



ความแม่นยำของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้มีภาวะผิดปกติจากการดื่มสุราในผู้ป่วยในรับปรึกษาภาคจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช

ศิริรัตน์ คุปติวุฒิ พบ.*, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์ พบ.*,
ณัฐรา สายเสวย พบ.*, วรรณภัทร รัตอากา พบ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความแม่นยำของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้มีภาวะผิดปกติจากการดื่มสุราในผู้ป่วยใน รับปรึกษาภาคจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช

วิธีการศึกษา โดยนำข้อมูลลักษณะประชากร การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช การวินิจฉัยโรคทางกาย แบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทย และการประเมินโรคติดสุรา (alcohol dependence และ alcohol abuse) จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยใน หน่วยรับปรึกษาภาคจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ปี พ.ศ. 2551 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 มาวิเคราะห์หาร้อยละของข้อมูลลักษณะประชากร ความไว และความจำเพาะ ของแบบคัดกรอง

ผลการศึกษา จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 410 ฉบับ พบว่าผู้ป่วยที่ติดสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 72) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 63) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 36) และมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 47) แบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยมีความไวร้อยละ 77 และความจำเพาะร้อยละ 96

สรุป แบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยเพื่อคัดกรองผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มผู้ป่วยในที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์โรงพยาบาลศิริราชรับปรึกษา ปี พ.ศ. 2551 - 2552 มีความไวและความจำเพาะที่ดีเนื่องจากแบบสอบถามนี้ใช้ง่ายและใช้เวลาในการทำไม่นานจึงเหมาะในการนำไปใช้ตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มประชากรผู้ป่วยใน

คำสำคัญ แบบคัดกรอง CAGE โรคติดสุรา ผู้ป่วยในรับปรึกษา

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2553; 55(4): 305-316

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร



Validity of the Thai version of CAGE in screening alcohol use disorders in consulted inpatients at Siriraj Hospital Department of Psychiatry

Sirirat Kooptiwoot M.D., Wanlop Artsariyasing M.D.*,
Nattha Saisavoey M.D.*, Woraphat Ratta-apha M.D.**

Abstract

Objective: To verify the validity of the Thai version of CAGE in screening alcohol use disorders in consulting inpatients at Siriraj Hospital Department of Psychiatry

Methods: All case record forms of patients of the Psychiatric Consultation Unit at Siriraj Hospital from 1st May 2008 to 30th April 2009 were recruited for this study. Case record forms which did not have a CAGE questionnaire or an alcohol use disorder evaluation were excluded. Demographic, clinical data, the CAGE questionnaire result, and diagnosis of alcohol dependence and alcohol abuse were collected. Validity indices (sensitivity and specificity) were calculated.

Results: The sample was composed of 410 case record forms. Most patients with alcohol dependence or alcohol abuse were men (72%), married (63%), educated from elementary school (36%) and laborers (47%). The CAGE questionnaire had sensitivity of 77% and specificity of 96%.

Conclusion: The validity of the Thai version of CAGE in screening alcohol use disorders in consulting inpatients at Siriraj Hospital Department of Psychiatry had moderate sensitivity and good specificity. Since it is easily applied and rapidly executed, it could be useful in screening such patients for alcohol dependence or alcohol abuse.

Keywords: CAGE, alcohol dependence, alcohol abuse, consultation

J Psychiatr Assoc Thailand 2010; 55(4): 305-316

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj hospital, Mahidol University, Bangkoknoi, Bangkok

บทนำ

การดื่มสุราเป็นปัญหาสำคัญในเกือบทุกภูมิภาคทั่วโลกทั้งในแง่ของความเจ็บป่วย (morbidity) และการเสียชีวิต (mortality) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 60 ชนิด แอลกอฮอล์เกี่ยวข้องกับโรคเมเร็งถึง ร้อยละ 20-30 เช่น เมเร็งหลอดอาหาร เมเร็งตับ โรคตับแข็ง การทำร้ายผู้อื่น โรคลมชัก และอุบัติเหตุจากรถ แอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต 1.8 ล้านคน (ร้อยละ 3.2 ของทั้งหมด) และการสูญเสีย 5.8 ล้านปีของ Disability-Adjusted Life Years (DALY) (ร้อยละ 4 ของทั้งหมด)¹

