กรมควบคุมโรค
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

E-ISSN 2673-0669

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

Homepage : https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9
ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน – กันยายน 2566) หน้า [64-79]

การเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยการให้ยาตามอาการกับการฉีดยาไดอะซิแพม เข้าเส้นเลือดดำ ของผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

Comparison of the Effectiveness between Symptom-Triggered Regimen and Intravenous Loading Diazepam Regimen for Alcohol Withdrawal In-Patients in a Community Hospital, Dan Khun Thot District, Nakhon Ratchasima Province

สมบัติ นนท์ขุนทด[1], ศศิธร ชาววัลจันทึก[1], กิตติยาภรณ์ คมพิทยากุล[1], กัมปนาท ฉายชูวงษ์[2*]
Sombat Nonkhunthod[1], Sasithorn Chaowanjantuek[1], Kittiyaporn Kompityakul[1], Kampanart Chaychoowong[2*]

[1]โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[1]Dan Khun Thot Hospital, Nakhon Ratchasima Province
[2]Sirindhorn College of Public Health Chon Buri, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajachanok Institute

*Corresponding author: kampanart@scphc.ac.th
(Received: Mar 27, 2023 / Revised: May 29, 2023 / Accepted: Jun 6, 2023)

บทคัดย่อ

ภาวะถอนพิษสุรา ที่มีอาการรุนแรงอาจนำไปสู่การรักษาแบบนอนโรงพยาบาล หรือเป็นภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ติดสุราขณะนอนโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น เช่น มีอาการเพ้อ หรือโรคจิตชนิดเฉียบพลัน ซึ่งแผนการรักษาทั่วไป คือ การทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบได้อย่างรวดเร็ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ดังนั้น การศึกษาเชิงสังเกตแบบย้อนหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงมากด้วยยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนในรูปแบบการให้ยาตามอาการกับรูปแบบการฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 136 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยเสพติดสุราที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสมาตรฐาน ICD 10: F1030/F1031 และคะแนน AWS ≥15 ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2564 โดยกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยรูปแบบให้ยาตามอาการ และกลุ่มที่ 2 คือ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาด้วยรูปแบบการฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 136 ราย พบกลุ่มตัวอย่างได้รับรักษาแบบการให้ยาตามอาการ (กลุ่มที่ 1) จำนวน 66 ราย และแบบการฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ (กลุ่มที่ 2)

จำนวน 70 ราย ค่ามัธยฐานจำนวนชั่วโมงที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน AWS ≥ 15 ในกลุ่มที่ 1 และ 2 เท่ากับ 40 และ 28 ชั่วโมง ตามลำดับ (p=0.002) ค่าเฉลี่ยคะแนน AWS ขณะนอนโรงพยาบาลเท่ากับ 13.5 ± 2.68 และ 12.5 ± 2.34 ตามลำดับ (p=0.029) ค่าคะแนน AWS ตามอาการ ได้แก่ เหงื่อ วิตกกังวล และกระสับกระส่าย พบว่า กลุ่มที่ 2 มีคะแนน AWS หลังการรักษาต่ำกว่ากลุ่มที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <0.05) ภาวะแทรกซ้อนกลุ่มอาการโรคจิตชนิดเฉียบพลันพบเฉพาะในกลุ่มที่ 1 ร้อยละ 7.6 (p=0.025) ในขณะที่ไม่พบภาวะหยุดหายใจขณะหลับในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ ขนาดยากลุ่มเบนโซ-ไดอะซีพีนที่ใช้ในการรักษา พบว่า ขนาดยาที่ให้ฤทธิ์ใกล้เคียงกับไดอะซีแพม ในกลุ่มที่ 1 ใช้ยาขนาด 287.5 มิลลิกรัม และกลุ่มที่ 2 ใช้ยาขนาด 400 มิลลิกรัม (p<0.001) ดังนั้น การรักษาภาวะถอนพิษสุราโดยการฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ สามารถลดความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรารุนแรงได้เร็วกว่าการให้ยาตามอาการ ลดอาการเหงื่อ วิตกกังวล และกระสับกระส่ายได้ และไม่พบอุบัติการณ์ของภาวะหยุดหายใจขณะหลับซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

คำสำคัญ: ภาวะถอนพิษสุรา, การรักษาแบบให้ยาตามอาการ, การรักษาแบบฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ

Abstract

Alcohol withdrawal with severe symptoms can lead to hospitalization. It also presents complications among patients with alcohol dependence while hospitalized with other diseases, such as delirium or psychosis. The regular treatment plan aims to promptly alleviate patients' symptoms without complications. Therefore, this retrospective observational study aimed to compare the effectiveness of treating severe alcohol withdrawal symptoms with Benzodiazepine between a symptom-triggered regimen and an intravenous loading Diazepam regimen among 136 patients with alcohol dependence (ICD 10: F1030/F1031). The AWS (Alcohol Withdrawal Scale) score ≥ 15 was used to diagnose in-patients admitted to the male ward at Dan Khun Thot Hospital, Nakhon Ratchasima Province, between October 1, 2017, and December 31, 2021. The participants were divided into two groups: the first group received the symptom-triggered regimen, while the second group received the intravenous loading Diazepam regimen. A total of 136 participants were diagnosed with alcohol withdrawal, with 66 participants receiving the symptom-triggered regimen (group 1) and 70 participants receiving the intravenous loading Diazepam regimen (group 2). The median length of time (hours) for participants with AWS score ≥ 15 in both groups was 40 and 28 hours, respectively (p=0.002). The mean AWS score during hospitalization was 13.5 ± 2.68 for group 1 and 12.5 ± 2.34 for group 2, respectively (p=0.029). The AWS scores for symptoms such as perspiration, anxiety, and agitation revealed that the AWS score of group 2 after receiving the treatment was significantly lower than that of group 1 (p < 0.05).

