

นิพนธ์ต้นฉบับ

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะถอนพิษสุราพร้อม ที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา

ชัยวัฒน์ พัทธ์กษิม, พ.บ. และ จอมสุรางค์ โพธิ์ศัตย์, พ.บ.

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษารูปแบบการรักษาและเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะถอนพิษสุราพร้อมที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญา

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนาในผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (F20) ร่วมกับภาวะถอนพิษสุรา (F10.2, F10.3, F10.4 หรือ F10.6) ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2567 จำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มหยุดยาต้านอาการทางจิต ($n=38$) และกลุ่มใช้ยาต้านอาการทางจิตต่อ ($n=28$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-Square test, Mann-Whitney U test และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย Logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล : ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยรูปแบบ Symptom-Triggered Regimen (STR) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่หยุดยาต้านอาการทางจิตมีสัดส่วนของอาการประสาทหลอน, อาการหิวแหว่ และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ณ วันแรกรับ สูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยาต้านอาการทางจิตต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์การรักษาหลัก ได้แก่ คะแนน CIWA-Ar สูงสุด ปริมาณยา Benzodiazepine รวมที่ใช้ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่ม

สรุป : การจัดการยาต้านอาการทางจิตขึ้นอยู่กับดุลยพินิจทางคลินิก โดยแพทย์มีแนวโน้มหยุดยาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตและอาการทางกายรุนแรงเพื่อลดความเสี่ยง การรักษาด้วยวิธี STR มีประสิทธิภาพดีในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม โดยผลลัพธ์การรักษาไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท, ภาวะถอนพิษสุรา, ยาต้านอาการทางจิต

ติดต่อผู้นิพนธ์ : chaiwatpitaktim@gmail.com

*วันรับ 2 ธันวาคม 2568; วันแก้ไข 15 ธันวาคม 2568; วันตอบรับ 15 ธันวาคม 2568

Original article

Treatment of schizophrenic patients with alcohol withdrawal syndrome admitted to Srithanya Hospital

Chaiwat Pitaktim, M.D. and Chomsurang Phothisut, M.D.
Srithanya Hospital, Department of mental Health

Abstract

Objective: To examine treatment patterns and compare clinical outcomes of inpatients with comorbid schizophrenia and alcohol withdrawal syndrome at Srithanya Hospital.

Methods: This descriptive retrospective study analyzed 66 inpatients diagnosed with schizophrenia (F20) and alcohol withdrawal disorders (F10.2, F10.3, F10.4, or F10.6) at Srithanya Hospital from 2019 to 2024. Patients were categorized into a "Stop Antipsychotics" group (n=38) and a "Continue Antipsychotics" group (n=28). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-Square test, Mann-Whitney U test, and logistic regression analysis. The statistical significance level was set at .05

Results: All patients were treated with a Symptom-Triggered Regimen (STR). The "Stop Antipsychotics" group presented with a significantly higher prevalence of hallucinations, auditory disturbances, and hypokalemia at admission compared to the "Continue Antipsychotics" group. However, primary treatment outcomes, including peak CIWA-Ar scores, total benzodiazepine dosage, and length of hospital stay, showed no statistically significant differences between the two groups.

Conclusion: The management of antipsychotic medication relies on clinical judgment, with discontinuation often favored in patients presenting with severe psychotic symptoms and physical complications to minimize risk. The STR protocol proved effective for both groups, yielding comparable clinical outcomes.

Keywords: alcohol withdrawal syndrome, antipsychotics, schizophrenia

Corresponding author: chaiwatpitaktim@gmail.com

*Received: December 2, 2025; Revised: December 15, 2025; Accepted: December 15, 2025

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตเวชเรื้อรังที่มีความซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อภาวะโรคทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยประมาณ 24 ล้านคนทั่วโลก¹ ซึ่งก่อให้เกิดการสูญเสียสุขภาพจากการเจ็บป่วยอย่างมหาศาล² ปัญหาสำคัญที่พบบ่อยและเพิ่มความซับซ้อนในการรักษาคือการใช้สารเสพติดร่วม (Comorbidity) โดยเฉพาะการดื่มสุรา ซึ่งจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบความชุกของการใช้สุราในผู้ป่วยโรคจิตเภททั่วโลกประมาณร้อยละ 24.3³ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบความชุกร้อยละ 18.5 โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีอาการรุนแรง เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และมีความสามารถในการดูแลตนเองต่ำ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง⁴

การจัดการทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะถอนพิษสุราร่วม (Alcohol Withdrawal Syndrome: AWS) เป็นความท้าทายสำคัญ เนื่องจากแพทย์ต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่ยากลำบากระหว่างการรักษาอาการจิตเภทและการควบคุมอาการถอนพิษสุรา โดยเฉพาะประเด็นการบริหารยาต้านอาการทางจิต (Antipsychotics) ว่าควร "หยุดยา" เพื่อลดความเสี่ยงต่อการชักและผลข้างเคียงทางระบบหัวใจที่อาจรุนแรงขึ้นเมื่อมีภาวะเกลือแร่ผิดปกติ⁵ หรือควร "ให้ยาต่อ" เพื่อรักษาความต่อเนื่องของการรักษา (Adherence) และป้องกันการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต (Psychotic relapse) ซึ่งอาจแยกได้ยากจากอาการเพ้อสับสน (Delirium) ในช่วงถอนพิษสุรา แม้จะมีแนวทางการรักษาภาวะถอนพิษสุราที่เป็นมาตรฐาน เช่น Symptom-Triggered Regimen (STR) ซึ่งได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าการให้ยาแบบ Fixed-dose regimen^{5, 7} และมีการศึกษาในบริบทไทยยืนยันประสิทธิผล⁸ แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการจัดการยาต้านอาการทางจิตในผู้ป่วยกลุ่มที่มีภาวะวินิจฉัยคู่ (Dual diagnosis) ในบริบทของผู้ป่วยไทยยังมีจำกัด

การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการรักษาและเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะถอนพิษสุราร่วม ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่หยุดยาด้านอาการทางจิตและกลุ่มที่ใช้ยาด้านอาการทางจิตต่อ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยย้อนหลังเชิงพรรณนา (Descriptive retrospective study) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2567 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ ผู้ป่วยอายุ 18-60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลักเป็นจิตเภท (ICD-10: F20) ร่วมกับการวินิจฉัยภาวะที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ได้แก่ F10.2 (Alcohol dependence), F10.3 (Alcohol withdrawal state), F10.4 (Alcohol withdrawal state with delirium) หรือ F10.6 (Alcohol-induced amnesic disorder) เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลการประเมิน CIWA-Ar หรือได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ในช่วง 6 เดือนก่อนหน้า ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มหยุดยาด้านอาการทางจิต (n=38) และกลุ่มใช้ยาด้านอาการทางจิตต่อ (n=28)

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน (Medical records) โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลที่สร้างขึ้นครอบคลุม 4 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและประวัติทางจิตเวช 2) อาการทางคลินิกแรกเริ่ม ซึ่งผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งเดียวกันคือบันทึกประวัติและผลการตรวจสภาพจิตในเวชระเบียน (Chief complaint, Present illness และ Mental Status Examination) แต่จำแนกอาการโดยอ้างอิงเกณฑ์การประเมินจาก 2 เครื่องมือที่แตกต่างกัน คือ อาการประสาทหลอน (Hallucinations) อ้างอิงจากเกณฑ์อาการทางจิตที่ใช้วินิจฉัยโรคจิตเภท (Schizophrenia diagnostic criteria) ในส่วนของการตรวจสภาพจิต (MSE) และ ความผิดปกติของการรับรู้เสียง (Auditory disturbances) อ้างอิงจากเกณฑ์การประเมินภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) 3) รูปแบบการรักษา (การจัดการยาจิตเวช, ยา Benzodiazepine, วิตามิน B1) และ 4) ผลลัพธ์การรักษา (ภาวะแทรกซ้อน, ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หรือมัธยฐาน ตามความเหมาะสม เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และ Mann-Whitney U test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงไม่ปกติ วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย Logistic regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผล

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 89) อายุเฉลี่ยประมาณ 41.5 ปี สถานภาพโสด และมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มหยุดยาต้านอาการทางจิต (n=38) และกลุ่มใช้ยาต้านอาการทางจิตต่อ (n=28) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านอายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และประวัติการรักษาเดิม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจำแนกตามกลุ่มการจัดการยาต้านอาการทางจิต (n=66)

ลักษณะทางคลินิก	หยุดยา (n=38) จำนวน(%)	ใช้ยาต่อ (n=28) จำนวน(%)	P-value
อายุเฉลี่ย (ปี) (S.D.)	41.6 (8.9)	41.5 (10.0)	0.99
เพศ			
ชาย	33(87)	26(93)	0.69
หญิง	5(13)	2(7)	
ประวัติทางจิตเวชก่อนเข้ารับการรักษา			
การรับประทานยาจิตเวชเดิม			
ขาดยา	19(50)	18(64)	-
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	8(21)	7(25)	
รับประทานยาสม่ำเสมอ	10(26)	2(7)	

ลักษณะทางคลินิก	หยุดยา (n=38) จำนวน(%)	ใช้ยาต่อ (n=28) จำนวน(%)	P-value
ไม่มีการบันทึก	1(3)	1(4)	
การวินิจฉัยโรคร่วม (Comorbidity)	38(100.0)	28(100.0)	
F10.2 Alcohol dependence	37(97.4)	28(100.0)	1.00
F10.4 Alcohol withdrawal with delirium	5(13.2)	1(2.5)	0.23

ลักษณะทางคลินิกและผลการรักษา

จากการวิเคราะห์ลักษณะทางคลินิก ณ วันแรกรับ พบว่ากลุ่มที่หยุดยาด้านอาการทางจิต มีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน (hallucinations) และอาการหูแว่ว (auditory disturbances) สูงกว่ากลุ่มที่ใช้ยาต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ยังพบภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) ในกลุ่มหยุดยาถึงร้อยละ 24 ในขณะที่ไม่พบภาวะนี้เลยในกลุ่มใช้ยาต่อ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิก ณ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล

ลักษณะทางคลินิก	หยุดยา (n=38) จำนวน(%)	ใช้ยาต่อ (n=28) จำนวน(%)	p-value
อาการทางจิตเภท แรกวันที่ห้องฉุกเฉิน (จากการประเมิน MSE**)			
hallucinations			
ไม่มี	10(26.3)	16(57.1)	0.01*
มี	28(73.7)	12(42.9)	
อาการถอนพิษสุรา แรกวันที่ห้องฉุกเฉิน (จากการประเมิน MSE**)			
auditory disturbances			
ไม่มี	13(34)	17(61)	0.03*
มี	25(66)	11(39)	
ภาวะแทรกซ้อนทางกาย			
hypokalemia			
ไม่มี	29(76)	28(100)	0.01*
มี	9(24)	0	

* $p < .05$

**อาการจิตเภทและอาการถอนพิษสุราประเมินจากบันทึก Mental Status Examination (MSE)

ด้านผลลัพธ์การรักษา พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการรักษาด้วยรูปแบบ symptom-triggered regimen (STR) ทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ พบว่าคะแนนความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราสูงสุด (peak CIWA score), ชั่วโมงที่เกิดอาการสูงสุด (peak time), ปริมาณยารวม benzodiazepine ที่ใช้ และระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (length of stay) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 3)

ด้านการรักษาประคับประคอง พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับการบริหารจัดการยา thiamine ในรูปแบบที่คล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่ได้รับวิตามิน B1 (ร้อยละ 97 ในกลุ่มหยุดยา และร้อยละ 89 ในกลุ่มใช้ยาต่อ) นอกจากนี้ ปริมาณยาฉีด thiamine รวมในช่วง 7 วันแรกของ กลุ่มที่หยุดยาและกลุ่มที่ใช้ยาต่อ มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 700 มิลลิกรัม และ 500 มิลลิกรัม ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การรักษาอาการถอนพิษสุรา

