

ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์

ยุทธศักดิ์ ทองดี*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสุรินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์ ได้แก่ ปริมาณยา Diazepam ที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน และระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุรา

วิธีการศึกษา การศึกษาย้อนหลังจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 จำนวน 140 คน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาอัตราระยะเวลาหายจากอาการด้วย Kaplan-Meier method และทดสอบด้วย Log-rank test

ผลการศึกษา ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 40.58 ± 10.39 ปี เป็นผู้ดื่มแบบติด ร้อยละ 75 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ภาวะพ้อสับสน (ร้อยละ 55) กลี้อแร่โพแทสเซียมต่ำ (ร้อยละ 45.71) แมกนีเซียมต่ำ (ร้อยละ 43.57) และตับอักเสบ (ร้อยละ 22.86) ผู้ป่วยมีระยะเวลาภาวะถอนพิษสุราเฉลี่ย 3.27 ± 1.39 วัน ในการติดตาม 5 วัน พบผู้ป่วยหายจากภาวะถอนพิษสุรา 98 ราย มีค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ 4 วัน (95% CI: 4.0 - 5.0) ระยะเวลาการหายแตกต่างกันตามความรุนแรงของอาการ อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มอาการรุนแรงมากได้รับยา Diazepam สูงสุด (195.14 ± 80.95 mg)

สรุป ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ดื่มแบบติดและมีภาวะแทรกซ้อนสำคัญ ค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุราคือ 4 วัน ระยะเวลาและปริมาณยาที่ใช้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของอาการ ข้อมูลนี้มีประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการจัดเตรียมทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

คำสำคัญ ภาวะถอนพิษสุรา ระยะเวลาหายจากอาการ ปริมาณยา Diazepam

Corresponding author: ยุทธศักดิ์ ทองดี

โรงพยาบาลสุรินทร์

E-mail: yuottanasaktongdee@gmail.com

วันรับ 24 กุมภาพันธ์ 2568 วันแก้ไข 8 มีนาคม 2568 วันตอบรับ 22 มีนาคม 2568

The Therapeutic Outcomes of Alcohol Withdrawal Syndrome Treatment for Inpatient at Hospitals Affiliated with Surin Hospital

Yootanasak tongdee*

*Department of Psychiatry and Substance Abuse, Surin Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the treatment outcomes of inpatients with alcohol withdrawal syndrome in Surin Hospital Network, including the amount of Diazepam received during inpatient treatment, and the duration of alcohol withdrawal symptoms.

Methods: A retrospective study of inpatient medical records from Surin Hospital Network between October 2022 to September 2023, with a total of 140 patients. Patient demographic data were analyzed using descriptive statistics. The median survival time was estimated using the Kaplan-Meier method and tested using the log-rank test.

Results: All patients were male, with a mean age of 40.58 ± 10.39 years, 75% were alcohol dependent. The most common complications were delirium (55%), hypokalemia (45.71%), hypomagnesemia (43.57%), and hepatitis (22.86%). The average duration of alcohol withdrawal was 3.27 ± 1.39 days. At the 5-day follow-up, 98 patients recovered from alcohol withdrawal, with a median recovery time of 4 days (95% CI: 4.0 - 5.0). The recovery time differed significantly according to symptom severity. The severe symptom group received the highest dose of Diazepam (195.14 ± 80.95 mg).

Conclusion: Most patients were alcohol dependent and had significant complications. The median duration of alcohol withdrawal was 4 days. The duration and amount of medication used were directly related to symptom severity. This information is useful for treatment planning, monitoring complications, and preparing resources for the care of patients with alcohol withdrawal syndrome.

Keywords: alcohol withdrawal syndrome, recovery time, Diazepam dosage

Corresponding author: Yootanasak Tongdee

E-mail: yootanasaktongdee@gmail.com

Received: 24 February 2025 Revised: 8 March 2025 Accepted: 22 March 2025

บทนำ

ภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal syndrome) เป็นอาการที่เกิดขึ้นภายหลังจากการลดหรือหยุดดื่มสุราในผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนัก ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่ซับซ้อนเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่วนใหญ่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลางโดยสารสื่อประสาทชนิดแกมมา-อะมิโนบิวทิริก (gamma-aminobutylic acid, GABA) ทำงานลดลงและกรดอะมิโนกลูตาเมต (glutamate) ที่ถูกกระตุ้น¹ จากการดื่มแอลกอฮอล์เป็นเวลานานทำให้ได้รับ GABA ลดลงและได้รับ N-methyl-D-aspartate เพิ่มขึ้นเพื่อชดเชย ซึ่งจะจับกับกลูตาเมต ทำให้การทำงานของระบบประสาทเพิ่มมากขึ้น² ภาวะถอนพิษสุรา มักเกิดในวันที่ 2 - 3 หลังการหยุดดื่ม โดยอาการมักค่อยๆ เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนี้ ภายใน 6-8 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ผู้ป่วยมักมีอาการสั่น หงุดหงิด กระสับกระส่าย ระบบประสาทตื่นตัว ภายใน 8 - 12 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย มักมีอาการมีอา การทางจิต หลงผิด ประสาทหลอน ภายใน 12 - 24 ชั่วโมง อาจมีอาการชัก ซึ่งมักจะมีภาวะถอนพิษสุรามากที่สุดในช่วง 24 - 36 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย ต่อมาค่อยๆ มีอาการดีขึ้น หากมีอาการรุนแรงมากขึ้นหลังจากระยะเวลาดังกล่าว ความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราก็มักเพิ่มมากขึ้นจนถึงขั้นภาวะเพ้อสับสน หรือ Delirium Tremens (DTs)³ หากมีระยะเวลาที่มีภาวะถอนพิษสุรา ระดับรุนแรงที่ยาวนาน จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น ใช้ ปอดบวม แผลกดทับ และสมองเสื่อมชั่วคราวจากการขาดวิตามินบี 1 และทำให้การฟื้นตัวมีความล่าช้า⁴

