

ผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ

อรรณวุฒิ ธรรมชาติ, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ

วิธีการศึกษา: การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการถอนพิษสุรา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 มิถุนายน 2566 ติดตามผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) และแบบประเมินระดับความเสี่ยงของการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มตัวอย่างจากระยะเริ่มพัฒนาแนวปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 16 คน และกลุ่มตัวอย่างจากระยะหลังพัฒนาแนวปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 มิถุนายน 2566 จำนวน 43 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Student's t-test และ Pearson's chi-squared test

ผลการศึกษา: ผู้ป่วยในภาวะถอนพิษสุรา 59 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.92 ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก Alcohol dependence (F10.2) ร้อยละ 62.71 ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.25 ± 2.30 วัน หลังจากมีการปรับแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เกิดอาการถอนพิษระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.004$) และผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลา 5 วันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.001$) ผู้ป่วยกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.010$)

สรุปผลการศึกษา: การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย อาการทุเลา สามารถลดระยะเวลาที่เกิดการถอนพิษในระดับรุนแรง และสหวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลมีแนวปฏิบัติที่เป็นในรูปแบบเดียวกัน

คำสำคัญ: การติดสุรา; ภาวะถอนพิษสุรา; ผู้ป่วยใน

* นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ

^a Corresponding author: อรรณวุฒิ ธรรมชาติ Email: attawut.utp@gmail.com

รับบทความ: 22 ก.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 28 ส.ค. 66; ตอรับตีพิมพ์: 28 ส.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 30 ก.ย. 66

Outcome of Alcohol Withdrawal Treatment for Inpatients, Pho Si Suwan Hospital

Attawut Thammachat, M.D.*^a

Abstract

Objectives: To examine the outcome of alcohol withdrawal treatment for inpatients in Pho Si Suwan Hospital.

Methods: This retrospective cohort study was conducted on the group of alcohol withdrawal patients between January 1, 2020, to June 31, 2023. Follow-up was done using the Alcohol Withdrawal Scale (AWS) and the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) evaluation form. The population study of 2 sample groups included the early developing period, which was 16 in-patients admitted from January 1, 2020, to December 31, 2022, and the post-developing period which was 43 in-patients admitted from January 1, 2023, to June 31, 2023. Data analysis has been carried out using frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, Student's t-test and Pearson's chi-squared test.

Results: 94.92 % of all 59 alcoholic patients were males; most of the patients in this group 62.71% were mainly diagnosed with alcohol dependence. The average length of stay before discharge with alcohol withdrawal was 5.25 (± 2.30 days). After the treatment guideline implementation, the average length of severe withdrawal symptoms in the post-developing group had significantly decreased (p -value=0.004), and the recovery of withdrawal symptoms in 5 days had statistically increased (p -value=0.001). Patients who could not stop drinking in three months were significantly decreased (p -value=0.010).

Conclusion: The existence of treatment guidelines for alcohol withdrawal for inpatients encouraged the patients themselves to be safe and to recover. Moreover, the length of severe withdrawal symptoms could be reduced, and the multi-disciplinary staff responsible for caregivers could pursue the unique practical treatment guideline.

Keywords: Alcohol dependence; Alcohol withdrawal; Inpatient

* Medical Physician, Professional Level, Pho Si Suwan Hospital, Sisaket Province

^a Corresponding author: Attawut Thammachat Email: attawut.utp@gmail.com

Received: Jul. 22, 23; Revised: Aug. 28, 23; Accepted: Aug. 28, 23; Published Online: Sep. 30, 23

