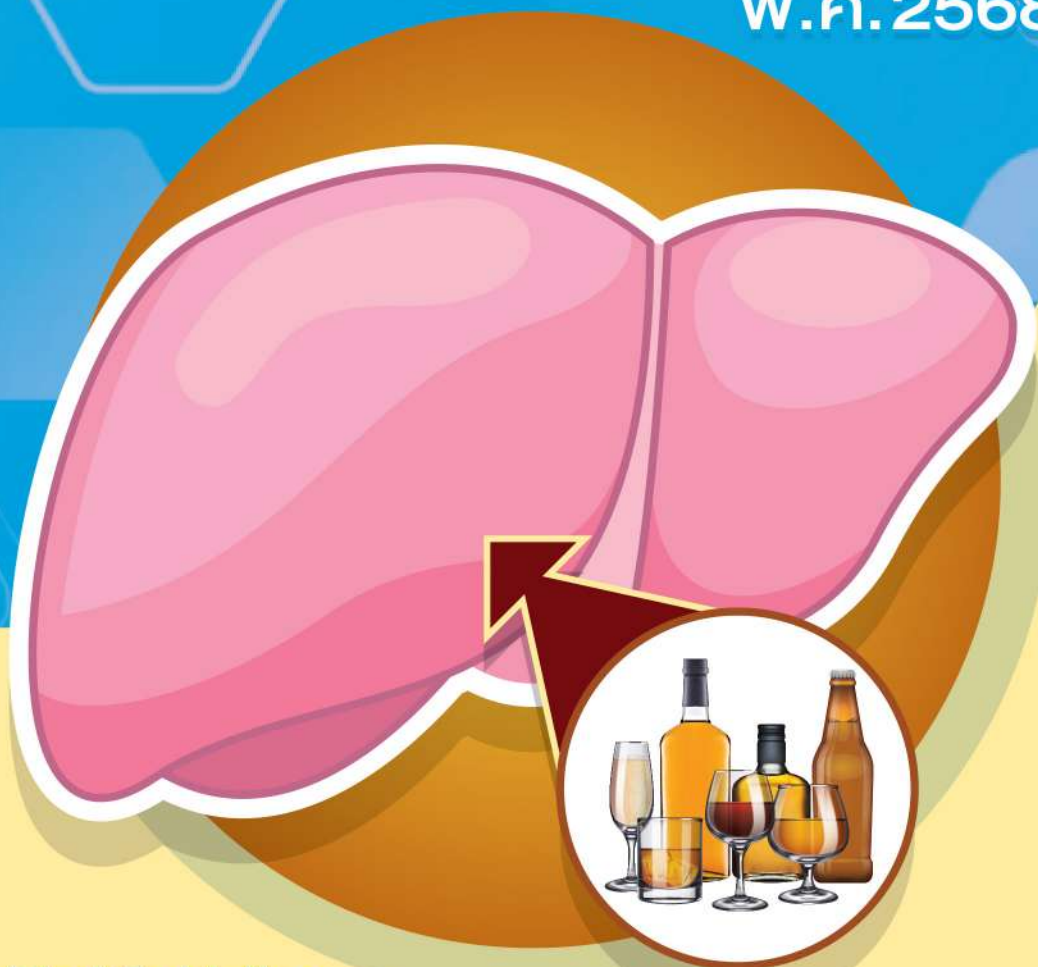


แนวทางเวชปฏิบัติ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับ

จากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

พ.ศ. 2568



**Thai Guideline
for The Management
of Alcohol-related
Liver Disease 2025**





แนวทางเวชปฏิบัติ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับ
จากแอลกอฮอล์
ในประเทศไทย พ.ศ.2568

Thai Guideline

for The Management
of Alcohol-related
Liver Disease 2025

สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

Thai Association for the Study of the Liver (THASL)



แนวทางเวชปฏิบัติ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์
ในประเทศไทย พ.ศ. 2568

Thai Guideline

for The Management of Alcohol-related Liver Disease 2025

พิมพ์ครั้งที่ 1 เดือนเมษายน ปี พ.ศ. 2568 จำนวน 2,000 เล่ม
ISBN : 978-616-91308-7-1

ผู้จัดทำพิมพ์เผยแพร่

สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย
เลขที่ 1575/1 ชั้น 4 อาคารชัยสรวง
ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงมักกะสัน เขตราชเทวี
กรุงเทพมหานคร 10400

ผู้สนับสนุนการจัดพิมพ์เผยแพร่

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

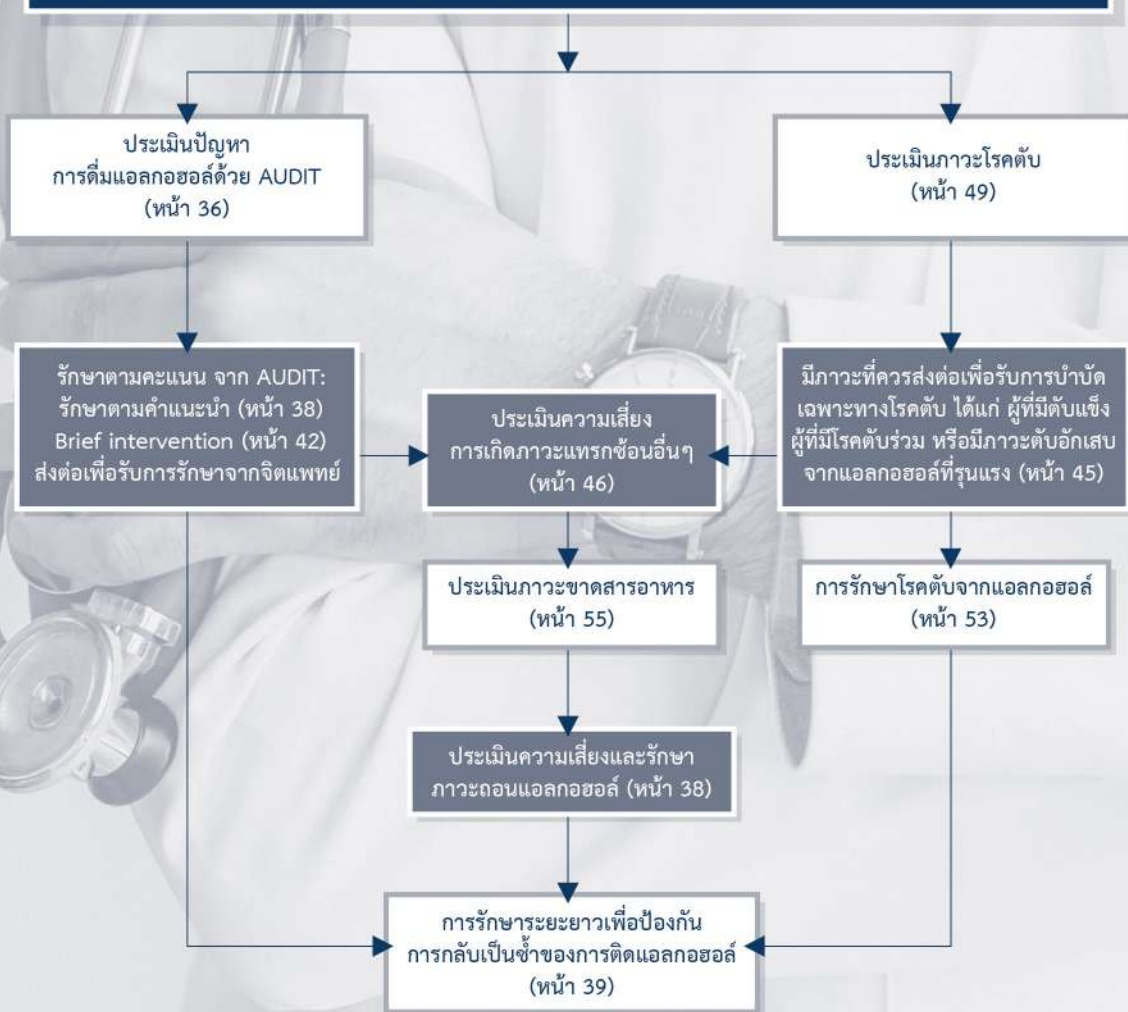
ออกแบบรูปเล่มและจัดพิมพ์

บริษัท ยัมยกใหญ่ จำกัด
เลขที่ 295/18 หมู่ 5 ต.บ้านฉาง อ.บ้านฉาง จ.ระยอง 21130

แผนผังการดูแลผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในเวชปฏิบัติ	1
สรุปคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในเวชปฏิบัติ	2
คำนำ	8
รายนามคณะกรรมการ	11
บทนำ	13
วัตถุประสงค์และแนวทางจัดทำ	14
นิยาม	18
โรคตับจากแอลกอฮอล์	21
ระบาดวิทยาและผลกระทบของแอลกอฮอล์และโรคตับจากแอลกอฮอล์	23
คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	28
การดื่มแอลกอฮอล์และการเกิดโรคตับ	30
นโยบายที่สนับสนุนการลดการดื่มแอลกอฮอล์	32
การคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์	34
การดูแลรักษาความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์	37
• การรักษาภาวะถอนแอลกอฮอล์	38
• การรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	39
• การส่งผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์เข้ารับการบำบัดเฉพาะทางโรคตับ	45
• ภาวะหรือโรคร่วมที่ควรประเมินในผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์	46
แนวทางการประเมินโรคตับ	49
แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์	53
• โภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์	55
• การรักษาผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ด้วยยา	58
• การปลูกถ่ายตับ	60
เอกสารอ้างอิง	62
ภาคผนวก	78
1. ข้อมูลเครื่องมือคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์	
2. Alcohol withdrawal scale: symptom trigger regimen	
3. การประเมินพลังงานและโปรตีนในอาหารไทย	
4. ข้อมูลหน่วยดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พบบ่อยในประเทศไทย	

แผนผังการดูแลผู้ป่วยโรคตับ จากแอลกอฮอล์ในเวชปฏิบัติ

คัดกรองเมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์และมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์
ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มประจำ ดื่มปริมาณมาก
มีปัญหาด้านสุขภาพหรือด้านจิต มีโรคตับอื่นๆ ร่วม)



สรุปคำแนะนำการดูแลผู้ป่วยโรคตับ จากแอลกอฮอล์ในเวชปฏิบัติ

การดื่มแอลกอฮอล์และการเกิดโรคตับ

คำถามที่ 1: ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์อย่างไรและปริมาณเท่าไรที่ส่งผลต่อสุขภาพของโรคตับ?

คำแนะนำที่ 1.1: การดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคตับรวมถึงมะเร็งตับ โดยการดื่มปริมาณที่มากขึ้นจะทำให้ความเสี่ยงมากขึ้นเป็นลำดับขั้น และไม่พบเกณฑ์ปริมาณที่ปลอดภัยอย่างชัดเจน

(เห็นด้วยอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับดี)

คำแนะนำที่ 1.2: รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความถี่มากขึ้น เช่น ดื่มทุกวัน หรือดื่มนอกมื้ออาหาร เพิ่มความเสี่ยงโรคตับจากแอลกอฮอล์เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มหรือหยุดดื่มแล้ว

(เห็นด้วยอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง)

คำถามที่ 2: มีปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยเสี่ยงร่วมอะไรบ้างที่ส่งผลต่อการเกิดโรคตับจากแอลกอฮอล์?

คำแนะนำที่ 2.1: ผู้หญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เท่ากับผู้ชายจะมีความเสี่ยงต่อโรคตับจากแอลกอฮอล์มากกว่า

(เห็นด้วยอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับดี)

คำแนะนำที่ 2.2: การสูบบุหรี่และโรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคตับจากแอลกอฮอล์

(เห็นด้วยอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับดี)

คำแนะนำที่ 2.3: การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังส่งผลให้โรคตับมีความรุนแรงมากขึ้น

(เห็นด้วยอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับดี)

นโยบายที่สนับสนุนการลดการดื่มแอลกอฮอล์

คำถามที่ 3: นโยบายหรือมาตรการอะไรบ้างที่ช่วยป้องกันและลดการดื่มแอลกอฮอล์ และปัญหาทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแอลกอฮอล์อย่างมีประสิทธิภาพ

คำแนะนำที่ 3.1: นโยบายในกรอบ SAFER ขององค์การอนามัยโลกเป็นนโยบายทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ และคุ้มทุนในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์และลดผลกระทบที่เกี่ยวข้อง

(แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง)

การคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์

คำถามที่ 4: การคัดกรองและให้การรักษาด้วยการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์และโรคตับจากแอลกอฮอล์

คำถามที่ 4.1: ผู้ใดควรได้รับการคัดกรอง?

คำแนะนำที่ 4.1: ผู้มารับบริการสุขภาพทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วัยรุ่นชาย หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุรา เช่น โรคตับ จิตเวช/ยาเสพติด

(แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับดี)

คำถามที่ 4.2: การคัดกรองควรทำที่ใด?

คำแนะนำที่ 4.2: หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือผู้ป่วยใน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก เช่น คลินิกโรคระบบทางเดินอาหารและตับ คลินิกจิตเวช

(แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง)

คำถามที่ 4.3: การคัดกรองสามารถทำได้วิธีใด?

คำแนะนำที่ 4.3: การคัดกรองสามารถทำได้ 2 วิธี วิธีแรกคือทำแบบ 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนแรกใช้การคัดกรองที่ง่าย เช่น single item question ที่ทาง NIAAA เป็นผู้เสนอ (คำถาม How many times in the past year have you had 5 (males) or 4 (females) or more drinks in a day?) หรือ AUDIT-C (ซึ่งคือ 3 คำถามแรกในชุด AUDIT) ก่อน และเมื่อพบความผิดปกติ ควรตามด้วยการประเมินที่ละเอียดขึ้นด้วย Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (10 คำถาม) หรือวิธีที่สอง ทำด้วย (AUDIT) (10 คำถาม) เลยหากมีเวลา ซึ่งทั้งสองวิธีสามารถให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองหรือมีคนช่วยถาม

(แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับดี)

การดูแลรักษาความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์

คำถามที่ 5: ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยวิธีการบำบัดแบบสั้นสำหรับการดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (hazardous or harmful) ใน non-specialist setting เป็นอย่างไร

คำแนะนำที่ 5.1: การรักษาด้วยวิธีการบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีแอลกอฮอล์แบบอันตรายสามารถทำได้ในระดับปฐมภูมิ (primary care setting) โดยบุคลากรสาธารณสุข สามารถลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้

(แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับดี)

การรักษาภาวะถอนแอลกอฮอล์

คำถามที่ 6: การรักษาใดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการรักษาภาวะถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) ในผู้ที่มีและไม่มีโรคตับจากแอลกอฮอล์ (in non-specialist settings)?

คำแนะนำที่ 6.1: การรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการรักษาภาวะถอนแอลกอฮอล์ คือการให้ยา Benzodiazepines
(**แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับดี**)

การรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ของการติดแอลกอฮอล์

คำถามที่ 7: การรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ของการติดแอลกอฮอล์ด้วยการใช้ยา (เช่น acamprosate, disulfiram, naltrexone และ baclofen) ในผู้ที่มีและไม่มีโรคตับจากแอลกอฮอล์นั้นสามารถทำได้หรือไม่? มีประสิทธิภาพอย่างไร? และมีข้อควรระวังอย่างไร?

คำแนะนำที่ 7.1: การรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการกลับดื่มซ้ำได้ แต่การพิจารณาใช้ยาเพื่อการรักษาขึ้นกับโรคประจำตัว และความสามารถในการเข้าถึงยาในแต่ละบริบท

(**แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับต่ำ สำหรับผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์**
หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง สำหรับผู้ที่ไม่ได้มีโรคตับ)

คำถามที่ 8: ในผู้ติดสุราและมีโรคตับจากแอลกอฮอล์นั้น การรักษาด้วยวิธีการทางจิตสังคมหรือ psychosocial intervention (เช่น twelve step facilitation therapy, cognitive behavioral therapy หรือ motivational enhancement therapy) มีบทบาทอย่างไร?

คำแนะนำที่ 8.1: การรักษาด้วยวิธีการทางจิตสังคมด้วยวิธีการต่างๆ มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ การเลือกวิธีการรักษาขึ้นกับระดับความรุนแรงของปัญหาและบริบทที่สามารถให้การบำบัดรักษาด้วยวิธีนั้นได้

(**แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับดี**)

การส่งผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์เข้ารับการบำบัดเฉพาะทางโรคตับ

คำถามที่ 9: เมื่อใดที่แพทย์ทั่วไปควรส่งผู้ป่วยที่ติดสุราเข้ารับการบำบัดเฉพาะทางโรคตับ (specialized liver treatment)?

คำแนะนำที่ 9.1: ผู้ที่มีตับแข็ง ผู้ที่มีโรคตับร่วม (เช่น โรคตับจากไวรัสตับอักเสบรวมกับแอลกอฮอล์) หรือมีภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่รุนแรง (severe alcoholic hepatitis) ควรได้รับการส่งต่อหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคตับ ส่วนผู้ที่มีภาวะไขมันคั่งตับจากแอลกอฮอล์ หรือมีค่าตับผิดปกติแต่ไม่มีตับแข็ง หรือภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป
(แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับต่ำมาก)

ภาวะหรือโรคร่วมที่ควรประเมินหรือคัดกรองในผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์

คำถามที่ 10: มีภาวะหรือโรคร่วมอะไรบ้างที่ควรประเมินหรือคัดกรองในผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์?

คำแนะนำที่ 10.1: ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำควรระมัดระวังในการใช้พาราเซตามอล เนื่องจากอาจมีโอกาสเกิดพิษต่อตับมากกว่าคนทั่วไป
(เห็นด้วยอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง)

แนวทางการประเมินโรคตับ

การประเมินความรุนแรงของภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์

คำถามที่ 11: การประเมินความรุนแรงของภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์สามารถทำได้อย่างไร? และแปลผลอย่างไร?

คำแนะนำที่ 11.1: ภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์รุนแรง (severe alcoholic hepatitis) สามารถวินิจฉัยโดยมีค่า Modified Maddrey discriminant function (mDF) ≥ 32 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง
(แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง)

การประเมินความรุนแรงของพยาธิสภาพของตับ (เช่น พังผืด หรือภาวะตับแข็ง) ในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์

คำถามที่ 12: การประเมินความรุนแรงของพยาธิสภาพของตับ (เช่น พังผืด หรือภาวะตับแข็ง) ในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์สามารถทำได้อย่างไร? และแปลผลอย่างไร?

คำแนะนำที่ 12.1: ผู้ที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังเข้าเกณฑ์ที่มีความเสี่ยง ควรได้รับการตรวจประเมินพยาธิสภาพของตับ (เช่น พังผืดตับหรือภาวะตับแข็ง) ด้วย AST, ALT และ platelet level เพื่อคำนวณ FIB-4 score และ/หรือการตรวจอัลตราซาวด์ตับ โดยทางเลือกอื่นในการประเมินพังผืดตับได้แก่วิธี transient elastography

(แนะนำให้ดูอย่างอื่น หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง)

คำแนะนำที่ 12.2: การแปลผล หาก FIB-4 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 3.25 หรือ transient elastography มีค่า liver stiffness ตั้งแต่ 12 kPa หรืออัลตราซาวด์พบตับแข็ง ควรได้รับการส่งตัวไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคตับ

(แนะนำให้ดูอย่างอื่น หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง)

โทษบำบัดสำหรับผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์

คำถามที่ 13: การให้โทษบำบัดสำหรับผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์มีความสำคัญอย่างไร?

คำแนะนำที่ 13.1: เนื่องจากในผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากแอลกอฮอล์พบอุบัติการณ์ของภาวะทุพโภชนาการได้บ่อย ดังนั้น แพทย์ควรประเมินสภาวะทางโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้

(แนะนำให้ดูอย่างอื่น หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง)

คำแนะนำที่ 13.2: ผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ควรได้รับการรักษาทางโภชนาการเนื่องจากมีประโยชน์ในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต

(แนะนำให้ดูอย่างอื่น หลักฐานคุณภาพระดับดี)

การรักษาผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ด้วยยากกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์

คำถามที่ 14: ผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์รายใดควรได้รับการรักษาด้วยยากกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์? และประโยชน์ที่ได้จากการรักษามีอะไรบ้าง?

คำแนะนำที่ 14.1: ผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่ได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยยากกลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ได้แก่

1. มีระดับบิลิรูบินในเลือด มากกว่า 4.7 มก./ดล. และ
2. มีการคำนวณค่า mDF ตั้งแต่ 32 ขึ้นไป และ
3. ไม่มีข้อห้ามในการให้ยากกลุ่มสเตียรอยด์ เช่น มีภาวะติดเชื้อ

(แนะนำให้ดูอย่างอื่น หลักฐานคุณภาพระดับดี)

คำถามที่ 15: การประเมินผลการรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์สามารถทำได้อย่างไร? และผู้ป่วยรายใดที่ควรหยุดการรักษา?

คำแนะนำที่ 15.1: ในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ควรได้รับการประเมินด้วย Lille model หลังได้รับการรักษาในวันที่ 7 และหากมีค่า Lille model ≥ 0.45 ควรยุติการรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์
(แนะนำอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับดี)

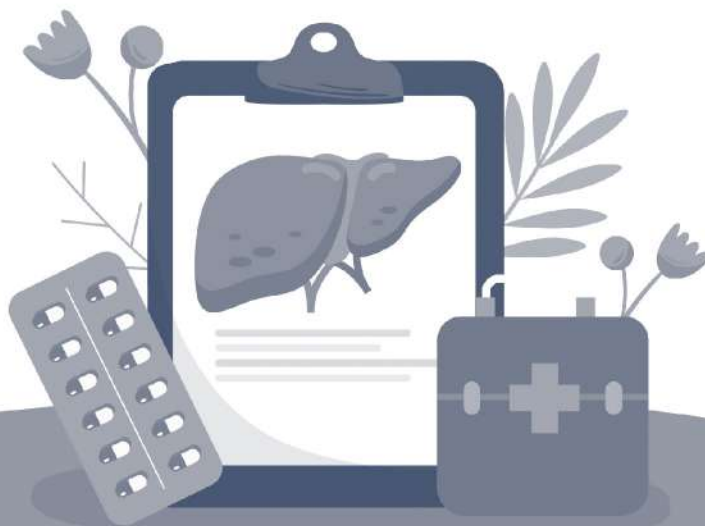
คำถามที่ 16: นอกจากการให้โภชนบำบัดและยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์แล้วมียาอื่นที่มีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์หรือไม่?

คำแนะนำที่ 16.1: นอกจากการให้โภชนบำบัดและยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยังไม่พบว่ามียาอื่นที่มีประโยชน์ในการลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์
(เห็นด้วยอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง)

การปลูกถ่ายตับ

คำถามที่ 17: ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์รายใดที่ควรได้รับการพิจารณาการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับ

คำแนะนำที่ 17.1: ในประเทศไทยผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่ควรส่งต่อเพื่อรับการพิจารณาการรักษาด้วยการปลูกถ่ายตับ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ที่ยังอยู่ในระยะ decompensated หลังหยุดดื่มสุรามากกว่า 6 เดือน
(เห็นด้วยอย่างยิ่ง หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง)



คำนำ

โรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยและทั่วโลก เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเป็นสาเหตุของการเกิดโรคตับอักเสบชนิดเรื้อรัง ตับแข็ง และมะเร็งตับร่วมกับสาเหตุอื่นที่พบบ่อยในประเทศไทย เช่น การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี นอกจากโรคตับแล้ว แอลกอฮอล์ยังเชื่อมโยงกับการเกิดกลุ่มโรคเรื้อรังของอวัยวะทั่วร่างกาย เช่น โรคทางระบบประสาท โรคหลอดเลือดและหัวใจ และโรคมะเร็ง นอกจากนี้ภาวะการติดแอลกอฮอล์ยังส่งผลกระทบต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ความรุนแรงในครอบครัว การบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการดื่ม รวมทั้งการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ผลกระทบเหล่านี้เชื่อมโยงทั้งทางตรงและทางอ้อมที่นำไปสู่ปัญหาทางเศรษฐกิจและทางสังคมในระดับชาติ โดยมีข้อมูลของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่แสดงให้เห็นว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ เนื่องจากคนไทยมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณสูงสุดห้าสิบอันดับแรกของทั่วโลกและอันดับสี่ของเอเชีย ในปัจจุบันข้อเสนอที่เป็นแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการติดแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะด้านโรคตับยังมีค่อนข้างน้อยมากทั้งในประเทศและนานาชาติ ทั้งนี้เนื่องจากโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์มีความซับซ้อนหลายมิติและจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของแพทย์สหสาขาในการพัฒนาปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาแบบองค์รวม

สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568 ขึ้นเพื่อเผยแพร่ให้ความรู้ความเข้าใจ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างสาขาวิชาต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมี รศ.นพ.มล.ทยา กิตติยากร เป็นประธานอนุกรรมการ ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาร่วมกัน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารและตับ แพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จิตแพทย์และนักวิชาการทางด้านสาธารณสุข ทั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติที่นอกจากจะมุ่งเน้นความถูกต้องของข้อมูลทางวิชาการทางการแพทย์ตามหลักการทบทวนรายงานการวิจัยที่มีคุณภาพแล้ว ยังมีการสอดแทรกเพิ่มเติมมุมมองในมิติอื่นๆ ให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยเฉพาะแนวนโยบายทางสาธารณสุขและสังคมศาสตร์เพื่อลดผลกระทบต่างๆ จากภาวะการติดแอลกอฮอล์และสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีส่วนช่วยผลักดันแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์จนประสบความสำเร็จ และหวังอย่างยิ่งว่าแนวทางเวชปฏิบัตินี้จะมีส่วนที่ช่วยแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ศ.ดร.อุว.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์

นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

(วาระ พ.ศ.2565-2566)

คำนำ

ตามที่ รศ.นพ.มล. ทยา กิตติยากร และคณะ ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568 (Thai guideline for the management of alcohol-related liver disease 2025) ดิฉัน ศ.พญ.อาภัสณี โสภณสฤษฎ์สุข ในฐานะนายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยในวาระ พ.ศ.2566-2567 รู้สึกยินดีและเป็นเกียรติที่ได้เป็นตัวแทนของสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยในการเขียน คำนำของแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568

เนื่องด้วยโรคตับจากแอลกอฮอล์และภาวะแทรกซ้อนอันเกิดเนื่องจากโรคตับจากแอลกอฮอล์เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบบ่อยในประเทศไทย ทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการรักษาภาวะแทรกซ้อนอันเกิดเนื่องจากโรคตับจากแอลกอฮอล์ในแต่ละปี ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่ดีที่เหมาะสม ที่ทางคณะผู้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ ที่ประกอบด้วยแพทย์จากสาขาต่างๆ ได้ร่วมกันจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568 นี้ขึ้นมา ทางสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568 จะเป็นประโยชน์กับการดูแลรักษาและป้องกันโรคตับจากแอลกอฮอล์ของบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ ในขณะเดียวกันพึงตระหนักว่าแนวทางเวชปฏิบัติฯ ไม่ใช่ระเบียบปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ ยังต้องพิจารณาบริบทของการรักษาในเวลานั้นๆ

ท้ายสุดนี้ทางสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.มล. ทยา กิตติยากร และคณะ ที่ได้ร่วมแรงร่วมใจกันจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568

ศ.พญ.อาภัสณี โสภณสฤษฎ์สุข

นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

(วาระ พ.ศ.2566-2567)

คำนำ

การบริโภคแอลกอฮอล์เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่ทำให้ผู้บริโภคจำนวนมากเกิดปัญหาด้านสุขภาพและด้านสังคม โรคตับเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างเรื้อรัง และเป็นภาวะที่รักษายากเนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน ซึ่งต้องการความร่วมมือจากแพทย์จากสหสาขาวิชาในการดูแลรักษา ผลจากการสำรวจโดยการส่งแบบสอบถามให้แพทย์ในหลายจังหวัดและหลายสาขาวิชา พบว่าแพทย์ทั่วไปมีความไม่มั่นใจระดับหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์และโรคติดแอลกอฮอล์ และอยากให้มีความเห็นแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสม

ข้าพเจ้าในฐานะประธานอนุกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568 ขอขอบพระคุณสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย และท่านนายกสมาคม ศ.ดร.นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์ และ ศ.พญ.อาภัสณี โสภณสฤงส์สุข อย่างยิ่งที่เห็นความสำคัญของการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ และได้สนับสนุนการจัดทำและเผยแพร่ความรู้เพื่อลดปัญหานี้ ทำให้มีแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568 ซึ่งเป็นแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ฉบับแรกของประเทศ

ในการเขียนแนวทางเวชปฏิบัตินี้ ทางสมาคมได้รับความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญในสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากสาขาวิชาอื่นมาร่วมเป็นคณะทำงาน ซึ่งรวมทั้งผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ด้านจิตเวช และด้านระบาดวิทยา ทำให้แนวทางเวชปฏิบัติมีความครบถ้วนและเหมาะสมสำหรับการลดปัญหาโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ข้าพเจ้าจึงขอขอบพระคุณคณาจารย์และแพทย์ในคณะทำงานเป็นอย่างยิ่ง รวมทั้ง ผศ.นพ.ศิษณุ ศิริมลพิพัฒน์ ที่ช่วยเรียบเรียงและทบทวนข้อมูลที่ได้มาจากคณะทำงาน นอกจากนั้น ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ รศ.พญ.ประพิมพ์พร ฉัตรานุกุลชัย และ พญ.เกศินี เรียรกานนท์ ที่ได้สละเวลาช่วยเขียนบทความและวาดภาพประกอบสำหรับแนวทางเวชปฏิบัตินี้ แม้จะไม่ได้อยู่ในคณะทำงานเขียนแนวทางปฏิบัติก็ตาม สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าขอขอบคุณศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ให้การสนับสนุนในการจัดพิมพ์และเผยแพร่แนวทางเวชปฏิบัตินี้

ข้าพเจ้าและคณะอนุกรรมการฯ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า แนวทางเวชปฏิบัตินี้จะมีประโยชน์ในการช่วยดูแลผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์สำหรับแพทย์ทั่วประเทศต่อไป

ศส.อุว.บส. กยา กิตติยาก

ประธานอนุกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา
ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568

รายนามคณะอนุกรรมการ จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568

สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

1. ศ.ดร.นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์
2. ศ.นพ.พูลชัย จรัสเจริญวิทยา
3. รศ.นพ.ม.ล. ทया กิตติยากร
4. ศ.ดร.นพ.สมบัติ ตริประเสริฐสุข
5. รศ.(พิเศษ)นพ.เฉลิมรัฐ บัญชรเทวกุล
6. รศ.พญ.อภิัญญา สิริพันธ์
7. ผศ.นพ.พงษ์ภพ อินทรประสงค์
8. รศ.พญ.ณัชชญา จำรูญกุล
9. พญ.พนิดา ทองอุทัยศรี

ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคตับ

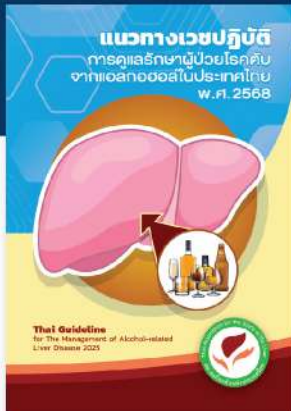
1. รศ.นพ.ศักรินทร์ จิรพงศธร
2. ผศ.นพ.ศิษฎ์ ศิริมลพิวัฒน์
3. รศ.พญ.พิมพ์ศิริ ศรีพงศ์พันธุ์
4. ผศ.นพ.กาจพงศ์ เตชธวัณนัท

