

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้วิตามินบี 1 ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง

เมธรุจี ทวีสุขศิริ¹

รับบทความ: 22 กรกฎาคม 2565

ปรับแก้บทความ: 31 ตุลาคม 2565

ตอบรับตีพิมพ์: 4 กรกฎาคม 2566

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล: ภาวะขาดวิตามินบี 1 จากการดื่มสุราอาจนำไปสู่ Wernicke-Korsakoff syndrome (WKS) จึงมีคำแนะนำในการให้วิตามินบี 1 ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำ (High-dose parenteral thiamine: HPT) เพื่อป้องกัน WKS การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและรูปแบบการให้วิตามินบี 1 รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา

วัตถุประสงค์และวิธีการ: การศึกษาย้อนหลังเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุราของโรงพยาบาลศูนย์ ช่วงมกราคมถึงพฤษภาคม พ.ศ.2563 เก็บข้อมูลย้อนหลังด้วยการทบทวนเวชระเบียน วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ด้วย chi-square test และ logistic regression

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง 391 ราย พบความชุกของการให้วิตามินบี 1 เท่ากับร้อยละ 78.0 ให้ทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 75.7 เป็นการให้ HPT ร้อยละ 20.7 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ HPT คือ การรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม [Adjusted odds ratio 5.478 (95% CI, p-value < 0.001)] การรักษาในหอผู้ป่วยหนัก [Adjusted odds ratio 9.631 (95% CI, p-value < 0.001)] และระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป [Adjusted odds ratio 2.412 (95% CI, p-value = 0.006)]

สรุป: ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักและระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป มีโอกาสได้รับ HPT สูงกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น แต่โดยรวมร้อยละของผู้ป่วยในที่ได้ HPT เพื่อป้องกันภาวะ WKS อยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราควรพิจารณาการให้ HPT มากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ที่มีปัญหาสุรา, ผู้ป่วยใน, วิตามินบี 1, การให้วิตามินบี 1 ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำ

¹ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

นิพนธ์ผู้รับผิดชอบ: พญ.เมธรุจี ทวีสุขศิริ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 อีเมลล์ pracia26@gmail.com

บทนำ

ภาวะทางกายและทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับสุรา เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สุรา ภาวะทางสุขภาพดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการทำงานของแพทย์ในรูปแบบผู้ป่วยใน จากข้อมูลของต่างประเทศ พบผู้ป่วยที่มีการดื่มสุรามารับการรักษาด้วยแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมากถึงร้อยละ 15.50 – 41.90 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด⁽¹⁻⁷⁾ ซึ่งความชุกที่พบในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสูงกว่าความชุกของผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราที่สำรวจได้ในชุมชน^(3,4,8) ภาวะขาดวิตามินบี 1 จากการดื่มสุราเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนทางสมองได้⁽⁹⁾ โดย Wernicke-Korsakoff syndrome (WKS) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสมองที่ฉุกเฉิน ประกอบด้วยกลุ่มอาการย่อย 2 กลุ่ม คือ เช่น Wernicke encephalopathy (WE) และ Korsakoff syndrome (KS) โดย WE มีลักษณะอาการหลัก 3 อาการ คือ อาการเพ้อหรือสับสน (delirium) ภาวะเสียการทรงตัว (ataxia) และการเคลื่อนไหวของลูกตาผิดปกติ (ophthalmoplegia)^(10,11) โดยอาการเด่นมักเป็นอาการเพ้อหรือสับสน ส่วนอาการที่มักตรวจพบได้ไวกที่สุด คือ การเคลื่อนไหวของลูกตาผิดปกติ⁽¹¹⁾

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการวินิจฉัย WE จะใช้ข้อมูลจากอาการแสดงของผู้ป่วยแต่อาการหลัก 3 อาการนี้ ก็ไม่สามารถยึดเป็นกฎในการวินิจฉัย⁽¹¹⁾ เนื่องจากมีผู้ป่วย WE เพียงร้อยละ 16 ที่แสดงอาการหลักครบ 3 อาการ⁽⁹⁾ นอกจากนี้ ร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัย WE ไม่แสดงอาการหลักดังกล่าว^(12,13) ซึ่งการรักษา WE มีความสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย ถ้า WE ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมผู้ป่วยร้อยละ 20 จะเสียชีวิต โดยผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่มักมีอาการที่พัฒนาไปจนเกิด KS^(11,14) ที่มีลักษณะอาการเป็นปัญหาการสูญเสียความทรงจำ มักแสดงอาการเด่น คือ ภาวะกุเหตุ ความจำเสื่อม (confabulation)⁽¹¹⁾ ในผู้ป่วย KS ถ้าได้รับการรักษาด้วยวิตามินบี 1 พบว่าร้อยละ 25 หายเป็นปกติ ร้อยละ 50 อาการบางส่วนกลับมาเป็นปกติ และร้อยละ 25 ไม่หายเป็นปกติ⁽¹⁴⁾

WKS เป็นกลุ่มอาการที่ป้องกันและรักษาได้หากได้รับการรักษาที่รวดเร็ว แต่บ่อยครั้งการรักษาไม่เกิดขึ้นเนื่องจากขาดความตระหนักในการวินิจฉัย⁽¹⁵⁾ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องเหมาะสม⁽¹³⁾ และข้อมูลจากการชันสูตรศพพบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย WKS ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยในขณะที่มีชีวิตอยู่⁽¹⁴⁾ การใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น serum thiamine concentrations เป็นทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการตรวจวินิจฉัยแต่ไม่เหมาะสมในทางปฏิบัติ เนื่องจากการตรวจนี้ไม่ได้มีในทุกโรงพยาบาล และไม่สามารถใช้ดูแลภาวะฉุกเฉินทางสมองได้ทันเวลา⁽¹⁶⁾ อีกทั้งผลตรวจดังกล่าวยังไม่แปลผลได้ยาก เนื่องจากไม่มีค่าจุดตัดสำหรับการวินิจฉัย WKS และผลการตรวจวิตามินบี 1 ในเลือดไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับวิตามินบี 1 ในสมอง⁽¹⁶⁾ จากความซับซ้อนของอาการแสดงและไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อปัญหาในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วย WKS

