# การศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา ในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

# Result of using guidelines for alcohol withdrawal patients in Srisomdet Hospital, Roi-Et province

**วีระยุทธ ลือโสภา***

**Weerayut Luesopa**

Corresponding author: e-mail: wrylspo@gmail.com

(Received: January 10, 2026; Revised: January 18, 2026; Accepted: February 18, 2026)

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

**รูปแบบการวิจัย :** การวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical study)

**วัสดุและวิธีการวิจัย :** ทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและเก็บข้อมูลด้านกระบวนการก่อนพัฒนาระบบ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567 - 31 ตุลาคม 2567 และทำการศึกษาแบบไปข้างหน้าร่วมกับการศึกษาจากเวชระเบียนหลังพัฒนาระบบ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568 - 31 ตุลาคม 2568 โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราที่พัฒนาขึ้น แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา CIWA-AR และแบบเก็บข้อมูลที่พัฒนาขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาในการนำเสนอข้อมูลทั่วไปและใช้สถิติอนุมาน Chi-square ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการและคลินิก

**ผลการวิจัย :** ผลลัพธ์ในด้านการเปรียบเทียบด้านกระบวนการในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ หลังการพัฒนาระบบมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ใน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การใช้เครื่องมือคัดกรอง ASSIST-Thai ($\chi^2=33.491$) (2) การจัดการความเสี่ยง ($\chi^2=30.461$) (3) การประเมิน CIWA-AR ในผู้ป่วยใน ($\chi^2=15.125$) (4) การปฏิบัติตาม Standing order ($\chi^2=22.213$) และ (5) การให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย ($\chi^2=33.162$) ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยและสาเหตุการส่งต่อไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000$) และผลลัพธ์ด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ พบว่า หลังการพัฒนาระบบ ผลลัพธ์ทางคลินิกมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (73.68% เป็น 20.69%, $\chi^2=11.173$, $p<.001$) และ (2) การเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 1 เดือน ในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (57.89% เป็น 13.79%, $\chi^2=8.441$, $p=.004$) ส่วนตัวชี้วัดอื่นๆ รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การผูกยึด การพลัดตกเตียง และผลการติดตามการบำบัด ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุปและข้อเสนอแนะ :** การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยถอนแอลกอฮอล์มาใช้ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถเพิ่มคุณภาพในกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองที่เป็นระบบด้วย ASSIST-Thai การจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุรา การประเมินอาการด้วย CIWA-Ar การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/Standing order และการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย

**คำสำคัญ :** ผลลัพธ์; แนวทาง; ผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา

*นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ

## Abstract

**Purposes :** To compare the process and clinical outcomes in treating patients with alcohol withdrawal syndrome at Srisomdej Hospital, Roi Et Province.

**Study design :** Analytical study.

**Materials and Methods :** A retrospective study of medical records and data collection on processes prior to system development was conducted between 1 April 2024-31 October 2024 A prospective study was also conducted in conjunction with a study of medical records after system development between 1 April 2025-31 October 2025 the developed clinical practice guidelines for treating patients with alcohol withdrawal symptoms, the CIWA-AR alcohol withdrawal symptom assessment scale, and a developed data collection form were used. Descriptive statistics are used to present general information, and inferential Chi-square statistics are used to compare process and clinical outcomes.

**Main findings :** The results in comparing the processes of treating patients with alcohol withdrawal syndrome at Sri Somdej Hospital, Roi Et Province, after system development, showed statistically significant improvements ($p < .001$) in 5 indicators These include (1) use of the ASSIST-Thai screening tool ($\chi^2=33.491$), (2) risk management ($\chi^2=30.461$), (3) CIWA-AR assessment in patients ($\chi^2=15.125$), (4) compliance with Standing order ($\chi^2=22.213$), and (5) pre-discharge counseling ($\chi^2=33.162$). There was no statistically significant difference ($p = 1.000$) in patient referrals and reasons for referral, and clinical outcomes in treating patients with alcohol withdrawal syndrome at Srisomdej Hospital, Roi Et Province, were found to be after the system development, clinical outcomes were significantly improved in two indicators: (1) the incidence of alcohol withdrawal at first admission in outpatients was significantly reduced (73.68% to 20.69%, $\chi^2=11.173$, $p<.001$) and (2) the incidence of alcohol withdrawal symptoms at 1 month post-treatment in outpatients was significantly reduced (57.89% to 13.79%, $\chi^2=8.441$, $p=.004$). Other indicators, including the occurrence of complications, restraints, falls from bed, and treatment follow-up outcomes, did not differ significantly statistically ($p > .05$).

**Conclusion and recommendations :** This study demonstrates that implementing clinical practice guidelines for alcohol withdrawal patients in community hospitals can improve the quality of care processes and patient outcomes. Specifically, this includes systematic screening with ASSIST-Thai, managing risk from alcohol-related problems, assessing symptoms with CIWA-Ar, adhering to guidelines/standing orders, and pre-discharge counseling.

**Keywords :** Results; Guidelines; Patients with alcohol withdrawal

*Registered Physician Professional Level, Srisomdet Hospital.

