นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินผลการใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุรา ของโรงพยาบาลนครพิงค์

พญ.รจนพรรณ นันทิทรรภ
โรงพยาบาลนครพิงค์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลนครพิงค์

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลังจากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะถอนพิษสุรา (ICD10: F10.3, F10.4) และเข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 - 31 ธันวาคม 2563 จำนวนทั้งหมด 173 ราย บันทึกข้อมูลพื้นฐานของประชากรและข้อมูลเกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุรา เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลด้วยสถิติ ANOVA, Kruskal-Wallis test

ผลการศึกษา: ความสมบูรณ์ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุรา พบว่า มีการใช้แนวทาง Not complete guideline 101 ราย (ร้อยละ58.4) Partial complete guideline 33 ราย (ร้อยละ19.1) Complete guideline 39 ราย (ร้อยละ22.5) ระยะเวลาเกิดอาการถอนพิษสุราหลังadmit เฉลี่ย 1 วัน (1, 1-7) ค่าคะแนนAWS day 0, AWS day 3 และ AWS day 7 ในแต่ละกลุ่มไม่ต่างกัน ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการถอนพิษสุราจน AWS < 5 เฉลี่ย 5 วัน (5.4±2.5) และระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 7 วัน (4, 2-25) ปริมาณยา lorazepam และการได้ยา antipsychotic ไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 3 กลุ่ม แต่ปริมาณยา diazepam injection ระหว่างกลุ่ม Not complete guideline เฉลี่ย10 mg (30, 0-160) และPartial complete guideline เฉลี่ย 40 mg (50, 0-120) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.008) กลุ่มประชากรศึกษาพบภาวะโรคร่วมร้อยละ 92.5 ดังนี้ ภาวะอาการเพ้อ (delirium) ร้อยละ 80.3 ความผิดปกติเกลือแร่ในร่างกาย ร้อยละ 75.7 ภาวะชัก ร้อยละ 11.6 ค่าเอนไซม์ creatine phosphokinase สูงผิดปกติ ร้อยละ11.6 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2562 และพ.ศ.2563 จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม Not complete guideline ลดลง และกลุ่ม Complete guideline เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป: การนำแนวทางถอนพิษสุรามาใช้เพื่อดูแลผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุรา มีแนวโน้มในการนำไปใช้เพิ่มขึ้น เห็นควรให้มีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโรค การใช้แบบประเมิน AWS แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ภาวะถอนพิษสุรา, แนวทางการดูแลภาวะถอนพิษสุรา, การให้ยาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา

ส่งบทความ: 4 ม.ค. 2566, แก้ไขบทความ: 13 ก.พ. 2566, ตีพิมพ์บทความ: 16 ก.พ. 2566

ติดต่อบทความ
พ.ญ.รจนพรรณ นันทิทรรภ. กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนครพิงค์
E-mail: phetandproud@gmail.com

Original Article

Evaluation of the use of treatment of alcohol withdrawal guideline in inpatients at Nakornping Hospital

Rojanaphun Nandidarbha, MD.
Nakornping Hospital

ABSTRACT

Objective: To evaluate the result of alcohol withdrawal treatment guideline at Nakornping Hospital

Method: Retrospective study was conducted by reviewing inpatients medical records in patients who diagnosed with mental and behavioral disorder due to use of alcohol withdrawal state/ with delirium (ICD10: F10.3,F10.4) between 1 January 2019- 31 December 2020, total of 173 cases. Demographic data and alcohol withdrawal data were collected and analyzed by using descriptive statistics, ANOVA and Kruskal-Wallis test.

Result: There were three groups by completeness of using the guideline, "Not complete" guideline 101 cases, "Partial complete" guideline 33 cases and "Complete" guideline 39 cases. There were no statistically significant differences between three groups in demographic data and feature of alcohol withdrawal. Mean onset of alcohol withdrawal was 1 day (1, 1-7) after admission. Duration of recovery (period of onset alcohol withdrawal to AWS<5) was 5 days (5.4±2.5). Length of stay was 7 days (4, 2-25). Lorazepam dose and antipsychotic drugs usage were not statistically significant difference between three groups. Diazepam injection dosage between Not complete guideline and Partial complete guideline were significantly different (p-value 0.008). Ninety-two point five percent of the patients had comorbidities including delirium 139 cases (80.3%), electrolyte imbalance 131 cases (75.7%), seizure 20 cases (11.6%), the level of creatine phosphokinase (CPK) abnormally high 20 cases (11.6%). Between 2019-2020, the number of cases in "Not complete" guideline group decreased while the number of cases in "Complete" guideline group increased with statistically significant (p-value <0.001).

Conclusion: The use of alcohol withdrawal guideline tends to increase in this study. In this view, continuous encourage medical staffs in alcohol withdrawal knowledge and AWS evaluation for effectiveness in patient care process.

Keyword: Alcohol withdrawal, Alcohol withdrawal guideline, Symptom-triggered regimen

Submitted: 2023 Jan 4, Revised: 2023 Feb 13, Published: 2023 Feb 16

Contact
Rojanaphun Nandidarbha, M.D., Department of Psychiatric and Drug dependence Nakornping Hospital
E-mail: phetandproud@gmail.com

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตใจ พฤติกรรมการดื่มก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายได้หลายลักษณะ การดื่มสุราหนักก่อให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพทางกายและจิตหรือดื่มจนติดสุรา ภาวะติดสุราอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อตัวผู้ดื่มเอง ครอบครัวและสังคม เช่น ปัญหาสัมพันธภาพ เกิดอุบัติเหตุพิการ บาดเจ็บต้องนอนโรงพยาบาล หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1] จากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยระดับชาติปี พ.ศ.2556 พบว่าคนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความผิดปกติพฤติกรรมบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือ Alcohol used disorder 2.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) 1.8 ล้านคน และเป็นผู้ดื่มแบบติด (Alcohol dependence) 9 แสนคน[2] นอกจากนี้การดื่มสุราก่อให้เกิดปัญหาสูญเสียด้านเศรษฐกิจอย่างมากในหลายสังคมทั่วโลก[3]

อาการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) เกิดขึ้นหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้าย (last drink) ภายใน 24 ถึง 48 ชั่วโมง จากผู้ดื่มตั้งใจหยุดดื่มเองหรือหลังหยุดดื่มกะทันหันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการเกิดขึ้นตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงอาการรุนแรง เช่น ประสาทหลอน ชักเกร็ง และสับสน[4] ความชุกของภาวะถอนพิษสุราในประชากรทั่วไปต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 5)[5] ความชุกของภาวะถอนพิษสุราผู้ป่วยในร้อยละ 5.8[6] ภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงมีอาการเพ้อร่วมด้วยเรียกว่า delirium tremens[7] มีอาการมือสั่น กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง สับสน อาการหูแว่ว และประสาทหลอน ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้แก่ ประวัติการใช้สุรา[8] เช่น ความรุนแรงภาวะติดสุรา ปริมาณการดื่มสุรา ระยะเวลาในการดื่มสุราที่ผ่านมา[9] ภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (delirium tremens) สัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว การไหลเวียนโลหิตล้มเหลว นำไปสู่การเสียชีวิตได้[10] อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล[11]

การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรามีจุดประสงค์เพื่อช่วยลดอาการถอนพิษสุราในขณะที่ขาดสุราและรักษาภาวะโรคร่วมทางกายหรือทางจิตใจ[12] การใช้แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา เช่น Alcohol Withdrawal Scale (AWS) Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale Revised (CIWA-Ar) หรือ แบบประเมินอื่น ๆ ในทำนองเดียวกันนี้สามารถทราบถึงความรุนแรงภาวะถอนพิษสุราได้ ยิ่งประเมินอาการถอนพิษสุราได้เร็วเท่าใดยิ่งมีประโยชน์ในการช่วยลดอาการจากภาวะถอนพิษสุราได้มากเท่านั้น[13] ตามแนวปฏิบัติสำหรับการบำบัดผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราจัดทำขึ้นโดยสถานบำบัดและรักษาฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติ บรมราชชนนี มีแนวทางการให้ยากลุ่ม Benzodiazepine เพื่อลดอาการถอนพิษสุราตามระดับความรุนแรงของอาการซึ่งประเมินจาก Alcohol Withdrawal Scale (AWS) โดยมีรูปแบบการให้ยา ดังนี้ [14]

1. Fixed-Schedule Regimen: เป็นการให้ยาตามเวลาที่กำหนดในรายที่มีความเสี่ยงหรือเริ่มเกิดอาการถอนพิษสุราเพื่อควบคุมไม่ให้มีอาการรุนแรงขึ้น ให้ยาทุก 6 ชั่วโมงไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหารเป็นการรักษาระดับยาในเลือดให้คงที่

2. Symptom-Triggered Regimen: เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการถอนสุราตามแบบประเมิน AWS โดยระยะเวลาการประเมินพิจารณาตามความรุนแรงของอาการ

3. Front Loading Regimen: เป็นการให้ยาขนาดสูงจนผู้ป่วยอาการสงบตั้งแต่วันแรก ให้ยากลุ่มBenzodiazepineที่ออกฤทธิ์ยาวในขนาดสูงพอที่จะลดอาการขาดสุราได้ทันที และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถอนพิษสุราที่รุนแรง ข้อเสีย คือ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับยามีอาการง่วงนอนมากเกินความจำเป็น

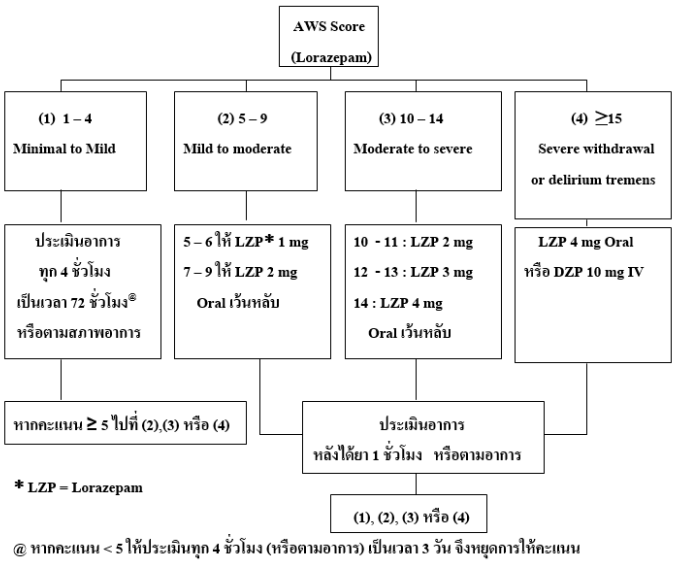
4. Intravenous Loading Regimen: เป็นการควบคุมภาวะถอนพิษสุราให้เร็วที่สุด โดยการให้ยาฉีดเข้าเส้นเลือดดำ เหมาะกับผู้ที่มีอาการชักจากการขาดสุรา และภาวะถอนพิษสุรารุนแรง เพราะยาออกฤทธิ์ได้เร็ว ยาได้ระดับสูงตามต้องการ

โรงพยาบาลนครพิงค์มีผู้ป่วยภาวะติดสุรา (ICD10: F10.2) เข้ารับการบำบัดในแผนกผู้ป่วยนอกปี 2561-2563 จำนวน 299, 994 และ 957 รายตามลำดับ[15] ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางกายแบบผู้ป่วยในแต่เกิดภาวะถอนพิษสุรา (ICD10: F10.3) ขณะเข้ารับการรักษาในปี 2561-2563 มีจำนวน 116, 83 และ 64 รายตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุราที่มีอาการเพ้อร่วมด้วย (ICD10: F10.4) ในปี 2561 มีจำนวน 14 ราย ปี 2562 และ 2563 มีจำนวน 16 ราย และ10 ราย[15] จากจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านมากลุ่มงานจิตเวชได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา จึงนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราที่ประเมินความรุนแรงของอาการด้วยแบบประเมิน AWS และให้ยาตามค่าคะแน AWS[16] มาใช้ในโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนกันยายน 2561 เพื่อให้หอผู้ป่วยนำแนวทางไปใช้ในการประเมินอาการถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุรา สามารถให้การดูแลรักษาได้เพื่อลดความรุนแรงจากภาวะถอนพิษสุรา

วัตถุประสงค์

การศึกษาวิจัยนี้เพื่อประเมินผลการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราไปใช้ใน รพ.นครพิงค์ ดังนี้

1. ประเมินความสมบูรณ์ของการใช้แนวทางดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรา
2. เปรียบเทียบค่า AWS ระหว่างกลุ่มตามความสมบูรณ์ของการใช้แนวทาง
3. เปรียบเทียบระยะเวลาการหายจากอาการถอนพิษสุรา ระยะเวลานอนโรงพยาบาล ภาวะโรคร่วม
4. การได้รับยาระหว่างการรักษาอาการถอนพิษสุราในแต่ละกลุ่ม



แผนภาพที่ 1 แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยถอนพิษสุราโดยประเมินความรุนแรงตาม AWS ในโรงพยาบาลนครพิงค์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง: ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในรพ.นครพิงค์ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 - 31 ธันวาคม 2563 และได้รับการวินิจฉัย mental and behavioral disorders due to use of alcohol, withdrawal state (ICD10: F10.3) หรือ Mental and behavioral disorders due to use of alcohol, withdrawal state with delirium (ICD10: F10.4)[17] จำนวนทั้งหมด 173 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย: แบบบันทึกข้อมูลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว โรคทางจิตเวช การใช้ยาเสพติด หอผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา โรคที่เข้ารับการรักษา

2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุรา: วันที่เริ่มมีอาการถอนพิษสุรา (onset of alcohol withdrawal) ค่าคะแนน AWS ระหว่างการถอนพิษสุรา การรักษาภาวะถอนพิษสุรา ชนิดของยา ปริมาณยาที่ให้ ภาวะโรคร่วมที่เกิดขึ้น ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการถอนพิษสุราจน AWS < 5 (duration of recovery) ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (length of stay) การส่งปรึกษาจิตแพทย์ให้ร่วมประเมิน

