

ปัญหาโรคนอนกรนหยุดหายใจกับการให้บริการ
ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย

พลตรี สุรศักดิ์ พุทธานุกาพ
ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 57
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2557 – 2558

บทคัดย่อ

เรื่อง ปัญหาโรคนอนกรนหยุดหายใจกับการให้บริการในหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า
ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา
ผู้วิจัย พลตรีสุรศักดิ์ พุทธานุกาภาพ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

โรคนอนกรนหยุดหายใจเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ส่งผลต่อการทำงาน คุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวม นอกจากนี้ยังมีผลต่ออุบัติเหตุที่เพิ่มมากขึ้นอันเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาโรคนอนกรนหยุดหายใจและผลกระทบตลอดจนอุบัติการณ์ของโรคในคนไทย เพื่อศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ศึกษาแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคนอนกรนหยุดหายใจในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีขอบเขตการวิจัยจำกัดเฉพาะ โรคภาวะหยุดหายใจขณะนอนที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย และศึกษาเฉพาะในผู้บริหารและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องถึงความเป็นไปได้ในการกำหนดกฎเกณฑ์การให้บริการภาวะนอนกรนหยุดหายใจขณะนอนแก่ผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งศึกษาความชุก ผลกระทบของโรคนอนกรนหยุดหายใจทั้งในและต่างประเทศ (เป็นข้อมูลทุติยภูมิ) ตามวารสารที่ตีพิมพ์ สัมภาษณ์ผู้บริหาร โรงพยาบาล หน่วยงาน สปสช. และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการนอนหลับ ตลอดจนวิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบค่าใช้จ่ายในการให้บริการ หรือความสูญเสียที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจเป็นตัวเลข จากการศึกษาความชุกของโรคพบว่า ในสหรัฐอเมริกาพบในผู้หญิงร้อยละ 2 และในผู้ชายร้อยละ 4 ในประเทศไทยพบกำลังพลที่ปฏิบัติงานใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ร้อยละ 4.9 การตรวจผู้ป่วยด้วยเครื่องตรวจการนอนหลับแบบพกพาและการให้บริการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับระดับรุนแรงจะมีค่าใช้จ่ายต่อปีประมาณ 300 - 400 ล้านบาท แต่สามารถลดค่าใช้จ่ายที่เป็นผลกระทบจากการนอนกรนหยุดหายใจได้หลายพันล้านบาท จึงนำเสนอ สปสช. เพื่อพิจารณาให้การรักษาผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจที่อยู่ในระดับรุนแรง การวิจัยนี้พบว่า โรคนอนกรนหยุดหายใจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมาก โดยพิจารณาในกลุ่มที่เป็นรุนแรง แม้มีค่าใช้จ่ายสูงหากมีการบริหารจัดการที่เหมาะสมสามารถลดค่าใช้จ่ายทั้งการรักษาและผลกระทบจากโรสดังกล่าวได้มาก จึงเป็น โครงการที่มีความคุ้มค่าในการดำเนินการ

คำนำ

โรคนอนกรนหยุดหายใจ เป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและสังคมรอบข้าง หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องก็จะทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ในกรณีซับซ้อนยานพาหนะก็อาจจะเกิดอุบัติเหตุจากการหลับใน ทำให้สูญเสียชีวิตและทรัพย์สินเป็นจำนวนมากทั้งของผู้ป่วยเองและผู้อื่น

ผู้วิจัยในฐานะเป็นแพทย์ผู้ดูแลรักษาเห็นว่า โรคนี้สามารถให้การป้องกันและรักษาได้ผลดี เมื่อเทียบค่าใช้จ่ายโดยรวมในการรักษากับค่าความสูญเสียแล้วมีความคุ้มค่า จึงได้ศึกษาและหาแนวทางการให้บริการด้านคำรักษาพยาบาลในผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นและลดผลกระทบทางสังคม

พลตรี

(สุรศักดิ์ พุทธานุภาพ)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
วิธีดำเนินการวิจัย	2
ข้อจำกัดของการวิจัย	3
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	3
คำจำกัดความ	3
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	4
อุบัติการณ์ของโรค	5
ผลกระทบต่อสุขภาพ	10
กลไกการเกิดการหยุดหายใจขณะนอนหลับ	15
การคัดกรองประชากรที่มีปัญหาการนอนหลับหยุดหายใจ	17
การวินิจฉัยโรค	23
การรักษาภาวะนอนกรนหยุดหายใจ	24
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย	29
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	29
อภิปรายและสรุป	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4	
ผลการวิจัยและอภิปราย	31
อุบัติการณ์ของโรคในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ	33
สัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมนิทรา	38
สัมภาษณ์ผู้บริหาร สปสช.	44
บทที่ 5	
สรุป และข้อเสนอแนะ	49
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	49
ข้อเสนอแนะ	51
บรรณานุกรม	53
ประวัติย่อผู้วิจัย	55

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2-1 ตารางความชุกของ OSA (Prevalence)	6
2-2 ตารางแสดงมูลค่าความเสียหายจากอุบัติเหตุของไทย	6
2-3 ตารางแสดงอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกของไทย ประจำปีงบประมาณ 2557	7
4-1 ตารางประเมินค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา	32
4-2 ตารางเปรียบเทียบความคุ้มค่า (USA, CAN, EU)	32
4-3 ตารางเปรียบเทียบผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจกับการให้บริการ สุขภาพในผู้ป่วยสิทธิ์อื่น ๆ	37
4-4 ตารางแสดงเปรียบเทียบสิทธิ์ในการเบิกค่ารักษาพยาบาล สำหรับโรคนอนกรนหยุดหายใจในปัจจุบัน	37

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
2-1 แผนภาพแสดงผลกระทบต่อการทำงานของสมองที่เกิดจาก OSA	12
2-2 แผนภาพแสดงการเกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจ	15
2-3 แผนภาพแสดงระดับการตีบแคบของทางเดินหายใจ	15
2-4 แผนภาพแสดงระยะการนอนหลับ	16
2-5 แผนภาพแสดงการตรวจการนอนหลับ	24
2-6 แผนภาพการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกในผู้ป่วย นอนกรนหยุดหายใจปานกลาง – รุนแรง	๓ 25

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคนอนกรนหยุดหายใจเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยอันดับต้น ๆ ทั้งในและต่างประเทศ โดยพบว่าร้อยละ 4 ในผู้หญิงและ ร้อยละ 9 ในผู้ชายวัยกลางคนมีปัญหาเรื่องนอนกรนหยุดหายใจ ส่วนอุบัติการณ์นอนกรนพบ ร้อยละ 15 – 30

โรคนอนกรนหยุดหายใจ แบ่งเป็นโรคนอนกรนธรรมดาและโรคนอนกรนหยุดหายใจ โดยพบว่าหากเป็นโรคนอนกรนธรรมดาผู้ป่วยจะมีนอนกรนเสียงดังในเวลากลางคืน ไม่มีอาการหายใจสะดุดหรือหยุดหายใจ ฉะนั้นจะไม่มีผลกระทบต่อการนอนของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยจึงไม่มีอาการง่วงเจีย ปวดหัว อ่อนเพลียเหมือนไม่ได้พักผ่อน และมีอาการง่วงนอนในเวลากลางวัน ไม่มีเรี่ยวแรงในการทำงาน เหมือนคนใช้นอนกรนหยุดหายใจ นอกจากผลกระทบในระยะสั้นดังกล่าวแล้วผู้ป่วยที่มีภาวะนอนกรนหยุดหายใจ พบว่า ในระยะยาวยังมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอุบัติการณ์เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองแตก, ตีบ) เพิ่มขึ้น และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าบุคคลทั่วไป สำนักหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช) ซึ่งดูแลสุขภาพประชาชนของประเทศโดยรวม ทำให้ประชาชนโดยรวมมีความผาสุก สุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัจจุบันทางสำนักหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช) ให้นั้นย้ำถึงโรคที่ไม่ติดต่อกันที่ป้องกันได้

ภาวะนอนกรนหยุดหายใจ (OSA) จึงเป็นโรคที่ทางสำนักหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช) น่าจะให้ความสนใจให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวด้วย เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่เป็นผลพวงจากการขาดการวินิจฉัยและรักษาโรคดังกล่าว

ผู้วิจัยซึ่งเป็นแพทย์และเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงประสงค์จะศึกษาเพื่อหาข้อสรุปที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจในกลุ่มดังกล่าวที่อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และหาแนวทางในการบริการผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจเพื่อให้สอดคล้องกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะนอนกรนหยุดหายใจและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในคนไทย
2. เพื่อศึกษาปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจ
3. เพื่อศึกษาแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. เสนอแนะแนวทางต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาการให้บริการผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยนี้จะจำกัดขอบเขตเฉพาะ โรคภาวะหยุดหายใจในขณะนอนที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย
2. ศึกษาเฉพาะในผู้บริหารและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องถึงความเป็นไปได้ในการกำหนดกฎเกณฑ์ในการให้บริการภาวะนอนกรนหยุดหายใจขณะนอนแก่ผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ

1. การรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 การรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ จากการศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะนอนกรนหยุดหายใจทั้งในและต่างประเทศ จากวารสารตีพิมพ์และเอกสารที่เผยแพร่ของหน่วยงานต่าง ๆ
 - 1.2 การรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารของหน่วยงาน สปสช. ที่รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - สัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมนิทรา (Sleep Medicine)
2. วิเคราะห์ข้อมูลและเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
3. สรุปและแนะนำความเป็นไปได้ในการนำไปเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไปตามความเหมาะสม

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้บริหารของหน่วยงาน สปสช. ที่เป็นผู้ดูแลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมนิตรา ประกอบกับการนำข้อมูลค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาและการคาดการณ์ว่าสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการไม่ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคภาวะหยุดหายใจขณะนอนว่ามีความคุ้มค่าในการพิจารณารักษาในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ ไม่สามารถศึกษาองค์ประกอบความเป็นไปได้ในมิติอื่น ๆ เช่น ความมั่นคงด้านการเงินของโครงการ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองต่อโครงการดังกล่าว ความสามารถของผู้บริหารโครงการ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบภาวะนอนกรนหยุดหายใจและผลกระทบตลอดจนอุบัติการณ์ในคนไทย
2. ทำให้ทราบผลกระทบด้านค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจเพื่อพิจารณาเกณฑ์ที่เหมาะสมในการให้บริการในผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ทำให้ทราบแนวทางในการให้บริการด้านค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจให้มีสิทธิ์ครอบคลุมมากขึ้น
4. ทำให้ได้ข้อเสนอแนะแนวทางต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาการให้บริการผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำจำกัดความ

AHI	หมายถึง จำนวนครั้งที่หยุดหายใจมากกว่า 10 วินาทีต่อครั้ง ในเวลา 1 ชั่วโมง
CPAP	หมายถึง เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก
Obstructive sleep apnea (OSA)	หมายถึง ภาวะนอนกรนหยุดหายใจ
Polysomnography	หมายถึง เครื่องมือตรวจการนอน
Sleep Medicine	หมายถึง แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมนิตรา

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคนอนกรน เป็นปัญหาที่พบบ่อยโรคหนึ่งในทางการแพทย์ เกิดจากการตีบแคบของทางเดินหายใจในช่องคอขณะนอนเป็นระยะ ๆ บางครั้งเกิดการอุดตันแล้วแต่ความรุนแรงของโรคโดยทั่วไปแบ่งเป็นโรคนอนกรนธรรมดา (Simple Snorer) และโรคนอนกรนหยุดหายใจหรือภาวะหยุดหายใจขณะนอน (Obstructive Sleep Apnea)

โดยพบว่าโรคนอนกรนธรรมดามักเกิดปัญหาให้กับคนที่หลับนอนด้วยทำให้นอนไม่หลับ แต่กรณีที่เป็นโรคหยุดหายใจขณะนอนจะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้วยโดยขึ้นกับความรุนแรงของโรค ซึ่งโรคหยุดหายใจขณะนอนจะแบ่งตามความรุนแรงเป็น 3 ระดับ คือ เป็นเล็กน้อย ค่าดัชนีหยุดหายใจและหายใจแผ่ว 5 – 15 ครั้ง/ชั่วโมง (โดยดัชนีหยุดหายใจและหายใจแผ่ว คือ จำนวนครั้งของการหยุดหายใจ > 10 วินาที หรือจำนวนครั้งหายใจแผ่วที่ลมหายใจปรับลดลง ร้อยละ 30 และความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง ร้อยละ 4 หรือลมหายใจลดลงร้อยละ 50 และความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลงร้อยละ 3 ขึ้นไป ซึ่งคิดเป็นจำนวนครั้ง/ชั่วโมงการนอนหลับ) ระดับปานกลาง ดัชนีหยุดหายใจและหายใจแผ่ว 15 – 30 ครั้ง/ชั่วโมง และเป็นรุนแรง ดัชนีหยุดหายใจและหายใจแผ่ว > 30 ครั้ง/ชั่วโมง ถ้ามีค่า < 5 ครั้ง/ชั่วโมง ถือว่าไม่มีปัญหาเรื่องภาวะหยุดหายใจขณะนอน

ภาวะหยุดหายใจขณะนอนถือว่าเป็นปัญหาสำคัญ ปัญหาหนึ่งทางการแพทย์ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังและผู้ป่วยมักไม่ทราบว่าตนเองมีปัญหาในการนอนจนกว่าจะมีภาวะแทรกซ้อนหรือเป็นรุนแรงมากแล้ว เช่น มีอาการอ่อนล้าง่าย ง่วงนอนเวลากลางวันหรือปวดหัว ง่วงงียในตอนเช้า ทั้งที่ได้นอนหลับมากกว่า 7 ชั่วโมง โดยพบว่าอาการง่วงนอนข้างต้นบางครั้งอาจทำให้ปรับตัวโดยการทานกาแฟ ยากระตุ้น หรืออาจมีพฤติกรรมตื่นตัวมากผิดปกติในเด็ก (Hyper active child) หรือมีโรคความดันโลหิตสูงโดยไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคดังกล่าว และเริ่มเป็นตั้งแต่อายุไม่มากนัก หรือบางครั้งเป็นความดันโลหิตสูง และไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ด้วยยาลดความดันเพียงชนิดเดียว ต้องใช้ยามากกว่า 1 ชนิดขึ้นไป

การให้ความรู้แก่ประชาชน โดยเฉพาะประชาชนในกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา หรือลดผลกระทบจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคดังกล่าว จะมีผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

โดยในระยะสั้น จะมีผลกระทบต่อสมองเนื่องจากช่วงหยุดหายใจสมองจะขาดอากาศหรือออกซิเจนเป็นการชั่วคราว ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจจำนวนมากไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุทางยานยนต์ อีกทั้งบั้นทอนคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหากมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การควบคุมน้ำหนัก หรือลดน้ำหนักกรณีมีปัญหาโรคอ้วนน้ำหนักเกิน การดื่มเหล้าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ จมูกแน่นตันหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเวลานอน เหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่โรคนอนกรนและนอนกรนหยุดหายใจได้หากไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลงแก้ไขพฤติกรรมที่มีหลักฐานชัดเจนเช่น การควบคุมน้ำหนักหรือลดน้ำหนัก หากมีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยเฉพาะหากมีการเพิ่มน้ำหนักเกินร้อยละ 10 ในระยะ 6 – 12 เดือน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะนอนกรนหยุดหายใจ

อย่างไรก็ตาม ปริมาณผู้ป่วยที่มีมากจากอุบัติการณ์ของโรคที่สูง โดยเฉพาะกลุ่มนอนกรนและนอนกรนหยุดหายใจที่เป็นเล็กน้อย การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญอย่างมากในการคัดแยกผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มนอนกรนธรรมดาและนอนกรนหยุดหายใจเล็กน้อยออกจากกลุ่มที่มีภาวะนอนกรนหยุดหายใจปานกลาง – รุนแรง ที่บั้นทอนคุณภาพชีวิตและประสิทธิภาพการทำงาน และมีผลต่อสมาธิความคิดอ่าน ความจำ ตลอดจนอารมณ์ อีกทั้งระยะยาวทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น โรคหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดสมองแตกและตีบตัน จากการศึกษาของ He (1988) พบว่าผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจที่มีความรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง จากการติดตามดูอาการเป็นเวลา 8 ปี พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 64 ขณะที่ผู้ป่วยนอนกรนธรรมดาหรือนอนกรนหยุดหายใจที่เป็นเล็กน้อย มีอัตราการรอดชีพ ร้อยละ 96 ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นปานกลาง – รุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยที่เป็นน้อยหรือคนทั่วไปถึง 9 เท่า

