

บทที่ 18

กลุ่มอาการขาดแอลกอฮอล์

สาวิตรี อัมภางค์กรชัย

กลุ่มอาการขาดแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal syndrome) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นหลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์หรือลดปริมาณการดื่มลง ในคนที่เคยดื่มหนักมาเป็นระยะเวลานาน อาการขาดแอลกอฮอล์จะเกิดขึ้นเมื่อมีการลดลงของระดับแอลกอฮอล์ในเลือดอย่างฉับพลัน เนื่องจากแอลกอฮอล์มีค่าครึ่งชีวิตสั้น อาการขาดแอลกอฮอล์มักจะรุนแรงสูงสุดในวันที่สองหลังจากหยุดดื่ม และมักจะดีขึ้นในวันที่ 4 หรือ 5 แต่อาการบางอย่าง เช่น ภาวะหนาวสั่น นอนไม่หลับ autonomic dysfunction อาจยังคงอยู่ในระดับน้อยๆ เป็นเวลานานถึง 3-6 เดือน

กลุ่มอาการขาดแอลกอฮอล์ แบ่งได้เป็นสองแบบ (ตารางที่ 1) ได้แก่

1. **Simple withdrawal state** มีอาการสั่น เหงื่อออก ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น อัตราการหายใจเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้หรืออาเจียนและท้องเสีย กระสับกระส่าย วิดกกังวล นอนไม่หลับ หวาดกลัว ผื่นร่าย อารมณ์เศร้า ปวดศีรษะ หน้าแดง และประสาทหลอน เป็นต้น

2. **Complex withdrawal state** ประมาณร้อยละ 3 ของผู้ที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ จะมีอาการชัก เป็นแบบ single tonic-clonic (grand mal) โดยไม่มี focal features โดยร้อยละ 95 ของผู้ป่วยที่มีอาการชักจะเกิดภายใน 48 ชั่วโมงหลังหยุดดื่ม นอกจากนี้ใน complex withdrawal ผู้ป่วยอาจมี acute delirium เรียกว่า delirium tremens (DTs) โดยมีอาการ hyperactivity, severe tremor, severe agitation, พลุกพล่าน เคลื่อนไหวไปมาตลอดเวลา, สับสน, disorientation, distractibility มี visual, tactile หรือ auditory hallucinations, paranoid delusions เป็นต้น ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีภาวะขาดแอลกอฮอล์ จะเกิดอาการรุนแรงแบบ complex withdrawal

ผู้ป่วย DTs มักจะขัดขวางการรักษาพยาบาล ไม่ยอมอยู่หนึ่ง มักต้องใช้การผูกมัดและการเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด ภาวะที่ผู้ป่วย hyperactive นี้จะทำให้เกิดภาวะ dehydration, cardiac arrhythmia และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ภาวะ delirium tremens นี้จัดเป็นภาวะฉุกเฉิน อัตราตายสูงถึงร้อยละ 2-5 ต้องให้การดูแลรักษาอย่างระมัดระวัง ต้องวินิจฉัยแยกโรคกับปัญหาแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น embolism, infection, meningitis, pancreatitis และ severe fluid-electrolyte disturbance

การประเมินผู้ป่วย

การซักประวัติ ควรจะถามให้ครอบคลุมถึงเรื่องต่อไปนี้ ชนิดของแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่นๆ ที่ผู้ป่วยใช้ ความถี่ของการใช้ ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มต่อวัน ระยะเวลาของการดื่ม เวลาและปริมาณแอลกอฮอล์ที่ดื่มครั้งสุดท้าย ประวัติของการเกิด blackouts (การไม่สามารถจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะที่กำลังดื่มเหล้าได้) ประวัติของการเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญที่สุดถึงโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดแอลกอฮอล์ ในครั้งต่อมา และประวัติการชัก

หลังจากการซักประวัติแล้ว ควรตรวจดูอาการและอาการแสดงของภาวะขาดแอลกอฮอล์ โดยตรวจและบันทึกตาม Alcohol Withdrawal Scale (AWS) (ดูในภาคผนวก) และใช้แนวทางปฏิบัติดังนี้

- วัดและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการรักษา
- หากผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดแอลกอฮอล์ ให้ตรวจประเมินผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน
- ถ้าคะแนนรวมของ AWS ตั้งแต่ 5 ขึ้นไป ให้ประเมินทุก 2 ชั่วโมง
- ถ้าคะแนนรวมของ AWS ตั้งแต่ 10 ขึ้นไป ให้ประเมินทุก 1 ชั่วโมงและรายงานแพทย์ทราบ

