



## ปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยกระดูกหักที่ ดื่มสุราแบบเสี่ยงโรงพยาบาลอุดรธานี

แหวตตา อินชุม วท.บ.\* พรรณวรรดา สุวัน พย.ม.\*\*  
 นันทาทวี ศิริจันทร์ พย.ม.\*\* ญัฐวรรณ ชัยมีเขียว พย.ม.\*\*  
 รุ่งระวี ถนอมทรัพย์ กศ.ม.\*\* สุทิน ชนะบุญ ปร.ด.\*\*\*

(วันรับบทความ: 12 มกราคม พ.ศ.2564/ วันแก้ไขบทความ: 11 มีนาคม พ.ศ.2564/ วันตอบรับบทความ: 12 มีนาคม พ.ศ.2564)

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยกระดูกหักที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 จำนวน 160 คน คัดเลือกผู้ป่วยด้วยการ สุ่มตามเกณฑ์คุณสมบัติ เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติ และจากผู้ป่วยในหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้วิจัยคือ แบบคัดกรองพฤติกรรม การดื่มสุรา แบบประเมินอาการขาดสุรา และแบบบันทึกประวัติและการตรวจร่างกาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Logistic regression analysis

**ผลการวิจัย** กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 15 ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 85 เกิดภาวะถอนพิษสุรา ร้อยละ 33.12 ไม่เกิดภาวะถอนพิษสุรา ร้อยละ 66.88 ปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ระดับความเสี่ยงของพฤติกรรมดื่ม ความถี่ในการดื่ม การใช้สารเสพติดร่วม เคยมีภาวะชักมาก่อน เคยมีอาการถอนพิษสุรามาก่อน อายุ ภาวะสมดุลของ Electrolyte ค่า LFT และ ค่าความดันซีสโตลิกแรกรับ

**ข้อเสนอแนะ** ปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนา แนวปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย ช่วยในการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุราหรือลดความรุนแรง จากภาวะถอนพิษสุราได้

**คำสำคัญ:** ภาวะถอนพิษสุรา ผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยง ปัจจัยสัมพันธ์ ผู้ป่วยกระดูกหัก

\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอุดรธานี

\*\*อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

\*\*อาจารย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

\*\*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: panwarada@rtu.ac.th Tel: 096-1453520



## The Factors Related to Alcohol Withdrawal in Broken Bone with Hazardous Use Patients at Udon Thani Hospital

Weawta Inchum B.S.\* Panwarada Suwan M.N.S.\*\*

Nuntawadee Sirichantra M.N.S.\*\* Nattawan Chaimeekhio M.N.S.\*\*

Rungrawee Thanomsap M.Ed.\*\* Sutin Chanaboon PhD\*\*\*

(Received Date: January 12, 2021, Revised Date: March 11, 2021, Accepted Date: March 12, 2021)

### Abstract

This study aimed to examine factors related to alcohol withdrawal onset in hazardous alcohol use with broken bone patients admitted at Orthopedic Ward of Udon Thani Hospital. The sample consisted of 160 patients with hazardous alcohol usage hospitalized from 2014-2018. Participants were selected using inclusion criteria. Data were collected from patient records and patients admitted from October 2018 to August 2019. Instruments were Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol (CIWA-Ar) and the alcohol consumption risk, patient record, and Physical Examination Report Forms. Data were analyzed using Logistic regression analysis.

The results revealed that there were 15% high risk alcohol consumption patients and 85% low risk alcohol consumption patients, 33.12% alcohol withdrawal incidence. The identified nine factors related to alcohol withdrawal incident were Levels of alcohol drink, drinking frequency, using additional substance, history of seizures, history of alcoholic withdrawal, age, balance of electrolytes, liver function levels, and systolic blood pressure at admission.

**Conclusions:** The identified factors related to alcohol withdrawal in patients with hazardous drink in this study could be used to develop or improve clinical nursing practical guideline for tirage alcohol withdrawal patients and provide nursing management and care for Alcoholic withdrawal patients to reduce their violence of symptoms.

**Keywords:** alcohol withdrawal, hazardous alcohol consumption, broken bone patients

---

\*Register Nurse, Udon Thani hospital

\*\*Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University Udonthani Campus

\*\*\*Lecturer of Sirindhorn College of Public Health Khon kaen

\*\*Corresponding Author, Email: panwarada@rtu.ac.th Tel: 096-1453520



## บทนำ

ปัญหาการดื่มสุราของประชากรที่มีมากขึ้น มีผลกระทบต่อสังคม อีกทั้งยังเป็นปัจจัยในการทำลายสุขภาพ เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรคได้หลายโรค และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงอันดับ 3 ที่มีผลต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นเหตุให้ขาดการพัฒนาทั้งในระดับบุคคลและสังคม ประเทศไทยจัดเป็นประเทศที่มีผู้ดื่มสุราในอันดับที่ 42 ของโลก<sup>1</sup> และเป็นอันดับ 3 ของเอเชีย<sup>2</sup> ในปัจจุบันประชากรไทย จำนวน 18,641,720 คน เป็นนักดื่ม (current drinker) และร้อยละ 39.9 เป็นคนที่ดื่มประจำ (Regular drinker) โดยพฤติกรรมการดื่มตั้งแต่ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งในคนที่ดื่มสุราประจำส่วนใหญ่เป็นเพศชายและยังเป็นนักดื่มหนักถึงร้อยละ 43.<sup>3</sup> นอกจากนี้ยังพบสถิติที่น่าสนใจคือนักดื่มในวัยผู้ใหญ่พบว่ามีมากที่สุด ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คนไทยประมาณ 3.2 ล้านคนเป็นโรคติดสุรา<sup>4</sup> โดยมีรายงานว่าผู้ป่วยที่ติดสุราและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรค และปัญหาที่มาจากการดื่มสุรา เช่น อุบัติเหตุ และโรคทางอายุรกรรมอื่นๆ เช่น โรคกระเพาะอักเสบ โรคตับอักเสบ และภาวะชกจากการขาดสุรา เป็นต้น ซึ่งมีมากขึ้นในสถานพยาบาลทุกระดับ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องเผชิญกับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น

ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลง ในหน้าที่ของระบบประสาทส่วนกลาง ที่จะเกิดขึ้นหลังการลดการดื่มสุราแบบกะทันหันในผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนักเป็นเวลานาน เนื่องจากผู้ที่ดื่มสุราอย่างหนักจะมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองไม่สมดุล เมื่อหยุดดื่มทันทีจะเกิดผลของการกระตุ้นสะท้อนกลับ (Rebound stimulatory effect) ทำให้มีอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุรา อันได้แก่ เหงื่อออก ใจสั่น กระวนกระวาย<sup>5</sup> มีอาการวิตกกังวลและอาการชก อาการประสาทหลอน เป็นต้น ภาวะถอนพิษสุราทำให้มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30<sup>6</sup> ปัจจัยที่ทำนายภาวะถอนพิษสุรา คือ พฤติกรรมการดื่มสุรา การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา การสนับสนุนทางสังคม และภาวะความดันโลหิตสูง<sup>7</sup> ปัจจัยอื่นๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ได้แก่ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีประวัติการดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละวัน ดื่มมานานมากกว่า 5 ปี เคยมีอาการชกจากขาดสุรามาก่อน เคยมีอาการขาดสุรารุนแรงแบบเพ้อคลั่ง สับสน (Delirium Tremens; DTs) มีประวัติมีอาการขาดสุราในขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน มีปัญหา

โรคทางกายอื่นหรือได้รับการบาดเจ็บร่วมด้วย มีภาวะเมาสุราตลอดเวลา มีประวัติการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงยาแก้ลมประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบบ่อยถึง 100 ครั้งต่อวันที่ เป็นต้น<sup>8-11</sup>

การดื่มสุราส่งผลให้เกิดผลเสียหลายอย่าง ได้แก่ ด้านความปลอดภัยในชีวิต โดยเฉพาะการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่ยานยนต์ และทำให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น โรคตับ และปัญหาด้านกระดูกด้วย เพราะแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหนึ่งของการสูญเสียมวลกระดูกส่งผลให้กระดูกที่ได้รับบาดเจ็บมีการหายหรือฟื้นตัวช้า เนื่องจาก สมดุลแคลเซียมในร่างกายผิดปกติ และรบกวนกระบวนการผลิตวิตามินดี การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักแบบต่อเนื่อง สามารถทำให้เกิดภาวะฮอร์โมนพร่อง (hormone deficiencies) ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ผู้ชายที่ติดสุรา มีแนวโน้มที่จะผลิตฮอร์โมนที่มีความเชื่อมโยงกับการผลิตออสทีโอ บลาสต์ (Osteoblast) ลดลง ผู้ที่ติดสุรายังมีแนวโน้มในการสร้างฮอร์โมนคอติซอลที่จะไปลดการสร้างกระดูกและเพิ่มความเสี่ยงของภาวะกระดูกแตกหักได้ รวมทั้งการขาดสารอาหารเป็นเวลานาน ทำให้กระบวนการหายจากการบาดเจ็บของร่างกายต่ำลงไปอีก จากเหตุผลที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกระดูกหักที่มีประวัติและพฤติกรรมการดื่มสุรามานานมีแนวโน้มในการฟื้นตัวของกระดูกที่ได้รับการบาดเจ็บอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผลของแอลกอฮอล์ที่มีต่อกระดูก กระบวนการสร้างกระดูกและการขาดสารอาหารเรื้อรัง เมื่อประกอบกับผลที่เกิดจากอาการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ได้แก่ อาการสับสน เพ้อคลั่ง ควบคุมตนเองไม่ได้ ขาดความร่วมมือในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาช้า ซึ่งจะส่งผลต่อการหายจากโรคของผู้ป่วยช้า ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าที่ควรจะเป็น

จากการทบทวนประวัติการรักษาของผู้ป่วยกระดูกหักที่มีภาวะถอนพิษสุราในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี<sup>12</sup> ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2561 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราจำนวน 57 ราย มีระยะวันนอนเฉลี่ยที่ 20.11 วัน โดยผู้ป่วยทั้งหมดเริ่มมีอาการถอนพิษสุราหลังรับไว้ในโรงพยาบาล เฉลี่ย 36.44 ชั่วโมง และยังมีอาการถอนพิษสุราต่อเนื่องเฉลี่ย 7.3 วัน ผู้ป่วยร้อยละ 50 ต้องเลื่อนการรักษาโดยการผ่าตัดออกไปจนกว่าอาการถอนพิษสุราจะหายและร้อยละ 50 เข้าสู่กระบวนการรักษาโดยการผ่าตัดก่อนจะมีอาการและต้องรับการรักษาอาการถอนพิษสุราจนหายดีก่อนจะได้รับการจำหน่าย ซึ่งทั้ง 2 กรณีส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาทำให้ผู้ป่วยต้อง



นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานและมีค่าใช้จ่ายจากการรักษาต่อครั้งเฉลี่ย 48,515.38 บาท และยังมีภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยหลายประเด็น ได้แก่ เสียชีวิต 2 ราย เนื่องจากมีภาวะเลือดออกมากจากแผลเพราะเกล็ดเลือดต่ำและการสูญเสียหน้าที่การทำงานของตับ 1 ราย ทั้งนี้ยังมีผู้ป่วยหลายรายที่มีการหายของแผลลำไส้ มีการติดเชื้อของแผลแผลวมเนื่องจากมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดมากจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ การสูญเสียหน้าที่ของตับ การขาดสารอาหารผู้ป่วย 1 ราย หนีออกจากโรงพยาบาลไปเพื่อหาซื้อเหล้าดื่ม ในขณะที่นอนโรงพยาบาล มีผู้ป่วย 1 ราย กระโดดลงจากเตียงส่งผลให้เกิดเหล็กตามกระดูกหักจนต้องได้รับการผ่าตัดใหม่ และผู้ป่วยทั้งหมดขาดความร่วมมือในการรักษาต้องได้รับการผูกมัด ทำให้สูญเสียอัตรากำลังพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันและเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมอาจทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาจนเกิดความล่าช้าในการเข้าสู่กระบวนการรักษา และอันตรายถึงชีวิตได้ จากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามบทบาทของพยาบาลในหอผู้ป่วยกระดูก โรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า มีการประเมินผู้ป่วยด้วยการซักประวัติพฤติกรรมการดื่มของผู้ป่วย แต่ข้อมูลเหล่านี้ไม่สามารถระบุความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ถูกนำมาใช้วางแผนให้การพยาบาล รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา จะเป็นข้อมูลที่พยาบาลจะสามารถนำมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุราหรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

เนื่องการพัฒนาแบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและลดอันตรายอันอาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราที่แตกต่างกัน พยาบาลจึงมีความจำเป็นต้องทราบและประเมินปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลต่อความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราในผู้ป่วยได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุราสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่นำมาศึกษา โดยสามารถจำแนกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราได้เป็น 3 ด้าน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ<sup>13,14</sup> 2) ปัจจัยทางคลินิก ได้แก่ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา การใช้สารเสพติดอื่นร่วม<sup>15,16</sup>

ประวัติการชัก<sup>17,18</sup> ประวัติผลการตรวจร่างกาย และประวัติผลการตรวจเลือด 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรมและการบริโภคสุรา ได้แก่ แบบแผนการดื่ม<sup>19</sup> ปริมาณการดื่ม<sup>16,19</sup> ในการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราจะพบมากในต่างประเทศแต่ในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษาอยู่จำนวนน้อยซึ่งเป็นการวิจัยถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการสืบสนเฉียบพลันจากพิษสุรา<sup>20</sup> การศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรครีที่สัมพันธ์กับอาการถอนพิษสุราของผู้เสพติดแอลกอฮอล์<sup>21</sup> และปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา<sup>7</sup> ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในหน่วยงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและในแผนกอายุรกรรม ส่วนแผนกศัลยกรรม มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยจำนวนน้อย ทั้งๆ ที่เป็นแผนกที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อโรคที่เข้ามาได้รับการรักษาได้มากโดยเฉพาะทางด้านศัลยกรรมกระดูก ซึ่งส่วนใหญ่จะมีผู้ป่วยเข้ามาได้รับการรักษาจากการเกิดอุบัติเหตุที่มีสาเหตุจากการเมาสุราถึงร้อยละ 22.6<sup>22</sup> ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องมีพฤติกรรมการดื่มสุราที่อาจจะมีความเสี่ยงให้เกิดภาวะถอนพิษสุราตามมาได้

จากการทบทวนประวัติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ที่มีภาวะถอนพิษสุรา พบว่ามีประวัติที่นำเสนอก็คือส่วนมากผู้ป่วยจะมีภาวะ Electrolyte imbalance, BUN และ Creatinine ต่ำ ซึ่งจะพบมากในผู้ป่วยที่มีอายุมากและมีประวัติการดื่มสุรามากกว่า 5 ปีขึ้นไป ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแล้วพบว่า ยังไม่มีรายงานเกี่ยวกับภาวะ Electrolyte imbalance, BUN และ Creatinine ต่ำ ว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ดังนั้นในการศึกษานี้จึงต้องการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราเพิ่มเติมจากการศึกษาเดิมในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบในแผนก เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาแนวปฏิบัติการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะถอนพิษสุราหรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากภาวะถอนพิษสุราที่เป็นมาตรฐานในแผนกศัลยกรรมกระดูกในลำดับต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยกระดูกหักที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี

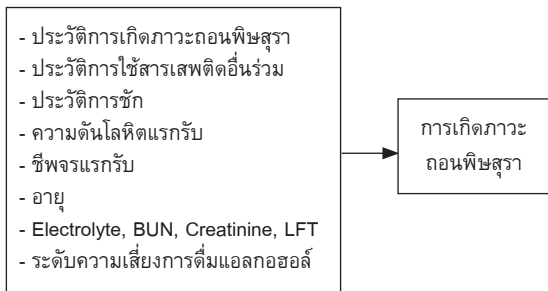


### สมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ได้แก่ อายุ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นร่วม ประวัติการชัก ความดันโลหิต ซึพจร ระดับความเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่การดื่มแอลกอฮอล์และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ และจากการทบทวนประวัติผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราที่พบในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดร พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีภาวะ Electrolyte imbalance, BUN และ Creatinine ต่ำ LFT ผิดปกติ ดื่มสุรามาต่อเนื่องมากกว่า 5 ปีขึ้นไป จึงนำปัจจัยทั้งหมดมาตั้งเป็นสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้คือ

อายุ ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นร่วม ประวัติการชัก ความดันโลหิต ซึพจร ระดับความเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่การดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ Electrolyte, BUN, Creatinine, LFT มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรา

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังและไปข้างหน้า (Retro-prospective research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เก็บรวบรวมข้อมูลจาก 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) เก็บจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ระหว่างปี พ.ศ. 2557-2561 และส่วนที่ 2) เก็บจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ระหว่าง วันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2561-31 สิงหาคม พ.ศ. 2562 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2561-31 สิงหาคม พ.ศ. 2562

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี ที่มีคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุรา Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) Score มากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป จำนวน 306 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอุดรธานี และมีคะแนนประเมินปัญหาการดื่มสุรา Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) Score มากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป จำนวน 160 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike<sup>23</sup> คือ  $N=10K+50$  (N= จำนวนกลุ่มตัวอย่าง, K= จำนวนตัวแปรที่ศึกษา การศึกษานี้มีตัวแปรที่ต้องการศึกษา จำนวน 11 ตัวแปร) แทนค่าในสูตร  $N= 10(11) +50 = 160$  คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 160 คน ที่ได้จากการสุ่มตามเกณฑ์คัดเข้าและมีความสมัครใจในการให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ข้อมูลในแฟ้มประวัติที่ศึกษาซ้อนหลังไม่สมบูรณ์ตามกรอบแนวคิด

จริยธรรมการวิจัย โครงการนี้ได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยโดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี เลขที่รับรอง EC ที่ 42/2561 ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลได้ในช่วงวันที่ 8 ตุลาคม พ.ศ. 2561-7 ตุลาคม พ.ศ. 2562

กรณีเก็บจากเวชระเบียน ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลในแฟ้มประวัติตามหมายเลข HN. และ AN ของผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยนำไปอนุญาตจากผู้อำนวยการส่งให้เจ้าหน้าที่ห้องเวชระเบียนเพื่อค้นประวัติผู้ป่วยตาม HN และ AN นำส่งให้ผู้วิจัย

กรณีการศึกษาแบบไปข้างหน้า ผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามการวิจัย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2561-31 สิงหาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 160 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบคัดกรองพฤติกรรมการณ์สุราแบบเสี่ยง (Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ของ WHO 2001 ที่แปล



เป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจและพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์<sup>24</sup> เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีข้อคำถาม 10 ข้อ มีค่าคะแนน 5 ระดับ (0-4 คะแนน) การแปลผล คะแนน 0-7 คะแนน คือดื่มแบบไม่เสี่ยง 8-19 คะแนน ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ และ 20 คะแนนขึ้นไป คือดื่มแบบเสี่ยงสูง 2) แบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อใช้บันทึกผลการประเมินปัจจัยสัมพันธ์ที่ศึกษาตามกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อให้สะดวกต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลนำไปวิเคราะห์ 3) แบบประเมินอาการขาดสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revise: CIWA-Ar) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธันภา<sup>25</sup> และมีผลทดสอบความเชื่อมั่นของ เครื่องมือเท่ากับ 0.92 (พรทิพย์ ชรรวมวงศ์ และอัญชลี ดำรงไชย)<sup>25</sup> เป็นแบบบันทึกสำหรับบันทึก ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 4 ข้อ ได้แก่ เวลา อัตราการเต้นของชีพจรนับเต็ม 1 นาที ความดันโลหิต และอัตราการหายใจในนับเต็ม 1 นาที ส่วนที่ 2 อาการขาดสุรา 10 ข้อ ในแต่ละข้อมีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 7 คะแนน การแปลผล 0-7 คะแนน ไม่มีอาการขาดสุรา 8-18 คะแนน มีอาการขาดสุรา ระดับต่ำ 19-23 มีอาการขาดสุราปานกลาง และ 24 คะแนน ขึ้นไปมีอาการขาดสุราในระดับสูง

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** ภายหลังได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ให้ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยจึงแจ้งให้หัวหน้า แผนกศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ทราบถึงกระบวนการวิจัยและ วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ในกรณีเก็บข้อมูลกับผู้ป่วย การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