นอกจากนี้ยังพบว่า การรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศเพื่อผ่านทางเดินหายใจขณะนอนสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากเหตุดังกล่าวลงได้ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

อุบัติการณ์ของโรค

อุบัติการณ์ (ปริมาณผู้ป่วยที่พบใหม่ในแต่ละปี) หรือความชุก (ปริมาณสะสมของผู้ป่วย) ขึ้นกับหลายปัจจัย เช่น

ตารางที่ 2-1 ความชุกของ OSA (Prevalence)

ความชุกของ OSA (Prevalence)				
Country		N	Male	Female
USA	Young	601	4.0%	2.0%
	Bixler	1,741	3.9%	1.2%
Australia	Bearpnte	485	3.1%	-
India	Vdnadia	250	7.5%	4.5%
China	Ip	258	4.1%	2.1%
Korea	Kim	457	4.5%	2.3%
Thai	Mahakit	960	4.8%*	-

* สํารวจในกําลังพล 3 ชายแดนใต้

ตารางที่ 2-2 มูลค่าความเสียหายจากอุบัติเหตุของไทย

มูลค่าความเสียหาย		
	ชาย/คน	หญิง/คน
ตาย	4,610	1,575
บาดเจ็บสาหัส	1,737	1,019
บาดเจ็บเล็กน้อย	10,844	6,223
ทรัพย์สินเสียหายรวม	404,144,277 บาท	

ตารางที่ 2-3 อุบัติเหตุจากการจราจรทางบกของไทย ประจำปีงบประมาณ 2557

สรุป.	
อุบัติเหตุจราจรทางบก ต.ค.56 – ก.ย.57	
จักรยานยนต์	18,713
สามล้อ	218
สี่ล้อนั่ง	16,041
รถโดยสารตู้เล็ก	826
รถปิคอัพ	9,044
รถโดยสารหกล้อ	667
รถบรรทุกหกล้อ	1,004
รถบรรทุกสิบล้อ	874
รถแท็กซี่	2,009

เชื้อชาติ มีการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคในเชื้อชาติต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นการศึกษาในทางประเทศตะวันตก ความต่างกันใอุบัติการณ์ของแต่ละเชื้อชาติอาจมีผลมาจากโครงสร้างของรูปร่าง ขนาดของศีรษะ วัฒนธรรม อาหาร การใช้ชีวิต ในอเมริกามีการศึกษาความชุกของผู้ป่วยหยุดหายใจขณะนอน พบว่า ความถี่ที่ต่างกันในช่วงอายุต่าง ๆ กัน

นอกจากนี้ยังพบว่าคนผิวดำมีปัญหาอนกรนและนอนกรนหยุดหายใจปานกลางมากกว่าคนผิวขาว โดยพบว่า คนผิวดำในช่วงอายุ > 65 ปี มีภาวะหยุดหายใจขณะนอน > 30 ครั้ง/ชั่วโมง มากกว่าคนผิวขาว 2.5 เท่า หรือแม้กระทั่งเด็กอายุ < 25 ปี ก็พบในคนผิวดำมากกว่าคนผิวขาวเช่นกัน Ip และคณะ ได้ศึกษาในคนฮ่องกง 784 ราย อายุ 30 – 60 ปี จำนวน 153 คน ได้ทำการ

ตรวจการนอนหลับ (Polysomnography) โดยพบว่า ร้อยละ 25 มีภาวะหยุดหายใจขณะนอน โดยทั่วไปพบมีโรคนี้ ~ ร้อยละ 5 ที่มีค่าดัชนีหยุดหายใจ > 15 ครั้ง/ชั่วโมง ร้อยละ 4 มีอาการง่วงนอนและหยุดหายใจขณะนอน ส่วนในผู้หญิงพบมีปัญหาดังกล่าว ร้อยละ 2 ในอเมริกาดัชนีมวลกายจะมีอิทธิพลในการเกิด โรคมากกว่าปัจจัยอื่น ในขณะที่คนเอเชียโครงสร้างใบหน้าจะมีอิทธิพลมาก

ความอ้วน จากการศึกษาในญี่ปุ่น พบว่า คนขับรถที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม หรือดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้น 5 กิโลกรัม จะเพิ่มอุบัติการณ์การเกิด OSA มาก

ชาวอเมริกาพบว่า ภาวะหยุดหายใจขณะนอนกับดัชนีมวลกายจะสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเมื่อ ดัชนีมวลกาย > 26 กิโลกรัม/ตารางเมตร

ในคนตะวันตกพบว่า ดัชนีมวลกาย > 29 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีอุบัติการณ์เกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนมากกว่าคนทั่วไป 10 เท่า

คนอิสราเอล พบว่า คนขับรถบรรทุกที่มีดัชนีมวลกาย > 32 กิโลกรัม/ตารางเมตร พบมีภาวะหยุดหายใจขณะนอน ร้อยละ 75 ขณะที่คนเหล่านี้ตอบคำถามว่าตนเองไม่มีอาการง่วงนอนขณะขับรถ

Wisconsin sleep group มีการศึกษาผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจ 282 ราย พบว่า จากการติดตามดูอาการ 8 ปี พบมีดัชนีหยุดหายใจเพิ่มขึ้นจาก 2.5 ครั้ง/ชั่วโมง เป็น 5.1 ครั้ง/ชั่วโมง และพบว่าคนอ้วนมีแนวโน้มในการเพิ่มค่าดัชนีหยุดหายใจมากกว่าคนน้ำหนักปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงในคนสูงอายุมากกว่าคนวัยรุ่น

Cleveland group ได้ติดตามดูจำนวนตัวอย่าง 232 รายและติดตามดูเป็นเวลา 5 ปี พบว่า ค่าดัชนีหยุดหายใจเพิ่มจาก 2.0 ครั้ง/ชั่วโมง เป็น 6.2 ครั้ง/ชั่วโมง และปัจจัยที่สำคัญคือดัชนีมวลกายที่เพิ่ม โรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนโรคเบาหวาน และพบว่าการรักษาสามารถลดการเพิ่มความรุนแรงของโรคได้ โดยเฉพาะการเกิดภาวะแทรกซ้อน (กรณีไม่ได้ให้การรักษาด้วยการใช้เครื่องอัดอากาศ) โดยพบว่า การนอนกรนดังเป็นประจำและโรคอ้วนน้ำหนักเกินจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเพิ่มความรุนแรงของภาวะหยุดหายใจขณะนอน

เพศ โดยทั่วไปพบว่า เพศชายพบมีปัญหานอนกรนมากกว่าเพศหญิง 2 – 3 เท่า โดยพบว่า มีอิทธิพลจากฮอร์โมนเพศแต่ก็ไม่พบว่าหากให้ฮอร์โมนเพศหญิงแก่ผู้ป่วยผู้ชายที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนแล้วไม่ได้ทำให้ดัชนีหยุดหายใจขณะนอนลดลงแต่อย่างใด แต่อย่างไรก็ตาม ฮอร์โมนเพศหญิงพบว่ามีส่วนช่วยกระตุ้นศูนย์ควบคุมการหายใจและนอกจากนี้สันนิษฐานว่าผู้ชายมีปัจจัยเสี่ยงอื่นที่เสริม เช่น โครงสร้างของกะโหลก การสะสมของไขมัน มวลของกล้ามเนื้อที่ต่างกัน อาจมีอิทธิพลต่อช่องทางเดินหายใจได้

คนตั้งครรภ์ มีการศึกษาในคนตั้งครรภ์ 350 คนในโรงพยาบาลทารกของอเมริกา พบว่า ร้อยละ 14 มีอาการนอนกรนตลอดขณะตั้งครรภ์ ขณะที่คนปกติมีปัญหานอนกรนตลอดเพียงร้อยละ 4

โดยพบว่าในช่วงตั้งครรภ์ 35 – 38 สัปดาห์ มีปัญหานอนกรนตลอด ร้อยละ 14 ขณะที่ มีปัญหา ร้อยละ 3.7 และ 4 ที่ 8 และ 12 สัปดาห์ ตามลำดับ มีการสำรวจในผู้หญิงสวีเดนที่ตั้งครรภ์ จำนวน 502 ราย พบมีนอนกรนเสียงดังตลอด ร้อยละ 23 โดยเฉพาะสัปดาห์ก่อนคลอด ขณะที่พบเพียงร้อยละ 4 ที่นอนกรนดังตลอดก่อนการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัญหานอนกรนเสียงดังตลอด ในช่วงไตรมาสสุดท้ายก่อนคลอด และพบว่าจากการนอนกรนดังกล่าวมักหายไปหลังคลอด 2 – 3 เดือน แต่อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีปัญหานั้นเฉพาะนอนกรนไม่มีปัญหาหยุดหายใจขณะนอนแต่พบว่ามักมีอาการของทางเดินหายใจส่วนบนมีแรงต้านทานสูง (UARS) ทำให้นอนกรนและมีอาการอ่อนล้า ง่วงนอนในเวลากลางวันได้ โดยสมมุติฐานว่ามักเกิดจากน้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น การบวมบริเวณช่องคอขณะตั้งครรภ์ หรือการทำงานของกล้ามเนื้อช่องทางเดินหายใจที่ลดลงจากอิทธิพลของฮอร์โมนเพศ

อายุ พบว่า ความชุกของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุ โดย พบว่าความหยาบของเนื้อเยื่อบริเวณลำคอและกล้ามเนื้อเป็นปัจจัยที่มีผลมาก แต่อย่างไรก็ดี พบว่าในคนสูงอายุจะมีโรคทางร่างกายหรือโรคแฝงร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เช่น โรค Parkinson แต่ Ancoli-Israel พบว่า จำนวน 427 คน ที่สำรวจทั้งผู้หญิง – ผู้ชาย อายุ 65 – 95 ปี พบมีความชุกของโรค (AHI > 10 ครั้ง/ชั่วโมง) ร้อยละ 70 ในผู้ชาย และร้อยละ 50 ในผู้หญิง ซึ่งพบว่ามี ความชุกมากกว่าวัยกลางคนประมาณ 3 เท่า

Vitoria-Gasteiz จากสเปน พบคนอายุ 70 – 100 ปี มีดัชนีหยุดหายใจขณะนอน AHI \geq 5 ครั้ง/ชั่วโมง ถึง ร้อยละ 80, 81 ในผู้หญิงและผู้ชายตามลำดับ และ AHI \geq 15 ครั้ง/ชั่วโมง พบ ร้อยละ 49, 57 ในผู้หญิงและผู้ชายตามลำดับ โดยพบว่าในผู้หญิงวัยรุ่นและคนสูงอายุพบร้อยละ 4 และ 32 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้ชายวัยรุ่นและคนสูงอายุพบร้อยละ 22 และ 42 ตามลำดับ และถ้า AHI \geq 15 ครั้ง/ชั่วโมง (เป็นปานกลาง – รุนแรง) พบว่าคนสูงอายุ (60 – 99 ปี) เป็นมากกว่า 1.7 เท่าของคนวัยกลางคน (40 – 60 ปี)

แต่อย่างไรก็ตาม Ancoli-Israel และ Bixler พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นความชุกของโรคหยุดหายใจขณะนอนก็เพิ่มมากขึ้น แต่พบว่าหลังอายุ 65 ปีขึ้นไปความชุกของโรคกลับคงที่ซึ่งอาจเกิดจากคนที่ เป็นโรคหยุดหายใจขณะนอนที่เป็นมากหากไม่รักษาก็เสียชีวิตไป แต่บางกลุ่มที่มีการรักษา ก็สามารถมีอายุขัยใกล้เคียงคนปกติได้เช่นกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างดัชนีมวลกายกับโรคนอนกรนหยุดหายใจมีความสัมพันธ์ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ต่างจากช่วงวัยกลางคน นอกจากนี้ความชุกของการนอนกรนลดลง อาจเนื่องจากผู้ป่วยนอนคนเดียว เนื่องจากการเสียชีวิตของกลุ่มสมรสหรือมีปัญหาหูดัง ไม่ค่อยได้ยินเสียงกรน หรืออาจเนื่องจากคนสูงอายุมีนอนกรนหยุดหายใจจากความผิดปกติของสมอง (Central Apnea) ซึ่งมักไม่ค่อยมีอาการนอนกรน

โดยสรุปอุบัติการณ์โรคนอนกรนหยุดหายใจกับอายุ พบว่าสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้นถึงอายุประมาณ 65 ปี และมีแนวโน้มที่ผู้เป็นโรคนอนกรนหยุดหายใจจะเสียชีวิตสูงขึ้นเมื่ออยู่ในช่วงอายุดังกล่าว โดยเฉพาะที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา และอาจมีผู้ป่วยที่เป็นมากขึ้นเพิ่มขึ้นจากอายุที่เพิ่มขึ้น

ผลกระทบต่อสุขภาพ

ผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจ

โดยทั่วไปในเวลานอนหลับ ร่างกายจะมีการพักผ่อนทำให้ความดันโลหิตจะลดลงจากในเวลากลางวันประมาณ 10 – 20 มิลลิเมตรปรอท แต่พบว่าคนที่มีความหยุดหายใจขณะนอนที่เป็นรุนแรงอาจทำให้ค่าความดันโลหิตไม่ลดลงที่เกิดจากการกระตุ้นจากภาวะขาดออกซิเจน (hypoxia arousal) ซึ่งทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติ sympathetic ถูกกระตุ้นตลอดเวลาทำให้มีการหลั่งฮิโมนาลีนออกมาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ค่าความดันโลหิตไม่ลดลงในเวลานอน

Duran ได้มีการศึกษาในชาวสเปน 555 รายพบว่า คนที่มีความหยุดหายใจขณะนอน (มากกว่า 5 ครั้ง/ ชั่วโมง) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับคนทั่วไปที่ไม่มีปัญหาหยุดหายใจขณะนอน

Bixler พบว่า จากการศึกษาในคนอเมริกา 1,741 คน มีความสัมพันธ์ระหว่างภาวะหยุดหายใจขณะนอนกับความดันโลหิตสูงในคนอายุน้อยและคนไม่อ้วนมากกว่าคนแก่หรือกลุ่มคนอ้วน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Young และ Nieto อย่างไรก็ตาม พบว่า จากการติดตามความดันโลหิตสูงของกลุ่มผู้ป่วยหยุดหายใจขณะนอนที่ปฏิเสธการรักษาเป็นเวลา 4 ปี พบว่ามีความดันโลหิตสูงขึ้น ร้อยละ 42 โดยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นกว่าคนทั่วไป 2.9 เท่า

Davies ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความดันโลหิตสูงและภาวะหยุดหายใจขณะนอนโดยการวัดความดันโลหิตตลอด 24 ชั่วโมง พบว่าคนที่มีความหยุดหายใจขณะนอนมีความดันโลหิตสูงทั้งเวลากลางวันและกลางคืน ขณะที่คนทั่วไปมีความดันโลหิตลดลงในเวลากลางคืน

(ขณะนอน) และพบว่าเมื่อรักษาด้วย CPAP (เครื่องอัดอากาศเพื่อผ่านทางเดินหายใจขณะนอน) ความดันโลหิตลดลงเป็นปกติ