Regarding complications, psychosis occurred only in group 1, affecting approximately 7.6% of patients (p=0.025), while sleep apnea did not emerge in either group. Moreover, the dose of Benzodiazepine used to treat the symptoms showed that the dose equivalent effect to Diazepam in group 1 and group 2 was 287.5 mg and 400 mg, respectively ($p < 0.001$). In conclusion, the treatment of alcohol withdrawal using the intravenous loading Diazepam regimen reduced the severity of alcohol withdrawal with severe symptoms more rapidly than the symptom-triggered regimen. Additionally, it decreased perspiration, anxiety, and agitation. Furthermore, there were no instances of sleep apnea as a treatment-related complication.

Keywords: alcohol withdrawal, symptom – triggered regimen, intravenous loading Diazepam regimen

บทนำ

ภาวะถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ส่งผลให้ผู้ป่วยอาจมีอาการรุนแรงได้ อาทิ ชัก (rum fits) ประสาทหลอน (hallucination) หรืออาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน (delirium tremens) อาทิ เพ้อ (delirium) กระสับกระส่าย (agitation) หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) และเหงื่อออกมาก (diaphoresis)[1] เป็นต้น ซึ่งอาการถอนพิษสุราสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 6 ชั่วโมงหลังหยุดแอลกอฮอล์ และสามารถเกิดอาการเพ้อคลั่ง ซึ่งจัดเป็นอาการรุนแรงที่สามารถเกิดขึ้นได้ใน 48 - 72 ชั่วโมงแรกหลังหยุดแอลกอฮอล์[2] โดยความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับความล่าช้าในการรักษาเกิน 24 ชั่วโมง ดังนั้น ความจำเป็นในการประเมินและรักษาอาการถอนพิษสุราอย่างเหมาะสมใน 24 ชั่วโมงแรกหลังรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบนอนโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง[3]

การประเมินความรุนแรงของการเกิดภาวะถอนพิษสุรา โดยใช้แบบประเมิน Alcoho Withdrawal Scale (AWS) หรือ Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-Ar) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ 1) ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ซึ่งไม่ต้องประเมินในกรณีที่ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราเกิน 5 วัน 2) ระดับเล็กน้อย (AWS 1-4 หรือ CIWA-Ar 1-7 คะแนน) 3) ระดับปานกลาง (AWS 5-9 หรือ CIWA-Ar 8-14 คะแนน) 4) ระดับรุนแรง (AWS 10-14 หรือ CIWA-Ar 15-19 คะแนน) และ 5) ระดับรุนแรงมาก (AWS ≥ 15 หรือ CIWR-Ar ≥ 20 คะแนน)[4] โดยยาหลักที่ใช้ในการรักษาคือ ยากลุ่มเบนโซไดอะซีแพม (Benzodiazepine) ซึ่งทำหน้าที่ออกฤทธิ์กระตุ้น GABA-A receptor ที่ช่วยลดความรุนแรงและป้องกันอาการชักและกลุ่มอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน[5] โดยการรักษาจะเลือกใช้ยา อาทิ ไดอะซีแพม (Diazepam), ลอราซีแพม (Lorazepam), และคลอร์ไดอาซีพอกไซด์ (Chlordiazepoxide) เป็นยาหลักในการรักษาภาวะถอนพิษสุรา เนื่องจากผู้ป่วยไม่ต้องกินยาบ่อย และเกิดความต่อเนื่องในการรักษา เพื่อป้องกันการถอนยาจากการหยุดยาเองกะทันหันของผู้ป่วย (rebound symptoms) ทั้งนี้ต้องเฝ้าระวังขนาดยาสะสมที่จะนำไปสู่ภาวะซึม ปลุกตื่นยาก และกดการหายใจ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ที่มีโรคร่วมที่มีโอกาสเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา และผู้ป่วยโรคตับ[6] โดยรูปแบบในการให้ยาโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 แบบ คือ 1) การให้ยาแบบคงที่ (Fixed tapering dose regimen) เหมาะสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก 2) การให้ยาตามอาการ (Symptom triggered regimen) เป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการที่ประเมินจาก CIWA-Ar score หรือ AWS และ 3) การให้ยาขนาดสูง (Loading dose regimen) เป็นการให้ยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรง อาทิ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจะเกิดอาการชัก หรือเสี่ยงต่ออาการหลง แต่วิธีการให้ยาแบบนี้ต้องมีการดูแลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด โดยในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงสามารถพิจารณาโดยการให้ยาไดอะซีแพม 10 มิลลิกรัม บริหารยาทางหลอดเลือดช้า ๆ ใน 1 นาที ซ้ำทุก 15 - 30 นาที จนกว่าผู้ป่วยมีอาการสงบหรือหลับแบบปลุกตื่นได้[7]

การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาอาการถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยหนัก ระหว่างกลุ่มที่คะแนน CIWA-Ar ≥ 8 โดยการให้ยาลอราซีแพมทางหลอดเลือดดำทุก 10 นาทีตามอาการ ไม่จำกัดขนาดยาสูงสุดต่อชั่วโมง กับกลุ่มที่คะแนน CIWA-Ar ≥ 11 โดยการให้ลอราซีแพม ทางหลอดเลือดดำทุก 10 นาทีตามอาการ ขนาดยาสูงสุด 10 มิลลิกรัม/ชั่วโมง พบว่าการให้ยาแบบแรกนั้นจะมีระยะเวลาในการรักษาภาวะถอนพิษสุราสั้นกว่าการให้ยาแบบหลัง และขนาดยาสะสมจากการให้ยาแบบแรกนั้นก็ต่ำ

