

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การรักษาการนอนกรนและมีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ ของกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร

Treatment of Snoring and Obstructive Sleep Apnea in Adult of Samutsakhon Hospital

วีรศักดิ์ คลองลามเจริญ พ.บ.,
พญศักดิ์ ศักดาภิพาณิชย์ พ.บ.,
ว.ว. โสิต ศอ นาสิก
กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก
โรงพยาบาลสมุทรสาคร

Veerasak Kronglarpcharoen M.D.,
Payungsak Sakdapipanich M.D.,
Thai Board of Otorhinolaryngology
Division of Otorhinolaryngology,
Samutsakhon Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : ศึกษาผลของการรักษาในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการหยุดหายใจขณะนอนหลับ ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร และปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการรักษา

วัสดุและวิธีการ : ศึกษาประวัติผู้ป่วยย้อนหลังจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ที่มาทำการตรวจและรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนก หู คอ จมูก ด้วยอาการการนอนกรน และภาวะหยุดหายใจ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการหยุดหายใจ ในช่วงตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2549 - 31 กรกฎาคม 2550

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 49 คน เป็นผู้ชายจำนวน 30 คน (61.2%) ผู้หญิงจำนวน 19 คน (38.8%) ได้รับการรักษาโดยวิธีอนูรักษ์ จำนวน 25 คน (51.02%) และรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด จำนวน 24 คน (48.98%) จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น 36 คน (73.46%) และ 34 คน (69.39%) ในการติดตามผลการรักษาภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ

สรุป : ผู้ป่วยจำนวน 49 คน และได้รับการรักษาด้วยวิธีการแบบอนูรักษ์ และการผ่าตัด แล้วอาการการดีขึ้น มีจำนวน 36 คน (73.46%) และ 34 คน (69.39%) ภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ โดยที่ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และค่าดัชนีการหายใจผิดปกติ (RDI) ไม่มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา และการรักษาด้วยวิธีการแบบอนูรักษ์และการผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกันในผลการรักษา

ABSTRACT

Objectives : To study result of treatment in snoring and obstructive sleep apneic adult patients of Samutsakhon hospital and to find other factors have effect to methods of treatment.

Study design : This was a retrospective study.

Methods : To review histories, treatment from OPD card of 49 patients, Age 16 years or more, who were diagnosed as snoring and obstructive sleep apnea diseases during 1 August 2006 to 30 July 2007.

Results : Having 49 patients, male 30 cases (61.2%), female 19 cases (38.8%). Conservative treatment was done in 25 cases (51.02%) and 24 cases (48.89%) were treated by surgery. After follow up at 3 months and 6 months, patients were improved 36 cases (73.46%) and 34 cases (69.39%).

Conclusions : After follow up at 3 months and 6 months, patients was improved 36 cases (73.46%) and 34 cases (69.39%) by conservative treatment and surgical treatment. BMI and RDI are not correlated to method of treatment. The different methods of treatment had no effect to the result of treatment.

Keywords : snoring, obstructive sleep apnea, conservative treatment, surgery treatment (UPPP, RFTVR).