การเก็บรวบรวมข้อมูล: จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในของประชากรที่ศึกษาและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึก

จริยธรรมการวิจัย: การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลนครพิงค์ เลขที่หนังสือรับรอง 122/64

การจำแนกผู้ป่วยตามความสมบูรณ์ของการใช้แนวทาง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุราโดยสมบูรณ์ (Complete guideline) ได้แก่ มีการใช้แบบประเมิน AWS เพื่อประเมินอาการถอนพิษสุราระหว่างการรักษา ได้รับยาตามความรุนแรงของการถอนพิษสุรา ระยะเวลาที่ติดตามอาการเป็นไปตามแนวทาง ได้รับการดูแลตามแนวทางได้ครบถ้วน

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุราสมบูรณ์บางส่วน (Partial complete guideline) คือ ประเมินอาการด้วย AWS ได้รับการดูแลตามแนวทางในด้านปริมาณยาที่ให้หรือระยะเวลาในการติดตามอาการ แต่ไม่ครบถ้วนตามแนวทาง

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินและดูแลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุราเลย (Not complete guideline)

การวิเคราะห์ทางสถิติโดยโปรแกรม STATA version 14.0 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistics) คำนวณแจกแจงความถี่โดยคิดเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรต่างๆ ระหว่างกลุ่มศึกษา 3 กลุ่มโดยใช้สถิติ ANOVA, Kruskal-Wallis test โดยผลการทดสอบถือว่ามีนัยทางสถิติ เมื่อค่า p-value < 0.05

คำจำกัดความ

AWS เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุรา ประกอบด้วยการประเมินอาการและให้คะแนนตามอาการที่ตรวจพบ ดังนี้[14]

1. อาการเหงื่อออก : ไม่มีเหงื่อ (0 คะแนน), มือชื้นเหงื่อเท่านั้น (1 คะแนน), เหงื่อออกเป็นเม็ดๆ เช่นที่หน้า,อก (2 คะแนน), ร่างกายชื้นทั้งตัวจากเหงื่อ (3 คะแนน), เหงื่อออกโชก เสื้อผ้าเปียก (4 คะแนน)

2. อาการสั่น : ไม่มีอาการสั่น (0 คะแนน), มือสั่นเมื่อหยิบจับสิ่งของ (1 คะแนน), มือสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา (2 คะแนน), มือสั่นอย่างมากอย่างเห็นได้ชัดตลอดเวลา (3 คะแนน)

3. อาการวิตกกังวล : สงบ ไม่มีความกังวล (0 คะแนน), รู้สึกไม่ค่อยสบายใจ (1คะแนน), หวาดหวั่นและตกใจง่าย (2 คะแนน), วิตกกังวลและหวาดกลัวยากที่จะสงบนิ่ง (3 คะแนน), ไม่สามารถทำให้สงบได้กลัวมากเกินเหตุ (4 คะแนน)

4. อาการกระสับกระส่าย : ไม่มีอาการกระสับกระส่าย (0 คะแนน), อยู่ไม่นิ่ง ยุกยิก (1 คะแนน), กระสับกระส่าย ขยับตัวไปมา ผุดลุกผุดนั่ง (2 คะแนน), กระสับกระส่ายมาก เคลื่อนไหวมาก (3 คะแนน), กระสับกระส่ายอย่างมาก เคลื่อนไหว ตลอดเวลา (4 คะแนน)

5. อุณหภูมิใต้รักแร้ : อุณหภูมิน้อยกว่าเท่ากับ 37.0 ℃ (0 คะแนน), อุณหภูมิ 37.1-37.5 ℃ (1 คะแนน), อุณหภูมิ 37.6-38.0 ℃ (2 คะแนน), อุณหภูมิ 38.1-38.5 ℃ (3 คะแนน), อุณหภูมิ > 38.5 ℃ (4 คะแนน)

6. อาการประสานหลอน : ไม่มีอาการประสาทหลอน (0 คะแนน), มีอาการเป็นพักๆ แต่ยังรู้ว่าไม่ได้เกิดขึ้นจริง (1 คะแนน), อาการเกิดขึ้น ช่วงสั้นๆบางเหตุการณ์ รับรู้ความเป็นจริงอยู่ (2 คะแนน), อาการเกิดขึ้นบ่อย ทำให้ทรมานกับอาการประสาทหลอน (3 คะแนน), อาการประสาทหลอนชัดเจนในหลายเรื่อง ไม่สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ (4 คะแนน)

7. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล : รับรู้ได้ดี (0 คะแนน), รับรู้บุคคลและสถานที่ได้ดี ยกเว้นเวลา (1 คะแนน), รับรู้บุคคลได้ดี แต่มีปัญหารับรู้สถานที่และวันเวลาเป็นบางครั้ง (2 คะแนน), มีปัญหาการรับรู้บุคคลบางครั้ง แต่การรับรู้สถานที่และวันเวลาเสียไป (3 คะแนน), ไม่รับรู้บุคคล สถานที่และเวลา (4 คะแนน)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษาทั้งหมด 173 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม Complete guideline 39 ราย Partial complete guideline 33 ราย และ Not complete guideline 101ราย เป็นเพศชายมากที่สุด 165 ราย (ร้อยละ 95.4) เพศหญิง 8 ราย (ร้อยละ 5.1) อายุเฉลี่ยของประชากร 45.8±10.38 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด 116 ราย (ร้อยละ 67) รองลงมาคือ ว่างงาน 28 ราย (ร้อยละ 16.2) และเกษตรกร 10 ราย (ร้อยละ 5.9) สถานภาพสมรส 111 ราย (ร้อยละ 64.2) โสด 55 ราย (ร้อยละ31.8) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว 121 ราย (ร้อยละ 69.9) ไม่มีโรคประจำตัว 52 ราย (ร้อยละ 30.1) โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคตับ 22 ราย (ร้อยละ42.3) กลุ่มโรค NCD 21ราย (ร้อยละ 40.4) ไม่มีโรคจิตเวช 162 ราย (ร้อยละ 93.6) มีโรคจิตเวช 11 ราย (ร้อยละ 6.4) โรคทางจิตเวช ได้แก่ ภาวะติดสุรา 10ราย ภาวะซึมเศร้า 1 ราย การใช้สารเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย ได้แก่ บุหรี่ 91 ราย (ร้อยละ 98.9) ฝิ่น 1 ราย (ร้อยละ1.1) ประชากรที่ทำการศึกษาอยู่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 109 ราย (ร้อยละ63.1) หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ 45 ราย (ร้อยละ 26) หอผู้ป่วยศัลยกรรม 11 ราย (ร้อยละ 6.3) ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุดสามลำดับแรก ได้แก่ Alcohol withdrawal seizure 35 ราย (ร้อยละ 20.2) UGIH 17 ราย (ร้อยละ 9.8) และ Alcohol withdrawal delirium 14 ราย (ร้อยละ 8.1) ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุเข้ารับการรักษาอาการบาดเจ็บทางกระดูกมากที่สุด 41 ราย (ร้อยละ 23.7) หอผู้ป่วยศัลยกรรมผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วย Necrotizing fasciitis 5 ราย (ร้อยละ 2.9) โรคตับและถุงน้ำดี 5 ราย (ร้อยละ 2.9) ระยะเวลาการเกิดภาวะถอนพิษสุราโดยเฉลี่ย 1 วันหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบลักษณะพื้นฐานประชากรในแต่ละกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา

ลักษณะที่ศึกษา	Total (173 ราย) n (%)	Complete guideline (39 ราย) n (%)	Partial Complete guideline (33 ราย) n (%)	Not Complete guideline (101 ราย) n (%)	p-value
1.เพศ					0.370
ชาย	165 (95.4)	36 (92.3)	33 (100.0)	96 (95.0)	
หญิง	8 (4.6)	3 (7.7)	0 (0)	5(5.0)	
2. อายุ (ปี), mean ±SD	45.8±10.38	43.8±9.8	46.3±9.9	46.4±10.7	0.395
3.อาชีพ					0.648
ว่างงาน	28 (16.2)	6 (15.4)	6 (18.2)	16 (15.8)	
รับจ้าง	116 (67.0)	24 (61.5)	24 (72.7)	68 (67.3)	
พนักงาน/ลูกจ้าง	6 (3.4)	1 (2.6)	2 (6.1)	3 (2.9)	
ธุรกิจส่วนตัว	9 (5.2)	3 (7.6)	0 (0)	6 (6.0)	
เกษตรกร	10 (5.9)	1 (2.6)	1 (3.0)	2 (2.0)	
รับราชการ	4 (2.3)	4 (10.3)	0 (0)	6 (6.0)	
4.สถานภาพสมรส					0.153
โสด	55 (31.8)	8 (20.5)	12 (36.3)	35 (34.7)	
คู่	111 (64.2)	30 (76.9)	19 (57.6)	62 (61.4)	
ม่าย	6 (3.5)	0 (0)	2 (6.1)	4 (3.9)	
หย่า	1 (0.5)	1 (2.6)	0 (0)	0 (0)	
5.โรคประจำตัว					0.666
ไม่มีโรคประจำตัว	121 (69.9)	28 (71.8)	25 (75.8)	68 (67.3)	
มีโรคประจำตัว	52 (30.1)	11 (28.2)	8 (24.2)	33 (32.7)	
6.ชนิดโรคประจำตัว					0.112
โรคตับ	22 (42.3)	2 (18.2)	5 (62.5)	15 (45.4)	
ND	21 (40.4)	8 (72.7)	1 (12.5)	12 (36.4)	
Epilepsy	6 (11.5)	1 (9.1)	1 (12.5)	4 (12.1)	
วัณโรคปอด	2 (3.8)	0 (0)	0 (0)	2 (6.1)	
โรคมะเร็ง	1 (2.0)	0 (0)	1 (12.5)	0 (0)	
7.โรคจิตเวช					0.370
ไม่มี	162 (93.6)	34 (87.2)	32 (97.0)	96 (95.1)	
มี	11 (6.4)	5 (12.8)	1 (3.0)	5 (4.9)	
8.การใช้สารเสพติดชนิดอื่น					0.228
บุหรี่	91 (98.9)	20 (95.2)	22 (100.0)	49 (100.0)	
ฝิ่น	1 (1.1)	1 (4.8)	0 (0)	0 (0)	
9.หอผู้ป่วย					0.116
อายุรกรรม	109 (63.1)	21 (53.8)	20 (61.0)	68 (67.3)	
อุบัติเหตุ	45 (26.0)	17 (43.6)	9 (27.0)	19 (18.8)	
ศัลยกรรม	11 (6.3)	1 (2.6)	1 (3.0)	9 (8.9)	
ศัลยกรรมประสาท	3 (1.7)	0 (0)	1 (3.0)	2 (2.0)	
ออโธพิดิกส์	3 (1.7)	0 (0)	1 (3.0)	2 (2.0)	
หู คอ จมูก	1 (0.6)	0 (0)	1 (3.0)	0 (0)	
ICU	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1(1.0)	

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	Total (173 ราย) n (%)	Complete guideline (39 ราย) n (%)	Partial Complete guideline (33 ราย) n (%)	Not Complete guideline (101 ราย) n (%)	p-value
10.ระยะเวลาเกิดอาการถอนพิษสุรา (onset of alcohol withdrawal) (day)	1 (1, 1-7)	2 (2, 1-7)	1 (1, 1-4)	1 (1, 1-4)	0.503

ตารางที่ 2 ระดับความสมบูรณ์ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราในโรงพยาบาลนครพิงค์

ปี พ.ศ.	Total (จำนวน=173) n,(%)	Complete guideline (จำนวน=39) n,(%)	Partial Complete guideline (จำนวน=33) n,(%)	Not Complete guideline (จำนวน=101) n,(%)	p-value
2562	99	11 (11.1)	15 (15.2)	73 (73.7)	<0.001
2563	74	28 (37.8)	18 (24.4)	28 (37.8)	

จากตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่ม Not complete guideline ระหว่างปี พ.ศ. 2562 และพ.ศ.2563 พบอัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มนี้ลดลงจาก ร้อยละ 73.7 เป็นร้อยละ 37.8 ในขณะที่กลุ่ม Partial complete guideline มีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.2 เป็นร้อยละ 24.4 และกลุ่ม Complete guideline มีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 37.8 เมื่อทดสอบทางสถิติพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.001)

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่า AWS ระหว่างกลุ่ม

ลักษณะที่ศึกษา	Total (จำนวน=173) n,(%)	Complete guideline (จำนวน=39) n,(%)	Partial complete guideline (จำนวน=33) n,(%)	Not Complete guideline (จำนวน=101) n,(%)	p-value
1. AWS ขณะเริ่มมีอาการถอนพิษสุรา (day 0)					0.184
Mild (0-4)	39 (30.7)	15 (40.6)	12 (40.0)	12 (20.0)	
Moderate (5-9)	37 (29.1)	9 (24.3)	8 (26.7)	20 (33.3)	
Severe (10-14)	24 (18.9)	5 (13.5)	3 (10.0)	16 (26.7)	
Very severe withdrawal (≥15)	27 (21.3)	8 (21.6)	7 (23.3)	12 (20.0)	
2. AWS วันที่ 3 (day 3)					0.108
Mild (0-4)	31 (27.4)	16 (44.4)	6 (18.8)	9 (20.0)	
Moderate (5-9)	49 (43.4)	14 (38.9)	15 (46.8)	20 (44.4)	
Severe (10-14)	19 (16.8)	5 (13.9)	5 (15.6)	9 (20.0)	
Very severe withdrawal (≥15)	14 (12.4)	1 (2.8)	6 (18.8)	7 (15.6)	
3. AWS วันที่ 7 (day 7)					0.077
Mild (0-4)	50 (71.4)	18 (90.0)	15 (60.0)	17 (68.0)	
Moderate (5-9)	20 (28.6)	2 (10.0)	10 (40.0)	8 (32.0)	

