

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ณ โรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

จุฬารัตน์ สาระวิทย์*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางย้อนหลัง (retrospective cross-sectional study) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 365 ราย ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึง 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เก็บข้อมูลจากเวชระเบียน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Pearson's chi-square test หรือ Fisher's exact test, Independent sample t-test และ Mann-Whitney U test รวมถึงใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกสองขั้นตอน และวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (bivariate และ multivariate logistic regression) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษามีจำนวนทั้งสิ้น 365 ราย โดยมีอายุเฉลี่ย 48.8 ± 13.15 ปี และเป็นเพศชาย ร้อยละ 95.1 ส่วนใหญ่มีการบาดเจ็บระบบเดียว (ร้อยละ 67.7) ขณะที่ร้อยละ 32.3 มีการบาดเจ็บหลายระบบ ความชุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (delirium tremens; F10.4) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ร้อยละ 41.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้ ได้แก่ ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (aOR = 6.04, 95% CI 3.06 – 11.91) และระยะเวลาอนโรยาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป (aOR = 3.59, 95% CI 1.91 – 6.75) ขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงปกป้อง ได้แก่ ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (aOR = 0.34, 95% CI 0.19 – 0.62) และประวัติการได้รับยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (aOR = 0.28, 95% CI 0.12 – 0.63) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์มีค่าความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมากกว่ากลุ่มถอนแอลกอฮอล์ที่ไม่มีภาวะเพื่อสับสน (F10.3) ได้แก่ ค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) ($p\text{-value} = 0.039$), Creatinine ($p\text{-value} = 0.037$), และ Potassium ($p\text{-value} = 0.041$) สูงกว่า ขณะที่ค่า Bicarbonate (HCO_3) ต่ำกว่า ($p\text{-value} = 0.041$) อีกทั้งผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีระยะเวลาอนโรยาลยาวนานกว่า (มัธยฐาน 11 วัน, IQR 7 – 17)

สรุป ภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์พบได้บ่อยในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ และสัมพันธ์กับหลายปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองและติดตามผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างใกล้ชิดจึงมีความสำคัญ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

คำสำคัญ ภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ความชุก

Corresponding author: จุฬารัตน์ สาระวิทย์

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

E-mail: honey_kiki_94@hotmail.com

วันรับ 11 กรกฎาคม 2568 วันแก้ไข 30 สิงหาคม 2568 วันตอบรับ 7 กันยายน 2568

Prevalence and Associated Factors of Alcohol Withdrawal Delirium in Trauma Patients at a Tertiary Care Hospital in Lower Northeastern Thailand

Juthathip Saravithi*

*Department of Psychiatry and Drug Dependence, Sunpasitthiprasong Hospital

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and associated factors of alcohol withdrawal delirium among trauma patients with a history of alcohol consumption.

Methods: This study was a retrospective cross-sectional descriptive study conducted among 365 trauma patients with a history of alcohol consumption who were admitted to Sunpasitthiprasong Hospital, Ubon Ratchathani, between June 1, 2021 and June 1, 2024. Purposive sampling was employed. Data were obtained from medical records and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, Independent samples t-test, and the Mann-Whitney U test. In addition, a two-step logistic regression analysis and multivariate logistic regression (bivariate and multivariate analyses) were performed. A p-value < 0.05 was considered statistically significant.

Results: A total of 365 patients were included in the study, with a mean age of 48.8 ± 13.15 years; 95.1% were male. The majority had single-system injuries (67.7%), while 32.3% sustained multiple injuries. The prevalence of alcohol withdrawal delirium (delirium tremens; F10.4) among trauma patients with a history of alcohol consumption was 41.1%. Risk factors significantly associated with this condition included a history of prior alcohol withdrawal delirium (aOR = 6.04, 95% CI 3.06 – 11.91) and a hospital stay of ≥ 7 days (aOR = 3.59, 95% CI 1.91 – 6.75). In contrast, protective factors included a history of alcohol withdrawal seizures (aOR = 0.34, 95% CI 0.19 – 0.62) and prior use of psychotropic medications (aOR = 0.28, 95% CI 0.12 – 0.63). Furthermore, patients with alcohol withdrawal delirium had more laboratory abnormalities compared to those with alcohol withdrawal without delirium (F10.3), including higher levels of Blood Urea Nitrogen (BUN) (p-value = 0.039), Creatinine (p-value = 0.037), and Potassium (p-value = 0.041), along with lower Bicarbonate (HCO_3) levels (p-value = 0.041). In addition, this group experienced longer hospital stays (median = 11 days, IQR 7 – 17).

Conclusions: Alcohol withdrawal delirium is a frequent complication in trauma patients with a history of alcohol use and is associated with multiple clinical and laboratory risk factors. Early screening and close monitoring of high-risk patients are essential for reducing complications and mitigating the healthcare burden.

Keywords: alcohol withdrawal delirium, trauma patients, prevalence

Corresponding author: Juthathip Saravithi

E-mail: honey_kiki_94@hotmail.com

Received: 11 July 2025 Revised: 30 August 2025 Accepted: 7 September 2025

บทนำ

แอลกอฮอล์เป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มนุษย์ดื่มมานานกว่า 10,000 ปี บทบาทของแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับหลายมิติของชีวิต ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง¹⁻³ แม้การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เหมาะสมอาจช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย แต่การดื่มเกินขนาดหรือดื่มอย่างต่อเนื่องโดยขาดการควบคุม ย่อมก่อให้เกิดกระทบต่อสุขภาพตามมา ทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการง่วงซึม สมาธิลดลง การตัดสินใจบกพร่อง⁴⁻⁶ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุอย่างมีนัยสำคัญ⁷ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากแอลกอฮอล์ประมาณ 3 ล้านคนทั่วโลก และแอลกอฮอล์ทำให้เกิดโรคมากกว่า 230 ชนิด¹⁴ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐกิจจากการบริโภคแอลกอฮอล์ในปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึง 165,450.5 ล้านบาท และต้นทุนทางอ้อมจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึง 159,358.8 ล้านบาท¹⁰ นอกจากนี้ศูนย์วิจัยปัญหาแอลกอฮอล์ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพยังรายงานไว้ว่า ผู้บาดเจ็บบนท้องถนนกว่าร้อยละ 60 มีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงเกินกว่ากฎหมายกำหนด¹¹

ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal syndrome: AWS) เนื่องจากมีปัจจัยกระตุ้นหลายประการ เช่น ความเครียดจากการบาดเจ็บ การหยุดดื่มแอลกอฮอล์กะทันหันระหว่างรักษา หรือการได้รับยาที่มีฤทธิ์ต่อจิตประสาท⁹ ฐานข้อมูล Trauma Quality Program และ National Inpatient Trauma Sample ของสหรัฐอเมริกา รายงานว่า อุบัติการณ์ของภาวะถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุอยู่ที่ 0.7 - 1.4% ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปที่ไม่ได้มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ (0.5%)^{17,27} และสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ

ผลลัพธ์ทางคลินิกของภาวะถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุยังมีความรุนแรงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์มีอัตราการเกิดเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์สูงถึง 11% ซึ่งสูงกว่าผู้ป่วยทั่วไปที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (พบเพียง 5 - 8%)^{24,28} นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ร่วมกับอุบัติเหตุยังมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ชัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหายใจล้มเหลว และการตกเตียง ส่งผลให้เพิ่มโอกาสเสียชีวิตและทำให้ระยะเวลาอนโรยพยาบาลยาวนานขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ (non-trauma) ที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์^{16,23} รวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงกว่าหลายเท่าและโอกาสส่งกลับบ้านน้อยกว่า²⁷

ในประเทศไทยงานวิจัยเชิงคลินิกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก (ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุ) พบว่าความเสี่ยงเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์สัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงการดื่ม (alcohol use disorders identification test: AUDIT) และความถี่การดื่มที่สูง ประวัติเคยมีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติดร่วม อายุที่มากขึ้น รวมถึงค่าความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ ค่าการทำงานของตับ และค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) แรกรับสูง¹³ นอกจากนี้การศึกษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชายพบความชุกของภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์สูงถึง 41.5% และผู้ป่วยจำนวนมากมีบาดเจ็บศีรษะร่วมด้วย¹²

แม้จะมีรายงานจากต่างประเทศที่ศึกษาเกี่ยวกับความชุกและผลลัพธ์ของภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ แต่ในประเทศไทยยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่และศูนย์ความเป็นเลิศด้านอุบัติเหตุ ในเขตสุขภาพที่ 10 มีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์เข้ารับการรักษามาก และพบภาวะถอนแอลกอฮอล์ตามมาไม่น้อย อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่รายงานความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวอย่างเป็นระบบ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดความรุนแรงของภาวะดังกล่าวในอนาคต

วิธีการศึกษา

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจากสูตร

$$n > \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{e^2}$$

e = ความแม่นยำ (โดยทั่วไปประมาณ 1 - 10%)

(e มักตั้งไว้ไม่เกิน 20% ของ P)

$Z = 1.96$ ที่ CI 95%, $Z^2 = 3.84$

P = สัดส่วนประชากร หรือความถูกต้อง

โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (ค่า e) ไว้ที่ 0.05 สำหรับค่า P นำมาจาก ความถูกต้องของภาวะเพื่อสืบสนจากการถอน แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 33.12) จากการศึกษาของ แววดา อินทุม และคณะ¹³ ผลการคำนวณจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง $n > 341$ ราย

ระเบียบวิธีการและประชากร

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางย้อนหลัง (retrospective cross-sectional study) ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์และได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 365 ราย ซึ่งมากกว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้ เก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธี Purposive sampling โดยรวบรวมครบทุกกรณีที่เกิดขึ้น (census of all eligible cases) โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง ข้อมูลถูกจัดแบ่งชั้น (stratification) ตามปีที่เข้ารับการรักษา ระดับความรุนแรง และหอผู้ป่วยแรกรับ เพื่อความสะดวกในการจัดหมวดหมู่ข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงอนุมานเท่านั้น มิได้ใช้เป็นเกณฑ์การสุ่มหรือการกำหนดสัดส่วนตัวอย่าง การเก็บข้อมูลครอบคลุมผู้ป่วยทุกกรณีที่เข้าเกณฑ์ดังกล่าวช่วยลดความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม (sampling error) และเพิ่มความแม่นยำในการประมาณค่าความถูกต้อง

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์โดยได้รับการบันทึกการวินิจฉัยร่วม (comorbidity หรือ complication) ใน Discharge summary ตามรหัส ICD-10 หมวด F10 – F10.9 และเข้ารับการรักษาแรกรับในหอผู้ป่วย ซึ่งจำแนกตามระดับความรุนแรงและความเชี่ยวชาญ ได้แก่ หอผู้ป่วยหนัก (intensive care unit: ICU) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจหรือมีสัญญาณชีพไม่คงที่ และหอผู้ป่วยสามัญ (general ward) สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและมีสัญญาณชีพคงที่ การจัดสรรผู้ป่วยเข้าสู่หอผู้ป่วยเฉพาะทางขึ้นกับระบบอวัยวะที่บาดเจ็บ โดยหอผู้ป่วยอุบัติเหตุใช้สำหรับผู้ที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ (multiple trauma) หอผู้ป่วยประสาทศัลยกรรมใช้สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และระบบประสาท หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ใช้สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกและข้อที่ไม่รวมกระดูกสันหลัง หอผู้ป่วยกระดูกสันหลังใช้สำหรับการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับกระดูกสันหลังโดยเฉพาะ และ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่งใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณใบหน้า กราม และขากรรไกร

