



Llywodraeth Cymru

Dogfen Ymgynghori

Fframwaith Cymorth a Thrin Drafft ar gyfer Atal, Diagnosis, Triniaeth
a Chymorth ar gyfer Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol

Dyddiad cyhoeddi: 11 Chwefror 2021

Camau i'w cymryd: Ymatebion erbyn 25 Mawrth 2021

Mae'r ddogfen yma hefyd ar gael yn Saesneg.
This document is also available in English.

Trosolwg

Mae'r ymgynghoriad hwn yn gofyn am eich safbwyntiau ar y Fframwaith Cymorth a Thrin Drafft ar gyfer Atal, Diagnosis, Triniaeth a Chymorth ar gyfer Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol.

Sut i ymateb

Bydd yr ymgynghoriad yn dod i ben ar 25 Mawrth 2021. Gallwch ymateb ar-lein, dros e-bost neu drwy'r post.

Ar-lein

A fydddech cystal â llenwi'r ffurflen ymateb i'r ymgynghoriad ar dudalennau ymgynghori gwefan Llywodraeth Cymru.

E-bost

Dylech lenwi'r ffurflen ymateb i'r ymgynghoriad a'i dychwelyd i: Substance.Misuse@gov.wales

Post

Dylech lenwi'r ffurflen ymateb i'r ymgynghoriad a'i dychwelyd at:

Y Tîm Polisi a Chyflawni ar gyfer Camddefnyddio
Sylweddau
Llywodraeth Cymru
Swyddfa Merthyr Tudful
Rhyd-y-car
Merthyr Tudful
CF48 1UZ

Rhagor o wybodaeth a dogfennau cysylltiedig

Gellir gwneud cais am fersiynau o'r ddogfen hon mewn print bras, mewn Braille neu mewn ieithoedd eraill.

Manylion Cysylltu

I gael rhagor o wybodaeth, cysylltwch â:

Y Tîm Polisi a Chyflawni ar gyfer Camddefnyddio
Sylweddau
Llywodraeth Cymru
Swyddfa Merthyr Tudful
Rhyd-y-car
Merthyr Tudful
CF48 1UZ

E-bost: Substance.Misuse@gov.wales

Rheoliadau Diogelu Data Cyffredinol

Llywodraeth Cymru fydd y rheolydd data ar gyfer unrhyw ddata personol a ddarperir gennych wrth ichi ymateb i'r ymgynghoriad. Mae gan Weinidogion Cymru bwerau statudol y byddant yn dibynnu arnynt i brosesu'r data personol hyn a fydd yn eu galluogi i wneud penderfyniadau cytbwys ynghylch sut y maent yn cyflawni eu swyddogaethau cyhoeddus. Bydd unrhyw ymateb a anfonwch atom yn cael ei weld yn llawn gan staff Llywodraeth Cymru sy'n gweithio ar y materion y mae'r ymgynghoriad hwn yn ymwneud â nhw neu sy'n cynllunio ymgynghoriadau ar gyfer y dyfodol. Pan fo Llywodraeth Cymru yn cynnal dadansoddiad pellach o'r ymatebion i ymgynghoriad, yna gall trydydd parti achrededig (e.e. sefydliad ymchwil neu gwmni ymgynghori) gael ei gomisiynu i wneud y gwaith hwn. Ymgwymerir â gwaith o'r fath dim ond o dan gontract. Mae telerau ac amodau safonol Llywodraeth Cymru ar gyfer contractau o'r fath yn nodi gofynion caeth ar gyfer prosesu a cadw data personol yn ddiogel.

Er mwyn dangos bod yr ymgynghoriad wedi'i gynnal yn briodol, mae Llywodraeth Cymru yn bwriadu cyhoeddi crynodeb o'r ymatebion i'r ddogfen hon. Mae'n bosibl hefyd y byddwn yn cyhoeddi'r ymatebion yn llawn. Fel arfer, bydd enw a chyfeiriad (neu ran o gyfeiriad) yr unigolyn neu'r sefydliad a anfonodd yr ymateb yn cael eu cyhoeddi gyda'r ymateb. Os nad ydych yn dymuno i'ch enw a'ch cyfeiriad gael eu cyhoeddi, rhowch wybod inni yn ysgrifenedig wrth anfon eich ymateb. Byddwn wedyn yn cuddio'ch manylion cyn cyhoeddi'ch ymateb.

Dylech hefyd fod yn ymwybodol o'n cyfrifoldebau o dan ddeddfwriaeth Rhyddid Gwybodaeth

Os caiff eich manylion chi eu cyhoeddi fel rhan o'r ymateb i'r ymgynghoriad, caiff yr adroddiadau hyn eu cadw am gyfnod amhenodol. Ni fydd gweddill eich data a gedwir fel arall gan Lywodraeth Cymru yn cael eu cadw am fwy na thair blynedd.

Eich hawliau

O dan y ddeddfwriaeth diogelu data, mae gennych yr hawl:

- i wybod am y data personol a gedwir amdano chi a'u gweld
- i'w gwneud yn ofynnol inni gywiro gwallau yn y data hynny
- (o dan rai amgylchiadau) i wrthwynebu neu gyfyngu ar brosesu'r data
- (o dan rai amgylchiadau) i'ch data gael eu 'dileu'
- (o dan rai amgylchiadau) i gludadwyedd data
- i gyflwyno cwyn i Swyddfa'r Comisiynydd Gwybodaeth (SCG), ein rheoleiddiwr annibynnol ar gyfer diogelu data.

I gael rhagor o fanylion am yr wybodaeth y mae Llywodraeth Cymru yn ei chadw ac am y defnydd a wneir ohoni, neu os ydych am arfer eich hawliau o dan y Rheoliad Diogelu Data Cyffredinol, gweler y manylion cyswllt isod:

Y Swyddog Diogelu Data:
Llywodraeth Cymru
Parc Cathays
CAERDYDD,
CF10 3NQ

e-bost: Data.ProtectionOfficer@llyw.cymru

Dyma fanylion cyswllt Swyddfa'r
Comisiynydd Gwybodaeth:
Wycliffe House
Water Lane
Wilmslow
Cheshire
SK9 5AF
Ffôn: 01625 545 745 neu
0303 123 1113
Gwefan: <https://ico.org.uk/>

Fframwaith Triniaeth Camddefnyddio Sylweddau Drafft

Atal, Diagnosis, Triniaeth a Chymorth ar gyfer Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol

**University of
South Wales**
Prifysgol
De Cymru

A healthier,
happier and
fairer Wales



**GIG
CYMRU
NHS
WALES**

Iechyd Cyhoeddus
Cymru
Public Health
Wales



**Llywodraeth Cymru
Welsh Government**

Awduron ac ymlyniadau

Robert Heirene, Ymchwilydd Doethurol, Grŵp Ymchwil i Gaethiwed, Prifysgol De Cymru. Awdur: Penodau 3, 5, 6 a 10.

Dr Gareth Roderique-Davies, Athro Seicoleg Cyswllt, Grŵp Ymchwil i Gaethiwed, Prifysgol De Cymru. Awdur: Penodau 3, 5, 6 a 10.

Yr Athro Bev John, Athro Caethiwed a Seicoleg Iechyd, Grŵp Ymchwil i Gaethiwed, Prifysgol De Cymru. Awdur: Penodau 3, 5, 6 a 10.

Yr Athro Simon Moore, Cyfarwyddwr, Arweinydd Thema Grŵp Ymchwil i Alcohol a Thrais, Ymchwil Clinigol, Cymhwysol ac Iechyd Cyhoeddus Coleg y Gwyddorau Biofeddygol a Bywyd yr Ysgol Ddeintyddiaeth, Prifysgol Caerdydd. Cyd-gyfarwyddwr, Sefydliad Ymchwil Trosedd a Diogelwch, Prifysgol Caerdydd. Awdur: Pennod 4.

Dr Raman Sakhuja, Seiciatrydd Ymgynghorol yn arbenigo mewn Seiciatreg Caethiwed a Seiciatreg Oedolion Cyffredinol â diddordeb arbennig mewn Niwroseiciatreg, Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf. Awdur: Penodau 4 a 7.

Dr Julia Lewis, Seiciatrydd Caethiwed Ymgynghorol ac Arweinydd Clinigol, Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan. Awdur: Penodau 4, 8 a 9.

Josie Smith, Pennaeth Camddefnyddio Sylweddau, Iechyd Cyhoeddus Cymru. Golygydd. Awdur: Penodau 2 a 10.

Cynnwys

1.	Crynodeb Gweithredol.....	1
1.1	Canfyddiadau cryno	1
1.2	Argymhellion	2
1.3	Siart llif llwybr gofal	5
2.	Cefndir	6
2.1	Diben a strwythur	6
2.2	Cyd-destun strategol.....	6
2.3	Dull.....	7
2.4	Swyddogaethau a chyfrifoldebau	7
2.5	Diffiniad a materion allweddol	7
3.	Addysg, codi ymwybyddiaeth, hyfforddiant a datblygu'r gweithlu	11
3.1	Cefndir	11
3.2	Tystiolaeth.....	12
3.3	Argymhellion	14
4.	Atal Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol ymhlith poblogaethau uchel eu risg.....	16
4.1	Cefndir	16
4.2	Tystiolaeth.....	17
4.3	Argymhellion	18
5.	Nodi cynnar	19
5.1	Cefndir	19
5.2	Tystiolaeth.....	20
5.3	Argymhellion	22
6.	Asesu a diagnosis.....	23
6.1	Cefndir	23
6.2	Tystiolaeth.....	23
6.3	Argymhellion	27
7.	Llwybrau ar gyfer Asesu a Thriniaeth	29
7.1	Cefndir	29
7.2	Tystiolaeth.....	29
7.3	Argymhellion	36
8.	Darpariaeth o driniaeth a chymorth.....	37

8.1	Cefndir	37
8.2	Tystiolaeth.....	37
8.3	Argymhellion	42
9.	Cymorth i gleifion ARBD nad ydynt yn ymatal	43
9.1	Cefndir	43
9.2	Tystiolaeth.....	45
9.3	Argymhellion	49
10.	Monitro, goruchwyllo, gwerthuso a chydweithrediad DU gyfan	50
10.1	Cefndir	50
10.2	Tystiolaeth.....	50
10.3	Argymhellion	57
11.	Cyfeiriadau.....	58
	Atodiadau	69
	Atodiad A – Meini prawf diagnostig ARBD.....	69
	Atodiad B – Darpariaeth o Pabrinex® - Llyfr Fformiwlâu Cenedlaethol Prydain	72
	Atodiad C – Asesiadau niwroseicolegol.....	73

1. Crynodeb Gweithredol

1.1 Canfyddiadau cryno

- 1.1.1 Wrth fynd i'r afael â phroblem Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol (ARBD) a gweithio drwy'r ddrysfa o'r holl syndromau â materion diagnostig, triniaeth, cyfreithiol, comisiynu ac ariannu ehangach, mae tystiolaeth gan wasanaethau ARBD wedi dechrau amlygu, gyda'r holl ddulliau asesu a ddilyswyd yn glinigol, nodi ARBD yn gynnar, ag ymyriadau ffarmacolegol, seicogymdeithasol a chael model adsefydlu, bod ARBD - yn groes i'r myth poblogaidd - yn gyflwr nad yw'n gwaethygu.
- 1.1.2 Mae diagnosis annigonol o ARBD yn broblem gydnabyddedig nid yn unig mewn lleoliadau clinigol, ond hefyd yn y gymuned. Mae methiant i fynd i wasanaethau, am resymau sy'n cynnwys stigma, yn gyffredin. Gall cleifion fel rheol ddod yn amlwg i wasanaethau gyntaf pan fyddant yn cael eu hasesu gartref neu mewn ysbytai cyffredinol ac yn anaml trwy atgyfeiriad uniongyrchol i wasanaethau seiciatrig, lle gallai eu hanghenion gael eu nodi yn gynt.
- 1.1.3 Mae angen ymwybyddiaeth, addysg a hyfforddiant ARBD o ansawdd uchel ymhlith staff iechyd a gofal cymdeithasol i fynd i'r afael â diffyg gwybodaeth ac agweddau gelyniaethus, ac i wella nodi cynnar, diagnosis ac ansawdd gwasanaethau.
- 1.1.4 Mewn ysbytai a lleoliadau gofal eilaidd, gallai cleifion ag ARBD ymddangos â niwed gwybyddol oherwydd lluo o syndromau a daw'n bwysig gwahaniaethu'r cyflyrau hyn gyda phwyslais ar atal y syndromau ARBD mwy difrifol fel syndrom Wernicke-Korsakoff. Felly, daw rheoli diddyfnu alcohol aciwt yn unol â chanllawiau, defnydd o Pabrinex® ar gyfer trin syndrom Wernicke-Korsakoff tybiedig ac fel triniaeth glwyfataliol ar gyfer unigolion uchel eu risg, yn hanfodol.
- 1.1.5 Mae profion niwroseicolegol yn cynnig dull effeithiol a chymharol rad o gael diagnosis ARBD ac maent yn cynnig cyfoeth o wybodaeth am symptomoleg bob unigolyn mewn cyflwr sy'n aml yn amrywio. Fodd bynnag, mae canlyniadau profion niwroseicolegol ar eu pen eu hunain yn cynnig tystiolaeth annigonol ar gyfer gwneud diagnosis ARBD oherwydd yr achosion posibl lluosog o berfformiad gwallus ar brofion o'r fath (e.e., anafiadau i'r pen, clefydau niwroddirymol, gweithrediad cyn salwch ac ati). O ganlyniad, mae angen ystyried holl ganlyniadau profion niwroseicolegol ar y cyd â phroses ddiagnostig glinigol ac unrhyw ganlyniadau asesu ychwanegol sydd ar gael er mwyn gwneud diagnosis cywir.

- 1.1.6 Prin yw'r gwasanaethau penodol sy'n bodoli ledled y DU ar hyn o bryd er gyfer rheoli ARBD ac, o ganlyniad, gall cleifion gael eu lleoli mewn amrywiaeth o wahanol fathau o wasanaethau fel gwasanaethau iechyd meddwl i oedolion, gwasanaethau cof a gwasanaethau triniaeth alcohol. Efallai y bydd gwasanaethau alcohol yn diwallu rhai o'u hanghenion ond y byddant yn cael trafferth yn cynnwys y rhai â nam gwybyddol. Gall gwasanaethau iechyd meddwl i oedolion hŷn gynnig gofal tymor hwy i'r rhai â nam gwybyddol parhaol ond mae llawer o bobl ag ARBD yn iau na'u hoedran trothwy (65 yn aml) ac nid oes gan y gwasanaethau hyn yr arbenigedd yn gyffredinol i ymdrin â chamddefnydd o alcohol (McCabe, 2006). O ganlyniad, gall cleifion gael eu hunain wedi'u lleoli rhwng gwasanaethau ag anghytuno ynghylch pa wasanaeth ddylai arwain.

1.2 Argymhellion

Codi ymwybyddiaeth, addysg a hyfforddiant

- 1.2.1 Datblygu ymgyrch codi ymwybyddiaeth genedlaethol gydgysylltiedig ar gyfer y cyhoedd, teuluoedd a gofalwyr - amlgyfrwng (radio, cyfryngau cymdeithasol, teledu a phrint) ynghylch risgiau posibl defnydd trwm a pharhaus o alcohol a ble i ofyn am gymorth/atgyfeiriad.
- 1.2.2 Datblygu a gwerthuso Taflenni Gwybodaeth Cleifion wedi'u targedu a phriodol ar gyfer cleifion, teuluoedd a gofalwyr i hybu dewisiadau iechyd.
- 1.2.3 Datblygu rhaglen addysg a hyfforddiant tair haen wedi'i hachredu yn genedlaethol (AGORED, Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol a'r Ddeoniaeth) ar alcohol, dadwenwyno a niwed i'r ymennydd sy'n gysylltiedig ag alcohol:
- a. Haen 1 – Hyfforddiant sylfaenol yn cynnig trosolwg o ARBD i'r holl weithwyr proffesiynol a allai weithio gydag unigolion ag ARBD neu sydd mewn perygl o'i ddioddef. Pwyslais ar nodi cynnar.
 - b. Haen 2 – Hyfforddiant mwy manwl a chynhwysfawr gan gynnwys symptomau a dulliau a phrotocolau sgrinio ar gyfer y rhai sy'n debygol o weithio yn uniongyrchol ac yn rheolaidd gydag ARBD (e.e., seiciatryddion/seicolegwyr caethiwed, gweithwyr cymdeithasol camddefnyddio sylweddau).
 - c. Haen 3 – Asesiadau, diagnosis a rheolaeth arbenigol o ARBD i arbenigwyr clinigol ac anghlinigol a'r rhai sy'n darparu hyfforddiant Haenau 1 a 2.

Atal, allgymorth grymusol a nodi cynnar

- 1.2.4 Dylid hysbysu'r rhai sy'n defnyddio alcohol y bydd eu penderfyniadau yfed yn cael effaith sylweddol ar eu perygl o ddioddef dirywiad gwybyddol ac ARBD, ac y gall effeithiau alcohol ddod yn amlwg ar yr hyn yr ystyrir yn lefelau "diogel" o ddefnydd.
- 1.2.5 Yn unol ag argymhellion y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal (NICE), Coleg Brenhinol y Meddygon a Chymdeithas Seicoffarmacoleg Prydain, dylid rhagnodi Pabrinex® parenterol a Thiamin drwy'r geg, gan gynnwys o dan Ddiagnosis Genetig Cyn Mewnblannu, i bob unigolyn â phatrymau yfed trwm a/neu barhaus, y nodwyd bod ganddynt ARBD neu eu bod mewn perygl o'i ddioddef.
- 1.2.6 Mae angen gwyliadwriaeth a threialon sy'n gallu cofnodi amrywiadau mewn perfformiad gwybyddol o ran defnydd o alcohol, a pha fesurau ffarmacolegol neu ddeietegol sy'n lleddfu dirywiad.
- 1.2.7 Dylid cyflawni pob proses dadwenwyno o alcohol yn unol â chanllawiau clinigol NICE ac yn rhan o lwybr gofal a gynlluniwyd, ar y cyd â gwasanaethau arbenigwyr caethiwed lleol a'i chofnodi yn y system rheoli cleifion yn y gwasanaethau alcohol clinigol.
- 1.2.8 Dylai sgrinio gwybyddol o unigolion â hanes o ddefnydd alcohol sylweddol fod yn fater o drefn (ar sail dri misol o leiaf os bydd defnydd o alcohol yn parhau) mewn lleoliadau clinigol a chymunedol i nodi'r rhai sydd ag ARBD neu mewn perygl o'i ddioddef.
- 1.2.9 Dylai Byrddau Cynllunio Ardal ystyried comisiynu gwasanaethau allgymorth grymusol i gleifion ag ARBD, yn enwedig y rhai sy'n ddigartref.

Llwybr gofal clinigol

- 1.2.10 Sefydlu Gwasanaethau ARBD penodol ym mhob Bwrdd Iechyd, ag arbenigwr clinigol ARBD, seicolegydd clinigol, therapydd galwedigaethol, gwasanaethau cymdeithasol a meddygaeth gyffredinol a mynediad prydlon at ddulliau diagnostig seiliedig ar dystiolaeth briodol.
- 1.2.11 Sefydlu canolfannau rhagoriaeth cleifion mewnol rhanbarthol ar gyfer ARBD i gynorthwyo asesu, ymchwil a gwerthuso diagnostig priodol ar fodelau clinigol a darparu gwasanaethau.
- 1.2.12 Gwasanaethau gofal cymdeithasol yn ystyried darpariaeth lety gynhwysfawr, nid gwneud ymataliad rhag alcohol yn rhagofyniad.

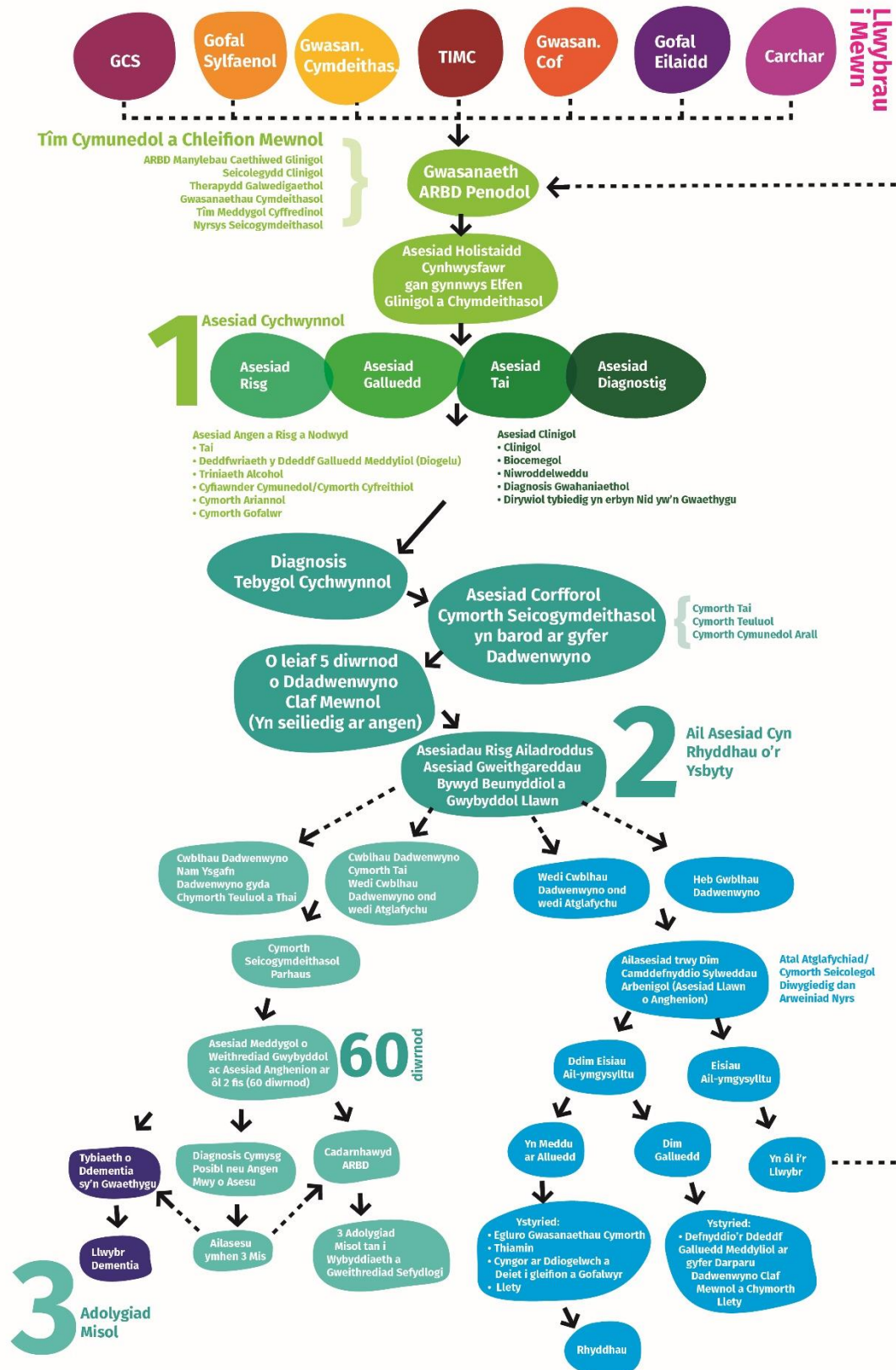
Cynnal a dilysu safon ansawdd a gwelliant gwasanaethau

- 1.2.13 Cefnogi rhaglen gynhwysfawr a chydgyssylltiedig o werthuso gan gynnwys dilysu dulliau sgrinio a diagnostig ARBD, modelau gofal adsefydlu, llwybrau gofal integredig a gwasanaethau cymorth cymunedol.
- 1.2.14 Cefnogi astudiaethau cyffredinrwydd a digwydded sy'n cynnig tystiolaeth o natur a graddfa ARBD a phoblogaeth sydd mewn perygl yng Nghymru, gan gynnwys mewn gwasanaethau Carchardai i hysbysu gwaith cynllunio a chomisiynu gofal integredig pellach.

1.3

Siart llif llwybr gofal

Llwybr Integredig ar gyfer Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol



2. Cefndir

2.1 Diben a strwythur

- 2.1.1 Bwriedir i'r ddogfen hon hysbysu a chynorthwyo cynllunwyr a darparwyr iechyd a gofal cymdeithasol i ddylunio a darparu gwasanaethau atal a thrin cynaliadwy, teg ac o ansawdd ar gyfer y rhai sydd mewn perygl o ARBD.
- 2.1.2 Mae'r gynulleidfa y'i bwriedir ar ei chyfer yn cynnwys cynllunwyr gwasanaethau, comisiynwyr, darparwyr camddefnyddio sylweddau ac iechyd a gofal cymdeithasol ehangach sy'n gweithio gyda defnydd alcohol problemus presennol neu a oedd eisoes yn bodoli.
- 2.1.3 Mae'r ddogfen yn cynnig trosolwg o'r sefyllfa bresennol yng Nghymru a'r DU ehangach ac yn amlinellu'r dystiolaeth i hysbysu gwelliannau. Darperir dolenni i ddogfennau strategaeth a pholisi perthnasol ynghyd â chrynodeb o'r dystiolaeth yn ymwneud â datblygiad gofynnol gwasanaethau sydd â'r nod o wella iechyd a llesiant unigolion sydd ag ARBD neu sydd mewn perygl o'i ddatblygu.
- 2.1.4 Mae'r ddogfen ganllaw hon yn rhan o'r gyfres o ganllawiau lleihau niwed a Fframwaith Trin Camddefnyddio Sylweddau (SMTF) i'r rhai sy'n gweithio yng Nghymru sydd ar gael ar [wefan Camddefnyddio Sylweddau Llywodraeth Cymru](#).

2.2 Cyd-destun strategol

- 2.2.1 Yn dilyn pryder cynyddol a chyhoeddi nifer o ddogfennau allweddol a gyhoeddwyd yn ddiweddar, gan gynnwys dogfen '[All in the Mind](#)' Alcohol Change UK, '[adroddiad CR185 report](#)' Coleg Brenhinol y Seiciatryddion a dogfen '[Evidence – based profile of alcohol related brain damage in Wales](#)' Iechyd Cyhoeddus Cymru.
- 2.2.2 O ganlyniad i gyhoeddiadau a thynnu sylw at y mater yng Nghymru, amlinellodd Cynllun Cyflawni ar gyfer Camddefnyddio Sylweddau 2016-18¹ Llywodraeth Cymru a'r Cynllun Cyflawni ar gyfer Camddefnyddio Sylweddau 2019-22² diweddaraf gamau penodol i godi ymwybyddiaeth, i wella hyfforddiant, addysg a diagnosis ac i sefydlu llwybrau eglur ar gyfer atgyfeirio a thriniaeth. Gweler Adran 3.

¹ Ar gael yn: [Cynllun Cyflawni ar gyfer Camddefnyddio Sylweddau 2016-2018](#)

² Ar gael yn: [Cynllun Cyflawni ar gyfer Camddefnyddio Sylweddau-2019-2022](#)

2.3 Dull

- 2.3.1 I oruchwyllo datblygiad yr SMTF ar gyfer ARBD, sefydlwyd Bwrdd Prosiect yn 2015 a datblygwyd y gweithgor ARBD o aelodaeth y Bwrdd Prosiect i ddrafftio'r SMTF i'w gyhoeddi.
- 2.3.2 Daw'r dystiolaeth yn y ddogfen hon o amrywiaeth o ffynonellau gan gynnwys cronfeydd data llyfryddiaethol, gohebiaeth bersonol ag academyddion ARBD blaenllaw, digwyddiadau casglu tystiolaeth a chyfweliadau â hysbyswyr allweddol. Roedd y ffynonellau cronfa ddata a gwefan yn cynnwys MEDLINE, MEDLINE Daily Update, AMED, BNI ac EMBASE. Roedd y gwefannau yn cynnwys NICE, yr Asiantaeth Diogelu Iechyd, Llywodraeth Cymru a'r Adran Iechyd.

2.4 Swyddogaethau a chyfrifoldebau

- 2.4.1 Llywodraeth Cymru, Byrddau Iechyd, cyfiawnder troseddol, awdurdodau lleol a sefydliadau trydydd sector fydd yn gyfrifol am sicrhau darpariaeth yr SMTF ar gyfer ARBD. Dylai gweithgorau ARBD amlddisgyblaeth ddatblygu cynllun gweithredu yn canolbwyntio ar feysydd i'w datblygu o fewn ac ar draws gwasanaethau.

