

ผลการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ในโรงพยาบาลพังงา

ชนิกา ศฤงคารชัยธวัช พบ.

An outcome of developing a patient care procedure using the CIWA-Ar score for alcohol-dependent patients at Phang-Nga hospital

Abstract

This retrospective cohort study aimed to examine the clinical characteristics of alcohol-dependent patients, the outcome of implementing the alcohol withdrawal assessment scoring guidelines (CIWA - Ar), incidence of patient complications, medical restraint and deaths. This study was methodologically conducted to the group of the alcohol-dependent patients between July 1, 2016 and July 31, 2018.

The findings disclosed that 1). 91.63% of the total of 215 alcohol-dependent patients were male. Their average age were 49 years old. They were employed as workers across industries. The average length of hospital stay was 4.6 days. 2). 26.98% of participants received the CIWA-Ar score assessment. 3). The group received CIWA-Ar statistically and had the most "alcohol withdrawal state, with delirium" complication (31%). 4). There are 1.27% of the alcohol withdrawal state, with convulsion. This situation occurred only to the patients who did not received CIWA-Ar. 5). Medical complication and patient restraint were significantly recorded ($P < .05$) in patients received CIWA-Ar assessment.

In summary, this study revealed that the execution of the patient care procedure was not widely implemented during the hospitalized treatment. Furthermore, it was only used to evaluate the patients' condition after the complication was noticed. Consequently, this caused further executions of patient restraint and an additional period of hospitalized treatment.

Chanika Saringcanchayathawat, MD.
Psychiatric department
Phang-Nga hospital
Phang-Nga 82000

Key words: Alcohol dependence, CIWA-Ar score

วารสารวิชาการแพทย์ ;33

เขต 112562
Reg Med J 2019

: 281 - 292

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ ผลการปฏิบัติตามแนวทางการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การผูกมัด และการเสียชีวิต ใช้วิธีการศึกษาแบบ retrospective ในกลุ่มผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยติดแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2558 - วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2561

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยทั้งหมด 215 ราย เพศชายร้อยละ 91.63 อายุเฉลี่ย 49 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.63 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.6 วัน 2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้วย CIWA-Ar score ร้อยละ 26.98 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินด้วย CIWA-Ar score เกิดภาวะแทรกซ้อนมากที่สุด คือ Alcohol withdrawal state, with delirium ร้อยละ 34 4) ภาวะ Alcohol withdrawal state, with convulsion เกิดขึ้นร้อยละ 1.27 และพบเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินด้วย CIWA-Ar score เท่านั้น และ 5) ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการได้รับการผูกมัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

สรุป การศึกษานี้พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลยังเกิดขึ้นไม่มากและจะมีการประเมินหลังจากที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นแล้ว มีผลทำให้ผู้ป่วยจะได้รับการผูกมัดและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

คำรหัส : ติดแอลกอฮอล์, CIWA-Ar score

Original Articles

นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 พบว่าในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวนประมาณ 17.7 ล้านคน (ร้อยละ 32.3) และสำหรับภาคใต้มีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 1.4 ล้านคน (ร้อยละ 20.2 ของประชากรในภาคใต้) โดยพบว่า กลุ่มอายุที่มีการดื่มมาก คือ วัยทำงานที่มีอายุ 25 - 59 ปี ซึ่งเมื่อเทียบกับภาคอื่น ความชุกของประชากรที่ดื่มแอลกอฮอล์ของภาคใต้ จะต่ำที่สุด แต่สิ่งสำคัญ คือ ประชากรส่วนใหญ่ที่ดื่มแอลกอฮอล์ของภาคใต้ เป็นผู้ที่ไม่เคยดื่มมาก่อนถึงร้อยละ 70.2 และเป็นผู้ที่ดื่มประจำถึง ร้อยละ 46.3 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทย¹

จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิต พ.ศ.2549 พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาล ทัวไปและคลินิกผู้ป่วยนอกนั้น พบผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (alcohol use disorders) มากกว่าร้อยละ 20 ไกล่เคียงกับความชุกของโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น ความดันโลหิตสูงหรือ

