

การศึกษาและเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาผู้ติดสุรา ด้วยการให้ยา Benzodiazepine แบบประยุกต์กับการให้ยาแบบเดิม ในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชัยภูมิ

เกียรติศักดิ์ ปลัดทอง*

บทคัดย่อ

ภาวะติดสุรานำไปสู่โรคตับเรื้อรังและโรคหัวใจ รวมถึงอาการถอนพิษสุราอาจนำไปสู่การเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการถอนพิษสุราหลังได้รับการรักษาด้วยยา Benzodiazepine แบบเดิมและแบบให้ตามอาการ เพื่อปรับปรุงกระบวนการรักษาให้มีประสิทธิภาพ ดำเนินการในผู้ติดสุราที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่างเดือน ก.ค. 66 - มิ.ย. 67 แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น กลุ่มที่ได้รับยาแบบเดิม (Fixed dose regimen, Loading dose regimen, Intravenous regimen) จำนวน 140 ราย และกลุ่มที่ให้ยาตามอาการ (Symptom-triggered regimen) จำนวน 70 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมิน Alcohol withdrawal scale (AWS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Repeated measure ANOVA

ผลวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีอาการถอนพิษสุราในระดับปานกลาง (AWS = 0 – 3) อายุอยู่ในวัยทำงาน (Mean = 44.03) สภาพร่างกายเป็นปกติ (BP_{Average} = 125.29/82.10, Respiratory rate_{Average} = 20.13, Pulse_{Average} = 88.03) กลุ่มทดลองสามารถเลิกติดตามการรักษาได้ภายในระยะเวลา 6 วัน ขณะที่กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาสูงสุด 10 วัน และจากการเปรียบเทียบคะแนน AWS พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่ม (p-value = 0.587) แต่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในแต่ละช่วงเวลา (p-value = 0.002) โดยพบว่าวันแรกของการให้ยา กลุ่มทดลองมีอาการถอนสุรามากกว่ากลุ่มควบคุม (Mean diff.(AWS) = 0.94; 95% CI: 0.42, 1.46) แต่อาการดังกล่าวจะลดลงเรื่อยๆ จนเลิกติดตามในวันที่ 6 ขณะที่กลุ่มควบคุมมีอาการถอนสุราลดลง แต่ยังคงติดตามต่อจนถึงวันที่ 10 เมื่อพิจารณาเป็นราย item (AWS) พบว่า การให้ยาตามอาการลดอาการวิตกกังวลได้ดีกว่าการให้ยาแบบเดิม และการลดอุณหภูมิร่างกายเป็นสิ่งที่การรักษาทั้งสองแบบให้ผลใกล้เคียงกัน

การศึกษานี้สนับสนุนการให้ยาตามอาการ (Symptom-triggered regimen) มาใช้เป็นทางเลือกแรกในผู้ป่วยที่มีอาการถอนสุราระดับไม่รุนแรง รวมถึงการพัฒนาบุคลากรในการใช้แบบประเมิน AWS และการศึกษาในระยะยาวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น รวมถึงความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ส่งเรื่องตีพิมพ์: 19 พฤศจิกายน 2567

อนุมัติตีพิมพ์: 23 ธันวาคม 2567

คำสำคัญ : ผู้ติดสุรา, ยา Benzodiazepine, การให้ยาตามอาการ

*พบ.,ว. (จิตเวชศาสตร์) กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลชัยภูมิ



**A Comparative Study of the Efficacy of Modified Benzodiazepine Therapy Versus Conventional
Therapy in Alcohol-Dependent Patients at Chaiyaphum Hospital's Psychiatric Ward**

Kiattisak Paladkong*

Abstract

Alcohol use disorder can lead to serious health complications, including liver disease and heart conditions. Additionally, alcohol withdrawal can be fatal if not managed appropriately. This study, using a quasi-experimental design, aims to compare the severity of alcohol withdrawal symptoms among patients treated with either a conventional or a symptom-triggered benzodiazepine regimen. The study was conducted among patients admitted to the psychiatric ward of Chaiyaphum Hospital between July 2023 and June 2024. A total of 280 patients were included: 140 in the traditional group (fixed dose, loading dose, or intravenous) and 70 in the symptom-triggered group. Alcohol Withdrawal Scale (AWS) scores were assessed daily.

