

## การถอนสุรา : กลุ่มอาการ และการรักษา

เดชา ลลิตอนันต์พงศ์\*

**Lalitanantpong D. Alcohol withdrawal: Syndrome and treatment. Chula Med J 2010  
Jan - Feb; 54(1): 67 - 79**

*Alcohol dependence is a common health problem in Thailand. Alcohol dependent patient can stop drinking with a variety of causes such as intention, acute illness and/or accident. Sudden cessation of drink after use for a long-time causes alcohol withdrawal syndrome.*

*Alcohol withdrawal syndrome may be classified by its severity into two groups: uncomplicated and complicated groups. The less severe uncomplicated group may need no treatment. The complicated group consists of three kinds, namely: 1. alcohol withdrawal seizure; 2. alcohol induced psychotic disorder; and, 3. alcohol withdrawal delirium.*

*Since the chronic alcohol users usually have concurrent medical illness especially chronic liver disease, the patients may also have medical illnesses during alcohol withdrawal condition. Closely evaluations, plans of treatment, patient symptoms monitoring are essential.*

*This document is a review of the causes of alcohol tolerance and withdrawal. It explains the course of alcohol withdrawal syndrome, how to diagnose it, its differential diagnosis and laboratory investigations. Regarding the treatment, this paper is a review of guidelines of treatment of alcoholic detoxification and the indications for hospitalization, assessment of the severity of alcohol withdrawal staging of the syndrome with pharmacological treatments as well as risk monitoring.*

**Keywords:** Alcohol, Withdrawal, Syndrome, Delirium tremens, Treatment.

Reprint request : Lalitanantpong D. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine,  
Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. June 12, 2009.

**เดชา ลลิตอนันต์พงศ์. การถอนสุรา : กลุ่มอาการ และการรักษา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2553  
ม.ค. - ก.พ.; 54(1): 67 - 79**

ปัญหาผู้ติดสุรา เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในประเทศไทย ผู้ติดสุราอาจจะหยุดดื่มสุราด้วยสาเหตุหลาย ๆ อย่าง อาจจะตั้งใจหยุดเอง หรือเกิดจากความจำเป็น เนื่องจากเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุหรือ โรคทางอายุรกรรมเฉียบพลัน ซึ่งผลการหยุดสุราทันทีหลังจากดื่มมาเป็นเวลานาน ก็จะทำให้เกิดกลุ่มอาการถอนสุราขึ้น

กลุ่มอาการถอนสุรา แบ่งเป็นระดับความรุนแรง เป็นแบบไม่มีโรคแทรกซ้อน กับมีโรคแทรกซ้อน ซึ่งระดับรุนแรงไม่มาก มักจะไม่มีอันตรายและหายได้เอง ส่วนระดับรุนแรงมาก มักจะประกอบด้วยกลุ่มอาการ 3 ชนิด ได้แก่ โรคลมชักเนื่องจากการถอนสุรา โรคจิตที่เกิดจากการใช้สุรา และโรค Delirium ที่เกิดจากการถอนสุรา

เนื่องจากผู้ดื่มสุราเป็นเวลานาน มักจะมีโรคประจำตัวทางอายุรกรรมอื่นร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคตับเรื้อรัง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะป่วยด้วยโรคทางอายุรกรรมขณะที่มีอาการถอนสุรา ดังนั้น การประเมินผู้ป่วย การวางแผนรักษา การเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิดจึงมีความสำคัญมาก

บทความนี้ได้ทบทวน สาเหตุของการเกิด Alcohol tolerance และการถอนสุรา อธิบายการดำเนินโรคของกลุ่มอาการถอนสุรา การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แนวทางในการรักษาผู้ป่วยถอนพิษสุรา ข้อบ่งชี้ในการรับรักษาในโรงพยาบาล วิธีประเมินความรุนแรงของภาวะถอนสุรา ขั้นตอนการให้ยารักษา และการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่าง ๆ

**คำสำคัญ :** การถอนสุรา, กลุ่มอาการ, การรักษา.

ชาวตะวันตกประมาณร้อยละ 90 ดื่มสุราเป็นครั้งคราวในชีวิตประจำวัน ซึ่งผลของการดื่ม อาจทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือโรคทางอายุรกรรมจากสุรา เพศชายและหญิงอย่างน้อยร้อยละ 40 เคยมีปัญหาจากการดื่มสุรา ครั้งหนึ่งในชีวิต เช่น การขาดเรียน หรือขาดงาน การขับรถในขณะที่เมาสุรา หรือ การดื่มสุราทำให้เกิดปัญหาในเรื่องการทำงาน หรือ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

แนวโน้มในปัจจุบันพบว่าผู้ที่เริ่มดื่มครั้งแรกมีอายุน้อยลง และผู้ดื่มอายุน้อย มักมีความเสี่ยงกับอุบัติเหตุที่สัมพันธ์กับการดื่ม<sup>(1)</sup> ปัญหาเรื่องการถอนสุราเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ ทั่วไป มักจะเป็นกลุ่มอาการที่มีความรุนแรงและต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน<sup>(2)</sup>

### 1. การดื้อสุรา (Alcohol tolerance)

การดื่ม alcohol เป็นเวลานาน ผู้ดื่มจะต้องการปริมาณการดื่มในปริมาณที่มากขึ้น เพื่อให้มีผลเท่าที่ต้องการตามเดิม เป็นความสามารถของร่างกาย ในการทนต่อระดับแอลกอฮอล์ ที่มากขึ้นได้ เรียกว่า การดื้อสุรา (Alcohol tolerance) แบ่งได้เป็น

1. การดื้อทางพฤติกรรม (Behavioral tolerance) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่เรียนรู้การปรับตัวในการทำงาน แม้ว่าดื่มสุราอยู่

2. การดื้อทางเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetic tolerance) เป็นการปรับตัวของ ระบบเมตาโบลิซึมของร่างกาย ที่จะสามารถขับแอลกอฮอล์ออกจากร่างกายได้อย่างรวดเร็ว หลังจากการดื่มไม่นาน ตับจะสร้าง alcohol dehydrogenase มากขึ้นกว่าปกติ ซึ่งจะมีผลต่อระบบ microsomal ethanol-oxidizing system ทำให้อัตราการกำจัดแอลกอฮอล์สูงขึ้นถึงร้อยละ 30

3. การดื้อทางเภสัชพลศาสตร์ หรือในระดับเซลล์ (Pharmacodynamic or cellular tolerance) เป็นการปรับตัวของระบบประสาท การได้รับแอลกอฮอล์เป็นเวลานาน จะเกิดการปรับตัวของ Gamma amino butyric

acid (A) receptor<sup>(3)</sup> มีการ up-regulation ของ N-methyl D-aspartate) receptor (NMDA)<sup>(4)</sup> ทำให้เกิดการดื้อสุรา ผู้ดื่มจะคุ้นเคยกับปกติ ไม่แสดงอาการเมึนเมา แม้ว่าจะมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง แม้ว่าระดับแอลกอฮอล์ในเลือดจะมากกว่า 250 mg/dL (ในบางราย ยังรู้สึกตัวดี ที่ระดับมากกว่า 600 mg/dL).