ลักษณะทางคลินิก	หยุดยา (n=38) จำนวน(%)	ใช้ยาต่อ (n=28) จำนวน(%)	p-value
คะแนน CIWA สูงสุด (peak score)			
Median (IQR)	8 (5.8 – 20.0)	7.0 (4.0 – 9.0)	0.16
ชั่วโมงที่เกิดอาการสูงสุด (peak time)			
Median (IQR)	2 (0 – 12.5)	0 (0 – 10.5)	0.36
ปริมาณยา BZD ที่ใช้ทั้งหมด ที่ใช้ในการรักษาถอนภาวะพิษสุรา (มิลลิกรัม)			
Median (IQR)	0 (0–27.75)	0 (0 – 15)	0.49
ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล (Length of stay)			
Median (IQR)	26.5 (15-35)	21.5 (14.3-27.5)	0.14

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจหยุดยาด้านอาการทางจิต พบว่าในการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (univariate analysis) อาการประสาทหลอน (hallucinations), อาการหูแว่ว (auditory disturbances) และภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) มีความสัมพันธ์กับการหยุดยาอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม เมื่อนำเข้าสู่การวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariate analysis) เพื่อควบคุมปัจจัยกวน ไม่พบปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหยุดยาด้านอาการทางจิต (Univariate and Multivariate analysis)

ตัวแปร	หยุดยา (n=38) จำนวน(%)	ใช้ยาต่อ (n=28) จำนวน(%)	crude OR (95% CI)	p- value	adjust OR (95% CI)	p- value
hallucinations						
ไม่มี	10(26)	16(57)	3.73 (1.32-10.56)	0.01*	3.44 (0.55-21.36)	0.18
มี	28(74)	12(43)	Ref			
auditory disturbances						
ไม่มี	13(34)	17(61)	3.0 (1.08-8.18)	0.04*	1.10 (0.18-6.73)	0.91
มี	25(66)	11(39)	Ref			

ตัวแปร	หยุดยา (n=38) จำนวน(%)	ใช้ยาต่อ (n=28) จำนวน(%)	crude OR (95% CI)	p- value	adjust OR (95% CI)	p- value
hypokalemia						
ไม่มี	29(76)	28(100.0)	-	-	-	-
มี	9(24)	0				

*p < .05, OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การจัดการยาต้านอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะถอนพิษสุราร่วมในโรงพยาบาลศรีธัญญา ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจทางคลินิกของแพทย์ โดยพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง "การหยุดยา" กับความรุนแรงของอาการทางจิต (hallucinations, auditory disturbances) และภาวะแทรกซ้อนทางกาย (hypokalemia) ณ วันแรกเริ่ม ข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่า แพทย์เลือกที่จะหยุดยาในกลุ่มที่มีความเปราะบางสูงเพื่อลดความเสี่ยง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติที่ระบุว่ายาต้านอาการทางจิตอาจลดระดับกั้นการชัก (seizure threshold)¹¹ และเพิ่มความเสี่ยงต่อหัวใจเต้นผิดจังหวะ (QTc prolongation)⁶

การพบภาวะ hypokalemia สูงในกลุ่มหยุดยา (ร้อยละ 24) เป็นประเด็นสำคัญทางคลินิก เนื่องจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงและภาวะเพ้อสับสน (delirium)¹⁰ รวมถึงความผิดปกติของเกลือแร่ต่างๆ มักพบได้บ่อยในผู้ป่วยติดสุราเรื้อรัง⁹ ดังนั้น การหยุดยาในกลุ่มนี้จึงอาจเป็นการตัดสินใจเพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย

สิ่งที่น่าสนใจคือ ผลลัพธ์การรักษาสุดท้าย (ระยะเวลานอนโรงพยาบาลและปริมาณยารวม benzodiazepine ที่ใช้) กลับไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ใช้ยาต่อ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางการรักษาแบบ symptom-triggered regimen (STR) ที่โรงพยาบาลใช้นั้นมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการถอนพิษสุราได้ดีในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่พบว่า STR ช่วยลดปริมาณยาและวันนอนโรงพยาบาลได้ดีกว่าแบบ fixed-dose^{5, 8}