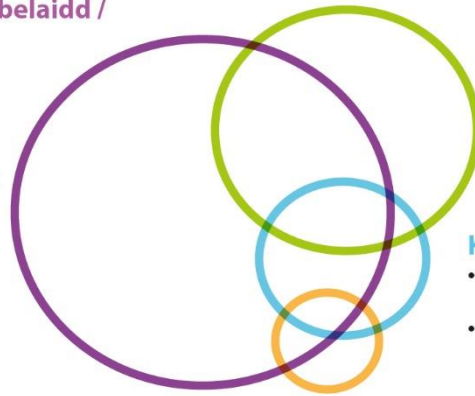
2.5 Diffiniad a materion allweddol

- 2.5.1 Term ambarél yw ARBD a ddefnyddir i ddisgrifio sbectrwm o gyflyrau a briodweddir gan nam gwybyddol cronig oherwydd newidiadau i strwythur a gweithrediad yr ymennydd a briodolir i ddefnydd gormodol o alcohol dros amser. **Gweler Ffigur 1.**
- 2.5.2 Un o'r mathau mwyaf adnabyddus a mwyaf difrifol o ARBD yw Syndrom Wernicke-Korsakoff (WKS), anhwylder dau gam sy'n datblygu o Enseffalopathi Wernicke (WE) ymlaen i Syndrom Korsakoff (KS). Cyflwr niwroseiciatrig aciwt yw WE a briodweddir gan ddryswch, atacsia serebelaid a chamweithrediad llygatsymudol (offthalmalgia, nystagmus); er ei fod hefyd yn cael ei gysylltu yn aml â niwropatheg ymylol, dryswch a dechrau coma (Caine et al., 1997). Mae'r ail gam, KS, yn anhwylder hirymarhous a briodweddir gan ddiffyg cof dwys (amnesia blaen-redol) a namau mwy ysgafn ar weithrediad dethol (gan gynnwys galluedd cynllunio a gwneud penderfyniadau gwael), prosesu gweledol-ofodol a sylw (Heirene, John, Roderique-Davies, 2018a).

**Anhwylderau serebelaidd /
llwybr blaen**

Newid personoliaeth
Anhwylder tymer
Syndrom Cam-ddethol

Llabedi ôl y serebelwm
(cysylltu i'r cortecs
blaenymenyddiol
trwy pons)



Niwed i'r ymennydd
Trawmatig neu fasgwlar

Korsakoff

- Nystagmus / parlys symud y llygaid
- Cydbwysedd gwael, symud yn sigledig neu anallu i gerdded
- Cysgadrwydd a dryswch

Syndromau niwro

e.e. myelinolysis pontaid
canolog, syndrom Marchiofava
Bignami, enseffalopathi hepatic

Ffigur 1 - Niwed i'r ymennydd sy'n gysylltiedig ag alcohol, wedi'i addasu o Wilson et al (2015).

- 2.5.3 Credir bod WKS yn cael ei achosi gan ddiffyg thiamin (fitamin B1) ac, o ganlyniad, gall ymddangos mewn unrhyw un sy'n dueddol o ddioddef diffyg fitaminau (e.e., y rhai ag anhwylderau bwyta). Fodd bynnag, mewn cymdeithasau gorllewinol cyfoes, gwelir WKS yn bennaf yn y rhai â dibyniaeth alcohol oherwydd eu cymeriant maethgol gwael ac effeithiau aflonyddol alcohol ar amsugnad a metaboledd thiamin.
- 2.5.4 Er ei fod yn cynnwys amrywiaeth eang o gyflyrau, mae ARBD wedi bod yn ffordd ddefnyddiol o ddiffinio categori o gleifion ag anghenion cymdeithasol a chlinigol cyffredin a rhagolygon tebyg ar gyfer adsefydlu.
- 2.5.5 Mae tystiolaeth gan wasanaethau ARBD arbenigol wedi dechrau amlygu, gyda dulliau asesu wedi'u dilysu yn glinigol, nodi ARBD cynnar ag ymyriadau ffarmacolegol, seicogymdeithasol a chael model adsefydlu:
- Bod ARBD yn gyflwr nad yw'n gwaethygu cyn belled ag y bo ymataliad yn cael ei sicrhau.
 - Y gellir lleihau defnydd diwrnod o welyau ysbyty aciwt hyd at 85%.
 - Y gellir gwella ansawdd bywyd yn ddramatig i unigolion, â chymaint â 75% ohonynt yn derbyn gofal ac yn cael eu rheoli mewn lleoliadau cymunedol nad ydynt yn sefydliadau (Wilson et al., 2012).

Nid yw ARBD yn gyflwr dirywiol os bydd y claf yn rhoi'r gorau i yfed. Amcangyfrifwyd y gall hyd at 75% sicrhau rhyw faint o welliant gyda chymorth adsefydlu priodol.

- 2.5.6 Mae diagnosis annigonol o ARBD yn broblem gydnabyddedig nid yn unig mewn lleoliadau clinigol, ond hefyd yn y gymuned. Mae methiant i fynd i

wasanaethau, am resymau sy'n cynnwys stigma, yn gyffredin. Fel rheol, daw cleifion yn amlwg i wasanaethau gyntaf pan fyddant yn cael eu hasesu gartref neu mewn ysbytai cyffredinol ac yn anaml trwy atgyfeiriad i wasanaethau seiciatrig, lle gellid nodi eu hanghenion yn gynt.

- 2.5.7 Gellir atal datblygiad WE i KS os caiff ei drin yn gynnar gyda thiamin parenterol a rheolaeth briodol o ddiddynfu. Ac eto, mae tua 56-85% o gleifion â WE yn mynd ymlaen i ddatblygu KS (Cook et al., 1998; Wood et al., 1986), gan leihau yn sylweddol y tebygolrwydd y byddant yn gwella yn llwyr. Felly, mae nodi cynnar ac ymyrraeth brydlon yn hanfodol i wella rhagolygon.
- 2.5.8 Mewn ysbytai a lleoliadau gofal eilaidd, gallai cleifion ag ARBD gyflwyno â niwed gwybyddol oherwydd lluo o syndromau, fel yr amlinellir yn **Nhabl 1** isod, a daw'n bwysig gwahaniaethu'r cyflyrau hyn gyda phwyslais ar atal y syndromau ARBD mwy difrifol fel WKS. Felly, daw rheoli diddyfniad aciwt o alcohol yn unol â chanllawiau NICE, defnydd o Pabrinex® ar gyfer trin WKS tybiedig ac fel clwyfatalydd ar gyfer unigolion uchel eu risg, yn hanfodol bwysig.

Tabl 1. Syndromau Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol

(David et al., 2009; Kopelman, 1991).

NIWROLEGOL	NIWROSEICIATRIG
- Dysarthrias a/neu atacsia Acíwt/Cronig - Trawiadau- diddyfniadau, hypoglycaemia, trawma ac ysgogiad epilepsi - Niwropatheg Ymylol - Syndromau dirywiol- corpws caloswm, myelinolysis pontaid canolog, atroffi serebelaidd, niwritis optig ac ati	Acíwt/Is-aciwt - Diddyfniadau aciwt a Deliriwm Tremens - Rhithwewyr alcoholaidd - Llewogon alcoholaidd - Enseffalopathi Wernicke - Enseffalopathi hepatic - Enseffalopathi Pellagra Cronig - Personoliaeth yn mynd yn frasach- atroffi'r llabed flaen - Syndrom Korsakoff

	- Dirywiad gwybyddol- atroffi cortigol
--	--

2.5.9 Gall problemau lluosog yn gysylltiedig â chyflwyniad i wasanaethau clinigol a diagnosis arwain at fethu achosion, methu â rhoi diagnosis ohonynt neu gamddiagnosis gan gynnwys:

- Y gofyniad am gyfnod o ymataliad cyn diagnosis.
- Diffyg canllawiau, addysg a hyfforddiant priodol (neu fethu â rhoi canllawiau ar waith) ar draws gwasanaethau gan gynnwys wardiau cleifion mewnol seiciatrig, meddygfeydd teulu ac Adrannau Achosion Brys.
- Gorgyffwrdd â chyflyrau eraill nad ydynt yn gysylltiedig ag alcohol fel mathau eraill o ddementia.
- Arwyddion clinigol newidiol neu anghyflawn.
- Y sbectwm eang o niwed sy'n gysylltiedig ag ARBD.
- Y posibilrwydd y gallai dulliau asesu gwybyddol cryno safonol fethu niwed llai difrifol.
- Diffyg dulliau diagnostig/asesu penodol hanesyddol – neu gytuno ar gyfres o ddulliau asesu.
- Presenoldeb cydafiacheddau.

3. Addysg, codi ymwybyddiaeth, hyfforddiant a datblygu'r gweithlu

3.1 Cefndir

- 3.1.1 Canfu adroddiad yn archwilio gofal y rhai ag ARBD yng ngogledd Cymru efallai fod y rhai â'r cyflwr wedi rhoi'r gorau i yfed yn fwy buan pe baent yn gwybod y gallai'r niwed i'r ymennydd a achoswyd gael ei wella drwy ymatal (Boughy, 2007).
- 3.1.2 Tynnwyd sylw dro ar ôl tro at ddiffyg gwybodaeth a dealltwriaeth o ARBD ymhlith staff nyrsio a meddygol yn y DU fel rhwystr i wella gofal a chymorth y rhai â'r cyflwr (Boughy, 2007; Heirene et al., 2018b; Wilson, 2011).
- 3.1.3 Mae gwybodaeth wael am ARBD yn peri problemau gan fod symptomau aciwt WE yn aml yn cael eu camgymryd am rai meddwdod yn enwedig mewn Adrannau Achosion Brys (Sechi a Serra, 2007) neu'n cael eu methu yn llwyr (Harper, Giles, a Finlay-Jones, 1986), gan arwain at fethiant i ymyrryd ar adeg pan ellid gwella rhagolygon y cyflwr yn sylweddol trwy ymyrryd.
- 3.1.4 Caiff y diffyg gwybodaeth am ARBD ei gymhlethu ymhellach gan y ffaith fod y grŵp hwn yn cael ei stigmatiddio a'i ymylu, sy'n debygol o fod yn fwy na'r hyn sy'n digwydd i unigolion ag anhwylderau camddefnyddio sylweddau nad oes ganddynt niwed i'r ymennydd.
- 3.1.5 Gallai credoau fodoli ynghylch cyfrifoldeb personol, er enghraifft eu bod nhw wedi achosi'r broblem [alcoholiaeth] i'w hunain ac nad ydynt yn haeddu triniaeth (Svanberg, Morrison, a Cullen, 2015).
- 3.1.6 Gall fod tybiaethau bod y rhai ag ARBD yn ddigymhelliad neu'n amharod i ymgysylltu â gwasanaethau oherwydd niwed i rannau o'u hymennydd sy'n gyfrifol am gymhelliad a newid ymddygiad (Beaunieux, Eustache, a Pitel, 2015). Gallai hyn arwain wedyn at yr hyn a alwyd yn nihiliaeth therapiwtig, lle mae clinigwyr yn teimlo na allant effeithio newid ystyrion (Svanberg et al., 2015).
- 3.1.7 Gall newidiadau eraill i'r rhannau o'r ymennydd sy'n gyfrifol am reoli ymddygiad arwain at ymddygiad byrbwyll a/neu ymosodol (Beaunieux et al., 2015), gan achosi unwaith eto tybiaethau negyddol o'r grŵp hwn a chynyddu eu sefyllfa ymylol.

3.2 Tystiolaeth

3.2.1 Addysg a chodi ymwybyddiaeth ymhlith y cyhoedd

- 3.2.1.1 Mae angen codi ymwybyddiaeth ymhlith y boblogaeth gyffredinol i gynorthwyo'r broses o atal a nodi unigolion sydd mewn perygl, i hybu ymgysylltu cynnar, diagnosis a thriniaeth (Coleg Brenhinol y Meddygon, 2014; Emmerson a Smith, 2015).
- 3.2.1.2 Mae Coleg Brenhinol y Meddygon (2014) yn cynnig taflen wybodaeth gwyno i gleifion ac i'r cyhoedd³ yn rhoi amlinelliad o beth yw ARBD, sut y caiff ei achosi a pha opsiynau triniaeth sydd ar gael. Yn yr un modd, mae Alcohol Change UK yn cynnig amrywiaeth o 'daflenni ffeithiau' yn ymwneud ag ARBD, ac mae'r rhain ar gael ar wefan yr elusen.⁴
- 3.2.1.3 Gallai dosbarthiad eang gwybodaeth trwy daflenni a mathau eraill o gyfryngau torfol ac amlgyfrwng fel ymgyrchoedd straeon operâu sebon ar y radio a'r teledu, gynyddu ymwybyddiaeth a dealltwriaeth y cyhoedd o ARBD, gan leihau o bosibl y stigma a wynebwr gan y boblogaeth hon a chynyddu achosion o nodi cynnar.
- 3.2.1.4 Mae treialon clinigol ar hap yn awgrymu y gall darparu Taflenni Gwybodaeth Cleifion mewn lleoliadau clinigol gynnig nifer o fanteision, gan gynnwys mwy o wybodaeth a bodlonrwydd ymhlith cleifion a mwy o gydymffurfiaid â chynghor ar driniaeth, deiet a ffordd o fyw (Sustersic et al., 2017).
- 3.2.1.5 Mae gwaith ymchwil wedi tynnu sylw at nifer o ffactorau a all wella effeithiolrwydd Taflenni Gwybodaeth Cleifion, gan gynnwys, er enghraifft, cynnwys lluniau ac arwyddluniau (Colledge et al., 2008). Mae Sustersic a chydweithwyr (2017) yn darparu rhestr wirio i sicrhau ansawdd Taflenni Gwybodaeth Cleifion yn seiliedig ar y dystiolaeth orau sydd ar gael hyd yma. Mae'r rhestr wirio hon yn cynnwys eitemau sy'n gysylltiedig â chynnwys (e.e., yn seiliedig ar y feddygaeth seiliedig ar dystiolaeth ddiweddaraf) a dyluniad (e.e., cystrawen a geirfa syml) Taflenni Gwybodaeth Cleifion. Gellir cynyddu manteision Taflenni Gwybodaeth Cleifion trwy ddefnyddio'r dull "Addysgu yn ôl" lle gofynnir i'r claf ei "addysgu" i'w glinigydd ar ôl ei ddarllen gartref neu'n

³ Taflen wybodaeth i gleifion a'r cyhoedd am Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol Coleg Brenhinol y Meddygon 2014. Ar gael yn: [Royal College of Psychiatrists Alcohol Related Brain Damage patient and public information leaflet](#)

⁴ Taflen Ffeithiau 'Alcohol Related Brain Damage – what is it?' Alcohol Concern. Ar gael yn: [Taflen Ffeithiau 'Alcohol Related Brain Damage – what is it?' Alcohol Concern](#)

gynharach yn y sesiwn. Gall defnyddio'r dull hwn nodi'r rhai sydd efallai â llythrennedd iechyd gwael ac sydd wedi cael trafferth yn amgyffred yr wybodaeth a ddarparwyd (Colledge et al., 2008).

- 3.2.1.6 Mae Colledge et al. (2008) wedi argymhell y gellir dosbarthu gwybodaeth iechyd mewn amrywiaeth o fformatau eraill yn ogystal â Thafenni Gwybodaeth Cleifion, gan gynnwys recordiadau sain, gwefannau a fideos. Mae tystiolaeth yn awgrymu y gallai'r dulliau hyn fod yn ffyrdd yr un mor effeithiol neu fwy effeithiol o ddarparu gwybodaeth yn ymwneud ag iechyd (Suggs, 2006), er bod llai o werthusiadau trwyadl o'u cywirdeb ar gael.
- 3.2.1.7 Awgrymodd adolygiad yn 2010 o ymgyrchoedd cyfryngau torfol a oedd â'r nod o newid ymddygiad iechyd y gall nifer o ffactorau gwella eu heffeithiolrwydd (Wakefield, Loken a Hornik, 2010):
- Dylai pob neges ymgyrch ddeillio o waith ymchwil trylwyr i'r grŵp targed (e.e., defnyddwyr alcohol a'u teuluoedd) a chael ei threialu â nhw.
 - Mae ymddygiad yn fwyaf tebygol o gael ei ddylanwadu os caiff negeseuon ymgyrchoedd eu cyfleu mewn ardaloedd lle mae'r gwasanaethau angenrheidiol ar gael i gynorthwyo pobl â'r cyflwr/ymddygiad.
 - Mae'n rhaid i gyllid digonol fod ar gael i sicrhau bod negeseuon ymgyrchu yn cael eu hamlygu yn aml ac yn eang.

3.2.2 Addysg, codi ymwybyddiaeth a hyfforddiant i gleifion, teuluoedd a gofalwyr

- 3.2.2.1 Hyd yma, nid oes unrhyw waith ymchwil wedi ymchwilio i strategaethau codi ymwybyddiaeth ar gyfer ARBD, ond gallai'r un strategaethau a ddefnyddiwyd ar gyfer gwella ymwybyddiaeth y cyhoedd (e.e., Taflenni Gwybodaeth Cleifion ac ymgyrchoedd cyfryngau cyhoeddus) fod yn berthnasol i'r grŵp hwn.
- 3.2.2.2 Mae Alcohol Change UK yn cynnig taflen ffeithiau benodol sy'n rhoi canllawiau ar ofalu am rywun â'r cyflwr i deuluoedd a gofalwyr rhywun ag ARBD.⁵ Maent hefyd yn darparu tair taflen ffeithiau gyfreithiol yn trafod gwneud penderfyniadau, atwrneiaeth arhosol a'r Ddeddf Galluedd Meddyliol, a allai fod

⁵ Alcohol Change UK 'Alcohol-Related Brain Damage - Road to Recovery: A handbook for the families, carers and friends of people with Alcohol Related Brain Damage.' Ar gael yn: [Llawlyfr Alcohol Related Brain Damage Road to Recovery Alcohol Change UK](#)

yn arbennig o ddefnyddiol i'r teuluoedd a'r gofalwyr hynny. Eto, gellid sicrhau addysg ac ymwybyddiaeth ymhlith y boblogaeth hon drwy'r taflenni a'r taflenni ffeithiau mwy cyffredinol eraill a drafodir uchod.⁶

- 3.2.2.3 Gallai cyrsiau hyfforddi penodol i deuluoedd a gofalwyr fod o werth sylweddol hefyd. Mae Alcohol Change UK yn dweud eu bod yn rhoi sylw i'r maes hwn i ryw raddau yn eu rhaglen hyfforddi, er nad yw'r awdurdod yn ymwybodol o unrhyw gyrsiau penodol.

3.2.3 Addysg, codi ymwybyddiaeth a hyfforddiant i weithwyr iechyd a gofal cymdeithasol proffesiynol

- 3.2.3.1 Mae angen ymwybyddiaeth, addysg a hyfforddiant o ansawdd uchel o ran ARBD ymhlith staff iechyd a gofal cymdeithasol i fynd i'r afael â diffyg gwybodaeth ac agweddau gelyniaethus, ac i wella nodi cynnar, diagnosis ac ansawdd gwasanaethau.
- 3.2.3.2 Ar hyn o bryd, ceir prinder tystiolaeth yn amlinellu neu'n gwerthuso rhaglenni hyfforddiant ac addysg ar ARBD. Tynnwyd sylw at y diffyg hyfforddiant sydd ar gael fel rhwystr sylweddol i wella'r ddarpariaeth o wasanaethau ARBD yng Nghymru.
- 3.2.3.3 Mae cyrsiau rhagarweiniol ar gael ar hyn o bryd trwy Alcohol Change UK a NewLink Wales. Mae Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol hefyd yn cynnig tystysgrif Rheoli Alcohol mewn gofal sylfaenol a bellach yn cynnig cwrs rhagarweiniol undydd sydd ar gael ledled y DU.
- 3.2.3.4 Mae Thomson et al. (2012) wedi awgrymu y gellid defnyddio canllawiau NICE (2010a, b, 2011) ar anhwylderau defnyddio alcohol i strwythuro hyfforddiant a chynyddu'r niweidiau cysylltiedig ag alcohol a nodir. Fodd bynnag, mae'r canllawiau hyn wedi cael eu beirniadu am ddiffyg manylion ynghylch rhoi thiamin ac argymhellion dos (Bell, 2012), gan dynnu sylw at yr angen i gyfeirio hefyd at dystiolaeth empirig gyfredol i hysbysu hyfforddiant ARBD.

3.3 Argymhellion

- 3.3.1 Datblygu ymgyrch codi ymwybyddiaeth gydgysylltiedig genedlaethol ar gyfer y cyhoedd, cleifion, teuluoedd a gofalwyr – aml-gyfrwng (radio, cyfryngau cymdeithasol, teledu a phrint) ynghylch peryglon posibl defnydd trwm a pharhaus o alcohol a lle i geisio cymorth/atgyfeiriad.

⁶ Taflenni ffeithiau Alcohol Change UK. Ar gael yn: [Taflenni ffeithiau Alcohol Change UK](#)

- 3.3.2 Datblygu a gwerthuso Taflenni Gwybodaeth Cleifion wedi'u targedu a phriodol ar gyfer cleifion, teuluoedd a gofalwyr i hybu dewisiadau iechyd.
- 3.3.3 Datblygu rhaglen addysg a hyfforddiant dair haen wedi'i hachredu yn genedlaethol (AGORED, Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol a'r Ddeoniaeth) ar alcohol, dadwenwyno ac ARBD:
- a. Haen 1 – Hyfforddiant sylfaenol yn cynnig trosolwg o ARBD i'r holl weithwyr proffesiynol a allai weithio gydag unigolion ag ARBD neu sydd mewn perygl o'i ddioddef. Pwyslais ar nodi cynnar.
 - b. Haen 2 - Hyfforddiant mwy manwl a chynhwysfawr gan gynnwys symptomau a dulliau a phrotocolau sgrinio ar gyfer y rhai sy'n debygol o weithio yn uniongyrchol ac yn rheolaidd ag ARBD (e.e., seiciatryddion/ seicolegwyr caethiwed, gweithwyr cymdeithasol camddefnydd sylweddau).
 - c. Haen 3 – Aseidiadau, diagnosis a rheolaeth arbenigol o ARBD ar gyfer arbenigwyr clinigol ac anghlinigol a'r rhai sy'n darparu hyfforddiant Haenau 1 a 2.

4. Atal Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol ymhlith poblogaethau uchel eu risg

4.1 Cefndir

- 4.1.1 Mae'n dod yn gynyddol eglur bod cysylltiad rhwng defnydd o alcohol ac annormaleddau strwythurol a gweithredol yr ymennydd sy'n gysylltiedig wedyn â dirywiad gwybyddol, ac ar lefelau o ddefnydd o fewn y lefelau diogel presennol a argymhellir [Topiwala et al., 2017; Puimatti et al, 2018]. Fodd bynnag, mae diffygion gwybyddol yn fwyaf amlwg ymhlith y rhai sy'n ddefnyddwyr cronig neu ddibynnol o alcohol (e.e. Syndrom Wernicke-Korsakoff) (Sechi a Serra, 2007; Harper, 2009), mae pwysau'r ymennydd yn llai mewn defnyddwyr alcohol dibynnol (Harper a Blumbergs, 1982) ac mae graddau'r atroffi yn gysylltiedig â defnydd gydol oes o fesurau alcohol (Harding et al, 1996).
- 4.1.2 Mae un dull tybiedig sy'n cysylltu defnydd o alcohol ag annormaleddau strwythurol a gweithredol yr ymennydd yn ymwneud â metabolaeth thiamin hydroclorid. Yn y rhai sy'n defnyddio alcohol yn ormodol, gall diffyg thiamin godi oherwydd hunan-esgeulustod, deiet annigonol, thiamin yn cael ei gludo llai ar draws pilen ludiog y coluddion, capasiti isel yr afu i storio'r fitamin, a throsiad diffygiol thiamin i'r cyfansoddyn gweithredol thiamin pyroffosffad, deilliad thiamin sy'n hanfodol ar gyfer gweithrediad priodol y system nerfol (Sechi a Serra, 2007; Hoyumpa, 1980; Thomson, 2000).
- 4.1.3 Gallai ffactorau genetig ac amgylcheddol gyfrannu hefyd, ac felly hefyd diffyg magnesiwm (Sechi a Serra, 2007). Os yw annormaleddau sy'n gysylltiedig ag alcohol yn ganlyniad o alcohol yn tarfu ar y thiamin sydd ar gael, yna gellir atal neu drin annormaleddau trwy ailgyflenwi lefelau thiamin. Mae NICE, Coleg Brenhinol y Meddygon a Chymdeithas Seicoffarmacoleg Prydain (NICE, 2010; NICE, 2011; Thomson et al, 2002; Lingford-Hughes et al, 2012) i gyd yn argymhell thiamin dos uchel parenterol fel clwyfatalydd i'r rhai sydd mewn perygl o WKS.
- 4.1.4 Yn ôl canllawiau (NICE, 2010; NICE, 2011; Thomson et al, 2002; Lingford-Hughes et al, 2012), dylid trin cleifion sy'n mynd trwy ddiddyfniad aciwt o alcohol gyda bensodiasepin neu garbamasepin. Mewn pobl â deliriwm tremens, gellir cynnig lorasepam drwy'r geg fel triniaeth rheng flaen a lorasepam, haloperidol neu olansapin parenterol os bydd symptomau yn parhau. Dylid cynnig thiamin drwy'r geg neu barenterol i'r rhai sy'n datblygu WE tybiedig neu mewn perygl uwch o'i ddatblygu. Mae'r dos ar ben uchaf ystod Llyfr Fformiwlâu Cenedlaethol Prydain (gweler Atodiad B).

4.2 Tystiolaeth

- 4.2.1 Mae WE yn deillio o ddiffyg thiamin aciwt tra bod KS yn ganlyniad niwrolegol cronig o WE. Cynhaliwyd un Adolygiad Cochrane Review ar y defnydd o thiamin fel triniaeth ar gyfer WKS (Day et al, 2013). Roedd yr adolygiad yn trafod yr holl dreialon ar hap lle rhoddwyd triniaeth â thiamin neu gynhyrchion yn cynnwys thiamin ac yn cymharu ag ymyriadau amgen i bobl â WKS yn sgil camddefnyddio alcohol, neu sydd mewn perygl o'i ddatblygu. Nodwyd dwy astudiaeth, ond dim ond un ohonynt (Ambrose et al, 2001) oedd yn addas i'w gynnwys ond a oedd â diffygion methodolegol.
- 4.2.2 Cyhoeddwyd adolygiad mwy cyffredinol a diweddar ar driniaethau ar gyfer ARBD a'r is-gategori WKS yn 2013 (Ambrose et al, 2001). Canfu'r adolygiad hwn dystiolaeth betrus i gefnogi canllawiau ar gyfer adsefydlu, er ei fod yn amlygu dulliau gwan yn y llenyddiaeth ymchwil a oedd ar gael a chyfyngwyd yr adolygiad ymhellach gan nifer fach o astudiaethau perthnasol. Ni ystyriodd yr un o'r astudiaethau a gafodd eu cynnwys yn yr adolygiad thiamin mewnwythiennol dos uchel fel ymyrraeth, gan ei fod yn drawstoriadol ar y cyfan (e.e. cleifion â KS yn erbyn rheolyddion) ac yn canolbwyntio yn bennaf ar fathau o adsefydlu gwybyddol. Roedd canlyniadau yn ymwneud yn bennaf ag agweddau ar fynediad cof a gweithrediad dethol cysylltiedig.
- 4.2.3 Er mai un agwedd eithafol ar ARBD yw cyflwyniad clasurol WKS, y math arall, mwy ysgafn neu lai amlwg a welir yn amlach mewn lleoliadau clinigol yw camweithrediad y llabed flaen. Mae mwyafrif y bobl hyn yn cyflwyno â niwed gwybyddol o ganlyniad i effeithiau gwenwynig uniongyrchol alcohol a diffyg fitaminau o gyflyrau niwroseiciatrig eilaidd. Mae WKS yn gyflwr y gellir ei wrthdroi a'i drin ar gamau cynnar ei ymddangosiad. Mae'n dilyn felly mai un o'r dulliau symlaf a mwyaf amlwg o atal ARBD yw lleihau cyfanswm y defnydd o alcohol yn y boblogaeth ac atodi Fitamin B 1 ar y lefel leol a phoblogaeth.
- 4.2.4 Yn ogystal â'r pryderon ynghylch dihybsyddiad thiamin, mae nifer o astudiaethau wedi nodi cysylltiadau rhwng dihybsyddiadau o fitaminau a mwynau eraill a chymhlethdodau niwrolegol yn gysylltiedig ag alcohol. Er enghraifft, cysylltwyd lefelau isel o sinc â thebygolrwydd uwch o ddioddef deliriwm tremens a rhithweledigaethau hirymarhous yn ystod diddyfniad (Bogden a Troiano, 1978), ac mae'n hysbys bod diffyg fitaminau B eraill fel niasin (B3) a pyridocsin (B6) yn sail i anhwylderau niwrolegol amrywiol sy'n gysylltiedig â chamddefnydd o alcohol (h.y., Pelagra a thrawiadau alcoholiaidd, yn eu trefn; Cook, Hallwood, a Thomson, 1998). Hefyd, mae diffygion is-glinigol o fitaminau A, C, D ac E i gyd wedi cael eu harsylwi a'u cysylltu yn betrus fel cyfranwyr at y nam niwrowybyddol a ddioddefir gan unigolion sy'n ddibynol ar alcohol (Bogden a Troiano, 1978; Cook et al., 1991). Yn olaf, gallai ystyriaeth o lefelau magnesiwm yn y rhai ag ARBD neu y tybir eu bod yn

dioddef ag ef fod yn arbennig o bwysig oherwydd swyddogaeth hanfodol y fitamin o droi thiamin i'w gyflwr niwrolegol ddefnyddiadwy: thiamin pyroffosffad (Sechi a Serra, 2007). Felly, gallai diffyg magnesiwm difrifol arwain at WKS anhydrin os caiff ei adael heb ei drin (Traviesa, 1974). Wrth gynnal prawf gwaed ar gyfer claf ag anhwylder defnydd alcohol, mae'n ofynnol cynnwys Magnesiwm fel mater o drefn o dan geisiadau profion gwaed wrea ac electrolyt (U&Es). Yn dibynnu ar y lefelau, dylid darparu Magnesiwm atodol.