จากตารางที่ 3 คะแนน AWS ขณะเริ่มมีอาการถอนพิษสุรา (day 0) จากผู้ป่วย 127ราย AWSอยู่ในระดับ mild 39 ราย (ร้อยละ 30.7) moderate 37 ราย (ร้อยละ 29.1) severe 24 ราย (ร้อยละ 18.9) และ very severe withdrawal 27 ราย (ร้อยละ 21.3) เมื่อติดตาม

AWS ในวันที่ 3 (day 3) จากผู้ป่วย 113 ราย มีค่าคะแนน อยู่ในระดับ moderate เพิ่มขึ้นเป็น 49 ราย (ร้อยละ 43.4) ระดับ mild 31 ราย (ร้อยละ 27.4) จำนวนผู้ป่วยที่ค่า AWS อยู่ในระดับsevereและ very severe withdrawal มีจำนวนลดลงเหลือ 19 ราย (ร้อยละ 16.8) และ 14 ราย (ร้อยละ 43.4) เมื่อนำค่าคะแนน AWS day 0 และ day 3 เปรียบเทียบกันในแต่ละกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value >0.05 คะแนน AWS ในวันที่ 7 ไม่พบค่าคะแนนในระดับ severe และ very severe withdrawal มีเฉพาะค่าคะแนนในระดับ mild และ moderate ในกลุ่ม Complete guideline จำนวนผู้ป่วยที่ AWS อยู่ในระดับ moderate 2 ราย (ร้อยละ 10) ในขณะที่กลุ่ม Partial complete และ Not complete guideline จำนวนผู้ป่วยที่ AWS อยู่ในระดับ moderate 10 ราย (ร้อยละ 40) และ 8ราย (ร้อยละ 32) แต่เมื่อนำค่าคะแนน AWS day 7 มาเปรียบเทียบกัน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสิถิติ p-value = 0.077 ทั้งนี้อาจเป็นได้จากการบันทึกข้อมูลที่สามารถเก็บข้อมูลได้เพียง 70 ราย จากจำนวนประชากรที่ศึกษา 173 ราย

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบระยะเวลาหายจากอาการถอนพิษสุรา ระยะเวลานอนโรงพยาบาลและภาวะโรคร่วม

ลักษณะที่ศึกษา	Total (173 ราย) n(%)	Complete guideline (39 ราย) n(%)	Partial Complete guideline (33 ราย) n(%)	Not Complete guideline (101 ราย) n(%)	p-value
1. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการถอนพิษสุราจน AWS<5 (Duration of recovery) (วัน)	5.4±2.5	4.9±2.1	5.7±2.5	5.5±2.5	0.365
2. ระยะเวลานอนโรงพยาบาล (length of stay) (วัน)	7 (4, 2-25)	8 (5, 4-20)	7 (5, 4-20)	7 (4, 3-29)	0.131
3. ภาวะโรคร่วม					0.131
ไม่มี	13 (7.5)	6 (15.4)	1 (3.0)	6 (5.9)	
มี	160 (92.5)	33 (84.6)	32 (97.0)	95 (94.1)	

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบยาที่ได้รับในแต่ละกลุ่มและการส่งปรึกษาจิตแพทย์

ลักษณะที่ศึกษา	Total (173 ราย) n (%)	Complete guideline (39 ราย) n (%)	Partial Complete guideline (33 ราย) n (%)	Not Complete guideline (101 ราย) n (%)	p-value
1.ปริมาณ Diazepam IVทั้งหมดที่ได้รับระหว่างมีอาการถอนพิษสุรา (mg)	10 (40, 0-170)	20 (40, 0-170)	40 (50, 0-120)	10 (30, 0-160)	0.008
2.ปริมาณยา Lorazepamทั้งหมดที่ได้รับระหว่างมีอาการถอนพิษสุรา (mg)	20 (20, 2-97)	20 (22.5, 0-86)	17 (14, 3-59)	21.5(25, 0-97)	0.29
3. จำนวนผู้ป่วยได้ยา Antipsychotic					0.447
ไม่ได้	90 (52.0)	22 (56.4)	14 (42.4)	54 (53.5)	
ได้	83 (48.0)	17 (43.6)	19 (57.6)	47 (46.5)	
4.จำนวนผู้ป่วยได้รับการปรึกษาจิตแพทย์ร่วมประเมินการอาการถอนพิษสุรา					0.085
ไม่ได้	98 (56.7)	17 (43.6)	23 (69.7)	58 (57.4)	
ได้	75 (43.3)	22 (56.4)	10 (30.3)	43 (42.6)	

จากตารางที่ 4ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการถอนพิษสุราจน AWS <5 เฉลี่ย 5.4±2.5 วัน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเฉลี่ย 7 วัน เมื่อเปรียบเทียบทั้งสามกลุ่มไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผู้ป่วย 160 ราย (ร้อยละ92.5) มีภาวะโรคร่วม ภาวะโรคร่วมในประชากรแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาวะโรคร่วมที่พบได้แก่ ภาวะอาการเพ้อ (Delirium) 139 ราย ความผิดปกติเกลือแร่ในร่างกาย 131 ราย ภาวะชัก 20 ราย ค่าเอนไซม์ Creatine Phosphokinase (CPK) สูงผิดปกติ 20 ราย ในการศึกษานี้ไม่มีประชากรที่ศึกษาเสียชีวิต

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine คือ Diazepam intravenous route (IV) และ Lorazepam tablet ปริมาณยา Diazepam IV ทั้งหมดที่ได้รับระหว่างมีอาการถอนพิษสุราเฉลี่ย 10 mg เปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนี้ ปริมาณยา Diazepam IV ในกลุ่ม Not complete guideline และ Partial complete guideline มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.008) ส่วนปริมาณยา Diazepam IV ในกลุ่ม Not complete guideline และ Complete guideline ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.10) ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม Antipsychotic 90 ราย (ร้อยละ 52) ไม่ได้รับยากลุ่ม Antipsychotic 83 ราย (ร้อยละ 48.8) ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการได้ยากลุ่มAntipsychotic ระหว่าง 3 กลุ่ม และการปรึกษาจิตแพทย์เพื่อร่วมประเมินอาการถอนพิษสุราในแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นส่วนใหญ่เพศชาย 165 ราย (ร้อยละ 95.4) อายุเฉลี่ย 45.8 ปี สอดคล้องกับสถานการณ์การบริโภคสุราในภาคเหนือที่ได้ทำการสำรวจพบว่าสัดส่วนการดื่มสุราในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง โดยความชุกในการดื่มสุราของเพศชายร้อยละ 60.2 ช่วงอายุที่ดื่มสุรามักเป็นวัยทำงานช่วงอายุระหว่าง 25-59 ปี[18] การศึกษาของTessa และคณะเกี่ยวกับความชุกของการเกิดภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลทั่วไปพบว่ามีความชุกร้อยละ 5.8[6] พบได้บ่อยในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และศัลยกรรม[19] เช่นเดียวกับในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีภาวะถอนพิษสุรามากที่สุด ระยะเวลาการเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังเข้ารับการรักษาในการศึกษานี้เฉลี่ยที่ 1 วัน ซึ่งการเกิดภาวะถอนพิษสุราอาจเกิดขึ้นได้เร็วกว่านี้หากระดับแอลกอฮอล์ในร่างกายลดลงต่ำลงจากการดื่มสุราครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล[13] อาการเริ่มเกิดขึ้นประมาณ 8 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย และจะรุนแรงมากขึ้นที่ระยะเวลา 72 ชั่วโมง[21] ประชากรในกลุ่ม Not complete guideline จำนวนทั้งหมด 101 ราย โดย 96 รายได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine แบบ Fixed-schedule[14] ให้ยาตามปริมาณและเวลาที่แพทย์กำหนด เช่น ให้ยาทุก4 หรือ 6 ชั่วโมง และ 5รายได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine เวลามีอาการ (prn) วุ่นวาย พักไม่ได้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี 2562 และ 2563 อัตราส่วนของจำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม Not complete guideline นี้ลดลงจาก ร้อยละ 73.7 เป็นร้อยละ 37.8 ในขณะที่กลุ่ม Partial complete guideline มีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.2 เป็นร้อยละ 24.4 และกลุ่ม Complete guideline มีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 37.8 เมื่อทดสอบทางสถิติพบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราไปใช้เพิ่มขึ้น แต่การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถ

แสดงให้เห็นว่าหอผู้ป่วยแต่ละแห่งมีการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราเป็นอย่างไร รวมถึงในหอผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น หอผู้ป่วยหนัก (ICU) ในการศึกษานี้มีประชากรจากหอผู้ป่วยหนักเพียง 1ราย จึงไม่สามารถสรุปได้ว่ามีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราไปใช้หรือไม่ การศึกษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ด้านการพัฒนาแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในโดยประเมินความรุนแรงภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน AWS และให้ยากลุ่ม Benzodiazepine ตามความรุนแรงจากกลุ่มประชากรศึกษา 89 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราได้รับการรักษาตามแนวทางร้อยละ 79.8[22] เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาวิจัยนี้การปฏิบัติตามแนวทางยังไม่มาก อาจเป็นไปได้ว่าการศึกษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางศึกษากลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรคภาวะผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากสุรา (F10.0-F10.9) และให้ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช และเภสัชกรเป็นผู้ทดลองใช้แนวทางการดูแลในระยะถอนพิษสุรา ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรา ต่างจากบริบทในโรงพยาบาลนครพิงค์ที่เป็นโรงพยาบาลฝ่ายกายรักษาภาวะโรคทางกายหลากหลาย และซับซ้อน บุคลากรในโรงพยาบาลยังไม่มีความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสุราเท่าโรงพยาบาลเฉพาะทาง

เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราด้วยการประเมิน AWS[16] คะแนน AWS ขณะเริ่มมีอาการถอนพิษสุรา (day 0) จากผู้ป่วย 127 ราย มีความรุนแรงตั้งแต่เล็กน้อยไปจนถึงรุนแรงมาก ซึ่งความรุนแรงในการถอนพิษสุราขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ระยะเวลาการติดสุรา[22] ปริมาณการดื่ม[23] ประวัติการชักจากการขาดสุราครั้งก่อน[24] ความผิดปกติเกลือแร่โซเดียมหรือโพแทสเซียมในร่างกาย[25-26] เป็นต้น ประชากรที่ศึกษามีคะแนน AWS ในวันที่ 3 (day 3) อยู่ในระดับปานกลาง (Moderate) มากที่สุด และอยู่ในระดับรุนแรงมาก (Very severe withdrawal) 14 ราย เมื่อพิจารณาความรุนแรงในระดับนี้ประชากรในกลุ่ม Complete guideline มีเพียง 1 ราย ในขณะที่กลุ่ม Not complete guideline และ Partial complete มีประชากร 7 รายและ 6 รายตามลำดับ ซึ่งในแต่ละกลุ่มการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนน AWS ในวันที่7 (day 7) จากผู้ป่วย 70 ราย มีความรุนแรงการถอนพิษสุราลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อย (Mild) และปานกลาง (Moderate) ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการถอนพิษสุราจน AWS<5 เฉลี่ย 5.4±2.5 วัน สอดคล้องกับการดำเนินโรคของภาวะถอนพิษสุราโดยทั่วไปความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราลดลงได้ตั้งแต่วันที่ 5-7 แต่ถ้าอาการถอนพิษสุรามีภาวะอาการเพ้อ (Delirium) ร่วมด้วยส่งผลให้อาการถอนพิษสุราอยู่นานขึ้นอีก[20] ในการศึกษาของ Foy พบว่า ภาวะอาการเพ้อที่เกิดขึ้นระหว่างการถอนพิษสุราส่งผลต่อระยะเวลานอนโรงพยาบาลทำให้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 4 วัน[13] นอกจากนี้การศึกษาของ Rafael และคณะ ศึกษาการเกิดภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลทั่วไปพบกลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมหรือศัลยกรรมและเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง (Alcohol withdrawal delirium) ร่วมด้วย ทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะถอนพิษสุราเพียงอย่างเดียว[27] ซึ่งในการศึกษานี้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ยที่ 7 วัน ในแต่ละกลุ่มไม่พบว่ามีความแตกต่างกัน ภาวะโรคร่วมในกลุ่มประชากรศึกษาพบได้ร้อยละ 92.5 โดยพบภาวะอาการเพ้อมากที่สุด ทั้งนี้ภาวะอาการ

เพ้อที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลจากความผิดปกติของภาวะทางกายที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบมีภาวะความผิดปกติเกลือแร่ในร่างกาย 131 ราย ซึ่งผู้ที่ดื่มสุรามาเป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดความผิดปกติของวิตามินและเกลือแร่ในร่างกายหลายชนิด เช่น การลดลงของระดับแมกนีเซียมหรือโพแทสเซียมในเลือด[28] แต่ในการศึกษานี้ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าเป็นจากการดื่มสุราอย่างเดียว อาจเกิดจากโรคทางกายขณะที่เข้ารับการรักษาในครั้งนี้ได้เช่นกัน