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ ผู้ป่วยที่ย้ายมาจากหอผู้ป่วยอื่น ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ผู้ที่ไม่ใช่สัญชาติไทย และผู้ที่มีการรับไว้รักษาซ้ำภายในช่วงเวลาศึกษา โดยนับเฉพาะครั้งแรก (index admission) และตัดรายการซ้ำ (duplicate admission) ออกจากการวิเคราะห์ทั้งหมด

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี (เลขที่ 115/2567) และได้รับการยกเว้นการขอความยินยอมเป็นรายบุคคล (waiver of informed consent) เนื่องจากเป็นการศึกษาย้อนหลังที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากเวชระเบียนที่ถูกตัดอัตลักษณ์ออกทั้งหมด ผู้เข้าร่วมไม่ได้รับผลกระทบต่อการรักษา ข้อมูลทั้งหมดถูกเข้ารหัสและจัดเก็บในระบบที่มีการควบคุมการเข้าถึงอย่างปลอดภัยตามระเบียบของสถาบันและข้อกำหนดของคณะกรรมการจริยธรรม นอกจากนี้คณะกรรมการจริยธรรมได้พิจารณาและอนุมัติการยกเว้นการขอความยินยอมในกรณีผู้เยาว์ (อายุ 15 - 17 ปี) และผู้ที่มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการให้ความยินยอม เนื่องจากการใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยง ข้อมูลถูกใช้ในลักษณะรวม (aggregate data) เพื่อการวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีการติดต่อหรือติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อนิติ ความเป็นส่วนตัว หรือการรักษาพยาบาลของผู้เข้าร่วมแต่อย่างใด

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ คือ ฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์เวชระเบียนของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกเก็บข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ที่อยู่ ภูมิลาเนา อาชีพ และสิทธิการรักษาพยาบาล
2. แบบบันทึกเก็บข้อมูลการเจ็บป่วย ได้แก่ ประวัติโรคประจำตัว ชนิดของโรคประจำตัว หอผู้ป่วยในแรกรับที่ผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับการรักษา สาเหตุของอุบัติเหตุ ภาวะบาดเจ็บสมองร่วม อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนระหว่าง

นอนโรงพยาบาล การปรึกษาจิตแพทย์ระหว่างนอนโรงพยาบาล
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และสถานะการจำหน่ายจาก
โรงพยาบาล

3. แบบบันทึกเก็บข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด ได้แก่ การวินิจฉัยโรคตามรหัสการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision: ICD-10) หมวด (F10 - F10.9) ประวัติพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ (ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม, ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์, ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน, ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์) ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ประวัติการใช้สารเสพติด ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล และอาการของภาวะถอนแอลกอฮอล์ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล (สัญญาณชีพแรกพบ: ชีพจร, ความดันโลหิตและอุณหภูมิร่างกาย, อาการมือสั่น, อาการเหงื่อแตก, อาการประสาทหลอน และอาการเพื่อสับสน)

4. แบบบันทึกเก็บข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ ได้แก่ Blood sugar, White Blood Cell (WBC), Platelets, Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, Sodium (Na), Potassium (K), Bicarbonate (HCO_3), Aspartate aminotransferase (AST) และ Alanine aminotransferase (ALT)

การนิยามตัวแปรหลัก (operational definitions)

ภาวะ Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS) และ Delirium Tremens (DTs) ถูกนิยามตามรหัสการวินิจฉัย ICD-10 ที่บันทึกในเวชระเบียน โดย Alcohol Withdrawal Syndrome ใช้รหัส F10.3 และ Delirium Tremens ใช้รหัส F10.4 ซึ่งอ้างอิงจากการประเมินทางคลินิกในเวชปฏิบัติจริง กรณีที่มีการปรึกษาจิตแพทย์ การวินิจฉัยกระทำโดยจิตแพทย์ผู้ดูแล ส่วนกรณีที่ไม่ได้มีการปรึกษาจิตแพทย์ การวินิจฉัยกระทำโดยแพทย์เจ้าของไข้ (primary physician) ข้อมูลการวินิจฉัยบันทึกไว้ใน Discharge summary หรือ Progress note ทั้งนี้ ไม่ได้มีการใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) หรือ Alcohol withdrawal scale ในการยืนยันทุกราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25 โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูล ตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปรเชิงปริมาณด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่ไม่เป็นการแจกแจงปกติ ($p < 0.05$) ยกเว้น อายุ ความดันโลหิตค่าบน (systolic blood pressure: SBP) ความดันโลหิตค่าล่าง (diastolic blood pressure: DBP) ที่พบว่าเป็นการแจกแจงปกติ ($p > 0.05$)

สำหรับสถิติเชิงวิเคราะห์ ตัวแปรเชิงปริมาณที่แจกแจงปกติรายงานเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($\text{Mean} \pm \text{SD}$) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test ขณะที่ตัวแปรที่ไม่เป็นการแจกแจงปกติรายงานเป็นค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ (Median, IQR) และใช้ Mann-Whitney U test ในการเปรียบเทียบ สำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพรายงานเป็นจำนวนและร้อยละโดยใช้ Pearson's Chi-square test หากค่าคาดหวัง (expected frequency) ในเซลล์ใดน้อยกว่า 5 ในมากกว่า 20% ของเซลล์ จะใช้ Fisher's exact test แทน การเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยใช้เกณฑ์ความแตกต่างที่ $p < 0.05$ การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกสองขั้นตอนและวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (bivariate และ multivariate logistic regression) รายงานผลเป็นค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) โดยตัวแปรที่มีค่า $p < 0.20$ จากการวิเคราะห์ Bivariate จะถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ Multivariate ด้วยวิธี Enter method และมีการปรับค่าตัวแปรกวน (confounders) ทั้งหมด

ในกรณีตาราง 2×2 ที่มีค่าในเซลล์เท่ากับศูนย์ (zero cell) ซึ่งจัดว่าเป็นภาวะ Quasi-complete separation จะไม่รายงานค่า Odds Ratio (OR) และ 95% CI แต่รายงานค่า p-value จาก Fisher's exact test แทน และตัวแปรดังกล่าวจะไม่ถูกนำเข้าไปในโมเดลถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังในช่วงตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2567 พบว่า การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์

รวมทั้งสิ้น 365 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 347 ราย (ร้อยละ 95.1) และเป็นเพศหญิง 18 ราย (ร้อยละ 4.9) อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 48.8 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.15 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 287 ราย (ร้อยละ 78.6) รองลงมาคือจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 7.1) และจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 6.8) สำหรับอาชีพพบว่าสามอันดับแรก ได้แก่ เกษตรกร จำนวน 143 ราย (ร้อยละ 39.2) รับจ้างทั่วไป จำนวน 128 ราย (ร้อยละ 35.1) และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 15.6) ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวน 166 ราย ใช้สิทธิการรักษาตามพระราชบัญญัติประกันบุคคล (ร้อยละ 45.5) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 157 ราย (ร้อยละ 43.0) และประกันสังคม จำนวน 20 ราย (ร้อยละ 5.5) ผู้ป่วยกว่า 191 ราย (ร้อยละ 52.3) ไม่มีโรคประจำตัว โดยในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบมากที่สุดคือโรคทางกายอื่นๆ จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 54.0) โรคประจำตัวทางจิตเวช จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 23.0) และโรคตับแข็ง จำนวน 13 ราย (ร้อยละ 7.5)

หอผู้ป่วยแรกรับที่ผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับการรักษามากที่สุด ได้แก่ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ จำนวน 101 ราย (ร้อยละ 27.7) และหอผู้ป่วยประสาทศัลยกรรม จำนวน 81 ราย (ร้อยละ 22.2) และหอผู้ป่วยออโรโปิติกส์ จำนวน 71 ราย (ร้อยละ 19.4) ส่วนสาเหตุของอุบัติเหตุที่พบมากที่สุดคือ การขับขี่หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ จำนวน 162 ราย (ร้อยละ 44.4) และการตกจากที่สูง จำนวน 111 ราย (ร้อยละ 30.4) โดยมีผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บสมองรวม จำนวน 252 ราย (ร้อยละ 69.1) ผู้ป่วยมากกว่าสองในสาม มีการบาดเจ็บระบบเดียว จำนวน 247 ราย (ร้อยละ 67.7) และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บจัดอยู่ในกลุ่มบาดเจ็บทั่วไป จำนวน 313 ราย (ร้อยละ 85.8) สำหรับตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บพบว่าส่วนศีรษะและสมองเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุด จำนวน 252 ราย (ร้อยละ 69.4) รองลงมาคือ สะโพก ขา และเท้า จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 33.7) แขนและมือ จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 16.7) มีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 117 ราย (ร้อยละ 32.1) และมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด จำนวน 214 ราย (ร้อยละ 58.6) ภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนโรงพยาบาลพบในผู้ป่วย จำนวน 224 ราย (ร้อยละ 61.4) และมีการปรึกษาจิตแพทย์ระหว่างการรักษา จำนวน 209 ราย (ร้อยละ 57.3) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยอยู่ที่ 13.1 วัน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.56 วัน) ส่วนผลการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการดีขึ้น จำนวน 346 ราย (ร้อยละ 94.8)

ในด้านการวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD-10 พบว่ามีความชุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal delirium/delirium tremens; F10.4) จำนวน 150 ราย (ร้อยละ 41.1) รองลงมาคือ ภาวะถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal state/non-delirium tremens; F10.3) จำนวน 90 ราย (ร้อยละ 24.7) และภาวะติดแอลกอฮอล์ที่ไม่มีอาการถอนในระหว่างการนอนรักษาครั้งปัจจุบัน (alcohol dependence without alcohol withdrawal state; F10.2) จำนวน 76 ราย (ร้อยละ 20.8)

สำหรับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อดื่มสุราขาว จำนวน 330 ราย (ร้อยละ 90.4) และดื่มเป็นประจำทุกวัน จำนวน 310 ราย (ร้อยละ 84.9) รองลงมาคือกลุ่มที่ดื่ม 5 - 6 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 4.8) โดยภาพรวมผู้ป่วยมีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 12.2 ± 9.12 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ย 19.0 ± 11.00 ปี และระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.6 ± 1.67 วัน

ในส่วนของประวัติทางการแพทย์ พบว่าผู้ป่วยจำนวน 235 ราย (ร้อยละ 64.4) เคยมีประวัติภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ผู้ป่วยจำนวน 111 ราย (ร้อยละ 30.4) เคยมีประวัติชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ผู้ป่วยจำนวน 114 ราย (ร้อยละ 31.2) เคยมีประวัติเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน และผู้ป่วยจำนวน 60 ราย (ร้อยละ 16.4) เคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน นอกจากนี้ผู้ป่วยจำนวน 65 ราย (ร้อยละ 17.8) มีประวัติการทนายที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และผู้ป่วยจำนวน 23 ราย (ร้อยละ 6.3) มีประวัติการใช้สารเสพติด สำหรับอาการของภาวะถอนแอลกอฮอล์ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 238 ราย (ร้อยละ 65.2) มีอาการมือสั่น ผู้ป่วยจำนวน 191 ราย (ร้อยละ 52.3) มีอาการเหงื่อแตก ผู้ป่วยจำนวน 235 ราย (ร้อยละ 64.4) มีอาการประสาทหลอน และผู้ป่วยจำนวน 230 ราย (ร้อยละ 63.0) มีอาการเพื่อสับสน ทั้งนี้มีผู้ป่วยวินิจฉัย Delirium tremens (F10.4) จำนวน 150 ราย และมีผู้ป่วยที่บันทึกว่ามีอาการเพื่อสับสนจำนวน 230 ราย ดังแสดงในตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (non-alcohol withdrawal syndrome: Non-AWS) กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal syndrome: AWS; F10.3 + F10.4) พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญหลายประการ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (AWS) จะมีความถี่ในการดื่มทุกวันสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Non-AWS) อย่างชัดเจน (ร้อยละ 99.6 เทียบกับ ร้อยละ 56.8,

