

The application of alcohol withdrawal scale on Medical care alcohol dependent patients : Inpatient Psychiatric Ward, Surin Hospital.

Chanwit Panomserd M.D.*

ABSTRACT

Objective : The objective of this study was to examine the effect of Medical care by alcohol withdrawal scale on alcohol dependent patients in psychiatric ward; Surin Hospital.

Setting : inpatient Psychiatric Ward, Surin Hospital

Study design : quasi experimental study

Patient and Method : 40 alcohol withdrawal patients, simple random sampling into two groups equally. The control group was treated by fixed schedule regimen method while the experimental group was treated by symptom-triggered regimen method using alcohol withdrawal scale. The study was conducted during November 1,2010 to April 30, 2011. The Medical care method based on treatment by symptom-triggered regimen method with alcohol withdrawal scale's Apichart et al,2001 and treatment model by The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol 's Manood & Pramood,2005. The research instruments was alcohol withdrawal scale's Apichart et al,2001

Results : The study result showed that, the length of hospital stay, the duration of taking diazepam and other complication in the experimental group were reduced compared to the control group. The length of hospital stay of the control group was 15.85 days where as the experimental group 6.25 days. The duration of taking diazepam for the control group was 15.85 days compared to experimental group was 1.29 days. In addition, sixteen percent of the control group was received tighten pain, while the experimental group was totally safed.

Conclusion : The Medical care method based on treatment by symptom-triggered regimen method with alcohol withdrawal scale can reduce the length of hospital stay, duration of taking diazepam and other complication.

Key words : alcohol withdrawal patients, alcohol withdrawal scale.

*Department of Psychiatry, Surin Hospital, Surin Province

ผลการใช้แบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ในการรักษาผู้ป่วยโรคติดสุรา หอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์

ชาญวิทย์ พนมเสรีรัฐ พ.บ.,ว.ว.(จิตเวชศาสตร์)*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลการใช้แบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ต่อประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยกึ่งทดลอง

ผู้ป่วยและวิธีการศึกษา : ทำการศึกษาในบุคคลที่มีอาการถอนแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการรักษาตามอาการ จำนวน 20 รายกลุ่ม และ กลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามเวลาจำนวน 20 ราย ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2553 ถึง 30 เมษายน 2554 รวมระยะเวลา 6 เดือน รูปแบบการรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราในครั้งนี้ ใช้แนวทางการรักษาตามอาการ โดยใช้แบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ของอภิชาติ ดำรงไชยและคณะ (2544) และใช้แนวทางการรักษาตามคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน The Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol (CIWA)ของ มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548)

ผลการศึกษา : พบว่า กลุ่มทดลองหลังจากใช้แบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ร่วมกับการรักษาตามอาการ มีจำนวนวันนอนเฉลี่ย จำนวนวันของการได้รับยา Diazepam จำนวนครั้งของการผูกมัด และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การบาดเจ็บจากการผูกมัด และการพลัดตกหกล้ม น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$

สรุป : การรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราโดยใช้การประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ร่วมกับการรักษาตามอาการ มีคุณภาพการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาโดยการให้ยาตามเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคติดสุรา แบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์

*กลุ่มงานจิตเวชวิทยา โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

บทนำ

สุราเป็นเครื่องดื่มที่จัดเป็นสารเสพติดที่ถูกต้องตามกฎหมาย และสามารถหาได้ง่าย ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งจะกดประสาททำให้มีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว อารมณ์ และสติสัมปชัญญะ¹ ผู้ที่ใช้ในปริมาณมาก หรือใช้ติดต่อกันในช่วงระยะเวลาหนึ่งจะมีอาการติดหรือพึ่งพาแอลกอฮอล์² และมีความต้องการดื่มมากขึ้นเรื่อยๆ จนเกิดผลเสียต่อร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตในที่สุด ผู้ที่ดื่มสุรานานเมื่อหยุดดื่มหรือลดปริมาณลงจะเกิดอาการถอนพิษสุรา คือ มีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย นอนไม่หลับ อาจมีอาการชัก คลุ้มคลั่ง หัวใจเต้นผิดปกติ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที อาจทำให้มีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้³ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรา จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการรักษาอาการถอนพิษสุราดังกล่าวจำเป็นต้องมีการประเมินอาการที่ถูกต้องและรวดเร็ว²

จากผลการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มสุราของประชากร โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550 พบว่ามีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มสุรา 14.9 ล้านคน หรือร้อยละ 29.3 โดยผู้ชายดื่มร้อยละ 51 มากกว่าผู้หญิงที่ดื่มร้อยละ 8.8 คิดเป็นประมาณ 6 เท่า ที่น่าเป็นห่วงอย่างยิ่งคือกลุ่มเยาวชนที่มีอัตราการดื่มสุราสูงถึงร้อยละ 21.9 หรือ 1 ใน 5 ของนักดื่มทั้งหมด⁴ จากสถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคติดสุราในหอผู้ป่วยจิตเวช ในปี พ.ศ.2551-พ.ศ.2553 จำนวน 202, 208 และ 286 คนตามลำดับ⁵ ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี

จากแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราในปัจจุบัน พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจะประเมินภาวะถอนพิษสุราเมื่อแรกรับ และให้ยาตามเวลา หากพบผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงจะควบคุม

พฤติกรรมร่วมด้วยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะถอนพิษสุรา ได้นำผู้ป่วยเข้ากิจกรรมกลุ่มบำบัดสุขภาพจิตเรื่องโรคสุรา และวางแผนการจำหน่าย ซึ่งการรักษาดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะงุนงงสับสน ทำให้เกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม และ เกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บจากการผูกมัดเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นดังกล่าวที่มำทางคลินิกของกลุ่มงานจิตเวช ได้จัดทำแนวทางการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality improvement) เรื่องการป้องกันการบาดเจ็บจากการผูกมัด และการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยการจัดสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การจัดทำอุปกรณ์การผูกมัดให้ปลอดภัยกับผู้ป่วย การเปลี่ยนท่าการผูกมัด และการตรวจประเมิน จากการดำเนินการพัฒนาดังกล่าว พบว่า อุบัติเหตุดังกล่าวลดลงบ้าง แต่ก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ที่มำทางคลินิกจึงได้ดำเนินการทบทวนเพื่อหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น พบว่า ในการรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะถอนพิษสุรายังขาดการนำแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์มาใช้เป็นแนวทางในการให้การรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุรายู้นาน หรือบางครั้งผู้ป่วยได้รับยาไม่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับยามากหรือน้อยเกินไป ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจึงมีแนวคิดในการนำแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์มาใช้นำร่องร่วมกับการรักษาตามอาการ โดยเปลี่ยนการรักษาจากเดิมที่ให้การรักษตามเวลา มาเป็นการรักษาตามอาการเป็นครั้งแรกในการรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราของโรงพยาบาลสุรินทร์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้แบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ต่อประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มบุคคลที่ใช้แอลกอฮอล์ ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 18-60 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยของโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 ว่ามีอาการถอนแอลกอฮอล์และคะแนนตามแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์หรือสุราเท่ากับหรือมากกว่า 5 คะแนน ที่เข้ารับการรักษารูปแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสุรินทร์ ในช่วงระหว่างวันที่ 15 พฤศจิกายน 2553 ถึง 15 มีนาคม 2554 และยินดีเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย

ในกลุ่มทดลอง จะได้รับการประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์แรกเริ่ม ถ้าคะแนนมากกว่า 11 คะแนน ให้ Loading dose ของ diazepam รับประทาน 20 มิลลิกรัม หลังจากนั้นประเมินซ้ำทุก 1 ชั่วโมงให้ยาเท่าเดิมอีกถ้าคะแนนยังไม่ลดลง กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและไม่ยอมรับประทานยา ให้ฉีด diazepam 10 mg เข้าเส้นเลือดดำ และฉีดซ้ำได้ทุก ๆ 10-15 นาที จนกว่าคะแนนจะต่ำกว่า 11 คะแนน ถ้าผู้ป่วยคะแนนอยู่ระหว่าง 5-10 คะแนน ให้ diazepam 10 mg รับประทานแล้วประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมง ให้ยาเท่าเดิมถ้าคะแนนยังไม่ลดลง ส่วนผู้ป่วยที่มีค่าคะแนนต่ำกว่า 5 คะแนน ให้การรักษาแบบประคับประคอง ประเมินซ้ำทุก 4 ชั่วโมงเป็นเวลา 24 ชั่วโมงแล้วจึงหยุดการประเมินต่อไป