**ส่วนที่ 1 เก็บข้อมูลย้อนหลัง** มีวิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งรายชื่อ HN, AN, ผู้ป่วยชายที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไปพร้อมใบอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อ ขอเยี่ยมประวัติจากแผนกเวชระเบียน
2. ผู้วิจัยทบทวนประวัติการประเมินปัญหาการดื่มสุรา Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) จากแฟ้มประวัติ คัดเลือกแฟ้มผู้ป่วยที่มีประวัติคะแนน AUDIT > 7 คะแนนเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องการอันต่อไป
3. รวบรวมข้อมูลที่ต้องการตามกรอบแนวคิดการวิจัยในแบบบันทึกประวัติและตรวจร่างกายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงภาวะถอนพิษสุรา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

**ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลไปข้างหน้า** มีวิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยอบรมวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูล วิธีการลงบันทึกข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ ผลการตรวจร่างกายโดยแพทย์ ผลการตรวจเลือดตามคำสั่งการรักษาของแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยที่เป็น ผู้ช่วยวิจัย

2. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากข้อมูล ตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 ประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราตามแบบ ประเมิน Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ทันทีที่รับใหม่เข้าและผู้ป่วยพร้อมที่จะให้ข้อมูล ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้ป่วยหมดสติ มีอาการเมา มีอาการสับสน เป็นต้น ให้สอบถามประวัติการ ดื่มสุราเบื้องต้นจากญาติ ข้อมูลการตรวจร่างกายและผลการ ตรวจเลือดให้ใช้ข้อมูลจากผลการตรวจของแพทย์

- 2.2 กรณีประเมินตามแบบประเมิน AUDIT ได้ 8 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินอาการ ขาดสุราทันทีเเวละ 1 ครั้ง จนครบ 72 ชั่วโมง

3. ข้อมูลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ได้แก่ ผล Lab BUN, Electrolyte, LFT จะใช้ผลการตรวจแรกรับสำหรับ นำมาวิเคราะห์

4. ข้อมูลที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากความปวด ได้แก่ ความดันโลหิต และชีพจร จะเก็บข้อมูลแรกรับหลัง จากประเมินคะแนนระดับความปวดได้ ≤ 5 คะแนน

5. ผู้วิจัยจัดเตรียมและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการ ทางสถิติเพื่อสรุปผลการวิจัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านอายุ ประวัติการเกิดภาวะ ถอนพิษสุรา ประวัติการใช้สารเสพติดอื่นร่วม ประวัติการซัก ความเสี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ ความดันโลหิตแรกรับ ชีพจร แรกรับ BUN, Electrolyte, LFT แรกรับ วิเคราะห์แจกแจง ค่าความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัย ทำนายการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยกระดูกหักที่ดื่ม สุราแบบเสี่ยงโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Logistic regression analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05



## ผลการวิจัย

การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยกระดูกหักที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง โรงพยาบาลอุดรธานีครั้งนี้ ผลการวิจัยได้มีดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด อายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 58 ปี อายุเฉลี่ย 43.82 ปี (S.D. = 7.1) เริ่มดื่มสุราครั้งแรก ขณะอายุ 15-19 ปี จำนวน 83 คน ร้อยละ 51.9 รองลงมาคือช่วงอายุ 20-24 ปี จำนวน 60 คน ร้อยละ 37.5 และช่วงอายุ 11-14 ปี จำนวน 17 คน ร้อยละ 10.6 โดยมีอายุเฉลี่ยในการดื่มสุราครั้งแรกของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ

17.9 ปี (S.D.= 2.6) ระยะเวลาที่ดื่มต่อเนื่อง ต่ำสุด 9 ปี สูงสุด 44 ปี เฉลี่ย 25.90 ปี (S.D.=7.8) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 160 คน เป็นผู้ป่วยที่ไม่พบอาการถอนพิษสุรา จำนวน 107 คน ร้อยละ 66.8 และผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 53 คน ร้อยละ 33.1 ในจำนวนนี้พบว่ามีภาวะถอนพิษสุราระดับต่ำ จำนวน 14 คน ร้อยละ 22.4 ระดับปานกลาง จำนวน 33 คน ร้อยละ 62.3 และระดับสูง จำนวน 6 คน ร้อยละ 11.3 ของผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุราทั้งหมด ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุรา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยกระดูกหักที่ดื่มสุราแบบเสี่ยง โรงพยาบาลอุดรธานี

