

Articles from Ramamental

Alcohol Withdrawal : A Review of Clinical Management

2011-12-08 06:12:40 admin

นายแพทย์อนันต์ ธนาประเสริฐกรณ

บทนำ

กลุ่มอาการเนื่องจากการขาดสุรา (Alcohol withdrawal syndrome) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท ส่วนกลาง จากการหยุดดื่มหรือลดการดื่มสุรา อย่างกะทัน เป็นโดยก่อนหน้านี ได้มีการดื่มสุราติดต่อกัน ระยะเวลาหนึ่ง ทำให้เกิดการทำงานเพิ่มขึ้น ทั้งใน ระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทรอบนอก ซึ่งอาจจะเกิด เพียงเล็กน้อย หรือมีอาการของ Autonomic hyperactivity, seizure, delirium หรือ general physiologic dysregulation จากการศึกษาพบว่าประมาณ 5% ของผู้ที่เป็ alcohol dependent ที่ มารับการรักษา จะเกิด Delirium tremens ซึ่งในจำนวนนี้ 10-15% เสียชีวิต ส่วนผู้ที่ไม่เกิด Delirium tremens ก็เกิด serious medical complication เป็น seizure, pneumonia, infection cardiovascular disease, electrolyte imbalance เป็นต้น

ในเวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์ผู้ดูแลควรมุ่งถึง medical illness อื่นๆ ซึ่งอาจ เกิดขึ้นได้ในขณะเดียวกันและ จะทำให้ อาการต่างๆ ถูกปิดบังได้ ส่วนการดูแลรักษา ได้แก่ การแก้ไขความผิดปกติทางสรีรวิทยา การให้น้ำ สารอาหาร และการรักษาโดยการให้ยา เพื่อลดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง

จากประสบการณ์ของผู้เรียบเรียงและอาจารย์ผู้ให้คำปรึกษา พบว่า ในการดูแลรักษาผู้ป่วยยังมีแนวคิดที่หลากหลาย และมีปัญหาในการดูแลรักษา เช่น ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเป็น Delirium tremens การประเมินผู้ป่วยในขั้นต้น การดำเนินโรค พยาธิสภาพ การใช้ยาอื่นๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จึงได้รวบรวมเอกสารทางวิชาการ และตำราที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่จะรวบรวมแนวคิดในแต่ละประเด็น เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลรักษา ผู้ป่วยต่อไป

การประเมินและการวินิจฉัย

สิ่งที่สำคัญในการประเมิน คือ ต้องพยายามมองหาสาเหตุอื่น ซึ่งอาจจะเกิดร่วมกับ Alcohol withdrawal ได้ และทำในผู้ป่วยทุกคน นอกจากนี้ ในบางครั้งประวัติที่ได้จากผู้ป่วย อาจจะไม่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องหาข้อมูลเพิ่มเติม จากบุคคลข้างเคียง ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ สิ่ง ที่ควรให้ความสนใจ ในการประเมิน ได้แก่

1. Drinking History ได้แก่ ระยะเวลา ปริมาณที่ดื่ม ลักษณะการดื่ม (ติดต่อกัน หรือเป็นครั้งคราว) การใช้ยาอื่นร่วมด้วย รวมถึงอาการต่างๆ เช่น Blackouts, tremens, withdrawal seizure, withdrawal delirium และประวัติการรักษา

2. Medical and Psychiatry : ได้แก่ อาการที่เกิดจากการดื่มสุรา เช่น ระบบทางเดินอาหาร (Jaundice, Nausea, Vomiting, Melena, pancreatitis etc) ระบบทางเดินหายใจ (Pneumonia, COPD, TB) ระบบประสาท (peripheral neuropathy, memory deficit, lead trauma) ความผิดปกติทางจิต (depression, emotional lability) ระดับความสามารถ ในด้านต่างๆ ก่อนมีอาการ

3. Physical Examination มองหาอาการแสดงของ trauma, liver disease malnutrition, Neuro signs อื่นๆ

4. Laboratory test

- Routine laboratory tests

- Complete blood count with differential
- Serum electrolyte
- Blood urea nitrogen
- Creatinine
- Fasting blood sugar
- Prothrombin time

- Cholesterol
- Calcium
- Albumin with total protein
- Urinalysis
- Head CT scan
- urine toxicology
- Triglycerides
- Magnesium
- stool occult blood
- EEG
- Chest x-ray, ECG
- Ancillary test

การรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาล

โดยทั่วไปแล้วสามารถที่จะให้การดูแลรักษา Alcohol withdrawal แบบผู้ป่วย นอกได้แต่ จะพิจารณารับผู้ป่วยไว้รักษา ในโรงพยาบาล ในกรณีที่

1. ผู้ป่วยขาด Supporting system ที่ดีพอที่จะช่วยดูแลรักษาและนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้
2. Serious medical, nuerological and psychiatric symptoms ได้แก่ Pancreatitis, GI bleeding, pneumonia, recent head trauma, significant malnutrition or dehydration, Depression, Risk of self harm, History of recent seizure, change of mental status, extreme autonomic lability
3. Past alcohol withdrawal symptoms ได้แก่ Delirium tremens, withdrawal seizure

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการดังกล่าวข้างต้น แต่แพทย์พิจารณาแล้วว่าไม่รุนแรงมาก และผู้ป่วย สามารถที่จะรับการรักษา แบบผู้ป่วยนอก ให้พิจารณาติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด โดยให้เวลาในการประเมิน ในแต่ละครั้งและนัดผู้ป่วย บ่อยขึ้น จะสามารถช่วยลดภาวะและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาได้

ลักษณะอาการทางคลินิก

การเกิดอาการสัมพันธ์กับอัตราการลดลงของปริมาณสุราในร่างกาย ซึ่งอาจเกิด จากการหยุดดื่มหรือดื่มลดลง หลังจาก มีการดื่มปริมาณมาก และเป็นเวลานานติดต่อกัน (ประมาณ 2/3 ขวดต่อวัน ติดต่อกัน 14-21 วัน) กว่าครึ่งของผู้ป่วย พบว่า ไม่ได้มาพบแพทย์ด้วยอาการที่ typical แต่อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติสามารถแบ่งกลุ่มอาการตามระดับความรุนแรงได้ดังนี้

1. Mild : tremor and minimal sympathetic symptoms

เป็นอาการแรกสุดและพบได้บ่อยที่สุด เกิดขึ้นภายใน 24-48 ชม. และมักจะค่อยๆ ดีขึ้นภายใน 5-7 วัน โดยทั่วไป ผู้ป่วยมักไม่ได้มาพบแพทย์ เนื่องจากการดื่มสุราก็สามารถทำให้อาการดีขึ้นได้

Tremor : เป็นแบบ generalized gross และ irregular เป็นมาก เมื่อมีการเคลื่อนไหว หรือมีความเครียด

Minimal Sympathetic symptoms : ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ครั่นเนื้อครั่นตัว ชีพจรเร็วเหงื่อแตก นอนไม่หลับ

2. Moderate : Hallucination and sympathetic symptoms มักเกิดภายใน 48 ชม. หลังจากหยุดดื่ม

Hallucination : เป็นได้ทั้ง auditory, visual, tactile และ alfactory หรือเป็นหลายอย่าง ในขณะเดียวกัน มักเป็นแบบ fragmentary และ transitory และ ไม่มีอาการง่วง เพื่อ สับสนหรือหลงลืม

Sympathetic symptoms : เช่นเดียวกับใน mild

3. Severe : Convulsion, fever (>38.3 C) significant altered mental status and significant sympathetic symptoms

Convulsion: พบว่า 90% ของผู้ป่วย เกิดอาการชักในช่วง 7-48 ชม. หลังหยุดดื่ม สุราอาการชักเป็นแบบ generalized non focal grand mal และ เป็นเพียง 1-2 ครั้ง เท่านั้น

Significant altered menta status หรือ Delirium มักเกิดหลังหยุดสุราได้ 2-3 วัน และรุนแรงมากที่สุดในวันที่ 4-5 ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ประสาทหลอน อาการเป็นมากตอนกลางคืน และดีขึ้นในตอนกลางวัน

Significant sympathetic symptoms : hyperpyrexia, restless, marked tremor violent or

assuative

Victors และ Adams ได้แบ่งอาการของ Alcohol withdrawal ออกเป็น 4 อาการ ได้แก่ tremors hallucination, seizures และ delirium tremens โดยติดตามกัน เป็นลำดับ แต่ปัจจุบัน พบว่าอาการดังกล่าวสามารถเกิดได้ ในขณะเดียวกัน และบางอาการก็ไม่เกิด ในผู้ป่วยบางราย นอกจากนี้ในขณะที่อาการดำเนินไปอาจจะเกิด medical complication อื่นๆ ได้ ที่พบบ่อย ได้แก่ pulmonary infection, pancreatitis, hepatic encephalopathy, subdural hematoma, Avitaminosis, magnesium deficiency เป็นต้น