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด (N = 365)

ลักษณะประชากร		จำนวน (%)	ค่าเฉลี่ย (SD)
1.1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป			
เพศ	ชาย	347 (95.1%)	48.8 (13.15)
	หญิง	18 (4.9%)	
อายุ (ปี)			
ที่อยู่ภูมิลำเนา (จังหวัด)	อุบลราชธานี	287 (78.6%)	
	อำนาจเจริญ	26 (7.1%)	
	ศรีสะเกษ	25 (6.8%)	
	มุกดาหาร	8 (2.2%)	
	ยโสธร	6 (1.6%)	
	จังหวัดอื่นๆ	13 (3.7%)	
อาชีพ	เกษตรกร	143 (39.2%)	
	รับจ้างทั่วไป	128 (35.1%)	
	ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	17 (4.7%)	
	อาชีพอิสระ	12 (3.3%)	
	ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	6 (1.6%)	
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	57 (15.6%)	
	นักเรียน/นักศึกษา	2 (0.5%)	
สิทธิการรักษาพยาบาล	พระราชบัญญัติประกันบุคคล	166 (45.5%)	
	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	157 (43.0%)	
	ประกันสังคม	20 (5.5%)	
	เบิกตรง/อปท	18 (4.9%)	
	เงินสด	4 (1.1%)	
1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วย			
โรคประจำตัว	มี	174 (47.7%)	
	ไม่มี	191 (52.3%)	
ชนิดของโรคประจำตัว	โรคทางกายอื่นๆ	94 (54.0%)	
	โรคตับแข็ง	13 (7.5%)	
	โรคประจำตัวทางจิตเวช	40 (23.0%)	
	โรคทางกายและโรคทางจิตเวช	27 (15.5%)	
หอผู้ป่วยในแรกวันที่เข้ารับรักษา	หอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ	44 (12.1%)	
	หอผู้ป่วยหนักประสาทศัลยกรรม	32 (8.8%)	
	หอผู้ป่วยหนักออโรโปติกส์	18 (4.9%)	
	หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ	101 (27.7%)	
	หอผู้ป่วยประสาทศัลยกรรม	81 (22.2%)	
	หอผู้ป่วยออโรโปติกส์	71 (19.4%)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด (N = 365) (ต่อ)

ลักษณะประชากร		จำนวน (%)	ค่าเฉลี่ย (SD)
สาเหตุของอุบัติเหตุ	หอผู้ป่วยกระดูกสันหลัง	7 (1.9%)	
	หอผู้ป่วยศัลยกรรมตกแต่ง	11 (3.0%)	
	ขับขึ้นหรือโดยสารรถจักรยานยนต์	162 (44.4%)	
	ขับขึ้นหรือโดยสารรถยนต์	11 (3.0%)	
	ถูกรถชน	7 (1.9%)	
	ตกจากที่สูง	111 (30.4%)	
	อุบัติเหตุอื่นๆ	74 (20.3%)	
ภาวะบาดเจ็บสมองร่วม	มี	252 (69.1%)	
	ไม่มี	113 (30.9%)	
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ	ศีรษะและสมอง	252 (69.4%)	
	ลำคอ	25 (6.8%)	
	ทรวงอก	33 (9%)	
	ช่องท้องและเชิงกราน	41 (11.2%)	
	แขนและมือ	61 (16.7%)	
	สะโพก/ขาและเท้า	123 (33.7%)	
	อื่นๆ	9 (2.5%)	
รูปแบบการบาดเจ็บ	ระบบเดียว (single organ injury)	247 (67.7%)	
	หลายระบบ (multiple organ injury)	118 (32.3%)	
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บ	บาดเจ็บทั่วไป (LOS < 21 วัน)	313 (85.8%)	
	บาดเจ็บสาหัส (LOS ≥ 21 วัน)	52 (14.2%)	
ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ	ใส่	117 (32.1%)	
	ไม่ใส่	248 (67.9%)	
การผ่าตัด	มี	214 (58.6%)	
	ไม่มี	151 (41.4%)	
ภาวะแทรกซ้อนระหว่างนอนโรงพยาบาล	มี	224 (61.4%)	
	ไม่มี	141 (38.6%)	
การปรึกษาจิตแพทย์ระหว่างนอนโรงพยาบาล	มี	209 (57.3%)	
	ไม่มี	156 (42.7%)	
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล (วัน)			13.1 (16.56)
สถานะการจำหน่ายจากโรงพยาบาล	ดีขึ้น (improved)	346 (94.8%)	
	ไม่ดีขึ้น (not improved)	3 (0.8%)	
	เสียชีวิต (death)	16 (4.4%)	
1.3 ข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด			
การวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD-10 หมวด (F10 - F10.9)			
- Alcohol harmful use without alcohol withdrawal state (F10.1)		49 (13.4%)	
- Alcohol dependence without alcohol withdrawal state (F10.2)		76 (20.8%)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด (N = 365) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (%)	ค่าเฉลี่ย (SD)
- Alcohol withdrawal state without delirium/Non delirium tremens (F10.3)	90 (24.7%)	
- Alcohol withdrawal with delirium/Delirium tremens (F10.4)	150 (41.1%)	
ประวัติพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์		
- ชนิดของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม	สุราขาว	330 (90.4%)
	สุราสี	6 (1.6%)
	เบียร์	29 (8.0%)
- ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์	ทุกวัน	310 (84.9%)
	5 - 6 วัน/สัปดาห์	17 (4.8%)
	1 - 4 วัน/สัปดาห์	18 (4.9%)
	1 - 3 ครั้ง/เดือน	20 (5.4%)
- ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน (standard drinks)		12.2 (9.12)
- ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)		19.0 (11.00)
ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	235 (64.4%)
	ไม่มี	130 (35.6%)
ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	111 (30.4%)
	ไม่มี	254 (69.6%)
ประวัติเคยมีแพ้สับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	114 (31.2%)
	ไม่มี	251 (68.8%)
ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	60 (16.4%)
	ไม่มี	305 (83.6%)
ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	มี	65 (17.8%)
	ไม่มี	300 (82.2%)
ประวัติการใช้สารเสพติด	มี	23 (6.3%)
- ยาบ้า		16 (4.4%)
- กัญชา		4 (1.1%)
- กระท่อม		2 (0.5%)
- สารเสพติดอื่นๆ		1 (0.3%)
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล (วัน)		1.6 (1.67)
อาการของภาวะถอนแอลกอฮอล์ขณะนอนโรงพยาบาล		
- สัญญาณชีพแปรปรวน	ชีพจร	95.8 (13.30)
	ความดันโลหิตค่าบน (SBP)	140.9 (19.12)
	ความดันโลหิตค่าล่าง (DBP)	85.8 (13.09)
	อุณหภูมิร่างกาย	37.4 (0.72)
- อาการมือสั่น	มี	238 (65.2%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลลักษณะการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้ยาหรือสารเสพติด (N = 365) (ต่อ)

ลักษณะประชากร	จำนวน (%)	ค่าเฉลี่ย (SD)
- อาการเหงื่อแตก	ไม่มี 127 (34.8%) มี 191 (52.3%)	
- อาการประสาทหลอน	ไม่มี 174 (47.7%) มี 235 (64.4%)	
- อาการเพ้อสับสน	ไม่มี 130 (35.6%) มี 230 (63.0%) ไม่มี 135 (37.0%)	

หมายเหตุ ข้อมูลแสดงเป็นค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: SD) เพื่อแสดงภาพรวม การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มในตารางถัดไปใช้ค่ามัธยฐาน (ช่วงควอไทล์: IQR) และสถิติที่เหมาะสมตามการแจกแจงข้อมูล

$p < 0.001$) ทั้งนี้ค่าเฉลี่ยเป็นศูนย์ ส่งผลให้ Odds Ratio (OR) ที่ปรับแล้วไม่แสดงนัยสำคัญทางสถิติโดยวิธีถดถอย (รายงาน p-value จาก Fisher's exact ตามข้อกำหนดตาราง) ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อนสัมพันธ์กับโอกาสการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (adjusted OR = 6.48; 95% CI: 3.38 - 12.44; $p < 0.001$) เช่นเดียวกับประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (adjusted OR = 2.28; 95% CI: 1.17 - 4.43; $p = 0.015$) และประวัติเคยมีเพ้อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (adjusted OR = 2.59; 95% CI: 1.32 - 5.05; $p = 0.005$) ขณะที่ปัจจัยที่สัมพันธ์เชิงป้องกัน ได้แก่ ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน (adjusted OR = 0.30; 95% CI: 0.15 - 0.57; $p < 0.001$) ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (adjusted OR = 0.33; 95% CI: 0.17 - 0.65; $p < 0.001$) และประวัติการใช้สารเสพติด (adjusted OR = 0.24; 95% CI: 0.07 - 0.81; $p = 0.021$) ส่วนระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไปไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม (adjusted OR = 1.62; 95% CI: 0.84 - 3.10; $p = 0.147$) ดังแสดงใน **ตารางที่ 2**

นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (AWS) มีค่าความดันโลหิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Non-AWS) อย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบน Systolic Blood Pressure (SBP) อยู่ที่ 144.3 ± 16.91 mmHg เทียบกับ 134.4 ± 21.40 mmHg ($p < 0.001$) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง Diastolic Blood Pressure (DBP) อยู่ที่ 88.3 ± 11.84 mmHg เทียบกับ 80.9 ± 14.07 mmHg ($p < 0.001$) นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (AWS) มีสัดส่วนผู้ป่วย

ขาดเจ็บหลายระบบสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Non-AWS) อย่างมีนัยสำคัญ (36.7% เทียบกับ 24.0%, $p = 0.019$) รวมถึงมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงกว่า (37.5°C [IQR 37.10 - 37.90] เทียบกับ 37.3°C [IQR 37.00 - 37.70], $p < 0.001$) ในขณะที่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (AWS) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (Non-AWS) (9.0 mg/dL [IQR 7.00 - 14.00] เทียบกับ 8.0 mg/dL [IQR 6.00 - 12.00], $p = 0.028$)

