

กลุ่มอาการขาดสุราที่มีอาการถ่ายเหลวรุนแรง และขาดน้ำอย่างมาก

ดวงใจ กษานติกุล*
ขจรศักดิ์ จินตานนท์**

Kasantikul D, Jintanon K. Delirium tremens with massive diarrhea and severe dehydration. Chula Med J 1985 May ; 29 (5) : 617-628

Delirium tremens is the severest alcoholic withdrawal syndrome which can be fatal if left untreated or improperly treated. The incidence is about 5% among alcoholics who are hospitalized. Delirium and hand tremor are always present as well as the hallucination which tends to be visual in nature. Autonomic hyperactivities including anorexia, vomiting and diarrhea often occur during withdrawal. Nevertheless dehydration usually does not occur and excessive parenteral fluids can be harmful. Evidence has demonstrated that the severity of alcoholic withdrawal is related to the amount of drinking in the antecedent bout and the duration of the drinking history as well as the severity of previous episodes of withdrawal. We describe an unusual case of delirium tremens with massive diarrhea and severe dehydration in a 51-year-old-man who had a history of heavy alcoholic abuse and concomitant diarrhea in his previous episode of withdrawal. He suffered from severe diarrhea and dehydration after 5 days of alcoholic binge. His blood pressure was 70/50 mmHg and the central venous pressure was 12 cm H₂O despite the 7,000 cc. of fluid given in the first 24 hours of hospital admission. He became delirious with hand tremor and visual hallucinations on the second day of hospitalization. His condition responded dramatically to diazepam, 10 mg intravenously 4 hourly, and he completely recovered from a life threatening delirium tremens. The modern treatment of the alcoholic withdrawal syndrome is also discussed.

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในสังคมปัจจุบันการดื่มสุราก็ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการกระชับมิตรภาพ เป็นที่นิยมดื่มกันแพร่หลาย

โทษของสุรามักจะถูกมองข้ามแม้จะเป็นภัยอย่างยิ่งต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้เสพและครอบครัว ผู้ป่วยอาจมีอาการวิกลจริต หวาดระแวง มีประสาทหลอน เป็นที่น่าหวาดกลัวแก่ครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด Isbell⁽¹⁾ ได้ทดลองให้ผู้อาสาสมัครดื่ม 95% เอทานอลวันละ 266-489 ซีซี ทุกวัน เป็นเวลานาน 45 วัน เมื่อหยุดดื่มผู้ร่วมทดลองทุกรายเกิดกลุ่มอาการขาดสุรา (alcohol withdrawal syndrome) อย่างรุนแรง โดยทั่วไปกลุ่มอาการขาดสุราที่พบบ่อย ๆ ในหมู่ผู้ดื่มสุรามักเป็นชนิดไม่รุนแรง (Table 1)⁽²⁾ และเกิดขึ้นได้รวดเร็วภายในไม่กี่ชั่วโมงหลังจากดื่มสุราครั้งสุดท้าย เพราะแอลกอฮอล์ถูกขับออกจากร่างกายได้ ในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ความรุนแรงของอาการขาดสุราขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง^(3,4) เช่น อายุของผู้ป่วย ระยะเวลาของการติดสุรา และจำนวนของสุราที่ดื่มในช่วงก่อนนี้จะมีอาการรวมทั้งความรุนแรงของอาการขาดสุราในอดีตและสุขภาพทั่ว ๆ ไปของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีอายุมากและดื่มสุรามานานจะมีอาการรุนแรงกว่าธรรมดา กลุ่มอาการขาดสุราที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการสั่น (alcoholic tremulousness) เช่น มีมือสั่นได้มาก ๆ จนหยิบถ้วยไม่ถนัด หรือมีอาการสั่นของลิ้น และหน้าตา อาการอื่น ๆ ได้แก่คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว เหงื่อออกมาก ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หงุดหงิดตกใจง่าย ผื่นร้าย