ภาวะหยุดหายใจอาจทำให้มีการรบกวนระบบหัวใจและหลอดเลือดชั่วคราว แต่ถ้าเป็นบ่อย ๆ อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างถาวรได้ เช่น ความดันโลหิตสูงอย่างถาวร หรือมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด เช่น ภาวะขาดออกซิเจนเป็นระยะ อาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีการอักเสบและเกิดการตีบแคบของหลอดเลือดได้ง่ายขึ้น ในระยะยาวทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลงและตีบตันมากขึ้น เกิดภาวะเส้นเลือดสมองหรือเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจตีบแคบหรือตีบตันได้ง่าย จึงพบว่าหากผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจขณะนอนที่เป็นปานกลาง – รุนแรง มีอุบัติการณ์เกิดโรคเส้นเลือดสมองแตกตีบและหลอดเลือดหัวใจตีบมากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจระดับปานกลาง – รุนแรงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนทั่วไป 4.1 – 4.5 เท่า และการศึกษาของกลุ่มพบว่ามีความเสี่ยงสูงขึ้นถึง 23 เท่า แต่บางการศึกษา พบว่า กลุ่มที่มีภาวะนอนกรนหยุดหายใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนทั่วไป 1.4 เท่า จะเห็นว่าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่ต่างกันมีผลต่อผลการวิจัยที่แตกต่างกันอย่างมาก โดยบางการศึกษาใช้ผลการตรวจการนอนหลับที่เป็นมาตรฐาน บางการศึกษาใช้การตรวจด้วยเครื่องตรวจการนอนหลับแบบพกพา (Portable Monitor) หรือบางการศึกษาใช้ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนเป็นตัววินิจฉัยโรค

Partinen (1988) ติดตามผู้ป่วย 5 – 7 ปี จำนวน 198 ราย ที่มีปัญหากรนหยุดหายใจ โดยเปรียบเทียบกับคนที่ไม่ได้รับการรักษาและคนที่ได้รับการรักษาโดยการเจาะคอซึ่งเป็นวิธีการเดียวที่รักษาในสมัยก่อน สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะนอนกรนหยุดหายใจระดับรุนแรง พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าคนทั่วไปถึง 5 เท่า

Linberg (1998) ได้ติดตามการรักษา 10 ปี ในคนที่นอนกรนต่อเนื่อง และมีอาการง่วงนอนเวลากลางวันกับคนทั่วไป พบว่า กลุ่มคนที่มีอาการนอนกรนและง่วงนอนเวลากลางวันมีการเสียชีวิตในช่วง 10 ปี มากกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า ขณะที่ Ancoli-Israel ติดตามผู้ป่วย 426 ราย เป็นเวลา 8 – 10 ปี โดยใช้ Polysomnography ที่ตรวจที่บ้าน พบว่าค่าดัชนีหยุดหายใจขณะนอนไม่ได้เป็นดัชนีชี้วัดในการเพิ่มอัตราเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดแต่อย่างใด อาจเป็นเนื่องจากผู้ป่วยที่มีดัชนีหยุดหายใจขณะนอนที่รุนแรงมักได้รับการรักษาที่ใกล้ชิดและมากกว่าคนทั่วไป

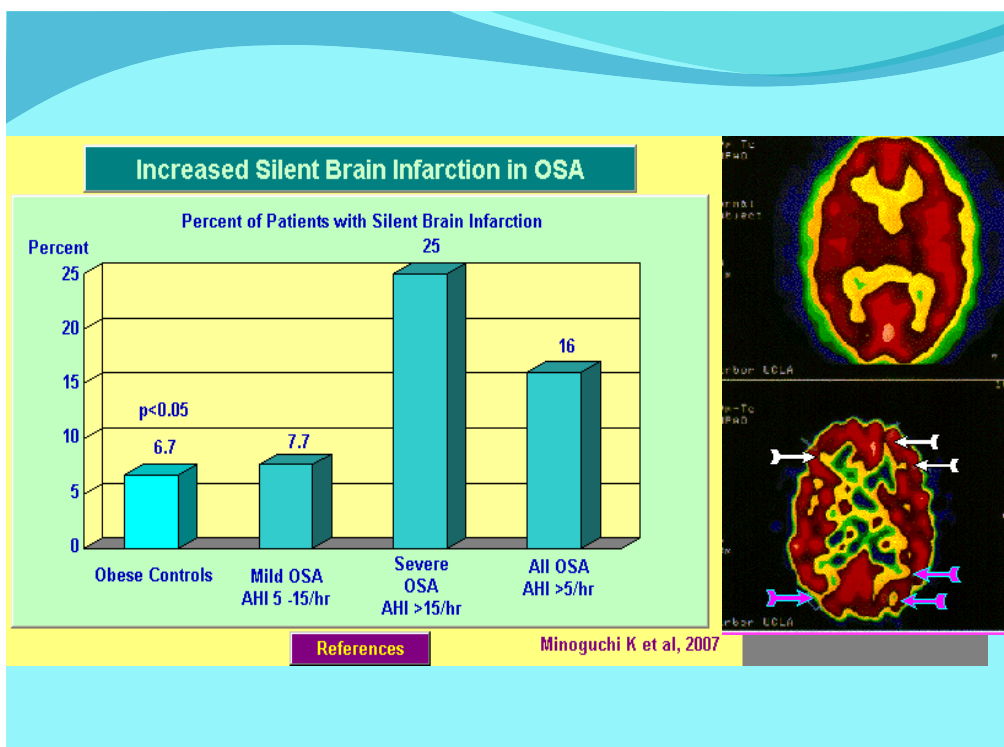
อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ความรุนแรงของดัชนีหยุดหายใจขณะนอนสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดและพบว่าการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศเพื่อผ่านทางเดินหายใจ (CPAP) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตดังกล่าวได้

ผลกระทบต่อการทำงานของสมอง (Neuro psychological impairment)

ภาวะนอนกรนหยุดหายใจทำให้มีการตั้งใจ สมาธิ ความระแวงระวัง ความจำ ความคล่องแคล่วของการพูดและการใช้มือลดลง ที่สำคัญประการหนึ่งคือ ผลกระทบต่อการขับขีรถยนต์ ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอุบัติเหตุและพบว่า 1/3 ของผู้ป่วยที่มีปัญหาหยุดหายใจขณะนอนหลับประสบอุบัติเหตุหรือเกือบเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากหลับในขณะขับรถ และพบว่า ผู้ป่วยหยุดหายใจขณะนอนมีโอกาสดเกิดอุบัติเหตุสูงกว่าคนทั่วไป 1.3 – 12 เท่า ขณะเดียวกันพบว่า การทดสอบความสามารถในการขับขีรถ (Vigilance testing และ driving simulator) พบว่า ผลการทดสอบประสิทธิภาพการขับขีรถยนต์ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยหยุดหายใจขณะนอนเพิ่มความเสี่ยงจากอุบัติเหตุในขณะทำงาน ร้อยละ 50

ภาวะนอนกรนหยุดหายใจยังมีผลกระทบต่อการเรียนรู้ในนักเรียน คุณภาพชีวิต และประสิทธิภาพในการทำงาน อุบัติเหตุในการขับขีรถจักรยาน การเจ็บป่วยจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ตลอดจนอุบัติเหตุการเสียชีวิต อีกทั้งเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนของสุขภาพและผลกระทบจากผลต่อเนื่องของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขีรถยนต์ การทำงาน และการตัดสินใจผิดพลาด และประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง

แผนภาพที่ 2-1 ผลกระทบต่อการทำงานของสมองที่เกิดจาก OSA



ความจำ

กลุ่ม Wisconsin พบว่า คัดนี้หยุดหายใจมีความสัมพันธ์กับการลดลงของประสิทธิภาพด้านการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยเฉพาะการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเล็ก ๆ (fine motor control) ความตั้งใจและสมาธิ แต่ไม่พบว่าสัมพันธ์กันโดยตรงกับความจำ

โครงการ Monica ได้ศึกษาในผู้ป่วย 848 รายพบว่า คนที่มีภาวะนอนกรนหยุดหายใจจะมีปัญหาเรื่องสมาธิมากกว่าหรือความจำ แต่บางการศึกษาพบว่า ภาวะนอนกรนหยุดหายใจมีผลต่อการจำแนกภาพและความจำ

HRQOL (Health related Quality of life)

กลุ่ม Wisconsin พบว่า ความรุนแรงของภาวะนอนกรนหยุดหายใจสัมพันธ์กับการลดลงของมาตรวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 8 มิติ ยกเว้น เจ็บปวด และอารมณ์ และที่มีผลมากคือความมีชีวิตชีวา (Vitality) แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจมักมีโรคแฝงหรือโรคร่วมอื่น ๆ อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าคนทั่วไป

Sassani A. และคณะ ได้ศึกษาการลดความสูญเสียและค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุโดยการรักษาภาวะหยุดหายใจขณะนอน โดยพบว่าปี ค.ศ. 2000 มีคนขับรถยนต์ 800,000 คน ก่ออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับภาวะนอนกรนหยุดหายใจ ค่าเสียหายจากอุบัติเหตุรถยนต์ 15.9 พันล้านเหรียญ และเสียชีวิต 1,400 คน หากมีการใช้เครื่องอัดอากาศเพื่อผ่านทางเดินหายใจขณะนอน CPAP สำหรับคนขับที่มีปัญหาหยุดหายใจขณะนอนทั้งหมดต้องใช้เงินรวมเพียง 3.18 พันล้านเหรียญ ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ 5 เท่า และลดการสูญเสียชีวิตซึ่งประเมินค่าไม่ได้

ผลกระทบต่อด้านอื่น ๆ จากภาวะนอนกรนหยุดหายใจ

นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมและภาวะนอนกรนหยุดหายใจ ยังมีผลในทางเศรษฐกิจทั้งค่าใช้จ่ายโดยตรงและโดยอ้อม จากการรักษาโรคภาวะนอนกรนหยุดหายใจและผลกระทบจากโรคนอนกรนหยุดหายใจที่สำคัญคือ อุบัติเหตุที่เกิดจากอาการอ่อนล้า และง่วงนอนในขณะทำงานหรือขับรถ ซึ่งมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน การตัดสินใจ บางครั้งอาจหมายถึงการบาดเจ็บ ทุพพลภาพ ถึงการเสียชีวิต ซึ่งเกิดจากเหตุที่ป้องกันได้ หากผู้ก่อเหตุได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมและถูกวิธี

ผลกระทบต่อสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ อาการง่วงนอนอ่อนล้าในเวลากลางวัน โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย (Safety Sensitive occupation) เช่น คนขับรถบรรทุก รถบัส ซึ่งรับผิดชอบต่อผู้โดยสาร สินค้า ตลอดจนผู้ร่วมใช้เส้นทางเดียวกัน โดยพบว่า

ร้อยละ 10 – 30 ของอุบัติเหตุรถยนต์เกิดจากคนขับหลับใน จึงไม่น่าแปลกใจว่าโรคนอนกรนหยุดหายใจเพิ่มอุบัติการณ์เกิดอุบัติเหตุ 2 – 11 เท่า

Kales และคณะ พบว่า คนขับรถบรรทุกออสเตรเลีย ร้อยละ 60 ที่คาดว่ามีปัญหา นอนกรนหรือนอนกรนหยุดหายใจและมี ร้อยละ 16 ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาโรคนอนกรนหยุดหายใจโดยพบว่าปัจจัยที่สำคัญในการเกิดโรคนอนกรนหยุดหายใจ คือความอ้วน และพบว่าร้อยละ 45 – 50 ของคนขับรถบรรทุกอเมริกามีปัญหาโรคอ้วน Kales และคณะ ประมาณว่าร้อยละ 15 – 30 คนขับรถบรรทุกชาวอเมริกันมีปัญหาโรคนอนกรนหยุดหายใจ

นอกจากนี้พบว่า ภาวะอ้วนลงพุงและการมีรอบคอที่เกินเกณฑ์มาตรฐาน (เท่ากับหรือมากกว่า 42 เซนติเมตร) เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของโรค OSA โดยกระทรวงคมนาคมอเมริกาพบว่า ในปี 1988 อุบัติเหตุทางรถยนต์ประมาณ 200,000 ครั้ง เกิดจากอาการหลับใน และพบว่ามูลค่าความเสียหายคิดเป็นจำนวนเงิน 43,000 – 56,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

ในบราซิล ปี 2001 พบมีอุบัติเหตุประมาณ 400,000 ครั้ง และเสียชีวิต 20,039 ราย เชื่อว่าเกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยา โดยอาการหลับในจากการง่วงนอนในเวลากลางวัน ในผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจเป็นปัจจัยเสริม โดยพบว่าโรคอ้วนเป็นโรคหนึ่งที่เกิดจากพฤติกรรมใช้ชีวิตที่ไม่ถูกวิธี กินและนอน มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งในการเกิดภาวะนอนกรนหยุดหายใจและนำไปสู่อาการง่วงนอนในเวลากลางวันและเกิดอุบัติเหตุในขณะที่ขับรถยนต์ได้อีกสาเหตุหนึ่ง

ปี 2000 พบว่า อุบัติเหตุจากรถบรรทุกขนาดใหญ่คร่าชีวิตคนไป 5,600 คน โดยพบว่าอาการหลับในขณะขับรถ ซึ่งมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1. นอนไม่เพียงพอ 2. นอนไม่มีคุณภาพ (นอนกรนหยุดหายใจ) คนส่วนใหญ่มักเข้าใจเรื่องการจำนวนชั่วโมงการนอนไม่พอ แต่มักไม่เข้าใจเรื่องคุณภาพการนอนที่มีการหยุดหายใจเป็นระยะในเวลาอน

จากการศึกษานี้พบว่า หากมีจำนวนการนอนน้อยกว่า 5 ชั่วโมงหรือมีภาวะหยุดหายใจขณะนอน > 30 ครั้ง/ชั่วโมง จะมีผลต่อการทดสอบอย่างชัดเจน

Kales ศึกษาในคนขับรถสาธารณะ เช่น รถบัสบรรทุก จำนวน 18 ล้านคน ร้อยละ 17 – 28 มีปัญหา นอนกรนหรือกรนหยุดหายใจ หรือประมาณ 2.8 – 3.9 ล้านคน ได้พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษาที่พอเพียง โดยพบว่ากลุ่มคนไข้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เพียงพอ พบว่ามีความชุกในการก่ออุบัติเหตุทางรถยนต์มากกว่าคนทั่วไป

กลไกการเกิดการหยุดหายใจขณะนอนหลับ

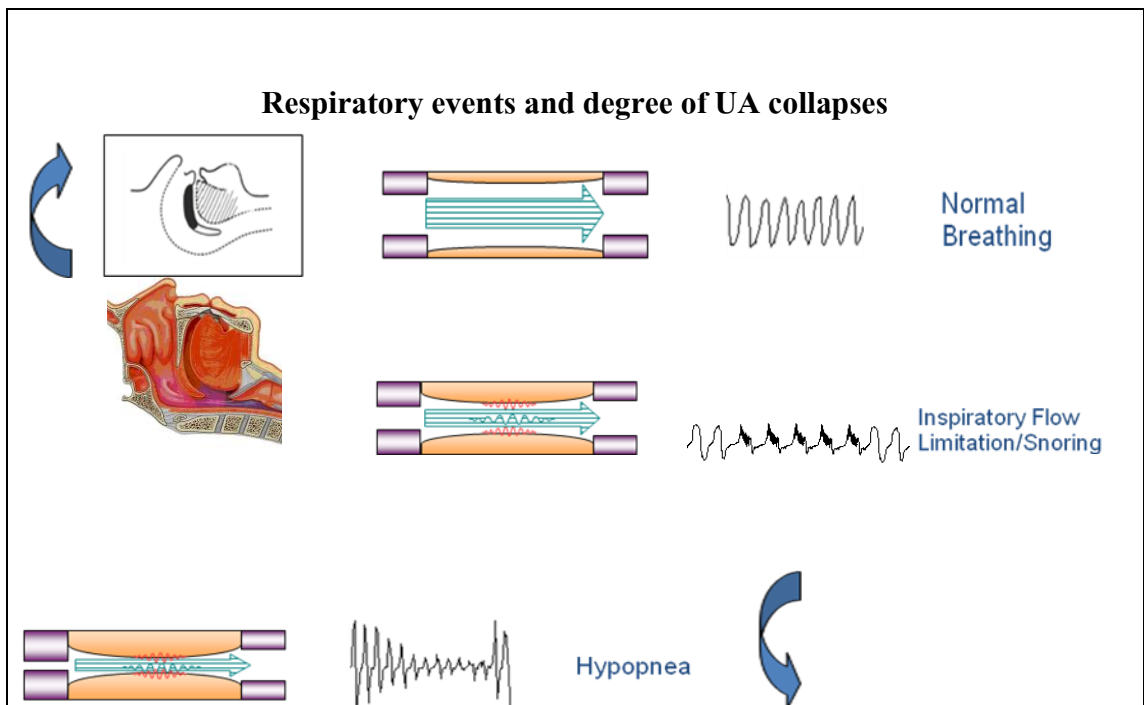
ภาวะนอนกรนหยุดหายใจเกิดจากสาเหตุ 2 ประการ คือ