ผู้เชี่ยวชาญจากสาขาอื่นๆ

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1. ศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ | (บริหารงานสาธารณสุข) |
| 2. รศ.ดร.นพ.พลเทพ วิจิตรคุณากร | (ระบาดวิทยาและเวชศาสตร์ป้องกัน) |
| 3. ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา | (จิตเวชศาสตร์) |
| 4. รศ.ดร.นพ.ชัยสิริ อังกระวรรณนท์ | (เวชศาสตร์ครอบครัว) |
| 5. รศ.ดร.พญ.กนกพร ภิญโญพรพาณิชย์ | (เวชศาสตร์ครอบครัว) |
| 6. ศ.ดร.พญ.สาวิตรี อัสณางค์กรชัย | (จิตเวชศาสตร์) |
| 7. พญ.นงนาถ จวนแจ้ง | (เวชศาสตร์ครอบครัว) |

หมายเหตุ: คณะอนุกรรมการทุกท่านได้ลงนามในเอกสารเพื่อแสดงว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest) ในการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัตินี้

รายนามคณะอนุกรรมการที่ปรึกษา และตรวจสอบเนื้อหาแนวทางเวชปฏิบัติการ ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ ในประเทศไทย พ.ศ.2568



1. ศ.พญ.อาภัสสณี ไสภณสฤกษ์สุว
2. ผศ.นพ.สุนทร ชลประเสริฐสุข
3. รศ.พญ.ศิวะพร ไชยบุญดี
4. ศ.นพ.ธีระ พิรัชวิสุทธิ์
5. ศ.นพ.ทวีศักดิ์ แทนวันดี
6. รศ.พญ.สุภัทศรี เศรษฐสินธุ์
7. รศ.พญ.วรนุช จงศรีสวัสดิ์
8. ผศ.พญ.ณัชชา ปิ่นเจริญ
9. รศ.นพ.กิตติยศ ภู่วรรณ
10. พล.ต.นพ.อนุชิต จูทะพุทธิ
11. ศ.เกียรติคุณ นพ.เต็มชัย ไชยบุญดี
12. ศ.เกียรติคุณ พญ.ชุตินา ประมูลสินทรัพย์
13. ศ.พญ.วโรชา มหาชัย
14. รศ.ดร.นพ.ยงยุทธ ศิริวัฒนอักษร
15. ศ.พญ.วัฒนา สุจิไพศาลเจริญ
16. รศ.นพ.ศตวรรษ ทองสวัสดิ์
17. พล.อ.ต.นพ.ชินวัตร สุทธิวนา

บทนำ

โรคตับจากแอลกอฮอล์เป็นโรคที่พบบ่อยทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย และเป็นหนึ่งในปัญหาหลักจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปัจจุบันการดูแลรักษาโรคตับจากแอลกอฮอล์ยังคงมีข้อจำกัดหลายด้าน ซึ่งรวมทั้งข้อจำกัดในส่วนของผู้ป่วย เช่น การไม่ตระหนักถึงปัญหา หรือการที่ผู้ป่วยมักมีภาวะติดแอลกอฮอล์ร่วมด้วย หรือมีปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ รวมถึงปัจจัยทางระบบสาธารณสุขที่ยังมีอุปสรรคในการเชื่อมโยงระหว่างแพทย์สหสาขา และอาจไม่ได้ให้ความสำคัญเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เนื่องจากคิดว่าเป็นโรคที่ผู้ป่วยก่อเอง จึงต้องแก้เอง ทำให้ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะท้ายของโรค ส่งผลให้พยากรณ์โรคของผู้ป่วยไม่ดี นอกจากนี้ในประเทศไทยยังมีความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีสูง ซึ่งหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะส่งผลให้พยาธิสภาพของตับรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นทางสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยจึงได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้ขึ้นมา เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งเพื่อช่วยในการประสานงานระหว่างแพทย์สหสาขาที่เกี่ยวข้องให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ได้อย่างเหมาะสม โดยคณะผู้จัดทำประกอบไปด้วย อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินอาหารและตับ จิตแพทย์ แพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์และนักวิชาการทางด้านสาธารณสุข ซึ่งทั้งหมดนั้นครอบคลุมทั้งนักวิชาการที่ปฏิบัติงานในโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลรัฐบาลในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด รวมทั้งสิ้น 19 ท่าน โดยคณะผู้จัดทำได้สืบค้นข้อมูลทางการแพทย์ในด้านต่างๆ และหาข้อสรุปร่วมกัน ทั้งนี้ได้ดำเนินการตามแนวทางการทบทวนรายงานการวิจัยคุณภาพหลักฐานและให้น้ำหนักคำแนะนำจากคู่มือของแพทย์สภา

อนึ่งในการดำเนินการของแนวทางเวชปฏิบัตินี้ นอกจากจะได้นำเสนอแนวทางดูแลผู้ป่วยในแง่ของอายุรศาสตร์ทั่วไปและเฉพาะทางโรคตับแล้ว ยังมีการกล่าวถึงแนวทางการดูแลในแง่ของแพทย์สาขาอื่นๆ ที่สำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ด้วย เช่น จิตแพทย์ แพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และนโยบายของภาครัฐ เนื่องจากผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์มีได้มีเพียงพยาธิสภาพของตับเพียงอย่างเดียว แต่ก็มีปัญหาจากการติดแอลกอฮอล์ร่วมด้วย ซึ่งการลดปัญหาโดยการตรวจพบปัญหาอย่างรวดเร็ว การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ด้วยนโยบายของรัฐและสังคม รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากเป็นประจำอย่างรอบด้าน จะช่วยลดปัญหาทางสาธารณสุขที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะเป็นโรคตับและนโยบายที่มีประโยชน์จึงมีความสำคัญ และได้รับการบรรจุไว้ในแนวทางการรักษาดูแลนี้ด้วย

ทั้งนี้แนวทางเวชปฏิบัตินี้ได้คำนึงถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากร และบริการทางการแพทย์ในประเทศไทย รวมทั้งข้อจำกัดการเข้าถึงแพทย์เฉพาะทาง ทางคณะผู้จัดทำจึงมุ่งเน้นให้แนวทางนี้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและอายุรแพทย์ทั่วไปเป็นหลักสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ นอกจากนั้นทางคณะผู้จัดทำตั้งใจให้แนวทางปฏิบัตินี้เป็นคู่มือที่ใช้ในสถานการณ์จริงได้ จึงได้มีการเพิ่มเติมคำแนะนำในการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าไปในแนวทางด้วย อย่างไรก็ตามคำแนะนำในแนวทางการรักษานี้เป็นคำแนะนำทางวิชาการมิได้เป็นข้อบังคับทางกฎหมายแต่อย่างใด และแม้ว่ากลุ่มผู้จัดทำได้พยายามจัดทำเวชปฏิบัตินี้ให้เหมาะสมกับบริบทการบริการทางสาธารณสุขประเทศไทยมากที่สุดแล้ว การนำเวชปฏิบัตินี้ไปใช้ยังอาจจะมีอุปสรรคอยู่บ้าง ยกตัวอย่างเช่น ยาที่แนะนำให้ใช้สำหรับการเลิกการติดแอลกอฮอล์ (หน้า 40) บางตัวยังไม่มีใช้ในประเทศไทย (ซึ่งอย่างไรก็ตามอาจจะมีการผลักดันให้มียาทั้งหมดนี้ใช้ในประเทศไทยในอนาคต) หรือปัญหาด้านความร่วมมือของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเองอาจจะไม่ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพของตนเองซึ่งเกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์และไม่ยอมเข้าไปพบจิตแพทย์ หรือปัญหาด้านทรัพยากรและระบบส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากจำนวนจิตแพทย์ในประเทศไทยมีจำนวนจำกัด จึงอาจส่งผลให้การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการบำบัดรักษาเฉพาะทางด้านจิตบำบัดเป็นไปได้ อย่างจำกัด รวมไปถึงเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้ป่วย เช่น AUDIT แม้จะมีความแม่นยำมากกว่าการซักถามทั่วไป หรือเครื่องมือประเมินชนิดอื่น แต่จำเป็นต้องใช้เวลาเพิ่มมากขึ้นซึ่งอาจจะเป็นการรบกวนสำหรับแพทย์ที่ต้องตรวจผู้ป่วยจำนวนมากในเวลาจำกัด ดังนั้นการที่จะนำแนวทางในเวชปฏิบัตินี้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างสมบูรณ์อาจจะต้องมีการจัดทรัพยากรด้านบุคลากร สถานที่และเวลาที่เพียงพอ

วัตถุประสงค์

1

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและอายุรแพทย์ทั่วไป ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในบริบทของประเทศไทย

2

เพื่อเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคตับจากแอลกอฮอล์ ทั้งด้านการรักษา และการเชื่อมโยงระหว่างสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องต่างๆ



ขั้นตอนการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์

1

รวบรวมผู้จัดทำ

2

สืบค้นหาหลักฐานเพื่อเขียนคำแนะนำตามคำถามทางคลินิกจากฐานข้อมูล PubMed, OVIDs, Web of Science และ Google Scholar ที่ตีพิมพ์จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2566 โดยคณะผู้จัดทำที่ได้รับมอบหมายใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูล ทบทวนคุณภาพงานวิจัยและคุณภาพหลักฐาน ตั้งแต่ 21 มิถุนายน พ.ศ.2566 ถึง 4 ตุลาคม พ.ศ.2566 โดยเลือกหลักฐานที่มีคุณภาพระดับดีที่สุดที่จะตอบคำถามที่ระบุได้แล้วนำมาเสนอคำแนะนำและหลักฐานต่อที่ประชุม

3

กรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ ให้ความเห็นชอบ / ไม่เห็นชอบ ในแต่ละคำแนะนำ โดยก่อนลงความเห็นมีการอภิปรายความเห็นในแต่ละคำแนะนำ หลังจากนั้นคณะผู้จัดทำลงความเห็นที่เป็นอิสระต่อกัน ซึ่งการให้น้ำหนักคำแนะนำในที่นี้ได้ปฏิบัติตามการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2561 กล่าวคือ

- ▶ เมื่อมีผู้ให้ความเห็นว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และ “เห็นด้วย” รวมกันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ถือว่ายอมรับคำแนะนำนั้น ทั้งนี้ถ้ามีความเห็นว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มากกว่าร้อยละ 80 จะลงความเห็นเป็น “แนะนำอย่างยิ่ง” แต่หากไม่ถึงร้อยละ 80 จะลงความเห็นเป็น “แนะนำแบบมีเงื่อนไข”
- ▶ เมื่อมีผู้ให้ความเห็นว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และ “เห็นด้วย” รวมกันน้อยกว่าร้อยละ 50 ลงความเห็นเป็น “ไม่ยอมรับ”
- ▶ เมื่อมีผู้ให้ความเห็นว่า “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และ “เห็นด้วย” รวมกันน้อยกว่าร้อยละ 80 แต่ยังมากกว่าร้อยละ 50 ทางคณะผู้จัดทำจะอภิปรายปรับคำแนะนำใหม่ และลงความเห็นอีกไม่เกิน 2 ครั้ง หากความเห็น “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” และ “เห็นด้วย” รวมกันยังไม่ถึงร้อยละ 80 แต่ยังมากกว่าร้อยละ 50 อีกจะลงความเห็นเป็น “ไม่แนะนำและไม่คัดค้าน”

4

ตรวจสอบแนวทางเวชปฏิบัติก่อนเผยแพร่ นำเสนอในราชวิทยาลัยและให้กรรมการบริหารสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทยพิจารณา รวมทั้งเผยแพร่บน website สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย เพื่อให้แพทย์ทั่วไปอ่านและให้ความเห็นก่อนนำไปใช้

แนวทางการให้น้ำหนักของหลักฐาน และคุณภาพหลักฐาน

น้ำหนักคำแนะนำ

“แนะนำอย่างยิ่ง (strongly recommend)”

คือ ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับสูง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ป่วยและคุ้มค่า (cost-effective) (ควรทำ) หรือความมั่นใจของคำแนะนำไม่ให้ทำอยู่ในระดับสูง เพราะมาตรการดังกล่าวอาจเกิดโทษหรือก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (ไม่ควรทำ)

น้ำหนักคำแนะนำ

“แนะนำแบบมีเงื่อนไข (conditional recommend)”

คือ ความมั่นใจของคำแนะนำให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวอาจมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจคุ้มค่าในภาวะจำเพาะ อาจไม่ทำได้ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และความเหมาะสม (น่าทำ) หรือความมั่นใจของคำแนะนำไม่ให้ทำอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมาตรการดังกล่าวไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและไม่คุ้มค่าหากไม่จำเป็น อาจทำได้ในกรณีที่มีความจำเป็น (ไม่น่าทำ)

น้ำหนักคำแนะนำ

“ไม่แนะนำและไม่คัดค้าน (neither recommend nor against)”

คือ ความมั่นใจยังกำกวมในการให้คำแนะนำ เนื่องจากมาตรการดังกล่าวยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้าน อาจมีหรืออาจไม่มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและอาจไม่คุ้มค่า แต่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการตัดสินใจกระทำขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ (อาจทำหรืออาจไม่ทำได้)

คุณภาพหลักฐาน (Quality of Evidence)

หลักฐานคุณภาพระดับดี (high quality)

หมายถึง การวิจัยเพิ่มเติมจะไม่เปลี่ยนน้ำหนักคุณภาพหลักฐาน เช่น หลักฐานที่ได้จากการทบทวนแบบมีระบบ (systematic review) หรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) ของการศึกษาแบบกลุ่มตัวอย่างควบคุม (randomized controlled clinical trials) ที่มีผลประจักษ์ถึงประโยชน์หรือโทษอย่างชัดเจน เป็นต้น

หลักฐานคุณภาพระดับปานกลาง (moderate quality)

หมายถึง การวิจัยเพิ่มเติมอาจจะเปลี่ยนแปลงน้ำหนักคุณภาพหลักฐาน เช่น หลักฐานที่ได้จาก

1. การทบทวนแบบมีระบบของการศึกษาควบคุม แต่ไม่ได้สุ่มตัวอย่าง (systematic of non-randomized controlled clinical trials) ที่มีผลประจักษ์ถึงประโยชน์หรือโทษอย่างชัดเจน
2. หลักฐานจากรายงานการศึกษาตามแผนติดตามเหตุไปหาผล (cohort) หรือการศึกษาวิเคราะห์ควบคุมกรณีย้อนหลัง (case control analytic studies) ที่ได้รับการออกแบบวิจัยเป็นอย่างดี ซึ่งมาจากสถาบันหรือกลุ่มวิจัยมากกว่าหนึ่งแห่ง/กลุ่ม และประชากรที่ศึกษามีพื้นฐานใกล้เคียงกับประชากรที่จะนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้

หลักฐานคุณภาพระดับต่ำ (low quality)

หมายถึง การวิจัยเพิ่มเติมน่าจะเปลี่ยนแปลงน้ำหนักคุณภาพหลักฐาน เช่น หลักฐานที่ได้จาก

1. การศึกษาพรรณนา (descriptive studies) พื้นฐานของประชากรที่ศึกษาใกล้เคียงกับประชากรที่จะนำแนวทางเวชปฏิบัติไปใช้
2. การศึกษาควบคุมที่มีคุณภาพพอใช้ (fair-designed, controlled clinical trial)

หลักฐานคุณภาพระดับต่ำมาก (very low quality)

หมายถึง ความไม่แน่ใจในคุณภาพหลักฐาน เช่น หลักฐานที่ได้จาก

1. รายงานของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ ประกอบกับความเห็นพ้องหรือฉันทามติ (consensus) ของคณะผู้เชี่ยวชาญบนพื้นฐานประสบการณ์ทางคลินิก
2. การศึกษาควบคุมที่มีคุณภาพไม่ดี (poor-designed, controlled clinical trial)

นิยาม

ความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ หรือ Alcohol use disorder

ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use) ส่วนมากไม่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ มีเพียงจำนวนหนึ่งที่ดื่มมากจนมีปัญหาหรือมีความเสี่ยง ซึ่งผู้ที่ดื่มในระดับที่มีปัญหาหรือมีความเสี่ยงจะเรียกว่ากลุ่มที่มีความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์หรือ alcohol use disorder (AUD) หรือติดแอลกอฮอล์ (alcohol dependence) ผู้ที่มีความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์นั้นมักมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเกือบทุกวันติดต่อกันเป็นระยะเวลานานและดื่มในปริมาณมาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้บางรายอาจมีอาการอื่นที่บ่งชี้ว่ามีภาวะเสพติดร่วมด้วย ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการดื่ม (impaired control) การดื่มแอลกอฮอล์ในสถานการณ์ที่เกิดอันตรายต่อร่างกาย (risky use) มีอาการที่บ่งถึงการติดต่อฤทธิ์แอลกอฮอล์หรือมีอาการถอนแอลกอฮอล์ (physical dependence) และเกิดปัญหาหรือผลกระทบตามมา (functional impairment)

ความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์มีเกณฑ์การวินิจฉัย ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 โดยสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)¹

ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์ที่นำไปสู่ความผิดปกติทางคลินิก หรือก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน โดยมีอาการหรืออาการแสดงอย่างน้อย 2 อาการดังต่อไปนี้ เกิดขึ้นภายในระยะเวลา 12 เดือน

1. ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณหรือระยะเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ
2. มีความตั้งใจที่จะหยุดหรือควบคุมการดื่มแต่ไม่สำเร็จ
3. ใช้เวลากับกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการได้มาซึ่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการพักผ่อนให้หายจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์
4. มีความอยากหรือความต้องการอย่างมากที่จะดื่มแอลกอฮอล์
5. ดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำๆ จนเกิดความบกพร่องต่อการทำงาน การเรียน หรือปัญหาครอบครัว
6. ดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะเกิดปัญหาทางด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือทางสังคม
7. มีการลดลงหรือบกพร่องของกิจกรรมสำคัญทางสังคม การงาน หรือกิจกรรมการพักผ่อนเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์

8. ตื่นแอลกอฮอล์ซ้ำๆ ในสถานการณ์ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อร่างกาย
9. ตื่นแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องแม้ว่าจะเกิดปัญหาต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต
10. มีอาการต่อต้านฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ (tolerance) โดยมีอาการต่อไปนี้โดยอย่างน้อยหนึ่ง:
 - เพิ่มปริมาณการดื่มเพื่อให้เกิดความมึนเมา หรือผลที่ต้องการ หรือผลของแอลกอฮอล์ลดลงอย่างมากแม้จะดื่มอย่างต่อเนื่องในปริมาณเท่าเดิม
11. มีอาการถอนแอลกอฮอล์ (withdrawal) โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้: มีอาการซึ่งมีลักษณะเฉพาะของการถอนแอลกอฮอล์ หรือดื่มแอลกอฮอล์หรือยาที่มีฤทธิ์ใกล้เคียงกับแอลกอฮอล์ เช่น ยา benzodiazepine เพื่อให้อาการถอนแอลกอฮอล์น้อยลง

ความรุนแรงของอาการ

ระดับน้อย	มีอาการ 2 – 3 อาการ
ระดับปานกลาง	มีอาการ 4 – 5 อาการ
ระดับรุนแรง	มี 6 อาการหรือมากกว่า

เกณฑ์การวินิจฉัยการติดแอลกอฮอล์ตามเกณฑ์ ICD-11
(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)² โดยองค์การอนามัยโลก

เกณฑ์การวินิจฉัยการติดสารเสพติด

มีอาการดังต่อไปนี้มากกว่าหรือเท่ากับ 2 อาการ (จากจำนวน 3 อาการ)

1. เสียความสามารถในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ หรืออาจมีความต้องการอย่างมากในการดื่มแอลกอฮอล์
2. การดื่มแอลกอฮอล์เป็นกิจกรรมสำคัญในลำดับต้น จนมีผลกระทบต่อกิจกรรมหรือหน้าที่ที่ความรับผิดชอบ
3. มีลักษณะทางสรีรวิทยาของการติดแอลกอฮอล์ เช่น การต่อต้านฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ หรือมีอาการถอนแอลกอฮอล์หลังการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มแอลกอฮอล์ หรือต้องใช้สารอื่นเพื่อออกฤทธิ์คล้ายกันเพื่อป้องกันหรือบรรเทาอาการถอนแอลกอฮอล์

อาการแสดงให้เห็นในช่วงเวลาอย่างน้อย 12 เดือน

หากมีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง (ทุกวันหรือเกือบทุกวัน)
อย่างน้อย 1 เดือน ก็สามารถให้การวินิจฉัยได้

หน่วยดื่มมาตรฐาน หรือ Standard drink

เพื่อความสะดวกในการสื่อสารเรื่องปริมาณแอลกอฮอล์ นักวิชาการด้านการรณรงค์ลดการดื่มแอลกอฮอล์ได้กำหนดนิยาม “หนึ่งหน่วยดื่มมาตรฐาน” หรือ “1 standard drink” เพื่อให้การสื่อสารปริมาณแอลกอฮอล์ในเครื่องดื่มแต่ละประเภทระหว่างแพทย์และประชาชนเข้าใจง่ายขึ้น อย่างไรก็ตามแต่ละประเทศได้นิยามปริมาณกรัมของแอลกอฮอล์ต่อ 1 หน่วยดื่มมาตรฐานไม่เท่ากัน โดยกำหนดปริมาณระหว่าง 8-14 กรัมของแอลกอฮอล์ต่อ 1 หน่วยดื่มมาตรฐาน สำหรับประเทศไทยได้มีกำหนด 1 หน่วยดื่มมาตรฐานเทียบเท่ากับแอลกอฮอล์ปริมาณ 10 กรัม³ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในโลก (ข้อมูลหน่วยดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พบบ่อยในประเทศไทยแสดงในภาคผนวก)

คำเรียก โรคตับจากแอลกอฮอล์

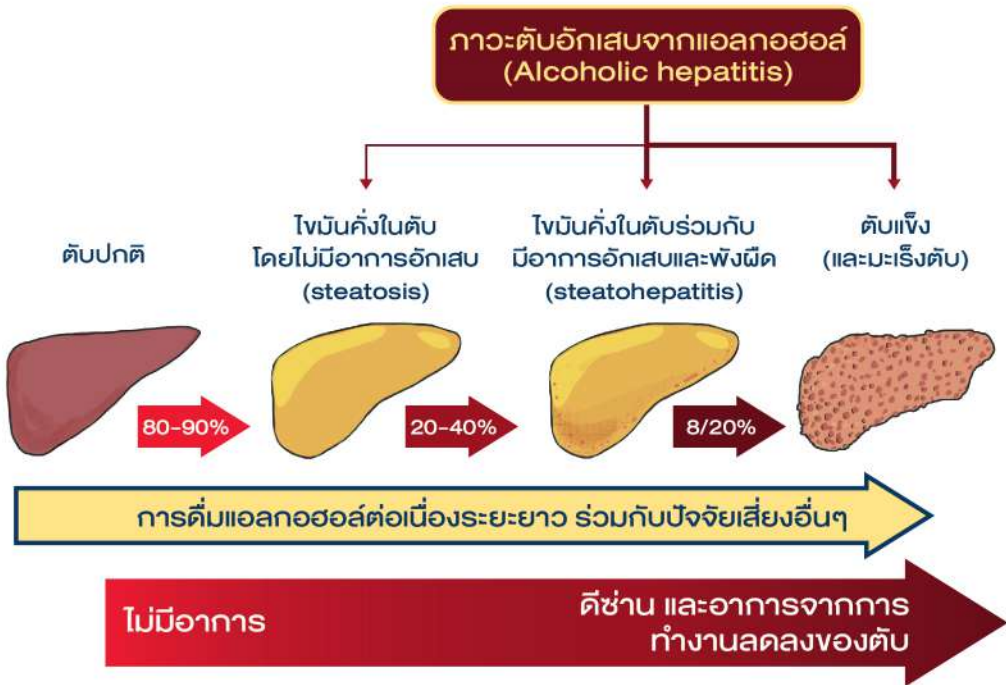
ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ประเทศทางฝั่งตะวันตกได้เปลี่ยนการเรียกโรคตับจากแอลกอฮอล์ จาก alcoholic liver disease เป็น alcohol-related liver disease^{4,5} เนื่องจากคำว่า alcoholic เป็นคำที่ใช้กล่าวถึงผู้ที่ติดแอลกอฮอล์ในด้านไม่ดีในสังคม (เทียบเท่ากับเรียกว่า “ซีเมา” หรือ “ซีเหล้า”) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ยอมมาพบแพทย์และได้รับคำวินิจฉัยนี้ อย่างไรก็ตามทางสมาคมแพทย์ในต่างประเทศนั้นยังคงคำว่า alcoholic hepatitis ไว้เนื่องจากว่าเป็นคำเฉพาะทางการแพทย์และหากเปลี่ยนอาจจะทำให้เกิดความสับสนได้ สำหรับในประเทศไทยคำว่า “โรคตับจากแอลกอฮอล์” ไม่ได้จัดเป็นคำตำหนิเช่นเดียวกับคำว่า alcoholic ทางคณะกรรมการจัดทำแนวทางฯ จึงลงมติและตัดสินใจคงใช้คำเดิมว่า “โรคตับจากแอลกอฮอล์” สำหรับการเรียกโรค alcohol-related liver disease เพื่อมิให้เกิดความสับสนและเพื่อความสะดวกในการสื่อสาร

โรคตับจากแอลกอฮอล์

การดำเนินโรค

โรคตับจากแอลกอฮอล์ คือโรคตับที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังจนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิวิทยาตับ โดยเริ่มต้นจากภาวะไขมันสะสมภายในตับ (alcoholic steatosis) ซึ่งสามารถเกิดขึ้นในช่วงเวลาไม่กี่สัปดาห์ภายหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง⁶ โดยทางพยาธิวิทยาจะพบไขมันสะสมในเซลล์ตับแบบ macrovesicular steatosis ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการทางคลินิก บางรายมีเพียงอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน การตรวจร่างกายอาจพบตับโตกดเจ็บเล็กน้อย⁷ โดยลักษณะดังกล่าวสามารถดีขึ้นและหายไปอย่างรวดเร็วภายหลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์^{8,9} แต่หากยังมีการดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยจะเกิดภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์หรือ alcoholic hepatitis¹⁰ ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มนี้การตรวจทางพยาธิวิทยาจะพบภาวะตับอักเสบร่วมกับพังผืดสะสมในตับระยะรุนแรงหรือตับแข็งได้ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีพยาโรสภาพของตับและอาการทางคลินิกดีขึ้นภายในเวลาไม่กี่สัปดาห์หลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ในรายที่ยังตรวจพบติชานหรือมีผลเลือดการทำงานของตับที่เสื่อมลงหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์มักมีการดำเนินโรคที่แย่งซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น ในผู้ป่วยที่ยังดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องอาจมีการดำเนินโรคเข้าสู่ภาวะตับแข็งจากแอลกอฮอล์หรือ alcoholic cirrhosis ซึ่งในรายที่มีการทำงานของตับที่เสื่อมลงอย่างมาก อาจเกิดลักษณะทางคลินิกของภาวะตับวาย เช่น ติชาน ท้องมาน เลือดออกในทางเดินอาหาร อาการทางสมองเหตุจากตับ (hepatic encephalopathy) หรือมะเร็งตับ เป็นต้น (รูปที่ 1) อย่างไรก็ตามลักษณะทางคลินิกดังกล่าวอาจดีขึ้นหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์ โดยหากผู้ป่วยมีโรคตับจากสาเหตุอื่นร่วมด้วย เช่น ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือซี หรือมีภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้การดำเนินโรคตับเร็วขึ้น ทำให้เกิดตับแข็งในอายุน้อยลง และเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งตับเพิ่มขึ้น

การวินิจฉัยโรคตับจากแอลกอฮอล์ ต้องอาศัยประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน ซึ่งบางครั้งต้องอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด ร่วมกับการตรวจพบไขมันสะสมในตับด้วยการตรวจภาพรังสีของตับ หรือร่วมกับมีผลเลือดแสดงการทำงานของตับผิดปกติ โดยมีกัมมะระดับ aspartate aminotransferase (AST) ในซีรัมสูงกว่า alanine aminotransferase (ALT) และอาจพบระดับ gamma-glutamyl transpeptidase ในซีรัมสูงกว่าปกติ รวมทั้งการตรวจสปีคันเพิ่มเติมเพื่อวินิจฉัยแยกโรคอื่นที่อาจทำให้เกิดไขมันสะสม



รูปที่ 1 การดำเนินโรคของโรคตับจากแอลกอฮอล์

ภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ (Alcoholic hepatitis)

ภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์เป็นภาวะตับอักเสบเฉียบพลันที่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูง^{5, 11} โดยการวินิจฉัยภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์นั้นควรใช้อาการทางคลินิกของผู้ป่วยซึ่งประกอบไปด้วยอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นไม่นานหรือรุนแรงขึ้น (recent/worsening jaundice) ในผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง และมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ก่อนเกิดอาการ^{4, 5, 11} อาการอื่นที่มักพบร่วมได้แก่ ไข้ น้ำหนักลด ภาวะทุพโภชนาการ หรือภาวะ systemic inflammatory response syndrome (SIRS) ร่วมกันสามารถตรวจพบอาการหรืออาการแสดงของโรคตับแข็งและความดันพอร์ทัลสูง (portal hypertension) ได้ โดยทั่วไปเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะนี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม^{4, 12} ได้แก่

1. Definite alcoholic hepatitis ได้แก่ มีอาการทางคลินิกซึ่งประกอบไปด้วย
 - 1.1 มีอาการดีซ่านในระยะเวลา 8 สัปดาห์ และ
 - 1.2 มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากกว่า 40 ก./วัน (ผู้หญิง) หรือ 60 ก./วัน (ผู้ชาย) เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และหยุดดื่มมาไม่เกิน 60 วันก่อนเกิดอาการ และ
 - 1.3 ระดับ AST > 50 IU/L และ AST/ALT > 1.5 และทั้ง AST และ ALT < 400 IU/L และ
 - 1.4 ระดับบิลิรูบิน > 3 มก./ดล. ร่วมกับมีผลตรวจทางพยาธิวิทยายืนยัน

2. Probable alcoholic hepatitis ได้แก่ มีอาการทางคลินิกข้างต้น (โดยไม่จำเป็นต้องมีผลตรวจทางพยาธิวิทยา) และไม่มีปัจจัยกวนอื่น (confounding factors) ดังแสดงในข้อความด้านล่าง
3. Possible alcoholic hepatitis ได้แก่ มีอาการทางคลินิกร่วมกับพบปัจจัยกวนอื่น ได้แก่ อาจจะเป็นตับอักเสบจากการขาดเลือด (ischemic hepatitis) หรือการบาดเจ็บของตับจากยา (drug-induced liver injury, DILI) หรือมีข้อมูลการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ชัดเจน หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่เหมือนภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ (เช่น $AST < 50 \text{ IU/L}$ หรือ $> 400 \text{ IU/L}$, $AST/ALT \text{ ratio} < 1.5$ หรือตรวจพบ antinuclear antibody $> 1:160$ หรือ anti-smooth muscle antibody $> 1:80$) โดยในกลุ่มนี้การวินิจฉัยควรมีผลการตรวจทางพยาธิวิทยายืนยันภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์

