน ลักษณะการใช้คำพูด และความคิดระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามกำหนดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความคิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเด็กน้อย	ความคิดอ้อมก้อม ไม่่อู้ในประเด็น หรือมีเหตุผลแปลก ๆ มีปัญหาบ้างในการควบคุมความคิดให้เป็นไปตามเป้าหมาย และอาจมีความคิดไม่ประติดประต่อบ้างเมื่ออยู่ภายใต้ความกดดัน
4. มีอาการปานกลาง	บังสานารถร่วมความคิดให้อยู่ในประเด็น ได้ในการสื่อสารที่สั้น ๆ และมีกรอบชัดเจน แต่จะเริ่มมีความคิดไม่ประติดประต่อ และตอบไม่ตรงประเด็นเมื่อเผชิญกับการสื่อสารที่ซับซ้อนขึ้น หรือมีความกดดันแม้เพียงเล็กน้อย
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	โดยทั่วไปจะมีปัญหาในการเรียนเรียนความคิด ซึ่งจะเป็นได้จากการมีการพูดไม่ตรงประเด็น ไม่ต่อเนื่อง หรือมีความคิดไม่ประติดประต่ออย่างมาก แม้จะไม่มีความกดดันอะไรเลยก็ตาม
6. มีอาการรุนแรง	ความคิดมีลักษณะสะบัดสะบัด ขาดความสอดคล้องกันภายในความคิดอย่างมาก ทำให้มีการพูดไม่ตรงประเด็นอย่างชัดเจน และมีลักษณะการขาดตอนของกระบวนการในการคิดอยู่ตลอดเวลา
7. มีอาการรุนแรงมาก	มีการขาดตอนของความคิดมากถึงขั้นที่ทำให้ผู้สัมภาษณ์ไม่สามารถเข้าใจความคิดและคำพูดของผู้ป่วยได้ มีอาการความคิดและคำพูดไม่ประติดประต่ออย่างมาก ทำให้ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่นมี “word salad” หรือ มีอาการไม่พูด (mutism)

G 3. ความรู้สึกผิด (guilt feelings)

คือ ความรู้สึกเลียใจ หรือโหхотัวเองในเรื่องที่ผิดพลาดในอดีต ซึ่งอาจเป็นเรื่องจริงหรือเป็นลิ่งที่ผู้ป่วยคิดไปเองก็ได้

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกผิดในการสัมภาษณ์ และผลกระทบของความรู้สึกดังกล่าวต่อทัศนคติ และความคิดของผู้ป่วย

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	จากการซักถาม พบร่วมกับมีความรู้สึกผิดหรือลงโทษตัวเองในเรื่องเด็ก ๆ น้อย ๆ แต่ไม่ชัดเจนนัก และเห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยไม่ได้กังวลกับเรื่องนี้มากจนเกินไป
4. มีอาการปานกลาง	ผู้ป่วยแสดงความกังวลเกี่ยวกับความรู้สึกรับผิดชอบต่อเหตุการณ์บางอย่างซึ่งเกิดขึ้นในชีวิตอย่างจริงจัง แต่ไม่ได้หมายมุ่นกับเรื่องนั้น และไม่มีผลกระทบต่อทัศนคติและพฤติกรรม
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดอย่างรุนแรง และจะรู้สึกว่าตนเองไม่ดี หรือสมควรได้รับลงโทษ ความรู้สึกผิดนี้อาจมีพื้นฐานอยู่บนความหลงผิด หรืออาจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเอง และอาจทำให้เกิดอาการหมายมุ่น และ/หรือเกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ โดยที่ผู้สัมภาษณ์ไม่สามารถช่วยบรรเทาได้
6. มีอาการรุนแรง	มีความรู้สึกผิดอย่างรุนแรงถึงขั้นปั่นป่วนอาการหลงผิด จนทำให้รู้สึกตื่นหวัง และไร้ค่า และเชื่อว่าตนเองสมควรได้รับการลงโทษอย่างหนัก สำหรับความผิดที่ทำไป รวมทั้งอาจมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตในปัจจุบันเป็นการลงโทษ
7. มีอาการรุนแรงมาก	ชีวิตของผู้ป่วยถูกครอบงำด้วยอาการหลงผิดอย่างจริงจัง ว่าตนมีความผิด ผู้ป่วยจะเชื่อว่าตนเองสมควรได้รับการลงโทษสถานหนัก เช่น จำคุกตลอดชีวิต ถูกฟรمان หรือถูกประหารชีวิต และอาจมีความคิดอย่างมраด้วยความรู้สึกว่าปัญหาที่เกิดกับตนอื่น เป็นผลจากกรรมการทำผิดของตน

General Psychopathology Scale (G) &

G 4. ความตึงเครียด (tension)

คือ อาการแสดงทางกายของความกลัว ความวิตกกังวล และอาการ恐慌กระวาย ซึ่งได้แก่ อาการกล้ามเนื้อตึง มือสั่น เหงื่ออออกมาก และกระสับกระส่าย