ในการเปรียบเทียบกลุ่มย่อย (subgroup) ภายในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (AWS) พบว่าผู้ป่วย Recurrent AWS มีลักษณะบางประการแตกต่างจาก Naive AWS อย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่ม Recurrent AWS มีสัดส่วนเพศชายมากกว่า (98.5% เทียบกับ 85.0%, $p < 0.001$) มีค่า Systolic Blood Pressure (SBP) เฉลี่ยสูงกว่า (146.1 ± 16.40 mmHg เทียบกับ 135.1 ± 16.54 mmHg, $p < 0.001$) และมีค่า Diastolic Blood Pressure (DBP) เฉลี่ยสูงกว่า (89.2 ± 11.81 mmHg เทียบกับ 83.7 ± 11.00 mmHg, $p = 0.006$) นอกจากนี้กลุ่ม Recurrent AWS ยังมีอุณหภูมิเฉลี่ยสูงกว่า (37.6°C [IQR 37.20 - 38.00] เทียบกับ 37.1°C [IQR 36.58 - 37.70], $p < 0.001$) ขณะที่ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบความแตกต่างของค่า Sodium (Na) ซึ่งกลุ่ม Recurrent AWS มีค่าต่ำกว่า (138.0 mmol/L [IQR 135 - 141] เทียบกับ 141.0 mmol/L [IQR 136 - 143], $p = 0.012$) และมีค่า Bicarbonate (HCO_3) ที่สูงกว่า (23.0 mmol/L [IQR 19 - 26] เทียบกับ 21.0 mmol/L [IQR 17 - 23], $p = 0.013$) ดังแสดงใน **ตารางที่ 3**

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Non-Alcohol Withdrawal Syndrome (Non-AWS) และกลุ่มที่มี Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS; F10.3 + F10.4) วิเคราะห์ด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม และ Logistic regression

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non - Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 125)	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	p-value	Unadjusted OR (95% CI)	p-value	Adjusted OR ^a (95% CI)
		จำนวน (%)	จำนวน (%)				
ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์	ทุกวัน	71 (56.8%)	239 (99.6%)	< 0.001*	181.77 (24.71 – 1337.41)	1.000	1.58 (0.00 – ∞)
	บางครั้ง	54 (43.2%)	1 (0.4%)				
ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	35 (28.0%)	200 (83.3%)	< 0.001*	12.86 (7.66 – 21.57)	< 0.001*	6.48 (3.38 – 12.44)
	ไม่มี	90 (72.0%)	40 (16.7%)				
ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	16 (12.8%)	95 (39.6%)	< 0.001*	4.46 (2.49 – 8.01)	0.015*	2.28 (1.17 – 4.43)
	ไม่มี	109 (87.2%)	145 (60.4%)				
ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	16 (12.8%)	98 (40.8%)	< 0.001*	4.70 (2.62 – 8.43)	0.005*	2.59 (1.32 – 5.05)
	ไม่มี	109 (87.2%)	142 (59.2%)				
ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	25 (20.0%)	35 (14.6%)	0.240	0.68 (0.39 – 1.20)	< 0.001*	0.30 (0.15 – 0.57)
	ไม่มี	100 (80.0%)	205 (85.4%)				
ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	มี	31 (24.8%)	34 (14.2%)	0.018*	0.50 (0.29 – 0.86)	< 0.001*	0.33 (0.17 – 0.65)
	ไม่มี	94 (75.2%)	206 (85.8%)				
ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ	มี	15 (12.0%)	8 (3.3%)	0.003*	0.25 (0.10 – 0.61)	0.021*	0.24 (0.07 – 0.81)
	ไม่มี	110 (88.0%)	232 (96.7%)				
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ≥ 7 วัน ^c	ใช่	77 (61.6%)	148 (61.7%)	1.000	1.00 (0.64 – 1.56)	0.147	1.62 (0.84 – 3.10)
	ไม่ใช่	48 (38.4%)	92 (38.3%)				

หมายเหตุ a ปรับด้วย: อายุ (ต่อ 10 ปี), เพศ, ระยะเวลาที่ดื่ม (ปี), ปริมาณ Standard drinks/วัน (log-transformed ถ้า distribution เบ้), การบาดเจ็บศีรษะร่วม (yes/no), การใส่ท่อช่วยหายใจ (yes/no), การผ่าตัด (yes/no) และตัวแปรที่มี p < 0.20 จากการวิเคราะห์สองตัวแปร (bivariate analysis); c จุดตัด LOS ≥ 7 วัน ใช้จากเกณฑ์ทางคลินิก/สถิติที่กำหนด; ค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดที่ p < 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Non-Alcohol Withdrawal Syndrome (Non-AWS) และกลุ่มที่มี Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS; F10.3 + F10.4)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non - Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 125)	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)			Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)		
		จำนวน (%)	จำนวน (%)	p-value		Naive AWS (N = 40/240)	Recurrent AWS (N = 200/240)	จำนวน (%)	p-value
เพศ	ชาย	116 (92.8%)	231 (96.2%)	0.234		34 (85.0%)		197 (98.5%)	< 0.001*
	หญิง	9 (7.2%)	9 (3.8%)	0.234		6 (15.0%)		3 (1.5%)	< 0.001*
อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ	ระบบเดียว	95 (76.0%)	152 (63.3%)	0.019*		25 (62.5%)		127 (63.5%)	1.000
	หลายระบบ	30 (24.0%)	88 (36.7%)	0.019*		15 (37.5%)		73 (36.5%)	1.000
		ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value		ค่าเฉลี่ย (SD)		ค่าเฉลี่ย (SD)	p-value
อายุ (ปี)		49.3 (14.64)	48.6 (12.33)	0.644		49.8 (13.52)		48.3 (12.10)	0.544
สัญญาณชีพแรกพบ	SBP	134.4 (21.40)	144.3 (16.91)	< 0.001*		135.1 (16.54)		146.1 (16.40)	< 0.001*
	DBP	80.9 (14.07)	88.3 (11.84)	< 0.001*		83.7 (11.00)		89.2 (11.81)	0.006*
		ค่ามัธยฐาน (IQR)	ค่ามัธยฐาน (IQR)	p-value		ค่ามัธยฐาน (IQR)		ค่ามัธยฐาน (IQR)	p-value
ระยะเวลาอนโรพยาบาล (วัน)		10.0 (4.00 – 18.00)	9.0 (5.00 – 15.00)	0.850		10.5 (6.00 – 17.00)		8.0 (5.00 – 15.00)	0.231
ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน (standard drinks)		10.4 (1.89 – 20.83)	10.4 (2.84 – 20.83)	0.119		10.4 (10.41 – 20.83)		10.4 (2.84 – 20.83)	0.950
ระยะเวลาในการดื่มแอลกอฮอล์ (ปี)		20.0 (10.00 – 30.00)	20.0 (15.00 – 30.00)	0.193		20.0 (9.25 – 25.50)		20.0 (10.00 – 25.25)	0.837
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้ง		1.0	1.0	0.068		1.0		1.0	0.381
สุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล (วัน)		(1.00 – 2.00)	(1.00 – 1.00)			(1.00 – 1.00)		(1.00 – 1.00)	

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Non-Alcohol Withdrawal Syndrome (Non-AWS) และกลุ่มที่มี Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS; F10.3 + F10.4) (ต่อ)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non - Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 125)	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	p-value	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	Alcohol Withdrawal Syndrome (N = 240)	p-value
		จำนวน (%)	จำนวน (%)		Naive AWS (N = 40/240)	Recurrent AWS (N = 200/240)	
สัญญาณชีพแรกพบ	ชีพจร	96.0 (88.00 – 106.00)	100.0 (92.00 – 110.00)	0.003*	98.0 (83.50 – 104.50)	98.0 (90.00 – 105.00)	0.308
	อุณหภูมิ	37.3 (37.00 – 37.70)	37.5 (37.10 – 37.90)	< 0.001*	37.1 (36.58 – 37.70)	37.6 (37.20 – 38.00)	< 0.001*
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Blood sugar	124.0 (106.00 – 156.00)	129.0 (110.00 – 156.00)	0.642	127.0 (110.00 – 153.50)	129.0 (110.00 – 156.00)	0.621
	WBC	9,100 (7,170 – 11,600)	9,250 (7,210 – 10,700)	0.649	8,915 (7,210 – 10,700)	9,150 (7,210 – 10,700)	0.544
	Platelets	162,000 (119,000 – 247,000)	170,000 (119,000 – 238,000)	0.974	170,000 (119,000 – 238,000)	170,000 (119,000 – 238,000)	0.989
	BUN	8.0 (6.00 – 12.00)	9.0 (7.00 – 14.00)	0.028*	9.6 (8.00 – 13.00)	9.1 (7.00 – 12.77)	0.243
	Creatinine	0.7 (0.60 – 0.90)	0.7 (0.60 – 0.90)	0.470	0.7 (0.60 – 0.90)	0.7 (0.60 – 0.90)	0.965
	Sodium	138.0 (135 – 141)	138.0 (135 – 142)	0.563	141.0 (136 – 143)	138.0 (135 – 141)	0.012*
	Potassium	3.5 (3.00 – 3.80)	3.5 (3.00 – 3.80)	0.687	3.6 (3.00 – 3.73)	3.4 (3.00 – 3.80)	0.830
	Bicarbonate	22.0 (19 – 26)	22.0 (18 – 25)	0.046*	21.0 (17 – 23)	23.0 (19 – 26)	0.013*
	AST	90.0 (53 – 153)	80.0 (49 – 151)	0.376	76.0 (47 – 150)	80.0 (49 – 151)	0.816
	ALT	39.0 (24 – 74)	34.0 (22 – 57)	0.242	34.0 (22 – 72)	34.0 (22 – 56)	0.304

หมายเหตุ ข้อมูลแสดงเป็นค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน: SD) สำหรับตัวแปรที่แจกแจงปกติ, ค่ามัธยฐาน (ช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ 25 – 75, IQR) สำหรับตัวแปรที่แจกแจงไม่ปกติ และจำนวน (ร้อยละ) สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม ข้อมูลเปรียบเทียบโดยใช้ Independent t-test หรือ Mann-Whitney U test สำหรับตัวแปรเชิงต่อเนื่อง และ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม ตามความเหมาะสม; ค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดที่ $p < 0.05$

จากการวิเคราะห์เชิงสองตัวแปร (bivariate analysis) พบว่าหลายปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ได้แก่ ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (unadjusted OR = 0.39, 95% CI 0.23 - 0.66, $p < 0.001$), ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (unadjusted OR = 5.10, 95% CI 2.77 - 9.40, $p < 0.001$), ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (unadjusted OR = 0.27, 95% CI 0.13 - 0.55, $p < 0.001$) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป (unadjusted OR = 5.37, 95% CI 3.18 - 9.07, $p < 0.001$) ขณะที่ตัวแปรอื่นๆ เช่น ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน และประวัติการใช้สารเสพติด ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

เมื่อทำการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate logistic regression) โดยการปรับตัวแปรกวนที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่คงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (adjusted OR = 0.34, 95% CI 0.19 - 0.62, $p < 0.001$), ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (adjusted OR = 6.04, 95% CI 3.06 - 11.91, $p < 0.001$), ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (adjusted OR = 0.28, 95% CI 0.12 - 0.63, $p = 0.002$) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป (adjusted OR = 3.59, 95% CI 1.91 - 6.75, $p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (non-delirium tremens; F10.3) กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (delirium tremens; F10.4) พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติหลายประการ ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ (non-delirium tremens; F10.3) มีอายุเฉลี่ยสูงกว่า (49.6 ปี เทียบกับ 46.4 ปี, $p = 0.047$) ในขณะที่กลุ่ม Delirium tremens มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลยาวนานกว่า โดยมีค่ามัธยฐาน 11 วัน เทียบกับ 5 วัน ในกลุ่ม Non-delirium tremens ($p < 0.001$) รวมถึงมีระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ยาวนานกว่า (ค่ามัธยฐาน 20 ปี เทียบกับ 18.5 ปี, $p = 0.028$) และมีอุณหภูมิร่างกายเฉลี่ยสูงกว่า ($p = 0.033$) สำหรับค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (delirium tremens; F10.4) มีค่า Potassium (K) สูงกว่า ($p = 0.041$) มีค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) สูงกว่า ($p = 0.039$)

