



# ร าย งาน ผู้ ป่วย

## การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลงลืมชั่วคราว หลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา: รายงานผู้ป่วย 3 ราย

สวัสดี\* เทียงธรรม\*, คีตา จันทร์น้อย\*, ณรงค์ มะลิอ่อน\*

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อนำเสนอผลของการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะหลงลืมชั่วคราวหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา

**วัตถุประสงค์และวิธีการ :** รายงานนี้บรรยายถึงอาการของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา และอาการหลงลืมในระยะหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การประเมินและคัดกรองภาวะหลงลืมชั่วคราวหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา ประกอบด้วยอาการเดินเซ การกลอกตาผิดปกติ สับสน และหลงลืม และวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะหลงลืมชั่วคราว เช่น การบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มหรือจากการถูกจำกัดพฤติกรรม การดูแลตนเองบกพร่อง และการเกิดแผลกดทับ

**ผล :** ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย เพศชาย อายุ 39-54 ปี ประวัติดื่มสุรามากกว่า 10 ปี ได้รับการรักษาโดยการได้รับวิตามินบี 1 ทั้งแบบรับประทาน และฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 200-400 มิลลิกรัมต่อวัน ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นควบคู่ไปกับการรักษาภาวะถอนพิษสุรา หลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา ทั้ง 3 มีภาวะหลงลืม เดินเซ สับสน การกลอกตาด้านข้างและบนล่างไม่ได้ ในจำนวนนี้ 1 ราย พบอาการตาเขชัดเจน พบปัญหาการดูแลตนเองบกพร่องแต่ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม มีผู้ป่วย 1 รายเกิดแผลกดทับเกรด 1 ระยะเวลาที่มีภาวะหลงลืมชั่วคราว 12-45 วัน

**สรุป :** การรักษาด้วยวิตามินบี 1 ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น คู่ขนานไปกับการรักษาภาวะถอนพิษสุรา และการเฝ้าระวังการเกิดภาวะหลงลืมชั่วคราวหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา ช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุรุนแรงจากการพลัดตกหกล้มและการดูแลตัวเองบกพร่องของผู้ป่วยหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุราได้

**คำสำคัญ :** การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ภาวะหลงลืมชั่วคราว

\* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชสีมาราชนครินทร์



## NURSING CARE IN PATIENT WITH WERNICK'S ENCEPHALOPATHY: 3 CASE REPORT

---

*Sawat Teangtum\*, Sita Jannoi\*, Narong Mali-ong\**

### **Abstract**

**Objective :** The report aimed to present nursing outcome in alcohol withdrawal patients with Wernicke's encephalopathy.

**Material and Method :** This was to explain signs and symptoms that were observed during the period of Wernicke's encephalopathy in 3 patients who stopped drinking alcohol. Nursing care plan and nursing process were applied to all patients such as assessment of signs and symptoms of Wernicke's encephalopathy, and prevention of fall, etc.

**Results :** All of 3 patients were male, age between 39-45 year old. All of them had history of alcohol drinking for more than 10 years. They had been treated with vitamin B1 supplement both muscularly and orally during alcohol withdrawal period. It took 12-45 days long for temporal amnesia. Bedsore was found in 1 patient as the most severe complication in this report.

**Conclusion :** Nursing care plan and process could help preventing the incidence of fall and other severe complication in patients with Wernicke's encephalopathy. However, further research should be done to confirm this hypothesis.