### การดื้อสุรา อื่น ๆ

#### 1. การดื้อสุราข้ามกลุ่ม (Cross-tolerance)

เมื่อเกิดภาวะ tolerance ต่อสารที่กดสมองแล้ว มักจะมีการดื้อกับยากลุ่มอื่นที่มีฤทธิ์คล้ายคลึงกัน เรียกว่า cross-tolerance ดังนั้น ผู้ดื่มสุราอย่างหนัก แล้วหยุดดื่มทันที จะมีความต้องการยากลุ่ม benzodiazepine ในระดับสูงกว่าปกติ เพื่อช่วยให้นอนหลับ กรณีที่ผู้ป่วยใช้ยานอนหลับร่วมด้วย แม้ว่าอาจไม่ค่อยมีการถอนยา แต่ผลการเสริมฤทธิ์ของยาจะมีอันตรายมากกว่า

#### 2. การดื้อสุราผกผัน (Reverse tolerance)

เมื่อผู้ติดสุรา ใช้สุราเป็นเวลานาน ๆ ร่างกายจะปรับตัว โดยการปรับระดับความไวต่อแอลกอฮอล์ การลดลงของการทำลายในตับ การลดลงของน้ำในร่างกาย การเพิ่มสัดส่วนของไขมัน ยิ่งทำให้ระดับแอลกอฮอล์ ในเลือด มีระดับสูงขึ้น neurons จะเพิ่มความไวต่อผลของแอลกอฮอล์ อีกตัวอย่างหนึ่ง ในกรณีผู้ติดสุรามานาน แล้วเกิดอุบัติเหตุทางสมอง พบว่าสมองมีความไวมากขึ้นต่อสุรา การปรับตัวต่อการดื่มสุราเป็นเวลานาน ทำให้เกิดการพึ่งพาทางร่างกาย (physical dependence) ซึ่งเป็นพื้นฐานของภาวะ alcohol withdrawal syndrome

### การดื้อสุราจากปัจจัยด้านพันธุกรรม

สามารถอธิบายได้จาก serotonergic genes บางชนิด อาจเป็นสาเหตุของการติดสุรา นอกจากนี้ กลุ่มอาการถอนสุรายังอาจจะสัมพันธ์กับ serotonin ด้วย เช่น บทบาทของ serotonin receptor 1A (5-HT1A) จะมีการอาการถอนสุรามากกว่าในกลุ่ม G+genotypes (CG+ GG) มากกว่ากลุ่ม G-genotype<sup>(5)</sup>

## 2. การถอนสุรา (Alcohol withdrawal)

การหยุดดื่ม หลังการดื่มติดต่อกันเป็นเวลานาน ผู้ป่วยจะเกิดอาการของสัมพันธ์กับอัตราการลดลงของปริมาณสุราในร่างกาย อาการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ตามความรุนแรงและช่วงเวลาที่เกิดอาการ

1. การถอนสุราไม่รุนแรง หรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน (Mild alcohol withdrawal or Uncomplicated alcohol withdrawal)

2. การถอนสุราอย่างรุนแรง และเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

- อาการชักจากการถอนสุรา (Alcohol withdrawal seizure, Rum fit)

- อาการประสาทหลอน (Alcohol induced psychotic disorder, Alcoholic hallucinosis)

- ภาวะสับสนจากการถอนสุราอย่างรุนแรง (Alcohol withdrawal delirium, Delirium tremens)

### 1. การถอนสุราไม่รุนแรง (Mild alcohol withdrawal)

การถอนสุราที่เกิดขึ้นเนื่องจากสมอง ได้มีการปรับตัว จากการใช้สุรามาเป็นเวลานาน เมื่อขาดสุราทำให้สมองทำงานผิดปกติ การไขยาในกลุ่มที่กดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 2 - 3 วันแรก โดยจะมีอาการกระสับกระส่าย มือสั่น นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน อาจเกิดภาพหลอน หูแว่ว หรือ รู้สึกว่ามีแมลงไต่ตามตัว เครียด ระบบประสาทไว ตกใจง่าย อาการดังกล่าวจะดีขึ้น เมื่อกลับไปดื่มสุราใหม่

- อาการที่พบแรกสุด และบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการตัวสั่น มือสั่น คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ครั่นเนื้อ ครั่นตัว ปวดศีรษะนอนหลับ ๆ ตื่น ๆ ซึ่งอาการเหล่านี้มักเกิดหลังจากหยุดดื่มได้ไม่กี่ชั่วโมง

- ภาวะอารมณ์หงุดหงิดง่าย วิดกกังวล อารมณ์ซึม หดหู่ เบื่อ

- อาการสั่นเป็นอาการที่เห็นได้ชัด สั่นเร็ว 5 - 7 ครั้งต่อวินาที การสั่นจะมากขึ้น เมื่อมีการเคลื่อนไหว หรือมีความเครียด จะยิ่งเห็นชัด เมื่อให้ผู้ป่วยลองเหยียดแขน

หรือแลบลิ้น

- อาการระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไว เช่น ชีพจรเร็ว เหงื่อออกมาก ความดันโลหิตขึ้นสูง บางคนอาจมีประสาทหลอน ซึ่งจะมีลักษณะไม่ชัดเจน และเป็นอยู่ไม่นาน

- อาการเหล่านี้จะรุนแรงมากสุดในช่วง 24 - 48 ชั่วโมง แล้วค่อย ๆ ลดลงจนปกติภายใน 5 - 7 วัน แต่อาจมีอาการมึนงงหงุดหงิดง่าย นอนไม่ค่อยหลับได้ถึง 10 วันหรือนานกว่านั้น

## 2. การถอนสุราอย่างรุนแรง (Severe alcohol withdrawal)

### 2.1 โรคลมชักเนื่องจากการถอนสุรา (Alcohol withdrawal seizure)

พบวาระยะ 90 เกิดอาการชักในช่วง 7-48 ชั่วโมง หลังจากหยุดดื่มสุรา ลักษณะการชัก โดยมากจะเป็น generalized seizure เกิด 2 - 6 ครั้ง status epilepticus พบได้น้อย ประมาณหนึ่งในสามของผู้ที่มีการชักจะเกิดอาการ alcohol withdrawal delirium ต่อไป และเมื่อเกิดอาการ delirium แล้วพบน้อยมากว่าจะเกิดการชักขึ้นอีก อาการชักหลังหยุดดื่มสุรานี้ไม่ได้เป็นตัวบ่งถึง ความรุนแรงของการเป็นโรคพิษสุรา (Alcohol dependence) สาเหตุของการชักเกิดจากกลไกการลดการทำงานของ receptor ต่าง ๆ เช่น N-methyl-d-aspartate (NMDA), gamma-aminobutyric acid (GABA), GABA-A (alpha 2 subunit) และ GABA-B receptors ในระหว่างการดื่มสุราเป็นระยะเวลานาน เมื่อหยุดดื่มจึงเกิดภาวะ hyperexcitable จนทำให้เกิดอาการชัก