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากคำบอกเล่าเกี่ยวกับอาการวิตกกังวลของผู้ป่วย และความรุนแรงของอาการแสดงทางกายของความตึงเครียดที่สังเกตได้ระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	ท่าทางและการเคลื่อนไหวแสดงถึงความกังวลอยู่บ้าง เช่น ศูกรึ ฯ คุกกระสับกระส่ายเป็นบางครั้ง ขับตัวไปมาบางครั้ง หรือมีมือสั่นเล็กน้อย
4. มีอาการปานกลาง	มีท่าทางวิตกกังวลอย่างชัดเจน โดยมีอาการแสดงต่าง ๆ ที่ขึ้นตัวไปนานน้อย ๆ มือสั่นอย่างชัดเจน เหงื่ออออกมากกว่าปกติ หรือมีท่าทางตื่นเต้น恐慌กระวาย
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการตึงเครียดอย่างมาก โดยเห็นได้จากการแสดงต่าง ๆ คือ ตัวสั่นคุกความวิตกกังวล เหงื่อแตก และกระสับกระส่าย แต่พฤติกรรมต่าง ๆ ระหว่างการสัมภาษณ์ไม่ถูกกระทบมากนัก
6. มีอาการรุนแรง	มีอาการตึงเครียดอย่างมากถึงขั้นที่เป็นอุปสรรคต่อการมีปฏิสัมพันธ์ กับคนอื่น เช่น ผู้ป่วยอาจขับตัวไปมาตลอดเวลา นั่งอยู่นาน ๆ ไม่ได้หรือมีอาการหายใจหอบ
7. มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการตึงเครียดมากอย่างชัดเจน โดยมีอาการต่าง ๆ ของอาการตื่นตระหนกหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากและเร็วกว่าปกติอย่างชัดเจน เช่น เดินไปมาด้วยอาการกระสับกระส่ายอยู่ก่อนตลอดเวลา ไม่สามารถนั่งอยู่กับที่ได้นานเกินหนึ่งนาที จนทำให้ไม่สามารถสนทนาอย่างต่อเนื่องได้

General Psychopathology Scale (G) &

G 5. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (mannerism and posturing)

มีท่าทางและการเคลื่อนไหวที่ไม่เป็นธรรมชาติ คือมีลักษณะเก้งก้าง แข็ง ไม่ประสานกัน หรือดูแปลกประหลาด

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน ลักษณะจากท่าทางที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ และจากรายงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	การเคลื่อนไหวคุ้งก้างเก็กน้อย หรือท่าทางคุ้นเคย ๆ อยู่บ้าง
4. มีอาการปานกลาง	การเคลื่อนไหวคุ้งก้างหรือไม่ค่อนคอดื่องสัมพันธ์กัน หรือมีการทำท่าทางแปลก ๆ ไม่เป็นธรรมชาติเป็นช่วงสั้น ๆ
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีการทำพิธีกรรมที่แปลกประหลาด หรือทำท่าแปลก ๆ เป็นบางครั้ง หรือมีการค้างอยู่ในท่าที่ผิดปกติเป็นเวลานาน ๆ
6. มีอาการรุนแรง	มีการทำพิธีกรรมที่แปลกประหลาดมี mannerisms หรือ stereotyped movements ช้า ๆ อยู่บ่อย ๆ หรือทำท่าทางบิดเบี้ยวไม่เป็นธรรมชาติค้างอยู่นาน ๆ
7. มีอาการรุนแรงมาก	การปฏิบัติหน้าที่ด่าง ๆ ถูกกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง จากการที่ผู้ป่วยใช้เวลาไปกับการเคลื่อนไหวที่คล้ายพิธีกรรม mannerism หรือ stereotyped movements หรือทำท่าแปลก ๆ ไม่เป็นธรรมชาติค้างอยู่เกือบทลอดเวลา

P 5. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (grandiosity)

หมายถึง การมีความเชื่อมั่นในความคิดของตนมากเกินไป และมีความรู้สึกว่าตนเหนือกว่าคนอื่น โดยไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง รวมทั้งการหลงผิดว่าตนมีความสามารถพิเศษ ร่าเริง มีความรู้ มีชื่อเสียง อำนาจ ตลอดจนคุณธรรมสูงส่งกว่าคนอื่น

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ และอิทธิพลของความคิดนั้นต่อพฤติกรรม ตามรายงานจากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเด็กน้อย	เห็นได้ว่ามีความมั่นใจในตัวเองสูงกว่าปกติ และคุยก็อวดบ้าง แต่ไม่มีความสามารถพิเศษ
4. มีอาการปานกลาง	มีความรู้สึกว่าตนเหนือกว่าคนอื่นอย่างเด่นชัดมากเกินความเป็นจริง และอาจมีอาการหลงผิดที่ไม่ชัดเจนนักว่าตนมีสถานะหรือความสามารถพิเศษ แต่ไม่ได้แสดงออก หรือปฏิบัติตาม
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการหลงผิดอย่างชัดเจนว่าตนมีความสามารถพิเศษ มีสถานะสูงส่ง หรือมีอำนาจ ซึ่งผู้ป่วยแสดงออก และมีผลต่อทัศนคติของผู้ป่วย แต่ยังไม่มีผลต่อพฤติกรรม
6. มีอาการรุนแรง	แสดงออกว่ามีอาการหลงผิดอย่างชัดเจนว่าตนมีลักษณะพิเศษเหนือคนอื่นในเรื่องต่าง ๆ มากกว่าหนึ่งเรื่อง (ความร่าเริง ความรู้ ชื่อเสียง ฯลฯ) ซึ่งมีผลต่อ ปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างชัดเจน และผู้ป่วยอาจใช้ปฏิบัติตามนั้น
7. มีอาการรุนแรงมาก	ความคิด ปฏิสัมพันธ์ และพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ถูกครอบจำค่ายอาการหลงผิดต่าง ๆ ว่าตนมีความสามารถพิเศษ มีฐานะร่าเริง ความรู้ ชื่อเสียง อิอำนาจ หรือมาตรฐานทางคุณธรรมสูงกว่าคนอื่น และอาการหลงผิดนั้นอาจมีลักษณะประหลาด