4.3 Argymhellion

- 4.3.1 Dylid hysbysu'r rhai sy'n defnyddio alcohol y bydd eu penderfyniadau defnydd yn cael effaith sylweddol ar eu perygl o ddioddef dirywiad gwybyddol ac ARBD, ac y gall effeithiau alcohol ddod yn amlwg ar yr hyn a ystyrir yn lefelau "diogel" o ddefnydd.
- 4.3.2 Yn unol ag argymhellion NICE, Coleg Brenhinol y Meddygon a Chymdeithas Seicoffarmacoleg Prydain, dylid rhagnodi thiamin parenterol a thrwy'r geg, gan gynnwys o dan Ddiagnosis Genetig Cyn Mewnblannu, ar gyfer pob unigolyn â phatrymau yfed trwm a/neu estynedig, y nodir bod ganddynt ARBD neu eu bod mewn perygl o'i ddioddef.
- 4.3.3. Goruchwyliaeth a threialon sy'n gallu cofnodi amrywiadau i berfformiad gwybyddol o ran defnydd o alcohol, a pha fesurau ffarmacolegol neu ddeitegol, os oes rhai, sy'n lleddfu dirywiad sydd eu hangen ar frys.

5. Nodi cynnar

5.1 Cefndir

- 5.1.1 Gall nodi a diagnosis cynnar o ARBD wella canlyniadau triniaeth dilynol yn sylweddol. Gellir lleddfu i raddau helaeth symptomau WE, er enghraifft, trwy driniaeth gyda thiamin parenterol os caiff ei nodi yn gynnar (Day et al., 2013).
- 5.1.2 Priodolwyd y diagnosis annigonol hanesyddol o ARBD (gweler hefyd: Harper, 1983; Harper, Giles, a Finlay-Jones, 1986) i'r diffyg hyfforddiant, stigma yn gysylltiedig â rhai â phroblemau cam-drin sylweddau, a'r her o wahaniaethu rhwng ymddangosiad tebyg WE a meddwdod (Sechi a Serra, 2007; Thomson, Guerrini, Bell, et al., 2012).
- 5.1.3 Caiff nodi cynnar ei gymhlethu ymhellach gan gyflwyniad heterogenaidd ARBD (Bowden, 1990) a'r cydafiacheddau mynych (e.e., iselder, enseffalopathi amhenodedig ac ati) sy'n cyd-fynd â'r cyflwr (Wilson et al., 2012).
- 5.1.4 Oherwydd natur y nam gwybyddol mewn ARBD a diffyg ymwybyddiaeth o'r cyflwr ymhlith rhai staff clinigol, nid yw gwasanaethau clinigol yn darganfod llawer o gleifion tan iddynt ddioddef nam gwybyddol sylweddol (ARBIAS, 2009). Mae teulu a ffrindiau yn gallu adnabod colled cof yn rhwydd, ond efallai na fydd camweithrediad y llabed flaen, sef nodwedd gychwynnol ARBD yn aml, yn cael ei adnabod fel y syndrom cam-ddethol a gellid ei labelu yn anghywir fel diffyg cymhelliad ac anhrefnusrwydd sy'n eilaidd i feddwdod (Cummings, 2005; Schmidt et al., 2005).
- 5.1.5 Er gwaethaf yr heriau sy'n wynebu nodi ARBD yn gynnar ar hyn o bryd, mae nifer o ddulliau ar gael at ddibenion sgrinio a diagnostig. Cynigiwyd asesu niwroseicolegol (neu wybyddol) fel y dull mwyaf dibynadwy o wneud diagnosis o ARBD (Hayes, Demirkol, Ridley, Withall, a Draper, 2016), gyda phwyslais ar brofion ar y cof a gweithrediad dethol. Fodd bynnag, gall sawl dull asesu arall hefyd gynnig gwybodaeth clinigol werthfawr am gyflwr person a dylid eu hystyried hefyd. Mae'r rhain yn cynnwys ymchwiliadau niwroddelweddu, gwerthusiadau statws maethgol ac asesiadau o weithgareddau bywyd beunyddiol (Horton, Duffy, Hollins Martin, a Martin, 2015) – gweler Pennod 6.

5.2 Tystiolaeth

5.2.1 Arwyddion a symptomau cynnar

- 5.2.1.1 O ystyried difrifoldeb WE a'i ragolygon gwael os caiff ei adael heb ei drin (cyfradd farwolaeth o 20% yn hanesyddol; Harper et al., 1986), gall bod yn gyfarwydd ag arwyddion cynnar diffyg thiamin chwarae rhan bwysig yn y broses nodi cynnar. Yn unol â hynny, cyflwynir dangosyddion clinigol diffyg thiamin cyfnodau cynnar a hwyr a amlinellwyd gan Thomson, Guerrini, a Marshall (2012) isod (gweler Atodiad A ar gyfer meini prawf diagnostig ARBD eraill fel canllawiau rhagarweiniol ar gyfer nodi a diagnosis).

Tabl 2 – Arwyddion a symptomau diffyg thiamin / Syndrom Wernicke-Korsakoffs (WKS) (Thomson et al., 2012)

Arwyddion a symptomau diffyg thiamin/WKS
Arwyddion a symptomau cynnar: • Colli archwaeth • Cyfog/ chwydu • Blinder, gwendid, difaterwch • Pendro, dyblolwg • Diffyg cwsg, gorbryder, trafferth yn canolbwyntio • Colled cof
Arwyddion a symptomau hwyrach: • Triad clasurol: annormaleddau llygatsymudol, camweithrediad serebelaidd (atacsia) a dryswch • Dryswch cyffredinol tawel â dryswch mewn amser/ lle • Chwedleua/ rhithweledigaethau • Dechrau coma
Meini prawf gweithredol ar gyfer Enseffalopathi Wernicke (Caine et al., 1997): 2 o'r canlynol: • Diffygion deietegol • Annormaleddau llygatsymudol • Camweithrediad serebelaidd • Naill ai newid i gyflwr meddwl neu nam ysgafn ar y cof

- 5.2.1.2 Mae arwyddion a symptomau eraill o ARBD a welwyd yn y llenyddiaeth yn cynnwys diffygion o ran cof hirdymor ar gyfer profiadau (h.y., cof episodaidd), yn enwedig ar ôl dechrau'r cyflwr (h.y., amnesia blaen-redol), namau ar uwch sgiliau gwybyddol fel gwneud penderfyniadau a chynllunio, a symptomau ymddygiadol fel ymosodedd, byrbwylledd ac ymweliadau mynych â'r ysbyty (Coleg Brenhinol y Meddygon, 2014; Wilson et al., 2012).

5.2.1.3 Mae nodi cleifion ag ARBD posibl ar wardiau cleifion mewnol aciwt yn gofyn am ddull pragmatig. Mae gwasanaeth Wirral wedi mabwysiadu proses dau gam lle nodir cleifion uchel eu risg gan nyrsys ward neu nyrsys cyswllt alcohol i gychwyn gan ddefnyddio gwybodaeth gyffredinol o'r hanes clinigol ac yna darperir asesiad mwy arbenigol gan feddyg ymgynghorol y tîm ARBD o fewn pum diwrnod gwaith. Mae'r broses hon yn addas ar gyfer cleifion â salwch mwy aciwt sy'n cyflwyno eu hunain yn y lleoliad ysbyty aciwt.

5.2.2 Meini prawf gweithredol ar gyfer diagnosis ARBD posibl

5.2.2.1 Mae Wilson a chydweithwyr (2012) wedi cynnig meini prawf gweithredol ar gyfer ARBD i'w defnyddio gan nyrsys mewn lleoliadau ysbyty aciwt. Nid yw'r meini prawf hyn wedi'u dilysu eto, ond gallent gynorthwyo i nodi yn gynnar y rhai sydd ag ARBD neu sydd mewn perygl o'i ddioddef. Os bodlonir bob un o'r tri maen prawf canlynol yna dylid gwneud atgyfeiriad i wasanaethau ARBD arbenigol (gweler Atodiad A ar gyfer meini prawf diagnostig ARBD eraill):

- a. Hanes yfed tebygol o yfed alcohol trwm a hirsefydlog: 35 uned neu fwy yr wythnos am o leiaf pum mlynedd.
- b. Dryswch, problemau cof, amheuaeth ynghylch gallu a phryderon am berygl o ryddhau o'r ysbyty ar ôl diddyfnu/ sefydlogi corfforol.
- c. Tri neu fwy o dderbyniadau i'r ysbyty a/neu Adran Achosion Brys mewn blwyddyn, fwy na thebyg yn gysylltiedig ag yfed alcohol yn uniongyrchol (diddyfnu, anymwybodol) neu'n anuniongyrchol (clefydau organ trawma, ac ati) neu fwy nag un achos o oedi cyn rhyddhau o wardiau ysbyty cyffredinol yn y flwyddyn ddiwethaf (diffinnir oedi cyn rhyddhau fel cleifion yn aros ar y ward feddygol/ lawfeddygol aciwt oherwydd problemau cymdeithasol a/ neu seiciatrig).

5.2.3 Sgrinio Gwybyddol

5.2.3.1 Profion cryno o wybyddiaeth yw Offerynnau Sgrinio Gwybyddol (CSIs) sy'n cynnig gwybodaeth am lefel gweithrediad unigolyn mewn amrywiaeth o feysydd (e.e., cof, sylw ac ati). Gall sgrinio gwybyddiaeth gael ei gyflawni mewn amrywiaeth o amgylcheddau (e.e., canolfannau triniaeth, ar yr erchwyn) gan wahanol weithwyr proffesiynol (e.e., staff nyrsio, gweithwyr cymdeithasol) a phrin yw'r hyfforddiant sydd ei angen, sy'n cynyddu'r siawns o nodi cynnar. Cyflwynir isod grynodedb o'r canfyddiadau yn ymwneud â CSIs gan adolygiad systematig diweddar Heirene a chydweithwyr (2018a) o brofion niwroseicolegol a ddefnyddiwyd ar gyfer asesu ARBD (os hoffech drosolwg ar ffurf tabl o ganfyddiadau yn ymwneud â'r defnydd o wahanol CSIs yn y maes hwn, gweler Atodiad C).

- 5.2.3.2 Mae'r MoCA (Nasreddine et al., 2005) ac MMSE (Folstein, Folstein, a McHugh, 1975) yn effeithiol o ran gwahaniaethu rhwng y rhai ag ARBD a'r rhai nad ydynt yn dioddef ohono rhwng graddoliadau o nam sy'n gysylltiedig ag alcohol (cyn belled ag y bo'r terfyn ar gyfer nam yn cael ei addasu yn unol â hynny), er ei bod yn ymddangos mai'r MoCA yw'r gorau o'r ddau (Oudman et al., 2014; Wester, Westhoff, Kessels, ac Egger, 2013).
- 5.2.3.3 Mae'r ACE-III (Hsieh, Schubert, Hoon, Mioshi, a Hodges, 2013) hefyd yn ymddangos yn ddefnyddiol fel dull sgrinio ar gyfer ARBD ac yn cynnig trosolwg mwy cynhwysfawr o wybyddiaeth tra'n dal i fod yn gyflym i'w gynnal (Brown, Heirene, Roderique-Davies, John, ac Evans, 2019). Yr ACE-III yw'r offeryn sgrinio gwybyddol a ddefnyddir amlaf yn ne Cymru ar gyfer diagnosis ARBD (Heirene et al., 2018b; gweler Atodiad C ar gyfer y sgoriau ACE-III cyfartalog ar gyfer unigolion sy'n ddibynol ar alcohol sydd ag ARBD ac nad ydynt yn dioddef ohono).
- 5.2.3.4 Datblygwyd dau CSI newydd yn ddiweddar yn benodol ar gyfer asesu namau gwybyddol sy'n gysylltiedig ag alcohol: yr Archwiliad Cryno o Namau Niwroseicolegol sy'n Gysylltiedig ag Alcohol (BEARNI; Ritz et al., 2015) a'r Prawf o Ganfod Nam Gwybyddol mewn Alcoholiaeth (TEDCA; Jurado-Barba et al., 2017), er bod y ddau wedi cael eu dilysu mewn poblogaeth ddibynol ar alcohol nad ydynt yn bodloni meini prawf ARBD yn unig (gellir cael gafael ar y ddau CSI yn y cyhoeddiadau cyfatebol (mae'r BEARNI ar gael yn Ffrangeg yn unig ar hyn o bryd). Serch hynny, mae'r ddau wedi dangos sensitifrwydd i ddiffygion gwybyddol cysylltiedig ag alcohol ysgafn yn eu dilysiad ac yn canolbwyntio mwy ar y gweithrediadau sy'n arbennig o agored o gamddefnyddio alcohol: y cof, gweithrediad dethol a phroses gweledol-ofodol. Nid yw'n ymddangos bod y profion hyn wedi cael eu mabwysiadu yn arferion y DU eto (Heirene et al., 2018b)

5.3 Argymhellion

- 5.3.1 Dylai sgrinio gwybyddol, gan ymarferwyr iechyd cymwys, o unigolion â hanes o ddefnydd alcohol sylweddol fod yn fater o drefn (yn dri misol o leiaf os bydd alcohol yn parhau i gael ei ddefnyddio) mewn lleoliadau clinigol a chymunedol i nodi'r rhai ag ARBD neu sydd mewn perygl o'i ddioddef.
- 5.3.2 Dylai Byrddau Cynllunio Ardal ystyried comisiynu gwasanaethau allgymorth grymusol i gleifion ag ARBD, yn enwedig y rhai sy'n ddigartref.

6. Asesu a diagnosis

6.1 Cefndir

- 6.1.1 Ar ôl sgrinio a nodi cychwynnol y rhai sy'n dangos arwyddion o ARBD, mae'n bwysig cynnal asesiadau mwy manwl a chynhwysfawr er mwyn egluro'r diagnosis ac i eithrio unrhyw batholegau eraill (e.e., mathau o ddementia). Mae'r newidiadau mwyaf cyson ac amlwg i'r ymennydd yn y rhai ag ARBD yn cynnwys cynnydd i gyfanswm hylif yr ymennydd, mae cyfanswm y freithell eang yn lleihau (yn enwedig mewn llabedi blaen), a gostyngiadau i gyfanswm y corpws caloswm, serebelwm, pons, cyrff didennol, hipocampws a thalamws (Harper, 2009; Zahr et al., 2011). Credir fod y rhan fwyaf o'r newidiadau strwythurol hyn yn digwydd ar hyd sbectrwm, gyda KS ar ben difrifol niwed i'r ymennydd (Zahr et al., 2011).
- 6.1.2 Mae dulliau asesu a ddefnyddir yn gyffredin gyda'r boblogaeth hon yn cynnwys profion niwroseicolegol, niwroddelweddu, ac asesiadau o allu a gweithgareddau bywyd beunyddiol. Yn ogystal â hysbysu penderfyniadau diagnostig, gall y dulliau asesu hyn hysbysu cyfeiriadau triniaeth.
- 6.1.3 Nododd adolygiad systematig diweddar bod rhai diffygion gwybyddol (h.y. anataliaeth ymateb, uwch weithrediadau dethol diffygiol [e.e. cynllunio, datrys problemau] a methiannau cof hirdymor) yn gysylltiedig â mwy o berygl o atglafychiad mewn unigolion sy'n ddibynol ar alcohol ac y dylent fod yn dargedau ar gyfer ymdrechion adferiad gwybyddol os cânt eu nodi (Rolland et al., 2018). Yn yr un modd, mae gan asesiadau yn ymwneud â chapasiti a'r gallu i gyflawni gweithgareddau bywyd beunyddiol oblygiadau eglur i opsiynau triniaeth.

6.2 Tystiolaeth

6.2.1 Asesu niwroseicolegol

- 6.2.1.1 Mae'r dystiolaeth sy'n sail i amrywiaeth o brofion niwroseicolegol a ddefnyddir i asesu ARBD wedi cael ei chyfuno a'i thrafod yn ddiweddar mewn adolygiad systematig graddfa fawr (Heirene, Roderique-Davies, Roberts, a John, 2016; Heirene et al., 2018a). Trafodir y canfyddiadau yn ymwneud ag offerynnau sgrinio gwybyddol o'r adolygiad hwn ym Mhennod 5 ac felly mae'r adran hon yn canolbwyntio ar brofion cynhwysfawr o wybyddiaeth (cyflwynir crynodeb yn unig o'r canfyddiadau allweddol yma; gweler adran Atodiad C am ragor o fanylion).
- 6.2.1.2 **Cof:** Y profion mwyaf defnyddiol o gof a nodwyd gan Heirene et al. (2018a) oedd Prawf Cof Ymddygiadau Rivermead-3 (RBMT-3; Wilson et al., 1989) a

Phrawf Dysgu Llafar California (CVLT; Delis et al., 1987). Mae'r ddau brawf yn cynnig asesiadau cymharol gynhwysfawr o gof a dysgu ac yn hynod sensitif i ddiffygion cof sy'n gysylltiedig ag alcohol.

- 6.2.1.3 **Camweithrediad dethol:** Argymhellodd Heirene et al. (2018a) yr Asesiad Ymddygiadol o'r Syndrom Cam-ddethol (BADS; Wilson, Alderman, Burgess, Emslie, ac Evans, 1996) fel y prawf mwyaf defnyddiol ar gyfer asesu gweithrediad dethol mewn ARBD. Mae'r BADS yn asesu sgiliau dethol lluosog mewn fformat â phwyslais ecolegol ac wedi dangos lefel uchel o sensitifrwydd i namau gwybyddol sy'n gysylltiedig ag ARBD (Maharasingam et al., 2013; van Oort a Kessels, 2009).
- 6.2.1.4 **Profion deallusrwydd a chyfres cyffredinol:** Yn ôl Heirene et al. (2018a), Graddfa Ddeallusrwydd Oedolion Wechsler (WAIS; Wechsler, 1958) yw'r prawf deallusrwydd â'r sail dystiolaeth fwyaf fel sylfaen ar gyfer ei ddefnyddio mewn asesiadau ARBD, ac fe'i ystyrir yn aml fel yr asesiad o'r ansawdd uchaf o ddeallusrwydd (Hayes et al., 2016). Ers adolygiad Heirene a chydweithwyr, gwerthuswyd ail brawf cyfres ar gyfer asesiadau a diagnosis ARBD hefyd: y Gyfres Ailadroddus ar gyfer Asesu Statws Niwroseicolegol (R-BANS). Canfu Brown et al. (2018) bod sgôr terfyn optimwm o ≤ 83 yn cynhyrchu sensitifrwydd o 89% a phenodolrwydd o 67% ar gyfer yr R-BANS wrth gymharu'r rheini ag ag ARBD (gan gynnwys KS) ac unigolion sy'n ddibynnol ar alcohol nad ydynt yn dioddef o ARBD.
- 6.2.1.5 **Gallu cyn salwch:** Mae'r maes asesu niwroseicolegol olaf yn ymwneud â gwerthuso gallu cyn salwch. Hynny yw, asesiad (neu amcangyfrif) o allu gwybyddol person cyn dechrau ARBD, gan ganiatáu i glinigwyr ganfod yn fwy cywir raddau ei nam. Y dull a ddefnyddir yn fwyaf cyffredin ac sydd wedi'i ddilysu orau ar gyfer y diben hwn yw'r Prawf Darllen Oedolion Cenedlaethol-Diwygiedig (NART-R; Bright, Hale, Gooch, Myhill, a van der Linde, 2016), sy'n asesu gallu person i adnabod ac ynganu geiriau sy'n afreolaidd yn ffonetig. Mae'r prawf wedi'i seilio ar y dybiaeth bod perthynas agos iawn rhwng geirfa a deallusrwydd a'i fod yn gymharol anhreiddiadwy i'r rhan fwyaf o fathau o niwed i'r ymennydd.
- 6.2.1.6 Yn gyffredinol, mae profion niwroseicolegol yn cynnig dull effeithiol a chymharol rad o roi diagnosis o ARBD ac mae'n cynnig cyfoeth o wybodaeth am symptomoleg pob unigolyn mewn cyflwr sy'n aml yn amrywio. Fodd bynnag, mae canlyniadau profion niwroseicolegol ar eu pen eu hunain yn cynnig tystiolaeth annigonol ar gyfer gwneud diagnosis o ARBD oherwydd yr achosion posibl lluosog o berfformiad diffygiol mewn profion o'r fath (e.e., anafiadau i'r pen, clefydau niwroddirwyol, gweithrediad gwael cyn salwch ac ati). O ganlyniad, mae angen ystyried holl ganlyniadau profion niwroseicolegol ar y cyd â phroses ddiagnostig glinigol ac unrhyw ganlyniadau asesu

ychwanegol sydd ar gael er mwyn gwneud diagnosis cywir. Mae profi dro ar ôl thro yn caniatáu i unrhyw dueddiadau gael eu holrhain cyn gwneud diagnosis terfynol.

6.2.2. Niwroddelweddu

- 6.2.2.1 Defnyddir gweithdrefnau niwroddelweddu, gan gynnwys Tomograffeg Gyfrifiadurol (CT) a Delweddu Cyseinnedd Magnetig (MRI), yn aml hefyd i asesu a gwneud diagnosis o ARBD ochr yn ochr â phrofion niwroseicolegol, neu yn eu lle. Maent yn cynnig dulliau anfewnwithiol diogel sy'n caniatáu i iechyd niwrolegol rhywun gael ei fonitro yn barhaus trwy gydol ei gyflwr (Zahr, Kaufman, a Harper, 2011). Defnyddiwyd MRI, yn arbennig, mewn gwaith ymchwil i briodweddu'r niwed niwrolegol sy'n gysylltiedig ag ARBD, gan ddangos newidiadau strwythurol eang i'r ymennydd.
- 6.2.2.2 Yn yr un modd â mesurau niwroseicolegol, gwerthuswyd galluoedd diagnostig niwroddelweddu ar gyfer WKS hefyd. Cafnu Antunez et al. (1998), bod sensitifrwydd delweddu CT ar gyfer WE yn wael, dim ond 13%. Roedd gan MRI, er ei fod yn llawer mwy sensitif i WE, lefel sensitifrwydd isel o 53% a phenodolrwydd uchel o 93%. Dangoswyd sensitifrwydd gwael delweddu i ARBD ymhellach gan Lough (2012), a ganfu bod gan 13% o 48 o bobl ag WE ganlyniadau MRI a oedd yn awgrymu ymennydd normal. Er hyn, er nad yw cywirdeb diagnostig delweddu yn cyrraedd y lefelau sy'n cael eu canfod ar gyfer profion niwroseicolegol, gall fod yn ddefnyddiol i ddiystyru patholegau eraill (e.e., problemau fasgwlaidd) a allai gynnig esboniadau eraill o'r diffyg gwybyddol a welir (Beaunieux, Eustache, a Pitel, 2015). Mae MRI hefyd wedi bod yn ddefnyddiol o ran dod o hyd i welliannau i iechyd yr ymennydd mewn unigolion sy'n ddibynnol ar alcohol, gan gynnwys y cynnydd i gyfanswm y sylwedd gwyn a welir yn aml yn dilyn cyfnodau o ymataliad (Gazdzinski, Durazzo, a Meyerhoff, 2005; O'Neill, Cardenas, a Meyerhoff, 2001).
- 6.2.2.3 Mae protocolau radioleg presennol yn nodi y dylid cynnal sganiau CT i gychwyn, ac yna MRI. Mewn arfer clinigol gyda'r grŵp cleifion hwn, gellir cael mwy o wybodaeth o MRI. Mae angen gwneud newid i brotocolau yn dilyn deialog consensws gydag Arweinwyr Radioleg ledled Cymru ar gyfer cleifion ARBD er mwyn atal ymbelydredd diangen sgan CT i'r cleifion hyn.
- 6.2.2.4 Er gwaethaf manteision lawer dulliau delweddu, nid ydynt (fel profion niwroseicolegol) yn gallu nodi unrhyw arwydd unigol a all wahaniaethu ARBD o batholegau posibl eraill sy'n rhannu nodweddion tebyg (Sechi a Serra, 2007). Hefyd, efallai y bydd y defnydd o ddelweddu yn llai hygyrch na phrofion gwybyddol mewn rhai lleoliadau. Serch hynny, maent yn ddull defnyddiol ar gyfer gwneud diagnosis a monitro ARBD a dylid eu hystyried pan fyddant ar gael.

6.2.3. Asesu maethegol

- 6.2.3.1 Mae gwerthuso statws maethegol yn chwarae rhan bwysig o ran asesu ARBD a gellir ei ddefnyddio gynorthwyo'r broses o wneud penderfyniadau diagnostig (Sechi a Serra, 2007). Mae lefelau thiamin (fitamin B1), yn arbennig, yn destun asesiadau maethegol yn aml oherwydd y rhan ganolog sy'n cael ei chwarae gan ddiffyg y fitamin yn yr etiopathogenesis o WKS ac, fel y mae gwaith ymchwil mwy diweddar yn ei awgrymu, pob math o ARBD (Pitel et al., 2011). Mae Galvin et al. (2010) wedi awgrymu y dylid mesur cyfanswm y thiamin yn y gwaed yn syth cyn rhoi atchwanegiad thiamin, ac mai dadansoddiad cromatograffi hylif perfformiad uchel ddylai fod y prif ddull ar gyfer darganfod lefelau thiamin. Fodd bynnag, dylid nodi na ddylid defnyddio lefelai normal neu uwch hyd yn oed o thiamin fel maen prawf ar gyfer diystyru WE gan y gall dihybsyddiad fod dros dro (gweler Lough, 2012).

6.2.4 Asesu Gweithgareddau Bywyd Beunyddiol

- 6.2.4.1 Yn eu hadolygiad o'r llenyddiaeth ar asesu ARBD, daeth Horton et al. (2015) o hyd i un astudiaeth yn unig (Irvine a Mawhinney, 2008) a oedd yn asesu gweithgareddau bywyd beunyddiol yn y rhai â'r cyflwr gan ddefnyddio'r Proffil Sgiliau Bywyd (LSP). Graddfa arsylwadol yw'r LSP a gyflawnir gan hysbysydd sy'n ymwneud â gofal y person ac mae'n canolbwyntio ar bum maes: gallu hunanofal, cyswllt cymdeithasol, cyfathrebu, cyfrifoldeb ac ymddygiad gwrthgymdeithasol. Mae'r raddfa yn seiliedig ar gryfderau, gan ganolbwyntio ar yr hyn y gall unigolion ei wneud, a gallai gynnig gwybodaeth ddefnyddiol felly i hysbysu opsiynau triniaeth ac olrhain eu heffeithiau ar ddangosyddion pwysig o weithrediad ymddygiadol a chymdeithasol. Mae Gweithgareddau Bywyd Beunyddiol Bryste hefyd yn ddull defnyddiol i nodi prif feysydd Gweithgareddau Bywyd Beunyddiol.