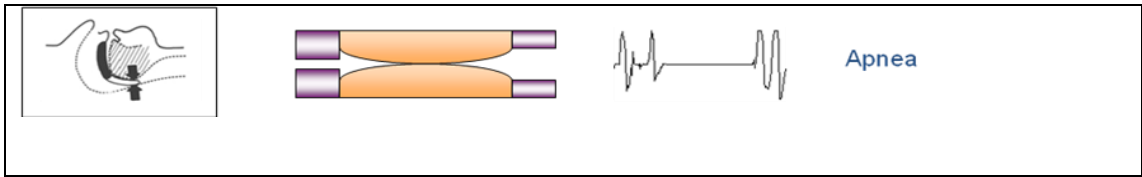
1. การอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนบน เกิดเนื่องจากช่องทางเดินหายใจส่วนคอแคบ ทำให้ช่วงหลังลิ้นหรือหลังฟันที่กล้ามเนื้ออ่อนตัวมีโอกาสอุดกั้นทางเดินหายใจได้สูง

แผนภาพที่ 2-2 แสดงการเกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจ



แผนภาพที่ 2-3 ภาพแสดงระดับการตีบแคบของทางเดินหายใจ





2. เกิดจากการรบกวนศูนย์ควบคุมการหายใจ (พบประมาณ ร้อยละ 5 ของผู้ป่วย) โดยพบว่าบางคนมีพยาธิสภาพที่ศูนย์ควบคุมการหายใจที่สมองจึงทำให้การหายใจไม่สม่ำเสมอ มีการหยุดหายใจเป็นระยะ ๆ ได้

โดยพบว่าการนอนหลับคนเราจะมี 4 ระยะ คือ

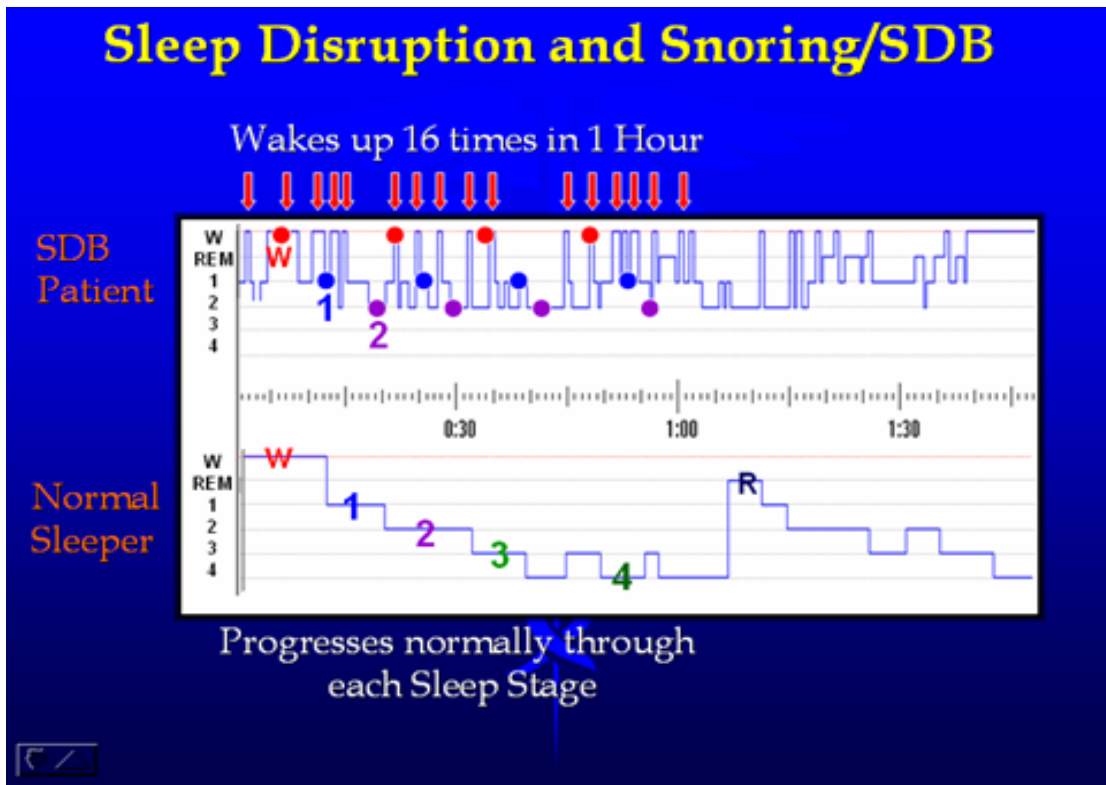
1. การหลับระยะที่ 1 (Non REM stage 1) เป็นการเข้าสู่การหลับ คนเราจะใช้เวลาในระยะนี้ ร้อยละ 5 ของเวลานอน

2. การหลับระยะที่ 2 (Non REM stage 2) การนอนส่วนใหญ่จะอยู่ในระยะนี้ โดยถือเป็นการนอนระดับตื้น คนเราใช้เวลาในระยะนี้ ร้อยละ 50 ของเวลานอน

3. การหลับระยะที่ 3 (Non REM stage 3) เป็นการหลับลึก เนื่องจากเป็นการหลับที่สมองมีการนำกระแสประสาทช้า ฉะนั้นจึงไม่ค่อยตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นภายนอก นอกจากนี้กล้ามเนื้อจะมีการคลายตัวมากจึงถือเป็นการนอนที่เป็นการฟื้นฟูร่างกายและเรียกความสดชื่นให้กับร่างกายในการทำงานในวันรุ่งขึ้น แต่ขณะเดียวกันในคนที่มีการหยุดหายใจขณะนอนเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงในการหยุดหายใจได้เช่นกัน เนื่องจากลิ้นที่เป็นกล้ามเนื้อจะหย่อนตัวไปอุดทางเดินหายใจส่วนต้นที่แคบได้ ระยะหลับลึกนี้โดยทั่วไปใช้เวลา ร้อยละ 20 – 25

4. การหลับฝัน (REM sleep) เป็นการหลับที่สมองมีการทำงานคล้ายช่วงตื่นนอน โดยเชื่อว่าเป็นช่วงที่ร่างกายฝันและมีการนำเรื่องราวที่ประสบในช่วงเวลากลางวันมาผ่านสมองอีกครั้งเพื่อบันทึกเป็นความจำถาวร ฉะนั้นหากคนเราหลับไม่สนิทและไม่มีช่วงหลับฝันอาจส่งผลต่อความจำได้ โดยพบว่า ช่วงนี้แม้สมองจะทำงานคล้ายช่วงตื่นนอนแต่กล้ามเนื้อกลับมีลักษณะคล้ายคนหลับลึกหรือกล้ามเนื้อมีการคลายตัวมากจึงทำให้เป็นช่วงที่อาจพบผู้ป่วยที่มีปัญหาหยุดหายใจขณะนอนเกิดอาการหยุดหายใจได้มากที่สุดเช่นเดียวกับช่วงนอนหลับลึกระยะหลับฝันนี้ใช้เวลาร้อยละ 20 – 25 เช่นกัน

แผนภาพที่ 2-4 ภาพแสดงระยะการนอนหลับ



อย่างไรก็ตาม ศูนย์ควบคุมการหายใจจะตอบสนองต่อภาวะออกซิเจนในสมองที่ต่ำลงนั้นขณะที่ตื่นตไปอุดทางเดินหายใจในขณะที่หลับลึกหรือหลับฝันออกซิเจนในเลือดจะต่ำลงถึงระดับหนึ่งก็จะไปกระตุ้นศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองให้กระตุ้นกล้ามเนื้อที่เปิดทางเดินหายใจให้ทำงานและเปลี่ยนระดับการนอนจากหลับลึกเป็นหลับตื้น (ระยะที่ 1 – 2) และสลับไปหลับลึก โดยทั่วไปคนเราจะมีการหลับต่อเนื่องยาวนานในแต่ละระยะซึ่งพบว่า ใน 1 คืนที่นอนจะมีเปลี่ยนแปลงการหลับตื้นเป็นรอบ ๆ ประมาณ 4 – 6 รอบต่อคืน โดยแต่ละรอบซึ่งเรียกว่า Sleep Cycle ใช้เวลาประมาณ 60 – 90 นาที

การคัดกรองประชากรที่มีปัญหาการนอนหลับหยุดหายใจ

โรคนอนกรนหยุดหายใจพบเป็น โรคที่พบบ่อยโรคหนึ่งที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขสูง ที่ควรได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่เหมาะสม

ผู้ป่วยภาวะนอนกรนหยุดหายใจมีจำนวนมากที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษา แม้ในประเทศที่มีความเจริญทางการแพทย์มาก โดยพบว่า การวินิจฉัยโรคนี้ขึ้นกับแพทย์ปฐมภูมิ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และความตื่นตัวของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

และหัวใจ เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน/เมตาบอริค หรือโรคเบาหวาน โรคอ้วนน้ำหนักเกิน จะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคัดกรองโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรให้ความสนใจมากขึ้นกับการสอบถามอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น มีอาการนอนกรนหรือไม่ มีอาการอ่อนเพลียง่วงนอนในเวลากลางวัน มีอาการง่วงในตอนเช้าหรือไม่

ในประเทศเดนมาร์กมีการใช้เครื่องตรวจการนอนหลับแบบพกพาและแนะนำให้ใช้ความดันแรงดันบวกในการรักษาเลย โดยเลี่ยงการเข้าตรวจการนอนหลับในโรงพยาบาลที่มีราคาแพงและรอคิวนาน

โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยเข้ามาพบด้วยอาการนอนกรน อ่อนล้าและง่วงนอนเวลากลางวัน ซึ่งนำไปสู่ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เสี่ยงต่อความผิดปกติและอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น มีผลต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สุขภาพจิต – อารมณ์ ผิดปกติ หงุดหงิดง่ายขึ้น เหนื่อยง่าย อ่อนล้าไม่มีแรง จึงควรมีแบบคัดกรองในกลุ่มประชากรที่มีอาการดังนี้

การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะนอนกรนหยุดหายใจเข้ารับการตรวจรักษา โดยพบว่าเครื่องคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยนอนกรนมีหลายชนิด แต่ที่นิยมใช้และมีความสะดวกคือการใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยพบว่าที่มีความนิยมแพร่หลายมี 3 – 4 แบบสอบถาม

1. Epworth Sleepiness Scale Score

เป็นการให้คะแนนอาการง่วงนอนในเวลากลางวันขณะทำกิจกรรมต่าง ๆ 8 กิจกรรม โดยมีการให้คะแนนอาการง่วงนอนแบ่งเป็น 4 ระดับ

- 0 = ไม่เคยง่วงนอนเลย
- 1 = มีง่วงนอนบ้างเล็กน้อย
- 2 = มีง่วงนอนบ้างปานกลาง
- 3 = ง่วงนอนมาก

โดยกิจกรรม 8 กิจกรรมที่ประเมิน มีดังต่อไปนี้

- 1. ขณะนั่งอ่านหนังสือ
- 2. ขณะดูทีวี
- 3. ขณะนั่งพักผ่อนในสวนสาธารณะหรือนั่งประชุมหรือดูหนัง
- 4. ขณะนั่งรถโดยสารมากเกิน 1 ชั่วโมง
- 5. หลังรับประทานอาหารเที่ยงที่ไม่มีแอลกอฮอล์
- 6. จับหลับในยามบ่าย
- 7. ขณะขับรถติดไฟแดง
- 8. ขณะคุยกับเพื่อน ๆ

โดยพบว่า หากคะแนนรวมน้อยกว่า 8/24 แสดงว่ามีโอกาสนอนกรนหยุดหายใจขณะหลับต่ำ แต่ถ้ามีคะแนนรวมดังกล่าวมากกว่า 12/24 แสดงว่ามีโอกาสนอนกรนหยุดหายใจขณะหลับสูง สมควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจการนอนหลับโดยวิธีมาตรฐาน (Polysomnography)

แบบประเมินดังกล่าวเป็นการประเมินคุณภาพการง่วงนอนในเวลากลางวันว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด โดยพบว่าอาการง่วงนอนในเวลากลางวันจะมีสาเหตุมาจาก 2 ประการหลักคือ นอนหลับไม่เพียงพอ โดยทั่วไปคนเราต้องการนอนหลับพักผ่อนประมาณ 6 – 8 ชั่วโมง แล้วแต่อายุ เพศ และความหนัก – เบาของกิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน และการนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพหรือการนอนกรนหยุดหายใจ

Berlin Questionnaire ก็เป็นแบบสอบถามเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนเพื่อรับการตรวจการนอนหลับ (Polysomnography) โดยมีหัวข้อหลัก 3 – 4 หัวข้อ

1. หัวข้อทั่วไป อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง (ดัชนีมวลกาย)
2. การนอนกรน นอนกรนหรือไม่ ความดัง ความถี่ กระทบคนอื่นหรือไม่ มีปัญหาหยุดหายใจร่วมด้วยหรือไม่
3. ผลกระทบจากปัญหานอนกรน อ่อนล้าหลังตื่นนอน ขณะทำงาน ขณะขับรถ
4. ปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกาย

โดยมีการศึกษาความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม พบว่า มีค่า Cronbach Alpha = 0.86 – 0.92 ซึ่งอยู่ในระดับสูงและพบว่า แบบสอบถามดังกล่าวมีความไวและความจำเพาะในการคัดกรองผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจสูง โดยพบว่าหากใช้ดัชนีการหายใจ AHI > 5 ครั้ง/ชั่วโมง) จะมีความไวร้อยละ 86 และค่าความจำเพาะที่ ร้อยละ 77 แต่ถ้าเพิ่มค่าดัชนีหยุดหายใจให้สูงขึ้นเป็น AHI > 15 ครั้ง/ชั่วโมง จะได้ค่าความไวร้อยละ 54 แต่จะมีความจำเพาะสูงขึ้น ร้อยละ 97

STOP Bang เป็นแบบสอบถามชนิดหนึ่งที่นิยมใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยว่ามีปัญหานอนกรนหยุดหายใจหรือไม่ โดยมีการถามด้วยคำถามสั้น ๆ 8 คำถาม

1. ท่านนอนกรนหรือไม่
2. ท่านรู้สึกอ่อนล้าบ่อย ๆ หรืองีบหลับในช่วงบ่ายหรือไม่
3. มีคนสังเกตเห็นการหยุดหายใจขณะนอนหรือไม่
4. ท่านมีความดันโลหิตสูงหรือไม่
5. ดัชนีมวลกายท่านมากกว่า 35 กิโลกรัม/ตารางเมตร หรือไม่
6. อายุท่านเกิน 50 ปีหรือไม่

7. รอบคอท่านเกิน > 40 เซนติเมตร หรือไม่

8. ท่านเป็นผู้ชาย หรือไม่

F Chung ได้มีการศึกษาพบว่า STOP BANG มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการหยุดหายใจขณะนอน โดยพบว่าค่า STOP BANG (ซึ่งมีค่า 0 – 8) ถ้ามีค่ายิ่งสูงยิ่งมีความเสี่ยงต่อความรุนแรงของการหยุดหายใจขณะนอน โดยพบว่า STOP BANG 0 – 2 ไม่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอน ขณะที่ถ้ามีค่า STOP BANG 5 – 8 จะมีค่าเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอน

โดยพบว่าถ้าค่า STOP BANG = 5 มีความเสี่ยง 4.8 และ 10.8 เท่า ของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนระดับปานกลางและรุนแรง ถ้า STOP BANG = 6 จะมีความเสี่ยง 6.3 และ 11.6 เท่า ของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนระดับปานกลางและรุนแรง หากมีค่า STOP BANG = 7 – 8 จะมีความเสี่ยง 6.9 และ 14.9 เท่า ของการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนระดับปานกลางและรุนแรง

ปัจจุบันสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งอเมริกาและแคนาดามีคำแนะนำในการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยเฉพาะ การคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอน เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางปอดในกลุ่มที่มีค่า STOP BANG > 5 โดยพบว่ากลุ่มนี้มักมีปัญหา

1. ใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
2. มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
3. เพิ่มความเสี่ยงในการเข้ารับการดูแลในห้องไอซียู
4. เพิ่มระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

แบบทดสอบที่เป็นรูปธรรม Objective test ได้แก่

1. แบบจำลองการขับขี่ (Performanced test)
 - Driving stimulator
 - Psychomotor vigilance for reaction time test
 - Epworth Sleepiness Scale
2. Direct electro physiologic monitor
 - MSLT (Multiple Sleep Latency test)
 - MWT (Maintenance of Wakefulness test)
 - Pupillometry
 - Cerebral evoked potentials

กระทรวงคมนาคมอเมริกา ได้ออกกฎหมายให้คนขับรถต้องผ่านการตรวจสุขภาพว่ามีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงสำหรับการทำงาน (Medically fit for duty) ซึ่งมีแนวทางการปฏิบัติตัวเบื้องต้นจากสหพันธ์บริหารด้านความปลอดภัยของยานยนต์แห่งอเมริกา (U.S. Federal Motor Carrier Safety Administration) โดยกำหนดว่าหากคนขับรถมีการตรวจการนอนหลับและพบมีค่าดัชนีหยุดหายใจมีค่ามากกว่า 30 ครั้ง/ชั่วโมง หรือมีอาการง่วงนอนเวลากลางวันมากร่วมกับมีค่าดัชนีหยุดหายใจขณะนอนมากกว่า 5 ครั้ง/ชั่วโมง จะต้องรักษาโดยการใช้เครื่องอัดอากาศทางเดินหายใจขณะนอน (CPAP) อย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นในการคัดกรองและตรวจสุขภาพคนขับรถทุกๆ 2 ปี และพบว่าโรคนอนกรนหยุดหายใจเป็นโรคหนึ่งที่เป็นเป้าหมายหลักในการคัดกรองเพื่อการวินิจฉัยและรักษา และในปี 2005 ได้มีการกำหนดเพิ่มเติมในแบบสอบถามดังกล่าว 4 คำถาม คือ

1. ท่านมีโรคผิดปกติเกี่ยวกับการนอนหลับหรือไม่
2. ท่านมีนอนกรนเสียงดังหรือไม่
3. ท่านมีอาการง่วงนอนเวลากลางวันหรือไม่
4. ท่านมีอาการหยุดหายใจขณะนอนหลับหรือไม่

ค.ศ. 2006 คณะกรรมการร่วมของสมาคมโรคจากการนอนหลับ สมาคมโรคปอด สมาคมอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ได้มีข้อเสนอแนะสำหรับการคัดกรองคนขับรถต้องผ่านการประเมินในกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหรือไม่ และรัฐนิวยอร์กเป็นรัฐแรกที่ยกกฎหมายให้ผู้ขับขี่รถโดยสารณะที่ประสบอุบัติเหตุต้องตรวจการนอนหลับเพื่อดูว่ามีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหรือไม่ภายใน 2 สัปดาห์ (New York State Assembly bill A00970 2007) โดยมีการศึกษาที่สนับสนุนถึงความชุกของโรค คือ

Stooh ได้ตีพิมพ์ในปี ค.ศ.1995 รายงานว่าจากการสำรวจคนขับรถสาธารณะ (รถบรรทุก) 388 คน มี ร้อยละ 78 ที่มีค่าดัชนีหยุดหายใจ > 5 ครั้ง/ชั่วโมง และร้อยละ 46 มีค่าดัชนีหยุดหายใจ > 10 ครั้ง/ชั่วโมง

ขณะที่ Pack & Maiglin ได้ศึกษาในปี 2006 โดยการสุ่มตรวจในคนขับรถบรรทุก 1,391 ราย พบร้อยละ 17.9 มีภาวะนอนกรนหยุดหายใจ ซึ่งพบว่าความชุกของโรคแตกต่างกันมากสาเหตุเนื่องจากเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยต่างกัน

Stooh ศึกษาในทุกคน ขณะที่ Pack สุ่มเลือกและมี ร้อยละ 30 ของจำนวนที่สุ่มยินดีเข้าร่วมโครงการ และมีการสุ่มเลือกอีกซึ่งมีเพียงร้อยละ 10 ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ซึ่งเป็นไปได้ว่าคนที่ไม่มีปัญหานอนกรนนยินดีเข้าร่วมโครงการขณะที่คนขับรถที่มีปัญหาไม่ค่อยยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยเกรงจะมีผลกระทบต่ออาชีพได้

โดยพบว่าในกลุ่มที่ประเมินว่ามีภาวะเสี่ยงสูงร้อยละ 42 จะมีค่าดัชนีหยุดหายใจเกิน 40 ครั้ง/ชั่วโมง ขณะพบร้อยละ 77 ของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงสูงมีดัชนีหยุดหายใจ > 20 ครั้ง/ชั่วโมง และมีร้อยละ 2 ที่มีดัชนีหยุดหายใจ < 5 ครั้ง/ชั่วโมง

ขณะที่กลุ่มเสี่ยงปานกลางพบร้อยละ 22 มีดัชนีหยุดหายใจ > 40 ครั้ง/ชั่วโมง และร้อยละ 60 มีดัชนีหยุดหายใจมากกว่า 20 ครั้ง/ชั่วโมง และมีเพียงร้อยละ 2 มีดัชนีหยุดหายใจ < 5 ครั้ง/ชั่วโมง

ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่ำพบมีร้อยละ 8 ที่มีดัชนีหยุดหายใจ > 40 ครั้ง/ชั่วโมง ร้อยละ 37 มีดัชนีหยุดหายใจมากกว่า > 20 ครั้ง/ชั่วโมง และร้อยละ 5 ที่มีดัชนีหยุดหายใจ > 5 ครั้ง/ชั่วโมง

โดยพบว่าหากใช้เครื่องคัดกรองดังกล่าว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีหยุดหายใจ > 20 ครั้ง/ชั่วโมง เพียงร้อยละ 3 และจะพบว่า กลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงจะไม่พบคนที่มีความเสี่ยงสูงหยุดหายใจขณะนอน

ซึ่งพบว่าในกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง พบว่า ร้อยละ 40 มีค่าดัชนีหยุดหายใจระดับปานกลาง (AHI > 20) และร้อยละ 20 มีค่าดัชนีหยุดหายใจระดับรุนแรง (AHI > 40) ส่วนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงมีค่าดัชนีหยุดหายใจ > 20 ครั้ง/ชั่วโมง ร้อยละ 77 และร้อยละ 39 มีดัชนีหยุดหายใจ > 40 ครั้ง/ชั่วโมง

จึงพบว่าเครื่องคัดกรองที่มีความไว ร้อยละ 94 และมีความจำเพาะ ร้อยละ 79 ซึ่งน่าจะดีกว่าแบบคัดกรองเบอร์ลิน Berlin Questionnaire ซึ่งมีความไว ร้อยละ 86 และความจำเพาะ ร้อยละ 77

Mulgrew (2007) พบว่า การตรวจการนอนหลับโดยวิธีมาตรฐานในโรงพยาบาลไม่ได้เหนือกว่าการตรวจวินิจฉัยหยุดหายใจที่ตรวจที่บ้าน (Home monitor) ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง การใช้เครื่องมือคัดกรองที่ดีสามารถคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสามารถลดทอนค่าใช้จ่ายจากการตรวจการนอนหลับด้วยวิธีมาตรฐาน (In-Lab-PSG) เป็นการตรวจที่บ้าน (Home monitor) ซึ่งมีราคาถูกกว่าครึ่งหนึ่ง (8,500 – 12,000 กับ 4,000 – 6,000 บาท ตามลำดับ)

โดยสรุป พบว่า แบบสอบถาม ARES มีความสามารถในการคัดกรองภาวะหยุดหายใจขณะนอนซึ่งมีความไว ร้อยละ 98 และความจำเพาะ ร้อยละ 79 วิธีดังกล่าวนี้เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก รวดเร็วในการเก็บข้อมูล บริหารจัดการง่าย ราคาไม่แพง จึงเป็นเครื่องมือคัดกรองที่มีประโยชน์อย่างมากในการคัดกรองกลุ่มความเสี่ยงสูงมารับการรักษา

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคนอนกรนหยุดหายใจที่ถือเป็นมาตรฐาน คือ การตรวจการนอนหลับ ด้วยวิธี Polysomnography ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีการตรวจวัดสัญญาณทางสรีรวิทยาจากส่วนต่าง ๆ และการเปลี่ยนแปลงของร่างกายขณะนอนใน 3 – 4 อย่าง นอกจากนี้มีประโยชน์ในการวินิจฉัยว่า บุคคลนั้นอยู่ในการนอนหลับที่แท้จริงแล้วยังมีประโยชน์ในการศึกษาระยะเวลาต่าง ๆ ของการนอนหลับทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งความผิดปกติทางพฤติกรรมและสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นในช่วงการนอนหลับด้วย

1. การตรวจการนอนหลับ เป็นการตรวจคลื่นสมอง (EEG) และการกรอกของอูทตา
เพื่อประเมินระดับการหลับ ณ เวลาต่าง ๆ เป็นการหลับตื่น หลับลึก และหลับฝันว่าแต่ ละคืนสัดส่วนการนอนเป็นอย่างไร อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือไม่

2. การตรวจการหายใจและการทำงานของหัวใจ
เป็นการตรวจดูการผ่าน – เข้า – ออก ของลมหายใจ ดูการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ซีโครงและช่องท้อง ตลอดจนดูการเต้นของหัวใจและรูปร่างของคลื่นหัวใจว่าปกติหรือไม่ซึ่ง สัมพันธ์กับความผิดปกติอื่น ๆ ระหว่างการนอน

3. การตรวจดูการเคลื่อนไหวของร่างกาย
เป็นการวินิจฉัยแยกโรคที่เกิดจากการเคลื่อนไหวผิดปกติบางชนิดที่อาจมีผลต่อการ นอนหลับ

4. ระดับออกซิเจนในเลือด
เป็นการดูความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด โดยพบว่าช่วงที่ร่างกายหยุดหายใจที่ ยาวนานเกิน 10 วินาที มักส่งผลต่อระดับออกซิเจนที่ต่ำลงเพื่อดูความถี่และรอเวลาที่ออกซิเจน ในเลือดลดต่ำลง

แผนภาพที่ 2-5 ภาพแสดงการตรวจการนอนหลับ

การตรวจการนอนหลับ (polysomnography)

คลื่นสมอง ดูระดับความลึกในการหลับ
ลมหายใจ การขยับของหน้าอก คลื่นหัวใจ
ความอึดตัวของออกซิเจน การขยับของแขนขา



การรักษาภาวะนอนกรนหยุดหายใจ

1. การรักษาเบื้องต้น เป็นการแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติเพื่อลดอาการนอนกรน โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ดังนี้

1. มีสุขอนามัยในการนอนหลับ

- นอนพักผ่อนให้เพียงพอวันละ 6 – 7 ชั่วโมง ตามความต้องการของช่วงอายุ หรือตามความหนักเบาของกิจกรรมที่ทำแต่ละวัน

- จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีเหมาะแก่การนอนหลับพักผ่อน

- นอนให้ตรงเวลาเป็นกิจวัตร เพื่อให้ร่างกายเคยชินและหลับและตื่นตามเวลาเหมือนปรับนาฬิกาเวลาในตัว

2. งดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น เหล้า บุหรี่ ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ การออก

กำลังหนัก ๆ ก่อนนอน อ่อนเพลียมาก ๆ

3. รักษาโรคที่อาจเกี่ยวข้อง เช่น โรคอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) โรคภูมิแพ้ ทางจมูก หืด หอบ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

4. นอนตะแคง ซ้าย – ขวา หลีกเลี่ยงการนอนหงาย

5. ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การปล่อยน้ำหนักให้เพิ่มมากขึ้น ร้อย ละ 10 ขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอน

2. การรักษาด้วยเครื่องมือ

2.1 อุปกรณ์ฟันยาง (Oral appliance) ใช้ในกรณีคนไข้นอนกรนอาการไม่รุนแรง และมักแนะนำในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาอนกรนและนอนกัดฟันร่วมด้วย

2.2 CPAP (เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก) เป็นเครื่องมือมาตรฐานแนะนำคนไข้ที่มี ภาวะหยุดหายใจขณะนอนที่เป็นปานกลาง – รุนแรง และพบว่ากลุ่มที่ได้ผลดีมักเป็นกลุ่มที่มีอาการ ง่วงนอน อ่อนล้าในเวลากลางวัน พบว่า หลังใช้ CPAP ทำให้ผู้ป่วยภาวะหยุดหายใจขณะนอนกลุ่ม ดังกล่าวมีอาการโดยรวมดีขึ้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกระทบประสิทธิภาพการทำงานหรือเรียน ลดลงในระยะยาวต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด หรืออุบัติเหตุลดลงเช่นกัน

แผนภาพที่ 2-6 การรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกในผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจปานกลาง – รุนแรง



Shahar E (2001) ได้ศึกษาใน 6,000 คน ที่มีอาการนอนกรนปานกลาง – รุนแรง ที่มีอาการแทรกซ้อนทางโรคหัวใจและหลอดเลือดตลอดจนอาการง่วงนอนเวลากลางวัน ปวดหัวตอนเช้า หงุดหงิดง่าย ความคิดอ่านความจำลดลง ตลอดจนอาการรบกวนการนอนของกลุ่มสมรส หลังใช้เครื่องอัดอากาศ พบว่า สามารถถ่วงทางเดินหายใจส่วนบนให้เปิดกว้างและสามารถลดอาการนอนกรนและอาการแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นได้มาก

อย่างไรก็ตาม เครื่องอัดอากาศ (CPAP) ก็มีข้อเสียในเรื่องความต่อเนื่องในการใช้เครื่อง เนื่องจากจะต้องใช้หน้ากากครอบจมูกหรือจมูกและปาก ทำให้คนไข้บางคนลำบาก อึดอัด ไม่อยากใช้เครื่องดังกล่าว

โดยทั่วไปพบว่า ร้อยละ 10 – 15 ปฏิเสธการใช้เครื่องตั้งแต่แรก ร้อยละ 20 – 30 หยุดใช้หลังจากใช้ไปภายใน 1 เดือน โดยสรุปพบว่า อัตราการคงใช้ต่อเนื่องอยู่ที่ ร้อยละ 65 – 70 โดยกำหนดให้ว่า ผู้ป่วยต้องมีการใช้เครื่องมากกว่า 4 ชั่วโมง/คืน และใช้เท่ากับหรือมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์

สำหรับความคุ้มค่าของการใช้ CPAP พบว่า ปี 2009 โครงการประกันสุขภาพ (Medicare) ของอเมริกาต้องจ่ายเงินทั้งหมดเพียง 213 ล้านดอลลาร์ สำหรับ 2.6 ล้านคน (มีผู้รับการรักษาวินิจฉัยและรักษาประมาณ ร้อยละ 10 – 20) และพบว่า CPAP เป็นเครื่องมือที่มีการสั่งจ่ายอันดับที่ 26 ของรายการจ่ายโครงการประกันสุขภาพ (Medicare)

การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการใช้เครื่องอัดอากาศ (CPAP) ทั้งในอเมริกา แคนาดา ยุโรป ในการรักษา พบว่า เครื่องอัดอากาศ CPAP มีความคุ้มค่าสำหรับค่าใช้จ่ายดังกล่าว โดยพบว่ามีค่าใช้จ่าย 7,000 เหรียญ/QALY โดยทั่วไปค่าความคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 50,000 ดอลลาร์สหรัฐอเมริกา/QALY ถือว่าคุ้มค่าการจ่ายค่าใช้จ่ายที่ควรจ่ายสำหรับการรักษานั้น ๆ

โดยคิดค่าเฉลี่ยค่าตรวจการนอนหลับในศูนย์ตรวจการนอนหลับ 707 เหรียญ หากตรวจวินิจฉัยที่บ้าน ค่าใช้จ่าย 188 เหรียญ โดยพิจารณาตรวจวินิจฉัยในศูนย์เฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาในการนอนหลับและผู้ป่วยกลุ่มความเสี่ยงต่ำ