การดื่มสุราถือเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทยเช่นกัน ผลการสำรวจปัญหาจากแอลกอฮอล์พบว่า ร้อยละ 62 ของผู้ประสบภัยจากอุบัติเหตุจากรถมีระดับแอลกอฮอล์ในเลือดเกินกำหนด (เกิน 50 mg/dl) ร้อยละ 45 ของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถในประเทศไทยมีสาเหตุจากการดื่มสุรา² และจากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ใน ปี พ.ศ. 2549 ที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุรามีมูลค่าสูงถึง 5,491.2 ล้านบาท (คิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดจากผู้ป่วยนอก 2,488.1 ล้านบาท และผู้ป่วยใน 3,003.1 ล้านบาท) แสดงให้เห็นว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ³ ในการสำรวจการดื่มสุราและใช้สารเสพติดของประชากรไทยทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2550 จำนวน 26,633 คน พบว่ามีผู้ดื่มสุราร้อยละ 28.6 และส่งผลกระทบต่อการทำงาน การศึกษา การจ้างงาน และเศรษฐกิจ⁴

ปัญหาจากการดื่มสุราพบบ่อยเช่นกันในกลุ่มผู้ป่วยใน ความชุกของปัญหาเหล่านี้ในกลุ่มผู้ป่วยในที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รับรักษาในปี พ.ศ.2548 คือ ร้อยละ 6.9 (alcohol abuse) ร้อยละ 10 (alcohol dependence) ร้อยละ 54 (alcohol withdrawal) ร้อยละ 3 (alcohol withdrawal delirium) ร้อยละ 30 (alcohol-induced psychotic disorder) ร้อยละ 3)⁵

การคัดกรองและการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้สามารถลดความสูญเสียและการเสียชีวิตลงได้

การคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการดื่มสุราถือเป็นโอกาสสำคัญในการป้องกันความสูญเสียและการเสียชีวิตที่จะตามมา⁶ จากการศึกษาของ Okulate และ Odunaike พบว่าการไม่สามารถคัดกรองได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะติดสุราในกลุ่มผู้ป่วยอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลก่อให้เกิดผลเสียตามมามากมาย และการคัดกรองผู้ป่วยที่ติดสุราในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวซึ่งโดยปกติมักจะปฏิเสธปัญหาการดื่มสุราของตนเอง ทำให้ลดผลเสียที่จะตามมาได้

แบบคัดกรอง CAGE ถูกสร้างขึ้นและนำเสนอครั้งแรกโดย Ewing และ Rouse ที่งานประชุมที่ประเทศออสเตรเลีย ในปี พ.ศ. 2513 จากนั้นแบบคัดกรองนี้ก็เป็นที่รู้จักและใช้กันอย่างกว้างขวาง แบบคัดกรองประกอบด้วยคำถามง่าย ๆ 4 ข้อ คือ Have you ever :

- (1) felt the need to *cut down* your drinking ?
- (2) felt *annoyed* by criticism of your drinking ?
- (3) had *guilty* feelings about drinking ?
- (4) taken a morning eye opener ?

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแม่นยำหลายงานวิจัยพบว่าแบบคัดกรอง CAGE เป็นเครื่องมือที่ดีในการค้นหาผู้ป่วยที่ติดสุราในกลุ่มผู้ป่วยอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโดยมีความไว ร้อยละ 71 ความจำเพาะร้อยละ 90⁸

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองผู้ป่วยติดสุราโดยใช้แบบคัดกรอง CAGE อยู่ 2 คือของ นันทวัช ลิทธิรักษ์ ปี พ.ศ. 2551 ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความแม่นยำ (validity), inter-rater และ test-retest reliability ของแบบสัมภาษณ์ Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS) ซึ่งข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์นี้มีแบบคัดกรอง CAGE ที่แปลเป็นภาษาไทยรวมอยู่ด้วย⁹

และการศึกษาของ วรภัทร รัตตอภา¹⁰ ซึ่งศึกษาความแม่นยำของแบบคัดกรองนี้ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยนอกของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล⁹ อย่างไรก็ตามเท่าที่ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาความแม่นยำของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยในกลุ่มประชากรผู้ป่วยในมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความน่าเชื่อถือของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยเพื่อคัดกรองผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มผู้ป่วยในที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลรับปรึกษา หากผลการศึกษาพบว่าแบบคัดกรองนี้มีความน่าเชื่อถือที่ดีก็อาจสามารถใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มผู้ป่วยในของภาควิชาอื่นๆ ได้เช่นกัน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อศึกษาความแม่นยำของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยสำหรับผู้มีภาวะผิดปกติจากการดื่มสุราในผู้ป่วยในรับปรึกษาภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช

วัตถุประสงค์รอง คือ 1) เพื่อศึกษาข้อมูลลักษณะประชากรของผู้ป่วยติดสุราในผู้ป่วยในรับปรึกษา 2) เพื่อศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบร่วมในผู้ป่วยติดสุราในผู้ป่วยในรับปรึกษา 3) เพื่อศึกษาความชุกของโรคทางกายที่พบร่วมในผู้ป่วยติดสุราและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ในผู้ป่วยในรับปรึกษา

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาชนิด retrospective descriptive study

การเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของหน่วยรับปรึกษาจากต่างภาควิชา (Consultation Liaison Psychiatry Unit) ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.