## บทนำ

ปัญหาการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีการดื่มสุรามาระยะเวลาหนึ่ง เป็นสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาหรือสภาวะทางจิตใจ จะมีอาการเกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุรา หรือลดปริมาณการดื่มลง โดยในผู้ป่วยติดสุรา สุราเรื้อรัง ในสมองมักมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ เช่น การลดลงของระบบประสาทยับยั้ง และการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท เมื่อผู้ป่วยหยุดสุรากะทันหัน ระบบต่างๆ ของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นกลุ่มอาการขาดสุราขึ้น โดยอาการขาดสุราที่ตามมาอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน หรือ Delirium เดิมรู้จักกันดีในชื่อ Delirium tremens (DTs) ภาวะนี้เกิดตามหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มในผู้ป่วยที่ติดสุรามานานหลายปีและดื่มปริมาณมาก มักเกิดในวันที่ 2-3 หลังการหยุดดื่ม อาการเป็นอยู่ได้นาน 7-10 วัน[1]

ผลกระทบของภาวะถอนพิษสุรา ส่งผลให้เกิดการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลจำนวน 10 ใน 20% ของผู้ที่มีอาการถอนพิษสุราทั้งหมด โดยเหตุผลสำคัญที่ต้องดูแลภาวะถอนพิษสุรานั้น เนื่องจาก ภาวะนี้ส่งผลต่อการเสียชีวิตได้[2] โดยอาการถอนพิษสุราที่พบได้บ่อยหลังหยุดดื่ม คือ อาการสั่น (Tremulousness) อาการทางจิต (Psychotic) และอาการรับรู้ผิดปกติ (Perceptual symptoms) หลังจากนั้นอาจเกิดอาการชัก (Seizures) และอาการถอนพิษสุราแบบรุนแรง (Delirium tremens, DTs) ขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม เกิดอาการอาการกระสับกระส่าย สั่น สบสนในการรับรู้ ประสาทหลอดตลอดเวลา มีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ และความดันโลหิตขึ้นสูง[3] ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการสับสนเอะอะ โวยวาย เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ต้องมีการผูกยึดผู้ป่วยเอาไว้ เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองและผู้อื่น โดยภาวะถอนพิษสุราทำให้มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30[4] โดยปัจจัยที่ทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุรา คือ พฤติกรรมการดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม และภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดการถอนพิษสุรา ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติการดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละวัน ดื่มมานานมากกว่า 5 ปี เคยมีอาการชักจากขาดสุรามาก่อน เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่งสับสน (Delirium Tremens; DTs) มีประวัติมีอาการขาดสุราในขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน มีปัญหาโรคทางกายอื่นหรือได้รับการบาดเจ็บร่วมด้วย มีภาวะเมาสุราตลอดเวลา มีประวัติการใช้ยาเสพติดอื่น ๆ รวมถึงยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที เป็นต้น การดื่มสุรามีผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งทางร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคมรวมทั้งภาวะเศรษฐกิจ การบริโภคแอลกอฮอล์มีผลโดยตรงต่อการทำงานของตับ ทำให้เกิดการคั่งของไขมันในตับ ทำให้ตับอักเสบและตับแข็ง นอกจากนี้ยังทำให้บุคลิกภาพของผู้ดื่มเปลี่ยนแปลง อ่อนแอ เกียจคร้าน ไม่รับผิดชอบทั้งต่อตนเองและครอบครัว รวมทั้งขาดประสิทธิภาพในการทำงาน ทางด้านจิตใจ พบว่า ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ เกิดภาวะซึมเศร้า ฟุ้งซ่าน กังวล มึนงง ขาดความสุข ส่งผลทำให้ครอบครัวขาดความอบอุ่น ขาดความสุขในครอบครัว ทำให้เด็กมีปัญหา ทำให้เกิดปัญหาทางด้านโจรกรรมและอาชญากรรมเพราะไม่มีเงินมาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก็จะทำให้เกิดการชิงทรัพย์ จี้ปล้น ลักขโมย รวมทั้งการข่มขืนกระทำชำเราและฆ่าคนตาย[5] นอกจากนั้นการดื่มแอลกอฮอล์ ส่งผลให้ประเทศไทยเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะอันเนื่องมาจากการตายก่อนวัยอันควรเป็นลำดับสูงสุด 20 อันดับแรกจาก 175 รายโรคเฉพาะ ในปี พ.ศ. 2562 โดยเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ คิดเป็นร้อยละ 1.5 ในเพศชาย และร้อยละ 1.7 ในเพศหญิง[6]

เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศรีสมเด็จเป็นโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 30 เตียง จากการทบทวนประวัติการรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะถอนพิษสุรา ที่นอนรักษาตัว ณ หอผู้ป่วย พ.ศ.2564-2566 ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น คือ จำนวน 48 คน 62 คน และ 85 คน ตามลำดับ โดยพบอุบัติการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะ

ถอนพิษสุรา คือ ผู้ป่วยหลบหนีจากการรักษา ผู้ป่วยถอนพิษสุรามีอาการสับสนงุนงงมากขึ้นหลังพ้นระยะวิกฤติ ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการได้รับการผูกยึดและหกล้ม ผู้ป่วยพลัดตกเตียง ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเกิดอาการชัก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด ประสาทหลอน ซึ่งในปี พ.ศ. 2566 โรงพยาบาลศรีสมเด็จได้มีการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราในระดับโรงพยาบาล ใน 4 มาตรการ ได้แก่ 1) การคัดกรองปัญหาการดื่มสุราและบำบัดแบบสั้น 2) การบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา การประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน AWS 3) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ และ 4) มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา[7] ซึ่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อการรรักษาผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสุราลดลง มีการคัดกรองผู้ป่วยติดสุรามากขึ้น แต่ยังขาดการศึกษาในด้านประสิทธิผลของผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการและทางด้านคลินิกในด้านจำนวนวันนอน การส่งต่อ การติดตามผลลัพธ์ทางด้านการเข้ารับการบำบัด การติดตามการเสียชีวิต การเข้าถึงบริการ และลักษณะภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น นอกจากนั้นโรงพยาบาลได้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติในการประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน CIWA-IR ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาในด้านประสิทธิผลของการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จขึ้นโดยทำการเปรียบเทียบแนวปฏิบัติเดิมและแนวปฏิบัติใหม่ เพื่อเป็นการประเมินผลในด้านการใช้แนวทางปฏิบัติที่มี และสามารถที่จะนำผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นไปพัฒนาต่อยอดในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราดีขึ้น ครอบคลุมสามารถนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมการดื่มสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้นต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

## วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical study) โดยทำการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการและผลลัพธ์ทางด้านคลินิกของแนวทางปฏิบัติเดิมกับแนวทางปฏิบัติใหม่ โดยการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนร่วมกับการเก็บข้อมูลด้านกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราก่อนพัฒนาระบบ ในระหว่าง 1 เมษายน 2567-31 ตุลาคม 2567 และ ทำการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าหลังพัฒนาระบบ ร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลจากเวชระเบียน ในระหว่าง 1 เมษายน 2568 - 31 ตุลาคม 2568

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีสมเด็จทุกคน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2567-31 ตุลาคม 2567 และตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2568-31 ตุลาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ที่เข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลา 1 เมษายน 2567-31 ตุลาคม 2568 เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแต่ละปีมีค่อนข้างน้อย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เข้ามารับการรักษาในระยะเวลาที่กำหนดทั้งหมด โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและเกณฑ์คัดออกดังต่อไปนี้

**เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)** ได้แก่ ผู้ป่วยมีอายุเท่ากับหรือ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุรา ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2567-31 ตุลาคม 2568 และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัย ICD-10[8] ว่าเป็นผู้ที่ดื่มสุราแบบผิดแผน (Alcohol abuse: F10.1) ผู้ที่ติดสุรา (Alcohol dependence : F10.2) ผู้ที่มีอาการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal: F10.3) ผู้ที่มีภาวะสับสนจากการดื่มสุรา (Alcohol withdrawal state with delirium: F10.4) ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมแบบโรคจิตเนื่องมาจากการใช้สุรา (Mentaland behavioral disorders due to use of alcohol:

psychotic disorder: F10.5)

**เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)** ได้แก่ ข้อมูลเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคมะเร็ง และผู้ป่วย Palliative care และผู้ป่วยที่ Refer ไปรับการรักษาที่อื่น

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา ของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ปีงบประมาณ 2566 และ 2567[9]

2. แบบประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา คือ แบบประเมิน CIWA-AR (Clinical institute withdrawal assessment for alcohol-revised version)[10] และแบบคัดกรองปัญหาผู้ที่ดื่มสุราด้วย ASSIST-Thai[11]

3. แบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในด้านกระบวนการและการติดตามผลลัพธ์ทางด้านคลินิกซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบติดตามข้อมูลผลลัพธ์ด้านกระบวนการของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

ส่วนที่ 3 แบบติดตามข้อมูลผลลัพธ์ด้านคลินิกของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ** ผู้วิจัยทำการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหา ด้วยวิธีการหาค่า IOC ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาล 1 คน และเภสัชกร 1 คน มีค่าเท่ากับ 0.68

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ผู้วิจัยทำการยื่นขอจริยธรรมผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

2. ผู้วิจัยประสานการดำเนินงานทำวิจัยร่วมกับพยาบาลคลินิกจิตเวชและยาเสพติด รพ.ศรีสมเด็จ ทำการจัดประชุมในระดับทีมสหสาขาวิชาชีพจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่อาการถอนพิษสุราขึ้นใหม่ในปี พ.ศ.2567 การนำไปใช้ในระดับโรงพยาบาล และการจัดเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการและผลลัพธ์ทางด้านคลินิก

3. ผู้วิจัยทำการขออนุญาตขอใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล HOS-XP จากหน่วยงานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลศรีสมเด็จ และอนุมัติขอใช้ข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2567-31 ตุลาคม 2567 (ก่อนพัฒนาระบบ)

4. ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมแบบไปข้างหน้าในระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2568-31 ตุลาคม 2568 ด้วยแบบติดตามข้อมูลที่พัฒนาขึ้น

5. ทำการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ครอบคลุม

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

ใช้สถิติพรรณนาในการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Chi-sqaure ในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านกระบวนการ และผลลัพธ์ทางด้านคลินิก

## การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามโครงการวิจัยเลขที่ COE1762567 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2567

## ผลการวิจัย

ผลการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ประเด็นหลักที่สำคัญ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) ผลลัพธ์ในด้านการเปรียบเทียบด้านกระบวนการในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด และ 3) ผลลัพธ์ด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราก่อนและหลังพัฒนาระบบ ทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 97.22% และ 97.87% ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยก่อนพัฒนาระบบ 44.56±11.97 ปี และหลังพัฒนาระบบ 42.79±13.33 ปี ทั้งก่อนและหลังพัฒนาระบบมีสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง 69.44% และ 82.98% ตามลำดับ ประเภทเครื่องดื่มที่ดื่มเป็นส่วนใหญ่ คือ เหล้าขาว 88.89% และ 82.98% ตามลำดับ ระยะเวลา