G 6. อาการซึมเศร้า (depression)

หมายถึง การมีความรู้สึกเศร้า ห้อแท้ หมดกำลังใจ ช่วยตัวเองไม่ได้ และมองโลกในแง่ร้าย พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จำกัดอยู่กับอาการมีซึมเศร้าของผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ และผลของการมีซึมเศร้าที่มีต่อทัศนคติและพฤติกรรม ตามรายงานการสังเกตของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล เป็นองค์ประกอบวัด

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความพิคปักดิหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปักดิ
3. มีอาการเล็กน้อย	แสดงความรู้สึกเศร้าหรือห้อแท้หมดกำลังใจบ้าง เมื่อได้รับการชักถาม แต่ไม่มีถักษณะอาการซึมเศร้าในทัศนคติและการแสดงออกโดยทั่วไป
4. มีอาการปานกลาง	มีความรู้สึกและถึงห่วงอย่างชัดเจน และอาจแสดงออกมากของ แล้ว อารมณ์ซึมเศร้าในขั้นไม่มีผลต่อพฤติกรรม และการทำหน้าที่ทางสังคม มากนักและมักจะสามารถปลุกปลอนให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นได้
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการซึมเศร้าเด่นชัด โดยมีความรู้สึกเศร้าเสียใจอย่างชัดเจน มองโลกในแง่ร้าย ไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม มี Psychomotor retardation และมีปัญหาเกี่ยวกับการกินและการนอนอยู่บ้าง และไม่สามารถปลุกปลอนให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นได้ ganznack
6. มีอาการรุนแรง	มีอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีความรู้สึกทุกข์ใจอยู่ตลอดเวลา มีการร้องไห้เป็นบางครั้ง รู้สึกสิ้นหวังและไร้ค่า นอกจากนี้ยังจะมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกอยากกินหรือเมื่ออาหารและการนอน และการเคลื่อนไหวร่างกาย และการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างมาก รวมทั้งอาจมีลักษณะการละเลยตนเองได้ด้วย
7. มีอาการรุนแรงมาก	ความรู้สึกซึมเศร้ามีผลต่อการทำหน้าที่สำคัญ ๆ ต่าง ๆ เกือบทั้งหมด อย่างรุนแรง อาการแสดงอาจประคอนด้วย การร้องไห้บ่อย ๆ มีอาการทางกายต่าง ๆ สมาริบพร่อง มี psychomotor retardation ไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม ละเลยตนเอง อาจมีความหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าต่าง ๆ หรือหลงพิคค่าตนเองตายไปแล้ว และ/หรือมีความคิดอยากร้าวตัวตาย หรือการพยายามฆ่าตัวตาย

P 7. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (hostility)

คือ การแสดงความโกรธ และความชุ่นเคืองใจ ออกมากทั้งทางคำพูด และมีหน้าท่าทาง ซึ่งอาจรวมถึง การพูดถากถางประชดประช้น การแสดงพฤติกรรมต่อต้านอย่างเงียบ ๆ (passive aggressive behavior) ใช้ ว่าจាកัวร้าว จนถึงการทำร้ายร่างกาย

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากการลังเกตลักษณะพฤติกรรมและมนุษย์สัมพันธ์ ที่แสดงออก ระหว่างการสัมภาษณ์ และจากการรายงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	การแสดงความโกรธหรือไม่พอใจอย่างอ่อน ๆ หรือมีการหักห้ามไว้ เช่นการพูดถากถาง ขาดความเคารพ แสดงความรู้สึกไม่เป็นมิตร และแสดงอาการคุนเขี้ยวเป็นบางครั้ง
4. มีอาการปานกลาง	แสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตรอย่างเปิดเผย แสดงความโกรธ อาการคุนเขี้ยว และความไม่พอใจโดยเปิดเผย ออกมาก่อนอย่างต่อเนื่อง
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยแสดงอาการคุนเขี้ยวมาก และมีการใช้วาจากัวร้าว หรือข่มขู่ ถูกความเป็นบางครั้ง
6. มีอาการรุนแรง	ไม่ร่วมมือ และใช้วาจากัวร้าวหรือข่มขู่ในการสัมภาษณ์ ซึ่งส่งผล กระทบต่อความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างรุนแรง ผู้ป่วยอาจมีลักษณะ กัวร้าวรุนแรง และมุ่งร้าย แต่ไม่ถึงขั้นทำร้ายร่างกายคนอื่น
7. มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยมีอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ทำให้มีพฤติกรรมต่อต้านไม่ร่วมมือ ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ หรือมีพฤติกรรมกัวร้าวรุนแรงถึง ขั้นทำร้ายร่างกายผู้อื่นเป็นครั้งคราว

P6. ความรู้สึกกระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย (Suspiciousness/persecution)

หมายถึง การมีความรู้สึกเคร้า ห้อแท้ หมดกำลังใจ ช่วงตัวเองไม่ได้ และมองโลกในแง่ร้าย