**Keywords :** nursing care, alcohol withdrawal syndrome, Wernicke's encephalopathy

---

\*Psychiatric nurse, Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital

## บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมชั่วคราว (Wernicke's encephalopathy: WE) เป็นรูปแบบหนึ่งของการได้รับบาดเจ็บทางสมองซึ่งเป็นผลมาจากภาวะขาดวิตามินบี 1 (Thiamine) การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักจะทำให้ร่างกายไม่สามารถนำวิตามินบี 1 มาใช้ และยังรบกวนการดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ในผู้ติดสุรามักพบการขาดวิตามินบี 1 จากการที่แอลกอฮอล์ระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหารทำให้การดูดซึมวิตามินบี 1 ไม่ดี<sup>1,2</sup> ความชุกของการเกิดโรคที่มีการรายงานพบได้ ร้อยละ 0.8 - 2.8 ในประชาชนทั่วไป ร้อยละ 12.5 ในผู้ที่ติดสุราเรื้อรัง<sup>3</sup> และพบว่าสูงขึ้นเป็นร้อยละ 29-59<sup>4</sup> อายุที่เริ่มเป็นโดยเฉลี่ย 50 ปี สัดส่วนที่พบในผู้ชายต่อผู้หญิง 1.7:1 เท่า และสัดส่วนที่พบในผู้ที่ติดสุราเรื้อรังต่อบุคคลทั่วไป 3-4:1 เท่า<sup>2</sup> WE สัมพันธ์กับการติดสุราเรื้อรังมากที่สุด แต่ยังสามารถพบได้ในกลุ่มที่มีภาวะทุโภชนาการ เช่นกลุ่มที่มีการดูดซึมผิดปกติ กินได้น้อย กลุ่มที่มีการเพิ่มความต้องการของการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือมีการสูญเสียวิตามินที่ละลายในน้ำ เช่น การฟอกไต<sup>4</sup>

ลักษณะทางคลินิกที่สำคัญประกอบด้วย กล้ามเนื้อสำหรับการกลอกตาเป็นอัมพาต (Nystagmus/Ophthalmoplegia) เดินเซ (Ataxia) และภาวะสมองสับสน (Confusion) เป็นภาวะเฉียบพลัน หากปล่อยไว้นานโดยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันทั่วที่จะนำไปสู่สมองถูกทำลายและสูญเสียความจำอย่างถาวร เรียกว่า Korsakoff syndrome เป็นภาวะที่เกิดต่อเนื่องจาก WE มีลักษณะคือ สูญเสียความทรง

จำ (Amnesia) แบบไปข้างหน้า (Anterograde amnesia) มากกว่าแบบย้อนหลัง (Retrograde amnesia) ผู้ป่วยมักพยายามสร้างเรื่องราวเกี่ยวกับความทรงจำในอดีตขึ้นมาใหม่ และก็จะเชื่อว่าเรื่องราวที่ตนคิดขึ้นมาใหม่นั้นเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริง ร่วมกับมีอาการทางระบบประสาทโดยทั่วไประดับสติปัญญายังคงดีอยู่<sup>1-4</sup>

เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยซึ่งจะต้องรับหน้าที่ในการดูแลทางการแพทย์พยาบาล เช่นการดูแลเรื่องการทรงตัว การเกิดอุบัติเหตุจากโรคเช่นการดูแลสุขภาพอนามัยระหว่างวัน การเกิดแผลกดทับเป็นต้น ดังนั้น รายงานผู้ป่วย 3 รายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลลัพธ์ทางการแพทย์พยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะหลงลืมชั่วคราวหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุราจาก ซึ่งรายงานนี้เป็นประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหลงลืมชั่วคราวหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา และคาดว่าผลการศึกษาก็คจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลงลืมชั่วคราวหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุราที่มีสภาพปัญหาที่คล้ายคลึงกันและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุราต่อไป

## วัสดุและวิธีการ

เป็นการใช้กระบวนการทางการแพทย์พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้ 1) การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย โดยรวบรวมจากญาติ จากผู้ป่วย และจากแฟ้มประวัติเกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุรา การประเมินสภาพปัญหาตรวจร่างกาย ประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รวม

ทั้งวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหา 2) วินิจฉัยทางการพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย รวมทั้งกำหนดเป้าหมายและการวัดผลในแต่ละปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระหว่างมีภาวะถอนพิษสุรา พันภาวะถอนพิษสุราโดยเร็ว และป้องกันการเกิดภาวะหลังล้มชั่วคราว หลังพันภาวะถอนพิษสุรา 3) วางแผนการดูแลผู้ป่วย 4) ให้การดูแลตามแผนการรักษา และ 5) การประเมินผลการดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### **การพยาบาลผู้ป่วย Wernicke's encephalopathy**