วิตามินบี 1 เป็นการรักษาหลักที่มีผลทั้งการป้องกันและรักษา WKS โดยเป็นการรักษาที่ปลอดภัยมีประสิทธิภาพและราคาถูก^(9,10,13) โดยการได้รับวิตามินบี 1 ตั้งแต่ช่วงต้นของการรักษาที่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับโอกาสที่ WKS จะดีขึ้น⁽¹⁷⁾ การให้วิตามินบี 1 สามารถให้ได้ทั้งทางปาก ทางเส้นเลือดดำ หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคจิตติสุรา ร้อยละ 89 ที่ได้รับการรักษาด้วยวิตามินบี 1 ในรูปแบบการให้ยาทางปาก⁽¹⁸⁾ อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการถอนพิษสุราจะสามารถดูดซึมวิตามินบี 1 จากการใช้ยาทางปากได้เพียง 4.5 มิลลิกรัมจากปริมาณทั้งหมด 30 มิลลิกรัม⁽⁶⁾ ดังนั้นการให้วิตามินบี 1 ทางเส้นเลือดดำจึงเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่า และได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีมาตรฐานในการให้วิตามินบี 1 ในผู้ป่วยโรคจิตติสุรา^(9,10,19,20) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้วิตามินบี 1 ทางปากในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุรา คือ การรักษาในแผนกจิตเวช⁽²¹⁾ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้วิตามินบี 1 ทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา คือ การรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive

care unit : ICU) การมีเอกสารที่ช่วยแนะนำแนวทางการให้วิตามินบี 1⁽²¹⁾ และการมีระบบคอมพิวเตอร์ที่ช่วยแนะนำแนวทางการให้วิตามินบี 1⁽²²⁾

ข้อมูลจากหลายองค์กรและสมาคมให้คำแนะนำในการป้องกันและรักษา WKS ในผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาดังกล่าวควรให้วิตามินบี 1 ทางหลอดเลือดดำ ในขนาด 200 – 500 มิลลิกรัมเป็นจำนวน 3 ครั้งต่อวัน ติดต่อกันนานอย่างน้อย 3 วัน หรือจนกว่าอาการจะสงบ^(9,10) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าหลายงานวิจัยให้คำจำกัดความว่าการให้วิตามินบี 1 ทางหลอดเลือดดำในขนาดตั้งแต่ 200 มิลลิกรัมต่อวันขึ้นไปว่าเป็นการให้วิตามินบี 1 ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำ (High-dose parenteral thiamine : HPT)⁽²³⁻²⁷⁾ แต่การศึกษาจากหลายประเทศยังพบปัญหาการให้วิตามินบี 1 ไม่ครอบคลุมและไม่มีประสิทธิภาพ โดยการศึกษาจากประเทศออสเตรเลียพบว่าผู้ป่วยในที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุราได้รับการรักษาด้วยวิตามินบี 1 เพียงร้อยละ 49.5⁽²⁸⁾ และในรายงานการวิจัยหลายเรื่องพบว่ามี การให้วิตามินบี 1 ทางปากในความชุกร้อยละ 42.4 – 89.0 ของการให้วิตามินบี 1 ทั้งหมด^(18,21-24,28) โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา คือ การมีระบบคอมพิวเตอร์ที่ช่วยแนะนำแนวทางการให้ HPT^(22,24)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะขาดวิตามินบี 1 และ WKS ในประเทศไทยพบว่ายังมีการศึกษาน้อย โดยพบเพียงรายงานผู้ป่วย⁽¹⁵⁾ และการวิจัยในประชากรกลุ่มลูกเรือประมง⁽²⁹⁾ แต่ไม่พบการศึกษาถึงการให้วิตามินบี 1 ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุรา การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของการให้วิตามินบี 1 รูปแบบการให้วิตามินบี 1 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ HPT ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลและสามารถนำไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังด้วยระเบียบวิธีวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Retrospective cross-sectional analytic study) ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุราในหอผู้ป่วยทางกายของโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่อนุมัติ CA code 046/2564 ลงวันที่ 23 มิถุนายน 2564 ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์รับเข้าการศึกษาวิจัย (Inclusion criterias)

1. ผู้ป่วยในที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับสุราตามรหัส International Classification of Diseases 10th Revision (ICD-10)⁽³⁰⁾ ดังต่อไปนี้

- F10.0 – F10.9 Mental and behavioral disorders due to use of alcohol (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา)

- E24.4 Alcohol-induced pseudo-Cushing syndrome (กลุ่มอาการคุชชิงเทียมที่เกิดจากสุรา)

- G31.2 Degeneration of nervous system due to alcohol (โรคเสื่อมของระบบประสาทจากสุรา)

- G62.1 Alcoholic polyneuropathy (โรคเส้นประสาทหลายเส้นจากสุรา)

- G72.1 Alcoholic myopathy (โรคของกล้ามเนื้อจากสุรา)

- I42.6 Alcoholic cardiomyopathy (โรคกล้ามเนื้อหัวใจจากสุรา)

- K29.2 Alcoholic gastritis (กระเพาะอาหารอักเสบจากแอลกอฮอล์)

- K70.0 – K70.9 Alcoholic liver disease (โรคตับจากแอลกอฮอล์)

- K85.2 Alcohol-induced acute pancreatitis (ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันจากแอลกอฮอล์)

- K86 Alcohol-induced chronic pancreatitis (ตับอ่อนอักเสบเรื้อรังจากแอลกอฮอล์)

- O35.4 Maternal care for (suspected) damage to fetus from alcohol (การดูแลมารดาที่ทราบหรือสงสัยว่าทารกได้รับอันตรายจากแอลกอฮอล์)

- R78.0 Finding of alcohol in blood (ตรวจพบแอลกอฮอล์ในเลือด)

- Y90.0 – Y90.9 Evidence of alcohol involvement determined by blood alcohol level (หลักฐานว่ามีแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องโดยพิจารณาจากระดับแอลกอฮอล์ในเลือด)