Results showed that both groups experienced moderate withdrawal symptoms (AWS = 0-3), with a mean age of 44.03 years and generally stable vital signs. The experimental group (symptom-triggered) was discharged after an average of 6 days, while the control group required up to 10 days. Although there was no significant overall difference in AWS scores between the two groups (p-value = 0.587), there were significant differences over time (p-value = 0.002). The experimental group initially had higher AWS scores on the first day (Mean diff. (AWS) = 0.94; 95% CI: 0.42, 1.46) but these decreased rapidly, allowing for earlier discharge. The control group also showed a decrease in AWS scores but at a slower rate. When analyzing individual AWS items, the symptom-triggered regimen was more effective in reducing anxiety, while both regimens were comparable in reducing body temperature.

Our findings support the implementation of symptom-triggered medication as the initial treatment approach for individuals experiencing mild alcohol withdrawal. Additionally, we recommend further training for healthcare providers in using the AWS assessment tool. Future studies with larger sample sizes and economic evaluations are needed to strengthen these findings.

Key word: Alcoholic, Benzodiazepine, Symptom-triggered regimen**Submission: 19 November 2024****Publication: 23 December 2024**

* MD, Board Certified (Psychiatry) Department of Psychiatry and Drug Dependence, Chaiyaphum Hospital



ความสำคัญของปัญหา

การติดสุราเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบได้ทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่มีการบริโภคแอลกอฮอล์อย่างแพร่หลาย แม้จะมีความพยายามในการลดอัตราการบริโภค แต่ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากการติดสุรายังคงมีอยู่สูง ซึ่งภาวะการติดสุรานี้ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาที่เกิดกับบุคคลเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และระบบสุขภาพของประเทศอีกด้วย⁽¹⁾ สถิติในประเทศไทยระบุว่า มีอัตราการดื่มสุราในประชากรที่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ ร้อยละ 35.5 โดยเฉพาะกลุ่มเพศชายที่มีอัตราการดื่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับเพศหญิง⁽²⁾ ภาวะการติดสุราทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคตับเรื้อรังและโรคหัวใจ รวมถึงอาการถอนพิษสุรา (Alcohol Withdrawal Syndrome, AWS) ซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม⁽³⁾

ในปัจจุบัน การรักษาภาวะ AWS ที่แพร่หลายคือการใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine เช่น Lorazepam, Diazepam, และ Chlordiazepoxide ซึ่งมีวิธีการให้ยา 2 วิธีหลัก ได้แก่ การให้ยาแบบตามอาการ (Symptom-triggered regimen) และการให้ยาแบบคงที่ (Fixed dose regimen) การให้ยาตามอาการนั้นช่วยลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น ลดปริมาณยา Benzodiazepine และลดระยะเวลาการพักรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการศึกษาวิจัยพบว่า วิธีการรักษาแบบตามอาการมีแนวโน้มให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย⁽⁴⁾

⁵⁾ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่เปรียบเทียบประสิทธิผล

ของการรักษาด้วยวิธีการให้ยา

Benzodiazepine ในรูปแบบต่าง ๆ ยังมีไม่มากพอ โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีการให้ยาแบบคงที่หรือการให้ยาในขนาดสูงอย่างแพร่หลายมากกว่า⁽¹⁾

สถานการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรา ที่เข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชัยภูมิ ในปี 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 56, 61 และ 76 ราย ตามลำดับ การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาผู้ติดสุรา ด้วยการให้ยา Benzodiazepine ระหว่างการให้ยาตามอาการ (Symptom-triggered regimen) กับการให้ยาแบบเดิมในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชัยภูมิ เพื่อให้เข้าใจถึงประสิทธิผลและผลกระทบของวิธีการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะ AWS ข้อมูลจากการวิจัยนี้จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางในการเลือกวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มความปลอดภัย และส่งผลให้ระบบการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการรักษาผู้ติดสุรา ด้วยยา benzodiazepine แบบเดิม (Fixed dose regimen, Loading dose regimen, Intravenous regimen) กับการรักษาตามอาการ (Symptom-triggered regimen). ในผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลชัยภูมิ

นิยามศัพท์

การติดสุรา (Alcohol dependence)

หมายถึง ภาวะเรื้อรังที่ถูกกระตุ้นให้ดื่มและไม่สามารถหยุดดื่มสุราได้หากเริ่มต้นภาวะนี้ อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่รุนแรง ทั้งร่างกาย จิตใจ รวมถึงผลกระทบทางสังคม โดยเฉพาะผู้ที่ถูกกีดกันทางสังคม⁽⁶⁾

Alcohol withdrawal Syndrome หมายถึง

อาการถอนพิษสุราภายหลังการหยุดหรือลดปริมาณการดื่มสุราหลังจากมีการดื่มต่อเนื่องและเป็นเวลานาน มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ (DSM-V)
1) ความดันสูง ซีพจรเต้นเร็ว มีไข้ หายใจเร็ว มีเหงื่อออก 2) มือสั่น 3) นอนไม่หลับ ผื่นร้าย 4) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 5) กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ 6) ประสาทหลอน หูแว่ว ภาพหลอนเหมือนมีแมลงไต่ 7) วิตกกังวล กลัว 8) ชักทั้งตัว