บทนำ

การหยุดหายใจขณะหลับ หมายถึงภาวะที่ไม่มีลมหายใจผ่านจมูกและปากเป็นเวลามากกว่า 10 วินาที ซึ่งเมื่อเป็นบ่อยครั้ง เฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ครั้ง ต่อการนอนหลับหนึ่งชั่วโมง¹ ทำให้ร่างกายมีความผิดปกติหลายอย่างตามมา เช่น ออกซิเจนในเลือดลดลง คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงขึ้นผู้ป่วยตื่นตัว (arousal) บ่อยขึ้นทำให้การหลับไม่ต่อเนื่อง (sleep fragmentation) ร่างกายมีภาวะเครียด ความดันโลหิตสูงขึ้น² หัวใจและหลอดเลือดทำงานมากขึ้น³ ร่างกายส่วนต่าง ๆ มีโอกาสขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสูงขึ้นกว่าเดิม เมื่อผู้ป่วยมีความผิดปกติเหล่านี้อยู่เป็นเวลานาน จากวันเป็นเดือน จากเดือนเป็นปี จนนานหลาย ๆ ปี ร่างกายจะมีความผิดปกติได้อย่างชัดเจน ผู้ป่วยอาจจะมาพบแพทย์ได้ในอาการหรือลักษณะทางคลินิกหลาย ๆ รูปแบบ เช่น การนอนกรน โรคอ้วน⁴ โรคหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด⁵ โรคสมองขาดเลือด⁶ อาการง่วงนอนมากผิดปกติ สมาธิสั้นความจำเสื่อม⁷ ญาติพี่น้องสังเกตการหยุดหายใจจนกลัวจะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือก่อให้เกิดความรำคาญในการนอน ผลักดันให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ซึ่งอาจพบได้ทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเด็กไม่สนใจการเรียน⁸ ซุกซน ก้าวร้าว อยู่ไม่เป็นสุข ไม่มีสมาธิ อ้วนจุหรือผอมแห้งจนเกินไป น้ำหนักน้อย⁹ เด็กอ้าปากหายใจ

ตอนกลางคืน ปัสสาวะรดที่นอน กระสับกระส่ายเวลานอน มือเท้าเขียว โตไม่สมวัย เหนื่อยง่าย หัวใจโต หอบเหนื่อยง่าย คล้ายเป็นโรคหัวใจ ภาวะเหล่านี้ อาจเกิดจากการหยุดหายใจขณะหลับซึ่งแสดงออกในหลายระบบ นอกจากการนอนกรนและภาวะการหยุดหายใจขณะนอนหลับจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขแล้วยังส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านเศรษฐศาสตร์สังคม¹⁰ ก่อให้เกิดปัญหาต่อครอบครัว โดยเฉพาะคนในครอบครัว การหย่าร้าง ก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้ใกล้ชิด เป็นปมด้อยมีความละอายและความไม่มั่นใจในตนเองต่อผู้อื่น และเกิดอาการง่วงนอนทำให้การทำงานไม่มีประสิทธิภาพ เกิดอุบัติเหตุจากการใช้รถใช้ถนน

ดังนั้นการรักษา^{11,12} จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น หายจากการทนทุกข์ทรมานอยู่เป็นเวลานาน การเลือกแนวทางการรักษาแล้วแต่ความเหมาะสม ความสะดวกสบายทั้งการรักษาด้วยวิธีอนุรักษหรือการผ่าตัด ซึ่งขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของความผิดปกติ ซึ่งในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่จะมีความแตกต่างกันในหลายประการทั้งในส่วนของสาเหตุ การรักษา เพราะฉะนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่เป็นลำดับแรก ส่วนทางด้านการรักษาด้วยวิธีอนุรักษมีหลายวิธี เช่น การลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรค การลดน้ำหนักการใช้ยาในกลุ่มรักษา

โรคภูมิแพ้ การหลีกเลี่ยงสุรา บุหรี่ ยาบางชนิด การให้ออกซิเจนและการใช้เครื่องมือหรือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เข้าช่วยเหลือเพื่อผ่อนคลาบบริเวณที่มีการอุดกั้น เช่น เครื่องขยายจมูก การใช้เครื่องปรับความดันอากาศเพื่อถ่วงช่องทางเดินหายใจ (Continuous positive airway pressure)¹³ ส่วนการผ่าตัดรักษา^{14,15} ผู้ป่วยที่มีอาการนอนกรนและโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นเช่นการผ่าตัดแก้ไขการอุดกั้นบริเวณ oropharynx การผ่าตัดแก้ไขทางเดินหายใจช่วงบนบริเวณอื่น ๆ เช่น nasopharynx, hypopharynx โดยใช้เลเซอร์ คลื่นวิทยุ เป็นต้น ซึ่งข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด คือเมื่อให้การรักษาวินิจฉัยแล้วไม่ได้ผลผู้ป่วยมีอาการง่วงนอนมากผิดปกติในระดับปานกลางถึงรุนแรง มีภาวะที่จะทำให้เป็นอันตรายแก่ชีวิต หรือมีข้อบ่งชี้อื่น ๆ ในการเลือกวิธีการรักษาควรประเมินและเลือกการวิธีการรักษาให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย เช่นผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการผ่าตัดนั้น ๆ ตรวจพบบริเวณที่มีความผิดปกติจากการอุดกั้นรวมทั้งคำนึงถึงปัญหาของผู้ป่วยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของการรักษาในผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการนอนกรนและภาวะการหยุดหายใจขณะนอนหลับ ในโรงพยาบาลสมุทรสาคร
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาและผลการรักษา

วัสดุและวิธีการ

ศึกษาประวัติผู้ป่วยย้อนหลังจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ที่มาทำการตรวจและรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนก หู คอ จมูก ด้วยอาการการนอนกรน และภาวะหยุดหายใจ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการหยุดหายใจ ในช่วงตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2549 - 31 กรกฎาคม 2550 โดยดูจากการประเมินความ

รุนแรงของภาวะการหยุดหายใจขณะนอนหลับ จากค่า Respiratory disturbance index (RDI) การเลือกวิธีการรักษา และการติดตามผลการรักษา ภายใน 3 เดือน และ 6 เดือนตามลำดับ และนำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์ในเชิงสถิติต่อไป (ร้อยละ Pearson Chi-Square test)

ผลการรักษา

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 49 คน เป็นผู้ชายจำนวน 30 คน (61.2%) ผู้หญิงจำนวน 19 คน (38.8%) ส่วนตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งหมด ได้แก่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่ากลาง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ น้ำหนัก ความสูง ดัชนีมวลกาย ดัชนีความผิดปกติของการหายใจ

ส่วนในตารางที่ 3 และตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ (RDI) จะพบว่า ถ้าจำแนกตามค่าดัชนีมวลกายถ้าค่าดัชนีมวลกาย น้อยกว่า 24.9 (kg/m²) มีจำนวนผู้ป่วย 24 คน ดัชนีมวลกาย ระหว่าง 25-30 (kg/m²) มีจำนวน 15 คน และดัชนีมวลกาย มากกว่า 30 (kg/m²) มีจำนวน 10 คน และถ้าแยกตามค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ พบว่าค่าค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ ระหว่าง 0-4 (/hr) มีจำนวน 22 คน ส่วนค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ ระหว่าง 5-15 (/hr) มีจำนวน 22 คน ค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ ระหว่าง 16-30

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด แยกเป็น เพศชาย และเพศหญิง

	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
ชาย	30	61.2
หญิง	19	38.8
จำนวนรวม (คน)	49	100

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยทั้งหมดได้แก่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่ากลาง ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุน้ำหนัก ความสูง ดัชนีมวลกาย ดัชนีความผิดปกติของการหายใจ

	อายุ (ปี)	น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	ความสูง (เซนติเมตร)	BMI (kg/m ²)	RDI (/hr)
ค่าต่ำสุด	16	51	150	19	0
ค่าสูงสุด	76	121	185	44	47
ค่ากลาง	40.37	71.49	164.55	26.22	7.33
ค่าเบี่ยงเบน	13.435	17.025	8.021	5.277	7.704

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยในการรักษาแบบ
อนุรักษและการผ่าตัด

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามค่าดัชนี
มวลกาย (BMI)

ค่า BMI (kg/m ²)	จำนวน (คน)	เปอร์เซ็นต์
< 24.9	24	49
25-30	15	30.60
> 30	10	20.40
จำนวนรวม (คน)	49	100

ค่า RDI	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
การรักษาแบบอนุรักษ	25	51.02
การรักษาแบบผ่าตัด	24	48.98
จำนวนรวม (คน)	49	100

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้ป่วยในการรักษาแบบผ่าตัด
ด้วยวิธีการต่าง ๆ

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ป่วย จำแนกตามค่าดัชนี
ความผิดปกติของการหายใจ (RDI)

ค่า RDI	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
0-4	22	44.90
5-15	22	44.90
16-30	4	20.40
> 30	1	2.04

