

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด delirium จากการขาดสุราในผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน

• วีรวัต อุครานันท์ พ.บ.

โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน ตำบลปางหมู อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน 58000

Abstract: Risk Factors for Alcohol Withdrawal Delirium in Patient with Alcohol Dependence of Thanyarak Maehongson Hospital

• Ukranun W

Thanyarak Maehongson Hospital, Pang Moo, Mueang Mae Hong Son, Mae Hong Son, 58000

(E-mail: Med4407144@hotmail.com)

(Received: April 21, 2019; Revised: July 8, 2019; Accepted: October 10, 2019)

Background: Alcohol withdrawal delirium is a serious and fatal condition. Understanding the risk factors for this condition can provide appropriate care and prevention. **Objective:** To determine the risk factors for alcohol withdrawal delirium in alcohol dependents of Thanyarak Maehongson Hospital. **Method:** This study is a case-control study. The sample consisted of alcohol dependents treated at Thanyarak Maehongson Hospital between October 2016 and September 2018. One hundred alcohol dependents were simply randomized selected and then simply randomized into two groups, one with alcohol withdrawal delirium and the other one without alcohol withdrawal delirium. **Results:** The 100 patients diagnosed with alcohol dependences were divided into two groups, 50 patients (50%) without alcohol withdrawal delirium and 50 patients (50%) with alcohol withdrawal delirium. The risk factors for alcohol withdrawal delirium are history of other drugs use (Adjusted odd ratio [AOR] = 2.732, 95% CI = 1.118-6.667), respiratory rate > 20 times per minute (AOR = 4.319, 95% CI = 1.069-17.458), creatinine levels < 0.67 mg/dL (AOR = 4.151, 95% CI = 1.740-9.899), and the SGOT \geq 150 UL (AOR = 4.573, 95% CI = 1.780-11.752). **Conclusion:** From this study, it was found that the risk factors for alcohol withdrawal delirium included history of other drugs use, respiration rate at admission, serum creatinine and SGOT enzyme level.

Keywords: Risk factors, Alcohol dependence(s), Alcohol withdrawal delirium

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: ภาวะ delirium จากการขาดสุรา (alcohol withdrawal delirium) เป็นภาวะที่รุนแรงและอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ การเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนี้จะทำให้สามารถให้การดูแลและป้องกันได้อย่างเหมาะสม **วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ delirium จากการขาดสุราในผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน **วิธีการ:** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ case – control study ในกลุ่มผู้ป่วยติดสุรา ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2561 ในระยะเวลาดังกล่าวผู้วิจัยได้สุ่มเลือกผู้ป่วยติดสุราผู้ป่วยจำนวน 100 ราย จากนั้นได้สุ่มอย่างง่ายจำแนกการเก็บข้อมูลเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่เกิด alcohol withdrawal delirium และกลุ่มที่ไม่เกิด alcohol withdrawal delirium **ผล:** ผู้ป่วยติดสุราจำนวน 100 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่เกิด alcohol withdrawal delirium จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 50) และกลุ่มที่ไม่เกิด alcohol withdrawal delirium จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 50) พบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด alcohol withdrawal delirium ดังนี้ ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น (Adjusted odd ratio [AOR] = 2.732, 95% CI = 1.118-6.667) อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที (AOR = 4.319, 95% CI = 1.069-17.458) ระดับครีเอตินินต่ำกว่า 0.67 mg/dL (AOR = 4.151, 95% CI = 1.740-9.899) และมีระดับ SGOT เท่ากับหรือสูงกว่า 150 UL (AOR = 4.573, 95% CI = 1.780-11.752) **สรุป:** จากการศึกษา พบว่าปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิด alcohol withdrawal delirium ได้แก่ ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น อัตราการหายใจแแรกกรับ ระดับครีเอตินิน และระดับของ SGOT

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง ผู้ติดสุรา อาการ delirium จากการขาดสุรา