เบาหวาน ส่วนผู้ป่วยในพบสูงถึง ร้อยละ 30 ของผู้ป่วยชาย และร้อยละ 8 ของผู้ป่วยหญิง² และจากงานวิจัยของ Pirmohamed M. และคณะ³ ศึกษาปี พ.ศ.2539 ในเมืองลิเวอร์พูล เรื่อง ผลจากการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดของคนไข้ในโรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้งในเขตปริมณฑล พบว่า ร้อยละ 12.2 ของผู้ที่มารับบริการหน่วยฉุกเฉินนั้นมาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา ร้อยละ 88.8 ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางกายเป็นผลกระทบมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้มีปัญหาการดื่มสุราเหล่านี้ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมินหรือตรวจวินิจฉัยในปัญหาการดื่มสุราและขาดการส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ซึ่งอาจจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำจะนำไปสู่โรคติดแอลกอฮอล์ ซึ่งสมองจะมีการปรับตัวของระบบตัวรับสารสื่อประสาทต่างๆ เช่น การลดลงของระบบประสาทยับยั้ง และการเพิ่มขึ้นของระบบกระตุ้นประสาท ซึ่งเมื่อ

ผู้ป่วยหยุดสุราจะทันหัน เช่น การมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ระบบต่างๆ ของสมองจะทำงานเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะระบบประสาท Sympathetic autonomic nervous system เกิดเป็นภาวะถอนพิษสุรา ที่อาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน เดิมรู้จักกันดีในชื่อ Delirium tremens (DTs) ภาวะนี้เกิดตามหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มในผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์มานานหลายปีและดื่มปริมาณมาก มักเกิดในวันที่ 2 - 3 หลังการหยุดดื่ม อาการเป็นอยู่ได้นาน 7 - 10 วัน⁴ ซึ่งผู้ป่วยที่เข้าสู่ขั้นสมองสับสนจากภาวะถอนพิษสุราจะมีอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่สูง โดยอัตราการเสียชีวิตอีก 8 ปีภายหลังจากการเกิดภาวะสับสนอยู่ที่ร้อยละ 30.8 (HR = 1.38, 95% CI 0.43-4.48) ซึ่งเทียบได้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งขั้นรุนแรง และถ้าหากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ไม่เหมาะสม อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 5-20 แต่ถ้าหากได้รับการรักษาที่เหมาะสม อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มไม่ถึงร้อยละ 1 ภาวะสมองสับสนจากภาวะถอนพิษสุราเป็นภาวะที่ซับซ้อน รุนแรง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายรูปแบบ เช่น ชัก ตกเตียง เคลื่อนไหวในร่างกายผิดปกติ เลือดออกทางเดินอาหาร ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อในกระแสเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ การหายใจล้มเหลว แผลกดทับ และเสียชีวิตได้⁵ การเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดสมองสับสนจากภาวะถอนพิษสุราจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของผู้ป่วย

ในปัจจุบันมีแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่ามี 5 รูปแบบ คือ 1) Alcohol Withdrawal Scale (AWS) 2) Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version (CIWA-Ar) 3) Minneapolis Detoxification Scale (MINDS) 4) Severity Assessment Scale (SAS) และ 5) Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS) ซึ่งแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทยคือแบบประเมิน CIWA-Ar และ AWS⁶ ซึ่งเมื่อทำการทบทวนพบว่า แบบประเมิน CIWA-Ar

score เป็นแบบประเมินความเสี่ยงของภาวะถอนพิษสุรา ที่พัฒนามาจากเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 (DSM-III R) พัฒนาขึ้นโดย Sullivan J.T. และคณะ⁷ เมื่อปี 1989 ซึ่งจากผลการพัฒนาแบบประเมินนี้พบว่า แบบประเมินนี้มีความเที่ยงตรง ความน่าเชื่อถือ มีประโยชน์ในด้านการรักษา สามารถใช้โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป โดยใช้เวลาในการประเมินน้อยกว่า 2 นาที และสามารถประเมินได้ตามช่วงเวลา

จากสถิติโรงพยาบาลพังกาพบว่า มีผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลพังกาปี พ.ศ. 2555-2557 จำนวน 134 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดแอลกอฮอล์ ซึ่งเกิดภาวะถอนพิษสุราระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล 101 ราย (ร้อยละ 75.37) ซึ่งเป็นจำนวนที่ค่อนข้างสูง จึงเกิดการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ในโรงพยาบาลพังกาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 ซึ่งนำมาสู่การทบทวนและวิเคราะห์ผลลัพธ์ของแนวทางดังกล่าวเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่มานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลพังกา
2. เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ ด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar score และศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การเสียชีวิต และการได้รับการผูกมัดขณะนอนโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) จากข้อมูลย้อนหลังเวชระเบียนผู้ป่วยใน (Inpatient Medical Record) ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 - วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดแอลกอฮอล์ โดย

ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยที่ได้รับหรือไม่ได้รับการประเมินด้วย CIWA-Ar score จำนวน 215 ราย การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพังงา เลขที่จริยธรรม PNG-Hos-02-2561 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิภาค อาชีพ
2. ข้อมูลด้านการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์

2.1 ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar score

2.2 ข้อมูลด้านภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากนอนโรงพยาบาล ได้แก่ 1) Alcohol withdrawal state, with convulsion 2) Alcohol withdrawal state, uncomplicated 3) Alcohol withdrawal state, with delirium 4) Aspiration pneumonia 5) Acute respiratory failure 6) Death

2.3 การได้รับการผูกยี้ดขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ทางสถิติ ทำโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเปรียบเทียบโดยใช้ chi-square test และใช้ค่า p-value < 0.05 เป็นนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดแอลกอฮอล์นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 215 ราย เพศชาย 197 ราย (ร้อยละ 91.63) เพศหญิง 18 ราย (ร้อยละ 8.37) อายุเฉลี่ย 49 ปี (ช่วงอายุ 17- 80 ปี) เชื้อชาติไทย 207 ราย (ร้อยละ 96.28) เชื้อชาติอื่นๆ 8 ราย (ร้อยละ 3.72) จำนวนประชากรที่ภูมิลำเนาอยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลพังงา 161 ราย (ร้อยละ 77.78) มากสุดที่อำเภอเมือง จำนวน 90 ราย (ร้อยละ

43.48) ประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดจำนวน 111 ราย (ร้อยละ 51.63) รองลงมา คือ ทำสวน จำนวน 53 ราย (ร้อยละ 24.65) และไม่ได้ประกอบอาชีพ 32 ราย (ร้อยละ 14.88) จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.6 วัน (นอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 - 35 วัน) โดยกลุ่มโรคที่มีการนอนโรงพยาบาลมากที่สุด คือ กลุ่มโรคระบบประสาทและจิตใจ จำนวน 61 ราย (ร้อยละ 28.37) รองลงมา คือกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 48 ราย (ร้อยละ 22.33) และกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 41 ราย (ร้อยละ 19.07)

2. ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์โดยใช้ประเมิน CIWA-Ar score

2.1 ผู้ป่วยได้รับการประเมิน CIWA-Ar score ทั้งหมด 58 ราย (ร้อยละ 26.98) เมื่อจำแนกตามทีมที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (PCT) พบว่า ผู้ป่วยจำนวน 215 ราย เป็นผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม จำนวน 166 ราย (ร้อยละ 77.21) ผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมจำนวน 49 ราย (ร้อยละ 22.79) และ พบว่า ผลการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ตามแนวทางแผนกอายุรกรรมมีการใช้แบบประเมินจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 25.90) และไม่ใช่แบบประเมิน จำนวน 123 ราย (ร้อยละ 74.10) และ แผนกศัลยกรรมมีการใช้แบบประเมิน จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 30.61) และไม่ใช่แบบประเมินจำนวน 34 ราย (ร้อยละ 69.39) ดังตารางที่ 1

2.2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิต จำแนกตามการได้รับการประเมิน CIWA-Ar score พบว่า

2.2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score พบว่า มีภาวะ Alcohol withdrawal state, with delirium มากที่สุดจำนวน 20 ราย (ร้อยละ 34.48) และพบภาวะ Alcohol withdrawal state, uncomplicated, Acute respiratory failure และ Aspiration pneumonia จำนวนภาวะละ 1 ราย (ร้อยละ 1.7) ดังตารางที่ 2

2.2.2 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score พบว่า มีภาวะ Alcohol withdrawal state, with delirium มากที่สุด จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 3.82) และพบ Alcohol withdrawal state, with convulsion จำนวน 2 ราย (ร้อยละ 1.27) ดังตารางที่ 2

2.3 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากนอนโรงพยาบาลโดยรวม พบว่า เกิดภาวะถอนพิษสุรา ทั้งหมด 29 ราย (ร้อยละ 13.49) และพบอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสน จากภาวะถอนพิษสุรา 26 ราย (ร้อยละ 12.09)