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม นับเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความเข้าใจและความอดทนเป็นอย่างมาก ประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ มักไม่ใช่เรื่องของความจำบกพร่อง แต่กลับเป็นปัญหาทางพฤติกรรมต่างๆ ที่พบได้บ่อยคือ ปัญหาในการนอนหลับ สภาพอารมณ์ อาการทางจิต การทรงตัว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยภาวะหลังล้มหลังพันภาวะถอนพิษสุรา เริ่มตั้งแต่การประเมิน โดยการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ พบว่าผู้ป่วยอยู่ในภาวะหลังล้มหลังพันภาวะถอนพิษสุรา มีปัญหาเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองลดลงในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเรียนรู้ใหม่ๆ ไม่ดี กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ดังนี้

#### **การลดความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื่องจากบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน**

เป้าหมาย: ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ในระยะหลังพันภาวะถอนพิษสุรา

เกณฑ์การประเมินผล:

1. ไม่เกิดอุบัติเหตุหรือร่องรอยการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือจากการถูกจำกัดพฤติกรรม
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดบวมจากการสำลัก
3. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ประเมินการรับรู้ เวลา สถานที่ และบุคคลต่างๆ โดยไม่แสดงท่าทีต่อต้านคำพูด ความคิดความเชื่อ ที่สับสนของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเวลา สถานที่ และบุคคลตามจริง
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สะอาด เป็นสัดส่วน สงบ อยู่ใกล้พยาบาล ระวังเกี่ยวกับการเดิน และ การพลัดตกหกล้ม
3. ช่วยเหลือและกระตุ้นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในด้าน

**การอาบน้ำ** มักลืมน้ำอาบน้ำอย่างไร อาบไม่เป็น หรือไม่ยอมอาบ หยิบจับข้าวของไปทั่ว

- กำหนดเวลาการอาบน้ำให้ชัดเจน
- ยืดหยุ่นเวลาในการอาบ ช่วยอาบช่วยถูสบู่ ล้างตัว เช็ดตัว

- ระวังความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น ควรมิรวาจับ ฝ่ายางกันลื่น เก้าอี้ไว้นั่งอาบนํ้า

**การแต่งตัว** ไม่รู้ว่าเสื้อผ้ามีไว้ทำอะไร ไม่ทราบวิธีการสวมใส่ ไม่ทราบว่าจะต้องใส่ อะไรก่อน-หลัง ด้านนอก-ด้านใน ใส่เสื้อเป็น กางเกง หรือพยายามดึงเสื้อฝ้าออกจากร่างกาย

- ช่วยเหลือการใส่เสื้อผ้า เริ่มต้นอาจ ต้องใส่ให้ ช่วยใส่ จัดไว้ให้ใส่เอง

- ให้อาหารผู้ป่วยในการแต่งตัว

- เลือกเสื้อผ้าที่ใส่สบายและง่าย

**การรับประทานอาหาร** ไม่รู้จักว่าเป็น อาหาร กินได้หรือไม่ จำไม่ได้ว่ารับประทาน ไปแล้ว

- ป้อนข้าๆ ระวังการสำลัก ผู้ป่วย มักไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง มือหยิบจับ เปะปะ

- ตรวจสอบสุขภาพเหงือกฟัน

- จัดหาอาหารชนิดที่คุ้นเคย อาหาร อ่อน เคี้ยวง่าย

- ให้อาหารระหว่างมือ วางตั้งไว้เพื่อ ได้เตือนความจำผู้ป่วย

- ให้ดื่มนํ้าระหว่างมือ

**การนอน** เนื่องจากสับสนเวลา สถานที่ จึงไม่รู้เวลานอน ไม่รู้บริเวณที่นอน นอนไม่ หลับ

- กระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหว ในเวลากลางวัน เช่น พาเดิน กิจกรรมยืดเหยียด

- หลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน อาจ ให้จับหลับได้บ้าง

- บริเวณที่นอนมีแสงสว่างพอเพียง สงบไม่มีเสียงรบกวน

- ดูแลให้ใส่เสื้อผ้า ห่มผ้า เพราะผู้ป่วย เหล่านี้ชอบเปลือยตัวทั้งและอุณหภูมิร่างกายต่ำ

- จำเป็นต้องถูกจำกัดพฤติกรรมโดย การผูกข้อมือเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเพราะ ผู้ป่วยมักลุกเดินไปมา อีกทั้งการทรงตัวไม่ดี กลับที่เตียงตนเองไม่ถูก และแสงสว่างไม่พอ