- Y91.0 – Y91.9 Evidence of alcohol involvement determined by level of intoxication (หลักฐานว่ามีแอลกอฮอล์เกี่ยวข้องโดยพิจารณาจากระดับการเป็นพิษ)

- Z72.1 Problem related to lifestyle – alcohol use (การใช้แอลกอฮอล์)

2. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยโรคทางกายของโรงพยาบาลศูนย์ที่ทำการศึกษาวิจัย

3. มีการบันทึกจากพยาบาลในใบบันทึกข้อมูลแรกรับของการพยาบาล ในหัวข้อสุรว่าผู้ป่วยใช้สุรา “เป็นประจำ” (จากตัวเลือกในใบบันทึกข้อมูลที่มีทั้งหมดคือ “ไม่ดื่ม” “นานๆ ครั้ง” และ “เป็นประจำ”)

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษาวิจัย (Exclusion criterias)

1. ข้อมูลเวชระเบียนของช่วงที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลสูญหาย หรือมีข้อมูลไม่ครบถ้วนจากกระบวนการจัดเก็บเวชระเบียน

2. ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาน้อยกว่า 24 ชั่วโมง

3. มีการบันทึกโดยแพทย์ว่าใน 1 เดือนล่าสุดผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดื่มเข้าได้กับเกณฑ์ผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ (low risk drinker)⁽³¹⁾ ซึ่งวัดปริมาณการดื่มในหน่วยดื่มมาตรฐาน (standard drink) โดยคำนียามของ 1 ดื่มมาตรฐาน หมายถึง เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ ประมาณ 10 กรัม ตัวอย่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นับเป็น 1 ดื่มมาตรฐาน ได้แก่ เบียร์ 1 แก้ว (285 มิลลิลิตร)

มีแอลกอฮอล์อยู่ร้อยละ 5 ไลน์ 1 แก้วเล็ก (100 มิลลิลิตร) มีแอลกอฮอล์อยู่ร้อยละ 12 และเหล้า 1 แก้ว (30 มิลลิลิตร) มีแอลกอฮอล์อยู่ร้อยละ 40 เป็นต้น⁽³²⁾ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- เพศชายใช้สุราครั้งละไม่เกิน 4 ดื่มมาตรฐาน และปริมาณเฉลี่ยต่อสัปดาห์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 ดื่มมาตรฐาน

- เพศหญิงใช้สุราครั้งละไม่เกิน 3 ดื่มมาตรฐาน และปริมาณเฉลี่ยต่อสัปดาห์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ดื่มมาตรฐาน

การศึกษาทำในผู้ป่วยทุกรายที่มีปัญหาสุราในหอผู้ป่วยทางกายของโรงพยาบาลในช่วงเวลาดังกล่าวข้างต้น เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์รับเข้าและคัดออกจากการศึกษาวิจัยแล้วได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 391 ราย

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลทำโดยการทบทวนเวชระเบียน (Retrospective chart review) ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้สำหรับการตรวจรักษาผู้ป่วย โดยใช้ชื่อบัญชีและรหัสผ่านสำหรับการเข้าใช้โปรแกรมของผู้วิจัย ระยะเวลาที่ศึกษาในช่วงระหว่างเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 โดยมีเครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราที่มีรายละเอียดในการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

- ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว และการใช้สารเสพติดอื่น

- ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ อาการแรกเริ่ม แผนกที่ได้รับการรักษา และระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล

- ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเรื่องสุราของแพทย์ ได้แก่ การวินิจฉัยโรคติดสุรา การใช้เครื่องมือติดตามการถอนสุรา การให้ benzodiazepine เพื่อป้องกันอาการถอนพิษสุรา และการส่งปรึกษาแผนกจิตเวช

- ข้อมูลเกี่ยวกับการให้วิตามินบี 1 ได้แก่ รูปแบบ ปริมาณ ความถี่ วันแรกที่มีการให้วิตามินบี 1 และประเมินว่าเข้าเกณฑ์การให้ HPT หรือไม่ โดยนิยามของ

HPT คือ การให้วิตามินบี 1 ทางหลอดเลือดดำในปริมาณมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมต่อวัน เนื่องจากเป็นปริมาณที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและรักษา WKS ในผู้ป่วยใน จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวทางปฏิบัติจากหลายองค์กร⁽²³⁻²⁷⁾

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ทำการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS การวิเคราะห์ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยทำการหาความสัมพันธ์ด้วย chi-square test และ logistic regression

ผลการศึกษา

ในช่วงเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรามารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยทางกายเป็นจำนวน 606 ราย (จำนวนผู้ป่วย 463 คน) โดยเป็นการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาน้อยกว่า 24 ชั่วโมงจำนวน 51 ราย และเข้าเกณฑ์คัดออกของผู้ดื่มแบบมีความเสี่ยงต่ำ 164 ราย คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุราตรงตามเกณฑ์ศึกษาวิจัยจำนวน 391 ราย (จำนวนผู้ป่วย 349 คน)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 363 ราย (ร้อยละ 92.8) มีอายุเฉลี่ย 47.23 ปี (SD 12.46) อายุน้อยที่สุด คือ 21 ปี มากที่สุด คือ 89 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 57.8) มีงานทำ (ร้อยละ 77.0) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31.7) มีโรคประจำตัวทางกาย (ร้อยละ 52.4) ไม่มีประวัติโรคประจำตัวทางจิตเวช (ร้อยละ 74.2) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคติดสุราก่อนการรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 77.2) สูบบุหรี่ (ร้อยละ 70.1) ไม่ใช้ยาบ้า (ร้อยละ 96.9) และไม่ใช้กัญชา (ร้อยละ 99.2)