การเจาะตรวจชิ้นเนื้อตับ (liver biopsy) เพื่อตรวจทางพยาธิวิทยามีประโยชน์ในการช่วยยืนยันการวินิจฉัยภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ โดยพบว่าร้อยละ 10-20 ของผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกเข้าได้กับภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ เมื่อได้รับการตรวจทางพยาธิวิทยาพบว่า เป็นโรคอื่น¹² โดยลักษณะความผิดปกติทางพยาธิวิทยาของภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ประกอบไปด้วย macro-vesicular steatosis ร่วมกับอย่างน้อยลักษณะใดลักษณะหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ neutrophil infiltration, hepatocyte injury (ballooning) และ Mallory-Denk bodies^{4, 5, 11} ลักษณะความผิดปกติอื่นที่อาจพบร่วม ได้แก่ megamitochondria, cholestasis (bilirubinostasis) และ fibrosis ลักษณะ “chicken-wire”

ระบาดวิทยาและผลกระทบของแอลกอฮอล์ และโรคตับจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

อ้างอิงจากข้อมูลวิชาการล่าสุดในปี พ.ศ.2563 จาก Global Burden of Disease (GBD) Risk Factor Collaborators¹³ พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงลำดับที่ 7 ของการสูญเสียปีสุขภาวะ (attributable “Disability-Adjusted Life Years หรือ DALYs”) โดยเป็นลำดับที่สูงขึ้นจากลำดับที่ 8 และ 14 ในปี พ.ศ.2550 และ 2533 ตามลำดับ สำหรับข้อมูลประเทศไทยอ้างอิงจากรายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทยปี พ.ศ.2557 พบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิต และภาระโรคสูงเป็นอันดับที่ 1 ในเพศชายและอันดับ 2 ในประชากรรวมรองจากการสูบบุหรี่ โดยสัดส่วนของการสูญเสียส่วนใหญ่มาจากความผิดปกติทางจิตและโรคมะเร็ง¹⁴ โดยเมื่อพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงปี พ.ศ.2558-2562¹⁵ พบว่าโรคที่สัมพันธ์มากที่สุดตามลำดับ ได้แก่ โรคตับจากแอลกอฮอล์ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ

*การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years, DALYs) โดยเป็นผลรวมของ YLDs (Years Lost due to Disability) หมายถึงปีสุขภาวะที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ หรือเรียกง่าย ๆ ว่าป่วยหรือพิการ และ YLLs (Years of Life Lost due to premature mortality) หมายถึง ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นการวัดภาระโรค (burden of disease) ที่เป็นมาตรฐานและนิยามมากที่สุด

โดยทั่วไปผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางสุขภาพแบบเฉียบพลัน¹⁶ เช่น อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ ผลกระทบทางสุขภาพแบบเรื้อรัง เช่น ภาวะโรคต่างๆ กว่า 300 โรค^{17, 18} ผลกระทบทางสังคมแบบเฉียบพลันและผลกระทบทางสังคมแบบเรื้อรัง โดยสามารถอธิบายผ่านสามกลไกที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ ความเป็นพิษของแอลกอฮอล์จากสารเมทิลแอลกอฮอล์ การก่อให้เกิดความมึนเมาจากฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง และฤทธิ์เสพติดของแอลกอฮอล์ทำให้เกิดภาวะถอนคล้าย ขาดการยับยั้งชั่งใจ จนเกิดภาวะติดต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ หรืออาการถอนแอลกอฮอล์จนทำให้ไม่สามารถหยุดดื่มได้ (รูปที่ 2) นอกจากนี้งานวิจัยที่วิเคราะห์ภาระทางเศรษฐกิจในด้านต่างๆ ของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในหลายประเทศพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เกิดภาระการเงินเทียบเท่ากับประมาณร้อยละ 1-2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (gross domestic product, GDP)¹⁹



รูปที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่าน 3 กลไก¹⁶

ผลกระทบของโรคตับจากแอลกอฮอล์

ในประเทศที่มีระดับความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แอลกอฮอล์มักเป็นสาเหตุหลักของการเกิดและการเสียชีวิตจากโรคตับแข็ง โดยเฉพาะในประเทศฝั่งตะวันตกที่ประชากรมีรายได้ต่อหัวสูงและมีกำลังในการซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โรคตับจากแอลกอฮอล์จึงจัดเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเกิดโรคตับแข็ง^{20, 21}

แม้การรายงานทางระบาดวิทยาของโรคตับจากแอลกอฮอล์อาจจะน้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากผู้ป่วยอาจจะแจ้งปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าความเป็นจริง รวมถึงแพทย์อาจจะไม่ได้ถามประวัติอย่างละเอียด แต่ข้อมูลจากงานวิจัยในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยโรคตับแข็งทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระบบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประมาณร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ (เท่ากับประมาณ 4,000 คนต่อปี) ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีและซีประมาณ 7-8 เท่า และถึงแม้อัตราการเสียชีวิตจะไม่แตกต่างจากผู้ป่วยตับแข็งจากสาเหตุอื่น แต่ด้วยจำนวนผู้ป่วยที่มากกว่าจึงทำให้ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลในระบบสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ.2556 มากกว่า 165 ล้านบาทต่อปี ซึ่งมากกว่าจำนวนเงินที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคตับแข็งจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในช่วงเดียวกัน (น้อยกว่า 33 ล้านบาท) ทั้งนี้ยังไม่รวมผู้ป่วยโรคตับอีกครั้งหนึ่งในงานวิจัยที่ไม่ได้ระบุสาเหตุของตับแข็งซึ่งอาจจะมียาโรคตับจากแอลกอฮอล์อยู่ในกลุ่มนั้นด้วย²²

นอกจากนั้นโรคตับจากแอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุของมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ (hepatocellular carcinoma) โดยแต่ละพื้นที่มีสัดส่วนที่แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหลักของมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิแตกต่างกัน เช่น ในแถบยุโรปตอนกลางหรือยุโรปด้านตะวันออก สาเหตุอันดับแรกของการเกิดมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ แอลกอฮอล์²³ โดยเป็นเหตุถึงร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยมะเร็งตับทั้งหมด และองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าแอลกอฮอล์มีส่วนในการทำให้เกิดการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิทั่วโลกประมาณ 84,000 คนต่อปี²⁴

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยพบว่า แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งตับประมาณร้อยละ 17-38²⁵⁻³⁰ โดยงานวิจัยแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าที่รวบรวมผู้ป่วยมะเร็งตับชนิดปฐมภูมิจากจังหวัดสงขลาและขอนแก่นพบว่าร้อยละ 24 ของผู้ป่วยมะเร็งตับนั้นมียาสาเหตุจากแอลกอฮอล์^{26, 27} อย่างไรก็ตามข้อมูลทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลจากโรงเรียนแพทย์ซึ่งผู้ป่วยอาจจะได้รับการคัดเลือกระดับหนึ่งก่อนเข้ารับการรักษา เนื่องจากโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะที่สามารถรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หรือให้ยาเคมีบำบัดผ่านหลอดเลือดแดงเข้าไปสู่ตับในบริเวณที่มีก้อนมะเร็งโดยตรง (transarterial chemoembolization, TACE) อาจจะเป็นกลุ่มที่มีผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์น้อยกว่าสาเหตุอื่น เพราะผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์มักมาพบแพทย์น้อยกว่าและช้ากว่าผู้ป่วยโรคตับจากสาเหตุอื่น³¹ ดังนั้นเมื่อเกิดโรคมะเร็งจึงมักอยู่ในระยะที่สามารถรักษาได้น้อยกว่าโรคตับจากสาเหตุอื่น²⁹

ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์และโรคตับจากแอลกอฮอล์

โรคตับจากแอลกอฮอล์เป็นปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากในระยะยาว ดังนั้นผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์มักจะมีสองปัญหาร่วมกัน ได้แก่ โรคตับจากแอลกอฮอล์และความผิดปกติจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาทั้งสองโรคเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดี โดยผลการศึกษาพบว่าการส่งต่อและรักษาทั้งสองโรคร่วมกันนั้นทำได้น้อยจึงส่งผลให้ผลการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ดีเท่าที่ควร^{32, 33}

เนื่องจากผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์มักมีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานาน โดยผลจากงานศึกษาชนิดกึ่งมหานพบว่ ประมาณหนึ่งในสามถึงครึ่งหนึ่งของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากไม่รู้ตัวว่าตนเองนั้นได้รับแอลกอฮอล์ในระดับที่เสี่ยงต่อสุขภาพ³⁴ รวมถึงผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาจากแอลกอฮอล์ด้านอื่นนั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคตับภายหลัง³⁵ ดังนั้นบทบาทหนึ่งของแพทย์เวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย จึงได้แก่การประเมินความเสี่ยงของปัญหาจากแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยโรคหรืออาการป่วยต่างๆ การประเมินความเสี่ยงของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำได้หลายวิธี วิธีที่ได้รับความนิยมมี 3 วิธี ได้แก่ ตามเกณฑ์ปริมาณการบริโภค (alcohol consumption) ตามสถานการณ์การบริโภค (drinking status) และตามเครื่องมือหรือแบบสอบถามประเมินความเสี่ยง โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินโดยเกณฑ์ปริมาณการบริโภค โดยปริมาณการบริโภคจะอ้างอิงด้วยปริมาณด้วยน้ำหนักในหน่วยกรัม โดยเกณฑ์ปริมาณที่ได้รับความนิยมมี 2 ชนิด ได้แก่
 - 1.1 ปริมาณเฉลี่ยต่อวัน (Average daily intake) หน่วยเป็นกรัมต่อวัน ซึ่งรวมทั้งวันที่บริโภคและไม่บริโภค ดัชนีนี้เป็นการประมาณปริมาณเฉลี่ยรวมในช่วงเวลายาว เช่น 1 ปี หรือ 1 เดือน ซึ่งปริมาณเฉลี่ยนี้จะสะท้อนถึงผลกระทบทางระยะยาว เช่น การเสียชีวิตโดยรวม (all-cause mortality)³⁶
 - 1.2 ปริมาณเฉลี่ยต่อวันที่บริโภค (Average drinking intensity) หน่วยเป็นกรัมต่อวันที่บริโภค ดัชนีนี้บ่งบอกถึงผลกระทบระยะสั้น โดยอธิบายด้วยภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ¹⁶

องค์การอนามัยโลกได้จัดกลุ่มเกณฑ์ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ โดยอ้างอิงจากดัชนีปริมาณเฉลี่ยต่อวัน และปริมาณเฉลี่ยต่อวันที่บริโภคไว้ดังนี้³⁷ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เกณฑ์ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

เกณฑ์ปริมาณการบริโภค	ปริมาณเฉลี่ยต่อวัน (Average daily intake) หน่วย: กรัม/วัน		ปริมาณเฉลี่ยต่อวันที่บริโภค (Average drinking intensity) หน่วย: กรัม/วันที่ดื่ม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ความเสี่ยงต่ำ	>0-40	>0-20	>0-40	>0-20
ความเสี่ยงปานกลาง	41-60	21-40	41-60	21-40
ความเสี่ยงสูง	>60	>40	>60	>40

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันหลายประเทศมีเกณฑ์สำหรับการดื่มที่เสี่ยงน้อยกว่าอนามัยโลก เช่น **ประเทศสหราชอาณาจักร**แนะนำให้ดื่มไม่เกิน 14 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์³⁸ **ประเทศออสเตรเลีย**แนะนำให้ดื่มไม่เกิน 10 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ (โดยไม่ดื่มเกิน 4 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อวัน)³⁹ และ**ประเทศสหรัฐอเมริกา**แนะนำให้ผู้ชายดื่มไม่เกิน 14 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์ ผู้หญิงไม่เกิน 7 หน่วยดื่มมาตรฐานต่อสัปดาห์สำหรับการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงต่ำ⁴⁰ จากเกณฑ์ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ข้างต้น ทำให้เกิดรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญชนิดหนึ่ง ได้แก่ การดื่มหนักหรือเมาหัวราน้ำ (heavy episodic drinking, HED หรือ binge drinking) ซึ่งหมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณเฉลี่ยต่อวันที่ดื่ม (drinking intensity) ตั้งแต่ 4 ถึง 5 หน่วยดื่มมาตรฐานขึ้นไป (หรือประมาณ 60 กรัมขึ้นไป) อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงเวลาที่สนใจ ซึ่งรูปแบบการดื่มชนิดนี้เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาทั้งระยะสั้น เช่น การบาดเจ็บ อุบัติเหตุ⁴¹ และระยะยาว เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือด โรคตับแข็ง⁴²

- การประเมินโดยสถานการณ์บริโภค โดยแบ่งออกเป็นนักดื่มปัจจุบัน (current drinker) หมายถึง ประชาชนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา โดยความถี่ในการดื่มสุรานั้นมีความสัมพันธ์กับผลกระทบต่อสุขภาพ โดยมีงานวิจัยที่แสดงว่าการดื่มสุราตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไปให้ถือว่าเป็นการดื่มบ่อย (regular drinker) ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุที่ต้องนอนโรงพยาบาลสูงถึงประมาณ 2 เท่า⁴³ ในขณะที่การดื่มสุราน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ให้ใช้คำนิยามว่าการดื่มแบบครั้งคราว (occasional drinker) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อสุขภาพที่ต่ำกว่า สำหรับในกลุ่มประชาชนที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มนักดื่ม ปัจจุบันสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ไม่เคยดื่มเลย (lifetime abstainer) หมายถึง ประชาชนที่ไม่เคยดื่มสุราเลยในตลอดชีวิตที่ผ่านมา และผู้เคยดื่ม (former drinker) ซึ่งหมายถึง ประชาชนที่เคยดื่มสุราในชีวิต แต่ไม่ได้ดื่มในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- การประเมินโดยเกณฑ์ความเสี่ยงหรือเครื่องมือต่างๆ เช่น Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) หรือ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) ซึ่ง AUDIT เป็นเครื่องมือที่มีการยอมรับทั่วโลกและจะกล่าวถึงต่อไป

คำแนะนำในการหลีกเลี่ยง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากหลักฐานทางวิชาการปรากฏชัดเจนว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่าในรูปแบบใดล้วนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพทางร่างกายและจิตใจทั้งในระยะสั้นและระยะยาว อีกทั้งยังส่งผลต่อสังคมและครอบครัว ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ การทำร้ายร่างกายและความรุนแรง ซึ่งส่งผลให้ผู้ดื่มป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวนมากในแต่ละปี และไม่มีปริมาณการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับใดที่ปลอดภัยต่อสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แม้จะหยุดดื่มแล้ว ความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคมะเร็งก็ยังคงสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยดื่ม ดังนั้นประชาชนทุกเพศทุกวัยจึงไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลย ซึ่งแนวทางนี้เป็นแนวปฏิบัติที่ปลอดภัยที่สุดต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มบุคคลต่อไปนี้เป็กลุ่มที่มีความเสี่ยงที่ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาด เนื่องจากอาจเกิดอันตรายสูงกว่าประชาชนกลุ่มอื่น⁴⁵

1. เด็กและเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี
2. หญิงตั้งครรภ์ทุกระยะและหญิงที่อยู่ระหว่างการให้นมบุตร
3. ผู้มีอาชีพขับขี่ยานพาหนะทุกประเภท และผู้มีอาชีพทำงานกับเครื่องจักรกล หรือเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บ พิการ และการเสียชีวิตของตนเองและผู้อื่น
4. ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้มีโรคประจำตัวหรือกำลังใช้ยารักษาโรค และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์

เด็กและเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 20 ปี

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลต่อพัฒนาการทางสมองของเด็กและเยาวชน และการดื่มแอลกอฮอล์ของเด็กและเยาวชนตั้งแต่อายุน้อย เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดแอลกอฮอล์ การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁴⁶ ดังนั้นโดยทั่วไปจึงแนะนำให้เด็กและเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง รวมทั้งพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ไม่ควรให้หรือชักชวนให้เด็กและเยาวชนดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

หญิงตั้งครรภ์ทุกระยะและหญิงที่อยู่ระหว่างการให้นมบุตร

ทารกที่อยู่ในครรภ์มารดาหรือได้รับนมจากมารดาที่ดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสเกิดความผิดปกติทางร่างกาย พัฒนาการและปัญหาพฤติกรรมได้สูงมาก⁴⁷⁻⁴⁹ ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์และหญิงที่อยู่ระหว่างการให้นมบุตรควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง^{50, 51}

ผู้มีอาชีพขี้นยานพาหนะทุกประเภท และผู้มีอาชีพ ทำงานกับเครื่องจักรกล หรือเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บ พิการ และการเสียชีวิตของตนเองและผู้อื่น

การดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำให้เกิดอุบัติเหตุที่เป็นสาเหตุของการบาดเจ็บ และการเสียชีวิตทั้งกับตัวผู้ดื่มและผู้อื่น ดังนั้นผู้ที่ขี้นยานพาหนะทุกประเภทและผู้ที่ทำงานกับเครื่องจักรกล ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิงภายในช่วงเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมงก่อนและระหว่างการขี้นหรือการทำงาน⁵²

ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้มีโรคประจำตัว หรือกำลังใช้ยารักษาโรค และผู้ป่วยด้วยโรคจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กลุ่มผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบประสาท โรคระบบทางเดินอาหารรวมถึงโรคตับ โรคหัวใจ โรคระบบทางเดินปัสสาวะรวมถึงโรคไต และผู้ได้รับยารักษาโรค การดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้อาการเจ็บป่วยทรุดลง ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และแอลกอฮอล์ยังอาจมีปฏิกิริยาระหว่างกันกับยารักษาโรคบางชนิด⁵³ ดังนั้นผู้ที่มีความผิดปกติเนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่มีโรคประจำตัว และผู้ที่กำลังได้รับยารักษาโรค ควรหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง รวมทั้งไม่มีหลักฐานที่สนับสนุนว่าการดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณใดๆ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

สำหรับบุคคลทั่วไป

ผู้ดื่มควรหลีกเลี่ยงการดื่มเกินระดับเสี่ยงต่ำในทุกครั้งที่ดื่ม โดยเฉพาะหลีกเลี่ยงการดื่มแบบการดื่มหนักหรือเมาหัวราน้ำ (โดยมักเป็นการดื่มถึงจุดที่เริ่มสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง)⁵² และผู้ที่สงสัยว่าอาจมีความผิดปกติจากการดื่มหรือติดแอลกอฮอล์ควรได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้วไม่ควรเริ่มดื่ม และบุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรแนะนำให้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อสุขภาพหัวใจ

การดื่มแอลกอฮอล์ และการเกิดโรคตับ

Q1

ลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์อย่างไรและปริมาณเท่าไร
ที่ส่งผลต่อสุขภาพของโรคตับ?

Statement 1.1 การดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มความเสี่ยงความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคตับรวมถึงมะเร็งตับ โดยการดื่มปริมาณที่มากขึ้นจะเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้นเป็นลำดับขั้น และไม่พบเกณฑ์ปริมาณที่ปลอดภัยอย่างชัดเจน

Recommendation

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Statement 1.2 รูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความถี่มากขึ้น เช่น ดื่มทุกวัน หรือดื่มนอกมื้ออาหาร เพิ่มความเสี่ยงโรคตับจากแอลกอฮอล์ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ดื่มหรือหยุดดื่มแล้ว

Recommendation

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

Rationale

ผลจากการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์แบบอภิมานจำนวน 3 รายงานแสดงว่าปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตจากโรคตับแข็งโดยขึ้นกับปริมาณที่ดื่ม (dose-response relationship)⁵⁴⁻⁵⁶ เช่นเดียวกับการเพิ่มการเกิดโรคมะเร็งตับ^{57, 58} และไม่พบเกณฑ์ปริมาณการดื่มที่ปลอดภัยอย่างชัดเจน

การศึกษาแบบไปข้างหน้าแสดงให้เห็นว่า ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์โดยเฉพาะการดื่มทุกวันนั้นเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะตับแข็งและการเสียชีวิตจากโรคตับ⁵⁹⁻⁶¹ นอกจากนี้การดื่มนอกมื้ออาหารเป็นอีกปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยงภาวะตับแข็ง ส่วนการดื่มแอลกอฮอล์รูปแบบการดื่มหนักหรือเมาหิวรำน้า (binge drinking) นั้นมีข้อมูลพบความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติของตับมากกว่าการดื่มอย่างต่อเนื่องและสัมพันธ์กับการเกิดโรคตับแข็งระยะ decompensated^{62, 63} อย่างไรก็ตามบางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว⁶⁴ ส่วนชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นมีข้อมูลพบว่าไวน์อาจจะมีความเสี่ยงตับแข็งน้อยกว่าเครื่องดื่มชนิดอื่น เช่น เบียร์และสุรากลั่น^{59, 65, 66} อย่างไรก็ตามถ้าดื่มปริมาณมากก็มีความเสี่ยงตับแข็งไม่แตกต่างกัน⁶⁷

Q1

Q2

มีปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยเสี่ยงร่วมอะไรบ้าง
ที่ส่งผลต่อการเกิดโรคตับจากแอลกอฮอล์?

Statement 2.1 ผู้หญิงที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เท่ากับผู้ชายจะมีความเสี่ยงต่อโรคตับจากแอลกอฮอล์
มากกว่า

Recommendation

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Q2

Statement 2.2 การสูบบุหรี่และโรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคตับจากแอลกอฮอล์

Recommendation

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Statement 2.3 การดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยโรคตับเรื้อรังส่งผลให้โรคตับมีความรุนแรงมากขึ้น

Recommendation

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Rationale

ผลจากการศึกษาชนิดการทบทวนอย่างเป็นระบบและการศึกษาวิเคราะห์ห่อถักห่อหุ้มแสดงว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงในการเกิดโรคตับจากแอลกอฮอล์ รวมทั้งโรคตับแข็งและมะเร็งตับมากกว่าเพศชาย^{42, 56-58} ในด้านเชื้อชาติมีการศึกษาที่แสดงความเสี่ยงการเกิดโรคตับที่จากแอลกอฮอล์แตกต่างกันในแต่ละเชื้อชาติ ซึ่งปัจจัยที่อาจส่งผลคือพันธุกรรมต่างๆ เช่น Patatin-like phospholipase domain-containing protein 3 (PNPLA3), Transmembrane 6 superfamily 2 (TM6SF2), Membrane bound O-acyltransferase domain-containing 7 (MBOAT7) และเอนไซม์ในกระบวนการเผาผลาญแอลกอฮอล์ เช่น alcohol dehydrogenase, cytochrome P450 2E1^{68, 69}

มีการศึกษาที่แสดงว่าโรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มความรุนแรงของโรคตับจากแอลกอฮอล์โดยเพิ่มการสะสมของไขมันในตับ⁷⁰ เพิ่มความเสี่ยงการเกิดตับแข็ง⁷¹ และสัมพันธ์กับพยากรณ์โรคที่ไม่ดี⁷² นอกจากนี้มีข้อมูลจากการศึกษาชนิดการทบทวนอย่างเป็นระบบและการศึกษาวิเคราะห์ห่อถักห่อหุ้มพบว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์และมีดัชนีมวลกายมากจะมีความเสี่ยงสูงต่อโรคตับเรื้อรัง⁷³

ในด้านของการสูบบุหรี่ มีการศึกษาที่แสดงว่าผู้ที่สูบบุหรี่หรือมีระดับของ conitine (สาร metabolite ของนิโคติน) สูงจะมีความเสี่ยงต่อภาวะตับแข็งจากแอลกอฮอล์และการทำงานของตับแย่ลง^{74, 75} ในขณะที่การดื่มกาแฟพบว่าอาจลดความเสี่ยงในการตรวจพบตับแข็งจากแอลกอฮอล์⁷⁶

สำหรับในกรณีผู้ที่มีโรคตับเรื้อรัง มีการศึกษาที่แสดงว่าผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ร่วมด้วยมีอุบัติการณ์ของภาวะตับแข็งและมะเร็งตับมากกว่าผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่ไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี^{77, 78} ในกรณีของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี พบว่าผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีร่วมกับนั้น มีพยาธิสภาพของตับที่รุนแรงกว่า⁷⁹ นอกจากนี้การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบียังสัมพันธ์กับการเสียชีวิตมากขึ้นในกรณีที่เป็ นตับอักเสบบีเฉียบพลันจากแอลกอฮอล์ด้วย⁸⁰ ดังนั้นผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เสี่ยงควรได้รับการตรวจหาว่ามีการติด เชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือเข้าร่วมด้วยหรือไม่ เนื่องจากปัจจุบันมียาที่ใช้ในการรักษาการติดเชื้อดังกล่าว ส่วนข้อมูลการดื่ม แอลกอฮอล์ปริมาณเล็กน้อยถึงปานกลางในผู้ป่วยไขมันคั่งตับที่ไม่ได้เกิดจากแอลกอฮอล์นั้นยังเป็นที่ถกเถียง อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ 2 รายงานที่แสดงว่าการดื่มแอลกอฮอล์อาจทำให้ตับแย่ลงหรือพบมะเร็งตับสูงขึ้นได้^{81, 82}

นโยบายที่สนับสนุน การลดการดื่มแอลกอฮอล์

Q3

นโยบายหรือมาตรการอะไรบ้างที่ช่วยป้องกันและลดการดื่ม
แอลกอฮอล์ และปัญหาทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแอลกอฮอล์
อย่างมีประสิทธิภาพ

Statement 3.1 นโยบายในกรอบ SAFER ขององค์การอนามัยโลกเป็นนโยบายทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ และคุ้มค่าในการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์และลดผลกระทบที่เกี่ยวข้อง

Q3

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

Rationale

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหาจากแอลกอฮอล์ ทั้งผลในระยะสั้น เช่น ปัญหาอุบัติเหตุทางจราจร ปัญหาความรุนแรง ปัญหาทางจิตเวช และผลในระยะยาว เช่น การเกิดโรคตับและโรคมะเร็ง มีหลายการศึกษาที่แสดงประโยชน์ของการกำหนดนโยบายที่จำกัดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่ามีหลายนโยบายที่มีประสิทธิภาพและมีความคุ้มค่า อย่างไรก็ตามเนื่องจากผลของแอลกอฮอล์ต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะโรคมะเร็งนั้นใช้ระยะเวลาการดำเนินโรคนานหลายปี จึงมีเพียงไม่กี่การศึกษาที่สามารถแสดงว่านโยบายเหล่านั้นสามารถลดการเกิดปัญหาสุขภาพในระยะยาวดังกล่าวได้โดยตรง⁸³

องค์การอนามัยโลกได้ศึกษาและสนับสนุนกลุ่มนโยบายที่มีความคุ้มค่าที่จะช่วยลดการดื่มแอลกอฮอล์และลดผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภคแอลกอฮอล์ภายใต้ชื่อว่า S.A.F.E.R. (“S” = Strengthen restrictions on alcohol availability, “A” = Advance & enforce drink driving counter measures, “F” = Facilitate access to screening brief intervention & treatment, “E” Enforce bans / comprehensive restrictions on alcohol advertising sponsorship & promotion, “R” = Raise prices on alcohol through excise taxes & price policy)*

เมื่อประเมินตามข้อมูลที่มีในปัจจุบันพบว่านโยบายที่มีหลักฐานรองรับมากที่สุด ได้แก่ นโยบายด้านราคา เช่น การเพิ่มอัตราภาษี การกำหนดราคาขายต่ำสุดต่อ 1 หน่วยของแอลกอฮอล์ (หรือ minimum unit price) โดยพบว่าการออกนโยบายด้านราคานี้สามารถลดอัตราการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์ได้ เช่น ข้อมูลจากประเทศสกอตแลนด์ที่มีการปรับ minimal unit price เป็น 0.5 UKP แล้วพบว่าการดื่มแอลกอฮอล์ การเข้าโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตที่เกิดจากโรคตับจากแอลกอฮอล์ลดลงร้อยละ 9 และร้อยละ 11.7 ตามลำดับ โดยมีผลมากที่สุดในพื้นที่ที่ยากจนที่มีปัญหาสุขภาพมากที่สุดในประเทศ⁸⁴ อีกนโยบายที่มีประสิทธิภาพและมีหลักฐานรองรับ ได้แก่ การส่งเสริมการคัดกรองและการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ^{85, 86} นอกจากนี้วิธีการอื่นที่มีข้อมูลว่าสามารถลดการดื่มและผลเสียจากการดื่มแอลกอฮอล์ได้ ได้แก่ การจำกัดการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการกำหนดเวลา⁸⁷ สถานที่⁸⁸ หรืออายุ⁸⁹ การกำหนดและบังคับใช้มาตรการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ขายานพาหนะ เช่น การกำหนดระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด⁹⁰ หรือการสุ่มตรวจระดับแอลกอฮอล์⁹¹⁻⁹³ มีบางการศึกษาที่แสดงว่าการจำกัดหรือห้ามการโฆษณา การสื่อสารการตลาด และการให้ทุนอุปถัมภ์จากอุตสาหกรรมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถลดการบริโภคและลดผลเสียที่เกิดจากแอลกอฮอล์ได้ สำหรับผลภาพหรือคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นพบว่าสามารถเพิ่มระดับความรู้ให้แก่ผู้บริโภคในด้านการเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็ง⁹⁴ อย่างไรก็ตามการรณรงค์ในวงกว้างแก่ประชาชนทั่วไปนั้นพบว่าสามารถเพิ่มระดับความรู้ของประชาชนได้ แต่ยังไม่มียังมีประสิทธิภาพมากนักในการลดผลเสียที่เกิดจากแอลกอฮอล์^{95, 96}

*โดยหลักฐานทางการแพทย์ที่สนับสนุนนโยบายเหล่านั้นนั้นได้มาจากหลายการศึกษา รวมทั้งผลจากการศึกษาแบบอภิมานที่รวบรวมผลจากหลายงานวิจัย อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดทางจริยธรรมที่ห้ามไม่ให้ผู้ร่วมงานวิจัยรับแอลกอฮอล์เนื่องจากมันมีพิษต่อร่างกาย หลายการศึกษาจึงไม่ได้เป็นการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม แต่เป็นการศึกษาเปรียบเทียบโดยใช้การทดลองตามธรรมชาติ (หรือ natural experiment) หรือการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบาย ดังนั้นระดับของความน่าเชื่อถือทางวิทยาศาสตร์ของงานวิจัยจึงไม่ได้จัดอยู่ในระดับสูงสุด

การคัดกรอง การดื่มแอลกอฮอล์

Q4

การคัดกรองและให้การรักษาด้วยการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์และโรคตับจากแอลกอฮอล์

Q4.1: ผู้ใดควรได้รับการคัดกรอง?