2551 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2552 ซึ่งมีจำนวน 1,009 ฉบับ โดยมีแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มีการเก็บข้อมูลแบบคัดกรอง CAGE ครบถ้วนจำนวน 410 ฉบับ

แบบคัดกรอง CAGE จะมีอยู่ในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกฉบับซึ่งแพทย์ประจำบ้านที่ขึ้นปฏิบัติงานตามปกติในช่วงนั้นเป็นผู้ประเมิน โดยทั้งแบบคัดกรองและการวินิจฉัย alcohol dependence และ alcohol abuse จะถูกประเมินโดยแพทย์คนเดียวกัน สำหรับเวลาที่สัมภาษณ์แบบคัดกรองนี้เป็นช่วงที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลในครั้งที่รับปรึกษา

การวินิจฉัย alcohol dependence และ alcohol abuse โดยแพทย์ประจำบ้านจะได้รับการประเมินซ้ำโดยอาจารย์แพทย์ที่ปฏิบัติงานในช่วงนั้นๆ ทุกราย แต่สำหรับแบบคัดกรอง CAGE ไม่ได้มีการประเมินซ้ำ แต่อาจารย์แพทย์จะรู้ผลของแบบคัดกรองนี้ก่อนที่จะประเมินการวินิจฉัย alcohol dependence และ alcohol abuse

สำหรับระบบการทำงานของหน่วยรับปรึกษาจากต่างภาควิชาของภาควิชาจิตเวชศาสตร์นั้น ทีมดูแลผู้ป่วยของหน่วยรับปรึกษาแบ่งออกเป็น 2 สาย แต่ละสายประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ 1 คน แพทย์ประจำบ้านจิตเวช 1-3 คน แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ 0-2 คนตามแต่ช่วงเวลา โดยมีพยาบาลและนักจิตวิทยาคลินิกอย่างละ 1 คนประจำอยู่สายหลัก เมื่อได้รับปรึกษาแพทย์ประจำบ้านที่รับผู้ป่วยรายนั้นๆ จะไปประเมินก่อนแล้วกรอกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยแล้วนำมารายงานอาจารย์แพทย์และทีมผู้ดูแลวันรุ่งขึ้นซึ่งอาจารย์แพทย์จะไปประเมินซ้ำทั้งในแง่ของการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา จากนั้นแพทย์ประจำบ้านจะกรอกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมแล้วส่งคืนภาควิชา สุดท้ายอาจารย์แพทย์จะเป็นคนตรวจความสมบูรณ์ของแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเลือกขึ้นมาจำนวน ร้อยละ 10 อีกครั้งหนึ่ง

เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา (Selection criteria)

1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดของหน่วยรับปรึกษาจากต่างภาควิชา ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2552

2) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเหล่านี้ต้องมีข้อมูลของแบบคัดกรอง CAGE ซึ่งบันทึกโดยแพทย์ประจำบ้านที่ปฏิบัติงานในหน่วยรับปรึกษาของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ในช่วงนั้นๆ และการวินิจฉัยตาม DSM IV-TR ซึ่งประเมินโดยอาจารย์แพทย์ปฏิบัติงานในหน่วยรับปรึกษาของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ อย่างครบถ้วน

จำนวนประชากรที่ต้องการจะศึกษา (sample size)

- n for sensitivity for alcohol abuse or dependence = $Z_{\alpha}^2 ss(1-ss)/d_{ss}^2$
ss = estimate sensitivity of test = 0.75 (อาศัยผลการศึกษาของ วรภัทร รัตตอภา)

Z_{α} for 95% confidential interval = 1.96

d_{ss} = estimate variation of sensitivity = 0.15 (~20% of ss)

$$n = (1.96)^2 (0.75)(1-0.75)/(0.15)^2 = 32$$

ความชุกของโรคติดสุรา (alcohol dependence และ alcohol abuse) ในกลุ่มผู้ป่วยในที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราชรับปรึกษาปี พ.ศ. 2548 คือ ร้อยละ 4.42

$$N = (32)(100) / 4.42 = 723$$

- n for specificity for alcohol abuse or dependence = $Z_{\alpha}^2 sp(1-sp)/d_{sp}^2$
sp = estimate specificity of test = 0.95 (อาศัยผลการศึกษาของ วรภัทร รัตตอภา)