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากคำบอกเล่าเกี่ยวกับอารมณ์ซึ่งเคร้าของผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ และผลของอารมณ์ซึ่งเคร้าที่มีต่อทัศนคติและพฤติกรรม ตามรายงานการสังเกตของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล เป็นงวดันหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	มีท่าทีระมัดระวังหรืออาจจะถึงกับแสดงความไม่ไว้วางใจออกมากโดยเปิดเผยแก่ความคิด การกระทำ และพฤติกรรมต่าง ๆ ยังคงได้รับผลกระทบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
4. มีอาการปานกลาง	เห็นได้ว่ามีความรู้สึกไม่ไว้วางใจอย่างชัดเจน โดยแสดงออกในการสัมภาษณ์และ/หรือ พฤติกรรม แต่ไม่มีความหลงผิดว่ามีคนปองร้ายหรืออาจมีอาการหลงผิดว่ามีคนปองร้ายแต่ยังไม่ชัดเจนนัก และถือไม่ค่อยมีผลต่อทัศนคติหรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยแสดงความไม่ไว้วางใจผู้อื่นอย่างชัดแจ้ง ทำให้มีปัญหาในความสัมพันธ์กับคนอื่นอย่างมาก หรืออาจมีอาการหลงผิดว่ามีคนปองร้ายอย่างชัดเจน แต่ยังมีผลต่อทัศนคติหรือความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพียงบางระดับเท่านั้น
6. มีอาการรุนแรง	มีอาการหลงผิดว่ามีคนปองร้าย ที่มีอิทธิพลกรอบจำกัดของผู้ป่วยซึ่งอาจจะมีลักษณะเป็นระบบเป็นเรื่องเป็นราวชัดเจนมากจนมีผลกรอบจำกัดความคิด ความสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย
7. มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการหลงผิดว่าถูกปองร้ายที่โง่ไปเป็นระบบเป็นเรื่องเป็นราวชัดเจนมากจนมีผลกรอบจำกัดความคิด ความสัมพันธ์ทางสังคม และพฤติกรรมของผู้ป่วย

P3. อาการประสาทหลอน (hallucinatory behavior)

คือการทราบจากการที่ผู้ป่วยนอก หรือสังเกตได้จากพฤติกรรม ว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ไม่ได้เกิดจากสิ่งเร้าภายนอกที่มีอยู่จริง อาการประสาทหลอนนี้ อาจเป็นการได้ยิน การเห็นภาพ การได้กลิ่น หรือความรู้สึกทางกายอื่น ๆ ก็ได้

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากคำบอกเล่าและการแสดงออกของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ และคำรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย จากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามกำหนดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	มีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจนหนึ่งหรือสองอย่างนาน ๆ ครั้ง หรือมีการรับรู้ที่ผิดปกติซึ่งคุณครื้นไม่ชัดเจน และไม่ส่งผลให้มีความผิดปกติของความคิดหรือพฤติกรรม
4. มีอาการปานกลาง	มีอาการประสาทหลอนบ่อย ๆ แต่ไม่ต่อเนื่องกันตลอดเวลา และมีผลกระทบต่อกิจกรรมของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการประสาทหลอนบ่อย ๆ อาจมีอาการในระบบเกี่ยวกับการรับรู้ด้านต่าง ๆ มากกว่าหนึ่งด้าน และมักทำให้มีความคิดหรือพฤติกรรมผิดปกติ ผู้ป่วยมักจะตีความประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยอาการหลงผิดและแสดงการตอบสนองทางอารมณ์ หรือในบางครั้งอาจพูดได้ดอน
6. มีอาการรุนแรง	มีอาการประสาทหลอนต่อเนื่องกันเกือบทตลอดเวลา ทำให้มีความผิดปกติทางความคิดและพฤติกรรมค่อนข้างมาก ผู้ป่วยจะคิดว่าอาการประสาทหลอนนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ๆ ทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของผู้ป่วยถูกครอบคลุมจากการตอบสนองทั้งทางอารมณ์ และคำพูดกับอาการที่เกิดขึ้นอยู่บ่อย ๆ
7. มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยจะหมกหมุนกับอาการประสาทหลอนอยู่เกือบทตลอดเวลา จนมีผลครอบจำความคิดและพฤติกรรมทั้งหมดของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะตีความหมายของอาการประสาทหลอนด้วยอาการหลงผิดต่าง ๆ และจะพูดและแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ โดยดอนกับอาการประสาทหลอนรวมทั้งการปฏิบัติตามคำสั่งจากอาการประสาทหลอนด้วย

General Psychopathology Scale (G) &

G7. การเคลื่อนไหวช้า (motor retardation)

คือการลดลงของ motor activity ทำให้มีการเคลื่อนไหวและพูดช้าหรือน้อยลง ตอบสนองต่อสิ่งเร้าน้อยลง และความตึงของกล้ามเนื้อในร่างกาย (body tone) ลดลง

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากลักษณะที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ และจากรายงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเด็กน้อย	มีการเคลื่อนไหวและพูดช้าลงเล็กน้อยแต่พอสังเกตได้ ผู้ป่วยอาจจะแสดงออกค่อนข้างน้อยทั้งในการพูดคุย และการแสดงท่าทาง
4. มีอาการปานกลาง	ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวช้าลงอย่างชัดเจน การพูดอาจชักช้าลงและไม่ค่อยได้เมื่อห้า ใช้เวลานานกว่าจะตอบคำถาม หยุดชะงักนาน ๆ หรือพูดช้า
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีการลดลงของ motor activity อย่างมาก ทำให้ทำการสื่อสารได้น้อยมากและลำบากการทำหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งทางสังคมและการงาน ผู้ป่วยมักจะนั่งอยู่เฉย ๆ หรือนอนเป็นส่วนใหญ่
6. มีอาการรุนแรง	การเคลื่อนไหวช้าลงมาก ทำให้มีกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการพูดน้อยมาก ผู้ป่วยจะใช้เวลาทั้งวันนั่งหรือนอนเฉย ๆ
7. มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยเกือบจะไม่มีการเคลื่อนไหว และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหายไปโดย

G8. การไม่ร่วมมือ (uncooperativeness)

คือ การไม่ยอมทำตามความต้องการคนอื่น ๆ ที่มีบทบาทในชีวิต รวมทั้งผู้สัมภาษณ์ บุคลากรของโรงพยาบาล และครอบครัว ซึ่งอาจเป็นเพราะความรู้สึกไม่ไว้วางใจ การปกป้องตนเองความตื่อสั่น การต่อต้าน การไม่ยอมรับอำนาจ ความรู้สึกเป็น ปรปักษ์ หรือความรู้สึกอยากหาเรื่อง

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากลักษณะพฤติกรรมเชิงมนุษยสัมพันธ์ที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ และจากรายงานของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติหรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	ยอมทำตามคำขอความรู้สึกบุญคุ้มเคือง ขาดความอดทน หรือประชดประชัน อาจปฏิเสธการซักถามระหว่างการสัมภาษณ์ในเรื่องที่เป็นจุดสะเทือนใจโดยไม่แสดงถึงความก้าวร้าว
4. มีอาการปานกลาง	ปฏิเสธที่จะทำตามกฎหมายที่ห้าวไปของสังคมโดยเปิดเผยเป็นทางครั้ง เช่น ไม่ยอมเก็บที่นอน ไม่ยอมเข้ากลุ่ม หรือทำตามตารางที่กำหนด ผู้ป่วยอาจแสดงลักษณะเป็นปฏิปักษ์ และปกป้องตัวเอง หรือมีท่าที่ต่อต้าน แต่โดยทั่วไปยังสามารถปฏิสัมพันธ์ด้วยได้
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยมักจะ ไม่ยอมทำตามกฎหมายที่ของสังคมแผลด้อมและมักกลุ่มของว่าเป็นพวก “นอกรออก” หรือ “มีปัญหาด้านเขตติดต่ออย่างรุนแรง” การไม่ร่วมมือจะแสดงออกโดยมีลักษณะปกป้องตัวของย่างเห็นได้ชัด หรือรู้สึกหงุดหงิดกับผู้สัมภาษณ์ และอาจจะไม่เดินใจตอบคำถาม หลâyคำราม
6. มีอาการรุนแรง	ผู้ป่วยมีลักษณะไม่ร่วมมือและต่อต้านสูงมาก และอาจจะมีลักษณะชอบหารือปัญหาที่จะทำダメข้อเรียกว่องของสังคม และอาจจะไม่เดินใจที่จะเริ่มต้นหรือร่วมมือjoin ในการสัมภาษณ์
7. มีอาการรุนแรงมาก	แสดงการต่อต้านอย่างเปิดเผย ทำให้มีผลกระทบกับการทำหน้าที่สำคัญ ๆ ในด้านต่าง ๆ เกือบทั้งหมดอย่างรุนแรง ผู้ป่วยอาจปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ การดูแลสุขลักษณะของตัวเอง การพูดคุยกับญาติหรือเจ้าหน้าที่และการร่วมมือในการสัมภาษณ์แม้เพียงช่วงสั้น ๆ

General Psychopathology Scale (G) &

G 9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content)

คือ ความคิดที่มีลักษณะแเปลก เพ้อฝันหรือเป็นความคิดที่ประหลาดผิดปกติ ซึ่งมีได้ตั้งแต่ความคิดที่แเปลกหรือแตกต่างออกไปจากคนอื่นบ้าง จนถึงความคิดที่ผิดปกติไม่สมเหตุสมผล เหลาไว้เหล

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากเนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขั้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความคิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	เนื้อหาความคิดคุ้มแเปลก ๆ หรือมีลักษณะเฉพาะตัวอยู่บ้าง อาจนำเอาแนวความคิดธรรมชาติ ๆ ไปใส่ในแก้ไขรูปแบบที่ผิดปกติ
4. มีอาการปานกลาง	แนวความคิดค่อนข้างบิดเบือนไปจากความจริง และบางครั้งอาจคุ้มแเปลกประหลาดบ้าง
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	ผู้ป่วยมีความคิดแเปลก ๆ และเพ้อฝันหลายเรื่อง (เช่นเป็นลูกบุญธรรมของประธานาธิบดี เป็นนักโทษประหารที่หนีออกมาน้ำใจ) หรือมีความคิดเหลวไหล (เช่น มีลูกหลานร้อยคน รับคลื่นวิทยุจากนอกโลกได้โดยผ่านสารที่อุดฟัน)
6. มีอาการรุนแรง	ผู้ป่วยมีความคิดที่เหลวไหลไม่เป็นเหตุผลมากมายหลายเรื่อง ซึ่งบางเรื่องอาจมีลักษณะแเปลกประหลาด (เช่น มีสามหัว เป็นมนุษย์ต่างดาว)
7. มีอาการรุนแรงมาก	ความคิดเต็มไปด้วย ความคิดที่เหลวไหล แเปลกประหลาด พลิกพิลั่น

Negative Scale (N) &

N 1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (blunted affect)