6.2.5 Ystyriaethau eraill o ran asesu a gwneud diagnosis o ARBD

- 6.2.5.1 Diffinnir asesiad o alluedd meddyliol yn gyffredinol fel gallu person i wneud penderfyniad (gweler pennod 7).
- 6.2.5.2 Mae gwaith ymchwil yn awgrymu y dylid gwneud nifer o ystyriaethau perthnasol eraill o ran pryd y caiff asesiadau eu gweithredu a sut y dylid dehongli canlyniadau. Un o'r ystyriaethau pwysicaf yw'r adeg pan gaiff profion niwroseicolegol eu cynnal. Canfu adolygiad gan Walvoort, Wester, ac Egger (2013) bod angen chwe wythnos o ymataliad cyn y gellid sicrhau perfformiad niwroseicolegol dibynadwy.
- 6.2.5.3 Mae angen profi dro ar ôl tro hefyd i fonitro gwybyddiaeth yn ystod cyfnod triniaeth. Mae Coleg Brenhinol y Meddygon (2014) wedi argymhell y dylid

cynnal asesiadau gwybyddol mwy manwl dri mis ar ôl yr asesiadau cychwynnol, ac yna eu hailadrodd bob chwe mis am dair blynedd. Os bydd profion ailadroddus yn cael eu defnyddio, mae'n bwysig ystyried y rhan y mae effeithiau arfer yn eu chwarae o ran perfformiad profion (Horton et al., 2015) a defnyddio fersiynau cyfochrog o brofion os ydynt ar gael i sicrhau bod effeithiau o'r fath mor fach â phosibl. Gweler adrannau 7 ac 8 am ragor o wybodaeth am y camau asesu.

- 6.2.5.4 Wrth ddehongli'r canlyniadau o asesiadau niwroseicolegol neu niwro-radiolegol, mae hefyd yn bwysig ystyried effeithiau unrhyw anhwylderau cydafiachedd posibl ar iechyd niwrowybyddol. Er enghraifft, mae'n hysbys bod amrywiaeth o gyflyrau seicolegol yn cael effeithiau niweidiol ar wybyddiaeth, gan gynnwys iselder (Bosaipo, Foss, Young, a Juruena, 2017), anhwylder diffyg canolbwyntio (Dobson-Patterson, O'Gorman, Chan, a Shum, 2016) a sgitsoffrenia (Bora a Pantelis, 2015), sy'n cyfiawnhau ystyriaeth o unrhyw seicobatholeg sy'n cydfodoli.
- 6.2.5.5 Dylid ystyried presenoldeb serebro-fasgwlaidd ac anafiadau trawmatig i'r ymennydd hefyd wrth asesu oherwydd eu cyffredinrwydd (25%) yn y boblogaeth ARBD (Wilson et al., 2012).
- 6.2.5.6 Er y gall profion niwroseicolegol, niwroddelweddu a gwerthusiadau o statws maethgol hysbysu diagnosis, mae'n rhaid eu cyfuno gydag archwiliad clinigol i wneud diagnosis cywir ac osgoi camddiagnosis. Yn wir, dywedwyd mai'r dull mwyaf effeithlon ar gyfer nodi WKS yn gynnar fu arsylwi clinigol gofalus, yn enwedig mewn sefyllfaoedd lle ceir amheuaeth o ddiffyg maethiad (Sechi a Serra, 2007). Yn dilyn goruchwyliaeth glinigol, gellir defnyddio'r dulliau diagnostig a drafodir uchod yn effeithiol i gadarnhau neu wrthod y diagnosis (Scalzo, Bowden, a Hillbom, 2015).

6.3 Argymhellion

- 6.3.1 Dylid cyflawni pob proses dadwenwyno o alcohol yn unol â chanllawiau clinigol NICE ac yn rhan o lwybr gofal a gynlluniwyd, ar y cyd â gwasanaethau caethiwed arbenigol lleol ac wedi'i chofnodi ar y system rheoli cleifion yn y gwasanaethau alcohol clinigol.
- 6.3.2 Dylai sgrinio gwybyddol o unigolion â hanes o ddefnydd sylweddol o alcohol fod yn fater o drefn (bob tri mis o leiaf os bydd defnydd o alcohol yn parhau) mewn lleoliadau clinigol a chymunedol i gynorthwyo'r broses o nodi'r rhai ag ARBD neu sydd mewn perygl o'i ddioddef. Mae'n rhaid i waith sgrinio a diagnosis o ARBD gael ei wneud gan glinigwyr sydd wedi'u hyfforddi yn briodol.

- 6.3.3 Mae angen newid i'r protocol niwroddelweddu Radioleg presennol, i roi MRI i gleifion ARBD yn hytrach na sgan CT yn y lle cyntaf.

7. Llwybrau ar gyfer Asesu a Thriniaeth

7.1 Cefndir

- 7.1.1 Mae'r amrywioldeb a'r gwahanol syndromau o fewn ARBD yn creu heriau clinigol ym meysydd nodi, sgrinio, asesu, bod â llwybrau triniaeth priodol mewn lleoliadau gofal iechyd a lleoliadau nad ydynt yn rhai gofal iechyd a'r anghenion adsefydlu tymor hwy (yn dibynnu ar y syndromau clinigol).
- 7.1.2 Wrth ymdrin â'r gwahanol syndromau mewn ARBD, gallai'r nam gwybyddol gael effaith ar ymwybyddiaeth a dealltwriaeth unigolyn o'i amgylchiadau, a gallai gael goblygiadau hefyd i ddealltwriaeth a bod yn gytûn â'r ymyriadau. Gallai hyn arwain at oblygiadau cyfreithiol o'r safbwynt y gallai asesiad cynhwysfawr o allu'r unigolyn i wneud penderfyniadau a'r defnydd dilynol o Ddeddf Galluedd Meddyliol 2005 ddod yn bwysig.
- 7.1.3 Mae adroddiad Coleg Brenhinol y Meddygon ar ARBD (2014) yn tynnu sylw at brinder canllawiau seiliedig ar dystiolaeth ar gyfer rheoli ARBD a adlewyrchir mewn problemau sefydliadol a chomisiynu e.e. anaml y mae un arbenigedd iechyd Meddwl yn cymryd cyfrifoldeb am y grŵp hwn o gleifion (Leenane, 1986; Price et al, 1988); ceir diffyg ymwybyddiaeth ac arbenigedd diagnostig ymhlith staff seiciatreg, meddygol a nyrsio; prin yw'r llwybrau asesu a gofal sy'n bodoli; stigma a diffyg adnoddau. Mae hyn yn aml yn arwain at drosglwyddo'r grŵp cleifion hwn o bared i bost.
- 7.1.4 Wrth fynd i'r afael â phroblem ARBD a gweithio drwy'r ddrysf a o'r holl syndromau â materion diagnostig, triniaeth, cyfreithiol, comisiynu ac ariannu ehangach, mae tystiolaeth gan wasanaethau ARBD wedi dechrau amlygu, gyda'r holl ddulliau asesu a ddilyswyd yn glinigol, nodi ARBD yn gynnar, ag ymyriadau ffarmacolegol, seicogymdeithasol a chael model adsefydlu, bod ARBD - yn groes i'r myth poblogaidd - yn gyflwr nad yw'n gwaethygu.

7.2 Tystiolaeth

7.2.1 Gofal Sylfaenol

- 7.2.1.1 Er mwyn atal a rheoli ARBD, daw defnydd o'r dulliau a argymhellir gan NICE yn hawl hollbwysig o'r pwynt cyswllt cyntaf gyda'r gwasanaethau iechyd. I leihau'r perygl o ddiddyfniadau sy'n gysylltiedig ag alcohol a niwed gwybyddol pellach, dylid cynnig diddyfniadau a gynorthwyr yn feddygol yn unol â chanllawiau NICE (2011, Pennod 1):

“For service users who typically drink over 15 units of alcohol per day and/or who score 20 or more on the AUDIT, consider offering an assessment and

delivery of community based assisted withdrawal or assessment and management in specialist alcohol services if there are safety concerns about the community based assisted withdrawal."

- 7.2.1.2 Yn ogystal â'r asesu a'r rheoli yn unol â chanllawiau NICE mewn Gofal Sylfaenol, mae asesiadau maethegol ac atchwanegiadau fitaminau yn gynnar yn fwy tebygol na pheidio o atal niwed pellach. Er bod gwasanaethau cysylltiedig â gwrthfotigau mewnwythiennol mewn lleoliadau Gofal Sylfaenol wedi'u hen sefydlu yng Nghymru erbyn hyn, mae'r defnydd o Pabrinex® parenterol yn dal i fod yn llawn anghysondebau oherwydd pryderon ynghylch y peryglon o anaffylacsis. Ceir tystiolaeth ddigonol ynghylch yn, gan gynnwys yr hyn a ddarparwyd gan y Pwyllgor ar Ddiogelwch Meddyginiaethau, Cymdeithas Seicoffarmacoleg Prydain, y Ganolfan Gaethiwed Genedlaethol yn Kings College, a NICE, i amlygu bod cymhareb budd i risg anaffylacsis gyda thiamin parenterol yn ffafrio'r defnydd o thiamin parenterol. O gofio bod gwasanaethau gwrthfotigau mewnwythiennol wedi'u hen sefydlu, dylid rhoi ystyriaeth ddifrifol i gyflwyno thiamin parenterol yn y lleoliad Gofal Sylfaenol.
- 7.2.1.3 Mae adroddiad diweddar yr Arolygiad Gofal Iechyd (2018) wedi adlewyrchu diffyg cysondeb clinigol o ran nodi ac felly asesu a rheoli problemau cysylltiedig ag alcohol ym maes Gofal Sylfaenol yng Nghymru.

7.2.2 Gwasanaethau Triniaeth Camddefnyddio Sylweddau Arbenigol

- 7.2.2.1 Mae canllawiau NICE (2011) yn argymhell y dylai pob claf sy'n cael ei atgyfeirio i wasanaethau triniaeth alcohol gael asesiad gwybyddol. Cydnabyddir yn eang y gallai fod gan unigolion sy'n mynd i wasanaethau alcohol ar gyfer diddyfniad wedi'i gynorthwyo yn feddygol neu raglenni dadwenwyno lefelau alcohol-gwaed uwch ac o ganlyniad uniongyrchol, effaith o ddirywiad cysylltiedig ag alcohol i berfformiad gwybyddol.
- 7.2.2.2 Gellir asesu camweithrediad gwybyddol tymor hwy dim ond ar ôl 60 diwrnod o ymataliad (Oslyn a Kerry, 2003).
- 7.2.2.3 Gellir ystyried dulliau fel MoCA neu ACE 3-R yn gynharach yn y rhaglenni diddyfniad a gynorthwyir yn feddygol ar gyfer yr asesiad gwybyddol hwn (gweler Pennod 6). Dylid rhagnodi thiamin parenterol ar sail clwyfataliol ac yn ystod yr ymyriadau diddyfniad a gynorthwyir yn feddygol i gleifion â risg uwch o ddatblygu niwed i'r ymennydd sy'n gysylltiedig â diffyg thiamin – yfwyr risg uchel, BMI isel, cleifion sy'n methu prydau yn rheolaidd a'r rhai â hanes maith o gamddefnyddio alcohol.
- 7.2.2.4 Ar ôl dadwenwyno, mae angen ystyried pwyslais ar gynllun triniaeth tymor hwy ag asesiadau gwybyddol rheolaidd, cynnal ymataliad, cymorth maethegol a seicolegol ynghyd ag asesiad o allu i gymryd rhan mewn rhaglenni triniaeth.

- 7.2.2.5 Ochr yn ochr â'r cymorth ffarmacolegol, maethegol a seicogymdeithasol, dangoswyd bod nifer o ddulliau adsefydlu niwroseicolegol a gwybyddol o fudd a gellir eu hystyried, fel dysgu diwall, technoleg gynorthwyl, cynyddu gweithrediad dethol, addasu hwyliau a chiwio'r cof.

7.2.3 Fframwaith Cyfreithiol ac ARBD – y Ddeddf Galluedd Meddyliol

- 7.2.3.1 Mae problemau rhyngwyneb caethiwed, ARBD, Deddf Galluedd Meddyliol 2005 a Deddf Iechyd Meddwl 1983 yn gymhleth. Er nad yw caethiwed ynddo'i hun yn bodloni'r meini prawf ar gyfer defnyddio'r Ddeddf Galluedd Meddyliol, mae ARBD fel syndrom diagnostig. Gallai'r mwyafrif llethol o bobl ag ARBD o unrhyw ddifrifoldeb gyflwyno yn bennaf â niwed gwybyddol sydd â goblygiadau i'r gallu i ddeall ac ymgysylltu â'r Rhaglenni Triniaeth.
- 7.2.3.2 Er y gellir defnyddio'r Ddeddf Iechyd Meddwl ar gyfer ARBD, mae'r heriau ymarferol o brofiad a data clinigol gan Fyrddau Iechyd Prifysgol Cwm Taf a Phrifysgol Aneurin Bevan ar y defnydd o'r Ddeddf Iechyd Meddwl yn dangos na ddefnyddir y Ddeddf yng Nghymru ar gyfer ARBD yn gyffredinol. Fodd bynnag, daw asesu gallu unigolion â phroblemau sy'n gysylltiedig ag alcohol mewn ysbytai aciwt yn ogystal â lleoliadau cymunedol yn bwysig ar ôl sicrhau sefydlogiad corfforol aciwt.
- 7.2.3.3 Mae'r Ddeddf Galluedd Meddyliol yn hwyluso'r broses o asesu gallu yr unigolyn i wneud penderfyniadau ac mae'n seiliedig ar y pum egwyddor o:
- Dybiaeth o allu.
 - Cynorthwyo unigolion i wneud eu penderfyniadau eu hunain.
 - Mae gan berson hawl i wneud penderfyniad annoeth
 - Budd pennaf – mae'n rhaid i bob cam gweithredu a phenderfyniad fod er budd pennaf y *person*.
 - Defnyddio opsiynau lleiaf cyfyngol.
- 7.2.3.4 Wrth asesu gallu o dan y Ddeddf Galluedd Meddyliol, mae'n bwysig deall bod yn rhaid i'r asesiad o allu gael ei gynnal gan y sawl sy'n gwneud penderfyniad pan mai'r sawl sy'n gwneud penderfyniad yw'r person sy'n penderfynu a ddylid cymryd camau yng nghyswllt gofal neu driniaeth oedolyn nad yw'r gallu ganddo neu sy'n ystyried gwneud penderfyniad ar ei ran:
- Pan fo'r penderfyniad yn ymwneud â thriniaeth feddygol – y meddyg sy'n cynnig y driniaeth yw'r sawl sy'n gwneud penderfyniad.
 - Pan fydd gofal nyrsio yn cael ei ddarparu, y nyrs yw'r sawl sy'n gwneud penderfyniad.

- Ar gyfer y rhan fwyaf o gamau neu benderfyniadau o ddydd i ddydd, y person sy'n ymwneud yn fwyaf uniongyrchol â'r person ar y pryd fydd y sawl sy'n gwneud penderfyniad.
- Y tu allan i'r ysbyty, mae hyn yn fwy tebygol o fod yn weithwyr cymdeithasol, gweithwyr gofal ac aelodau teulu. Mae gan y rhan fwyaf o bobl y gallu i wneud y rhan fwyaf o benderfyniadau eu hunain.

7.2.3.5 Wrth asesu gallu person i wneud penderfyniad penodol i amser a phwnc, dylai ymarferwyr gyfeirio at God Ymarfer statudol y Ddeddf Galluedd Meddyliol sy'n cyflwyno canllawiau penodol ar asesu galluedd meddyliol, gwneud penderfyniadau er budd pennaf a swyddogaeth y Gwasanaeth Eirioli Annibynnol o ran Galluedd Meddyliol.

7.2.3.6 Hefyd wrth benderfynu ar allu, mae'n rhaid dilyn *prawf gallu dau gam* –

Prawf diagnostig- Mae hwn yn ateb y cwestiwn "a oes nam ar weithrediad meddwl neu ymennydd person, neu aflonyddwch iddynt" wedi ei ddilyn gan **prawf gweithredol** sy'n ateb y cwestiwn "a yw'r nam neu'r aflonyddwch yn ddigonol fel nad oes gan y person allu i wneud y penderfyniad penodol hwnnw".

Wrth edrych ar y **prawf gweithredol**, mae angen cyflawni pedwar maes i ystyried bod gan berson allu ac mae'r rhain yn cynnwys:

- Y gallu i ddeall y penderfyniad
- Y gallu i gadw gwybodaeth am ei benderfyniad
- Y gallu i ddefnyddio ac asesu gwybodaeth am y penderfyniad
- Y gallu i gyfathrebu ei benderfyniad.

Os bydd gan berson ddiffyg gweithrediad yn unrhyw **un** o'r meysydd hyn, yna mae hynny yn gyfystyr â diffyg gallu.

7.2.3.7 Pan fydd gallu yn cael ei asesu, mae'n bwysig ei fod yn benodol i'r penderfyniad. Os bydd gan y person ddiffyg gallu o ran y penderfyniad penodol hwnnw yna mae'n rhaid i Benderfyniad Budd Pennaf ystyried dymuniadau'r unigolyn a'r opsiwn lleiaf cyfyngol.

7.2.3.8 Mae'r defnydd o'r Ddeddf Galluedd Meddyliol hefyd yn berthnasol mewn ymarfer clinigol wrth ymdrin â phobl sy'n mynegi neu'n dangos diffyg cymhelliad/yn gwadu problemau alcohol. I'r mwyafrif o bobl sy'n gaeth i alcohol, ceir sail seicolegol i wadu a gellir ei gydsynio orau fel adwaith amddiffynnol. Fodd bynnag, mewn unigolion â namau gwybyddol sy'n gysylltiedig ag alcohol, efallai y bydd sail wybyddol o wadu. Mae'r olaf yn adlewyrchu problem alluedd ac mae angen ei hystyried o dan y Ddeddf Galluedd Meddyliol.

7.2.4 Comisiynu Gwasanaethau

- 7.2.4.1 Mae absenoldeb canllawiau clinigol sydd wedi'u hen sefydlu, diffyg arbenigedd a ffactorau eraill a amlygwyd yn gynharach yn awgrymu nad yw comisiynu gwasanaethau ar gyfer ARBD yng Nghymru wedi bod yn flaenoriaeth hyd yma.
- 7.2.4.2 Mae angen i wasanaethau comisiynu ar gyfer ARBD ehangu integreiddiad gwasanaethau presennol yn seiliedig ar dystiolaeth o wahanol fodelau gwasanaeth, a grynhoir yn **Nhabl 3**.
- 7.2.4.3 Mae Gwasanaethau Cymdeithasol yn cynnal asesiadau gyda llawer o unigolion ag ARBC, ac yn comisiynu pecynnau gofal ar eu cyfer, gan yr ystyrir mewn rhai ardaloedd nad ydynt yn gymwys ar gyfer lleoliadau iechyd a ariennir. Ni adlewyrchir hyn yn Nhabl 3.

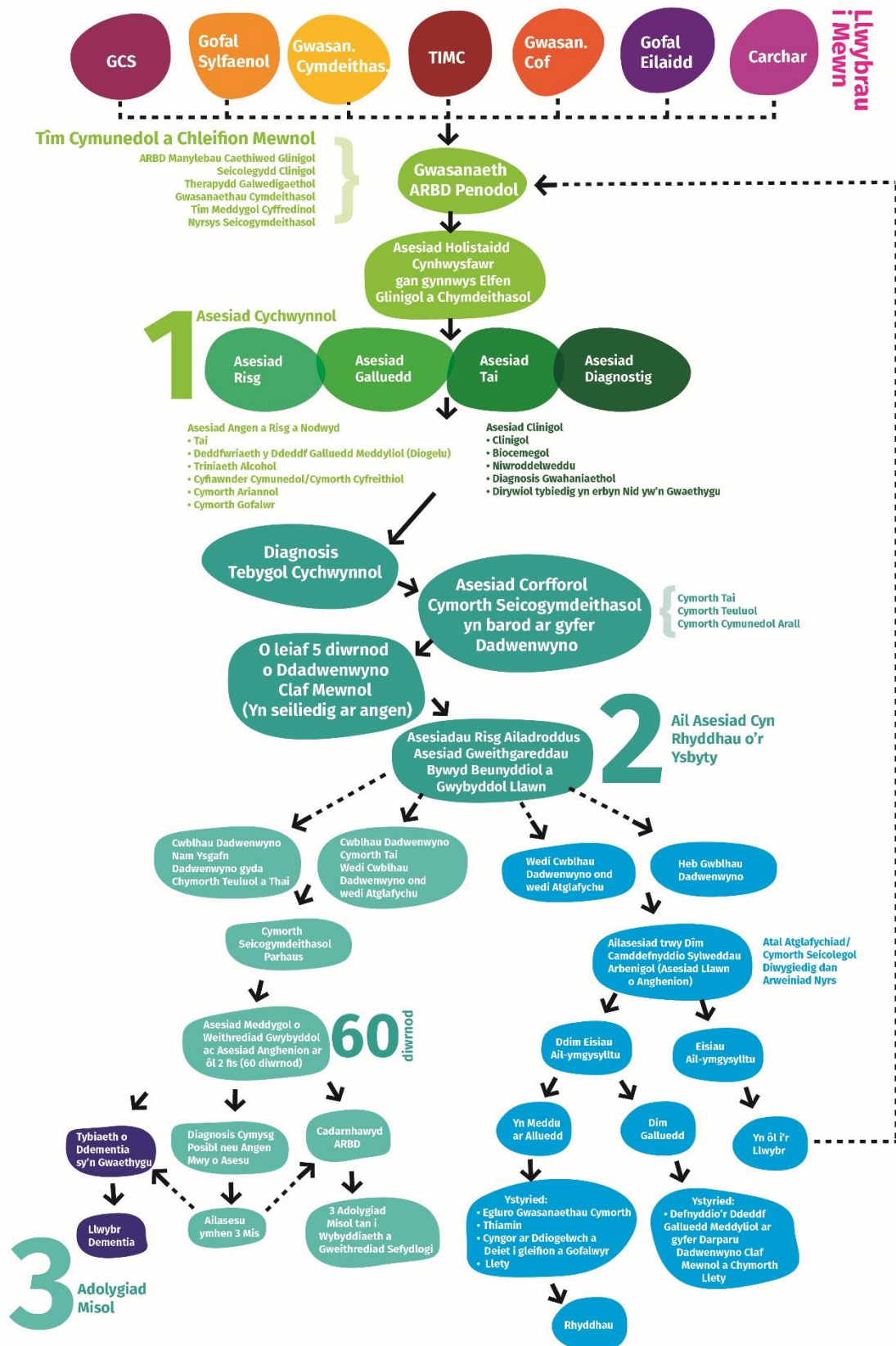
Tabl 3 – Comisiynu ar gyfer ARBD- wedi'i addasu o CR185 (Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, 2014)

Model Gwasanaeth	Manteision	Anfanteision
Gwasanaeth unigol/penodol	- Yn darparu'r holl ofal ac adsefydlu - Mynediad at amrywiaeth o ddarpariaethau gwasanaeth - Profiad sylweddol ar gyfer rheoli pobl â nam gwybyddol - GIG- Gwasanaethau niwroseiciatreg sydd orau ar gyfer y model hwn	- Prin yw'r gwasanaethau niwroseiciatrig cynhwysfawr ar gyfer ARBD - Sefydliadau preifat yn llenwi'r bwlch- Dim safoni a gall effeithiolrwydd amrywio, yn aml 'allan o'r ardal' â chostau newidiol a diffyg integreiddiad â gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol y GIG
Gwasanaethau ARBD mewn Byrddau Iechyd (ar gyfer Cymru)	- Gwasanaethau ARBD penodol wedi'u comisiynu o fewn y GIG - Mynediad at sefydliadau a gwasanaethau	- Cyfyngiadau amser oherwydd pecynnau wedi'u personoli - Tystiolaeth o effeithiolrwydd mewn ardaloedd lle ceir mwy o achosion

	ehangach ar gyfer adsefydlu - Pecynnau Gofal sy'n canolbwyntio ar Unigolion/Pobl - Gwell integreiddiad o fewn lechyd a Gofal Cymdeithasol	
Gwasanaethau arbenigol wedi'u hymwreiddiol mewn Timau Cyffredinol	- Dan arweiniad arbenigwyr - Cynnydd i arbenigedd y tîm cyffredinol - Cwmpas integreiddio ag lechyd a Gofal Cymdeithasol	- Y gorau o bosibl ar gyfer ardaloedd lle ceir nifer fach o achosion - Dim gwasanaethau presennol fel hyn yn y DU

7.2.5 Llwybr gofal clinigol ar gyfer ARBD

Llwybr Integredig ar gyfer Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol



7.3 Argymhellion

- 7.3.1 Sefydlu Gwasanaethau ARBD penodol ym mhob Bwrdd Iechyd, ag arbenigwr clinigol ARBD, seicolegydd clinigol, therapydd galwedigethol, gwasanaethau cymdeithasol a meddygaeth gyffredinol a mynediad prydlon at ddulliau diagnostig seiliedig ar dystiolaeth priodol.
- 7.3.2 Sefydlu canolfannau rhagoriaeth cleifion mewnol rhanbarthol ar gyfer ARBD i gynorthwyo asesu, ymchwil a gwerthuso diagnostig priodol ar fodelau clinigol a darparu gwasanaethau.
- 7.3.3 Dylid rhagnodi thiamin parenterol ar sail clwyfataliol ac yn ystod yr ymyriadau diddyfnu a gynorthwyr yn feddygol i gleifion â risg uwch o ddatblygu niwed i'r ymennydd sy'n gysylltiedig â diffyg thiamin – yfwyr risg uchel, BMI isel, cleifion sy'n methu prydau yn rheolaidd a'r rhai â hanes maith o gamddefnyddio alcohol.

8. Darpariaeth o driniaeth a chymorth

8.1 Cefndir

- 8.1.1 Prin yw'r gwasanaethau penodol sy'n bodoli ledled y DU ar hyn o bryd ar gyfer rheoli ARBD ac, o ganlyniad, gallai cleifion gael eu lleoli mewn amrywiaeth o wahanol fathau o wasanaeth fel gwasanaethau iechyd meddwl i oedolion, gwasanaethau cof a gwasanaethau triniaeth alcohol. Gall gwasanaethau alcohol ddiwallu rhai o'u hanghenion ond maent yn cael trafferth yn ymgysylltu â'r rhai â nam gwybyddol. Gall gwasanaethau iechyd meddwl i oedolion hŷn gynnig gofal tymor hwy i'r rhai â nam gwybyddol parhaol ond mae llawer o bobl ag ARBD yn iau na'u hoedran trothwy (65 yn aml) ac nid oes gan y gwasanaethau hyn yr arbenigedd yn gyffredinol i ymdrin â chamddefnydd o alcohol (McCabe, 2006). O ganlyniad, gall cleifion gael eu hunain wedi'u lleoli rhwng gwasanaethau ag anghytuno ynghylch pa wasanaeth ddylai arwain.
- 8.1.2 Pan fydd gwasanaethau arbenigol yn bodoli (cymunedol a phreswyl), mae'n bosibl darparu adsefydlu gwybyddol wedi'i deilwra ochr yn ochr â rhaglenni triniaeth alcohol, wedi'i ddarparu gan staff â gwybodaeth a sgiliau o ran rheoli ARBD (Cox et al, 2004).

8.2 Tystiolaeth

- 8.2.1 Dyma'r egwyddorion allweddol sy'n gysylltiedig ag adsefydliad seicogymdeithasol cleifion ag ARBD:
- Blaenoriaethu ymataliad.
 - Dull adsefydlu o gyflawni gweithgareddau bywyd beunyddiol.
 - Ymgysylltiad teuluol gweithredol.
 - Rheoli amlddisgyblaeth (North et al, 2010).
- 8.2.2 Mae'r model pum cam (Wilson et al, 2012) a amlinellir isod yn darparu'r sail ar gyfer gweithredu. O wneud gwaith dilynol grymusol ar gleifion yn y model triniaeth pum cam, mae 10% yn atglafychu i ddefnyddio alcohol, mae 10% yn marw a cheir gostyngiad a welwyd o 85% i gyfraddau ail-dderbyn i'r ysbyty.

