

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ความชุกของภาวะนอนกรนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ชฎานิน ศรีสุข พ.บ.

กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

วันรับ: 28 พ.ย. 2565

วันแก้ไข: 28 มี.ค. 2566

วันตอบรับ: 8 เม.ย. 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของภาวะนอนกรนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การค้นหาภาวะดังกล่าวนำไปสู่การรักษาที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงที่จะกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง โดยศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ.2562 ถึงธันวาคม 2564 จำนวน 355 ราย โดยเก็บข้อมูลทางคลินิกจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก และทำการตอบแบบสอบถาม เรื่องภาวะนอนกรน (Berlin questionnaire) จากนั้นรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์เชิงสถิติ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 355 ราย สามารถจำแนกเป็นความผิดปกติได้ดังนี้ พบความชุกของภาวะนอนกรนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (AIS) และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมองเฉียบพลัน (AHS) ร้อยละ 32.7, 31.4 และ 62.8 ตามลำดับ ผู้ป่วย AIS มีสัดส่วนภาวะนอนกรน ภาวะนอนกรนเสี่ยงสูง ภาวะนอนกรนเป็นครั้งคราว และภาวะนอนกรนเป็นนิสัย มากกว่า ผู้ป่วย AHS แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) สรุปได้ว่า พบความชุกของภาวะนอนกรนประมาณหนึ่งในสามของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: ภาวะนอนกรน; ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง; แบบ Berlin questionnaire

บทนำ

ภาวะนอนกรน เป็นปัญหาและความผิดปกติของการหายใจขณะนอนหลับ หรือ sleeping-disordered breathing (SDB) พบได้บ่อยในประชากรทั่วไป เสียงของการกรนเกิดจากการที่อากาศเคลื่อนผ่านทางเดินหายใจที่แคบลง ซึ่งมักเกิดจากการผ่อนคลายหรือหย่อนตัวของกล้ามเนื้อทางเดินหายใจส่วนบนขณะนอนหลับ เช่น กล้ามเนื้อบริเวณเพดานอ่อน (soft palate) ลิ้นไก่ (uvula) ผนังคอหอย (pharyngeal wall) หรือโคนลิ้น (tongue base) เป็นผลให้เกิดการสั่นสะเทือนและสับขัดของกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่ออ่อนในบริเวณดังกล่าวเกิดเป็นเสียงกรนขึ้น⁽¹⁾ อาการนอนกรนอาจบ่งบอกว่ามีภาวะนอนไม่หลับ

มากเกินไป การตื่นตัวบ่อยๆ หรือการจำกัดการไหลเวียนของอากาศ⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม การนอนกรนผิดปกติได้แก่นอนกรนเสียงดัง นอนกรนเป็นนิสัยและภาวะหยุดหายใจขณะหลับเป็นสัญญาณของภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้น (obstructive sleep apnea, OSA)⁽³⁾

จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ความชุกของการนอนกรนพบได้ในเด็กมากถึงร้อยละ 40.0 และผู้ใหญ่มากถึงร้อยละ 49.0 อย่างไรก็ตามอัตราความชุกอาจสูงกว่านี้ได้ เช่น ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหอบหืดพบความชุกมากถึงร้อยละ 37.0 นอกจากนี้ จากการศึกษาเปรียบเทียบโรคนอนกรนในระหว่างเชื้อชาติพบว่า การนอนกรนมีอยู่ในคนเอเชียร้อยละ 37.0 คนเชื้อสายสเปนร้อยละ 31.0

