

วิสัญญีมีแนวทางรับมือผู้ป่วยติดสุราทางเวชปฏิบัติอย่างไร

พาพิรุณ น้อยตาแสง*, รัทธา คิมูระ**, พงศธรา วิจิตเวชไพศาล*

*ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

**งานพยาบาลผ่าตัดโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย

How to Handle Alcoholic Patients in Clinically Anesthetic Practice?

Papiroon Noitasaeng*, Rattaya Kimura**, Phongthara Vichitvejpaisal*

*Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand

**Division of Operative Nursing, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok Thailand

สุราเป็นอบายมุขที่บั่นทอนจิตใจของมนุษย์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่เพียงต้องช่วยให้สังคมตระหนักถึงพิษภัยจากสุรานั้น ยังต้องช่วยรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้เขามีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

การดูดซึมแอลกอฮอล์ในทางเดินอาหารขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ดื่ม ปริมาณและระยะเวลาการดื่ม ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและปริมาณที่ถูกกำจัดออก แอลกอฮอล์มีเมตะบอลิซึมที่ตับโดยเอนไซม์ cytochrome P450 การออกฤทธิ์ส่วนใหญ่โดยกดระบบประสาทส่วนกลาง การดื่มมากเป็นระยะเวลานานๆ อาจทำให้เกิดภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษและภาวะติดสุราเรื้อรัง ส่วนการหยุดอย่างกะทันหันทำให้เกิดภาวะลงแดงได้

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินร่างกายทุกระบบอย่างละเอียดก่อนการระงับความรู้สึก โดยปกติ แนะนำให้วิตามินบี 1 เพื่อลดอาการทางสมองจากแอลกอฮอล์ ในการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย บุคลากรวิสัญญีควรพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจอย่างรวดเร็วด้วยการกดกระดูกไครคอยด์ เนื่องจากผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสำลักเข้าปอดได้ ควรเพิ่มความระวังการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับบกพร่อง เนื่องจากตับสร้าง albumin ลดลง ทำให้ปริมาณยาอิสระในพลาสมาเพิ่มขึ้น ประกอบกับ volume of distribution เพิ่มขึ้น และการทำงานของเอนไซม์ cytochrome P450 อาจส่งผลให้ยาออกฤทธิ์ยาวนานขึ้น และเพราะแอลกอฮอล์รบกวนการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้

Liquor is socially demeaning that frustrates human heart and soul. However, its consumption has tendency to increase annually. Medical personnel have responsibilities not only to educate and prevent society from intoxicating liquor but also to nurse and foster their patients back to normal lives.

Alcohol absorption through gastrointestinal tract depends upon physical condition, volume and duration of drinking, plasma concentration and excretion. Alcohol is metabolized in liver by enzyme cytochrome P450. It mainly depresses the central nervous system. Heavy and extensive drinking can cause alcohol intoxication and chronic alcohol dependence; however, abrupt halt of ingestion can be alcohol withdrawal.

Preoperative evaluation is crucial prior to commence of anesthesia. Normally, administration of thiamine is recommended to alleviate alcoholic encephalopathy. In general anesthesia, personnel should perform rapid sequence intubation with cricoid pressure as patients are at risk of pulmonary aspiration. As a precaution, patients with liver impairment have decreased plasma albumin resulting in less enzyme cytochrome P450, more free drugs and volume of distribution as well as prolong anesthetic effects. Since liquor drinking impedes organs function repetitively, these affect patients to have long hospital stays after surgery.

Correspondence to: Phongthara Vichitvejpaisal, M.D., Ph.D., E-mail: phongthara@gmail.com

Received 7 Nov 2019, Revised 27 Nov 2019, Accepted 6 Dec 2019

ผู้ป่วยต้องพักฟื้นในโรงพยาบาลนานกว่าปกติภายหลังการผ่าตัด

คำสำคัญ: การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด, การระงับความรู้สึก, สุรา, แอลกอฮอล์

Keywords: anesthesia, alcohol, liquor, preoperative assessment

วิทยุสาร 2563; 46(4): 266-72. • Thai J Anesthesiol 2020; 46(4): 266-72.