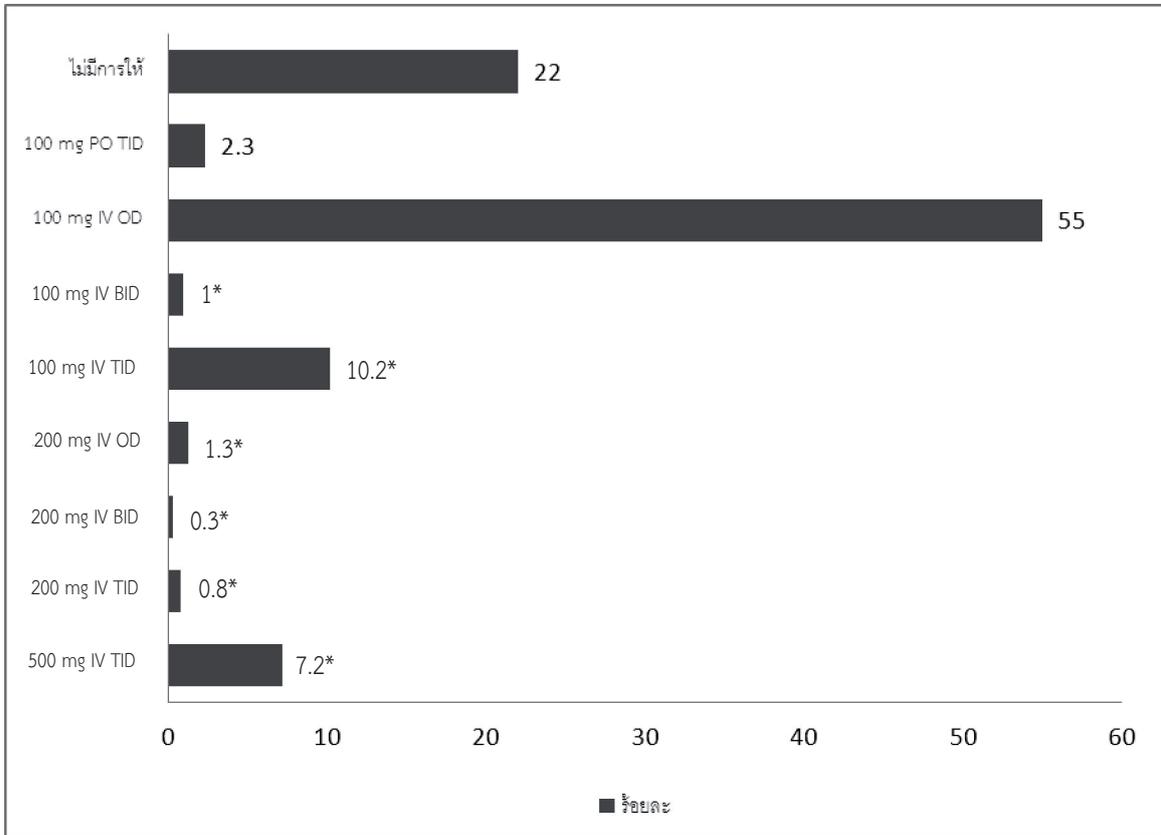
ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแบบผู้ป่วยใน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม (ร้อยละ 70.1) ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ร้อยละ 18.4) มีระยะเวลานอน

โรงพยาบาลเฉลี่ย 6.3 วัน (SD 7.53) ระยะเวลานอนโรงพยาบาลน้อยที่สุด คือ 1 วัน ระยะเวลานอนโรงพยาบาลมากที่สุด คือ 62 วัน อาการแรกเริ่มไม่เกี่ยวกับการเมาสุรา (ร้อยละ 83.9) อาการแรกเริ่มไม่เกี่ยวกับอุบัติเหตุ (ร้อยละ 85.4) และไม่มีผู้ป่วยรายใดที่ได้รับการวินิจฉัย WKS (ร้อยละ 0)

ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเรื่องสุรา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดสุราโดยทีมแพทย์ผู้ดูแล (ร้อยละ 53.5) ไม่ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือติดตามการถอนพิษสุรา (ร้อยละ 81.3) ได้รับ benzodiazepine เพื่อป้องกันอาการถอนพิษสุรา (ร้อยละ 64.7) และไม่มีการส่งปรึกษาแผนกจิตเวช (ร้อยละ 72.9)

ข้อมูลเกี่ยวกับการให้วิตามินบี 1 ความชุกของการให้วิตามินบี 1 ในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 78.0 ส่วนใหญ่มีการให้วิตามินบี 1 ครั้งแรกในวันที่ 1 ของการนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ 70.8) เป็นการให้ทางหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 75.7) การให้วิตามินบี 1 ทางหลอดเลือดดำมักให้ในรูปแบบ 100 mg IV OD (ร้อยละ 55.0) ให้ปริมาณรวมเฉลี่ยต่อวันเท่ากับ 268.6 มิลลิกรัม (SD 407.55) ปริมาณรวมต่อวันน้อยที่สุดเท่ากับ 100 มิลลิกรัม ปริมาณรวมมากที่สุดต่อวันเท่ากับ 1,500 มิลลิกรัม โดยเป็นการให้ HPT 81 ราย (ร้อยละ 20.7) ตามที่แสดงในรูปที่ 1

รูปที่ 1 ความชุกของรูปแบบของการให้วิตามินบี 1 ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา



หมายเหตุ: * คือ ตรงกับนิยามการให้ HPT

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ระหว่างกลุ่มที่มีการให้ HPT กับกลุ่มที่ไม่มีการให้ HPT พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา ได้แก่ การรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป อาการแรกรับไม่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ และการไม่ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือติดตามการถอนพิษสุรา มีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.001, 0.001, 0.001, 0.040$ และ 0.023 ตามลำดับ ตามที่แสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ลักษณะ	จำนวนรวม (ร้อยละ)	ไม่มีการให้ HPT (ร้อยละ)	มีการให้ HPT (ร้อยละ)	P-value
เพศ				0.698
ชาย	363 (92.8)	287 (73.4)	76 (19.4)	
หญิง	28 (7.2)	23 (5.9)	5 (1.3)	
อายุ	เฉลี่ย 47.23 ปี (SD 12.46)			0.884
15 – 39 ปี	99 (25.3)	79 (20.2)	20 (5.1)	
40 – 90 ปี	292 (74.7)	231 (59.1)	61 (15.6)	
การศึกษาสูงสุด				0.132
ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา	237 (60.6)	182 (46.5)	55 (14.1)	
ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป	154 (39.4)	128 (32.7)	26 (6.6)	
อาชีพ				0.112
ว่างงาน	90 (23.0)	66 (16.9)	24 (6.1)	
มีงานทำ	301 (77.0)	244 (62.4)	57 (14.6)	
โรคประจำตัวทางกาย				0.907
มีโรคประจำตัวทางกาย	205 (52.4)	163 (41.7)	42 (10.7)	
ไม่มีโรคประจำตัวทางกาย	186 (47.6)	147 (37.6)	39 (10.0)	
ประวัติโรคติดเชื้อ				0.468
เคยได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อ	89 (22.8)	73 (18.7)	16 (4.1)	
ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยโรคติดเชื้อ	302 (77.2)	237 (60.6)	65 (16.6)	
ใช้บุหรี่				0.248
ใช้	274 (70.1)	213 (54.5)	61 (15.6)	
ไม่ใช้	117 (29.9)	97 (24.8)	20 (5.1)	
ใช้ยาบ้า				0.710
ใช้	12 (3.1)	9 (2.3)	3 (0.8)	
ไม่ใช้	379 (96.9)	301 (77.0)	78 (19.9)	
ใช้กัญชา				0.588
ใช้	3 (0.8)	2 (0.5)	1 (0.3)	
ไม่ใช้	388 (99.2)	308 (78.8)	80 (20.5)	

หมายเหตุ: * คือ p-value < 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้วิตามินบี 1 ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุรา

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแบบผู้ป่วยในและการดูแลเรื่องสุรา

ลักษณะ	จำนวนรวม (ร้อยละ)	ไม่มีการให้ HPT (ร้อยละ)	มีการให้ HPT (ร้อยละ)	P-value
หอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษา				< 0.001*
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	274 (70.1)	202 (51.7)	72 (18.4)	
ไม่ใช่หอผู้ป่วยอายุรกรรม	117 (29.9)	108 (27.6)	9 (2.3)	
การรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก				< 0.001*
ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก	72 (18.4)	28 (7.2)	44 (11.3)	
ไม่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก	319 (81.6)	282 (72.1)	37 (9.5)	
ระยะเวลานอนโรงพยาบาล	เฉลี่ย 6.3 วัน (SD 7.53)			< 0.001*
น้อยกว่า 7 วัน	281 (71.9)	241 (61.6)	40 (10.2)	
ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป	110 (28.1)	69 (17.6)	41 (10.5)	
อาการแรกเริ่มกับการเมาสุรา				0.300
อาการแรกเริ่มพบการเมาสุรา	63 (16.1)	53 (13.6)	10 (2.6)	
อาการแรกเริ่มไม่พบการเมาสุรา	328 (83.9)	257 (65.7)	71 (18.2)	
อาการแรกเริ่มกับอุบัติเหตุ				0.040*
อาการแรกเริ่มเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ	57 (14.6)	51 (13.0)	6 (1.5)	
อาการแรกเริ่มไม่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ	334 (85.4)	259 (66.2)	75 (19.2)	
การวินิจฉัยโรคติดสุราในช่วงการ นอนโรงพยาบาล				0.566
ได้รับการวินิจฉัยโรคติดสุรา	182 (46.5)	142 (36.3)	40 (10.2)	
ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดสุรา	209 (53.5)	168 (43.0)	41 (10.5)	
การประเมินด้วยเครื่องมือติดตามการ ถอนพิษสุรา				0.023*
มีการประเมิน	73 (18.7)	65 (16.6)	8 (2.0)	
ไม่มีการประเมิน	318 (81.3)	245 (62.7)	73 (18.7)	
ได้รับ benzodiazepine เพื่อป้องกัน อาการถอนพิษสุรา				0.145
มีการให้ benzodiazepine	253 (64.7)	195 (49.9)	58 (14.8)	
ไม่มีการให้ benzodiazepine	138 (35.3)	115 (29.4)	23 (5.9)	
การส่งปรึกษาแผนกจิตเวช				0.051
มีการส่งปรึกษา	106 (27.1)	91 (23.3)	15 (3.8)	
ไม่มีการส่งปรึกษา	285 (72.9)	219 (56.0)	66 (16.9)	

หมายเหตุ: * คือ p-value < 0.05

เมื่อนำปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลต่อการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา ได้แก่ การรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยที่มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป อาการแรกเริ่มไม่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ และการไม่ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือติดตามการถอนพิษสุรา มาวิเคราะห์ต่อด้วยวิธี logistic regression analysis พบว่ามีเพียงการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรม การรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก และผู้ป่วยที่มีระยะเวลานอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไปเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามที่แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้วิตามินบี 1 ขนาดสูงทางหลอดเลือดดำ

ปัจจัย	Adjusted odds ratio	95% CI	P-value
ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม	5.478	2.415 – 12.425	< 0.001*
ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก	9.631	5.014 – 18.499	< 0.001*
ระยะเวลาอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป	2.412	1.280 – 4.548	0.006*

หมายเหตุ: * คือ p-value < 0.05

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราที่มารับการรักษาตัวที่หอผู้ป่วยทางกายของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัยในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ได้รับวิตามินบี 1 เท่ากับร้อยละ 78.0 ความชุกดังกล่าวสูงกว่าการศึกษาในประเทศออสเตรเลีย⁽²⁸⁾ แต่ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา^(23,24) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ได้รับวิตามินบี 1 ครั้งแรกในวันที่ 1 ของการนอนโรงพยาบาลเหมือนกับหลายการศึกษา^(33,34) โดยรูปแบบการให้วิตามินบี 1 ที่พบมากที่สุด คือ 100 mg IV OD ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นการให้วิตามินบี 1 ทางปาก^(18,23,24,34) และมีการให้ HPT ในความชุกที่ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศแคนาดา⁽²²⁾ แต่ต่ำกว่าการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา⁽²⁴⁾ จากข้อมูลความชุกและรูปแบบการให้วิตามินบี 1 ในการศึกษานี้บ่งบอกถึงแนวโน้มการให้วิตามินบี 1 ที่มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากกว่าการศึกษาในต่างประเทศ