คนผิวขาวร้อยละ 27.0 และร้อยละ 24.0 ของชาวแอฟริกันอเมริกัน⁽⁴⁾ ภาวะ OSA ในคนไทยยังไม่ทราบความชุกหรืออุบัติการณ์ที่แน่ชัด อย่างไรก็ตามเคยมีการสำรวจในประเทศไทยพบว่า มีความชุกของภาวะ OSA ตามเกณฑ์การวินิจฉัยจากการตรวจ polysomnography (PSG) โดยใช้ค่าดัชนีการหยุดหายใจและการหายใจแผ่ว (apnea hypopnea index, AHI) อย่างน้อย 5 ครั้งต่อชั่วโมง พบโดยรวมร้อยละ 41.4 เป็นเพศชายร้อยละ 52.4 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 30.6 และหากแบ่งตามระดับความรุนแรงของโรคจากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ OSA ในระดับน้อย (mild) ปานกลาง (moderate) และรุนแรง (severe) เป็นจำนวนร้อยละ 23.6, 9.6, และ 8.2 ตามลำดับ แต่หากนับเฉพาะกลุ่มที่มีค่า AHI >5 ครั้งต่อชั่วโมงร่วมกับมีอาการง่วงนอนระหว่างวันผิดปกติด้วย จะพบความชุกภาวะ OSA โดยรวมร้อยละ 12.7 เป็นเพศชายร้อยละ 15.7 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 9.5⁽⁵⁾ จากข้อมูลวิเคราะห์แบบ meta-analysis ในต่างประเทศที่ล่าสุดศึกษาในปี ค.ศ. 2019 รายงานความชุกของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับในผู้ป่วย post stroke มีค่า AHI ≥ 5 และ ≥ 30 ครั้งต่อชั่วโมงมากถึงร้อยละ 71.0 และร้อยละ 30.0⁽⁶⁾ การศึกษาดังกล่าวยังพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความชุกของภาวะ SDB สูงกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไปถึง 3.7 เท่า⁽⁷⁾ ทั้งนี้จึงสนับสนุนว่าภาวะ SDB มีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมองทั้งในแง่ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและอาจส่งผลให้การฟื้นตัวจากโรคหลอดเลือดสมองแย่ลง หรืออาจเป็นผลที่เกิดจากตัวโรคสมองได้เช่นกัน⁽⁸⁾

แม้จะมีการตรวจการนอนหลับทางห้องปฏิบัติการจำนวนมากแต่ที่เป็นการตรวจแบบมาตรฐาน (gold standard) ที่ใช้สำหรับการวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงรวมถึงการตรวจหาระดับแรงดันอากาศที่ใช้ในการรักษา รวมถึงการติดตามผลการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังมีข้อมูลไม่เพียงพอ การตรวจการนอนต้องใช้เจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญในการตรวจ ซึ่งในปัจจุบัน

ค่อนข้างขาดแคลน ทำให้มีระยะเวลารอคอยในการตรวจนาน รวมถึงมีค่าใช้จ่ายในการทดสอบค่อนข้างสูง ข้อจำกัดดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงการตรวจรักษา⁽⁸⁾ การค้นหาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีภาวะนอนกรนนอนกรนผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการสำคัญของภาวะ OSA และนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาภาวะ OSA ที่ถูกต้อง นอกจากนี้ ภาวะ OSA ที่ไม่ได้รับการรักษาสามารถนำไปสู่การเสื่อมสภาพของระบบประสาทเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน และระยะยาวในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน ภาวะสมองเสื่อมจากหลอดเลือดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะหยุดหายใจขณะหลับเช่นกัน⁽⁹⁾

ปัจจุบันการศึกษาภาวะนอนกรนที่ผิดปกติในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย ยังมีไม่มากพอ และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายที่มีภาวะนอนกรนผิดปกติร่วมด้วย การค้นหาภาวะดังกล่าวและนำไปสู่การรักษาภาวะ OSA ที่เหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงที่จะกลับมาเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาความชุกของภาวะนอนกรนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยใน และมารักษาที่คลินิกโรคสมอง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562- 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยผู้ป่วยมีอายุระหว่าง 18-80 ปี คนไข้ที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน ข้อมูลสูญหาย จะตัดออกจากการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้คำนวณขนาดตัวอย่างตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณประชากรหาค่าสัดส่วน

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2}$$

ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ความชุกของการเกิด SDB ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็นร้อยละ 61.0⁽¹⁰⁾ จึงกำหนดค่า alpha (α) = 0.05, standard normal value (Z) = 1.96, prevalence (P) = 0.61, absolute precisions (d) = 0.055 และกำหนดค่า error การสูญหาย 10% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 335 ราย

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งได้แก่ หลอดเลือดสมองตีบ (acute ischemic stroke, AIS) และหลอดเลือดสมองแตก (acute hemorrhagic stroke, AHS) โดยวินิจฉัยจากอาการ อาการแสดง ร่วมกับผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (non-contrast computerized tomography) จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับผิดปกติ (Berlin questionnaire)⁽¹⁰⁾ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค OSA มาประเมินความเสี่ยงที่จะเป็นโรค ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วย