เป้าหมายของการรักษาภาวะถอนพิษสุราเพื่อให้ผู้ป่วยหายไ้ ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการเลิกแอลกอฮอล์ในระยะยาว⁵ การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ประกอบด้วย

- 1) การรักษาด้วยยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine, BZD) เช่น Diazepam และ Lorazepam เป็นต้น
- 2) การบรรเทาอาการร่วมอื่นๆ เช่น อาการของระบบทางเดินอาหาร ปวดศีรษะ และปวดเมื่อยตามร่างกาย
- 3) ให้ยาหรือสารอาหารเสริมเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อมชั่วคราว (wernicke's encephalopathy)
- 4) ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม³ ซึ่ง BZD เป็นยาที่มีประสิทธิผลเนื่องจากมีผลต่อตัวรับ GABA-A ซึ่งจะสูญเสียไปในปริมาณมากในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา⁶ ยากลุ่ม BZD ถือเป็นมาตรฐานหลักในการรักษาภาวะถอนพิษสุรา เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมอาการและลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง⁷

อย่างไรก็ตาม การใช้ยากลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด และปรับขนาดยาตามระดับความรุนแรงของอาการแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงซึ่งต้องได้รับยาในขนาดสูง และต้องพิจารณาความเสี่ยงต่อระบบการหายใจ⁸ ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ระดับรุนแรง ต้องสังเกตอาการที่ขึ้นจนกว่าจะแนบจะลดลง⁹ ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินลักษณะการหายใจว่าปกติสม่ำเสมอหรือไม่ ถ้าไม่ปกติต้องระงับการให้ยาครั้งต่อไป และรายงานแพทย์ และต้องติดตามการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตร่วมด้วย⁴

จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดสุรินทร์ พบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะถอนพิษสุราเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในปี 2564 - 2566 ดังนี้ 5,589, 5,334 และ 5,611 คน ซึ่งผู้ป่วยโรคติดสุราในพื้นที่เข้าถึงบริการตามมาตรฐานเพิ่มขึ้นร้อยละ 29.54, 39.19 และ 43.48¹⁰ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในจังหวัดสุรินทร์ติดตามประเมินภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยในด้วยเครื่องมือ Alcohol Withdrawal Scale (AWS) การใช้ยาจะพิจารณาตามระดับความรุนแรง และการประเมินสัญญาณชีพ ทำให้สามารถปรับลดขนาดยาได้ และป้องกันการให้ยา BZD ที่อาจน้อยหรือมากเกินไปในการรักษาภาวะถอนพิษสุรา อย่างไรก็ตามยังไม่เพียงพอต่อประสิทธิภาพการรักษา ทั้งนี้จากการนิเทศติดตามโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ พบว่าการรักษาภาวะถอนพิษสุราอาจเกิดความแตกต่างตามองค์ความรู้ และประสบการณ์ของแพทย์ผู้รักษา และยังคงมีความคลาดเคลื่อนในการปรับขนาดยาและการติดตามอาการ ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาด้วยยาฉีดเมื่อมีอาการรุนแรงมากจนเห็นได้ชัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าและได้รับยาไม่เพียงพอที่จะควบคุมอาการได้ ผู้วิจัยซึ่งเป็นจิตแพทย์นอกจากจะดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราของโรงพยาบาลศูนย์แล้ว ยังรับกำกับดูแลโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้การรักษาเป็นแนวทางเดียวกันมีมาตรฐาน ทีมงานสามารถให้การรักษาได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อผู้ป่วย จึงสนใจศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราของโรงพยาบาลดังกล่าว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปริมาณยา Diazepam ที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน
2. เพื่อศึกษาระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุรา

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) จากข้อมูลย้อนหลังเฉพาะเป็นผู้ป่วยใน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษสุราตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่รับไว้รักษาของโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 โดยเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายจากการนับผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราทุกคนที่ 5 ในทะเบียนผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 140 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power Analysis¹¹ ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม อำนาจการทดสอบ (power) 0.90 กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ค่าความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 140 คน ตามเกณฑ์คัดเลือก คัดออก

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. อายุ 20 ปีขึ้นไป
 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษสุรา (F10.3 - F10.4)
 3. มีคะแนน AWS ≥ 5 คะแนน
 4. ได้รับการรักษาด้วยยา Benzodiazepines (BZDs)
- ตามแนวทางเวชปฏิบัติ

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยข้อมูลเฉพาะไม่ครบถ้วน
2. ได้รับการปรับแผนการรักษาหรือเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น
3. ย้ายไปรักษาที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ รับไว้ในโรงพยาบาล การเสพสิ่งเสพติด โรคร่วมทางจิตเวช จำนวนวันนอน และการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use identification test: AUDIT)¹² ซึ่งพบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ

0.86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้¹³ โดยแบ่งระดับความเสี่ยง ดังนี้ 0 - 7 คะแนน ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (low risk drinker) ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา (alcohol education) และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น หากดื่มมากกว่านี้ และชื่นชมพฤติกรรมที่ดื่มที่เสี่ยงต่ำ ใช้เวลาไม่มากกว่าหนึ่งนาที 8 - 15 คะแนน ผู้ดื่มแบบเสี่ยง (hazardous drinker) ให้คำแนะนำแบบง่าย (brief Advice or simple advice) สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ทุกระดับ 16 - 19 คะแนน ผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful use) ให้การบำบัดแบบสั้น (brief Intervention/ brief counseling) สามารถปฏิบัติได้โดยเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมการให้คำปรึกษา การรับฟังอย่างเห็นอกเห็นใจและการเสริมสร้างแรงจูงใจ และ 20 - 40 คะแนน ผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) ควรได้รับการส่งต่อพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและวางแผนการบำบัดรักษา

3. แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal scale หรือ AWS) ของซอร์นเดอร์ส (Saunders) แปลโดย แพทย์หญิงพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ ซึ่งผ่านการทดสอบโดยหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (inter-rater reliability) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.95¹⁴ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ประกอบด้วยการประเมิน 5 เรื่อง ได้แก่ เหงื่อ (perspiration) สั่น (tremor) วิตกกังวล (anxiety) กระสับกระส่าย (agitation) อุณหภูมิ (axilla temperature) ไม่มีอาการให้ 0 มีอาการรุนแรงมากให้ 4 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรงภาวะถอนพิษสุรา ดังนี้ 1 - 4 คะแนน รุนแรงน้อย (mild), 5 - 9 คะแนน รุนแรงปานกลาง (moderate), 10 - 14 คะแนน รุนแรงมาก (severe) และ 15 คะแนนขึ้นไป รุนแรงมากที่สุด (very severe)

4. แบบบันทึกการรักษา ประกอบด้วย ปริมาณยากลุ่ม Benzodiazepine ที่ได้รับใน 24 ชั่วโมงแรก และปริมาณที่ได้รับต่อวันในระยะเวลาติดตามในสัปดาห์ที่ 1 ที่เป็นระยะที่มีภาวะถอนพิษสุรา

การรักษาภาวะถอนพิษสุรา

1. การศึกษาที่ใช้แนวทางการรักษาด้วยยาให้แบบ Symptom Trigger Regimen สำหรับผู้ป่วยใน ของกรมสุขภาพจิต³ คือการให้ยาเฉพาะเวลามีอาการ โดยประเมินภาวะถอนพิษสุรา และภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับ moderate to severe รวมทั้งมีข้อบ่งชี้ของการรักษาแบบผู้ป่วยใน ยาที่ให้ คือ Diazepam 5 - 20 mg. slow iv prn. สามารถให้ซ้ำได้ทุก 15 - 30 นาทีจนสงบ

แต่ไม่เกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน โดยประเมินภาวะถอนพิษสุรา และสัญญาณชีพซ้ำก่อนให้ยา

2. สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (AWS ≥ 10) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอาการประสาทหลอนชัดเจน ควรพิจารณาให้ยาต้านอาการทางจิตเสริม เช่น Haloperidol ขนาด 2.5 - 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยสามารถให้ซ้ำได้ถึง 3 ครั้ง ในชั่วโมงต่อไป จากนั้นให้ได้ทุก 6 ชั่วโมง³ ตามความจำเป็น หรืออาจพิจารณาให้แบบรับประทานวันละ 2 ครั้ง ตามความจำเป็น นอกจากการให้ยา Haloperidol ในรายที่มีอาการประสาทหลอนแล้ว อาจพิจารณาให้ยา Risperidone 2 มิลลิกรัม หรือ Olanzapine 5 - 10 มิลลิกรัมต่อวัน³

3. หลังจากผู้ป่วยสงบให้คำนวณขนาดยากลุ่ม Benzodiazepine แบ่งเป็นรับประทาน 4 เวลาในวันถัดไป โดยลดขนาดยาประมาณร้อยละ 25 ทุก 2 - 3 วัน จนหยุดยาได้ และไม่ควรให้ต่อเนื่องนานเกิน 10 วัน นอกจากมีกรณีอื่นที่จำเป็นต้องให้ต่อ เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล ให้พิจารณาตามความจำเป็น³

4. นอกจากการรักษาด้วยยาเพื่อ Sedation แล้ว การรักษาภาวะถอนพิษสุราจะต้องคำนึงถึง 3 S³ ได้แก่

การรักษาตามอาการ (symptomatic relief) เพื่อบรรเทาอาการอื่นที่พบร่วม เช่น metoclopramide, antacid, kaolin mixture หรือ paracetamol

การให้สารน้ำ อาหาร วิตามินเสริม (supplement) เป็นการให้เพื่อทดแทนสารอาหารหรือเกลือแร่ที่บกพร่องไป เช่น thiamine, magnesium, phosphate, folate, zinc, vitamins A, D, E, C และ B เป็นต้น โดย thiamine ต้องให้อย่างน้อย 100 มิลลิกรัมต่อวัน หากมีปัญหาการดูดซึมแนะนำให้ใช้วิธีฉีด B1 100 มิลลิกรัม IM or IV x 3 - 5 วัน หรือ B1 100 มิลลิกรัม oral 3 ครั้งต่อวัน

การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย (supportive environment) ได้แก่ สงบ ปลอดภัย อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ มีสิ่งรบกวนน้อย การให้คำปรึกษา และให้กำลังใจโดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วย มีการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุรา และสุขอนามัยในการนอนหลับ (sleep hygiene) ตลอดจนเทคนิคในการควบคุมพฤติกรรมและวิธีผ่อนคลายความเครียด

5. ติดตามประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วยเครื่องมือ AWS กรณีรุนแรงน้อย (1 - 4 คะแนน) ไม่จำเป็นต้องใช้ยาให้ประเมิน AWS ทุก 4 ชั่วโมง รุนแรงปานกลาง (5 - 9 คะแนน) ใช้ยาช่วยลดโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงและประเมิน AWS