แนวทางการให้ยารักษาภาวะถอนพิษสุรามีหลายรูปแบบ[14] ยากลุ่มBenzodiazepine เป็นยาใช้รักษาภาวะถอนพิษสุราได้ดี[27] และควรให้Thiamine ร่วมด้วยในการป้องกันภาวะสับสนจากการขาดVitamin B1[29] ซึ่งกลุ่มประชากรศึกษาได้รับThiamine ทุกราย เมื่อเปรียบเทียบปริมาณยา Diazepam IV ในกลุ่ม Not complete guideline และ Partial complete guideline มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.008) ในกลุ่ม Partial complete guideline ได้Diazepam IV ปริมาณเฉลี่ย 40 mg สูงกว่ากลุ่ม Not complete guidelineซึ่งได้ Diazepam IVปริมาณเฉลี่ย 10 mg ทั้งนี้อาจเป็นไปได้จากการที่กลุ่ม Not complete guideline ส่วนใหญ่ได้รับยาในรูปแบบFixed-schedule การได้รับ Diazepam IV จึงน้อยกว่ากลุ่ม Partial complete guideline ที่ให้ยาตามคะแนน AWS แต่ระยะเวลาการประเมินไม่เป็นตามแนวทาง อาการถอนพิษสุราจึงยังไม่สงบและได้รับDiazepam IV เพิ่ม ขณะที่ปริมาณยา Diazepam IV ระหว่างกลุ่ม Not complete guideline และComplete guideline ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเปรียบเทียบปริมาณยาBenzodiazepine ระหว่างการให้ยา Fixed-schedule regimen และ Symptom-triggered regimen พบว่า ปริมาณยาBenzodiazepine ที่ใช้ใน Fixed-schedule regimen จะสูงกว่า Symptom- triggered regimen[30-31] อาจเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในขนาดสูงเกินไป[14] ขณะเดียวกันมีการศึกษาที่พบว่าการให้ยาทั้งสองรูปแบบมีประสิทธิผลในการรักษาไม่แตกต่างกัน[32-33] ในการศึกษานี้ปริมาณยา Lorazepam tablet ในแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นได้จากการให้ยาในกลุ่ม Not complete guideline ส่วนใหญ่ได้รับในลักษณะFixed-schedule ซึ่งมีความแตกต่างทั้งด้านปริมาณยาและระยะเวลาที่ให้ในแต่ละเคส การพิจารณาปริมาณยาและระยะเวลาให้ยาขึ้นอยู่กับประสบการณ์แพทย์ผู้ดูแลแตกต่างกัน ทำให้ไม่พบความแตกต่างของปริมาณยา Lorazepam ระหว่างกลุ่ม Not complete guideline และ Complete guideline นอกจากนี้ยากลุ่ม Antipsychotic สามารถให้ร่วมกับยากลุ่ม Benzodiazepine ในภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพื่อช่วยลดอาการกระสับกระส่ายและก้าวร้าวที่เกิดขึ้นได้[27] ยาAtypical antipsychotic มีความปลอดภัยมากกว่ายา Typical antipsychotic ในการเฝ้าระวังภาวะ QT prolong[34] เช่นเดียวกับกลุ่มประชากรศึกษาจำนวน 83 ราย ได้ยา Atypical antipsychotic (Risperidone) จำนวน 78 ราย ยาTypical antipsychotic (Haloperidol injection) เพียง 5 ราย ซึ่งการได้รับยาในรูปแบบฉีดขึ้นกับความรุนแรงของอาการในขณะนั้น ให้เพื่อต้องการควบคุมอาการก้าวร้าวให้สงบโดยเร็ว[35] โดยในโรงพยาบาลนครพิงค์ยังไม่มียา Atypical antipsychotic รูปแบบฉีด ซึ่งการเริ่มให้ยา Antipsychotic ในการศึกษานี้มาจากจิตแพทย์ที่รับปรึกษาเป็นส่วนใหญ่ จำนวนประชากรศึกษาในแต่ละกลุ่มได้รับการประเมินจากจิตแพทย์ไม่ต่างกัน ในการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราที่มีความซับซ้อนต้องอาศัยการดูแลรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมประเมินอาการและให้การรักษาอย่างปลอดภัยมีประสิทธิภาพสูงสุด[4]

จากการศึกษานี้จะเห็นได้ว่ากลุ่ม Not complete guideline มีการให้ยาเป็นแบบ

Fixed-scheduleเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมีข้อดี ในเรื่องความง่ายต่อการบริหารยา แต่อาจได้ยาไม่เพียงพอต่อการควบคุมอาการได้หรือมีผลไม่พึงประสงค์จากการได้ยากลุ่มBenzodiazepine ขนาดสูงเกินไป[14] การนำแนวทางที่มีรูปแบบการให้ยาตามความรุนแรงของอาการมาใช้ในโรงพยาบาลนครพิงค์เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และพบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรามีแนวโน้มการนำไปใช้เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลนครพิงค์

ข้อจำกัด

1. เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการดื่มสุราในด้านปริมาณ ระยะเวลา จำนวนวันที่หยุดดื่มสุราก่อนเข้ารักษา ประวัติการชักหลังขาดสุรา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา

2. กลุ่มประชากรศึกษามีความหลากหลายในการเจ็บป่วยทางกายมาก ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบในด้านผลของการใช้แนวทางได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการนำผลวิจัยไปใช้:

1. ระยะเวลาการเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังเข้ารับการรักษาในการศึกษานี้เฉลี่ยที่ 1 วัน ดังนั้นควรติดตามอาการเพื่อเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย โดยประเมินอาการตามแบบประเมิน AWS พิจารณาให้ยากลุ่ม Benzodiazepineเพื่อป้องกัน หรือลดความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา

2. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรากับพยาบาลหอผู้ป่วยใน ตั้งแต่ระยะก่อนมีอาการถอนพิษสุรา การประเมินติดตามในระยะเวลาที่เหมาะสม และพิจารณาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราให้ดีขึ้น เช่น แบบบันทึกข้อมูลทั้งในด้านการประเมินอาการ การบันทึกการให้ยา เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ในการบันทึกข้อมูล

3. การอบรมพัฒนาความรู้ให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลด้านการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรา เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในภาวะโรค การใช้แบบประเมิน AWS ระยะเวลาการติดตามอาการและการใช้แนวทางให้ยาถอนพิษสุราแบบ Symptom - triggered regimen

การทำวิจัยครั้งต่อไป:

ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในงานวิจัยแบบไปข้างหน้า เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องด้านประชากรได้ดียิ่งขึ้น และเลือกทำในกลุ่มผู้ป่วยที่มีกลุ่มโรคทางกายคล้ายกันหรือในหอผู้ป่วยเดียวกัน เพื่อได้เปรียบเทียบผลของการใช้แนวทางได้