Pathophysiology of Alcohol withdrawal

ข้อมูลเกี่ยวกับ pathophysiology ของ alcohol withdrawal ยังคงค่อนข้างน้อย แต่อย่างไรก็ตาม สันนิษฐานได้ว่าอาการต่างๆ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาวะในสมองจากเดิม ซึ่ง ถูกกดด้วย Alcohol มาเป็นภาวะ hyperexcitability โดยอาการต่างๆ เกิดจากการมี sympathetic activity เพิ่มขึ้นและมีการหลั่ง norepinephrine เพิ่มขึ้นในสมอง นอกจากนี้ เชื่อว่า seizure น่าจะเกี่ยวข้องกับ การที่มี GABA deficiency Hallucination และ delusion น่าจะเกี่ยวข้องกับ dopaminergic function ที่มากเกินไป จากการศึกษานoradrenergic function พบว่า ใน Alcohol withdrawal มีการเพิ่มของ Noradrenergic Activity จากการพบว่ามี MHPG (3-methoxy-4-hydroxy phenylethylglycol) ซึ่งเป็น Metabolite ของ Norepinephrine เพิ่มขึ้นใน CSF อย่างมีนัยสำคัญ สาเหตุของการเพิ่มขึ้นของ Noradrenergic activity นี้เกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่

1. Subsensitivity ของ alpha-2 receptor ซึ่งเป็นบน presynaptic neuron ของ Norepinephrine containing neuron ทำให้ norepinephrine หลั่งมากขึ้น
2. Opiate receptor ซึ่งอยู่ใกล้กับ alpha-2 receptor มีการทำงานลดลง
3. Benzodiazepine receptor -GABA-Chloride ionophore complex บน neuron เหล่านี้ทำงานผิดปกติไป

สิ่งที่สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว ได้แก่การให้ clonidine ซึ่งเป็น alpha-2 agonist ในผู้ป่วย alcohol withdrawal ก็พบว่าสามารถทำให้อาการลดลงได้ในเวลาอันรวดเร็ว และมีผลแทรกซ้อนอื่นน้อย แต่การใช้ clonidine ในการรักษา ยังคงต้องอาศัยข้อมูลต่างๆ เพิ่มขึ้นอีก ในกรณีของ kindling process พบว่าในผู้ป่วยที่มี Alcohol withdrawal ระดับ plasma MHPG สัมพันธ์โดยตรง กับจำนวนปีที่ผู้ป่วยมี withdrawal symptoms แสดงว่า การเกิดอาการบ่อย ทำให้ภาวะ Hyperexcitability มากขึ้น ซึ่งทำให้อาการครั้งต่อไป เกิดได้ง่ายขึ้นและรุนแรงขึ้น เช่น อาจมี seizure หรือ Delirium tremens ได้ ในแง่ของการชก พบว่า Alcohol ทำให้มีการขับ Magnesium มากขึ้น และการมี electrolyte disturbance จะลด convulsive threshold นอกจากนี้ ยังพบว่า ลักษณะ EEG ก็ไม่สามารถจะบอกลักษณะของ Alcohol-related seizure ได้

การดูแลรักษา

จุดประสงค์หลักในการรักษา Alcohol withdrawal คือ

1. Relief of discomfort
2. Prevention or treatment of complications
3. Preparation for rehabilitation

จากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วย Alcohol withdrawal ที่ไม่ได้รับการรักษา มีอัตราการตายถึง 5%-15% และประมาณ 5% ของผู้ป่วย Alcohol dependent ที่ได้รับการรักษาจะเกิด severe withdrawal delirium และในจำนวนนี้ 10%-15% เสียชีวิต นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ไม่ได้เกิด severe withdrawal delirium ก็พบว่า มี Complication จาก serious medical condition ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การรักษา อาการของ Alcohol withdrawal มีความสำคัญ และมีได้จำกัด อยู่เพียงแค่งรักษาอาการดังกล่าว เท่านั้น การดูแลรักษาประกอบด้วยหลายส่วนร่วมกัน

การรักษาทั่วไป ได้แก่ การรักษาโดยการไม่ใช้ยา (Frequency reassurance, Reality Orientation, monitoring vital signs, personal attention and general nursing care) และการให้ Nutrition and fluid supplement