**การขับถ่าย** มักไม่ทราบว่าจะเข้า ห้องนํ้าเมื่อไหร่ กลั้นอุจจาระไม่ได้ หาห้องนํ้า ไม่เจอ เข้าไปห้องนํ้าแล้วไม่รู้ทำอะไร

- จัดเวลาการเข้าห้องนํ้าให้เป็นประจำ เช่น หลังรับประทานอาหารทุกครั้ง และก่อน นอน

- เปิดไฟไว้ห้องนํ้า ติดป้ายสัญลักษณ์ แสดงว่าเป็นห้องนํ้า

- ให้อาหารที่รับประทานที่มีกากใย

- ให้สวมเสื้อผ้าที่ถอดออกง่าย

- เตรียมกระโถนปัสสาวะไว้ใกล้ๆ ที่นอน

**การสื่อสาร** พอจำชื่อตนเองได้ จะ ค่อยๆ ลืมชื่อคน สถานที่ และสรรพนามจนพูด ลำบาก

- พูดประโยคสั้นๆ เข้าใจง่าย คำต่างๆ ที่คิดว่าเป็นคำที่ผู้ป่วยต้องการจะพูด

- ใช้ภาษาท่าทางร่วมด้วย

- ควรใช้คำหรือประโยคง่ายๆ อาจ ทวนซ้ำประโยคที่พูด

**การถามซ้ำๆ** ผู้ป่วยมักถามเรื่องเดิม ซ้ำๆ อาจเนื่องจากจำไม่ได้ว่าได้รับคำตอบ ว่าอะไร อาการเหล่านี้สร้างความอึดอัด และ รำคาญให้กับผู้ดูแล

- กรณีที่ผู้ป่วยพออ่านหนังสือได้ อาจ จะจดคำตอบลงในกระดาษ

- เบี่ยงเบนความสนใจ  
- ไม่ควรถามย้อนกลับมาถามผู้ป่วยอีก หากผู้ป่วยลืมไปแล้ว

4. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตร เช่น ช่วยป้อนข้าว การพูดคุยพื้นความจำ การพาเดิน

5. ให้ข้อมูลญาติเกี่ยวกับแผนการรักษาและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

6. ดูแลการได้รับวิตามินบี 1 ทั้งในแบบอาหาร และแบบยารับประทาน เน้นเป็นยาฉีดในระยะแรก

7. ระวังระวังเรื่องการจำกัดพฤติกรรม โดยการผูกข้อมือ ตรวจร่างกายบริเวณถูกผูกข้อมือ ระวังการเกิดรอยถลอกจากการคืน แผลกดทับ

8. ระวังระวังเรื่องการนิคยาเมื่อจำเป็น PRN ผู้ป่วยอาจหลับมากเสี่ยงต่อการสำลัก น้ำลาย

9. จัดทำนอนให้ศีรษะสูงเล็กน้อย ป้องกันการสำลัก

10. สังเกตการเกิดอาการทางจิตร่วม ได้แก่ อาการหวาดระแวง หลงผิด ประสาทหลอน อาการหวาดระแวงที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อมมักจะมีความหวาดระแวงที่ไม่สมเหตุสมผล

- ไม่ได้เตียงหรือประจันหน้ากับผู้ป่วย ให้พยายามพูดอย่างนุ่มนวลอธิบายด้วยเหตุผล

- พยายามหันเหความสนใจของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลจะต้องใช้มีความอดทนสูง

- ดูแลให้ได้กินยาตามมือ จำนวน เวลา

#### การประเมินผล

1. ทั้ง 3 คน ไม่เกิดอุบัติเหตุหรือร่องรอยการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือพลัดตกหกล้ม

2. ทั้ง 3 คนไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดบวมจากการสำลัก แต่มีแผลกดทับเกรด 1 จากการถูกจำกัดพฤติกรรมจำนวน 1 คน เนื่องจากมีภาวะหลงลืมอยู่นาน 45 วัน

3. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองเร็วที่สุดภายใน 2 สัปดาห์ จำนวน 1 คน ส่วนอีก 2 คนช้า กว่า 2 สัปดาห์ นานที่สุดคือ 4 สัปดาห์