บทนำ

การดื่มสุราเป็นอันตรายต่อประชากรโลกและเป็นสาเหตุให้เกิดโรคในประชากรทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา¹ สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยติดสุราเกือบสามล้านคน และมี 3.5 แสนคน ที่มีปัญหาทั้งจากการดื่มสุราและปัญหาสุขภาพจิต² ดังนั้น การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งในประเทศไทย อย่างไรก็ตามอาการสำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราและมีอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิตได้คือ กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา (alcohol withdrawal) ซึ่งเกิดจากการหยุดดื่มหรือลดการดื่มสุราอย่างรวดเร็ว แล้วมีผลจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลางและระบบประสาทอัตโนมัติ โดยผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาบว่าร้อยละ 5 จะเกิดจากการขาดสุรา (alcohol withdrawal delirium) ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 10-15 เสียชีวิต ส่วนผู้ที่ไม่เกิดอาการ alcohol withdrawal delirium ก็เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายที่รุนแรง³⁻⁶ ลักษณะภาวะ alcohol withdrawal delirium ประกอบด้วย ความบกพร่องเชิงคุณภาพของความรู้สึกตัว (qualitative disturbance of consciousness) การสูญเสียการทำงานของกรนึกคิด (cognitive disturbance) มีการแกว่งไกวของอาการ (fluctuation) และลักษณะอาการมักจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว อาการมักเกิดขึ้นหลังจากหยุดสุราได้ 2-3 วัน และจะรุนแรงมากที่สุดในวันที่ 4-5 เกิดในผู้ที่ดื่มสุราหนักมายาวนานและมักมีความเจ็บป่วยทางร่างกายร่วม เช่น อุบัติเหตุ โรคตับ โรคไต⁷ หลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะ alcohol withdrawal delirium ซึ่งเป็นที่นิยมประกอบไปด้วย 2 หลักเกณฑ์ คือ ICD-10 และ DSM-V Criteria⁸ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราเป็นการรักษาแบบประคับประคองตามอาการ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร สารน้ำเกลือแร่และวิตามินที่เหมาะสมเพียงพอ โดยยาที่เป็นการรักษาหลักสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการขาดสุราคือยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน (benzodiazepine) ซึ่งมีประสิทธิภาพในการรักษาและความปลอดภัยสูงที่สุด^{3-5, 7, 9-11} การที่จะสามารถดำเนินการตามมาตรการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการขาดสุราเหล่านี้ได้ จำเป็นจะต้องเข้าใจปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด alcohol withdrawal delirium เสียก่อน ได้มีความพยายามในการหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด alcohol withdrawal delirium เช่น ประวัติการเกิดภาวะ alcohol withdrawal delirium ก่อนหน้า ประวัติการมีภาวะชักเกร็ง มีโรคประจำตัว หรือมีการขาดสารน้ำและเกลือแร่^{6-7, 12-13} อย่างไรก็ตามก็ยังมีปัจจัยอื่นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิด alcohol withdrawal delirium ได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ case-control study ในกลุ่มผู้ป่วยสุราแบบติดตามเกณฑ์วินิจฉัยของ DSM-5 ที่เข้ารับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนแบบผู้ป่วยในระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2561 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน 2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรค alcohol use disorder ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ

DSM-5 และกำหนดเกณฑ์คัดออกดังนี้ 1. ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินอาการขาดสุรา Clinical institute withdrawal assessment of alcohol scale, revised (CIWA-Ar)¹⁴ 2. ผู้ป่วยที่มีภาวะ delirium จากสาเหตุอื่น เช่น delirium due to multiple etiologies เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1.แบบประเมินอาการขาดสุรา CIWA-Ar โดยจำแนกคะแนนเป็นคะแนน 1-9 คือ mild alcohol withdrawal คะแนน 10-14 คือ moderate alcohol withdrawal คะแนน 15-18 คือ severe alcohol withdrawal และคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 19 คือ very severe alcohol withdrawal¹⁴ โดยผู้ที่ให้การประเมินคะแนน CIWA-Ar จะเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ได้รับการอบรมการประเมิน CIWA-Ar แล้ว โดยการเก็บข้อมูลจะทำการสุ่มผู้ป่วยอย่างง่าย จากจำนวนผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอนระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2561 จำนวน 416 ราย มีผู้ป่วยติดสุราที่ไม่เกิดภาวะ alcohol withdrawal delirium 348 ราย และมีติดสุราที่เกิดภาวะ alcohol withdrawal delirium 68 ราย จากการคำนวณขนาดตัวอย่างกลุ่มผู้ป่วยจากประวัติการเกิด alcohol withdrawal delirium มาก่อนจะได้กลุ่มตัวอย่างออกมกลุ่มละ 50 ราย¹³