Z_{α} for 95% confidential interval = 1.96

d_{sp} = estimate variation of specificity = 0.19 (~20% of sp)

$$n = (1.96)^2 (0.95)(1-0.95)/(0.19)^2 = 5$$

$$N = (5)(100)/4.42 = 113$$

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลด้านลักษณะประชากรและความชุกของ alcohol dependence และ alcohol abuse ใช้ค่าร้อยละ

2. ความน่าเชื่อถือของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยใช้ค่าต่างๆ ดังนี้

Gold standard ในการวินิจฉัย alcohol dependence และ alcohol abuse คือ การวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM IV-TR criteria

positive test หมายถึง จำนวนข้อของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยที่ตอบว่าใช่ ≥ 2 ข้อ

Index : ความไว ความจำเพาะ positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), likelihood ratio for positive result, likelihood ratio for negative result

ผลการศึกษา

ข้อมูลลักษณะประชากร ความชุกของโรคทางจิตเวชอื่นๆ และโรคทางกายที่พบร่วมในผู้ป่วยติดสุรา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมี 1,009 คน เข้าเกณฑ์การคัดเลือก 410 คน (ร้อยละ 40.63) เป็นเพศชาย 187 คน หญิง 223 คน อยู่ในช่วงอายุ 14-98 ปี

ข้อมูลจากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดสุราส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้างและจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ไม่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวและมีผู้ดูแล

แผนกที่ส่งปรึกษาบ่อยที่สุดคือ อายุรศาสตร์ รองลงมาเป็นศัลยศาสตร์ สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ตามลำดับ

โรคทางจิตเวชที่พบร่วมด้วยได้บ่อยในกลุ่มผู้ป่วยติดสุรา 3 ลำดับแรก คือ nicotine dependence, amphetamine dependence and abuse และ delirium tremens ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ส่วนโรคทางกายที่พบบ่อยเป็น 3 ลำดับแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ 1) Diseases of the digestive system, 2) Injury, poisoning and certain other consequence of external causes และ 3) Pregnancy, childbirth and the puerperium (ตารางที่ 3)

ค่าความแม่นยำ

จากการศึกษาที่พบว่ามีความไวร้อยละ 77 และค่าความจำเพาะร้อยละ 96 (ตารางที่ 4) นอกจากนี้โอกาสที่ผู้ป่วยจะเป็น alcohol dependence หรือ alcohol abuse เมื่อผลการคัดกรองเป็นบวก (positive predictive value) คือร้อยละ 84 และโอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่ใช่ alcohol dependence และ alcohol abuse เมื่อผลการคัดกรองเป็นลบ (negative predictive value) คือร้อยละ 94

แบบคัดกรอง CAGE ยังมีค่า likelihood ratio for positive result เท่ากับ 19.25 ซึ่งหมายความว่าผู้ที่ผลการคัดกรองเป็นบวกมีโอกาสมาจากผู้ที่เป็น alcohol dependence หรือ alcohol abuse มากกว่าไม่เป็น 19.25 เท่า และค่า likelihood ratio for negative result เท่ากับ 0.24 ซึ่งหมายความว่าผู้ที่ผลการคัดกรองเป็นลบมีโอกาสมาจากผู้ที่เป็น alcohol dependence หรือ alcohol abuse มากกว่าไม่เป็น 0.24 เท่า

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็น retrospective study โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยดังนั้นข้อมูลใดที่ไม่ครบถ้วนจึงไม่สามารถเก็บข้อมูลเพิ่มเติมได้ ซึ่ง

ถ้ามีการตรวจสอบความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น อาจทำให้รายละเอียดในส่วนต่างๆ สมบูรณ์ขึ้นได้

นอกจากนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยติดสุราส่วนหนึ่งมีโรคร่วมทางจิตเวชโดยเฉพาะ การใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย (ได้แก่ nicotine dependence และ amphetamine dependence or abuse) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดรวมถึงข้อมูลเรื่องสุราไม่ตรงตามความเป็นจริงและพบว่าผู้ป่วยหลายรายยังมีภาวะทางจิตเวชที่เกิดเนื่องจากการใช้สุราหรืออาการทางจิตเวชที่พบร่วมด้วยอยู่ (ได้แก่ delirium tremens, major depressive disorder, dementia และ psychotic disorder not otherwise specified) ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถในการเข้าใจและการรับรู้ของผู้ป่วย

อนึ่ง เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่อยู่แผนกอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ และมีโรคร่วมทางกายหลายอย่าง เช่น โรคติดเชื้อ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด และเนื่องจาก บ่งบอกว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักซึ่งภาวะทางกายอาจรบกวนความสามารถในการตอบคำถามได้