คลื่นไฟฟ้าสมอง (Electroencephalogram, EEG) ที่อาจจะตรวจพบได้ เป็นลักษณะ periodic lateralized epileptiform discharges สามารถให้การรักษาด้วยดีด้วยยากลุ่ม benzodiazepines ทั้ง diazepam และ lorazepam นอกจากนี้ มีรายงานการใช้ยารักษาโรคลมชัก เช่น carbamazepine และ topiramate ก็ได้ผลดีและปลอดภัยเช่นกัน<sup>(6)</sup>

## ตารางที่ 1. เกณฑ์การวินิจฉัยการถอนสุรา

### เกณฑ์การวินิจฉัยการถอนสุรา

- A. การหยุด หรือใช้ alcohol น้อยลง หลังจากใช้ในปริมาณมาก เป็นเวลานาน
- B. มีอาการมากกว่าสองอย่าง เกิดขึ้นภายในชั่วโมง หรือ สองสามวันหลังจาก criterion A:
- (1) ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัว (autonomic hyperactivity) เช่น มีเหงื่อออกมาก หรือ ชีพจรเร็วกว่า 100)
  - (2) มือสั่นมากขึ้น (increased hand tremor)
  - (3) นอนไม่หลับ (insomnia)
  - (4) คลื่นไส้ อาเจียน (nausea or vomiting)
  - (5) มีอาการประสาทหลอนชั่วคราว ด้านสายตา หู หรือ ภาพหลอน (transient visual, tactile, or auditory hallucinations or illusions)
  - (6) กระสับกระส่าย (psychomotor agitation)
  - (7) วิตกกังวล (anxiety)
  - (8) ลมชัก (grand mal seizures)
- C. อาการดังกล่าวใน criterion B ทำให้เกิดความไม่สบาย หรือ เสียหน้าที่การงาน อาชีพ หรือการทำงานสำคัญอื่น ๆ
- D. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากโรคทางกาย หรือ โรคทางจิตเวชอื่น ๆ
- Specify if:  
มีประสาทสัมผัสผิดปกติ ( With perceptual disturbances)

Table from DSM-IV-TR, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed 4 (Text Revision).

Copyright American Psychiatric Association, Washington

## 2.2 โรคจิตเภทที่เกิดจากการใช้สุรา (Alcohol-induced psychotic disorder)

อาการจิตเภทจากการใช้สารเสพติด เป็นภาวะที่พบได้บ่อย เช่น จาก การใช้สุรา เมทแอมเฟตามีน กัญชา โรคจิตเภทที่เกิดจากการใช้สุรา เป็นสาเหตุหนึ่งที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ต้องรักษาแบบผู้ป่วยใน<sup>(7)</sup> ประมาณร้อยละ 3 ของผู้ป่วยติดสุรา มีอาการทางจิตในระหว่างการดื่มอย่างหนัก หรือ ช่วงถอนสุรา เดิมใน DSM-III-R ได้วินิจฉัยโรคในกลุ่มนี้ว่าเป็น organic hallucinosis หรือ delusional disorders อาการที่พบคล้ายกับผู้ป่วยโรคจิตเภท เพียงแต่อาการทางจิตจะเกิดขึ้นสัมพันธ์กับปัญหาสุรา ซึ่งอาจจะหายได้เอง และเป็นเมื่อดื่มมากขึ้นเริ่มมีอาการภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่ม ลักษณะอาการเด่น จะเป็นประสาทหลอน ซึ่งส่วนใหญ่จะ

เป็นเสียงแว่ว เช่น เสียงนาฬิกา เสียงรถยนต์ เสียงระฆัง เสียงคนพูดกัน หรือพูดข่มขู่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะหวาดกลัวตื่นตระหนก กระสับกระส่าย อาการประสาทหลอนชนิดอื่น เช่น ภาพหลอนพบได้น้อย แยกจากอาการ delirium โดยที่ผู้ป่วยไม่มีอาการเพ้อ งุนงง สับสน หรือหลงลืม โดยทั่วไปจะมีอาการอยู่ไม่นาน เป็นเพียงชั่วโมงถึงหลายวัน ซึ่งผู้ป่วยจะค่อย ๆ รู้ตัวว่าเสียงที่ได้ยินนั้นไม่มีจริง มีอยู่ส่วนน้อยที่อาการไม่หายเป็นปกติ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการนานเกินกว่า 6 เดือน

## 2.3 โรค Deilirium ที่เกิดจากถอนพิษสุราอย่างรุนแรง (Alcohol withdrawal delirium, delirium tremens)

พบว่าประมาณร้อยละ 3 มีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ มีภาวะกระสับกระส่าย สับสน ที่เรียกว่า alcoholic withdrawal delirium หรือ

delirium tremens (DTs.) การประเริมแรก คือ การพิจารณาเกี่ยวกับความรุนแรง และปัญหาโรคทางอายุรกรรมอื่น ๆ สารเสพติดอื่นที่ใช้อยู่ และผู้ป่วยต้องการรักษาอย่างเร่งด่วนหรือไม่ ผู้ป่วยบางรายมีอาการชักร่วมด้วย

อาการมักเกิดขึ้นหลังจากหยุดสุราได้ 2 - 3 วัน และจะรุนแรงมากที่สุดในวันที่ 4 - 5 เกิดในผู้ที่ดื่มสุราหนักมา 5 - 15 ปี และมีความเจ็บป่วยทางร่างกายร่วม เช่น อุบัติเหตุ โรคตับ โรคติดเชื้อ

**ลักษณะอาการสำคัญ** คืออาการ delirium โดยมักเริ่มเป็นตอนเย็นหรือกลางคืน ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ประสาทหลอนเห็นคนจะมาทำร้าย เห็นตำรวจจะมาจับ หรืออาจเห็นเป็นสัตว์ต่าง ๆ รู้สึกว่ามีอะไรมาไต่ตามตัว บางครั้งหูแว่ว เสียงคนพูด เสียงคนข่มขู่ มีท่าทางหวาดกลัว บางครั้งพูดฟังไม่เข้าใจ ร้องตะโกน หรือหลบซ่อนตัว อาการเป็นตลอดทั้งคืน ช่วงเช้าส่วนใหญ่อาการจะทุเลาลง ตอนบ่ายอาการปกติดี ซึ่งเป็นการแกว่งไกวของอาการ (fluctuation) ญาติมักคิดว่าหายดีแล้ว แต่พอตกเย็น ผู้ป่วยก็เริ่มกลับมามีอาการอีก