และมีค่า Creatinine สูงกว่า ($p = 0.037$) ในขณะที่มีค่า Bicarbonate (HCO_3) ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้ายก่อนมาโรงพยาบาล ค่าซีฟร่า ค่าความดันโลหิต รวมถึงค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Blood sugar, WBC, Platelets, Sodium (Na), Aspartate aminotransferase (AST) และ Alanine aminotransferase (ALT) ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม ($p > 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

ความซุกและการเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความซุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่ามีความซุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ร้อยละ 41.1 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ธรรมศักดิ์ อัจฉริยะสวัสดิ์¹² ในปี พ.ศ. 2559 ที่ทำการศึกษาแบบย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย ในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2566 จำนวน 82 ราย ในโรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีความซุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ร้อยละ 41.5 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ แวตตา อินทุม และคณะ¹³ ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งทำการศึกษาผู้ป่วยอุบัติเหตุ โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงปี พ.ศ. 2557 - 2561 จำนวน 160 ราย พบว่ามีความซุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.1 ซึ่งมีความซุกต่ำกว่าเล็กน้อยเทียบกับผลการศึกษานี้ และเทียบกับผลการศึกษาของ ธรรมศักดิ์ อัจฉริยะสวัสดิ์¹² ทั้งที่โรงพยาบาลอุดรธานีนั้นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่รับผู้ป่วยอุบัติเหตุเช่นเดียวกัน ในประเด็นนี้ ผู้วิจัยตั้งข้อสันนิษฐานว่าความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะประชากรในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันทั้งในด้านปริมาณและรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ โดยจากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564¹⁰ พบว่าจังหวัดอุบลราชธานีมีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในประชากรเพศชายสูงกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือเฉลี่ยร้อยละ 7.5 ซึ่งอาจสะท้อนถึงการมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องหรือปริมาณมาก ซึ่งอาจทำให้ความซุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์สูงกว่าจังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Alcohol Withdrawal Syndrome without delirium (non - delirium tremens; F10.3) และกลุ่มที่มี Alcohol Withdrawal Syndrome with delirium (delirium Tremens; F10.4) วิเคราะห์ด้วย Chi-square test หรือ Fisher's exact test ตามความเหมาะสม และวิเคราะห์ Logistic regression

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non - delirium tremens (F10.3) (N = 90) จำนวน (%)	Delirium tremens (F10.4) (N = 150) จำนวน (%)	p-value (Crude)	Unadjusted OR (95% CI)	p-value (Adj)	Adjusted OR ^a (95% CI)
ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์	ทุกวัน	89 (98.9%)	150 (100.0%)	0.375 ^b	-b	-	-
	บางครั้ง	1 (1.1%)	0 (0) †				
ประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	78 (86.7%)	122 (81.3%)	0.371	0.67 (0.32 – 1.4)	0.356	0.67 (0.32 – 1.40)
	ไม่มี	12 (13.3%)	28 (18.7%)				
ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	50 (55.6%)	45 (30.0%)	< 0.001*	0.39 (0.23 – 0.66)	< 0.001*	0.34 (0.19 – 0.62)
	ไม่มี	40 (44.4%)	105 (70.0%)				
ประวัติเคยมีแพ้สับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	17 (18.9%)	81 (54.0%)	< 0.001*	5.10 (2.77 – 9.40)	< 0.001*	6.04 (3.06 – 11.91)
	ไม่มี	73 (81.1%)	69 (46.0%)				
ประวัติเคยได้รับการรักษาโรคติดแอลกอฮอล์มาก่อน	มี	17 (18.9%)	18 (12.0%)	0.186	0.59 (0.28 – 1.21)	0.240	0.62 (0.28 – 1.38)
	ไม่มี	73 (81.1%)	132 (88.0%)				
ประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท	มี	22 (24.4%)	12 (8.0%)	< 0.001*	0.27 (0.13 – 0.55)	0.002*	0.28 (0.12 – 0.63)
	ไม่มี	68 (75.6%)	138 (92.0%)				
ประวัติการใช้สารเสพติด	มี	4 (4.4%)	4 (2.7%)	0.478	0.59 (0.14 – 2.42)	0.636	0.68 (0.13 – 3.43)
	ไม่มี	86 (95.6%)	146 (97.3%)				
ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ≥ 7 วัน ^c	ใช่	29 (32.2%)	111 (74.0%)	< 0.001*	5.37 (3.18 – 9.07)	< 0.001*	3.59 (1.91 – 6.75)
	ไม่ใช่	61 (67.8%)	39 (26.0%)				

หมายเหตุ a ปรับด้วยอายุ (ต่อ 10 ปี), เพศ, ระยะเวลาที่ดื่ม (ปี), ปริมาณ Standard drinks/วัน (log-transformed กรณีการกระจายไม่ปกติ), การบาดเจ็บศีรษะร่วม (yes/no), การใส่ท่อช่วยหายใจ (yes/no), การผ่าตัด (yes/no) และตัวแปรที่มี p < 0.20 จากการวิเคราะห์สองตัวแปร (bivariate analysis); b ในกรณีที่ค่าในเซลล์คาดหวัง < 5 ในมากกว่า 20% ของเซลล์ หรือมี Zero cell จะรายงานค่า p-value จาก Fisher's exact test และไม่คำนวณ OR/95% CI; c จุดตัด LOS ≥ 7 วัน ใช้จากเกณฑ์ทางคลินิก/สถิติที่กำหนด; ค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดที่ p < 0.05 † กรณีมีค่าเป็นศูนย์ (zero cell): รายงานค่า p-value ด้วย Fisher's exact test และไม่คำนวณค่า OR/95% CI

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบลักษณะทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการระหว่างผู้ป่วยกลุ่ม Alcohol Withdrawal Syndrome without delirium (non - delirium tremens; F10.3) และกลุ่มที่มี Alcohol Withdrawal Syndrome with delirium (delirium Tremens; F10.4)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non-delirium tremens (F10.3) (N = 90)	Delirium tremens (F10.4) (N = 150)	p-value Independent Sample T-Test
		ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	
อายุ (ปี)		49.6 (13.34)	46.4 (12.10)	0.047*
สัญญาณชีพแรกพบ	SBP	144.2 (17.20)	144.5 (16.80)	0.906
	DBP	89.4 (11.90)	87.6 (11.50)	0.268
ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง		Non-delirium tremens (F10.3) (N = 90)	Delirium tremens (F10.4) (N = 150)	p-value (Mann-Whitney U test)
		ค่ามัธยฐาน (IQR)	ค่ามัธยฐาน (IQR)	
ระยะเวลาอนโรพยาบาล (วัน)		5.0 (3 - 9)	11.0 (7 - 17)	< 0.001*
ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ต่อวัน (standard drinks)		10.4 (2.84 - 20.83)	10.4 (5.21 - 20.83)	0.427
ระยะเวลาในการดื่ม แอลกอฮอล์ (ปี)		18.5 (10.0 - 21.0)	20.0 (15.0 - 30.0)	0.028*
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งสุดท้ายก่อนมา โรงพยาบาล (วัน)		1.0 (1-1)	1.0 (1-1)	0.222
สัญญาณชีพแรกพบ	ชีพจร	97.0 (88 - 108)	100.0 (92 - 106)	0.140
	อุณหภูมิ ร่างกาย	37.3 (37.00 - 38.00)	37.7 (37.40 - 37.90)	0.033*
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Blood sugar	129.0 (106 - 156)	127.0 (110 - 156)	0.990
	WBC	9,150 (7,170 - 11,600)	8,915 (7,210 - 10,700)	0.202
	Platelets	156,000 (110,000 - 268,000)	170,500 (119,000 - 238,000)	0.226
	BUN	7.0 (6.00 - 11.00)	9.2 (7.00 - 14.00)	0.039*
	Creatinine	0.70 (0.60 - 0.80)	0.71 (0.60 - 0.90)	0.037*
	Sodium (Na)	137.0 (135 - 141)	138.0 (135 - 142)	0.266
	Potassium (K)	3.2 (2.90 - 3.70)	3.5 (3.00 - 3.80)	0.041*
	Bicarbonate	25.0 (21 - 28)	22.0 (18 - 20)	< 0.001*
	AST	110.0 (55 - 170)	80.0 (49 - 151)	0.148
	ALT	49.0 (26 - 88)	34.0 (22 - 57)	0.128

หมายเหตุ ค่าที่รายงานเป็น Mean (SD) หรือ Median (IQR) ตามการแจกแจงของข้อมูล; ใช้ Independent Samples t-test สำหรับข้อมูลแจกแจงปกติ และ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ; ค่าความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติถูกกำหนดที่ $p < 0.05$

อีกข้อสันนิษฐานหนึ่งที่น่าจะอธิบายความแตกต่างในประเด็นดังกล่าวได้คือช่วงเวลาของการศึกษา ซึ่งการศึกษาของแวตตา อินซุม และคณะ¹³ เก็บข้อมูลย้อนหลังถึงปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่การศึกษานี้เก็บข้อมูลช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2567 สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันกว่า โดยระยะหลังมนุษย์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงสภาพเศรษฐกิจอันเป็นผลจากสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งมีรายงานจากองค์การอนามัยโลก¹³ ระบุว่าช่วงหลังการระบาดของโควิด-19 พบผู้ดื่มแอลกอฮอล์หนักมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจสัมพันธ์กับความชุกของภาวะถอนแอลกอฮอล์ที่พบสูงขึ้นในการศึกษานี้ด้วยเช่นกัน

ผลการศึกษานี้พบจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal delirium/delirium tremens; F10.4) มีจำนวน 150 ราย ขณะที่มีการบันทึกอาการเพื่อสับสน (delirium symptom) ถึง 230 ราย ความแตกต่างกว่า 80 รายนี้ สันนิษฐานว่าอาจมาจากหลายสาเหตุ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยบางรายมีอาการเพื่อสับสนจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ภาวะถอนแอลกอฮอล์ (delirium due to multiple etiologies) เช่น ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ความผิดปกติของอิเล็กโทรไลต์ การติดเชื้อ หรือการบาดเจ็บศีรษะ (2) ความคลาดเคลื่อนในการลงรหัสโรคตามการจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision; ICD-10 coding) ที่อาจบันทึกภาวะเพื่อสับสนลงในหมวดอื่น หรือใช้รหัส F10.2 (alcohol dependence without alcohol withdrawal state) รหัส F10.3 (alcohol withdrawal state/non delirium tremens) ร่วมกับรหัส F0.59 (delirium unspecified) แทน (3) อาการเพื่อสับสนอาจเกิดขึ้นภายหลังจากภาวะแทรกซ้อนอื่นระหว่างการรักษา ซึ่งไม่ได้สัมพันธ์โดยตรงกับการถอนแอลกอฮอล์ การตีความผลการศึกษาจึงต้องพิจารณาพร้อมกับข้อจำกัดของระบบการบันทึกข้อมูลดังกล่าว