จากปัจจัยต่างๆ ที่ยกมาทั้งหมดอาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของคำตอบ และเป็นข้อจำกัดในการสัมภาษณ์ได้

การศึกษาค่าความน่าเชื่อถือของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยในการคัดกรองผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มผู้ป่วยในที่ภาคจิตเวชศาสตร์ พบว่ามีความไวและความจำเพาะที่ดี คือ ร้อยละ 77 และร้อยละ 96 ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ของนันท์วัชสิทธิ์วิรัช และคณะ ปี ค.ศ. 2008 ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยเหมือนกันคือมีความไวร้อยละ 75 และความจำเพาะร้อยละ 95

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่ศึกษา

ตัวแปร	AD จำนวน (ร้อยละ) (n=67)	AB จำนวน (ร้อยละ) (n=21)	AD and AB จำนวน (ร้อยละ) (n=88)	Other disease จำนวน (ร้อยละ) (n=322)	Total จำนวน (ร้อยละ) (n=410)
เพศชาย	57 (85.1)	7 (33.3)	64 (72.7)	123 (38.2)	187 (45.6)
สถานภาพสมรส					
- คู่	37 (55.2)	18 (85.7)	55 (62.5)	172 (53.4)	227 (55.4)
- โสด	19 (28.3)	3 (14.3)	22 (25)	76 (23.6)	98 (24)
- หย่า	5 (7.5)	0	5 (5.7)	23 (7.1)	28 (6.8)
- หม้าย	4 (6)	0	4 (4.5)	44 (13.7)	48 (11.7)
การศึกษา					
- ไม่ได้เรียน	5 (7.5)	0	5 (5.7)	0	5 (1.2)
- ประถมศึกษา	26 (38.8)	6 (28.6)	32 (36.4)	68 (21.1)	100 (24.4)
- มัธยมต้น	11 (16.4)	2 (9.5)	13 (14.8)	44 (13.7)	57 (13.9)
- มัธยมปลาย / ปวช	9 (13.4)	6 (28.6)	15 (17)	35 (10.9)	50 (12.2)
- อนุปริญญา / ปวส	3 (4.5)	1 (4.8)	4 (4.5)	7 (2.2)	11 (2.7)
- ปริญญาตรี	3 (4.5)	2 (9.5)	5 (5.7)	47 (14.6)	52 (12.7)
- ปริญญาโท/ เอก	0	0	0	8(2.6)	8(1.9)
อาชีพ					
- ว่างาน	13 (19.4)	6 (28.6)	19 (21.6)	115 (35.7)	134 (33)
- รับราชการ	7 (10.4)	0	7 (8)	33 (10.2)	40 (9.8)
- รับจ้าง	32 (47.8)	9 (42.9)	41 (46.6)	47 (14.6)	88 (21.5)
- ค้าขาย	6 (9)	2 (9.5)	8 (9.1)	34 (10.6)	42 (10.2)
- นักเรียน / นักศึกษา	3 (4.5)	1 (4.8)	4 (4.5)	14 (4.3)	18 (4.4)
- เกษตรกรรม	0	2 (9.5)	2 (2.3)	11 (3.4)	13 (3.2)
ปัญหาเศรษฐกิจ					
- ไม่มี	49 (73.1)	16 (76.2)	66 (75)	240 (74.5)	306 (74.6)
แผนกที่ปรึกษา					
- อายุศาสตร์	32 (47.8)	1 (4.8)	33 (37.5)	114 (35.4)	147 (35.9)
- สูติเวช	5 (7.5)	10 (47.6)	15 (17)	51 (15.8)	66 (16.1)
- จักษุวิทยา	3 (4.5)	0	3 (3.4)	15 (4.7)	18 (4.4)
- ศัลยศาสตร์	19 (28.4)	9 (42.9)	28 (31.8)	95 (29.5)	123 (30)
- รังสีวิทยา	1 (1.5)	0	1 (1.1)	4 (1.2)	5 (1.2)
- ออร์โธปิดิกส์	5 (7.5)	1 (4.8)	6 (6.8)	30 (9.3)	36 (8.8)
- โสต คอ นสิก	2 (3)	0	2 (2.3)	6 (1.9)	8 (2)
- เวชศาสตร์ฟื้นฟู	0	0	0	5 (1.6)	5 (1.2)
- วิสัญญี	0	0	0	2 (0.6)	2 (0.5)
โรคจิตเวชในครอบครัว					
- ไม่มี	56 (83.5)	21 (100)	77 (87.5)	225 (69.9)	302 (73.6)

หมายเหตุ AD = alcohol dependence, AB = alcohol abuse, Other disease = โรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่ใช่ alcohol dependence และ alcohol abuse