คือ การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติซึ่งแสดงออกโดยมีการแสดงสีหน้า การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และท่าทางในการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากการสังเกตลักษณะกิริยาท่าทาง พื้นอารมณ์ และการตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ป่วย ระหว่างการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นค่อนข้างมาก	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	การเปลี่ยนแปลงสีหน้าและการแสดงกริยาท่าทางในการสื่อสารคุยกัน หรือฟัง ๆ ไม่เป็นธรรมชาติ หรือไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง
4. มีอาการปานกลาง	แสดงสีหน้า และท่าทางในการสื่อสารน้อย ทำให้คุ้งเบงทื่อ ไม่มีชีวิตชีวา
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	อารมณ์โดยทั่วไปจะเฉยเมย น้ำย า จึงจะมีการเปลี่ยนสีหน้าบ้าง และมีการแสดงท่าทางประกอบการพูดน้อยลงมาก
6. มีอาการรุนแรง	อารมณ์เฉยเมยมาก แบบไม่มีการแสดงอารมณ์เลย เก็บคลอดเวลา และอาจมีการแสดงอารมณ์รุนแรงต่าง ๆ โดยไม่ควบคุม เช่น อาการตื่นเต้น บันดาลโหสระ หรือหัวเราะอย่างควบคุมไม่ได้ อกมามโดยไม่เหมาะสม เป็นพัก ๆ
7. มีอาการรุนแรงมาก	ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีหน้า หรือการแสดงกริยาท่าทางประกอบการสื่อสารเลย

P 4. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)

หมายถึง อาการอยู่ไม่สุข ที่แสดงออกโดยการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติ การไวต่อสิ่งเร้ามากกว่าปกติ มีอาการระดับระดับมากกว่าปกติ หรือ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงชันลงง่ายกว่าปกติ

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน จากพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งแสดงออกขณะสัมภาษณ์ และคำรายงานเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย จากเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลเบื้องต้นหรือครอบครัว

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเล็กน้อย	มีอาการกระวนกระวายบ้างเล็กน้อย คุณภาพกระวนกระวายมากกว่าปกติ หรือคุณภาพกระวนกระวายบ้างเล็กน้อย คุณภาพกระวนกระวายมากกว่าปกติ หรือคุณภาพกระวนกระวายบ้างเล็กน้อย แต่ไม่มีช่วงให้แสดงอาการตื่นเต้นกระวนกระวายหรือมีอารมณ์แปรปรวนมากอย่างชัดเจน กระแสคำพูดอาจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย
4. มีอาการปานกลาง	แสดงอาการกระวนกระวายและตื่นตัวมากกว่าปกติให้เห็นได้อย่างชัดเจนตลอดการสัมภาษณ์ โดยแสดงออกในกระแสคำพูดและการเคลื่อนไหวทั่วไปหรือมีอาการเกิดรุนแรงขึ้นเป็นพัก ๆ
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการอยู่ไม่สุขอย่างชัดเจน หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายมากกว่าปกติมาก (Out bursts of motor activity) เกิดขึ้นบ่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยนั่งอยู่นั่ง ติดต่อกันหลาย ๆ นาทีได้ยาก
6. มีอาการรุนแรง	มีอาการตื่นเต้นกระวนกระวายมากเกินตลอดการสัมภาษณ์ทำให้มีการเสียสมาธิและมีผลต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การกิน การนอน บ้างพอประมาณ
7. มีอาการรุนแรงมาก	มีอาการตื่นเต้นกระวนกระวายอย่างรุนแรง จนมีผลกระทบต่อการกินและการนอนอย่างมากและทำให้เก็บจะไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้เลยกระแสคำพูดและการเคลื่อนไหวร่างกายที่เร็วผิดปกติอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการพูดไม่รู้เรื่อง incoherence และอาจทำให้ผู้ป่วยหมดแรงได้

G 10. อาการไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคล (disorientation)

คือ การขาดการรับรู้ถึงความลับพันธ์กับสิ่งรอบตัว คือ เวลา สถานที่ และบุคคล ซึ่งอาจเกิดจากอาการสับสน หรือจากการแยกตัวอย่างหนึ่งอย่างใดก็ได้

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน การตอบคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลในการสัมภาษณ์

คะแนน	เกณฑ์การตัดสิน
1. ไม่มีอาการ	ไม่มีอาการตามคำจำกัดความ
2. มีอาการขึ้นต่ำสุด	สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติ หรืออาจมีอาการบ้างแต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. มีอาการเด็กน้อย	การรับรู้เวลาสถานที่และบุคคลโดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่มีปัญหาในส่วนที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เช่น รู้ว่าอยู่ที่ไหน แต่บอกชื่อถนนไม่ได้ บอกชื่อบุคคลการได้แต่ไม่รู้ว่านามหน้าที่อะไร บอกเดือนถูกแต่บอกผิดว่าเป็นวันไหนของอาทิตย์ โดยสับสนกับวันที่อยู่ติด ๆ กัน บอกวันที่ผิดเกิน 2 วัน อาจจะมีความสนใจแอบคลบ ซึ่งเห็นได้จากการคุ้นเคยพำนักกับสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว แต่ไม่สนใจสิ่งที่ไกลตัวออกไป เช่นบอกชื่อเจ้าหน้าที่ได้ แต่บอกชื่อผู้ว่าฯ หรือนายกฯ ไม่ได้
4. มีอาการปานกลาง	บอกเวลาสถานที่และบุคคลได้ถูกต้องเพียงบางส่วน เช่น รู้ว่าอยู่ในพยาบาลแต่บอกชื่อไม่ถูก รู้ว่าบ้านอยู่จังหวัดอะไร แต่บอก地址 หรือเขตไม่ได้ รู้จักรักษายาหลัก แต่ไม่รู้จักชื่อเจ้าหน้าที่คนอื่น ๆ ที่ร่วมคุ้มครองปีแรกๆ ได้แต่ไม่แน่ใจว่าเป็นเดือนอะไร วันใดในอาทิตย์ หรือแม้แต่เป็นฤดูใด
5. มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีปัญหาค่อนข้างมากในการบอกเวลาสถานที่และบุคคล ผู้ป่วยรู้เพียงเลือนรำงว่าตนอยู่ที่ไหน รู้สึกไม่คุ้นเคยกับคนรอบตัวส่วนใหญ่ อาจบอกปีได้ แต่บอกไม่ได้ว่าเป็นเดือนอะไร วันใดในอาทิตย์ หรือแม้แต่เป็นฤดูใด
6. มีอาการรุนแรง	มีปัญหาในการบอกเวลาสถานที่และบุคคลมาก เช่น ไม่รู้ว่าอยู่ที่ไหน บอกปีผิดเกิน 1 ปี บอกชื่อคนในชีวิตปัจจุบันได้เพียงหนึ่งหรือสองคน
7. มีอาการรุนแรงมาก	ผู้ป่วยไม่รู้เวลาสถานที่และบุคคลเลย มีอาการสับสนอย่างชัดเจน ไม่รู้เลยว่าตนอยู่ที่ไหน เป็นปีอะไร และจำไม่ได้แม้แต่คนใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา หรือผู้รักษาหลัก