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศนั้นพบความชุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ที่แตกต่างจากการศึกษาในประเทศไทยโดยสิ้นเชิง ในปี ค.ศ. 2014 มีการศึกษาของ Randeep s Jawa และคณะ¹⁵ ซึ่งศึกษาผู้ป่วยย้อนหลังของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 19,369 ราย ในปี ค.ศ. 1999 - 2008 พบความชุกเพียงร้อยละ 0.71 ขณะที่การศึกษาของ Nasim Ahmed และคณะ¹⁶ ซึ่งศึกษาจากฐานข้อมูลของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2013 - 2016 มีผู้ป่วยในการศึกษา 497,819 ราย พบความชุกเพียงร้อยละ 1.38

และในปี ค.ศ. 2023 มีการศึกษาของ Tyler J Jones และคณะ¹⁷ ซึ่งศึกษาจากฐานข้อมูล Trauma registry ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 2017 - 2018 มีข้อมูลผู้ป่วยกว่า 1,677,351 ราย แต่พบความชุกเพียงร้อยละ 0.7 เท่านั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษานี้กับการศึกษาต่างประเทศ เช่น ของ Jawa และคณะ¹⁵, Ahmed และคณะ¹⁶ รวมถึง Jones และคณะ¹⁷ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบความชุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์เพียงร้อยละ 0.7 - 1.38 จะเห็นได้ว่าผลการศึกษาของผู้วิจัยพบความชุกสูงกว่าหลายเท่า ปัจจัยสำคัญที่น่าจะอธิบายความแตกต่างนี้ได้คือความแตกต่างด้านลักษณะประชากรที่ศึกษา กล่าวคือการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีความเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์โดยตรง โดยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มอาการทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ตามรหัส ICD-10 หมวด F10.1 - F10.9 และกว่าร้อยละ 84.9 ของผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างนี้มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำทุกวัน กลุ่มตัวอย่างจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ตามมา ในขณะที่การศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ใช้ฐานข้อมูล Trauma ของผู้ป่วยทุกประเภท (overall trauma population) ซึ่งนับรวมทั้งผู้ป่วยที่ดื่มและไม่ดื่มแอลกอฮอล์ หรือผู้ที่มีเพียงประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ในอดีต การคำนวณความชุกในกลุ่มประชากรที่กว้างกว่าจึงย่อมทำให้ค่าความชุกของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ต่ำกว่าการศึกษานี้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ผู้วิจัยตั้งข้อสันนิษฐานว่าความแตกต่างของระบบการวินิจฉัย การคัดกรอง และการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนระหว่างประเทศอาจมีส่วนทำให้ตัวเลขความชุกแตกต่างกันได้เช่นกัน ดังนั้นความชุกของการศึกษาในประเทศไทยที่พบสูงกว่าจึงสะท้อนให้เห็นว่า ประชากรในการศึกษานี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์โดยตรง และอาจไม่สามารถเปรียบเทียบกับความชุกในประชากรทั่วไปของต่างประเทศได้โดยตรง

นอกจากนี้พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยสันนิษฐานว่าอาจเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลได้ มีการศึกษาพบว่าชนิดของแอลกอฮอล์ที่ประชากรไทยนิยมดื่ม คือ สุราขาว¹⁸ ซึ่งมีดีกรีความเข้มข้นแอลกอฮอล์เฉลี่ย 30 - 40% ABV (alcohol by volume) และสูงกว่าเบียร์หรือไวน์ที่นิยมดื่มในสหรัฐอเมริกา¹⁴ การดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นสูงเช่นนี้ อาจส่งผลให้ได้รับปริมาณเอทานอลมากกว่าในปริมาณการดื่มที่เท่ากัน และเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์มากขึ้น โดยในผลการศึกษานี้

พบว่าค่าเฉลี่ยของปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวันสูงถึง 12.2 ดื่มมาตรฐาน ซึ่งมากกว่าค่าเฉลี่ย heavy drinker ในสหรัฐอเมริกา ที่ดื่มเพียง 2.1 ดื่มมาตรฐานต่อวัน¹⁹ เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยด้านประชากรศาสตร์คือพันธุกรรมอาจมีส่วนสำคัญเช่นกัน โดยมี การศึกษาพบว่าประชากรชาวเอเชียรวมถึงไทย มีความถี่ของ ALDH2*2 allele สูง ทำให้การเปลี่ยนแปลง acetaldehyde ช้าลง ส่งผลให้เกิดผลข้างเคียง เช่น หน้าแดง ใจสั่น ซึ่งเมื่อมีการดื่ม แอลกอฮอล์ในปริมาณสูงและหยุดดื่มแอลกอฮอล์กะทันหัน อาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ มากขึ้น²⁰ นอกจากนี้ยังมีหลักฐานว่าในประชากรชาวเอเชีย บางกลุ่มอาจมี polymorphism ของ CYP2E1 ที่ทำให้การกำจัด แอลกอฮอล์ช้าลงเมื่อเทียบกับประชากรชาวตะวันตก²¹ อีกปัจจัย ที่ควรพิจารณาคือขนาดร่างกาย โดยประชากรไทยมีดัชนีมวลกาย (body mass index) และปริมาตรน้ำในร่างกายน้อยกว่าประชากร ชาวตะวันตก จึงอาจทำให้มีระดับความเข้มข้นแอลกอฮอล์ ในเลือด (blood alcohol concentration) ที่สูงกว่าเมื่อดื่ม แอลกอฮอล์ในปริมาณเท่ากัน²² ซึ่งปัจจัยนี้อาจเพิ่มความเสี่ยง ในการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดสำคัญของข้อสันนิษฐานดังกล่าวข้างต้น คือ ยังไม่มีการศึกษาที่เปรียบเทียบความชุกของการเกิดภาวะเพื่อ สับสนจากการถอนแอลกอฮอล์โดยตรง ระหว่างผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยกับในประเทศ สหรัฐอเมริกา จึงยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยัน สาเหตุของความแตกต่างที่พบต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการ วินิจฉัยภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal delirium/delirium tremens; F10.4) นั้นมีระยะเวลา นอนโรงพยาบาลยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย ดังจะเห็น ได้จากค่ามัธยฐานของระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 11 วัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธรรมศักดิ์ อัจฉริยะสวัสดิ์¹² ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ มีระยะ เวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 9.8 วัน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีภาวะเพื่อ สับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาการ นอนโรงพยาบาล 5 วัน เทียบกับผลการศึกษาของ ธรรมศักดิ์ อัจฉริยะสวัสดิ์¹² ซึ่งมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 6.1 วัน ผลการศึกษาทั้งสองนี้สะท้อนให้เห็นว่าภาวะเพื่อสับสนจากการ

ถอนแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้ป่วยมีความซับซ้อนของโรคมากขึ้น ต้องได้ รับการดูแลรักษาและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้มีระยะเวลา การนอนโรงพยาบาลยาวนานขึ้น อันอาจเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายและ ทรัพยากรทางการแพทย์²³

จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุคูณ (multivariate logistic regression analysis) พบว่าหลายปัจจัยมีความสัมพันธ์ เชิงความเสี่ยงกับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญ แต่อย่างไรก็ตามประวัติเคยชักจากภาวะถอน แอลกอฮอล์มาก่อน กลับมีความสัมพันธ์เชิงป้องกัน (aOR = 0.34, 95% CI 0.19 - 0.62) ซึ่งขัดแย้งกับทฤษฎี Kindling hypothesis และการศึกษาก่อนหน้า³⁰⁻³² ที่ระบุว่าประวัติเคยชักจาก ภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ ดังกล่าว ความแตกต่างนี้ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าอาจเกิดจากการที่ ผู้ป่วยกลุ่มที่มีประวัติชักได้รับการเฝ้าระวังใกล้ชิดและได้รับยา กลุ่ม Benzodiazepines ตั้งแต่ระยะแรก จึงช่วยลดโอกาสการพัฒนาสู่ ภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์นี้ ควรตีความอย่างระมัดระวัง และยังคงจำเป็นต้องมีการยืนยัน ด้วยการศึกษานในอนาคต

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อ จิตประสาทมีความสัมพันธ์เชิงป้องกันเช่นกัน (aOR = 0.28, 95% CI 0.12 - 0.63) ซึ่งสันนิษฐานจากผลของยาบางชนิด เช่น Benzodiazepines หรือยาที่มีฤทธิ์กดประสาท โดยสามารถช่วยลด อาการจากภาวะถอนแอลกอฮอล์และป้องกันการพัฒนาเป็นภาวะ เพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ต่อไป ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ คำแนะนำของ Mayo-Smith 1997³⁰ ที่พบว่าการใช้ยา กลุ่ม Benzodiazepines มีประสิทธิภาพในการลดความรุนแรงของ อาการถอนแอลกอฮอล์ (withdrawal severity) และลดการเกิด ภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ลงได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลจากอคติจากข้อบ่งชี้ (indication bias) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีประวัติการทานยาหรือได้รับ ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท มักมีโอกาสได้รับการประเมินและ เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดมากกว่ากลุ่มอื่น

สำหรับปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ ประวัติเคยมีเพื่อ สับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน (aOR = 6.04, 95% CI 3.06 - 11.91) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป (aOR = 3.59, 95% CI 1.91 - 6.75) ซึ่งอาจสะท้อนถึงความรุนแรง ของการขาดเสบียงและภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการการรักษานานขึ้น อีกทั้งการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์เองก็อาจ

เป็นสาเหตุให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จึงเป็นไปได้ว่าปัจจัยดังกล่าวเป็นทั้งตัวทำนายและผลลัพธ์ของภาวะดังกล่าวไปพร้อมกัน อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ของ Maldonado และคณะ 2014²⁵ รวมถึง Salottolo และคณะ 2017²⁸ ที่พบว่าประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน ขณะที่ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นสัมพันธ์กับการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Becker 1998³¹ และ Schuckit 2009⁹

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ แวตตา อินทุม และคณะ¹³ พบความสอดคล้องในปัจจัยสำคัญหลายประการ เช่น อายุ ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน และความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ แม้จะมีความแตกต่างบ้างในประเด็นปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน และประวัติการใช้สารเสพติดร่วม ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงความแตกต่างของประชากรศึกษาและวิธีการประเมิน แต่โดยรวมแล้วทั้งสองการศึกษายืนยันร่วมกันว่า การดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องในปริมาณสูง และเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน เป็นตัวทำนายสำคัญของการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ต่อไป²⁴⁻²⁶

สำหรับปัจจัยด้านอายุ การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ (delirium tremens) มีอายุเฉลี่ย 46.4 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.10 ปี ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์โดยไม่มียเพื่อสับสน (non-delirium tremens) มีอายุเฉลี่ย 49.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.34 ปี ผลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ แวตตา อินทุม และคณะ¹³ ที่ระบุว่าผู้ป่วยอายุน้อยมีแนวโน้มเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์สูงกว่า อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้แตกต่างจากรายงานของ Salottolo 2017²⁸ ที่พบว่าผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงลักษณะเฉพาะของกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุในประเทศไทยที่มักมีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์หนักตั้งแต่อายุน้อย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่เคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อนมีอัตราการชักสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เคย (ร้อยละ 54.5 เทียบกับ ร้อยละ 22.8) ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงความรุนแรงของการพึ่งพาแอลกอฮอล์และกลไกทางพยาธิสรีรวิทยาที่ซับซ้อน