ตารางที่ 2 แสดงผู้ป่วย alcohol dependence, alcohol abuse กับโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่พบร่วม

โรค	AD	AB	AD + AB
	จำนวน (ร้อยละ) (n=67)	จำนวน (ร้อยละ) (n=21)	จำนวน (ร้อยละ) (n=88)
Schizoaffective disorder	1 (1.5)	0	1 (1.1)
Dementia	1 (1.5)	1 (4.8)	2 (2.3)
Organic mood disorder (depressive)	1 (1.5)	0	1 (1.1)
Organic mood disorder (bipolar)	0	1 (4.8)	1 (1.1)
Alcohol withdrawal	2 (3)	0	2 (2.3)
Delirium tremens	9 (13.4)	0	9 (10.2)
Alcohol-induced psychotic disorder	1 (1.5)	0	1 (1.1)
Alcohol-related dementia	1 (1.5)	0	1 (1.1)
Alcohol-induced mood disorder	4 (6)	1 (4.8)	5 (5.7)
Amphetamine abuse	4 (6)	4 (19)	8 (9.1)
Amphetamine dependence	4 (6)	7 (33.3)	11 (12.5)
Hallucinogen abuse	1 (1.5)	1 (4.8)	2 (2.3)
Hallucinogen dependence	1 (1.5)	0	1 (1.1)
Nicotine dependence	17 (25.4)	5 (23.8)	22 (25)
Psychotic disorder NOS	1 (1.5)	0	1 (1.1)
Major depressive disorder without psychotic feature	4 (6)	1 (4.8)	5 (5.7)
Major depressive disorder with psychotic feature	2 (3)	0	2 (2.3)
Dysthymia	2 (3)	1 (4.8)	3 (3.4)
Adjustment disorder	1 (1.5)	5 (23.8)	6 (6.8)

หมายเหตุ AD = alcohol dependence, AB = alcohol abuse, Other disease = โรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่ใช่ alcohol dependence และ alcohol abuse, ผู้ป่วย alcohol dependence และ alcohol abuse แต่ละรายอาจไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นหรือมีมากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 3 แสดงผู้ป่วย alcohol dependence, alcohol abuse และผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่มี alcohol dependence และ alcohol abuse จำแนกตามโรคทางกายที่พบร่วมด้วย

โรคทางกาย จำนวน (ร้อยละ) (n=67)	AD จำนวน (ร้อยละ) (n=21)	AB จำนวน (ร้อยละ) (n=88)	AD and AB จำนวน (ร้อยละ) (n=322)	Other disease จำนวน (ร้อยละ) (n=410)	Total
Certain infection and parasitic diseases	3 (3.4)	0	3 (2.4)	233 (29.8)	236 (27.3)
Neoplasms	8 (9)	1 (2.8)	9 (7.3)	78 (10)	87 (10)
Endocrine, nutritional and metabolic diseases	5 (5.7)	1 (2.8)	2 (1.6)	95 (12.2)	97 (11.2)
Diseases of the nervous system	3 (3.4)	1 (2.8)	2 (1.6)	21 (2.7)	23 (2.7)
Diseases of the eye and adnexa	2 (2.3)	0	2 (1.6)	14 (1.8)	16 (1.9)
Diseases of the ear and mastoid process	0	0	0	2 (0.3)	2 (0.2)
Diseases of the circulatory system	14 (15.9)	8 (22.2)	7 (5.6)	161 (20.6)	168 (19.4)
Diseases of the respiratory system	5 (5.7)	4 (11.1)	1 (0.8)	16 (2.1)	17 (2)
Diseases of the digestive system	27 (30.7)	3 (8.3)	23 (18.5)	9 (1.2)	32 (3.7)
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	1 (1.1)	0	1 (0.8)	3 (0.4)	4 (0.5)
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	0	1 (2.8)	1 (0.8)	15 (1.9)	16 (1.9)
Diseases of the genitourinary system	3 (3.4)	0	1 (0.8)	42 (5.38)	43 (5)
Pregnancy, childbirth and the puerperium	4 (4.5)	10 (27.8)	14 (11.3)	37 (4.7)	51 (5.9)
Injury, poisoning and certain other consequences of external causes	13 (14.8)	7 (19.4)	18 (14.5)	55 (7)	73 (8.4)

หมายเหตุ AD = alcohol dependence, AB = alcohol abuse, Other disease = โรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่ใช่ alcohol dependence และ alcohol abuse, ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีโรคทางกายที่พบร่วมมากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีผล CAGE screening test positive หรือ negative กับ การวินิจฉัยโรค alcohol dependence หรือ alcohol abuse โดยใช้ค่า cut-off point ของคำถาม CAGE ที่ ≥ 2

