1. **การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเรื่อง** การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์
2. **ชื่อเจ้าของผลงาน/หน่วยงาน** นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณ และคณะตึกเฟื่องฟ้า
3. **ความเป็นมา/เหตุผลของการพัฒนา/สาเหตุของปัญหา**

ตึกเฟื่องฟ้ารับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งพบว่ามีจำนวนมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งเกิดอาการถอนพิษสุราและอาการเพ้อสับสนจากการถอนพิษสุรารุนแรง (delirium tremens) ซึ่งระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ ถือเป็นระยะวิกฤตในการรักษาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ อาการมักเกิดขึ้นหลังจากหยุดสุราได้ 2-3 วัน และจะรุนแรงมากที่สุดในวันที่ 4-5 เกิดในผู้ที่ดื่มสุราหนักมา 5-15 ปี และมีความเจ็บป่วยทางร่างกายร่วม เช่น อุบัติเหตุ โรคตับ โรคติดเชื้อ ลักษณะอาการสำคัญ คืออาการ delirium โดยมักเริ่มเป็นตอนเย็นหรือกลางคืน ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ประสาทหลอนเห็นคนจะมาทำร้าย เห็นตำรวจจะมาจับ หรืออาจเห็นเป็นสัตว์ต่าง ๆ รู้สึกว่ามีอะไรมาไต่ตามตัว บางครั้งหูแว่ว เสียงคนพูด เสียงคนข่มขู่ มีท่าทางหวาดกลัว บางครั้งพูดฟังไม่เข้าใจ ร้องตะโกนหรือหลบซ่อนตัว อาการเป็นตลอดทั้งคืน ช่วงเช้าส่วนใหญ่อาการจะทุเลาลง ตอนบ่ายอาการปกติดี ซึ่งเป็นการแกว่งไกวของอาการ (fluctuation) ญาติมักจะคิดว่าหายดีแล้ว แต่พอตกเย็น ผู้ป่วยก็เริ่มกลับมามีอาการอีก

ความรุนแรงและระยะเวลาที่เป็นในแต่ละกลุ่มอาการแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละคน พบว่าร้อยละ 75-80 อาการเป็นน้อย ร้อยละ 15-20 มีอาการปานกลาง และมีเพียงร้อยละ 5-6 เท่านั้นที่อาการรุนแรงจนถึงขั้น delirium tremens ซึ่งโดยทั่วไปจะเกิดอาการหลังจากอยู่โรงพยาบาลได้ 3 วัน อาการ delirium นี้เป็นไม่นาน ส่วนใหญ่จะมีอาการมากอยู่ ประมาณ 3 วันแล้วค่อย ๆ ทุเลาลง รายที่มีอาการอยู่นานพบว่าเป็นจากปัจจัยเสริมจากภาวะความผิดปกติทางร่างกายอื่น ๆ ซึ่งผู้ที่เข้ามารับการรักษาอาจมีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ได้ในระดับเล็กน้อยจนถึง อาการเพ้อสับสน (delirium tremens) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ เช่นภาวะชัก การได้รับอุบัติเหตุ ภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ภาวะขาดสมดุลของน้ำและเกลือแร่ การเกิดแผลกดทับ หรืออันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้นการทำให้ผู้ป่วยพ้นระยะถอนพิษสุราเร็วที่สุด ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย เสียค่าใช้จ่ายน้อยลง ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการอยู่ในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ยาวนาน

4. **วัตถุประสงค์/เป้าหมายของการพัฒนา**

1.)เพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์

2.)เพื่อลดจำนวนวันผู้ป่วยในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยเร็วและปลอดภัย

5. **กระบวนการ/สรุปเนื้อหาของการพัฒนา**

1) มีการกำหนดเป้าหมายของทีมที่ทำงานอยู่

2) ร่วมประชุมปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์เคล็ดลับ แนวทางการแก้ปัญหาในหัวข้อ:

- การประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์

- การจัดการความรุนแรงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์
- การป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระยะถอนพิษแอลกอฮอล์
- การให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอาหารอย่างสม่ำเสมอ

3) ได้เกร็ดความรู้ที่ได้มาจากประสบการณ์การดูแลของบุคลากรแต่ละคน และนำมาวิเคราะห์ทำเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำลงสู่การปฏิบัติ มีระบบช่วยเหลือกัน ระบบพี่เลี้ยง

4) มีการปรับปรุงพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่นำมาใช้แล้วยังไม่ได้ผลดี

5)จัดทำแนวทางการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ดังนี้

1.การประเมินภาวะสุขภาพ และสภาพปัญหา โดยมีวิธีการประเมินดังนี้

1.1.การซักประวัติ : จากผู้ป่วยและญาติ โดยซักประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ชนิดของแอลกอฮอล์ ระยะเวลา ปริมาณและลักษณะการดื่ม เวลาและปริมาณการดื่มครั้งสุดท้าย อาการขาดแอลกอฮอล์ อาการชัก อุบัติเหตุ ประวัติโรคร่วมทางกายและโรคทางจิต ประวัติเสพยาเสพติดอื่นร่วม อาการสำคัญที่นำส่ง อาการปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา และประวัติครอบครัว เป็นต้น

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

1.3 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการรักษาของแพทย์ และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ เพื่อประเมินความผิดปกติ เช่น CBC ประเมินการติดเชื้อ ภาวะชัก ความผิดปกติของเกลือแร่ electrolyte ประเมินภาวะ Electrolyte Imbalance และ Liver Function Test เพื่อ ประเมินความผิดปกติของตับ ซึ่งมีผลต่อการเลือกใช้ยาที่เหมาะสม เป็นต้น

1.4.การประเมินสภาพจิต : ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ทุกราย ควรได้รับการประเมินสภาพจิต เนื่องจากอาการทางจิตเป็นอาการหนึ่งของภาวะเมาแอลกอฮอล์ ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ หรือ เป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตเภทร่วม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรังกลับดื่มซ้ำบ่อย

1.5.การประเมินด้านจิตสังคม มีดังนี้

1.5.1.การประเมินตัวผู้ป่วย เช่น วัยของผู้ป่วย บุคลิกภาพ ความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา ความรับผิดชอบต่อตนเองและครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม สิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต เช่น เชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและสามารถที่จะควบคุมสถานการณ์ได้ ทำให้ไม่ยอมหยุดแอลกอฮอล์

1.5.2.การประเมินครอบครัว เช่น ในครอบครัวผู้ป่วยมีบุคคลในครอบครัวดื่มแอลกอฮอล์ และมีความเชื่อว่า การดื่มแอลกอฮอล์เป็นเรื่องธรรมดา ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

1.5.3.การประเมินชุมชน เช่น มีความเชื่อว่าการดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบของวิถีชีวิตในงานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลองและงานประเพณีต่างๆในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ในหมู่บ้านจะต้องมีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยเสมอ และร้านขายแอลกอฮอล์ในหมู่บ้านมีหลายแห่ง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำได้ง่าย

2. ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย เช่น

- ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร
-ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง
-ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น
- Wernicke-Korsakoff Encephalopathy
- มีบาดแผลฉกรรจ์
- V/S N/S ผิดปกติ
- ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล เป็นต้น รายงานแพทย์เพื่อพิจารณารักษาหรือ refer โรงพยาบาลฝ่ายกาย

3. ประเมินปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ได้แก่

3.1อายุมากกว่า 30 ปี

3.2 ความรุนแรงของการติดแอลกอฮอล์การดื่มหนักมากกว่า10 แก้ว(ดื่มมาตรฐาน)หรือครึ่งขวดต่อวันและดื่มมานานมากกว่า 5 ปีมีโอกาสเกิดอาการ withdrawal สูง

3.3 ประวัติเคยมีอาการ delirium tremens หรือชักมาก่อน

3.4 การหยุดดื่มทั้งปริมาณที่ลดลงและวันสุดท้ายที่หยุดดื่ม(มักเกิดภายใน 6-48 ชั่วโมง)

3.5โรคทางกายอื่นที่พบร่วมเช่นโรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน ระบบหัวใจและหลอดเลือด

3.6 ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้ง/ นาที

4. เฝ้าระวังและประเมินการเกิดภาวะต่างๆ ดังนี้

4.1 ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์(Withdrawal)หลังหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่ม ตั้งแต่6–24 ชม. ซึ่งจะเป็นมากที่สุดใน24–48 ชม.และอาการดีขึ้นภายใน5–7 วัน

4.2 ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง (Delirium tremens) ซึ่งจะรุนแรงใน 2 – 3 วันหลังหยุดดื่มรุนแรงที่สุด 4 – 5 วัน และอาการดีขึ้นภายใน 10 วัน

4.3 อาการชัก (Rum fits) เกิดได้ภายใน 48 ชม. หลังหยุดดื่ม และอาจชักซ้ำได้อีกในช่วง 12 – 24 ชม.หลังชักครั้งแรก

5. ประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมิน CIWA – Ar score พร้อมทั้งให้การรักษาพยาบาลขึ้นกับสภาพอาการของผู้ป่วย โดยให้ยาตามอาการถอนพิษสุราหรือให้ยาเพิ่มตาม Symptom - Triggered Regimen ดังนี้

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

การเฝ้าระวังความเสี่ยงและติดตามความรุนแรงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ เช่น ลักษณะการอ่อนแรงของแขนขา Check V/S , N/S ถ้าพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติและมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย (ภาวะขาดน้ำในร่างกาย ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น Wernicke-Korsakoff Encephalopathy ให้รีบรายงานแพทย์ทันที

5.1. กรณีแพทย์ปรับการรักษา ให้การพยาบาล และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

5.2. กรณีแพทย์ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer) ให้ดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer) ณ สถานบริการที่ระบุไว้และให้ติดตามการวินิจฉัยโรคและผลการรักษา ลงบันทึกในใบบันทึกความก้าวหน้าและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชโดยทีมสหวิชาชีพและDischarge Note

สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังคือ การเกิดอุบัติเหตุ การสำลักอาหารและน้ำ การเสียน้ำจากการอาเจียนและถ่ายเหลว ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อในกรณีเกล็ดเลือดต่ำและภาวะแทรกซ้อนทางกายอื่นๆ

6. ให้การพยาบาลภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์และภาวะโรคร่วม

6.1 ด้านร่างกาย

6.1.1 วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง / ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทุก 1 สัปดาห์ จนกว่าอาการภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์และภาวะโรคร่วมดีขึ้น

6.1.2. จัดเจ้าหน้าที่เฝ้าดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่นสังเกตการหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

6.1.3. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เฝ้าระวังการเกิด Electrolyte imbalance

6.1.4. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น เลือดออกทางเดินอาหาร การติดเชื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ตับวายหรือหัวใจวายหรือ

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

6.1.6. ปรึกษาโภชนากรเพื่อจัดอาหารเฉพาะโรคและดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการการของร่างกายเช่นอาหาร high calorie , carbohydrate , high vitamins , low fat

6.1.7. ดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ จากการให้สารน้ำและฉีดยาทางหลอดเลือดดำ

6.1.8. ดูแลเรื่อง intake / output ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

6.1.9. เฝ้าระวังอุบัติเหตุหรืออันตราย ไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย บุคคลอื่น สิ่งของโดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15-30 นาที

6.1.10. ประเมินสภาพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เช่น อาการมึนงงสับสน ควบคุม ตนเองได้น้อย อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรง ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เสี่ยงต่อชีวิตพิจารณารายงานแพทย์ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม

6.1.11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยาตามแบบประเมิน ADR หากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พยาบาลให้ข้อมูลและช่วยเหลือเบื้องต้น หลังจากนั้นประสานงานกับเภสัชกรเพื่อประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม

6.1.12. ดูแลความสุขสบาย ถ้าผู้ป่วยมีอาการมึนงง สับสนให้ ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น. ดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน หากเปียก หรือชุ่มเหงื่อ หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเองเช่น แปรงฟัน อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

6.1.13. ดูแลการนอนพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และประเมินสังเกตแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ผู้ป่วยนอนหลับในช่วงเวลากลางวันโดยการส่งเสริมแนะนำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

6.2 ด้านจิตใจ

6.2.1.สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกกับข้องใจ

6.2.2.เรียกชื่อผู้ป่วยและบอกกล่าวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ควรแนะนำตัว บอกผู้ป่วยว่าเรากำลังจะทำอะไรให้ โดยใช้คำพูดสั้นๆ เข้าใจง่าย

6.2.3 กรณีที่ผู้ป่วยสับสน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคลซ้ำ ๆ

6.2.4 กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะงุนงง สับสน การทรงตัวไม่ดี ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ พิจารณาผูกยึดตามความเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ และ ป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดแก่ผู้ป่วย ผู้อื่น ทรัพย์สินและตรวจเยี่ยมเปลี่ยน Position ทุก 2 ชั่วโมง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผูกยึด

6.2.5 กรณีผู้ป่วยมีภาวะประสาทหลอน/หลงผิด ไม่ควรโต้แย้งกับผู้ป่วยและพยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ให้ความมั่นใจในความปลอดภัย

6.2.6 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้นเช่น แสง สีเสียงอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เนื่องจาก อาการทางจิตต่างๆช่วงนี้ มักมีความรุนแรงเวลากลางคืน

6. มีการนำหลักฐานทางวิชาการมาประกอบการพัฒนา

การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ในระบบสุภาพ (i-MAP Health) ที่พัฒนาโดยแผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ กรมสุขภาพจิต

7. ตัวชี้วัดของการพัฒนาพร้อมทั้งผลลัพธ์ที่ได้

ดำเนินการเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2555

ผู้ป่วยแอลกอฮอล์มารับบริการทั้งหมด 192 ราย แยกตามกลุ่มโรคได้ดังนี้

ลำดับ	โรค	จำนวน	ร้อยละ
1	ปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา Mental and behavioral disorders due to use of alcohol (F10)	104	54.16
2	ปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา(Mental and behavioral disorders due to use of alcohol) ร่วมกับโรคจิตเภท (Schizophrenia)	46	23.96
3	ปัญหาสุขภาพจิตจากสุรา(Mental and behavioral disorders due to use of alcohol) ร่วมกับโรคจิตอื่นๆ	42	21.88

พบผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงจำนวน 38 ราย

	ราย	ร้อยละ
อาการถอนพิษสุรารุนแรง 3 วัน	15	39.47
อาการถอนพิษสุรารุนแรง 2 วัน	14	36.84
อาการถอนพิษสุรารุนแรง 1 วัน	9	23.68

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
			ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.
1	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ได้รับการประเมินติดตามอาการถอนพิษแอลกอฮอล์	ร้อยละ80	100	100	100
2	ร้อยละของผู้ติดแอลกอฮอล์ได้รับการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกายและโรคร่วมทางกาย	ร้อยละ80	100	100	100
3	ร้อยละของผู้มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงนานเกิน 3 วัน (ของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ทั้งหมด)	น้อยกว่าร้อยละ 10	0	0	0
4	จำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้รับอุบัติเหตุความรุนแรงระดับ G,H	0 ราย	1	0	0

จากผลการพัฒนา

- บุคลากรมีการเรียนรู้ร่วมกัน มีความภาคภูมิใจที่ตนได้ใช้ศักยภาพของตนในการพัฒนาการดูแล ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและสามารถเข้าสู่ระยะฟื้นฟูได้เร็วขึ้น
- ได้กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะถอนพิษแอลกอฮอล์
- พยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะในเรื่องการประเมินและการจัดการภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การดูแลผู้ป่วยระยะถอนพิษแอลกอฮอล์
- ในการดูแลผู้ป่วยจะประเมินอาการถอนพิษด้วย CIWA ทุกราย ในรายที่แพทย์ไม่ได้ให้ยาตามคะแนน ประเมินติดตามอาการเพื่อรายงานแพทย์ปรับการรักษา

8. **แผนการพัฒนาต่อเนื่องถ้ามี**

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วม/ภาวะแทรกซ้อนทางกายร่วม
- พัฒนาสมรรถนะและเครื่องมือการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางกาย
- เปรียบเทียบประสิทธิผลการรักษาแบบ Fixed dose กับแบบ Symptom - Triggered Regimen

9. **ตัวแทนหน่วยงาน/ผู้ประสานงาน** นางศุภรัตน์ เวชสุวรรณ