โดยเฉพาะค่าตรวจวินิจฉัยเฉลี่ย 300 เหรียญ

ค่าใช้จ่ายเครื่องอัดอากาศ CPAP เครื่องละ 313 – 800 เหรียญ

ค่าเช่าเครื่องอัดอากาศ CPAP เครื่องละ 103 เหรียญ

ค่าใช้จ่ายต่อปี (หน้ากาก ท่ออากาศ สายรัดศีรษะ) 264 เหรียญ

จะเห็นว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวในอเมริกาของกลุ่ม Medicare ที่เป็นองค์กรคล้าย สปสช. ของไทยที่ให้การดูแลด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปตามหลักประกันสุขภาพของรัฐบาลที่ครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ เนื่องจากเม็ดเงินที่ใช้ในระยะแรกของโครงการ (ค.ศ.2009 ปีแรกที่เริ่มโครงการ)

มีจำนวนน้อยประมาณ 213 ล้านเหรียญ และผู้ใช้บริการเพียง 2.6 ล้านคน ซึ่งเป็นจำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับปริมาณที่คาดว่ามีความต้องการนอนกรนหยุดหายใจทั่วประเทศ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษา (ใช้เครื่องอัดอากาศ) มีราคาสูง เมื่อเทียบกับของไทยที่มีราคาแพงกว่าร้อยละ 100 – 150 แต่ค่าตรวจวินิจฉัยจะมีราคาแพงกว่าที่ 23,000 บาท กับ 8,000 - 12,000 บาท (ไทย) สำหรับค่า CPAP ของไทยมีแนวโน้มถูกลงเรื่อย ๆ ตามปริมาณผู้ป่วยที่ใช้มากขึ้น เนื่องจากเมื่อตลาดเครื่องอัดอากาศโตขึ้นผู้ประกอบการนำเข้าสินค้าก็จะเพิ่มมากขึ้นราคาก็จะลดลงตามกลไกการตลาดหาก สปสข. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพโดยรวมของประเทศจัดซื้อเครื่องอัดอากาศในปริมาณมากก็อาจเป็นทางหนึ่งที่ทำให้ราคาเครื่องอัดอากาศซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการรักษาผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจมีราคาถูกใกล้เคียงกับของต่างประเทศ

สำหรับการตรวจวินิจฉัยยังคงเป็นปัญหาเนื่องจากปัจจุบันบุคลากรด้านการตรวจการนอนหลับ (Sleep technician) ยังมีจำกัดและต้องใช้บุคลากรดังกล่าว 1 – 2 เครื่อง/ 1 คน จึงไม่สามารถตรวจได้มากกว่านี้ ปัจจุบันบุคลากรด้านนี้ในเมืองไทยมีจำนวนน้อย (100 – 180 คน) ซึ่งสามารถให้บริการได้ประมาณ 30,000 ราย/ปี ซึ่งไม่เพียงพอกับความต้องการ ฉะนั้นการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงจึงมีความสำคัญตลอดจนการใช้เครื่องตรวจการนอนหลับที่บ้าน (Home Monitor) ก็อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะเหมาะสมสำหรับเมืองไทยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น คนขับรถ

โรคนอนกรนหยุดหายใจ เป็นปัญหาเรื้อรังทางการแพทย์ที่พบบ่อยโรคหนึ่ง ซึ่งผู้ป่วยจะมีการนอนกรนและหยุดหายใจเป็นระยะ ผลกระทบต่อสุขภาพหากผู้ป่วยนอนกรนธรรมดาส่งผลกระทบต่อผู้นอนร่วมห้องแต่จะไม่มีผลต่อตัวผู้ป่วย แต่ถ้าเป็นนอนกรนหยุดหายใจนอกจากจะมีผลต่อการหลับนอนของผู้นอนร่วมห้องหรือใกล้เคียงแล้วยังมีผลต่อสุขภาพผู้ป่วยได้

โรคนอนกรนหยุดหายใจระดับปานกลาง – รุนแรง ซึ่งประมาณว่ามากกว่าโรคหืด โรคหัวใจวาย และโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งแต่ละโรคมียาใช้จ่าย 20 – 80 พันล้านเหรียญ ค่าใช้จ่ายของอุบัติเหตุที่เกิดจากภาวะนอนกรนหยุดหายใจคาดว่ามียอดสูงประมาณ 35 พันล้านเหรียญ เมื่อเทียบกับอุบัติเหตุจากการดื่มเหล้าประมาณ 60 พันล้านเหรียญ คนอเมริกันต้องเสียค่าใช้จ่ายรวม 65 – 165 พันล้านเหรียญ ในการรักษา

ค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัย	2 – 10 พันล้านเหรียญ
ค่าใช้จ่ายที่เป็นผลกระทบจาก	
OSA- โรคที่เกี่ยวข้อง (โรคหัวใจ	45 – 80 พันล้านเหรียญ
อุบัติเหตุ (ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์)	
OSA- ค่าใช้จ่ายสำหรับอุบัติเหตุไม่รวมค่า	10 – 40 พันล้านเหรียญ

รักษาพยาบาล

OSA - ค่าใช้จ่ายสำหรับอุบัติเหตุในที่ทำงาน 5 – 20 พันล้านบาทหรือ

OSA - สูญเสียจากการทำงานที่มีประสิทธิภาพลดลง 5 – 15 พันล้านบาทหรือ

สำหรับประเทศไทย ค่าตรวจการนอนหลับมาตรฐานมีค่าใช้จ่าย 8,500 – 12,000 (แต่สำหรับข้าราชการสามารถเบิกคืนจากกรมบัญชีกลางได้ 7,000 บาท จึงมีส่วนเกินสิทธิที่ต้องจ่ายประมาณ 1,500 – 2,000 บาท สำหรับโรงพยาบาลรัฐ) ส่วนค่าเครื่องอัดอากาศเพื่อผ่านทางเดินหายใจมีราคาแตกต่างกันตั้งแต่ 20,000 – 100,000 บาท แล้วแต่ประสิทธิภาพและการทำงานของเครื่อง (ข้าราชการจะเบิกคืนจากกรมบัญชีกลางในส่วนนี้ได้ 20,000 บาท ส่วนที่เหลือต้องจ่ายเอง)

โดยทั่วไปเครื่องอัดอากาศมีอายุใช้งานประมาณ 7-10 ปี นอกจากค่าเครื่องอัดอากาศเพื่อผ่านทางเดินหายใจแล้วยังมีอุปกรณ์เสริมที่มีโอกาสเสี่ยงหรือชำรุดจำเป็นต้องจัดหาเพิ่มเติมทุกปี เช่น หน้ากาก ซึ่งมีราคาเฉลี่ยประมาณ 3,000 – 5,000 บาท สายรัดศีรษะ แผ่นกรองอากาศประมาณ 1,000 – 2,000 บาท สำหรับความคุ้มค่าในการคัดกรองวินิจฉัยและรักษาจะคุ้มค่าเหมือนในต่างประเทศหรือไม่ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ต่อไป

การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เกิดภาวะนอนกรนหรือนอนกรนหยุดหายใจจึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนซึ่งพบว่าวิธีง่ายที่สุดคือการใช้ดัชนีมวลกาย แบบสอบถามและแบบทดสอบ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคนอนกรนหยุดหายใจที่ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าควรมีการดำเนินการอย่างไร เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการตรวจ-รักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ (หากประเมินเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่เป็นระดับปานกลาง – รุนแรง พบร้อยละ 2 – 4 ในประชากรทั่วไป)

โรคนอนกรนหยุดหายใจโดยทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลการดูแลผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจ ผลกระทบ ทั้งโรค อุบัติเหตุจากการทำงาน และการขับขี่รถยนต์และยานพาหนะอื่น ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตรวจรักษาและไม่ได้รับการตรวจรักษาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคนอนกรนหยุดหายใจ ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง (Direct Cost) และค่าใช้จ่ายทางอ้อม (Indirect Cost) ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (เพื่อการตรวจรักษา) เช่น ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงาน จากรถยนต์ ค่าเสียโอกาส ขาดงาน เพื่อเป็นข้อมูลเปรียบเทียบและอ้างอิงในการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคนอนกรนหยุดหายใจ ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วยังมีผลกระทบต่อคู่สมรสที่หลับนอนด้วย ตลอดจนบางครั้งมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน ในองค์กรที่ลดลง ประสิทธิภาพการเรียนรู้ที่ด้อยลง การตัดสินใจที่ผิดพลาด ตลอดจนอุบัติเหตุจากการทำงานที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเองและเจ้าของกิจการที่อาจต้องสูญเสียรายได้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้บ่อยครั้งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถยนต์ ทำให้มีการบาดเจ็บ ทุพพลภาพ ตลอดจนเสียชีวิตจากกรนอนหลับที่ไม่มีคุณภาพหรือนอนไม่พอ ซึ่งนอกจากมีผลต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังมีผลกระทบต่อชีวิตทรัพย์สิน ผู้ร่วมทางอีกมากมาย ทั้งที่เป็นโรคที่ป้องกันได้

การสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 ท่าน ซึ่งเป็นแพทย์อายุรกรรม 4 ท่าน แพทย์กุมาร 2 ท่าน และโสตศอนาสิกแพทย์ 2 ท่าน เพื่อทราบแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว และเพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการคัดกรองและตรวจรักษาผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจ โดยแพทย์กลุ่มดังกล่าวเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาอนกรนหยุดหายใจทั้งหมด

ผู้วิจัยสัมภาษณ์ประชาชนทั่วไป ถึงสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสข) หากท่านมีปัญหา अनกรนหยุดหายใจ ผู้ป่วยทั่วไป 5 คน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค अनกรนหยุดหายใจ 5 คน

สร้างแบบจำลองค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการตรวจรักษาและไม่ตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบความคุ้มค่าในการพิจารณาให้บริการดังกล่าวในผู้ป่วยที่มีโรค अनกรนหยุดหายใจที่มีสิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการใช้ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นต่อ 1 หน่วย ของคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงซึ่งใช้หน่วยเป็น QALY (Quality adjust life year) โดยให้ค่าคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ปกติ ทั้งร่างกายและจิตใจมีค่า = 1 และเมื่อเสียชีวิต = 0 โดยคิดคุณภาพชีวิตดังกล่าวเป็นจำนวนต่อปี โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจะคิดค่าใช้จ่ายทั้งที่เป็นค่าใช้จ่ายตรง (Direct Cost) ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เช่น ค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ายา ค่าเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ ค่ากายภาพบำบัดและฟื้นฟูสภาพร่างกาย-จิตใจ ค่าปรึกษาแพทย์ และค่าใช้จ่ายทางอ้อม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากอุบัติเหตุ ทั้งจากการขับจักรยานยนต์ ยานพาหนะจากการทำงาน (ไม่นับรวมค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากอุบัติเหตุ) การขาดงาน ขาดโรงเรียน ประสิทธิภาพการทำงานที่ลดลง ค่าเดินทาง

สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้บริหาร (สปสข) โดยตั้งบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ประชาชนที่มีสิทธิ์ (สปสข) และข้อมูลค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้การรักษาหรือไม่ได้ให้การรักษาผู้ป่วย अनกรนหยุดหายใจที่เป็นปานกลางและรุนแรง

โดยพบว่า หากไม่ให้การรักษาผู้ป่วย अनกรนหยุดหายใจที่เป็นปานกลางและรุนแรง มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถยนต์สูงกว่าคนทั่วไป 3 เท่า และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ว่าควรจะให้บริการมากน้อยเพียงไร และมีแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว

อภิปรายและสรุป

แนวทางที่เหมาะสมในการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรค अनกรนหยุดหายใจเพื่อรับการตรวจรักษา โดยพิจารณาว่ากลุ่มใดที่ควรให้บริการตรวจรักษาก่อนและควรมีเครือข่ายอย่างไรในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและใช้เม็ดเงินเพื่อโครงการดังกล่าวให้น้อยที่สุด และรูปแบบการให้บริการรักษาควรเป็นรูปแบบใด

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปราย

โรคนอนกรนหยุดหายใจ เป็นโรคที่พบบ่อยและมีผลกระทบต่อสุขภาพและการเกิดอุบัติเหตุ ทั้งจากการทำงานและจากการขับจี้รถยนต์ โดยมหาวิทยาลัย Harvard ได้ศึกษาถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจไม่ได้รับการรักษาและรายงานเมื่อ พ.ศ. 2553 โดยพบว่า

ค่าใช้จ่ายที่ประเมินที่เกิดจากผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจระดับปานกลาง – รุนแรง คิดเป็นจำนวน	65 – 165 พันล้านเหรียญ
โดยเป็นค่าตรวจวินิจฉัยและรักษา	2 – 10 พันล้านเหรียญ
ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์อื่น	
- โรคร่วมอื่น ๆ (เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า)	45 – 80 พันล้านเหรียญ
- ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สืบเนื่องจากอุบัติเหตุทั้งจากการทำงานและรถยนต์	
ค่าใช้จ่ายอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจ (ไม่รวมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์จากอุบัติเหตุ)	10 – 40 พันล้านเหรียญ
ค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุขณะทำงาน (การเครื่องจักรกล) (ไม่รวมจากอุบัติเหตุทางรถยนต์และค่าใช้จ่ายทางการแพทย์)	5 – 20 พันล้านเหรียญ
ค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการสูญเสียรายได้การผลิตหรือการทำงานที่ลดลงอันเนื่องจากโรคนอนกรนหยุดหายใจ ตลอดจนขาดงานและขาดเรียน	5 – 15 พันล้านเหรียญ
ผลกระทบต่อสังคม (เพิ่มอัตราการหย่าร้าง ถูกล้อเลียน และสูญเสียความใกล้ชิด (นอนแยกห้อง)	ประเมินค่าไม่ได้

โดยเปรียบเทียบอุบัติการณ์ของโรคนอนกรนหยุดหายใจที่เป็นปานกลาง – รุนแรง ซึ่งพบประมาณ ร้อยละ 2 – 5 ของประชากรวัยกลางคน และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10 – 15 ในวัยสูงอายุ และอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นในคนอ้วนที่น้ำหนักเกิน เช่น คนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 30 มีความเสี่ยง 3 – 4 เท่า ของคนทั่วไปและพบร้อยละ 70 ของคนไข้ที่มีดัชนีมวลกาย 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร² จากความชุกของโรคดังกล่าวที่พบมากจึงทำให้โรคดังกล่าวเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อสังคมมาก

และมีการสูญเสียค่าใช้จ่ายไปเป็นจำนวนมากดังกล่าว โดยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น เช่น

ตารางที่ 4-1 ประเมินค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษา

รายการ	พันล้านเหรียญดอลลาร์
ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษา	2 – 10
โรคร่วม (HT, DN, IHD, Dyrution)	45 – 80
อุบัติเหตุทางรถยนต์	10 – 40
อุบัติเหตุขณะทำงาน	5 – 20
ผลผลิตหรือการทำงานลดลง	5 – 15
ผลกระทบทางสังคม	ประเมินค่าไม่ได้

ตารางที่ 4-2 เปรียบเทียบความคุ้มค่า (USA, CAN, EU)

ค่าใช้จ่าย 7,000 USA/QALY

ค่าความคุ้มค่า 50,000 USA/QALY

ประเทศ \ การตรวจ/รักษา	PSG	CPAP
USA	707 US\$	313 – 800 US\$
TH	7,000 – 9,000 ฿	20,000 – 70,000 ฿

โรคหืดหอบ โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมองแตก ตีบ ตลอดจนความดันโลหิตสูง มีค่าใช้จ่ายเพียง 20 – 80 พันล้านเหรียญต่อปี โดยประมาณในแต่ละกลุ่มโรค ซึ่งพบน้อยกว่าโรคนอนกรนหยุดหายใจที่มีจำนวนเงิน 65 – 165 พันล้านเหรียญ

เนื่องจากโรคดังกล่าวนอกจากนี้มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วยังมีผลกระทบต่อผู้อื่น สมาชิกครอบครัว ผู้ร่วมงาน ตลอดจนผู้ที่สัญจรไปมาในท้องถนนที่อาจได้รับอุบัติเหตุที่ก่อขึ้นโดยผู้ป่วยที่หลับในอันเกิดจากการพักผ่อนไม่เพียงพอหรือนอนหลับ ไม่มีคุณภาพจากโรคนอนกรนหยุดหายใจ