บทนำ

สภาพโดยรวมของมนุษย์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งสังคมคนรอบข้าง เทคโนโลยี นวัตกรรม การเมืองและเศรษฐกิจ ในขณะที่จิตใจของคนแทบจะไม่มีเวลาแบกรับได้ทันกับความโกลาหลวุ่นวายนี้ ทำให้การครองตนด้วยจริยธรรมในธรรม การบริหารจัดการควบคุมปัจจัยค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันถูกกระทบเหินไปหมด มนุษย์ทุกคนจำเป็นต้องดิ้นรนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ในเวลาที่ต้องการการพักผ่อน ซึ่งไม่เพียงเฉพาะทางร่างกายเท่านั้น จิตใจก็ยากที่จะสงบตามไปด้วย เมื่อพักผ่อนนอนหลับไม่ได้ จึงจำเป็นต้องหาที่พึ่งพาจากภายนอก โน้มนำการใช้นอนหลับ ยากล่อมประสาท สารเสพติด บุหรี่และสุรา เข้ามาเติมเต็มในส่วนนี้

สิ่งเหล่านี้กลายเป็นอบายมุขที่คอยซ้ำเติมบั่นทอนจิตใจ ทำให้มนุษย์อ่อนแอยิ่งขึ้นไปอีก และสุราก็เป็นสิ่งที่ดูจะเข้าถึงได้ง่ายในทุกงานสังสรรค์ไม่ว่าเล็กหรือใหญ่ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2560 ปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากในภูมิภาคเอเชีย โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 34 มีอัตราการบริโภคจาก 3.5 เป็น 4.7 ลิตรของปริมาณแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี และคงจะเพิ่มสูงขึ้นอีกมากใน 10 ปีข้างหน้า ทั้งนี้เพราะสุราเป็นสิ่งเสพติดประเภทเดียวที่ไม่มียาแก้พิษระหว่างประเทศควบคุม มีเพียงกฎเกณฑ์ของสังคมโลกเท่านั้นที่เห็นพ้องต้องกันว่า จำเป็นต้องจัดการปัญหาแอลกอฮอล์อย่างจริงจัง¹ เพราะระดับแอลกอฮอล์ในเลือดในระยะเฉียบพลันจะสัมพันธ์กับการเสียชีวิตและการบาดเจ็บที่เพิ่มขึ้นทั้งที่เจตนาและไม่เจตนา² (ตารางที่ 2)

ปี พ.ศ. 2554-2558 องค์การอนามัยโลกระบุว่าประเทศไทยมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเป็นอันดับที่ 78 ของโลก เฉลี่ย 6.8-7.1 ลิตรต่อคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้หญิง คิดเป็นค่าใช้จ่ายค่าสุราคนละ 509 บาทต่อวัน หรือประมาณ 6,108 บาทต่อปี³

นอกเหนือจากการรณรงค์เพื่อให้สังคมตระหนักถึงผลเสียและพิษภัยจากการดื่มสุราแล้ว บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงพยาธิสรีรวิทยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อผู้ดื่ม อันเป็นต้นเหตุ

ชักนำผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้มีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขต่อไป

สุรา

สุราเป็นยาเสพติดประเภทที่ 3 ตามการแบ่งประเภทขององค์การอนามัยโลก และเป็นยาเสพติดประเภทที่ 5 ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปี พ.ศ.2522 (ตารางที่ 1) มีสารออกฤทธิ์ที่สำคัญ คือ ethyl alcohol ซึ่งเป็นสารอินทรีย์ประกอบด้วยคาร์บอน ไฮโดรเจน และออกซิเจน⁴ ลักษณะเป็นของเหลว ใส ระเหยง่าย ละลายน้ำได้ดี และติดไฟง่าย ร้อยละ 95 ของสุราที่ดื่มเข้าสู่ในร่างกาย จะถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือด โดยผ่านเยื่อในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้นอย่างรวดเร็ว จากนั้นจะถูกส่งต่อไปยังตับผ่านกระบวนการเมตาบอลิซึมด้วยเอนไซม์ alcohol dehydrogenase และ cytochrome P450 เปลี่ยนแอลกอฮอล์เป็น acetaldehyde และ acetate ตามลำดับ²

แอลกอฮอล์เป็นสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและสมอง (psychoactive substance) โดยกดระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลต่อการรับรู้อารมณ์ ความมีสติ ความสามารถในการแสดงออกและพฤติกรรม⁴