2.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score พบว่า เสียชีวิตจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.7) โดยเสียชีวิตจากระบบหายใจล้มเหลว และ ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score พบว่า เสียชีวิตจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 2.7) จากติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย ภาวะแทรกซ้อนเมตาบอลิก 2 ราย และเสียชีวิตจากการดื่มยาฆ่าหญ้า 1 ราย

2.5 การได้รับการผูกมัดขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar

score ได้รับการผูกมัดจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 36.2) และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score ได้รับการผูกมัดจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 3.8)

2.6 เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต และการได้รับการผูกมัด ในกลุ่มที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score และไม่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score พบว่า

2.6.1 การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการได้รับการผูกมัด ในกลุ่มที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score และกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

2.6.2 การเกิดการเสียชีวิตใน กลุ่มที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score และกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 แสดงความถี่และร้อยละของการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score แยกตาม PCT

PCT (ราย)	มีการใช้แบบประเมินราย (ร้อยละ)	ไม่มีการใช้แบบประเมินราย (ร้อยละ)
อายุรกรรม (166)	43 (25.90)	123 (74.10)
ศัลยกรรม (49)	15 (30.61)	34 (69.39)

ตารางที่ 2 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากนอนโรงพยาบาลและการเสียชีวิต จำแนกตามการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score

ภาวะแทรกซ้อน	มีการประเมิน CIWA-Ar score		ไม่มีการประเมิน CIWA-Ar score	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	35	60.3	149	94.9
Alcohol withdrawal state, with delirium	20	34.48	6	3.82
Alcohol withdrawal state, uncomplicated	1	1.7	0	0
Alcohol withdrawal state, with convulsion	0	0	2	1.27

ภาวะแทรกซ้อน	มีการประเมิน CIWA-Ar score		ไม่มีการประเมิน CIWA-Ar score	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
Acute respiratory failure	1	1.7	0	0
Aspiration pneumonia	1	1.7	0	0
รวม	58	100	157	100

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเสียชีวิต และการได้รับการผูกมัด เปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score และไม่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score

ปัจจัย	มีการประเมิน CIWA-Ar score		ไม่มีการประเมิน CIWA-Ar score		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การเกิดภาวะแทรกซ้อน	23	39.7	8	5.1	0.000
การเสียชีวิต	1	1.7	4	2.5	0.722
การได้รับการผูกมัด	21	36.2	6	3.8	0.000

วิจารณ์

1. กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยติดแอลกอฮอล์ที่มานอนโรงพยาบาลพังงา จำนวน 215 ราย เป็นเพศชายจำนวน 197 ราย (ร้อยละ 91.63) ซึ่งสอดคล้องกับพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, หทัยชนีนุญเจริญ และสุนทร ศรีโกไสย² พบว่า ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า เป็นผู้ป่วยชายสูงถึงร้อยละ 30 และร้อยละ 8 ของผู้ป่วยหญิงที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา และยังพบข้อมูลอีกว่าผู้ที่มารับบริการหน่วยฉุกเฉินร้อยละ 29 มาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุราเช่นกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการเมาสุราร่วมด้วย และจากงานวิจัยของ Pirmohamed M. และคณะ³ ที่ศึกษาเรื่อง ผลจากการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดของคนไข้ในโรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้งในเขตปริมณฑล พบว่า ร้อยละ 12.2 ของผู้ที่มารับบริการหน่วยฉุกเฉินนั้นมาด้วยปัญหาที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา และร้อยละ 88.8 ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของแอลกอฮอล์ ซึ่งผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราเหล่านี้ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการประเมินหรือตรวจ

วินิจฉัยในปัญหาการดื่มสุราและขาดการส่งต่อเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา ซึ่งอาจจะเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

กลุ่มผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลมีอายุเฉลี่ย 49 ปี ซึ่งสัมพันธ์กับข้อมูลสถานการณ์แอลกอฮอล์ภาคใต้¹ ที่พบว่า กลุ่มประชากรภาคใต้ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดคือกลุ่มวัยทำงาน เมื่อวิเคราะห์ตามพื้นที่พบว่า พื้นที่ที่มีผู้ป่วยมานอนรักษาตัวแล้วได้รับการวินิจฉัยติดแอลกอฮอล์ มากที่สุด คือ ประชากรที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเครือข่ายโรงพยาบาลพังงา 161 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.78 มากสุดที่อำเภอเมือง จำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.48 ซึ่งก็มาจากการแบ่งการรักษาพยาบาลตามเขตพื้นที่และกลุ่มประชากรดังกล่าวประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุด จำนวน 111 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.63 รองลงมา คือ ทำสวน จำนวน 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.65 และถัดมาคือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.88 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐกฤตา ชันดี⁵ ที่ทำงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพ

ติดแอลกอฮอล์ ที่พบว่า ผู้เสพติดแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 48.6 จำนวนวันนอน โรงพยาบาลเฉลี่ย 4.6 วัน (นอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 - 35 วัน) ซึ่งเท่ากับสถิติการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยรวมของ โรงพยาบาลพังงา โดยกลุ่มโรคที่มีการนอนโรงพยาบาล มากที่สุด คือ กลุ่มโรคระบบประสาทและจิตใจ นอนโรงพยาบาล 61 คน (ร้อยละ 28.37) รองลงมา กลุ่มผู้ป่วย โรคระบบทางเดินอาหารจำนวน 48 ราย (ร้อยละ 22.33) และกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 41 ราย (ร้อยละ 19.07) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ HUSAIN O.M. และคณะ⁹ ที่ทำการศึกษาเรื่องการเกิดภาวะถอนพิษสุราแบบทันที: การสำรวจที่เกี่ยวข้องกับการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา อย่างต่อเนื่อง ในปี 2010 - 2011 ที่พบว่า มีผู้ป่วยร้อยละ 24.2 ที่มีภาวะชักที่มานอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะ ถอนพิษสุรา อีกทั้งจากการศึกษาของ Mukherjee S.¹⁰ ที่ทำการศึกษาเรื่องโรคที่มีผลมาจากการดื่มสุรา และผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง ก็พบว่า แอลกอฮอล์มีผลกระทบในการทำลายสมองหลายส่วน และงานวิจัยของ Pirmohamed M. และคณะ³ ที่ทำ การศึกษาเรื่อง ผลจากการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิดของ คนไข้ในโรงพยาบาลทั่วไปที่ตั้งในเขตปริมณฑลที่พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรคทางกาย เป็นผลกระทบมาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และร้อยละ 26 ของผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุมีสาเหตุจากการดื่มสุรา

2. ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่จะมีการประเมิน CIWA-Ar score พบว่า มีการประเมิน CIWA-Ar score 58 ราย คิดเป็น ร้อยละ 26.98 ซึ่งเมื่อวิเคราะห์แยกผู้ป่วยตามกลุ่มโรค และทีมที่ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.21 นอนแผนกอายุรกรรม ซึ่งสัมพันธ์กับกลุ่มโรคของผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาล ที่เป็นกลุ่มโรคของแผนกอายุรกรรมมากกว่าศัลยกรรม ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับแผนกอายุรกรรม พบว่า ได้รับการ ประเมิน CIWA-Ar ร้อยละ 25.90 ส่วนในแผนก ศัลยกรรมได้รับการประเมิน CIWA-Ar ร้อยละ 30.61

ซึ่งจากการสอบถามพยาบาลผู้ป่วยในก็พบว่า พยาบาล ส่วนใหญ่ไม่คุ้นชินกับกลุ่มคนไข้ที่มีอาการทางจิตเวช เนื่องจากที่ผ่านมา 5 ปี โรงพยาบาลไม่มีจิตแพทย์ จึงส่งผลให้ขาดความรู้และทักษะในการประเมินและ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ อีกทั้งไม่รู้จักและไม่มั่นใจในการใช้ แบบประเมิน CIWA-Ar score จึงส่งผลให้ไม่ได้นำมา ประยุกต์ใช้ในงานประจำ อีกทั้งงานประจำก็มีปริมาณ ที่ค่อนข้างมากด้วย ทั้งงานด้านการดูแลพยาบาลผู้ป่วย ตลอดจนงานเอกสาร ซึ่งสะท้อนถึงการทำงานเป็นทีม ในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับงานวิจัยของจิราภรณ์ เต ชะอุดมเดช, เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย และ เดชา ทำดี¹¹ ที่ทำการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผล ของการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คือ ปัจจัยด้านสภาพ แวดล้อมหรือบริบทในการทำงานเป็นทีม องค์ประกอบ และคุณลักษณะของทีม และกระบวนการทำงานของทีม โดยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วย การได้รับการ จัดสรรทรัพยากรในการทำงานอย่างเพียงพอ ความ สามารถในการมอบหมายงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย บรรยากาศแห่งความไว้วางใจซึ่งกันและกันในการ ตัดสินใจและการปฏิบัติงาน การยอมรับฟังความคิด เห็นจากสมาชิกในทีม การยอมรับความผิดพลาดที่ เกิดขึ้นร่วมกันว่าเป็นความบกพร่องของทีม รวมถึง ระบบการ ประเมินผลการปฏิบัติงาน และระบบการ ให้รางวัลอย่างเป็นธรรม ปัจจัยด้านองค์ประกอบและ คุณลักษณะของทีมประกอบด้วย สมาชิกในทีมการ พยาบาลมีความรับผิดชอบที่เหมาะสมกับภารกิจของ งาน สมาชิกในทีมปฏิบัติงานแทนกันได้ สมาชิกในทีม ทุกคนให้ความสำคัญกับผลงานของทีมมากกว่าผลงาน ส่วนบุคคล สมาชิกในทีมมีความเปิดเผยต่อกัน มีความ ประนีประนอมกัน มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความ ผูกพันเหนียวแน่นต่อกัน มีความเชี่ยวชาญหลากหลาย ด้านและทีมการพยาบาลมีจำนวนสมาชิกที่เหมาะสม