การดื่มแอลกอฮอล์ 55.56% และ 68.09% ตามลำดับ โดยมีความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ เป็น 5 วัน คือ 38.89% และ 40.43% ตามลำดับ ส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มไม่มีการใช้สารเสพติดร่วมกับแอลกอฮอล์ คือ 61.11% และ 68.09% ตามลำดับ ก่อนพัฒนาระบบผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุราเป็นพิษเฉียบพลัน (F100) และเป็นผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา (F103) โดยมีร้อยละเท่ากัน คือ 41.67% ส่วนหลังพัฒนาระบบส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา (F103) คือ 36.17% และผู้ป่วยที่เข้ามารักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกในทั้งสองกลุ่ม คือ 52.78% และ 61.70% ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

| ข้อมูลทั่วไป | ก่อนพัฒนา จำนวน(%) n=36 | หลังพัฒนา จำนวน(%) N=47 |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| ชาย | 35(97.22) | 46(97.87) |
| หญิง | 1(2.78) | 1(2.13) |
| **อายุเฉลี่ย** | อายุเฉลี่ย 44.56±11.97 ปี | อายุเฉลี่ย 42.79±13.33 ปี |
| **สิทธิการรักษา** | | |
| บัตรทอง | 25(69.44) | 39(82.98) |
| ประกันสังคม | 7(19.44) | 6(12.77) |
| เบิกได้/จ่ายตรง | 4(11.12) | 2(4.26) |
| **ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์** | | |
| เหล้าขาว | 32(88.89) | 39(82.98) |
| เบียร์ | 4(11.11) | 8(17.02) |
| **ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์** | | |
| 1-10 ปี | 20(55.56) | 32(68.09) |
| 11-20 ปี | 13(36.11) | 12(25.53) |
| 21-30 ปี | 3(8.33) | 3(6.38) |
| **ความถี่ของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์** | | |
| 2 วันต่อสัปดาห์ | 9(25.00) | 7(14.89) |
| 5 วันต่อสัปดาห์ | 14(38.89) | 19(40.43) |
| 6 วันต่อสัปดาห์ | 10(27.78) | 16(34.04) |
| 7 วันต่อสัปดาห์ | 3(8.33) | 5(10.64) |
| **สารเสพติดที่ใช้ร่วมกับการดื่มสุรา** | | |
| ยาบ้า | 6(16.67) | 4(8.51) |
| บุหรี่ | 8(22.22) | 11(23.40) |
| ไม่มี | 22(61.11) | 32(68.09) |

**ตารางที่ 1** (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | ก่อนพัฒนา จำนวน(%) n=36 | หลังพัฒนา จำนวน(%) N=47 |
|---|---|---|
| **การวินิจฉัย (ICD10)** | | |
| ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุราเป็นพิษเฉียบพลัน (F100) | 15(41.67) | 12(25.53) |
| การดื่มสุราแบบผิดแผน (F101) | 0(0.00) | 4(8.51) |
| ผู้ที่ติดสุรา (F102) | 5(13.89) | 11(23.40) |
| ผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา (F103) | 15(41.67) | 17(36.17) |
| ผู้ที่มีภาวะสับสนจากการดื่มสุรา (F104) | 0(0.00) | 1(2.13) |
| ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมแบบโรคจิตเนื่องมาจากการการใช้สุรา (F105) | 1(2.78) | 2(4.26) |
| **ประเภทผู้ป่วย** | | |
| ผู้ป่วยนอก (OPD) | 19(52.78) | 29(61.70) |
| ผู้ป่วยใน (IPD) | 17(47.22) | 18(38.30) |

2. ผลลัพธ์ในด้านการเปรียบเทียบด้านกระบวนการในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด หลังการพัฒนาระบบ มีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ใน 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การใช้เครื่องมือคัดกรอง ASSIST-Thai ($\chi^2$=33.491) (2) การจัดการความเสี่ยง ($\chi^2$=30.461) (3) การประเมิน CIWA-AR ในผู้ป่วยใน ($\chi^2$=15.125) (4) การปฏิบัติตาม Standing order ($\chi^2$=22.213) และ (5) การให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย ($\chi^2$=33.162) ส่วนการส่งต่อผู้ป่วยและสาเหตุการส่งต่อไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 1.000$) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงผลลัพธ์การเปรียบเทียบด้านกระบวนการในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราก่อนและหลังการพัฒนาระบบ

| ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ | ก่อนพัฒนา จำนวน(%) n=36 | หลังพัฒนา จำนวน(%) N=47 | $\chi^2$/ Fisher's | df | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **การใช้เครื่องมือคัดกรองปัญหาผู้ที่ดื่มสุราด้วย ASSIST-Thai** | | | 33.491 | 1 | <.001 |
| ปฏิบัติ | 6(16.67) | 39(82.98) | | | |
| ไม่ปฏิบัติ | 30(83.33) | 8(17.02) | | | |
| **การจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุรา** | | | 30.461 | 1 | <.001 |
| ดำเนินการ | 10 (27.78) | 42(89.36) | | | |
| ไม่ดำเนินการ | 26(72.22) | 5(10.64) | | | |

**ตารางที่ 2** (ต่อ)

| ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ | ก่อนพัฒนา จำนวน(%) n=36 | หลังพัฒนา จำนวน(%) N=47 | $\chi^2$/ Fisher's | df | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **การประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วย CIWA-AR (ในผู้ป่วยใน)** | n=17 | n=18 | 15.125 | 1 | <.001 |
| ปฏิบัติ | 3(17.65) | 16(88.89) | | | |
| ไม่ปฏิบัติ | 14(82.35) | 2(11.11) | | | |
| **การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/ Standing order** | | | 22.213 | 1 | <.001 |
| ปฏิบัติ | 16(44.44) | 44(93.62) | | | |
| ไม่ปฏิบัติ | 20(55.55) | 3(6.38) | | | |
| **การส่งต่อผู้ป่วย** | | | Fisher's | - | 1.000 |
| ส่งต่อ | 4(10.00) | 5(16.67) | | | |
| รักษาต่อเนื่องที่ รพ.ศรีสมเด็จ | 26(86.67) | 25(83.33) | | | |
| **สาเหตุของการส่งต่อ** | | | Fisher's | - | 1.000 |
| มีอาการชัก | 1(2.78) | 0(0.00) | | | |
| มีภาวะสับสน | 1(2.78) | 1(2.13) | | | |
| ภาวะขาดสุราที่รุนแรง | 1(2.78) | 0(0.00) | | | |
| **การให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย** | | | 33.162 | 1 | <.001 |
| ปฏิบัติ | 7(19.44) | 40(85.11) | | | |
| ไม่ปฏิบัติ | 29(80.56) | 7(14.89) | | | |