Statement 4.1 ผู้มารับบริการสุขภาพทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วัยรุ่นชาย หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุรา เช่น โรคตับ จิตเวช/ยาเสพติด

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Rationale

เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคตับจากสาเหตุอื่น พบว่าผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์มักมาพบแพทย์ในระยะท้ายของโรค เช่น เมื่อเกิดภาวะตับแข็งรุนแรงหลังจากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ส่วนหนึ่งที่ได้รับการตรวจพบเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับบริการทางสุขภาพด้วยเหตุอื่น ซึ่งจัดเป็นโอกาสที่ระบบและบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำหรือการบำบัดรักษาก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดพยาธิสภาพของตับที่รุนแรง⁹⁷ นอกจากนี้ผลจากงานวิจัยชนิดกึ่งมานพบว่าประมาณเพียงร้อยละ 30 ของผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายหรือติดแอลกอฮอล์นั้นรับทราบถึงปัญหาทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองจากการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป³⁴ ซึ่งการตระหนักในจุดนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การลดการดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้นการคัดกรองและเครื่องมือสำหรับคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการทำให้ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ตระหนักถึงปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจึงมีความสำคัญมาก โดยกลุ่มบุคคลที่มีอุบัติการณ์การดื่มแอลกอฮอล์สูง ซึ่งน่าจะได้รับประโยชน์จากการคัดกรอง ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases หรือ NCD) วัยรุ่นชาย หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคทางกายที่สัมพันธ์กับปัญหาการดื่มสุรา เช่น โรคตับ จิตเวช/ยาเสพติด³⁵ ส่วนการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์กลุ่มนี้จะมีผู้ป่วยที่ดื่มและมีปัญหาแอลกอฮอล์มากกว่าประชาชนทั่วไป แต่ผลงานวิจัยยังไม่สามารถสรุปได้ว่าการคัดกรองในห้องฉุกเฉินนั้นมีประโยชน์และทำได้จริงหรือไม่ เนื่องจากมีข้อจำกัดหลายด้าน

Q4.2:**การคัดกรองควรทำที่ใด?****Q4
Q4.2**

Statement 4.2 หน่วยบริการปฐมภูมิ หอผู้ป่วยใน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก เช่น คลินิกโรคระบบทางเดินอาหาร และตับ คลินิกจิตเวช

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

Rationale

สืบเนื่องจากผลจากหลายการศึกษารวมทั้งจากการศึกษาชนิดอภิมานได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับการทำการบำบัดแบบสั้น และ/หรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษจำเพาะสำหรับสถานที่ในการคัดกรองนั้น มีงานวิจัยที่แสดงว่าการคัดกรองในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ประโยชน์⁹⁸ สำหรับผู้ป่วยในจัดเป็นกลุ่มที่มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์ที่มากกว่าประชาชนทั่วไป และการดื่มแอลกอฮอล์อาจมีผลต่อสุขภาพทำให้ต้องเข้ามานอนในโรงพยาบาลจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการคัดกรองเช่นกัน⁹⁹ สำหรับการคัดกรองในคลินิกโรคตับนั้น แม้จะยังไม่มีการศึกษาแบบสุ่มไปข้างหน้าชนิดมีกลุ่มควบคุมที่แสดงถึงประโยชน์ของการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์โดยตรง อย่างไรก็ตามจากข้อมูลของประโยชน์ที่ได้จากการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ต่อการชะลอการดำเนินโรคตับ จึงแนะนำว่าควรต้องมีการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

การศึกษาในแผนกฉุกเฉินพบว่า การคัดกรองอาจจะมีประโยชน์แต่อาจจะทำได้ยากและยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่ได้รับการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา หรือข้อจำกัดด้านผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยปฏิเสธ หรือผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ในเวลานั้น โดยพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการใช้แอลกอฮอล์แบบผิดวิธี (alcohol misuse)¹⁰⁰ ซึ่งอาจจะทำให้ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของการคัดกรองน้อยลง อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่พบว่าแม้การคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ที่แผนกฉุกเฉินจะทำได้อย่างมีข้อจำกัด แต่ก็สามารถลดอัตราการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รวมทั้งยังเกิดประโยชน์ทางคลินิกในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย¹⁰¹

Q4.3: การคัดกรองสามารถทำได้โดยวิธีใด?

Statement 4.3 การคัดกรองสามารถทำได้ 2 วิธี วิธีแรกคือทำแบบ 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนแรกใช้การคัดกรองที่ง่าย เช่น single item question ที่ทาง NIAAA เป็นผู้เสนอ (คำถาม How many times in the past year have you had 5 (males) or 4 (females) or more drinks in a day?) หรือ AUDIT-C (ซึ่งคือ 3 คำถามแรกในชุด AUDIT) ก่อน และเมื่อพบความผิดปกติควรตามด้วยการประเมินที่ละเอียดขึ้นด้วย Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (10 คำถาม) หรือวิธีที่สองทำด้วย (AUDIT) (10 คำถาม) เลยหากมีเวลา ซึ่งทั้งสองวิธีสามารถให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเองหรือมีคนช่วยถาม

**Q4
Q4.3**

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Rationale

เครื่องมือที่ดีสำหรับการประเมินปริมาณและความเสี่ยงของการใช้แอลกอฮอล์ ได้แก่ timeline follow-back interview แต่เนื่องจากเป็นวิธีประเมินที่ใช้เวลานาน ดังนั้นในทางปฏิบัติจึงแนะนำให้ใช้เครื่องมือที่ใช้เวลาน้อยกว่าแต่ยังมีความแม่นยำ

ชุดคำถาม AUDIT questionnaire แบบ 10 คำถาม เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก และได้รับการศึกษาในหลายประเทศว่าเป็นเครื่องมือคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ที่ดีโดยไม่ขึ้นกับเชื้อชาติ และสามารถใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยออกเพื่อให้การบำบัดรักษาได้อย่างเหมาะสม^{44, 102} (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก) อย่างไรก็ตามก็ยังเป็นวิธีที่ใช้เวลาในการประเมิน (ประมาณ 2-5 นาที) ดังนั้นจึงมีการใช้เครื่องมืออื่นเพื่อเป็นการคัดกรองเบื้องต้นก่อนที่จะใช้ AUDIT 10 คำถาม ซึ่งได้แก่ 1) The single item question โดย National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2) AUDIT-C แบบ 3 คำถาม (ใช้เวลา 1-2 นาที), 3) CAGE questionnaire 4 คำถาม

มีการศึกษาที่แสดงว่า The single item question โดย NIAAA (How many times in the past year have you had 5 (males) or 4 (females) or more drinks in a day?) และ AUDIT-C นั้นมีความสามารถไม่แตกต่างกัน⁹⁸ สำหรับการเปรียบเทียบ AUDIT-C และ AUDIT นั้น ผลจากการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่ามีความสามารถไม่แตกต่างกันในการประเมินการดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยง¹⁰³ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแสดงว่า AUDIT-C นั้นดีกว่าการใช้ CAGE questionnaire และการซักประวัติโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการปลูกถ่ายตับเนื่องจาก CAGE นั้นเน้นตรวจเรื่องการติดแอลกอฮอล์มากกว่าการประเมินผลเสียของการดื่มแอลกอฮอล์ในทุกแง่มุม¹⁰⁴

โดยสรุปแล้ววิธีที่ดีที่สุดในการคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ควรเป็นการผสมผสานการคัดกรองไปในระบบการดูแลผู้ป่วยตามปกติ โดยมีการกำหนดส่วนของการคัดกรองไว้ในระบบบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (electronic health records)¹⁰⁵ อีกทั้งควรจัดระบบการคัดกรองแบบที่ผู้ป่วยสามารถรับการตรวจคัดกรองโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ระหว่างที่รอรับการบริการทางสาธารณสุข และใช้เครื่องมือหรือชุดคำถามที่ได้รับการยอมรับทางวิชาการตามที่ได้กล่าวด้านบน

การดูแลรักษาความผิดปกติ เนื่องจากการดื่มแอลกอฮอล์

Q5

ประสิทธิภาพของการรักษาด้วยวิธีการบำบัดแบบสั้น สำหรับ
การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย (hazardous or harmful)
ใน non-specialist setting เป็นอย่างไร

Q5 Statement 5

การรักษาด้วยวิธีการบำบัดแบบสั้นในผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีแอลกอฮอล์แบบอันตราย
สามารถทำได้ในระดับปฐมภูมิ (primary care setting) โดยบุคลากรสาธารณสุข สามารถ
ลดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ได้

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Rationale

ข้อมูลจากการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่าการทำการบำบัดแบบสั้นมีประสิทธิภาพในการลดการดื่มแอลกอฮอล์
ในผู้ใหญ่⁹⁸ ซึ่งมีประโยชน์ในผู้หญิงและผู้ชายเท่าๆ กัน¹⁰⁶ และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ประมาณร้อยละ 50¹⁰⁷
และการบำบัดแบบสั้นสามารถทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์อื่นได้ โดยผลจากงานวิจัยพบว่าพยาบาลสามารถทำได้¹⁰⁸
และการบำบัดแบบสั้นหลายรอบมีผลไม่แตกต่างจากการทำแบบครบเพียงรอบเดียว¹⁰⁸ นอกจากนั้นการให้การบำบัดผ่าน
ช่องทางดิจิทัลยังมีประสิทธิภาพที่ดีเช่นกัน¹⁰⁹ สำหรับในวัยรุ่นอายุระหว่าง 12-18 ปี การให้การบำบัดแบบสั้นอาจจะได้ผล
แต่ยังไม่ชัดเจนเนื่องจากยังมีข้อมูลไม่มาก และยังไม่มีการรวบรวมเป็นการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ⁹⁸

การรักษาภาวะถอนแอลกอฮอล์

Q6

การรักษาใดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการรักษาภาวะถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal) ในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคตับจากแอลกอฮอล์ (in non-specialist settings)?

Statement 6

การรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยในการรักษาภาวะถอนแอลกอฮอล์ คือการให้ยา Benzodiazepines

Q6

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Rationale

ยาในกลุ่ม benzodiazepine เป็นยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการถอนแอลกอฮอล์เมื่อเปรียบเทียบกับยาในกลุ่มอื่น เนื่องจากระยะเวลาการออกฤทธิ์เร็วและมีราคาที่เหมาะสม โดยการใช้ยาควรปรับเปลี่ยนตามอาการถอนแอลกอฮอล์ของแต่ละบุคคล โดยอาจพิจารณาจากประวัติอาการในอดีต การเคยมีประวัติการชัก โรคประจำตัว¹¹⁰⁻¹¹² ยาในกลุ่มนี้แต่ละตัวไม่มีความแตกต่างกันในแง่ฤทธิ์การกดประสาท แต่มีความแตกต่างในแง่ของเภสัชจลนศาสตร์ เช่น diazepam และ chlordiazepoxide เมื่อถูกเปลี่ยนแปลงในร่างกายจะให้อนุพันธ์ยาที่ออกฤทธิ์ยาวจึงมีประโยชน์ในการรักษา แต่สำหรับผู้ที่มีการทำงานของตับบกพร่องหรือผู้สูงอายุอาจเกิดผลข้างเคียงได้ จึงอาจพิจารณาให้ยากลุ่ม benzodiazepine ที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น lorazepam แทน เนื่องจากยามีค่าครึ่งชีวิตสั้นกว่า และยาถูกกำจัดโดยกระบวนการ glucuronide conjugation และขับออกทางไต สำหรับการจ่ายยา benzodiazepines ให้กับผู้ป่วยนั้นควรให้เพียงระยะเวลา 10-14 วัน เพื่อป้องกันการเกิดการใช้ยาผิดวิธีหรือผลข้างเคียงอื่น

ยาในกลุ่มอื่นที่มีประสิทธิภาพที่อาจเป็นยาเสริมเพื่อช่วยลดอาการถอนแอลกอฮอล์ ได้แก่ beta-blockers, clonidine, carbamazepine และ antipsychotics ส่วนการให้ยากันชัก เช่น carbamazepine, valproic acid ไม่ได้ประโยชน์ในการรักษาความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ อาการเพ้อคลั่ง (delirium) และการลดอาการชัก รวมทั้งอาจเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา จึงไม่ใช่นยาที่แนะนำให้ใช้ในการรักษาอาการถอนแอลกอฮอล์¹¹³⁻¹¹⁵

สำหรับแนวทางการบริหารยานั้นสามารถให้ยา benzodiazepines ในผู้มีอาการถอนแอลกอฮอล์ได้ 2 รูปแบบ

1.

Symptom-triggered regimen เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ โดยพิจารณาขนาดยาและความถี่ในการให้ยาตามความรุนแรงของอาการ ซึ่งประเมินจากแบบประเมินความรุนแรงของอาการ¹¹⁶

2.

Fixed-schedule regimen เป็นการให้ยาตามเวลาที่กำหนด เพื่อป้องกันอาการถอนแอลกอฮอล์หรือควบคุมไม่ให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น หลักการคือให้ยาทุก 6 ชั่วโมงเพื่อคงระดับยาในกระแสเลือดให้คงที่

การให้การรักษาสผู้ป่วยถอนแอลกอฮอล์ด้วยวิธี symptom-triggered regimen จะเกิดอาการเพื่อคลั่งจากอาการถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal delirium) น้อยกว่า และใช้ปริมาณยา benzodiazepine น้อยกว่ากลุ่ม fixed-schedule regimen โดยไม่พบความแตกต่างของการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นอย่างมีนัยสำคัญ¹¹⁷ ในด้านการประเมินความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์สามารถใช้แบบประเมิน เช่น Alcohol Withdrawal Scale (AWS) หรือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar) ช่วยเพื่อประเมินความรุนแรงของอาการ (รายละเอียดแสดงในภาคผนวก) ทำให้สามารถให้ยา benzodiazepines เพื่อลดอาการถอนแอลกอฮอล์ได้แม่นยำขึ้นในการให้ยาแบบ symptom-trigger¹¹⁸⁻¹²⁰

การรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ของการติดแอลกอฮอล์

Q7

การรักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Relapse prevention) ของการติดแอลกอฮอล์ด้วยการใช้ยา (เช่น acamprostate, disulfiram, naltrexone และ baclofen) ในผู้ที่มีและไม่มีโรคตับจากแอลกอฮอล์นั้นสามารถทำได้อย่างไร? มีประสิทธิภาพอย่างไร? และมีข้อควรระวังอย่างไร?

Statement 7

การรักษาด้วยยาร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการกลับดื่มซ้ำได้ แต่การพิจารณาใช้ยาเพื่อการรักษาขึ้นอยู่กับโรคประจำตัว และความสามารถในการเข้าถึงยาในแต่ละบริบท

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับต่ำ

สำหรับผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

สำหรับผู้ที่ไม่มีโรคตับ

Rationale

เป้าหมายที่สำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ คือการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้ จะช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้นในทุกระยะของโรค^{121, 122} โดยยา naltrexone และ acamprosate มีประสิทธิภาพในการลดการกลับมาดื่มซ้ำ การกลับมาดื่มอย่างหนัก และช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ติดสุรา¹²³⁻¹²⁵ ยา naltrexone^{123, 124} อาจต้องระวังในการใช้ในผู้ป่วยโรคตับเนื่องจากมีรายงานว่ามิพิซต่อตับได้ ส่วนยา acamprosate¹²³⁻¹²⁵ แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยโรคตับมากกว่าเนื่องจากไม่ได้ผ่านกระบวนการเมแทบอลิซึมที่ตับและยังไม่มีรายงานการเกิดมิพิซต่อตับ สำหรับยา baclofen นั้นพบว่าสามารถช่วยเพิ่มอัตราการหยุดดื่มและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยได้¹²⁶⁻¹²⁹ โดยมีการทดสอบประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์¹³⁰ โดยทั่วไปแนะนำให้ใช้ขนาดไม่เกิน 80 มก./วัน เนื่องจากการใช้ขนาดต่ำหรือสูงอาจไม่ได้ผลการรักษาที่แตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่ายา baclofen อาจสามารถช่วยลดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ (craving) ได้ สำหรับยา topiramate นั้นมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพในการลดการดื่มหนักและช่วยลดเอนไซม์ตับได้¹³¹⁻¹³⁴ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการทดสอบในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะ สำหรับยา gabapentin พบว่าสามารถช่วยลดการดื่มหนักและลดอาการถอนแอลกอฮอล์ได้ แต่ไม่ได้ช่วยลดความอยากดื่มแอลกอฮอล์ ความผิดปกติด้านการนอนหลับและอาการทางด้านอารมณ์¹³⁵ โดยการเลือกใช้ยาควรต้องพิจารณาตามปัจจัยอื่นประกอบด้วย เช่น ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและความสามารถในการเข้าถึงยา¹³⁶

ข้อมูลยาเพิ่มเติม

1. Naltrexone

กลไกการออกฤทธิ์:	ปิดกั้นตัวรับชนิดโอปิออยด์ ซึ่งมีผลทำให้สามารถลดความอยากดื่มและความพอใจในการดื่มลดลง
ข้อห้ามใช้:	ผู้ที่มีการใช้สารโอปิออยด์ เช่น มอร์ฟิน หรืออยู่ในระหว่างการถอนพิษโอปิออยด์ ผู้ที่มีภาวะตับอักเสบเฉียบพลันหรือตับวายเนื่องจากอาจมีมิพิซต่อตับ
ข้อควรระวัง:	ผู้ที่เป็นโรคตับ โรคไต ผู้ที่ต้องใช้ยาโอปิออยด์เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการกดการหายใจมากและนาน และอาจเกิดอาการถอนยาอย่างรุนแรงได้
ผลข้างเคียง:	อาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ มึนงง อ่อนเพลีย และวิตกกังวลได้
ขนาดยาที่ใช้:	รับประทาน 50-100 มก./วัน

ยา naltrexone มีประสิทธิภาพลดจำนวนวันที่ดื่ม วันที่ดื่มหนัก และการอยากดื่ม โดยยา naltrexone ในรูปแบบ extended released ที่ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเดือนละครั้งมีประสิทธิภาพดีเช่นกันและช่วยลดปัญหา non-compliance ได้^{136, 137}

2. Acamprosate

กลไกการออกฤทธิ์:	ออกฤทธิ์กับระบบสารสื่อประสาทชนิดกลูตาเมต (glutamate) และ gamma-aminobutyric acid (GABA)
ข้อห้ามใช้:	ผู้ที่มีภาวะไตวาย
ข้อควรระวัง:	ผู้ที่เป็นโรคไต ผู้ที่มีอาการซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ผลข้างเคียง:	อาการท้องเสีย ง่วงนอน อาจพบความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้
ขนาดยาที่ใช้:	รับประทานวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 2 เม็ด (ขนาดยา 333 มก./เม็ด)

3. Disulfiram

กลไกการออกฤทธิ์:

ยับยั้งการทำลายแอลกอฮอล์โดยทำให้ acetaldehyde สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดอาการ
วิบวับ เหงื่อออกมาก หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้ เมื่อผู้ที่ใช้อยาไปดื่มแอลกอฮอล์
ในช่วงดื่มแอลกอฮอล์หรือสารที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อห้ามใช้:

ข้อควรระวัง:

ผู้ที่เป็นโรคตับ โดยเฉพาะในรายที่อยู่ในระดับอัลบูมินสูง โรคไต โรคหัวใจ
และหลอดเลือด โรคทางจิตเวช โรคเบาหวาน โรคไทรอยด์

ผลข้างเคียง:

การรับรสเปลี่ยนไป อาการง่วงนอน ส่วนผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยจะมีอาการ
คลื่นไส้อาเจียน เวียนศีรษะ ความดันต่ำ หน้ามืด

ขนาดยาที่ใช้:

รับประทานวันละ 250 มก./วัน

4. Topiramate*

กลไกการออกฤทธิ์:

เพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาท GABA และลดการทำงานของสารสื่อประสาท
กลูตาเมต

ข้อห้ามใช้:

ในผู้ที่แพ้ยาชนิดนี้

ข้อควรระวัง:

ผู้ที่มีโรคไต ดับ น้ำหนักตัวน้อย

ผลข้างเคียง:

มือเท้าชา รสชาติอาหารเปลี่ยนไป เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ง่วงนอน

ขนาดยาที่ใช้:

รับประทาน 75-300 มก./วัน ควรเริ่มให้ในขนาดต่ำ แล้วเพิ่มปริมาณขึ้นตาม
ลำดับ (titration)

5. Baclofen*

กลไกการออกฤทธิ์:

เพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาท GABA ผ่านการกระตุ้นตัวรับ GABA-B

ข้อห้ามใช้:

(GABA-B receptor agonist) และลดการทำงานของสารสื่อประสาทกลูตาเมต
ผู้ที่แพ้ยาชนิดนี้

ข้อควรระวัง:

ผู้ที่เป็นโรคไต โรคลมชัก ผู้ที่เคยมีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง

ผลข้างเคียง:

ง่วงซึม เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ ท้องผูก อาเจียน

ขนาดยาที่ใช้:

รับประทาน 10-15 มก./วัน เพิ่มได้ทุก 3-5 วัน (ขนาดที่ใช้บ่อยที่สุดสำหรับรักษา
การติดแอลกอฮอล์ในงานวิจัยคือ 10 มก. รับประทาน 3 ครั้งต่อวัน)

6. Gabapentin*

กลไกการออกฤทธิ์:

ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของ voltage-sensitive calcium channels และปรับ
การทำงานของระบบสารสื่อประสาทชนิด GABA

ข้อห้ามใช้:

ผู้ที่แพ้ยาชนิดนี้

ข้อควรระวัง:

ผู้ที่เป็นโรคไต ผู้ที่มีโรคกล้ามเนื้อบางโรคควรระวังการหยุดยาอย่างกะทันหัน

ผลข้างเคียง:

มึนงง เวียนศีรษะ ง่วงซึม

ขนาดยาที่ใช้:

รับประทาน: 600-1,800 มก./วัน มีประสิทธิภาพลดวันที่ดื่มหนัก ควรเริ่มให้
ในขนาดต่ำแล้วเพิ่มปริมาณขึ้นตามลำดับ (titration)
(ขนาดที่ใช้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับแต่ละงานวิจัย)¹³⁸

*ยาที่มีใช้ในประเทศไทย ณ ปัจจุบัน

แนวทางเวชปฏิบัติ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดจากแอลกอฮอล์ในประเทศไทย พ.ศ.2568

Q8

ในผู้ติดสุราและมีโรคตับจากแอลกอฮอล์นั้น การรักษาด้วยวิธีการทางจิตสังคมหรือ psychosocial intervention (เช่น twelve step facilitation therapy, cognitive behavioral therapy หรือ motivational enhancement therapy) มีบทบาทอย่างไร?

Q8

Statement 8

การรักษาด้วยวิธีการทางจิตสังคมด้วยวิธีการต่างๆ มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ การเลือกวิธีการรักษาขึ้นกับระดับความรุนแรงของปัญหาและบริบทที่สามารถให้การบำบัดรักษาด้วยวิธีนั้นได้

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Rationale

การบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางจิตสังคมสำหรับผู้มีความผิดปกติเนื่องจากแอลกอฮอล์มีหลายวิธี ได้แก่ การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้น (brief advice/ brief intervention), การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม (cognitive-behavioral therapy, CBT), การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing, MI) และ motivational enhancement therapy, MET), กลุ่มช่วยเหลือกันเอง (self-help groups) ได้แก่ Alcoholics anonymous (AA) และการบำบัดโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่อาศัยแนวทางของ AA ได้แก่ twelve steps facilitation therapy นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น couple therapy, family therapy, group therapy แล้วแต่ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

► การให้คำแนะนำและการบำบัดแบบสั้น

เป็นการให้การบำบัดรักษาหรือให้คำแนะนำปรึกษาใดๆ ในช่วงระยะสั้น (1-5 ครั้ง) โดยบุคลากรการแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ติดสุรามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น ความเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ในระยะสั้น ระยะยาว และมีความตระหนักในปัญหา เกิดแรงจูงใจที่จะลดหรือหยุดดื่ม ความสำเร็จอาจขึ้นอยู่กับกระบวนการทำ ความร่วมมือในการทำ ข้อมูลที่สื่อสารกับผู้ติดสุรา การบำบัดแบบสั้นเหมาะกับผู้ที่ดื่มในปริมาณน้อยถึงปริมาณที่ไม่มากจนถึงกับติด ซึ่งผู้ป่วยที่ติดสุราต้องการการบำบัดแบบจริงจัง¹³⁹ โดยทั่วไปการให้การบำบัดแบบสั้นประกอบด้วย

- การให้คำแนะนำแบบสั้น การคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา ประเมินปัญหาการดื่มและปัญหาที่เกี่ยวข้อง
- สะท้อนปัญหาและให้คำแนะนำพฤติกรรมที่ดี
- ประเมินแรงจูงใจ ความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและให้คำแนะนำที่เหมาะสม
- ชวนให้ตั้งเป้าหมาย ในการลด ละ เลิก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ติดตามดูแลพฤติกรรมที่ดี การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบ

หรืออาจย่อเป็นรูปแบบ 5 A Model ได้แก่ Ask about use, Advice to quit or reduce, Assess willingness, Assist to quit or reduce และ Arrange follow up

► การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy, CBT)

เป็นการบำบัดที่มาจากหลักการว่า ความคิดหรือความเชื่อมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ หากมีการปรับเปลี่ยนด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้ติดแอลกอฮอล์สามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการคิด การจัดการกับปัญหาและช่วยให้สามารถหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มได้^{140, 141} การบำบัดอาจมีรูปแบบรายบุคคล (individual) หรือแบบกลุ่ม (group) โดยทำการรักษาเป็นครั้ง โดยทั่วไปในแต่ละครั้งจะมีโครงสร้างการบำบัดประกอบด้วย

- กำหนดเนื้อหา (Setting the agenda) ที่จะพูดคุยในแต่ละครั้ง เพื่อเน้นเป้าหมายหลักของการบำบัด
- ตรวจสอบอารมณ์ (Mood check) เป็นการประเมินภาวะอารมณ์ในแต่ละครั้งของการบำบัดเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการดื่มแอลกอฮอล์และความพร้อมในการเรียนรู้
- เชื่อมโยงกับชั่วโมงการบำบัดครั้งที่ผ่านมา (Bridge from previous session) เพื่อทบทวนสิ่งสำคัญที่ได้เรียนรู้จากครั้งที่แล้วและอาจตรวจสอบการบ้าน
- พิจารณาประเด็นที่จะพูดคุย (Discussion of current agenda items) เนื่องจากเวลาจำกัด จึงจำเป็นที่จะต้องกำหนดประเด็นหลักของการพูดคุย
- ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความเชื่อมโยงของความคิด (Guided discovery) โดยประเมินและค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบความคิด (schema) ความเชื่อ ความคิดอัตโนมัติ อารมณ์และพฤติกรรม
- สรุปสิ่งที่เรียนรู้ (Capsule summaries) เพื่อให้การบำบัดดำเนินไปในทิศทางที่วางไว้ และปรับความเข้าใจระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- มอบหมายให้การบ้าน (Homework) ให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามทักษะที่เรียนรู้ และทดสอบความเชื่อที่เป็นปัญหาในสถานการณ์จริงหรือในชีวิตประจำวัน
- สรุปและให้ความเห็น (Feedback in therapy session) โดยให้ผู้ป่วยสรุป และผู้บำบัดตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อการบำบัดเพื่อให้มั่นใจได้ว่าการสื่อสารที่เข้าใจตรงกัน

► **การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (Motivation interviewing, MI)
และ Motivational enhancement therapy (MET)**

เป็นเทคนิคในการช่วยสร้างแรงจูงใจ ภายใต้ทัศนคติที่ไม่มีการตัดสิน (non-judgmental) และไม่มีการเผชิญหน้า เพื่อให้เกิดความร่วมมือ โดยเคารพการตัดสินใจของผู้ติดแอลกอฮอล์ในการเลือกวิธีการตามเป้าหมายของแต่ละราย ภายใต้ศักยภาพของผู้นั้น^{142, 143} การสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดแรงจูงใจมีหลักการคือ

- แสดงความเข้าใจในตัวผู้ป่วย (Express empathy)
- ทำให้ผู้ป่วยเห็นความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาอยากเป็นกับสิ่งที่เขาเป็นอยู่ในปัจจุบัน (Develop discrepancy)
- หลีกเลี่ยงการโต้เถียง (Avoid argument) เพื่อลดการถดถอยของแรงจูงใจและทำให้เกิดแรงด้านมากขึ้น
- ผ่อนไปตามแรงต้าน (Roll with resistance) เช่น การโต้แย้ง การไม่เห็นด้วย ไม่ต้องการเปลี่ยนแปลง
- สร้างความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลง (Support self-efficacy) โดยสนับสนุนให้เกิดความรับผิดชอบในการเลือกและดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้วยศักยภาพของตัวเอง

► **Alcoholic anonymous (AA)
และ twelve steps program (twelve steps facilitation)**

AA เป็นการรวมกลุ่มผู้ที่มีปัญหาความผิดปกติเนื่องจากแอลกอฮอล์ในแต่ละท้องถิ่น โดยมีการดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มแต่ละครั้งประมาณ 60–90 นาที สมาชิกในกลุ่มจะแสดงความคิดเห็นของตนเองเกี่ยวกับปัญหาการติดแอลกอฮอล์และประสบการณ์การลดและการเลิกดื่ม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม โดยทั่วไปจะดำเนินการภายใต้แนวคิดของหลัก 12 ขั้นตอน (twelve steps program / twelve steps facilitation)¹⁴⁴ แนวคิดนี้มีหลักการสำคัญคือการยอมรับว่าตนเองมีปัญหาจากแอลกอฮอล์ (อาจรวมถึงยาเสพติดอื่น) จนยากเกินกว่าที่จะจัดการด้วยตัวเองได้ ต้องหันไปเคารพพึ่งพาพลังอำนาจที่อยู่เหนือตน (higher power) โดยสิ่งที่ยึดมั่นศรัทธาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือพลังอำนาจที่อยู่เหนือตนคือสิ่งที่แต่ละคนศรัทธา เช่น องค์ศาสดาของศาสนาต่างๆ กลุ่ม AA นั้นนอกจากเป้าหมายเพื่อช่วยให้ลดและเลิกดื่มแอลกอฮอล์แล้วยังมีเป้าหมายอื่น เช่น เพื่อช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิต เพิ่มทักษะทางสังคม ความสามารถในการจัดการปัญหา ความเครียด ความสามารถในการปรับตัวแก่สมาชิกในกลุ่มด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่ม AA แนวคิดของหลัก 12 ขั้นตอนมีประสิทธิภาพในการช่วยให้หยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้เท่ากับการรักษาแบบอื่น และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้ ในประเทศไทยมีการนำแนวคิดของหลัก 12 ขั้นตอนมาปรับใช้ให้เหมาะกับหลักคำสอนทางพุทธศาสนาเพื่อให้เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับความเชื่อและวิถีชีวิตของคนไทยมากขึ้น ได้แก่ Phramongkutklao Model (PMK Model) ใช้ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า แต่ในภาพรวมระดับชาติ กลุ่ม AA ยังไม่แพร่หลาย มีความจำกัดในการรวมกลุ่มและการเข้าถึง การบำบัดด้วยวิธีนี้จึงอาจมีความจำกัดในบริบทของประเทศไทย

การส่งผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ เข้ารับการบำบัดเฉพาะทางโรคตับ

Q9

เมื่อใดที่แพทย์ทั่วไปควรส่งผู้ป่วยที่ติดสุราเข้ารับการบำบัด
เฉพาะทางโรคตับ (specialized liver treatment)?