สรุป

ภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลทั่วไปเป็นภาวะที่พบได้บ่อย จึงควรเฝ้าระวังผู้ป่วยทุกรายที่มีประวัติดื่มสุราโดยการประเมินอาการตามแบบประเมิน AWS ให้การรักษาทันทีหากเริ่มมีอาการ ใช้ยากลุ่ม Benzodiazepine ตามความรุนแรงของอาการ ให้ยาตามระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอาการข้างเคียงจากการได้ยาในขนาดสูงและการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ซึ่งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทั่วไปควรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การมีแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีภาวะถอนพิษสุราช่วยให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยดูแลรักษาภาวะถอนพิษสุราได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.ภญ.ชิดชนก เรือนก้อน ที่ให้ความกรุณาในการให้คำปรึกษาแนะนำให้แนวคิดในการดำเนินการศึกษานี้จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Princess Mother National Institute on drug Abuse Treatment. Clinical Practice Guideline of Alcohol Withdrawal Patient for Multidisciplinary Team. 2nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2015. [In Thai]
2. Kittirattanapaiboon P, Tabtirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S, et al. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. Bangkok: Beyond Publishing; 2016. [In Thai]
3. Baumberg B. The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. Drug Alcohol Rev. 2006;25(6):537-51. doi: 10.1080/09595230600944479.
4. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2008;79(8):854-62. doi: 10.1136/jnnp.2007.128322.
5. Caetano R, Clark CL, Greenfield TK. Prevalence, trends, and incidence of alcohol withdrawal symptoms: analysis of general population and clinical samples. Alcohol Health Res World. 1998;22(1):73-9.
6. Steel TL, Malte CA, Bradley KA, Lokhandwala S, Hough CL, Hawkins EJ. Prevalence and Variation of Clinically Recognized Inpatient Alcohol Withdrawal Syndrome in the Veterans Health Administration. J Addict Med. 2020;14(4):300-4. doi: 10.1097/ADM.0000000000000576.
7. Soyka M. Prevalence of delirium tremens. Am J Addict. 2008;17(5):452. doi: 10.1080/10550490802268868.
8. Niyomthong C. Associated Factors in Predicting Alcohol Withdrawal Severity. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals. 2020;35(3):595-604. [In Thai]
9. Aditya U, Kumar MV, Rao SS. Prevalence of alcohol dependence syndrome cases with and with out delirium during the first phase of lockdown in Telangana. Telangana journal of Psychiatry. 2020;6(2):125-9.
10. Costin BN, Miles MF. Alcohol and the Nervous System. In: Sullivan EV, Pfefferbaum A, editors. Handbook of Clinical Neurology. Netherlands: Elsevier; 2014. p. 157-71. Available from: https://sciencedirect.com/topics/neuroscience/delirium-tremens
11. Sarff M, Gold JA. Alcohol withdrawal syndromes in the intensive care unit. Crit Care Med. 2010;38(9 Suppl):S494-501. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181ec5412.
12. Hayashida M. An overview of outpatient and inpatient detoxification. Alcohol Health Res World. 1998;22(1):44-6.
13. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. QJM. 1997;90(4):253-61. doi: 10.1093/qjmed/90.4.253.

14. Princess Mother National Institute on drug Abuse Treatment. Clinical Practice Guideline of Alcohol Withdrawal Patients. 2nd ed. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2021. [In Thai]
15. Nakornping Hospital Information System. Statistics of Inpatients diagnosed with Alcohol Withdrawal 2019-2020. Chiang Mai: Nakornping Hospital; 2020. [In Thai]
16. Kittirattanapaiboon P. Guidelines for screening and rehabilitation treatment of people with alcohol problem. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2018. [In Thai]
17. Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division Office of the Permanent Secretary. ICD-10-TM Simplified version. Bangkok: Ministry of Public Health; 2017. [In Thai]
18. Center of Alcohol Studies. Situation of Alcohol Consumption in the Northern Region 2015 [Internet]. Songkhla: Center of Alcohol Studies; 2015 [cited 2022 Jan 8]. Available from: https://cas.or.th>wp-content>upload>2019/06 [In Thai]
19. Repper-DeLisi J, Stern TA, Mitchell M, Lussier-Cushing M, Lakatos B, Fricchione GL, et al. Successful implementation of an alcohol-withdrawal pathway in a general hospital. Psychosomatics. 2008;49(4):292-9. doi: 10.1176/appi.psy.49.4.292.
20. Schuckit MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). N Engl J Med. 2014;371(22):2109-13. doi: 10.1056/NEJMra1407298.
21. Wiroteurairuang K, Seelakul A, Charoenchai W. The Guideline Development of Alcohol Withdrawal Treatment for Inpatients, Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital. Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. 2021;15(1):29-48. [In Thai]
22. Cyanide S, Sequeina AZ, Mathias PJ. Factors associated with delirium tremens: A retrospective study. Muller J Med Sci Res. 2013;4(2):86-9.
23. Sarkar S, Choudhury S, Ezhumalai G, Konthoujam J. Risk factors for the development of delirium in alcohol dependence syndrome: Clinical and neurobiological implications. Indian J Psychiatry. 2017;59(3):300-5. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_67_17.
24. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. 11st ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lipplincott; 2016.
25. Benedict NJ, Wong A, Cassidy E, Lohr BR, Pizon AF, Smithburger PL, et al. Predictors of resistant alcohol withdrawal (RAW): A retrospective case-control study. Drug Alcohol Depend. 2018;192:303-308. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.08.017.
26. 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. doi: 10.1097/CCM.0000000000002371.

27. Secades RM, Rey RR, Fuentes FP, Ferro AP, Díaz SP, Alvaredo MB, et al. Course of alcohol withdrawal syndrome in a general hospital. Adicciones. 2010;22(2):141-6.
28. Baj J, Flieger W, Teresinski G, Buszewicz G, Sitarz R, Forma A, et al. Magnesium, Calcium, Potassium, Sodium, Phosphorus, Selenium, Zinc, and Chromium Levels in Alcohol Use Disorder: A Review. J Clin Med. 2020;9(6):1901. doi: 10.3390/jcm9061901.
29. Praharaj SK, Munoli RN, Shenoy S, Udupa ST, Thomas LS. High-dose thiamine strategy in Wernicke-Korsakoff syndrome and related thiamine deficiency conditions associated with alcohol use disorder. Indian J Psychiatry. 2021;63(2):121-6. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_440_20.
30. Schmidt KJ, Doshi MR, Holzhausen JM, Natavio A, Cadiz M, Winegardner JE. Treatment of Severe Alcohol Withdrawal. Ann Pharmacother. 2016;50(5):389-401. doi: 10.1177/1060028016629161.
31. Ukranun W, Thongsai Y, Nanfan K. Comparison of the Effectiveness in Treatment Outcomes of Alcohol Withdrawal between Fixed-schedule Regimen and Symptom-triggered Regimen in Alcohol Dependence Patients. Journal of the Department of the Medical Services. 2018;43(1):139-44. [In Thai]
32. Maldonado JR, Nguyen LH, Schader EM, Brooks JO 3rd. Benzodiazepine loading versus symptom-triggered treatment of alcohol withdrawal: a prospective, randomized clinical trial. Gen Hosp Psychiatry. 2012;34(6):611-7. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.06.016.
33. Daeppen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. Arch Intern Med. 2002;162(10):1117-21. doi: 10.1001/archinte.162.10.1117.
34. Bhimani P, Klarris K, Mohrien K, Lopez J, Dauer E, Mason L, et al. Safety and efficacy of Atypical Antipsychotics for Alcohol withdrawal in Surgical Intensive Care. Critical Care Medicine. 2018;46(1)359.
35. Miller JL, Ashford JW, Archer SM, Rudy AC, Wermeling DP. Comparison of intranasal administration of haloperidol with intravenous and intramuscular administration: a pilot pharmacokinetic study. Pharmacotherapy. 2008;28(7):875-82. doi: 10.1592/phco.28.7.875.