การรักษาอาการถอนสุราด้วยยาแบบเดิม

หมายถึง การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine ในการรักษาผู้ป่วยติดสุรา ด้วยวิธีการให้ยาแบบคงที่ (Fixed dose regimen) และให้ขนาดสูงเพื่อกดอาการ (Loading dose regimen) หรือการฉีดยาเข้าทางเส้นเลือด (Intravenous regimen)

การรักษาอาการถอนสุราด้วยการให้ยาตาม

อาการ (Symptom-triggered regimen) หมายถึง การให้ยาตามอาการ โดยทำการประเมินด้วย Alcohol withdrawal scale (AWS)

การเลิกติดตามอาการถอนสุรา หมายถึง

การที่ผู้ติดสุราที่ได้รับการรักษา มีค่า AWS < 4 (อาการดีขึ้นหรือหาย)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental study) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ติดสุราที่ต้องเข้ารับการบำบัดด้วยยา Benzodiazepine แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยแบบเดิม (กลุ่มควบคุม) และผู้ป่วยที่ได้รับยาตามอาการ (กลุ่มทดลอง)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษาด้วยยา Benzodiazepine ในหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลชัยภูมิ ระหว่าง 1 กรกฎาคม 2566 ถึง 30 มิถุนายน 2567

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยการประมาณความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ของ Rosner B, (2011)⁽⁷⁾ กำหนดความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม เท่ากับ 66.588 และค่า sd. = 150.51⁽⁸⁾ ในขนาดสัดส่วน 1:1 คำนวณจากโป ร แ ก ร ม อ อ น ไ ล น์ <https://clincalc.com/stats/samplesize.aspx>.

$$n_1 = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / K)(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{\Delta^2}$$

$$n_1 = \frac{(\frac{150.51^2 + 150.51^2}{1})(1.96 + 0.84)^2}{66.588^2}$$

$$n_1 = 80, n_2 = K * n_1 = 80 \quad \text{มี ๑}$$

$$k = \frac{n_2}{n_1} = 1$$

กำหนดให้ $\Delta = |\mu_2 - \mu_1| = \text{absolute difference between two means}$

$\sigma_1, \sigma_2 = \text{variance of mean \#1 and \#2,}$

$n_1 = \text{sample size for group\#1, } n_2 = \text{sample size for group\#2}$

α = probability of type I error (usually 0.05), β = probability of type II error (usually 0.2)

z = critical Z value for given α, β, k
= ratio of sample size for group #2 to group #1

ได้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 80 ราย รวมเป็น 160 ตัวอย่าง แต่เนื่องจากกลุ่มผู้ติดสุราที่ได้รับยาตามอาการ (ก.ค.66 - มิ.ย.67) มีจำนวนเพียง 70 ราย ซึ่งยังไม่ถึงขนาดตัวอย่างที่คำนวณ ดังนั้นเพื่อเพิ่มพลังทางสถิติ (statistics power) ในการตรวจพบความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และลดความคลาดเคลื่อนจากการเพิ่มขนาดตัวอย่าง และลดความเสี่ยงในการเกิดผลบวกปลอม ดังนั้น จึงเลือกผู้ป่วยในสัดส่วน 2:1 โดยเป็นกลุ่มที่ให้ยาแบบเดิม (กลุ่มควบคุม) 140 ราย และกลุ่มที่ให้ยาตามอาการ (กลุ่มทดลอง) 70 ราย

ตัวแปรและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ (continuous data) เพศ (categorical data) ภาวะสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ ระดับความดันโลหิตบนและล่าง อัตราการหายใจ และชีพจร (continuous data)

ข้อมูลการถอนสุรา จากแบบประเมิน Alcohol withdrawal scale (AWS) มีทั้งหมด 7 ตัวแปร ประกอบด้วย ภาวะเหงื่อออก อาการสั่น วิดกกังวล อาการกระสับกระส่าย อุน หลุมิร่างกาย ประสาทหลอน และการรับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่

ข้อมูลพื้นฐานเก็บครั้งแรกเมื่อเข้ารับการรักษา ส่วนการประเมิน AWS ทำทุกวัน ตลอดช่วงเวลาที่ยังผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล จนเลิกติดตาม (คะแนน AWS < 4)