จากการศึกษาพบว่า 75% ของผู้ป่วย Alcohol withdrawal มีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการให้การักษาทั่วไป เพียงอย่างเดียว การรักษาชนิดนี้สามารถทำได้ทุกสถานที่ ทั้ง ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องฉุกเฉิน สิ่งอำนวยความสะดวกใช้จ่ายน้อย และลดความจำเป็นในการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้อง ได้รับผลข้างเคียงของยาโดยไม่จำเป็นเช่น sedation และ cognitive impairment เนื่องจากผู้ป่วยมักมีการขาดสารอาหารร่วมด้วย เช่น thiamine B1 และ Folic acid และ

อันตรายจากการให้ supplement เหล่านี้มีน้อยมาก ดังนั้น ผู้ป่วย Alcohol withdrawal ทุกคนควรได้รับ

Thiamine 100 mg ใน 5 วันแรก จากนั้นให้กินวันละ 3 ครั้ง ติดต่อกันหลายสัปดาห์ เพื่อป้องกัน wernicke's encephalopathy

Folate 1 mg ต่อวัน

Multivitamin สามารถให้ได้ทั้ง IV IM PO ทุกวันตามความเหมาะสม

Bccomplex 2 tob PO ต่อวัน

VITK 5-10 mg v single dose โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ prothrombin time มากกว่า control 3 วินาที

การให้ Fluid replacement ในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการสับสน ไขว้สูงมี autonomic Hyperarousal ผู้ป่วยจะมีการเสียน้ำมากขึ้น ในขณะที่การได้รับทดแทนสู่ว่างกายลดลง การให้ Fluid replacement ต้องพิจารณาถึงระดับของการขาดน้ำ และระวังควรให้มากเกินไป

โดยทั่วไปมีหลักในการพิจารณา fluid replacement ดังนี้

1. ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่มาก ดูแลตัวเองได้ และดื่มเองได้ ให้ผู้ป่วยดื่มตามความต้องการ และให้ regular diet
2. ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่มาก แต่ไม่สามารถกินได้ และไม่มีอาการขาดน้ำหรือ electrolyte ที่รุนแรง ให้พิจารณา ให้ IV Fluid โดยให้ 0.45% sodium chloride 2 l และ 5% dextrose in water with K. 20meq/l ระหว่างนี้ให้ประเมินเรื่องของ Fluid balance และ Electrolyte ด้วยและเมื่อครบ 1 สัปดาห์ ให้ calcium, magnesium phosphorus, vitamins และ protein supplement ตามความจำเป็น
3. ถ้ามีอาการขาด Fluid และ electrolyte รุนแรง ควรให้ medical consultation

การรักษาโดยใช้ยา

ปัจจุบันแม้ว่าจะมีการทดลองใช้ยาต่างๆ ในการรักษา แต่ก็ยังพบว่า Benzodiazepine ยังคงเป็นยาที่เหมาะสมที่สุด ในการลดอาการ withdrawal ป้องกันการเกิดความผิดปกติแทรกซ้อน เช่น seizure หรือ delirium และมี side effect profile ที่ยอมรับได้ จากการศึกษาพบว่า Benzodiazepine แต่ละตัวไม่มีความแตกต่างกันในแง่ของฤทธิ์ Sedative hypnotic แต่ความแตกต่างในแง่ของ Pharmacokinetic ทำให้เลือกใช้ได้ ในกรณีที่เหมาะสม Diazepam และ Chlordiazepoxide เมื่อถูก metabolite แล้วจะให้ long-acting compounds จะให้ผลแบบ self tapering ซึ่งมีประโยชน์ในการรักษา แต่ในกรณี มีปัญหาเรื่องของ liver function จะเกิดการสะสม จะเกิด toxicity ได้ โดยเฉพาะ ในคนแก่ นอกจากนี้ยังทั้งสองไม่สามารถให้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อได้ จึงมีข้อจำกัด ในกรณีที่ ผู้ป่วยมีอาการสับสน รุนแรง ในกรณีดังกล่าว Lorazepam 1mg มีความเหมาะสม (แต่ยังไม่มีในประเทศไทย) การให้ยาในกรณีที่อาการ Moderate to severe สามารถให้ได้ 2 วิธี