Tabl 4: Model Pum Cam o Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol
(Wilson et al, 2012)

Cam	Pwyslais y Driniaeth	Hyd Cyfartalog
Cam Meddygol Acíwt	Sefydlogiad corfforol a diddyfnu o alcohol	Diwrnodau-wythnosau
Dryswch Cyffredinol Acíwt	Asesiad seicogymdeithasol	2-3 mis
Camweithrediad Gwybyddol nad yw'n Barhaol	Adsefydlu therapiwtig	Hyd at 3 blynedd

Cam Pontio		Adsefydlu ymaddasol	Amrywiol
Camweithrediad Parhaus	Gwybyddol	Integreiddiad cymdeithasol ac atal atglafychiad	Parhaus

- 8.2.3 Mae cleifion ag ARBD yn tueddu i gyflwyno mewn un o ddwy ffordd:
- Cyflwyniad aciwt, yn aml mewn ysbyty cyffredinol, â dryswch aciwt yn deillio o ddiddfyndiad o alcohol a salwch rhyng-gyfredol posibl.
 - Cyflwyniad cronig yn y gymuned â hanes o ddirywiad gwybyddol graddol.
- 8.2.4 Bydd cleifion sy'n cyflwyno yn aciwt yn aml yn cael eu gweld ar Gam 1 ond gellir gweld rhai sy'n cyflwyno yn y gymuned ar unrhyw gam. Mewn achosion o'r fath, mae asesiad cadarn yn hanfodol i sicrhau bod ymyriadau wedi'u teilwra i'r cam priodol. Ni fydd pob unigolyn yn mynd trwy bob un o'r pum cam – bydd rhai yn adennill gweithrediad gwybyddol sy'n agos at normal ar Gamau 2 neu 3; felly mae'n hanfodol datblygu cynlluniau gofal hyblyg sy'n gallu addasu i welliannau posibl.

8.2.1 Cam Meddygol Acíwt – Sefydlogiad Corfforol a Diddfyndu o Alcohol

- 8.2.1.1 Y prif bwyslais ar gyfer y cam hwn yw sicrhau diogelwch y claf, sefydlogi unrhyw gyflyrau meddygol sy'n cydfodoli a rheoli diddifyndiad o alcohol yn unol â chanllawiau cenedlaethol (NICE, 2017). Bydd y rhan fwyaf o achosion yn cael ei rheoli mewn ysbyty aciwt a'r flaenoriaeth gychwynnol yw iechyd corfforol y claf a bydd yn aml yn cynnwys y defnydd o thiamin parenterol dos uchel. Ar ôl i'r cyflwr corfforol sefydlogi, dylid gwneud asesiad mwy trylwyr a byddai'n briodol cynnwys hanes yn y gorffennol o yfed alcohol/triniaeth ar gyfer problemau yn gysylltiedig ag alcohol, hanes atebol i egluro unrhyw dystiolaeth weithredol o nam gwybyddol a chwedleua ac unrhyw wybodaeth a fyddai'n cyfrannu at gynllunio gofal a rhyddhad o'r ysbyty yn y pen draw (MacRae a Cox, 2003). Yn rhan o'r broses hon, mae'n bwysig ystyried yr asesiad o alluedd meddyliol ac i ddatblygu cynllun rheoli risg priodol.
- 8.2.1.2 Dylai asesiadau o weithrediad gwybyddol fod yn rhan o'r asesiad cychwynnol o bob claf ag anhwylder defnyddio alcohol a dylid eu hailadrodd yn rhan o'r broses fonitro barhaus o'r rhai ag ARBD (Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, 2014).
- 8.2.1.3 Mae'n bwysig cyfuno profion gwybyddol â phroses ddiagnostig glinigol sy'n cynnwys ymchwiliadau i ddiystyru patholeg mewngreuanol amgen neu ychwanegol (Oslin a Carey, 2003) ac asesiad niwroseicolegol/seicogymdeithasol mwy trylwyr i lywio dull triniaeth wedi'i dargedu.

8.2.2 Dryswch Cyffredinol Acíwt – Asesiad Seicogymdeithasol

8.2.2.1 Yn ystod y cam hwn, bydd gwelliannau yn cael eu sylwi mewn cyfran sylweddol o gleifion cyn belled â'u bod yn gallu ymatal rhag yfed alcohol. Bydd cyflymder a maint y gwelliant yn dibynnu ar y lefelau o niwed sylfaenol i'r ymennydd yn ogystal ag unrhyw broblemau iechyd corfforol neu feddwl sy'n cydfodoli. Gellir rhyddhau rhai cleifion i'w hamgylchedd cartref yn ystod y cam hwn, ond bydd rhai angen lefel uwch o gymorth (e.e. gofal preswyl, llety â chymorth). Dylid blaenoriaethu ymataliad, a dylid cynnwys gwasanaethau triniaeth alcohol arbenigol ar gam cynnar, er efallai y bydd angen addasu dulliau triniaeth safonol i gymryd lefelau'r nam gwybyddol i ystyriaeth (MacRae a Cox, 2003). Os na fydd y claf yn gallu gwneud penderfyniadau cytbwys am ymatal o ganlyniad i nam i'r cof a gallu i wneud penderfyniadau, dylid rhoi ystyriaeth i ddefnyddio'r Ddeddf Galluedd Meddyliol i sicrhau amddiffyniad priodol.

8.2.2.2 Ceir pum prif thema therapiwtig i'r cam Dryswch Cyffredinol Acíwt:

- Normaleiddio – gan gynnwys maetheg dda, sefydlogi hwyliau, unioni patrwm cwsgr (Malloy et al, 1990) a chryfhau cysylltiadau teuluol (Yivisaker a Feeney, 1998; Jacques ac Anderson, 2002).
- Datblygu perthynas therapiwtig – gydag aelodau allweddol i'r tîm gofal.
- Cyfeiriadedd – yn bennaf o ran amser ond efallai y bydd angen cyfeiriadedd ar gyfer lle a pherson.
- Cymorth cof – gellir cyflwyno strategaethau i gynorthwyo gweithrediad y cof ar y cam hwn (gweler isod) (Baddeley et al, 2002).
- Asesu parhaus – i sicrhau bod y cynllun gofal a'r cynllun rheoli risg yn dal i fod wedi'u teilwra i angen y claf wrth i weithrediad gwybyddol wella.

8.2.3 Camweithrediad Gwybyddol nad yw'n Barhaol – Adsefydlu Therapiwtig

8.2.3.1 Bydd rhai cleifion yn gwella yn sylweddol yn ystod Cam 2 ac ni fyddant yn mynd ymlaen i Gam 3. I'r rhai sydd yn gwneud hynny, gall adsefydlu wedi'i dargedu barhau i ysgogi gwelliannau i weithrediad gwybyddol am hyd at dair blynedd. Dylid seilio'r cam hwn ar gynllunio gofal cadarn a pherthynas gref gyda'r cydgysylltydd gofal, a ddylai fod yn glinigydd profiadol â gwybodaeth a sgiliau priodol o ran ARBD. Dylid adolygu'r cynllun gofal yn rheolaidd a'i addasu i anghenion sy'n newid yn ystod y cam hwn a cheir nifer o faterion y mae angen eu hystyried yn y cynllun gofal:

- Datblygu annibyniaeth
- Hybu gwellhad gweithredol
- Cymorth cyfeiriadedd a chof
- Rheoli mympwyon ac ymddygiad

- Rheoli difaterwch a chymhelliad
- Rheoli alcohol
- Datblygu cysylltiadau

8.2.3.2 Dylai gwaith monitro cynnydd ffurfiol barhau trwy gydol y cam hwn gan ailadrodd profion gwybyddol bob chwe mis yn nodweddiadol, i sicrhau bod ymyriadau yn dal i fod yn briodol i anghenion y claf (Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, 2014).

8.2.3.3 Nid yw tystiolaeth i gefnogi ymyriadau gwybyddol penodol mewn ARBD yn gryf, ond ceir cefnogaeth i ddulliau triniaeth cyffredinol (Svanberg ac Evans, 2013). Fel y nodwyd eisoes, caiff pob dull ei wella o'i deilwra i anghenion penodol y claf ac, fel y cyfryw, mae cynllun gofal cynhwysfawr a hyblyg yn hanfodol (Fals-Stewart a Lucente, 1994).

Cymorth Cyfeiriadedd a Chof

8.2.3.4 Mae ymyriadau y canfuwyd eu bod yn effeithiol ar y cam hwn yn deillio o waith ymchwil disgrifiadol a wnaed gyda chleifion sydd wedi cael niwed i'r ymennydd yn ogystal ag ARBD (Bates et al, 2002; MacRae a Cox, 2003). Mae caniatáu mwy o amser ar gyfer ymyriadau, rhoi esboniadau mwy trylwyr i gleifion a'u hannog i esbonio'r cysyniadau a gyflwynir iddynt, yn cynyddu eu gallu i ddwyn i gof wedi hynny (VanDamme a d'Ydewalle, 2008). Ceir tystiolaeth hefyd bod 'dysgu diwall' yn gwella gallu i ddwyn i gof (Kessels et al, 2007). Yn y dull dysgu diwall, gofynnir i'r claf ailadrodd gwybodaeth yn syth ar ôl iddi gael ei chyflwyno, gan leihau'r 'gwaith dyfalu' a fyddai fel arall yn ailadrodd gwybodaeth anghywir. Mae'r defnydd o ddyddiaduron a nodiadau atgoffa electronig yn helpu gyda phresenoldeb mewn apwyntiadau (Baddeley et al, 2002) ac mae darparu rheolau wedi'u strwythuro yn gwella galluedd datrys problemau (Bardenhagen et al, 2007).

Cynorthwyo Ymataliad rhag Alcohol

8.2.3.5 Yn draddodiadol, cefnogir ymatal rhag alcohol gan ymyriadau seicogymdeithasol a/neu ffarmacolegol a ddarparwyd yn rhan o raglenni atal atglafychiad (NICE, 2011). Mae meddyginiaeth atal atglafychiad yn gofyn am gydsyniad cytbwys cyn y gellir ei chychwyn ac mae'n rhaid ei chymryd yn rheolaidd. Gall nam gwybyddol effeithio ar allu claf i gydsynio i feddyginiaeth a'i allu i ddilyn trefn ddosio reolaidd. Mae cwnsela atal atglafychiad safonol yn dibynnu ar lefel o hyblygrwydd gwybyddol a meddwl haniaethol y gallai unigolion ag ARBD ei chael yn anodd. Nid yw hynny'n golygu na ellir defnyddio strategaethau atal atglafychiad gyda chleifion ag ARBD, ond bydd angen teilwra dulliau safonol i anghenion gwybyddol y claf.

Mae'n bwysig cyflwyno deunydd addysgol ar effeithiau alcohol pan fydd gweithrediad gwybyddol wedi gwella i lefel addas. Hyd yn oed wedyn, bydd unigolion â nam gwybyddol yn cymryd mwy o amser i elwa o ymyriadau ac efallai y bydd angen sesiynau mwy mynych arnynt (McCrary a Smith, 1986). Gallai cyflwyno gwybodaeth dro ar ôl tro mewn amrywiaeth o fformatau (e.e. ysgrifenedig, llafar, lluniau) helpu hefyd (Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, 2014).

Trin Cyflyrau sy'n Cydfodoli

- 8.2.3.6 Mae llawer o gleifion â phroblemau alcohol yn cyflwyno ag anhwylderau corfforol ac iechyd meddwl sy'n cydfodoli. Gall y rhain ynddynt eu hunain gyfrannu at y lefel ymddangosol o nam gwybyddol (e.e. cymhelliad gwael mewn iselder, dryswch ysbeidiol mewn nam hepatig). Mae'n bwysig, felly, sicrhau bod y rhain yn cael eu trin yn rhan o'r rheolaeth gyffredinol o ARBD (Lingford-Hughes et al, 2012).

8.2.4 Cam Pontio – Adsefydlu Ymaddasol

- 8.2.4.1 Ar Gam 3, bydd y claf yn cyrraedd yn y pen draw ei lefel uchaf o wellhad ac, wrth i'w gwelliannau wastadu, bydd Cam 3 yn cymysgu â Cham 4. Yn ystod y cam pontio, mae'n bwysig ailasesu gweithrediad y claf a faint o gymorth sydd ei angen arno i fyw mor annibynnol â phosibl. Argymhellir asesiad therapi galwedigaethol llawn ar y cam hwn fel y gellir gwneud unrhyw addasiadau angenrheidiol i amgylchedd y cartref.
- 8.2.4.2 Yn aml, mae Cam 4 yn golygu trosglwyddo'r claf o leoliad preswyl i un mwy annibynnol fel byw â chymorth neu i amgylchedd cartref â phecynnau gofal. Mae'n bwysig bod trosglwyddiadau gofal o'r fath yn cael eu cynllunio yn briodol i sicrhau bod y sgiliau a enillwyd yng Nghanam 3 yn cael eu trosglwyddo i'r amgylchedd newydd ac y gall y gofalcwyr newydd gael eu hyfforddi a'u goruchwyllo wrth eu cynorthwyo.

8.2.5 Camweithrediad Gwybyddol Parhaol – Integreiddiad Cymdeithasol ac Atal Atglafychiad

- 8.2.5.1 Dau brif egwyddor therapiwtig y cam hwn yw atal atglafychiad i gamddefnyddio alcohol a chynnal y lefel uchaf bosibl o annibyniaeth ac ansawdd bywyd dros yr hirdymor. Y nod yw cynorthwyo'r claf i fyw yn yr amgylchedd lleiaf cyfyngol gyda pha bynnag lefel o nam gwybyddol sy'n parhau. Bydd angen teilwra ymyriadau atal atglafychiad i alluoedd ac anghenion penodol y claf ac efallai y bydd angen gweithwyr arbenigol i'w darparu. Mae gweithgareddau wedi'u strwythuro a threfnwyd yn helpu i hybu annibyniaeth hirdymor ac atal atglafychiad (Yr Adran Iechyd, 2006).

8.3 Argymhellion

- 8.3.1 Sefydlu Gwasanaethau ARBD penodol ym mhob Bwrdd Iechyd, ag arbenigwr clinigol ARBD, seicolegydd clinigol, therapydd galwedigaethol, gwasanaethau cymdeithasol a meddygaeth gyffredinol a mynediad prydlon at ddulliau diagnostig seiliedig ar dystiolaeth priodol.
- 8.3.2 Sefydlu canolfannau rhagoriaeth cleifion mewnol rhanbarthol ar gyfer ARBD i gynorthwyo asesu, ymchwil a gwerthuso diagnostig priodol ar fodelau clinigol a darparu gwasanaethau.

9. Cymorth i gleifion ARBD nad ydynt yn ymatal

9.1 Cefndir

- 9.1.1 Mae nam gwybyddol ARBD yn debygol o waethygu o barhau i yfed ac ymataliad, felly, yw prif nod triniaeth. Fodd bynnag, mae rhai cleifion yn dewis parhau i yfed ac yn aml yn cael eu heithrio yn awtomatig o wasanaethau o ganlyniad. Mae canllawiau ar reoli ARBD yn tueddu i dybio ymataliad a cheir diffyg canllawiau ar sut i reoli'r rhai sy'n amharod i wneud hyn neu na allant wneud hyn.

Y broses o wneud penderfyniadau

- 9.1.2 Yng nghyfraith Prydain, caiff oedolion heb unrhyw nam ar eu galluedd wneud eu penderfyniadau eu hunain ynghylch defnyddio alcohol, hyd yn oed pan allai'r penderfyniadau hyn ymddangos yn annoeth i bobl eraill. Cyn derbyn y penderfyniadau hyn, fodd bynnag, mae'n rhaid i weithwyr proffesiynol fod yn sicr bod dau ffactor wedi cael ei archwilio yn llawn:
- Mae'r claf wedi derbyn asesiad priodol o'i allu i wneud y penderfyniad hwnnw.
 - Mae'r claf wedi cael yr holl wybodaeth sydd ei angen arno, ar ffurf y gall ei ddeall yn rhwydd, er mwyn gallu gwneud y penderfyniad.
- 9.1.3 Nid yw rhai cleifion a gweithwyr iechyd / gofal cymdeithasol proffesiynol yn ymwybodol y gall ARBD wella o ymatal. Gall hyn arwain at agwedd o gamsyniol o "waeth iddyn nhw barhau i yfed ddim" sy'n atal y claf rhag cael y cyfle i wella ei gyflwr. Mae angen i staff sy'n gweithio gyda'r grŵp cleifion hwn fod yn gwbl ymwybodol o ffeithiau niwed sy'n gysylltiedig ag alcohol fel y gallant roi wybodaeth gywir i gleifion gan ganiatáu iddynt wneud penderfyniad cytbwys.
- 9.1.4 Mae nam gwybyddol ARBD o fath sy'n golygu y gallai fod angen cyflwyno'r wybodaeth hon i gleifion mewn ffordd ddiwygiedig. Bydd defnyddio taflenni gwybodaeth i gleifion sy'n hawdd eu darllen ac yn ddifyr, a darparu gwybodaeth mewn sesiynau byr, ailadroddus, gan gynnwys pobl sy'n agos iddynt pan fo'n bosibl, yn gwella'r ddealltwriaeth o wybodaeth a'r gallu i'w chofio (McCrary a Smith, 1986). Os, er gwaethaf mesurau o'r fath, yw'n eglur na all y claf ddefnyddio'r wybodaeth er mwyn gwneud penderfyniad rhesymegol, yna dylid dilyn y broses briodol o dan y Ddeddf Galluedd Meddyliol (gweler Pennod 7).
- 9.1.5 Mae gwadu, i wahanol raddau, yn rhywbeth sy'n cyd-fynd yn gyffredin â chaethiwed i alcohol ac mae'n gweithredu fel adwaith amddiffynnol naturiol. Fodd bynnag, mae'n bwysig gwahaniaethu rhwng hyn a'r anallu i gadw, prosesu a/neu bwysu a mesur gwybodaeth o ganlyniad i niwed i'r ymennydd

(Rinn et al, 2001). Gallai unigolyn â phroblemau cof byrdymor wneud penderfyniad yn ystod sgwrs â gweithiwr proffesiynol ac eto, o fewn awr, methu â chofio'r penderfyniad y mae wedi ei wneud. Wrth asesu gallu unigolyn ag ARBD i wneud penderfyniadau am barhau i yfed, mae'n bwysig asesu ei allu i gofio ei hanes yfed personol a'i broblemau cysylltiedig, a all ddylanwadu ar ei ddealltwriaeth o'i sefyllfa gyfredol.

Y rhai sy'n gwrthod mewnbwn gan wasanaethau

- 9.1.6 Gallai rhai cleifion ag ARBD yr aserir bod ganddynt alluedd llawn i wneud penderfyniadau am eu hyfed ac sy'n dymuno parhau i yfed, hefyd wrthod ymgysylltu â gwasanaethau triniaeth alcohol. Cyn eu rhyddhau, mae'n rhaid ystyried y canlynol:
- A yw'r unigolyn yn deall yn llawn yr hyn y gall gwasanaethau triniaeth ei gynnig ac y gellir cynorthwyo dull lleihau niwed (yn hytrach nag ymataliad llwyr)?
 - A yw atchwanegiadau thiamin yn cael eu rhagnodi iddo?
 - A roddwyd cyngor diogelwch i'r claf a'i ofalwyr?
 - A ddarparwyd cyngor ar ddeiet?
 - A yw'r claf wedi cael ei gynorthwyo i ddod o hyd i lety priodol os oes angen?
- 9.1.7 Mae dogfen *Blue Light Manual*⁷ Alcohol Change UK yn cynnig cyngor ymarferol ar ffyrdd i weithio gydag yfwyr nad ydynt yn dangos cymhelliad eglur i ymgysylltu â gwasanaethau, ac mae'n cyflwyno strategaethau cadarnhaol y gellir eu defnyddio gyda'r grŵp cleientiaid hwn. Mae'r llawlyfr ar gael ar wefan yr elusen.

Y rhai sy'n barod i ymgysylltu â gwasanaethau

- 9.1.8 Efallai y bydd rhai cleifion ag ARBD sy'n dewis parhau i yfed yn barod i ymgysylltu â gwasanaethau (gwasanaethau triniaeth alcohol a gwasanaethau cymorth ehangach). Mae'n bwysig nad yw gwasanaethau yn allgau cleifion nad ydynt yn canolbwyntio i gychwyn ar sicrhau ymataliad ac sy'n fodlon gweithio yn unol â fframwaith o leihau niwed. Er bod gan gleifion ag ARBD ddiffygion gwybyddol, mae'n bosibl darparu ymyriadau lleihau niwed cyn belled â'u bod yn cael eu haddasu i gymryd eu meysydd penodol o nam i ystyriaeth. Mae hyn yn tanlinellu pwysigrwydd asesiadau cynhwysfawr o weithrediad gwybyddol, ac asesiad niwrowybyddol llawn yw'r safon uchaf bosibl. Gall teilwra'r dull i'r patrwm penodol o ddiffygion gwybyddol a

⁷ Alcohol Change UK. *Blue light manual*. Ar gael yn: [Alcohol Change UK Blue Light Manual](#)

ddioddefwyd fod yn hynod effeithiol i helpu'r claf ddeall ei gyflwr a goblygiadau parhau i yfed.

- 9.1.9 Mae stigma yn dal i fodoli mewn rhai gwasanaethau o ran cleifion ag ARBD. Er eu bod yn cael problemau gydag iechyd meddwl, gwybyddiaeth ac alcohol, gellir defnyddio presenoldeb bob un fel maen prawf i'w heithrio rhag ymgysylltu â gwasanaethau sydd â'r nod o fynd i'r afael ag eraill (e.e. gwasanaethau triniaeth alcohol yn teimlo na allant ddarparu ymyriadau i gleifion â nam gwybyddol; gwasanaethau iechyd meddwl yn teimlo na allant weithio gyda chleifion sy'n yfed) (Rinn et al, 2001). Mewn gwirionedd, ceir llawer y gellir ei gyflawni yn enwedig os bydd y gwasanaethau yn cydweithio i gynorthwyo'r claf a'i gilydd. Cynorthwyir hyn ym mhob achos gan fodolaeth cynllun gofal cynhwysfawr a rennir gan bob gwasanaeth a'r claf.

9.2 Tystiolaeth

9.2.1 Llety

- 9.2.1.1 Mae llety sefydlog yn ffactor pwysig o ran cynorthwyo unigolion â nam sy'n gysylltiedig ag alcohol. I gleifion ag ARBD, efallai y bydd angen lefelau amrywiol o lety â chymorth ar gyfer gwahanol gleifion a hefyd ar gyfer yr un claf dros amser (wrth i'w gyflwr naill ei ddirywio neu wella). Dylai darpariaeth gynhwysfawr o lety gynnwys:
- Cymorth i fyw yn annibynnol yn y gymuned.
 - Cymorth i ofalwyr pan fo cleifion yn byw gyda phobl sy'n agos iddynt.
 - Byw â chymorth (tai neu fflatiau a rennir).
 - Cyfleusterau preswyl (cartrefi gofal arbenigol neu gyffredinol).
 - Cartrefi nyrsio (arbenigol neu gyffredinol).
- 9.2.1.2 Yn draddodiadol, mae cyfleusterau byw â chymorth a phreswyl/nyrsio yn gwneud ymataliad rhag alcohol yn rhagofyniad ar gyfer tenantiaeth. Gall hyn hefyd arwain i unigolion agored i niwed fethu â chael gafael ar lety diogel oherwydd eu hanawsterau yn rheoli faint o alcohol y maent yn ei yfed. Ceir dadl ymhlith rhai gweithwyr proffesiynol ynghylch effeithiolrwydd hyrwyddo ymataliad llwyr mewn grŵp sy'n cael ymatal yn anodd ac, fel y cyfryw, mae unedau arbenigol yn aml yn dewis mabwysiadu dull lleihau niwed.
- 9.2.1.3 Ystyriodd astudiaeth a gynhaliwyd gan Brifysgol Stirling wybodaeth ac agweddau staff sy'n gweithio mewn cartrefi preswyl lle'r oedd cleifion ag ARBD yn cael llety. Canfuwyd ganddynt fod gan staff dybiaethau anghywir yn aml ynghylch goblygiadau parhau i yfed i gleifion ag ARBD a bod hyn, wedyn, yn dylanwadu ar bolisiau ymatal yn y cartrefi. Tynnodd yr astudiaeth hon sylw at bwysigrwydd addysg i weithwyr gofal fel bod penderfyniadau am leoli a

parhau i yfed yn cael eu gwneud mewn ffordd sy'n canolbwyntio ar unigolion ac nid yn seiliedig ar dybiaethau staff.

- 9.2.1.4 Yn Awstralia, mae Prosiect Wintringham yn fodel arbenigol o ofal preswyl lle nad yw'n ofynnol i breswylwyr ymatal a gallant fanteisio ar amrywiaeth o opsiynau triniaeth. Deilliodd o'r arsylwad bod pobl hŷn ag ARBD yn llai tebygol o weld gwelliant i ddiffygion gwybyddol o ymatal (Rota-Bartelink a Lipman, 2007). Fodd bynnag, beirniadwyd y model oherwydd y cydbwysedd agos rhwng cefnogi annibyniaeth preswylwyr a darparu lefelau digonol o amddiffyniad rhag niwed parhaus.
- 9.2.1.5 Mae gwaith ymchwil yn awgrymu bod carfan sylweddol o gleifion ag ARBD yn bodoli ym mhoblogaeth ddigartref y DU. Asesodd astudiaeth yn yr Alban 266 o bobl ddigartref o dair hostel yn Glasgow gan amcangyfrif mai 21% oedd nifer yr achosion o ARBD yn y boblogaeth honno (Gilchrist a Morrison, 2005). Mae hon yn boblogaeth sy'n annhebygol o gyflwyno yn uniongyrchol i wasanaethau triniaeth, gan eu bod yn dueddol o fod â diffyg rhwydweithiau cymorth cymdeithasol a theuluol a welir gyda chleifion eraill ag ARBD.
- 9.2.1.6 Bydd dull allgymorth grymusol yn helpu i ganfod achosion heb ddiagnosis a sicrhau y darperir yr holl wybodaeth angenrheidiol i'r cleifion hyn sydd ei hangen arnynt er mwyn gwneud penderfyniadau triniaeth. Mae'n bwysig bod y rhai sy'n dewis parhau i yfed yn gallu cael gafael ar yr un gwasanaethau cymorth â chleifion mewn llety. Un rhan bwysig o'r cymorth hwn yw helpu'r unigolyn i gael gafael ar lety priodol os mai dyma y mae'n dewis ei wneud.

9.2.2 Atchwanegiad thiamin

- 9.2.2.1 Amlinellwyd eisoes trafodaeth o werth atchwanegiad thiamin i unigolion ag ARBD sy'n ymatal ym Mhennod 4. Fodd bynnag, prin yr ysgrifennwyd am werth atchwanegiad thiamin i'r rhai sy'n parhau i yfed alcohol.
- 9.2.2.2 Mae angen cyflenwad parhaus o thiamin i'r ymennydd weithredu yn llawn ac, ar grynodiadau plasma normal, mae thiamin yn cyrraedd yr ymennydd trwy broses affinedd uchel a gyfryngir gan y cludydd. O dan amgylchiadau arferol, mae'r gyfradd y mae thiamin yn croesi i'r ymennydd yn cyfateb i gyfradd ei ddefnydd ym meinwe'r ymennydd. Fel y cyfryw, mae'r ymennydd yn agored iawn i lefelau gwaed o thiamin sy'n gostwng (Greenwood et al, 1980; Greenwood a Pratt, 1982; Rindi et al, 1980). Gall ymlediad goddefol ar draws y rhwystr gwaed-ymennydd ddigwydd ond mae'n gofyn am grynodiadau o thiamin y mae'n debyg na fyddant yn cael eu sicrhau trwy roi drwy'r geg i gleifion sydd heb gael digon o faeth ac sy'n gaeth i alcohol (Thomson et al, 2002).