เครื่องมือในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล ใช้จัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคล โดยผู้วิจัยได้ออกแบบและจัดเก็บผ่านระบบคอมพิวเตอร์ ส่วนแบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal scale: AWS) เป็นแบบประเมินมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ ให้ใช้ในหน่วยบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย 7 item คือ 1) ภาวะเหงื่อออก (ordinal scale 0 – 4) 2) อาการสั่น (ordinal scale 0 – 3) 3) วิดกกังวล (ordinal scale 0 – 4) 4) อาการกระสับกระส่าย (ordinal scale 0 – 4) 5) อุน หลุมิร่างกาย (ordinal scale 0 – 4) 6) ประสาทหลอน (ordinal scale 0 – 4) และ 7) การรับรู้บุคคล วันเวลา สถานที่ (ordinal scale 0 – 4)

กระบวนการทดลอง

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยเป็นการให้ยาแบบเดิมซึ่งอยู่ในกลุ่มควบคุม และการให้ยาตามอาการซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง

การให้ยาแบบเดิม (กลุ่มควบคุม) เป็นการให้ยา Benzodiazepine ด้วยวิธีมาตรฐาน โดยจะประเมินการถอนพิษสุรา ด้วยแบบคัดกรอง AWS ซึ่งผลจากการคัดกรองจะแบ่งกลุ่มผู้ติดสุราออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม Mild severity ค่าคะแนน AWS = 1 - 4 ในกลุ่มดังกล่าวจะไม่มีกรให้ยา แต่จะมีการประเมินทุก ๆ 4 ชั่วโมง หากคะแนน AWS > 5 ขึ้นไป จะดำเนินการในขั้นที่ 2) กลุ่ม Moderate severity ค่าคะแนน AWS = 5 – 9 โดยจะมีการให้ยา diazepam ขนาด 5 – 10 mg. หรือ Lorazepam 1 – 2 mg. และทำการประเมินทุก 2 – 4 ชั่วโมง 3) กลุ่ม

Severe severity มีค่าคะแนน AWS = 10 – 14 จะมีการให้ยา Diazepam 10 – 20 mg. หรือ Lorazepam 2 – 4 mg. และประเมินทุก ๆ 1 ชั่วโมง และ 4) กลุ่ม Extremely severe มีค่าคะแนน AWS \geq 15 ขึ้นไปในกลุ่มนี้ จะให้ยา Diazepam 10 mg. ทางเส้นเลือด หรือ Lorazepam 4 mg. oral และทำการประเมินทุก ½ - 1 ชั่วโมง

การให้ยาตามอาการ (กลุ่มทดลอง) ไม่มีการแบ่งกลุ่มผู้ป่วย แต่จะมีการเพิ่มปริมาณยา และวิธีการติดตาม โดยมีขั้นตอนสำคัญ คือ 1) ประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับ ตาม AWS และให้ยากลุ่ม benzodiazepine ตาม symptom trigger regimen 2) พิจารณาเพิ่มยากลุ่ม benzodiazepine หากผู้ป่วยมี high risk ต่อการเกิด AWS แบบ fix dose regimen เพื่อเป็นการป้องกันอาการดังกล่าว 3) เมื่อให้การรักษแล้ว หากผู้ป่วยมี AWS มากกว่าหรือเท่ากับ 5 พิจารณาให้ Diazepam intravenous เสริม เป็น PRN dose 4) ยาเสริมต่าง ๆ เช่น thiamine, antipsychotic drug, IV fluid จะให้เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และ 5) จะ discharge ผู้ป่วยเมื่อ AWS น้อยกว่า 4

สถิติวิเคราะห์

descriptive statistics สำหรับวิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล Alcohol withdrawal scale (AWS), present of frequency, percentage, mean, SD, median, minimum, and maximum

และสถิติอนุมาน ใช้สถิติ Repeated measure ANOVA โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทาง

สถิติที่ p-value น้อยกว่า 0.05 นำเสนอด้วยตาราง และกราฟ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างได้รับยาแบบเดิม 140 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 92.9) และมีอายุเฉลี่ย 43.81 ปี (sd.=9.42) ขณะที่กลุ่มได้รับยาตามอาการ 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชายเช่นกัน (ร้อยละ 84.3) และมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกับกลุ่มแรก (Age(mean) = 44.47, sd.=7.65)

สถานะสุขภาพ ในกลุ่มที่ได้รับยาแบบเดิม มีระดับความดันโลหิตก่อนการรักษา diastolic/systolic = 81.76/125.69 อัตราการหายใจเฉลี่ย/ชีพจรเฉลี่ย เท่ากับ 87.77/20.09 ขณะที่กลุ่มที่ได้รับยาตามอาการ ความดันโลหิต diastolic/systolic = 82.77/124.49 และอัตราการหายใจเฉลี่ย/ชีพจรเฉลี่ย = 88.56/20.23 ซึ่งมีค่าใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม

การติดตามอาการถอนสุรา จากการประเมินผลอาการถอนสุราจากการรักษาในกลุ่มควบคุม 140 ราย พบยังมีอาการถอนสุรา (AWS \geq 4) ในระยะติดตามสูงสุด 10 วัน แต่ทั้งนี้ มีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ เนื่องจากมีค่าคะแนน AWS < 4 ขณะที่ กลุ่มทดลอง มีระยะการติดตามสูงสุด 6 วัน โดยมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1. การติดตามประเมินผลคะแนน AWS ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะเวลาต่าง ๆ

Group	Day 1 (n/%)	Day 2 (n/%)	Day 3 (n/%)	Day 4 (n/%)	Day 5 (n/%)	Day 6 (n/%)	Day 7 (n/%)	Day 8 (n/%)	Day 9 (n/%)	Day 10 (n/%)
Control	140(100%)	140(100%)	130(92.9%)	66(47.1%)	24(17.1%)	4(2.9%)	4(2.9%)	4(2.9%)	4(2.9%)	2(1.4%)
Experimental	70(100%)	70(100%)	68(97.1%)	36(51.4%)	14(20.0%)	2(2.9%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)	0(0.0%)
Total	210(100%)	210(100%)	198(94.3%)	102(48.6%)	38(18.1%)	6(2.9)	4(1.9%)	4(1.9%)	4(1.9%)	2(0.9%)

การเปรียบเทียบอาการถอนสุรา

ในภาพรวม ไม่พบความแตกต่างทางสถิติของค่า AWS ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (p-value = 0.587) แต่พบว่า มีความแตกต่างของค่า AWS ระหว่างกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาของการติดตาม (p-value = 0.002) เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ภายในกลุ่ม พบว่า คะแนน AWS ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แต่หลังจากการติดตามในวันที่ 5 เทียบกับวันที่ 6, 7, 8, 9, 10 ความแตกต่างของค่าคะแนน AWS ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-

value > 0.05) แต่ในกลุ่มทดลอง ระยะเวลาการติดตามจะสั้นกว่า โดยสิ้นสุดการติดตามเพียงวันที่ 6 เท่านั้น

และการเปรียบเทียบคะแนน AWS ระหว่างกลุ่ม พบว่า วันแรกและวันที่ 2 มีความแตกต่างกันทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยวันแรกกลุ่มทดลองมีค่า AWS สูงกว่ากลุ่มควบคุม 0.94 คะแนน (95% CI: 0.42, 1.46) และวันที่ 2 ยังคงสูงกว่า 0.56 คะแนน (95% CI: 0.04, 1.08) ส่วนในวันถัดมา ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

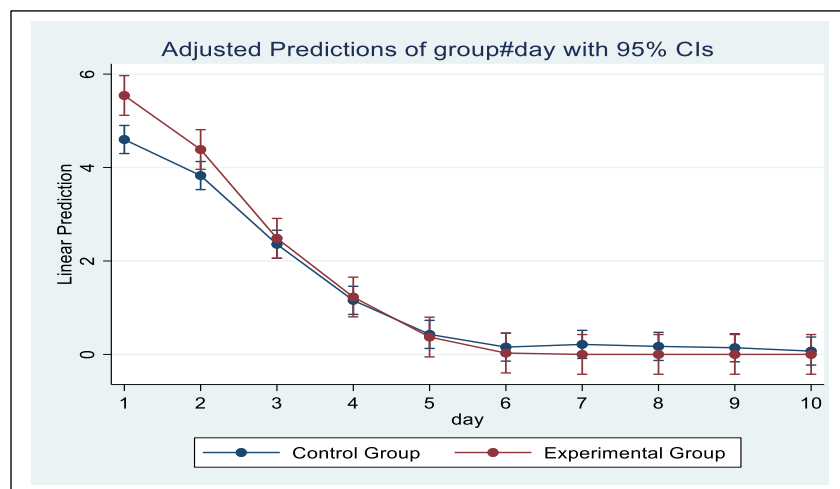


Figure 1. Comparison of AWS scores between the experimental and control groups over a 10-day treatment period.