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วยปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ประวัติปริมาณการดื่มสุรา ประวัติระยะเวลาในการดื่มสุรา ประวัติการเกิด alcohol withdrawal delirium มาก่อน ประวัติอาการชักเกร็งมาก่อน ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ประวัติโรคประจำตัวทางกาย และประวัติโรคประจำตัวทางจิตเวช ปัจจัยผลการประเมินแรกรับ ได้แก่ อุนหภูมิ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต คะแนน CIWA-Ar แรกรับ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับการบรรยายลักษณะกลุ่มประชากร การศึกษาปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัย ใช้สถิติไคสแควร์สำหรับตัวแปรที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ใช้สถิติการทดสอบทีสำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเชิงพหุวิเคราะห์สำหรับหาค่าอัตราเสี่ยงต่อการเกิดระหว่างตัวแปร โดยการศึกษาที่ใช้ค่า $p < 0.05$ เป็นค่าแสดงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การคำนวณทางสถิติใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

wa

จากการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2559 ถึงเดือนกันยายน 2561 มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยติดสุราและผ่านการสุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 100 ราย ผู้ป่วยเป็นเพศชาย 98 รายคิดเป็นร้อยละ 98 อายุเฉลี่ย 44.99 (± 9.15) ปี สถานภาพเป็นคู่ 52 รายคิดเป็นร้อยละ 52 อาชีพรับจ้าง 54 รายคิดเป็นร้อยละ 54 โรคประจำตัวพบว่ามีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 28 รายคิดเป็นร้อยละ 28 ผู้ป่วยสูบบุหรี่ร่วมด้วย จำนวน 63 รายคิดเป็นร้อยละ 63 ระยะเวลาในการดื่มเฉลี่ย 25.88 (± 10.369) ปี ปริมาณการดื่ม ≥ 4 ครั้ง/สัปดาห์ 96 ราย คิดเป็นร้อยละ 96 ชนิดของสุราที่ดื่มเป็นประจำ คือเหล้าขาว 40 ดีกรี 94 รายคิดเป็นร้อยละ 94

ผู้ป่วยดื่มสุราระดับตั้งแต่ 10 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 88 มีประวัติอาการชัก 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 24 มีประวัติอาการ delirium 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 14 โดยพบว่าผู้ที่มีอาชีพ

การเกษตรและมีประวัติอาการ delirium มีโอกาสเกิด alcohol withdrawal delirium สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลอภัยภูธรแม่ฮ่องสอน

| ลักษณะส่วนบุคคล | Without AWD (n =50;100.00%) | With AWD (n =50;100.00%) | Overall (n=100;100.00%) | p value |
|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------|
| เพศชาย(ราย) | 48(96.00%) | 50(100.00%) | 98(98.00%) | 0.51 |
| อายุ(ปี) | 44.36(±10.28) | 45.62(±7.89) | 44.99(±9.15) | 0.49 |
| สถานภาพสมรส(ราย) | | | | |
| - โสด | 12(24.00%) | 10(20.00%) | 22(22.00%) | 0.39 |
| - คู่ | 28(56.00%) | 24(48.00%) | 52(52.00%) | |
| - หม้าย/หย่าร้าง | 10(20.00%) | 16(32.00%) | 25(25.00%) | |
| อาชีพ(ราย) | | | | |
| - รับจ้าง | 31(62.00%) | 23(46.00%) | 54(54.00%) | 0.00* |
| - เกษตรกรรม | 8(24.00%) | 24(48.00%) | 32(32.00%) | |
| - ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 7(2.00%) | 2(1.00%) | 9(9.00%) | |
| - ว่างาน | 4(1.00%) | 1(2.00%) | 5(5.00%) | |
| โรคประจำตัว(ราย) | | | | |
| - ไม่มีโรคประจำตัว | 26(52.00%) | 31(62.00%) | 57(57.00%) | 0.31 |
| - ความดันโลหิตสูง | 9(18.00%) | 15(30.00%) | 24(24.00%) | |
| - เบาหวาน | 1(2.00%) | 0(0.00%) | 1(1.00%) | |
| - โรคทางจิตเวช | 5(10.00%) | 2(4.00%) | 7(7.00%) | |
| - โรคปอดหรือหลอดลม | 0(0.00%) | 1(2.00%) | 1(1.00%) | |
| - โรคระบบประสาทที่ไม่ใช่จิตเวช | 2(4.00%) | 1(2.00%) | 3(3.00%) | |
| - ความดันโลหิตสูงและโรคทางจิตเวช | 2(4.00%) | 0(0.00%) | 2(2.00%) | |
| - ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน | 2(4.00%) | 0(0.00%) | 2(2.00%) | |
| - โรคอื่นๆ | 3(6.00%) | 0(0.00%) | 3(3.00%) | |
| ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น(ราย) | | | | |
| - ไม่ใช่สารเสพติดชนิดอื่น | 23(46.00%) | 13(26.00%) | 36(36.00%) | 0.03* |
| - บุหรี่ | 26(52.00%) | 36(72.00%) | 62(62.00%) | |
| - บุหรี่และยาบ้า | 1(2.00%) | 0(0.00%) | 1(1.00%) | |
| - ฟีนและยาบ้า | 0(0.00%) | 1(2.00%) | 1(1.00%) | |
| ระยะเวลาในการดื่ม(ปี) | 24.56(±10.09) | 27.20(±10.60) | 25.88(±10.37) | 0.21 |
| ความถี่ในการดื่มสุรา(ราย) | | | | |
| - < 4ครั้ง/สัปดาห์ | 4(8.00%) | 0(0.00%) | 4(4.00%) | 0.12 |
| - ≥ 4ครั้ง/สัปดาห์ | 46(92.00%) | 50(50.00%) | 96(96.00%) | |
| ชนิดของสุรา(ราย) | | | | |
| - เหล้าแดง | 0(0.00%) | 1(2.00%) | 1(1.00%) | 0.68 |
| - สุราต้มเอง | 2(4.00%) | 3(6.00%) | 5(5.00%) | |
| - เหล้าขาว 40 ดีกรี | 48(96.00%) | 46(92.00%) | 94(94.00%) | |
| ปริมาณดื่มมาตรฐานต่อวัน(ราย) | | | | |
| - 3-4 ดื่มมาตรฐาน | 1(2.00%) | 0(0.00%) | 1(1.00%) | 0.42 |
| - 5-6 ดื่มมาตรฐาน | 1(2.00%) | 0(0.00%) | 1(1.00%) | |
| - 7-9 ดื่มมาตรฐาน | 6(12.00%) | 4(8.00%) | 10(10.00%) | |
| - ตั้งแต่ 10 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป | 42(84.00%) | 48(96.00%) | 88(88.00%) | |
| มีประวัติอาการชัก(ราย) | 10(20.00%) | 14(28.00%) | 24(24.00%) | 0.35 |
| มีประวัติ delirium(ราย) | 3(6.00%) | 11(22.00%) | 14(14.00%) | 0.02* |

