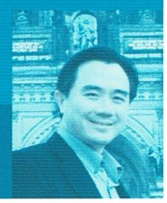
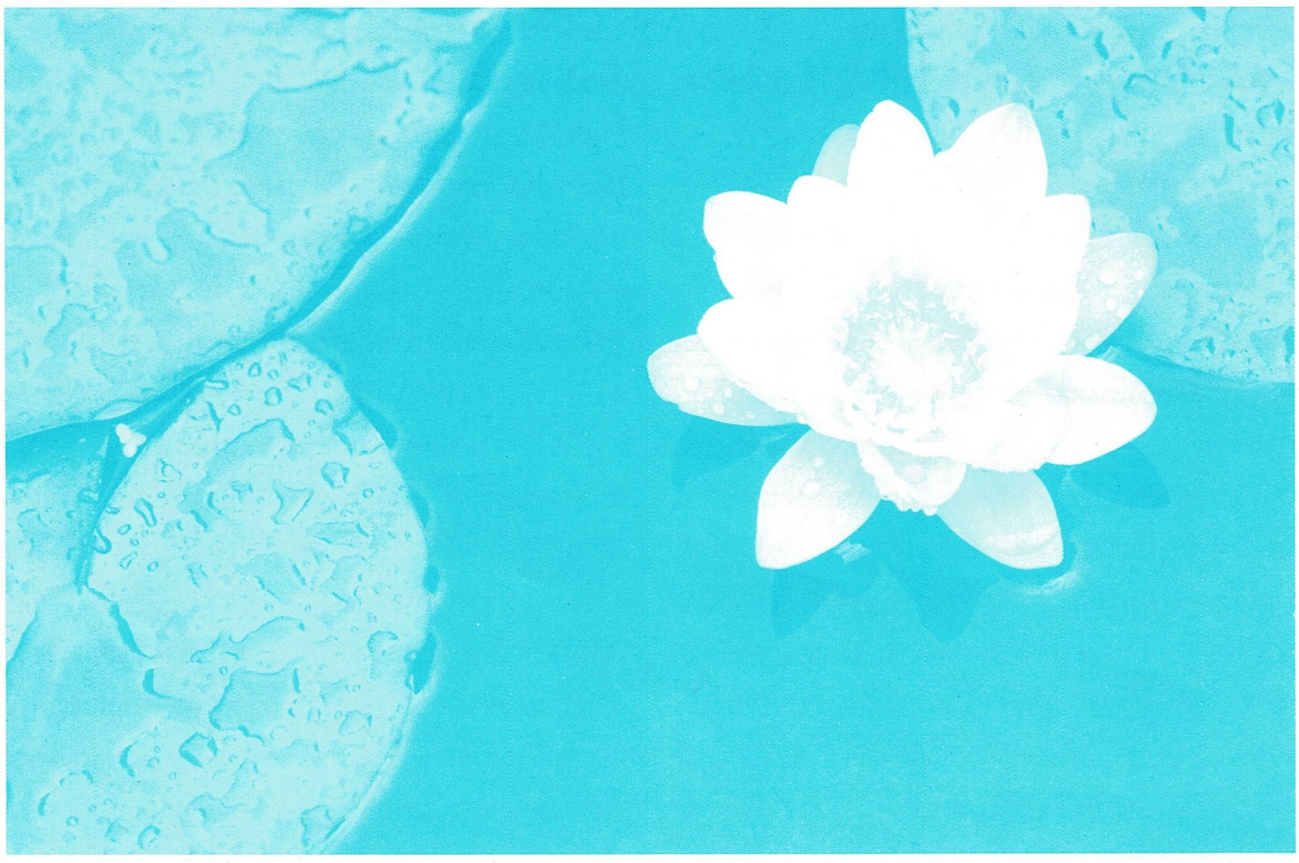
Critical Care Journal Club



ผศ.นพ.สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, FCCP
หน่วยโรคทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตลอดหลายเดือนที่ผ่านมา มีความเปลี่ยนแปลงในโลกแห่งวิทยาการสาขาเวชบำบัดวิกฤตอย่างมาก ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีว่า ศาสตร์แขนงนี้ไม่เคยหยุดนิ่ง มีข้อมูลจากการศึกษาวิจัยด้านนี้ออกมามากมายต่อเนื่อง ในขณะที่แพทย์หรือพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมักต้องทุ่มเทเวลาไปกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจำนวนมาก มีเวลาน้อยในการศึกษาหาความรู้ใหม่ๆ เพิ่มเติม คอลัมน์นี้จึงขอเป็นสื่อกลางในการช่วยเปิดหูเปิดตาของท่านให้กว้างไกลทันโลก ในขณะที่ท่านมีเวลาจำกัด เราลองมาดูข้อมูลจากการศึกษาใหม่ๆ กันดีกว่า

***__General:__** เราเคยเชื่อว่าการทำ intensive insulin therapy ในผู้ป่วยวิกฤตโดยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในช่วง 80-120 mg/dL จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ได้ตามผลการศึกษาของ Van den Berghe เมื่อปี 2001 ที่ผ่านมา แต่ปัจจุบันมีข้อมูลมากขึ้นว่า การใช้ แนวทางนี้ในผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมกลับไม่ค่อยได้ประโยชน์เหมือนในผู้ป่วยศัลยกรรม ดังการศึกษาล่าสุดโดย Yaseen M Arabi ที่ตีพิมพ์ใน Crit Care Med 2008;36:3190-97 ซึ่งได้ศึกษาในผู้ป่วยทั้งสิ้น 523 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม intensive insulin therapy ที่ควบคุมน้ำตาลในช่วง 80-110 mg/dL เปรียบเทียบกับกลุ่ม control ที่ให้ระดับน้ำตาลอยู่ที่ประมาณ 180-200 mg/dL ผลปรากฏว่า ทั้งสองกลุ่มมีอัตราการตายไม่แตกต่างกัน ในขณะที่กลุ่ม intensive insulin กลับมี hypoglycemia บ่อยกว่าอย่างชัดเจน (29% VS 3%; p<0.0001) จึงแนะนำว่าก่อนทำ intensive insulin therapy ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม ควรพิจารณาผลดีผลเสียให้รอบคอบเสียก่อน