วิธีการผ่าตัด	จำนวน	เปอร์เซ็นต์
Tonsillectomy	10	20.4
UPPP *	1	2
Tonsillectomy + UPPP*	5	10.2
RFTVR**	5	10.2
RFTVR** + Pillar	1	2
Tonsillectomy + RFTVR**	1	2
RFTVR** + UPPP*	1	2
จำนวนรวม (คน)	24	100

*UPPP = uvulopalatopharyngoplasty

**RFTVR = radio frequency tissue volume reduction

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามวิธีการรักษาที่จำแนกตามค่าดัชนีมวลกาย

ค่า BMI (kg/m^2)	การรักษาแบบอนุรักษ (คน)	การรักษาแบบผ่าตัด (คน)
< 25	13 (52.0%)	11 (45.83%)
25-30	9 (36.0%)	6 (25%)
> 30	3 (12.0%)	7 (29.17%)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยตามวิธีการรักษาที่จำแนกตามค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ

ค่า RDI (/hr)	จำนวน (คน)	การรักษาแบบอนุรักษ (คน)	การรักษาแบบผ่าตัด (คน)
0-4	22	14 (63.64%)	8 (36.36%)
5-15	22	10 (45.45%)	12 (54.55%)
16-30	4	1 (25%)	3 (75%)
> 30	1	-	1 (100%)

ตารางที่ 9 แสดงผลการรักษาของผู้ป่วยโดยติดตามการรักษา ภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน

ผลการรักษา	ติดตามการรักษาภายใน 3 เดือน			ติดตามการรักษาภายใน 6 เดือน		
	จำนวน (คน)	การรักษาแบบอนุรักษ	การรักษาแบบผ่าตัด	จำนวน (คน)	การรักษาแบบอนุรักษ	การรักษาแบบผ่าตัด
ขาดการติดตามการรักษา	5 (10.20%)	-	-	10 (20.41%)	-	-
อาการไม่ดีขึ้น	8 (16.33%)	6	2	5 (10.20%)	4	1
อาการดีขึ้น	36 (73.46%)	14	22	34 (69.39%)	13	21

(/hr) มีจำนวน 4 คน และค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ มากกว่า 30 (/hr) มีเพียง 1 คน

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการอนุรักษซึ่งมีจำนวน 25 คน (51.02%) และได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดมีจำนวน 24 คน (48.98%) และตารางที่ 6 ได้แจกแจงวิธีการผ่าตัดที่ได้ทำการผ่าตัดให้แก่

ผู้ป่วยทั้งหมด ส่วนตารางที่ 7 และ 8 เป็นตารางแสดงจำนวนผู้ป่วยตามวิธีการรักษาที่จำแนกตามค่าดัชนีมวลกาย และค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ ดังที่แสดง

ในตารางที่ 9 แสดงผลการรักษาของผู้ป่วยโดยติดตามการรักษา ภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่าจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 49 คน จากการติดตามผลการ

รักษา ภายใน 3 เดือน พบว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้น 36 คน (73.46%) อาการไม่ดีขึ้น 8 คน (16.33%) และขาดการติดตามผลการรักษา 5 คน (10.20%) และใน 6 เดือน พบว่าอาการของผู้ป่วยดีขึ้น 34 คน (69.39%) อาการไม่ดีขึ้น 5 คน (10.20%) และขาดการติดตามผลการรักษา 10 คน (20.41%)