ทุก 2 - 4 ชั่วโมง รุนแรงมาก (10 - 14 คะแนน) ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดโดยประเมิน AWS ทุก 1 ชั่วโมง และรุนแรงมากที่สุด (15 คะแนนขึ้นไป) ต้องได้รับการรักษาด้วยยาขนาดสูง เพื่อให้มีอาการสงบอย่างรวดเร็วและให้ประเมิน AWS ทุก 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง³

นิยามศัพท์

1. ระยะเวลาที่มีภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal duration) หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมี AWS score ≥ 5 คะแนน ซึ่งกระบวนการถอนพิษทั้งหมดมักใช้เวลา 3 - 7 วัน นับจากเวลาที่ดื่มครั้งสุดท้าย

2. ระยะเวลาปลอดเหตุการณ์ (survival time) จนถึงเหตุการณ์ (event) ได้แก่ ระยะเวลาหายจากอาการตั้งแต่ผู้ป่วยมีคะแนน AWS ≥ 5 จนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น และมีคะแนน AWS ลดลงจน < 5 คะแนน เป็นเวลา 24 ชั่วโมง

3. ระยะเวลาเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ทราบระยะ การอยู่รอดที่แท้จริง (censored observation) ที่เกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยจะมีคะแนน AWS จะลดลงจน < 5 คะแนน เป็นเวลา 24 ชั่วโมง เช่น ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นเนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา และผู้ป่วยที่หนีกลับ

4. การหายจากภาวะถอนพิษสุรา หมายถึง ระยะเวลาหายจากอาการตั้งแต่ผู้ป่วยมีคะแนน AWS ≥ 5 จนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น และมีคะแนน AWS ลดลงจน < 5 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย

2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายโครงการวิจัย และคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน

4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการคัดลอกข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation, SD) หรือค่ามัธยฐาน (median IQR) หาอัตราการตายจากอาการ (median survival time) จากวิธีแคแพลน-ไมเออร์ (Kaplan-Meier estimate) และทดสอบระยะเวลาตายจากอาการด้วยการทดสอบล็อกแรงค์ (Log-rank test)

ข้อพิจารณาจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ เอกสารเลขที่ 86/2567 วันที่รับรอง 16 สิงหาคม 2567 ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยจะคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ป่วยทั้งหมด 140 คน เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 40.58 ± 10.39 ปี สถานภาพโสด ร้อยละ 58.57 ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด (ร้อยละ 57.14) เข้ารับการรักษาด้วยรอนอน ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 66.43 มีโรคร่วมทางจิตเวช ร้อยละ 34.29 และเป็นผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) ร้อยละ 75

ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

พบปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ดังนี้ ภาวะเพ้อสับสนหรือ Delirium Tremens (DTs) ร้อยละ 55 รองลงมาคือเกลือแร่โพแทสเซียมต่ำ ร้อยละ 45.71 และแมกนีเซียมต่ำ ร้อยละ 43.57 นอกจากนี้ยังพบตับอักเสบ ร้อยละ 22.86 โดยมีระยะเวลาที่มีภาวะถอนพิษสุรา เฉลี่ย 3.27 ± 1.39 วัน (ตารางที่ 1 และ 2)

โอกาสเกิดตายจากภาวะถอนพิษสุราที่ระยะเวลา 2 - 5 วัน

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คน เป็นผู้ป่วยที่หายจากภาวะถอนพิษสุราภายใน 5 วัน จำนวน 98 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 16.25 ต่อ 100 คน-วัน พบว่าโอกาสเกิดตายจากภาวะถอนพิษสุราที่ระยะเวลา 2 วัน, 3 วัน, 4 วัน และ 5 วัน เป็นร้อยละ 15.0, 34.39,

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	140	100
อายุเฉลี่ย (S.D.)	40.58 (10.39)	
20 - 39 ปี	75	53.57
40 - 59	51	36.43
60 - 75	14	10.00
สถานภาพ		
โสด หม้าย หย่า	82	58.57
คู่	58	41.43
อาชีพ		
นักศึกษา	15	10.72
เกษตรกรรม	31	22.14
รับจ้าง	80	57.14
ข้าราชการ	7	5.00
ไม่มีอาชีพ	7	5.00
รับไว้ในโรงพยาบาลโดย		
เดินมา	22	15.71
รถนั่ง	6	4.29
รถนอน	112	80.00
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	40	28.57
เคยสูบ	7	5.00
สูบบุหรี่	93	66.43
โรคร่วมทางจิตเวช		
โรคซึมเศร้า	7	5.00
โรคจิต (psychosis)	48	34.29
ไม่มี	85	60.71
ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT)		
ผู้ดื่มแบบอันตราย (harmful use)	35	25.0
ผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence)	105	75.0

50.0 และ 70.0 ตามลำดับ จากการหาเส้นโค้งการรอดเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier พบว่าค่ามัธยฐานระยะเวลาตายจากอาการเท่ากับ 4 วัน (95% CI: 4.0 - 5.0) ดังแสดงในตารางที่ 3 และภาพที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบระยะหายจากภาวะถอนพิษสุราระหว่างระดับความรุนแรง เมื่อเริ่มรักษาด้วยสถิติ Log-Rank test พบว่าระยะเวลาการหายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 54.35, p-value < 0.001) โดยพบว่า มัธยฐานระยะ