จากหลายการศึกษาในต่างประเทศพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยประวัติอุบัติเหตุมักได้รับการดูแลเกี่ยวกับสุราที่ต่ำกว่ามาตรฐานเมื่อเทียบกับ

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ^(35,36) และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มักจะไม่ได้รับวิตามินบี 1⁽³⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบแนวโน้มว่าผู้ป่วยที่อาการแรกเริ่มไม่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุเป็นปัจจัยที่อาจจะมีอิทธิพลต่อการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา ถึงแม้ว่าปัจจัยนี้จะไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญจากการวิเคราะห์ทางสถิติ logistic regression แต่เป็นข้อมูลที่น่าสนใจเพื่อพัฒนามาตรฐานในการดูแลเรื่องโรคสุราในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุรวมถึงการเพิ่มโอกาสในการได้รับวิตามินบี 1 ในขนาดที่เหมาะสมมากขึ้น

จากการวิเคราะห์ทางสถิติ logistic regression พบว่าการไม่ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือติดตามการถอนพิษสุราจะไม่พบความสัมพันธ์กับการให้ HPT ที่มีนัยสำคัญ แต่จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยนี้อาจมีอิทธิพลต่อการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา โดยอาจอธิบายผลที่พบได้ว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือติดตามการถอนพิษสุราส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนักซึ่งเป็นกลุ่มที่พบความชุกของการให้ HPT สูง โดยผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมักมีการเจ็บป่วยรุนแรงทำให้มีความยากลำบากในการประเมินด้วยเครื่องมือดังกล่าว นอกจากนี้ในหอผู้ป่วยหนักมีอุปกรณ์เพื่อช่วยแพทย์

ในการติดตามอาการและสัญญาณชีพของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจึงอาจส่งผลให้แพทย์เลือกใช้เครื่องมือติดตามการถอนพิษสุราที่น้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

การศึกษานี้พบว่าการได้รับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา แม้จากการทบทวนวรรณกรรมจะไม่พบข้อสรุปในลักษณะเดียวกันแต่ข้อมูลในการศึกษานี้ก็เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของ Day GS และคณะที่พบว่า การได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้วิตามินบี 1 ทางหลอดเลือดดำ⁽²¹⁾ โดยอาจมีสาเหตุมาจากการที่อายุรแพทย์และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมีโอกาสสูงที่จะพบผู้ป่วยที่มาด้วยโรคหรือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการขาดวิตามินบี 1 ทำให้มีความตระหนักในการค้นหา การวินิจฉัย การป้องกัน และการดูแลรักษาในประเด็นนี้มากกว่าแพทย์ในแผนกอื่นๆ รวมถึงมีหลายการศึกษาที่บ่งบอกถึงประโยชน์ของการให้ HPT ในผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติในหลายโรค^(37,38) จึงอาจเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้มีการให้ HPT ในผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะวิกฤติ

การศึกษานี้พบว่าระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไปเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา โดยอาจมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาอนโรพยาบาลสั้น ทำให้ได้รับการตรวจประเมิน การป้องกัน และการรักษาความเสี่ยงทางสุขภาพที่ครอบคลุมกว่า รวมถึงระยะเวลาในการรักษาที่นานกว่าส่งผลโดยตรงให้แพทย์มีเวลาในการค้นหาภาวะเสี่ยงและมีโอกาสให้ HPT มากกว่า

ตามแนวทางมาตรฐานในการให้ HPT แล้วผู้ที่มีปัญหาสุราทุกรายควรได้รับ HPT แต่จากผลการศึกษานี้ก็กลับพบว่า มีผู้ป่วยเพียง 1 ใน 5 รายเท่านั้นที่ได้รับ HPT และมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ไม่ได้รับ HPT ทั้งที่ได้รับการประเมินขณะเป็นผู้ป่วยในว่ามีปัญหาสุราอย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคติดสุรา ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคติดสุราในช่วงการนอนโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่ได้รับ benzodiazepine เพื่อป้องกันอาการถอนสุรา เป็นต้น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราควรตระหนักมากขึ้นถึงการให้ HPT เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการขาดวิตามินบี 1 ที่รุนแรง โดยอาจพัฒนางานส่วนนี้ด้วยการให้ความรู้ สร้างความตระหนักถึงภาวะนี้แก่บุคลากรที่มีโอกาสดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุรา และการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเมื่อพบผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราระหว่างพยาบาลกับแพทย์เพื่อส่งเสริมให้เกิดการให้ HPT อย่างเหมาะสมและครอบคลุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งหอผู้ป่วยอื่นๆ นอกเหนือจากหอผู้ป่วยอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนัก และกลุ่มผู้ป่วยในที่มีระยะเวลาอนโรพยาบาลน้อยกว่า 7 วัน

สำหรับแนวทางการเพิ่มอัตราการให้ HPT ในระบบการปฏิบัติงานรวมของโรงพยาบาลนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมมีหลายการศึกษาที่พบว่า การใช้ระบบคอมพิวเตอร์ที่ช่วยแนะนำแนวทางการให้ HPT เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา^(22,24) โดยระบบนี้สามารถเพิ่มการให้ HPT เป็น 9.89 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่ใช้ระบบคอมพิวเตอร์⁽²⁴⁾ จากข้อมูลดังกล่าวอาจเป็นบ่งบอกถึงความสำคัญของการประยุกต์ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อเพิ่มอัตราการให้ HPT ในการดูแลผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา โดยในปัจจุบันมีหลายการศึกษาที่พบผลดีของการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ที่ช่วยแนะนำแนวทางการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคต่างๆ ให้มีความครบถ้วนและตรงตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น^(39,40) แต่ในสถานการณ์ปัจจุบันหลายโรงพยาบาลในประเทศไทยยังไม่สามารถปรับระบบการดูแลรักษาหรือระบบการจ่ายยาให้อยู่ในรูปแบบของการสั่งยาทางคอมพิวเตอร์ได้ การจัดทำให้มีเอกสารแนะนำแนวทางการให้ HPT อาจเป็นแนวทางที่น่าสนใจในการประยุกต์ใช้ข้อมูลนี้เพื่อการเพิ่มการให้ HPT โดยการศึกษาของ Day GS และคณะพบว่าเอกสารแนะนำแนวทางการให้วิตามินบี 1 ทางหลอดเลือดดำเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มการให้วิตามินบี 1 ทางหลอดเลือดดำในโรงพยาบาล⁽²¹⁾