### 3. การดำเนินโรค (Course of alcohol withdrawal syndrome)

หลังจากผู้ป่วยหยุดดื่มแล้ว อาการที่จะเกิดขึ้นก่อนคือ อาการชัก (convulsion) พบว่า 90% ของผู้ป่วยเกิดอาการชักในช่วง 7 - 48 ชม. หลังหยุดดื่ม หลังจากชัก ผู้ป่วยจะมีอาการสั่น (Tremor) และอาจมีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติไว้มาก เป็นอาการแรกสุดและ

พบได้บ่อยที่สุด เกิดขึ้นภายใน 24 - 48 ชม. ภายนี้ถ้าแพทย์ผู้รักษาไม่ระมัดระวัง ก็จะคิดว่าผู้ป่วยพ้นระยะถอนสุราไปแล้ว

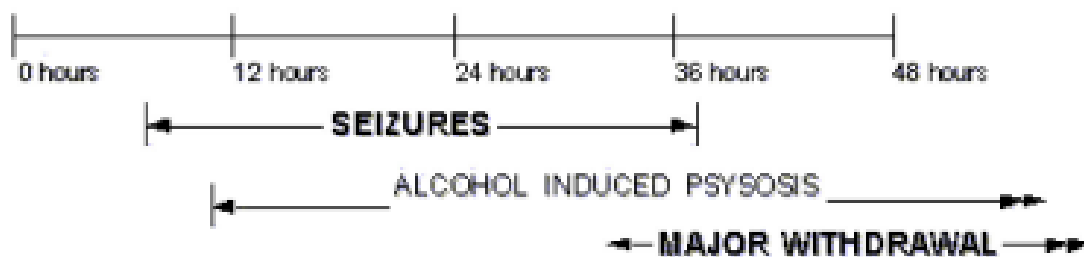
ระยะต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต โดยที่ไม่ยังไม่เกิด delirium เป็นอาการทางจิตลักษณะมีหูแว่ว และอาการระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไว (allucination and sympathetic hyperactivity symptoms) เกิดภายใน 48 ชม. ต่อมา ส่วนภาวะ delirium อย่างรุนแรง มักเกิดหลังหยุดสุราได้ 2 - 3 วัน และรุนแรงมากที่สุดในวันที่ 4 - 5

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยถอนสุราไม่ปรากฏอาการ delirium ใน 48 ชั่วโมงแรก ก็ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยพ้นระยะการถอน หรือเป็นการถอนสุราแบบไม่รุนแรง นอกจากนี้ หากการดูแลภาวะ delirium ไม่พอเพียง ผู้ป่วยอาจมีอาการต่อเนื่องเป็นสัปดาห์ (รูปที่ 1)

### 4. การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis)

#### 1. การแยกโรคทางอายุรกรรม (Medical cause)

**1.1 การชักประวัติ** การวินิจฉัยแยกโรคกลุ่มอาการถอนสุรา เป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมาด้วยภาวะ delirium ทำให้ประเมินประวัติการดื่มสุราเป็นไปได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่มีญาติให้ประวัติ นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังมีโอกาสมารับการรักษาด้วยโรคทางอายุรกรรม หรือศัลยกรรม โดยไม่ได้ทราบล่วงหน้าว่าจะมีการเกิดภาวะถอนสุรา เพราะการตรวจร่างกาย หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่มีการวินิจฉัยเฉพาะ<sup>(6)</sup>

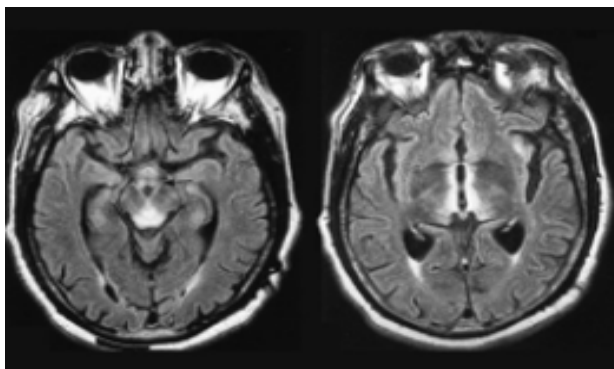


รูปที่ 1. แสดงการดำเนินโรคของภาวะถอนสุรา และลำดับของการเกิดอาการ

1.2 การตรวจร่างกาย อาจพบลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคตับเรื้อรัง นอกจากนี้การตรวจทางระบบประสาท ถ้าพบลักษณะกลุ่มอาการที่ขาด thiamine เรื้อรัง ซึ่งพบประมาณ ร้อยละ 30 – 80 จะมีการเกิด Wernicke-Korsakoff (WK) syndrome ซึ่งสัมพันธ์กับการใช้สุรา เป็นเวลานาน จนมีการขาด thiamine จนทำให้เกิดพยาธิสภาพของสมอง<sup>(9)</sup>

1.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจระดับ gamma glutamyltransferase สามารถใช้เป็น biological marker ในรายที่มีระดับสูง ให้สงสัยว่าน่าจะมีประวัติการดื่มสุรามามากอย่างต่อเนื่อง<sup>(10)</sup> serum creatine kinase (CK) โดยพบว่า low normal CK activity ในการติดสุรา (alcohol dependence) CK activity สูงในกลุ่ม uncomplicated alcohol withdrawal และสูงสุดในกลุ่ม alcohol withdrawal delirium และยังสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและ bipolar disorder<sup>(11)</sup> นอกจากนี้แม้ว่าจะได้วินิจฉัยภาวะถอนสุราแน่นอนแล้ว ผู้ป่วยยังมีโอกาสเกิด delirium จากสาเหตุอื่น ๆ ร่วมด้วย จากโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น อาจเกิดภาวะ ketoacidosis ร่วมด้วยก็ได้<sup>(12)</sup>

1.4 การตรวจด้านรังสีวิทยา สามารถพบร่องรอยของการใช้สุราเป็นระยะเวลานาน เช่นเดียวกับโรค Wernicke-Korsakoff (WK) syndrome<sup>(13)</sup> การตรวจ Magnetic Resonance Imaging, MRI (รูปที่ 2) จะพบการหดตัว หรือเหี่ยวของสมอง ส่วน mammillary bodies, thalamus และ ventricle ที่ใหญ่ขึ้น จาก atrophy of ของ gray matter ข้างเดียว<sup>(14)</sup>



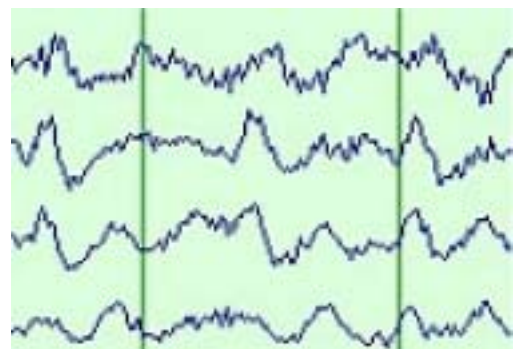
รูปที่ 2. แสดงลักษณะ Wernicke-Korsakoff (WK) syndrome