ปัจจัยคัดสรร	ภาวะถอนพิษสุรา				OR <sub>adjusted</sub>	95%CI		p-value
	มีภาวะถอนพิษสุรา		ไม่มีภาวะถอนพิษสุรา			Lower	Upper	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. ระดับความเสี่ยงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา								
ความเสี่ยงสูง (20 คะแนนขึ้นไป)	22	91.7	2	8.3	32.50	5.88	139.37	.000**
ความเสี่ยงต่ำ (8-19 คะแนน)	31	22.8	105	77.2	1			
2. ความถี่ในการดื่ม								
มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์	52	48.6	55	51.4	43.03	4.64	98.63	.001**
2-4 ครั้งต่อสัปดาห์	1	1.9	52	98.1	1			
3. ปริมาณการดื่ม								
ดื่ม 210-300 cc ขึ้นไปต่อวัน (7-10 ดริงค์ขึ้นไป)	40	36.4	70	63.6	1.72	.60	4.90	.309
ดื่ม 120-180 cc ต่อวัน (3-6 ดริงค์)	13	26.0	37	74.0	1			
4. อายุ								
30-40 ปี	10	18.9	43	81.1	2.95	1.07	8.15	.037*
41 ปีขึ้นไป	43	40.2	64	59.8	1			
5. Electrolyte								
ไม่สมดุล	31	48.4	33	51.6	2.78	1.16	6.33	.021*
สมดุล	22	22.9	74	71.1	1			
6. LFT								
ผิดปกติ	40	43.0	53	57.0	3.18	1.32	7.69	.010**
ปกติ	13	19.4	54	80.6	1			
7. BUN								
ผิดปกติ	31	40.8	45	59.2	1.63	.72	3.88	.221
ปกติ	22	26.2	62	73.8	1			
8. ชีพจรเรอรับ								
> 100 ครั้งต่อนาที	25	52.1	23	47.9	2.22	.93	5.36	.073
≤ 100 ครั้งต่อนาที	28	25.0	84	75.0	1			
9. ความดันโลหิต (Systolic blood pressure) แรกรับ								
> 110 mmHg <sup>26</sup>	43	43.9	55	56.1	3.99	1.853	8.919	.002**
≤ 110 mmHg	10	16.1	52	83.9	1			
10. การใช้สารเสพติดร่วม								
ใช้	9	64.3	5	35.7	5.66	1.09	29.29	.039*
ไม่ใช้	44	30.1	102	69.9	1			
11. เคยมีภาวะชักมาก่อน								
เคย	21	70.0	9	30.0	6.187	1.71	22.37	.005**
ไม่เคย	32	24.6	98	75.4	1			
12. เคยมีอาการถอนพิษสุรามาก่อน								
เคย	16	80.0	4	20.0	9.15	1.99	42.14	.004**
ไม่เคย	37	26.4	103	73.6	1			

\* p-value=.05

\*\* p-value=.01



## การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยกระดูกหักที่ดื่มสุราแบบเสีงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่

**ระดับความเสี่ยงพฤติกรรมการดื่มสุรา** มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) อธิบายได้ว่าระดับความเสี่ยงของการดื่มสุราครั้งนี้มีการประเมินครอบคลุมทั้งในเรื่องปริมาณการดื่ม ความถี่การดื่ม ลักษณะ พฤติกรรมการดื่ม รวมทั้งทัศนคติและความเชื่อในเรื่องการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่าง จากผลการประเมินรวมกันแสดงให้เห็นเป็นระดับคะแนนของการดื่มสุราแบบเสีง ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนระดับความเสี่ยงพฤติกรรมการดื่มสุราแบบเสีงสูงจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราสูงเช่นกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hawker & Oxford<sup>13</sup> ที่พบว่า ผู้ที่เสพติดสุราที่มีระดับการเสพสุราในระดับติดขึ้นไป เมื่อหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มจะส่งผลให้เกิดภาวะถอนพิษสุราอย่างรุนแรงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมการดื่มแบบเสีงในระดับต่ำ

**ความดันโลหิตซิสโตลิกแรกรับสูงกว่า 110 mmHg** ในผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบเสีงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราโดยภาวะความดันโลหิตสูงแรกรับจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราสูงกว่าผู้ที่มีความดันโลหิตในระดับปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < .001$ ) จากผลการวิจัยนี้สามารถอภิปรายได้ว่าผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงกว่าปกติเมื่อแรกรับมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เช่น มีภาวะสับสนเฉียบพลันจากพิษสุรา เกิดภาวะถอนพิษแบบเพ้อคลั่ง สับสนเกิดจากการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติที่ผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Burapakajornpong et al<sup>20</sup> ที่กล่าวว่า อุบัติการณ์ผู้ที่มีความดันโลหิตค่าบนสูงกว่า 120 mmHg ขณะแรกรับจะมีภาวะถอนพิษสุราได้และเมื่อเกิดอาการมักจะมีความรุนแรง ยาวนานกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาความดันโลหิตค่าบนสูง ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของอมราภรณ์และเพ็ญภา<sup>7</sup> ที่กล่าวว่า ความดันโลหิตสูงขณะแรกรับสามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้ที่เสพติดสุราได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา และประวัติการชัก** จากการศึกษาพบว่า ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรา มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราอย่างมีนัยสำคัญปีที่ 39 ฉบับที่ 1 : มกราคม - มีนาคม 2564

ทางสถิติ ( $p\text{-value} = .004$ ) และประวัติการชัก มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราในครั้งนี้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .005$ ) ตามลำดับสอดคล้องกับการศึกษาของ Woja, Wasilewski, Zmigrodzka & Grobel<sup>27</sup> ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราและภาวะชัก จะทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราและเพิ่มความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราในครั้งต่อไปได้และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฌัญญุต<sup>21</sup> ที่กล่าวว่า ประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุรามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราแม้ว่าจะอยู่ในระดับต่ำ จึงทำให้การชักประวัติการเกิดภาวะถอนพิษสุราและประวัติการชักหลังดื่มสุราในอดีตมีความจำเป็นต่อการนำมาวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้