ตารางที่ 2 ปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

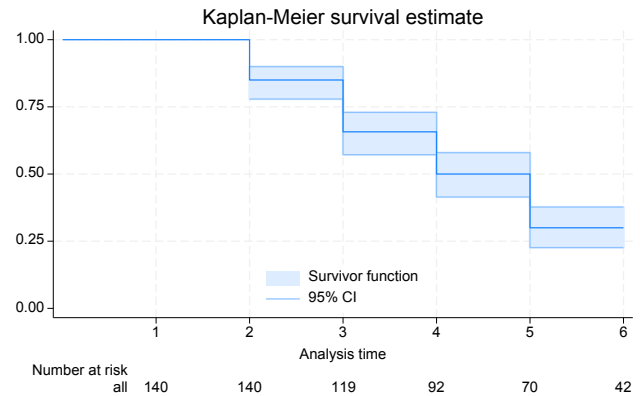
ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไข้	13	9.29
ความดันโลหิตสูง	13	9.29
เกลือแร่โพแทสเซียมต่ำ	64	45.71
แมกนีเซียมต่ำ	61	43.57
ตับอักเสบ	32	22.86
อาการชัก	7	5.00
ภาวะเพื่อสับสน หรือ delirium tremens (DTs)	77	55.00
ค่าเฉลี่ยวันที่มีภาวะถอนพิษสุรา (AWS score ≥ 5 คะแนน)	3.27 (1.39)	

เวลาหายจากอาการของกลุ่มระดับปานกลางเท่ากับ 3 วัน ในขณะที่กลุ่มระดับรุนแรงมีมัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ เท่ากับ 4 วัน และกลุ่มระดับรุนแรงมากมีมัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ 6 วัน ดังแสดงในภาพที่ 2

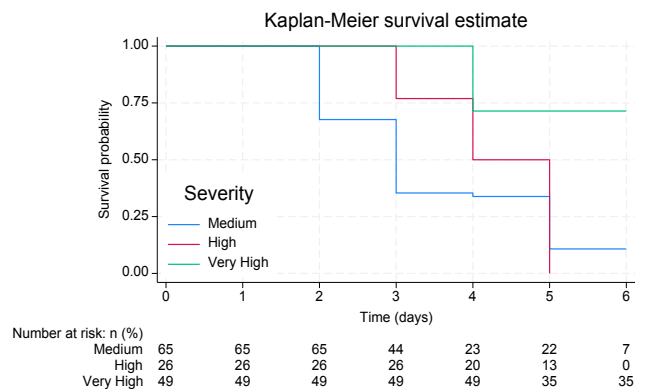
ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก (AWS ≥ 15) ได้รับปริมาณยาารวมสูงที่สุดเฉลี่ย 195.14 ± 80.95 มิลลิกรัม และได้รับยาชนิดฉีดสูงสุดเฉลี่ย 24.89 ± 7.10 มิลลิกรัม รองลงมาคือกลุ่มอาการรุนแรง (AWS 10 - 14) ได้รับยาารวมเฉลี่ย 109.15 ± 6.91 มิลลิกรัม และยาฉีด 11.92 ± 8.49 มิลลิกรัม ส่วนกลุ่มอาการปานกลาง (AWS 5 - 9) ได้รับยาารวน้อยที่สุดเฉลี่ย 63.47 ± 36.89 มิลลิกรัม และยาฉีด 7.84 ± 8.00 มิลลิกรัม (ตารางที่ 4)

ระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุรา (AWS score < 5)

เมื่อเปรียบเทียบระยะหายจากภาวะถอนพิษสุราระหว่างระดับความรุนแรงเมื่อเริ่มรักษาด้วยสถิติ Log-Rank test พบว่าระยะเวลาการหายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 54.35, p-value < 0.001) โดยกลุ่มที่มีคะแนน AWS 5 - 9 ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด (58 ราย) มีค่ามัธยฐานของระยะเวลา



ภาพที่ 1 โค้งการรอดเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา



ภาพที่ 2 โค้งการรอดเหตุการณ์โดยวิธี Kaplan-Meier ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราจำแนกตามความรุนแรงเมื่อเริ่มรักษา

การเกิดอาการ 3 วัน (95% CI: 3 - 3 วัน) ส่วนกลุ่มที่มีคะแนน AWS 10 - 14 จำนวน 26 ราย มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการเกิดอาการ 4 วัน (95% CI: 4 - 5 วัน) และกลุ่มที่มีอาการรุนแรงที่สุดคือคะแนน AWS ≥ 15 จำนวน 14 ราย มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการเกิดอาการ 6 วัน ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน AWS สูงเมื่อเริ่มรักษามีแนวโน้มที่จะใช้เวลานานกว่าในการเกิดอาการถอนสุรา (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 3 Kaplan-Meier survivor function

Time	Number at Risk	Fail	Net lost	Survivor function	Std. error	95% CI for Survivor function
2	140	21	0	0.8500	0.0302	0.7793 - 0.8995
3	119	27	0	0.6571	0.0401	0.5722 - 0.7292
4	92	22	0	0.5000	0.0423	0.4147 - 0.5794
5	70	28	0	0.3000	0.0387	0.2264 - 0.3769

ตารางที่ 4 ปริมาณยา BZDs เทียบเท่า Diazepam ที่ได้รับ แยกตามระดับความรุนแรง AWS score สูงสุดเมื่อเริ่มรักษา

อาการ	ปานกลาง (AWS 5 - 9) (n = 65)	รุนแรง (AWS 10 - 14) (n = 26)	รุนแรงมาก (AWS ≥ 15) (n = 49)
BZDs ทั้งหมด Mean (± SD)	63.47 (36.89)	109.15 (6.91)	195.14 (80.95)
BZDs ชนิดฉีด Mean (± SD)	7.84 (8.00)	11.92 (8.49)	24.89 (7.10)

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการของกลุ่มตัวอย่าง

AWS score สูงสุดเมื่อเริ่มรักษา	จำนวน	Median time (95% CI) (วัน)	Log-rank Chi-square	p-value
5 - 9	58	3 (3 - 3)	54.35	< 0.001
10 - 14	26	4 (4 - 5)		
≥ 15	14	6 (-)		