1.5 การตรวจคลื่นสมอง ผู้ป่วยถอนสุรา มักจะมีความผิดปกติของ EEG เกือบทุกราย โดยพบว่าเพียงร้อยละ 8.6 เท่านั้นที่ปกติ โดยพบว่า 42.4% คลื่นสมองส่วน theta และ delta waves มีความยาวคลื่นลดลง ส่วน beta wave เพิ่มขึ้น ซึ่งการลดลงของคลื่นสั้นลงบ่งชี้ถึง brain atrophy ส่วนการเพิ่มขึ้นของคลื่นยาวแสดงให้เห็นถึง ยาที่ใช้หรืออาการชัก ซึ่งอาจจะพบรูปแบบของคลื่นสมองลมชักแบบ periodic lateralized epileptiform discharge (PLED)<sup>(15)</sup> (รูปที่ 3: A)

ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สติตัว อาจพบคลื่นสมอง แบบ triphasic waves แม้ว่าจะเป็นรูปแบบที่ nonspecific electroencephalogram (EEG) โดยที่สามารถพบได้บ่อยที่สุดใน hepatic encephalopathy, renal failure และ anoxic injury โดยมีลักษณะ high-amplitude (>70  $\mu$ V), positive sharp ซึ่งตามด้วย negative waves ที่มี amplitude ต่ำกว่า และเกิดขึ้นพร้อมกันที่ frontal ทั้งสองด้าน มีความถี่ของคลื่นประมาณ 1-2 Hz<sup>(16)</sup> (รูปที่ 3: B)



รูปที่ 3: A



รูปที่ 3 : B

รูปที่ 3 A: Periodic lateralized epileptiform discharges  
B: ลักษณะ triphasic morphology

มี 3 phases :negative (wave 1), positive (wave 2) และ negative (wave 3) รอบละ 1 วินาที

## 2. การวินิจฉัยเพื่อแยกโรคทางจิตเวช (Differential Diagnosis of Psychiatric causes)

เนื่องจากผู้ป่วยติดสุรา อาจจะใช้สุราเพื่อบำบัดอาการของตนเอง (Self medication) จึงมีความจำเป็นในการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวช ที่อาจเป็นสาเหตุหรือพบร่วม (Co-morbidity) ให้ประเมินภาวะ depressive, anxiety, และกลุ่ม psychotic disorder อื่น ๆ กลุ่มปัญหาพฤติกรรมที่เกิดจากการดื่ม แอลกอฮอล์ สามารถจัดอยู่ในกลุ่ม substance-induced psychiatric disorders <sup>(17)</sup>

### 2.1 ภาวะซึมเศร้า กับ alcohol-induced mood disorder

สามารถแบ่ง subtype ย่อย ได้เป็นว่ามีหรือไม่มีอาการ depressive, manic หรือ mixed features โดยจะต้องมีหลักฐานยืนยันว่าอาการที่เกิดอยู่ในระยะของการดื่ม ไม่ว่าจะกำลังดื่ม หลังดื่มไม่นาน และมีอาการรุนแรงจากผลซึมเศร้าจากการดื่มโดยทั่วไป ถ้าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ต้องไม่มีประวัติการดื่มในระดับที่อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจากสุรา

### 2.2 ภาวะวิตกกังวล กับ alcohol-induced anxiety disorder

จากหลักฐานที่ว่าแอลกอฮอล์ สามารถทำให้เกิดภาวะเครียด และโรคเครียด ได้เป็นครั้งคราว ทั้งระยะ intoxication หรือ withdrawal อาการกังวลเหล่านี้ อาจมีได้หลายแบบ ตั้งแต่กังวลเหมือนโรค Generalized Anxiety Disorder ภาวะ panic attack อาการ obsession, compulsion หรือ phobia ซึ่งมีอาการได้เหมือนกัน แต่แยกโรคได้ เมื่อมีอาการในช่วงที่มีการใช้สุราในระดับที่อาจทำให้เกิดภาวะวิตกกังวล

### 2.3 ภาวะวิกลจริตกับ alcohol-induced psychotic disorder

จะมีอาการ หลงผิด และประสาทหลอน สัมพันธ์กับระยะ intoxication หรือ withdrawal

### 2.4 ภาวะอื่น

เช่น substance-induced sexual dysfunction หรือ sleep disorders อาการจะสัมพันธ์กับการใช้แอลกอฮอล์

นอกจากวินิจฉัยแยกโรคแล้ว ภาวะ alcohol dependence อาจพบร่วม (co morbidity) กับโรคทางสุขภาพจิตอื่น ๆ และเป็นโรคที่วินิจฉัยร่วมมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยใช้สารเสพติดชนิดอื่น

## 5. การรักษา

การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการถอนสุรา มีวัตถุประสงค์หลักสองประการคือ <sup>(18)</sup>

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยถอนพิษสุราได้อย่างปลอดภัย และปราศจากอาการเจ็บป่วยอื่น ๆ
- 2) เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ ในการหยุดดื่ม (abstinence) และฟื้นฟูสุขภาพจิตใจ

### 1. การรักษาโดยการถอนพิษสุรา (Detoxification)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ อาจจะไม่มีการถอนยาอย่างรุนแรงเมื่อหยุดดื่ม โดยเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง อาจมีภาวะเหมือนเป็นไข้หวัดธรรมดา ขั้นตอนแรกของการถอนพิษ คือการตรวจร่างกายอย่างละเอียด ในกรณีที่ไม่มียาเสพติดประจำตัว หรือ มีประวัติติดสารเสพติดอื่น มักจะไม่ค่อยเกิดการถอนสุราอย่างรุนแรง ขั้นตอนต่อมาเป็นการให้พักผ่อนอย่างพอเพียง โภชนาการทดแทน การเสริม thiamine

#### 1.1 อาการถอนสุราไม่รุนแรง หรือรุนแรงระดับน้อย (Mild alcohol withdrawal)

ภาวะ Withdrawal เกิดขึ้นเนื่องจากสมองได้มีการปรับตัว จากการใช้สุรามาเป็นเวลานาน เมื่อขาดสุรา ทำให้สมองทำงานผิดปกติ การใช้ยากลุ่มที่กดสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 2 - 3 วันแรก จะช่วยลดอาการได้เป็นอย่างมาก และสามารถหยุดยาได้ภายใน 5 วัน โดยไม่เกิดภาวะถอนสุราอย่างรุนแรง ความจริงสามารถเลือกใช้ยากดสมอง เช่น ยาคลายกังวล, barbiturates สามารถใช้ได้ผล ส่วนใหญ่นิยมใช้ยากลุ่ม benzodiazepine



เนื่องจากค่อนข้างปลอดภัย และควรเลือกใช้กลุ่มที่มีครึ่งชีวิตสั้น เช่น lorazepam (Ativan), ยาในกลุ่มครึ่งชีวิตปานกลางที่นิยมใช้ได้แก่ chlordiazepoxide (Librium) และ diazepam (Valium).