นอนไม่หลับ อาการจะรุนแรงในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังจากดื่มสุราครั้งสุดท้าย ถ้าผู้ป่วยอดทนได้อาการจะค่อย ๆ ทุเลาภายใน 2-3 วัน ถ้าผู้ป่วยไม่คิดจะอดทนหรือไม่ตั้งใจที่จะหยุดดื่มสุรา ผู้ป่วยมักจะชวนขอความช่วยเหลือมาดื่ม อาการต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะหายไปชั่วคราวหนึ่งและกลับเป็นใหม่อีกเมื่อฤทธิ์สุราหมดไป อาการขาดสุราดังกล่าวเป็นหลักฐานแสดงว่าผู้ดื่มเป็นโรคติดสุรา (alcohol dependence)

ผู้ที่ดื่มสุราปริมาณสูง ๆ และดื่มมานานอาจมีอาการขาดสุราอย่างรุนแรงที่เรียกว่า delirium tremens พบได้ประมาณ 5-7% ของผู้ป่วยติดสุรา เรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักจะเกิดขึ้นครั้งแรกหลังจากติดสุรามานาน 5-15 ปี ถ้าให้การรักษาไม่ถูกต้อง delirium tremens อาจมีอาการรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ Mortality rate สูงถึง 10 - 37 %^(5,6) อาการสำคัญสามอย่าง (triad)⁽³⁾ ของ psychotic delirium นี้ได้แก่ tremor, hallucination และ disorientation (Table 2)⁽²⁾ delirium มักจะเกิดขึ้นในวันที่ 3 หลังจากหยุดดื่มสุรา ผู้ป่วยมักจะมีสติสับสน งง ๆ พุดจาเพ้อเจ้อไม่ได้เรื่องราว การรับรู้วัน เวลาและสถานที่เสียไป มักพบอาการมือสั่นร่วมด้วยเสมอ การรับรู้ผิดปกติ (illusion) เช่น เห็นเชือกเป็นงู มีประสาทหลอน ผู้ป่วยมักจะเห็นภาพหลอนที่น่ากลัวจะมาทำอันตรายทำให้ผู้ป่วยพยายามหนีหรือต่อสู้ป้องกันจนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ อาการอื่น ๆ ที่พบได้แก่ auto-

onomic hyperactivity เช่นชีพจรเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก ความดันโลหิตสูงขึ้น มีไข้ นอกจากนี้อาจมีการชักกระตุกทั้งตัวที่เรียกว่า rum fits ได้ การชักร่วมกับกลุ่มอาการขาดสุรามักจะเกิดภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากดื่มสุราครั้งสุดท้าย และเกิดกับผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลมชัก หรือมีประวัติเคยชักร่วมกับกลุ่มอาการขาดสุราในอดีต การขาดน้ำ (dehydration) ไม่ค่อยเกิดนอกจากจะมีปัจจัยอื่นร่วมด้วยเช่น อาเจียนหรือถ่ายเหลวมาก ผู้เขียนมีความประสงค์ที่จะรายงานผู้ป่วยดังกล่าว 1 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการของ delirium tremens ร่วมกับอาการถ่ายเหลวรุนแรงจนเกิดอาการขาดน้ำอย่างมาก

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นชายไทยคู่ อายุ 51 ปี จากจังหวัดสมุทรปราการ มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน รพ.จุฬาฯในวันที่ 6 มกราคม 2527 ด้วยอาการคลื่นไส้ อาเจียน จุกแน่นลิ้นปี่มา 2 วัน หลังจากดื่มสุรามากกว่าปกติ ในระยะ 5 วันก่อนมาโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่ได้เลยมา 1 วัน ญาติพาไปที่สถานีอนามัย ได้รับน้ำเกลือทางหลอดเลือด 1 ขวด อาการไม่ดีขึ้นและซึมลงจึงได้นำส่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประวัติอดีตผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำ ดื่มมากมา 20 ปี วันละประมาณ 1 ขวดแบน เวลาหยุดดื่มสุราจะมีอาการจุกแน่นลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน เพื่อกินอาหารร่วมกับมีถ่ายเหลวเป็นอยู่นาน 2 - 3 วัน ๆ ละราว 10 ครั้ง ผู้ป่วยเคยเกิดกลุ่มอาการขาดสุราร่วมกับถ่ายเหลวมาหลายครั้ง