ปัจจัยที่แอลกอฮอล์มีผลต่ออวัยวะการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรังขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของผู้ดื่ม ปริมาณการดื่ม ระยะเวลาการดื่ม ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและปริมาณที่ถูกกำจัดออกจากร่างกาย⁵

การดื่มในขณะท้องว่าง แอลกอฮอล์จะถูกดูดซึมและมีระดับสูงสุดในเลือดภายในเวลา 30 นาทีถึง 2 ชั่วโมง แต่ถ้าดื่มในระหว่างอาหาร แอลกอฮอล์จะมีระดับสูงสุดภายในเวลา 1-6 ชั่วโมง⁴

ประเภทของสุรา⁶

สุราแช่หรือสุราหมัก (fermentation) คือ สุราที่ผลิตได้จากการหมักวัตถุดิบกับเชื้อราและ/หรือยีสต์ มีความแรงของแอลกอฮอล์ไม่เกิน 15 ดีกรี ได้แก่ ไวน์ ไวน์คูลเลอร์ สปาร์คกลิงไวน์ แชมเปญ สาโท สาเก อุ กระแช่ น้ำตาลเมา เปียร์ เป็นต้น

สุรากลั่น (distillation) คือ สุราที่ผลิตได้จากการกลั่น มีความแรงของแอลกอฮอล์เกิน 15 ดีกรี ได้แก่ วิสกี้ บรั่นดี คอนยัค วอดก้า จิน รัม ตากีล่า เหล้าขาว ลิเคียว เป็นต้น

ภัยจากสุรา

ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ (Alcohol intoxication)

โดยปกติ การดื่มสุราเพื่อสังสรรค์ ที่เรียกว่าการดื่มมาตรฐาน คือเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์เท่ากับ 10 กรัม หรือ 12.5 มิลลิลิตรเทียบเท่าเบียร์ 3.5% ปริมาตร 375 มล. (1 กระป๋อง) หรือไวน์แดง 13.5% ปริมาตร 100 มล. ซึ่งร่างกายสามารถขับออกได้ใน 1 ชั่วโมง^{7,8} ปริมาณดังกล่าวจะทำให้ระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ในเลือด (blood alcohol concentration, BAC) และลมหายใจมีค่าไม่เกิน 50 มก% ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติตามประกาศพระราชบัญญัติจราจรทางบกฉบับใหม่ มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มิ.ย. 2560⁹

แต่การดื่มสุรามากเกินไปที่แนะนำ (ประมาณ 5 เท่า) ในช่วงเวลาสั้นๆ ทำให้ BAC มีค่าสูงกว่า 100 มก% จะเป็นอันตรายต่อร่างกาย เกิดความเสี่ยง (hazardous drinking) นำไปสู่ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ แม้ผู้ดื่มจะไม่มีโรคหรือความเจ็บป่วยใดๆ มาก่อน ผู้ดื่มจะเริ่มมีความรู้สึกเคลิบเคลิ้ม หูแว่ว ภาพหลอน การเคลื่อนไหวของลูกตาคิดปกติ พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง เสียความสามารถในการทรงตัว⁵ ถ้า BAC เพิ่มขึ้นไปอีก จะรบกวนการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้ความดันเลือดต่ำ อุณหภูมิกายลดลง หมดสติไม่รู้สึกตัว โคม่า และเสียชีวิตได้ในที่สุด¹⁰ (ตารางที่ 2)

ภาวะติดสุราเรื้อรัง¹¹

ถ้าผู้ดื่มมีพฤติกรรมแสดงออก ความรู้สึกรับผิดชอบ ความนึกคิด ความรู้ความเข้าใจและสติปัญญาเปลี่ยนแปลงไป มีแรงผลักดันในการอยากดื่ม ควบคุมจำกัดปริมาณการดื่มไม่ได้ ผู้ดื่มจะกลายเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราเรื้อรัง โดย ICD-10 (international classification of diseases and related health problems) และ DSM IV-TR (diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision) กำหนดไว้ว่า ผู้ป่วยต้องมีอาการแสดงอย่างน้อย 3 ลักษณะในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา ต้องการปริมาณเพิ่มมากขึ้นเป็นเวลานานๆ มีอาการกระวนกระวายแสวงหาเพื่อการเสพ ควบคุมตัวเองลำบาก ต้องปลีกตัวออกจากเพื่อนฝูง ทั้งนี้ผู้ป่วยทราบถึงโทษของการดื่มสุราที่มีต่อร่างกายและจิตใจเป็นอย่างดี

ภาวะลงแดงจากแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal)⁵

การดื่มสุราปริมาณมากเป็นประจำและเป็นระยะเวลา นาน แต่หยุดหรือลดปริมาณการดื่มลงอย่างฉับพลัน ผู้ป่วยจะแสดงลงแดง คือมีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นเร็ว ได้ในระยะเวลา 6-48 ชั่วโมง นานถึง 2-10 วัน ในรายที่มีอาการรุนแรง อาจชัก มีจิตประสาทหลอน (delirium tremens) ได้ใน 24-48 ชั่วโมง

ตารางที่ 1 การแบ่งประเภทยาเสพติดขององค์การอนามัยโลกและพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ¹²

องค์การอนามัยโลก	พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษปีพ.ศ. 2522
1. ประเภทฝิ่นหรือมอร์ฟีน รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน ได้แก่ opium, morphine, heroin, meperidine	ประเภท 1 ยาเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น heroin, amphetamine, met-amphetamine, ecstasy และ LSD (lysergic acid)
2. ประเภทยา Barbiturate รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน ได้แก่ secobarbital, aminobarbital paraldehyde, diazepam, meprobamate ไม่อนุญาตให้จำหน่ายในร้านขายยาทั่วไป ต้องได้รับการจ่ายยาโดยแพทย์เท่านั้น	ประเภท 2 ยาเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น morphine, cocaine, codeine, opium
3. ประเภทแอลกอฮอล์ ได้แก่ เหล้า เบียร์ วิสกี้	ประเภท 3 ยาเสพติดให้โทษที่มีลักษณะเป็นตำรับยา และมียาเสพติดให้โทษในประเภท 2 ผสมอยู่ด้วย เช่น ยาแก้ไอ ยาแก้ท้องเสีย
4. ประเภท amphetamine ได้แก่ amphetamine, met-amphetamine	ประเภท 4 สารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 1 หรือ 2 เช่น acetic anhydride, acetic chloride
5. ประเภท cocaine ได้แก่ cocaine, coca leaf	ประเภท 5 ยาเสพติดให้โทษที่มีได้เข้าอยู่ในประเภท 1-4 เช่น กัญชา พืชกระท่อม
6. ประเภทกัญชา ได้แก่ ใบกัญชา ยางกัญชา	
7. ประเภทใบกระท่อม	
8. ประเภทหลอนประสาท ได้แก่ diethylamide-LSD, dimethyltryptamine-DMT, mescaline, morning glory seeds, thorn apple (ต้นลำโพง) เห็ดเมาบางชนิด	
9. ประเภทอื่นๆ นอกเหนือจาก ๘ ประเภทข้างต้น ได้แก่ สารระเหยต่างๆ เช่น ทินเนอร์ เบนซิน น้ำยาล้างเล็บ ยาแก้ปวด และนูทรี	

ตารางที่ 2 อาการของระบบประสาทส่วนกลางต่อระดับแอลกอฮอล์ในเลือด¹³

ระยะ	ระดับ BAC (มิลลิกรัม%)	อาการของระบบประสาทส่วนกลาง
ตึกตัก	30-120	อารมณ์อ่อนคลาย เพ้อฝัน เชื้อมันในตนเอง พูดคุยมากขึ้น สมาธิสั้นลง การตัดสินใจช้าลง สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อมัดเล็ก ๆ เช่น การพูด สายตาการมองเห็นถูกกระทบ
เฉื่อยชา	90-250	ง่วงซึม ปฏิกริยาตอบสนองช้าลง สูญเสียความจำและการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น เดินเซ สายตาพร่ามัว
สับสน	180-300	สับสน วุ่นวาย คลื่นไส้อาเจียนอย่างรุนแรง สูญเสียการรับรู้ถึงความเจ็บปวด สูญเสียการควบคุมกล้ามเนื้อทุกส่วน พูดไม่ได้ มือเท้าสั่น
ซึม	250-400	จำเหตุการณ์ไม่ได้ ไม่รู้ตัวเป็นพักๆ หรือหมดสติ ควบคุมการหายใจไม่ได้ เสี่ยงต่อการสำลัก ควบคุมการขับถ่าย ไม่ได้ ยืนทรงตัวไม่ได้ การเต้นของหัวใจช้าลง
หมดสติ	350-500	หมดสติ หรือโคม่า สูญเสียการตอบสนองของร่างกาย การเต้นของหัวใจและการหายใจช้าลงมาก เสียชีวิต