ตัวอย่างการใช้ เช่นอาจจะเลือก chlordiazepoxide ประมาณ 25 มก. ให้รับประทานวันละ 3 - 4 ครั้งในวันแรก หากได้รับยาแล้วผู้ป่วยง่วง ก็สามารถงดยาในมือต่อไปได้ ในวันต่อมาหากผู้ป่วยไม่มีอาการถอนยาให้ค่อย ๆ ลดยาลง วันละ 20 เปอร์เซ็นต์ โดยเฝ้าระวังอาการมือสั่น ใจสั่น หรือ ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไวกว่าปกติ โดยทั่วไปภายใน 4 - 5 วัน ก็จะสามารถหยุดยาได้ การใช้กลุ่มสังคมช่วยทำให้ผลการรักษาดีขึ้น โดยเฉพาะในกรณีที่มีการถอนสุราอ่อน ๆ ยาอื่น ๆ อาจจะใช้ยาในกลุ่ม b-blocker เช่น propranolol (Inderal) หรือ a-agonists เช่น clonidine (Catapres) แม้ว่ายาเหล่านี้จะไม่ได้เห็นอกกว่ายาในกลุ่ม benzodiazepine แต่ไม่มีฤทธิ์กดสมอง แต่มีข้อด้อยคือ ไม่ลดอัตราการชัก หรือ ภาวะ delirium.<sup>(19)</sup>

นอกจากนี้ ยังสามารถเลือกยาในกลุ่ม benzodiazepine ชนิดอื่น โดยเปรียบเทียบจากความแรง และครึ่งชีวิตของยา โดยมีตัวอย่างการศึกษาเปรียบเทียบการใช้ระหว่าง lorazepam และ chlordiazepoxide ซึ่งได้ผลไม่แตกต่างกัน<sup>(20)</sup>

ข้อควรระวัง การใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine ในกลุ่ม delirium ที่ไม่ใช่จากสาเหตุการถอนสุรา นอกจากจะไม่มีการศึกษารับรองแล้ว อาจจะทำให้อาการ delirium เป็นมากขึ้น ผู้ป่วยอาจซึมลงและเกิดอันตรายได้<sup>(21)</sup>

การรักษาภาวะ delirium ที่ไม่ได้เกิดจากการถอนสุรา นิยมใช้ haloperidol เป็น first line of treatment เพราะสามารถใช้ได้ทั้งรับประทานและฉีด มี active metabolites น้อย มีผลข้างเคียงด้าน anticholinergic effects ต่ำ และไม่ทำให้เกิดภาวะง่วงซึมเกินไป หรือเกิดผลที่ทำให้ความดันโลหิตต่ำ<sup>(22)</sup>

1.2 ภาวะการถอนสุราอย่างรุนแรง (Severe withdrawal)

พบว่าประมาณร้อยละ 3 มีอาการระบบประสาทอัตโนมัติไวมากกว่าปกติ มีภาวะกระสับกระส่าย สับสนที่เรียกว่า alcoholic withdrawal delirium หรือ Delirium Tremens (DTs). การประเมินแรก คือ การพิจารณาเกี่ยวกับความรุนแรง และปัญหาโรคทางอายุรกรรมอื่น ๆ สาร เสพติดอื่นที่เข้าร่วม และผู้ป่วยต้องการรักษาอย่างเร่งด่วนหรือไม่ การถอนยาสามารถบรรเทาได้ โดยการใช้ยาในกลุ่ม benzodiazepine ซึ่งบางรายต้องใช้ในขนาดที่สูง หรืออาจต้องใช้ยาต้านโรคจิต เช่น haloperidol (Haldol), thioridazine (Mellaril) ซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้ได้ ในสองวันแรก และควรที่จะลดแล้วหยุดในวันที่ 5 ผู้ป่วยร้อยละ 3 มีปัญหาการชัก โดยมีอุบัติการณ์เกิดสูงสุดในวันที่สอง ของการถอนสุรา ผู้ป่วยต้องการการประเมินทางระบบประสาท ถ้าไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคลมชักมาก่อน อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาต้านลมชัก

### ข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

- ผู้ป่วยขาดญาติ และผู้ดูแล
- ปัญหาโรคทางอายุรกรรม เช่น ตับอ่อนอักเสบ ปอดบวม ตับอักเสบ ประวัติสมองกระทบกระเทือน ชัก ภาวะโภชนาการ หรือ กลืนแรมไม่สมดุ
- ปัญหาทางสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่น
- ประวัติอาการถอนพิษสุรามาก่อน มีอาการ delirium tremens, withdrawal seizure

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวข้างต้น แต่แพทย์พิจารณาแล้วว่าไม่รุนแรงมาก และผู้ป่วย สามารถที่จะรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ให้พิจารณาติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด โดยให้เวลาในการประเมินในแต่ละครั้งและนัดผู้ป่วยบ่อยขึ้น จะสามารถช่วยลดภาวะและค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษาได้

### การใช้ยาในกลุ่ม Benzodiazepine ในกรณีมีอาการถอนสุราอย่างรุนแรง

- Loading dose

ให้ Diazepam 10 - 20 mg ทุก 2 ชม. จนกว่าอาการสงบจึงหยุดให้

- Maintenance dose

นำ dose ทั้งหมดที่ได้ใช้ในวัน แบ่งเป็น 4 dose ในวันต่อไป จนอาการคงที่

- Tapering dose

เปลี่ยนเป็นยาปรับประทาน chlordiazepoxide โดยวันแรกให้ 100 - 400 mg เทียบตามยาฉีดในวันก่อน แบ่งให้ทุก 4-6 ชม. ต่อวัน และค่อย ๆ ลดยาลงร้อยละ 25 ทุก 2 วัน ประมาณ 7 - 10 วัน ให้หยุดยาได้

ในผู้ป่วยบางรายอาจจะมีภาวะดี้อยากกลุ่ม benzodiazepine ซึ่งอาจจะต้องใช้ diazepam ครั้งแรก สูงถึง 50 mg ควรเพิ่มปริมาณ benzodiazepine ที่ลดน้อยลงอย่างช้า ๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด เพราะมีโอกาสหยุดหายใจ จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือ ความดันโลหิตต่ำได้ กลุ่มนี้มักจะมีพบภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย และมีระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลนาน<sup>(23)</sup> ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโรคตับร่วมด้วย ต้องระมัดระวังการเกิด hepatic encephalopathy ซึ่งถูกกระตุ้นจากการใช้ benzodiazepine ด้วยเช่นกัน<sup>(24)</sup>

การประเมินการตอบสนองของต่อยาที่ใช้ แนะนำให้ใช้แบบประเมินภาวะอาการถอนสุรา (Alcohol withdrawal scale :AWS) ซึ่งมีการประเมินสัญญาณชีพ ระดับความกังวล การรับรู้ตัวของผู้ป่วย และสามารถวัดผลเป็นค่าคะแนนได้<sup>(25)</sup>