สำหรับความเที่ยงตรงของการระบุวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยในเวชปฏิบัติจริงอาจได้รับอิทธิพลจากแนวทางเวชปฏิบัติในทางคลินิก กล่าวคือแพทย์มักระบุผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับอาการสับสนว่าเป็น Delirium tremens (F10.4) โดยทันที แม้อาการสับสนดังกล่าวอาจเกิดจากภาวะทางกายอื่นที่มีใช้การถอนแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจแตกต่างจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามรหัส ICD-10 ที่เคร่งครัดมากกว่า

นอกเหนือจากปัจจัยทางคลินิก ผลการศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์มีค่า Blood Urea Nitrogen (BUN) และ Creatinine สูง ซึ่งอาจสะท้อนถึงภาวะเมตาบอลิซึมสูง (hypermetabolic state) และภาวะขาดน้ำ (dehydration)^{30,33} ส่วนค่าของ Potassium (K) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้กลับสูงกว่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่มีรายงานว่าภาวะ Hypokalemia ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว^{9,32} ความแตกต่างนี้สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่อาจได้รับสารน้ำที่มี Potassium ผสม หรือมีภาวะไตบกพร่องร่วม

โดยสรุป ปัจจัยทำนายที่สำคัญต่อการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ได้แก่ ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลยาวนาน และความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ขณะที่ประวัติเคยชักจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน และประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอาจมีบทบาทเชิงป้องกัน ผลลัพธ์เหล่านี้ทั้งสอดคล้องและแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้า สะท้อนถึงความซับซ้อนของกลไกการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ และความจำเป็นของการศึกษาที่เจาะจงกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุในบริบทของไทยต่อไป

การวิเคราะห์กลุ่มย่อย: ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ครั้งแรก (naive AWS) เทียบกับผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ (recurrent AWS)

การวิเคราะห์แบบแบ่งกลุ่มย่อย (subgroup analysis) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ครั้งแรก (naive AWS) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ (recurrent AWS) พบความแตกต่างทางคลินิกที่สำคัญ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ มีสัดส่วนเพศชายสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 98.5 เทียบกับ ร้อยละ 85.0, $p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ครั้งแรก มีสัดส่วนเพศหญิงสูงกว่า (ร้อยละ 15.0 เทียบกับ ร้อยละ 1.5, $p < 0.001$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Monasco และคณะ 2012²⁶ ที่พบว่าเพศชาย

มีแนวโน้มดื่มแอลกอฮอล์ต่อเนื่องและเข้าสู่ภาวะถอนซ้ำบ่อยกว่าเพศหญิง²⁶

ในด้านสัญญาณชีพ พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ (recurrent AWS) มีค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure: SBP) และค่าความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic blood pressure: DBP) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ครั้งแรก (naive AWS) อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$ และ $p = 0.006$) ซึ่งสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติที่รุนแรงขึ้นจากการถอนซ้ำ²⁵ ลักษณะนี้สอดคล้องกับทฤษฎี Kindling hypothesis ที่ระบุว่า การถอนแอลกอฮอล์ซ้ำหลายครั้ง จะเพิ่มความไวของระบบประสาทส่วนกลางต่อการขาดแอลกอฮอล์ ทำให้ความรุนแรงของอาการถอนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในการถอนแอลกอฮอล์ครั้งถัดไป²⁴

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยังพบความแตกต่างบางประการ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ (recurrent AWS) มีระดับ Sodium (Na) ต่ำกว่า (138.0 mmol/L เทียบกับ 141.0 mmol/L) แต่มีระดับ Bicarbonate (HCO_3) สูงกว่า (23.0 mmol/L เทียบกับ 21.0 mmol/L) อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.012$ และ $p = 0.013$) ซึ่งอาจสะท้อนการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมที่สัมพันธ์กับการดื่มแอลกอฮอล์เรื้อรังและการถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ³³ อย่างไรก็ตาม ไม่พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญในระยะเวลานอนโรงพยาบาล ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน และผลการตรวจทางชีวเคมีบางรายการ เช่น AST และ ALT ซึ่งอาจสะท้อนว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้เป็นตัวบ่งชี้หลักของความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ครั้งแรกและผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ

โดยสรุป การศึกษาวิเคราะห์กลุ่มย่อยนี้ตอกย้ำว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ซ้ำควรถูกจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง และต้องได้รับการเฝ้าระวังทางคลินิกที่ใกล้ชิดกว่า ผลการศึกษานี้ยังสนับสนุนแนวคิดจากวรรณกรรมต่างประเทศที่เน้นย้ำถึงการป้องกันการถอนแอลกอฮอล์ซ้ำ เพื่อลดความรุนแรงของอาการและการพัฒนาไปสู่ภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์^{24-26,28,33}

การประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

ผลการศึกษานี้มีนัยสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทย การระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ เช่น ประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ประวัติการ

ทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท หรือความผิดปกติของค่า Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine และ Potassium (K) ช่วยให้แพทย์สามารถคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และนำไปสู่การเฝ้าระวังและการจัดการเชิงรุกได้อย่างเหมาะสม^{30,33}

ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีเพื่อสับสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ควรได้รับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดในช่วง 72 - 96 ชั่วโมงแรกหลังการรับไว้รักษา เนื่องจากเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์หรือภาวะเพื่อสับสนจากการถอนแอลกอฮอล์สูง นอกจากนี้ควรมีการติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์และการทำงานของไตอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากภาวะเมตาบอลิซึมสูง (hypermetabolic state) และภาวะขาดน้ำ (dehydration) อาจเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วในผู้ป่วยกลุ่มนี้^{9,32} สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติของ Blood Urea Nitrogen (BUN) หรือ Creatinine ควรพิจารณาการให้สารน้ำที่เหมาะสม รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะไตบกพร่องร่วมด้วย

ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ยังสามารถนำไปใช้ในการออกแบบการป้องกันเชิงรุก เช่น การให้ยาในกลุ่ม Benzodiazepines เพื่อให้เกิดการรักษาเชิงป้องกัน (prophylaxis) สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเคยมีภาวะถอนแอลกอฮอล์รุนแรงมาก่อน รวมถึงการเตรียมผู้ป่วยอุบัติเหตุก่อนผ่าตัด แพทย์ควรให้ความสำคัญกับระบบการไหลเวียนโลหิต (hemodynamics) และอิเล็กโทรไลต์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม ตลอดจนให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับอาการเริ่มต้นของภาวะถอนแอลกอฮอล์ เพื่อให้สามารถแจ้งบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทันท่วงที

นอกจากนี้ ผลการศึกษายังสามารถเป็นพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือทำนายทางคลินิก (clinical prediction tool) ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความแม่นยำในการคัดกรอง ลดภาระงานของบุคลากร และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ อย่างไรก็ตามการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการยืนยันด้วยการศึกษาแบบไปข้างหน้าหลายศูนย์ (multicenter prospective study) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความสามารถในการประยุกต์ใช้ในระดับประเทศต่อไป

จุดแข็งของการศึกษา

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้มีจุดแข็งหลายประการ โดยประการแรก งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวนมากที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งมีระบบ

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บบวมจรรยา ทำให้ผลลัพธ์มีความน่าเชื่อถือและสะท้อนลักษณะทางคลินิกของภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสนับสนุนจากการถอนแอลกอฮอล์ได้อย่างชัดเจน ประการที่สอง การศึกษานี้มุ่งเน้นผู้ป่วยอุบัติเหตุซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์หรือภาวะเพื่อสนับสนุนจากการถอนแอลกอฮอล์ รวมถึงมีผลกระทบรุนแรงกว่าผู้ป่วยทั่วไป สามารถช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ที่ยังมีจำกัดในวรรณกรรมระดับนานาชาติ

อีกจุดแข็งที่สำคัญคือ การใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนจริงซึ่งสะท้อนเวชปฏิบัติจริงของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และสามารถนำผลลัพธ์ไปประยุกต์ใช้ได้โดยตรงในการจัดการผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังมีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเชิงพหุคูณด้วย Logistic regression เพื่อปรับตัวแปรพหุคูณที่สำคัญ เช่น อายุ เพศ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยทางคลินิกอื่นๆ ส่งผลให้การตีความผลลัพธ์มีความเที่ยงตรงขึ้น ท้ายที่สุดงานวิจัยนี้นับเป็นหนึ่งในงานแรกๆ ของประเทศไทยที่รายงานทั้งความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสนับสนุนจากการถอนแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุ ทำให้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษา รวมทั้งสนับสนุนการวางนโยบายสาธารณสุขในระดับประเทศได้ในอนาคต

ข้อจำกัด

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cross-sectional study) ซึ่งอาจมีอคติที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนของข้อมูล (information bias) จากการบันทึกเวชระเบียนที่ไม่ครบถ้วน และอคติจากการคัดเลือก (selection bias) จากการศึกษาในโรงพยาบาลแห่งเดียว ทำให้ไม่สามารถ generalize ไปยังประชากรทุกกลุ่มได้ อีกทั้งอาจมีปัจจัยกวนอื่นๆ ที่ไม่ได้บันทึก เช่น ประเภทของยาที่ได้รับก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลหรือภาวะโรคร่วมทางกายที่ซ่อนอยู่ นอกจากนี้การวินิจฉัยโรคโดยใช้รหัส ICD-10 ในการจำแนกอาจมีอคติจากการจำแนกคลาดเคลื่อน (misclassification bias) โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องการเพื่อสนับสนุนเกิดจากสาเหตุอื่น (เช่น ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด การติดเชื้อ หรือภาวะบาดเจ็บสมอง) แต่ไม่ได้เกิดจากภาวะถอนแอลกอฮอล์โดยตรง ข้อจำกัดเหล่านี้ชี้ว่าผลลัพธ์ควรถูกตีความด้วยความระมัดระวัง และการศึกษาแบบไปข้างหน้าหลายศูนย์ (multicenter prospective study) ที่มีการประเมินเชิงคลินิกโดยตรงจะช่วยเพิ่มความแม่นยำของข้อมูลในอนาคต

ข้อจำกัดของการศึกษา

แม้ว่าการศึกษานี้จะมีจุดแข็งหลายประการ แต่ก็ยังมีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาอย่างรอบคอบ ประการแรก การออกแบบเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (retrospective cross-sectional study) ทำให้ไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดภาวะเพื่อสนับสนุนจากการถอนแอลกอฮอล์ได้อย่างชัดเจน อีกทั้งการพึ่งพาข้อมูลจากเวชระเบียนอาจมีความไม่ครบถ้วนหรือคลาดเคลื่อนจากการบันทึก ซึ่งนำไปสู่อคติที่เกิดจากความคลาดเคลื่อนของข้อมูล (information bias) ได้ ประการที่สอง กลุ่มตัวอย่างจำกัดอยู่เฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์เพียงแห่งเดียวและในช่วงเวลาที่กำหนด จึงอาจไม่สามารถสะท้อนสถานการณ์ของผู้ป่วยอุบัติเหตุในบริบทอื่นหรือในระดับประเทศได้ทั้งหมด ประการที่สาม ข้อมูลบางตัวแปร เช่น ประวัติพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวัน และรูปแบบการดื่มแอลกอฮอล์ พึ่งพาการบันทึกจากการซักประวัติ ซึ่งขึ้นอยู่กับความถูกต้องของข้อมูลที่ผู้ป่วยหรือญาติให้ และความละเอียดในการบันทึกของบุคลากร ส่งผลให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ง่าย ประการที่สี่ การวินิจฉัยภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสนับสนุนจากการถอนแอลกอฮอล์ รวมถึงการบันทึกลงในรหัสโรค ICD-10 ขึ้นอยู่กับการประเมินของแพทย์ผู้รักษา โดยไม่มีการใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น CIWA-Ar ในการยืนยันทุกราย จึงอาจมีความแตกต่างในเกณฑ์การวินิจฉัยและเสี่ยงต่ออคติจากการจำแนกคลาดเคลื่อน (misclassification bias)