การดูแลผู้ป่วย

ในระยะเฉียบพลัน

โดยเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและได้รับบาดเจ็บทางสมอง แพทย์จำเป็นต้องให้การวินิจฉัยแยกออกจากฤทธิ์ที่แอลกอฮอล์กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปฏิกริยาการตอบสนองช้าลง สับสน กระสับกระส่ายและง่วงซึม (BAC = 200-300 มก%) หมดสติหรือโคม่า (BAC > 400 มก%)¹⁴

ผล BAC ในเลือดเมื่อแรกได้รับเปรียบเทียบกับผลการรักษาในเวลาต่อมา มีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยรวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น เพราะเมื่อระดับ BAC ลดลงแต่ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น แสดงว่ารอยโรคเป็นผลจากอุบัติเหตุโดยตรง อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดทางกฎหมายและสิทธิผู้ป่วย การตรวจ BAC จะกระทำได้อีกต่อเมื่อได้รับการร้องขอจากเจ้าพนักงานตำรวจ และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรบันทึกลงในเวชระเบียนเท่านั้น แพทย์ไม่สามารถสั่งตรวจเพื่อการรักษาได้ด้วยตัวเอง

ด้วยเหตุนี้ ผู้ป่วยดื่มสุราและได้รับอุบัติเหตุทางสมอง ถูกจัดเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต (emergency life threatening condition) การประเมินและดูแลผู้ป่วยแรกเริ่ม ถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุด (golden period) บนหลักการ advanced trauma life support (ATLS) ซึ่งประกอบด้วย การตรวจเบื้องต้น (primary survey) การช่วยชีวิต (resuscitation) การตรวจอย่างละเอียดและการรักษาโดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (secondary survey) และการรักษาเฉพาะเจาะจง ได้แก่ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทำงานร่วมกันของแพทย์หลายสาขา เช่น ศัลยแพทย์ วิกฤติแพทย์ และพยาบาลห้องผ่าตัด (definitive care)¹⁵ เป็นต้น

ในส่วนของการตรวจเบื้องต้นและการช่วยชีวิต ใช้แผน A-B-C-D-E คือ¹⁵ airway with cervical spine

control, breathing and Ventilation, circulation and hemorrhagic control, disability & neurologic evaluation และ exposure/environmental control

ในระยะเรื้อรัง¹⁶

การรักษาผู้ติดสุราเรื้อรัง มีเป้าหมายเพื่อลดปริมาณจนไปถึงการเลิกดื่มให้สำเร็จ รักษาภาวะแทรกซ้อนฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติงาน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

1. ด้านร่างกาย (biological treatment) เป็นการรักษาโดยใช้ยาบำบัด เพื่อควบคุมการดื่ม หรือหยุดดื่ม เช่น ยา disulfaram, antabuse, acium, carbiminde, netrezone หรือ nalmifene เป็นต้น
2. ด้านจิตใจ เป็นการรักษาอาการลงแดงจากแอลกอฮอล์ด้วยยา benzodiazepines, β -antagonists หรือ α 2-antagonist
3. ด้านจิตสังคม เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจของผู้ป่วยให้เข้มแข็ง ตั้งใจให้ความร่วมมือในการรักษา เพื่อตนเองจะสามารถควบคุมพฤติกรรมการดื่มหรือหยุดดื่มให้นานที่สุด เช่น จิตบำบัดแบบประคับ ประคอง (supportive psychotherapy) การให้คำปรึกษา (counseling) การเสริมสร้างทักษะชีวิต (life skill) ตลอดจนพฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เป็นต้น

การระงับความรู้สึก

การประเมินก่อนการระงับความรู้สึก^{5,17}

ผู้ป่วยที่มีภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษแต่พยาธิสภาพของโรคไม่รุนแรงควรรวเลื่อนการผ่าตัดออกไปก่อน จนกว่าสภาพร่างกายและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในภาวะปกติ แต่ถ้เป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินอย่าง

ละเอียด เฝ้ารอภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งเตรียมแนวทางป้องกันและรักษาให้พร้อม²