## 2. การประเมินโรคทางอายุรกรรมที่เกิดร่วมด้วย

เนื่องจากการรักษาผู้ถอนสุราเป็นการรักษาองค์รวม ที่ต้องประเมินทั้งปัญหาโรคทาง อายุรกรรม เช่น ภาวะติดเชื้อ ระดับน้ำตาลในเลือด การทำงานของตับและไต ระดับเกลือแร่ในร่างกาย ต้องมีการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ไปพร้อม ๆ กันกับการถอนพิษอาการถอนสุรา<sup>(26)</sup>

## 3. การรักษาด้วยยาชนิดอื่น ๆ

**3.1 Gabapentin** การศึกษาแบบ double-blinded randomized control เปรียบเทียบกับ lorazepam ในการรักษาผู้ป่วยถอนสุรา โดยการใช้ gabapentin ขนาด 900 mg แล้วลดให้เหลือ 600 mg เมื่อเปรียบเทียบกับ lorazepam ขนาด 6 mg ลดจนเหลือ 4 mg ในเวลา 4 วัน โดยการประเมินอาการถอนสุรา พบว่าได้ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน<sup>(27)</sup>

**3.2 Gamma-Hydroxybutyric acid (GHB)** เริ่มต้นด้วยขนาด 30 mg/kg แล้วค่อยปรับเป็น 15 mg/kg สามารถรักษาอาการถอนสุราในผู้ป่วยในได้ โดยมีผลข้างเคียงที่ผู้ป่วยทนได้<sup>(28)</sup>

**3.3 Lactulose** ในกรณีผู้ป่วยถอนสุราที่มีปัญหา ด้านการทำงานของตับผิดปกติ หรือมีภาวะตับแข็ง การใช้ lactulose สามารถป้องกันการเกิดภาวะ hepatic encephalopathy ได้<sup>(29)</sup>

## 4. การดูแลรักษาทั่วไป

เน้นการตรวจเย็บบ่อยครั้ง ช่วยกระตุ้นเรื่องเวลา สถานที่บุคคล มีการตรวจสัญญาณชีพบ่อยครั้ง การเอาใจใส่ผู้ป่วย การให้สารละลายทดแทน เนื่องจากผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการสับสน ไข้สูง มี autonomic hyperarousal ผู้ป่วยจะมีการเสียน้ำมากขึ้น ในขณะที่การได้รับทดแทนร่างกายลดลง การเสริมวิตามิน ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับ thiamine 100 mg ใน 5 วันแรก จากนั้นให้วันละ 3 ครั้ง ติดต่อกันหลายสัปดาห์

## 5. การพยากรณ์โรค

ผลการรักษาที่ดี โดยปฏิบัติตามแนวทางรักษา การติดตามอาการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและมีการใช้ยากลับ benzodiazepine สามารถลดอัตราอาการเกิด delirium และสามารถลดระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลได้<sup>(30)</sup>

การตรวจวัดค่าเกล็ดเลือด พบว่าในผู้ป่วยถอนสุราที่มีอาการรุนแรง มักจะมีค่าเกล็ดเลือดค่อนข้างต่ำ (thrombocytopenia) สามารถใช้พยากรณ์ ความรุนแรงของอาการถอนสุรา หรือการเกิดภาวะชักก่อนเกิดอาการ

ได้ โดยอาจจะสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการทำงาน ของตับผิดปกติ<sup>(31)</sup>

การศึกษาสาเหตุการตายของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย พบภาวะ hyperthermia ใน 24 ชั่วโมงแรกของการวินิจฉัย มีภาวะ persistent tachycardia และมีการใช้การผูกมัด (restraints) ผู้ป่วย<sup>(32)</sup>

## 6. การป้องกันความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย

ในกรณีที่ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal idea) โรคติดสุรา ถือเป็นความเสี่ยง ที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งสาเหตุอาจจะเกิดการวินิจฉัยโรคร่วม (comorbidity) กับโรคซึมเศร้า ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องของระบบประสาท serotonergic และความบกพร่องของสมอง ซึ่งเกิดจากการใช้แอลกอฮอล์<sup>(33)</sup> การดูแลรักษาใช้หลักการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal Precaution) โดยจัดเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (High risk Suicide) และต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (Closed Observation)

## 7. การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

เนื่องจากภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence) เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะเลิกสุราไม่ได้เด็ดขาด โดยทั่วไป จะแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกสุราให้ได้อย่างน้อย 1 ปี การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย การรักษาทางด้านจิตสังคม (Psychosocial Treatment) จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Psychotherapy) การฝึกอาชีพ (Occupational Therapy) กลุ่มบำบัด (Group Therapy) และอื่น ๆ

## สรุป

การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการถอนสุรา ถือเป็นวิชา เป็นเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่พบได้บ่อย ในประเทศไทย ที่มีจำนวนผู้ดื่มเป็นจำนวนมาก

การวินิจฉัยค่อนข้างยาก โดยเฉพาะกรณีที่ไม่ได้ ประวัติจากผู้ป่วย หรือญาติโดยตรง เนื่องจากไม่มีการ

ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ การตรวจทางรังสีวิทยา หรือการตรวจอื่น ๆ ที่ชี้เฉพาะว่าเป็นภาวะถอนสุรา

นอกจากนี้ ปัญหาการวินิจฉัยแยกโรค ก็ทำด้วยความยากลำบาก เนื่องจากผู้ป่วยติดสุรา มักจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นร่วมด้วย และผู้ป่วยเองก็มักมีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย ที่อาจจะต้องประเมินและได้รับการรักษาทันที

กลุ่มอาการถอนสุรา มักมีปัญหาด้านอาการลมชัก ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมประสาท อาการวิกลจริต เป็นภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช และ ภาวะ delirium เป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ซึ่งมักมีภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ หากได้รับการรักษาไม่ทันท่วงที ผู้ป่วยมีปัญหาด้านพฤติกรรมที่ทำให้การรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความยากลำบาก

การให้ยาและการควบคุมพฤติกรรม ไม่มีสูตรตายตัว เป็นการให้ยาโดยเป็นการปรับตามผลตอบสนองต่อการรักษา การประเมินความรุนแรงของอาการถอนสุราอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังและการติดตามสัญญาณชีพ จึง มีความสำคัญอย่างมาก

เนื่องจากกลุ่มอาการถอนสุรา มักมีปัญหาด้านสุขภาพทางร่างกาย และปัญหาพฤติกรรมร่วมด้วย การดูแลรักษาจึงควรเป็นการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขา ระหว่างจิตแพทย์ อายุรแพทย์ และทีมพยาบาล เนื่องจาก การดูแลด้านโภชนาการ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมร่วมด้วย

## อ้างอิง

1. Hingson RW, Zha W. Age of drinking onset, alcohol use disorders, frequent heavy drinking, and unintentionally injuring oneself and others after drinking. Pediatrics 2009 Jun;123(6): 1477-84
2. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. J Neurol Neurosurg