3. ผลลัพธ์ด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จ.ร้อยเอ็ด พบว่าหลังการพัฒนาระบบ ผลลัพธ์ทางคลินิกมีการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน 2 ตัวชี้วัด ได้แก่ (1) การเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (73.68% เป็น 20.69%, $\chi^2$=11.173, p<.001) และ (2) การเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 1 เดือน ในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (57.89% เป็น 13.79%, $\chi^2$=8.441, p=.004) ส่วนตัวชี้วัดอื่นๆ รวมถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อน การผูกยึด การพลัดตกเตียง และผลการติดตามการบำบัด ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงผลลัพธ์การเปรียบเทียบด้านคลินิกในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราก่อนและหลังพัฒนาระบบ

| ตัวชี้วัดด้านคลินิก | ก่อนพัฒนา | หลังพัฒนา | $\chi^2$ | df | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (%) | จำนวน (%) | | | |
| **ผู้ป่วยนอก** | **n=19** | **n=29** | | | |
| **การเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับ** | | | 11.173 | 1 | <.001 |
| เกิด | 14(73.68) | 6(20.69) | | | |
| ไม่เกิด | 5(26.32) | 13(44.83) | | | |
| **การเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 1 เดือน** | | | 8.441 | 1 | 0.004 |
| เกิด | 11(57.89) | 4(13.79) | | | |
| ไม่เกิด | 8(42.11) | 25(86.21) | | | |
| **ผู้ป่วยใน** | **n=17** | **n=18** | | | |
| **การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง (Withdrawal symptom)** | | | 1.513 | 1 | .219 |
| **จากนอนโรงพยาบาล** | 7(41.18) | 3(16.67) | | | |
| เกิดภาวะแทรกซ้อน | 10(58.82) | 15(83.33) | | | |
| ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน | | | | | |
| **อาการของผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อน** | | | - | - | ดูข้อมูลในข้อก่อนหน้า |
| มีอาการชัก | 2(11.76) | 1(5.56) | | | |
| แขนขาอ่อนแรง ภาวะเกลือแร**ใน ร่างกายผิดปกติ** | 1(5.88) | 1(5.56) | | | |
| ใจสั่น มือสั่น | | | | | |
| แน่นหน้าอก เหนื่อย อ่อนเพลีย วิงเวียน | 2(11.76) | 1(5.56) | | | |
| ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ปลุกไม่ตื่น | 1(5.88) | 0(0.00) | | | |
| | 1(5.88) | 0(0.00) | | | |
| **การได้รับการผูกยึดในช่วง Withdrawal** | 3(17.65) | 2(11.11) | Fisher's | - | .658 |
| ได้รับการผูกยึด | 14(82.35) | 16(88.89) | | | |
| ไม่ได้รับการผูกยึด | | | | | |
| **การพลัดตกเตียง** | | | Fisher's | - | 1.000 |
| ผู้ป่วยพลัดตกเตียง | 2(11.76) | 2(11.11) | | | |
| ผู้ป่วยไม่พลัดตกเตียง | 15(88.24) | 16(88.89) | | | |

**ตารางที่ 3** (ต่อ)

| ตัวชี้วัดด้านคลินิก | ก่อนพัฒนา จำนวน (%) | หลังพัฒนา จำนวน (%) | $\chi^2$ | df | p |
|---|---|---|---|---|---|
| **ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรากลับเป็นซ้ำหลังครบ Regimen** | | | 0.245 | 1 | 0.621 |
| มีอาการ | 5(29.41) | 3(16.67) | | | |
| ไม่มีอาการ | 12(70.59) | 15(83.33) | | | |
| **การติดตามการบำบัดภาพรวม** | **n=36** | **n=47** | | | |
| **ผลลัพธ์การติดตามการบำบัดสุรา** | | | Fisher's | - | 0.132 |
| เลิกดื่ม | 1(2.78) | 6(12.77) | | | |
| กลับมาดื่มใหม่อีกครั้งในช่วง 3 เดือน | 35(97.22) | 41(87.23) | | | |

## วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการประเมินผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (Clinical Practice Guideline) สำหรับผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรามาใช้ที่โรงพยาบาลศรีสมเด็จ โดยเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้านกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังการพัฒนาแนวทาง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ในด้านกระบวนการการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุรา พบว่า ตัวชี้วันในด้านกระบวนการ 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ การคัดกรองด้วย ASSIST-Thai การจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุรา การประเมินด้วย CIWA-Ar การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/Standing order และการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย มีการเปลี่ยนแปลงหลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการการใช้เครื่องมือคัดกรองปัญหาผู้ที่ดื่มสุราด้วย ASSIST-Thai เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 16.67% เป็น 82.98% ($\chi^2$=33.491, p<.001) แสดงให้เห็นว่าการมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามกระบวนการคัดกรองได้อย่างสม่ำเสมอมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ American Society of Addiction Medicine (ASAM) Clinical Practice Guideline ปี 2020 ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการคัดกรอง (Universal screening) โดยการใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรง เช่น ASSIST[11] ซึ่งเครื่องมือ ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) เป็นเครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก มีความไว (Sensitivity) 54-97% และความจำเพาะ (Specificity) 50-96%[12-13] เครื่องมือชนิดนี้ได้รับการตรวจสอบความตรงในหลายประเทศและหลายกลุ่มประชากร โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเฉลี่ยอยู่ที่ 0.89[12] ดังนั้นการนำ ASSIST-Thai มาใช้ในบริบทของประเทศไทย จะช่วยให้สามารถระบุผู้ป่วยที่ต้องการการแทรกแซงเบื้องต้น (Brief intervention) หรือการส่งต่อรักษาได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาในหลายประเทศพบว่าการคัดกรองอย่างเป็นระบบด้วยเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาล Michigan พบว่า การใช้ universal screening ช่วยลดอุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยไป ICU และลดภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์[14]