กลุ่มคำถามที่ 1 เกี่ยวกับการนอนกรนได้แก่ เคยกรนหรือไม่ ความถี่ของการนอนกรน เสียงกรนดัง การกรนรบกวนคนอื่น และอาการหยุดหายใจขณะนอนหลับ

กลุ่มคำถามที่ 2 เกี่ยวกับอาการอ่อนเพลีย ได้แก่ อ่อนเพลียหลังจากได้นอนหลับไปแล้ว อ่อนเพลียในช่วงตื่นอยู่ เคยงีบระหว่างขับรถ น้ำหนักตัวที่เปลี่ยนแปลง

กลุ่มคำถามที่ 3 คำถามเกี่ยวกับโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง

การแปลผล

หากผู้ป่วยตอบคำถาม positive ตั้งแต่ 2 กลุ่มคำถามขึ้นไป นับว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นภาวะ OSA

หากผู้ป่วยตอบคำถาม positive น้อยกว่า 2 กลุ่มคำถาม นับว่ามีความเสี่ยงต่ำที่จะเป็นภาวะ OSA

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจภาวะนอนกรนโดยการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับผิดปกติ Berlin questionnaire ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่ใช้ในการคัดกรอง โดยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้ป่วยต้องสามารถอ่านและ

ตอบคำถามได้เอง ร่วมกับญาติใกล้ชิดที่อาจสังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะนอนหลับ จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้รวมถึง ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ หัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงกลุ่ม (categorical data) ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน รายงานความถี่ ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่อง ถ้ามีการกระจายปกติ รายงานผลเป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ถ้าข้อมูลการกระจายไม่ปกติ รายงานผลเป็นค่ามัธยฐานและค่าส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์

สถิติเชิงอนุมาน (inferential Statistics) โดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher exact ในตัวแปร categorical data และสถิติ independent t-test และ Mann-Whitney-U test ตัวแปรเชิงปริมาณที่มีการกระจายตัวปกติและไม่เป็นปกติ ตามลำดับ

มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หลังจากผ่านการประเมินรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมทางการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช รับรองเลขที่ 20/2565

ผลการศึกษา

จากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกโรคสมอง ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ 2562 จนธันวาคม พ.ศ. 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 355 ราย ได้ทำการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับผิดปกติจำนวน 10 ข้อ พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น AIS 277 ราย AHS 78 ราย มีอายุเฉลี่ย 58.2 ปี ผู้ป่วย AIS อายุเฉลี่ย 57.3 ปี ผู้ป่วย AHS อายุเฉลี่ย 61.4 ปี เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.2 เพศหญิง

ร้อยละ 42.8 จากการสำรวจพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 21.4 ยังคงสูบบุหรี่และดื่มสุรา ร้อยละ 19.4 มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 12.7 มีภาวะไขมันโลหิตสูง (ตารางที่ 1)

จากแบบสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับผิดปกติ เมื่อเปรียบเทียบรายช้อจำนวน 10 ช้อพบว่าสามารถจำแนกความผิดปกติได้ดังนี้ ผู้ป่วย AIS 277 ราย และผู้ป่วย AHS 78 ราย พบภาวะนอนกรน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.4 และ 49 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.8 ตามลำดับพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ความถี่ของการกรนดังเท่ากับการพูด ผู้ป่วย AIS 54 ราย (ร้อยละ 19.4) และผู้ป่วย AHS 14 ราย (ร้อยละ 17.9) ตามลำดับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.40$) ความถี่ของการกรน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