อาการดีขึ้นทุกครั้งเมื่อได้รับน้ำเกลือทางหลอดเลือดจากคลินิก เมื่อ 6 เดือนก่อนผู้ป่วยเคยได้รับการตรวจเช็คร่างกายจากโรงพยาบาลเอกชน ตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติ ผู้ป่วยไม่มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน วัณโรคหรือโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีอาการเสียงเปิดกั

การตรวจร่างกายแรกรับ ความดันโลหิต 70/50 มม.ปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.0° ซ. ผู้ป่วยมีสติดีพูดจาได้ เร็วจรวดแต่ค่อนข้างกระสับกระส่าย งง ๆ มีอาการขาดน้ำปานกลาง อื่น ๆ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยถูกรับไว้ในแผนกอายุรศาสตร์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Table 3) เข้าได้กับ metabolic acidosis ซึ่งเกิดร่วมกับกลุ่มอาการขาดสุรา โดยมีน้ำตาลในเลือดค่อนข้างสูงจาก stress hyperglycemia ระดับน้ำตาลในเลือดกลับสู่ปกติเมื่อผู้ป่วยได้รับ regular insulin 10 ยูนิตเข้ากล้ามเนื้อ 2 ครั้ง ผู้ป่วยเริ่มถ่ายเหลวมากกว่าจำนวน 20 ครั้งใน 6 ชั่วโมง (ดูภาพ) และมีอาการซึมลงแต่พูดจาพอรู้เรื่อง อายุรแพทย์ได้ให้การรักษาด้วยน้ำเกลือราว 7000 ซีซี ใน 24 ชั่วโมง แต่ความดันโลหิตยังคงที่ราว 80/60 มม.ปรอท วัด central venous pressure ได้ 12 ซม.น้ำ ความดันโลหิตกลับเป็นปกติเมื่อให้ dopamine 10 mg/KgBW และ furosemide 40 mg เข้าหลอดเลือด ผู้ป่วยมีถ่ายเหลวอยู่ 2 วันจึงดีขึ้นแต่เริ่มมีอาการเอะอะโวยวาย พูดจาไม่ได้อีก ราว พูดจาเพ้อเจ้อตลอดเวลา ทำท่าหวาดกลัวเหมือนมองเห็นภาพที่น่ากลัว ผู้ป่วย

ส่งบลงและหลับได้เมื่อได้รับ diazepam 10 mg เข้าหลอดเลือด 4 ครั้งในเวลาใกล้ ๆ กัน แต่จะกลับมีอาการเพ้อเจ้อ เอะอะว๊วยว๊วยอีกในช่วงเวลาอันสั้น อาจารย์แพทย์ได้ส่งปรึกษาแพทย์ประจำสาขาวิชาซึ่งตรวจพบเพียงอาการมือสั่น และอาการทางจิตตั้งกล่าวให้การวินิจฉัยว่า ผู้ป่วยมี delirium tremens แนะนำให้ thiamine 100 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกวัน และ diazepam 10 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดทุก 6 ชั่วโมง แต่ผู้ป่วยยังคงได้รับ diazepam 10 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดเป็นครั้งคราวเมื่อมีอาการเอะอะว๊วยว๊วย ผู้ป่วยถูกส่งปรึกษากับจิตแพทย์ในวันที่ 9 มกราคม 2527 ตรวจพบผู้ป่วยอยู่ในสภาวะสติสับสนเคลื่อนไหวแขนขาไปมาอย่างไม่มีจุดหมาย ร่วมกับมือสั่นและมีการตอบสนองต่อภาพหลอน ผู้ป่วยไม่รู้วันเวลา และสถานที่ ไม่สามารถพูดจาโต้ตอบได้เรื่องราว ประวัติของผู้ป่วยและผลการตรวจสภาพจิตรวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีกลุ่มอาการขาดสุราชนิดรุนแรงที่เรียกว่า delirium tremens จำเป็นต้องให้ diazepam 10 mg เข้าหลอดเลือดติดต่อกันทุก 4 ชั่วโมง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยส่งบลงและมีอาการดีขึ้นมากในวันรุ่งขึ้น ผู้ป่วยมีสติดี พูดจาโต้ตอบเป็นปกติ ความจำและการรับรู้วัน เวลา และสถานที่กลับเป็นปกติ อาการประสาทรุนแรงหมดไป diazepam ถูกลดเหลือ 5 mg ทางปากทุก 6 และ 8 ชั่วโมง ในวันต่อ ๆ มา. และให้ออกจากโรงพยาบาลหลังเข้ารับการรักษา 10 วัน