ในด้านการจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุรา พบว่า อัตราการจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 27.78% เป็น 89.36% ($\chi^2$=30.461, p<.001) เนื่องจากเป็นการสะท้อนถึงการดำเนินการแทรกแซงเชิงรุก (proactive intervention) หลังจากการคัดกรองพบความเสี่ยง เช่น การให้คำแนะนำเบื้องต้นเกี่ยวกับผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์, การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์และ

วิธีป้องกัน, การประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามแนวทาง ตลอดจนการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับวิธีการคัดกรองด้วยรูปแบบScreening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) ที่เป็นที่ยอมรับในระดับสากล ซึ่งการจัดการความเสี่ยงจากภาวะถอนพิษสุรานี้ ถือเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเริ่มต้นในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุรา[11,15] ในด้านการประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วย CIWA-Ar ในผู้ป่วยใน พบว่า อัตราการประเมินด้วย CIWA-Ar ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 17.65% เป็น 88.89% ($\chi^2$=15.125, p<.001) ซึ่งมีความสำคัญ คือ การใช้Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar) เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรานั้น ถือเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ประกอบด้วย 10 รายการประเมิน ได้แก่ คลื่นไส้/อาเจียน ตัวสั่น เหงื่อออก ความวิตกกังวล ความกระวนกระวาย ปวดศีรษะ การรับรู้ทางประสาทสัมผัส และการรู้สึกตัวเอง โดยใช้เวลาประมาณ 5 นาทีในการประเมิน[16] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Melkonian et al.[17] พบว่า การนำ CIWA-Ar protocol มาใช้ทั้งโรงพยาบาลส่งผลให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลงจาก 7.15 วัน เป็น 5.7 วัน (p=.02) ความต้องการ ICU consultation ลดลงจาก 34.1% เป็น 22.1% (p=.01) และอุบัติการณ์ Respiratory failure ลดลงจาก 13.8% เป็น 6.9% (p=0.04) แต่มีการศึกษาบางชิ้นรายงานผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาในโรงพยาบาลทหารผ่านศึกไม่พบความแตกต่างของระยะเวลานอนโรงพยาบาลก่อนและหลังการใช้ CIWA-Ar[18] ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะประชากรผู้ป่วย ความรุนแรงของภาวะถอนแอลกอฮอล์ และความพร้อมของบุคลากรในการใช้เครื่องมือประเมิน ด้านการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/Standing order พบว่า อัตราการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/Standing order เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 44.44% เป็น 93.62% ($\chi^2$=22.213, p<.001) ซึ่ง Standing order เป็นคำสั่งแพทย์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าตามแนวทางปฏิบัติ จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การรักษาได้ทันทีตามอาการของผู้ป่วยโดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ทุกครั้ง การใช้ Standing order ร่วมกับ CIWA-Ar ช่วยให้การรักษาเป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น[19] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่าการใช้ Standing order ช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแล ลดระยะเวลาในการรอรับการรักษา และเพิ่มความพึงพอใจของพยาบาลในการปฏิบัติงาน[16,20] อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Eloma et al.[21] พบว่าการใช้ CIWA-Ar ที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถสื่อสารได้ หรือไม่มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงอย่างครบถ้วน อาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับยาเบนโซไดอะซีปีนได้ ในด้านการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย พบว่า อัตราการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 19.44% เป็น 85.11% ($\chi^2$=33.162, p<.001) ซึ่งการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะถอนแอลกอฮอล์และวิธีป้องกัน, การชี้แจงเกี่ยวกับยาที่ต้องรับประทานต่อที่บ้าน, การนัดติดตามผลและการเชื่อมโยงไปยังบริการบำบัดฟื้นฟู, การให้ข้อมูลติดต่อในกรณีฉุกเฉิน และการให้กำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ มีความสำคัญต่อการป้องกันการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์ซ้ำและเป็นการดูแลผู้ป่วยให้เข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ ASAM guideline ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงผู้ป่วยไปรับบริการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Seamless connection to treatment services) รวมถึงการใช้วิธี “Warm handoff” ซึ่งหมายถึงการประสานงานโดยตรงกับผู้ให้บริการบำบัดฟื้นฟูก่อนจำหน่ายผู้ป่วย[11] การศึกษาพบว่าการได้รับ Brief intervention และการเชื่อมโยงไปยังบริการบำบัดฟื้นฟูช่วยเพิ่มอัตราการเลิกดื่มและลดการรับไว้รักษาซ้ำ[22-23]

ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยนอก จากการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราลดลงเมื่อแรกรับ (ผู้ป่วยที่มาพร้อมกับภาวะถอนพิษ ณ วันที่เก็บข้อมูล) และผู้ป่วยมีภาวะการเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 3 เดือนลดลง ในด้านการเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับ พบว่า อัตราการเกิดภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับในผู้ป่วยนอกลดลง