1. Tapering dose : ให้ Chlordiazepoxide ที่ลดน้อยตามอาการ โดยวันแรกให้ 100-400 mg แบ่งให้ทุก 4-6 ชม. ต่อวัน เมื่อคุมอาการได้ ก็ให้ค่อยๆ ลดยาลง 25% ทุก 2 วัน ประมาณ 7-10 วัน ให้หยุดยาได้

2. Loading dose : ให้ Diazepam 20 mg ทุก 2 ชม. จนกว่าอาการสงบจึงหยุดให้ และนำ dose ทั้งหมด แบ่งเป็น 4 dose ในวันต่อไป และค่อยๆ ลดยาในลักษณะเดียวกัน ทั้งสองวิธี จะต้องมีการประเมินผู้ป่วยทั้ง vital signs และ mental status เป็นระยะ

การให้ Antipsychotics โดยทั่วไปไม่แนะนำ ยกเว้นในกรณีที่มี Hallucination หรือ severe agitation โดยให้ Haloperidol 0.5-2 mg ทุก 2 ชม. จนกว่าจะคุมอาการได้ หรือ 5 dose ติดกันให้ระวังเรื่องของ EPS seizure และ Neuroleptic Malignant Syndrome

ส่วนในกรณีของ Alcoholic hallucinosis รักษาเหมือน Alcohol withdrawal ทั่วไป แต่ถ้ามีอาการนานหรือ การสับสนกระส่าย หวาดกลัว สามารถให้ Haloperidol 0.5-1 mg /day ได้

การให้ยากันชัก พิจารณาอาการชักได้เป็น 3 กลุ่ม

1. ในกรณีที่ไม่เคยมีอาการชักมาก่อน ไม่มีความจำเป็นต้องให้ยาใดๆ ในการป้องกัน ถ้าระหว่างรักษา เกิดอาการชักขึ้น Benzodiazepine เป็นยาที่ดีที่สุดในการรักษา
2. ในกรณีที่มีประวัติชักจากการหยุดแล้ว ในบางรายพบว่า การให้ Magnesium Sulfate 2 ml ใน 50% solution (ประมาณ 3 dose) โดยให้ร่วมกับ IV fluid drip อย่างน้อย 8 ชม. ประมาณ 2 วัน จะช่วยป้องกันการชักจากการขาดสาร
3. ในกรณีที่มีประวัติชักจาก Alcohol withdrawal หรือ seizure disorder อื่นๆ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการชักสูงให้รักษาด้วย phenytoin PO 300-400 mg Id ถ้าผู้ป่วยขาดยามากกว่า 5 วัน ให้ loading dose 10-15 mg/kg อัตรา 50 mg 1 min และให้ maintenance

dose ในวันต่อไป

การให้ sympathetic blocking drugs เช่น propranolol Atenolol, clonidine พบว่าสามารถลดอาการของ autonomic และ psychiatric ได้รวมเร็วและไม่มี Side effect ที่ชัดเจน แต่ยังคงต้องการการศึกษาต่อไป

- Propranolol, Atenolol การให้ B-Blocker อย่างเดียวจะลดอาการทาง autonomic ได้ แต่ไม่ลดอาการของ Hallucination, confusion และยังคงอาจปิดบังอาการได้ พบว่าการให้ B-blocker ร่วมกับ Benzodiazepine จะช่วยลด distress ลดการใช้ Benzodiazepine และ side effect น้อยลง จึงสามารถให้ได้ โดยให้ Atenolol 100 mg PO ต่อวัน ในกรณี moderate to severe withdrawal

ในกรณีที่มีอาการในระดับ Mild อาจพิจารณาให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้โดย ให้การดูแลใกล้ชิด และนัดผู้ป่วย ให้อยู่ที่ที่ไปเพื่อมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนและดูแลอย่างเพียงพอ การนัด

บ่อยมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้ปล่อยวางจากงานระยะหนึ่ง และเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่าง แพทย์และผู้ป่วยด้วย

ในแง่ของการรักษาโดยการใช้ยา ให้รักษาด้วย Chlordiazepoxide 25-50 mg PO วันละ 4 ครั้ง ในวันแรกและลดยาลง 20% ทุก 1-2 วัน จนหยุดยา

The liver and Alcohol Ditoxification

จากการศึกษาพบว่า ใน jaundice และ liver disease อื่น ไม่ได้เป็น contraindicate ในการใช้ Benzodiazepine เนื่องจาก Oxidation ของตับจะช้าลงใน chronic Alcoholism การใช้ยาที่ต้องอาศัยกระบวนการดังกล่าว ในการทำลาย เช่น Diazepam , Chlordiazepoxide จะทำให้ยาสะสมในร่างกายนานขึ้น แต่ถ้าเลือกยาที่ใช้ Conjugation ของตับ ซึ่งแม้จะช้าลงกว่าปกติ แต่ก็มี การสะสมน้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับยารุ่นแรก ยาดังกล่าวได้แก่ **Oxazepam, temazepam, lorazepam** แต่เนื่องจากยาดังกล่าวมี Potency และ Half life แตกต่างกันไป จึงต้องพิจารณา dose และ dose ตาราง เปรียบเทียบ equivalent ของ Benzodiazepine

Name	Dose Equivalent (mg)	Half life
Chlordiazepoxide	10.0	5-30
Diazepam	5.0	20-70
Lorazepam	1.0	10-20
Alprazolam	0.5	12-15

Specific Alcoholic Subpopulations

ในผู้ป่วยที่มีแนวโน้มที่จะเกิด Hypoxia เช่น Pneumonia, copd, Asthma. หรือในผู้ป่วยที่มี overt organic mental disorder จำเป็นต้องเลือกยา วิธีการให้ ขนาดและระยะห่างมือ ให้เหมาะสมในแต่ละรายไป ยาที่เป็น short actioning เช่น oxazepam, lorazepam, temazepam สามารถที่จะหลีกเลี่ยงการ sedate มากเกินไปได้

ในผู้ป่วยสูงอายุ ได้มีการศึกษาว่าควรให้ยาในขนาดต่ำ แต่ก็ยังไม่พบการให้ยาดังกล่าว มีผลดีจริงซึ่งต้องการการศึกษาต่อไป

Alcoholism and Closed head injury.

เป็นปัญหาที่พบได้ง่าย และเป็นปัญหาในการดูแลรักษา การทำ CT scan ต้องใช้ ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงควรพิจารณาตามความจำเป็น โดยทั่วไปการซักประวัติและตรวจร่างกาย โดยละเอียดเพื่อหาร่องรอยของ Head trauma โดยลักษณะสำคัญ คือ การมี level of conscious เปลี่ยนแปลง การมี focal neurological signs โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การมี decrease level of alertness มักเป็น signs ของ intracranial blood clot การทำ skull film เพื่อหาร่องรอย ของ fracture อาจจะช่วยได้บ้าง การพบ Neurological signs หรือการ เปลี่ยนแปลงของ alertness เป็น indication ที่ดีของการทำ CT scan แต่ยังเป็นปัญหาอยู่ใน กรณีที่ skull filmw fracture แต่ไม่พบ neurological Signs ใดๆ

สรุป

Alcohol withdrawal เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเวชปฏิบัติ โดยมีอัตราการตายและ การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง อาการแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. Autonomic nervous system hyperactivity
2. Neural excitability
3. Mental clouding or delirium

ซึ่งในทางปฏิบัติสามารถพิจารณาตามระดับความรุนแรงของอาการได้ สาเหตุของ Alcohol withdrawal symptom เชื่อว่าเกิดจากการมี Activity ของ Noradrenergic system เพิ่มขึ้น โดยเกิดจากการที่มี hyposensitivity ของ alpha-2 Receptor และ Dysfunction ของ opiate receptor และ Benzodiazepine-GABA- Chloride ionophore complex ใน Noradrenergic neuron และพบว่า Clonidine นำมึบเทาพในการรักษามากขึ้นในอนาคต

ในการดูแลรักษา ต้องอาศัยการประเมินประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยพยายามหา medical complication อื่นๆ การรักษาโดยทั่วไปมีความจำเป้น และควรทำในผู้ป่วยทุกคนในแง่ของการใช้ยา Benzodiazepine ยังคงเป้นยาที่มีบเทาพมากที่สุด โดยอาศัย phaemacokinetic ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย มีการนำเอายาอื่นมาใช้ร่วมกันมากขึ้นเช่น B-blocker, Magnesium, phenytion นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่มีปัญหาบางกลุ่มเช่น serious medical illness, liver disease, ageing, closed head injury ซึ่งต้องการการศึกษา และหาข้อสรุปในการดูแลรักษา ต่อไป



Ramamental

Ramathibodi Mental Health Homepage



ภาควิชาจิตเวชศาสตร์
รามาธิบดี โรงพยาบาลรามาธิบดี



คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Tweet