CAGE Screening test		AD or AB		total
		Yes	no	
CAGE Screening test	positive	68 (a)	13 (b)	81 (a + b)
	negative	20 (c)	309 (d)	329(c + d)
	total	88 (a + c)	322 (b + d)	n

หมายเหตุ AD = alcohol dependence, AB = alcohol abuse, Other disease = โรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่ไม่ใช่ alcohol

dependence และ alcohol abuse

Sensitivity = $a/(a+c) = 77\%$

Specificity = $d/(b+d) = 96\%$

Positive predictive value = $a/(a+b) = 84\%$

Negative predictive value = $d/(c+d) = 94\%$

Likelihood ratio (LR) for a positive result = $sensitivity/(1-specificity) = 19.25$

Likelihood ratio (LR) for a negative result = $(1-sensitivity)/specificity = 0.24$

นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผลการศึกษาในครั้งนี้ใกล้เคียงกับการทบทวนการศึกษาของ Laurent Malet และคณะ เกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาฝรั่งเศสในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ คือมีความไวร้อยละ 77 และความจำเพาะร้อยละ 94¹¹ หากเปรียบเทียบกับแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาอื่นๆ ที่ศึกษาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยในเหมือนกันจะพบผลการศึกษที่แตกต่างกันดังนี้ ฉบับภาษาโปรตุเกสของ Masur ให้ค่าความไวสูงกว่าคือ ร้อยละ 88 แต่ความจำเพาะต่ำกว่าคือ ร้อยละ 83¹² ฉบับภาษามาเลเซียของ Indran ให้ค่าความไวสูงกว่าคือ ร้อยละ 92 แต่ความจำเพาะต่ำกว่ามากคือ ร้อยละ 62¹³ ฉบับภาษาอังกฤษของ Ronan Hearne ให้ค่าความไว และความจำเพาะใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 77 และ ร้อยละ 99¹⁴

การที่ค่าความไวของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยเป็นร้อยละ 77 นั้น สามารถใช้ในการ rule out ผู้ป่วยว่าไม่เป็นโรคหากผลการคัดกรองเป็นลบได้ดีพอควร แต่ก็จะมีผู้ป่วยร้อยละ 23 ที่เป็น alcohol dependence หรือ alcohol abuse แต่ผลการคัดกรองเป็นลบ (false negative) ซึ่งอาจไม่ได้รับการประเมินและการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

สำหรับค่าความจำเพาะของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยที่เป็นร้อยละ 96 ร่วมกับค่า likelihood ratio for positive result ที่เป็น 19.25 ซึ่งมากกว่า 10 นั้นบ่งบอกว่าแบบคัดกรองนี้มีประโยชน์มากในการ rule in ผู้ป่วยว่าเป็นโรคหากผลการคัดกรองเป็นบวก

จะเห็นได้ว่าแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยมีค่าความไวและความจำเพาะสูงใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ก่อนหน้านี้ทั้งฉบับภาษาไทยและต่างประเทศ ดังนั้นแบบคัดกรองฉบับนี้จึงมีความแม่นยำสูงในการตรวจคัดกรองผู้ป่วย alcohol dependence และ alcohol abuse ในประชากรผู้ป่วยใน

การประยุกต์นำผลการศึกษาไปใช้

จากการที่กลุ่มประชากรในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมทางกายมากและมีอาการหนักดังนั้นแบบคัดกรองนี้สามารถนำไปใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรผู้ป่วยหนักและมีโรคร่วมทางกายมากเช่นเดียวกัน

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ป่วยในของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่และเป็นโรงเรียนแพทย์ที่มักป่วยหนักและมีโรคทางกายมากซึ่งแตกต่างอย่างมากกับกลุ่มประชากรของโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และหน่วยปฐมภูมิที่ดูแลประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ซึ่งโรคมักมีความรุนแรงน้อยกว่าจึงเป็นข้อจำกัดในการนำแบบคัดกรองนี้ไปใช้ นั่นคือควรมีการศึกษาถึงความแม่นยำของแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยในกลุ่มประชากรดังกล่าวเพิ่มเติม เพราะหากได้ผลการศึกษาที่ดีก็จะสามารถนำแบบสอบถามนี้ไปใช้อย่างกว้างขวางอันจะก่อประโยชน์ในการลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากการดื่มสุราได้อีกมาก แต่หากจะนำไปใช้ในการคัดกรองผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราในกลุ่มผู้ป่วยทางกายที่มีอาการหนักอาจพิจารณาสัมภาษณ์ซ้ำหรือติดตามในช่วงที่ผู้ป่วยสามารถให้การสัมภาษณ์ได้ดีขึ้น อาจทำให้ข้อมูลที่ได้มาเชื่อถือมากขึ้น