**อายุ พบว่า อายุของผู้ป่วยที่ดื่มสุราแบบเสีงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรา ( $p\text{-value} = .037$ )** อภิปรายได้ว่า การเกิดภาวะถอนพิษสุราจะเกิดจากการดื่มสุราอย่างหนักและต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่าย่อมมีระยะเวลาในการดื่มสั้นกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ดังจะเห็นได้จากความสัมพันธ์ระหว่างอายุและระยะเวลาในการดื่มสุราต่อเนื่อง ในการศึกษาที่พบว่าสองปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง ค่าความสัมพันธ์เท่ากับ .941 จึงทำให้ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษสุรามากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าที่ 2.95 เท่า จึงสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้ แต่ในการศึกษานี้พบว่าไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้พบทวนวรรณกรรมมา ที่กล่าวว่าอายุไม่ใช่ปัจจัยทำนายความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา<sup>7</sup> ทั้งนี้ ในสองการศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาประเด็นเดียวกัน กล่าวคือ การศึกษาที่ศึกษาอายุที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรา แต่การศึกษาที่ผ่านมามีศึกษาปัจจัยทำนายระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะถอนพิษสุรา

**ปริมาณการดื่มสุรา** ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของอมราภรณ์และเพ็ญภา<sup>7</sup> ที่กล่าวว่า ปริมาณการดื่มสุราไม่สามารถทำนายภาวะถอนพิษสุราของผู้เสพติดสุราอธิบายได้ว่า ผู้ที่เสพติดสุราในระดับความเสี่ยงสูง จะเป็นผู้ที่มีลักษณะคล้ายเมาสุราตลอดเวลาเนื่องจากการที่มีระดับแอลกอฮอล์สะสมในเลือดสูง แม้จะดื่มได้เพียงเล็กน้อยก็มีการเมาสุรา จึงทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงดื่มสุราได้เพียงครั้งละน้อย ก็มีอาการเมา แต่ดื่มได้ตลอดทั้งวัน ดังนั้น การเกิดภาวะถอนพิษสุราจึงน่าจะขึ้นอยู่กับการสะสมของแอลกอฮอล์ใน





เลือดในผู้ที่ดื่มสุรามายอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน แต่ไม่ได้เกิดจากปริมาณสุราที่ดื่มได้ในแต่ละวัน

**ความสมดุลของ Electrolyte** ในร่างกายแรกเริ่ม พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = .021$ ) อธิบายได้ว่า การดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากและยาวนานมีผลต่อการลดการทำงานของ  $\text{acetaldehyde}$  ซึ่งจะมีผลกับการทำงานของ  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ ,  $\text{ATPase}$  Alc. มีผลทำให้ tubular cell มีขนาดใหญ่ขึ้น<sup>28</sup> ผู้ดื่มสุรามีความเสี่ยงต่อการเกิดการขาดของเนื้อเยื่อไต ซึ่งไตมีหน้าที่ในการควบคุมสมดุลของ Electrolyte จึงอาจจะเป็นเหตุให้ผู้ที่ดื่ม Electrolyte Imbalance อาจแสดงถึงภาวะที่เกิดจากการดื่มสุรามานาน จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราได้มากกว่า ผู้ที่มี Balance electrolyte สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงเดือน นรสิงห์ และคณะ<sup>29</sup> ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรงจะมีภาวะไม่สมดุลของ Electrolyte อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ค่า LFT** พบว่า ผู้ป่วยที่มีค่า LFT สูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = .01$ ) อธิบายได้ว่า ค่า LFT ที่สูงเกิดจากการทำงานของตับที่ผิดปกติ แอลกอฮอล์มีผลต่อการทำงานของตับโดยตรง ดังนั้นผู้ป่วยที่ดื่มสุรามายาวนาน ปริมาณมาก ย่อมส่งผลให้ค่า LFT ผิดปกติ จึงสะท้อนให้เห็นว่ามีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบเสี่ยง จึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรามากกว่าผู้ที่มีค่า LFT ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hartsell Z, Drost J, Wilkens JA, Budavari AI<sup>30</sup> กล่าวว่า ผู้ที่มีภาวะติดสุราและมีอาการถอนพิษสุรา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการส่วนใหญ่พบว่า มีความผิดปกติของระดับเอนไซม์ที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของตับ (liver function test) ได้แก่ AST, ALT สูงขึ้น และมักตรวจพบค่า Mean Vascular Volume (MCV) สูงขึ้นร่วมด้วย

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มการคัดกรองชั้กประวัติและการตรวจร่างกายอย่างละเอียด โดยเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรา เช่น ความดันโลหิต ซึพจร ประวัติการดื่มสุราแบบเสี่ยงตามแบบประเมิน AUDIT ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, LFT, Electrolyte เป็นต้น และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราเพื่อเฝ้าระวังการเกิด หรือลดความรุนแรง ลดภาวะแทรกซ้อนต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา โดยเฉพาะในผู้ป่วยอุบัติเหตุและกระดูกหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งในอนาคตอาจ

2. ควรศึกษาความเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องตั้งแต่อาการแรกเริ่มไปจนถึงอาการที่เริ่มจะเกิดภาวะถอนพิษสุรา ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ซึพจร อุณหภูมิร่างกาย เพื่อเห็นรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะถอนพิษสุราเพื่อเฝ้าระวังและให้การพยาบาลได้ในช่วงที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ

3. ควรศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะงานวิจัยเชิงทดลอง และพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลได้รวดเร็ว สามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่อโรคและการขาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อ ลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วย

### References

1. World Health Organization. WHO Global Status Report on Alcohol. [database on the Internet]. 2014 [cited 2014 March 6]. Available from: <http://www.who.int/alcohol.Young.2004>.
2. Office of The National Economics and Social Development Council. Thailand Healthy lifestyle Strategic plan, B.E. 2011-2020 [database on the Internet]. 2010 [cited 2020 Jul 3]. Available from: [http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703\\_1\\_.pdf](http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf).
3. Saegow U, Vichitkunakorn P, Assanangkornchai S. Fact and figures: alcohol in Thailand. Songkla: National Library of Thailand Cataloging in Publication Data; 2016.
4. Kittirattanapaiboon P, editor. Guide for the training of caretakers with basic alcohol drinking problems for health personnel. Chiang Mai: System Development Plan. Patterns and methods of integrated treatment for people with alcohol consumption problems; 2011.
5. Ballenger JC, Post RM. Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. British Journal of Psychiatry 1978; 133: 1-14.
6. Thanyanuwat R. Patients who suffers from alcohol withdrawal and disoriented. Utaradit Hospital Medical Journal 2013; 28(2): 84-151.
7. Fangkaew A, Dangdomyouth P. Predicting Factors of Alcohol Withdrawal in alcohol dependence clients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2017; 31(2): 95-108.



8. Paenkaew J. Alcohol dependence. *Journal of Nursing and Education* 2016; 9(3): 10-19.
9. Kumlue W. Case study: nursing care for alcohol dependence with depression. Nursing Division Suanprung Psychiatric Hospital, Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2008.
10. Lueboonthavatchai O. Mental health and Psychiatric Nursing. Bangkok: Chula Book Center; 2011.
11. Phaiboonrunroj P. Alcohol withdrawal : nurse role. *Journal of Nursing Division* 2015; 42(1): 153-162.
12. Records of patients admitted in the ward, Ruam Metta 1 and Ruam Metta 2. Udon Thani: Udon Thani Hospital; 2018.
13. Hawker R, Oxford J. Predicting alcohol withdrawal severity support for the role expectation and anxiety. *Addiction Research* 1998; 6(3): 256-81.
14. Kraemer K, et al. Impact of age on the severity, course, and complications of alcohol withdrawal. *Arch Intern Med* 1997; 157(19): 2234-41.
15. Saitz R. Introduction to alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World* 1998; 22(1): 5-12.
16. Haber P, Lintzeris N, Proude E, Lopatko O. Guideline for the treatment of alcohol problem. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing; 2009.
17. Monte R, Rabunal R, Casariego E, Bal M, Pertega, S. Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting. *European Journal of Internal Medicine* 2009; 20(7):690.
18. Myrick H, Anton RF. Treatment of Alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res Services* 1998; 52(6): 820-823.
19. Prescrire. Alcohol withdrawal syndrome: how to predict, prevent, diagnose and treat it. *Prescrire International* 2007; 16(87): 24-31.
20. Burupakajornpong N, Maneeton B, Srisurapanont M. Pattern and risk factors of alcohol withdrawal delirium. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2011; 94(8): 991-996.
21. Khantee N. Selective factors associated with alcohol depression in patients with alcohol dependence [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.
22. Seetamanotch S. Development of network participation in the management of drunk driving problems Phuket Province. Research Report. Phuket: Academic Center for Road Safety; 2017.
23. Thondeike RM. Corrlational procedures for reseach. New York: Garder Press; 1987.
24. Silpakit P, Kittirattanapaiboon P. AUDIT Assessment of alcohol drinking problems, guidelines for Primary Healthcare Facilities. (2<sup>nd</sup> ed). Bangkok: Sunflower Paper; 2009.
25. Thamawong P, Damrongchai A. The confidence of using CIWA-Ar of nursing personnel in Suan Prung Hospital, Chiang Mai. Research Report; 2011.
26. Patrakorn A, Tippawong T, Ranuwattananon A, Rattanasang P, Lakhanapichonchat. Clinical practice guideline of alcohol withdrawal patient for multidisciplinary team. Bangkok: Chulalongkorn University Printing; 2015.
27. Woja M, Wasilewski D, Zmigrodzka I, Grobel I. Age-related differences in the course of alcohol withdrawal in hospitalized patients. *Alcohol & Alcoholism* 2001; 36(6): 577-83.
28. Rothman A, Proverbio T, Fernandez E, Proverbio F. Effect of ethanol on the Na(+) and the Na+, K(+)-ATPase activities of basolateral plasma membranes of kidney proximal tubular cells. *Biochem Pharmacol* 1992; 43: 2034-6.
29. Norasing D, SriKosai S, Somboon S, Hongkham K, Wongwan P, Kamkhan C. Admission criteria and nursing diagnoses for people with mental health problems caused by alcohol use at Suan Prung Psychiatric Hospital. *Bulletin of Suan Prung* 2013; 29(2): 1-15.
30. Hartsell Z, Drost J, Wilkens JA, Budavari AI. Managing alcohol withdrawal in hospitalized patients. *Journal of the American Academy of Physician Assistants* 2007; 20(9): 20-25.