1. ปรับสภาพจิตใจ ความวิตกกังวล อาการร้อนน กระสับกระส่าย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการลงแดงจาก แอลกอฮอล์

2. ปรับพื้นฐานทางสติปัญญา การรับรู้ของผู้ป่วย ชักซ้อมความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด

3. สำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติโรคพิษสุราเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาด้วยวิตามิน B1 (thiamine) 100 มก/วัน เป็นเวลา 3-5 วัน เพื่อป้องกันกลุ่มอาการ Wernicke-Korsakoff ผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ จำเป็นต้องให้ thiamine ก่อนการบริหาร glucose เนื่องจากร่างกายต้องใช้ thiamine เป็น cofactor ในกระบวนการ glucose metabolism

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อาจเกิดจากการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายลดลง หรือจากความดันเลือดสูง นอกจากการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแล้ว อาจจำเป็นต้องประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ด้วย echocardiography

5. ระบบหายใจ เนื่องจากปฏิกิริยาการไอและการขย้อน (cough และ gag reflex) ของผู้ป่วยลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการสำลักและการติดเชื้อในปอดได้ง่ายขึ้น

6. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาภาวะวิตกกังวลเฉพาะส่วน เนื่องจากผู้ป่วยที่ติดสุราเรื้อรัง จะมีภาวะขาดวิตามินดี ซึ่งมีผลสำคัญในการดูดซึม แคลเซียม และส่งผลต่อการทำงานของกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย¹⁸

7. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากการตรวจทั่วไปแล้ว จำเป็นต้องตรวจ liver function โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคตับจากแอลกอฮอล์ (alcoholic liver disease)

การดูแลผู้ป่วยระหว่างการระงับความรู้สึก^{5,17}

ผู้ป่วยที่มีภาวะดื่มสุราเรื้อรัง ควรพิจารณาให้การระงับความรู้สึกแบบ rapid sequence induction เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มี delayed gastric emptying time อีกทั้งมีการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อหลอดทางเดินอาหารส่วนล่าง (lower esophageal sphincter) ทำให้เสี่ยงต่อการสำลักได้ง่าย

ผู้ป่วยติดสุราและมีหน้าที่การทำงานของตับบกพร่อง จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงเภสัชจลนศาสตร์ของยาบางชนิด เนื่องจากตับสร้าง albumin ลดลง ทำให้ปริมาณยาอิสระในพลาสมาเพิ่มขึ้น ประกอบกับ volume of distribution (VD) เพิ่มขึ้น และการทำงานของเอนไซม์ cytochrome P450 ที่เกี่ยวข้องกับเมแทบอลิซึมของยาลดลง อาจส่งผลให้ยาออกฤทธิ์ยาวนานขึ้น

ปฏิกิริยาต่อกันของยา^{2,5,19}

แอลกอฮอล์มีปฏิกิริยาต่อยาระงับความรู้สึกในหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับชนิดของยาระงับความรู้สึก อาจให้ผลเป็นการเสริมฤทธิ์หรือหักล้างฤทธิ์กันก็ได้ การเสริมฤทธิ์อาจมากมายจนทำให้เกิดพิษต่อร่างกาย ในทางตรงข้าม การหักล้างฤทธิ์กันอาจส่งผลให้ยาระงับความรู้สึกออกฤทธิ์ลดลง

ยานำสลบ ยานอนหลับ ยาแก้ปวดประสาท^{2,5,19}

สำหรับผู้ที่ดื่มสุราในระยะเฉียบพลัน ควรลดปริมาณ propofol และ thiopental ลง เพราะต่างใช้เอนไซม์ cytochrome P450 เพื่อการเมแทบอลิซึมร่วมกัน อีกทั้งการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณน้อย ระยะเวลาไม่นานและไม่สม่ำเสมอ จะเกิดผลแบบ non-specific inhibitory cytochrome P450 ทำให้การเมแทบอลิซึมยาลดลง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องลดปริมาณยาลง

ส่วนในระยะเรื้อรัง ควรปรับปริมาณ propofol เพิ่มขึ้น เพราะร่างกายกระตุ้น cytochrome P450 เพิ่มขึ้น และเพราะการดื่มสุราเป็นระยะเวลานานๆ จะกระตุ้นให้การทำงานของ microsomal (induction) enzymes เพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องใช้ยาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ไม่มีหลักฐานที่บ่งบอกถึงการปรับขนาด Thiopental ในกรณีนี้อย่างชัดเจน^{20,21}