เพราะมาตรการนี้อาจไม่เป็นประโยชน์นัก อย่างที่คาดหวังไว้ในผู้ป่วยอายุรกรรม

__Mechanical ventilation:__** ที่ผ่านมา เราเคยพยายามลองหาวิธีการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้ได้เร็วขึ้น บัดนี้มีคำตอบชัดเจนขึ้น จากการศึกษาของ Timothy D Girard และคณะตีพิมพ์ใน Lancet 2008;371:126-134 ซึ่งทำในผู้ป่วยจำนวน 336 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหนึ่งทำ spontaneous breathing trials (SBT) ร่วมกับ daily interruption of sedatives เป็น protocol ที่ชัดเจน ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่ม control ไม่ได้เข้า protocol เหล่านี้พบว่า การทำ SBT ร่วมกับหยุด sedation ช่วยให้ถอดท่อช่วยหายใจได้เร็วขึ้น และสามารถลดอัตราการตายได้ โดยมี number needed to treat (NNT) เท่ากับ 7.4 ฉะนั้นหากใครไม่ทำ SBT และหยุด sedation ทุกๆ เช้าในผู้ป่วยก็คงไม่ได้แล้วนะครับเราเคยกังวลกันเสมอกับการ ambulate ผู้ป่วยใน ICU โดยเฉพาะในรายที่ยังคงใส่ท่อช่วยหายใจ ทว่าหากไม่ ambulate เลยก็จะเกิด muscle weakness ได้ทำให้ wean ได้ยากแต่ในปัจจุบันมีการศึกษาโดย Polly Bailey และคณะ ตีพิมพ์ใน Crit Care Med 2007;35:139-145 ทำในผู้ป่วย ICU ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจจำนวน 103 ราย ที่มีอาการคงที่โดยให้ผู้ป่วยเหล่านี้ ambulate ให้เร็วที่สุด เช่น จับลงมานั่งที่เก้าอี้ข้างเตียงขณะที่ยังมีท่อช่วยหายใจคาอยู่ พบว่า early ambulation ในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีความปลอดภัยและสามารถทำได้จริง พวกเราก็น่าจะเริ่มทำกันได้แล้ว อย่าให้ผู้ป่วยที่อาการคงที่แล้วนอนแช่อยู่ในเตียงกันอีกเลย***ยังคงเป็นที่ถกเถียงกันว่าจะตั้งเครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะระดับของ PEEP ที่เหมาะสมในผู้ป่วย ARDS อย่างไรจึงจะได้ประโยชน์แก่ผู้ป่วย ล่าสุด Daniel Talmor และคณะได้ตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่น่าสนใจชิ้นหนึ่งใน N Engl J Med 2008; 359:2095-104 โดยได้แบ่งผู้ป่วยจำนวน 61 