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์พหุคูณอาจได้รับอิทธิพลจากจำนวนเหตุการณ์ที่น้อยในบางตัวแปร หรือมี Zero cell ซึ่งจำกัดความแม่นยำในการประมาณค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น อีกทั้งการไม่มีข้อมูลมาตรฐานด้านความรุนแรงของการบาดเจ็บ เช่น Injury Severity Score (ISS) หรือ Glasgow Coma Scale (GCS) ทำให้ต้องใช้ตัวชี้วัดทดแทนได้แก่ การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หรือระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 21 วันขึ้นไป ตามเกณฑ์กฎหมายไทย ซึ่งอาจสะท้อนความรุนแรงได้เพียงบางส่วนและได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่น เช่น ความพร้อมของเตียงหรือเหตุผลทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจำหน่าย

สุดท้าย การใช้ข้อมูลเวชระเบียนและการลงรหัสโรค ICD-10 อาจมีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากผู้บันทึกอาจเป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ แพทย์ประจำบ้าน หรือเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ส่งผลให้การจำแนกผู้ป่วยผิดพลาด และอัตราความชุกของภาวะถอน

แอลกอฮอล์หรือภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ที่รายงาน อาจต่ำกว่าความเป็นจริง (underestimated) ดังนั้นผลลัพธ์ของการศึกษานี้ควรถูกตีความด้วยความระมัดระวัง และควรมีการศึกษาต่อยอดในลักษณะการศึกษาแบบไปข้างหน้าหลายศูนย์ (multicenter prospective study) เพื่อเพิ่มความแม่นยำและความสามารถในการประยุกต์ใช้ในระดับประเทศต่อไป

ข้อเสนอแนะ (recommendations)

ต่อเวชปฏิบัติ (practice recommendations)

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบการคัดกรองและการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ในทางปฏิบัติควรมีการจัดทำแบบฟอร์มคัดกรองความเสี่ยงมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกราย โดยอิงจากปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ เช่น ประวัติเคยมีเพื่อสืบสนจากภาวะถอนแอลกอฮอล์ ระยะเวลาถอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ความผิดปกติของค่า Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, Potassium (K) และประวัติการทานยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท สำหรับผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงควรมีมาตรการเฝ้าระวังอย่างเข้มงวดในช่วง 72 - 96 ชั่วโมงแรก โดยติดตามสัญญาณชีพ ค่าอิเล็กโทรไลต์และการทำงานของไตอย่างใกล้ชิด การใช้ Benzodiazepines prophylaxis อาจพิจารณาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ควรมีคู่มือให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับสัญญาณเริ่มต้นของภาวะถอนแอลกอฮอล์หรือภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ เพื่อช่วยให้สามารถแจ้งบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างทันทั่วถึง

ต่อการวิจัย (research recommendations)

เพื่อยืนยันและต่อยอดผลการศึกษา ควรมีการดำเนินการวิจัยแบบไปข้างหน้าหลายศูนย์ (multicenter prospective study) เพื่อทดสอบความแม่นยำของ Predictive value ในปัจจัยเสี่ยงที่ค้นพบจากการศึกษานี้ อีกทั้งควรมีการพัฒนา clinical prediction tool หรือ risk score ที่ออกแบบมาเฉพาะสำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุในประเทศไทย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองและจัดการผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษาด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของมาตรการป้องกันเชิงรุก เช่น การให้ Benzodiazepines prophylaxis ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง จะช่วยสนับสนุนการนำไปใช้ในเชิงนโยบายต่อไป

ต่อการวางนโยบาย (policy recommendations)

ในระดับระบบสุขภาพ ควรมีการบรรจุการคัดกรองความเสี่ยงของภาวะถอนแอลกอฮอล์หรือภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ ให้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุระดับประเทศ เพื่อสร้างมาตรฐานการปฏิบัติที่สอดคล้องกันในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้ควรจัดทำคู่มือปฏิบัติ (standard operating procedures) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสนับสนุนการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ ในการป้องกันและจัดการภาวะถอนแอลกอฮอล์และภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุ สุดท้ายภาครัฐควรจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างครอบคลุมและยั่งยืน

สรุป

การศึกษานี้พบว่าความชุกของภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ร้อยละ 41.1 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความถี่และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติเคยมีภาวะถอนหรือเคยชักจากการถอนแอลกอฮอล์มาก่อน ตลอดจนความผิดปกติของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่เกิดภาวะดังกล่าวมีระยะเวลานานโรงพยาบาลนานขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการคัดกรองและจัดการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและบรรเทาผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอนุญาตให้ใช้ฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์เวชระเบียนผู้ป่วยในการศึกษา รวมถึงขอขอบคุณเจ้าหน้าที่เวชสถิติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ที่ให้ความช่วยเหลือในการค้นหาและจัดเตรียมข้อมูลเป็นอย่างดี

ทุนสนับสนุนการศึกษา

งานวิจัยนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Heath DB. Alcohol and its role in the evolution of human society. *Alcohol Res Health* 2000; 24(4): 223-9.
2. McGovern PE, Zhang J, Tang J, Zhang Z, Hall GR, Moreau RA, et al. Fermented beverages of pre- and proto-historic China. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2004; 101(51): 17593-8.
3. Chusak Phatrakulvanich. Alcohol in Thai society. *Chiang Mai Univ J Soc Sci* 2000;21(1):1-18.
4. Mirijello A, Sestito L, Antonelli M, Gasbarrini A, Addolorato G. Identification and management of acute alcohol intoxication. *Eur J Intern Med* 2023; 108: 1-8.
5. D'Angelo A, Petrella C, Greco A, Ralli M, Vitali M, Giovagnoli R, De Persis S, Fiore M, Ceccanti M, Messina MP. Acute alcohol intoxication: a clinical overview. *Clin Ter* 2022; 173(3): 280-91.
6. Vonghia L, Leggio L, Ferrulli A, Bertini M, Gasbarrini G, Addolorato G; Alcoholism Treatment Study Group. Acute alcohol intoxication. *Eur J Intern Med* 2008; 19(8): 561-7.
7. Sakkrin Niyomsilp; Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Drinking and driving and road traffic accidents [Internet]. *Thai Health Report*. 2021 [cited 2024 Sep 6]. Available from: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=26.
8. Sunpasitthiprasong Hospital, Ministry of Public Health. History of the hospital [Internet]. [cited 2025 Jul 7]. Available from: <https://www.sunpasit.go.th/history.php>.
9. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet* 2009; 373(9662): 492-501.
10. National Statistical Office. Report on the survey of alcohol drinking behavior 2021 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2022. [cited 2024 Jul 1]. Available from: <https://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/Alcohol-Drinking.aspx>.
11. National Statistical Office. Survey on the situation of smoking and alcohol drinking among the population 2024 [Internet]. Bangkok: National Statistical Office; 2025. [cited 2025 Jul 07]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250401100215_15169.pdf.
12. Acharayasawath T. Prevalence of alcohol withdrawal syndrome in male orthopedic ward patients. *Maharakham J Soc Sci Behav Health (MJSSBH)* 2013;28(3):149-58.
13. Inchum W, Suwan P, Sirijantra N, Chaymikhiao N, Thanomsap R, Chanaboon S. Factors associated with alcohol withdrawal syndrome among risky alcohol drinkers in the Metta combined ward, Orthopedic Department, Udon Thani Hospital. *J Nurs Ther Care* 2021;39(1):78-87.
14. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. [cited 2025 Jul 07]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
15. Jawa RS, Stothert JC, Shostrom VK, Yetter DL, Templin HR, Cemaj SK, et al. Alcohol withdrawal syndrome in admitted trauma patients. *Am J Surg* 2014; 208: 781-7.
16. Ahmed N, Kuo Y. Risk of alcohol withdrawal syndrome in hospitalized trauma patients: a national data analysis. *Injury* 2022; 53(1): 44-48.
17. Jones TJ, Bhattacharya B, Schuster KM, Becher RD, Kodadek LM, Davis KA, et al. Alcohol withdrawal syndrome in trauma patients: a study using the Trauma Quality Program Participant User File. *Trauma Surg Acute Care Open* 2023; 8: e001082.
18. Thai Association for the Study of Alcoholism. Academic document on strategic plan for solving alcohol beverage problems. Bangkok: Department of Disease Control; 2013.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Alcohol and Public Health: Frequently Asked Questions [Internet]. Atlanta: CDC; [cited 2025 Jul 07]. Available from: <https://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm>.
20. Chen YC, Lu RB, Peng GS, Wang MF, Wang HK, Ko HC, et al. Alcohol metabolism and cardiovascular response in an alcoholic patient homozygous for the ALDH2*2 variant gene allele. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23(12): 1853-60.
21. Seitz HK, Becker P. Alcohol metabolism and cancer risk. *Alcohol Res Health* 2007; 30(1): 38-41,44-7.
22. Kim K, Johnson JA, Derendorf H. Differences in drug pharmacokinetics between East Asians and Caucasians and the role of genetic polymorphisms. *J Clin Pharmacol* 2004; 44(10): 1083-105.
23. Farrokhi S, Roels C, Owusu KA, Nelson SE, Cook AM. Alcohol withdrawal syndrome in neurocritical care unit: assessment and treatment challenges. *Neurocrit Care* 2021; 34(2): 593-607.
24. Maldonado JR. Novel algorithms for the prophylaxis and management of alcohol withdrawal syndromes-beyond benzodiazepines. *Crit Care Clin* 2017; 33(3): 559-99.
25. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, Hills-Evans K, Swendsen H, Lolak S, et al. The "Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale" (PAWSS): systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol* 2014; 48(4): 375-90.
26. Manasco A, Chang S, Larriviere J, Hamm LL, Glass M. Alcohol withdrawal. *South Med J* 2012; 105(11): 607-12.
27. Balian J, Cho NY, Vadlakonda A, Curry J, Chervu N, Ali K, et al. A national analysis of alcohol withdrawal syndrome in patients with operative trauma. *Surg Open Sci* 2024; 19: 199-204.
28. Salottolo K, McGuire E, Mains CW, van Doorn EC, Bar-Or D. Occurrence, predictors, and prognosis of alcohol withdrawal syndrome and delirium tremens following traumatic injury. *Crit Care Med* 2017; 45(5): 867-74.
29. American Association for the Surgery of Trauma (AAST). Clinical consensus on screening and management of alcohol withdrawal syndrome in surgical ICU patients. *J Trauma Acute Care Surg* 2020; 88(1): 133-44.
30. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. *JAMA* 1997; 278(2): 144-51.
31. Becker HC. Kindling in alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World* 1998; 22(1): 25-33.
32. Trevisan LA, Boutros N, Petrakis IL, Krystal JH. Complications of alcohol withdrawal: pathophysiological insights. *Alcohol Health Res World* 1998; 22(1): 61-6.
33. Sachdeva A, Choudhary M, Chandra M. Alcohol withdrawal syndrome: Benzodiazepines and beyond. *J Clin Diagn Res* 2015; 9(9): VE01-7.