#### ผล

##### กรณีศึกษา 1

เพศชาย อายุ 54 ปี การวินิจฉัยโรค Alcohol withdrawal delirium สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับราชการ ประวัติดื่มสุรกว่า 10 ปี ดื่มมากขึ้น 2 ปี รับไว้รักษาครั้งที่ 3 ด้วยประวัติหยุดดื่มสุรา 3 วัน มีอาการสั่น สับสน ไม่นอน ประสาทหลอน มา 2 วัน มีภาวะถอนพิษสุรา (AWS = 5 คะแนน) 16 วัน ระดับรุนแรง (AWS = 10 คะแนน) 7 วัน การรักษาที่ได้รับ Vitamin B1 ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 3 วัน และ Vitamin B1-6-12 แบบรับประทาน 400 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับการได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุรา

หลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา (AWS = 4 คะแนน) ผู้ป่วยมีอาการหลงลืม ไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นได้ คิดช้า สับสนเวลาสถานที่ การทรงตัวไม่ดี เดินเซ เดินออกนอกบริเวณ พูดบ่นคนเดียวไม่เป็นคำ หงุดหงิดง่าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เช่น อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า รับประทานอาหารทำเองไม่ได้ ตรวจร่างกายยังไม่พบความผิดปกติของการกลอกตา แพทย์ปรับการรักษาโดยให้ยาต้าน

โรคจิตร่วมด้วย ได้รับ Vitamin B1-6-12 แบบรับประทาน 400 มิลลิกรัมต่อวันต่อไปอีกจนกระทั่งอาการเริ่มดีขึ้น ประเมิน Thai mental state examination (TMSE) คะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด รวมระยะเวลาที่มีอาการเหล่านี้จำนวน 12 วัน สามารถเข้ารับการรักษาจิตสังคมได้จนครบตามโปรแกรมและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมระยะเวลานอนเรือนจำนวน 55 วัน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรก รับไว้รักษา CBC, BUN, Creatinine, Blood sugar, Electrolyte: ผลปกติ ส่วนผล Liver function test พบว่ามีการอักเสบของตับและมีน้ำคั่งเล็กน้อย

ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสุรา การดูแลตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ พัดตกหกล้มและถูกจำกัดพฤติกรรม เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากนอนบนเตียงเป็นเวลานาน เช่น ปอดบวมจากการสำลัก และแผลกดทับ

### กรณีศึกษา 2

เพศชาย อายุ 46 ปี การวินิจฉัยโรค Alcohol withdrawal delirium สถานภาพสมรส คู่ อาชีพรับจ้าง ประวัติดื่มสุรา 20 ปี ดื่มมากขึ้น 5 ปี 1 เดือนนี้ดื่มหนักตลอด เมาบ่อย 3 วันก่อนมามีหูแว่ว ภาพหลอน ระวัง ตัวสั่นมือสั่น เกร็ง ญาติพาไปโรงพยาบาลชุมชนและรับไว้รักษาอยู่ 3 วัน อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งต่อรักษาโรงพยาบาลจิตเวช แรกรับไว้รักษา มีอาการตัวสั่นมือสั่น เกร็ง มีหูแว่ว ภาพหลอน

มีภาวะถอนพิษสุรา 5 วัน และเป็นระดับรุนแรง (AWS = 10) ทั้ง 5 วัน และมีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย การรักษาที่ได้รับ Vitamin B1 ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 2 ครั้งเป็นเวลา 7 วัน และ Vitamin B1-6-12 แบบรับประทาน 400 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับการได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุรา ส่วนความดันโลหิตสูงไม่รักษาด้วยยา

หลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา (AWS = 4) ผู้ป่วยยังคงมีอาการหลงลืม คิดช้า สับสน เวลา สถานที่ การทรงตัวไม่ดี เดินเซ พุดบ่นคนเดียวพึมพำ การนอนหลับไม่ดี การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ความดันโลหิตสูงดีขึ้น แพทย์ตรวจร่างกายพบคล้ายตาเข และการกลอกตาผิดปกติ โดยกลอกไม่ได้ทั้งซ้ายขวาและขึ้นลง แพทย์ปรับการรักษาโดยให้ฉีด Thiamine 100 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ วันละ 2 ครั้ง ต่ออีก 10 วัน ร่วมกับให้ยาต้านโรคจิต Haloperidol 10 มิลลิกรัมต่อวัน แบบรับประทานเช้าและก่อนนอน มีอาการเหล่านี้นาน 33 วัน จึงเริ่มดีขึ้นและประเมิน TMSE ผ่านเกณฑ์ สามารถเข้ารับการรักษาจิตสังคมครบตามโปรแกรม รวมระยะเวลานอนเรือนจำนวน 45 วัน

ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ มีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นจากสับสน พุดบ่นพึมพำคนเดียว รื้อคันข้าวของ เดินไปมา การดูแลตัวเองบกพร่อง เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากนอนบนเตียงเป็นเวลานาน เช่น ปอดบวมจากการสำลัก และ แผลกดทับ

### กรณีศึกษา 3

เพศชาย อายุ 39 ปี การวินิจฉัยโรค

Alcohol withdrawal delirium โสโครก ว่างงาน ประวัติดื่มสุรา 20 กว่าปี ดื่มมากขึ้นมาเรื่อยๆ รับไว้รักษาครั้งแรก ด้วยประวัติชักหลังหยุดดื่มสุรา 1 วัน หลังจากนั้นมีอาการสั่น ประสาทหลอน ไม่นอน สับสน ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน 2 สัปดาห์ อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งต่อรักษาโรงพยาบาลจิตเวช แรก รับไว้รักษามีปลายมือสั่นเล็กน้อย สับสนเวลาสถานที่ การนอนหลับไม่ดี มีภาวะถอนพิษสุราระดับเล็กน้อย (AWS = 4 คะแนน) การรักษาที่ได้รับ Vitamin B1 ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้งเป็นเวลา 7 วัน และ Vitamin B1-6-12 แบบรับประทาน 600 มิลลิกรัมต่อวัน ร่วมกับการได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุรา

หลังพ้นภาวะถอนพิษสุรา (AWS = 4) ผู้ป่วยหลงลืม สับสนเวลา สถานที่ คิดว่าการทรงตัวไม่ดี เดินเซ มีหูแว่ว พูดบ่นคนเดียว พิมพ์ หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง ต้องช่วยเรื่องอาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า รับประทานอาหาร และการขับถ่าย การกลอกตาผิดปกติ โดยกลอกไม่ได้ทั้งซ้ายขวาและขึ้นลง แพทย์ปรับการรักษาโดยให้ฉีด Thiamine 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละ 1 ครั้ง ต่ออีกเป็นเวลา 15 วัน ร่วมกับการได้รับยาต้านโรคจิต 45 วันต่อมาอาการเริ่มดีขึ้นและประเมิน TMSE ผ่านเกณฑ์ สามารถเข้ารับการบำบัดด้านจิตสังคมได้ครบตามโปรแกรม รวมระยะเวลานอนเรือนจำนวน 59 วัน

ปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ มีพฤติกรรมรบกวนผู้ป่วยอื่นจากสับสน หลงลืม การดูแลตัวเองบกพร่อง เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ และเสี่ยงต่อการ

เกิดภาวะแทรกซ้อนจากนอนบนเตียงเป็นเวลานาน เช่น ปอดบวมจากการสำลัก และผู้ป่วยรายนี้มีแผลกดทับ เกรด 1