กว่าแบบหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[8] ทั้งนี้ยาลอราซีแพม รูปแบบยาฉีดของประเทศไทยจัดอยู่ในบัญชีรายการยากำพร้า คือเป็นยาที่มีอัตราการใช้ต่ำโดยไม่มียาอื่นมาใช้ทดแทนได้และมีปัญหาการขาดแคลน เนื่องจากมีการใช้น้อย กระบวนการผลิตและการเก็บรักษาดำเนินการยาไม่คุ้มต่อการลงทุนและไม่มีผู้สนใจขึ้นทะเบียน[9] นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการให้ยาไดอะซีแพมทางปากกับทางหลอดเลือดในแผนกผู้ป่วยในจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย พบว่าระยะเวลาในการรักษาโดยการให้ยาทางหลอดเลือดดำสั้นกว่าให้ยาทางปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยอาการข้างเคียงจากยาและขนาดยาสะสมไม่แตกต่างกันระหว่างสองกลุ่ม[10]

การศึกษาประสิทธิผลในการรักษาภาวะถอนพิษสุราในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงยังมีจำกัด โดยเฉพาะการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางหรือหอผู้ป่วยในจิตเวช และยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบถึงประสิทธิภาพของการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในด้วยการให้ยากินตามอาการ (Symptom-triggered regimen) กับการให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ (Intravenous loading Diazepam regimen) ในพื้นที่ที่ศึกษา ดังนั้น เพื่อให้เกิดความมั่นใจต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการรักษาตามแนวทางการให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราลดลงเร็วและปลอดภัยจากอาการข้างเคียงของยา ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาเปรียบเทียบระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการถอนพิษสุราระดับรุนแรงมาก อาการข้างเคียงของการรักษา และขนาดยาที่ใช้ในการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในด้วยการให้ยากินตามอาการ กับการให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ

วัตถุประสงค์การวิจัย

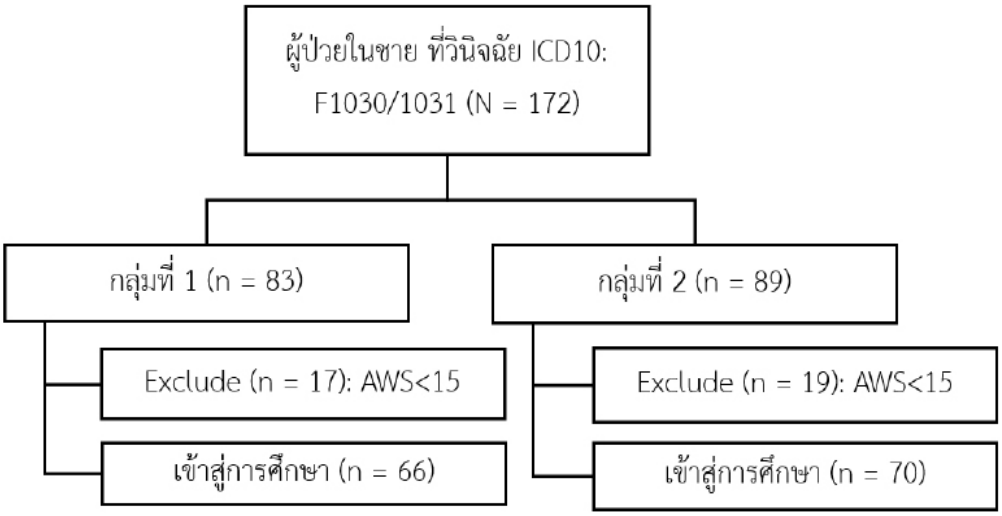
เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาอาการถอนพิษสุราระหว่างรูปแบบการให้ยากินตามอาการ และรูปแบบการให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำของผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกตแบบย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาอาการถอนพิษสุราที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในชาย ที่โรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ขนาด 125 เตียง ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยในชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาอาการถอนพิษสุราที่มีระดับความรุนแรงมาก โดยวัดระดับความรุนแรงจากการประเมินคะแนน AWS จำนวน 172 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการขาดสุราด้วยรูปแบบการให้ยาตามอาการ และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการขาดสุราด้วยรูปแบบการให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสมาตรฐาน (ICD 10) F1030/1031 จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ของโรงพยาบาล และเกณฑ์การคัดออกของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม คือ 1) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน AWS 2) ผู้ป่วยที่มีค่าคะแนน AWS < 15 คะแนน และ 3) ผู้ป่วยที่เวชระเบียนมีการบันทึกข้อมูลที่ได้รับการประเมิน ด้วยแบบประเมิน AWS และบันทึกการรักษาด้วยยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนไม่สมบูรณ์ คำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เพื่อทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบ

ความแตกต่างของสัดส่วนระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก (AWS ≥ 15) หลังได้รับการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยากินตามอาการและการให้ยาเข้าเส้นเลือดดำ[11] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 70 ราย และดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ซึ่งทำให้ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับการศึกษาครั้งนี้ในกลุ่มที่ 1 จำนวน 66 ราย และกลุ่มที่ 2 จำนวน 70 ราย (รายละเอียดดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 ผู้ป่วยที่เข้าสู่การรักษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว และการสูบบุหรี่ 2) ข้อมูลการรักษา ได้แก่ สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย ระดับโพแทสเซียม แมกนีเซียม ฟอสฟอรัส และน้ำตาลในเลือด ค่าการทำงานของเอนไซม์ตับ และจำนวนเกล็ดเลือด และภาวะแทรกซ้อนขณะรักษา ประกอบด้วย ปอดอักเสบ ชัก เกล็ดเลือดต่ำ การติดเชื้อแบคทีเรีย โรคจิตชนิดเฉียบพลัน เลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ตับอักเสบ เลือดเป็นกรด และกล้ามเนื้อสลาย 3) แบบประเมินอาการขาดสุรา (AWS) และ 4) ปริมาณยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนที่ผู้ป่วยได้รับ

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการ NRPH 009 รับรองเมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565

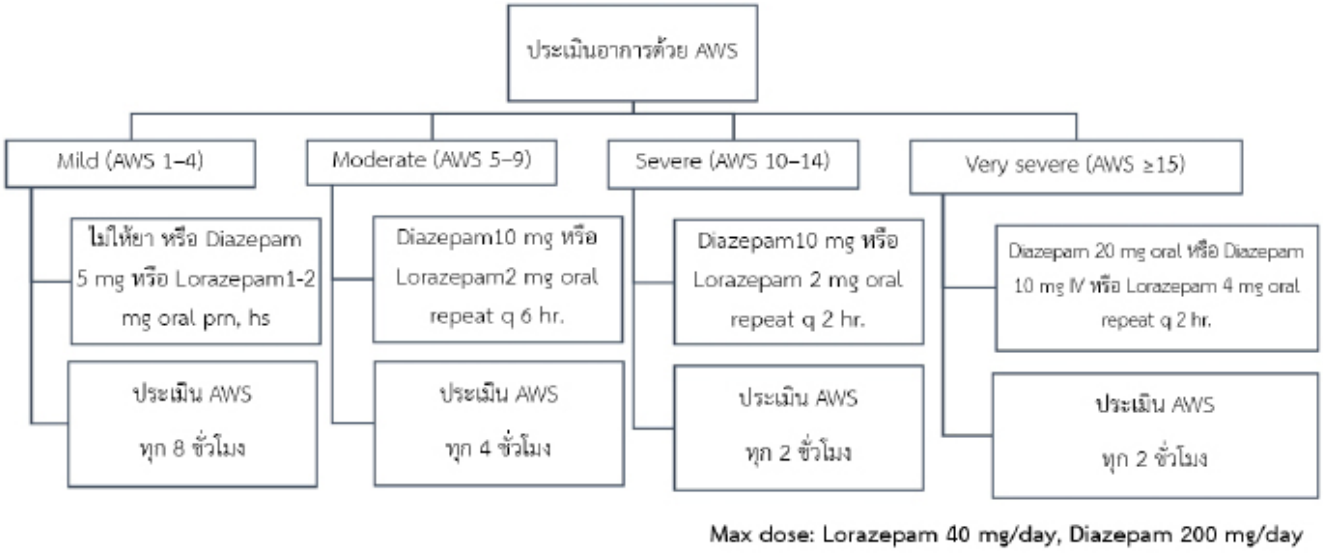
การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ 1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลด่านขุนทด เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนเนื่องจากเป็นการวิจัยแบบย้อนหลัง 2) ค้นหาเวชระเบียนจากรหัสมาตรฐาน (ICD 10) F1030/1031 จากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (HOSxP) ของโรงพยาบาล 3) เก็บ