ข้อจำกัดบางประการในงานวิจัยนี้ คือ

1. การศึกษานี้ทำในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุราในหอผู้ป่วยทางกายของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัยในช่วงเวลาดังกล่าวทุกราย โดยไม่ได้คำนวณขนาดตัวอย่างทางสถิติซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษาลาดเคลื่อนได้

2. การศึกษานี้ทำในรูปแบบสำรวจภาคตัดขวางทำให้ได้ข้อมูลของช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของการให้ HPT ในช่วงเวลาอื่นๆ

3. การศึกษานี้ทำในโรงพยาบาลศูนย์ที่ดูแลโรคและภาวะทางกายที่มีความซับซ้อนสูง ซึ่งอาจไม่ได้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลขนาดอื่นหรือโรงพยาบาลจิตเวช

ข้อเสนอแนะ คือ

1. ควรขยายระยะเวลาที่ทำการศึกษาให้ครอบคลุมช่วงเวลาทั้งปีเพื่อลดปัจจัยรบกวนจากพฤติกรรมการดื่มสุราในผู้ป่วยบางรายที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลาที่สัมพันธ์กับเทศกาลทางสังคม เช่น การดื่มสุราเพิ่มขึ้นในช่วงเทศกาลปีใหม่หรือสงกรานต์ และการงดสุราในช่วงเข้าพรรษา เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลต่อความตระหนักของแพทย์ในการวินิจฉัยปัญหาสุราในผู้ป่วยและส่งผลไปถึงความตระหนักถึงการให้ HPT ได้

2. ในงานวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) เพื่อที่จะสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและปัจจัยได้มากขึ้น

สรุปผล

การศึกษานี้พบความชุกของการให้วิตามินบี 1 เท่ากับร้อยละ 78.0 เป็นรูปแบบการให้ทางหลอดเลือดดำร้อยละ 75.7 และเป็นการให้ HPT ร้อยละ 20.7 โดยหอผู้ป่วยและระยะเวลาอนโรงพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้ HPT ในผู้ป่วยในที่มีปัญหาสุรา อัตราการให้ HPT ยังอยู่ในระดับที่ควรปรับปรุงจึงควรมีการเสริมสร้างความรู้ในระดับบุคคล พัฒนาการเฝ้าระวังและส่งต่อข้อมูลในรูปแบบที่เป็นเครือข่าย และพัฒนาระบบเอกสารหรือคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มอัตราการให้ HPT ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Diehl A, Nakovics H, Croissant B, et al. Consultation–Liaison Psychiatry in General Hospitals: Improvement in Physicians’ Detection Rates of Alcohol Use Disorders. *Psychosomatics* 2009;50(6):599–604.
2. Smothers BA, Yahr HT, Sinclair MD. Prevalence of current DSM-IV alcohol use disorders in short-stay, general hospital admissions, United States, 1994. *Arch Intern Med* 2003;163(6): 713–9.
3. Smothers BA, Yahr HT, Ruhl CE. Detection of alcohol use disorders in general hospital admissions in the United States. *Arch Intern Med* 2004;164(7):749–56.
4. Roche AM, Freeman T, Skinner N. From data to evidence, to action: findings from a systematic review of hospital screening studies for high risk alcohol consumption. *Drug Alcohol Depend* 2006;83(1):1–14.
5. Loan NTM, Bertino Jr JS, Kittisopee T. Alcohol use disorder and alcohol withdrawal syndrome in Vietnamese hospitalized patients. *Alcohol* 2019; 78:51–6.
6. Thomson AD, Marshall EJ. The treatment of patients at risk of developing Wernicke’s encephalopathy in the community. *Alcohol Alcohol* 2006;41(2):159–67.
7. Saitz R, Freedner N, Palfai TP, et al. The severity of unhealthy alcohol use in hospitalized medical patients. *J Gen Intern Med* 2006;21(4):381–5.
8. Rosón B, Monte R, Gamallo R, et al. Prevalence and routine assessment