ในวิธีการสัมภาษณ์แพทย์ประจำบ้านที่ประเมินแบบคัดกรอง CAGE และการวินิจฉัยโรค alcohol dependence และ alcohol abuse เป็นคนเดียวกันทำให้มีอคติ (bias) ได้ คือหากแพทย์รู้ว่าการคัดกรอง CAGE เป็นบวกก็มีแนวโน้มจะวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็น alcohol dependence และ alcohol abuse มากขึ้น นอกจากนี้การที่อาจารย์แพทย์ทราบผลการคัดกรอง CAGE ก่อนไปประเมินโรคก็ทำให้มีอคติ (bias) ได้ในทำนองเดียวกัน

หากมีการศึกษาครั้งต่อไปอาจพิจารณาทำเป็น prospective study โดยมีผู้รับผิดชอบเรื่องการสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโดยตรง เพื่อลดปัญหาเรื่องความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการศึกษาแบบ retrospective study ในครั้งนี้ และหากผู้สัมภาษณ์แบบคัดกรอง CAGE และการวินิจฉัยโรค alcohol dependence และ alcohol abuse เป็นคนละคนกัน ไม่รู้ผลซึ่งกันและกันก็จะช่วยลดอคติ (bias) ลงได้

สรุป

จากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของหน่วยรับปรึกษาต่างภาคีวิชาของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2552 ที่สมบูรณ์สามารถวิเคราะห์ได้ พบว่ามีผู้ป่วย alcohol dependence 67 ราย (ร้อยละ 16) และ alcohol abuse 21 ราย (ร้อยละ 5) โดยแบบคัดกรอง CAGE ฉบับภาษาไทยเพื่อคัดกรองผู้ป่วยติดสุราในกลุ่มผู้ป่วยในมีความไวร้อยละ 77 และ ความจำเพาะร้อยละ 96 มีค่า PPV ร้อยละ 84 และ NPV ร้อยละ 94 ค่า LR for positive result 19.25 และ LR for negative result 0.24

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผศ.พญ.มล. แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ และ รศ.ดร. สุชีรา ภัทรายุตวรรตน์ ที่กรุณาตรวจสอบงานวิจัยและให้ข้อเสนอแนะ แก้ไขข้อบกพร่องที่เกิดขึ้น คุณสรณีสิริ ยันตติลภ พยาบาลผู้ประสานงานหน่วย Consultation ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol 2004: Part I: full report. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf, [cited July 4, 2009].

2. World Health Organization. Global Status Report on Alcohol 2004: Part II: Country Profiles. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/thailand.pdf, [cited July 4, 2009].
3. Neramitpitagkul P, Lertpitakpong C, Yothasamut J, Chaikledkaew U, Havorncharoensap M, Teerawattananon Y, et al. Economic impacts on health-care costs among the Thai population drinking alcohol. *J Health Sys Res* 2008; 2:594-602.
4. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Lertnakorn A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the national household survey of 2007. *Alcohol* 2010; 45:278-85.
5. Pariwatcharakul P. Psychiatric Consultation at Siriraj Hospital 2005. Thesis 2006. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University.
6. Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings. A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Res Health* 1999; 23:129-37.
7. Hodgson RJ, John B, Abbasi T, Hodgson RC, Waller S, Thom B, et al. Fast screening for alcohol misuse. *Addictive Behaviors* 2003; 28:1453-63.
8. Okulate GT, Odunaike A. Alcohol use and abuse among medical and surgical in-patients in a general hospital. *Niger Postgrad Med J* 2005; 12:77-80.
9. Sitdhiraksa N, et al. Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS): validity, inter-rater and test-retest reliability of the Thai version (Th-DIGS). *ASEAN Journal of Psychiatry* 2008; 104-13.

10. Ratta-apha W, Sitdhiraksa N, Saisavoey N, Chantarujikapong S, Shinghakant S. Diagnostic Interview for Genetic Studies (DIGS) - Thai version: validity and reliability of alcohol dependence and amphetamine dependence. Thesis 2004. Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University.
11. Malet L, Schwan R, Boussiron D, Aublet-Cuvelier B, Llorca PM. Validity of the CAGE questionnaire in hospital. Eur Psychiatry 2005; 20:484-9.
12. Masur J, Monteiro MG. Validation of the CAGE alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. Braz J Med Biol Res 1983; 16:215-8.
13. Indran SK. Usefulness of the CAGE in Malaysia. Singapore Med J 1995; 36:194-6.
14. Hearne R, Connolly A, Sheehan J.: prevalence and detection in a general hospital. J R Soc Med 2002; 95:84-7.