อย่างไรก็ตาม ในกรณีของ complicated withdrawal การดูแลผู้ป่วยโดยอิงตามคะแนนของ AWS เพียงอย่างเดียว อาจไม่ถูกต้องนัก แพทย์ควรจะใช้ clinical judgement และการสังเกตด้านอื่นๆ ร่วมด้วย

การรักษา

1. **Sedation** มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาอาการขาดแอลกอฮอล์แบบเฉียบพลัน โดยไม่ทำให้ผู้ป่วยซึมหรือง่วงนอนมากเกินไป (oversedating) หลักการสำคัญคือ การปรับขนาดยาตามขนาดความรุนแรงของอาการของผู้ป่วย *ไม่ควรให้ยา sedatives ในผู้ป่วยที่ยังอยู่ในภาวะ intoxication โดยที่มีข้อบ่งชี้เพียงไม่กี่ข้อในการป้องกันอาการขาดแอลกอฮอล์* โดยทั่วไปควรให้ยา sedatives ไม่เกินสองสัปดาห์ เพราะโอกาสที่ผู้ป่วยจะติดยาเหล่านี้เป็นไปได้สูง

ยาที่มักจะใช้สำหรับภาวะนี้คือ benzodiazepine เช่น diazepam, chlordiazepoxide และ lorazepam เป็นต้น เนื่องจากยากลุ่มนี้มี cross-tolerance กับแอลกอฮอล์ โดยทั่วไปมักจะนิยมใช้ยาที่มีค่าครึ่งชีวิตยาว เช่น diazepam หรือ chlordiazepoxide เพราะการปรับลดยาจะทำได้ดีกว่าและไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการถอนยามาก diazepam จะมีฤทธิ์กันชักมากกว่า chlordiazepoxide, การ metabolism ของ lorazepam ถูกควบคุมด้วยโรคของตับและอายุของผู้ป่วยน้อยกว่า diazepam จึงนิยมใช้ lorazepam ในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่มีโรคของตับ, นอกจากนี้ diazepam กับ lorazepam จะผ่าน blood-brain barrier ได้เร็วกว่า chlordiazepoxide ทำให้สามารถรักษาอาการได้เร็วกว่า แต่ก็ทำให้เกิดอาการ euphoria ได้มากกว่าด้วย

ในผู้ป่วยที่มีภาวะต่อไปนี้ควรระมัดระวังในการให้ยา

- 1) chronic liver disease ตรวจดูว่าอาการของผู้ป่วยไม่ได้เป็นจาก hepatic encephalopathy ควรลดขนาดยาของ diazepam ลงครึ่งหนึ่งในผู้ป่วยที่มี cirrhosis หรือ severe alcoholic hepatitis หรืออาจใช้ lorazepam แทนในขนาดที่เทียบเคียงกัน แต่ระยะเวลาระหว่างการให้ยาแต่ละครั้งสั้นลง เช่น ทุก 2 ชั่วโมงจนผู้ป่วยสงบแล้วจึงค่อยๆ ปรับเป็นทุก 4-6 ชั่วโมง
- 2) chronic airflow limitation ในผู้ป่วยที่มี chronic airways disease แต่ยังไม่มีความล้มเหลวทางระบบทางเดินหายใจ ควรจะลดขนาดของ diazepam ลงครึ่งหนึ่ง ถ้าผู้ป่วยมี

respiratory failure ($pO_2 < 60$ mmHg) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มี CO_2 retention ด้วย ($pCO_2 > 44$ mmHg) ห้าม sedate ผู้ป่วย

2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการร่วมอื่นๆ นอกจากการ sedation แล้ว การรักษาอาการอื่นๆ มักจะจำเป็นในผู้ป่วยขาดแอลกอฮอล์ อาการที่พบบ่อยคือ อาการของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน อาจให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน กินหรือฉีด อาการท้องเสียอาจจะเป็นมากในวันแรกๆ รักษาโดยให้ยาแก้ท้องเสียกินในวันแรก และค่อยๆ ลดมียาลงในวันที่ 2-3 อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย และปวดเกร็งกล้ามเนื้อ อาจให้พาราเซตามอล