- 9.2.2.3 Awgrymodd astudiaeth o bobl a oedd yn ddibynnol ar alcohol gynt bod lefelau thiamin mewn gwaed yn gysylltiedig yn ddetholus i berfformiad cof yn y grŵp hwn (o'i gymharu â grŵp safonol heb hanes o ddibyniaeth ar alcohol â lefelau tebyg o thiamin yn eu gwaed) (Pitel et al, 2011). Mae'r canfyddiad hwn yn cefnogi pwysigrwydd cynnal lefel gylchredol ddigonol o thiamin er mwyn lleihau'r perygl o ddatblygu namau ar y cof. Mae gan hyn oblygiadau ymarferol wedyn i'r ystyriaeth o glwyfataliad thiamin mewn cleifion sy'n dod i wasanaethau triniaeth, yn wahanol i'r driniaeth o WE sefydledig neu glwyfataliad yn ystod cyfnod dadwenwyno o alcohol a drefnwyd.
- 9.2.2.4 Byddai cleifion â diagnosis sefydledig o ARBD yn amlwg yn bodloni'r meini prawf trwy rinwedd y diagnosis yn unig, ond byddent yn gyffredinol yn dangos ffactorau risg eraill hefyd (yn enwedig cleifion digartref), gan eu gwneud yn gymwys yn amlwg i ddefnyddio thiamin parenterol wrth ddiddynfu o alcohol.
- 9.2.2.5 Gallai hyd yn oed cleifion ag ARBD sy'n dymuno parhau i yfed fynd trwy gyfnodau o ddiddyniad alcohol heb eu trefnu. Bydd rhai o'r rhain yn cael eu monitro yn feddygol (e.e. derbyniad brys oherwydd anaf i'r pen) tra bydd eraill yn gwbl ad hoc (e.e. diddyniad wedi'i orfodi oherwydd rheolaeth wael o arian yn eilaidd i syndrom camweithredu). Gellid dadlau, felly, bod unigolyn ag ARBD mewn perygl parhaus o ddatblygu diddyniad cymhleth o alcohol gan gynnwys WE, a fyddai'n ychwanegu wedyn at faich ei nam gwybyddol.
- 9.2.2.6 Er nad oes unrhyw dreialon ffurfiol yn bodoli, mae gwasanaethau wedi datblygu'r arfer o ddarparu cyrsiau parenterol o thiamin i'r rhai ag ARBD sy'n parhau i yfed yn y gymuned i warchod rhag y baich gwybyddol ychwanegol o ddiddyniadau heb eu trefnu. Darperir y cyrsiau hyn ochr yn ochr â phresgripsiwn parhaus o thiamin drwy'r geg. Er nad oes unrhyw dreialon dynol ffurfiol wedi'u cynnal, mae modelau anifeiliaid wedi dangos ei bod yn ymddangos bod y niwed i'r ymennydd a achosir gan alcohol yn fwy difrifol ym mhresenoldeb diffyg thiamin a bod cyfnodau ailadroddus o ddiffyg thiamin yn achosi niwed cronol i'r ymennydd (Crowe ac El-Hadj, 2002; Price et al, 1988; Ciccia a Langlais, 2000). Mae rhai awduron yn dod i'r casgliad felly y dylid rhoi thiamin clwyfataliol i gleifion sy'n ddibynnol ar alcohol fel mater o drefn, drwy'r geg neu'n barenterol, i helpu i amddiffyn yr ymennydd yn ystod cyfnodau o ddadwenwyno neu bryd bynnag y byddant yn mynd i wasanaethau meddygol (Tomson et al, 2012).

9.2.3 Iechyd corfforol

- 9.2.3.1 Mae unigolion sydd â hanes o gamddefnyddio alcohol sy'n ddigonol i achosi niwed i'r ymennydd yn hynod debygol o fod wedi datblygu niwed ychwanegol i organau. Gall alcohol niweidio fwy neu lai pob system organau yn y corff, ac mae'n bwysig bod iechyd corfforol cleifion sy'n ddibynnol ar alcohol yn cael ei adolygu. Gallai nam gwybyddol ARBD olygu bod cleifion yn ei chael yn anodd

cadw apwyntiadau ac felly dylid gwneud pob ymdrech i'w helpu i fod yn bresennol (gan gynnwys defnyddio ymweliadau cartref ac allgymorth grymusol).

- 9.2.3.2 Mae yfwyr dibynnol yn aml yn esgeuluso eu maethiad. O ganlyniad, gallent ddioddef diffygion maethgol eraill ac eithrio thiamin. Mae asesiad da o statws maethgol yn bwysig ac felly hefyd y defnydd o ddulliau i wella cymeriad bwyd, fel cymhellion amser bwyta.
- 9.2.3.3 Ni ddylai dibyniaeth barhaus ar alcohol fod yn faen prawf sy'n atal mynediad at wasanaethau iechyd a gofal cynorthwyol ac felly mae'n bwysig bod gwasanaethau perthnasol yn derbyn addysg ar ARBD i'w helpu i ddeall sut y gall y diffygion gwybyddol effeithio ar ymgysylltiad.

9.2.4 Iechyd meddwl

- 9.2.4.1 Mae gan lawer o gleifion ag ARBD broblemau iechyd meddwl sy'n cydfodoli ac mae'n bwysig rheoli hyn yn rhan o'r driniaeth gyffredinol gydag ARBD (Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, 2014).
- 9.2.4.2 Mewn cleifion sy'n parhau i yfed, gall fod yn anodd asesu a thrin y broblem iechyd meddwl sylfaenol yn iawn gan fod gwasanaethau iechyd meddwl cymunedol yn amharod i asesu cleifion tan i ymataliad gael ei sicrhau (Lingford-Hughes et al, 2012). Mae NICE yn argymhell, mewn cleifion â chydafiacheddau dibyniaeth alcohol ac iselder a/neu orbryder, y dylid trin y ddibyniaeth ar alcohol yn y lle cyntaf gan y gall hyn arwain at welliant sylweddol i'r symptomau iechyd meddwl (NICE, 2011).
- 9.2.4.3 Mae'r anhawster yn codi, felly, mewn yfwyr dibynnol sy'n amharod/ddim yn gallu ystyried ymataliad sy'n cyflwyno â hwyliau is, yn enwedig pan fo'n gysylltiedig â syniadaeth/ymddygiad hunanladdol. Mae'r cleifion hyn yn tueddu i fynd i wasanaethau argyfwng yn aml a bydd nam gwybyddol ARBD yn effeithio ymhellach ar eu gallu i ymgysylltu â gwasanaethau triniaeth.
- 9.2.4.4 Hyd yn oed mewn cleifion sy'n parhau i yfed, os ceir arwyddion o iselder cymedrol-difrifol, mae'n ddoeth cynnal rhyw lefel o asesiad a fyddai, o leiaf, yn gyfystyr ag asesiad risg uniongyrchol. Mae'n bwysig nad yw gwasanaethau iechyd meddwl argyfwng yn cynnwys meddwdod aciwt fel maen prawf allgau yn enwedig pan gaiff ei ddyfarnu ar sail terfyn anadl-alcohol trothwy gan y gall unigolion â lefelau anadl-alcohol uchel ddal i gymryd rhan mewn sgysiau ystyrlon oherwydd datblygiad goddefiant i effeithiau tawelyddu alcohol. Mae angen cadw lefel y nam gwybyddol mewn cof hefyd, yn ogystal â'r defnydd posibl o'r Ddeddf Iechyd Meddwl pan fo'r briodol.
- 9.2.4.5 Mae seicosis o ran dibyniaeth ar alcohol yn tueddu i fod yn arwydd o ddiddyniad cymhleth (e.e. y rhithweledigaethau gweledol a chyffyrddol a welir

mewn deliriwm tremens). Fodd bynnag, ceir anhwylder seicotig cydnabyddedig na esbonnir gan feddwdod na diddyfniad yn unig, wedi'u briodweddu gan rithweledigaethau (clywedol yn nodweddiadol), afluniadau canfyddiadol, lledrithiau (o natur erledigaethol yn aml), aflonyddwch seicomodurool ac affeithiau annormal (Sefydliad Iechyd y Byd, 1992). Gallai rhai unigolion ag ARBD â chwedleua cymhleth ymddangos fel be baent yn dioddef o gredoau lledrithiol. Mae asesiad iechyd meddwl a gwybyddol llawn, gan gynnwys hanes cydweithredol ac ystyriaeth o hanes blaenorol, yn hanfodol i wahaniaeth rhwng y ddau ymddangosiad hwn.

9.2.5 Datblygiad pellach

- 9.2.5.1 Mae yfed parhaus mewn cleifion ag ARBD yn debygol o arwain at ddirywiad gwybyddol pellach a dylid gwneud y claf a'i ofalwyr yn ymwybodol o hyn. Hyd yn oed os yw triniaeth wedi cael ei gwrthod yn y gorffennol, ni ddylai ei eithrio rhag derbyn gofal yn y dyfodol. Dylid annog cleifion i ddychwelyd i wasanaethau triniaeth i gael eu hailasesu os ydynt yn bryderus am eu gweithrediad gwybyddol. Mae angen i ofalwyr (proffesiynol a theulu/ffrindiau) hefyd fod yn ymwybodol o'r potensial i golli gallu i wneud penderfyniadau a'r amddiffyniad cyfreithiol priodol y byddai angen ei roi ar waith. Gweler [Alcohol Change UK - Niwed Alcohol](#)

9.3 Argymhellion

- 9.3.1 Dylai Byrddau Cynllunio Ardal ystyried comisiynu gwasanaethau allgymorth grymusol i gleifion ag ARBD, yn enwedig y rhai sy'n ddigartref.
- 9.3.2 Gwasanaethau gofal cymdeithasol yn ystyried darpariaeth lety gynhwysfawr, nid gwneud ymataliad rhag alcohol yn rhagofyniad.

10. Monitro, goruchwylio, gwerthuso a chydweithrediad DU gyfan

10.1 Cefndir

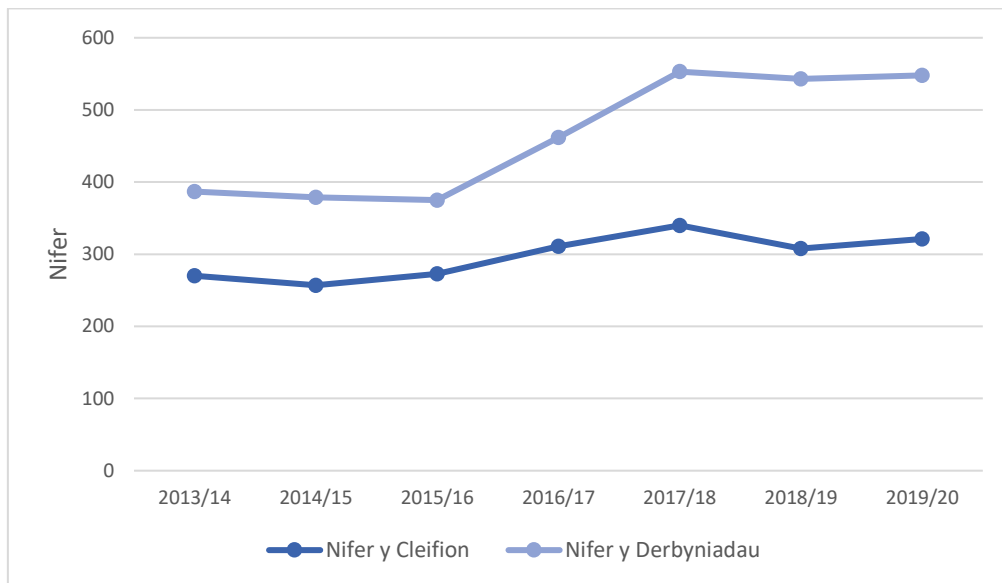
- 10.1.1 Amlygwyd monitro cyffredinrwydd ARBD yn y DU fel her allweddol sy'n wynebu systemau iechyd a gofal cymdeithasol oherwydd absenoldeb system eglur ar gyfer nodi, rhannu a chyfuno data achosion (Boughy, 2007; Wilson et al., 2012).
- 10.1.2 Yng Nghymru, canfu ymchwiliad diweddar bod gweithwyr iechyd a gofal cymdeithasol proffesiynol yn hysbysu am lefel wael o gyfathrebu rhyngwasanaeth ynghylch unigolion ag ARBD a bod gwasanaethau cymorth fel rheol yn cael gwybodaeth am achosion o adroddiadau atgyfeirio a oedd yn cynnig fawr ddim gwybodaeth am gyflwr y person neu darddiad ei ddiagnosis (Heirene et al., 2018).
- 10.1.3 Amlygodd hyn a thystiolaeth flaenorol (e.e., Boughy, 2007) ddiffyg consensws rhwng gwasanaethau hefyd o ran pwy ddylai gymryd cyfrifoldeb am y rhai â'r cyflwr, gyda chleifion yn aml yn cael eu trosglwyddo o bared i bost (Heirene et al., 2018).

10.2 Tystiolaeth

10.2.1. Monitro a goruchwylio

- 10.2.1.1 Caiff achosion ARBD yng Nghymru eu monitro ar hyn o bryd try gofnodi derbyniadau ysbyty gan ddefnyddio codau Dosbarthiad Rhyngwladol o Glefydau 10/ 111 (ICD; Sefydliad Iechyd y Byd, 1992/ 2018) yn gysylltiedig ag ARBD a thrwy systemau data rheoli cleifion Gwasanaethau Camddefnyddio Sylweddau Arbenigol. Fodd bynnag, er ei fod yn ddefnyddiol ar gyfer cofnodi a rhannu gwybodaeth fanwl am gleifion, nid yw'r olaf yn cynnig llwybr addas ar gyfer cyfuno data achosion ARBD yn rhwydd i hysbysu'r ddealltwriaeth o ddigwydded a chyffredinrwydd y cyflwr.
- 10.2.1.2 Mae data derbyniadau ysbyty yn fwy addas ar gyfer darganfod digwydded a chyffredinrwydd ac fe'u defnyddiwyd i grynhoi presenoldeb cysylltiedig ag ARBC mewn ysbytai yng Nghymru rhwng 2008 a 2012 (Emmerson a Smith, 2010). Mae **Ffigur 2** isod yn dangos derbyniadau wedi'u diweddarau ar gyfer ARBD yng Nghymru rhwng 2013/14 a 2019/20.
- 10.2.1.3 Bu cynnydd o 18.9% dros y cyfnod o saith mlynedd i nifer y cleifion a gafodd ddiagnosis o ARBD â chynnydd cyfatebol o 41.6% i dderbyniadau ysbyty, o 387 o dderbyniadau yn 2013-14 i 548 yn 2019-20. Nid yw'n bosibl canfod i ba raddau y gallai mwy o ymwybyddiaeth a gwelliannau i ddiagnosis dros y

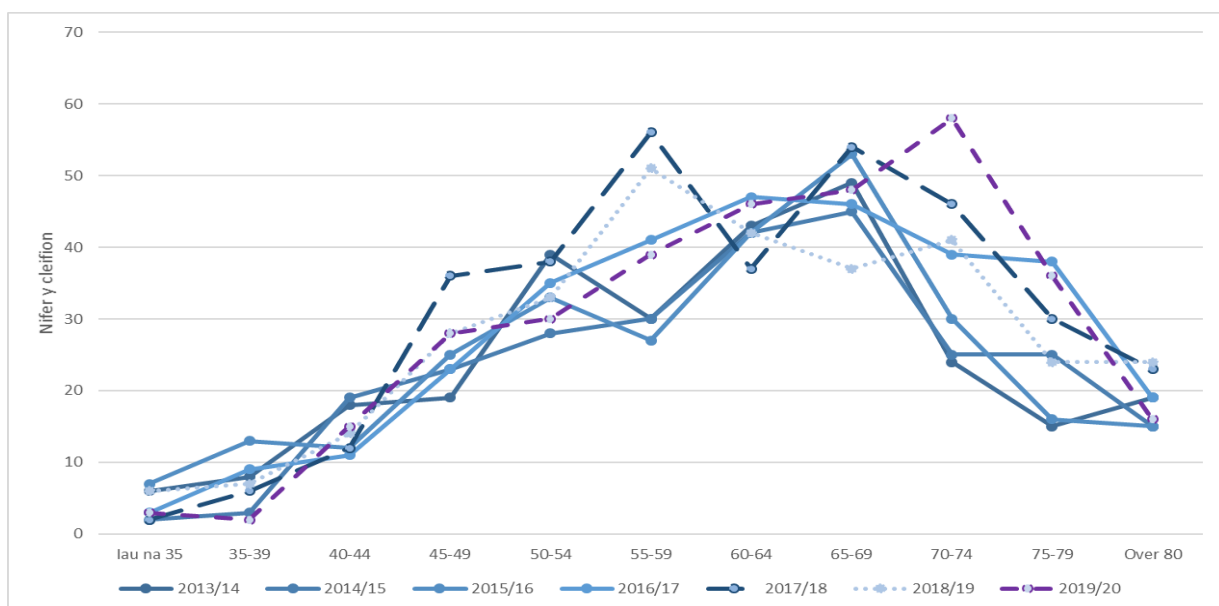
cyfnod hwn esbonio'r cynnydd. Tua 2:1 yw'r gymhareb cleifion gwrywaidd i fenywaidd yn 2019-20.



Ffynhonnell: Cronfa Ddata Cyfnodau Gofal Cleifion Cymru, Gwasanaeth Gwybodeg Cenedlaethol Cymru (2020)

Ffigur 2: Derbyniadau ysbyty a chleifion unigryw a dderbyniwyd gyda diagnosis o ARBD yng Nghymru rhwng 2013-14 a 2019-20.

10.2.1.4 Dangosir proffil oedran cleifion a gafodd ddiagnosis o niwed i'r ymennydd sy'n gysylltiedig ag alcohol (diffiniad eang) yn **Ffigur 3**. Yn 2019-20, derbyniwyd cyfanswm o 321 o unigolion i'r ysbyty gyda diagnosis o ARBD. 70-74 oed oedd y grŵp oedran â'r nifer uchaf o ddiagnosis, ac yna'r rhai yn y categori oed 60-69. Dros y saith mlynedd ers 2013-14, rhoddwyd 17.3% o'r achosion o ddiagnosis o ARBD i'r rhai o dan 50 mlwydd oed.

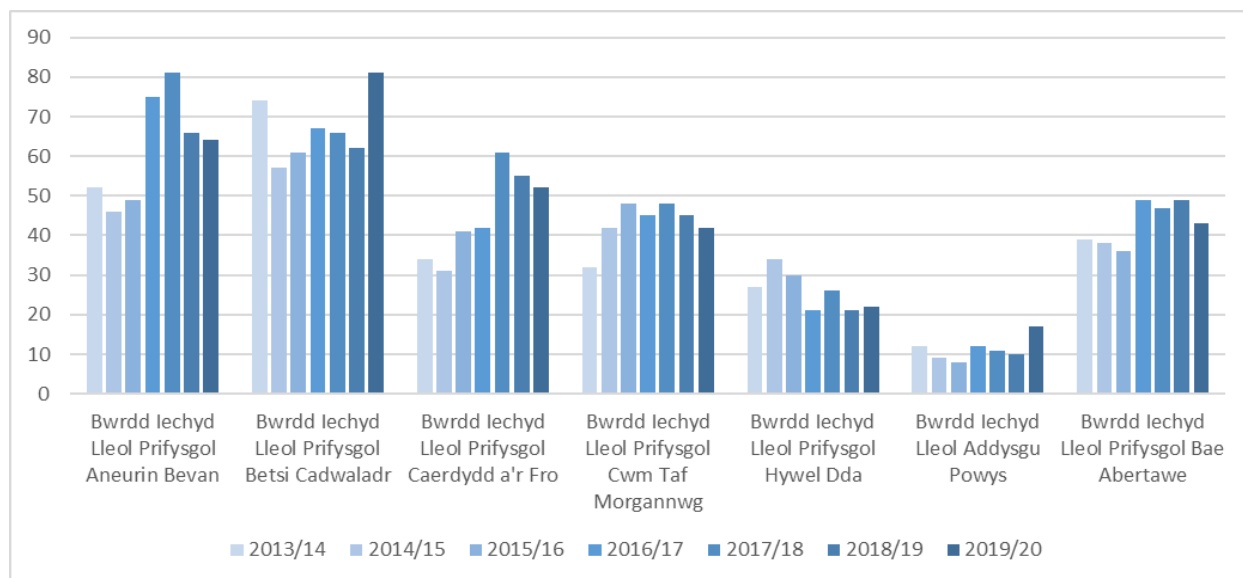


	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	Cyfanswm
lau na 35	6	2	7	3	2	6	3	29
35-39	8	3	13	9	6	7	2	48
40-44	18	19	12	11	12	14	15	101
45-49	19	23	25	23	36	28	28	182
50-54	39	28	33	35	38	33	30	236
55-59	30	30	27	41	56	51	39	274
60-64	43	42	42	47	37	42	46	299
65-69	49	45	53	46	54	37	48	332
70-74	24	25	30	39	46	41	58	263
75-79	15	25	16	38	30	24	36	184
Hŷn na 80	19	15	15	19	23	24	16	131
Cyfanswm	270	257	273	311	340	307	321	2079

Ffynhonnell: Cronfa Ddata Cyfnodau Gofal Cleifion Cymru, Gwasanaeth Gwybodeg Cenedlaethol Cymru (2020)

Ffigur 3: Cleifion unigryw a dderbyniwyd gyda diagnosis o ARBD yng Nghymru rhwng 2013-14 a 2019-20.

10.2.1.5 Dangosir nifer y cleifion a gafodd ddiagnosis o ARBD fesul ardal breswyllo bwrdd iechyd dros y cyfnod o saith mlynedd rhwng 2013-14 a 2019-20 yn **Ffigur 4**. Cofnodir y niferoedd mwyaf o gleifion a dderbyniwyd oherwydd ARBD ym Myrddau Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan a Betsi Cadwaladr.

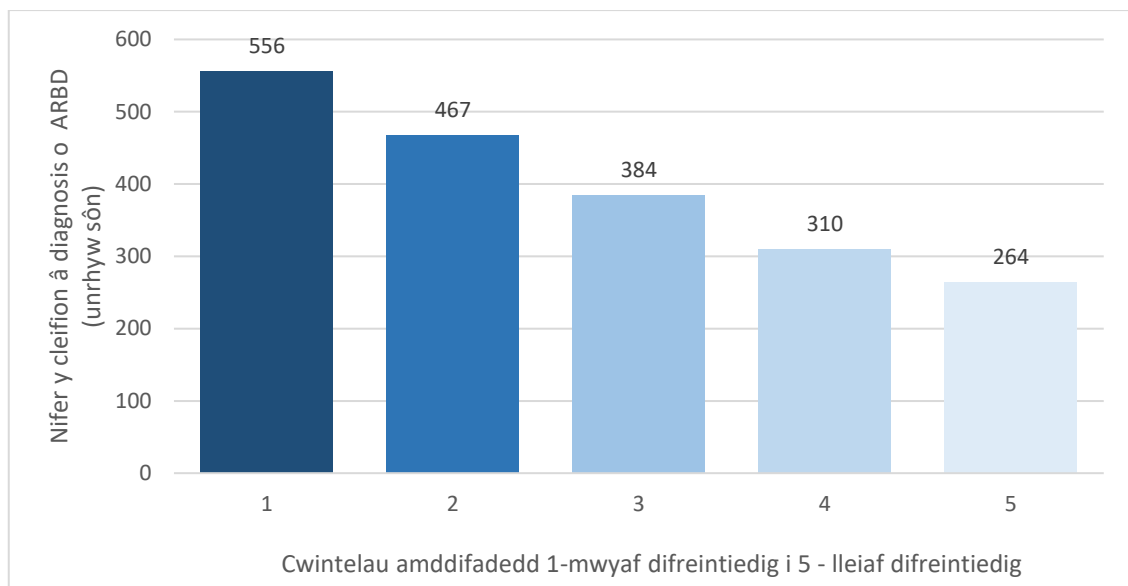


Ffynhonnell: Cronfa Ddata Cyfnodau Gofal Cleifion Cymru, Gwasanaeth Gwybodeg Cenedlaethol Cymru (2019).

Ffigur 4: Cleifion unigryw a dderbyniwyd gyda diagnosis o ARBD fesul ardal breswyllo Bwrdd Iechyd yng Nghymru rhwng 2013-14 a 2019-20.

10.2.1.6 Ceir tystiolaeth sylweddol o berthynas rhwng camddefnyddio sylweddau gan gynnwys defnydd alcohol problemus ac amddifadedd. Mae Llywodraeth Cymru yn cynhyrchu mynegai o amddifadedd lluosog sy'n rhoi pob ardal

gynnyrch ehangach haen is (ardaloedd daearyddol bach â phoblogaethau sefydlog o tua 1,500) yn eu trefn ar sail mesurau o amddifadedd. Mae'r mesurau hyn yn caniatáu i bob cyfeiriad yng Nghymru gael ei neilltuo i gwintel o amddifadedd a'u trefnu o'r 20% mwyaf difreintiedig i'r 20% lleiaf difreintiedig. Mae data derbyniadau ysbyty yn cynnwys manylion y cwintelau hyn⁸. Mae **Ffigur 5** yn dangos nifer yr holl gleifion sy'n byw yng Nghymru â diagnosis o ARBD ac a dderbyniwyd i'r ysbyty yn ôl pob cwintel amddifadedd. Fel y nodwyd, ceir tystiolaeth o berthynas, gyda dwywaith nifer y cleifion ARBD yn byw yn y cwintel amddifadedd uchel o'i chymharu â nifer y rhai sy'n byw yn y cwintel lleiaf difreintiedig.



Ffynhonnell: Cronfa Ddata Cyfnodau Gofal Cleifion Cymru a Mynegai Amddifadedd Lluosog Cymru, Gwasanaeth Gwybodeg Cenedlaethol Cymru (2020)

Ffigur 5: Nifer yr holl unigolion sy'n byw yng Nghymru a dderbyniwyd i'r ysbyty ac a gafodd ddiagnosis o ARBD mewn unrhyw sefyllfa yn ôl cwintel amddifadedd yng Nghymru rhwng 2013-14 a 2019-20.

10.1.2.7 Er ei bod yn hawdd eu cyfuno, ceir cyfyngiadau sylweddol o ddefnyddio data derbyniadau ysbyty ar gyfer monitro ARBD. Mae adroddiadau anecdotaidd gan glinigwyr yng Nghymru yn awgrymu mai yn anaml y defnyddir y codau ICD a ddefnyddir i labelu derbyniadau cysylltiedig ag ARBD, yn enwedig pan nad ARBD yw'r prif reswm am y derbyniad (Heirene et al., 2018). Caiff yr adroddiadau hyn eu cadarnhau gan Wilson a chydweithwyr (2012), a nododd

⁸ Sylwer bod amddifadedd yn fesur o'r ardal lle mae unigolyn yn byw, yn hytrach na gwerthusiad o'i amgylchiadau penodol.

bod unigolion ag ARBD yn annhebygol o gael diagnosis swyddogol na chael eu cyflwr wedi'i nodi mewn cofnodion ysbyty aciwt.

- 10.1.2.8 Hefyd, awgrymwyd y gallai staff ysbytai fod yn wael am ganfod ARBD oherwydd absenoldeb dulliau asesu risg wedi'u dilysu (Thomson et al., 2012). Felly, mae'r gwir nifer o dderbyniadau ysbyty o'r rhai ag ARBD yn debygol o fod yn sylweddol uwch nag y byddai data ysbytai yn ei awgrymu.
- 10.1.2.9 Caiff y mater ei gymhlethu ymhellach gan ddryswch ynghylch diagnosis ARBD (Emmerson a Smith, 2015) a'r diffyg diagnosis "ARBD" penodol yn yr ICD, gan adael clinigwyr i ddewis rhwng y codau ar gyfer anhwylder alcohol-anghofus/ KS neu ddementia sy'n gysylltiedig ag alcohol, er gwaethaf y gefnogaeth ddiweddar i symudiad tuag at ddefnyddio ARBD fel term diagnostig mewn ymarfer clinigol yn y DU (e.e., Wilson et al., 2012).
- 10.1.2.10 Mae'n debygol y bydd systemau monitro mwy cynhwysfawr yn gofyn am gydgrynhoi cofnodion ysbyty a chymunedol o amrywiaeth o leoliadau. Gall anghenion amryfal a chymhleth y boblogaeth hon olygu eu bod yn mynd i amrywiaeth o wahanol wasanaethau i gychwyn, gan gynnwys timau iechyd meddwl cymunedol, carchardai, gwasanaethau cymdeithasol, meddygfeydd teulu, sefydliadau adfer cymunedol a hosteli i bobl ddigartref (Coleg Brenhinol y Seiciatryddion, 2014).
- 10.1.2.11 Gallai monitro poblogaethau digartref yn agos fod yn arbennig o bwysig o gofio'r nifer uchel o achosion o gamddefnyddio sylweddau ac ARBD yn y boblogaeth hon. Canfu Gilchrist a Morrison (2005) bod 21% o 266 o unigolion digartref yn Glasgow yn bodloni'r meini prawf ar gyfer ARBD (o'u cymharu â chyfraddau cyffredinrwydd poblogaeth gyfan amcangyfrifedig o 0-2.8% ar gyfer WKS; Ridley a Draper, 2015), sy'n dangos y perygl anghymesur yn y boblogaeth hon.