บทนำ

การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่อยู่คู่กับมนุษย์มาช้านาน เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ประเพณี ธรรมเนียมปฏิบัติ รวมถึงศาสนา และเกิดมุมมองทางบวก เช่น ดื่มแล้วมีความสุข มีสังคม แต่ในขณะเดียวกันก็ก่อเกิดผลเสียมากมายทั้งต่อตัวเอง เช่น อุบัติเหตุ ความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และผลเสียต่อคนอื่น เช่น ความรุนแรงในครอบครัว อันตรายบาดเจ็บต่อผู้อื่น เป็นต้น ผลที่ตามมาจากการดื่มสุรานั้น ไม่เพียงแต่ขึ้นอยู่กับปริมาณสุราที่ดื่มแต่ยังขึ้นอยู่กับรูปแบบการดื่มหรือพฤติกรรมการดื่มอีกด้วย⁽¹⁾ การออกฤทธิ์ของสุราต่อสมองทำให้ผู้ดื่มสุราเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งการลดปริมาณการดื่มหรือหยุดดื่มในผู้ที่ดื่มมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน อาจทำให้เกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา (Alcohol withdrawal) ที่รุนแรงขึ้นได้⁽²⁾

อาการถอนสุรา มักมีปัญหาด้านอาการลมชัก ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมประสาท อาการวิกลจริตเป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และภาวะ Delirium เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ซึ่งมักมีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตได้หากได้รับการรักษาไม่ทันที่ หากผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรมจะทำให้การรักษาพยาบาลเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก การให้ยาและการควบคุมพฤติกรรมเป็นการให้ยาปรับตามผลการตอบสนองต่อการรักษา การประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวัง และการติดตามสัญญาณชีพจึงมีความสำคัญอย่างมาก⁽³⁾ ภาวะถอนพิษสุรานี้เกิดตามหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มในผู้ป่วยที่ติดสุรามานานหลายปีและดื่มปริมาณมาก มักเกิดในวันที่ 2-3 หลังการหยุดดื่มอาการเป็นอยู่ได้นาน 7-10 วัน⁽⁴⁾ เป้าหมายหลักของการบำบัดรักษาอาการถอนพิษสุราคือเพื่อลดความรุนแรงของอาการถอนสุรา และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรา⁽⁵⁾

จากข้อมูลสถิติเกี่ยวกับกลุ่มโรคที่พบบ่อยแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2562 ภาวะติดสุรา อาการถอนสุราและโรคถอนพิษสุรา จัดอยู่ในอันดับที่ 5 ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหลัก เช่น อุบัติเหตุ ตับอักเสบ ตับแข็ง และมีอาการทางจิตจากการถอนพิษสุรา เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว เอะอะ อาละวาด หวากกลัว ประสาทหลอน ไม่ยอมนอน ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยบางรายหนีหาย บาดเจ็บจากการผูกมัด เพิ่มภาระงานแก่บุคลากร บุคลากรเสี่ยงการถูกทำร้าย หากไม่ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของโรค ไม่ได้รับยาตามมาตรฐาน และไม่ได้รับการรักษาอาการตั้งแต่แรกรับทันที ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องชัดเจน อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทางโรงพยาบาลจึงมีการปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยรูปแบบผู้ป่วยใน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดียิ่งขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2566 โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลาที่กำหนด 5 วัน และไม่กลับมาดื่มสุราใน 3 เดือน ด้วยการรักษาตามระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale หรือ AWS) และใช้เครื่องมือ AUDIT (Alcohol use disorders identification test) ประกอบการบำบัดและติดตามผลการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น ครอบครัวและสังคม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) จากข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการถอนพิษสุรา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาท เนื่องจากการเสพแอลกอฮอล์ ได้แก่ F10.0-F10.9 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 59 คน แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ เริ่มพัฒนา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 16 คน ระยะหลังพัฒนา วันที่ 1 มกราคม 2566 ถึง 31 มิถุนายน 2566 จำนวน 43 ราย