ผู้ป่วย AIS 73 ราย (ร้อยละ 26.4) และผู้ป่วย AHS 16 ราย (ร้อยละ 20.5) ตามลำดับพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.01$ การกรนของคู่นอนคนอื่น ผู้ป่วย AIS 40 ราย (ร้อยละ 14.4) และผู้ป่วย AHS 20 ราย (ร้อยละ 25.6) ตามลำดับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.06$) มีการหยุดหายใจขณะนอนหลับเกือบทุกวัน ผู้ป่วย AIS 4 ราย (ร้อยละ 1.4) และผู้ป่วย AHS 2 ราย (ร้อยละ 2.6) ตามลำดับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.99$) หลังจากนอนหลับตอนกลางคืนแล้วคุณยังรู้สึกอ่อนเพลีย 1-2 ครั้งต่อเดือน ผู้ป่วย AIS 45 ราย (ร้อยละ 16.2) และผู้ป่วย AHS 8 ราย (ร้อยละ 10.3) ตามลำดับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.64$) อ่อนเพลียในระหว่างที่ตื่น 1-2 ครั้งต่อเดือน ผู้ป่วย AIS 19 ราย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=355)

ข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลทางคลินิก	หลอดเลือดสมองตีบ (277 ราย)		หลอดเลือดสมองแตก (78 ราย)		รวม (355 ราย)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	160	57.8	43	55.2	203	57.2
หญิง	117	42.2	35	44.8	152	42.8
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย±SD)	57.30±12.50		61.40±13.10		58.20±12.72	
ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²) (ค่าเฉลี่ย±SD)	23.60±4.30		25.70±4.60		24.06±4.44	
ความดันโลหิต						
ความดันโลหิตบน (มม.ปรอท) (ค่าเฉลี่ย±SD)	136±20.60		138±22.80		136.43±21.08	
ความดันโลหิตล่าง (มม.ปรอท) (ค่าเฉลี่ย±SD)	79.30±12.40		72.60±13.20		77.82±12.86	
ความดันโลหิตสูง	167	60.3	58	74.4	225	63.4
เบาหวาน	28	10.1	21	26.9	49	13.8
ไขมันในเลือดสูง	26	9.4	19	24.4	45	12.7
โรคหัวใจขาดเลือด	2	0.7	1	1.3	3	0.8
หัวใจเต้นพลิ้ว	6	2.2	2	2.6	8	2.3
สูบบุหรี่	37	13.4	39	50.0	76	21.4
ดื่มสุรา	31	11.2	38	48.7	69	19.4

ความชุกของภาวะนอนกรนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

(ร้อยละ 6.8) และผู้ป่วย AHS 11 ราย (ร้อยละ 14.1) ตามลำดับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.09$) เคยจับหลับขณะขับรถ ผู้ป่วย AIS 3 ราย (ร้อยละ 1.1) และผู้ป่วย AHS 1 ราย (ร้อยละ 1.3) ตามลำดับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.87$) และความดันโลหิตสูง ผู้ป่วย AIS 167 ราย (ร้อยละ 60.3) และผู้ป่วย AHS 58 ราย (ร้อยละ 74.4) ตามลำดับ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.02$) น้ำหนักลดลงในผู้ป่วย AIS 225 ราย (ร้อยละ 81.2) และผู้ป่วย AHS 64 ราย (ร้อยละ 82.1) ตามลำดับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.86$) (ตารางที่ 2)

จากแบบสอบถามเกี่ยวกับการนอนหลับผิดปกติ ในการสำรวจผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 355 ราย สามารถจำแนกความผิดปกติได้ดังนี้ ผู้ป่วย AIS 277 ราย และผู้ป่วย AHS 78 ราย พบภาวะนอนกรน 87 และ 29

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเกี่ยวกับการนอนกรนผิดปกติ (Berlin questionnaire)