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ; p < 0.05, AWD: alcohol withdrawal delirium

ตารางที่ 2 ผลการประเมินแรกรับของผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลชัยภูมิแม่ฮ่องสอน

| ผลการประเมินแรกรับของผู้ ติดเชื้อ | Without AWD (n =50;100.00%) | With AWD (n =50;100.00%) | Overall (n=100;100.00%) | p value |
|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------|
| คะแนน CIWA-Ar แกร็บ (คะแนน) | 3.82(±2.76) | 5.82(±4.78) | 4.82(±4.01) | 0.01* |
| สัญญาณชีพแรกรับ | | | | |
| - ความดันsystolic (มม. ปรอท) | 130.08(±17.13) | 128.16(±15.31) | 129.12(±16.19) | 0.56 |
| - ความดัน diastolic (มม. ปรอท) | 82.50(±11.62) | 81.52(±13.58) | 82.01(±12.59) | 0.70 |
| - อัตราการหายใจ (ครั้งต่อ นาที) | 20.12(±0.48) | 22.12 (±12.14) | 21.12(±8.60) | 0.04* |
| - อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้งต่อนาที) | 89.06 (±11.49) | 90.14 (±15.96) | 89.60 (±13.84) | 0.70 |
| - อุณหภูมิ (เซลเซียส) | 36.63 (±0.34) | 37.97(±8.53) | 37.30 (±6.05) | 0.15 |
| น้ำตาลแรกรับ (mg/dL) | 120.00 (±50.22) | 115.97 (±46.99) | 117.94 (±48.39) | 0.83 |

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ; p < 0.05

ตารางที่ 3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลชัยภูมิแม่ฮ่องสอน

| ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ | Without AWD(n=50) $\bar{X} \pm SD$ | With AWD (n =50) $\bar{X} \pm SD$ | Overall (n=100) $\bar{X} \pm SD$ | p value |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------|
| Hemoglobin (gm/dL) | 14.06(±2.19) | 13.59(±1.87) | 13.83(±2.04) | 0.26 |
| Hematocrit (%) | 41.63(±6.31) | 41.63(±6.31) | 41.19(±5.54) | 0.43 |
| White blood cells (cells/mm ³) | 6.15(±2.44) *10 ³ | 6.67(±2.88) *10 ³ | 6.40(±2.67)*10 ³ | 0.20 |
| Platelets (cells/mm ³) | | | | |
| Bun (mg/dL) | 187.64(±89.99)*10 ³ | 191.86(±107.00)*10 ³ | 189.75(±98.38)*10 ³ | 0.83 |
| Creatinine (mg/dL) | 10.29 (±3.82) | 9.85(±5.56) | 10.07(±4.75) | 0.21 |
| Sodium (mmol/L) | 0.76 (±0.20) | 0.66 (±0.19) | 0.71 (±0.20) | 0.01* |
| Potassium (mmol/L) | 138.71 (±3.95) | 139.93 (±4.89) | 139.32 (±4.46) | 0.18 |
| Chloride (mmol/L) | 3.24 (±0.42) | 3.24 (±0.47) | 3.24 (±0.44) | 0.99 |
| Bicarbonate (mmol/L) | 101.32 (±4.95) | 101.37 (±4.93) | 101.34 (±4.91) | 0.96 |
| Calcium (mg/dL) | 24.92 (±3.62) | 24.65 (±3.19) | 24.78 (±3.39) | 0.70 |
| Magnesium (mg/dL) | 9.12 (±0.62) | 9.05 (±0.50) | 9.08 (±0.56) | 0.49 |
| Phosphorus (mg/dL) | 1.86 (±0.33) | 1.67 (±0.36) | 1.77 (±0.36) | 0.01* |
| Albumin (gm/dL) | 2.90 (±0.69) | 3.08 (±0.88) | 2.99 (±0.79) | 0.27 |
| Globulin (gm/dL) | 4.03 (±0.49) | 3.94 (±0.46) | 3.98 (±0.48) | 0.36 |
| Alkaline phosphatase (UL) | 3.78 (±0.71) | 3.81 (±0.65) | 3.79 (±0.68) | 0.95 |
| SGOT (UL) | 109.98 (±45.72) | 118.02(±48.28) | 114.00 (±46.96) | 0.39 |
| SGPT (IUL) | | | | |
| Total bilirubin (mg/dL) | 124.52(±86.78) | 185.76 (±111.82) | 155.14(±104.22) | 0.00* |
| Direct bilirubin (mg/dL) | 64.84(±41.05) | 73.18(±46.73) | 69.05(±43.99) | 0.35 |
| | 1.33 (±1.52) | 1.14 (±0.71) | 1.24(±1.18) | 0.53 |
| | 0.41 (±0.71) | 0.40 (±0.36) | 0.41 (±0.56) | 0.13 |

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ; p < 0.05

เมื่อพิจารณาผลการประเมินแรกพบว่าคะแนน CIWA-Ar แรกรับเฉลี่ย อยู่ที่ 4.82(±4.01) คะแนน สัญญาณชีพแรกรับมีค่าความดัน systolic เฉลี่ย 129.12(±16.19) มม.ปรอท ความดัน diastolic เฉลี่ย 82.01(±12.59) มม.ปรอท อัตราการหายใจเฉลี่ย 21.12(±8.60) ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจเฉลี่ย 89.60 (±13.84) ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกายเฉลี่ย 37.30 (±6.05) เซลเซียส ระดับน้ำตาลแรกรับ 117.94 (±48.39) มก.ต่อเดซิลิตร โดยพบว่าผู้ป่วยติดสุราที่มี alcohol withdrawal delirium จะมีค่าคะแนน CIWA-Ar แรกรับเฉลี่ยสูงกว่า และมีอัตราการหายใจที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบว่าผู้ป่วยติดสุราที่

มี alcohol withdrawal delirium จะมีค่าระดับครีเอทีนีนต่ำกว่า ระดับแมกนีเซียมต่ำกว่า และมีระดับเอนไซม์ตับ SGOT สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

หากจัดกลุ่มปัจจัยทางคลินิกจะพบว่าในผู้ป่วยติดสุราที่มี alcohol withdrawal delirium จะมีจำนวนผู้ป่วยติดสุราที่มีคะแนน CIWA-Ar แรกรับ ≥ 10 คะแนน อัตราการหายใจเท่ากับหรือสูงกว่า 20 ครั้งต่อนาที ระดับครีเอทีนีนต่ำกว่า 0.67 (mg/dL) แมกนีเซียมน้อยกว่า 1.8 (mg/dL) ระดับเอนไซม์ตับ SGOT เท่ากับหรือสูงกว่า 150 (UL) มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยทางคลินิกของผู้ป่วยติดสุราในโรงพยาบาลรัฐญารักษ์แม่ฮ่องสอน

| ปัจจัยทางคลินิก (ราย) | Without AWD (n =50;100.00%) | With AWD (n =50;100.00%) | Overall (n=100;100.00%) | p value |
|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------|
| Age ≥ 40 ปี | 34(68.00%) | 38(76.00%) | 72(72.00%) | 0.37 |
| จำนวนผู้ป่วยติดสุราที่คะแนน CIWA-Ar แรกรับ ≥ 10 คะแนน | 1(2.00%) | 8(16.00%) | 9(9.00%) | 0.03* |
| Respiration rates > 20 ครั้งต่อ นาที | 3(6.00%) | 10(20.00%) | 13(16.00%) | 0.03* |
| Hemoglobin < 10 gm/dL | 2(4.00%) | 1(2.00%) | 3(3.00%) | 0.56 |
| Platelets $< 100,000$ cells/mm ³ | 5(10.00%) | 8(16.00%) | 13(13.00%) | 0.37 |
| Creatinine < 0.67 mg/dL | | | | |
| Sodium < 135 mmol/L | 18(36.00%) | 33(66.00%) | 51(51.00%) | 0.00* |
| Potassium < 3.5 mmol/L | | | | |
| Calcium < 8.5 mg/dL | 8(16.00%) | 6(12.00%) | 14(14.00%) | 0.56 |
| Magnesium <1.8 mg/dL | | | | |
| Phosphorus < 2.5 mg/dL | 38(76.00%) | 38(76.00%) | 76(76.00%) | 1.00 |
| SGOT ≥ 150 UL | | | | |
| SGPT ≥ 150 IUL | 4(8.00%) | 4(8.00%) | 8(8.00%) | 1.00 |
| Albumin < 3.5 gm/dL | 17(34.00%) | 27(54.00%) | 44(54.00%) | 0.04* |
| | 14(28.00%) | 9(18.00%) | 23(23.00%) | 0.23 |
| | 12(24.00%) | 27(54.00%) | 39(39.00%) | 0.00* |
| | 4(8.00%) | 2(4.00%) | 6(6.00%) | 0.69 |
| | 5(10.00%) | 7(14.00%) | 12(12.00%) | 0.54 |

และเมื่อพิจารณาถึงอัตราเสี่ยงอย่างหยาบ (Unadjusted OR) ของปัจจัยทางคลินิกจะพบว่าปัจจัยทางคลินิกที่เพิ่มโอกาสต่อการเกิด alcohol withdrawal delirium ได้แก่ อาชีพเกษตรกรกรรม ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น มีประวัติอาการ delirium คะแนน CIWA-Ar แรกรับเท่ากับหรือสูงกว่า 10 คะแนน อัตราการหายใจเท่ากับหรือสูงกว่า 20 ครั้งต่อนาที ค่าครีเอตินินต่ำกว่า 0.67 mg/dL ค่าแมกนีเซียม น้อยกว่า 1.8 mg/dL และระดับเอนไซม์ตับ SGOT เท่ากับหรือสูงกว่า 150 UL เมื่อทำการปรับอัตราเสี่ยงด้วยแบบจำลองตัวแปรเพศ อายุ และสถานภาพซึ่งเป็นตัวแปรที่สำคัญจากการทบทวนวรรณกรรม¹²⁻¹⁷ ร่วมกับตัวแปรที่มีอัตราเสี่ยงอย่างหยาบที่มีนัยสำคัญทางสถิติจะพบว่า อัตราเสี่ยงปรับแล้ว (Adjusted OR) ของปัจจัยทางคลินิกที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น อัตราการหายใจเท่ากับหรือสูงกว่า 20 ครั้งต่อนาที ค่าครีเอตินินต่ำกว่า 0.67 และระดับเอนไซม์ตับ SGOT เท่ากับหรือสูงกว่า 150 (ตารางที่ 5)

delirium ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยหลังการผ่าตัด²⁰⁻²⁴ เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้จะพบว่าปัจจัยด้านอาชีพไม่มีผลนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน^{9, 25} สำหรับปัจจัยทางคลินิกที่แตกต่างจากการศึกษาอื่น เช่น การที่ปัจจัยด้านอายุไม่มีผลต่อการเกิด delirium¹⁵⁻¹⁷ เนื่องจากว่าโรงพยาบาล วิทยาลัยแม่ฮ่องสอนเป็นสถานพยาบาลรับส่งต่อระดับตติยภูมิ ทำให้ผู้ป่วยมักมารักษาเมื่อมีอายุมาก ปริมาณการดื่มที่สูงและความรุนแรงของโรคมักจึงทำให้ปัจจัยด้านอายุ และปริมาณการดื่มไม่มีความแตกต่างกันเหมือนการวิจัยก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ ที่สำคัญคือ 1. ประชากรในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ยค่อนข้างสูง เป็นผู้ที่ดื่มสุราปริมาณมาก และเป็นผู้ป่วยในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนสำหรับสถานพยาบาลทั่วไปได้ 2. ประวัติการเกิดอาการชักเกร็ง หรืออาการ delirium ได้จากการสอบถามอาการผู้ป่วยและประวัติจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลวิทยาลัยแม่ฮ่องสอนเท่านั้นทำให้

ตารางที่ 5 ข้อมูลอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Alcohol withdrawal delirium

| ปัจจัยทางคลินิก | Unadjusted OR (95% CI) | Adjusted OR (95% CI) |
|---------------------------------------|------------------------|----------------------|
| อาชีพเกษตรกรกรรม | 4.04(1.54-10.61)* | 3.45(0.90-13.25) |
| ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น | 2.70(1.15-6.34)* | 3.76(1.08-13.05)* |
| มีประวัติภาวะ delirium | 4.42(1.15-16.96)* | 1.76(0.29-10.60) |
| CIWA-Ar แรกรับ \geq 10 คะแนน | 9.33(1.12-77.70)* | 8.56(0.56-131.14) |
| Respiration rates $>$ 20 ครั้งต่อนาที | 3.92(1.01-15.22)* | 7.94(1.30-48.41)* |
| Cr $<$ 0.67 mg/dL | 3.45(1.52-7.85)* | 3.46(1.05-11.43)* |
| Mg $<$ 1.8 mg/dL | 2.28(1.02-5.11)* | 2.08(0.60-7.20) |
| SGOT \geq 150 UL | 3.72(1.58-8.74)* | 6.40(1.86-21.99)* |

*มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ ; $p < 0.05$

-Adjusted OR ควบคุมตัวแปร เพศ อายุ และสถานภาพร่วมกับตัวแปรที่มีอัตราเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

จากผลการศึกษาข้างต้นจะพบว่าปัจจัยทางคลินิกที่เพิ่มโอกาสต่อการเกิด alcohol withdrawal delirium มีหลายปัจจัย ได้แก่ ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น อัตราการหายใจแรกรับระดับครีเอตินิน และระดับของ SGOT โดยปัจจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ป่วยติดสุราก่อนหน้านี้ได้แก่ ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น อัตราการหายใจแรกรับ และระดับของ SGOT¹²⁻¹⁴ เนื่องจากการใช้ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่นมีผลกระทบต่อการทำงานของระบบประสาทได้¹⁸ อัตราการหายใจแรกรับสามารถเป็นอาการแสดงที่สำคัญสำหรับอาการ alcohol withdrawal ได้³⁻⁴ และระดับ SGOT ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ต่อการได้รับบาดเจ็บของตับจากแอลกอฮอล์¹⁹ อย่างไรก็ตามมีบางปัจจัย เช่น ค่าครีเอตินินต่ำ ที่ต่ำพบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด alcohol withdrawal delirium ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากว่ามีการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่มีค่าครีเอตินินต่ำมักแสดงถึงมวลกล้ามเนื้อที่น้อยและมักพบในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะตับบาดเจ็บรุนแรงด้วย²⁰⁻²² นอกจากนี้ยังพบว่าค่าครีเอตินินต่ำสัมพันธ์กับการเกิด

ข้อมูลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง 3. การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย

สรุป

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เพิ่มโอกาสเกิด alcohol withdrawal delirium ได้แก่ ประวัติการใช้สารเสพติดชนิดอื่น อัตราการหายใจแรกรับสูงกว่า 20 ครั้งต่อนาที ระดับครีเอตินินต่ำกว่า 0.67 mg/dL และระดับของ SGOT เท่ากับหรือสูงกว่า 150 UL

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคุณดวงใจ โชติกาญ์นชเกษม กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศและสนับสนุนวิชาการ โรงพยาบาลวิทยาลัยแม่ฮ่องสอน และขอขอบพระคุณอาจารย์นายแพทย์บุญสนอง วงศ์ตาน้อย หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์การเสพติด โรงพยาบาลวิทยาลัยแม่ฮ่องสอน กรมการแพทย์ที่ให้คำปรึกษาในการดำเนินงานวิจัยนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

References

1. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health 2014.
2. Phunnapa Kittirattanapaiboon TK, Wachira Pengjuntr, Jintana Leejongermphoon, Worawan Chutha, Kedsaraporn Kenbubpha. Epidemiology of psychiatric comorbidity in Thailand: a national study 2008. *J Ment Health Thai* 2013;21:1-14.
3. Corfee FA. Alcohol withdrawal in the critical care unit. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses* 2011;24:110-6.
4. Carlson RW, Kumar NN, Wong-Mckinstry E, Ayyagari S, Puri N, Jackson FK, et al. Alcohol withdrawal syndrome. *Critical care clinics* 2012;28:549-85.
5. Ait-Daoud N, Malcolm RJ, Jr., Johnson BA. An overview of medications for the treatment of alcohol withdrawal and alcohol dependence with an emphasis on the use of older and newer anticonvulsants. *Addictive behaviors* 2006;31:1628-49.
6. Monte R, Rabunal R, Casariego E, Bal M, Pertega S. Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting. *European journal of internal medicine* 2009;20:690-4.
7. Schuckit MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *The New England journal of medicine* 2014;371:2109-13.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Fifth Edition. ed. Arlington: Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013 United States.
9. Mainerova B, Prasko J, Latalova K, Axmann K, Cerna M, Horacek R, et al. Alcohol withdrawal delirium - diagnosis, course and treatment. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky, Olomouc, Czechoslovakia* 2015;159:44-52.
10. Jesse S, Brathen G, Ferrara M, Keindl M, Ben-Menachem E, Tanasescu R, et al. Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. *Acta neurologica Scandinavica* 2017;135:4-16.
11. Hammond DA, Rowe JM, Wong A, Wiley TL, Lee KC, Kane-Gill SL. Patient Outcomes Associated With Phenobarbital Use With or Without Benzodiazepines for Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review. *Hospital pharmacy* 2017;52:607-16.
12. Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatric services (Washington, DC)* 2001;52:820-3.
13. Sarkar S, Choudhury S, Ezhumalai G, Konthoujam J. Risk factors for the development of delirium in alcohol dependence syndrome: Clinical and neurobiological implications. *Indian journal of psychiatry* 2017;59:300-5.
14. Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment. Clinical Practice Guideline of Alcohol Withdrawal Patient for Multidisciplinary Team. Bangkok, Thailand: Chulalongkorn University Printing House; 2015.
15. Eyer F, Schuster T, Felgenhauer N, Pfab R, Strubel T, Saugel B, et al. Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal—predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)* 2011;46:427-33.
16. Lee JH, Jang MK, Lee JY, Kim SM, Kim KH, Park JY, et al. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2005;20:1833-7.
17. Wright T, Myrick H, Henderson S, Peters H, Malcolm R. Risk factors for delirium tremens: a retrospective chart review. *The American journal on addictions* 2006;15:213-9.
18. Salling MC, Martinez D. Brain Stimulation in Addiction. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology* 2016;41:2798-809.
19. Najmy S, Duseja A, Pal A, Sachdev S, Sharma RR, Marwah N, et al. Redefining the Normal Values of Serum Aminotransferases in Healthy Indian Males. *Journal of clinical and experimental hepatology* 2019;9:191-9.
20. Chu C-L, Liang C-K, Lin Y-T, Chow PC, Pan C-C, Chou M-Y, et al. Biomarkers of delirium: Well evidenced or not? *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics* 2011;2:100-4.
21. Huh JH, Choi SI, Lim JS, Chung CH, Shin JY, Lee MY. Lower Serum Creatinine Is Associated with Low Bone Mineral Density in Subjects without Overt Nephropathy. *PLoS one* 2015;10:e0133062-e.
22. Takabatake T, Ohta H, Ishida Y, Hara H, Ushioji Y, Hattori N. Low serum creatinine levels in severe hepatic disease. *Archives of internal medicine* 1988;148:1313-5.
23. Noimark D. Predicting the onset of delirium in the post-operative patient. *Age and Ageing* 2009;38:368-73.
24. Santos FS, Velasco IT, Fráguas Jr R. Risk factors for delirium in the elderly after coronary artery bypass graft surgery. *International Psychogeriatrics* 2004;16:175-93.
25. Monnat SM. Factors Associated With County-Level Differences in U.S. Drug-Related Mortality Rates. *American journal of preventive medicine* 2018;54:611-9.