แอลกอฮอล์เสริมฤทธิ์ยาในกลุ่ม benzodiazepines ได้แก่ midazolam, diazepam, alprazolam ทำให้ออกฤทธิ์แรงและนานขึ้น

ยาดมสลบทุกตัว^{2,5,19}

ผู้ป่วยที่ดื่มสุราในระยะเฉียบพลัน จำเป็นต้องลดการบริหารยาดมสลบทุกตัวเพราะ minimum alveolar concentration (MAC) ลดลง สำหรับในระยะเรื้อรัง ผู้ป่วยมีความต้องการยาดมสลบเพิ่มขึ้น เนื่องจาก MAC เพิ่มขึ้น

ยาแก้ปวด^{2,5,19}

แอลกอฮอล์จะเสริมฤทธิ์ morphine, meperidine, fentanyl และการที่เมแทบอลิซึมของยาลดลง จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังในการบริหารยาซ้ำ ยกเว้น remifentanyl ซึ่งถูกเมแทบอลิซึมและขับถ่ายโดยไม่ผ่านตับ

ยาหย่อนกล้ามเนื้อ^{2,5,19}

แอลกอฮอล์จะเสริมฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อทุกชนิด ทั้ง depolarizer และ non-depolarizer ทำให้ยาออกฤทธิ์ได้นานขึ้น ประกอบกับยาหย่อนกล้ามเนื้อเองช่วยเสริมฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางของแอลกอฮอล์ด้วย

การที่ยาหย่อนกล้ามเนื้อส่วนใหญ่ออกฤทธิ์ที่ตับ จึงต้องเพิ่มความระมัดระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยที่มีการทำงานของตับบกพร่อง ยกเว้น atracurium, cisatracurium ซึ่งอาศัย

อุณหภูมิและ pH ที่เหมาะสมในกระบวนการ Hofmann elimination ขับถ่ายยาออกจากร่างกาย

การดูแลผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก^{5,17}

เป็นการรักษาดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากผู้ที่ดื่มสุราเรื้อรัง มีการสูญเสียประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น อาการสับสน ภูมิคุ้มกันลดลง ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เกิดความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพักฟื้นในโรงพยาบาลหรือหออภิบาลนานกว่าปกติและมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตามไปด้วย

สรุป

สุราเป็นอบายมุขที่บั่นทอนจิตใจของมนุษย์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี สุราเป็นสิ่งที่เสพติดประเภทเดียวที่ไม่มีกฎหมายระหว่างประเทศควบคุม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่เพียงต้องให้สังคมตระหนักถึงพิษภัยจากสุรานั้น ยังต้องช่วยรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งเหตุที่เกิดจากสุราหรือผู้ป่วยที่ติดสุราและมารับการรักษาด้วยสาเหตุโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้มีโอกาสกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

การดูดซึมแอลกอฮอล์ในทางเดินอาหารขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายผู้ดื่ม ปริมาณและระยะเวลาการดื่ม ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดและปริมาณที่ถูกกำจัดออก แอลกอฮอล์มีเอนไซม์ที่ตับโดยเอนไซม์ cytochrome P450 ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง การดื่มมากเป็นระยะเวลานานๆ อาจทำให้เกิดภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ ภาวะติดสุราเรื้อรัง ส่วนการหยุดอย่างกะทันหันทำให้เกิดภาวะลงแดงจากแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินร่างกายทุกระบบอย่างละเอียดก่อน ระหว่างและหลังการระงับความรู้สึก เนื่องจากผู้ดื่มสุราสูญเสียประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพักฟื้นในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ นอกจากการรักษาทางด้านร่างกายแล้ว สภาพจิตใจควรได้รับการฟื้นฟูเช่นเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสู่สังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. รุจิกน้ำมาข้ามชาติรุกตลาดเอเชีย ทำยอดขายเครื่องดื่มสูง 34% ในรอบ 7 ปี. Hfocus. [internet]. [cited 2019 Nov 06]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/07/17354>
2. Adams C. Anaesthetic implications of acute and chronic alcohol abuse. Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia. 2010; 16(3): p 42-49.

3. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน กรมประชาสัมพันธ์. สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย/ ข้อเสนอแนะ. [internet]. [cited 2019 Nov 06]. Available from: http://www.asean-thai.net/ewt_news.php?nid=1530&filename=index(<https://dmh.go.th/news/view.asp?id=1234>)
4. Wikipedia. สุรา. [internet]. [cited 2019 Nov 05]. Available from: <https://th.wikipedia.org/wiki/สุรา>
5. Charles J, Henry L, Alan DK. The Anesthetic Implications of Alcoholism. International anesthesiology clinics. 2011;49(1): p 49-65.
6. กรมสรรพสามิต. ความรู้เกี่ยวกับสุราตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 และกฎหมายอื่น. [internet]. [cited 2019 Nov 05]. Available from: <https://www.excise.go.th/cs/groups/public/documents/document/mjaw/mtmx/~edisp/webportal16200131634.pdf>
7. Australian Government Department of Health. Standard drinks guide. [internet]. [cited 2019 Nov 05]. Available from: <https://www.health.gov.au/health-topics/alcohol/about-alcohol/standard-drinks-guide>
8. Jurgen R, Jayadeep P. Guidelines for different countries? On the scientific basis of low-risk drinking guidelines and their implications. Drug and Alcohol Review. 2012;31: p 156-161.
9. กฎกระทรวง ฉบับที่ ๒๑ (พ.ศ. ๒๕๖๐) ออกตามความในพระราชบัญญัติจรรยาบรรณ พ.ศ. ๒๕๖๒. [internet]. [cited 2019 Nov 05]. Available from: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/059/1.PDF>
10. O'Connor PG. Alcohol abuse and dependence. In: Goldman L, Ausiello D, eds. Cecil Medicine. 23rd edition. Philadelphia, Saunders Elsevier; 2007: chap 31.
11. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and statistical manual of mental: DSM-IV-TR disorders. 4th edition. 2000. [Internet]. [Cited 2019 Dec 05]. Available from: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr>
12. กฎหมายไทย. กฎหมายยาเสพติดและบทลงโทษ. [internet]. [cited 2019 Dec 05]. Available from: http://www.thailaws.com/aboutthailaw/knowledge_62.htm
13. ทักษพล ธรรมรังสี, อรทัย วลีวงศ์. สุรา: สารพิษ สารกดสมอง และสารเสพติด. เอกสารวิชาการชุดแอลกอฮอล์และสมอง. [internet]. [cited 2019 Nov 05]. Available from: http://resource.thaihealth.or.th/system/files/documents/11.eksaar-wichaakaarchud_aelkhlaelasmng.pdf
14. ผู้จัดการออนไลน์. แพทย์พบผู้ป่วยอุบัติเหตุกว่าครึ่งเมาสุรา เสนอหมอวัดระดับแอลกอฮอล์ได้เพื่อการรักษา. [Internet]. [cited 2019 Oct 09]. Available from: <https://mgronline.com/qol/detail/9510000154268>

15. Royal Collage of Surgeons of Thailand. การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเมื่อแรกพบ (Resuscitation in Trauma). [Internet]. [cited 2019 Oct 09]. Available from: <http://www.rcst.or.th/view.php?group=8&id=205>
16. Jintaweeporn P. Alcohol Dependence. Journal of Nursing and Education. 2016;9(3): p10-19.
17. Richard C, Felicity P. Alcohol and anaesthesia. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain j. 2009;9(1): p 10-13.
18. Wijnia JW, Wielders J, Lips P, Wiel A, Mulder CL, and Nieuwenhuis KG. Is Vitamin D Deficiency a Confounder in Alcoholic Skeletal Muscle Myopathy?. Alcohol Clin Exp Res. (2013); 37(1): p E209-E215.
19. Ron W, David W. Alcohol and Medication Interactions. Alcohol Research & Health. 1999; 23(1): p 40-54.
20. Ramathibodi Poison Center. Drug metabolism and Cytochrome P450: POISON & DRUG INFORMATION BULLETIN. [internet]. [cited 2019 October 28]. Available from: https://med.mahidol.ac.th/poisoncenter/th/bulletin/bul98/v6n1/Cyp_450
21. Odhiambo F, Chek J.B.L and Moro J.O. Effects of Phenobarbital and carbon tetrachloride on liver enzymes. Journal of Applied Biosciences. 2012; 56: p 4097- 4107.