10.2.2. Gwerthusiad o'r ddarpariaeth o wasanaethau arbenigol

- 10.2.2.1 Ni cheir gwerthusiadau systematig o wasanaethau ARBD yng Nghymru, mae'n debyg oherwydd y nifer gyfyngedig o wasanaethau o'r fath ac ieuencid cymharol y rhai sy'n bodoli. Serch hynny, yn y de, cynhaliwyd gwerthusiadau gwasanaeth o Glinig ARBD Gwasanaeth Camddefnyddio Sylweddau Arbenigol Gwent a Gwasanaeth Adsefydlu Brynawel.
- 10.2.2.2 Mae **Gwasanaeth Adsefydlu Brynawel** yn ddarparwr triniaeth breswyl ar gyfer caethiwed i gyffuriau ac alcohol, wedi'i leoli yn Rhondda Cynon Taf. Sefydlwyd grŵp gorchwyl a gorffen yn 2014 ar ôl i weithwyr cymdeithasol yn ardal RhCT nodi angen am wasanaethau lleol i gleifion ag ARBD. O hyn, yn 2015, sefydlwyd astudiaeth beilot o adsefydlu gwybyddol preswyl ym Mrynawel, yn seiliedig ar chwe chlaf dros gyfnod o chwe mis. Cofnodwyd

data meintiol ac ansoddol ar gyfer y chwe chlaf peilot ac, er bod maint y sampl yn fach, dangoswyd nifer o ganfyddiadau cadarnhaol, gan gynnwys mân welliant i weithrediad gwybyddol, newidiadau amlwg i alluoedd cymdeithasol a gwell ansawdd bywyd. Mae'r cyfnod gwerthuso o chwe mis yn fyrrach na'r ffenestr bosibl o dair blynedd ar gyfer gwella a nodwyd gan Wilson et al 2015). Mae'r rhaglen adsefydlu gwybyddol yn rhan sefydledig o'r opsiynau triniaeth sydd ar gael yng Ngwasanaeth Adsefydlu Brynawel erbyn hyn.

Clinig ARBD Gwasanaeth Camddefnyddio Sylweddau Arbenigol Gwent

10.2.2.3 Gwasanaeth Camddefnyddio Sylweddau Arbenigol Gwent yw'r darparwr statudol o driniaeth cyffuriau ac alcohol anghenion cymhleth yn ardal Bwrdd Iechyd Prifysgol Aneurin Bevan. Yn 2014, sefydlwyd clinig meddygol penodol ar gyfer asesu a gwneud diagnosis o ARBD a chydag amser, datblygwyd opsiynau cymorth a rheolaeth pellach. Ar hyn o bryd, mae'r clinig yn darparu:

- Asesiadau a diagnosis (gan gynnwys asesiadau iechyd corfforol a meddwl llawn)
- Asesiadau a chynghor cyswllt ward (i wardiau iechyd meddwl ac iechyd corfforol)
- Gwasanaeth dadwenwyno alcohol i gleifion mewnol
- Gwaith dilynol i fonitro newidiadau i weithrediad gwybyddol
- Ymyriadau seicogymdeithasol wedi'u haddasu i gymryd nam gwybyddol i ystyriaeth (datblygwyd gweithlyfr penodol)
- Adsefydlu gwybyddol lefel isel (gan ddefnyddio'r Gweithlyfr Anaf i'r Ymennydd)
- Cyngor i ofalwyr (ar ddefnyddio cymhorthion gwybyddol, materion cyfreithiol ac ati)
- Gallu i weithio yn unol â deddfwriaeth (Deddf Galluedd Meddyliol 2005 a Deddf Iechyd Meddwl 1983) yn ôl yr angen.

Cynhaliwyd gwerthusiad o'r gwasanaeth yn 2017. Ar adeg y gwerthusiad, roedd 62 o gleifion wedi cael eu hatgyfeirio i'r clinig ac roedd digon o ddata ar 22 o achosion i asesu newidiadau i weithrediad gwybyddol, defnydd o alcohol a chyfraddau ail-dderbyn i'r ysbyty. Yn ystod cyfnod eu hymgysylltiad â'r clinig, dangosodd y sampl gynnydd sylweddol i weithrediad gwybyddol (o'i fesur gan ddefnyddio'r ACE-III) a gostyngiadau sylweddol i'r defnydd o alcohol (o gymryd data o ffurflenni Proffil Canlyniad Triniaeth (TOPS)). Prin oedd y newid i gyfraddau ail-dderbyn i'r ysbyty yn ystod y driniaeth, ond nodwyd nad oedd y garfan yn fynychwyr rheolaidd yn y lle cyntaf.

Sefydlwyd y clinig heb gyllid ychwanegol ac felly mae ei allu i ehangu yn gyfyngedig. Fodd bynnag, gwelwyd gwelliannau sylweddol, hyd yn oed gyda'r buddsoddiad cyfyngedig hwn o adnoddau.

10.2.2.4 Yn y gogledd, cynhaliwyd archwiliad cyffredinol o ARBD yn seiliedig ar ddata a gasglwyd gan y rhai â'r cyflwr yn Carenza Care, gwasanaeth penodol ar gyfer y rhai â'r cyflwr (Boughy, 2007) ond sydd wedi cau ers hynny. Mae'r adroddiad yn cynnwys canlyniadau ansoddol gan y rhai ag ARBD a'u teuluoedd yn disgrifio'r agweddau cadarnhaol ar y gwasanaeth ac am y cyflwr yn gyffredinol, ond prin yw'r gwerthusiad uniongyrchol y mae'n ei ddarparu o'r ymyriadau a dderbyniwyd o ran canlyniadau gwell. Uned asesu ac adsefydlu breswyl gofrestredig yw Uned Arbennig, Potens, sy'n darparu llety a chymorth i un ar hugain o bobl â Syndrom Korsakoff (niwed i'r ymennydd sy'n gysylltiedig ag alcohol). Ni chynhaliwyd unrhyw werthusiad systematig o'r gwasanaethau hyn.

10.2.2.5 Y tu allan i Gymru, mae nifer o ymchwiliadau naturiolaid eraill wedi archwilio effeithiolrwydd gwasanaethau – penodol i ARBD a ddim yn benodol i ARBD – ar gyfer cynorthwyo a thrin y rhai ag ARBD:

- Ymchwiliodd Irvine a Mawhinney (2008) i effeithiau prosiect tai â chymorth yng Ngogledd Iwerddon ar gyfer pedwar o bobl ag ARBD, gan ganfod lefelau amrywiol o welliannau i iechyd meddwl a chorfforol ac ymgysylltiad â theulu; tra bod y gallu i gwblhau gweithgareddau bywyd beunyddiol wedi lleihau neu aros yr un fath.
- Mae Wilson et al. (2012) hefyd wedi cyhoeddi crynodeb o'r canlyniadau o'u rhaglen adsefydlu seicogymdeithasol gymunedol ar gyfer ARBD yn Lerpwl, gan adrodd eto gwelliannau i sawl canlyniad – ac yn fwyaf nodedig, gostyngiad o 85% i'r defnydd o welyau ysbyty.
- Yn fwy eang, cyfarfu Comisiwn Lles Meddwl yr Alban (MWCS; 2010) gyda sawl unigolyn ag ARBD (a'r staff o'u cwrdd) mewn ysbytai, cartrefi gofal a lleoliadau cymunedol i archwilio effeithiolrwydd y gofal yr oeddent yn ei dderbyn. Tynnodd yr adroddiad ar y canfyddiadau sylw at welliannau cadarnhaol i rai o symptomau'r grŵp o ganlyniad i'r ymyriadau yr oeddent wedi eu derbyn; er iddo dynnu sylw hefyd at nifer o bryderon, gan gynnwys: y diffyg gweithgareddau therapiwtig a hamdden priodol ar gyfer y grŵp hwn mewn gwasanaethau, absenoldeb nodau triniaeth mewn llawer o achosion, a'r diffyg hyfforddiant arbenigol a oedd ar gael i'r staff (MWCS, 2010).

10.2.3. Cydweithrediad DU gyfan

10.2.3.1 Prin yw'r cydweithrediad DU gyfan o ran ARBD ar hyn o bryd, sy'n gadael cyfle ar gael ar gyfer datblygiad sylweddol yn y maes hwn. Mae angen mwy o gydweithrediad ar draws y DU i wella gwaith nodi, diagnosis, triniaeth a gofal. Yn wir, dadleuodd Thomson a chydweithwyr yn 2012 y dylid mabwysiadu un dull asesu risg a chanllawiau triniaeth eglur yn y DU; er nad yw'r awgrym hwn wedi cael ei roi ar waith eto.

10.3 Argymhellion

- 10.3.1 Cefnogi rhaglen gynhwysfawr a chydgysylltiedig o werthuso gan gynnwys dilysu dulliau sgrinio a diagnostig ARBD, modelau gofal adsefydlu, llwybrau gofal integredig a gwasanaethau cymorth cymunedol.
- 10.3.2 Cefnogi astudiaethau cyffredinrwydd a digwydded sy'n cynnig tystiolaeth o natur a graddfa ARBD a phoblogaeth sydd mewn perygl yng Nghymru, gan gynnwys mewn gwasanaethau Carchardai i hysbysu gwaith cynllunio a chomisiynu gofal integredig pellach.

11. Cyfeiriadau

- 11.1 Alcohol Concern (Alcohol Change UK bellach). (2014). *All in the mind. Meeting the challenge of alcohol-related brain damage*. Adalwyd o wefan Alcohol Change UK: [Alcohol Concern \(now Alcohol Change UK\). \(2014\). All in the mind. Meeting the challenge of alcohol-related brain damage.](#)
- 11.2 Acquired Brain Injury Services, 2009. *Annual Report 2008-2009*. ARBIA ([Acquired Brain Injury Services Annual Report 2008-2009](#)).
- 11.3 Ambrose, M. L., Bowden, S. C., a Whelan, G. (2001). *Thiamine Treatment and Working Memory Function of Alcohol-Dependent People: Preliminary Findings*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(1), 112-116.
- 11.4 Antunez, E., Estruch, R., Cardenal, C., Nicolas, J. M., Fernandez-Sola, J., ac Urbano-Marquez, A. (1998). *Usefulness of CT and MR imaging in the diagnosis of acute Wernicke's encephalopathy*. *American Journal of Roentgenology*, 171, 1131-1137. doi:10.2214/ajr.171.4.9763009
- 11.5 Baddeley AD, Kopelman MD a Wilson BA, 2002. *Handbook of Memory Disorders* (2il argraffiad). Wiley.
- 11.6 Bardenhagen FJ, Oscar-Berman M & Bowden SC, 2007. Rule knowledge aids performance on spatial and object alternation tasks by alcoholic patients with or without Korsakoff's amnesia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 3:907-918.
- 11.7 Bates M, Bowden S, Barry D, 2002. Neurocognitive impairment associated with alcohol use disorders: implications for treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 10:193-212.
- 11.8 Beaunieux, H., Eustache, F., & Pitel, A.-L. (2015). The relation of alcohol-induced brain changes to cognitive function. In J. Svanberg, A. Withall, B. Draper, & S. Bowden (Eds.), *Alcohol and the adult brain* (pp. 126-145). East Sussex, UK: Psychology Press.
- 11.9 Bogden, J. D., & Troiano, R. A. (1978). Plasma calcium, copper, magnesium, and zinc concentrations in patients with the alcohol withdrawal syndrome. *Clinical Chemistry*, 24(9), 1553.
- 11.10 Bora, E., & Pantelis, C. (2015). Meta-analysis of Cognitive Impairment in First-Episode Bipolar Disorder: Comparison with First-Episode Schizophrenia and Healthy Controls. *Schizophrenia Bulletin*, 41(5), 1095-1104. doi:10.1093/schbul/sbu198

- 11.11 Bosaipo, N. B., Foss, M. P., Young, A. H., a Juruena, M. F. (2017). *Neuropsychological changes in melancholic and atypical depression: A systematic review*. Neuroscience & Biobehavioural Reviews, 73, 309-325. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.12.014>
- 11.12 Boughy, L. (2007). *Alcohol related brain damage. A report of the learning captured from Carenza Care in North Wales*. Adroddiad a gomisiynwyd gan Weithgor ARBD y Care Services Improvement Partnership/ Cymdeithas Alzheimer's. Adalwyd o [Alcohol related brain damage. A report of the learning captured from Carenza Care in North Wales](#)
- 11.13 Bowden, S. C. (1990). *Separating cognitive impairment in neurologically asymptomatic alcoholism from Wernicke-Korsakoff syndrome: is the neuropsychological distinction justified?* Psychological Bulletin, 107(3), 355-366.
- 11.14 Bright, P., Hale, E., Gooch, V. J., Myhill, T., a van der Linde, I. (2016). *The National Adult Reading Test: restandardisation against the Wechsler Adult Intelligence Scale*-Pedwerydd argraffiad. Neuropsychological Rehabilitation, 14, 1-9. doi:10.1080/09602011.2016.1231121
- 11.15 Brown, P., Heirene, R. M., Roderique-Davies, G., John, B., ac Evans, J. (2019). *Applicability of the Addenbrooke's Cognitive Examination-III and Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status for the Assessment of Alcohol-Related Brain Damage*. (yn destun adolygiad ar hyn o bryd)
- 11.16 Caine, D., Halliday, G. M., Kril, J. J., a Harper, C. G. (1997). *Operational criteria for the classification of chronic alcoholics: identification of Wernicke's encephalopathy*. Journal Of Neurology, Neurosurgery, And Psychiatry, 62(1), 51-60, doi:10.1136/jnnp.62.1.51
- 11.17 Ciccio R, Langlais P, 2000. *An examination of the synergistic interaction of ethanol and thiamine deficiency in the development of neurological signs and long term cognitive and memory impairments*. Alcoholism, Clinical and Experimental Research.24:622–634.
- 11.18 Colledge, A., Car, J., Donnelly, A., a Majeed, A. (2008). *Health information for patients: time to look beyond patient information leaflets*. Journal of the Royal Society of Medicine, 101(9), 447-453. doi:10.1258/jrsm.2008.080149
- 11.19 Cook, CCH., Hallwood, PM., a Thomson, AD. (1998). *B vitamin deficiency and neuropsychiatric syndromes in alcohol misuse*. Alcohol and Alcoholism, 33(4), 317-336.

- 11.20 Cook, CCH, Waldon RJ, Barrie, RG a Gillham C. (1991). *Trace element and vitamin deficiency in alcoholic and control subjects*. Alcohol and Alcoholism, 26(5), 541-548.
- 11.21 Cox S, Anderson I a McCabe L, 2004. *A fuller life: report of the Expert Group on alcohol related brain damage*. Stirling: Dementia Services Development Centre.
- 11.22 Crowe S ac El-Hadj D, 2002. *Phenytoin ameliorates the memory defect induced in the young chick by ethanol toxicity in association with thiamine deficiency*. Pharmacology, Biochemistry and Behaviour. 71:215–221.
- 11.23 Cummings JL, 1995. *Anatomic and behavioural aspects of frontal-subcortical circuits*. Annals of the New York Academy of Sciences 769:1-13.
- 11.24 David A, Fleminger S, Kopelman MD et al. 2009. *Lishman's Organic Psychiatry* (4^{ydd} argraffiad). Blackwell.
- 11.25 Day, E., Bentham, P. W., Callaghan, R., Kuruvilla, T., a George, S. (2013). *Thiamine for prevention and treatment of Wernicke-Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol*. Cochrane Database Syst Rev, 7, Cd004033. doi:10.1002/14651858.CD004033.pub3
- 11.26 Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E., ac Ober, B. A. (1987). *The California Verbal Learning Test*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- 11.27 Yr Adran Iechyd, yr Asiantaeth Driniaeth Genedlaethol ar gyfer Camddefnyddio Sylweddau, 2006. *Models of Care for Alcohol Misusers (MoCAM)*. Yr Adran Iechyd.
- 11.28 Dobson-Patterson, R., O'Gorman, J. G., Chan, R. C. K., a Shum, D. H. K. (2016). *ADHD subtypes and neuropsychological performance in an adult sample*. Research in Developmental Disabilities, 55, 55-63. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.03.013>
- 11.29 Emmerson, C. a Smith, J. (2015). *Evidence-based profile of alcohol related brain damage in Wales*. Adalwyd o: [Emmerson, C. & Smith, J. \(2015\). Evidence-based profile of alcohol related brain damage in Wales](#)
- 11.30 Fals-Stewart W, Lucente S, 1994. *The effect of cognitive rehabilitation on the neuropsychological status of patients in drug abuse treatment who display neurocognitive impairment*. Rehabilitation Psychology 39:75-94.
- 11.40 Folstein, M. F., Folstein, S. E., a McHugh, P. R. (1975). *"Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. Journal of Psychiatric Research, 12, 189-198. ["Minimental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician](#)

- 11.41 Galvin, R., Bråthen, G., Ivashynka, A., Hillbom, M., Tanasescu, R., a Leone, M. A. (2010). *EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy*. European Journal Of Neurology, 17(12), 1408-1418. doi:10.1111/j.1468-1331.2010.03153.x
- 11.42 Gazdzinski, S., Durazzo, T. C., a Meyerhoff, D. J. (2005). *Temporal dynamics and determinants of whole brain tissue volume changes during recovery from alcohol dependence*. Drug and Alcohol Dependence, 78(3), 263-273. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.11.004>
- 11.43 Gilchrist, G., a Morrison, D. S. (2005). *Prevalence of alcohol related brain damage among homeless hostel dwellers in Glasgow*. European Journal of Public Health, 15(6), 587-588. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki036>
- 11.44 Greenwood J a Pratt O, 1982. *Inhibition of thiamine transport across the blood–brain barrier in the rat by chemical analogue of the vitamin*. The Journal of Physiology. 336:479–486.
- 11.45 Greenwood J, Love E, Pratt O, 1980. *Carrier mediated transport of thiamine across the blood–brain barrier*. Trafodion y Gymdeithas Ffisiolegol, Journal of Physiology. 310:23.
- 11.46 Arolygiaeth Gofal Iechyd Cymru. Gwasanaethau Camddefnyddio Sylweddau yng Nghymru – A ydynt yn diwallu anghenion Defnyddwyr Gwasanaeth a'u teuluoedd. 2018. Ar gael yn: [Healthcare Inspectorate Wales. Substance Misuse Services in Wales – Are they meeting the needs of Service Users and their families.](#)
- 11.47 Harding, A., Halliday, G., Ng, J., Harper, C., a Kril, J. (1996). *Loss of vasopressin-immunoreactive neurons in alcoholics is dose-related and time-dependent*. Neuroscience, 72(3), 699-708.
- 11.48 Harper, C. (1983). *The incidence of Wernicke's encephalopathy in Australia--a neuropathological study of 131 cases*. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 46(7), 593. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.46.7.593>
- 11.49 Harper, CG. (2009). *The neuropathology of alcohol-related brain damage*. Alcohol and Alcoholism, 44(2), 136-140. doi:10.1093/alcalc/agn102
- 11.50 Harper, C. G., a Blumbergs, P. C. (1982). *Brain weights in alcoholics*. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 45(9), 838-840.
- 11.51 Harper, C., Giles, M., a Finlay-Jones, R. (1986). *Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: A retrospective analysis of 131 cases diagnosed at*

necropsy. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 49(4), 341-345.
doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp.49.4.341>

- 11.52 Hayes, V., Demirkol, A., Ridley, N., Withall, A., a Draper, B. (2016). *Alcohol-related cognitive impairment: current trends and future perspectives*. Neurodegenerative Disease Management, 6, 509-523. doi:10.2217/nmt-2016-0030
- 11.53 Heirene, R. M., Roderique-Davies, G., Angelakis, I., a John, B. (2018). *Alcohol-related brain damage in South Wales: Known prevalence and clinical characteristics*. Ymchwil traethawd ymchwil estynedig parhaus, Prifysgol De Cymru.
- 11.54 Heirene, R. M., Roderique-Davies, G., Roberts, P., a John, B. (2016). *Identification and evaluation of neuropsychological tools used in the assessment of alcohol-related brain damage: A systematic review protocol*. Cogent Psychology, 3(1), 1229841. doi:10.1080/23311908.2016.1229841
- 11.55 Heirene, R., John, B., a Roderique-Davies, G. (2018). *Identification and Evaluation of Neuropsychological Tools Used in the Assessment of Alcohol-Related Cognitive Impairment: A Systematic Review*. Frontiers in Psychology. 9:2618. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02618
- 11.56 Horton, L., Duffy, T., Hollins Martin, C., a Martin, C. R. (2015). *Comprehensive assessment of alcohol-related brain damage (ARBD): gap or chasm in the evidence?* Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 22(1), 3-14. doi:10.1111/jpm.12156
- 11.57 Hoyumpa, A. (1980). *Mechanisms of thiamin deficiency in chronic alcoholism*. The American journal of clinical nutrition, 33(12), 2750-2761.
- 11.58 Hsieh, S., Schubert, S., Hoon, C., Mioshi, E., a Hodges, J. R. (2013). *Validation of the Addenbrooke's Cognitive Examination III in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease*. Dementia And Geriatric Cognitive Disorders, 36(3-4), 242-250. doi: <http://dx.doi.org/10.1159/000351671>
- 11.59 Irvine, C., a Mawhinney, S. (2008). *Functioning of Individuals with Korsakoff Syndrome: A Pilot Study of Supported Group Living in Northern Ireland*. Mental Health Review Journal, 13(2), 16-23. doi:10.1108/13619322200800010
- 11.60 Jacques A, Anderson K, 2002. *A survey of views on assessment, management and service provision for people with Korsakoff's syndrome and other chronic alcohol-related brain damage in Scotland*. Dementia Service Development Centre. Prifysgol Stirling.

- 11.61 Jurado-Barba, R., Martinez, A., Sion, A., Alvarez-Alonso, M. J., Robles, A., Quinto-Guillen, R., a Rubio, G. (2017). *Development of a screening test for cognitive impairment in alcoholic population: TEDCA*. Actas Espanolas de Psiquiatria, 45(5), 201-217.
- 11.62 Kessels RPC, van Loon E, Wester AJ, 2007. *Route learning in amnesia: a comparison of trial-and-error and errorless learning in patients with the Korsakoff syndrome*. Clinical Rehabilitation 21:905-911.
- 11.63 Kopelman, M. D. (1991). *Frontal dysfunction and memory deficits in the alcoholic Korsakoff syndrome and Alzheimer-type dementia*. Brain, 114(1 A), 117-137. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.brain.a101852>
- 11.64 Lingford-Hughes, A. R., Welch, S., Peters, L., a Nutt, D. J. (2012). *BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and co-morbidity: recommendations from BAP*. J Psychopharmacol, 26(7), 899-952. doi:10.1177/0269881112444324
- 11.65 Lough, M. E. (2012). *Wernicke's encephalopathy: Expanding the diagnostic toolbox*. Neuropsychology Review, 22(2), 181-194.
- 11.66 MacRae R, Cox S, 2003. *Meeting the needs of people with Alcohol Related Brain Damage: a literature review on the existing and recommended service provision and models of care*. Prifysgol Stirling.
- 11.67 Maharasingam, M., Macniven, A. B., a Mason, J. (2013). *Executive functioning in chronic alcoholism and Korsakoff syndrome*. Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology, 35(5), 501-508. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13803395.2013.795527>
- 11.68 Malloy P, Noel N, Longabaugh R et al, 1990. *Determinants of neuropsychological impairment in antisocial substance abusers*. Addictive Behaviors 15:431-438.
- 11.69 McCabe L, 2006. *Working with people with alcohol-related brain damage*. Stirling: Dementia Services Development Centre
- 11.70 McCrady BS, Smith DE, 1986. *Implications of cognitive impairment for the treatment of alcoholism*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 10:145-149.
- 11.71 Mental Welfare Commission for Scotland. (2010). *Missed opportunities: Findings from our visits to people with acquired brain injury and alcohol related brain damage*. Adalwyd o Mental Welfare Commission Scotland [ar-lein]:

Missed opportunities: Findings from our visits to people with acquired brain injury and alcohol related brain damage

- 11.72 Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., Chertkow, H. (2005). *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment*. Journal of the American Geriatrics Society, 53, 695-699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- 11.73 Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal, 2011. *Alcohol Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence (Clinical Guideline CG115)*. NICE.
- 11.74 Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. *Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications. Clinical guideline [CG100]*. Ar gael yn: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>
- 11.75 NICE. (2010). *Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications (CG100)*. Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal. Llundain.
- 11.76 NICE. (2010a). *Alcohol-Use Disorders: Preventing the Development of Hazardous and Harmful Drinking. Public Health Intervention Guidance No. 24*. Llundain: NICE.
- 11.77 NICE. (2010b). *Alcohol-Use Disorders: Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-Related Physical Complications. Clinical Guideline 100*. Llundain: NICE.
- 11.78 NICE. (2011). *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115)*. Llundain: Y Sefydliad Cenedlaethol dros Ragoriaeth mewn Iechyd a Gofal.
- 11.79 North L, Gillard-Owen L, Bannigan D et al, 2010. *The development of a multidisciplinary programme for the treatment of alcohol related brain injury*. Advances in Dual Diagnosis 3:5-12.
- 11.80 O'Neill, J., Cardenas, V. A., a Meyerhoff, D. J. (2001). *Effects of Abstinence on the Brain: Quantitative Magnetic Resonance Imaging and Magnetic Resonance Spectroscopic Imaging in Chronic Alcohol Abuse*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 25(11), 1673-1682. doi:10.1111/j.1530-0277.2001.tb02174.x
- 11.81 Oslin DW, Carey MS, 2003. *Alcohol related dementia: validation of diagnostic criteria*. American Journal of Geriatric Psychiatry 11:441-447

- 11.82 Oudman, E., Postma, A., Van der Stigchel, S., Appelhof, B., Wijnia, J. W., a Nijboer, T. C. (2014). *The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini Mental State Examination (MMSE) in detection of Korsakoff's syndrome*. The Clinical Neuropsychologist, 28(7), 1123-1132. doi:10.1080/13854046.2014.960005
- 11.83 Pitel, A. L., Zahr, N. M., Jackson, K., Sassoon, S. A., Rosenbloom, M. J., Pfefferbaum, A., a Sullivan, E. V. (2011). *Signs of preclinical Wernicke's encephalopathy and thiamine levels as predictors of neuropsychological deficits in alcoholism without Korsakoff's Syndrome*. Neuropsychopharmacology, 36(3), 580-588. doi:10.1038/npp.2010.189
- 11.84 Piumatti G, Moore, SC, Berridge DM, Sarker C, a Gallacher J. 2018. *The relationship between alcohol use and long-term cognitive decline in middle and late life: a longitudinal analysis using UK Biobank*. Journal of Public Health 40(2), pp. 304-311. doi:10.1093/pubmed/idx186
- 11.85 Price J, Mitchell S, Wiltshire B, Graham J, Williams G, 1988. *A follow-up study of patients with alcohol-related brain damage in the community*. Australian Drug and Alcohol Review.7:83–87
- 11.86 Ridley, N. J., a Draper, B. (2015). *Alcohol-related dementia and brain damage: A focus on epidemiology*. In Alcohol and the adult brain. (tud. 31-48): Psychology Press, Efrog Newydd, NY.
- 11.87 Rindi G, Patrini C, Comincioli V, Reggiani C, 1980. *Thiamine content and turnover rates of some rat nervous regions, using labeled thiamine as a tracer*. Brain Research. 81:369–380.
- 11.88 Rinn W, Desai N et al, 2001. *Addiction denial and cognitive camweithrediad: a preliminary investigation*. Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 14:52-57.
- 11.89 Ritz, L., Lannuzel, C., Boudehent, C., Vabret, F., Bordas, N., Segobin, S., et al. (2015). *Validation of a Brief Screening Tool for Alcohol-Related Neuropsychological Impairments*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 39(11), 2249-2260, doi:10.1111/acer.12888
- 11.90 Rolland, B., D'Hondt, F., Montegue, S., Brion, M., Peyron, E., de Ternay, J. D., de Timary., Nourredine, M., a Maurage, P. (2018). *A patient-tailored evidence-based approach for developing early neuropsychological training programs in addiction settings*. Neuropsychology Review (yn y wasg).
- 11.91 Rota-Bartelink A a Lipman B, 2007. *Supporting the long-term residential care needs of older homeless people with severe alcohol-related brain injury in Australia*. Care Management Journals 8: 141-148.