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การหายจากภาวะถอนพิษสุรา 16.25 ต่อ 100 คน-วัน เป็นผู้ป่วยที่หายจากภาวะถอนพิษสุราภายใน 5 วัน จำนวน 98 ราย แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Wiseman และคณะ ที่พบอัตราการความสำเร็จในการบำบัดการถอนพิษสูงถึงร้อยละ 88¹⁵ การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาภาวะถอนพิษสุราเฉลี่ย 3.27 ± 1.39 วัน และมีค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ 4 วัน สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรพันธ์ และคณะ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการหายจากภาวะถอนพิษสุราอยู่ที่ 3.5 ± 1.2 วัน¹⁶ รวมถึงการศึกษาของ Day และ Daly ที่พบว่าโดยทั่วไปสามารถควบคุมอาการถอนสุราได้ภายใน 2 - 5 วัน¹⁷ ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Diazepam มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการ โดยกลุ่มอาการรุนแรงมากได้รับยาเฉลี่ยสูงสุด (195.14 ± 80.95 มิลลิกรัม) และยาฉีด (24.89 ± 7.10 มิลลิกรัม) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องได้รับยาขนาดสูง (Diazepam 10 - 50 มิลลิกรัม ทุก 15 นาที) โดยเฉพาะใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นลดขนาดลง (Diazepam 10 - 20 มิลลิกรัม ทุก 30 นาที) จนถึง 96 ชั่วโมง แล้วหยุดการรักษาโดยอัตโนมัติ วิธีนี้สอดคล้องกับระยะเวลาการถอนแอลกอฮอล์ตามธรรมชาติ ช่วยป้องกันภาวะเพื่อสั่น (DT) และลดการเกิดภาวะสับสนจากการใช้ยาเป็นเวลานาน ข้อดีคือสามารถปรับการรักษาให้เหมาะกับผู้ป่วย

แต่ละรายตามระดับความไม่สมดุลของ GABA โดยหาขนาดยาต่ำสุดที่ได้ผลในระยะ 24 ชั่วโมงแรก¹⁸ การให้ยาอย่างค่อยเป็นค่อยไปจะช่วยร่างกายฟื้นตัวและกลับคืนสู่ภาวะสมดุลทางเคมีในสมอง¹⁹ นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงอาจจำเป็นต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมอาการอย่างรวดเร็ว พบว่าระยะเวลาการหายและปริมาณยาที่ใช้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความรุนแรงของอาการ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ และจะได้รับยาเฉพาะในช่วงที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์เท่านั้น ซึ่งการประเมินอาการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องมีความสำคัญเนื่องจากเป็นตัวกำหนดการใช้ยาตามความจำเป็น¹⁷

การศึกษานี้ให้ยาตามอาการ (symptom triggered) หมายถึง การให้ยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเท่านั้น โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการเพื่อกำหนดการให้ยาและติดตามผลการรักษา แม้วิธีนี้ต้องใช้พยาบาลประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง แต่สิ่งสำคัญคือคะแนนขึ้นอยู่กับคำตอบของผู้ป่วยเท่านั้น ทำให้แบบประเมินอาจไม่น่าเชื่อถือในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา อาการเพ้อ หรือสมองเสื่อม และอาจนำไปสู่การให้ Benzodiazepine ที่ไม่เหมาะสม จึงควรใช้การประเมินอาการในกรณีที่ไม่มีอาการถอนแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่อง²⁰ และการปรับการรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และในผู้ป่วยที่ได้รับยา Benzodiazepine สูงเกินกว่า 200 มิลลิกรัมต่อวัน อาจจะเป็นอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ที่ติดต่อกับ Benzodiazepine จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากต้องให้ยา

ในขนาดสูงซึ่งอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง เช่น ภาวะง่วงซึม และการรบกวนการหายใจ²¹ ซึ่งการตอบสนองต่อยา Benzodiazepine ของผู้ป่วยแต่ละราย มีความแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ น้ำหนัก การทำงานของตับและไต ประวัติการดื่มสุรา และ พันธุกรรม ล้วนส่งผลต่อการเผาผลาญยาและการตอบสนองทางคลินิก โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะตับอักเสบอาจมีการกำจัดยาช้าลง ทำให้ต้องปรับลดขนาดยาเพื่อป้องกันการสะสม ในผู้ป่วยที่มีภาวะเกลือแร่ผิดปกติ เช่น โพแทสเซียมต่ำและแมกนีเซียมต่ำ อาจเพิ่มความไวต่อฤทธิ์กดประสาทของยา ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะง่วงซึมหรือรบกวนการหายใจได้แม้ใช้ในขนาดปกติ