บรรณานุกรม

1. John B Saunders M.D., Centre for Drug and Alcohol Studies, Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Queensland, เอกสารแปล เรื่อง การใช้แอลกอฮอล์ การใช้ที่ก่อให้เกิดอันตราย และการติดแอลกอฮอล์ (จากเอกสารวิชาการ ALCOHOL USE, HAZARDOUS USE AND DEPENDENCE); Australia ; 2004.
2. John B Saunders M.D., เอกสารแปล เรื่อง คู่มือผู้เข้ารับการบำบัดแอลกอฮอล์ 6 ขั้นตอน (จากคู่มือ Six Step Plan); WHO; 2004.
3. John B Saunders M.D., เอกสารแปล เรื่อง ในความรู้การดื่มให้น้อยลง (จากใบความรู้ Handy Card : Drink Less); WHO; 2004.
4. John B Saunders M.D., เอกสารแปล เรื่อง แบบสอบถามผู้เข้ารับการบำบัด (จาก Questionnaire : Drink Less); WHO; 2004.

เอกสาร 1-4 แปลขึ้นเป็นเอกสารประกอบการประชุม เนื่องในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเนื่องจากแอลกอฮอล์ ในวันที่ 24 – 25 พฤษภาคม 2547 ณ โรงพยาบาลแมรี แวร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร.

5. John B Saunders & Nicole K Lee, Opportunistic Brief Interventions, Management of Alcoholism; Medicine; 1999.
6. John B Saunders M.D., Pine Rivers Private Hospital : Clinical Protocols for Alcohol Detoxification, Clinical Protocols for Detoxification: In Hospitals and Detoxification Facilities; Australia ; 2001.
7. Martha Sanchez-Craig, Addiction Research Foundation, A Therapist 's Manual : Secondary Prevention of Alcohol Problems ; Toronto, Canada; 1996.
8. Martha Sanchez-Craig, Addiction Research Foundation, DrinkWise : How to Quit Drinking or Cut Down (2nd Edition,revised); Toronto, Canada; 1995.
9. Tom McLellan Ph.D. & Richard Dembo Ph.D., Screening and Assessment of Alcohol- and Other Drug – Abusing Adolescents, Treatment Improvement Protocol (TIP) Series; U.S.A.;1993.
10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือการปรึกษาในสถานการณ์ยาเสพติด; บริษัท วงศ์กมล โปรดักชั่น จำกัด; 2546.
11. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือการปรึกษาในสถานการณ์ยาเสพติด สำหรับผู้ปฏิบัติงาน; บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2547.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาจิตเวชร่วม (Psychiatric Comorbidity) ; บริษัท บีเยอนด์ พับลิชิ่ง จำกัด; 2547.

รายนามคณะกรรมการผู้จัดทำคู่มือ

ที่ปรึกษา &

1. นายแพทย์สุจิริต	สุวรรณชีพ	ที่ปรึกษาระบบสุขภาพจิต
2. นายแพทย์ปราชญ์	บุญยิวงศ์วิโรจน์	อธิบดีกรมสุขภาพจิต
3. นายแพทย์พรเทพ	ศิริวนารังสรรค์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
4. 医師หญิงศรีวรรณฯ	พูลสรรพสิทธิ์	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
5. นายแพทย์อภิชัย	มงคล	รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
6. นายแพทย์ประเวช	ตันติพิวัฒนสกุล	ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาสุขภาพจิต

คณะกรรมการผู้จัดทำ &

1. นายแพทย์เทอดศักดิ์	เดชคง	หัวหน้ากลุ่มงานยาเสพติด สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
2. 医師หญิงวราวดา	พัฒนกมらร	นายแพทย์ 9 โรงพยาบาลราชบุรี
3. นางสาวเกษร	ทุมพิชชงค์	นักจิตวิทยา 7 โรงพยาบาลศรีอัญญา
4. นายสาวห้วยรัตน์	เอื้อสามาລຍ	โรงพยาบาลศรีอัญญา
5. นางนิภา	ชาญสวัสดิ์	โรงพยาบาลลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลศรีอัญญา
6. นางสาวอุษณีย์	กันน้อย	โรงพยาบาลลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลศรีอัญญา
7. นางจิราพร	เกษรสุวรรณ	โรงพยาบาลลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลศรีอัญญา
8. นางพนาวลัย	จังประเสริฐ	โรงพยาบาลลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลศรีอัญญา
9. นายอภิลักษณ์	แก้วสุกใส	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ โรงพยาบาลศรีอัญญา
10. 医師หญิงน้ำด่าง	แก้วก่า	นายแพทย์ 7 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
11. นางศศิอร	เดชะไกรศัยะ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
12. นางสาวกานุจนา	สุทธิเนียม	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
13. นางประเทือง	ล้อมสุวรรณ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
14. นางสาวชนิดา	ชาภีโภภู	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
15. นางสาวอมาภา	เหมือนสุดใจ	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
16. นางสาวสุภาพ	เชาว์แก้ว	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
17. นางสาวสุจินดา	จันทรเสนา	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
18. นางสาวเพ็ญพรรณ	ชิตوار	สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
19. นางพิชันท์	คำล้าน	โรงพยาบาลพระคริมมหาโพธิ์
20. นางอรศรี	บุญชิต	โรงพยาบาลพระคริมมหาโพธิ์