- 11.92 Coleg Brenhinol y Seiciatryddion. (2014). *Alcohol and brain damage in adults: With Reference to high-risk groups*. College report CR185. Adalwyd o Goleg Brenhinol y Seiciatryddion [ar-lein]: [Royal College of Psychiatrists. \(2014\). Alcohol and brain damage in adults: With Reference to high-risk groups.](#)
- 11.93 Scalzo, S., Bowden, S., a Hillbom, M. (2015). *Wernicke-Korsakoff Syndrome* In J. Svanberg, A. Withall, B. Draper, a S. Bowden (Golygyddion), *Alcohol and the adult brain* (tud. 5-30). Dwyrain Sussex, DU: Psychology Press.
- 11.94 Schmidt K, Gallo J Ferri C et al, 2005. *The neuropsychological profile of alcohol related dementia suggests cortical and subcortical pathology*. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 20:286-291.
- 11.95 Sechi, G., a Serra, A. (2007). *Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management*. Lancet Neurol, 6(5), 442-455. doi:10.1016/s1474-4422(07)70104-7
- 11.96 Suggs, L. S. (2006). *A 10-year retrospective of research in new technologies for health communication*. Journal of Health Communication, 11, 61-74. doi:10.1080/10810730500461083
- 11.97 Sustersic, M., Gauchet, A., Foote, A., a Bosson, J. L. (2017). *How best to use and evaluate Patient Information Leaflets given during a consultation: a systematic review of literature reviews*. Health Expectations, 20(4), 531-542. doi:10.1111/hex.12487
- 11.98 Svanberg J, Evans J, 2013. *Neuropsychological rehabilitation in alcohol-related brain damage: a systematic review*. Alcohol and Alcoholism 48:704-711.
- 11.99 Svanberg, J. (2015). *Introduction*. In Alcohol and the adult brain. (tud. 1-4): Psychology Press, Efrog Newydd, NY.
- 11.100 Svanberg, J., Morrison, F., a Cullen, B. (2015). *Neuropsychological assessment of alcohol-related cognitive impairment*. In Alcohol and the adult brain. (tud. 165-181): Psychology Press, Efrog Newydd, NY.
- 11.101 Thomson A, Cook C, Touquet R, et al, 2002. *The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's encephalopathy in the Accident and Emergency Department*. Alcohol and Alcoholism. 37:513–521.
- 11.102 Thomson, A. D. (2000). *Mechanisms of vitamin deficiency in chronic alcohol misusers and the development of the Wernicke-Korsakoff syndrome*. Alcohol and Alcoholism, 35 (Atodiad 1), 2-1.
- 11.103 Thomson, A. D., Cook, C. C., Touquet, R., a Henry, J. A. (2002). *The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke's*

encephalopathy in the accident and Emergency Department. Alcohol Alcohol, 37(6), 513-521.

- 11.104 Thomson, A. D., Guerrini, I., a Marshall, E. J. (2012). *The evolution and treatment of Korsakoff's syndrome: out of sight, out of mind?* *Neuropsychology Review*, 22(2), 81-92. doi:10.1007/s11065-012-9196-z
- 11.105 Thomson, A. D., Guerrini, I., Bell, D., Drummond, C., Duka, T., Field, M., Kopelman, M, Lingford-Hughes A, Smith I, Wilson K, Marshall, E J. (2012). *Alcohol-related brain damage: Report from a Medical Council on Alcohol Symposium, June 2010. Alcohol and Alcoholism*, 47(2), 84-91.
- 11.106 Tomson A, Guerrini I a Marshall J, 2012. *The evolution and treatment of Korsakoff's Syndrome; out of sight, out of mind?* *Neuropsychological Review* 22:81-92.
- 11.107 Topiwala A, Allan CL, Valkanova V, Zsoldos E, Filippini N, Sexton C, Mahmood A, Fooks P, Singh-Manoux A, Mackay CE, Kivimäki M. *Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study. BMJ*. 2017 Jun 6;357:j2353.
- 11.108 Traviesa, D. C. (1974). *Magnesium deficiency: a possible cause of thiamine refractoriness in Wernicke Korsakoff encephalopathy*. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 37(8), 959-962.
- 11.109 van Oort, R., a Kessels, R. P. C. (2009). *Executive dysfunction in Korsakoff's syndrome: Time to revise the DSM criteria for alcohol-induced persisting amnesic disorder?* *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13(1), 78-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13651500802308290>
- 11.110 VanDamme I a d'Ydewalle G, 2008. *Elaborative processing in the Korsakoff syndrome: context versus habit*. *Brain and Cognition* 67:212-224.
- 11.111 Walvoort, S. J. W., Wester, A., ac Egger, J. I. M. (2013). *Neuropsychologische diagnostiek en cognitieve functies bij alcoholabstinentie* [Niwroseicoleg gweithrediadau gwybyddol wrth ymatal rhag alcohol]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(2), 101-111.
- 11.112 Wechsler, D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence*. Baltimore, UDA: Williams and Watkins.
- 11.113 Wester, A. J., Westhoff, J., Kessels, R. P. C., ac Egger, J. I. M. (2013). *The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a measure of severity of amnesia in patients with alcohol-related cognitive impairments and Korsakoff syndrome*. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(3-4), 134-141.

- 11.114 Wilson K, Halsey A, Macpherson H et al, 2012. *The psychosocial rehabilitation of patients with alcohol-related brain damage in the community*. Alcohol and Alcoholism 47:304-311.
- 11.115 Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H., ac Evans, J. J. (1996). *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome*. Bury St. Edmunds, DU: Thames Valley Test Company.
- 11.116 Wilson, B. A., Cockburn, J., Baddeley, A., a Hiorns, R. (1989). *The development and validation of a test battery for detecting and monitoring everyday memory problems*. Journal Of Clinical And Experimental Neuropsychology, 11(6), 855-870. doi:10.1080/01688638908400940
- 11.117 Wilson, K. (2011). *Alcohol-related brain damage: A 21st-century management conundrum*. British Journal of Psychiatry, 199(3), 176-177.
- 11.118 Wilson, K. (2013). *Alcohol-related brain damage in the 21st century*. [Alcohol-related brain damage in the 21st century](#)
- 11.119 Wilson, K., Halsey, A., Macpherson, H., Billington, J., Hill, S., Johnson, G. Keerthy R ac Abbott, P. (2012). *The psycho-social rehabilitation of patients with alcohol-related brain damage in the community*. Alcohol and Alcoholism, 47(3), 304-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agr167>
- 11.120 Wood, B., Currie, J., a Breen, K. (1986). *Wernicke's encephalopathy in a metropolitan hospital. A prospective study of incidence, characteristics and outcome*. The Medical Journal Of Australia, 144(1), 12-16.
- 11.121 Sefydliad Iechyd y Byd. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genefa: Sefydliad Iechyd y Byd.
- 11.122 Sefydliad Iechyd y Byd. (2018). *The ICD-11 for mortality and morbidity statistics (drafft)*. Adalwyd o Sefydliad Iechyd y Byd [ar-lein]: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 11.123 Ylvisaker M, Feeney TJ, 1998. *Collaborative Brain Injury Intervention: Positive Everyday Routines*. Singular Publishing Group.
- 11.124 Zahr, N. M., Kaufman, K. L., a Harper, C. G. (2011). *Clinical and pathological features of alcohol-related brain damage*. Nature Reviews Neurology, 7(5), 284-294. doi:10.1038/nrneurol.2011.42

Atodiadau

Atodiad A – Meini prawf diagnostig ARBD

Cyflwyniad:

Cyflwynir y meini prawf diagnostig ar gyfer Syndrom Wernicke Korsakoff (WKS), Dementia sy'n Gysylltiedig ag Alcohol ac ARBD isod. Er y bu dadleuon ynghylch y gwahaniaethau rhwng diagnosis WKS, ARD ac ARBD oherwydd eu symptomoleg gorgyffyrddol a'r heterogenedd o fewn y grwpiau hyn (Zhar et al., 2011; Bowden, 1990), mae'r gwahaniaeth diagnostig yn dal i gynnig rhywfaint o rinwedd i glinigwyr o ran deall sut y gallai cyflwyniadau clasurol o Syndromau Wernicke a Korsakoff fod yn wahanol i'r meini prawf a gynnigir ar gyfer ARD ac ARBD. Mae'n bwysig nodi, fodd bynnag, nad yw'r meini prawf ar gyfer ARBD a gynigiwyd gan Wilson (2013) wedi cael eu dilysu yn empiraidd eto. Serch hynny, maent yn cynnig dull pragmatig a chynhwysol o wneud diagnosis o nam niwrowybyddol sy'n gysylltiedig ag alcohol y mae'n ymddangos ei fod yn cael defnydd da mewn ymarfer cyfredol.

Syndrom Wernicke-Korsakoff: Dosbarthiad Rhyngwladol o Glefydau-11 (2018) – (Cod: 5B5A.1)

“Description: A thiamine-deficiency syndrome characterized by symmetric hyperaemic lesions of the brainstem, hypothalamus, thalamus, and mammillary bodies with glial proliferation, capillary dilatation, and perivascular haemorrhage. The syndrome is manifested by a confusional state, disorientation, ophthalmoplegia, nystagmus, diplopia, and ataxia (Wernicke encephalopathy), with severe loss of memory for recent events and confabulation (the invention of accounts of events to cover the loss of memory) (Korsakov psychosis) occurring following recovery. Defective binding of thiamine diphosphate by transketolase has been found. It appears that the disorder is of autosomal recessive inheritance but is expressed as clinical disease only in the event of thiamine deficiency.”

Cyfeiriad: Sefydliad Iechyd y Byd (2018). *International Classification of Diseases-11 for Mortality and Morbidity Statistics* (drafft ar-lein). Adalwyd o:

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2017611840>

Dementia oherwydd defnydd o alcohol: Dosbarthiad Rhyngwladol o Glefydau-11 (2018) – (Cod: 6D84.0)

“Description: Dementia due to use of alcohol is characterized by the development of persistent cognitive impairments (e.g., memory problems, language impairment, and an inability to perform complex motor tasks) that meet the definitional requirements of Dementia that are judged to be a direct consequence of alcohol use and that persist beyond the usual duration of alcohol meddwdod or acute withdrawal. The intensity and

duration of alcohol use must have been sufficient to produce the cognitive impairment. The cognitive impairment is not better accounted for by a disorder or disease that is not induced by alcohol such as a dementia due to another disorder or disease classified elsewhere.”

Cyfeiriad: Sefydliad Iechyd y Byd (2018). *International Classification of Diseases-11 for Mortality and Morbidity Statistics* (drafft ar-lein). Adalwyd o:

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/1619582852>

Niwed i'r Ymennydd sy'n Gysylltiedig ag Alcohol: Wilson (2013)

“A. Criteria for the clinical diagnosis of probable ARBD include the following:

Evidence of cognitive impairment (as demonstrated by clinical examination or use of appropriate instruments)

Significant history of alcohol use as defined by the minimum average of 35 standard drinks per week for men and 28 for women for a period of greater than 5 years. The period of significant alcohol use must occur within three years of the onset of cognitive deficits.

B. The diagnosis of ARBD is supported by the presence of the following:

Alcohol related hepatic, pancreatic, gastrointestinal, cardiovascular or renal disease or other end organ damage

Ataxia or peripheral polyneuropathy (not attributable to other non-alcohol related causes)

Neuroimaging evidence of serebelaidd atrophy, especially of the vermis

Cognitive damage and evidenced ventricular or sulcal dilatation are likely to improve within the first 60 days, residual damage will be slower to improve.

C. The following clinical presentation indicates that there may be complicating conditions such as vascular or traumatic lesions:

The presence of language impairment, especially dysnomia or anomia

The presence of focal neurological signs or symptoms (except ataxia or peripheral sensory polyneuropathy)

Neuroimaging evidence of cortical or subcortical infarction, subdural haematoma or other focal brain pathology

Elevated Hachinski Ischemia scale score”

Cyfeiriad: Wilson, K. (2013). *Alcohol-related brain damage in the 21st century*. [Alcohol-related brain damage in the 21st century](#)

Nam niwrowybyddol difrifol a achoswyd gan alcohol (mathau anghofus ac nad ydynt yn anghofus): Y Llawlyfr Diagnostig ac Ystadegol-5 (2013)

“Diagnostic criteria for ‘substance/ medication-induced mild or major neurocognitive disorder’:

- A) The criteria are met for major or mild neurocognitive disorder (NCD; see next page for criteria)*
- B) The neurocognitive impairments do not occur exclusively during the course of a delirium and persist beyond the usual duration of meddwdod and acute withdrawal.*
- C) The involved substances or medication and duration and extent of use are capable of producing the neurocognitive impairment*
- D) The temporal course of the neurocognitive deficits is consistent with the timing of substance or medication use and abstinence (e.g., the deficits remain stable or improve after a period of abstinence).*

Diagnostic features relating to alcohol-induced Neurocognitive disorder (NCD):

Substance/ medication-induced major or mild NCD is characterized by neurocognitive impairments that persist beyond the usual duration of meddwdod and acute withdrawal (Criterion B). Initially, these manifestations can reflect slow recovery of brain functions from a period of prolonged substance use, and improvements in neurocognitive as well as brain imaging indicators may be seen over many months. If the disorder continues for an extended period, persistent should be specified.

NCD induced by alcohol frequently manifests with a combination of impairments in executive-function and memory and learning domains. The temporal cause of the substance-induced NCD must be consistent with that of the use of a given substance (Criterion D). In alcohol-induced amnesic confabulatory (Korsakoff’s) NCD, the features include prominent amnesia (severe difficulty learning new information with rapid forgetting) and a tendency to confabulate. These manifestations may co-occur with signs of thiamine encephalopathy (Wernicke’s encephalopathy) with associated features such as nystagmus and ataxia. Ophthalmoplegia of Wernicke’s encephalopathy is typically characterized by a lateral gaze paralysis.”

Cyfeiriad: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ed argraffiad). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Atodiad B – Darpariaeth o Pabrinex® - Llyfr Fformiwlâu Cenedlaethol Prydain

“Treatment of Wernicke’s encephalopathy, by intravenous infusion of I/V High Potency, 2–3 pairs 3 times daily for 2 days; if no response, discontinue; if symptoms respond after 2 days, given by intravenous infusion of I/V High Potency or by deep intramuscular injection into the gluteal muscle of IM High Potency, 1 pair once daily for 5 days or for as long as improvement continues.” “Prophylaxis of Wernicke’s encephalopathy in alcohol dependence, by intravenous infusion of I/V High Potency or by deep intramuscular injection into the gluteal muscle of I/M High Potency, 1 pair once daily for at least 3–5 days.” Mae ampwl 1 o 5ml Pabrinex® yn cynnwys 250mg o thiamin hydroclorid. Dau i dri phâr o Pabrinex® IV bob dydd am ddau ddiwrnod (2,000mg i 3,000mg o thiamin hydroclorid y dydd) yw canllawiau Llyfr Fformiwlâu Cenedlaethol Prydain ar drin enseffalopathi Wernicke. Fel clwyfatalydd, un pâr o Pabrinex® bob dydd am bum diwrnod (500mg o thiamin hydroclorid y dydd) yw’r canllawiau. Mae Pabrinex® yn ddau ampwl. Mae’r ampwl cyntaf yn cynnwys thiamin hydroclorid, ribofflavin a phyrdocsin hydroclorid ac ni fydd yn cael ei roi. Mae’r ail ampwl yn cynnwys asid asgorbig, nicotinamid a glwcos anhydros.

Mae’r mwyaf cyson ac amlwg o’r newidiadau hyn yn cynnwys cynnydd i gyfanswm hylif yr ymennydd, mae cyfanswm y freithell eang yn lleihau (yn enwedig mewn llabedi blaen), a gostyngiadau i gyfanswm y corpws caloswm, serebelwm, pons, cyrff didennol, hipocampws a thalamws (Harper, 2009; Zahr et al., 2011). Credir fod y rhan fwyaf o’r newidiadau strwythurol hyn yn digwydd ar hyd sbectrwm, gyda KS ar ben difrifol niwed i’r ymennydd (Zahr et al., 2011).

Atodiad C – Asesiadau niwroseicolegol

Tabl 5. Offerynnau sgrinio gwybyddol (CSIs) ar gyfer asesu ARBD

Prawf	Disgrifiad	Gweithrediad au a asesir	Cryfderau	Cyfyngiadau	Sensitifrwydd a phenodolrwydd ar sgoriau terfyn optimwm
ACE-III	Dyluniwyd ar gyfer canfod nam gwybyddol ysgafn a dementia. Gellir cyfrifo sgoriau is-brawf unigol yn ogystal â'r sgôr cyfanswm. 88 neu 82 (allan o 100) yw'r terfyn nodweddiadol ar gyfer dementia. Amser cynnal: 15-20 munud.	Sylw Cof Rhuglder laith Prosesu gweledol- ofodol	Yn cynnig asesiad mwy cynhwysfawr o wybyddiaeth na'r MoCA a'r MMSE. Fe'i dilyswyd i'w ddefnyddio gydag ARBD a KS. Hyfforddiant ar-lein yn hawdd cael gafael arno: Ace III Trainer - Assessment Training Tool	Asesiad cyfyngedig o weithrediadau dethol. Amser cynnal hwy na'r CSIs eraill a gyflwynir yma.	Brown et al. (2018): ARBD yn erbyn ALs, terfyn: ≤86 (sensitifrwydd = 82%; penodolrwydd = 73%).
BEARNI	Dyluniwyd fel CSI hawdd ei gynnal ar gyfer asesu'r diffygion gwybyddol ac echddygol allweddol sy'n gysylltiedig ag alcoholiaeth.	Cof Galluoedd gweledol- ofodol Rhuglder Atacsia	Yn cynnig asesiad o'r meysydd allweddol o wybyddiaeth y disgwylir y bydd nam arnynt mewn ARBD ac asesiad o atacsia – nam echddygol mynych.	Asesiad cyfyngedig o weithrediadau dethol. Heb ei ddilysu eto i'w ddefnyddio gyda phoblogaethau sy'n bodloni meini prawf ARBD.	Ritz et al. (2015): ALs yn erbyn rheolyddion iach: sensitifrwydd = 98.4%; penodolrwydd = 50%.

	Amser cynnal: 15- 20 munud.				
MMSE	CSI cryno a ddyluniwyd ar gyfer sgrinio dementia. Yn darparu is-brawf a sgoriau cyffredinol ag uchafswm o 30 a therfyn safonol o <24. Amser cynnal: 5-10 munud.	Cyfeiriadedd Sylw Cyfrif Iaith Cof Dealltwriaeth Copïo	Daethpwyd o hyd i werthoedd sensitifrwydd a phenodolrwydd uchel, er eu bod yn llai na'r rhai ar gyfer y MoCA. Mae'n hawdd cynnal y prawf ac mae'n asesu gweithrediad au lluosog.	Dim asesiad o alluoedd dethol. Asesiad gwael o gof y canfuwyd nad yw'n sensitif i broblemau cof; hyd yn oed amnesia difrifol KS.	Oudman et al. (2014): KS yn erbyn rheolyddion iach, terfyn: ≤26/ 27 (sensitifrwydd = 90/100%; penodolrwydd = 83.3/ 73.3%).
MoCA	Dyluniwyd ar gyfer canfod nam gwybyddol ysgafn a dementia. Yn darparu is-brawf a sgoriau cyffredinol ag uchafswm o 30 a therfyn safonol o <26. Amser cynnal: 10 munud.	Cof Rhuglder Sylw a gallu canolbwyntio Iaith Galluoedd gweledol- ofodol Cyfeiriadedd	Nodwyd gwerthoedd sensitifrwydd a phenodolrwydd uchel ar gyfer y MoCA wrth ddefnyddio sgoriau terfyn wedi'u haddasu (gweler ar draws), sy'n dynodi y bydd y rhai ag ARBD yn sgorio yn is na'r sgôr terfyn yn nodweddiado	Asesiad cyfyngedig o weithrediadau dethol.	Oudman et al. (2014): KS yn erbyn rheolyddion iach, terfyn: ≤22/23 (sensitifrwydd = 100/ 100%; penodolrwydd = 100/ 96.7%). Wester, Westhoff et al. (2013): KS yn erbyn alcoholigion â namau ysgafn, terfyn: ≤20 (sensitifrwydd = 73%; penodolrwydd = 75%).

			I a bydd y rhai nad ydynt wedi ei ddioddef yn sgorio yn uwch. Mae'n hawdd cynnal y prawf ac mae'n asesu'r rhan fwyaf o weithrediadau sylfaenol.		
TEDC	Dyluniwyd fel , CSI hawdd ei gynnal yn benodol ar gyfer asesu'r diffygion gwybyddol allweddol sy'n gysylltiedig ag alcoholiaeth. Amser cynnal: 8-10 munud.	Cof Galluoedd gweledol-ofodol Gweithrediad au dethol	Yn cynnig asesiad o'r meysydd allweddol o wybyddiaeth y disgwylir y bydd nam arnynt mewn ARBD. Asesiad helaeth o weithrediad dethol.	Heb ei ddilysu eto i'w ddefnyddio gyda phoblogaethau sy'n bodloni meini prawf ARBD.	Jurado-Barba et al. (2017): ALs yn erbyn rheolyddion iach: sensitifrwydd = 67%; penodolrwydd = 76.7%.

Profion: ACE-III = Archwiliad Gwybyddol Addenbrooke-3; BEARNI = Archwiliad Cryno o Namau Niwroseicolegol sy'n Gysylltiedig ag Alcohol; MMSE = Archwiliad Statws Meddyliol Cryno; MoCA = Asesiad Gwybyddol Montreal; TEDCA = Prawf Canfod Nam Gwybyddol mewn Alcoholiaeth.

Samplau: ALs = unigolion sy'n gaeth i alcohol heb ddiagnosis o nam gwybyddol; ARBD = niwed i'r ymennydd sy'n gysylltiedig ag alcohol; KS = Syndrom Korsakoff.

Mae Tabl 6 yn dangos y perfformiad ACE-III cyfartalog yn ôl unigolion sy'n gaeth i alcohol sydd ag ARBD ac nad ydynt yn dioddef ohono gan mai'r ACE yw'r prawf a ddefnyddir yn fwyaf cyffredin yn ne Cymru i asesu ARBD (Heirene et al., 2018b)

Tabl 6. Perfformiad ACE-III yn ôl unigolion sy'n gaeth i alcohol sydd ag ARBD ac nad ydynt yn dioddef ohono

	Mynegai (uchafswm sgôr)	Cymedr (SD)	
		Alcoholigion heb ARBD	ARBD
ACE-III	Cyfanswm sgôr (100)	89.4 (8.9)	78.5 (10.3)
	Sylw (18)	17.1 (1.2)	15 (3)
	Cof (26)	21.3 (4)	16.2 (4.6)
	Rhuglder (14)	12 (2.3)	9.8 (2.6)
	Iaith (26)	24.3 (2.9)	23.5 (1.6)
	Gweledol-ofodol (16)	14.7 (1.3)	14.1 (1.8)

Sylwer: dylid defnyddio'r sgoriau prawf hyn fel canllaw yn unig gan fod proffil gwybyddol y rhai ag ARBD yn amrywio yn aml a gall gael ei ddylanwadu gan amrywiaeth o ffactorau (e.e., oedran, anhwylderau cydafiach, meddwdod diweddar ac ati)

Meysydd asesu niwroseicolegol (manyion pellach)

Cof yw un o'r meysydd gwybyddiaeth sy'n cael ei amharu fwyaf mewn ARBD (gweler Atodiad XX), sy'n cyfiawnhau asesu pellach yn dilyn sgrinio cychwynnol i briodweddu'r anhwylder cof yn well. Y profion mwyaf defnyddiol o gof a nodwyd gan Heirene et al. (2018a) oedd Prawf Cof Ymddygiadau Rivermead-3 (RBMT-3; Wilson et al., 1989) a Phrawf Dysgu Llafar California (CVLT; Delis et al., 1987). Dyluniwyd yr RBMT fel prawf cof â phwyslais ecolegol, yn cynnig gwybodaeth glinigol ac ymarferol ddefnyddiol am ddiffyg cof unigolyn. Mae'r CLVT yn asesiad cof llafar mwy manwl sy'n cynnig cyfoeth o wybodaeth am weithrediad cof a allai hysbysu dulliau trin.

Hysbyswyd am **gamweithrediad dethol** hefyd yn y rhai ag ARBD, wrth i sgiliau gweithrediad penodol gael eu heffeithio (Maharasingam, Macniven, a Mason, 2013). Yn seiliedig ar y dystiolaeth a oedd ar gael, argymhellodd Heirene et al. (2018a) yr Asesiad Ymddygiadol o'r Syndrom Cam-ddethol (BADs; Wilson, Alderman, Burgess, Emslie, ac Evans, 1996) fel y prawf mwyaf defnyddiol ar gyfer asesu gweithrediad dethol mewn ARBD. Mae'r BADs yn asesu sgiliau dethol lluosog mewn fformat â phwyslais ecolegol

ac wedi dangos lefel uchel o sensitifrwydd i namau gwybyddol sy'n gysylltiedig ag ARBD (Maharasingam et al., 2013; van Oort a Kessels, 2009).

Arsylwodd Heirene a chydweithwyr (2018a) bod y rhai ag ARBD hefyd yn dangos diffygion mewn is-brofion o **gyfresi deallusrwydd** - a'r rhai yn ymwneud ag asesu cyflymder prosesu, gweithrediadau dethol a chof gweithio yn benodol. Y prawf deallusrwydd â'r sail dystiolaeth fwyaf fel sylfaen ar gyfer ei ddefnyddio mewn asesiadau ARBD yw Graddfa Ddeallusrwydd Oedolion Wechsler (WAIS; Wechsler, 1958), ac fe'i hystyrir yn aml fel yr asesiad o'r ansawdd uchaf o ddeallusrwydd (Hayes et al., 2016). Ers adolygiad Heirene a chydweithwyr, gwerthuswyd ail brawf cyfres ar gyfer asesiadau a diagnosis ARBD hefyd: y Gyfres Ailadroddus ar gyfer Asesu Statws Niwroseicolegol (R-BANS). Canfu Brown et al. (2018) bod sgôr terfyn optimwm o ≤ 83 yn cynhyrchu sensitifrwydd o 89% a phenodolrwydd o 67% ar gyfer yr R-BANS wrth gymharu'r rheini ag ARBD (gan gynnwys KS) ac unigolion sy'n ddibynol ar alcohol nad ydynt yn dioddef o ARBD. Roedd galluedd diagnostig yr R-BANS yn well na rhai'r ACE-III yn y poblogaethau hyn, ond nid yn sylweddol well.

Mae'r maes olaf o asesu niwroseicolegol yn ymwneud â gwerthuso **gallu cyn salwch**. Hynny yw, asesiad (neu amcangyfrif) o allu gwybyddol person cyn dechrau ARBD, gan ganiatáu i glinigwyr ganfod yn fwy cywir raddau ei nam. Y dull a ddefnyddir yn fwyaf cyffredin ac sydd wedi'i ddilysu orau ar gyfer y diben hwn yw'r Prawf Darllen Oedolion Cenedlaethol-Diwygiedig (NART-R; Bright, Hale, Gooch, Myhill, a van der Linde, 2016), sy'n asesu gallu person i adnabod ac ynganu geiriau sy'n afreolaidd yn ffonetig. Mae'r prawf wedi'i seilio ar y dybiaeth bod perthynas agos iawn rhwng geirfa a deallusrwydd a'i fod yn gymharol anhreiddiadwy i'r rhan fwyaf o fathau o niwed i'r ymennydd.