สรุป

รูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะถอนพิษสุราที่โรงพยาบาลศรีธัญญาใช้แนวทาง symptom-triggered regimen เป็นหลัก ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่ดี การตัดสินใจว่าจะหยุดหรือใช้ยาต้านอาการทางจิตต่อนั้น ขึ้นอยู่กับ "ดุลยพินิจทางคลินิก" (clinical judgment) ของแพทย์ผู้รักษา โดยแพทย์มักใช้ดุลยพินิจหยุดยาในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตชัดเจนหรือมีภาวะทางกายที่เสี่ยง (เช่น hypokalemia) เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของผู้ป่วย แม้ผลลัพธ์ การรักษาจะไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ทีมผู้รักษาควรให้ความสำคัญกับการเฝ้าระวังและแก้ไขความผิดปกติของเกลือแร่ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษ เพื่อความปลอดภัยสูงสุด และควรมีการศึกษาแบบ Prospective study เพื่อยืนยันความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตแรกเริ่ม ความผิดปกติของเกลือแร่ และผลลัพธ์การรักษาในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมูลนิธิโรงพยาบาลศรีธัญญาที่สนับสนุนทุนวิจัย

ความรู้เดิม : การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะถอนพิษสุราส่วนมากมีความซับซ้อน แพทย์ต้องเผชิญความท้าทายในการตัดสินใจว่าจะหยุดหรือใช้ยาต้านอาการทางจิตต่อ เนื่องจากมีความเสี่ยงทั้งการเกิดอาการชักหากใช้ยาหรืออาการทางจิตกำเริบหากหยุดยา ซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทผู้ป่วยไทยยังมีจำกัด

ความรู้ใหม่ : การศึกษาพบว่าแพทย์ใช้ดุลยพินิจหยุดยาในผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนชัดเจนและมีภาวะโพแทสเซียมต่ำเพื่อลดความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม การรักษาภาวะถอนพิษสุราด้วยวิธี symptom-triggered regimen ให้ผลลัพธ์การรักษาที่ดีและไม่แตกต่างกัน ทั้งในกลุ่มที่หยุดยาและกลุ่มที่ใช้ยาต้านอาการทางจิตต่อ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : ยืนยันประสิทธิผลของการใช้แนวทาง วิธี symptom-triggered regimen ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และเน้นย้ำความสำคัญของการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย โดยเฉพาะระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) ในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญช่วยให้แพทย์ตัดสินใจวางแผนการรักษาได้อย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2024 Oct 14]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. Schizophr Bull 2018;44(6):1195-203.
3. Hunt GE, Large MM, Cleary M, Lai HMX, Saunders JB. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend 2018;191:234-58.
4. Suriyong J, Khamwongpin M, Wiboonma K, Tumdee D, Kaewma P. Prevalence of alcohol drinking problems in schizophrenic patients. J Ment Health Thai 2014;22(1):38-47. (in Thai)
5. Sachdeva A, Choudhary M, Chandra M. Alcohol withdrawal syndrome: Benzodiazepines and beyond. J Clin Diagn Res 2015;9(9):01-7.
6. Haddad PM, Anderson IM. Antipsychotic-related QTc prolongation, torsade de pointes and sudden death. Drugs 2002;62(11):1649-71.

7. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A, et al. Management of alcohol withdrawal delirium: an evidence-based practice guideline. Arch Intern Med 2004;164(13):1405-12.
8. Paladkong K. The study and comparison of the effectiveness of alcohol treatment with applied benzodiazepine and traditional medication in psychiatric ward Chaiyaphum Hospital. Chaiyaphum Med J 2024;44(2):1-12. (in Thai)
9. Stasiukyniene V. Blood plasma potassium, sodium and magnesium levels in chronic alcoholic patients during alcohol withdrawal. Medicina (Kaunas) 2002;38(9):892-6.
10. Lokaphan B, Sangchanchai P, Rattanasumawong W. Severe alcohol withdrawal delirium in patients with alcohol withdrawal syndrome. J Psychiatr Assoc Thailand 2022;67(1):71-86. (in Thai)
11. Alper K, Schwartz KA, Kolts RL, Khan A. Seizure incidence in psychopharmacological clinical trials: an analysis of Food and Drug Administration (FDA) summary basis of approval reports. Biol Psychiatry 2007;62(4):345-54.