ในกลุ่มควบคุม จะได้รับการประเมินอาการถอน

แอลกอฮอล์แรกเริ่มเท่านั้น ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่ไม่มีอาการของ delirium tremens และควบคุมตัวเองได้ ให้การรักษาโดยให้ Diazepam 5-10mg รับประทานวันละ 4 เวลา คงยาไว้ให้อาการคงที่ 24-48 ชั่วโมง แล้วลดยาลงวันละประมาณร้อยละ 20 ของขนาดยาในวันก่อนหน้านั้น จนกระทั่งหยุดยา ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ให้ยาตามเวลา (fixed schedule regimen) diazepam(5mg) 8 tabs stat และให้ diazepam(5mg) 4 tabs วันละ 4 เวลา คงยาไว้ให้อาการคงที่ 24-48 ชั่วโมง แล้วลดยาลงวันละประมาณร้อยละ 20 ของขนาดยาในวันก่อนหน้านั้น จนกระทั่งหยุดยา

นอกจากการรักษาด้วยยา Diazepam ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มยังได้รับยาเพื่อป้องกันการเกิด wernicke-Korsakoff Syndrome ได้แก่ยา Folic acid 1 tab รับประทานวันละครั้ง และ B1-6-12 1 amp ฉีดเข้ากล้ามเนื้อวันละครั้งเป็นระยะเวลา 3 วัน หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยรับประทาน 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังอาหาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติและพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ สาเหตุที่ดื่ม ปริมาณ ความถี่ ระยะเวลาที่ดื่ม รวมถึงระยะเวลาที่เลิกดื่ม และการรักษา

2. แบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ หรือสุรา (Alcohol withdrawal scale) โดย อภิชาติ ดำรงไชยและคณะ (2544) มีระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ.76 ได้หาค่าความสัมพันธ์ของแบบประเมินนี้

กับแบบประเมินมาตรฐานของ The CIWA-Ar scale โดยสถิติ pearson's correlation coefficient พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.01 แบบประเมินมีจำนวน 11 ข้อเป็นแบบวัดประเมินค่า 4 ระดับ คือ 0-3 คะแนนเต็ม 32 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของอาการนอนหลับผิดปกติ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนต่ำกว่า 5 หมายถึง มีอาการนอนหลับผิดปกติ ระดับต่ำ คะแนนอยู่ระหว่าง 5-10 หมายถึง มีอาการนอนหลับผิดปกติ ระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่า 10 หมายถึง มีอาการนอนหลับผิดปกติระดับรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติบรรยาย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบจำนวนวันนอน จำนวนวันของการได้รับยา diazepam และจำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยสถิติวิเคราะห์ independent t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มเป็นเพศชายทั้งหมด กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 45 และมีระยะเวลาการดื่มสุรามากที่สุดอยู่ระหว่าง 21-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพรับจ้าง และเกษตรกร ร้อยละ 40 และมีระยะเวลาการดื่มสุรามากที่สุดอยู่ระหว่าง 16-20 ปี ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการดื่มสุรา

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มควบคุม (n=20 ราย)		กลุ่มทดลอง (n=20 ราย)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	20	100	20	100
อายุ	20-30	3	15	5	25
	31-40	8	40	5	25
	41-50	9	45	10	50
สถานภาพสมรส	โสด	5	25	4	20
	คู่	13	65	15	75
	หย่าร้าง	2	10	1	5
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	11	55	10	50
	มัธยมศึกษา	9	45	8	40
	อนุปริญญา	-	-	2	10

ข้อมูลทั่วไป		กลุ่มควบคุม (n=20 ราย)		กลุ่มทดลอง (n=20 ราย)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ	รับจ้าง	8	40	8	40
	เกษตรกร	9	45	8	40
	ค้าขาย	2	10	3	15
	รับราชการ	1	5	1	5
ระยะเวลาการดื่มสุรา	6-10 ปี	1	5	3	15
	11-15 ปี	2	10	2	10
	16-20 ปี	5	25	7	35
	21-25 ปี	7	35	4	20
	26-30 ปี	5	25	3	15
	31-35 ปี	6	30	1	5

2. ผลการใช้แบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์หรือสุรา (Alcohol withdrawal scale)

2.1 คะแนนอาการถอนแอลกอฮอล์แรกเริ่ม

จากการใช้แบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์แรกเริ่ม พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนอยู่ระหว่าง 7-24 คะแนน โดยกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มี

อาการถอนแอลกอฮอล์แรกเริ่ม ในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการถอนแอลกอฮอล์แรกเริ่มอยู่ระหว่าง 6-25 คะแนน และส่วนใหญ่มีอาการถอนแอลกอฮอล์แรกเริ่มในระดับปานกลาง ร้อยละ 55 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนและระดับอาการถอนแอลกอฮอล์แรกเริ่ม (n=40)

ระดับอาการถอนแอลกอฮอล์แรกเริ่ม	กลุ่มควบคุม (n=20 ราย)		กลุ่มทดลอง (n=20 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับรุนแรง (คะแนน > 10 คะแนน)	12	60	9	45
ระดับปานกลาง (คะแนน 5-10 คะแนน)	8	40	11	55
ระดับต่ำ (คะแนน < 5 คะแนน)	0	0	0	0
	Mean = 11.90		Mean = 11.80	
	SD = 4.12		SD = 5.09	
	Min-Max = 7-24		Min-Max = 6-25	

2.2 จำนวนวันนอน

จากการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .001$ โดยจำนวนวันนอนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองที่ใช้แบบประเมิน

อาการนอนแอสโทซิสในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะนอนแอสโทซิส เท่ากับ 6.25 วัน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 15.85 วัน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
จำนวนวันนอน	6.25	2.49	15.85	9.62	4.320	.000*

* $p < .001$

2.3 จำนวนวันของการได้รับยา Diazepam

จากการศึกษาพบว่า จำนวนวันของการได้รับยา Diazepam ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .001$

โดยจำนวนวันเฉลี่ยของการได้รับยา Diazepam ของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 1.95 วัน ซึ่งน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีวันเฉลี่ยของการได้รับยา Diazepam เท่ากับ 15.85 วัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนวันของการได้รับยา Diazepam ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
จำนวนวันของการได้รับยา Diazepam	1.95	0.99	15.85	9.62	6.427	.000*

* $p < .001$

2.4 การเกิดภาวะแทรกซ้อน

2.4.1 จำนวนครั้งของการผูกมัด

จากการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการผูกมัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .001$ โดยกลุ่ม

ทดลองที่ใช้แบบประเมินอาการนอนแอสโทซิสในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะนอนแอสโทซิสมีการผูกมัด 10 ครั้ง (เฉลี่ย 0.53 ครั้ง) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีการผูกมัด 62 ครั้ง (เฉลี่ย 3.10 ครั้ง) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของผุกยี้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
จำนวนครั้งของการผุกยี้	0.53	0.51	3.10	0.31	18.88	.000*

* $p < .001$

2.4.2 การบาดเจ็บจากการผุกยี้

จากการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจากการผุกยี้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .001$ โดยกลุ่มทดลองที่ใช้แบบประเมินอาการ

ถอนแอลกอฮอล์ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ไม่พบการบาดเจ็บจากการผุกยี้ ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบการบาดเจ็บจากการผุกยี้ 10 ครั้ง (เฉลี่ย 0.5 ครั้ง) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการบาดเจ็บจากการผุกยี้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
การบาดเจ็บจากการผุกยี้	0.00	0.00	0.50	0.51	4.35	.000*

* $p < .001$

2.4.3 การพลัดตกหกล้ม

จากการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p < .001$ โดยกลุ่มทดลองที่ใช้แบบประเมินอาการถอน

แอลกอฮอล์ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนแอลกอฮอล์ไม่พบการพลัดตกหกล้ม ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบการพลัดตกหกล้ม 24 ครั้ง (เฉลี่ย 1.20 ครั้ง) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
การพลัดตกหกล้ม	0.00	0.00	1.20	0.41	13.08	.000*

* $p < .001$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองมีการเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันของการใช้ยา Diazepam และจำนวนวันนอนเฉื่อย น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยโดยการให้แบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์แรกเริ่ม และมีการประเมินอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการให้การรักษารักษาผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของอาการถอนแอลกอฮอล์ จากค่าคะแนนที่ได้ในการประเมิน ส่งผลให้การรักษารักษาผู้ป่วยด้วยการใช้ยา Diazepam ลดลง การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา diazepam เช่น อาการสับสนมึนงง และเดินเซซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาลดน้อยลง การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยโดยการผูกมัดรวมถึงภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การบาดเจ็บจากการผูกมัด และอาการพลัดตกหกล้มก็ลดลงตามไปด้วย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาด้วยรูปแบบเดิมในกลุ่มควบคุม โดยการประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์แรกเริ่มเท่านั้น และให้การรักษารักษาตามเวลาโดยในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง ที่ไม่มีอาการของ delirium tremens และควบคุมตัวเองได้ ให้การรักษาโดยให้ Diazepam 5-10mg รับประทานวันละ 4 เวลา คงยาไว้ให้อาการคงที่ 24-48 ชั่วโมง แล้วลดยาลงวันละประมาณร้อยละ 20 ของขนาดยาในวันก่อนหน้านี้ จนกระทั่งหยุดยา ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ให้ยาตามเวลา (fixed schedule regimen) diazepam(5mg) 8 tabs stat และให้ diazepam (5mg) 4 tabs วันละ 4 เวลา คงยาไว้ให้อาการคงที่ 24-48 ชั่วโมงแล้วลดยาลงวันละประมาณร้อยละ 20 ของขนาดยาในวันก่อนหน้านี้ จนกระทั่งหยุดยา ซึ่งพบว่ากลุ่มควบคุมมีระยะเวลาของการได้รับยา diazepam เฉลี่ย 15.85 วัน นั่นหมายความว่าผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมอาจได้รับยา diazepam จนถึงวันจำหน่าย ซึ่งการได้รับยา diazepam ยาวนาน

ตามเวลาดังกล่าวย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดผลข้างเคียงจากการได้รับยา ซึ่งได้แก่เกิดอาการสับสนมึนงง ความจำบกพร่อง เห็นภาพซ้อน และเดินเซ อาการดังกล่าวได้ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ เกิดการพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผูกมัดเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษายาวนานมากขึ้น จึงพบว่าระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจึงมากกว่ากลุ่มทดลอง

จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการถอนแอลกอฮอล์โดยการให้ยาตามแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ มีคุณภาพการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีกว่าการรักษาโดยการให้ยาตามเวลา ซึ่งพบว่า สามารถลดปริมาณยาที่ใช้ ระยะเวลาในการรักษา ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการผูกมัด การเกิดภาวะปอดอักเสบจากการนอนบนเตียงนานๆ แผลกดทับ และภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่ เกิดความคุ้มค้ำคุ้มทุน ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ในการควบคุมพฤติกรรม การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยขณะผูกมัด การดูแลสุขวิทยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา การป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งผู้ป่วยสามารถเข้ากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเรื่องโรคสุรา และการให้บริการคำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราได้เร็วขึ้น สอดคล้องกับคำกล่าวของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนัขชัย¹ ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีอาการรุนแรงมีการรักษา 2 รูปแบบ คือ การให้ยาตามเวลา (fixed schedule regimen) และการให้ยาตามอาการ (symptom-triggered regimen) ซึ่งเป็นการรักษาโดยการประเมินอาการจากแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์ และเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีกว่าการให้ยาตามเวลา เนื่องจากการให้ยาตามอาการสามารถลดปริมาณยา

ที่ใช้ ลดระยะเวลาการรักษา และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังพบว่า แบบประเมินอาการนอนแอลกอฮอล์ยังสามารถช่วยแพทย์ในการตัดสินใจให้การรักษาแก่ผู้ป่วยในขนาดที่เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีคะแนนอาการนอนแอลกอฮอล์อยู่ในระดับรุนแรง ซึ่งถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบให้ยาและให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดและทันด่วนที่^{6,7,8,9,10,11,12}

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. จิตเวชศาสตร์รวมาธิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด ; 2548.
2. อภิชาติ ดำรงไชย และคณะ. การพัฒนาแบบประเมินอาการนอนแอลกอฮอล์. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลสวนปรุง ; 2544.
3. ปาริทรศ ศิลปะกิจ และ คณะ. ความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2542.
4. พีระ อาริรัตน์. ระบุ 'ไทย' ติดอันดับ 5 ขึ้นมาโลก 'สระแก้ว' นำร่องจว.บำบัดรักษาคนติดเหล้า. [ออนไลน์] 2553 [สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2553]. เข้าถึงได้จาก :URL:<http://www.ryt9.com/s/nso/927854>.
5. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลสุรินทร์. ข้อมูลโรงพยาบาลสุรินทร์. สุรินทร์ : โรงพยาบาลสุรินทร์ กระทรวงสาธารณสุข ; 2553.
6. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical Psychiatry. (10th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins ; 2007.
7. ทรงเกียรติ ปิยะกะ และคณะ. เวชศาสตร์โรคติดสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ลิบบราเดอร์การพิมพ์ จำกัด ; 2545.
8. นันทิกา ทวิชาชาติ. ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2548.
9. มานิต ศรีสุรณานนท์, จำลอง ดิษยวณิช. ตำราจิตเวชศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2542.
10. สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ เรือนแก้ว ; 2542.
11. สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย. กลุ่มอาการขาดแอลกอฮอล์. ใน : มาโนช หล่อตระกูล ; บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต ; 2544.
12. สาวิตรี อัจฉนงค์กรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่องมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาจากแอลกอฮอล์. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.