3. การให้ยาหรือสารอาหารเสริม

- Thiamine (Vitamine B₁) ภาวะขาดวิตามิน B₁ มักพบบ่อยและเป็นสาเหตุของ Wernicke's encephalopathy ได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา ควรให้ thiamine ในผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากผู้ป่วย alcohol dependent มักจะดูดซึม thiamine ได้ไม่ดีนักถ้าให้โดยการกิน จึงควรให้โดยการฉีดขนาด 100 มก. เข้ากล้ามเนื้อทุกวัน เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน หากไม่สามารถฉีดเข้ากล้ามเนื้อได้ อาจให้กินก่อนอาหารแทนได้

- วิตามินรวม ควรให้กิน 3 ครั้งต่อวัน เพื่อป้องกันและรักษาภาวะขาดวิตามินอื่นๆ

- ยาหรืออาหารเสริมอื่นๆ ควรพิจารณาตามอาการของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่ขาดน้ำมาก อาจจะให้สารน้ำและเกลือแร่ทางปากหรือทางหลอดเลือดดำ ภาวะขาดสารอาหารอื่นๆ ที่อาจพบได้แก่ ภาวะขาดแมกนีเซียม และโพแทสเซียม

4. การปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และการปรับพฤติกรรม การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสียงดัง รุนแรง มีสิ่งกระตุ้นมาก และไม่สะดวกสบาย มักจะทำให้อาการขาดแอลกอฮอล์เป็นรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นจึงควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบ สบาย ไม่มีสิ่งกระตุ้นมากเกินไป ให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น และมีผู้ดูแลที่เข้าใจ ซึ่งสามารถให้การดูแลรักษา และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยได้ เปิดไฟให้สว่างในเวลากลางคืน เพื่อลดอาการสับสนของผู้ป่วย พยายามให้มีพยาบาล หรือผู้ดูแลประจำเพียง 1-2 คนเท่านั้น เพื่อให้ผู้ป่วยมี interpersonal contact กับคนจำนวนน้อยที่สุดในระยะแรก พูดกับผู้ป่วยด้วยเสียงที่ฟังชัด ใช้คำพูดที่ง่าย ชัดเจน สบายๆ ให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการต่างๆ จะหายไป แจ้งผู้ป่วยให้เข้าใจก่อนจะให้การรักษาหรือการตรวจทุกชนิด และพยายามบอกผู้ป่วยบ่อยๆ ในเรื่องเวลา สถานที่ เพื่อลดความสับสนของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. Am J Psychiatry 1995; 152(Suppl11):1-59.
2. Brower K, Severin J. Alcohol and other drug-related problems. In: Knesper D, Riba M, Schwenk T, eds. Primary care psychiatry. Philadelphia: WB Saunders Company, 1997:309-42.

3. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. JAMA 1997; 278:144-51.
4. Sullivan JT, Swift RM, Lewis DC. Benzodiazepine requirements during alcohol withdrawal syndrome: clinical implications of using a standardized withdrawal scale. J Clin Psychopharmacol 1991; 11:291-5.

ตารางที่ 1 ระยะของการเกิดอาการ alcohol withdrawal syndromes

ระยะ	กลุ่มอาการ	onset	peak	ระยะเวลาที่เกิดอาการเหล่านี้	อาการและอาการแสดง
1	Uncomplicated alcohol Withdrawal	ภายใน 4-12 ชั่วโมงหลังการดื่มครั้งสุดท้าย	1-2 วัน	5-7 วัน	สั่น, vital signs เพิ่มขึ้น (ชีพจร > 100 ครั้ง/นาที), เหงื่อออก, คลื่นไส้หรืออาเจียน, ภาวะหนาวสั่น, หงุดหงิด, อารมณ์เศร้า, ปวดศีรษะ, นอนไม่หลับ reflex ไว
2	Alcohol hallucinosis	2 วัน	-	7 วัน	มีอาการประสาทหลอนในขณะมีสติสัมปชัญญะปกติ, การรับรู้ความเป็นจริงอาจผิดปกติในบางครั้ง อาจมีอาการกระวนกระวายตื่นกลัว, คลื่นไส้อาเจียน แต่ผู้ป่วยมักตอบว่าสิ่งที่เขาเห็นหรือได้ยินจากประสาทหลอนไม่ใช่เรื่องจริง
3	Delirium tremens (DTs)	3-4 วัน	3-4 วัน	6-9 วัน	สับสนมาก, การรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลเสียมาก, vital signs เพิ่มขึ้นมาก, เหงื่อออกมาก, มีอาการประสาทหลอน และอาการหลงผิด psychomotor agitation ผู้ป่วยมักจะรู้สึกว่าการประสาทหลอนเป็นเรื่องจริง และมีพฤติกรรมตอบสนอง
4	Alcohol withdrawal seizures (rumfits)	12-48 ชั่วโมง	1-2 วัน	1-2 วัน	Few generalized tonic-clonic seizures การชักอาจเกิดขึ้นได้ในทุกราย มักเป็นลักษณะแบบ grandmal และหยุดเองได้

ภาคผนวก

ข้อกำหนดในการใช้ Alcohol Withdrawal Scale

ถ้าผู้ป่วยมีประวัติหรืออาการแสดงที่บ่งชี้ว่าจะเกิดภาวะ alcohol withdrawal syndrome จะต้องตรวจและบันทึกอาการของผู้ป่วยตาม Alcohol Withdrawal Scale (AWS)

ตรวจอาการผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง ตาม AWS เป็นเวลาอย่างน้อย 3 วัน ถ้าคะแนนรวมของ AWS มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ให้ตรวจทุกชั่วโมง รายงานแพทย์ถ้าคะแนนรวมตั้งแต่ 8 ขึ้นไป

แนวทางการให้ยาสำหรับถอนพิษจากแอลกอฮอล์

ยาที่ใช้ : Diazepam

หมายเหตุ : สำหรับผู้ป่วยที่มี advanced liver disease (encephalopathy, jaundice or ascites) ควรให้ lorazepam ขนาดต่างๆ แทน (equivalent dose: lorazepam 1 mg = diazepam 5 mg) และควรให้ thiamine 100 mg เข้าเส้นหรือเข้ากล้ามเนื้อทุกวัน เป็นเวลา 3-5 วัน เพื่อป้องกัน Wernicke/Korsakoff syndrome

ความรุนแรงของอาการแอลกอฮอล์	ขนาดและความถี่ของการให้ยา diazepam
อาการน้อย (คะแนน AWS = 1-4)	ถ้าต้องการให้ผู้ป่วยหลับได้ ให้กิน diazepam 5-10 มก. ทุก 6-8 ชั่วโมง สำหรับ 48 ชั่วโมงแรก การทำให้ผู้ป่วยหลับอาจจะไม่จำเป็นก็ได้ ถ้าผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ แต่จะจำเป็นมากในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีสิ่งรบกวนมาก หรือในผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หรือต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย ขนาดของยาควรจะปรับตามความรุนแรงของอาการ น้ำหนักตัวของผู้ป่วย และโรคอื่น ๆ ที่เป็นร่วม
อาการปานกลางถึงรุนแรง (คะแนน AWS = 5-14)	ควรใช้ loading dose regimen ในผู้ป่วยที่ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วยให้กิน diazepam 10 มก. ทุก 2 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยหลับได้จึงหยุดให้ ตรวจดูซ้ำหลังจาก 4 ชั่วโมง ห้ามให้ diazepam เกิน 120 มก. ใน 12 ชั่วโมงแรก เนื่องจาก diazepam มีระยะเวลาออกฤทธิ์นาน จึงไม่ค่อยจำเป็นที่จะต้องให้ยาเพื่อให้หลับอีกในวันรุ่งขึ้น แต่ถ้าจำเป็นก็ให้กิน 5-10 มก. ทุก 6 ชั่วโมงได้ และค่อยๆ ลดขนาดลงหลังจาก 3-5 วัน
อาการรุนแรงมาก (คะแนน AWS = 15+)	ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม ต้องรีบให้การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทันที ให้ฉีด diazepam 10-20 มก. เข้าเส้น และสามารถให้ซ้ำได้อีกครั้งภายใน 30 นาทีแรก หลังจากนั้นให้ 10-20 มก. เข้าเส้นทุก 6 ชั่วโมง จนกว่าผู้ป่วยจะสงบ ต้องระวังการเกิด apnoea ภายใน 2-3 นาทีแรกหลังให้ diazepam ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หลังจาก 24 ชั่วโมงมักจะสามารถเปลี่ยนมาเป็นยากินได้ ให้ diazepam 5-10 มก. ทุก 6 ชั่วโมง แล้วค่อยๆ ลดขนาดลงหลังจาก 3-5 วัน

ชื่อ	อายุ	วันที่รับเข้าโรงพยาบาล	HN
วันที่			
เวลาที่บันทึก			
อาการเหงื่อออก			
อาการสั่น			
อาการวิตกกังวล			
อาการกระสับกระส่าย			
อุณหภูมิใต้รักแร้			
อาการประสาทหลอน			
การรับรู้เวลาสถานที่บุคคล			
คะแนนรวม AWS			
ความดันเลือด (mmHg)			
ชีพจร (ครั้ง/นาที)			
การหายใจ (ครั้ง/นาที)			
ระดับการรู้ตัว			
ขนาดรูม่านตา (มม.)			
ยา sedative ที่ให้			
ผู้ประเมิน			