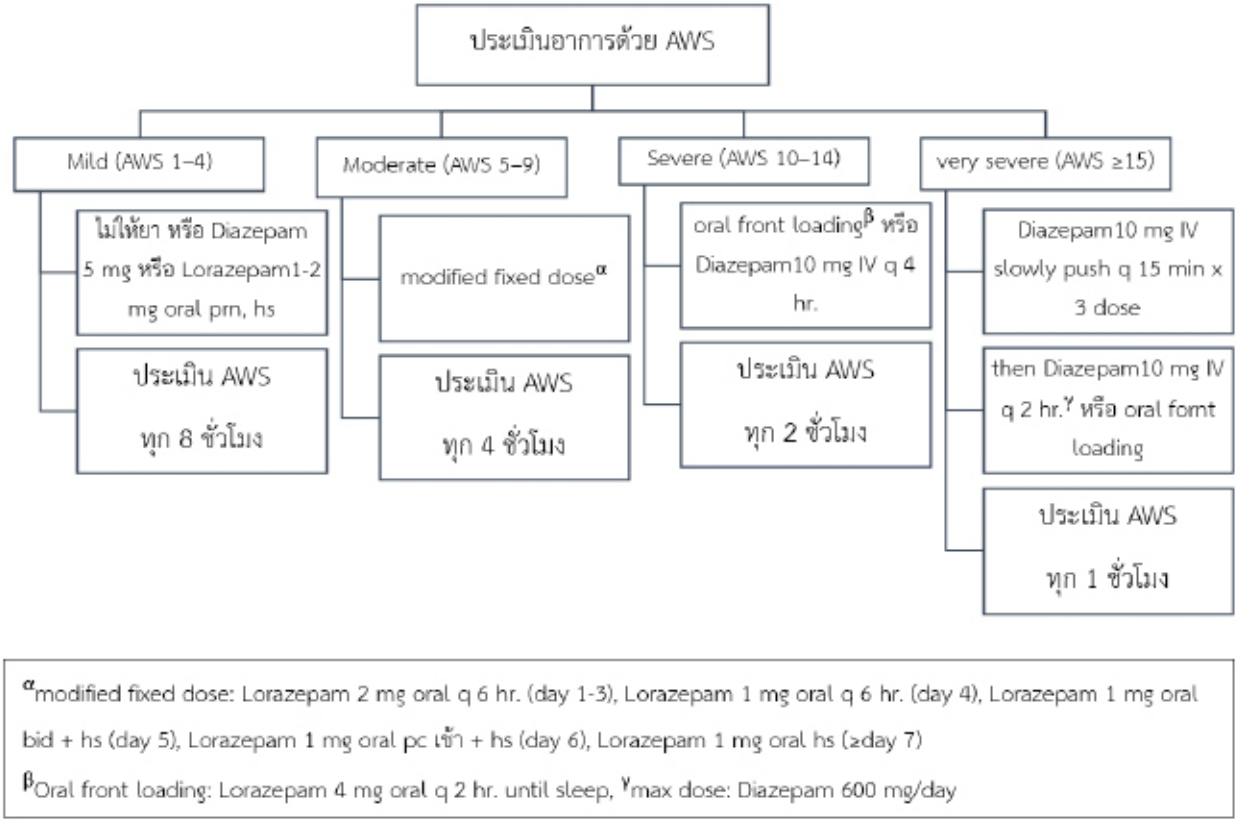
ข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2564 ส่วนกลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลหลังจากมีการปรับแนวทางการรักษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2564 โดยผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ได้รับการรักษาแบบการให้กินยาตามอาการ ซึ่งเป็นการให้ยาตามความรุนแรงของอาการโดยใช้คะแนน AWS (รายละเอียดดังภาพที่ 2) ส่วนกลุ่มที่ 2 ให้การรักษาที่แตกต่างคือ เมื่อ AWS ≥ 15 คะแนน จะให้การรักษาโดยการให้ยา ไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ ขนาด 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 15 นาที ซ้ำได้ 3 ครั้ง (ถ้าจำเป็น) จนหลับ พร้อมกับประเมิน AWS โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทุกครึ่งชั่วโมง (รายละเอียดดังภาพที่ 3) 4) ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จัดทำขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และใช้สถิติ Independent Samples T-Test, Mann-Whitney U test, Pearson Chi-square Test และ Fisher's Exact Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรักษาอาการถอนพิษสุราระหว่างการให้กินยาตามอาการและการให้ยาไดอะซิแพม เข้าเส้นเลือดดำ ของผู้ป่วยรักษาอาการถอนพิษสุรา โดยกำหนดระดับนัยสำคัญในการทดสอบแบบสองทางเท่ากับ 0.05 กำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$



ภาพที่ 2 แนวทางการรักษาวิธี Symptom-triggered regimen (กลุ่มที่ 1)



ภาพที่ 3 แนวทางการรักษาวิธี Intravenous loading Diazepam regimen (กลุ่มที่ 2)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยในชาย ทั้งหมด 136 ราย กลุ่มที่ 1 รักษาแบบให้กินยาตามอาการ จำนวน 66 ราย และกลุ่มที่ 2 รักษาแบบให้ยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ จำนวน 70 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี โดยกลุ่มที่ 1 มีค่าเฉลี่ยของอายุน้อยกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (42.9 ปี และ 46.0 ปี, p = 0.016) ด้านอาชีพพบว่า กลุ่มที่ 1 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง และกลุ่มที่ 2 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.008 และ p = 0.027 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ ไม่มีโรคประจำตัว และสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 136, กลุ่ม 1 = 66, กลุ่ม 2 = 70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	Symptom-triggered regimen n (%)	Intravenous loading Diazepam regimen n (%)	p-value
อายุ			
21 – 30 ปี	9 (13.6)	2 (2.9)	0.016*
31 – 40 ปี	15 (22.7)	15 (21.4)	
41 – 50 ปี	26 (39.4)	29 (41.4)	
51 ปีขึ้นไป	16 (24.3)	24 (34.3)	
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	42.9 (1.1)	46.0 (0.9)	
สถานภาพสมรส			
โสด	29 (43.9)	27 (38.6)	0.525
คู่	32 (48.5)	40 (57.1)	0.312
หย่า หรือ หม้าย	5 (7.6)	3 (4.3)	0.484
อาชีพ			
เกษตรกรรม	9 (13.6)	23 (32.9)	0.008**
รับจ้าง	52 (78.8)	43 (61.4)	0.027**
ข้าราชการ	5 (7.6)	4 (5.7)	0.739
โรคประจำตัว			
ไม่มี	53 (80.3)	54 (77.1)	0.653
ความดันโลหิตสูง	8 (12.1)	9 (12.9)	0.897
เบาหวาน	1 (1.5)	0 (0)	0.485
โรคทางจิตเวช	4 (6.1)	5 (7.1)	1.000
โรคลมชัก	0 (0)	2 (2.9)	0.497
สูบบุหรี่	53 (80.3)	57 (81.4)	0.868