ทำให้สมาชิกในทีม มีการติดต่อสื่อสารกันได้ง่าย และ กระบวนการในการทำงานเป็นทีม ได้แก่ การติดต่อสื่อสารแบบเปิดกว้าง ความไว้วางใจกันภายในทีม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในทีมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันกับความสำเร็จของการทำงานเป็นทีม

ส่วนของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 40.7 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมิน พบภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 5.1 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดทั้ง 2 กลุ่ม คือ ภาวะ Alcohol withdrawal state, with delirium เกิดร้อยละ 34.48 ในกลุ่มที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score และเกิดร้อยละ 3.82 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมิน และยังพบว่าภาวะ Alcohol withdrawal state, with convulsion จะพบเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินด้วย CIWA-Ar score เท่านั้น และเมื่อพิจารณาจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการถอนพิษสุรา พบว่าของโรงพยาบาลพังงามีเพียงร้อยละ 13.49 ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับที่ นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ¹² ได้กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยที่มีอาการติดแอลกอฮอล์ จะมีน้อยกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่จะเกิดอาการถอนพิษสุราแบบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษ แต่ทว่าจำนวนของผู้ป่วยที่เกิดภาวะถอนพิษสุราอย่างรุนแรงจนเกิดอาการเพื่อสับสนก็มากกว่า ซึ่งพบเพียงร้อยละ 5 แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าของโรงพยาบาลพังงาพบอาการรุนแรงถึงขั้นสมองสับสนจากภาวะถอนพิษสุราสูงถึง 26 ราย ร้อยละ 12.09 ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ Mainerova B. และคณะ¹³ เรื่อง ภาวะเพื่อสับสนจากภาวะถอนพิษสุรา การวินิจฉัย ระยะเวลา ดำเนินโรค และการรักษาที่พบว่าภาวะเพื่อสับสนจะเกิดขึ้นร้อยละ 5 - 20 ในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา ซึ่งอัตราการเกิดจะแตกต่างกันในแต่ละงานวิจัย โดยอยู่ในช่วงร้อยละ 1.25 - 33

การผูกมัดผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score ได้รับ

การผูกมัดจำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.2 มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar score ที่ได้รับการผูกมัด จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8 ซึ่งน้อยกว่างานวิจัยของวงเดือน เพชรสังหาร¹⁴ ที่ทำการวิจัยเรื่อง พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลบรบือ ที่พบว่า ได้รับการผูกมัดร้อยละ 73.54 ในส่วนของอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลพังงาพบว่า มีผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 2.32 ซึ่งสอดคล้องกับพื้นฐานภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ และสุนทร ศรีโกสย² ที่บอกว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะอยู่ที่ร้อยละ 1 - 30 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Foy A.¹⁵ ที่ศึกษาเรื่องการดำเนินโรคของภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลทั่วไปที่กล่าวว่า อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวอยู่ที่ร้อยละ 1 - 5

ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการประเมินด้วย CIWA-Ar เสียชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการประเมิน แต่ไม่นับสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเมื่อทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตทั้งหมด 5 ราย พบว่ามีการเสียชีวิตจากระบบหายใจล้มเหลว ภาวะแทรกซ้อนเมตาบอลิก การติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตจากการดื่มยาฆ่าหญ้า ซึ่งสัมพันธ์กับ Kaplan H.I. & Sadock B.J.¹⁶ ที่ได้กล่าวไว้ว่าเมื่อมีอาการของภาวะสมองสับสนจากภาวะถอนพิษสุราเกิดขึ้นแล้วจะมีอัตราตายถึงร้อยละ 20 ซึ่งสาเหตุการตายเกิดเนื่องจากโรคปอดบวม โรคไต โรคตับ โรคหัวใจล้มเหลว และงานวิจัยของ Barclay G. A.¹⁷ ที่ทำการศึกษารื่องผลกระทบทางร่างกายที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ในทางที่ผิดที่กล่าวว่า การเสียชีวิตของผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์ อาจเกิดจากระบบทางเดินหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลว หรือจากการสำลักอาหาร อีกทั้งหัวใจเต้นผิดจังหวะก็อาจจะเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้ ในผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมาก และกล่าวว่าประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสับสนจากภาวะถอนพิษสุรา จะเสียชีวิตจากการเกิดเหตุการณ์

ทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะแทรกซ้อนทางเมตาบอลิก ระบบหายใจล้มเหลว หรืออุบัติเหตุ

จากผลการศึกษาที่พบว่า การใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score ว่างมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการได้รับการผูกมัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัมพันธ์กับการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่จะมีการประเมิน CIWA-Ar score หลังจากผู้ป่วยเริ่มมีอาการวุ่นวายแล้วและสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน CIWA-Ar ที่พบว่าเกิดภาวะเพื่อสืบสนจากภาวะถอนพิษสุราถึงร้อยละ 34.48 เช่นเดียวกับที่พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ และสุนทร ศรีโกสโย² กล่าวไว้ว่า อาการถอนพิษสุราจะเกิดภายหลังจากการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มในผู้ติดสุราซึ่งอาการดังกล่าวจะค่อยๆ เริ่มเกิดขึ้นหลังระดับแอลกอฮอล์ในเลือดลดต่ำลง ดังนั้นภาวะถอนพิษสุราดังกล่าวสามารถป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ หรือถ้าเริ่มมีอาการก็สามารถป้องกันอาการถอนพิษสุราแบบรุนแรงได้โดยในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุราที่มีความเสี่ยงในการเกิดอาการถอนพิษสุราควรจะได้รับประเมินและติดตามอาการถอนพิษสุราอย่างต่อเนื่อง จนพ้นระยะของการเกิดอาการถอนพิษสุรา ซึ่งก็จะสัมพันธ์กับการผูกมัดผู้ป่วย เนื่องจากการผูกมัดผู้ป่วย เป็นการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องของสภาพทางจิต ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ ตลอดจนผู้ป่วยที่มีภาวะเพื่อสืบสน เพื่อช่วยรักษาหรือป้องกันบาดเจ็บหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์ จากงานวิจัยเรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดโดยนันทวิธ ลิทธิรักษ์และคณะ¹⁸ ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะเพื่อสืบสนจากภาวะถอนพิษสุราผู้ป่วยก็จะไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ และเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายทั้งต่อตัวผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ จึงนำมาสู่การได้รับการผูกมัดดังกล่าว

ข้อจำกัด

1. ผู้วิจัยออกแบบงานวิจัยเป็นการศึกษาย้อนหลัง เพื่อต้องการประเมินและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ ด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar score ที่ได้นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แล้วเป็นระยะเวลา 3 ปี เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบระบบต่อไป

2. ข้อมูลที่ใช้ศึกษามาจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ทำให้มีข้อจำกัดเรื่อง การบันทึกข้อมูลของแพทย์ที่ดูแลและทีมพยาบาล ตลอดจนอาจจะมีผลต่างทั้งในปัจจัยจากตัวผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว ความแข็งแรงของผู้ป่วย ปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ระยะเวลาการดื่ม แอลกอฮอล์ รวมถึงตัวแปรของทีม เช่น จำนวนผู้ป่วยในแต่ละเวร ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนของผู้ป่วย ส่งผลให้ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการวิเคราะห์ปัจจัยอื่นๆ ดังที่กล่าวมา