อย่างมีนัยสำคัญจาก 73.68% เป็น 20.69% ($\chi^2$=11.173, p<.001) การลดลงน่าจะเป็นผลมาจากการคัดกรองและการจัดการความเสี่ยงที่ดี (การแทรกแซง) ขึ้นโดยการคัดกรองด้วย ASSIST-Thai ช่วยระบุผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะถอนแอลกอฮอล์ได้แม่นยำขึ้น การจัดการความเสี่ยง ทำให้เกิดกระบวนการให้คำปรึกษาและความรู้เกี่ยวกับวิธีลดความเสี่ยงจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การแนะนำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ซึ่งอาจส่งผลให้สัดส่วนผู้ป่วยนอกที่เหลือมีความรุนแรงน้อยลง) และการให้ยาป้องกัน (Prophylactic medication) ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงบางราย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่าการคัดกรองและการแทรกแซงเบื้องต้นช่วยลดความรุนแรงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การศึกษาของ Williams et al.[14] พบว่าการใช้เครื่องมือคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่รุนแรง จะช่วยลดอุบัติการณ์ของการส่งต่อไป ICU ในด้านการเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 3 เดือน พบว่า อัตราการเกิดภาวะถอนพิษสุราหลังรักษา ณ 3 เดือนในผู้ป่วยนอกลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 57.89% เป็น 13.79% ($\chi^2$=8.441, p=.004) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประสิทธิภาพของการรักษาในครั้งแรกที่ดีขึ้น การให้คำปรึกษาและการศึกษาผู้ป่วยที่ครบถ้วนมากขึ้น (อัตราเพิ่มขึ้นเป็น 85.11%) มีการเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศแบบ Meta-analysis ที่พบว่า การให้ Brief intervention และการเชื่อมโยงไปยังบริการบำบัดฟื้นฟูช่วยลดอัตราการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์อีกและการรับไว้รักษาซ้ำ โดบช่วยลดการดื่มแอลกอฮอล์ได้ประมาณ 20-30% ในระยะติดตามผล 6-12 เดือน[22-23] ซึ่งผลลัพธ์ด้านนี้อาจจะต้องมีการทำการศึกษาในระยะยาวมากขึ้น ควรมีผลการติดตามการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูที่ต่อเนื่องของผู้ป่วย และติดตามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายด้วย

ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยใน การศึกษาครั้งนี้ พบว่าผลลัพธ์ต่างๆ ในผู้ป่วยในไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจากนอนโรงพยาบาล (41.18% vs 16.67%, p=.219) การได้รับการผูกยึดในช่วง Withdrawal (17.65% vs 11.11%, p=.658) การพลัดตกเตียง (11.76% vs 11.11%, p=1.000) อาการถอนพิษสุรากลับเป็นซ้ำหลังครบ Regimen (29.41% vs 16.67%, p=.621) ทั้งนี้อาจเกิดจากข้อจำกัด คือ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลาที่ศึกษามีจำนวนตัวอย่างในผู้ป่วยในค่อนข้างเล็ก (n=17 ก่อนใช้แนวทาง และ n=18 หลังใช้แนวทาง) อาจไม่มีกำลังทางสถิติ (Statistical power) เพียงพอที่จะตรวจจับความแตกต่างที่มีนัยสำคัญ และระยะเวลาการศึกษาอาจยังไม่ยาวพอที่จะเห็นผลกระทบต่อผลลัพธ์บางประการ ในด้านผลการติดตามการบำบัดภาพรวม พบว่า ผลลัพธ์การติดตามการบำบัดสุราไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=.132) โดยอัตราการเลิกดื่มเพิ่มขึ้นจาก 2.78% เป็น 12.77% และอัตราการกลับมาดื่มใหม่ลดลงจาก 97.22% เป็น 87.23% ถึงแม้ผลลัพธ์ภาพรวมจะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการเลิกดื่มเป็นสัญญาณที่น่าสนใจ อย่างไรก็ตาม อัตราการกลับมาดื่มที่ยังคงสูง (87.23%) สะท้อนถึงความท้าทายในการรักษาภาวะติดสุรา ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูง การศึกษาในต่างประเทศพบว่าอัตราการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 1 ปีอยู่ที่ 40-60% แม้จะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม[24]ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดฟื้นฟูระยะยาว การติดตามผู้ป่วยที่ต่อเนื่องในระยะเวลายาวนาน รวมถึงการใช้ยาสำหรับรักษาควบคู่กับการบำบัดทางจิตสังคม[25] จะทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะถอนพิษสุราให้มีความยั่งยืนต่อไป

จุดเด่นของการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นการศึกษาที่ใช้รูปแบบการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังพัฒนาระบบ ซึ่งทำให้เห็นภาพรวมของผลการพัฒนาระบบได้อย่างชัดเจน ในด้านของตัวชี้วัดกระบวนการและผลลัพธ์ทางคลินิก มีการใช้เครื่องมือที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล ที่มีความน่าเชื่อถือและความตรงสูง และผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเกิดการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในหลายตัวชี้วัด ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนอื่น ๆ ได้ต่อไป และข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ คือ การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีการควบคุมหรือวิเคราะห์ตัวแปรกวนบางตัวที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ เช่น ความรุนแรงของการติดแอลกอฮอล์ของผู้ป่วย โรคร่วมที่แตกต่างกัน หรือการสนับสนุนทางสังคม และเพื่อให้เกิดความยั่งยืนควรมีการติดตามในระยะยาวที่ต่อเนื่อง

สรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการนำแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยถอนแอลกอฮอล์มาใช้ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถเพิ่มคุณภาพในกระบวนการดูแลและผลลัพธ์ของผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองที่เป็นระบบด้วย ASSIST-Thai การจัดการความเสี่ยงจากปัญหาการดื่มสุรา การประเมินอาการด้วย CIWA-Ar การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ/Standing order และการให้คำปรึกษาก่อนจำหน่าย