Thai Berlin questionnaire (BQ)	หลอดเลือดสมองตีบ (277 ราย)		หลอดเลือดสมองแตก (78 ราย)		รวม (355 ราย)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
คุณนอนกรนหรือไม่? (BQ1)							<0.01
ใช่	87	31.4	49	62.8	139	32.7	
ไม่ใช่	190	68.6	29	37.2	219	61.7	
ไม่ทราบ	0	0.0	0	0.0	355	100.0	
ความดังของการกรน (BQ2)							0.4
เท่ากับการหายใจ	221	79.8	63	80.8	184	72.1	
เท่ากับการพูด	54	19.4	14	17.9	68	26.7	
ดังกว่าการพูด	1	0.4	1	1.3	2	0.8	
ดังมาก	1	0.4	0	0	1	0.4	
ความถี่ของการกรน (BQ3)							<0.01
เกือบทุกวัน	9	3.2	14	18.0	23	6.5	
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	43	15.5	9	11.5	52	14.6	
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	73	26.4	16	20.5	89	25.1	
1-2 ครั้งต่อเดือน	2	0.7	10	12.8	12	3.4	
ไม่เคยหรือเกือบจะไม่เคย	150	54.2	29	37.2	179	50.4	
การกรนของคุณรบกวนคนอื่นหรือไม่? (BQ4)							0.06
ใช่	40	14.4	20	25.6	60	16.9	
ไม่ใช่	237	85.6	58	74.4	295	83.1	
คุณรู้สึกสับสนเกี่ยวกับการหยุดหายใจขณะนอนหลับบ่อยแค่ไหน? (BQ5)							0.99
เกือบทุกวัน	4	1.4	2	2.6	6	1.7	
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	3	1.1	1	1.3	4	1.1	
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	1	0.4	0	0	1	0.3	
1-2 ครั้งต่อเดือน	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
ไม่เคยหรือเกือบจะไม่เคย	269	97.1	75	96.1	344	96.9	

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบเกี่ยวกับการนอนกรนผิดปกติ (Berlin questionnaire) (ต่อ)

Thai Berlin questionnaire (BQ)	หลอดเลือดสมองตีบ (277 ราย)		หลอดเลือดสมองแตก (78 ราย)		รวม (355 ราย)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	หลังจากนอนหลับตอนกลางคืนแล้วคุณยังรู้สึกอ่อนเพลียหรือไม่? (BQ6)						
เกือบทุกวัน	7	2.5	1	1.3	8	2.2	
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	13	4.7	3	3.8	16	4.6	
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	24	8.7	7	9.0	31	8.7	
1-2 ครั้งต่อเดือน	45	16.2	8	10.3	53	14.9	
ไม่เคยหรือเกือบจะไม่เคย	188	67.9	59	75.6	247	69.6	
คุณรู้สึกอ่อนเพลียในระหว่างที่ตื่นอยู่หรือไม่? (BQ7)							0.09
เกือบทุกวัน	16	5.8	2	2.6	18	5.1	
3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	21	7.6	4	5.1	25	7.0	
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	44	15.9	7	9.0	51	14.4	
1-2 ครั้งต่อเดือน	19	6.8	11	14.1	30	8.4	
ไม่เคยหรือเกือบจะไม่เคย	177	63.9	54	69.2	231	65.1	
คุณเคยงีบหลับขณะขับรถหรือไม่? (BQ8)							0.87
ใช่	3	1.1	1	1.3	4	1.1	
ไม่ใช่	274	98.9	77	98.7	351	98.9	
คุณมีความดันโลหิตสูงหรือไม่? (BQ9)							0.02
ใช่	167	60.3	58	74.4	225	63.4	
ไม่ใช่	110	39.7	20	25.6	130	36.6	
ไม่ทราบ	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
คุณมีน้ำหนักเปลี่ยนแปลงหรือไม่? (BQ10)							0.86
เพิ่มขึ้น	52	18.8	14	17.9	66	18.6	
ลดลง	225	81.2	64	82.1	289	81.4	
ไม่เปลี่ยนแปลง	0	0.0	0	0.0	0	0.0	

ราย ตามลำดับ ภาวะนอนกรนเสียงดังในผู้ป่วย AIS มี สัดส่วนภาวะนอนกรน ภาวะนอนกรนเสียงดัง ภาวะนอนกรนเป็นครั้งคราว และภาวะนอนกรนเป็นนิสัย มากกว่าผู้ป่วย AHS แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p = 0.337, 0.518, 0.293$ และ 0.379 ตามลำดับ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับพบได้ร้อยละ 3.1 ของผู้ป่วยทั้งหมด (ตารางที่ 3)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาความชุกของภาวะนอนกรนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากแบบสอบถาม Berlin questionnaire พบความชุกของภาวะนอนกรนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 32.7 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Schutz SG และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบภาวะนอนกรนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 61.0 นอกจากนี้จากการวิเคราะห์แบบ meta analysis ในต่างประเทศการศึกษา

ความชุกของภาวะนอนกรนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตารางที่ 3 ความชุกของภาวะนอนกรนในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลทางคลินิก	หลอดเลือดสมองตีบ (277 ราย)		หลอดเลือดสมองแตก (78 ราย)		รวม (355 ราย)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ไม่นอนกรน	190	68.6	29	37.2	239	67.3	0.33
นอนกรน	87	31.4	49	62.8	116	32.7	0.33
นอนกรนเสียงดัง	59	21.3	14	18.0	73	20.6	0.51
นอนกรนเป็นครั้งคราว	73	26.4	16	20.5	89	25.1	0.29
นอนกรนเป็นนิสัย	43	15.5	9	11.5	52	14.7	0.37
หยุดหายใจขณะหลับ	8	2.9	3	3.9	11	3.1	0.66

หมายเหตุ: นอนกรนเสียงดัง: ดังเท่าเสียงพูด, นอนกรนเป็นครั้งคราว: 1-2 ครั้ง/สัปดาห์, นอนกรนเป็นนิสัย: ≥ 3 ครั้ง/สัปดาห์

ล่าสุดในช่วงปี ค.ศ. 2019 รายงานอัตราความชุกของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง AHI ≥ 5 และ ≥ 30 ครั้งต่อชั่วโมงมากถึงร้อยละ 71.0 และร้อยละ 30.0⁽⁶⁾ อย่างไรก็ตาม การตรวจหาความชุกของภาวะนอนกรนและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากแบบสอบถามนี้มีความไวที่ 0.8 และมีความจำเพาะ 0.6⁽¹²⁾ ในขณะที่นิรมล อังตระกูล พบว่าแบบ-สอบถาม Berlin questionnaire มีความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรงในการประเมินความเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาความไวและความชุกยังมีข้อขัดแย้งกันอยู่ แบบ-สอบถามของ Berlin questionnaire ทำให้ผู้ถูกประเมินมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นจากการตอบแบบสอบถามเหล่านี้ไม่ได้มีความจำเป็นที่จะต้องเข้ารับการตรวจการนอนทุกราย นอกจากนี้ด้วยธรรมชาติของเครื่องมือคัดกรองที่มีความไวมากพอถ้านำไปใช้คัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจะพบผู้ป่วยที่ได้ผลลบลงจำนวนมากขึ้น^(8,14)

พบว่าการศึกษาในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ความผิดปกติขณะนอนหลับ โดยเฉพาะภาวะนอนกรน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของคนไทยยังมีข้อมูลไม่มากพอ และภาวะนอนกรนผิดปกติ โดยเฉพาะภาวะนอนกรนเสียงดังและภาวะนอนกรนเป็นนิสัย และภาวะหยุดหายใจขณะหลับ เป็นอาการสำคัญของภาวะ OSA ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยง

ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมา ถึงแม้ว่าการศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ซึ่งยังมีข้อจำกัด รวมถึงจำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษายังไม่มากพอ แต่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าความชุกภาวะนอนกรนพบได้ร้อยละ 32.7 การค้นหาภาวะดังกล่าวโดยการทำแบบทดสอบคัดกรองที่มีความไวสูง รวมถึงการตรวจการนอนหลับทางห้องปฏิบัติการ (sleep laboratory) เพื่อการวินิจฉัยภาวะ OSA ที่ถูกต้อง นำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพการนอนหลับดีขึ้น และมีแนวโน้มว่าสามารถลดการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยต่อไป

สรุป

ความชุกของภาวะนอนกรนพบได้ประมาณหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะนอนกรน แต่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่ำต่อการเกิดภาวะ OSA จากการตอบแบบสอบถาม อย่างไรก็ตามงานวิจัยเรื่องนี้ไม่สามารถแยกภาวะ OSA ได้ ควรมีการประเมินเครื่องมือที่มีมาตรฐานร่วมด้วย นอกจากนี้ควรให้การรักษาแบบอนุรักษ์ (conservative treatment) โดยการให้คำแนะนำให้ความรู้เรื่องภาวะนอนกรน หรือ ภาวะ OSA และความ

เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหากไม่ได้รับการรักษา รวมถึงปรับสุขอนามัยการนอนหลับ การลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย ซึ่งจะช่วยลดอาการนอนกรนและความรุนแรงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรเก็บข้อมูลความชุกของภาวะนอนกรนผิดปกติในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองให้มากขึ้น ระยะเวลาให้มากขึ้น และทำการเก็บข้อมูลหลากหลายสถานที่ (multicenter) เช่น เก็บข้อมูลโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์และในภูมิภาคอื่น ๆ ในประเทศไทย จะทำให้เห็นข้อมูลที่ชัดเจนขึ้น และสามารถนำมาพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. อาการนอนกรน (snoring) และภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (obstructive sleep apnea) ตอนที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 2 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=332>
- Sheldon S, Kryger M, Gozal D, Ferber R. Principles and practice of pediatric sleep medicine: expert consultation and print. 2nd ed. London: WB Saunders; 2014.
- Nasr IH, Seppala M. Scully's medical problems in dentistry. European Journal of Orthodontics 2014;37(2):231-1.
- Kushida CA, editor. Encyclopedia of sleep. San Diego, CA: Elsevier; 2013.
- วิษญ์ บรรณศิริณ. ภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้นในประเทศไทย: ความชุกและความเที่ยงตรงของแบบสอบถามเบอร์ลินฉบับภาคภาษาไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
- Seiler A, Camilo M, Korostovtseva L, Haynes AG, Brill AK, Horvath T, et al. Prevalence of sleep-disordered breathing after stroke and TIA: a meta-analysis. Neurology 2019;92(7):648-54.
- Yaranov DM, Smyrlis A, Usatii N, Butler A, Petrini JR, Mendez J, et al. Effect of obstructive sleep apnea on frequency of stroke in patients with atrial fibrillation. Am J Cardiol 2015;115(4):461-5.
- สมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาภาวะหยุดหายใจขณะหลับในประเทศไทย สำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2561.
- Sharma S, Culebras A. Sleep apnoea and stroke. Stroke Vasc Neurol 2016;1(4):185-91.
- Netzer NC, Stoohs RA, Netzer CM, Clark K, Strohl KP. Using the Berlin questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. Ann Intern Med 1999; 131(7):485-91.
- Schütz SG, Lisabeth LD, Gibbs R, Shi X, Chervin RD, Kwicklis M, et al. Ten-year trends in sleep-disordered breathing after ischemic stroke: 2010 to 2019 data from the BASIC project. J Am Heart Assoc 2022;11(4): e024169.
- Chiu HY, Chen PY, Chuang LP, Chen NH, Tu YK, Hsieh Y-J, et al. Diagnostic accuracy of the Berlin questionnaire, STOP-BANG, STOP, and Epworth sleepiness scale in detecting obstructive sleep apnea: A bivariate meta-analysis. Sleep Med Rev 2017;36:57-70
- นิรมล อังตระกูล. ความน่าเชื่อถือของ แบบสอบถาม Berlin ฉบับภาษาไทยในการประเมินความเสี่ยงของภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. ศรีนครินทร์เวชสาร 2011;26 Suppl 1:S102.
- Kapur VK, Auckley DH, Chowdhuri S, Kuhlmann DC, Mehra R, Ramar K, et al. Clinical practice guideline for diagnostic testing for adult obstructive sleep apnea: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med 2017;13(3):479-504.

Abstract: Prevalence of Snoring in Stroke Patients

Chayanin Srisuk, M.D., Dip Thai Board of Neurology

Division of Internal Medicine, Somdejprajotaksinmaharaj Hospital, Tak Province, Thailand

Journal of Health Science 2023;32(4):627-35.

This cross-sectional study aimed to investigate the prevalence of snoring in stroke patients. The study was conducted among patients with stroke receiving treatment in the stroke clinic at Somdejprajotaksinmaharaj Hospital, Tak province, between January 2019 and December 2021. Clinical data were collected from outpatient medical records and using the Berlin questionnaire. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics using the Chi-square test and independent sample t-test. The research results revealed that there were 355 stroke patients in the study; and the prevalence of snoring was revealed as 32.7%. This included 31.4% of acute ischemic stroke (AIS) and 62.8% of acute hemorrhagic stroke (AHS) patients. The number of snoring, loud snoring, occasional snoring, and habitual snoring patients was high in the AIS than the AHS, but there was no statistically significant difference ($p>0.05$). This study showed that snoring was prevalent in over one-third of stroke patients.

Keywords: snoring; stroke patients; obstructive sleep apnea; Berlin questionnaire