## วิจารณ์

ลักษณะอาการทางระบบประสาทที่พบใน WE โดยเฉพาะสัญญาณโรคจากการตรวจตา ตากระตุก ประเมินโดยให้ผู้ผู้ป่วยมองไปข้างๆ พบตากระตุกในขณะที่มองขึ้นหรือมองลง ในขณะที่ม่านตาดำจะยังมีปฏิกิริยาต่อแสงเป็นปกติ การที่ตากระตุกในขณะที่มองขึ้นบ่งบอกว่ามีรอยโรคที่ก้านสมอง นอกจากนี้ยังมีตากระตุกเวลามองไปทางด้านข้างทั้ง 2 ข้างมีรอยโรคที่ Abducens nerve หรือ Cranial nerve ที่ 6 ซึ่งทำหน้าที่กลอกตาออกทางด้านนอก มี Ataxia เป็นผลจากรอยโรคที่ superior cerebellar vermis และ vestibular nuclei จึงทำให้ผู้ป่วยยืนทรงตัวไม่ได้และทำเดินจะผิดปกติมากที่สุด สัญญาณโรคเหล่านี้ในผู้ป่วยที่มีจิตสับสน เห็นภาพหลอน ที่ดื่มสุราเรื้อรังทำให้การวินิจฉัยโรค WE ชัดเจน ผู้ป่วยด้วยกลุ่มอาการนี้มักมีไข้ต่ำๆ ได้ ภาวะหลงลืม เสียความจำทั้งในอดีตและปัจจุบัน (Retrograde & Anterograde) ผู้ป่วยบางรายมีจิตสับสน ในบางรายมีภาพหลอนและอาการเสริมเติมสิ่งที่ไม่ได้ ที่เรียก Confabulation ลักษณะอาการทางจิตที่กล่าวคือ Korsakoff psychosis

ภาวะสูญเสียความทรงจำจากพิษแอลกอฮอล์เรื้อรัง (Wernicke-Korsakoff syndrome) คือ ภาวะเสียความจำ (Amnesia) แบบไปข้างหน้า (Anterograde amnesia) มากกว่าแบบย้อนหลัง (Retrograde amnesia)

การสูญเสียความทรงจำและโรคสมองเสื่อม ทั้ง 2 ภาวะนี้มีความแตกต่างกัน เพราะภาวะสูญเสียความทรงจำนั้น ผู้ป่วยจะสูญเสียความทรงจำเท่านั้นแต่ความสามารถส่วนอื่นๆ ยังปกติ เช่น การตัดสินใจ พฤติกรรม ความสามารถในการวางแผนต่างๆ ซึ่งโรคสมองเสื่อมนั้นจะสูญเสียไปในหลายๆ ด้านหรือเกือบทุกด้าน

เดินเซเป็นอาการไม่ใช่โรค คือ การที่ไม่สามารถควบคุมการทำงานของระบบทิวทางของร่างกายได้ ดังนั้นเมื่อเคลื่อนไหวหรือเดิน จึงเซไปเซมา ไม่ตรงทาง และไม่สามารถควบคุมให้ตรงได้ ซึ่งจะเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ กระแทก ชน รวมทั้งการล้ม เดินเซ ไม่ใช่อาการเฉพาะของโรคใดโรคหนึ่ง แต่เป็นอาการที่เกิดจากมีความผิดปกติหรือโรคที่อาจเกิดจาก 1) โรคของระบบประสาทหรือสมองส่วนที่ควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย คือ สมองน้อย (Cerebellum) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคเนื้องอกสมอง 2) จากโรคไขสันหลัง เช่น เนื้องอกไขสันหลัง และ 3) โรคของชั้นหูใน เช่น ชั้นหูในอักเสบ ดังนั้นเมื่อมีอาการเดินเซ จึงจำเป็นต้องรีบพบแพทย์เสมอ เพื่อการวินิจฉัยหาสาเหตุและเพื่อการรักษาที่เหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม นับเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความเข้าใจและความอดทนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่อยู่ใกล้ชิด ซึ่งต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วย ประเด็นที่จะนำไปสู่ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ มักไม่ใช่เรื่องของความจำบกพร่อง แต่กลับเป็นปัญหาทางพฤติกรรมต่างๆ ที่พบได้บ่อยคือ

อารมณ์หรือโรคซึมเศร้า, อาการทางจิต และปัญหาในการนอนหลับ สำหรับญาติ การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม คือ ต้องอดทนและเข้าใจว่าผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวเนื่องจากมีภาวะเสียความจำ ไม่ได้แกล้งทำ ดังนั้นผู้ป่วยจะมีอาการพุดจาตบสน คล้ายโกหก หากญาติหรือผู้ดูแลไม่เข้าใจ ก็จะทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี จะหงุดหงิดกับผู้ป่วย ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อการรักษาและต่อญาติเองด้วย ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ครบถ้วน ให้กำลังใจ ต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยเลิกหรือสูรยาอย่างถาวร และถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติไปจากเดิม หรือมีอาการที่รุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน (ผลข้างเคียง เช่น ขึ้นผื่น คลื่นไส้ อาเจียน) จากยาที่ใช้รักษา หรือ ญาติกังวลในอาการผู้ป่วย ให้รีบพาผู้ป่วยมาพบแพทย์หรือมาโรงพยาบาลก่อนนัดเสมอ