- Psychiatry 2008 Aug;79(8):854-62
3. Kumar S, Porcu P, Werner DF, Matthews DB, Diaz-Granados JL, Helfand RS, Morrow AL. The role of GABA(A) receptors in the acute and chronic effects of ethanol: a decade of progress. *Psychopharmacology (Berl)* 2009 Sep;205(4):529-64
  4. Nagy J. Alcohol related changes in regulation of NMDA receptor functions. *Curr Neuropharmacol* 2008 Mar;6(1):39-54
  5. Lee YS, Choi SW, Han DH, Kim DJ, Joe KH. Clinical manifestation of alcohol withdrawal symptoms related to genetic polymorphisms of two serotonin receptors and serotonin transporter. *Eur Addict Res* 2009;15(1):39-46
  6. Hughes JR. Alcohol withdrawal seizures. *Epilepsy Behav* 2009 Jun;15(2):92-7
  7. Helseth V, Lykke-Enger T, Johnsen J, Waal H. Substance use disorders among psychotic patients admitted to inpatient psychiatric care. *Nord J Psychiatry* 2009;63(1):72-7
  8. Hecksel KA, Bostwick JM, Jaeger TM, Cha SS. Inappropriate use of symptom-triggered therapy for alcohol withdrawal in the general hospital. *Mayo Clin Proc* 2008 Mar;83(3):274-9
  9. Mancinelli R, Ceccanti M. Biomarkers in alcohol misuse: their role in the prevention and detection of thiamine deficiency. *Alcohol Alcohol* 2009 Mar-Apr;44(2):177-82
  10. Lande RG, Marin B. Biomarker characteristics of alcohol use in the U.S. Army. *J Addict Dis* 2009;28(2):158-63
  11. Segal M, Avital A, Rusakov A, Sandbank S, Weizman A. Serum creatine kinase activity differentiates alcohol syndromes of dependence, withdrawal and delirium tremens. *Eur Neuropsychopharmacol* 2009 Feb;19(2):92-6
  12. Bilbault P, Levy J, Vinzio S, Castelain V, Schneider F. Abrupt alcohol withdrawal: another cause of ketoacidosis often forgotten. *Eur J Emerg Med* 2008 Apr;15(2):100-1
  13. Sullivan EV, Pfefferbaum A. Neuroimaging of the Wernicke-Korsakoff syndrome. *Alcohol Alcohol* 2009 Mar-Apr;44(2):155-65
  14. Ramulu P, Moghekar A, Chaudhry V, Zee DS, Reich SG. Wernicke's encephalopathy. *Neurology* 2002 Sep 24;59(6):846
  15. Coutin-Churchman P, Moreno R, Anez Y, Vergara F. Clinical correlates of quantitative EEG alterations in alcoholic patients, *Clin Neurophysiol* 2006 Apr;117(4):740-51
  16. Lin CC. EEG manifestations in metabolic encephalopathy. *Acta Neurol Taiwan* 2005 Sep;14(3):151-61
  17. Woody G, Schuckit M, Weinrieb R, Yu E. A review of substance use disorders section of the DSM-IV. *Psychiatr Clin North Am* 1993 Mar;16(1):21-32
  18. American Psychiatric Association (APA). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders. 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC: APA, 2006
  19. Schuckit MA. Treatment of anxiety in patients who abuse alcohol and drugs. In: Noyes R, Roth M, Burrows GD, eds. *Handbook of Anxiety*. Vol. 4: The Treatment of Anxiety. New York: Elsevier, 1990: 111-24

20. Kumar CN, Andrade C, Murthy P. A randomized, double-blind comparison of lorazepam and chlordiazepoxide in patients with uncomplicated alcohol withdrawal. *J Stud Alcohol Drugs* 2009 May;70(3):457-74
21. Lonergan E, Luxenberg J, Areosa Sastre A, Wyller TB. Benzodiazepines for delirium. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Jan 21; (1):CD006379
22. Attard A, Ranjith G, Taylor D. Delirium and its treatment. *CNS Drugs* 2008 Aug;22(8): 631-44
23. Gold JA, Rimal B, Nolan A, Nelson LS. A strategy of escalating doses of benzodiazepines and phenobarbital administration reduces the need for mechanical ventilation in delirium tremens. *Crit Care Med* 2007 Mar; 35(3):724-30
24. Kumashiro R. Treatment of minimal hepatic encephalopathy. *Hepatol Res* 2008 Nov;38 (s1The 6 Japan Society of Hepatology Single Topic Conference: Liver Failure: Recent Progress and Pathogenesis to Management. 28-29 September 2007, Iwate, Japan): S128-S131
25. เทอดศักดิ์ เดชคง, อินทิวรา ปัทมินทร, อุษา พึ่งธรรม, รัญลักษ์ณ์ แก้วเมื่อง, อภิสิตธิ์ ฤทธาทิพย์, บรรณานิการ. คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วย เหลือและบำบัดผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2547
26. Foy A, McKay S, Ling S, Bertram M, Sadler C. Clinical use of a shortened alcohol withdrawal scale in a general hospital. *Intern Med J* 2006 Mar;36(3):150-4
27. Myrick H, Malcolm R, Randall PK, Boyle E, Anton RF, Becker HC, Randall CL. A Double-blind trial of gabapentin versus lorazepam in the treatment of alcohol withdrawal. *Alcohol Clin Exp Res* 2009 Sep;33(9):1582-8
28. Elsing C, Stremmel W, Grenda U, Herrmann T. Gamma-hydroxybutyric acid versus clomethiazole for the treatment of alcohol withdrawal syndrome in a medical intensive care unit: an open, single-center randomized study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2009;35(3): 189-92
29. Sharma BC, Sharma P, Agrawal A, Sarin SK. Secondary Prophylaxis of Hepatic Encephalopathy: An Open Label Randomized Controlled Trial of Lactulose Versus Placebo. *Gastroenterology* 2009 Sep;137(3):885-91
30. Repper-DeLisi J, Stern TA, Mitchell M, Lussier-Cushing M, Lakatos B, Fricchione GL, Quinlan J, Kane M, Berube R, Blais M, et al. Successful implementation of an alcohol-withdrawal pathway in a general hospital. *Psychosomatics* 2008 Jul- Aug;49(4):292-9
31. Berggren U, Fahlke C, Berglund KJ, Blennow K, Zetterberg H, Balldin J. Thrombocytopenia in Early Alcohol Withdrawal is Associated with Development of Delirium Tremens or Seizures. *Alcohol Alcohol* 2009 Jul - Aug; 44(4):382-6
32. Khan A, Levy P, DeHorn S, Miller W, Compton S. Predictors of mortality in patients with delirium tremens. *Acad Emerg Med* 2008 Aug;15(8): 788-90
31. Sher L. Alcohol and suicide: neurobiological and clinical aspects. *Sci World J* 2006 Jun 21;6: 700-6