วิจารณ์

อาการทางจิตที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยรายนี้

พร้อมกับอาการมือสั่นและมีภาพหลอน ร่วมกับประวัติการติดสุราในอดีตบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีอาการของ delirium tremens อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังมีอาการถ่ายเหลวอย่างรุนแรง (20 ครั้ง/วัน) จนเกิดอาการขาดน้ำอย่างมาก อาการถ่ายเหลวพบร่วมกับอาการขาดสุราได้แต่ยังไม่เคยมีรายงานว่าเกิดขึ้นได้รุนแรงเช่นนี้ในประเทศไทย ผู้ป่วยมีอาการถ่ายเหลวเป็นเวลา 2-3 วันหลังจากหยุดดื่มสุรา การตรวจและเพาะเชื้อจากอุจจาระได้ผลลบสองครั้ง และผู้ป่วยเคยมีประวัติถ่ายเหลวร่วมกับกลุ่มอาการขาดสุราในอดีต จึงเชื่อว่าอาการถ่ายเหลวไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคติดเชื้อ delirium ของผู้ป่วยดีขึ้นมากอย่างรวดเร็วเมื่อได้รับ diazepam 10 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดทุก 4 ชั่วโมงติดต่อกันสม่ำเสมอเป็นเวลาประมาณ 24 ชั่วโมง

แพทย์ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั่ว ๆ ไป มักจะพบผู้ป่วยคลุ้มคลั่ง เอะอะว๊วยว๊วยจากกลุ่มอาการขาดสุราเป็นครั้งคราว เมื่อวินิจฉัยแยกภาวะคลุ้มคลั่ง (delirium) จากสาเหตุอื่น ๆ เช่น hypoglycemia, diabetic acidosis และ withdrawal จากยาส่งประสาทต่าง ๆ โดยเฉพาะ barbiturate ซึ่งแยกยากจากกลุ่มอาการขาดสุราต้องอาศัยประวัติการติดยาช่วยในการแยกโรคจึงดำเนินการรักษา delirium tremens ในห้องฉุกเฉิน (Table 4)⁽²⁾ ควรฉีด thiamine 100-200 mg เข้ากล้ามเนื้อทันที และให้ยาส่งประสาทซึ่งปัจจุบันนิยมใช้ benzodiazepines โดยเฉพาะ diazepam 10-20 mg หรือ chlordiazepoxide 25-100 mg ทาง

ปากหรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือทางหลอดเลือดแล้ว แต่จำเป็นทุก 2-6 ชั่วโมงร่วมกับฉีด glucose 50% 50 ซีซี เข้าหลอดเลือดหลังจากส่งเลือดไปตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาสาเหตุหรือความผิดปกติอื่น ๆ ควรจะให้ thiamine กับผู้ป่วยทุกรายแม้จะไม่มีอาการของ Wernicke's encephalopathy เพราะผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังมักจะขาด thiamine ไม่มากก็น้อย การให้กลูโคสเข้าเส้นเลือดโดยไม่ได้ให้ thiamine ก่อนอาจกระตุ้นให้เกิด acute Wernicke's encephalopathy⁽⁷⁾ ได้ อาการประกอบด้วยมีสติสับสน งง ๆ ความจำและการรับรู้วัน เวลา และสถานที่เสีย เดินไม่มั่นคงเนื่องจากมีความเสื่อมของสมองส่วนที่ควบคุมความสมดุลของร่างกาย อาการสำคัญที่มักจะพบเป็นอันดับแรกคือ กล้ามเนื้อตาเป็นอัมพาต โดยเฉพาะ lateral rectus เนื่องจากมี Abducen nerve palsy และอาจมี Nystagmus ได้ อาการทางตาที่รักษาหายได้เกือบทันทีถ้าให้ thiamine 100-200 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ

เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว ควรลดขนาดยาส่งประสาท และหยุดการให้ยาได้ในเวลา 7-10 วัน ขณะเดียวกันผู้ป่วยควรได้รับอาหารที่มีสารคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนสูง ควรให้ thiamine 50-100 mg หรือ vitamin B complex 50 mg ฉีดเข้ากล้ามเนื้อทุกวันเป็นเวลา 5-7 วัน เพราะผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังมักจะมี gastritis ทำให้ดูดซึมอาหารได้ไม่ดี ถ้าผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เองก็ไม่จำเป็นต้องให้น้ำ-

เกลือทางหลอดเลือดแก่ผู้ป่วย เพราะมีโอกาสที่จะเกิดอันตรายจาก overhydration เกิดการบวมของสมองเป็นสาเหตุซึ่งพบได้ค่อนข้างบ่อยทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต⁽⁷⁾ โรคแทรกซ้อนที่อาจพบได้ในผู้ป่วย delirium tremens ได้แก่ โรคติดเชื้อตามอวัยวะต่าง ๆ เพราะผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังมักจะมีภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ มีโอกาสเป็นโรคติดเชื้อได้มาก หรือมี subdural hematoma และ fracture of skull ได้ เพราะผู้ป่วยอาจหกล้มศีรษะฟาดขณะเมาสุรา นอกจากนี้ต้องระวัง electrolyte imbalance, alcoholic hepatitis และ liver cirrhosis ซึ่งยาล่วงประสาทที่ใช้รักษาอาจส่งเสริมให้เกิด hepatic coma ได้

ยาล่วงประสาทที่อาจใช้รักษากลุ่มอาการขาดสุราหรือ delirium tremens มีหลายชนิด^(2,4,7) (Table 5) ยาที่นิยมใช้ในอดีตคือ neuroleptics ได้แก่ chlorpromazine, trifluoperazine, thioridazine และ haloperidol ซึ่งปัจจุบันพบว่าใช้ได้ผลไม่ดีเท่า benzodiazepines เพราะมีพิษและข้อควรระวังมาก เช่นทำให้เกิด hypotension, cardiotoxicity ลด seizure threshold มีผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสชักได้ง่ายขึ้น และยังมี anticholinergic effect ด้วย ผู้เชี่ยวชาญเรื่องนี้หลายท่าน^(4,8,9) บ่งว่า neuroleptics เป็น contraindication ในการรักษากลุ่มอาการขาดสุรา Hollister เห็นว่ากลุ่มอาการขาดสุรา รักษาได้ผลดีที่สุดด้วย benzodiazepines เพราะ

1. benzodiazepines มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับแอลกอฮอล์ทุกอย่างจึงสามารถใช้แทนกันได้เป็นอย่างดี

2. benzodiazepines ช่วยป้องกันการชักอย่างได้ผลถ้าใช้ยาขนาดสูงเพียงพอ โดยไม่จำเป็นต้องให้ prophylactic anticonvulsant

3. benzodiazepines ไม่มีโทษหรือข้อควรระวังมากเหมือน neuroleptics หรือยาตัวอื่นเช่น antihistamine หรือ barbiturate ฯลฯ Hollister สรุปรว่า delirium tremens เป็น delirium ชนิดเดียวที่ควรใช้ benzodiazepines โดยที่ delirium จากสาเหตุอื่น ๆ ควรใช้ antipsychotics เช่น haloperidol เพราะ benzodiazepines อาจส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี paradoxical excitation แทนที่จะทำให้ผู้ป่วยสงบลง

ความรุนแรงของอาการขาดสุราจะค่อย ๆ ลดลงในเวลา 1-2 สัปดาห์ แพทย์จึงสามารถหยุดการให้ยาสงบประสาทได้ใน 7-10 วัน ระยะเวลานี้เป็นระยะถอนพิษสุรา (alcohol detoxification period) ซึ่งรักษาได้ไม่ยากถ้าแพทย์ผู้รักษามีความรู้และความเข้าใจในกลไกของโรค