เมื่อพิจารณาคะแนน AWS ราย item พบว่ามีลักษณะใกล้เคียงกับภาพรวม กล่าวคือ กลุ่มทดลองในวันแรก และวันที่ 2 จะมีคะแนน AWS มากกว่ากลุ่มควบคุม แต่จะสามารถลดอาการนอนสุราลงได้ (คะแนน AWS ลดลง) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม ราววันที่ 3 หรือ 4 ซึ่ง item ที่การให้ยาแบบ Symptom-triggered ให้ผลได้ก่อนข้างดี คือ การลด

การวิตกกังวล โดยวันที่ 2 ของการให้ยา อาการดังกล่าวสามารถลดคะแนน AWS มากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วน item ที่การให้ยาทั้ง 2 แบบ มีประสิทธิผลใกล้เคียงกัน คือ การลดอุณหภูมิร่างกาย ซึ่งไม่มีความแตกต่างทางสถิติในทุกๆระยะของการติดตาม ($p\text{-value} > 0.05$)

ตารางที่ 2. การเปรียบเทียบคะแนน AWS ราย item ระหว่างกลุ่ม

Variable	Mean diff.	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Day 6
Perspiration	Contrast (95% CI)	0.12(-.04, .30)	0.01(-.15, .18)	-.02(-.19, .16)	.15(-.09, .38)	-.11(-.49, .28)	-.50(-1.49, .49)
	p-value	0.133	0.867	0.858	0.227	0.586	0.324
Tremor	Contrast (95% CI)	0.15(.01, .31)	0.14(-.01, .29)	.05(-.11, .19)	.16(-.05, .37)	-.09(-.44, .25)	-1.00(-1.89, -.11)
	p-value	0.041	0.063	0.560	0.137	0.589	0.028
Anxiety	Contrast (95% CI)	0.11(-.02, .25)	-.04(-.18, .09)	-.09(-.23, .05)	-.36(-.55, -.16)	-.18(-.49, .14)	-1.00(-1.82, -.181)
	p-value	0.105	0.544	0.195	<0.001	0.271	0.017
Agitation	Contrast (95% CI)	0.21(.05, .38)	0.06(-.11, .22)	-.04(-.21, .13)	-.01(-.25, .23)	2.78e-17(-.38, .38)	-.50(-1.49, .49)
	p-value	0.012	0.502	0.678	0.933	1.000	0.321
Temperature	Contrast (95% CI)	0.04(-.04, .12)	0.07(-.01, .15)	-.03(-.11, .05)	-.03(-.15, .08)	-4.86e-17(-.19, .18)	-1.39e-17(-.48, .48)
	p-value	0.301	0.085	0.468	0.606	1.000	1.000
Hallucination	Contrast (95% CI)	0.05(-.12, .23)	0.10(-.07, .27)	.07(-.10, .25)	-.11(-.36, .13)	-.27(-.67, .13)	-.50(-1.53, .53)
	p-value	0.521	0.261	0.407	0.367	0.180	0.342
Orientation	Contrast (95% CI)	0.23(.02, .44)	0.21(.00, .43)	.07(-.14, .29)	.14(-.16, .44)	.01(-.48, .50)	-1.00(-2.26, .26)
	p-value	0.036	0.049	0.498	0.367	0.962	0.120

สรุปและอภิปรายผล

การให้ยาตามอาการ (Symptom-triggered regimen) มีข้อได้เปรียบกว่าการให้ยาแบบเดิม ซึ่งเป็นการให้แบบ Fixed dose หรือแบบ Loading dose ในการปรับขนาดยาให้เหมาะสมตามความรุนแรงของอาการนอนยา ผลลัพธ์หลักที่ได้จากการวิจัย คือ การฟื้นตัวของอาการในกลุ่มทดลอง ถึงแม้จะมีค่าคะแนน AWS สูงกว่าในวันแรก ๆ แต่การให้ยาตามอาการสามารถลดอาการนอนสุราที่สำคัญลง

ได้อย่างรวดเร็ว โดยสิ้นสุดในวันที่ 6 ของการรักษา ขณะที่การให้ยาแบบเดิมยังคงให้ยาต่อเนื่องถึงวันที่ 10 ผลการทดลองนี้ บ่งชี้ถึงความเชื่อมโยงกับปริมาณยาที่ให้ โดยการให้ยาตามอาการมีการใช้ยาในปริมาณที่ต่ำกว่า

จากผลการศึกษาที่ได้ ผู้วิจัยมีประเด็นในการอภิปราย ดังนี้

ประสิทธิผลของการรักษาตามอาการ (Symptom-triggered regimen)