*Independence Samples T-Test, $p < 0.05$, **Pearson Chi-Square Test, $p < 0.05$

ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันแรกที่เข้ารับการรักษานอนโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยของระดับโพแทสเซียมและฟอสเฟตในเลือดต่ำกว่าปกติ (3.3 ± 0.54 vs 3.3 ± 0.55 และ 3.1 ± 1.07 vs 2.8 ± 1.19) ค่ามัธยฐานของระดับแมกนีเซียมต่ำกว่าค่าปกติ (1.3 [1.1-1.6] vs 1.3 [1.0 - 1.5]) ค่าเฉลี่ยของน้ำตาลในเลือดปกติ (147.2 ± 44.10 vs 140.8 ± 37.60) ค่ามัธยฐานของระดับเอนไซม์ตับของผู้ป่วยสูงกว่าค่าปกติทั้งค่า AST และค่า ALT (175 [115 – 256] vs 172 [124 – 245] และ 64.5 [47 – 90] vs 61 [44 – 91]) และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ คิดเป็นร้อยละ 21.3 และ 24.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในกลุ่มตัวอย่าง (n = 136, กลุ่ม 1 = 66, กลุ่ม 2 = 70)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Symptom-triggered regimen	IIntravenous loading Diazepam regimen	p-value
ระดับโพแทสเซียมในเลือด**			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.3±0.54	3.3±0.55	0.991
ระดับแมกนีเซียมในเลือด*			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	1.3 (1.1 - 1.6)	1.3 (1.0 - 1.5)	0.578
ระดับฟอสฟอรัสในเลือด**			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	3.1±1.07	2.8±1.19	0.117
ระดับน้ำตาลในเลือด**			
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	147.2±44.10	140.8±37.60	0.453
ค่าการทำงานของเอนไซม์ตับ (AST)*			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	175 (115 - 256)	172 (124 - 245)	0.99
ค่าการทำงานของเอนไซม์ตับ (ALT)*			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	64.5 (47 - 90)	61 (44 - 91)	0.645
จำนวนเกล็ดเลือด (cell/mm2)**			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	113,500 (86,000-162,000)	111,000 (83,000-149,000)	0.677
จำนวน (ร้อยละ) กลุ่มตัวอย่างที่มีเกล็ดเลือด < 100,000 cell/mm2**	29 (21.3)	33 (24.3)	0.708

*Mann-Whitney U Test, **Independent Samples T-Test, ***Pearson Chi-Square Test, Aspartate aminotransferase (AST), Alanine aminotransferase (ALT)

ภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้ารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลในกลุ่มที่ 1 การให้ยากินตามอาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะตับอักเสบสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 22.7รองลงมาคือ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ และอาการทางจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 9.1 และ 7.6 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่ 2 การให้ยาไดอะซีแพมทางเส้นเลือดดำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะตับอักเสบสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 25.7 รองลงมาคือ ภาวะเกล็ดเลือดต่ำและภาวะปอดอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 15.7 และ 10 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนระหว่างสองกลุ่ม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มตัวอย่างขณะเข้ารับการรักษาภาวะถอนพิษสุราระหว่างรูปแบบการให้ยากินตามอาการกับการให้ยาไดอะซีแพมทางเส้นเลือดดำ (n = 136, กลุ่ม 1 = 66, กลุ่ม 2 = 70)

ภาวะแทรกซ้อน	Symptom-triggered regimen	IIntravenous loading Diazepam regimen	p-value
ปอดอักเสบ	3 (4.5)	7 (10.0)	0.327
อาการชัก	3 (4.5)	0 (0)	0.112
ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ	6 (9.1)	11 (15.7)	0.243
การติดเชื้อแบคทีเรีย	4 (6.1)	6 (8.6)	0.746
โรคจิตชนิดเฉียบพลัน	5 (7.6)	0 (0)	0.025*
ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน	0 (0)	2 (2.9)	0.497
ภาวะตับอักเสบ	15 (22.7)	18 (25.7)	0.685
ภาวะเลือดเป็นกรด	3 (4.5)	4 (5.7)	1.000
ภาวะกล้ามเนื้อสลาย	0 (0)	6 (8.6)	0.028*

*Fisher's Exact Test, $p < 0.05$

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิผลในการรักษาอาการถอนพิษสุราระหว่างกลุ่มที่ 1 การให้ยากินตามอาการ และกลุ่มที่ 2 การให้ยาไดอะซีแพมทางเส้นเลือดดำ พบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวนชั่วโมงที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงมาก (คะแนน AWS ≥ 15) ในกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (40 [28 – 50] vs 28 [16 – 40], p=0.002) และพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนน AWS ของกลุ่มที่ 1 มากกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (13.5 ± 2.68 vs 12.5 ± 2.34, p = 0.029) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบในคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านของการประเมิน AWS จะพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนน AWS ของกลุ่มที่ 1 สูงกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เหงื่อ (2.2 ± 0.52 vs 1.8 ± 0.56, p=0.001), วิตกกังวล (2.1 ± 0.52 vs 1.8 ± 0.52 คะแนน, p<0.001) และกระสับกระส่าย (2.0 ± 0.55 vs 1.7 ± 0.64 คะแนน, p=0.002) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงภาวะถอนพิษสุราระหว่างรูปแบบการให้ยากินตามอาการกับการให้ยาไดอะซิแพมทางเส้นเลือดดำ (n = 136, กลุ่ม 1 = 66, กลุ่ม 2 = 70)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Symptom-triggered regimen	IIntravenous loading Diazepam regimen	p-value
AWS≥15 ขณะนอนโรงพยาบาล (ชั่วโมง)			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	40 (28 - 50)	28 (16 - 40)	**0.002***
ค่าเฉลี่ยของคะแนน AWS	13.5 ± 2.68	12.5 ± 2.34	**0.029****
เหงื่อ (Perspiration)	2.2 ± 0.52	1.8 ± 0.56	**0.001****
สั่น (Tremor)	2.0 ± 0.36	1.9 ± 0.37	0.051
วิตกกังวล (Anxiety)	2.1 ± 0.52	1.8 ± 0.52	**<0.001****
กระสับกระส่าย (Agitation)	2.0 ± 0.55	1.7 ± 0.64	**0.002****
อุณหภูมิรักแร้ (Axilla Temperature)	0.7 (0.4 - 0.8)	0.6 (0.2 - 0.9)	0.326
ประสาทหลอน (Hallucination)	2.1 ± 0.51	2.0 ± 0.53	0.216
การรับรู้ บุคคล เวลา สถานที่ (Orientation)	2.2 (1.8, 2.5)	2.2 (1.8, 2.5)	0.807