21. นางชลิตสุดา	พรหมเทวี	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลสวนป่ารุ่ง
22. นางสุมิตรา	ศรศุวรรณ	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลสวนป่ารุ่ง
23. นางสาวปราณี	เชษชุนทด	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลสวนสรัญรมย์
24. นางภัตราจิตต์	ศักดา	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลสวนสรัญรมย์
25. นางสาวศิริพร	ทองบ่อ	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
26. นายนิมิตร	แก้วอาจ	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
27. นางมานี	ปรโลกานนท์	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
28. นางกมลรัตน์	จิตติชัยโรจน์	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์
29. นายเดศฤทธิ์	บัญชาการ	พยาบาลวิชาชีพ 6	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
30. นายเอกกมล	แก้วชิน	พยาบาลวิชาชีพ 3	โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์
31. นายฐูปนัท	ศรีอราธิคุณ	นายแพทย์ 6	โรงพยาบาลจิตเวชเลี่ยราชนครินทร์
32. นายชัยศักดิ์	ศรีภูมิ	พยาบาลเทคนิค 2	โรงพยาบาลจิตเวชเลี่ยราชนครินทร์
33. นายแพทย์พลภัทร์	ໂລ່ສັກີຍຣົກິຈ	นายแพทย์ 6	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
34. นายพรชัย	ทุมมา	พยาบาลวิชาชีพ 4	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
35. นายสุดเขต	สาตั้นวงศ์	พยาบาลวิชาชีพ 3	โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
36. นางละเอียด	ปานพ่วง	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
37. นางจริญญา	เป้าทองคำ	นักจิตวิทยา 5	โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์
38. นางสาวจิตติมา	แก้ววันคง	นายแพทย์ 6	โรงพยาบาลจิตเวชสอง laravachนครินทร์
39. นางสาวนันทพร	ศรีนิม	พยาบาลวิชาชีพ 6	โรงพยาบาลจิตเวชสอง laravachนครินทร์
40. นางสาวสุชิริ	วงศ์เสน	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลอินทร์บุรี
41. นางสาวศุภรา	เนื้อทอง	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลอินทร์บุรี
42. นางสมพร	ชนานิรമิตผล	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลอินทร์บุรี
43. นางรุจิรา	เจียมทอง	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลอินทร์บุรี
44. นางบังอร	คงเพชร	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลอินทร์บุรี
45. นางสุนันทา	แฉ่งอุทิศ	ข้าราชการบำนาญ	โรงพยาบาลอินทร์บุรี
46. นางสมนึก	DAG ล่อม	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี
47. นางสาวกนกวรรณ	กราดรักดีผล	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จ.เพชรบุรี
48. นางสาวสมรทิพย์	วิภาวนิช	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลราชบุรี
49. นางสุนีรัตน์	จันทร์ศรี	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลราชบุรี
50. นางสิรixa	หลิมศิริรัตน์	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลราชบุรี
51. นางปราณีต	ถมายามงคล	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลนครปฐม

52. นางพรทิพย์	วีระจิตต์	นักวิชาการสาธารณสุข 6	โรงพยาบาลนครปฐม
53. นางสาวสุนิศา	สุชตระกูล	พยาบาลวิชาชีพ 6	โรงพยาบาลเสนา จ.อยุธยา
54. นาสาวนงลักษณ์	ทรงจำเจียก	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลเสนา จ.อยุธยา
55. นางบุษบา	คล้ายมุข	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลเสนา จ.อยุธยา
56. นางอธิภา	เกษประดิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	ศูนย์ต่อสู้เพื่ออาชนะยาเสพติด
57. นางจอมขวัญ	รุ่นโชติ	พยาบาลวิชาชีพ 5	ศูนย์ต่อสู้เพื่ออาชนะยาเสพติด
58. นางสาวกัญจนा	ชื่นทองอร่าม	นักสังคมสงเคราะห์ 4	กองสุขภาพจิตสังคม
59. นางสาวอินทิรา	ปัทมนทร	นักวิชาการสาธารณสุข 8	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
60. นางอุษา	พึงธรรม	นักวิชาการสาธารณสุข 8	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
61. นางสาวสุวิมล	ปริญญาณุสรณ์	นักวิชาการสาธารณสุข 7	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
62. นางสาวอารียา	ทรงสิทธิ์โชค	นักจิตวิทยา 5	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
63. นายอภิสิทธิ์	ฤทธิพย์	นักจิตวิทยา 5	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต
64. นางอรัญญาลักษณ์	แก้วเมือง	นักอาชีวบำบัด 4	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต



គ្រឿង
នៃការប្រើបារិយាយ
និងការអនុវត្ត