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยในวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึง 31 มิถุนายน 2566
2. อายุ 20 ปีขึ้นไป
3. วินิจฉัยโรคภาวะผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากการเสพแอลกอฮอล์ (F10.0-F10.9)
4. ได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (AWS)
5. ได้รับการประเมินระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการดื่มสุรา (AUDIT) วันจำหน่าย
6. ได้รับการติดตามประวัติการกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือนหลังจำหน่าย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยข้อมูลเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
2. ได้รับการปรับแผนการรักษาหรือเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยเป็นโรคอื่น
3. ย้ายไปรักษาที่อื่น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ ใช้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) โดยขอรับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา 1 ท่าน พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา 1 ท่าน และเภสัชกร 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเข้าใจของเนื้อหา มีค่า CVI เท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนก่อนนำไปทดสอบเบื้องต้นประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ครั้งที่รับไว้รักษา การวินิจฉัย โรคร่วม ผู้ดูแล จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาล การเกิดอาการถอนพิษ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และประวัติการกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. แบบประเมินระดับความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Scale หรือ AWS) ของ Saunders แปลโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ ซึ่งผ่านการทดสอบโดยหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (Inter-rater reliability) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.95⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ ประกอบด้วยอาการประเมิน 5 เรื่อง ได้แก่ เหงื่อ (Perspiration) สั่น (Tremor) วิตกกังวล (Anxiety) กระสับกระส่าย (Agitation) และอุณหภูมิ (Axilla temperature) ไม่มีอาการให้ 0 คะแนน มีอาการรุนแรงมากให้ 4 คะแนน โดยแบ่งระดับความรุนแรง ดังนี้ 1-4 คะแนน หมายถึง รุนแรงน้อย (Mild) ไม่จำเป็นต้องใช้ยา 5-9 คะแนน หมายถึง รุนแรงปานกลาง (Moderate) ใช้ยาช่วยลดโอกาสเกิดอาการขาดสุราที่รุนแรง 10-14 คะแนน หมายถึง รุนแรงมาก (Severe) ต้องได้รับการรักษาด้วยยาและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด และ 15 คะแนนขึ้นไป หมายถึง รุนแรงมากที่สุด (Very sever) ต้องได้รับการรักษาด้วยยาขนาดสูงเพื่อทำให้อาการสงบอย่างรวดเร็ว

3. แบบประเมินระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ปรีทรรค ศิลปะกิจ และพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์⁽⁷⁾ ซึ่งผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) พบว่ามีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้⁽⁸⁾ โดยแบ่งระดับความเสี่ยงดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงระดับที่ 1 ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา (Alcohol education) 8-15 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงระดับที่ 2 ควรให้คำแนะนำแบบง่าย (Simple advice) 16-19 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงระดับที่ 3 ควรให้คำแนะนำแบบง่าย คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling) และติดตามต่อเนื่อง 20-40 คะแนน หมายถึง ความเสี่ยงระดับที่ 4 ควรส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อการประเมินวินิจฉัยและรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังจากได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอใช้ข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย
2. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย
3. ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายโครงการวิจัยและคัดลอกข้อมูลจากเวชระเบียนพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้มีความเข้าใจและปฏิบัติได้ในแนวทางเดียวกัน
4. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการคัดลอกข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ทางสถิติ ทำโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเปรียบเทียบโดยใช้ ด้วยสถิติ Student's t-test และ Pearson's chi-squared test กำหนดความเชื่อมั่นทางสถิติในระดับร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2023-107 วันที่รับรอง 13 มิถุนายน 2566 ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยจะคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวม เพื่อประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา 59 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 94.92 อายุเฉลี่ย 46.10 ± 13.40 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก Alcohol dependence (F10.2) ร้อยละ 62.71 Alcohol withdrawal (F10.3) ร้อยละ 22.03 มีภาวะ Aggressive ร้อยละ 22.03 มีผู้ดูแล ร้อยละ 81.36 แบ่งเป็นระยะเริ่มพัฒนา 16 คน ระยะหลังพัฒนา 43 คน (ตารางที่ 1)

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งสองกลุ่มส่วนมากไม่แตกต่างกัน แต่ระยะเริ่มพัฒนามีกกลุ่มตัวอย่าง Alcohol withdrawal และ Aggressive มากกว่าหลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา

ข้อมูลผู้ป่วย	รวม (N16/43)	เริ่มพัฒนา (2563-2565)	หลังพัฒนา (2566)	p-value
เพศ				
ชาย	56 (94.92)	14 (87.50)	41 (97.67)	0.114
หญิง	3 (5.08)	2 (12.50)	1 (2.33)	
อายุเฉลี่ย (ปี)	46.10±13.40	50.43±11.59	44.48±13.79	0.471
20-39 ปี	20 (33.90)	3 (18.75)	17 (39.53)	
40-59	29 (49.15)	10 (62.50)	19 (44.19)	
60-75	10 (16.95)	3 (18.75)	7 (16.28)	

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุรา

ข้อมูลผู้ป่วย	รวม (N16/43)	เริ่มพัฒนา (2563-2565)	หลังพัฒนา (2566)	p-value
การวินิจฉัยโรค				
Alcohol dependence (F10.2)	37 (62.71)	1 (6.25)	36 (83.72)	<0.001*
Alcohol withdrawal (F10.3)	13 (22.03)	12 (75.00)	1 (2.33)	<0.001*
Alcohol withdrawal state with delirium (F10.4)	5 (8.47)	0 (0.00)	5 (8.47)	0.154
Alcohol withdrawal state with seizure	4 (6.78)	3 (18.75)	1 (2.33)	0.026
โรคร่วมทางจิต				
Psychotic disorder (F20)	4 (6.78)	0 (0.00)	4 (9.30)	0.206
Behavioral disorder (F50)	3 (5.08)	0 (0.00)	3 (6.98)	0.278
Major Depressive Disorder	4 (6.78)	2 (12.50)	2 (4.65)	0.286
Aggressive	13 (22.03)	10 (62.50)	3 (6.98)	<0.001*
มีผู้ดูแล	48 (81.36)	13 (81.25)	35 (81.40)	0.990

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน

ระยะเวลานอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 5.25 ± 2.30 วัน พบผู้ป่วยเกิด Withdrawal monitoring ร้อยละ 72.88 เกิดอาการถอนพิษในระดับรุนแรง ร้อยละ 55.93 (ตารางที่ 2) เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 20.33 (ตารางที่ 3)

หลังพัฒนาพบว่าระยะเวลาที่เกิดการถอนพิษในระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จาก 2.75 ± 2.81 เป็น 1.32 ± 1.61 วัน, $p\text{-value} = 0.004$) ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลา 5 วันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากร้อยละ 50 เป็น ร้อยละ 90.70, $p\text{-value} = 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนวันนอน การเกิดอาการถอนพิษ ระยะเริ่มพัฒนาและหลังพัฒนา

ข้อมูล	รวม (N16/43)	เริ่มพัฒนา (2563-2565)	หลังพัฒนา (2566)	p-value
ระยะเวลาอนโรงพยาบาลเฉลี่ย (วัน)	5.25±2.30	5.06±2.88	5.32±2.30	0.101
Withdrawal monitoring	43 (72.88)	12 (75.00)	31 (72.09)	0.823
เกิดอาการถอนพิษในระดับรุนแรง	33 (55.93)	11 (68.75)	22 (51.16)	0.226
ระยะเวลาเกิดถอนพิษรุนแรง (วัน)	1.71 ±2.08	2.75±2.81	1.32±1.61	0.004*
ควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายใน เวลา 5 วัน	47 (79.66)	8 (50.00)	39 (90.70)	0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 การเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเริ่มพัฒนาและหลังพัฒนา

ข้อมูล	รวม (N16/43)	เริ่มพัฒนา (2563-2565)	หลังพัฒนา (2566)	p-value
ภาวะแทรกซ้อน	12 (20.33)	2 (12.50)	10 (23.26)	0.081
Aspirate pneumonia	9 (15.25)	0 (0.00)	9 (20.93)	
Seizure	1 (1.69)	1 (6.25)	0 (0.00)	
Hepatitis	2 (3.39)	1 (6.25)	1 (6.25)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

3. ระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการดื่มสุรา (AUDIT) และประวัติการกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือน

พบผู้ป่วยที่ต้องให้คำปรึกษาแบบสั้นและติดตามต่อเนื่อง จำนวน 23 คน และที่ต้องส่งต่อเฉพาะทางเพื่อการประเมินวินัจฉัยและรักษา จำนวน 4 คน (ตารางที่ 4)

หลังพัฒนาพบว่าผู้ป่วยมีระดับความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา (AUDIT) ระดับ 1 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.039$) ซึ่งกลุ่มนี้จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุราเท่านั้น และพบว่าผู้ป่วยกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากร้อยละ 75 เหลือ ร้อยละ 37.21, $p\text{-value}=0.010$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับความเสี่ยงต่อการดื่มสุรา (AUDIT) และการจัดการในวันจำหน่าย และประวัติการกลับมาดื่มสุรา
 ใน 3 เดือน

ข้อมูล	รวม (N16/43)	เริ่มพัฒนา (2563-2565)	หลังพัฒนา (2566)	p-value
ระดับความเสี่ยงและการจัดการ				
ระดับที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรา	15 (25.42)	1 (6.25)	14 (33.33)	0.039*
ระดับที่ 2 ให้คำแนะนำแบบง่าย	17 (28.81)	5 (31.25)	12 (28.57)	0.801
ระดับที่ 3 ให้คำแนะนำแบบง่าย ให้คำปรึกษาแบบสั้นและติดตามต่อเนื่อง	23 (38.98)	9 (56.25)	14 (33.33)	0.097
ระดับที่ 4 ส่งต่อเฉพาะทางเพื่อการประเมิน วินิจฉัยและรักษา	4 (6.78)	1 (6.25)	3 (6.98)	0.921
ประวัติการกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือน	28 (47.46)	12 (75.00)	16 (37.21)	0.010*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาที่เกิดอาการถอนพิษระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.004$) ประวัติการกลับมาดื่มสุราใน 3 เดือน ร้อยละ 37.21 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาล ลีลาเจริญพร และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยติดสุราที่โรงพยาบาลพิมาย ทำให้อัตราการเกิดอาการถอนพิษสุราในระดับรุนแรงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) มีผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มสุราได้เกิน 3 เดือน ร้อยละ 37.14 เนื่องจากการบำบัดเน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดและญาติผู้ป่วย การเพิ่มกำลังใจและการยอมรับการบำบัดรักษาของผู้ป่วย และการใช้แบบประเมินมาช่วยให้การดูแลผู้ป่วยในภาวะถอนพิษสุรา ทำให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐานมากขึ้น⁽¹⁰⁾

การศึกษานี้พบผู้ป่วยมีอาการถอนพิษในระดับรุนแรง ร้อยละ 51.16 ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้รุนแรงถึงขั้นสมองสับสน หรือ ชัก ได้ด้วยการประเมินและติดตามอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่อง แบ่งระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราและให้ยาตามระดับคะแนน จนพ้นระยะของการเกิดอาการถอนพิษสุรา⁽¹¹⁾ ปัจจุบันยาตัวแรกที่แนะนำ คือ Chlordiazepoxide และ Diazepam ซึ่งมีฤทธิ์นานและออกฤทธิ์เร็ว (Long-acting and rapid-onset Benzodiazepines) และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการชัก แต่สำหรับผู้ป่วยที่อาจเกิดการสะสมของยาและง่วงนอนมาก (Over sedation) จาก Chlordiazepoxide และ Diazepam เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคตับระดับรุนแรง (Severe liver disease) แนะนำการใช้ Benzodiazepines ที่มีฤทธิ์สั้น (Short-acting benzodiazepines) เช่น Lorazepam โดยใช้อย่างระมัดระวังและมีการติดตามอย่างใกล้ชิด⁽⁵⁾

ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการถอนพิษสุราให้สงบภายในเวลา 5 วันได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (จากร้อยละ 50 เป็น ร้อยละ 90.70, p-value=0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกาญจน์ วิโรจน์อุไรเรือง และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีจำนวนวันที่หายทุเลาจากภาวะถอนฤทธิ์สุราในวันที่ 1 และวันที่ 2 หลังเกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา และไม่มีอาการถอนฤทธิ์สุรากลัเป็นซ้ำในช่วงนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 95

แต่อย่างไรก็ดีการศึกษานี้ยังคงพบปัญหาบุคลากรที่มีทักษะในการให้คำปรึกษามีจำกัด และยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ขาดความพร้อมและโอกาสเพราะถูกจำหน่ายด้วยการส่งต่อ และยังคงพบว่ามี ความคลาดเคลื่อนในการติดตามสัญญาณชีพ การศึกษาของ ชนิกา ศฤงคารชยธวัช⁽¹²⁾ ที่แนะนำว่าแม้จะเป็นความรุนแรงแบบเล็กน้อยถึงปานกลาง ก็มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การติดตามสัญญาณชีพจะต้องทำเป็นประจำในผู้ป่วยทุกราย ด้วยความถี่ที่เหมาะสมในการติดตาม โดยยึดตามความถี่ในการบริหารยา เงื่อนไขของการรักษาโรคร่วมและระดับความผิดปกติของสัญญาณชีพ บุคลากรต้องมีความตระหนักรู้และมีความรับผิดชอบต่อวิชาชีพสูง จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความเข้าใจและสร้างความตระหนัก และความรับผิดชอบต่อหน้าที่ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การดูแลผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ หากปล่อยให้เกิดอาการถอนพิษในระดับรุนแรง อาจนำไปสู่การเกิดภาวะช็อก ทุพพลภาพและการเสียชีวิต ดังนั้นควรเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด รวมทั้งทีมควรฝึกฝน เพื่อให้เกิดความชำนาญในการประเมิน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แบบองค์รวม
2. การนำรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยใน ไปใช้ขยายผล ต้องมีการอบรมให้ความรู้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากจิตแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุรา เกสัชกร ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินศึกษาตามขั้นตอน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และขอขอบพระคุณหัวหน้างานผู้ป่วยในที่ให้โอกาสให้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะอนุกรรมการพิจารณาด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
2. พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์. คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ. เชียงใหม่: วนิตการพิมพ์; 2552.
3. เตชา ลลิตอนันต์พงศ์. การถอนสุรา : กลุ่มอาการและการรักษา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2553;54(1):67-88.

4. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
5. โรงพยาบาลสวนปรุง. แนวทางการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. เชียงใหม่: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
6. กนกกาญจน์ วิโรจน์ไธโร, อัมพร สีลากุล, วิมาลา เจริญชัย. การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. 2564;15(1):29-48.
7. ปรีทรศ ศิลปกิจ, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราแนวปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.
8. Sinclair M, McRee B, Babor T. Evaluation of the Reliability of AUDIT. University of Connecticut School of Medicine, Alcohol Research Center (unpublished report); 1992.
9. ชัชวาล สีลาเจริญพร, ศรีสุพรรณ นันทไพบูลย์. ผลของการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยติดสุราที่โรงพยาบาลพิมาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;1(3):375-84.
10. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, พิศวาท ศรีสอน, อมรรภรณ์ ผางแก้ว. ผลการปรับปรุงและพัฒนาแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2556;15(3):30-42.
11. นิภาภัทร์ คงเกียรติพันธ์. การพัฒนารูปแบบแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Alcohol Withdrawal ตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลโกสุมพิสัย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน. 2563;5(2):60-9.
12. ชนิกา ศฤงคารชยธวัช. ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ในโรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2562;33(2):281-92.