Statement 9

ผู้ที่มีตับแข็ง ผู้ที่มีโรคตับร่วม (เช่น โรคตับจากไวรัสตับอักเสบรวมกับแอลกอฮอล์) หรือมีภาวะ
ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่รุนแรง (severe alcoholic hepatitis) ควรได้รับการส่งต่อหา
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคตับ ส่วนผู้ที่มีภาวะไขมันคั่งตับจากแอลกอฮอล์ หรือมีค่าตับผิดปกติ
แต่ไม่มีตับแข็ง หรือภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ให้พิจารณาเป็นรายๆ ไป

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับต่ำมาก

Rationale

ผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งควรได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคทางเดินอาหารและตับ เนื่องจากอาจจะต้องมี
การส่องกล้องตรวจหาเส้นเลือดชดในหลอดอาหาร การคัดกรองมะเร็งตับ และการดูแลภาวะแทรกซ้อนจากตับแข็ง เช่น
ท้องมานหรืออาการทางสมองเหตุจากตับ รวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคตับอื่นร่วมด้วยควรได้พบผู้เชี่ยวชาญเช่นกัน เพราะนอกจาก
ภาวะตับแข็งจะเกิดเร็วขึ้นแล้ว ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาจำเพาะสำหรับโรคตับอื่นร่วมด้วย เช่น ในกรณีการ
ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือซี (ซึ่งผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับเสี่ยงควรได้รับการตรวจทุกคน) สำหรับผู้ป่วยตับอักเสบจาก
แอลกอฮอล์ที่รุนแรงจะมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตสูง ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาโดยแพทย์
ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางเดินอาหารและตับ

สำหรับความผิดปกติของตับอื่นๆ เช่นภาวะไขมันคั่งตับจากแอลกอฮอล์หรือผลเลือดที่ผิดปกติ หากผู้ป่วยไม่มี
ตับแข็งหรือมีภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่รุนแรง การรักษาจะเป็นเพียงการให้ผู้ป่วยหยุดแอลกอฮอล์อย่างเด็ดขาด
เนื่องจากพยาธิสภาพของตับจะดีขึ้นได้เองเมื่อผู้ป่วยเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามการส่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อรักษา
ต่อกับผู้เชี่ยวชาญด้านโรคทางเดินอาหารและตับควรพิจารณาเป็นรายบุคคล เนื่องจากการตรวจพบภาวะตับแข็งขั้นต้น
อาจไม่ชัดเจน สำหรับการรักษาปัญหาติดแอลกอฮอล์ที่รุนแรง ผู้ป่วยควรพบแพทย์ที่สามารถให้การบำบัดแบบสั้นหรือ
จิตแพทย์ได้ตามความเหมาะสมของระดับปัญหา

ภาวะหรือโรคร่วมที่ควรประเมิน หรือคัดกรองในผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์

Q10

มีภาวะหรือโรคร่วมอะไรบ้างที่ควรประเมินหรือคัดกรอง
ในผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์?

Statement 10

ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำควรระมัดระวังในการใช้พาราเซตามอล เนื่องจากอาจมีโอกาส
เกิดพิษต่อตับมากกว่าคนทั่วไป

Q10

Recommendation

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

Rationale

ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำมีความเสี่ยงต่อความเป็นพิษต่อตับจากพาราเซตามอลเพิ่มขึ้นกว่าคนปกติ โดยแอลกอฮอล์จะเพิ่มการทำงานของเอนไซม์ CYP2E1 ในตับ ซึ่งจะทำให้เกิดสารที่เป็นพิษที่เกิดจากพาราเซตามอล (N-acetyl-p-benzoquinone imine หรือ NAPQI) เพิ่มขึ้น ร่วมกับผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์มักมีโรคตับและภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย ทำให้ glutathione ที่สะสมในตับลดลง ซึ่ง glutathione เป็นสารสำคัญที่ช่วยทำลาย NAPQI¹⁴⁵ ปริมาณยาพาราเซตามอลที่ปลอดภัยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังเป็นที่ถกเถียงกัน ผลจากการศึกษาชนิดสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมและชนิดอภิมาน¹⁴⁶⁻¹⁵⁰ พบว่าการรับประทานพาราเซตามอลขนาด 4 ก./วัน เป็นระยะเวลา 2-5 วัน ในผู้ป่วยที่ดื่มสุราเป็นประจำและเพิ่งหยุดสุราไม่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่าการทำงานของตับ แตกต่างจากกลุ่มที่ได้ยาหลอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (โดยทุกการศึกษาได้คัดผู้ป่วยที่มีโรคตับรุนแรงออกจากการศึกษา) อย่างไรก็ตามมี 1 การศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำที่รับประทานพาราเซตามอล 4 ก./วัน เป็นเวลา 10 วัน จะมีระดับ ALT สูงกว่ายาหลอกอย่างมีนัยสำคัญโดยไม่พบการบาดเจ็บของตับที่รุนแรง¹⁴⁹ นอกจากนี้ข้อมูลจากรายงานผู้ป่วยที่เกิดพิษต่อตับจากพาราเซตามอลหลายรายงานรวมทั้งรายงานจากประเทศไทย พบผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำส่วนมากมีประวัติรับประทานยาพาราเซตามอลเกินขนาดเพียงเล็กน้อย (4-6 ก./วัน) โดยไม่ได้ตั้งใจรับประทานยาเกินขนาด และจำนวนมากถึงเกือบร้อยละ 40 มีประวัติรับประทานยาพาราเซตามอลน้อยกว่า 4 ก./วัน^{145, 151-153} โดยพบว่าผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำและเกิดพิษต่อตับจากพาราเซตามอลแบบไม่ได้ตั้งใจมีแนวโน้มพบบ่อยขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมาพบแพทย์ช้า มีการบาดเจ็บของตับที่รุนแรงและอัตราเสียชีวิตสูงกว่าการเกิดพิษต่อตับจากพาราเซตามอลกลุ่มทั่วไป^{151, 152} ดังนั้นผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ (แม้ยังไม่มีโรคตับแข็ง) ควรใช้ยาพาราเซตามอลด้วยความระมัดระวัง โดยทั่วไปในกรณีที่ไม่มโรคตับสามารถรับประทานยาพาราเซตามอลเพื่อบรรเทาอาการปวดตามความจำเป็นได้ในขนาดไม่เกิน 3 ก./วัน (และไม่ควรเกิน 750 มก./ครั้ง)

สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคตับเรื้อรังหรือตับแข็งระยะแรกไม่ควรรับประทานพาราเซตามอลเกิน 2 ก./วัน สำหรับผู้ป่วยที่มีโรคตับแข็งระยะรุนแรงไม่ควรรับประทานพาราเซตามอลเกิน 1 ก./วัน และไม่ควรรับประทานพาราเซตามอลเลยกรณีผู้ป่วยตับแข็งที่ยังดื่มเหล้าอยู่หรือเพิ่งหยุดดื่มเหล้า และผู้ป่วยที่กำลังมีตับอักเสบเฉียบพลันอยู่ในขณะนั้น¹⁴⁵

สำหรับภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทได้หลายรูปแบบ เช่น Wernicke encephalopathy, กลุ่มอาการ Korsakoff syndrome, ภาวะบกพร่องทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้คิด (cognitive impairment), การเสื่อมสลายของสมองน้อย (cerebellar degeneration), โรคเส้นประสาทหลายเส้น (polyneuropathy), โรคเส้นประสาทอัตโนมัติ (autonomic neuropathy), โรคกล้ามเนื้อ (myopathy) และโรค Marchiafava-Bignami โดยแต่ละภาวะมีสาเหตุและอาการแสดงเบื้องต้นดังแสดงในตารางที่ 2 ถ้าแพทย์ผู้ดูแลพบอาการหรืออาการแสดงที่สงสัย ควรสืบค้นเพิ่มเติมหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญกรณีสงสัยภาวะ Wernicke encephalopathy ควรให้ thiamine 200 มก. วันละ 3 ครั้ง ทางหลอดเลือดดำก่อนการให้น้ำตาลหรือแป้ง ซึ่งอาจทำให้อาการขาด thiamine แย่ลงได้¹⁵⁴

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์

โรค	สาเหตุ	อาการแสดง
ภาวะทางสมอง เหตุขาดวิตามินบี 1 หรือ Wernicke encephalopathy	การขาดวิตามินบี 1 (Thiamine deficiency)	> ความผิดปกติของระบบประสาท ได้แก่ encephalopathy, oculomotor dysfunction และ gait ataxia
กลุ่มอาการ Korsakoff	เป็นอาการทางระบบประสาทที่ต่อเนื่องจากภาวะ Wernicke encephalopathy	> ภาวะสูญเสียความจำ (amnesia) ชนิด anterograde และ retrograde > ภาวะไร้อารมณ์ (apathy)
ภาวะบกพร่องทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้คิด	เกิดจากหลายปัจจัย เช่น การบาดเจ็บของเซลล์ประสาทหรือภาวะทุพโภชนาการ เป็นต้น	> ภาวะบกพร่องทางสุขภาพเกี่ยวกับความรู้คิด > การตรวจทางรังสีวิทยาของสมองพบการขยายตัวของโพรงสมอง (ventricle) และ sulcus
การเสื่อมสลายของสมองน้อย (cerebellar degeneration)	การเสื่อมสลายของเซลล์ชนิด Purkinje ในสมองน้อยซึ่งมักเกิดขึ้นหลังดื่มแอลกอฮอล์นานกว่า 10 ปี	> ความผิดปกติของท่าเดิน (gait) โดยมักเกิดขึ้นอย่างช้าๆ แต่บางกรณีอาการอาจทรุดลง > การตรวจร่างกายมักพบลักษณะที่บ่งบอกความผิดปกติของสมองน้อย โดยเฉพาะเกี่ยวกับท่าเดินและการทำงานเชื่อมกันของขา (lower extremity coordination)

โรค	สาเหตุ	อาการแสดง
โรคเส้นประสาทหลายเส้น (polyneuropathy)	การบาดเจ็บของเซลล์ประสาทหรือการบกพร่องของสารอาหารจากแอลกอฮอล์	> ความผิดปกติของระบบประสาทสัมผัส มอเตอร์และอัตโนมัติที่เกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป เช่น อาการชา (numbness), paresthesia, ปวด, อ่อนแรงหรือตะคริว เป็นต้น โดยมักเกิดแบบสมมาตร และที่ระบบประสาทส่วนปลาย > การตรวจร่างกายพบการลดลงของ tendon reflexes และการรับรู้ชนิดการสัมผัสและการสั่นสะเทือน (touch and vibration sensation) และอาการอ่อนแรง
โรคกล้ามเนื้อจากแอลกอฮอล์ (alcoholic myopathy)	การบาดเจ็บของเซลล์กล้ามเนื้อลายซึ่งเป็นผลจากแอลกอฮอล์	> แบบเฉียบพลัน มีอาการปวด กล้ามเนื้ออ่อนแรง และการเพิ่มขึ้นของระดับเอนไซม์ creatinine phosphokinase (CPK) > แบบเรื้อรัง มักไม่มีอาการปวด แต่จะมีอาการอ่อนแรง กล้ามเนื้อฝ่อ (muscle atrophy) โดยมักเกิดที่บริเวณสะโพก ไหล่ และระดับของ CPK ไม่สูงมากเท่าแบบเฉียบพลัน
โรค Marchiafava-Bignami	ความผิดปกติชนิด demyelination หรือการตายเฉพาะส่วน (necrosis) ของ corpus callosum และ subcortical white matter ข้างเคียง โดยมักพบในผู้ป่วยติดสุราที่ขาดสารอาหาร	> ภาวะสมองเสื่อม (dementia), ภาวะหดเกร็ง (spasticity), dysarthria และสูญเสียความสามารถในการเดิน โดยอาจเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง

แนวทางการประเมินโรคตับ

การประเมินความรุนแรงของภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์

Q11

การประเมินความรุนแรงของภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ สามารถทำได้อย่างไร? และแปลผลอย่างไร?

Statement 11

ภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์รุนแรง (severe alcoholic hepatitis) สามารถวินิจฉัยโดยมีค่า Modified Maddrey discriminant function (mDF) ≥ 32 ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตสูง

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

Rationale

การประเมินความรุนแรงของภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์สามารถทำได้หลายวิธี โดยวิธีที่ได้รับการยอมรับและใช้อย่างแพร่หลาย ได้แก่ การประเมินโดยใช้ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.

Modified Maddrey discriminant function (mDF) ซึ่งประกอบไปด้วยการใช้ระดับ prothrombin time และบิลิรูบินของผู้ป่วยในการประเมินจากสูตร $mDF = \text{บิลิรูบิน (mg./dl.)} + (4.6 \times (\text{prothrombin time ในหน่วยวินาที} - \text{ค่าปกติ}))$ โดยค่า ≥ 32 แสดงถึงภาวะตับอักเสบจากแอลกอฮอล์รุนแรงและเป็นเกณฑ์ในการให้การรักษาจำเพาะด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ ผลจากการศึกษาชนิดสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมพบผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่มีค่า $mDF \geq 32$ มีอัตราการรอดชีวิตที่ 28 วันเท่ากับร้อยละ 68 ในกลุ่มที่ควบคุมเปรียบเทียบกับร้อยละ 93 ในรายที่มีค่า $mDF < 32$ ¹⁵⁵ ผลการศึกษาวิเคราะห์หอคอกซ์ ซึ่งรวบรวมข้อมูลจาก 3 การศึกษาพบว่าในรายที่มีค่า $mDF < 32$ นั้น ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตที่ 1 เดือนน้อยกว่าร้อยละ 10¹⁵⁶ อย่างไรก็ตามเนื่องจากการความก้าวหน้าในการรักษาในปัจจุบันพบว่าพยากรณ์โรคของผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่มีค่า $mDF \geq 32$ ดีขึ้น โดยมีอัตราการเสียชีวิตที่ 1 เดือนเท่ากับร้อยละ 20-50 และเมื่ออ้างอิงผลจากการศึกษา Steroids or Pentoxifylline for Alcoholic Hepatitis (STOPAH) ด้วยพบว่าผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่มีค่า $mDF \geq 32$ นั้น อัตราการเสียชีวิตที่ 30 วัน ในกลุ่มที่ได้รับยาหลอกเท่ากับร้อยละ 17¹⁵⁷

2. Model for End-stage Liver Disease (MELD) score โดยผลจากการศึกษาชนิดเก็บข้อมูลย้อนหลังในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์พบว่าค่า MELD score สามารถพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตที่ 30 และ 90 วันได้ไม่แตกต่างจาก mDF score โดยผู้ป่วยที่มีค่า MELD score > 20 นั้นมีอัตราการเสียชีวิตที่ 90 วันสูงโดยมีความไวและความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 75¹⁵⁸ ผลจากการศึกษาที่รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์แสดงว่าการใช้ MELD score นั้นมีความแม่นยำสูงที่สุดในการพยากรณ์อัตราการเสียชีวิตระยะสั้นในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์โดยมีค่า area under the receiver operating characteristics (AUROC) สูงกว่า mDF score (0.775 เปรียบเทียบกับ 0.701, $P < 0.001$)¹⁵⁹

3. Glasgow alcoholic hepatitis score (GAHS) ซึ่งคำนวณจากอายุ, ระดับเม็ดเลือดขาวในเลือด, blood urea nitrogen (BUN), prothrombin time และбилиรูบิน โดยผลจากการศึกษาในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์จำนวน 241 รายพบว่าผู้ป่วยที่มีค่า GAHS < 9 และ ≥ 9 นั้นมีอัตราการรอดชีวิตที่ 28 วันเท่ากับร้อยละ 87 และ 46 ตามลำดับ¹⁶⁰

4. ABIC score ซึ่งประกอบด้วยอายุ, บิลิรูบิน, International normalized ratio (INR) และครีเอตินินในซีรัม (serum creatinine) โดยคำนวณได้จาก $ABIC\ score = (อายุ \times 0.1) + (บิลิรูบิน \times 0.08) + (ครีเอตินิน \times 0.3) + (INR \times 0.8)$ โดยผลจากการศึกษาชนิดเก็บข้อมูลไปข้างหน้าในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์จำนวน 103 รายพบว่าผู้ป่วยที่มีค่า ABIC น้อยกว่า 6.71, ระหว่าง 6.71-8.99 และมากกว่าหรือเท่ากับ 9 นั้นมีอัตราการรอดชีวิตที่ 90 วันเท่ากับร้อยละ 100, 70 และ 25 ตามลำดับ¹⁶¹

5. Lille model เป็นวิธีการประเมินการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์โดยใช้ระดับการเปลี่ยนแปลงของбилиรูบินที่ 7 วันหลังการรักษา โดย Lille model มีค่าตั้งแต่ 0-1 ผลการศึกษาในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์จำนวน 320 รายพบว่ารายที่มีค่า Lille model ≥ 0.45 จัดเป็นกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ โดยพบว่ารายที่มีค่า Lille model ≥ 0.45 มีอัตราการรอดชีวิตที่ 6 เดือนเท่ากับร้อยละ 25 เปรียบเทียบกับร้อยละ 85 ในรายที่มีค่า Lille model < 0.45¹⁶² ต่อมาผลการศึกษาชนิดกึ่งสุ่มในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์พบว่าสามารถใช้ Lille model แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม complete responder (Lille scores ≤ 0.16), partial responder (Lille score 0.16-0.56) และ null responder (Lille score ≥ 0.56) ซึ่งอัตราการรอดชีวิตที่ 28 วันของทั้ง 3 กลุ่มเท่ากับร้อยละ 91, 79 และ 53 ตามลำดับ¹⁶³

การประเมินความรุนแรงของพยาธิสภาพของตับ (เช่น พังผืด หรือภาวะตับแข็ง) ในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์

Q12

การประเมินความรุนแรงของพยาธิสภาพของตับ
(เช่น พังผืด หรือภาวะตับแข็ง) ในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์
สามารถทำได้อย่างไร? และแปลผลอย่างไร?

Statement 12.1 ผู้ที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังเข้าเกณฑ์ที่มีความเสี่ยง ควรได้รับการตรวจประเมินพยาธิสภาพของตับ (เช่น พังผืดตับหรือภาวะตับแข็ง) ด้วย AST, ALT และ platelet level เพื่อคำนวณ FIB-4 score และ/หรือการตรวจอัลตราซาวด์ตับ โดยทางเลือกอื่นในการประเมินพังผืดตับ ได้แก่วิธี transient elastography

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

Statement 12.2 การแปลผล หาก FIB-4 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 3.25 หรือ transient elastography มีค่า liver stiffness ตั้งแต่ 12 kPa หรืออัลตราซาวด์ตับแข็ง ควรได้รับการส่งตัวไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคตับ

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

Rationale

ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่มีพังผืดในตับมากหรือมีภาวะตับแข็ง เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคตับในระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังที่ในปริมาณมากหรือมีโรคตับอื่นร่วมด้วย จึงควรได้รับการคัดกรองระดับพังผืดในตับ โดยอาจจะใช้เครื่องมือที่ง่ายและมีทั่วไปในโรงพยาบาลเกือบทุกขนาดเพื่อคัดกรองภาวะตับแข็ง ได้แก่การตรวจอัลตราซาวด์ตับ หากพบมีลักษณะของตับแข็งควรส่งตัวผู้ป่วยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคตับร่วมดูแลด้วย นอกเหนือจากที่ต้องรับการรักษาเพื่อเลิกดื่มแอลกอฮอล์

อย่างไรก็ดีเนื่องจากภาวะตับแข็งที่เกิดจากแอลกอฮอล์มักเป็นแบบ micronodular cirrhosis¹⁶⁴ ซึ่งอาจเห็นไม่ชัดด้วยอัลตราซาวด์ หากตรวจร่างกายผู้ป่วยพบอาการแสดงของโรคตับเรื้อรัง (เช่น spider angioma) หรือผู้ที่เคยมีประวัติของอาการตับทรุด (decompensation) มาก่อน เช่น อาเจียนเป็นเลือดหรือท้องมานก็จัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเป็นไปได้สูงที่จะมีภาวะตับแข็งแล้ว จึงควรส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเช่นเดียวกัน หากไม่พบอาการและอาการแสดงดังกล่าว

การประเมินพังผืดตับที่เป็นมาตรฐานคือการเจาะตรวจชิ้นเนื้อตับ แต่เนื่องจากการตรวจที่รุกรานมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือกระทั่งเสียชีวิตได้ แม้ความเสี่ยงนั้นน้อยก็ตาม จึงไม่แนะนำให้เจาะตรวจชิ้นเนื้อตับในผู้ป่วยทุกราย แต่แนะนำให้ประเมินพังผืดตับด้วยวิธีที่ไม่รุกราน (non-invasive test) ก่อน

การประเมินพังผืดตับด้วยวิธีที่ไม่รุกรานที่ได้รับการศึกษาและมีข้อมูลมากที่สุดในการผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ ได้แก่ การตรวจความยืดหยุ่นของตับ (liver stiffness) ด้วยเครื่อง transient elastography (Fibroscan®)^{5,165} พบว่าความสามารถในการวินิจฉัยพังผืดระยะรุนแรง (advanced fibrosis >F3) และตับแข็ง (F4) อยู่ในระดับดีมาก มีค่า AUROC ถึง 0.9 และ 0.91 ตามลำดับ จากการศึกษาวิเคราะห์หอยักษ์¹⁶⁶ พบว่าค่า cut-off ที่แนะนำสำหรับการวินิจฉัยพังผืดระยะรุนแรง คือ >12.1 kPa ซึ่งมีความไวและความจำเพาะของภาวะดังกล่าวอยู่ที่ร้อยละ 81 และ 83 ตามลำดับ¹⁶⁷ ส่วนค่า cut-off ที่แนะนำสำหรับภาวะตับแข็งคือ >18.6 kPa ซึ่งมีความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยอยู่ที่ร้อยละ 84 และ 85 ตามลำดับ¹⁶⁶

ข้อควรระวังในการแปลผล transient elastography ในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ คือการที่ผู้ป่วยยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่ต่อเนื่องอาจทำให้ค่าความยืดหยุ่นของตับจาก transient elastography สูงกว่าความเป็นจริงได้ รวมทั้งหากตรวจในผู้ป่วยที่กำลังมีผลเอนไซม์ตับผิดปกติหรือมีภาวะดีซ่านอยู่ ก็อาจทำให้ค่าความยืดหยุ่นของตับสูงกว่าความเป็นจริงได้เช่นกัน โดยพบว่าหากหยุดดื่มแอลกอฮอล์โดยเด็ดขาดเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ จะพบค่าความยืดหยุ่นของตับลดลงได้ถึงร้อยละ 20 และอาจลดลงได้อีกหากหยุดแอลกอฮอล์ต่อเนื่องนานกว่านั้น มีคำแนะนำให้หยุดแอลกอฮอล์อย่างน้อย 4 สัปดาห์ก่อนการตรวจ transient elastography เพื่อให้ได้ค่าที่เชื่อถือได้^{164, 165} นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเอนไซม์ตับ และ/หรือมีภาวะดีซ่านร่วมด้วย มีผู้แนะนำว่าอาจพิจารณา cut-off ของ transient elastography ที่แตกต่างกันออกไป¹⁶⁸ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่า cut-off ของ transient elastography ที่แนะนำในผู้ป่วยที่มีค่าการทำงานของตับผิดปกติในระดับต่างๆ¹⁶⁶

ค่าการทำงานของตับ ณ ช่วงที่ตรวจ transient elastography	F3 cut-off	F4 cut-off
AST < 38.7 U/L และบิลิรูบิน < 0.5 มก./ดล.	8.8 kPa	12.1 kPa
AST < 38.7 U/L และบิลิรูบิน 0.5-1 มก./ดล. หรือ AST 38.7-75 U/L และบิลิรูบิน < 0.5 มก./ดล.	11.2 kPa	15.4 kPa
AST 38.7-75 U/L และบิลิรูบิน 0.5-1 มก./ดล.	12.3 kPa	19.9 kPa
AST > 75 U/L และบิลิรูบิน > 1 มก./ดล.	16.1 kPa	25.9 kPa

แม้การตรวจด้วยเครื่อง transient elastography จะเป็นวิธีการตรวจแบบไม่รุกรานที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากที่สุดแต่เป็นการตรวจที่ต้องใช้เครื่องมือจำเพาะที่มีราคาค่อนข้างสูง ซึ่งในประเทศไทยเครื่องมือดังกล่าวจะอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเป็นส่วนใหญ่ ทำให้อาจไม่เหมาะสมที่จะนำมาใช้คัดกรองในระดับปฐมภูมิ มีการศึกษาถึงวิธีการตรวจแบบไม่รุกรานที่อาศัยผลที่ได้จากการตรวจเลือดเช่นเดียวกัน แต่ที่มีข้อมูลว่าได้ผลการศึกษาค่อนข้างดี มีความแม่นยำในการวินิจฉัยไม่ด้อยกว่า transient elastography มากนักนั้น ส่วนใหญ่เป็นชุดตรวจที่ได้รับการจดสิทธิบัตร (patented) เช่น enhanced liver fibrosis (ELF) หรือ FibroTest ซึ่งมีราคาค่อนข้างสูง และไม่มีแพร่หลายในเวชปฏิบัติทั่วไปเช่นกัน จึงจะไม่กล่าวรายละเอียดในที่นี้

สำหรับวิธีการตรวจแบบไม่รุกรานที่ใช้การคำนวณจากข้อมูลที่มีอยู่ในการตรวจทั่วไปพบว่า FIB-4 index (คำนวณโดย $FIB-4 = \text{อายุ (ปี)} \times AST \text{ (U/L)} / [\text{Platelet (} 10^9/\text{L)} \times ALT^{1/2} \text{ (U/L)}]$) โดยที่ cut-off >3.25 จะมีค่าความไวและความจำเพาะที่ร้อยละ 58 และ 91 ตามลำดับ¹⁶⁹ (กล่าวคือ หากค่า FIB-4 >3.25 ค่อนข้างมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะพังผืดระยะรุนแรงจริงแต่อาจไม่สามารถมั่นใจได้ว่าผู้ป่วยที่มี FIB-4 <3.25 นั้นไม่มีพังผืดระยะรุนแรง) ซึ่งค่า cut-off ที่เหมาะสมสำหรับคัดภาวะพังผืดระยะรุนแรงนั้น ยังไม่มีรายงานชัดเจน ส่วน AST-to-Platelet Ratio Index (APRI) นั้นมีรายงานว่าได้ค่าความแม่นยำที่น้อยกว่า FIB-4 จึงไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁶⁸

แนวทางการรักษา ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์

การหยุดดื่มสุราโดยเด็ดขาด (alcohol abstinence)

Statement

การรักษาโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่ดีที่สุด คือการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะช่วยให้พยาธิสภาพของตับดีขึ้น และลดโอกาสการดำเนินโรคสู่ภาวะตับแข็งได้ในเกือบทุกระยะของโรค และช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่ดีขึ้น

การรักษาโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่ดีที่สุด คือการหยุดดื่มแอลกอฮอล์ ผลจากการศึกษาพบว่าการหยุดดื่มแอลกอฮอล์จะทำให้พยาธิสภาพของตับดีขึ้น และลดโอกาสการดำเนินโรคสู่ภาวะตับแข็งได้ในเกือบทุกระยะของโรค และช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตที่ดีขึ้น^{8, 170} ซึ่งผลจากการหยุดดื่มแอลกอฮอล์นี้สามารถเห็นได้อย่างชัดเจนในระยะเวลานั้น โดยพบว่าร้อยละ 66 ของผู้ป่วยที่สามารถหยุดดื่มแอลกอฮอล์ได้ส่งผลให้โรคตับดีขึ้นในระยะเวลา 3 เดือน หลังการหยุดดื่มแอลกอฮอล์¹⁷¹ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีเพียงไขมันสะสมในตับนั้นพบว่าการพยากรณ์โรคนั้นค่อนข้างดี

ถ้าหยุดดื่มแอลกอฮอล์ โดยตับจะสามารถกลับเป็นปกติได้ในระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ แต่ในบางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดตับแข็งได้ร้อยละ 5-15 แม้ว่าจะหยุดดื่มแอลกอฮอล์แล้วก็ตาม แต่ถ้าผู้ป่วยยังคงดื่มแอลกอฮอล์ต่อก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดตับแข็งได้ร้อยละ 30-37¹⁷² และจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันพอร์ทัลสูง เช่น เลือดออกในทางเดินอาหารมากขึ้น ตลอดจนมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคตับเพิ่มขึ้น ปัญหาสำคัญคือผู้ป่วยที่หยุดดื่มแอลกอฮอล์แล้วนั้น อาจกลับไปดื่มแอลกอฮอล์อีกโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง โดยพบว่าร้อยละ 67-81 ของผู้ป่วยกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ภายในเวลา 1 ปี¹⁷³ ดังนั้นการให้การดูแลรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยุดดื่มแอลกอฮอล์โดยเด็ดขาดจึงมีความสำคัญมาก โดยผู้ป่วยที่มีตับอักเสบรุนแรงจากแอลกอฮอล์และยังดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีเพียงร้อยละ 21 เทียบกับผู้ป่วยที่เลิกดื่มแอลกอฮอล์จะมีอัตราการรอดชีวิตร้อยละ 75.3 หลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์ 18 เดือน¹⁷¹

การดูแลรักษาทั่วไปในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์

แพทย์ควรเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่มีอาการที่ทรุดลง โดยการค้นหาแหล่งของการติดเชื้อ พร้อมให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุม (broad-spectrum antibiotics) อย่างทันที

ผู้ป่วยที่มีตับอักเสบจากแอลกอฮอล์รุนแรงมักมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีโดยมีอัตราเสียชีวิตที่ 30 วันหลังนอนโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 สาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญเกิดจากการติดเชื้อแทรกซ้อนและระบบอวัยวะทำงานล้มเหลว ดังนั้นแพทย์ควรเฝ้าระวังภาวะติดเชื้อและค้นหาแหล่งเชื้อโดยการเพาะเชื้อจากเลือด ปัสสาวะ และน้ำในช่องท้อง (หากมี) และถ่ายภาพรังสีปอด พร้อมให้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมอย่างทันที โดยการเลือกชนิดของยาปฏิชีวนะขึ้นกับลักษณะของผู้ป่วยว่าเป็นการติดเชื้อจากชุมชน (community acquired infection) หรือติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) โดยการติดเชื้อในโรงพยาบาลจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อดื้อยาและเชื้อที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลด้วย รวมถึงการส่งตรวจเพื่อค้นหาการติดเชื้อแทรกซ้อนไวรัสและเชื้อราด้วย¹⁷⁴ นอกจากนั้นผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานอาจมีโรคร่วมที่มีสาเหตุจากการดื่มแอลกอฮอล์ในหลายๆ ระบบด้วย เช่น ระบบหัวใจและหลอดเลือด (เช่น โรคของกล้ามเนื้อหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง), โรคไตเรื้อรัง, โรคระบบทางเดินอาหาร (เช่น โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง), ภาวะทุพโภชนาการและการขาดวิตามินและแร่ธาตุ, โรคทางระบบประสาท (เช่น ภาวะทางสมองเหตุขาดวิตามินบี 1 และภาวะสมองเสื่อม), โรคทางระบบเลือด (เช่น โรคโลหิตจางจากการขาดสารอาหาร), โรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (เช่น ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และโรคกระดูกพรุน) และปัญหาทางจิตเวช เช่น การติดบุหรี่หรือสารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ต้องประเมินระหว่างการรักษาผู้ป่วยเช่นกัน

โภชนบำบัด ในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์



แนวทางทั่วไป

ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ในทุกระยะมักมีภาวะทุพโภชนาการร่วมด้วย ซึ่งภาวะทุพโภชนาการส่งผลต่อการดำเนินโรคและคุณภาพชีวิตที่แย่ลง การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น¹⁷⁵⁻¹⁷⁷ โดยสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น การรับประทานอาหารลดลง หรือการดูดซึมสารอาหารผิดปกติ รวมทั้งมีความผิดปกติของกระบวนการเมตาบอลิซึม เช่น hypermetabolic state, negative nitrogen balance, bacterial translocation เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการตรวจประเมินด้านโภชนาการเพื่อการวินิจฉัยและแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว โดยการคัดกรองเบื้องต้นด้วยคำถาม เช่น การบริโภคสารอาหาร น้ำหนักที่ลดลง การสูญเสียไขมันใต้ผิวหนังและมวลกล้ามเนื้อ การบวม และประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง¹⁷⁷ โดยอาจประเมินร่วมกับเครื่องมือวัดภาวะโภชนาการอย่างง่าย ได้แก่การวัดสัดส่วนของร่างกาย (เช่น body mass index, mid-arm muscle circumference) หรือการวัด hand grip strength หากการคัดกรองเบื้องต้นไม่พบความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร แนะนำให้ทำการประเมินซ้ำเป็นระยะ กรณีพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการจากผลคัดกรองที่ผิดปกติ ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินทางโภชนาการอย่างละเอียดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และ/หรือนักโภชนาการ เพื่อวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของภาวะทุพโภชนาการ^{177, 178} ในแง่ของการรักษา ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ควรได้รับการดูแลทางโภชนาการอย่างเหมาะสมเพื่อให้ได้รับพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอ (ตารางที่ 4) เพื่อป้องกันการสลายโปรตีนจากกล้ามเนื้อมาใช้เป็นพลังงาน โดยปริมาณพลังงานจากสารอาหารที่ควรได้รับต่อวันขึ้นกับน้ำหนักตัว ภาวะทุพโภชนาการและระยะของโรคตับของผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ยังพบการขาดวิตามินและแร่ธาตุได้บ่อย เช่น วิตามินบี 1, โฟเลต, แมกนีเซียม และสังกะสี เป็นต้น^{176, 177}

ตารางที่ 4 ความต้องการพลังงานต่อวันในผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์	ความต้องการพลังงานต่อวัน (ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน)
อาการทั่วไปปกติและไม่มีภาวะทุพโภชนาการ	25 – 35 กิโลแคลอรี
ภาวะทุพโภชนาการ	30 – 40 กิโลแคลอรี
ผู้ป่วยที่อ้วน (ดัชนีมวลกาย > 30 กก./ม. ²)	25 กิโลแคลอรี
ตับอักเสบจากแอลกอฮอล์	35 – 40 กิโลแคลอรี
ตับแข็งระยะ compensated	25 - 30 กิโลแคลอรี
ตับแข็งระยะ decompensated	30 - 35 กิโลแคลอรี



โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์

Q13

การให้โภชนบำบัดสำหรับผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ มีความสำคัญอย่างไร?