วิจารณ์

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะนอนกรนและภาวะการหยุดหายใจขณะนอนหลับจากการอุดกั้น ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก หู คอ จมูก โรงพยาบาลมีจำนวนทั้งหมด 49 คน เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง แยกเป็นชาย 30 คน คิดเป็น 61.2% และเป็นหญิง 19 คน คิดเป็น 38.8% ซึ่งพบว่าเป็นเพศชายมากกว่าผู้หญิง ซึ่งโดยทั่วไปพบว่าเป็นเพศชายประมาณ 85% ของผู้ป่วยเป็นเพศชาย^{16,17} และเพศชายมีโอกาสเป็นมากกว่าเพศหญิงประมาณ 6.5 เท่า เนื่องจากในเพศชายมีฮอร์โมนเพศชายส่งผลให้โครงสร้างบริเวณศีรษะและคอเนื้อเยื่อบริเวณคอหนาขึ้น แต่เมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเป็นมากขึ้น¹⁸ ค่ากลางของอายุ (mean) ของผู้ป่วยในงานวิจัยคือ อายุ 40.37 ปี เมื่อผู้ป่วยอายุมากขึ้น อาการหยุดหายใจขณะหลับจะมากขึ้น โดยในช่วงอายุ 40 ปีพบผู้ป่วย 1.5% และเมื่ออายุมากขึ้นคือ ช่วงอายุ 70 ปี พบผู้ป่วยเพิ่ม 12% นอกจากนั้นพบผู้ป่วยร้อยละ 24 เพิ่มเป็นร้อยละ 42¹⁹ เมื่อผู้ป่วยมีอายุเพิ่มสูงขึ้น หรือโรครุนแรงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนในค่าดัชนีมวลกายในตารางที่ 3 จะพบว่าค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 24.9 (kg/m^2) มีจำนวนผู้ป่วย 24 คน (49%) ค่าดัชนีมวลกายระหว่าง 25-30 (kg/m^2) พบผู้ป่วย 15 คน (30.61%) และค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 (kg/m^2) พบผู้ป่วยจำนวน 10 คน (20.40%) และถ้ารวมผู้ป่วยใน 2 กลุ่มหลังพบว่ามีจำนวน 25 คน (51.01%) ซึ่งคิดเป็นจำนวนประมาณครึ่งหนึ่ง เปรียบเทียบงานวิจัยชิ้นอื่น พบว่าประมาณ 2/3 ของผู้ป่วยจะมีดัชนีมวลกาย มากกว่า 28 หรือน้ำหนักมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐาน เมื่อ

ลดน้ำหนักได้ 5-10 กิโลกรัม ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้²⁰ ส่วนรายงานของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลรามารับดี พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 30 (kg/m^2)²¹ ส่วนค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ (RDI) พบว่าที่มีระดับความรุนแรงน้อยของภาวะการหยุดหายใจ (RDI = 5-15 ครั้ง/ชั่วโมง) มีจำนวน 22 คน ระดับความรุนแรงปานกลางของภาวะการหยุดหายใจ (RDI = 16-30 ครั้ง/ชั่วโมง) มีจำนวน 4 คน และระดับความรุนแรงมากของภาวะการหยุดหายใจ (RDI มากกว่า 30 ครั้ง/ชั่วโมง) มีจำนวน 1 คน

ในตารางที่ 5 แสดงจำนวนผู้ป่วยจำแนกตามวิธีการรักษา ได้แก่ การรักษาโดยวิธีนอนรูกษ์ และวิธีการผ่าตัด พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 25 คน ที่ได้รับการรักษาโดยวิธีนอนรูกษ์ ซึ่งได้แก่ การลดน้ำหนัก ปรับท่าการนอน การใช้ยา ในกลุ่มรักษาอาการภูมิแพ้ เช่น ยา antihistamine, ยา decongestant, antibiotics ฯลฯ ส่วนในการรักษาด้วยการผ่าตัด^{14,15} ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีการนี้เมื่อการรักษาด้วยวิธีนอนรูกษ์ไม่ได้ผล มีจำนวน 24 คน ซึ่งวิธีการรักษาแต่ละวิธีได้แจกแจงออกมาดังตารางที่ 6 และถ้าเราแจกแจงวิธีการรักษาที่ให้แกผู้ป่วยตามค่าดัชนีมวลรวมกายดังตารางที่ 7 จะพบว่าผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (น้อยกว่า 25 kg/m^2) จะใช้วิธีการรักษาแบบนอนรูกษ์มากกว่าวิธีการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ส่วนผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 kg/m^2 มีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดมากกว่าวิธีการรักษาแบบนอนรูกษ์แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์วิธีทางสถิติพบว่าค่าดัชนีมวลกายกับวิธีการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวิธี Chi-square test (p-value < 0.05) ส่วนตารางที่ 8 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยตามค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของภาวะการหยุดหายใจมากขึ้น (ค่า RDI มากขึ้น) มีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการรักษาโดยการผ่าตัดมากกว่าการรักษาแบบนอนรูกษ์ แต่เมื่อนำมาวิเคราะห์วิธีทางสถิติพบว่าค่าดัชนีความผิดปกติของการหายใจ กับวิธีการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวิธี Chi-Square