จากผลการศึกษาที่พบภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน ดังนี้ ภาวะเพ้อสับสนสูงถึงร้อยละ 55 สอดคล้องกับสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย รายงานอัตราการเกิดภาวะเพ้อสับสนในผู้ป่วยถอนพิษสุรา ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานครอยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 - 50²² ซึ่งตามแนวปฏิบัติของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่พบว่าภาวะเพ้อสับสนเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มักเกิดในช่วง 72 - 96 ชั่วโมง หลังการดื่มครั้งสุดท้าย และพบบ่อยในผู้ที่ดื่มสุราหนักมา 5 - 15 ปี³ ภาวะโพแทสเซียมต่ำ ร้อยละ 45.71 สอดคล้องกับการศึกษาของ Palmer และ Clegg ที่พบว่าภาวะโพแทสเซียมต่ำพบได้ถึงร้อยละ 50 ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง สาเหตุเกิดจากการได้รับไม่เพียงพอ การสูญเสียทางท้องเสีย และภาวะขาดแมกนีเซียมที่ส่งผลให้มีการสูญเสียทางไตมากขึ้น²³ ภาวะแมกนีเซียมต่ำ ร้อยละ 43.57 สอดคล้องกับการศึกษาของ Anderson และคณะ ที่พบว่าภาวะแมกนีเซียมต่ำพบได้เกือบหนึ่งในสามของผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรัง โดยมีสาเหตุจากการได้รับไม่เพียงพอจากอาหาร การดูดซึมที่ลดลงจากภาวะท้องเสียเรื้อรัง และการสูญเสียทางไตอันเนื่องมาจากความผิดปกติของท่อไตที่เกิดจากแอลกอฮอล์²⁴ ภาวะตับอักเสบ ร้อยละ 22.86 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hundert และ Brothers ที่พบว่าความผิดปกติของตับจากการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังส่งผลต่อการเผาผลาญยา Benzodiazepines ที่ใช้ในการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคตับระดับรุนแรง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยาและมีการติดตามอย่างใกล้ชิด^{20,25} Palmer และ Clegg ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มักพบร่วมกันและมีความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ การขาดวิตามิน และมีโรคร่วม²³ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Peterson และ Stotts ที่เน้นย้ำความสำคัญของการรักษาแบบองค์รวม ทั้งการให้ยาระงับประสาท การแก้ไขภาวะเกลือแร่ผิดปกติ และการให้วิตามินทดแทนโดยเฉพาะไทอามีน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง²⁶ จากการพบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในการรักษาผู้ป่วยถอนพิษสุรา ดังนั้นการดูแลที่สำคัญจึงต้องครอบคลุมการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด การให้ยาระงับประสาทกลุ่ม Benzodiazepine ในขนาดที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงการทำงานของตับ การแก้ไขความผิดปกติของเกลือแร่โดยเฉพาะโพแทสเซียมและแมกนีเซียม การให้สารน้ำและวิตามินทดแทนโดยเฉพาะไทอามีน รวมถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะเพ้อสับสน พร้อมทั้งติดตามประเมินการตอบสนองต่อการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุด

การศึกษานี้พบว่าการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ที่ผู้วิจัยทำงานกับโรงพยาบาลทั่วไปและผู้วิจัยรับกำกับดูแล มีความแตกต่างกันหลายประเด็น ดังนี้ ผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปมีระยะเวลาหายจากภาวะถอนพิษสุราเฉลี่ยยาวนานกว่าโรงพยาบาลศูนย์ประมาณ 1 - 2 วัน โดยค่ามัธยฐานของระยะเวลาหายจากอาการในโรงพยาบาลทั่วไปอยู่ที่ 5 วัน เทียบกับ 3 วัน ในโรงพยาบาลศูนย์ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากการประเมินความรุนแรงของอาการและการให้ยาที่ล่าช้ากว่าในโรงพยาบาลทั่วไป โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก (AWS $\geq$ 15) ในโรงพยาบาลทั่วไปได้รับยา Diazepam ในปริมาณเฉลี่ยต่ำกว่าโรงพยาบาลศูนย์ประมาณร้อยละ 25 - 30 แม้จะมีคะแนน AWS ในระดับเดียวกัน สะท้อนถึงความแตกต่างในการตัดสินใจทางคลินิก และความมั่นใจในการให้ยาขนาดสูงของบุคลากรทางการแพทย์ ขณะที่อัตราการตรวจพบภาวะเกลือแร่ผิดปกติ เช่น โพแทสเซียมต่ำและแมกนีเซียมต่ำกลับพบสูงกว่าในโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งอาจเกิดจากการตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการที่มีความละเอียดและความถี่มากกว่า ความแตกต่างเหล่านี้มีสาเหตุหลักจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะการขาดแคลนจิตแพทย์ประจำในโรงพยาบาลทั่วไป ทำให้การตัดสินใจในการรักษาขึ้นอยู่กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่อาจมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรารุนแรงน้อยกว่า รวมถึงความแตกต่างของระบบการฝึกอบรมพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในการประเมินและเฝ้าระวังอาการ เพื่อปรับมาตรฐานการดูแลรักษาให้ใกล้เคียงกัน การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและสามารถนำไปใช้ได้จริงในทุกระดับ

โรงพยาบาล โดยเน้นการฝึกอบรมบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไปให้ มีทักษะในการประเมินความรุนแรงของอาการอย่างแม่นยำ และมีความมั่นใจในการให้ยาตามแนวทางเวชปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการดังนี้ การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง อาจส่งผลต่อความสามารถในการสรุปผลแทนประชากรทั้งหมด รวมถึงการเก็บข้อมูลแบบย้อนหลัง จากเวชระเบียน ซึ่งอาจมีข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ ส่วนการจัดการข้อมูลที่ขาดหายใช้วิธีคัดเวชระเบียนที่ไม่สมบูรณ์ออก และวิเคราะห์เฉพาะกรณีที่มีข้อมูลครบถ้วน ซึ่งอาจนำไปสู่อคติจากการเลือก (selection bias) รวมถึงการศึกษายังไม่ได้วิเคราะห์ผลกระทบบของยาอื่น หรือโรคร่วมที่อาจมีอิทธิพลต่อการหายจากภาวะถอนพิษสุรา เช่น ยาต้านอาการทางจิต โรคตับ หรือภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและระยะเวลาการหาย นอกจากนี้การไม่มีกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มเปรียบเทียบทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างวิธีการรักษากับผลลัพธ์ได้อย่างมั่นใจ การศึกษาในอนาคตควรออกแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. สถานพยาบาลควรจัดทำแนวทางการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน AWS อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อวางแผนการรักษาและการติดตามที่เหมาะสม เนื่องจากผลการศึกษพบว่าระดับความรุนแรงมีผลต่อระยะเวลาการหายและปริมาณยาที่ใช้
2. ควรมีแนวทางการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะเพื่อสับสน ภาวะโพแทสเซียมและแมกนีเซียมต่ำ โดยการตรวจติดตามค่าทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นอย่างสม่ำเสมอ
3. ควรกำหนดแนวทางการให้ยา Diazepam ที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของอาการ พร้อมทั้งเกณฑ์การปรับขนาดยา และแนวทางการส่งต่อในกรณีที่เกิดศักยภาพของสถานพยาบาล
4. ควรจัดระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งการให้ยา การแก้ไขภาวะเกลือแร่ผิดปกติ การให้วิตามินทดแทน และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน
5. ควรมีการศึกษาติดตามผลการรักษาที่นานกว่า 5 วัน โดยเปรียบเทียบผลการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพ

แตกต่างกัน เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

สรุป

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงระยะเวลาและรูปแบบการหายจากภาวะถอนพิษสุรา ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการกับปริมาณยา Diazepam ที่ใช้ในการรักษา รวมถึงความชุกของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยเฉพาะภาวะเพื่อสับสนและความผิดปกติของเกลือแร่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนการรักษาการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการจัดเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J. Alcohol withdrawal syndrome. Am Fam Physician 2004;69(6):1443-50.
2. Lee JA, Dudy JJ, Cocanour CS. Effect of early and focused benzodiazepine therapy on length of stay in severe alcohol withdrawal syndrome. Clin Toxicol 2019;57(7):624-7.
3. National institute for drug abuse treatment and rehabilitation princess mother. Guidelines for the care of patients with alcohol withdrawal syndrome. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2015.
4. Klinpiroon A, Srisorn P, Fangkaew A. Results of improving and developing alcohol withdrawal assessment form, Prasimhabhodi Hospital. Journal of Science and Technology 2013;15(3):30-42.
5. Suan Prung Hospital. Guidelines for the treatment of mental health problems from alcohol in the situation of the coronavirus disease 2019 epidemic. Chiang Mai: Department of Mental Health Ministry Of Public Health; 2021.
6. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. Cochrane Database Syst Rev 2011; 2011(6):CD008537.
7. Orser BA, Bertlik M, Wang LY, MacDonald JF. Inhibition by propofol (2, 6 di-isopropylphenol) of the N-methyl-D-aspartate subtype of glutamate receptor in cultured hippocampal neurones. Br J Pharmacol 1995;116(2):1761.
8. Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, Pun BT, Wilkinson GR, Dittus RS, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. J Neurosurg Anesthesiol 2006;104(1):21-6.
9. Hammond DA, Rowe JM, Wong A, Wiley TL, Lee KC, Kane-Gill SL. Patient outcomes associated with phenobarbital use with or without benzodiazepines for alcohol withdrawal syndrome: a systematic review. Hosp Pharm 2017;52(9):607-16.

10. Ministry of public health. Accessibility to mental health service system [cited 2024 July 13]. Available from: https://srn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=8a173a9de38de5c0172953d4ebcdcb09.
11. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39(2):175-91.
12. Silpakit P, Kittiratanaphiabul P. Alcohol use disorders identification test: Practical guidelines for primary care settings. Tantanwan Paper Co., Ltd: Integrated Alcohol Treatment System Development Project; 2009.
13. Sinclair M, McRee B, Babor T. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center, (unpublished report) 1992.
14. Virojarurueang K, Silakul A, Charoenchai W. Development of guidelines for caring for alcohol patients during alcohol withdrawal in inpatients, Prasat Neurological Institute. *J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2021;15(1):29-48.
15. Wiseman EJ, Henderson KL, Briggs MJ. Outcomes of patients in a VA ambulatory detoxification program. *Psychiatr Serv* 1997;48(2):200-3.
16. Pinthong J, Jongwutiwes S, Triprasertsouk S. Outcomes of implementing alcohol withdrawal syndrome care protocol at Srinagarind Hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019;64(3):243-54.
17. Day E, Daly C. Clinical management of the alcohol withdrawal syndrome. *Addiction* 2022;117(3):804-14.
18. Lee JA, Duby JJ, Cocanour CS. Effect of early and focused benzodiazepine therapy on length of stay in severe alcohol withdrawal syndrome. *Clin Toxicol (Phila)* 2019;57(7):624-7.
19. Perry EC. Inpatient management of acute alcohol withdrawal syndrome. *CNS Drugs* 2014;28(5):401-10.
20. Brothers TD, Bach P. Challenges in prediction, diagnosis, and treatment of alcohol withdrawal in medically ill hospitalized patients: a teachable moment. *JAMA Intern Med* 2020;180(6):900-1.
21. Hack JB, Hoffman R, Nelson LS. Resistant alcohol withdrawal: does an unexpectedly large sedative requirement identify these patients early?. *J Med Toxicol* 2006;2:55-60.
22. Psychiatric Association of Thailand. Clinical practice guidelines for alcohol withdrawal syndrome management. Bangkok: Psychiatric Association of Thailand; 2020.
23. Palmer BF, Clegg DJ. Electrolyte disturbances in patients with chronic alcohol-use disorder. *N Engl J Med* 2017;377(14):1368-77.
24. Anderson R, Cohen M, Haller R. Skeletal muscle phosphorus and magnesium deficiency in alcoholic myopathy. *Miner Electrolyte Metab* 1980;4(3):106-12.
25. Hundert S, Dunn AS. Inpatient Management of Alcohol Withdrawal: A Review. *Can J Gen Intern Med* 2024;19(1):52-62. doi:10.22374/cjgim.2023.0730.
26. Peterson BD, Stotts M. Beyond the banana bag: treating nutritional deficiencies of alcohol withdrawal syndrome. *Pract Gastroenterol* 2021;45(6):48-58.