Statement 13.1 เนื่องจากในผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากแอลกอฮอล์พบอุบัติการณ์ของภาวะทุพโภชนาการได้บ่อย ดังนั้นแพทย์ควรประเมินสถานะทางโภชนาการในผู้ป่วยกลุ่มนี้

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

Q13

Statement 13.2 ผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ควรได้รับการรักษาทางโภชนาการเนื่องจากมีประโยชน์ ในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิต

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Rationale

การศึกษาโดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะทุพโภชนาการต่างๆ พบอุบัติการณ์ของภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 60-100^{179, 180} นอกจากนั้นมีการศึกษาที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างระดับของภาวะทุพโภชนาการกับความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁸⁰ ผลการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้โภชนาการในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์โดยเพียงอย่างเดียวหรือร่วมกับการให้ยาคอร์ติโคสเตียรอยด์พบว่าการใช้โภชนาการด้วยวิธีการต่างๆ ทั้งการรับประทานทางปาก การให้อาหารทางสายหรือการใช้โภชนาการทางหลอดเลือดดำ มีประโยชน์ในแง่ลดอัตราการติดเชื้อ เพิ่มอัตราการดีขึ้นของอาการทางสมองเหตุจากตับและระดับบิลิรูบิน¹⁸¹ สำหรับประโยชน์ในการลดอัตราการเสียชีวิตนั้น มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่ได้รับอาหารที่ให้พลังงานต่อวันน้อยกว่า 21.5 กิโลแคลอรี/กก./วัน นั้นมีอัตราการเสียชีวิตที่ 1 และ 6 เดือนมากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารที่ให้พลังงานสูงกว่านั้น¹⁸² ตลอดจนพบความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ดอภิมานพบว่าการใช้โภชนาการในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์นั้นมีแนวโน้มที่จะลดอัตราการเสียชีวิต แต่ผลการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของความแตกต่างของแต่ละงานวิจัยอยู่ในระดับมาก จึงยังต้องการศึกษาคุณภาพที่ดีที่ยืนยันประโยชน์ในด้านนี้ของการให้โภชนาการต่อไป¹⁸¹

สำหรับผู้ป่วยด้อยโภชนาการจากแอลกอฮอล์ชนิดรุนแรง แนะนำการให้สารอาหารที่ให้ค่าพลังงาน 35-40 กิโลแคลอรี/กก./วัน และโปรตีนจำนวน 1.2-1.5 กรัม/กก./วัน ซึ่งมีการศึกษาชนิดสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมขนาดเล็กเปรียบเทียบระหว่างการให้โปรตีน 1.5 กรัม/กก./วัน ในผู้ป่วยด้อยโภชนาการจากแอลกอฮอล์จำนวน 16 ราย เปรียบเทียบกับการทานอาหารปกติจำนวน 15 ราย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรตีนในระดับสูงมีอัตราการดีขึ้นของอาการทางสมองเหตุจากตับที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม¹⁸³ โดยหากผู้ป่วยสามารถรับประทานได้เองให้พิจารณารับประทานเองทางปากก่อน และหากไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเสริมด้วยการให้อาหารผ่านทางสายให้อาหาร โดยจากการศึกษาในผู้ป่วยด้อยโภชนาการจากแอลกอฮอล์ชนิดรุนแรงจำนวน 71 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้อาหารในรูปแบบ enteral nutrition 2,000 กิโลแคลอรี/วัน เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยา prednisolone ขนาด 40 มก./วัน โดยติดตามผลการศึกษาในแง่อัตราการเสียชีวิตที่ 28 วัน และภายใน 1 ปี พบว่าอัตราการเสียชีวิตที่ 28 วันในทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน¹⁸⁴ และหากยังพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามเป้าหมายจึงพิจารณาการให้อาหารทางหลอดเลือดดำเป็นลำดับถัดไป

ในแง่ของการขาดจุลธาตุ (trace element) และวิตามิน ผลจากการศึกษาตามขวาง (cross-sectional study) ในผู้ป่วยด้อยโภชนาการจากแอลกอฮอล์ชนิดรุนแรงจำนวน 302 ราย พบอุบัติการณ์ของการขาดธาตุสังกะสีและซีลีเนียมร้อยละ 85 และ 67 ตามลำดับ สำหรับการขาดธาตุเหล็กและทองแดงพบร้อยละ 11 และ 16 ในการศึกษาเดียวกันยังพบว่าภาวะการขาดธาตุเหล็กมีความสัมพันธ์กับอัตราการติดเชื้อภายใน 90 วันในผู้ป่วยกลุ่มนี้และพบว่าภาวะการขาดสังกะสีสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่ 28 และ 90 วัน ดังนั้นการส่งตรวจและการทดแทนจุลธาตุเหล่านี้ อาจส่งผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้¹⁸⁵

ในผู้ป่วยด้อยโภชนาการที่มีข้อมูลการศึกษาชนิดอภิมานที่รวบรวมข้อมูลจาก 8 การศึกษาจำนวนผู้ป่วยรวม 341 ราย พบว่าการให้อาหารว่างเสริมในช่วงค่ำ สามารถชะลอการเสื่อมของตับและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ท้องมานหรืออาการทางสมองเหตุจากตับได้¹⁸⁶ สำหรับผู้ป่วยด้อยโภชนาการจากแอลกอฮอล์ถึงแม้ไม่มีข้อมูลการศึกษาโดยตรง แต่จากกลไกการเกิดโรคนั้นมีการเพิ่มขึ้นของการสลายของไกลโคเจนและเมตาบอลิซึมของโปรตีน ดังนั้นจึงแนะนำให้หลีกเลี่ยงการงดอาหารเป็นระยะเวลานาน และให้อาหารว่างเสริมในช่วงค่ำเหมือนเช่นในผู้ป่วยด้อยโภชนาการ

► ข้อควรระวังในการให้โภชนาบำบัดในผู้ป่วยด้อยโภชนาการจากแอลกอฮอล์

ในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการและไม่ได้รับประทานอาหารต่อเนื่องเป็นเวลานาน การให้โภชนาบำบัดเต็มที่ตั้งแต่เริ่มต้นอาจทำให้เกิดภาวะกลุ่มอาการ refeeding (refeeding syndrome) ก่อให้เกิดความผิดปกติของเกลือแร่ในเลือด ได้แก่ภาวะฟอสเฟตในเลือดต่ำ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ และแมกนีเซียมในเลือดต่ำ โดยภาวะนี้เกิดขึ้นจากการลดลงของระดับฟอสเฟต โพแทสเซียม และแมกนีเซียมภายในเซลล์เนื่องจากภาวะขาดอาหาร จนเมื่อผู้ป่วยได้รับสารอาหารเข้าไปอย่างรวดเร็ว น้ำตาลในเลือดจะกระตุ้นการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินซึ่งทำให้เกิดการนำฟอสเฟต โพแทสเซียม และแมกนีเซียมเข้าสู่เซลล์มากขึ้น ทำให้ระดับฟอสเฟต โพแทสเซียม และแมกนีเซียมในเลือดนั้นต่ำลงอย่างมากจนอาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะนี้จึงแนะนำให้ค่อยๆ เริ่มให้โภชนาบำบัดจาก 5-10 กิโลแคลอรี/กก. ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดกลุ่มอาการ refeeding หรือที่มีภาวะทุพโภชนาการขั้นรุนแรง ได้แก่ผู้ที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 16 กก./ม.² ในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 16-18.5 กก./ม.² ควรเริ่มที่ 20 กิโลแคลอรี/กก. และค่อยๆ เพิ่มปริมาณการให้โภชนาบำบัดขึ้นไปจนได้เป้าหมายที่ 4-7 วัน ในระหว่างการให้โภชนาบำบัดระยะต้น ควรมีการติดตามระดับเกลือแร่อย่างใกล้ชิด รวมทั้งให้วิตามินทดแทนตั้งแต่เริ่มแรกของการให้โภชนาบำบัด¹⁸⁷

การรักษาผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ ด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์

Q14

ผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์รายใดควรได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์? และประโยชน์ที่ได้จากการรักษามีอะไรบ้าง?

Statement 14

ผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่ได้ประโยชน์จากการรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ได้แก่

1. มีระดับบิลิรูบินในเลือด มากกว่า 4.7 มก./ดล. และ
2. มีการคำนวณค่า mDF ตั้งแต่ 32 ขึ้นไป และ
3. ไม่มีข้อห้ามในการให้ยากลุ่มสเตียรอยด์ เช่น มีภาวะติดเชื้อ

Q14

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Q15

การประเมินผลการรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์สามารถทำได้อย่างไร? และผู้ป่วยรายใดที่ควรหยุดการรักษา?

Statement 15

ในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ที่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ควรได้รับการประเมินด้วย Lille model หลังได้รับการรักษาในวันที่ 7 และหากมีค่า Lille model ≥ 0.45 ควรยุติการรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์

Q15

Recommendation

แนะนำอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับดี

Q16

นอกจากการให้โภชนบำบัดและยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์แล้ว มียาอื่นที่มีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์หรือไม่?

Q16

Statement 16

นอกจากการให้โภชนบำบัดและยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ยังไม่พบว่ามียาอื่นที่มีประโยชน์ในการลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์

Recommendation

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

Rationale

ข้อมูลจากการศึกษา STOPAH พบว่าการรักษาด้วยยา prednisolone ขนาด 40 มก./วัน เป็นระยะเวลา 28 วัน ในผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ 3 ข้อดังต่อไปนี้ 1) ระดับบิลิรูบินในเลือดมากกว่า 4.7 มก./ดล. และ 2) มีการคำนวณค่า mDF ตั้งแต่ 32 ขึ้นไป และ 3) ไม่มีข้อห้ามในการให้ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ เช่น มีภาวะติดเชื้อ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตที่ 28 วัน ลงได้ร้อยละ 28 เมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยยา pentoxifylline ขนาด 400 มก. วันละ 3 ครั้ง ต่อวันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵⁷ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่า การให้การรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ ไม่พบประโยชน์ในการลดอัตราการเสียชีวิตที่ 90 วัน นอกจากนี้ข้อมูลจากการศึกษาชนิดกึ่งสุ่มถึงประโยชน์ของการให้ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์รวม 12 การศึกษา และการวิเคราะห์ห่อภิณีย่อยอีก 7 การศึกษา พบว่ายากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในระยะสั้นได้ร้อยละ 46 โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องใช้เพื่อการรักษา 13 ราย¹⁸⁸

ในแง่ของข้อห้ามของการให้ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ ข้อมูลจากการศึกษา STOPAH และจากอีก 1 การศึกษาพบว่า การรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์เพิ่มความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในการติดเชื้อร้อยละ 6 นอกจากนี้ในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับคอร์ติโคสเตียรอยด์และเกิดการติดเชื้อมีอัตราการรอดชีวิตที่น้อยกว่า กลุ่มที่ตอบสนองต่อการให้คอร์ติโคสเตียรอยด์ โดยเป็นที่สังเกตว่าอัตราการรอดชีวิตในกลุ่มที่เกิดการติดเชื้อจะไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา^{157, 162} ซึ่งในทางปฏิบัติจริงอาจมีปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่ยังไม่ได้รับการศึกษาที่เพียงพอในงานวิจัยอีกมาก จึงอาจพิจารณาเป็นรายๆ ไปตามความเหมาะสม นอกจากนี้การศึกษา ที่แสดงว่าผู้ป่วยที่มีแนวโน้มการลดลงของระดับบิลิรูบิน โดยเฉพาะมีการลดลงมากกว่าร้อยละ 20 ในช่วง 7 วันแรก มีแนวโน้มที่จะมีอัตราการอยู่รอดที่สูง มีการพยากรณ์โรคที่ดีและอาจจะไม่ได้ประโยชน์จากการให้คอร์ติโคสเตียรอยด์¹⁸⁹ รวมทั้งพิจารณาใช้ Lille model ในการทำนายผู้ป่วยที่อาจไม่ได้ประโยชน์จากยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ โดยพบว่าผู้ป่วยที่ Lille model ≥ 0.45 ในวันที่ 7 ควรยุติการรักษาด้วยยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์¹⁶²

นอกจากการให้โภชนบำบัดและยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์แล้ว ผลจากการศึกษา STOPAH ไม่พบประโยชน์จากการให้ยา pentoxifylline ในการลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ชนิดรุนแรง¹⁵⁷ ส่วนการรักษาด้วยยาอื่น เช่น anti-TNF antibodies, anabolic steroids และ G-CSF ไม่พบว่าได้ประโยชน์

การปลูกถ่ายตับ

Q17

ผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ร้ายแรง
ที่ควรได้รับการพิจารณารักษาด้วยการปลูกถ่ายตับ

Statement 17 ในประเทศไทยผู้ป่วยโรคตับจากแอลกอฮอล์ที่ควรส่งต่อเพื่อรับการพิจารณารักษาด้วยการปลูกถ่ายตับ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคตับแข็งจากแอลกอฮอล์ที่ยังอยู่ในระยะ decompensated หลังหยุดดื่มสุรามากกว่า 6 เดือน

Q17

Recommendation

เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หลักฐานคุณภาพ

ระดับปานกลาง

Rationale

ผู้ป่วยโรคตับอักเสบจากแอลกอฮอล์รุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ กล่าวคือผู้ป่วยที่มี Lille score ≥ 0.45 ภายหลังการรักษาด้วยยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ไปแล้ว 7 วัน มีอัตราการรอดชีวิตน้อย ดังนั้นในผู้ที่ไม่มีข้อห้ามต่อการปลูกถ่ายตับอาจพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยเพื่อประเมินเข้าสู่กระบวนการปลูกถ่ายตับ จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า การปลูกถ่ายตับในผู้ป่วยที่เกิดการอักเสบจากแอลกอฮอล์ครั้งแรก และได้ผ่านการประเมินความเสี่ยงของการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์จากทั้งทีมแพทย์ปลูกถ่ายตับ นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมกับผู้ป่วยมีครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ดี การปลูกถ่ายตับสามารถเพิ่มอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ^{190, 191} แต่จากการศึกษาในต่างประเทศนั้นพบว่าอัตราส่วนของผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์ ที่ผ่านการประเมินและเข้าสู่กระบวนการปลูกถ่ายตับนั้นมีน้อยกว่าร้อยละ 10 การปลูกถ่ายตับในประเทศไทยมีข้อแนะนำว่าผู้ป่วยควรงดการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำอย่างน้อย 6 เดือนก่อนปลูกถ่ายตับ¹⁹² และการปลูกถ่ายตับในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดในหลายด้าน เช่น จำนวนสถาบันที่ปลูกถ่ายตับ ผู้ป่วยโรคตับที่รอรับการปลูกถ่ายตับมีมาก จำนวนผู้บริจาคอวัยวะมีน้อย สิทธิการรักษา การพิจารณาความเหมาะสมของผู้ป่วยสำหรับการปลูกถ่ายตับนั้นยังขึ้นกับสถาบันและคณะกรรมการปลูกถ่ายตับของสถาบันนั้นๆ อีกด้วย



แนวทางเวชปฏิบัติ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับ

จากแอลกอฮอล์

ในประเทศไทย

พ.ศ. 2568

Thai Guideline

for The Management

of Alcohol-related

Liver Disease 2025

เอกสารอ้างอิง



เอกสารอ้างอิง

1. Association AP. American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5™2013.
2. <https://icd.who.int/en>
3. สาวิตรี อัจฉนังค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ปัญหาและความผิดปกติ จากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. กรุงเทพฯ; สหมิตรการพิมพ์; 2567.
4. Crabb DW, Im GY, Szabo G, Mellinger JL, Lucey MR. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Diseases: 2019 Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2020;71(1):306-33.
5. European Association for the Study of the Liver. Electronic address eee, European Association for the Study of the L. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol*. 2018;69(1):154-81.
6. Lane BP, Lieber CS. Ultrastructural alterations in human hepatocytes following ingestion of ethanol with adequate diets. *Am J Pathol*. 1966;49(4):593-603.
7. Rubin E, Lieber CS. Alcohol-induced hepatic injury in nonalcoholic volunteers. *N Engl J Med*. 1968;278(16):869-76.
8. Lackner C, Spindelboeck W, Haybaeck J, Douschan P, Rainer F, Terracciano L, et al. Histological parameters and alcohol abstinence determine long-term prognosis in patients with alcoholic liver disease. *J Hepatol*. 2017;66(3):610-8.
9. Louvet A, Labreuche J, Artru F, Bouthors A, Rolland B, Saffers P, et al. Main drivers of outcome differ between short term and long term in severe alcoholic hepatitis: A prospective study. *Hepatology*. 2017;66(5):1464-73.
10. Barrio E, Tome S, Rodriguez I, Gude F, Sanchez-Leira J, Perez-Becerra E, et al. Liver disease in heavy drinkers with and without alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(1):131-6.
11. Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH. ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(2):175-94.
12. Crabb DW, Bataller R, Chalasani NP, Kamath PS, Lucey M, Mathurin P, et al. Standard Definitions and Common Data Elements for Clinical Trials in Patients With Alcoholic Hepatitis: Recommendation From the NIAAA Alcoholic Hepatitis Consortia. *Gastroenterology*. 2016;150(4):785-90.

13. Collaborators GBDRF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1923-94.
14. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2556.
15. จิราลักษณ์ นนทรักษ์. รายงานแนวโน้มสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตอันมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ปี 2558-2562.
16. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*. 2003;98(9):1209-28.
17. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol*. 2007;8(4):292-3.
18. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res*. 2013;35(2):155-73.
19. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitakul P, et al. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. *BMC Public Health*. 2010;10:323.
20. Lan Y, Wang H, Weng H, Xu X, Yu X, Tu H, et al. The burden of liver cirrhosis and underlying etiologies: results from the Global Burden of Disease Study 2019. *Hepatol Commun*. 2023;7(2):e0026.
21. Ye F, Zhai M, Long J, Gong Y, Ren C, Zhang D, et al. The burden of liver cirrhosis in mortality: Results from the global burden of disease study. *Front Public Health*. 2022;10:909455.
22. Charatcharoenwithaya P, Soonthornworasiri N, Karaketklang K, Poovorawan K, Pan-Ngum W, Chotiyaputta W, et al. Factors affecting mortality and resource use for hospitalized patients with cirrhosis: A population-based study. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(32):e7782.
23. Llovet JM, Kelley RK, Villanueva A, Singal AG, Pikarsky E, Roayaie S, et al. Hepatocellular carcinoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7(1):6.
24. WHO. Global status report on alcohol and health 2018.
25. Sithinamsuwan P, Piratvisuth T, Tanomkiat W, Apakupakul N, Tongyoo S. Review of 336 patients with hepatocellular carcinoma at Songklanagarind Hospital. *World J Gastroenterol*. 2000;6(3):339-43.
26. Rattanasupar A, Chartleeraha S, Akarapatima K, Chang A. Factors that Affect the Surveillance and Late-Stage Detection of a Newly Diagnosed Hepatocellular Carcinoma. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2021;22(10):3293-8.

27. Suttichaimongkol T, Mitpracha M, Tangvoraphonkchai K, Sadee P, Sawanyawisuth K, Sukeepaisarnjaroen W. Clinical versus radiographical factors associated with hepatocellular carcinoma diagnosis in high-risk patients: sizes matter. *Future Sci OA*. 2022;8(4):FSO785.
28. Somboon K, Siramolpiwat S, Vilaichone RK. Epidemiology and survival of hepatocellular carcinoma in the central region of Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(8):3567-70.
29. Sethasine S, Simasingha N, Ratana-Amornpin S, Mahachai V. Real world for management of hepatocellular carcinoma: a large population-based study. *Scand J Gastroenterol*. 2023;58(10):1153-8.
30. Chaiteerakij R, Chattieng P, Choi J, Pinchareon N, Thanapirom K, Geratikornsupuk N. Surveillance for Hepatocellular Carcinoma Reduces Mortality: an Inverse Probability of Treatment Weighted Analysis. *Ann Hepatol*. 2017;16(3):421-9.
31. Shah ND, Ventura-Cots M, Abrahdes JG, Alborae M, Alfadhli A, Argemi J, et al. Alcohol-Related Liver Disease Is Rarely Detected at Early Stages Compared With Liver Diseases of Other Etiologies Worldwide. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2019;17(11):2320-9 e12.
32. Knox J, Hasin DS, Larson FRR, Kranzler HR. Prevention, screening, and treatment for heavy drinking and alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(12):1054-67.
33. Rogal S, Youk A, Zhang H, Gellad WF, Fine MJ, Good CB, et al. Impact of Alcohol Use Disorder Treatment on Clinical Outcomes Among Patients With Cirrhosis. *Hepatology*. 2020;71(6):2080-92.
34. Smith JJ, Spanakis P, Gribble R, Stevelink SAM, Rona RJ, Fear NT, et al. Prevalence of at-risk drinking recognition: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2022;235:109449.
35. Askgard G, Kjaer MS, Tolstrup JS. Opportunities to Prevent Alcoholic Liver Cirrhosis in High-Risk Populations: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(2):221-32.
36. D.R. English DAH, Elizabeth Milne, M.G. Winter, G.K. Hulse, J.P. Codde, C.I. Bower, Billie Corti, V. Dawes, Nicholas De Klerk, Matthew Knuiman, J.J. Kurinczuk, G.F. Lewin, G.A. Ryan. The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia: Part 1. (1995 edition ed.) 1995.
37. WHO. World Health Organization. (2000). International guide for monitoring alcohol consumption and related harm.
38. <https://www.nhs.uk/live-well/alcohol-advice/calculating-alcohol-units/>
39. <https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/alcohol>
40. <https://www.dietaryguidelines.gov/resources/2020-2025-dietary-guidelines-online-materials>

41. WHO. Global health observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization; 2015.
42. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010;105(5):817-43.
43. Rehm J, Room R, Taylor B. Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2008;17(3):141-51.
44. บริทรศ ศิลปะกิจ, พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์, AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ.
45. สาวิตรี อัจฉนาศักดิ์ชัย, วรภัทร รัตตอาภา, ข้อเสนอแนะสำหรับบุคคลที่ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ: สหพันธ์พัฒนาการพิมพ์; 2565
46. Buchmann AF, Schmid B, Blomeyer D, Becker K, Treutlein J, Zimmermann US, et al. Impact of age at first drink on vulnerability to alcohol-related problems: testing the marker hypothesis in a prospective study of young adults. *J Psychiatr Res*. 2009;43(15):1205-12.
47. Homel J, Warren D. The Relationship Between Parent Drinking and Adolescent Drinking: Differences for Mothers and Fathers and Boys and Girls. *Subst Use Misuse*. 2019;54(4):661-9.
48. Bailey BA, Sokol RJ. Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrome. *Alcohol Res Health*. 2011;34(1):86-91.
49. Flak AL, Su S, Bertrand J, Denny CH, Kesmodel US, Cogswell ME. The association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(1):214-26.
50. Lebel C, Mattson SN, Riley EP, Jones KL, Adnams CM, May PA, et al. A longitudinal study of the long-term consequences of drinking during pregnancy: heavy in utero alcohol exposure disrupts the normal processes of brain development. *J Neurosci*. 2012;32(44):15243-51.
51. Mamluk L, Edwards HB, Savovic J, Leach V, Jones T, Moore THM, et al. Low alcohol consumption and pregnancy and childhood outcomes: time to change guidelines indicating apparently 'safe' levels of alcohol during pregnancy? A systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*. 2017;7(7):e015410.
52. Jung YC, Namkoong K. Alcohol: intoxication and poisoning - diagnosis and treatment. *Handb Clin Neurol*. 2014;125:115-21.
53. Bogusz M, Pach J, Stasko W. Comparative studies on the rate of ethanol elimination in acute poisoning and in controlled conditions. *J Forensic Sci*. 1977;22(2):446-51.
54. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, Torchio P. Meta-analysis of alcohol intake in relation to risk of liver cirrhosis. *Alcohol Alcohol*. 1998;33(4):381-92.

55. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29(4):437-45.
56. Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, Chrystoja BR, Cruz M, Lee R, et al. Alcohol Consumption and Risk of Liver Cirrhosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol.* 2019;114(10):1574-86.
57. Chuang SC, Lee YC, Wu GJ, Straif K, Hashibe M. Alcohol consumption and liver cancer risk: a meta-analysis. *Cancer Causes Control.* 2015;26(9):1205-31.
58. Park H, Shin SK, Joo I, Song DS, Jang JW, Park JW. Systematic Review with Meta-Analysis: Low-Level Alcohol Consumption and the Risk of Liver Cancer. *Gut Liver.* 2020;14(6):792-807.
59. Askgaard G, Gronbaek M, Kjaer MS, Tjonneland A, Tolstrup JS. Alcohol drinking pattern and risk of alcoholic liver cirrhosis: a prospective cohort study. *J Hepatol.* 2015;62(5):1061-7.
60. Hatton J, Burton A, Nash H, Munn E, Burgoyne L, Sheron N. Drinking patterns, dependency and life-time drinking history in alcohol-related liver disease. *Addiction.* 2009;104(4):587-92.
61. Simpson RF, Hermon C, Liu B, Green J, Reeves GK, Beral V, et al. Alcohol drinking patterns and liver cirrhosis risk: analysis of the prospective UK Million Women Study. *Lancet Public Health.* 2019;4(1):e41-e8.
62. Aberg F, Helenius-Hietala J, Puukka P, Jula A. Binge drinking and the risk of liver events: A population-based cohort study. *Liver Int.* 2017;37(9):1373-81.
63. Lau K, Baumeister SE, Lieb W, Meffert PJ, Lerch MM, Mayerle J, et al. The combined effects of alcohol consumption and body mass index on hepatic steatosis in a general population sample of European men and women. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015;41(5):467-76.
64. Stokkeland K, Hilm G, Spak F, Franck J, Hultcrantz R. Different drinking patterns for women and men with alcohol dependence with and without alcoholic cirrhosis. *Alcohol Alcohol.* 2008;43(1):39-45.
65. Becker U, Gronbaek M, Johansen D, Sorensen TI. Lower risk for alcohol-induced cirrhosis in wine drinkers. *Hepatology.* 2002;35(4):868-75.
66. Jani BD, McQueenie R, Nicholl BI, Field R, Hanlon P, Gallacher KI, et al. Association between patterns of alcohol consumption (beverage type, frequency and consumption with food) and risk of adverse health outcomes: a prospective cohort study. *BMC Med.* 2021;19(1):8.
67. Pelletier S, Vaucher E, Aider R, Martin S, Perney P, Balmes JL, et al. Wine consumption is not associated with a decreased risk of alcoholic cirrhosis in heavy drinkers. *Alcohol Alcohol.* 2002;37(6):618-21.

68. Bhala N, Cezard G, Ward HJ, Bansal N, Bhopal R, Scottish H, et al. Ethnic Variations in Liver- and Alcohol-Related Disease Hospitalisations and Mortality: The Scottish Health and Ethnicity Linkage Study. *Alcohol Alcohol*. 2016;51(5):593-601.
69. Levy R, Catana AM, Durbin-Johnson B, Halsted CH, Medici V. Ethnic differences in presentation and severity of alcoholic liver disease. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(3):566-74.
70. Raynard B, Balian A, Fallik D, Capron F, Bedossa P, Chaput JC, et al. Risk factors of fibrosis in alcohol-induced liver disease. *Hepatology*. 2002;35(3):635-8.
71. Whitfield JB, Masson S, Liangpunsakul S, Mueller S, Aithal GP, Eyer F, et al. Obesity, Diabetes, Coffee, Tea, and Cannabis Use Alter Risk for Alcohol-Related Cirrhosis in 2 Large Cohorts of High-Risk Drinkers. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(1):106-15.
72. Sakamaki A, Yokoyama K, Koyama K, Morita S, Abe H, Kamimura K, et al. Obesity and accumulation of subcutaneous adipose tissue are poor prognostic factors in patients with alcoholic liver cirrhosis. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242582.
73. Glyn-Owen K, Bohning D, Parkes J, Roderick P, Buchanan R. The combined effect of alcohol and body mass index on risk of chronic liver disease: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Liver Int*. 2021;41(6):1216-26.
74. Dam MK, Flensburg-Madsen T, Eliassen M, Becker U, Tolstrup JS. Smoking and risk of liver cirrhosis: a population-based cohort study. *Scand J Gastroenterol*. 2013;48(5):585-91.
75. Langmann P, Bienert A, Zilly M, Vath T, Richter E, Klinker H. Influence of smoking on cotinine and caffeine plasma levels in patients with alcoholic liver cirrhosis. *Eur J Med Res*. 2000;5(5):217-21.
76. Kennedy OJ, Roderick P, Buchanan R, Fallowfield JA, Hayes PC, Parkes J. Systematic review with meta-analysis: coffee consumption and the risk of cirrhosis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;43(5):562-74.
77. Chung HT, Lai CL, Wu PC, Lok AS. Synergism of chronic alcoholism and hepatitis B infection in liver disease. *J Gastroenterol Hepatol*. 1989;4(1):11-6.
78. Chung NS, Kwon OS, Park CH, Kim YN, Cho GH, Lee JJ, et al. [A comparative cross-sectional study of the development of hepatocellular carcinoma in patients with liver cirrhosis caused by hepatitis B virus, alcohol, or combination of hepatitis b virus and alcohol]. *Korean J Gastroenterol*. 2007;49(6):369-75.
79. Sata M, Fukuizumi K, Uchimura Y, Nakano H, Ishii K, Kumashiro R, et al. Hepatitis C virus infection in patients with clinically diagnosed alcoholic liver diseases. *J Viral Hepat*. 1996;3(3):143-8.