test (p -value < 0.05)

ส่วนผลการรักษาในผู้ป่วยจำนวนทั้งหมด 49 คน พบว่าเมื่อติดตามการรักษาภายใน 3 เดือน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นถึง 36 คน คิดเป็น 73.46% ซึ่งเกือบเป็น 3 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งเป็นการรักษาโดยวิธีแบบอนุรักษ 14 คน และวิธีการผ่าตัด 22 คน ส่วนผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นมี 8 คน คิดเป็น 16.33% เป็นการรักษาแบบอนุรักษ 6 คน และวิธีการผ่าตัด 2 คน ส่วนที่เหลือไม่ได้มาติดตามการรักษาตามแพทย์นัด และเมื่อติดตามการรักษาต่อไปอีก 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้น 34 คน คิดเป็น 69.39% เป็นวิธีการรักษาแบบอนุรักษ จำนวน 13 คน และรักษาด้วยการผ่าตัดมีจำนวน 21 คน ผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นมีจำนวน 5 คน คิดเป็น 10.20% แยกเป็นการรักษาแบบอนุรักษจำนวน 4 คน และการรักษาแบบผ่าตัดจำนวน 1 คน และพบว่าการขาดการติดตามการรักษามากขึ้น จำนวน 10 คน จากตัวเลขดังกล่าว มีแนวโน้มว่าการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดจะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น แต่เมื่อมาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติ (Chi-square test) พบว่าวิธีการรักษา (การรักษาแบบอนุรักษและแบบผ่าตัด) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อผลการรักษาภายใน 3 และ 6 เดือน (p -value < 0.05)

สรุป

การรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะการนอนกรนและการหยุดหายใจในขณะนอนหลับมีจำนวน 49 คน และได้รับการรักษาด้วยวิธีการแบบอนุรักษ และการผ่าตัด แล้วอาการการนอนกรนและภาวะการหยุดหายใจลดลงมีจำนวน 73.46%, 69.39% ภายใน 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ โดยที่ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และค่าดัชนีการหายใจผิดปกติ (RDI) ไม่มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษา นอกจากนั้นการรักษาด้วยวิธีการแบบอนุรักษ และการวิธีการผ่าตัดไม่มีความแตกต่างกันในผลการรักษาเมื่อทำการวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติ

ผู้ป่วยภาวะการนอนกรนและภาวะการหยุดหายใจ

ขณะหลับจากการอุดกั้นต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะดังกล่าวอยู่เป็นเวลานาน มีแนวทางในการเลือกวิธีการรักษาได้หลายวิธี ทั้งการรักษาวิธีอนุรักษหรือการผ่าตัด ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อด้อยแตกต่างกันไป ซึ่งผู้ให้การรักษาจะต้องวินิจฉัย ประเมินความรุนแรงและเลือกวิธีการรักษาให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากจำนวนกลุ่มผู้ป่วยที่นำมาใช้ในการศึกษามีจำนวนไม่มาก ในงานวิจัยขั้นต่อไป ควรจะใช้กลุ่มผู้ป่วยในจำนวนที่มากขึ้น และเก็บข้อมูลให้นานขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.สกล ภูมิรัตนประพิณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมุทรสาคร ขอขอบคุณ ดร.นพดล ตั้งภักดี ที่ให้คำแนะนำทางสถิติ และขอขอบคุณ เพื่อนแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ทุกท่านในแผนก หู คอ จมูก ที่ให้ความช่วยเหลืออย่างดี ในการทำงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Maniglia AJ. Sleep apnea and snoring, an overview. *Ear Nose Throat J* 1993 ; 72 : 16-9.
2. Gilason T, Benediktsdottir B, Bjornsson JK, et al. Snoring, hypertension and the sleep apnea syndrome. An epidemiology survey of middle-age woman. *Chest* 1993 ; 103 : 1147-51.
3. Koskenvuo M, Kaprio J, Telakivi T, et al. Snoring as a risk factor for ischemic heart disease and stroke in men, *BMJ* 1987 ; 294 : 16-9.
4. Shepard JW Jr. Hypertension, cardiac, arrhythmias, myocardial infarction and stroke in relation to obstructive sleep apnea. *Clin Chest Med* 1992 ; 13 : 437-58.
5. Dean RT, Wilcox I. Possible atherogenic effects

- of hypoxia during obstructive sleep apnea. Sleep 1993 ; 16 (Suppl) : 15-22.
6. Wessendorf TE, Thilmann AF, Wang Y, et al. Fibrinogen levels and obstructive sleep apnea in ischemic stroke. Am J Respir Crit Care Med 2000 ; 162 : 2036-42.
7. Krieger J. Obstructive sleep apnea : Clinical manifestations and pathophysiology. In : Thorpy MJ ed. Handbook of sleep disorders. New York : Dekker, 1990 : 779-95.
8. Gozal D, Pope DW Jr. Snoring during early childhood and academic performance at ages thirteen to fourteen years. Pediatrics; 107 : 1394-9.
9. Elden LM, Wetmore RF, Postic WP. Snoring and obstructive sleep apnea in children. In : Fairbanks DNF, Mickelson SH, Woodson BT, eds. Snoring and obstructive sleep apnea ; Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins, 2003 : 241-53.
10. Fairbanks DNF. Snoring : An overview with historical perspectives. In : Fairbanks DNF, Fujita S, eds. Snoring and obstructive sleep apnea. New York : Raven Press, 1994 : 1-16.
11. Sanders MH, Rogers RM. Sleep apnea. When does better become benefit ?. Chest 1985 ; 88 : 320-1.
12. ชัยรัตน์ นิรันดร์ตัน, รวีวรรณ ศรีเพ็ญ, การนอนกรนของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. เวชสารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ 2544; 138-43.
13. Neruntarat C. Snoring and obstruction sleep apnea. MJS 2000 ; 7 : 130-40.
14. DeBerry-Borowiecki B, Sassin JF. Surgical treatment of sleep apnea. Arch Otolaryngol 1985 ; 109 : 508-12.
15. Riley RW, Powell NB, Li KK, Troell RJ, Guilleminault C. Surgery and obstructive sleep apnea : Long-term clinical outcomes. Otolaryngol Head Neck Surg 2000 ; 122 : 415-21.
16. Stardling JR, Crosby JR. Predictors and prevalence of obstruction sleep apnea and snoring in 1001 middle aged men. Thorax 1991 ; 46 : 85-90.
17. Bresnitz EA, Goldberg R, Kosinski RM. Epidemiology of obstruction sleep apnea. Epidemiol Rev 1994 ; 16 : 210-27.
18. Knight H, Millman RP, Gru RC, Saykin AJ, Doherty JU, Pack AI. Clinical significance of sleep apnea in the elderly. Am Rev Respir Dis 1987 ; 136 : 845-50.
19. Ancoli-Israel S, Kripke D, Klauber MR, et al. Sleep disordered breathing in community-dwelling elderly. Sleep 1991 ; 14 : 486-95.
20. Aubert-Tulkens G, Culee C, Rodenstein DO. Cure of sleep apnea syndrome after long-term nasal CPAP therapy and weight loss. Sleep 1989 ; 12 : 216-22.
21. Charonenpan P, Thankitcharu S, Muntabhom K, et al. Sleep apnoea syndrome in Ramathibodi Hospital : Clinical and polysomnographic baseline data. Respiriology 1999 ; 4 : 371-4.