การให้ยาตามอาการ (Symptom-triggered regimen) แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่เหนือกว่าในแง่ของการลดคะแนน Alcohol Withdrawal Scale (AWS) และระยะเวลาการรักษาเมื่อเทียบกับการให้ยาแบบเดิม (Fixed-dose, Loading dose) ผลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นข้อดีของการใช้ยาตามอาการ คือ 1) ลดปริมาณยา ซึ่งเป็นการลดความเสี่ยงของผลข้างเคียงไปด้วย 2) ลดระยะเวลาการรักษา ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น และ 3) ปรับปริมาณยาได้ตามความเหมาะสมช่วยในการรักษาเป็นรายบุคคลมากขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sachdeva et.al (2014)⁽⁹⁾ ที่พบว่า การให้ยาตามอาการช่วยลดระยะเวลาการรักษาและปริมาณยา Benzodiazepine ที่ใช้ โดยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน การให้ยาแบบเดิมเหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุรารุนแรงหรือในกรณีที่ไม่สามารถประเมินอาการได้อย่างใกล้ชิด หรือการศึกษาของ Daepfen et al. (2002)⁽⁴⁾ ที่พบว่า การให้ยาตามอาการช่วยลดระยะเวลาการรักษาและปริมาณยาที่ใช้ โดยเฉพาะในกรณีที่มีการติดตามประเมินอาการอย่างเป็นระบบ และการที่กลุ่มทดลองมีค่า AWS สูงกว่าในวันแรกแต่สามารถควบคุมอาการได้ดีกว่าในระยะยาว สะท้อนถึงความแม่นยำในการประเมินและตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยได้ตรงจุด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Maldonado et al. (2014)⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การใช้แบบประเมิน AWS ช่วยในการตัดสินใจให้การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม แม้ผลการวิจัยส่วนใหญ่สนับสนุนประสิทธิผลของการให้ยาตามอาการ แต่ก็มีบางการศึกษาที่พบผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยหลายประการ เช่น ขนาดตัวอย่าง, ประชากรผู้ป่วย, และการออกแบบการศึกษา

การฟื้นตัวของผู้ป่วยในแต่ละระยะเวลา

คะแนน AWS ลดลงในทั้งสองกลุ่มเมื่อเวลาผ่านไป แต่กลุ่มทดลองมีอัตราการฟื้นตัวที่รวดเร็วกว่า ซึ่งเห็นได้ชัดในวันที่ 3-6 โดยเฉพาะในรายการที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวล ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มควบคุมยังคงมีอาการบางอย่าง เช่น อาการสั่นและกระสับกระส่ายต่อเนื่องจนถึงวันที่ 10 การลดลงอย่างรวดเร็วของคะแนน AWS ในกลุ่มทดลองแสดงให้เห็นว่า การปรับขนาดยาตามความรุนแรงของอาการช่วยให้ควบคุมอาการถอนสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วกว่า การลดอาการวิตกกังวลในกลุ่มทดลองมีความสำคัญเนื่องจากอาการดังกล่าวอาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราอีก⁽¹¹⁻¹³⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Cassidy et al. (2012)⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การให้ยาตามอาการช่วยลดระยะเวลานอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ การลดระยะเวลาการรักษานี้มีความสำคัญทั้งในแง่การลดภาระงานของบุคลากร และการลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

ผลกระทบต่อทรัพยากรและต้นทุนการรักษา

การให้ยาตามอาการช่วยลดระยะเวลาการรักษาได้ถึง 40% และลดการใช้ยา Benzodiazepine ลงอย่างชัดเจน โดยกลุ่มทดลองใช้ปริมาณยาน้อย

กว่ากลุ่มควบคุม วิธีนี้เหมาะสมกับโรงพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด เช่น โรงพยาบาลชัยภูมิ เพราะช่วยลดต้นทุนและแรงงานในส่วนของติดตามผู้ป่วย งานวิจัยของ Knopf, 2022⁽¹⁵⁾ และ Al-Maqbali JS, et al, 2023⁽¹⁶⁾ ซึ่งให้เห็นถึงข้อได้เปรียบในด้านเศรษฐศาสตร์ของการให้ยาตามอาการ โดยลดทั้งเวลาในการรักษาและการใช้ทรัพยากร รวมถึงรายงานของ Glover L, et al, 2011⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า การให้ยาตามอาการช่วยลดต้นทุนการรักษาได้ประมาณร้อยละ 30

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ ดำเนินการในโรงพยาบาลแห่งเดียว และใช้กลุ่มตัวอย่างเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราในระดับปานกลาง ซึ่งอาจจำกัดการนำผลลัพธ์ไปใช้ในบริบทอื่น ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในบริบทที่หลากหลาย เช่น โรงพยาบาลในเมืองใหญ่หรือในพื้นที่ชนบท และการติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินอัตราการกลับไปดื่มสุราซ้ำและประสิทธิผลของการรักษา หรือข้อจำกัดเรื่องขนาดตัวอย่าง และปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผล

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

ควรรนำวิธีการให้ยาตามอาการ (Symptom-triggered regimen) มาใช้เป็นทางเลือกแรกในผู้ป่วยที่มีอาการถอนสุราระดับไม่รุนแรง รวมถึงการพัฒนากระบวนการประเมินอาการด้วย AWS ที่เป็น

มาตรฐานและสม่ำเสมอ และจัดทำแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการปรับขนาดยาตามระดับคะแนน AWS

ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงาน

จัดอบรมบุคลากรในการใช้แบบประเมิน AWS และการให้ยาตามอาการ และพัฒนาระบบการบันทึกและติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีระบบปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในกรณี que ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

การศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น และติดตามระยะยาว รวมถึงการศึกษาด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลชัยภูมิ เอกสารเลขที่ 023/2566

เอกสารอ้างอิง

1. สาวิตรี อัญญาจักรชัย [บรรณาธิการ]. รายงานสถานการณ์ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย ประจำปี 2564. สงขลา : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2565.

2. ทักษพล ธรรมรังสี [บรรณาธิการ]. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. นนทบุรี : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
3. Garbutt JC, West SL, Carcy TS, Lohr KN, Crews FT. Tratamiento farmacológico de la dependencia alcohólica: una revisión de los hechos. *RET, Revista de Toxicomanías* 2001;27:3-14.
4. Daepfen JB, Gache P, Landry U, Sekera E, Schweizer V, Gloor S, et al. Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. *Arch Intern Med* 2002;162(10):1117-21.
5. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA* 1997;278(2):145-51.
6. Eriksen LL, Hoeck B. The construction of meaning in alcohol addiction: A narrative study of socially excluded people's stories about alcohol. *Nordisk Alkohol Nark* 2022;39(1):76-88.
7. Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics*. 7th ed. Boston, MA ; Australia : Brooks/Cole, Cengage Learning, 2011.
8. วีรวัฒน์ อุครานันท์, เขียวเรศ ทองใส, กรกต นันธุ์. ประสิทธิภาพการรักษาอาการขาดสุราด้วย Fixed – schedule regimen กับ Symptom – triggered regimen ในกลุ่มผู้ป่วยเสพติดสุรา. *วารสารกรมการแพทย์* 2561;43(1):138-44.
9. Sachdeva A, Chandra M, Deshpande SN. A comparative study of fixed tapering dose regimen versus symptom-triggered regimen of lorazepam for alcohol detoxification. *Alcohol Alcohol* 2014;49(3):287-91.
10. Maldonado JR, Nguyen LH, Schader EM, Brooks JO. Benzodiazepine loading versus symptom-triggered treatment of alcohol withdrawal: a prospective, randomized clinical trial. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34(6):611-7.
11. Peralta T, Zacarias R, Lopes R. Progressive Muscle Relaxation: intervention program in people with alcohol dependence. *Eur Psychiatry* 2023;66 (Suppl 1):S674.
12. Narmatha N. A Study to assess the effectiveness of Biofeed back assisted progressive muscle relaxation on Anxiety and Depressive symptoms among alcoholics in Krishna Nursing Home, Coimbatore. *Asia J Nurs Educ Res* 2022;12(3):345-9.

13. Stapinski LA, Prior K, Newton NC, Biswas RK, Kelly E, Deady M, et.al. Are we making Inroads? A randomized controlled trial of a psychologist-supported, web-based, cognitive behavioral therapy intervention to reduce anxiety and hazardous alcohol use among emerging adults. *EClinicalMedicine* 2021;39:101048.
14. Cassidy EM, O'Sullivan I, Bradshaw P, Islam T, Onovo C. Symptom-triggered benzodiazepine therapy for alcohol withdrawal syndrome in the emergency department: a comparison with the standard fixed dose benzodiazepine regimen. *Emerg Med J* 2012;29(10):802-4.
15. Knopf A. Study: Use symptoms for benzo dosing in alcohol withdrawal. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly* 2022;34(42):6-7.
16. Al-Maqbali JS, Al Alawi AM, Al-Mamari Q, Al-Huraizi A, Al-Maqrashi N. Symptom-triggered approach versus fixed-scheduled approach of benzodiazepines for management of alcohol withdrawal syndrome: non-randomized controlled trial. *Alcohol* 2023;106:10-4.
17. Glover L, Collins P, Gordon F, Karen H, Hunt V, Portal J, et al. Symptom triggered pharmacotherapy for acute unplanned alcohol withdrawal can be both clinically and cost-effective in a hospital setting: experience from a specialist hepatology unit. *Gut* 2011;60(Suppl 1):A48.