80. Singal AK, Sagi S, Kuo YF, Weinman S. Impact of hepatitis C virus infection on the course and outcome of patients with acute alcoholic hepatitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2011;23(3):204-9.
81. Jarvis H, O'Keefe H, Craig D, Stow D, Hanratty B, Anstee QM. Does moderate alcohol consumption accelerate the progression of liver disease in NAFLD? A systematic review and narrative synthesis. *BMJ Open*. 2022;12(1):e049767.
82. Wongtrakul W, Niltwat S, Charatcharoenwiththaya P. The Effects of Modest Alcohol Consumption on Non-alcoholic Fatty Liver Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:744713.
83. Ventura-Cots M, Ballester-Ferre MP, Ravi S, Bataller R. Public health policies and alcohol-related liver disease. *JHEP Rep*. 2019;1(5):403-13.
84. Wyper GMA, Mackay DF, Fraser C, Lewsey J, Robinson M, Beeston C, et al. Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study. *Lancet*. 2023;401(10385):1361-70.
85. Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;2(2):CD004148.
86. Derges J, Kidger J, Fox F, Campbell R, Kaner E, Hickman M. Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. *BMC Public Health*. 2017;17(1):562.
87. Wilkinson C, Livingston M, Room R. Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005-2015. *Public Health Res Pract*. 2016;26(4).
88. Campbell CA, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J, et al. The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *Am J Prev Med*. 2009;37(6):556-69.
89. Kypri K, Bell ML, Hay GC, Baxter J. Alcohol outlet density and university student drinking: a national study. *Addiction*. 2008;103(7):1131-8.
90. Taylor B, Rehm J. The relationship between alcohol consumption and fatal motor vehicle injury: high risk at low alcohol levels. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(10):1827-34.
91. Bergen G, Pitan A, Qu S, Shults RA, Chattopadhyay SK, Elder RW, et al. Publicized sobriety checkpoint programs: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2014;46(5):529-39.

92. Ecola L, Ringel JS, Connor K, Powell D, Jackson CP, Ng P, et al. Costs and Effectiveness of Interventions to Reduce Motor Vehicle-Related Injuries and Deaths: Supplement to Tool Documentation. *Rand Health Q.* 2018;8(2):9.
93. Erke A, Goldenbeld C, Vaa T. The effects of drink-driving checkpoints on crashes--a meta-analysis. *Accid Anal Prev.* 2009;41(5):914-23.
94. Hobin E, Weerasinghe A, Vallance K, Hammond D, McGavock J, Greenfield TK, et al. Testing Alcohol Labels as a Tool to Communicate Cancer Risk to Drinkers: A Real-World Quasi-Experimental Study. *J Stud Alcohol Drugs.* 2020;81(2):249-61.
95. Yadav RP, Kobayashi M. A systematic review: effectiveness of mass media campaigns for reducing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes. *BMC Public Health.* 2015;15:857.
96. Young B, Lewis S, Katikireddi SV, Bauld L, Stead M, Angus K, et al. Effectiveness of Mass Media Campaigns to Reduce Alcohol Consumption and Harm: A Systematic Review. *Alcohol Alcohol.* 2018;53(3):302-16.
97. Subhani M, Elleray R, Bethea J, Morling JR, Ryder SD. Alcohol-related liver disease mortality and missed opportunities in secondary care: A United Kingdom retrospective observational study. *Drug Alcohol Rev.* 2022;41(6):1331-40.
98. Force USPST, Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2018;320(18):1899-909.
99. Wakeman SE, Herman G, Wilens TE, Regan S. The prevalence of unhealthy alcohol and drug use among inpatients in a general hospital. *Subst Abus.* 2020;41(3):331-9.
100. Hawk K, D'Onofrio G. Emergency department screening and interventions for substance use disorders. *Addict Sci Clin Pract.* 2018;13(1):18.
101. Barbosa C, McKnight-Eily LR, Grosse SD, Bray J. Alcohol screening and brief intervention in emergency departments: Review of the impact on healthcare costs and utilization. *J Subst Abuse Treat.* 2020;117:108096.
102. WHO. AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care (second edition).
103. Kriston L, Holzel L, Weiser AK, Berner MM, Harter M. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Ann Intern Med.* 2008;149(12):879-88.
104. Donnadieu-Rigole H, Olive L, Nalpas B, Winter A, Ursic-Bedoya J, Faure S, et al. Follow-Up of Alcohol Consumption After Liver Transplantation: Interest of an Addiction Team? *Alcohol Clin Exp Res.* 2017;41(1):165-70.

105. Haroon S, Wooldridge D, Hoogewerf J, Nirantharakumar K, Williams J, Martino L, et al. Information standards for recording alcohol use in electronic health records: findings from a national consultation. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2018;18(1):36.
106. Ballesteros J, Gonzalez-Pinto A, Querejeta I, Arino J. Brief interventions for hazardous drinkers delivered in primary care are equally effective in men and women. *Addiction*. 2004;99(1):103-8.
107. Cuijpers P, Riper H, Lemmers L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*. 2004;99(7):839-45.
108. Ghosh A, Singh P, Das N, Pandit PM, Das S, Sarkar S. Efficacy of brief intervention for harmful and hazardous alcohol use: a systematic review and meta-analysis of studies from low middle-income countries. *Addiction*. 2022;117(3):545-58.
109. Beyer F, Lynch E, Kaner E. Brief Interventions in Primary Care: an Evidence Overview of Practitioner and Digital Intervention Programmes. *Curr Addict Rep*. 2018;5(2):265-73.
110. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(3):CD005063.
111. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ*. 1999;160(5):649-55.
112. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA*. 1997;278(2):144-51.
113. Lai JY, Kalk N, Roberts E. The effectiveness and tolerability of anti-seizure medication in alcohol withdrawal syndrome: a systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence. *Addiction*. 2022;117(1):5-18.
114. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(3):CD005064.
115. Rojo-Mira J, Pineda-Alvarez M, Zapata-Ospina JP. Efficacy and Safety of Anticonvulsants for the Inpatient Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Alcohol Alcohol*. 2022;57(2):155-64.
116. Holleck JL, Merchant N, Gunderson CG. Symptom-Triggered Therapy for Alcohol Withdrawal Syndrome: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J Gen Intern Med*. 2019;34(6):1018-24.
117. Al-Maqbali JS, Al Alawi AM, Al-Mamari Q, Al-Huraizi A, Al-Maqrashi N. Symptoms-triggered approach versus fixed-scheduled approach of benzodiazepines for management of alcohol withdrawal syndrome: Non-randomized controlled trial. *Alcohol*. 2023;106:10-4.

118. Eloma AS, Tucciarone JM, Hayes EM, Bronson BD. Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in the general hospital setting. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2018;44(4):418-25.
119. Pribek IK, Kovacs I, Kadar BK, Kovacs CS, Richman MJ, Janka Z, et al. Evaluation of the course and treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol - Revised: A systematic review-based meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2021;220:108536.
120. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989;84(11):1353-7.
121. Cheng HY, McGuinness LA, Elbers RG, MacArthur GJ, Taylor A, McAleenan A, et al. Treatment interventions to maintain abstinence from alcohol in primary care: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2020;371:m3934.
122. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e208279.
123. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, Bobashev G, Thomas K, Wines R, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2014;311(18):1889-900.
124. Dranitsaris G, Selby P, Negrete JC. Meta-analyses of placebo-controlled trials of acamprosate for the treatment of alcohol dependence: impact of the combined pharmacotherapies and behavior interventions study. *J Addict Med*. 2009;3(2):74-82.
125. Rosner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Leherer P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(9):CD004332.
126. Bschor T, Henssler J, Muller M, Baethge C. Baclofen for alcohol use disorder-a systematic meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(3):232-42.
127. Minozzi S, Saulle R, Rosner S. Baclofen for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11(11):CD012557.
128. Muller CA, Geisel O, Pelz P, Higl V, Kruger J, Stickel A, et al. High-dose baclofen for the treatment of alcohol dependence (BACLAD study): a randomized, placebo-controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015;25(8):1167-77.
129. Beraha EM, Saleminck E, Goudriaan AE, Bakker A, de Jong D, Smits N, et al. Efficacy and safety of high-dose baclofen for the treatment of alcohol dependence: A multicentre, randomised, double-blind controlled trial. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2016;26(12):1950-9.

130. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, Cardone S, Vonghia L, Mirijello A, et al. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. *Lancet*. 2007;370(9603):1915-22.
131. Pani PP, Trogu E, Pacini M, Maremmi I. Anticonvulsants for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(2):CD008544.
132. Blodgett JC, Del Re AC, Maisel NC, Finney JW. A meta-analysis of topiramate's effects for individuals with alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(6):1481-8.
133. Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, Wiegand F, Mao L, Beyers K, et al. Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298(14):1641-51.
134. Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, Wiegand F, Mao L, Beyers K, et al. Improvement of physical health and quality of life of alcohol-dependent individuals with topiramate treatment: US multisite randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2008;168(11):1188-99.
135. Cheng YC, Huang YC, Huang WL. Gabapentinoids for treatment of alcohol use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol*. 2020;35(6):1-11.
136. Bahji A, Bach P, Danilewitz M, Crockford D, Devoe DJ, El-Guebaly N, et al. Pharmacotherapies for Adults With Alcohol Use Disorders: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *J Addict Med*. 2022;16(6):630-8.
137. Murphy CE, Wang RC, Montoy JC, Whittaker E, Raven M. Effect of extended-release naltrexone on alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2022;117(2):271-81.
138. Kranzler HR, Feinn R, Morris P, Hartwell EE. A meta-analysis of the efficacy of gabapentin for treating alcohol use disorder. *Addiction*. 2019;114(9):1547-55.
139. Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, Pienaar E, Schlesinger C, Campbell F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2009;28(3):301-23.
140. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2012;157(9):645-54.
141. Magill M, Ray L, Kiluk B, Hoadley A, Bernstein M, Tonigan JS, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87(12):1093-105.
142. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrom KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;2011(5):CD008063.

143. Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*. 2006;41(3):328-35.
144. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3(3):CD012880.
145. Bunchorntavakul C, Reddy KR. Acetaminophen-related hepatotoxicity. *Clin Liver Dis*. 2013;17(4):587-607, viii.
146. Kuffner EK, Dart RC, Bogdan GM, Hill RE, Casper E, Darton L. Effect of maximal daily doses of acetaminophen on the liver of alcoholic patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Intern Med*. 2001;161(18):2247-52.
147. Kuffner EK, Green JL, Bogdan GM, Knox PC, Palmer RB, Heard K, et al. The effect of acetaminophen (four grams a day for three consecutive days) on hepatic tests in alcoholic patients—a multicenter randomized study. *BMC Med*. 2007;5:13.
148. Dart RC, Green JL, Kuffner EK, Heard K, Sproule B, Brands B. The effects of paracetamol (acetaminophen) on hepatic tests in patients who chronically abuse alcohol—a randomized study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010;32(3):478-86.
149. Heard K, Green JL, Bailey JE, Bogdan GM, Dart RC. A randomized trial to determine the change in alanine aminotransferase during 10 days of paracetamol (acetaminophen) administration in subjects who consume moderate amounts of alcohol. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;26(2):283-90.
150. Rumack B, Heard K, Green J, Albert D, Bucher-Bartelson B, Bodmer M, et al. Effect of therapeutic doses of acetaminophen (up to 4 g/day) on serum alanine aminotransferase levels in subjects consuming ethanol: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pharmacotherapy*. 2012;32(9):784-91.
151. Larson AM, Polson J, Fontana RJ, Davern TJ, Lalani E, Hynan LS, et al. Acetaminophen-induced acute liver failure: results of a United States multicenter, prospective study. *Hepatology*. 2005;42(6):1364-72.
152. Pholmoo N, Bunchorntavakul C. Characteristics and Outcomes of Acetaminophen Overdose and Hepatotoxicity in Thailand. *J Clin Transl Hepatol*. 2019;7(2):132-9.
153. Zimmerman HJ, Maddrey WC. Acetaminophen (paracetamol) hepatotoxicity with regular intake of alcohol: analysis of instances of therapeutic misadventure. *Hepatology*. 1995;22(3):767-73.
154. Galvin R, Brathen G, Ivashynka A, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA, et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol*. 2010;17(12):1408-18.

155. Carithers RL, Jr., Herlong HF, Diehl AM, Shaw EW, Combes B, Fallon HJ, et al. Methylprednisolone therapy in patients with severe alcoholic hepatitis. A randomized multicenter trial. *Ann Intern Med.* 1989;110(9):685-90.
156. Mathurin P, Mendenhall CL, Carithers RL, Jr., Ramond MJ, Maddrey WC, Garstide P, et al. Corticosteroids improve short-term survival in patients with severe alcoholic hepatitis (AH): individual data analysis of the last three randomized placebo controlled double blind trials of corticosteroids in severe AH. *J Hepatol.* 2002;36(4):480-7.
157. Thursz MR, Richardson P, Allison M, Austin A, Bowers M, Day CP, et al. Prednisolone or pentoxifylline for alcoholic hepatitis. *N Engl J Med.* 2015;372(17):1619-28.
158. Dunn W, Jamil LH, Brown LS, Wiesner RH, Kim WR, Menon KV, et al. MELD accurately predicts mortality in patients with alcoholic hepatitis. *Hepatology.* 2005;41(2):353-8.
159. Morales-Arreaez D, Ventura-Cots M, Altamirano J, Abralles JG, Cruz-Lemini M, Thursz MR, et al. The MELD Score Is Superior to the Maddrey Discriminant Function Score to Predict Short-Term Mortality in Alcohol-Associated Hepatitis: A Global Study. *Am J Gastroenterol.* 2022;117(2):301-10.
160. Forrest EH, Evans CD, Stewart S, Phillips M, Oo YH, McAvoy NC, et al. Analysis of factors predictive of mortality in alcoholic hepatitis and derivation and validation of the Glasgow alcoholic hepatitis score. *Gut.* 2005;54(8):1174-9.
161. Dominguez M, Rincon D, Abralles JG, Miquel R, Colmenero J, Bellot P, et al. A new scoring system for prognostic stratification of patients with alcoholic hepatitis. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(11):2747-56.
162. Louvet A, Naveau S, Abdelnour M, Ramond MJ, Diaz E, Fartoux L, et al. The Lille model: a new tool for therapeutic strategy in patients with severe alcoholic hepatitis treated with steroids. *Hepatology.* 2007;45(6):1348-54.
163. Mathurin P, O'Grady J, Carithers RL, Phillips M, Louvet A, Mendenhall CL, et al. Corticosteroids improve short-term survival in patients with severe alcoholic hepatitis: meta-analysis of individual patient data. *Gut.* 2011;60(2):255-60.
164. Krag A, Roskams T, Pinzani M, Mueller S. Diagnostic challenges in patients with alcohol-related liver disease. *Z Gastroenterol.* 2022;60(1):45-57.
165. Singal AK, Mathurin P. Diagnosis and Treatment of Alcohol-Associated Liver Disease: A Review. *JAMA.* 2021;326(2):165-76.
166. Nguyen-Khac E, Thiele M, Voican C, Nahon P, Moreno C, Boursier J, et al. Non-invasive diagnosis of liver fibrosis in patients with alcohol-related liver disease by transient elastography: an individual patient data meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(9):614-25.

167. European Association for the Study of the Liver. Electronic address eee, Clinical Practice Guideline P, Chair, representative EGB, Panel m. EASL Clinical Practice Guidelines on non-invasive tests for evaluation of liver disease severity and prognosis - 2021 update. *J Hepatol.* 2021;75(3):659-89.
168. Louvet A, Trabut JB, Moreno C, Moirand R, Aubin HJ, Ntandja Wandji LC, et al. Management of alcohol-related liver disease: the French Association for the Study of the Liver and the French Alcohol Society clinical guidelines. *Liver Int.* 2022;42(6):1330-43.
169. Thiele M, Madsen BS, Hansen JF, Detlefsen S, Antonsen S, Krag A. Accuracy of the Enhanced Liver Fibrosis Test vs FibroTest, Elastography, and Indirect Markers in Detection of Advanced Fibrosis in Patients With Alcoholic Liver Disease. *Gastroenterology.* 2018;154(5):1369-79.
170. Altamirano J, Lopez-Pelayo H, Michelena J, Jones PD, Ortega L, Gines P, et al. Alcohol abstinence in patients surviving an episode of alcoholic hepatitis: Prediction and impact on long-term survival. *Hepatology.* 2017;66(6):1842-53.
171. Potts JR, Goubet S, Heneghan MA, Verma S. Determinants of long-term outcome in severe alcoholic hepatitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013;38(6):584-95.
172. Teli MR, Day CP, Burt AD, Bennett MK, James OF. Determinants of progression to cirrhosis or fibrosis in pure alcoholic fatty liver. *Lancet.* 1995;346(8981):987-90.
173. Becker HC. Alcohol dependence, withdrawal, and relapse. *Alcohol Res Health.* 2008;31(4):348-61.
174. Kaur B, Rosenblatt R, Sundaram V. Infections in Alcoholic Hepatitis. *J Clin Transl Hepatol.* 2022;10(4):718-25.
175. Merli M, Riggio O, Dally L. Does malnutrition affect survival in cirrhosis? PINC (Policentrica Italiana Nutrizione Cirrosi). *Hepatology.* 1996;23(5):1041-6.
176. Bhavsar-Burke I, Jansson-Knodell CL, Gilmore AC, Crabb DW. Review article: the role of nutrition in alcohol-associated liver disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2021;53(12):1268-76.
177. European Association for the Study of the Liver. Electronic address eee, European Association for the Study of the L. EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. *J Hepatol.* 2019;70(1):172-93.
178. Bischoff SC, Bernal W, Dasarathy S, Merli M, Plank LD, Schutz T, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in liver disease. *Clin Nutr.* 2020;39(12):3533-62.
179. Mendenhall CL, Anderson S, Weesner RE, Goldberg SJ, Cronic KA. Protein-calorie malnutrition associated with alcoholic hepatitis. Veterans Administration Cooperative Study Group on Alcoholic Hepatitis. *Am J Med.* 1984;76(2):211-22.

180. Mendenhall CL, Tosch T, Weesner RE, Garcia-Pont P, Goldberg SJ, Kiernan T, et al. VA cooperative study on alcoholic hepatitis. II: Prognostic significance of protein-calorie malnutrition. *Am J Clin Nutr.* 1986;43(2):213-8.
181. Fialla AD, Israelsen M, Hamberg O, Krag A, Gluud LL. Nutritional therapy in cirrhosis or alcoholic hepatitis: a systematic review and meta-analysis. *Liver Int.* 2015;35(9):2072-8.
182. Moreno C, Deltenre P, Senterre C, Louvet A, Gustot T, Bastens B, et al. Intensive Enteral Nutrition Is Ineffective for Patients With Severe Alcoholic Hepatitis Treated With Corticosteroids. *Gastroenterology.* 2016;150(4):903-10 e8.
183. Kearns PJ, Young H, Garcia G, Blaschke T, O'Hanlon G, Rinki M, et al. Accelerated improvement of alcoholic liver disease with enteral nutrition. *Gastroenterology.* 1992;102(1):200-5.
184. Cabre E, Rodriguez-Iglesias P, Caballeria J, Quer JC, Sanchez-Lombrana JL, Pares A, et al. Short- and long-term outcome of severe alcohol-induced hepatitis treated with steroids or enteral nutrition: a multicenter randomized trial. *Hepatology.* 2000;32(1):36-42.
185. Dhanda A, Atkinson S, Vergis N, Enki D, Fisher A, Clough R, et al. Trace element deficiency is highly prevalent and associated with infection and mortality in patients with alcoholic hepatitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020;52(3):537-44.
186. Chen CJ, Wang LC, Kuo HT, Fang YC, Lee HF. Significant effects of late evening snack on liver functions in patients with liver cirrhosis: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gastroenterol Hepatol.* 2019;34(7):1143-52.
187. da Silva JSV, Seres DS, Sabino K, Adams SC, Berdahl GJ, Citty SW, et al. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. *Nutr Clin Pract.* 2020;35(2):178-95.
188. Louvet A, Thursz MR, Kim DJ, Labreuche J, Atkinson SR, Sidhu SS, et al. Corticosteroids Reduce Risk of Death Within 28 Days for Patients With Severe Alcoholic Hepatitis, Compared With Pentoxifylline or Placebo-a Meta-analysis of Individual Data From Controlled Trials. *Gastroenterology.* 2018;155(2):458-68 e8.
189. Parker R, Cabezas J, Altamirano J, Arab JP, Ventura-Cots M, Sinha A, et al. Trajectory of Serum Bilirubin Predicts Spontaneous Recovery in a Real-World Cohort of Patients With Alcoholic Hepatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022;20(2):e289-e97.
190. Im GY, Kim-Schluger L, Shenoy A, Schubert E, Goel A, Friedman SL, et al. Early Liver Transplantation for Severe Alcoholic Hepatitis in the United States--A Single-Center Experience. *Am J Transplant.* 2016;16(3):841-9.
191. Mathurin P, Moreno C, Samuel D, Dumortier J, Salleron J, Durand F, et al. Early liver transplantation for severe alcoholic hepatitis. *N Engl J Med.* 2011;365(19):1790-800.
192. สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย. แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยปลูกถ่ายตับปี พ.ศ. 2565 THAI TRANSPLANT CARE (TTC) LIVER.

แนวทางเวชปฏิบัติ

การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคตับ

จากแอลกอฮอล์

ในประเทศไทย

พ.ศ. 2568

Thai Guideline

for The Management

of Alcohol-related

Liver Disease 2025

ภาคผนวก

1. ข้อมูลเครื่องมือคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์
2. Alcohol withdrawal scale:
symptom trigger regimen
3. การประเมินพลังงานและโปรตีนในอาหาร
4. ข้อมูลหน่วยดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ที่พบบ่อยในประเทศไทย

ภาคผนวก 1

เครื่องมือคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ที่แนะนำหรือที่เป็นที่รู้จัก

1 คำถาม single question ของ NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism)

How many times in the past year have you had (4 or more drinks for women or 5 for men) in a day? ในปีที่ผ่านมาคุณเคยดื่มมากกว่า 4 (ผู้หญิง) หรือ 5 (ผู้ชาย) หน่วยดื่มมาตรฐานในวันเดียวกี่ครั้ง

หากตอบว่ามีวันที่ดื่มมากกว่า 1 ครั้งในปีที่ผ่านมา ควรซักถามต่ออย่างละเอียดหรือใช้ AUDIT ประเมินการดื่ม

2 CAGE questionnaire

CAGE เป็นชุดคำถามที่ใช้คัดกรองที่มีมานาน อย่างไรก็ตามชุดคำถาม CAGE จะตรวจพบแค่คนที่ดื่มหนักและมีปัญหาจากแอลกอฮอล์แล้ว แต่จะตรวจไม่พบคนที่ดื่มปานกลางที่ยังจะได้ประโยชน์จากการบำบัดด้วย brief intervention ซึ่งจะช่วยลดการดื่มแอลกอฮอล์และลดความเสี่ยงของการดำเนินโรค ดังนั้นในระยะหลังจึงมีการแนะนำว่าควรใช้ NIAAA single question หรือ AUDIT-C มากกว่า CAGE ในการคัดกรองขั้นต้น

คำถามใน CAGE มีดังต่อไปนี้ (หากตอบว่าใช่ใน 2 คำถาม ควรตรวจสอบเพิ่มเติมว่ามีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่)

1 Have you ever felt you should **C**ut down on your drinking?
คุณเคยรู้สึกว่าคุณควรดื่มแอลกอฮอล์น้อยลงหรือไม่?

2 Have people **A**nnoyed you by criticizing your drinking?
คุณเคยรู้สึกไม่พอใจที่คนวิจารณ์การดื่มของคุณหรือไม่?

3 Have you felt bad or **G**uilty about your drinking?
คุณเคยรู้สึกผิดเกี่ยวกับการดื่มของคุณหรือไม่?

4 Have you ever had a drink first thing in the morning (**E**ye-opener) to steady your nerves or get rid of a hangover?
คุณเคยต้องดื่มแอลกอฮอล์เป็นครั้งแรกที่ทำตอนเช้า เพื่อระงับอาการที่มาจากการขาดแอลกอฮอล์หรือไม่?

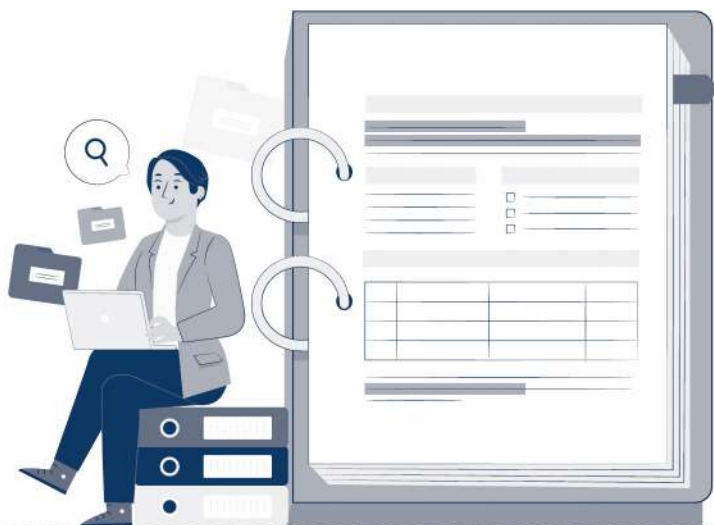
3 AUDIT และ AUDIT-C questionnaire

ชุดคำถาม AUDIT มี 10 คำถาม ดังแสดงในตาราง ซึ่งผลจะเป็นคะแนนรวมจากทุกข้อ โดยคะแนนรวมจะบ่งบอกถึงความรุนแรงของปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และแนวทางการรักษาที่ควรพิจารณา

▶ คะแนน 8 – 15: กลุ่มที่ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinking) ควรได้รับคำแนะนำเพื่อให้ลดการดื่ม

▶ คะแนน 16 –19: กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ควรได้รับการบำบัดด้วย brief counseling และติดตามประเมินต่อเนื่อง

▶ คะแนน 20 หรือมากกว่า: กลุ่มที่อาจจะมีปัญหาติดแอลกอฮอล์ ควรได้รับการประเมินอย่างละเอียด และส่งต่อเพื่อรับการรักษากับแพทย์เฉพาะทาง



กรอบข้อความที่ 10

แบบประเมิน AUDIT: ฉบับประเมินด้วยตนเอง

ผู้ป่วย: เนื่องจากการดื่มสุรามีผลกระทบต่อสุขภาพ หรืออาจรบกวนต่อการรักษาหรือการรักษาอื่นๆ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะขอถามคุณเกี่ยวกับการดื่มสุราของคุณ โดยสุรามีหมายถึงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น คำตอบของคุณจะเป็นความลับ กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง

ให้ x ลงในช่องคำตอบที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4	
1. คุณดื่มสุรบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์	
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่ดื่มสุรา โดยทั่วไปแล้วคุณดื่ม ประมาณเท่าไรต่อวัน <i>หรือ</i> ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ โกลเดน ลีโอ เชียร์ โทเกอร์ ซัง ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน <i>หรือ</i> ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แมงไขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไร ต่อวัน	1-2 ดื่มมาตรฐาน	3-4 ดื่มมาตรฐาน	5-6 ดื่มมาตรฐาน	7-9 ดื่มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดื่ม มาตรฐานขึ้นไป	
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋อง ขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป๊กขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณ พบว่าคุณไม่สามารถหยุดดื่มได้ หากคุณได้ เริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณไม่ได้ ทำสิ่งที่คุณควรจะทำตามปกติ เพราะคุณมึน แต่ไปดื่มสุราเสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณต้อง รีบดื่มสุราทันทีในตอนเช้า เพื่อจะได้ดำเนิน ชีวิตตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้างจากการ การดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณรู้สึก ไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่ง บางอย่างลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้งเพียงไรที่คุณไม่ สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมา เพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน	
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บ ซึ่งเป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิด ขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วง หนึ่งปีที่แล้ว	
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความ เป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิด ขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วง หนึ่งปีที่แล้ว	
คะแนนรวม						

ที่มา audit-thai.pdf (auditscreen.org) หรือ บริทรศ ศิลปะกิจ, พันธุ์ณา กิตติรัตนไพบูลย์. AUDIT แบบประเมินปัญหา
การดื่มสุรามาแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. 2566.

ส่วน AUDIT-C เป็นชุดคำถามคัดกรองที่ใช้สามคำถามแรกจาก 10 คำถามใน AUDIT

ซึ่งหากได้คะแนน 4 หรือมากกว่าในผู้ชาย หรือ 3 หรือมากกว่าในผู้หญิง ควรประเมินด้วย AUDIT 10 คำถาม

ภาคผนวก 2

การประเมินอาการและการให้ยาแบบ Trigger symptom regimen และ Fix schedule regimen สำหรับการให้ยา benzodiazepine ในการลดแอลกอฮอล์หรือภาวะขาดแอลกอฮอล์

ตัวอย่างการให้ยาแบบ Symptom-trigger therapy

พิจารณาปริมาณและความถี่ในการให้ยา benzodiazepine ตามความรุนแรงของอาการ หากอาการเล็กน้อย หรือ ประเมินด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar ได้คะแนนน้อยกว่า 8 คะแนน หรือประเมินด้วยแบบประเมิน AWS ได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน จะประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ทุก 4 ชั่วโมง หากอาการรุนแรงขึ้น เช่น เมื่อประเมินด้วย CIWA-Ar ได้มากกว่า หรือเท่ากับ 8 คะแนน หรือประเมินด้วย AWS ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน จะเริ่มให้ยา benzodiazepine เช่น lorazepam 1 – 2 มก. และมีการประเมินซ้ำที่ 2 – 4 ชม. หากอาการไม่สงบสามารถให้ยาซ้ำได้ หากอาการถอนแอลกอฮอล์ มีความรุนแรงมาก จำเป็นต้องให้ยา benzodiazepine ทันที ในกรณีที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ ให้ใช้ diazepam 10 – 20 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือด หลังจากนั้นประเมินอาการทุก ½ - 1 ชม. จนกว่าจะควบคุมอาการได้ (ความรุนแรงของอาการแอลกอฮอล์ลดลง) โดยทั่วไปใช้ระยะเวลา 2 – 5 วัน หลังจากอาการสงบลงแล้ว จะคำนวณขนาด benzodiazepine ที่ใช้และแบ่งให้ทุก 6 ชม. ในวันถัดไป (ให้ยาวันละ 4 เวลา) ถ้าอาการสงบลงจะลดขนาดยา benzodiazepine ลงร้อยละ 25 ทุก 2 – 3 วันจนหยุดยา นอกจากกรณีที่มีข้อบ่งชี้อื่นในการใช้ยา benzodiazepine ต่อ เช่น อาการนอนไม่หลับ วิดกกังวล แนวทางการประเมินความรุนแรงและการให้ยาแสดงในตาราง

ระดับ ความรุนแรง ของอาการ	เครื่องมือที่ใช้ประเมิน และคะแนนประเมิน		แนวทาง การให้ยา	การประเมิน ครั้งต่อไป
	CIWA-Ar	AWS		
น้อย	1 - 7	1 - 4	ไม่ให้ยา	ประเมินที่ 4 ชม.
ปานกลาง	8 - 14	5 - 9	Lorazepam 1 – 2 มก. หรือ Diazepam 5 – 10 มก.	ประเมินที่ 2-4 ชม.
รุนแรง	15 – 19	10 – 14	Lorazepam 2 – 4 มก. หรือ Diazepam 10 – 20 มก.	ประเมินที่ 1 ชม.
รุนแรงมาก	มากกว่า หรือ เท่ากับ 20	มากกว่า หรือ เท่ากับ 15	Lorazepam 4 มก. หรือ Diazepam 20 มก. หรือ ฉีด 10 มก. ทางหลอดเลือด	ประเมินที่ ½ - ชม.