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบวิเคราะห์ (Analytical study) เปรียบเทียบก่อนและหลังการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้ ซึ่งมีข้อจำกัดในการควบคุมตัวแปรกวน (Confounding variables) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงในลักษณะประชากรผู้ป่วยที่มารับบริการ ปัจจัยภายนอกที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชน การเปลี่ยนแปลงในบุคลากรหรือทรัพยากรของโรงพยาบาล ซึ่งควรมีการทำการศึกษาแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) จะให้หลักฐานที่แข็งแกร่งกว่า อย่างไรก็ตามในบริบทของการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement) การศึกษาแบบนี้ถือว่าเหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ

2. จำนวนตัวอย่างและกำลังทางสถิติ จำนวนผู้ป่วยในการศึกษานี้ค่อนข้างจำกัด (n=36 ก่อนและ n=47 หลัง) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยใน (n=17 และ n=18) ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการตรวจจับความแตกต่างในผลลัพธ์บางประการ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่มีอุบัติการณ์ต่ำ การศึกษาในระยะยาวด้วยจำนวนตัวอย่างที่มากขึ้นจะช่วยให้เห็นภาพที่ชัดเจนขึ้น และอาจตรวจพบความแตกต่างที่มีความหมายทางคลินิกแม้จะมีนัยสำคัญทางสถิติไม่มากนัก

### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาครั้งต่อไป

1. การศึกษาในอนาคตควรติดตามผลลัพธ์ระยะยาว โดยเฉพาะอัตราการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดฟื้นฟู อัตราการกลับมาดื่มแอลกอฮอล์อีก และคุณภาพชีวิต

2. ควรมีการศึกษาในด้านการพัฒนาระบบเชื่อมโยงไปยังการเข้ารับการบำบัดฟื้นฟู เพื่อเป็นการพัฒนาความร่วมมือกับศูนย์บำบัด การสร้างระบบติดตามและช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การพัฒนากลุ่มสนับสนุนในชุมชน เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสมเด็จ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดและทีมสหสาขาวิชาชีพทุกท่านที่ได้ร่วมมือและให้การสนับสนุนในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ดให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุราสำหรับทีมสหวิชาชีพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/60/1-58.pdf.
2. Trevisan L A, Boutros N, Petrakis I L, Krystal J H. Complications of alcohol withdrawal: pathophysiological insights. Alcohol Health Res World. 1998;22(1):61-6.
3. กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. การพัฒนาแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2564;15(1):29-48.
4. แววตา อินชุม, พรรณวรดา สุวัน, ศิริจันทรา ศิริจันทรา, ชัยมีเขียว ชัยมีเขียว, รุ่งระวี ถนอมทรัพย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยที่ดื่มสุรา

แบบเสี่ยง หอผู้ป่วยรวมเมตตา แผนกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2564;39(1):78-87.

5. อรทัย วลีวงศ์, ทักษพล ธรรมรังสี, จินตนา จันทร์โครตแก้ว. ผลกระทบของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อผู้อื่น : แนวคิด สถานการณ์และช่องว่างของความรู้ของประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557;8(2):111-9.
6. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย. การสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years, DALYs) รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: บริษัท แฮนดี เพรส จำกัด; 2566.
7. แผนงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (ผรส.). คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ รูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ i-MAP Health. 2554. เชียงใหม่: บริษัท วนิดาการพิมพ์; 2554.
8. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision. ICD-10 version: 2019 search alcohol withdrawal 2019 [Internet]. [Cited 2024 Jan 20]. Available from: https://icd.who.int/browse10/2019/en.
9. โรงพยาบาลศรีสมเด็จ. แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา ของโรงพยาบาลศรีสมเด็จ ปีงบประมาณ 2566 และ 2567. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลศรีสมเด็จ; 2567.
10. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.
11. The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. J Addict Med. 2020;14(3S Suppl 1):1-72.
12. WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. Addiction. 2002;97(9):1183-94.
13. Humeniuk R, Ali R, Babor T F, Farrell M, Formigoni M L, Jittiwutikarn J, et al. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Addiction. 2008;103(6):1039-47.
14. Williams D, Lewis J, McBride A. A comparison of rating scales for the alcohol-withdrawal syndrome. Alcohol Alcohol. 2001;36(2):104-8.
15. Babor T F, McRee B G, Kassebaum P A, Grimaldi P L, Ahmed K, Bray J. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse. Subst Abus. 2007;28(3):7-30.
16. Sullivan J T, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo C A, Sellers E M. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989;84(11):1353-7.
17. Melkonian A, Patel R, Magh A, Ferm S, Hwang C. Assessment of a Hospital-Wide CIWA-Ar Protocol for Management of Alcohol Withdrawal Syndrome. Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes. 2019;3(3):344-9.
18. Haas A L, Peters R H, Goetz R R, Goodman A S, Rodriguez M, Tucker S L, et al. Implementation of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in a veterans hospital. South Med J. 2015;108(1):23-8.
19. Day E, Gilvarry E. Clinical management of the alcohol withdrawal syndrome. Addiction. 2022;117(3):804-14.
20. Reoux J P, Miller K. Routine hospital alcohol

detoxification practice compared to symptom triggered management with an objective withdrawal scale (CIWA-Ar). Am J Addict. 2000;9(2):135-44.

21. Eloma A S, Tucciarone J M, Hayes E M, Bronson B D. Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in the general hospital setting. Am J Drug Alcohol Abuse. 2018;44(4):418-25.
22. Kaner E F, Beyer F R, Muirhead C, Campbell F, Pienaar E D, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev. 2018;2(2):CD004148.
23. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2012;157(9):645-54.
24. Miller W R, Walters S T, Bennett M E. How effective is alcoholism treatment in the United States?. J Stud Alcohol. 2001;62(2):211-20.
25. Anton R F, O'Malley S S, Ciraulo D A, Cisler R A, Couper D, Donovan D M, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. JAMA. 2006;295(17):2003-17.