ปัญหาของการให้การรักษาโรคนอนกรนหยุดหายใจ คือ ค่าตรวจวินิจฉัยมีราคาแพงแต่เป็นการตรวจครั้งเดียว แต่ไม่สามารถทำได้ทันทีที่ต้องมีการนัดซึ่งมักต้องใช้เวลารอคิวตรวจนาน และตรวจได้น้อยในแต่ละเดือน ต่างจากการวัดความดันหรือตรวจเลือด ซึ่งสามารถทำได้ในลักษณะการคัดกรองผู้ป่วยที่ทำได้ครั้งละเป็นจำนวนมาก ผู้ป่วยมักได้ความร่วมมือดีและราคาไม่แพง รัฐยินดีสนับสนุนการตรวจวินิจฉัย นอกจากนี้การรักษาแต่ละครั้งมีราคาไม่แพงนักซึ่งต่างจากค่ารักษาของโรคนอนกรนหยุดหายใจซึ่งการรักษาก็ต้องรักษาด้วยเครื่องมือที่มีราคาแพงประมาณ 15,000 – 20,000 บาท เป็นอย่างต่ำ แต่เป็นค่าใช้จ่ายมากเพียงครั้งแรกครั้งเดียว แต่อาจต้องเปลี่ยนเครื่องทุก 8 – 10 ปี

สาเหตุการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่แพงทำให้ผู้กำหนดนโยบายไม่ค่อยเต็มใจที่จะให้บริการในลักษณะดังกล่าวที่มีค่าใช้จ่ายสูง เมื่อเทียบกับการรักษาอื่น ๆ ที่มีค่าใช้จ่ายน้อยแต่ต้องรักษาต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม อาจมีการพิจารณาในระยะยาวจะพบว่ากลุ่มที่ให้การรักษามีค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่ากลุ่มไม่รักษาชัดเจน

อุบัติการณ์ของโรคในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ

ในประชากรทั่วไป พบว่า อุบัติการณ์ของโรคต่างกันโดยพบว่า เกณฑ์การวินิจฉัยโรคต่างกัน ทำให้ตัวเลขอุบัติการณ์หรือความชุกของ โรคแตกต่างกันด้วย เช่น บางการศึกษาใช้แบบสอบถามในการสำรวจ ESS, Berlin Questionnaire บางการศึกษาใช้การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องคัดกรองแบบหยาบ เช่น วัดระดับ Oxygen ในเลือด (Pulse oxymetry) วัดจำนวนครั้งของการหยุดหายใจและหายใจแผ่วแบบพื้นฐาน (Ploysomnography Type III, IV) เนื่องจากจำนวนประชากรที่สำรวจมีมาก การวินิจฉัยด้วยวิธีมาตรฐานมีราคาแพง ประมาณ 8,000 – 9,000 บาท ในโรงพยาบาลรัฐบาลและ 12,000 – 15,000 ในโรงพยาบาลเอกชน

นอกจากนี้ข้อจำกัดด้วยบุคลากรที่ตรวจ (2 เตียงต่อเทคนิคเขียนด้านตรวจการนอนหลับ Sleep technician 1 คน) เครื่องมือที่มีราคาแพงจึงทำให้มีการรอคอยการตรวจเป็นเวลานาน บางแห่งต้องรอนาน 2 – 4 เดือน ตัวเลขที่ปรากฏจึงมักเป็นตัวเลขประมาณการ

นอกจากนี้ยังพบว่าน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นก็เป็นปัจจัยที่สำคัญ พบว่า หากน้ำหนักเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัว จะทำให้ดัชนีหยุดหายใจและหายใจแผ่วเพิ่มขึ้นร้อยละ 32 และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะนอนมากกว่าคนทั่วไป 6 เท่า

เพศ ก็เป็นปัจจัยหนึ่งโดยพบว่าน้ำหนักตัวก็เพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัมในผู้ชาย เพิ่มอุบัติการณ์เกิดโรคนอนกรนหยุดหายใจ 5.2 เท่า เมื่อเทียบกับคนทั่วไป แต่ในผู้หญิงหาก น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 10 กิโลกรัม อุตการณ์เกิดโรคนอนกรนหยุดหายใจ พบ 2.5 เท่า ของคนทั่วไป

อายุ

Ancoli-Israel พบว่า ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนหลับและปัญหาอนกรนหยุดหายใจ ขณะที่การศึกษาในมลรัฐ Pennsylvania พบว่า ความชุกของโรคนอนกรนหยุดหายใจ พบร้อยละ 3.2 ร้อยละ 11.3 และร้อยละ 18.1 ในคนช่วงอายุ 20 – 45 ปี อายุ 45 – 65 ปีและมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะพบว่าคนอายุมากกว่า 65 ปี มีความชุกในการเกิดโรคนอนกรนหยุดหายใจ มากกว่าคนทั่วไป 6.6 เท่า และพบความชุกของโรคนอนกรนหยุดหายใจชนิดปานกลางและมีผลทำให้มีความง่วงนอนในเวลากลางวัน พบความชุกในผู้ชาย 6,250 คน อายุ 20 – 45 ปี อายุ 45 – 65 ปี และอายุ 65 ปี ขึ้นไป ที่ร้อยละ 0.6 ร้อยละ 2 และร้อยละ 7 ตามลำดับ และในผู้หญิงพบร้อยละ 0.6 ในช่วงมีประจำเดือนและช่วงหลังหมดประจำเดือนพบร้อยละ 5.5 แต่หากได้รับฮอร์โมนเพศเสริม จะมีความชุกที่ร้อยละ 1.1

น้ำหนักตัว

พบว่า ร้อยละ 60 ของคนไข้โรคนอนกรนหยุดหายใจมีปัญหาโรคอ้วนน้ำหนักเกิน กลุ่มศึกษา Wisconsin พบว่า ที่มีปัญหาโรคอ้วนน้ำหนักเกินมีความเสี่ยงเป็นโรคนอนกรนหยุดหายใจ 4.4 เท่า ของคนปกติ

Wisconsin Study group & Cleveland family Study พบว่า น้ำหนักตัวที่เพิ่มมากขึ้น เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคนอนกรนหยุดหายใจและเพิ่มความรุนแรงของโรคเป็นสัดส่วนที่สอดคล้องกับ (Dose-negated relationship) และพบว่า การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะ (Bariatric Surgery) สามารถลดความรุนแรงของการหยุดหายใจขณะนอนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า น้ำหนักที่เพิ่มขึ้นมีผลต่อโรคนอนกรนหยุดหายใจโดยกลไก

1. การเพิ่มไขมันที่ช่องข้างคอ paraparyyecl get pelt ซึ่งไปกินที่ทางเดินหายใจ ทำให้ทางเดินหายใจที่ช่องคอแคบลง
2. เปลี่ยนแปลงกลไกการชดเชยของระบบประสาทในการถ่วงทางเดินหายใจ
3. ทำให้ระบบควบคุมการหายใจไม่เสถียร
4. การลดประสิทธิภาพในการหายใจของช่องปอดลง

Young T. (2005) พบว่า คนที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร² มีอุบัติการณ์เป็นคนไข้ที่มีโรคนอนกรนหยุดหายใจชนิดปานกลางและรุนแรง ร้อยละ 58

เพศ

พบว่า ในวัยเจริญพันธุ์ เพศชายพบว่ามีโรคนอนกรนหยุดหายใจมากกว่าเพศหญิง ในอัตรา 3 : 1

โดยพบว่า Hormone Progesterone จะใช้ทำไ้ช่วยกระตุ้นการหายใจในผู้หญิง จึงพบว่าวัยหมดประจำเดือนอุบัติการณ์ของโรคดังกล่าวใกล้เคียงกัน แต่หากผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนกลุ่มที่ได้รับฮอร์โมนเสริมกลับพบว่าอุบัติการณ์เกิดโรคดังกล่าวลดลง แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาดังกล่าวยังมีจำนวนตัวอย่างน้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

บางการศึกษา พบว่า เหตุที่พบน้อยในผู้หญิงเป็นเนื่องจากการรับการคัดกรองแต่ควรวินิจฉัยในผู้หญิงน้อยกว่าผู้ชาย และการรับรู้ของสังคมว่าผู้หญิงมีปัญหาโรคนอนกรนหยุดหายใจได้เช่นกันยังอยู่ในระดับต่ำ จึงทำให้ผู้หญิงมารับการรักษาในเรื่องดังกล่าวน้อยกว่าที่ควรจะเป็น โดยทั่วไปผู้หญิงที่มีอาการอ่อนล้าง่าย ไม่มีแรงในการทำงาน ไม่สดชื่น ทั้งที่ได้รับการพักผ่อนมากกว่า 7 ชั่วโมง และมีประวัตินอนกรนให้สงสัยว่าอาจมีโรคนอนกรนหยุดหายใจ

เชื้อชาติ

เดิมเชื่อว่าโรคนอนกรนหยุดหายใจพบมากในประเทศตะวันตก เนื่องจากประเทศตะวันตกมีอุบัติการณ์ของโรคอ้วนน้ำหนักเกินมากกว่าทางเอเชีย แต่ระยะหลังมีการตรวจคัดกรองในคนเอเชียมากขึ้น พบว่า อุบัติการณ์ของโรคดังกล่าวพบใกล้เคียงหรืออาจมากกว่าในบางประเทศ

โดยพบว่า ความชุกของโรคดังกล่าวค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในคนไข้โรคดังกล่าวมีค่าน้อยกว่าคนไข้โรคดังกล่าวในประเทศตะวันตก เชื่อว่าโครงสร้างใบหน้าของคนเอเชียที่มีลักษณะโครงสร้างใบหน้าที่แบน คางสั้น เล็ก มีส่วนอย่างมากในการทำให้ช่องคอส่วนหลังสั้น แคบลง ซึ่งเป็นบริเวณที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคนอนกรนหยุดหายใจ จึงพบว่าบางคนแม้ไม่อ้วนก็มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนอนกรนหยุดหายใจได้

Schmidt-Nowara WW. (1990) พบว่า กลุ่มเชื้อสายสเปนในอเมริกา (Hispanics) เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคนอนกรนหยุดหายใจ (ร้อยละ 27.8 ในผู้ชายและ 15.3 ในผู้หญิง)

โครงสร้างของใบหน้าและช่องคอ

เนื้อเยื่ออ่อนบริเวณช่องคอ มีความสำคัญมากต่อการตีบแคบหรืออุดตันขณะนอน โดยเฉพาะโคนลิ้น พบว่าในขณะที่หลับลิ้นกล้ำเนื้อจะมีการหย่อนตัวมาก ลิ้นซึ่งประกอบด้วยกล้ามเนื้อต่าง ๆ ก็จะมีการหย่อนตัวเหมือนกล้ามเนื้อมัดอื่น จึงทำให้พบว่าถ้าช่องคอแคบการหย่อนตัวของกล้ามเนื้อลิ้นจะมีผลอย่างมากต่อการกรนหรือกรนแล้วทำให้มีหยุดหายใจเป็นระยะ

โรคบางอย่าง ทำให้โคเลสเตอรอลเพิ่มขึ้น เช่น โรคพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ โรคเบาหวาน กลุ่มโรคผิดปกติทางการเผาผลาญ (Metabolic Syndrome)

โครงสร้างกระดูกกราม ก็มีส่วนมากที่จะทำให้เกิดโรคกรนหรือโรคนอนกรนหยุดหายใจ จึงพบว่า คนเอเชียมีความชุกของโรคนอนกรนหยุดหายใจมากกว่าคนตะวันตก เนื่องจากโครงสร้างคนเอเชียมักหน้าแบนและคางเล็ก โดยเทียบจากคนที่มีดัชนีมวลกายที่ใกล้เคียงกัน

การสูบบุหรี่หรือดื่มเหล้า

การสูบบุหรี่ มีผลต่อการอักเสบของทางเดินอากาศ การดื่มแอลกอฮอล์ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนตัว มีผลลดสมองส่วนควบคุมการหายใจและทำให้มีการอักเสบของทางเดินหายใจ จึงเป็นการเสริมฤทธิ์การสูบบุหรี่ การอักเสบของทางเดินหายใจเมื่ออยู่ในสภาพอากาศที่เย็นและแห้งยิ่งทำให้ทางเดินหายใจระคายเคืองมากขึ้น และมีการบวมและมีเมือกเหนียวมากขึ้น ทำให้ทางเดินหายใจมีแรงต้านทานเพิ่มขึ้น

โรคทางอายุรกรรม

โรคความผิดปกติของหัวใจ ความดันโลหิตสูง และหัวใจเต้นผิดปกติ ตลอดจนโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มโรคที่เป็นผลสืบเนื่องจากโรคนอนกรนหยุดหายใจ และขณะเดียวกันโรคดังกล่าวก็อาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดโรคนอนกรนหยุดหายใจได้เช่นกัน

จะพบว่ากลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูง คือ

1. อายุ 50 ปี
2. ดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กิโลกรัม/ตารางเมตร²
3. ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วนเมตาบอลิก
4. มีอาการง่วงนอนเวลากลางวัน
5. โรคบกพร่องอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

อาชีพที่มีความเสี่ยง

1. ขับรถ
2. ทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร
3. ติดต่อสื่อสาร

จากการประเมิน พบว่า ในคนไทยจะมีประชากรที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวประมาณ 3 – 6 ในชายวัยกลางคนอายุ 45 ปีขึ้นไป

สภาพการได้บริการผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจ เปรียบเทียบกับการให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มอื่น

การให้บริการผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจ ยังไม่มีมาตรฐานการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวสำหรับสิทธิ์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.)

ตารางที่ 4-3 ตารางเปรียบเทียบผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจกับการให้บริการสุขภาพในผู้ป่วยสิทธิ์อื่น

	ข้าราชการ	ประกันสังคม	สปสช.
- การตรวจวินิจฉัย	7,000 บาท	8,500 – 9,000 บาท	แล้วแต่ละ โรงพยาบาล 8,500 – 9,000 บาท
- การผ่าตัด	เบิกได้	เบิกได้	เบิกไม่ได้
- อุปกรณ์ทันตกรรมลดกรน	4,000 บาท	เบิกไม่ได้	เบิกไม่ได้
- เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก	20,000 บาท ส่วนเกินจ่ายเอง	เบิกไม่ได้	เบิกไม่ได้
- หน้ากากครอบ	4,000 บาท/ชิ้น/ปี	เบิกไม่ได้	เบิกไม่ได้
- สายรัดหน้ากาก	เบิกไม่ได้	เบิกไม่ได้	เบิกไม่ได้
- แผ่นกรอง	เบิกไม่ได้	เบิกไม่ได้	เบิกไม่ได้

เปรียบเทียบสิทธิ์ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) กับผู้ป่วยประกันสังคม และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ์ข้าราชการในการเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคนอนกรนหยุดหายใจในปัจจุบัน

ตารางที่ 4-4 ตารางเปรียบเทียบสิทธิ์ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรคนอนกรนหยุดหายใจในปัจจุบัน

	เครื่องช่วยฟัง	เครื่องอัดอากาศ
1. สิทธิ์การเบิกจ่าย		
- ค่าตรวจ	เบิกได้	เบิกได้
- ค่ารักษา	เบิกได้	เบิกไม่ได้
2. ราคาค่าใช้จ่าย		

- ค่าตรวจ - ค่ารักษา	เบิกได้ เบิกได้	เบิกได้ เบิกไม่ได้
3. ลักษณะการบริการ - การให้สิทธิ์ขาด - ยืมใช้และติดตาม	มี	ไม่มี ไม่มี
	เครื่องช่วยฟัง	เครื่องอัดอากาศ
4. การตรวจติดตามความสม่ำเสมอในการใช้	ไม่มี	มี
5. ผลกระทบหลักที่ไม่ได้รับการรักษา - ผู้ป่วย - อื่น ๆ - ค่าใช้จ่าย	ไม่ได้ยิน พูดคุยกับผู้อื่นไม่รู้เรื่อง ต่ำ	ญาติและคู่สมรส ผลกระทบต่อสุขภาพ เกิดอุบัติเหตุจากการ ทำงาน

สัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมนิทรา

แพทย์หญิงวิสาข์สิริ ต้นตระกูล

เนื่องจากปัญหาอนกรนหยุดหายใจเป็นปัญหาที่มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่มีปัญหาดังกล่าว แต่มีเพียงจำนวนน้อยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษา หากจำเป็นต้องให้บริการรักษาผู้ป่วย สปสช. ควรเริ่มจากกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงก่อน เช่น ผู้ป่วยโรคอ้วน น้ำหนักเกิน ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีอาการอนกรนหยุดหายใจที่เป็นรุนแรง มีอาการง่วงนอนเวลากลางวัน และต้องทำงานที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เช่น ขับรถบรรทุก ขับรถโดยสาร หรือทำงานกับเครื่องจักรกล

การคัดผู้ป่วยเข้าตรวจควรมีเครื่องมือคัดกรองโดยอาจใช้แบบสอบถาม ESS และ Berlin Questionnaire โดยหากแบบสอบถามดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงก็จะจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจการนอนหลับ (In Lab Polysomnography) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานในการวินิจฉัย อย่างไรก็ตามขณะที่มีจำนวนเครื่องตรวจและเทคนิคเขียนที่ตรวจจำกัดอาจมีการเปิดการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการ

โดยควรมีการสร้างเครือข่ายให้บริการตามศูนย์บริการสาธารณสุขต่าง ๆ ในการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจากใช้เครื่องอัดอากาศรักษาผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจขณะนอนที่รุนแรง โดยอุปกรณ์ดังกล่าวควรให้แต่ละสถาบันแนะนำเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนมีความต้องการและเหมาะสมในการใช้เครื่องที่ต่างกันไป

นายแพทย์ประพันธ์ กิตติวรวิทย์กุล

ปัญหาอนกรนหยุดหายใจเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยังไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและรักษาแพง โดยทั่วไปกลุ่มผู้ป่วยที่ควรให้ความสนใจในการวินิจฉัยและรักษาก่อน คือ

ผู้ป่วยอนกรนที่มีอาการร่วมดังต่อไปนี้

1. ดัชนีมวลกายมากกว่า 35
2. มีหัวใจเต้นผิดปกติ
3. ความดันโลหิตชนิดที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา (ใช้ยามากกว่า 3 ตัว ในการรักษา)
4. มีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง
5. มีอาการง่วงนอนเวลากลางวัน (ESS >10) โดยเฉพาะในกลุ่มที่ทำงานการเครื่องจักร

และต้องขับรถ

เนื่องจาก สปสช. มีงบประมาณจำกัดจึงแนะนำให้ตรวจการนอนหลับแบบ Home Monitor ในคนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ตลอดจนหัวใจเต้นผิดปกติ ถ้ามีปัญหาดังกล่าวจะแนะนำให้ตรวจเป็น Full PSG แทน

ผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศในผู้ป่วยกลุ่มต่อไปนี้

1. ระยะเวลาที่มีค่าอิมพัลส์ของออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าร้อยละ 90
2. ผู้ป่วยอนกรนหยุดหายใจที่มีความรุนแรง ดัชนีหยุดหายใจและหายใจแผ่วมากกว่า 30 ครั้ง/ชั่วโมง ในกลุ่มดัชนีมวลกายมากกว่า 35 หัวใจเต้นผิดปกติ มีความดันโลหิตสูงที่ไม่ตอบสนองต่อยา มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง หรือผู้ป่วยที่มีอาชีพขับรถและทำงานกับเครื่องจักรกล

โดยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นคนให้คำแนะนำในการใช้เครื่องอัดอากาศและมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับการอบรมเป็นผู้ติดตามผลการใช้เครื่องอัดอากาศ

เครื่องอัดอากาศควรมีสุนัขดูแลเครื่องมือแพทย์ (Department of Medical Equipment) โดยมีการแจกจ่ายให้ผู้ป่วยลองใช้เครื่อง 30 วัน หากผู้ป่วยมีอัตราการใช้เครื่องต่ำกว่าร้อยละ 80 และ

ติดตามทุก 3 – 6 เดือน และอัตราการใช้เครื่องน้อยกว่า ร้อยละ 80 ก็จะเอาอุปกรณ์ดังกล่าวคืน (ยกเว้นหน้ากาก)

อุปกรณ์ทางทันตกรรมก็น่าจะจัดหาให้ผู้ป่วยกรณีปฏิเสธการใช้เครื่องอัดอากาศ

นายแพทย์โยธิน ชินวณิช

ปัญหา Obstructive Sleep Apnea (OSA) กับสิทธิ์ สปสช. ปัจจุบันไม่แนะนำผู้ป่วย OSA เนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่มีนโยบายส่งเสริมให้มีการตรวจรักษา เนื่องจากทางโรงพยาบาลจะต้องจ่ายค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาโดยไม่สามารถเบิกค่าตรวจรักษาเพิ่มเติมได้จาก สปสช. เหมือนค่าใช้จ่ายอื่น เช่น เครื่องช่วยฟัง และเนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการไม่ชัดเจนและผลกระทบมักเกิดขึ้นในระยะยาว หากผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจใช้สิทธิ์ สปสช. จะได้รับสิทธิ์การตรวจรักษา ควรเป็นผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง โดยกลุ่มเสี่ยง คือ คนไข้นอนกรนหยุดหายใจที่มี

1. ดัชนีมวลกายมากกว่า 30
2. ง่วงนอนเวลากลางวันมาก โดยมีค่า ESS มากกว่า 12/24 ในคนขับรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล
3. มีโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. ควรมีการรณรงค์ให้เห็นความสำคัญของโรคนอนกรนหยุดหายใจเห็นทราบว่าอาการของโรคเป็นอย่างไร หากไม่ได้รับการรักษามีผลกระทบต่อร่างกายอย่างไรบ้าง ตรวจและรักษาอย่างไรบ้าง
2. การคัดกรองผู้ป่วยโดยแพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย โดยใช้
 - 2.1 แบบสอบถาม ESS แบบสอบถาม Berlin
 - 2.2 ประวัติการเจ็บป่วยและดัชนีมวลกาย
3. กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะนอนกรนหยุดหายใจจะแนะนำให้พบแพทย์เฉพาะทาง
4. แนะนำ Home Monitor ในทุกคน ยกเว้น คนไข้ที่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง การตรวจ Full PSG แนะนำในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง
5. แนะนำเครื่องอัดอากาศขณะหายใจเข้าในการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนระดับปานกลาง – รุนแรง โดยให้ทางโรงพยาบาลจัดซื้อเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยหลังการขายจะดีกว่า แต่ควรมีการกำหนดราคากลาง ประมาณ 15,000 – 20,000 บาท

6. ความต่อเนื่องในการใช้เครื่อง ติดตาม 1 เดือนถ้าไม่เกินร้อยละ 60 หรือ 3 เดือนถ้าใช้เกินร้อยละ 60 ต้องคืนเครื่องให้ สปสช. โดยมีแพทย์เวชปฏิบัติแปรผลติดตามผลการใช้เครื่อง

อาจารย์ธีรเดช คุปตานนท์

ปัญหาอนกรนหยุดหายใจเป็นปัญหา ผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มเข้าถึงการรักษาได้ต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วย สปสช. มีจำนวนน้อยมากที่สามารถเข้าถึงการรักษาดังกล่าว เนื่องจากค่าตรวจวินิจฉัยและการรักษาราคาสูง

แนวทางแก้ไข

ให้ความรู้แก่ประชาชนในทุกระดับตั้งแต่โรงเรียน โดยบรรจุในหลักสูตรสุขศึกษา ในเรื่องสุขอนามัยในการนอนหลับ เพื่อให้เด็กเห็นความสำคัญของการนอนหลับพักผ่อน ในส่วนประชาชนก็ควรมีการให้ความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ การจัดเวทีสัมมนา การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบคัดกรองต่าง ๆ เช่น Epworth Sleepiness Scale แบบสอบถาม Berlin ตลอดจน Stop bang ก็น่าจะได้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาเรื่องอนกรนหยุดหายใจ เพื่อให้คำแนะนำและตรวจวินิจฉัยเพื่อรักษาต่อไป นอกจากนี้ควรปลูกฝังให้ประชาชนตื่นตัวและตระหนักถึงปัญหาผลกระทบของโรคหยุดหายใจขณะนอน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีอาชีพขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักรกล ซึ่งมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุขณะทำงานหรือขับขีรถยนต์

การจัดสัมมนาและประชุมวิชาการเพื่อให้ความรู้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก็มีความสำคัญ โดยการแนะนำให้มีการซักถามประวัติคนไข้ส่วนที่เกี่ยวกับการนอนหลับร่วมด้วยเสมอ ด้วยคำถามง่าย ๆ เช่น ท่านนอนหลับดีหรือไม่ มีปัญหาอนกรนหรือไม่ ถ้ามีกลางคืนมีการหยุดหายใจเป็นระยะ ๆ ในขณะนอนหรือไม่ และกลางวันมีง่วงนอนอ่อนเพลียขณะทำงาน ง่วงเจ็ยปวดหัว ขณะตื่นนอนหรือไม่

การให้การรักษา

ควรมีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง โดยแพทย์เฉพาะทางจะทำการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องตรวจการนอนหลับ โดยหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงแนะนำให้ตรวจด้วยเครื่อง Home Monitor PSG (3,000 บาท) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายถูกกว่า Full PSG (8,000 – 9,000 บาท) หากผู้ป่วยมีภาวะหยุดหายใจปานกลาง – รุนแรง ก็จะแนะนำให้ใช้เครื่องอัดอากาศ โดยให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ติดตามดูแลผู้ป่วย หากมีปัญหาก็ให้ส่งผู้ป่วยมาพบแพทย์เฉพาะทาง สำหรับเครื่องอัดอากาศควรให้แพทย์แต่ละท่านส่งจ่ายผู้ป่วยตามความเหมาะสมในแต่ละคนไป

นายแพทย์ประสิทธิ์ มหากิจ

ปัจจุบันผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจที่มีสิทธิ สปสช. เนื่องจากทางโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ซึ่งพบว่าควรตรวจวินิจฉัยและอุปกรณ์ที่ใช้รักษามีราคาแพง แต่เป็นการจ่ายเพียง 2 ครั้ง นอกจากนี้แทบจะไม่มีค่าใช้จ่าย ซึ่งต่างจากการรักษาบางอย่างที่ต้องจ่ายค่ายาหรือค่าทำหัตถการไปตลอดจนการล้างไต ฟอกไต และการรักษาถือเป็นการป้องกันผู้ป่วยไม่ให้มีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อผู้ป่วย เช่น ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดปกติ ประสิทธิภาพการทำงานด้อยลง มีผลต่อสุขภาพจิตและอารมณ์ที่หงุดหงิดง่ายขึ้น ตลอดจนมีผลกระทบต่อเกิดการเสียชีวิตและคุณภาพจากอุบัติเหตุขณะทำงานกับเครื่องจักรกลหรือขั้วชีรยนต์อันอาจทำให้มีผู้เสียชีวิต พิกัด มากมายได้หากผู้ป่วยเป็น

ผู้ขับขี่รถสาธารณะ เช่น รถบัส รถบรรทุกขนาดใหญ่ หรือแม้กระทั่งรถจักรยานยนต์ของขณะก่อสร้าง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มสมรส จะเห็นได้ว่าการให้การรักษากับผู้ป่วยดังกล่าวจึงสมควรได้รับการปรับปรุงสิทธิให้เหมาะสมขึ้น

โดยควรมีการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาหยุดหายใจขณะนอนที่มี

1. อายุมากกว่า 50 ปี ที่มีปัญหาหาวงนอนเวลากลางวัน ESS มากกว่า 12/24
2. หัวใจเต้นผิดปกติ
3. เคยมีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง
4. ดัชนีมวลกายมากกว่า 35 กิโลกรัม/ตารางเมตร

หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ดังกล่าว 1 หรือ 2 ข้อ ควรแนะนำให้พบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อตรวจร่างกายและประเมินด้วยแบบสอบถาม ESS และ Berlin Score หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงก็ควรให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจการนอนหลับแบบ Home Monitor (ค่าตรวจประมาณ 3,000 บาท/คน) ยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองควรได้รับการตรวจที่โรงพยาบาล

ผู้บริหาร โรงพยาบาล

ปัจจุบันทางโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องการเงินในการบริหารจัดการในส่วน สปสช. เนื่องจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยดังกล่าวไม่มากนัก ประมาณ 10,000 – 15,000 คน การให้บริการผู้ป่วยโดยรวมค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจจึงเป็นภาระการเงินของโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจึงพยายามจำกัดให้บริการผู้ป่วยดังกล่าว เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวของโรงพยาบาลไม่สามารถเบิกเพิ่มเติมจาก สปสช. ในงบค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้ ส่วนใหญ่จะเป็นการตรวจวินิจฉัยโรคที่อนุมัติให้มีการตรวจได้ ส่วนค่ารักษามักจะให้ผู้ป่วยจ่ายเอง

ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถซื้อเครื่องอัดอากาศมาใช้เองได้ เนื่องจากมีราคาแพง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษา

การดูแลผู้ป่วยสิทธิ สปสช. ที่ควรจะเป็นมี 2 แนวทาง

1. โรงพยาบาลจัดหาเครื่องอัดอากาศให้ผู้ป่วยแล้วเบิกค่าใช้จ่ายจาก สปสช.
2. สปสช. มีหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดหาเครื่องอัดอากาศให้กับผู้ป่วย

ในระยะแรกอาจใช้การให้บริการแบบแรกคือ ทางโรงพยาบาลเป็นคนจัดหาเครื่องอัดอากาศให้กับผู้ป่วยแล้วไปทำเบิกจ่ายจาก สปสช. จนทาง สปสช. มีหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรงพร้อมที่จะดำเนินการจึงค่อยโอนให้กับทาง สปสช. ดำเนินการต่อ

อย่างไรก็ดีแล้วแต่ ไม่ว่าจะวิธีไหนทางโรงพยาบาลก็พร้อมให้บริการผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกในการรักษาควรแนะนำในผู้ป่วยที่เป็นรุนแรง (AHI > 30 ครั้ง/ชั่วโมง) ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยที่ต้องทำงานกับเครื่องจักรกล ขับรถบรรทุก หรือรถโดยสารสาธารณะที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

อุปกรณ์ดังกล่าวควรมีการติดตามตรวจสอบความต่อเนื่องในการใช้เครื่อง เนื่องจากเครื่องมือดังกล่าวมีสมาร์ตการ์ดที่เก็บข้อมูลการใช้เครื่องและผลการใช้เครื่องซึ่งทำให้ผู้ให้บริการทราบว่าผู้ป่วยใช้เครื่องทุกคืนหรือไม่ มีความต่อเนื่องในการใช้เครื่องหรือไม่ จึงควรเป็นลักษณะมีกองกลางเป็นศูนย์รวมอุปกรณ์ดังกล่าวที่ให้ผู้ป่วยมาตรวจเช็คเบิกรับอุปกรณ์ได้ทุก 3 เดือน หากผู้ป่วยไม่ใช้หรือมีอัตราการใช้น้อยร้อยละ 70 ก็จะเก็บคืนเข้ากองกลาง เพื่อนำให้ผู้ป่วยคนอื่นใช้ตลอดไป ฉะนั้นผู้ป่วยจึงมีเฉพาะหน้ากากที่เป็นของตนเองส่วนอุปกรณ์อัดอากาศแรงดันบวกเป็นของส่วนรวมที่ยืมไปใช้ ซึ่งการบริหารจัดการดังกล่าวน่าจะเป็นรูปแบบที่เหมาะสม ประเทศไทยที่มีงบประมาณจำกัดและเป็นการฝึกให้ประชาชนมีวินัยในการใช้ของ เห็นคุณค่าของอุปกรณ์ที่ สปสช. จัดให้ฟรีไม่มีมูลค่าว่ามีประโยชน์ต่อผู้ป่วย

แพทย์หญิงนฤชา จิรกาลวสาน

ทางโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ให้การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการหยุดหายใจ แต่ไม่มีการจัดอุปกรณ์เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกให้ผู้ป่วยเนื่องจากงบประมาณจาก สปสช. มีจำกัดมาก

แนวทางการตรวจวินิจฉัย

ควรมีการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและเป็นรุนแรงเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาก่อน โดยนอกจากประวัติตรวจร่างกายและเครื่องมือคัดกรองที่สำคัญคือแบบสอบถาม

ESS, