

## ภาวะขาดแอลกอฮอล์: ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา

นชพร อธิวิศวกุล, พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** การรับปรึกษาปัญหาจิตเวชพบผู้ป่วยที่มักเป็นอันดับหนึ่งคือ ภาวะเพ้อ (delirium) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดแอลกอฮอล์ และมีความรุนแรงขึ้นถ้ามีอาการผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ที่พบในผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ในด้านลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การดำเนินของภาวะขาดแอลกอฮอล์และการรักษา **ผู้ป่วยและวิธีการ:** ทำการศึกษาแบบพรรณนา รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกผู้ป่วยรับปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวช และเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยเป็นผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2550 **ผลการศึกษา:** ผู้ป่วยจำนวน 53 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 44.3 ปี มีการบาดเจ็บที่กระดูกแขนขาและสันหลัง ใช้แอลกอฮอล์แบบเสพติด อาการ alcoholic withdrawal delirium (AWD) พบในผู้ที่ใช้นาน 10-20 ปี เริ่มแสดงอาการภายใน 3 วันหลังจากขาดแอลกอฮอล์ การรักษาที่ได้จากจิตแพทย์นอกจากขึ้นกับอาการเด่นของการขาดแอลกอฮอล์แล้วยังต้องคำนึงถึงภาวะปัญหาทางกายและสัลดกรรมของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ใช้ diazepam ฉีดเข้าหลอดเลือดดำปริมาณเฉลี่ย  $12.7 \pm 20$  mg ตามด้วย lorazepam รับประทานปริมาณเฉลี่ย  $14.5 \pm 14$  mg ผลการรักษา ส่วนใหญ่หายจากภาวะสับสน ใช้เวลาในการรักษาเฉลี่ย 6.2 วัน **สรุป:** ผู้ป่วยที่ถูกส่งปรึกษาด้วยเรื่องพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากภาวะขาดแอลกอฮอล์ที่พบในผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลมหाराชนครราชสีมา ปี พ.ศ.2550 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น AWD ควรมีการประเมิน โดยใช้เครื่องมือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar) ติดตามอาการขาดแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยชาย อายุ 30-50 ปี ที่เกิดอุบัติเหตุร่วมกับเมาสุรา มีประวัติใช้สุราเป็นประจำมานานกว่า 10 ปี การเกิดอุบัติเหตุทำให้บาดเจ็บที่กระดูกแขนขา กระดูกสันหลัง เพื่อให้การวินิจฉัยอาการขาดแอลกอฮอล์ให้รวดเร็วซึ่งมักพบในช่วง 3 วันแรก และการรักษาในระยะ detoxification ใช้ diazepam ฉีดเข้าหลอดเลือดดำในช่วง 2 วันแรก ทำให้ผู้ป่วยสงบได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

**คำสำคัญ:** ภาวะเพ้อจากการขาดแอลกอฮอล์, ผู้ป่วยอุบัติเหตุ

**Abstract: Alcohol Withdrawal Syndrome: Complication in Traumatic Patient at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital**

Notchaporn Ittivisavakul, M.D.

Department of Psychiatry, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima, 30000

*Nakhon Ratch Med Bull 2008; 32 (Suppl): S133-41.*

**Background:** Delirium is the most common problem in consultation-liaison psychiatry, most of the cause is due to alcohol withdrawal and severity may also occur in co-morbid trauma from any accidents. **Objective:** To study data of alcohol withdrawal in traumatic patients at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital in aspects of general data, history of alcohol intake, result of accident, clinical course of alcohol withdrawal and treatment. **Patients & Methods:** The descriptive study was designed by reviewing the consultation record and inpatient chart of traumatic patient, who were admitted between 1 January to 31 December 2007. **Results:** Fifty-three patients were enrolled in this study. Most of them were male with the mean age of 44.3 years. The injury were found at extremities and spine. The pattern of use is alcohol dependence. Alcohol withdrawal delirium (AWD) usually occurs in alcoholic with a history of drinking for 10- 20 years. Symptoms generally develop within 3 days after cessation of drinking. Psychiatric treatment was given by considering targeted symptoms and also concern about medical and surgical conditions. Most of treatments were used diazepam intravenous injection mean  $12.7 \pm 20$  mg followed by lorazepam oral route mean  $14.5 \pm 14$  mg. Result of treatment eliminated confusional state, mean course of treatment is 6.2 days. **Conclusion:** The patients were consulted by behavior change problem, which is due to alcohol withdrawal in traumatic patient at Maharat Nakhon Ratchasima Hospital in 2007. Most were AWD. We recommended identifying alcohol withdrawal by using Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar) in male, age 30-50 years, accident with drunken, history of drinking over 10 years, site of injury involves extremities and spine. To early diagnose alcohol withdrawal that usually found within 3 days, regiment of treatment was diazepam titrated intravenous injection within 2 days which leads to rapid and safe detoxification.

**Key words:** alcohol withdrawal delirium (AWD), traumatic patient

### ภูมิหลัง

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2545 รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ดื่มสุรา 2 พันล้านคน แอลกอฮอล์ทำให้เสียชีวิตถึง 1.8 ล้านคนทั่วโลกและสูญเสียจำนวนปีชีวิตจากการเจ็บป่วยถึง 58 ล้านคน พบว่าร้อยละ 65 ของผู้ที่เสียชีวิตจากแอลกอฮอล์เสียชีวิตก่อนอายุ 60 ปี ร้อยละ 1.5 ของสาเหตุการตายเกิดจากแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2546 กรมสุขภาพจิตทำการสำรวจพบความทุกข์ของ

ผิดปกติก่ที่เกิดจากการใช้แอลกอฮอล์ในคนไทยที่อายุระหว่าง 15-59 ปี มีร้อยละ 28.5 (7,766,689 คน)<sup>(1)</sup> แอลกอฮอล์มีผลกระทบต่อร่างกายในระบบต่างๆ ได้แก่ ตับ หัวใจและหลอดเลือด ต่อมไทรอยด์ ไต กระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบโลหิต ระบบทางเดินอาหาร และระบบประสาทส่วนกลาง รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ<sup>(2,3)</sup>

ความเสี่ยงของการขาดแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์

พันซ์กับ ระดับการดื่ม ช่วงระยะเวลาที่ใช้ อายุของผู้ดื่ม การขาดแอลกอฮอล์จะมีความรุนแรงขึ้นถ้ามีอาการผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ การติดเชื้อ การอักเสบ ภาวะตับบกพร่อง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ<sup>(3)</sup> ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างกะทันหัน เช่น ได้รับอุบัติเหตุ หากเป็นผู้ที่ใช้แอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จะเกิดอาการถอนแอลกอฮอล์เมื่อขาดอย่างทันทีทันใด โดยทั่วไปอาการถอนจะไม่แพ้ แต่สามารถทำให้เกิดอาการรุนแรงได้จากการชักและการมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากเกินไป การขาดสารอาหารและน้ำ การเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตเวชทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นและมีภาวะพ้อตามมามากเกิดใน 72 ชั่วโมงหลังจากหยุดแอลกอฮอล์<sup>(1,3)</sup> ผลจากการใช้แอลกอฮอล์เป็นภาวะแทรกซ้อนทางการรักษาถึงร้อยละ 15-20 ในผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาลทั่วไป<sup>(4)</sup> ในขณะที่ปัญหาแทรกซ้อนจากโรคทางกายและการผ่าตัด ทำให้อัตราการตายของผู้ที่มีอาการพ้อจากการขาดแอลกอฮอล์สูงขึ้น<sup>(5)</sup>

จากข้อมูลปี พ.ศ. 2550 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา มีผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้ในโรงพยาบาลที่มีประวัติและอาการที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์สูงถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด (3,085ราย)<sup>(6)</sup> กลุ่มงานจิตเวชรับรักษาผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยต่าง ๆ ในโรงพยาบาล จากสถิติการรับรักษาปัญหาผู้ป่วยที่มากเป็นอันดับหนึ่งคือ ภาวะพ้อ พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วเนื่องจากเป็นภาวะที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย พบอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 20<sup>(1)</sup> โดยที่การรักษาที่ดีที่สุดคือเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะพ้อ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านช่วงการถอนแอลกอฮอล์ได้อย่างปลอดภัย<sup>(1-3)</sup> จึงทำการศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ที่พบในผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อเป็นการหาแนวทางเฝ้าระวังการเกิดภาวะพ้อจากการขาดแอลกอฮอล์

## ผู้ป่วยและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบพรรณนาโดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกผู้ป่วยรับปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวชและเวชระเบียนผู้ป่วยใน โดยเป็นผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระยะเวลาระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2550 รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ที่พบในผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในด้าน

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส
2. การใช้แอลกอฮอล์ ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้ (ปี) ความถี่บ่อยของการใช้ ประวัติการหยุดการใช้ ประวัติอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์ การใช้แอลกอฮอล์ขณะเกิดอุบัติเหตุ (เมาสุรา)
3. อุบัติเหตุการบาดเจ็บ ได้แก่ ลักษณะอุบัติเหตุ การวินิจฉัยโรค
4. การดำเนินของภาวะขาดแอลกอฮอล์ ได้แก่ อาการนำ ระยะเวลาที่เริ่มภาวะขาดแอลกอฮอล์ การวินิจฉัยเรื่องภาวะขาดแอลกอฮอล์
5. การรักษา ได้แก่ การรักษาที่ได้รับก่อนปรึกษาการรักษาจากจิตแพทย์ในด้านการใช้ยา ปริมาณยาหลักที่ใช้ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาเพื่อให้หมดภาวะพ้อ ผลการรักษา การรักษาที่ได้รับเมื่อออกจากโรงพยาบาล ใช้สถิติพรรณนาแสดงค่าข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย

## คำจำกัดความ<sup>(2)</sup>

ภาวะขาดแอลกอฮอล์ เกิดขึ้นในคนที่ติดแอลกอฮอล์แล้วหยุดดื่ม มีอาการมือสั่น เหงื่อออกมาก คลื่นไส้ อาเจียน ใจเต้นแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น วิตกกังวล กระวนกระวาย หงุดหงิด นอนไม่หลับ อาจมีการชักแบบ grand mal และ อาการประสาทหลอน เมื่ออาการรุนแรงขึ้นจะเกิดภาวะพ้อ สับสน

ภาวะพ้อจากการขาดแอลกอฮอล์ประกอบด้วย

อาการสำคัญดังนี้ (A) ความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวร่วมกับความสามารถในการสนใจจดจ่อลดลง (B) มีการเปลี่ยนแปลงของในด้าน cognition หรือการรับรู้ที่ผิดปกติที่ไม่เข้ากับการสมองเสื่อม (C) ความผิดปกติเกิดขึ้นภายในระยะเวลาอันสั้น และมักเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของวัน (D) มีหลักฐานจากประวัติ ตรวจร่างกาย หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการว่าอาการตาม (A) หรือ (B) เกิดขึ้นระหว่างขาดแอลกอฮอล์นั้นไม่นาน

### ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่รับปรึกษาของกลุ่มงานจิตเวชด้วยเรื่องภาวะขาดแอลกอฮอล์ เป็นผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2550 จำนวน 53 ราย เป็นเพศชาย 50 ราย (ร้อยละ 94.3) อายุตั้งแต่ 27 ถึง 81 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี 22 ราย (ร้อยละ 41.5) รองมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี 18 ราย (ร้อยละ 34) อายุเฉลี่ย 44.3 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 60.4 อาชีพรับจ้างใช้แรงงานร้อยละ 69.8 เกษตรกร ร้อยละ 18.9 ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 86.8 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลด้านการใช้แอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ติดมานาน 10-20 ปี 25 ราย (ร้อยละ 47.2) ดื่มทุกวัน 43 ราย (ร้อยละ 81.1) ส่วนใหญ่ไม่เคยหยุดเลย 39 ราย (ร้อยละ 73.6) ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์: ชัก อาการทางจิตภาวะเพื่อ (มากกว่าร้อยละ 90) ขณะเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวข้องกับการใช้แอลกอฮอล์ (เมาสุรา) 38 ราย ร้อยละ 71.7 ภาพรวมเป็นผู้ที่ใช่สุราในลักษณะเสพติด (dependence syndrome) (ตารางที่ 2)

ลักษณะอุบัติเหตุเป็นอุบัติเหตุจราจรจำนวนเท่ากับถูกของหล่นทับ 13 ราย (ร้อยละ 24.1) ถูกทำร้ายร่างกาย 10 ราย (ร้อยละ 18.5) การวินิจฉัยโรค ส่วนใหญ่เป็น fracture of bone (extremities and spine) 40 ราย (ร้อยละ

75.5) (ตารางที่ 3)

การดำเนินของภาวะขาดแอลกอฮอล์อาการนำที่ทำให้ส่งปรึกษาจิตเวช เป็น alcohol withdrawal syndrome แบบ complicated 42 ราย (ร้อยละ 79.2) มีอาการหลักคือสับสน (confusion) อย่างเดียวหรือร่วมกับกระวนกระวาย ปั่นเตียง ก้าวร้าว ไม่นอน นูแ่ว เป็นแบบ uncomplicated 11 ราย (ร้อยละ 20.7) เวลาที่เริ่มภาวะขาดแอลกอฮอล์ (onset) เกิดบ่อยที่สุดในวันที่ 3 หลังหยุด 18 ราย (ร้อยละ 33.9) เกิดภายใน 3 วัน 40 ราย (ร้อยละ 75.5) เกิดช้าที่สุดวันที่ 7 มี 3 ราย การวินิจฉัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา (n = 53)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	50 (94.3)
หญิง	3 (5.7)
อายุ (ปี)	
21-30	2 (3.8)
31-40	18 (34.0)
41-50	22 (41.5)
51-60	7 (13.2)
>60	4 (7.5)
สถานภาพสมรส	
โสด	9 (17.0)
คู่	32 (60.4)
หม้าย/หย่า/แยก	12 (22.6)
อาชีพ	
รับจ้างใช้แรงงาน	37 (69.8)
เกษตรกร	10 (18.9)
ค้าขาย	2 (3.8)
พนักงานบริษัท	1 (1.9)
ไม่ได้ทำงาน	3 (5.7)
การศึกษา	
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3 (5.7)
ประถมศึกษา	46 (86.8)
มัธยม	4 (7.5)

ตารางที่ 2 ข้อมูลประวัติการใช้แอลกอฮอล์ (n = 53)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่ใช้ (ปี)	
<10	13 (24.5)
10-20	25 (47.2)
>20	15 (28.3)
ความถี่บ่อยของการใช้ (วันต่อสัปดาห์)	
ทุกวัน	43 (81.1)
4-5 วัน	4 (7.5)
2-3 วัน	5 (9.4)
<2 วัน	1 (1.9)
ระยะเวลาที่เคยหยุดใช้	
ไม่เคยหยุดเลย	39 (73.6)
เคยหยุดได้ 3-5 วัน	4 (7.4)
เคยหยุดได้ 1 สัปดาห์	1 (1.9)
เคยหยุดได้มากกว่า 1 สัปดาห์	1 (1.9)
เคยหยุดได้มากกว่า 1 เดือน	7 (13.2)
เคยหยุดได้มากกว่า 1 ปี	1 (1.9)
แอลกอฮอล์ขณะเกิดอุบัติเหตุ	
เมาสุรา	38 (71.7)
ไม่อาการเมา	15 (28.3)

ทางจิตเวช alcohol withdrawal syndrome (AWS) 15 ราย (ร้อยละ 28.3) alcohol withdrawal delirium (AWD) 38 ราย (ร้อยละ 71.7) (ตารางที่ 4)

ข้อมูลด้านการรักษาได้แก่ การรักษาที่ได้รับก่อน  
ปรึกษาแพทย์มักให้ haloperidol นิดเข้ากลืน 18 ราย (ร้อยละ 33.3) diazepam นิดเข้าหลอดเลือดดำ 14 ราย (ร้อยละ 25.9) หลังจากนั้นมีการส่งยารับประทานในกลุ่ม benzodiazepine นิยมใช้ lorazepam 11 ราย (ร้อยละ 20.4) thiamine 1 หลอด นิดเข้าหลอดเลือดดำวันละครั้งเป็นเวลา 3 วัน มีการสั่งใช้ 16 ราย (ร้อยละ 30.1) ไม่ได้ให้การรักษาใด ๆ 16 ราย (ร้อยละ 30.1) การรักษาจากจิตแพทย์มีหลายลักษณะขึ้นอยู่กับลักษณะอาการขาดแอลกอฮอล์ที่เด่น (target symptom) และปัญหาทางกายของผู้ป่วย จัดกลุ่มการรักษาได้ดังนี้ กลุ่มแรกให้

ตารางที่ 3 ลักษณะอุบัติเหตุการบาดเจ็บ (n = 53)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
ลักษณะอุบัติเหตุ	
อุบัติเหตุจราจร	13 (24.1)
สิ่งของหล่นทับ	13 (24.1)
ถูกทำร้ายร่างกาย	10 (18.5)
ล้ม ลื่น กระแทก	9 (16.7)
ตกจากที่สูง	7 (13.0)
การวินิจฉัยตามอาการนำ	
Blunt abdomen	9 (17.0)
Fracture of bone or spine	40 (75.5)
Head injury	1 (1.9)
Fracture and Head injury	3 (5.7)

diazepam นิดเข้าหลอดเลือดดำใน 2 วันแรกเป็นหลัก ร่วมกับยาอื่น ๆ 32 ราย (ร้อยละ 60.3) กลุ่มที่ 2 ให้ haloperidol นิดเข้ากลืนเป็นหลักเพื่อให้สงบ ร่วมกับใช้ยาชนิดต่าง ๆ 12 ราย (ร้อยละ 22.6) กลุ่มที่ 3 แบบอื่น ๆ อีก 9 ราย ปริมาณยาหลักที่ใช้เพื่อให้ผู้ป่วยหมดภาวะเพื่อ: ปริมาณ diazepam นิดเข้าหลอดเลือดดำใน 2 วันแรก

ตารางที่ 4 ข้อมูลด้านการรักษา (n = 53)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
Presenting symptom	
Uncomplicated	11 (20.7)
Complicated	42 (79.2)
Onset of withdrawal symptom	
Day 1	12 (22.6)
Day 2	10 (18.9)
Day 3	18 (33.9)
Day 4	6 (11.3)
Day 5-7	7 (13.3)
การวินิจฉัยทางจิตเวช	
Alcohol withdrawal syndrome	15 (28.3)
Alcohol withdrawal delirium	38 (71.9)

มีขนาดเท่ากับ  $12.7 \pm 20$  mg (mean $\pm$ SD) ปริมาณ haloperidol ที่ใช้จนผู้ป่วยสงบมีขนาดเท่ากับ  $5.6 \pm 15.8$  mg (mean $\pm$ SD) ปริมาณ lorazepam ที่ใช้จนผู้ป่วยสงบมีขนาดเท่ากับ  $14.5 \pm 14.1$  mg (mean $\pm$ SD) ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาเพื่อให้หมดภาวะเพื่อ (กรณีรักษาหาย) ตั้งแต่ 1-18 วัน ส่วนใหญ่ (mode) 5 วัน ระยะเวลาเฉลี่ย (mean) 6.2 วัน ผลการรักษาเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย ส่วนใหญ่

### ตารางที่ 5 ข้อมูลด้านรักษา (n = 53)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)
การรักษาที่ได้รับก่อนปรึกษา	
Diazepam IV	14 (25.9)
Haloperidol IM	18 (33.3)
Lorazepam PO	11 (20.4)
Benzodiazepines PO	3 (5.6)
Thiamine IV	16 (30.1)
ไม่ได้ให้การรักษาใด	16 (30.1)
การรักษาจากจิตแพทย์	
Diazepam IV ร่วมกับ benzodiazepine PO	26 (49.0)
Diazepam IV ร่วมกับ haloperidol PO	4 (7.6)
Diazepam IV	2 (3.8)
Haloperidol IM ร่วมกับ benzodiazepine PO	8 (15.0)
Haloperidol IM ร่วมกับ haloperidol PO	3 (5.7)
Haloperidol IM	1 (1.9)
Lorazepam PO	4 (7.6)
Diazepam IV และ haloperidol IM และ lorazepam PO	5 (9.4)
ผลการรักษา	
หาย	45 (84.9)
สับสน	7 (13.2)
ประสาทหลอน	1 (1.9)
การรักษาที่ให้เมื่อออกจากโรงพยาบาล	
ให้ยาต่อเนื่อง	33 (62.3)
ไม่ต้องให้ยาต่อ	19 (35.8)
ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลจิตเวช	1 (1.9)

IV-intravenous, IM-intramuscular, PO-per oral

หายเป็นปกติ 45 ราย (ร้อยละ 84.9) คงเหลืออาการหูแว่ว 1 ราย (alcoholic hallucinosis) มีอาการสับสน 7 ราย เป็นผลเนื่องจากอุบัติเหตุ (brian contusion, subdural hematoma) การรักษาที่ได้รับเมื่อออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็น lorazepam และ วิตามิน B1-6-12 ให้ยากลับบ้านร้อยละ 62.3 ซึ่งเป็นการรักษาในช่วงลดปริมาณยาส่งรักษาต่อโรงพยาบาลจิตเวช 1 ราย เนื่องจากยังคงมีอาการสับสนและญาติไม่สามารถดูแลได้ (ตารางที่ 5)

### วิจารณ์

การศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยที่ปรึกษาด้วยเรื่องพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากภาวะขาดแอลกอฮอล์ที่พบในผู้ป่วยอุบัติเหตุในโรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมาระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2550 จำนวน 53 รายส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น AWD เป็นผู้ชายซึ่งมีโอกาสเกิดมากกว่าผู้หญิง 4-5 เท่า<sup>(3)</sup> ช่วงอายุที่พบภาวะเพื่อจากการขาดแอลกอฮอล์มักอยู่ระหว่าง 30-50 ปี<sup>(1)</sup> อายุเฉลี่ย 44.3 ปี สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยที่รักษาอาการถอนพิษสุราที่โรงพยาบาลศรีรัชชัญญา อายุเฉลี่ย 46 ปี<sup>(7)</sup> และอายุเฉลี่ย 43.6 ปี<sup>(8)</sup> ส่วนมากเป็นผู้ใช้แรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เป็นผู้บาดเจ็บมากที่สุด<sup>(6)</sup> ลักษณะอุบัติเหตุในผู้ที่พบภาวะขาดแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับผู้บาดเจ็บที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล<sup>(6)</sup> การใช้แอลกอฮอล์พบว่าเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์เมื่อต้องหยุดอย่างกะทันหันในผู้ที่เสพติดแอลกอฮอล์มาเป็นระยะเวลาหนึ่ง มักคิดมานาน 5-15 ปี มากขึ้นเมื่อใช้มากกว่า 10 ปี<sup>(1,3)</sup> การศึกษานี้ส่วนใหญ่พบในผู้ที่ติดมานาน 10-20 ปี เป็นการใช้ในลักษณะเสพติด การศึกษาของ Hersh และคณะ<sup>(5)</sup> พบว่าความรุนแรงของอาการขาด แอลกอฮอล์สัมพันธ์กับปริมาณการใช้และระยะเวลาที่ติด ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ รูปแบบการใช้แอลกอฮอล์ (ระดับการดื่ม) มีอาการติดเชื้อ อักเสบ ได้รับอุบัติเหตุ ความผิดปกติในการเผาผลาญ มีภาวะตับบกพร่อง<sup>(3,9)</sup> ลักษณะอุบัติเหตุส่วนใหญ่

ได้รับการวินิจฉัยเป็น fracture of bone (extremities and spine) การแตกหักของกระดูกท่อนยาว การผ่าตัดกระดูก การยึดติงกระดูก (immobilize) เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้น<sup>(3,9)</sup>

อาการและอาการแสดงที่เริ่มพบ (onset) ในการศึกษาขึ้นขึ้นกับความสามารถของทีมผู้ดูแลที่จะสังเกตและติดตามการเกิดของอาการขาดแอลกอฮอล์พบว่า มักพบ onset เกิดภายใน 3 วัน (72 ชั่วโมง) เกิดบ่อยที่สุดในวันที่ 3 หลังหยุด (peak) เกิดซ้ำที่ 7 วันสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(3,5,9-11)</sup> อาการนำที่ทำให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือแพทย์เจ้าของไข้คิดถึงว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุมีภาวะแทรกซ้อนจากการขาดแอลกอฮอล์มักเป็นในระดับปานกลางถึงรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์ได้แก่อาการด้านการรับรู้สภาวะแวดล้อม (ภาวะสับสน กระสับกระส่าย วิตถองการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก) อาการพฤติกรรมวุ่นวาย (ปีนลงเตียง ดึงสายสวนปัสสาวะ ผุดลุกผุดนั่ง กระวนกระวาย)<sup>(9,10)</sup> ซึ่งโดยทั่วไปแล้วอาการขาดแอลกอฮอล์อาจแสดงอาการเพียงเล็กน้อยตั้งแต่อาการสั่น เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย กระสับกระส่าย วิตถองวุ่นวาย นอนไม่หลับ ประสาทหลอน และอาจรุนแรงจนถึงขั้นเพื่อ ชัก สับสน อาการมักเกิดขึ้นทีละน้อยตั้งแต่ชั่วโมงแรกจนชัดเจนหลังจากหยุดดื่มราว 72 ชั่วโมง<sup>(7,9,10)</sup> หากพิจารณาอาการเริ่มของภาวะขาดแอลกอฮอล์จะเป็นลักษณะของ autonomic hyperactivity จากการติดทางกาย<sup>(3,5)</sup> ในกรณีผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาทางกายและอุบัติเหตุอาจทำให้ผู้รักษาแยกยากจากปัญหาทางกายของผู้ป่วย

การรักษาที่ได้รับก่อนปรึกษาจากอาการที่พบมักเป็นกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง สับสน แพทย์มักให้ยาที่ควบคุมอาการดังกล่าวได้ในเวลารวดเร็ว ได้แก่ haloperidol นิดเข้ากล้ามมีข้อดีในการลดอาการ agitation แต่ไม่ป้องกันการเกิดภาวะเพื่อ<sup>(4,7,11,12)</sup> และใช้ในกรณี

ภาวะก้าวร้าว สับสน จากสาเหตุทั่วไปได้ดี<sup>(2,4)</sup> มีการให้ diazepam นิดเข้าหลอดเลือดดำเป็น recommended treatment สำหรับ AWS<sup>(4,10-12)</sup> การรักษาในระยะแรกที่มีเป้าหมายเพื่อลดอาการกระวนกระวาย ก้าวร้าว<sup>(4,7,11,12)</sup> และยังมีฤทธิ์ในการลดภาวะเพื่อ<sup>(4)</sup> ออกฤทธิ์เร็วภายใน 5-15 นาที แต่ควรระวังในกรณีมีโรคตับ ผู้สูงอายุ และโดยเฉพาะลักษณะผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะทางสมอง และการหายใจที่เป็นข้อควรระวังของการใช้ diazepam การสั่งยารับประทานในกลุ่ม benzodiazepine นิยมใช้ lorazepam มีข้อดีคือออกฤทธิ์เร็วไม่มี active metabolize<sup>(10,11)</sup> แต่พบว่ายังมีการใช้ในปริมาณที่ไม่เพียงพอ มีการให้ thiamine 1 หลอดนิตเข้าหลอดเลือดดำวันละครั้งเป็นเวลา 3 วัน แนะนำให้ใช้เพื่อป้องกัน Wernicke encephalopathy และกรณีที่ต้องให้ glucose แก่ผู้ป่วย<sup>(4,11)</sup> ซึ่งจำเป็นในผู้ป่วยอุบัติเหตุจึงพบว่ามีการใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ห้องฉุกเฉิน กลุ่มที่ไม่ได้ให้การรักษาใด ๆ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยอาการไม่รุนแรง และพบว่าเกือบทั้งหมดของผู้ป่วยจะปรึกษาจิตแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมงหลังพบอาการ

การรักษาจากจิตแพทย์ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการขาดแอลกอฮอล์ที่เด่น (target symptom) และปัญหาทางกายของผู้ป่วย ส่วนใหญ่จะใช้ benzodiazepine และเป็น diazepam นิดเข้าหลอดเลือดดำครั้งละ 5-10 mg เป็นการนิตทุก 2-4 ชั่วโมงต่อเนื่อง เมื่อมีอาการสับสน กระสับกระส่าย ใช้ปริมาณ 12.7±20 mg (mean±SD) ในช่วง 2 วันแรกมีผลให้ผู้ป่วยสงบ มีการวิจัยสนับสนุนรูปแบบการใช้ diazepam ในลักษณะดังกล่าว<sup>(7,10-12)</sup> ปริมาณการใช้ยา diazepam ที่เหมาะสมขึ้นกับแต่ละบุคคล (ปริมาณแอลกอฮอล์ที่เคยใช้ ภาวะแทรกซ้อนทางกาย)<sup>(4,10)</sup> การรักษาโดย diazepam นิดเข้าหลอดเลือดดำใน 2 วันแรกมีแนวโน้มช่วยลดระยะเวลาที่ใช้รักษาเพื่อให้ผู้ป่วยอาการสงบ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา<sup>(7,11,12)</sup>

จากการทบทวนรายงานการวิจัยพบว่าข้อแนะนำการใช้ benzodiazepine มี 2 รูปแบบ คือ (1) fixed dose

therapy คือการให้ยาในขนาดคงที่แล้วค่อยๆ ลดปริมาณ ยาลด (2) symptom-trigger therapy คือการให้ยาตาม ความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์<sup>(4, 10, 12, 14)</sup> โดยใช้ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale, Revised (CIWA-Ar)<sup>(13, 14)</sup> ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง การใช้ diazepam ฉีดเข้าหลอดเลือดดำร่วมกับ haloperidol เป็นรูปแบบการใช้ในลักษณะ add on diazepam สอดคล้องกับการวิจัยในประเทศไทย<sup>(7)</sup> และ คำแนะนำระดับผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งไม่แนะนำให้ใช้ยาต้าน โรคนิ่วเพียงอย่างเดียว ช่วยลดอาการประสาทหลอน ทำให้ผู้ป่วยสงบได้นานทำให้ปริมาณ diazepam น้อยลง<sup>(4)</sup> สามารถนำมาใช้มาใช้เสริมหากสงสัยว่ามีอาการเพื่อ จากสาเหตุปัญหาทางกายร่วมด้วยมีข้อดีช่วยลดอาการ confusion, disorientation, agitation<sup>(10)</sup> การรักษาที่ให้ haloperidol ร่วมกับ benzodiazepine หรือ haloperidol รับ ประทาน พบในผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่อวัยวะที่มีผลต่อการ หายใจเช่น ศีรษะ สมอง ช่องอก ปอด บาดเจ็บช่องท้อง ที่รุนแรง มีการใส่เครื่องช่วยหายใจ ใส่สาย chest drain เป็นต้น

การรักษาในระยะแรกเป็นการ detoxification เพื่อ ลดอาการและความรุนแรงของอาการขาดแอลกอฮอล์<sup>(7)</sup> ประเมินผลจากอาการระดับความรู้สึกตัว ความตื่นตัว สื่อ สารรู้เรื่องเข้าใจ ไม่สับสนต่อเวลา สถานที่ บุคคล สงบ หลับพักได้<sup>(10)</sup> พบว่าการ detoxification ใช้เวลาตั้งแต่ 1-18 วัน ส่วนใหญ่ (mode) 5 วัน สอดคล้องกับการศึกษา<sup>(5, 8)</sup> ระยะเวลาเฉลี่ย (mean) 6.2 วัน สอดคล้องกับการศึกษา (6.4 วัน)<sup>(7)</sup> ผลการรักษาเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย ส่วนใหญ่หาย เป็นปกติ เป็นการสนับสนุนว่าการรักษาที่มีประสิทธิ- ภาพ ช่วยลดอัตราตาย<sup>(11)</sup>

## สรุป

ผู้ป่วยที่ถูกส่งปรึกษาด้วยเรื่องพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลจากภาวะขาดแอลกอฮอล์ที่พบในผู้ป่วย อุบัติเหตุในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ปีพ.ศ.

2550 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น AWD ควรมีการ ประเมินโดยใช้เครื่องมือ CIWA-Ar ติดตามอาการขาด แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยชายอายุ 30-50 ปี ที่เกิดอุบัติเหตุร่วม กับเมสุรา มีประวัติใช้สุราเป็นประจำมานานกว่า 10 ปี การเกิดอุบัติเหตุทำให้บาดเจ็บที่กระดูกแขนขา กระดูก สันหลัง เพื่อให้การวินิจฉัยอาการขาดแอลกอฮอล์ให้ รวดเร็วซึ่งมักพบในช่วง 3 วันแรก และการรักษาใน ระยะ detoxification ใช้ diazepam ฉีดเข้าหลอดเลือด ดำในช่วง 2 วันแรก ทำให้ผู้ป่วยสงบได้อย่างรวดเร็วและ ปลอดภัย

## เอกสารอ้างอิง

1. พิชัย แสงชาญชัย, พงศธร เนตราคม, นวพร หิรัญวิวัฒน์-กุล, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก; 2549.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis textbook psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. Lipowski ZJ. Delirium, acute confusional states. New-York: Oxford University Press; 1990.
4. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. JAMA 1997; 278: 144-51.
5. Hersh D, Kranzler HR, Meyer RE. Persistent delirium following cessation of heavy alcohol consumption: diagnostic and treatment implications. Am J Psychiatry 1997; 154: 846-51.
6. กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานพยาบาล งานเวชระเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. สถานะ- การณ์การบาดเจ็บในหนึ่งทศวรรษของผู้บาดเจ็บที่มา รับ การรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. รายงานประจำปี 2550.
7. อังกูร ภัทรการ. ผลการรักษา zuclopenthixol accuphase กับ haloperidol และ diazepam ในการรักษาอาการถอนพิษสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550; 15: 162-9.



8. อรวรรณ ศิลปกิจ. การบำบัดอาการถอนพิษสุรา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550; 15; 155-61.
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. องค์ความรู้และรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเนื่องจากแอลกอฮอล์. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาองค์ความรู้และรูปแบบ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดเนื่องจากแอลกอฮอล์; 24-25 พฤษภาคม 2547; ณ โรงแรมอมารี แอร์พอร์ต. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พับลิชชิ่ง; 2547.
10. Lussier-Cushing M, Repper-DeLisi J, Mitchell MT, Lakatos BE, Mahmoud F, Lipkis Orlando R. Is your medical/ surgical patient withdrawing from alcohol? Nursing 2007; 37: 50-5.
11. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A, et al. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Arch Intern Med 2004; 164; 1405-12.
12. Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. N Engl J Med 2003; 348: 1786-95.
13. เทอดศักดิ์ เดชคง, อินทิรา ปัทมินทร, อุษา พึ่งธรรม, ธัญลักษณ์ แก้วเมือง, อภิสิทธิ์ ฤชาทิพย์, บรรณาธิการ. คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือและบำบัดผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: วงศ์กมลโปรดักชั่น; 2547.
14. Saitz R, Mayo-Smith MF, Roberts MS, Redmond HA, Bernard DR, Calkins DR. Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trail. JAMA 1994; 272: 519-23.