ในผู้ที่เคยมีประวัติอาการถอนแอลกอฮอล์รุนแรง หรือเคยเกิดการชัก อาจต้องระมัดระวังในการให้ยาแบบ Symptom-trigger therapy เนื่องจากหากให้ยาไม่ทันหรือไม่เหมาะสมอาจไม่สามารถควบคุมอาการได้

ตัวอย่างการให้ยาแบบ Fix schedule regimen

ให้ยา benzodiazepine ในกรณีที่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการถอนแอลกอฮอล์ หรือเริ่มมีอาการ เช่น มือสั่น เหงื่อออก หากประเมินด้วย CIWA-Ar ได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป หรือประเมินด้วย AWS ได้คะแนน 5 คะแนนขึ้นไป โดยให้ยา benzodiazepine ในขนาดและระยะเวลาดังตัวอย่างแสดงในตาราง ในกรณีที่ไม่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แล้ว สามารถลดปริมาณยา benzodiazepine ลงจนหยุดยาได้ในระยะเวลาประมาณ 1 สัปดาห์ แต่ในรายที่มีอาการรุนแรง หรือใช้ยาขนาดสูง อาจต้องใช้ระยะเวลายาวนานกว่ากำหนดในการลดขนาดยา

วันที่/เวลา	6.00 น.	12.00 น.	18.00 น.	24.00 น.	ปริมาณรวม
1	Diazepam 10 มก. หรือ Lorazepam 2 มก.	Diazepam 10 มก. หรือ Lorazepam 2 มก.	Diazepam 10 มก. หรือ Lorazepam 2 มก.	Diazepam 10 มก. หรือ Lorazepam 2 มก.	Diazepam 40 มก. หรือ Lorazepam 8 มก.
2	Diazepam 10 มก. หรือ Lorazepam 2 มก.	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 10 มก. หรือ Lorazepam 2 มก.	Diazepam 10 มก. หรือ Lorazepam 2 มก.	Diazepam 35 มก. หรือ Lorazepam 7 มก.
3	Diazepam 10 มก. หรือ Lorazepam 2 มก.	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 10 มก. หรือ Lorazepam 2 มก.	Diazepam 30 มก. หรือ Lorazepam 6 มก.
4	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 20 มก. หรือ Lorazepam 4 มก.
5	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 15 มก. หรือ Lorazepam 3 มก.

วันที่/เวลา	6.00 น.	12.00 น.	18.00 น.	24.00 น.	ปริมาณรวม
6	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.			Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 10 มก. หรือ Lorazepam 2 มก.
7				Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.	Diazepam 5 มก. หรือ Lorazepam 1 มก.

ไม่ว่าผู้รักษาจะใช้แนวทางการให้ยาแบบใด การใช้แบบประเมินอาการ เช่น Alcohol Withdrawal Scale (AWS) หรือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) และการติดตามเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด เป็นแนวทางที่เหมาะสมและช่วยให้สามารถประเมินอาการได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการรักษาอื่นด้วย ได้แก่ การให้สารน้ำ เกลือแร่ วิตามินเสริม เพื่อทดแทนเกลือแร่หรือวิตามินที่บกพร่องไป เช่น thiamine อย่างน้อย 100 มิลลิกรัมต่อวัน และการรักษาตามอาการเพื่อบรรเทาอาการอื่นที่พบ เช่น อาการระบบทางเดินอาหาร อาการปวด รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยด้วย

เอกสารอ้างอิง

European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu; European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. J Hepatol. 2018; 69(1): 154-81.

Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH. ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. Am J Gastroenterol. 2018; 113(2): 175-94.



แบบประเมิน CIWA-Ar

CLINICAL INSTITUTE WITHDRAWAL ASSESSMENT FOR ALCOHOL-REVISED VERSION (CIWA-Ar)

ชื่อผู้ป่วย.....วันที่.....เวลา.....ผู้ประเมิน.....

1. อาการคลื่นไส้อาเจียน - ถาม "คุณรู้สึกคลื่นไส้
พะอืดพะอมบ้างไหม?" "อาเจียนไหม?" สังเกต

0 - ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน
1 - คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน
4 - คลื่นไส้เป็นพักๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร
7 - คลื่นไส้อยู่เรื่อยๆ อาเจียนบ่อย

2. การรับสัมผัสผิดปกติ - ถาม "คุณรู้สึกคันยุบยิบ เหน็บชา
ปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล็บๆ หรือรู้สึกเหมือนกับ
มีแมลงไต่หรือไต่ตามผิวหนังบ้างไหม?" สังเกต

0 - ไม่มี
1 - คันยุบยิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล็บๆ
เป็นน้อยมาก
2 - คันยุบยิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล็บๆ
เป็นน้อย
3 - คันยุบยิบ เหน็บชาปวดแสบปวดร้อน ปวดแปล็บๆ
เป็นปานกลาง
4 - มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก
5 - มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก
6 - มีประสาทหลอนทางสัมผัสรุนแรงมาก
7 - มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา

3. อาการสั่น - ให้เหยียดแขนตรง กางมือออก สังเกต

0 - ไม่มีอาการสั่น
1 - ไม่เห็นแต่รู้สึกว่าปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น
4 - ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง
7 - รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน

4. การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ - ถาม "รู้สึกว่าคุณพะวงเกี่ยวกับ
เสียงรอบตัวมากกว่าเดิมไหม? เสียงฟังแล้วระคายหูไหม? เสียง
ทำให้กลัวไหม? คุณได้ยินเสียงบางอย่างที่รู้สึกว่ารบกวนมากไหม?
คุณได้ยินเสียงที่รู้ว่าไม่มีตัวตนจริงๆ ไหม?" สังเกต

0 - ไม่มีเสียง
1 - เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวน้อยมาก
2 - เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวน้อย
3 - เสียงระคายหูหรือทำให้กลัวปานกลาง
4 - มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง
5 - มีอาการหูแว่วรุนแรงมาก
6 - มีอาการหูแว่วรุนแรงมากอย่างชัดเจน
7 - มีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา

5. อาการเหวี่ยงออกเป็นพักๆ - สังเกต

0 - ไม่เห็นเหวี่ยง
1 - ไม่ค่อยเห็นว่าเหวี่ยงออก, ฝ่ามือขึ้น
4 - เห็นเหวี่ยงเป็นเมื่อกๆ ชัดบริเวณหน้าผาก
7 - เหวี่ยงแตกทั่วตัว

6. การรับรู้ทางตาผิดปกติ - ถาม "รู้สึกว่ามีแสงไฟที่เห็น
สว่างจ้าเกินปกติไหม?" สืบค้นไปไหม? ทำให้รู้สึกแสบ
เคืองตาไหม? มีเห็นอะไรที่แปลกๆ ไหม? มีเห็นอะไร
ที่รู้ว่าไม่มีอยู่จริงไหม?" สังเกต

0 - ไม่มี
1 - ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย
2 - ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย
3 - ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง
4 - อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง
5 - อาการประสาทหลอนรุนแรง
6 - อาการประสาทหลอนรุนแรงมาก
7 - มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา

7. อาการวิตกกังวล - ถาม "คุณรู้สึกวิตกกังวลไหม?" สังเกต

- 0 - ไม่กังวล, ผ่อนคลาย
- 1 - กังวลเล็กน้อย
- 4 - กังวลปานกลาง หรือปิดบังทำให้สงสัยว่าน่าจะมี
- 7 - ตระหนักกลัวรุนแรงมาก

8. ปวดหัว มึนตื้อ - ถาม "มีปวดมึนหัวบ้างไหม? รู้สึกเหมือนมีอะไรมารัดรอบหัวไหม?" ไม่รวมอาการเวียน งงๆ
ดูตามความรุนแรงของอาการ

- 0 - ไม่มี
- 1 - มีน้อยมาก
- 2 - มีน้อย
- 3 - ปานกลาง
- 4 - ค่อนข้างรุนแรง
- 5 - รุนแรง
- 6 - รุนแรงมาก
- 7 - รุนแรงที่สุด

9. อาการกระวนกระวาย - สังเกต

- 0 - พฤติกรรมปกติ
- 1 - กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย
- 4 - ดูกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง
- 7 - เดินไปมาขณะตอบคำถาม, หรืออยู่กับที่ไม่ได้เลย

10. การรับรู้เรื่องเวลาสถานที่ - ถาม "วันนี้วันอะไร? ขณะนี้คุณอยู่ที่ไหน? คิดว่าผู้ตรวจเป็นใคร?"

- 0 - ตอบได้ตรง
- 1 - ไม่แน่ใจเรื่องวัน
- 2 - ตอบผิดเรื่องวัน แต่ผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน
- 3 - ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน
- 4 - ตอบผิดด้านสถานที่ และ/หรือบุคคล

คะแนนรวม.....

CIWA-Ar TOTAL

- 1 - 7 = Mild withdrawal
- 8 - 14 = Moderate withdrawal
- 15 - 19 = Severe withdrawal
- ≥ 20 = Very severe withdrawal

แบบประเมิน AWS ALCOHOL WITHDRAWAL SCALE (AWS)

ITEM 1: PERSPIRATION (เหงื่อ)

- 0 ไม่มีเหงื่อ
- 1 ขึ้นเฉพาะที่ฝ่ามือ
- 2 ฝ่ามือขึ้นและมีเม็ดเหงื่อเฉพาะตามใบหน้า ตามตัว
- 3 เหงื่อเปียกชื้นไปทั้งตัว
- 4 เหงื่อออกอย่างมากจนเสื้อผ้าเปียก

ITEM 2: TREMOR (สั่น)

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

ITEM 3: ANXIETY (วิตกกังวล)

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

ITEM 4: AGITATION (กระสับกระส่าย)

- 0 ปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
- 1 งุนงง อยู่ไม่นิ่ง
- 2 กระวนกระวายพลิกตัวไปมา ไม่สามารถนอนพักนิ่งๆ ได้
- 3 กระสับกระส่าย เปลี่ยนท่าบ่อยๆ เดินไปมาไม่มีจุดมุ่งหมาย สามารถแนะนำให้นั่งพักหรือนอนพักได้ช่วงสั้นๆ
- 4 กระสับกระส่ายอย่างมาก ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เลย เดินไปมาตลอดเวลา

ITEM 5: AXILLA TEMPERATURE (อุณหภูมิ)

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

ITEM 6: HALLUCINATION (ประสาทหลอน)

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

ITEM 7: ORIENTATION (การรับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่)

- 0 รับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่ ได้ดี
- 1 รับรู้บุคคลและสถานที่ได้ดี แต่มีปัญหาเรื่องวันเวลา
- 2 รับรู้บุคคลได้ดี แต่มีปัญหาการรับรู้สถานที่และวันเวลาเป็นบางครั้ง
- 3 มีปัญหาการรับรู้บุคคลบางครั้ง แต่การรับรู้สถานที่และวันเวลาเสียไป
- 4 เสียการรับรู้บุคคล สถานที่ วันเวลา ไม่ทราบว่าตัวเองอยู่ที่ไหน อยู่กับใคร และไม่รู้วันเวลา

AWS TOTAL

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

ภาคผนวก 3

การประเมินพลังงานและโปรตีนในอาหารไทย

ผู้เขียน รศ.พญ.ประพิมพ์พร ฉัตรานุกุลชัย สาขาวิชาโภชนาการและชีวเคมีทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี

โภชนาการสำหรับผู้ป่วยตับอักเสบจากแอลกอฮอล์

รู้จักอาหารแลกเปลี่ยน (food exchange)

รายการอาหารแลกเปลี่ยน เป็นแนวทางในการแนะนำปริมาณอาหารที่ควรรับประทานในแต่ละมื้อ แบ่งเป็น 6 หมวด ในแต่ละหมวดจะใช้คำว่า “ส่วน” โดยอาหารในหมวดเดียวกันในปริมาณ 1 ส่วน จะมีพลังงาน และสารอาหารใกล้เคียงกันสามารถแลกเปลี่ยนกันได้ ประโยชน์ของรายการอาหารแลกเปลี่ยนคือผู้ป่วยจะสามารถวางแผนการบริโภคของตัวเองได้โดยสามารถเลือกอาหารได้หลากหลายมากยิ่งขึ้น

หมวดอาหาร	ปริมาณ	คาร์โบไฮเดรต (กรัม)	โปรตีน (กรัม)	ไขมัน (กรัม)	พลังงาน (กิโลแคลอรี)
1. หมวดข้าว-แป้ง	ทัพพี หรือ ตามตาราง	18	2	-	80
2. หมวดผัก*	1 ทัพพี (สุก) หรือ 2 ทัพพี (ดิบ)	5	2	-	25
3. หมวดผลไม้	ตามตาราง	15	-	-	60
4. หมวดเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์	2 ช้อนโต๊ะ (30 กรัม)	-	7	0-1	35
4.1 เนื้อสัตว์ไขมันต่ำมาก	หรือตาม	-	7	3	55
4.2 เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ	ตาราง	-	7	5	75
4.3 เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง		-	7	8	100
4.4 เนื้อสัตว์ไขมันสูง		-	7		
5. หมวดไขมัน	ช้อนชา หรือ ตามตาราง	-	-	5	45
6. หมวดน้ำมันและผลิตภัณฑ์					
6.1 นมไขมันเต็ม	240 มิลลิลิตร	12	8	8	150
6.2 นมพร่องไขมัน	หรือตามตาราง	12	8	5	120
6.3 นมขาดไขมัน		12	8	0-1	80-90

* เป็นผักประเภท ข คือกลุ่มผักที่ให้พลังงาน

หมวดที่ 1

ข้าว-แป้ง 1 ส่วน มีคาร์โบไฮเดรต 18 กรัม โปรตีน 2 กรัม
ให้พลังงาน 80 กิโลแคลอรี

ชนิด	ปริมาณ
ข้าวสวย (ข้าวขาว / ข้าวกล้อง*)	1 ทัพพี (55-60 กรัม) หรือ 5 ช้อนโต๊ะ
ข้าวต้ม	2 ทัพพี (150-170 กรัม) หรือ 10 ช้อนโต๊ะ
ข้าวเหนียวสุก	1/2 ทัพพี (35 กรัม) หรือ 3 ช้อนโต๊ะ
เส้นต่างๆ (เส้นหมี่ขาว เส้นก๋วยเตี๋ยว)	1 ทัพพี (70-100 กรัม) หรือ 8-10 ช้อนโต๊ะ
สเปกเก็ตตี้ มักกะโรนีสุก	8 ช้อนโต๊ะ (75 กรัม)
บะหมี่	1/2 ก้อน (40-50 กรัม)
วุ้นเส้นสุก	1 ทัพพี (80 กรัม)
ขนมจีน	1 จับใหญ่ (75 กรัม)
ขนมปังขาว, ขนมปังโฮลวีท*	1 แผ่น (25 กรัม)
แครกเกอร์แผ่นกลม	6 แผ่น (25 กรัม)
แป้งเกี้ยว	4 แผ่น
ข้าวโพดต้ม*	1/2 ฝัก (60 กรัม) หรือ 6 ช้อนโต๊ะ
เผือกต้ม / มันต้ม	1 ทัพพี (50-65 กรัม)
ฟักทองสุก	1 ทัพพี (70-100 กรัม)
ลูกเดือยสุก	1 ทัพพี (65 กรัมหรือ 6 ช้อนโต๊ะ)
ถั่วเมล็ดแห้งสุก*	1 ทัพพี

*มีใยอาหารสูง

หมายเหตุ : ถั่วเมล็ดแห้งสุกต่างๆ 1 ส่วน = ข้าว 1 ส่วน + เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วน

ที่มา

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
2. คู่มือ “รู้จักคาร์บ รู้จักนั้บ ปรับสมดุล ควบคุมเบาหวาน” สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน

หมวดที่ 2

ผัก แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ให้พลังงานแตกต่างกันออกไป
แบ่งออกเป็น

ผักประเภท ก	ให้พลังงานน้อยมาก (ไม่คิดพลังงาน) เช่น ผักกาดหอม / ผักกาดเขียว / ใบกระเพรา / แตงกวา / ผักกวางตุ้ง / ผักกาดขาว / ผักปวยเล้ง / มะเขือเทศ เป็นต้น
ผักประเภท ว	ผักหัวหรือกลุ่มผักที่ให้พลังงาน โดยผักในกลุ่มนี้ 1 ส่วน (ผักสุก 1 ถ้วย หรือผักสด 2 ถ้วย) มีคาร์โบไฮเดรต 5 กรัม โปรตีน 2 กรัม ให้พลังงาน 25 กิโลแคลอรี ได้แก่ ผักหวาน / ผักกะเฉด / ผักคะน้า / ขนุนอ่อน / ดอกกะหล่ำ / มะระ / ถั่วลันเตา / ถั่วฝักยาว / ถั่วแขก / ถั่วพู / ยอดแค / ยอดชะอม / ยอดมะพร้าว / แครอท / หน่อไม้ฝรั่ง / บร็อคโคลี่ / ข้าวโพดอ่อน

หมวดที่ 3

ผลไม้ 1 ส่วน

มีคาร์โบไฮเดรต 15 กรัม ให้พลังงาน 60 กิโลแคลอรี

ชนิด	ปริมาณ
กล้วยน้ำว้า / กล้วยไข่	1 ผลกลาง (45 กรัม)
กล้วยหอม	1/2 ผล (50 กรัม)
แอปเปิ้ล	1 ผลเล็ก (100 กรัม)
ส้มเขียวหวาน	1 ผลใหญ่ / 2 ผลเล็ก (160 กรัม)
ส้มโอ	2 กลีบใหญ่ (130 กรัม)
เงาะ	4 ผลใหญ่ / 5 ผลเล็ก (85 กรัม)
มังคุด	4 ผล (80 กรัม)
แตงโม	10 ชิ้น ขนาดพอดีคำ (2 ถ้วยตวง / 285 กรัม)
ทุเรียน	1 เม็ดกลาง (40 กรัม)
ฝรั่ง	1/2 ผลกลาง (120 กรัม)
มะม่วงดิบ	1/2 ผลใหญ่ (100 กรัม)
มะม่วงสุก	1/2 ผลกลาง (80 กรัม)
มะละกอสุก	8 ชิ้น ขนาดพอดีคำ (115 กรัม)
ขนุน	2 ยวงขนาดกลาง (60 กรัม)
มะยงชิด	2 ผล (100 กรัม)
ลองกอง	6-8 ผล (90 กรัม)
ลำไย	5-6 ผล (80 กรัม)
ลูกเกด	2 ช้อนโต๊ะ (20 กรัม)
น้ำส้ม / น้ำแอปเปิ้ล	1/2 ถ้วยตวง (120 มิลลิลิตร)
น้ำองุ่น / น้ำผลไม้รวม	1/3 ถ้วยตวง (80 มิลลิลิตร)

ที่มา

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
2. คู่มือ “รู้จักคาร์บ รู้จักน้บ ปรับสมดุล ควบคุมเบาหวาน” สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย และสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน

หมวดที่ 4

เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ 1 ส่วน

(เนื้อสัตว์ที่มีน้ำหนักสุก 30 กรัม หรือ 2 ช้อนโต๊ะ)

มีโปรตีน 7 กรัม ไขมัน 0-8 กรัม พลังงาน 35-100 กิโลแคลอรี

(ขึ้นอยู่กับปริมาณไขมัน) โดยแบ่งออกเป็น

4.1

เนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำมาก (Very lean meat)

1 ส่วน ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 0-1 กรัม พลังงาน 35 กิโลแคลอรี

ชนิด	ปริมาณ
เนื้อปลา เช่น ปลาช่อน ปลากะพง ปลาทู	2 ช้อนโต๊ะ
อกไก่	2 ช้อนโต๊ะ
กุ้งสด (ขนาด 8 x 2 ซม.)	4 ตัวขนาดกลาง
หอยลาย / หอยเชลล์	10-15 ตัว
ลูกชิ้นปลา	5 ลูก
เลือดหมู	6 ช้อนโต๊ะ (90 กรัม)
เลือดไก่	3 ช้อนโต๊ะ (40 กรัม)

4.2

เนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ (lean meat)

1 ส่วน ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 3 กรัม พลังงาน 55 กิโลแคลอรี

ชนิด	ปริมาณ
เนื้อไก่ / เป็ด ไม่ติดหนัง	2 ช้อนโต๊ะ
ลูกชิ้นไก่ / หมู	5 ลูก (55 กรัม)
แฮม	1 ชิ้น
นมถั่วเหลืองไม่หวาน* / นมถั่วเหลืองหวาน**	240 มิลลิลิตร

หมายเหตุ * นมถั่วเหลืองไม่หวาน 240 มล. มีคุณค่าอาหารเท่ากับข้าว-แป้ง 1/2 ส่วนและเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วน

** นมถั่วเหลืองหวาน 240 มล. มีคุณค่าอาหารเท่ากับข้าว-แป้ง 1/2 ส่วน เนื้อสัตว์ไขมันต่ำ 1 ส่วน และน้ำตาล 2 ช้อนชา

4.3

เนื้อสัตว์ที่มีไขมันปานกลาง (Medium fat meat)

1 ส่วน ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 5 กรัม พลังงาน 75 กิโลแคลอรี

ชนิด	ปริมาณ
เนื้อหมู / ซี่โครง ไม่ติดมัน	2 ช้อนโต๊ะ
ไข่เป็ด / ไข่ไก่	1 ฟอง (50 กรัม)
เต้าหู้ไข่	1 หลอด (120 กรัม)
เต้าหู้ขาวอ่อน	2/3 หลอด (ประมาณ 180 กรัม)
เต้าหู้แข็ง	1/2 แผ่น (60 กรัม)
ชีส	1 แผ่น

4.4

เนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง (High fat meat)

1 ส่วน ให้โปรตีน 7 กรัม ไขมัน 8 กรัม และ ให้พลังงาน 100 กิโลแคลอรี

ชนิด	ปริมาณ
ปลาบางชนิด เช่น ปลาสวาย	2 ช้อนโต๊ะ
เนื้อหมูติดมัน / หมูบด	2 ช้อนโต๊ะ
เนื้อวัวติดมัน	2 ช้อนโต๊ะ
ไส้กรอก	1 แท่ง (30 กรัม)
กุนเชียง หมูยอ แหนม	2 ช้อนโต๊ะ

หมวดที่ 5

ไขมันและน้ำมัน 1 ส่วน
มีไขมัน 5 กรัม พลังงาน 45 กิโลแคลอรี
แบ่งออกตามชนิดของกรดไขมันที่เป็นองค์ประกอบหลัก ดังนี้

ชนิด	ปริมาณ
5.1 กลุ่มไขมันที่มีกรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty Acid; SFA)	
- น้ำมันหมู	1 ช้อนชา
- น้ำมันปาล์ม / น้ำมันมะพร้าว	1 ช้อนชา
- เนย	1 ช้อนชา
- กะทิ	1 ช้อนโต๊ะ
- เบคอน	1 ชิ้น
5.2 กลุ่มไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง (Polyunsaturated fatty Acid; PUFA)	
- น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย	1 ช้อนชา
- วอลนัท	4 ชีก
- เมล็ดฟักทอง / เมล็ดทานตะวัน	1 ช้อนโต๊ะ
5.3 กลุ่มไขมันที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว (Monounsaturated fatty Acid; MUFA)	
- น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันคาโนล่า	1 ช้อนชา
- ถั่วอัลมอนต์ หรือเม็ดมะม่วงหิมพานต์	6 เม็ด
- ถั่วลิสง	10 เม็ด
- ถั่วพิทาชิโอ	16 เม็ด
- แมคคาดีเมีย	3 เม็ด
- เนยถั่วลิสง	2 ช้อนชา
- งา	1 ช้อนโต๊ะ
- อโวคาโด	2 ช้อนโต๊ะ

หมวดที่ 6

แบบและผลิตภัณฑ์ 1 ส่วน

มีโปรตีน 7 กรัม ไนโตรเจน 0-8 กรัม คาร์โบไฮเดรต 12 กรัม
พลังงาน 80-150 กิโลแคลอรี (พลังงานขึ้นกับไนโตรเจนในนม)

ชนิด	ปริมาณ
นมสด / นมพร่องไขมัน / นมขาดไขมัน	240 มิลลิลิตร
นมผง	4 ช้อนโต๊ะ (30 กรัม)
โยเกิร์ตธรรมชาติ	150 กรัม
นมระเหย (นมข้นจืด)	120 มิลลิลิตร

คำนวณความต้องการพลังงาน

นาย ก	มีน้ำหนัก 50 กิโลกรัม / ส่วนสูง 150 เซนติเมตร / ดัชนีมวลกาย 22.2 กิโลกรัม/เมตร ²
	ความต้องการพลังงาน/วัน 35-40 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม
	ความต้องการโปรตีน 1.2-1.5 กรัม/กิโลกรัม
ดังนั้น นาย ก	ควรได้รับพลังงาน น้ำหนักตัว x ความต้องการพลังงาน = 50 x 35-40
	= 1,750-2,000 กิโลแคลอรี/วัน
	ควรได้รับโปรตีน น้ำหนักตัว x ความต้องการโปรตีน = 50 x 1.2-1.5
	= 60-75 กรัม/วัน

ตัวอย่างปริมาณอาหารที่ควรได้รับ สำหรับความต้องการพลังงานในระดับต่างๆ

หมวดอาหาร	หน่วย	พลังงาน (กิโลแคลอรี)			
		1,600	1,800	2,000	2,400
ข้าว-แป้ง	ทัพพี	8	9	10	12
เนื้อสัตว์*	ช้อนกินข้าว	14	16	18	20
ผัก	ทัพพี	4-6	4-6	4-6	4-6
ผลไม้	ส่วน	3	3	3	4
นม**	แก้ว	1	1	1	1
ไขมัน	ช้อนชา	4	5	5	7
น้ำตาล เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว	ใช้น้อยเท่าที่จำเป็น				

การกระจายสัดส่วนสารอาหารเท่ากับคาร์โบไฮเดรต 50-55%, โปรตีน 15-20%, ไขมัน 30-35%

* คำนวณจากเนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง หากเลือกใช้เนื้อสัตว์ไขมันต่ำหรือไขมันต่ำมาก สามารถเพิ่มการบริโภค ไขมัน / น้ำมันเพิ่มได้

** คำนวณจากนมขาดไขมัน

สามารถแบ่งออกเป็นหมวดอาหารในกลุ่มต่างๆ ได้แก่

ชนิด	ปริมาณ
ข้าว-แป้ง	9-10 ส่วน/วัน (9-10 ทัพพี)
เนื้อสัตว์	8-9 ส่วน/วัน (16-18 ช้อนโต๊ะ)
ผัก	4-6 ส่วน/วัน (ผักสุก 4-6 ทัพพี)
ผลไม้	3 ส่วน/วัน
ไขมัน	5 ส่วน/วัน (น้ำมัน 5 ช้อนชา หรือไขมันทดแทน)
นม (ขาดมันเนย)	1 ส่วน/วัน (240 มิลลิลิตร)

ตัวอย่างเมนูอาหาร		ปริมาณ
เช้า	ข้าวกล้อง แกงจิตเต้าหู้ไก่สับ - ผักกาดขาวสุก - แครอท - ไก่สับ - เต้าหู้หลอด - ซีอิ้วขาว	3 ทับพี 2 ทับพี 0.5 ทับพี 2 ซ้อนโต๊ะ 1 หลอด 0.5 ซ้อนชา
ว่างเช้า	นมชาดมันเนย สั้ม	1 แก้ว 1 ผล
กลางวัน	เส้นใหญ่ราดหน้าหมู - เส้นใหญ่ - ผักคะน้าสุก - เห็ดฟาง + ข้าวโพดอ่อน - หมู - น้ำมันพืช (สำหรับผัดเส้น) - แป้งมันสำปะหลัง - ซีอิ้ว / เต้าเจี้ยวสำหรับปรุงรส	2 ทับพี 1 ทับพี 1 ทับพี 4 ซ้อนโต๊ะ 1 ซ้อนโต๊ะ 1 ซ้อนโต๊ะ
ว่างบ่าย	แอปเปิ้ล	1 ผล
เย็น	ข้าวกล้อง ต้มยำปลาทูน้ำใส - ปลาทู - มะเขือเทศ - ข่า, ตะไคร้, หอมแดง, ใบมะกรูด ตามชอบ - ปรุงรสด้วยเกลือ น้ำมะนาว พริกสด ผัดผักรวมกุ้ง - ผักรวม - กุ้ง - น้ำมันสำหรับผัด มะละกอ	3 ทับพี 1 ตัวใหญ่ (4 ซ้อนโต๊ะ) 2-3 ลูก 1 ทับพี 5 ตัว 2 ซ้อนชา 8 ชิ้นคำ
ก่อนนอน	นมถั่วเหลืองหวานน้อย	1 แก้ว

ภาคผนวก 4



ข้อมูลหน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink)
ของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พบบ่อยในประเทศไทย

เบียร์	ภาชนะ	เปอร์เซ็นต์ แอลกอฮอล์	ปริมาตร (มล.)	Standard drink (1 Drink =10 g.)
	แก้ว	5%	285	1
	กระป๋อง	5%	330	1.5
	ขวด	5%	490	2.5
	ขวดใหญ่	5%	630	3

สุราสี	ภาชนะ	เปอร์เซ็นต์ แอลกอฮอล์	ปริมาตร (มล.)	Standard drink (1 Drink = 10 g.)
	แก้ว	35-40%	30	1
	แก้วช็อต	35-40%	30	1
	ขวดแบน	35-40%	350	10-13
	ขวดกลม	35-40%	700	25-28
	ขวดกลม	35-40%	1,000	40
	เป็กใหญ่	40%	50	1.5

ไวน์ / แชมเปญ	ภาษา:	เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์	ปริมาตร (มล.)	Standard drink (1 Drink = 10 g.)
	แก้วไวน์	12%	100	1
	แก้วแชมเปญ	12%	150	1.5
	ขวด	9-15%	750	6-10

สุราขาว	ภาษา:	เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์	ปริมาตร (มล.)	Standard drink (1 Drink = 10 g.)
	ขวด	28% 30% 35% 40%	625	17.5 18.5 22 25

ไวน์คูลเลอร์	ภาษา:	เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์	ปริมาตร (มล.)	Standard drink (1 Drink = 10 g.)
	ขวด	4%	275	1

สุราสมุนไพรวอด	ภาชนะ	เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์	ปริมาตร (มล.)	Standard drink (1 Drink = 10 g.)
	ขวด	12.8%	150	2

อุ	ภาชนะ	เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์	ปริมาตร (มล.)	Standard drink (1 Drink = 10 g.)
	ไห	10%	1,000 - 1,500	8-12

เหล้าจีน/เหมาโก	ภาชนะ	เปอร์เซ็นต์แอลกอฮอล์	ปริมาตร (มล.)	Standard drink (1 Drink = 10 g.)
	ขวด	15-55%	500 - 700	10-30



สมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย

Thai Association for the Study of the Liver (THASL)