*Mann-Whitney U Test, p < 0.05, **Independent Samples T-Test, p < 0.05

ผลการเปรียบเทียบขนาดการใช้ยาของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ค่ามัธยฐานของขนาดการใช้ยา (มิลลิกรัม) ได้แก่ ยาลอราซีแพม รูปแบบรับประทาน (40 [27 - 51.5] vs 53.5 [30.5 – 69.0], p=0.004) และยาไดอะซีแพม ทั้งรูปแบบการรับประทานและให้ทางหลอดเลือดดำ (100 [50 – 130] vs 120 [70 – 180], p=0.007) ซึ่งพบว่ามีการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 ต่ำกว่ากลุ่มที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อคำนวณขนาดยาที่ให้ฤทธิ์ใกล้เคียงกับไดอะซีแพม (dose effect equivalent to Diazepam) พบว่า ค่ามัธยฐานของขนาดยา (มิลลิกรัม) ที่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ได้รับ คือ 287.5 (230 - 370) และกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ได้รับ คือ 400 (250 - 530) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบปริมาณการใช้ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซิพีน ระหว่างการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยากินตามอาการกับการให้ยาไดอะซิแพมทางเส้นเลือดดำ (n = 136, กลุ่ม 1 = 66, กลุ่ม 2 = 70)

ปริมาณยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนที่ได้รับ	Symptom-triggered regimen	IIntravenous loading Diazepam regimen	p-value
ลอราซีแพม			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	40 (27.0 - 51.5)	53.5 (30.5 – 69.0)	0.004*
ไดอะซีแพม			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด)	100 (50.0 – 130.0)	120 (70.0 – 180.0)	0.007*
เปรียบเทียบขนาดยาไดอะซีแพม			
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด	287.5 (230.0 – 370.0)	400 (250.0 – 530.0)	<0.001*

*Mann-Whitney U Test, $p < 0.05$

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลและอาการข้างเคียงของการรักษาภาวะถอนสุราระหว่างการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยาตามอาการ (กลุ่มที่ 1) กับรูปแบบการฉีดยาไดอะซีแพมเข้าเส้นเลือดดำ (กลุ่มที่ 2) ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ป่วยหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่ได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุราที่มีหรือไม่มีภาวะสมองสับสนร่วมในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 45 ปี[12] นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะถอนพิษสุราประมาณร้อยละ 80 ไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในหอผู้ป่วยในจิตเวช โรงพยาบาลทั่วไปของประเทศไทย[10] และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มของภาวะอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายไม่สมดุล ได้แก่ โพแทสเซียม แมกนีเซียม และฟอสเฟตในเลือดที่มีค่าต่ำกว่าค่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช ประเทศโปแลนด์ ที่ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาภาวะถอนพิษสุราที่มีกลุ่มอาการเพ้อร่วมด้วย ซึ่งพบว่ามีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำร้อยละ 31 ในขณะที่พบภาวะโพแทสเซียมในเลือดสูงเพียงร้อยละ 1[13] นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีค่าการทำงานของเอนไซม์ตับสูงทั้งค่า AST (SGOT) และ ALT (SGPT) ซึ่งไม่พบว่ามีความแตกต่างกันทางสถิติ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีค่าเฉลี่ยเอนไซม์ AST สูงกว่าการศึกษาอื่นๆ[10,14] ในขณะที่ค่าเอนไซม์ ALT มีค่าใกล้เคียงกับการศึกษาทั้งสองก่อนหน้า[10,14]

เมื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนที่พบขณะรักษาภาวะถอนพิษสุราพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีภาวะที่พบมากที่สุด 2 อันดับแรก คือ ตับอักเสบ และเกล็ดเลือดต่ำ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 พบภาวะจิตเภทสูงเป็นอันดับ 3 แต่ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ไม่พบภาวะจิตเภท ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 นั้น จะพบภาวะปอดอักเสบสูงเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 10 ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 ก็พบภาวะปอดอักเสบ เพียงร้อยละ 4.5

แม้ว่าภาวะปอดอักเสบของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อทำการทบทวนเวชระเบียนก็พบว่า อัตราส่วนของการเป็นผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาล (hospital acquired pneumonia: HAP) ต่อการไม่เป็นผู้ป่วย HAP ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 1 ต่อ 2 แต่ในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 มีอัตราส่วนเท่ากับ 1.33 ต่อ 1 ซึ่งการศึกษาก่อนหน้าพบว่าผู้ที่ใช้ยาไดอะซีแพมและ ลอราซีแพม จะเพิ่มโอกาสการเกิดปอดอักเสบเมื่อเทียบกับผู้ไม่ใช้ยา[15] และพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดที่สูงกว่าจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับยาขนาดต่ำกว่า[16]