- of unhealthy alcohol use in hospitalized patients. *Eur J Intern Med* 2010;21(5):458–64.
9. Thomson AD, Cook CC, Touquet R, et al. The Royal College of Physicians report on alcohol: guidelines for managing Wernicke’s encephalopathy in the accident and emergency department. *Alcohol Alcohol* 2002;37(6):513–21.
 10. Galvin R, Bråthen G, Ivashynka A, et al. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. *Eur J Neurol* 2010;17(12):1408–18.
 11. Moore DP. Nutritional, toxic, and metabolic disorders. In: *Textbook of clinical neuropsychiatry*. 2nd ed. Boca Roton: Taylor & Francis Group; 2008. p. 469–72.
 12. Harper C, Giles M, Finlay-Jones R. Clinical signs in the Wernicke-Korsakoff complex: a retrospective analysis of 131 cases diagnosed at necropsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1986;49(4):341–5.
 13. Isenberg-Grzeda E, Kutner HE, Nicolson SE. Wernicke-Korsakoff-syndrome: under-recognized and under-treated. *Psychosomatics* 2012;53(6):507–16.
 14. Kopelman MD, Thomson AD, Guerrini I, et al. The Korsakoff syndrome: clinical aspects, psychology and treatment. *Alcohol Alcohol* 2009;44(2):148–54.
 15. Choovanichvong T, Silpakit O. Case report: Wernicke-Korsakoff syndrome. *J Ment Health Thai* 2014;22(2):115–21.
 16. Thomson AD, Marshall EJ, Guerrini I. Biomarkers for detecting thiamine deficiency—improving confidence and taking a comprehensive history are also important. *Alcohol Alcohol* 2010;45(2):213.
 17. Talbot PA. Timing of efficacy of thiamine in Wernicke’s disease in alcoholics at risk. *J Correct Health Care* 2011;17(1):46–50.
 18. Linder LM, Robert S, Mullinax K, et al. Thiamine prescribing and Wernicke’s encephalopathy risk factors in patients with alcohol use disorders at a psychiatric hospital. *J Psychiatr Pract* 2018;24(5):317–22.
 19. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008;79(8):854–62.
 20. Frank LL. Thiamin in clinical practice. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2015;39(5):503–20.
 21. Day GS, Ladak S, Curley K, et al. Thiamine prescribing practices within university-affiliated hospitals: A multicenter retrospective review. *J Hosp Med* 2015;10(4):246–53.
 22. Day GS, Ladak S, Del Campo CM. Improving thiamine prescribing at an academic hospital network using the computerized provider order entry system: a cohort study. *CMAJ open*. 2020;8(2):383–90.
 23. Isenberg-Grzeda E, Chabon B, Nicolson SE. Prescribing thiamine to inpatients with alcohol use disorders: how well are we doing? *J Addict Med* 2014;8(1):1–5.
 24. Wai JM, Aloezos C, Mowrey WB, et al. Using clinical decision support through the electronic medical record to increase prescribing of high-dose parenteral thiamine in hospitalized patients with alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat* 2019;99:117–23.

25. Caputo F, Agabio R, Vignoli T, et al. Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Intern Emerg Med* 2019;14(1):143–60.
26. Alim U, Bates D, Langevin A, et al. Thiamine prescribing practices for adult patients admitted to an internal medicine service. *Can J Hosp Pharm* 2017;70(3):179-87
27. Day E, Bentham PW, Callaghan R, et al. Thiamine for prevention and treatment of Wernicke Korsakoff Syndrome in people who abuse alcohol. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(7):1–17.
28. Qian S, Irani M, Brighton R, et al. Investigating the management of alcohol-related presentations in an Australian teaching hospital. *Drug Alcohol Rev* 2019;38(2):190–7.
29. Kanlayanaphotporn J. An Outbreak of Beriberi among Fishermen in Samut Sakhon. *J Health Sci.* 2008;17:SI154–9.
30. World Health Organization. ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision. 2nd ed. World Health Organization; 2004.
31. Alcohol Research: Current Reviews Editorial Staff. Drinking patterns and their definitions. *Alcohol Res* 2018;39(1):17–8.
32. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546: การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
33. Holmberg MJ, Moskowitz A, Patel PV, et al. Thiamine in septic shock patients with alcohol use disorders: an observational pilot study. *J Crit Care* 2018;43:61–4.
34. Pawar RD, Balaji L, Grossestreuer AV, et al. Thiamine Supplementation in Patients With Alcohol Use Disorder Presenting With Acute Critical Illness : A Nationwide Retrospective Observational Study. *Ann Intern Med* 2022;175(2):191–7.
35. Maxson PM, Berge KH, Hall-Flavin DK, et al. Detectable blood alcohol after a motor vehicle crash and screening for alcohol abuse/dependence. *Mayo Clin Proc* 2000;75(3):231-4.
36. Bostwick JM, Seaman JS. Hospitalized patients and alcohol: who is being missed?. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(1):59–62.
37. Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr* 2019;38(1):48–79.
38. Wu T, Hu C, Huang W, et al. Effect of combined hydrocortisone, ascorbic acid and thiamine for patients with sepsis and septic shock: a systematic review and meta-analysis. *Shock* 2021;56(6):880–9.
39. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, et al. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *Bmj* 2005;330(7494):765.
40. Corny J, Rajkumar A, Martin O, et al. A machine learning–based clinical decision support system to identify prescriptions with a high risk of medication error. *J Am Med Assoc* 2020;27(11):1688–94.

Factors associated with high-dose parenteral thiamine prescription in alcohol-related inpatients in a tertiary care hospital

Metrujee Thaweesuksiri¹

Received: July 22, 2022

Revised: October 31, 2022

Accepted: July 4, 2023

Abstract

Background: Wernicke-Korsakoff syndrome (WKS) can result from thiamine deficiency caused by alcohol consumption. To prevent WKS, a high-dose parenteral thiamine (HPT) prescription is advised. The goal of this study was to look into the rate and form of thiamine prescriptions as well as the factors that were linked to HPT prescriptions in alcohol-related inpatients.

Materials and Methods: A retrospective cross-sectional analytic research study was conducted on alcohol-related inpatients in a tertiary care hospital from January to May 2020. The data was gathered through retrospective chart review. Descriptive statistics were used to analyze the data. Chi-square analysis and logistic regression were used to determine the factor association.

Results: The sample was 391. The rate of thiamine prescription was 78.0%, 75.7% intravenous, and 20.7% for HPT. Medical ward admission [Adjusted odds ratio 5.478 (95% CI, p-value 0.001)], intensive care unit admission [Adjusted odds ratio 9.631 (95% CI, p-value 0.001)], and a length of stay of at least 7 days [Adjusted odds ratio 2.412 (95% CI, p-value = 0.006)] were among the factors associated with HPT prescription.

Conclusions: Patients in medical wards and intensive care units, as well as those who stay longer than 7 days, are more likely to receive HPT. However, the percentage of inpatients who received HPT to prevent WKS was low. Therefore, physicians caring for alcohol-related patients should consider more HPT administration.

Keywords: Alcohol-related patient, inpatient, thiamine, high-dose parenteral thiamine (HPT)

¹ Department of psychiatric and drugs, Sunpasitthiprasong hospital

Corresponding author: Dr. Metrujee Thaweesuksiri, Department of psychiatric and drugs, Sunpasitthiprasong hospital, Tambon Nai Muang, Ampur Muang Ubonratchathani 34000. Email: pracia26@gmail.com