สรุป

ผู้เขียนรายงานผู้ป่วย 1 รายที่มีกลุ่มอาการขาดสุราชนิด delirium tremens ร่วมกับมีถ่ายเหลวรุนแรงจนเกิดภาวะขาดน้ำอย่างมาก อาการ delirium ของผู้ป่วยรายนี้รักษาได้ผลดีด้วย diazepam 10 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดทุก 4 ชั่วโมง ผู้เขียนได้บรรยายถึงอาการ กลไกของโรค และวิธีการรักษากลุ่มอาการขาดสุราในระยะถอนพิษสุรา

Table 1 Mild or early symptoms of alcohol withdrawal syndrome

Gastrointestinal disturbances loss of appetite nausea vomiting abdominal discomfort diarrhea	Behavioral changes irritability hostility restlessness agitation exaggerated startle response
Muscular symptoms weakness cramps tremulousness	Impaired cognitive function inability to concentrate easy distractibility impairment of memory impairment of judgment and other higher mental functions
Sleep disturbances insomnia nightmares	
Autonomic imbalance (excess sympathetic activity) tachycardia systolic hypertension diaphoresis tremulousness fever	

Table 2 Severe or late symptoms of alcohol withdrawal syndrome

Worsening of prodromal manifestations (from table 1)
tremor
diaphoresis
tachycardia
agitation
marked startle response
Delirium
clouding of sensorium
fluctuation from hour to hour in nature and severity
impairment of cognitive function
disorientation as to time and place
Hallucinations
can be auditory, visual, or tactile
can be threatening in nature
Delusions
usually paranoid in nature
merge with and are reinforced by hallucinations
can create agitation and terror
Seizures
usually nonfocal and generalized
occasionally have lateralizing or nonfocal beginnings
prior seizure disorder not necessary
occur within 48 hours of cessation of drinking
usually self-limiting
always precede severe agitation, delirium, hallucinations

Table 3 Diagram to illustrate the clinical course, management and laboratory investigations