ประสิทธิผลในการรักษาอาการถอนพิษสุราเพื่อทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการสงบได้อย่างรวดเร็วนั้น พบว่า รูปแบบการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ (กลุ่มที่ 2) จะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการสงบได้เร็วกว่ารูปแบบการให้ยาตามอาการ (กลุ่มที่ 1) โดยพิจารณาจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากลดลงและค่าคะแนนการประเมิน AWS ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในหอผู้ป่วยในจิตเวชที่พบว่าการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ สามารถลดระยะเวลาของการได้รับยา[10] นอกจากนี้ การให้ยาด้วยรูปแบบการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำสามารถช่วยลดอาการเหงื่อออก วิตกกังวล และกระสับกระส่ายของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีประสิทธิผลมากกว่าการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยาตามอาการ อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยาตามอาการนั้นจะมีการให้ยาในขนาดที่สูงกว่ารูปแบบการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ โดยการให้ยาตามอาการจะให้ยาไดอะซีแพม และยาลอราซีแพม (Dose equivalent to Diazepam) เท่ากับ 400 (250 - 530) มิลลิกรัม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในผู้ป่วยระยะวิกฤต (Critically ill patients) ที่มีการให้ยาขนาด 450 มิลลิกรัม[8]

การศึกษาในครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการเกี่ยวกับจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรูปแบบการให้ยาตามอาการซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณไว้ จึงอาจส่งผลต่อผลการวิจัยได้ และการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในหอผู้ป่วยในชาย ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผลการวิจัยที่เกิดขึ้นอาจไม่สามารถใช้ได้อย่างกว้างขวางในโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่มีแผนกการรักษาเฉพาะทางได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

แพทย์ เภสัชกร หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน ควรปรับรูปแบบการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด ถึงแม้ว่าประสิทธิผลของการให้ยาไดอะซีแพมด้วยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ จะสามารถช่วยลดระยะเวลาในการเกิดภาวะถอนพิษสุราระดับรุนแรงมากของผู้ป่วยลงได้ และช่วยลดค่า AWS ได้มากกว่าการให้ยาแบบตามอาการ แต่ก็พบว่ามีการให้ยากลุ่มเบนโซไดอะซีพีนในขนาดที่สูงกว่า จึงจำเป็นต้องระวังภาวะปอดอักเสบขณะเข้ารับการรักษา แม้ว่าจะไม่พบภาวะหยุดหายใจขณะหลับหรือ ภาวะความดันเลือดต่ำก็ตาม

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากยาในกลุ่มประชากรอื่น ๆ ต่อไปเพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาใช้ในพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราให้มีประสิทธิผลและปลอดภัยมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Elliott DY. Caring for hospitalized patients with alcohol withdrawal syndrome. Nurs Crit Care. 2019;14(5) :18-30.
2. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside JJr. Alcohol withdrawal syndrome. Am Fam Physician. 2004; 69(6):1443-1450.
3. Foy A, Kay J, Taylor A. The course of alcohol withdrawal in a general hospital. QJM. 1997;90(4):253-261.
4. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 1 .กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์, 2561.
5. Sachdeva A, Choudhary M, Chandra M. Alcohol Withdrawal syndrome: benzodiazepines and beyond. J Clin Diagn Res. 2015;9(9):VE01-VE07.
6. The American Society of Addiction Medicine. Clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. J Addict Med. 2020;14(3Suppl1):1-72.
7. Kattimani S, Bharadwaj B. Clinical management of alcohol withdrawal: a systematic review. Ind Psychiatry J. 2013;22(2):100-108.
8. Sen S, Grgurich P, Tulolo A, et al. A symptom-triggered benzodiazepine protocol utilizing SAS and CIWA-Ar scoring for the treatment of alcohol withdrawal syndrome in the critically ill. Ann Pharmacother. 2017;51(2):101-110.
9. Tantrakarnsakul K, Yoongthong W. Development of mechanism to solve the shortage of essential controlled medicines. Thai Food and Drug J. 2019;26(3):41-53.
10. Sangsirilak A. Comparison of oral and intravenous Diazepam for alcohol withdrawal treatment. Med J Srisaket Surin Burirum Hosp. 2020;35(3):643-650.
11. Daeppen JB, Gache P, Landry U, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. Arch Intern Med. 2002;162(10):1117-1121.
12. Gold JA, Rimal B, Nolan A, Nelson LS. A strategy of escalating doses of benzodiazepines and phenobarbital administration reduces the need for mechanical ventilation in delirium tremens. Crit Care Med. 2007;35(3) :724-730.

13. Wasilewski D, Matsumoto H, Kur E, et al. Assessment of Diazepam loading dose therapy of delirium tremens. Alcohol Alcohol. 1996;31(3):273-278.
14. Levine AR, Thanikonda V, Mueller J, Naut ER. Front-loaded Diazepam versus Lorazepam for treatment of alcohol withdrawal agitated delirium. Am J Emerg Med. 2021;44(Jun):415-418.
15. Obiora E, Hubbard R, Sanders RD, Myles PR. The impact of benzodiazepines on occurrence of pneumonia and mortality from pneumonia: a nested case-control and survival analysis in a population-based cohort. Thorax. 2013;68(2):163-170.
16. Cheng SY, Chen WY, Liu HC, et al. Benzodiazepines and risk of pneumonia in schizophrenia: a nationwide case-control study. Psychopharmacology (Berl). 2018;235(11):3329-3338.