สรุป

การดูแลผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพ กลุ่มผู้ป่วยที่มักจะได้รับ การดูแลในเวลาที่เกิดอาการถอนพิษสุราแบบรุนแรง ซึ่งจะไปสู่การเกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สูงขึ้น การที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดทุพพลภาพและการเสียชีวิต ซึ่งการประเมินเพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดปัจจัยดังกล่าว นอกจากนี้ยังช่วยลดการผูกมัดผู้ป่วยขณะนอนโรงพยาบาลอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. รายงานผลวิจัยเพื่อกระตุ้นให้ทีมแพทย์และทีมพยาบาลของโรงพยาบาลพังงาที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้รับทราบข้อมูลและเกิดความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยเชิงป้องกันแบบองค์รวม และสามารถวางแผนร่วมกันแบบสหวิชาชีพทั้งแพทย์เจ้าของไข้ จิตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนพยาบาลชุมชนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระบบและ

สะดวกต่อการนำไปปฏิบัติจริง

2. ควรมีการพัฒนาในด้านความรู้ ความเข้าใจ โรคและแบบประเมินต่างๆ การฝึกฝน เพื่อให้เกิดความชำนาญในการประเมิน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้แบบองค์รวม ให้กับทีมทางการแพทย์ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือทีมอายุรกรรมและศัลยกรรม

3. ประสานกับโรงพยาบาลเครือข่ายในการนำระบบที่พัฒนาแล้ว ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลเครือข่ายต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือของคุณมาพร อินทวงศ์ ในการให้แนวคิด คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องงานวิจัย ขอขอบคุณทีมเพื่อนแท่นกวิจัยและเจ้าหน้าที่ห้องบัตรโรงพยาบาลฟงงาในการให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. เนื้อแพร เล็กเฟื่องฟู. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภาคใต้. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2558.
2. พันธุนภา กิตติรัตนไพบูลย์, หทัยชนนี บุญเจริญ, และสุนทรีศรีโกสยบรรณการ. แนวเวชปฏิบัติการให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน Clinical Guideline of Alcohol Management in General and Community Hospitals, พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง. กรมสุขภาพจิต; 2549.
3. Pirmohamed M.et al. The burden of alcohol misuse on an inner-city general hospital. Q J Med. 2000; 93: 291-295.
4. แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา. ปทุมธานี: สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู

ผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์; 2558.

5. Mainerova B., Prasko J., Latalova K. Alcohol withdrawal delirium-diagnosis, course, and treatment. Biomed Pap 2015;159: 44–52.
6. สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล. การป้องกันและรักษาภาวะถอนพิษสุรา. แผนงานพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ, พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วन्दาคารพิมพ์; 2553.
7. Sullivan, J.T., Sykora, K., Schneiderman J., Naranjo, C.A., Sells E.M. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict 1989; 84: 1353-57.
8. ณัฐกฤตา ชันดี. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเสพติดแอลกอฮอล์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
9. HUSAIN O.M. et al. Unplanned alcohol withdrawal: a survey of consecutive admissions to an acute medical unit in 2010 and 2011. Q J Med 2013; 106: 43–49
10. Mukherjee S. Alcoholism and its Effects on the Central Nervous System. Current Neurovascular Research. 2013;10(3):256-62.
11. จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย, และเดชา ทำดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของการทำงานเป็นทีมของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่. Nursing Journal 2016;43:117-127

12. นันทวัช สติธิรักษ์. จิตเวช ศิริราช DSM-5/
ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล,
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย
การพิมพ์; 2558.
13. Mainerova B. Alcohol withdrawal
delirium - diagnosis, course and
treatment Biomed Pap Med Fac Univ
Palacky Olomouc Czech Repub.
2015; 159: 44-52.
14. วงเดือน เพชรสังหาร. พัฒนาแนวปฏิบัติ
ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษ
สุรา. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ
2561 ก.ค. 22]. เข้าถึงได้จาก [http://mkho.
moph.go.th/research2018/showdata2.
php?id=65](http://mkho.moph.go.th/research2018/showdata2.php?id=65)
15. Foy A., Kay J. and Taylor A. The course
of alcohol withdrawal in a general
hospital. Q J Med 1997; 90: 253–261
16. Kaplan H.I, Sadock B.J. Synopsis of
psychiatry. 8 th ed. Baltimore: William
& Wilkins; 1998.
17. Barclay G. A., Barbour J., Stewart S.,
Day C. P. & Gilvarry E.. Adverse
physical effects of alcohol misuse.
Advances in Psychiatric Treatment
2008; 14: 139–151.
18. นันทวัช สติธิรักษ์. แนวทางการดูแลผู้ป่วย
ที่ได้รับการผูกมัด. วารสารสมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย. 2552; 54 : 385-398.