อาการเหงื่อออก 0 ไม่มีเหงื่อออกเลย 1 ฝ่ามือชื้นเท่านั้น 2 ฝ่ามือชื้น และมีเม็ดเหงื่อเป็นแห่งๆ เช่น บนใบหน้า, หน้าอก 3 ร่างกายชื้นทั้งตัวจากเหงื่อ 4 เหงื่อออกมากจนเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน เปียก

อาการสั่น 0 ไม่มีการสั่นเลย 1 มีสั่นเวลาอยู่ในท่าต่างๆ เท่านั้น (Positional hand tremor) เช่น เวลาจะไปหยิบจับของ 2 มีสั่นเล็กน้อยตลอดเวลา 3 มีสั่นมากอย่างเห็นได้ชัดตลอดเวลา

อาการวิตกกังวล 0 สงบ ไม่มีความวิตกกังวลเลย 1 อยู่ไม่สุข (uneasy) 2 หวาดหวั่นและตกใจง่าย (apprehensive and easily startled) 3 วิตกกังวลและหวาดกลัวยากที่จะสงบนิ่ง 4 วิตกกังวลมากจนควบคุมไม่ได้ รวมทั้งมีอาการ panic attacks

อาการกระสับกระส่าย 0 กิริยาพฤติกรรมปกติ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย 1 อยู่ไม่นิ่ง หงุดหงิด (Unsettled, Fidgety) 2 กระสับกระส่าย (Restlessness) ขยับตัวไปมา, ผุดผุกผุดหนึ่ง ยากที่จะให้นอนพักได้ 3 ตื่นเต้น ขยับตัวไปมาบ่อยครั้ง มีการเคลื่อนไหวอย่างไม่มีเหตุผล สามารถชักชวนให้นั่งหรือนอนได้ในเวลาสั้นๆ เท่านั้น 4 ตื่นเต้นมาก ไม่สามารถที่จะอยู่นิ่งๆ มีการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วตลอดเวลา

อุณหภูมิใต้รักแร้ 0 อุณหภูมิ 37.0 °C หรือต่ำกว่า 1 อุณหภูมิ 37.1 °C - 37.5 °C 2 อุณหภูมิ 37.6 °C - 38.0 °C 3 อุณหภูมิ 38.1 °C - 38.5 °C 4 อุณหภูมิ สูงกว่า 38.5 °C

อาการประสาทหลอน 0 ไม่มีประสาทหลอน 1 มีการเห็นหรือได้ยิน สิ่งต่างๆ บิดเบือนไปเป็นครั้งคราว ทราบดีว่าสิ่งเหล่านี้ไม่เป็นจริง 2 มีประสาทหลอนชัดเจน แต่จะจำเพาะกับสิ่งของหรือเหตุการณ์บางอย่างและเป็นเวลาสั้นๆ สามารถที่จะแนะนำได้ง่ายว่าการรับรู้นี้เป็นเพียงจินตนาการไป ยังมี reasonable contact with reality 3 ประสาทหลอนชัดเจน จำเพาะคล้ายในข้อ 2 แต่ดึงกลับสู่โลกความเป็นจริงยาก ไม่สามารถจะแนะนำว่าสิ่งที่รับรู้นี้เป็นเพียงจินตนาการ ผู้ป่วยจะถูกรบกวน จากประสาทหลอนนี้ และติดต่อกับโลกความจริงได้ยากมาก 4 ประสาทหลอนมาก ไม่สามารถติดต่อกับโลกความจริงได้อย่างสมเหตุสมผล ผู้ป่วยเหมือนอยู่ในโลกของประสาทหลอน

การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล 0 การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ดีเต็มที่ (fully orientated) 1 การรับรู้บุคคลและสถานที่ดี แต่มีปัญหาในการรับรู้เวลา 2 การรับรู้บุคคลดี มีการรับรู้สถานที่และเวลาเสียบ้าง 3 มีการรับรู้บุคคลเป็นบางคน ไม่รับรู้สถานที่และเวลา 4 ไม่รับรู้บุคคล, สถานที่ เวลา (disorientated) ไม่เข้าใจว่าขณะนี้เขาอยู่ที่ไหน คนรอบข้างเป็นใคร และขณะนี้เวลาเท่าไร