โดยสรุปแล้วปัญหาทางพฤติกรรม อารมณ์ และทางจิต ที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อม นั้น จะมีผลกระทบและสร้างความตึงเครียดให้กับครอบครัวและผู้ดูแลได้มากกว่าปัญหาความจำเสื่อมหรือบกพร่องที่เกิดขึ้น การศึกษาค้นคว้าเพื่อที่จะได้เข้าใจถึงสาเหตุ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัญหาต่างๆ เหล่า นั้น รวมถึงการพยายามนำการรักษาที่ไม่ใช่ยา (non-pharmacological management) มาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของการรักษา และลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาได้ด้วย

การพยากรณ์โรค ในการรักษาภาวะเสียความจำจากพิษแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ได้ผลไม่ค่อยดี เนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหาลักษณะ

อย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรคตับแข็ง ภาวะตับวาย และมักเกิดภาวะสมองฝ่อจากพิษของแอลกอฮอล์/สุราร่วมอยู่ด้วย

### สรุป

จากการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 ที่มีภาวะหลงลืมหลังฟื้นภาวะถอนพิษสุรา โดยที่ผู้ป่วย 2 ใน 3 คนมีภาวะถอนพิษสุราอยู่ในระดับรุนแรง (AWS = 10 คะแนน) เป็นเวลา 5 และ 7 วัน ได้รับวิตามินบี 1 ตั้งแต่เริ่มต้นควบคู่กับการรักษาภาวะถอนพิษสุรา ส่วนอีก 1 คน ได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุราจากโรงพยาบาลชุมชนมาแล้ว 2 สัปดาห์ หลังฟื้นภาวะถอนพิษสุราพบอาการสับสนเวลา สถานที่ และบุคคล ไม่นอน การทรงตัวไม่ดี เดินเซ กลอกตาไม่ได้ บางรายมองพบอาการตาเขชัดเจน หงุดหงิดง่าย มีอาการทางจิต เช่น หลงผิดเนื้อหาไม่เป็นจริงเมื่อตรวจสอบกับญาติ กลุ่มอาการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตัวเองบกพร่อง ด้านการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การแต่งกาย ขับถ่าย และมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ เช่น บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและถูกจำกัดพฤติกรรม และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือ ปอดบวมจากการสำลัก ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานกว่าปกติ ผลการดูแลผู้ป่วยทั้ง 3 มีการฟื้นหายจากภาวะหลงลืมแม้ต้องใช้เวลายาวนาน และไม่เกิดอุบัติเหตุร้ายแรง บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและถูกจำกัดพฤติกรรม หรือแม้แต่การเกิดปอดบวมจากการสำลัก แต่มี 1 รายที่เกิดแผลกดทับเกรด 1 บริเวณก้นกบเนื่องจากมีภาวะสับสนที่ยาวนานจึงถูกจำกัดพฤติกรรมบ่อยครั้ง

### เอกสารอ้างอิง

1. สมศักดิ์ เทียมเก่า, แอลกอฮอล์และระบบประสาท. เข้าถึงได้ที่ <http://haamor.com/Alcohol and nervous system/> [1 กุมภาพันธ์ 2557].
2. พิชัย แสงชาญชัย. (ม.ป.ป.). สายด่วน 1413 ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุรา (Alcohol Help Line) [เอกสารอัดสำเนา]. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
3. จุฑารัตน์ แสงเทียน, ไชยพร ยุกเซ็น, รพีพร โรจน์แสงเรือง. อาการ Wernicke's encephalopathy (WE) ในผู้ป่วยติดสุรา. ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
4. Verajit Chotmongkol and Panita Limpawattana. Wernicke's Encephalopathy: Report of a Case J Med Assoc Thai 2005; 88(6): 855-8.
5. นารีรัตน์ ทองยินดี. แนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา.