

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ปัจจัยที่มีผลต่อระยะพักรักษาตัวผู้ป่วยภาวะขาดสุราโรงพยาบาลศรีสะเกษ
ระหว่างปี พ.ศ.2563-2565

Factors Affecting Length of Stay of Alcohol Withdrawal
in Sisaket Hospital between 2020-2022

กิตติยา ฉัตรดำรงสกุล, พ.บ.*

Kittiya Chutdumrongsakul, M.D.*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย, 33000

*Department of psychiatry, Sisaket hospital, Sisaket Province, Thailand, 33000

Corresponding author, E-mail address: maniocsnow@gmail.com

Received: 20 Oct 2023. Revised: 30 Oct 2023. Accepted: 09 Dec 2023

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ภาวะขาดสุราเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและจำเป็นต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การประเมินหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจะช่วยให้สามารถวางแผนการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราในโรงพยาบาลศรีสะเกษ
- วิธีการศึกษา** : ทำการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะขาดสุราตามการวินิจฉัย ICD-10 ในกลุ่มที่มีภาวะขาดสุราไม่รุนแรง Alcohol withdrawal state(F103) และกลุ่มที่มีภาวะขาดสุราระดับรุนแรง Alcohol withdrawal delirium (F104) ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565 โดยข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ระยะเวลาอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โรคหลักที่ได้รับการวินิจฉัย ข้อมูลการใช้สุรา ยาเสพติดอื่นที่เข้าร่วม ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับและภาวะแทรกซ้อน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Multiple regression
- ผลการศึกษา** : ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราทั้งหมด จำนวน 273 คน พบว่ามีระยะพักรักษาตัวเฉลี่ย 4.2 ± 3.9 วัน มีภาวะขาดสุราแบบรุนแรง 135 คน (ร้อยละ 49.5) ระยะพักรักษาตัวเฉลี่ย 5.9 วัน สำหรับภาวะขาด สุราแบบไม่รุนแรง 138 คน (ร้อยละ 50.5) ระยะพักรักษาตัวเฉลี่ย 2.5 วัน เมื่อวิเคราะห์แบบ multiple regression พบปัจจัยที่มีผลต่อระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ ภาวะขาดสุรารุนแรงมีระยะพักรักษาตัวนานกว่า 2.3 วัน เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นแล้ว คะแนน AWS แรกรับที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะทำให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 0.2 วัน และระดับเอนไซม์ AST ที่ผิดปกติ ($p < 0.05$)
- สรุป** : ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง คะแนน AWS แรกรับสูง และระดับเอนไซม์ AST ที่ผิดปกติ จะมีระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น
- คำสำคัญ** : ภาวะขาดสุรา ระยะพักรักษาตัว แบบประเมินความรุนแรงอาการถอนพิษสุรา

ABSTRACT

- Background** : The condition of alcohol withdrawal syndrome (AWS) is commonly encountered and often necessitates hospitalization. The treatment of alcohol withdrawal can depend on various factors. Therefore, assessing factors related to the length of hospitalization can greatly enhance adjustment of treatment plans.
- Objective** : To study the length of stay and the related factors in patients with alcohol withdrawal syndrome in Sisaket Hospital.
- Methods** : To conduct a retrospective study, data were collected from the medical records of patients diagnosed with alcohol withdrawal state (ICD-10 codes F103) and alcohol withdrawal delirium (ICD-10 codes F104) who were admitted to Sisaket Hospital from October 1st, 2020 to September 30th, 2022. The collected data included general patient information, the length of stay, primary diagnosis, alcohol usage data, concurrent substance use, initial laboratory test results, comorbid, and complications. Then, statistical analysis was performed using descriptive methods and multiple regression.
- Results** : The total of 273 patients with alcohol withdrawal syndrome were studied. It was found that the average duration of stay was 4.2 ± 3.9 days. Among them, 135 patients (49.5%) exhibited severe alcohol withdrawal symptoms and had an average hospital stay of 5.9 days, while 138 patients (50.5%) had mild symptoms and a hospital stay of 2.5 days. When conducting multiple regression analysis, it was found that severe alcohol withdrawal significantly increased the hospital stay by 2.3 days when controlling for other factors. Moreover, for every 1-point increase in the initial AWS score, the hospital stay prolonged by 0.2 days. Abnormal AST enzyme levels also demonstrated a statistically significant association with prolonged hospitalization ($p < 0.05$).
- Conclusion** : The patients with alcohol withdrawal have factors that significantly influence the length stay are the severity of alcohol withdrawal, the initial AWS score, and abnormal AST enzyme levels.
- Keywords** : Alcohol withdrawal syndrome, Length of stay, Alcohol Withdrawal Scale (AWS).

หลักการและเหตุผล

การดื่มสุราเป็นอันตรายและเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อสุขภาพในประชากรทั่วโลก⁽¹⁾ในประเทศไทยประชากรอายุมากกว่า 15 ปี มีประวัติดื่มสุราในช่วง 1 ปี 15.96 ล้านคน (ร้อยละ 28) ดื่มสุราประจำ 6.99 ล้านคน (ร้อยละ 12.26) และดื่มสุราหนักประมาณ 5.73 ล้านคน

(ร้อยละ 10.05) จากการสำรวจปี พ.ศ.2564⁽²⁾ และกลุ่มอาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มสุรา หรือลดปริมาณการดื่มลงในคนที่ดื่มหนักและดื่มมานาน อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการทางจิต (psychotic symptom) อาการสั่น

(Tremulousness) การรับรู้ผิดปกติ (Perceptual symptom) อาการชัก (Seizures)⁽³⁾ ภาวะขาดสุราแบ่งออกได้ 2 แบบ คือแบบ simple withdrawal state และแบบ complex withdrawal state หรือ Delirium Tremens⁽⁴⁾ ซึ่งใช้การวินิจฉัยตาม ICD10⁽⁵⁾ คือ Alcohol withdrawal state (F103) และ Alcohol withdrawal delirium (F104) ปัจจุบันเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะขาดสุราที่นิยมใช้ในประเทศไทยคือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for alcohol-Revised versions (CIWA-A) โดย Alcohol withdrawal Scales (AWS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจาก CIWA-A โดย Wetterling T.⁽⁶⁾ นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์⁽⁷⁾ และเผยแพร่โดยกรมสุขภาพจิตในปีพ.ศ.2547⁽⁸⁾ ภาวะขาดสุราเป็นภาวะฉุกเฉินซึ่งอัตราการตายในภาวะขาดสุราแบบรุนแรงหรือ Delirium Tremens สูงถึงร้อยละ 5-20⁽⁹⁾ การรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงจำเป็นในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา

การรักษาภาวะขาดสุราจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา ซึ่งระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยที่ 4 วัน⁽¹⁰⁾ ระยะการพักรักษาตัวอาจขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น ประวัติใช้สารเสพติดอื่น⁽¹¹⁾ อาการสับสนหลังขาดสุรา⁽¹⁰⁾ รูปแบบการรักษา^(12, 13) อายุ⁽¹⁰⁾ ปริมาณ⁽¹⁴⁾ และระยะการดื่มสุรา ความดันโลหิต⁽¹²⁾ โรคที่พบร่วม ผลทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งมีการศึกษาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับค่าผิดปกติของ Creatinine^(11,14) Bicarbonate⁽¹⁴⁾ Magnesium⁽¹⁵⁾ ALT^(11,15) ส่งผลทำให้เกิดภาวะขาดสุรารุนแรง complex withdrawal state หรือ Delirium Tremens (DTs) ซึ่งอาจส่งผลให้เพิ่มระยะการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การศึกษาส่วนมากในประเทศไทยเป็นการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะขาดสุรารุนแรง ไม่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะการรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยภาวะขาดสุราเพื่อช่วยในการเฝ้าระวัง วางแผนและพัฒนาการรักษาต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาระยะการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรา

วิธีการศึกษา

ทำการศึกษาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective cohort study) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะขาดสุราตามการวินิจฉัย ICD-10 กลุ่มที่มีภาวะถอนพิษสุราไม่รุนแรง Alcohol withdrawal state (F103) และ กลุ่มที่มีภาวะขาดสุราระดับรุนแรง Alcohol withdrawal delirium (F104) เป็นวินิจฉัยหลัก (Principle diagnosis) ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2565

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น ผู้ป่วยที่รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น และผู้ป่วยเสียชีวิต

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ COA No. 009/2556 SSKH REC No.006/2556

ขนาดตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างประชากรจากการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยขาดสุรา simple withdrawal state หรือ Alcohol withdrawal syndrome (F103) และแบบ complex withdrawal state หรือ Alcohol withdrawal delirium (F104) ในโรงพยาบาลทั่วไปโดยใช้การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่มีอิสระต่อกัน Mean ในกลุ่ม F104 เท่ากับ 14.6 SD=7.3 และ Mean ในกลุ่ม F103 เท่ากับ 8.9 SD=7.3 เมื่อกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ร้อยละ 5 Power=80% สัดส่วนเท่ากับ 1 เมื่อเข้าสู่สูตรคำนวณขนาดประชากร⁽¹⁶⁾ จะได้จำนวนตัวอย่างไม่น้อยกว่า 52 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลัก คือ ภาวะขาดสุรา (F103, F104) ที่พักรักษาตัวจาก เวชระเบียนผู้ป่วยในที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล บันทึก ข้อมูลผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย (Case Record Form) โดยข้อมูลที่บันทึกประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วย (เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ) 2) ระยะเวลา นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3) โรคหลักที่ได้รับการ วินิจฉัย Alcohol withdrawal syndrome (F103) หรือ Alcohol withdrawal delirium (F104) 4) ข้อมูลการใช้สุรา (ระยะเวลาที่ดื่มล่าสุด ปริมาณที่ดื่มต่อวัน ประเภทสุรา ระยะเวลาที่ดื่มสุราต่อเนื่อง คะแนน AWS แรกรับ อาการสับสนจากการขาดสุราก่อนหน้า ประวัติ ชักจากขาดสุราก่อนหน้า และยาเสพติดอื่นที่ใช้ร่วม) 5) ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการการแรกรับ (ค่าการทำงานของ ไต กลีโกลแร่ ค่าการทำงานของตับและตรวจนับเม็ดเลือด) 6) รูปแบบการรักษา Alcohol detoxification 7) โรคประจำตัว (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ตับแข็ง ลมชัก โรคเกาต์ ลมชัก และอื่นๆ) โรคจิตเวชที่พบร่วม (โรคติดสุรา อาการทางจิตจากสุรา โรคซึมเศร้า โรคติดบุหรี่ โรคติดสารเสพติดอื่นๆ) และ ภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ตับอักเสบ สมอ งขาดวิตามินบีหนึ่งภาวะซีด ท้องผูก ภาวะติดเชื้ออื่นๆ)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนาสำหรับบรรยายลักษณะกลุ่มประชากร การศึกษาปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัย ใช้สถิติไคสแควร์ สำหรับตัวแปรที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพ ใช้สถิติ T-test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะรักษาตัวในโรงพยาบาลกับตัวแปรต่างๆ โดยการศึกษานี้ใช้ $p < 0.05$ เป็นค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระยะพักรักษาตัวผู้ป่วยภาวะขาดสุรา ในเวลาการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราทั้งสิ้น 420 คน มีประวัติที่เข้าเกณฑ์

คัดเลือกทั้งหมด 273 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 251 คน หญิง 22 คน มีอายุตั้งแต่ 15-79 ปีอายุเฉลี่ย 45 ปี มีภาวะขาดสุราแบบรุนแรง 135 คน (ร้อยละ 49.5) และมีภาวะขาดสุราแบบไม่รุนแรง 138 คน (ร้อยละ 50.5) ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 1 ถึง 37 วัน โดยค่าเฉลี่ยการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ที่ 4.2 วัน (S.D.= 3.90) ค่ากลาง (50 Percentile) ของระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ที่ 3 วัน

เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราไม่รุนแรงและกลุ่มที่มีภาวะขาดสุราระดับรุนแรง โดยที่พิจารณาทั้งสองกลุ่มพบว่าเพศ อายุเฉลี่ย สถานภาพ อาชีพ ระยะดื่มครั้งสุดท้าย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียง คะแนน AWS ที่พบว่าในกลุ่มที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง คะแนน AWS เฉลี่ย 7.0 เปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะขาดสุราไม่รุนแรงคะแนน AWS เฉลี่ย 2.5 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เมื่อพิจารณา ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของกลุ่มที่มีภาวะขาดสุราไม่รุนแรงเฉลี่ยอยู่ที่ 2.6 วัน เทียบกับกลุ่มที่มีภาวะขาดสุราระดับรุนแรงเฉลี่ยอยู่ที่ 5.9 วัน พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีอาการขาดสุรารุนแรงและกลุ่มที่มีอาการขาดสุราไม่รุนแรงในด้านปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะขาดสุรารุนแรง โดยใช้สถิติวิเคราะห์แบบถดถอย (Logistic regression) พบว่า คะแนน AWS ที่สูงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษสุรารุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยจะเสี่ยงต่อการเกิด DTs 1.3 เท่า (Adjusted OR=1.3, 95%-CI=1.1-1.4) (ตารางที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์ด้วย Multiple linear regression จำแนกตามปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ ภาวะขาดสุรารุนแรงมีระยะพักรักษาตัวนานกว่า 2.3 วัน ($p < 0.001$, CI: 1.08-3.54) ระดับเอนไซม์ AST ที่สูงขึ้นทุกๆ 1 คะแนน จะทำให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 0.003 วัน ($p = 0.002$, CI: 0.001-0.005) และ คะแนน AWS แรกรับที่เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะทำให้พักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 0.2 วัน ($p = 0.012$, CI: 0.03-0.27) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 ข้อมูลลักษณะของผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารรุนแรง (DTs) และภาวะขาดสารไม่รุนแรง (non-DTs)

ข้อมูลลักษณะทั่วไป	DTs n=135(%)	Non-DTs n=138(%)	p-value
เพศ, (n%)			
- ชาย	124 (91.1%)	127 (92.0%)	0.96
- หญิง	11 (8.2%)	11 (7.97%)	
อายุ(ปี), (mean $\pm$ S.D.)	45.0 $\pm$ 11.1	45.5 $\pm$ 11.5	0.69
สถานภาพ, (n%)			0.26
- โสด	67 (49.6%)	61 (44.2%)	
- สมรส	64 (47.4%)	70 (50.7%)	
- แยกกันอยู่	1 (0.7%)	1 (0.7%)	
- หย่าร้าง	3 (2.2%)	1 (0.7%)	
- หม้าย	0 (0.0%)	2 (1.5%)	
- อื่นๆ	0 (0.0%)	3 (2.2%)	
อาชีพ, (n%)			0.45
- ข้าราชการ	1 (0.7%)	4 (2.9%)	
- ลูกจ้าง	0 (0.0%)	1 (0.7%)	
- เกษตรกร	57 (42.2%)	52 (37.7%)	
- ค้าขาย	1 (0.7%)	2 (1.5%)	
- รับจ้าง	36 (26.7%)	41 (29.7%)	
- ว่างาน	39 (28.9%)	34 (24.6%)	
- อื่นๆ	1 (0.7%)	4 (2.9%)	
ระยะดื่มสุรารั้งสุดท้าย(วัน), (mean $\pm$ S.D.)	1.8 $\pm$ 1.6	2.1 $\pm$ 3.1	0.43
คะแนน AWS, (mean $\pm$ S.D.)	7.0 $\pm$ 5.6	2.5 $\pm$ 2.8	< 0.001*
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ, (n%)			
- Electrolyte abnormal	123 (91.1%)	126 (91.3%)	0.96
- Thrombocytopenia	53 (39.6%)	39 (28.3%)	0.04
- Anemia	20 (14.9%)	12 (8.7%)	0.11
- Abnormal AST	110 (84.6%)	102 (79.1%)	0.25
- Abnormal ALT	87 (66.9%)	73 (56.6%)	0.09
ระยะพักรักษาตัว (วัน), (mean $\pm$ S.D.)	5.9 $\pm$ 4.5	2.6 $\pm$ 2.1	< 0.001*

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรง

ปัจจัยทางคลินิก	Adjusted OR [95% CI]	p-value
เพศหญิง	0.4 (0.1-2.1)	0.28
อายุ	1.0 (1.0-1.0)	0.68
AST	1.0 (0.3-3.5)	1.0
ALT	2.0 (1.0-5.3)	0.13
Anemia	0.5 (0.1-1.8)	0.30
AWS	1.3 (1.1-1.4)	< 0.001*

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยขาดสุรา

ปัจจัยทางคลินิก	Coefficient	95% CI	p-value
ภาวะขาดสุรารุนแรง	2.315	(1.087-3.544)	<0.001*
เพศ	1.150	(-1.165-3.467)	0.327
ภาวะซีด	0.878	(-0.940-2.697)	0.341
เกร็ดเลือดต่ำ	-1.008	(-2.483-0.465)	0.178
AST	0.003	(0.001-0.005)	0.002*
ALT	-0.005	(-0.015-0.005)	0.347
ALP	0.006	(-0.004-0.018)	0.241
Cr	-0.950	(-3.413-1.512)	0.446
โรคประจำตัว	0.383	(-1.403-2.170)	0.671
โรคทางจิตเวช	3.598	(-0.702-7.900)	0.100
ภาวะแทรกซ้อน	-0.192	(-2.968-2.583)	0.891
คะแนน AWS แรกรับ	0.154	(0.033-0.274)	0.012*

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุราทั้งสิ้น 273 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 251 คน เพศหญิง 22 คน มีอายุตั้งแต่ 15-79 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี มีภาวะขาดสุราแบบรุนแรง 135 คน (ร้อยละ 49.4) และมีภาวะขาดสุราแบบไม่รุนแรง 138 คน (ร้อยละ 50.5) โดยทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยไม่ต่างกันคือภาวะขาดสุราแบบไม่รุนแรง 45.5 ปี และภาวะขาดสุราแบบรุนแรง (DTs) 44.9 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของ Ferguson JA.⁽¹⁷⁾ พบว่าอายุเฉลี่ยของคนไข้ขาดสุรารุนแรง อยู่ที่ 43.2 ปี และการศึกษาของ Benedict NJ.⁽¹⁸⁾ อยู่ที่ 49 ปี ซึ่งใกล้เคียงจากจากการศึกษาครั้งนี้ และมีการศึกษาของ Wetterling T.⁽¹⁸⁾ ศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการขาดสุราไม่สัมพันธ์กับอายุ ซึ่งพบว่าอายุไม่แตกต่างทั้งในความรุนแรงและระยะพักรักษาตัวในการศึกษาครั้งนี้เช่นเดียวกับในการศึกษาก่อนหน้าเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของเพศกับภาวะขาดสุราของ Francisco J.⁽¹⁹⁾ พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีระยะพักรักษาตัว ภาวะแทรกซ้อนไม่ต่างกัน ซึ่งในการศึกษานี้ก็ไม่พบความแตกต่างของระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในเพศหญิงและเพศชายเช่นกัน

เมื่อศึกษาระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลพบว่าค่าเฉลี่ยการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ที่ 4.2 วัน (S.D.= 3.90) ค่ากลาง (50 Percentile) ของระยะ

พักรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ที่ 3 วัน มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Foy⁽¹⁰⁾ พบว่าระยะพักรักษาตัวค่ากลางอยู่ที่ 4 วัน โดยในการศึกษาครั้งนี้ระยะรักษาค่ากลางอยู่ที่ 5.9 วัน เมื่อเปรียบเทียบภาวะขาดสุราแบบไม่รุนแรงเฉลี่ยอยู่ที่ 2.5 วัน ($p<0.001$) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม

ข้อมูลการใช้สุรา การศึกษาของ Foy⁽¹⁰⁾ เกี่ยวกับการศึกษาของ Sarkar S.⁽²⁰⁾ ปริมาณที่ดื่มต่อวัน และระยะเวลาที่ดื่มสุราต่อเนื่อง เป็นปัจจัยสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะขาดสุราแบบรุนแรงได้ แต่การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ประวัติของการขาดสุราก่อนหน้ารวมไปถึงจำนวนครั้งที่เคยชักยังมีผลต่อความรุนแรงของภาวะขาดสุราตามการศึกษาของ Chakrabarti N.⁽¹⁵⁾ Monte R.⁽²¹⁾ และ Kadajari A.⁽²²⁾ แต่ในการศึกษาครั้งนี้มีเพียงคะแนน AWS ที่สัมพันธ์กับภาวะขาดสุรารุนแรง (adjusted OR=1.3, 95%CI=1.1-1.4 $P<0.01$) ซึ่งในผู้ป่วยขาดสุราจะมีเครื่องมือประเมินความรุนแรง โดยในการศึกษาครั้งนี้ใช้ AWS (Alcohol withdrawal Scales) ซึ่งพัฒนามาจาก CIWA-A โดย Wetterling T.⁽⁶⁾ นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย

พันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์⁽⁷⁾ และเผยแพร่โดยกรมสุขภาพจิต ในปีพ.ศ.2547⁽⁸⁾ ซึ่ง AWS ใช้ในการประเมินความรุนแรง อาการและปรับการรักษาภาวะขาดสุรา (Alcohol detoxification) ได้อย่างมีประสิทธิภาพตาม และในการ ศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนน AWS แรกรับ มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญกับระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดย ทุก 1 คะแนนของ AWS ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น 0.2 วัน (Coef.=0.15, $p=0.012$, CI: 0.03-0.27) นอกจากประวัติของการใช้สุรา แล้ว การใช้ยาเสพติดอื่นก็มีผลต่อความรุนแรงของ ภาวะขาดสุราจากการศึกษาของวีรวัด⁽¹¹⁾ พบว่าการใช้ ยาเสพติดอื่นร่วมด้วย เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาด สุรารุนแรง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบว่าการใช้ สารเสพติดอื่นร่วมด้วยมีผลต่อระยะพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยขาดสุรา เนื่องจากการเก็บข้อมูล ของการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง และประวัติ บันทึกรการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วยค่อนข้างน้อย จากการซักประวัติที่ไม่ครบถ้วนและมุ่งเน้นการรักษา อาการขาดสุราซึ่งเป็นโรคหลักที่ผู้ป่วยมาพักรักษาตัว จึงทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษา ก่อนหน้า หากจะให้การศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้น อาจต้องศึกษาไปข้างหน้าร่วมกับเพิ่มการซักประวัติที่ ครบถ้วน ในส่วนของประวัติการใช้ยาเสพติดอื่นร่วมด้วย การศึกษาผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ การศึกษา หลายการศึกษาพบว่าระดับเกลือแร่ในร่างกายที่ผิดปกติ จะทำให้เกิดภาวะขาดสุรารุนแรงได้ โดยในการศึกษาของ Ferguson JA.⁽¹⁷⁾ และ Eyer F.⁽²³⁾ ค่าโซเดียมและ โพแทสเซียมต่ำสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Ankor Borah J.⁽²⁴⁾ ในกลุ่ม ขาดสุรารุนแรงจะพบโซเดียม โพแทสเซียม และแมกนีเซียมต่ำ อีกทั้งมีการศึกษาหลายการศึกษา ชนกานต์ นิยมทอง⁽¹⁵⁾, มงคล ศิริเทพวิ⁽²⁵⁾ พบว่าภาวะแมกนีเซียมต่ำสัมพันธ์กับ ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงได้ แต่การศึกษาระยะพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยขาดสุรา เกลือแร่ผิดปกติไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Kalayasiri R⁽¹⁴⁾ และวีรวัด อุครานันท์⁽¹¹⁾ เกี่ยวกับค่าการทำงานของไต Serum Creatinine ต่ำ

เพิ่มโอกาสเกิดอาการขาดสุรารุนแรงได้ แต่ในการศึกษา ครั้งนี้ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการศึกษาหลายการ ศึกษาที่พบว่าค่าการทำงานของเอนไซม์ตับ ALT และ AST ในกลุ่มที่มีภาวะขาดสุรารุนแรงมีระดับสูงกว่าอย่าง มีนัยสำคัญ โดยการศึกษาของ ชนกานต์ นิยมทอง⁽¹⁵⁾ และ Chanidini S.⁽²⁶⁾ ที่พบว่าค่าเอนไซม์ ALT สัมพันธ์กับภาวะ ถอนสุราที่รุนแรง และการศึกษาของวีรวัด อุครานันท์⁽¹¹⁾ ที่พบว่า AST สัมพันธ์กับภาวะถอนสุราที่รุนแรง เช่น เดียวกันการศึกษาของ Benedict NJ.⁽²⁷⁾ ที่พบว่าทั้ง AST และ ALT สัมพันธ์กับภาวะถอนสุรารุนแรง และใน การศึกษาของ Borah AJ.⁽²⁴⁾ ที่พบว่าค่า AST สัมพันธ์กับ การเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงมากกว่าค่า ALT ซึ่งในการ ศึกษาในระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้พบว่า มีเพียง ค่า AST ที่สัมพันธ์กับระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.002$, CI: 0.001-0.005) นอกจากนี้ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าเกร็ดเลือด ต่ำสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงตามการศึกษา ของ Benedict NJ.⁽²⁷⁾ และ Eyer F.⁽²³⁾ แต่ในการศึกษา ครั้งนี้ภาวะเกร็ดเลือดต่ำไม่ได้สัมพันธ์กับระยะพักรักษา ตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยทางสถิติแต่อย่างใด เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะพักรักษาตัว เมื่อวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณกับปริมาณอาจทำให้ไม่สัมพันธ์อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่ศึกษาปริมาณเกร็ดเลือดเทียบสองกลุ่มที่ขาดสุรารุนแรง และไม่รุนแรง

ในการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการรักษา Alcohol detoxification ในผู้ป่วยขาดสุรา พบว่ามีการ ศึกษาของ Thomas M.⁽²⁶⁾ ที่พบว่าการรักษาแบบ Symptom trigger มีประสิทธิภาพในการรักษาภาวะ ขาดสุราแบบผู้ป่วยในมากที่สุด อย่างไรก็ตามจาก การวิเคราะห์ข้อมูลรูปแบบการรักษาทั้งแบบ Fixed dose regimen, Loading dose regimen และ Symptoms trigger ไม่พบการรักษาแบบใดที่มีความสัมพันธ์กับ ระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของโรคที่พบร่วมและภาวะแทรกซ้อนระหว่าง พักรักษาตัวมีการศึกษาของ Tom P.⁽²⁸⁾ ที่พบว่าภาวะ

ติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสุรารุนแรง แต่ในการศึกษานี้โรคประจำตัว (โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ตับแข็ง ลมชัก โรคเก๊าท์ และอื่นๆ) โรคจิตเวชที่พบร่วม (โรคติดสุรา อาการทางจิตจากสุรา โรคซึมเศร้า โรคติดบุหรี่ โรคติดสารเสพติดอื่นๆ) และภาวะแทรกซ้อนที่พบหลังพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ตับอักเสบ สมอองขาดวิตามินบีหนึ่ง ภาวะช็อค ท้องผูก ภาวะติดเชื้ออื่นๆ) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่อย่างใด สาเหตุอาจมาจากการศึกษาที่ศึกษาระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใช้สถิติเป็นการวิเคราะห์หลายปัจจัยต่อจำนวนวันพักรักษาตัว แต่การศึกษาก่อนหน้าเป็นการศึกษาโดยแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ รุนแรงและไม่รุนแรง จึงทำให้การศึกษาลงออกมาทำให้ไม่สอดคล้องกัน

การศึกษานี้ยังขาดข้อมูลสำคัญบางส่วน คือ สัญญาณชีพ (อุณหภูมิร่างกาย⁽²¹⁾ ความดันโลหิต⁽¹²⁾ อัตราการหายใจ⁽¹¹⁾ และ อัตราการเต้นหัวใจ⁽²⁸⁾) ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับความรุนแรงของการขาดสุรา ที่จะส่งผลต่อระยะรักษาตัวในโรงพยาบาลในผู้ป่วยขาดสุรา นอกจากนี้เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยและการลดระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การให้ความสำคัญกับการซักประวัติคนไข้ ประวัติการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงก่อนหน้า ประวัติการชักจากการขาดสุรา ประวัติข้อมูลการใช้สุรา โรคประจำตัว ประเมินคะแนนความรุนแรง AWS การให้ความสำคัญกับการประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างละเอียด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระหว่างพักรักษาตัว จะทำให้สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง คะแนน AWS แรกรับสูง และระดับเอนไซม์ AST ที่ผิดปกติ จะมีระยะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากขึ้น ดังนั้นจึงควรประเมินคะแนนความรุนแรงด้วยคะแนน AWS และการประเมินผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จะทำให้สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva : World Health Organization ; 2019.
2. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. แบบแผนและแนวโน้มพฤติกรรม การดื่มสุราของประชากรไทย. เอกสารวิชาการ 2565-1 [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2566]. ค้นได้จาก:URL:https://cas.or.th/wp-content/uploads/2022/05/FF-chapter-1-For-Print.pdf.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th. ed. New York : Wolters Kluwer ; 2015.
4. สวัสดิ์ อัมฉัตรชัย, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, บรรณาธิการ. ปัญหาและความผิดปกติ จากการดื่มสุราความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สหมิตรการพิมพ์ (1992); 2557.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva : World Health Organization ; 1992.
6. Wetterling T, Kanitz RD, Besters B, Fischer D, Zeffass B, John U, et al. A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). Alcohol Alcohol 1997;32(6):753-60. doi: 10.1093/oxfordjournals.alcalc.a008326.
7. เบญจวรรณ จอมอินตา. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการผูกมัดผู้ป่วยระยะถอนพิษสุรา โรงพยาบาลเกาะคา จังหวัดลำปาง. [การค้นคว้าอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย ; เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2550.

8. เทอดศักดิ์ เดชคง, อุษา พิงธรรม, อภิสิทธิ์ ฤทธาพิทย. คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือและบำบัดผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2548.
9. Trevisan LA, Boutros N, Petrakis IL, Krystal JH. Complications of alcohol withdrawal: pathophysiological insights. *Alcohol Health Res World* 1998;22(1):61-6. PMID: 15706735
10. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. *QJM* 1997;90(4):253-61. doi: 10.1093/qjmed/90.4.253.
11. วีรวัต อุดรนนท์. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Delirium จากการขาดสุราในผู้ป่วยติดสุราของโรงพยาบาล อัญญาภิรักษ์แม่ฮ่องสอน. *วารสารกรมการแพทย์* 2562;44(4):39-45.
12. อมราภรณ์ ผางแก้ว, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 2560;31(2):95-108.
13. Weaver MF, Hoffman HJ, Johnson RE, Mauck K. Alcohol withdrawal pharmacotherapy for inpatients with medical comorbidity. *J Addict Dis* 2006;25(2):17-24. doi: 10.1300/j069v25n02_03.
14. Kalayasiri R, Sareedenchai P. Associated factors of delirium tremens in the inpatients receiving psychiatry consult-liaison service for alcohol-related problems. *Chula Med J* 2022;66(1):57-64. DOI: 10.14456/clmj.2022.8
15. ชนกานต์ นิยมทอง. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด ความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2563;35(3):595-604.
16. Bernard R. *Fundamental of biostatics*. 5th ed. Californai : Duxberry Thomson learning: 2000.
17. Ferguson JA, Suelzer CJ, Eckert GJ, Zhou XH, Dittus RS. Risk factors for delirium tremens development. *J Gen Intern Med* 1996;11(7): 410-4. doi: 10.1007/BF02600188.
18. Wetterling T, Driessen M, Kanitz RD, Junghanns K. The severity of alcohol withdrawal is not age dependent. *Alcohol* 2001;36(1):75-8. doi: 10.1093/alcalc/36.1.75.
19. Canales FJ, Davis J, Girgla N, Emami M, Cooper T, Carlson RW. Alcohol Withdrawal Syndrome in Women vs Men: Analysis of 1496 Cases at a Single Site. *Am J Crit Care* 2022;31(3):212-9. doi: 10.4037/ajcc2022616
20. Sarkar S, Choudhury S, Ezhumalai G, Konthoujam J. Risk factors for the development of delirium in alcohol dependence syndrome: Clinical and neurobiological implications. *Indian J Psychiatry* 2017;59(3):300-5. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_67_17.
21. Monte R, Rabuñal R, Casariego E, Bal M, Pérttega S. Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting. *Eur J Intern Med* 2009;20(7):690-4. doi: 10.1016/j.ejim.2009.07.008.
22. Kadajari A, Kumar NP, Raju TSN, Rani SR. Predictors of complicated alcohol withdrawal in patients with Alcohol Dependence Syndrome. *IOSR-JDMS* 2019;18(6);11-9.

23. 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 Alcohol* 2011;46(4):427-33. doi: 10.1093/alcalc/agr053.
24. Borah AJ, Deka K, Bhattacharyya K. Serum electrolyte and hepatic enzymes level in alcohol withdrawal patients with and without delirium tremens-a comparative study. *Int j health sci res* 2017;7(11):74-83. DOI:10.13140/RG.2.2.11327.36003
25. มงคล ศิริเทพทวี, อัญชลี ศิริเทพทวี, ศิริภรณ์ ชัยศรี, บุษกร วรากรอมรเดช, เมษา สุวรรณรัง, สวัสดิ์ เทียงธรรม. ความไม่สมดุลของเกลือแร่แมกนีเซียม ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 2015;9(2):36-48.
26. Jaeger TM, Lohr RH, Pankratz VS. Symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal syndrome in medical inpatients. *Mayo Clin Proc* 2001;76(7):695-701. doi: 10.4065/76.7.695.
27. Benedict NJ, Wong A, Cassidy E, Lohr BR, Pizon AF, Smithburger PL, et al. Predictors of resistant alcohol withdrawal (RAW): A retrospective case-control study. *Drug Alcohol Depend* 2018;192:303-8. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.08.017.
28. Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatr Serv* 2001;52(6):820-3. doi: 10.1176/appi.ps.52.6.820.