ราย ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งตั้ง PEEP โดยอาศัยการวัดระดับ

esophageal pressure เป็นหลัก เปรียบเทียบกับอีกกลุ่มหนึ่งที่ตั้ง PEEP ตามแนวทางที่ ARDS Network แนะนำไว้ (ใช้ PEEP-FiO_2 table) โดยไม่ได้วัด esophageal pressure ผลปรากฏว่า กลุ่มที่ใช้ esophageal pressure มีระดับ PaO_2/FiO_2 ratio และ Respiratory-system compliance ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มิได้วัด survival rate ในทั้งสองกลุ่มเปรียบเทียบกัน จึงยังคงมีข้อสงสัยต่อไปว่า survival จะดีขึ้นจริงหรือไม่ จึงแนะนำว่าต้องมีการศึกษาในเรื่องนี้กันเพิ่มเติมต่อไป*** ***Infectious Diseases:*** การได้รับยาปฏิชีวนะที่ยาวนานเกินไปก็เป็นปัญหาใน ICU การศึกษาล่าสุดมีความพยายามที่จะลดการใช้ยาปฏิชีวนะให้ระยะเวลาสั้นลงโดยใช้ระดับของ serum procalcitonin (PCT) เป็นเกณฑ์ โดย Nobre V และคณะตีพิมพ์ใน Am J Respir Crit Care Med 2008; 177:498-505 ทำในผู้ป่วยที่มี severe sepsis หรือ septic shock ที่ได้รับยาปฏิชีวนะทั้งสิ้น 79 ราย แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก เจาะเลือดวัดระดับ serum PCT ทุกวันและพิจารณาหยุดยาปฏิชีวนะนั้นเมื่อระดับของ PCT ลดลงเกินกว่าร้อยละ 90 ของค่าเริ่มต้น ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบอาศัยการตัดสินใจของแพทย์เป็นหลักในการพิจารณาหยุดยาปฏิชีวนะ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ใช้ PCT มีระยะเวลาในการได้รับยาปฏิชีวนะสั้นลงถึง 4 วันและมี ICU stay สั้นลง 2 วัน ในขณะที่ mortality rate ยังคงเท่าเดิม ดังนั้น การใช้ PCT น่าจะเป็นประโยชน์ในเวชปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม การวัดค่า PCT ในบ้านเรานั้นยังเป็นปัญหา เพราะมีราคาแพงและยังไม่แพร่หลาย***สำหรับฉบับนี้ หวังว่าทุกท่านคงได้รับความรู้ใหม่ๆ กันพอหอมปากหอมคอนะครับ แล้วอย่าลืมเอาความรู้เหล่านี้กลับไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยของท่านด้วย ผมคงต้องขอตัวไปเลี้ยงลูกต่อครับ ลูกร้องแล้ว พบกันใหม่ฉบับหน้า.