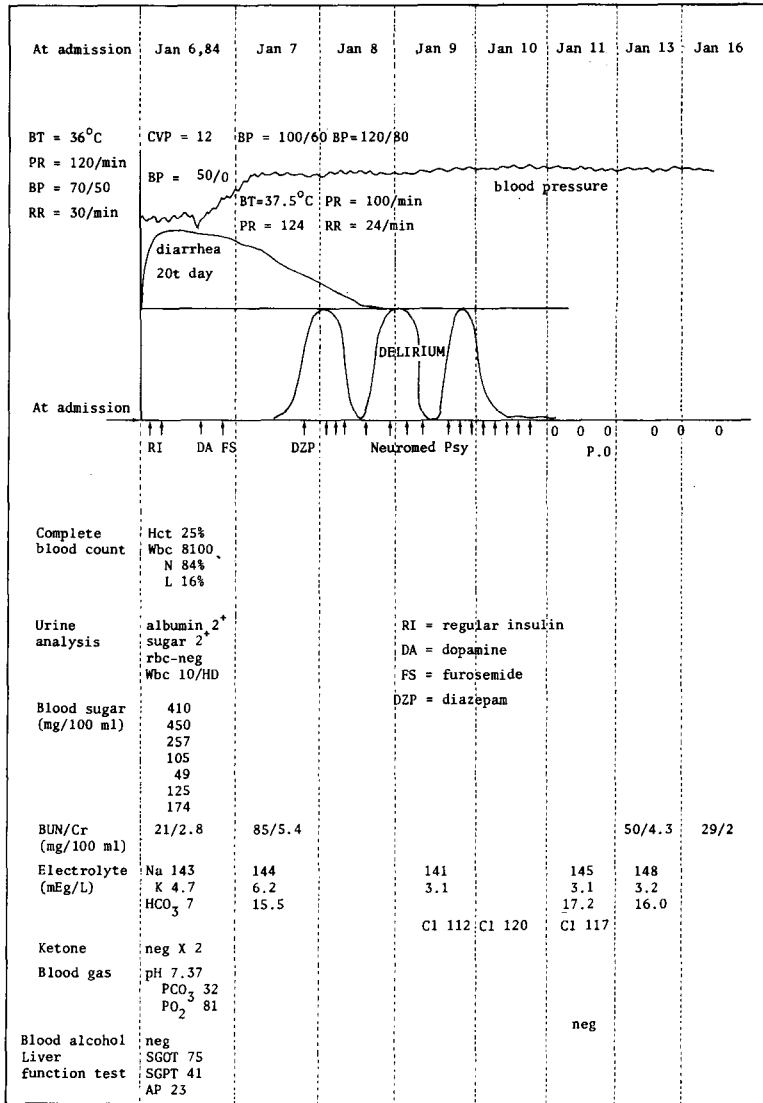


Table 4 Emergency room treatment of alcohol withdrawal

Intramuscular administration of thiamine (100 TO 200 MG)
Administration of a sedative or tranquilizer (I.E.,
chlordiazepoxide, 25 mg PO 4 times a day) provided
observation for 1 TO 2 hours after initial tranquilizer
administration

Table 5 Drugs used in the treatment of alcohol withdrawal

Chloral hydrate	1.0 TO 2.0 mg	short duration of action	REM depression gastric irritation parenteral preparation not available
Barbiturates			
secobarbital	100 TO 300 mg		cardiovascular and respiratory depression
pentobarbital			REM depression enzyme induction
Phenobarbital	100 TO 300 mg		same as other bar- biturates
Paraldehyde	10 TO 30 ml	short duration of action	long duration of action highly noxious odor large volume needed for parenteral injection- can cause serious injection site complications
Antihistamines	50 TO 100 mg		anticholinergic side effects
hydroxyzine			
diphenhydramine			

Table 5 Continue

drugs	dose increment	advantages	disadvantages
Benzodiazepines			
Chlordiazepoxide	50 TO 100 mg	little cardiovascular or respiratory depression	absorption after IM injection
Diazepam	10 TO 20 mg	no REM depression	may be unreliable; long duration of action accumulation of drugs and active metabolites
Oxazepam	30 TO 60 mg	same as chlordiaze- poxide and diazepam short duration of action	parenteral preparation not available
Major tranquilizers chlorpromazine promazine	50 TO 100 mg	potent sedation	long duration of action postural hypotension lowered seizure threshold impaired temperature regulation

อ้างอิง

1. Isbell H. Fraser HF. An experimental study of the etiology of "rum fits" and delirium tremens. *Quart J Stud Alcohol* 1955 Mar ; 16(1) : 105
2. Greenblatt DJ, Shader RI. Treatment of alcohol withdrawal syndrome. In : Shader RI. ed. *Manual of Psychiatric Therapeutics, Practical Psychopharmacology and Psychiatry*. Boston : Little, Brown, 1977, 211-235
3. Knott DH, Beard JD, Fink RD. Guidelined for diagnosis and alcohol detoxification. *Drug Therapy* 1978 Jan ; 27 : 35-47
4. Selzer ML. Alcoholism and alcoholic psychoses. In : Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry III* : Baltimore : Williams & Wilkins, 1980. 1633
5. Harney RB. Harger RN. The alcohol. In : *Drill's Pharmacology in Medicine* 3 ed. New York : Mcgraw-Hill, 1965, 210
6. Shaw GK. Alcohol dependence and withdrawal. *Br Med Bull* 1982 Jan ; 38(1) : 99-102
7. Beebe JE III. Evaluation and treatment of the drinking patient. In : Rosenbaum CP, Beebe JE, eds. *Psychiatric Treatment Crisis/Clinic/Consultation*. New York : Mcgraw-Hill, 1975, p 131
8. Gessner PK. Which drug for alcohol withdrawal? In : Majchrowicz E, Nobel E, eds. *The Biochemistry and Pharmacology of Ethanol*. New York : Plenum Press, 1979. 375-435
9. Hollistor LE. *Clinical Pharmacology of Psychotherapeutic Drugs*. 2 ed. New York : Churchill Livingstone, 1938. 33, 140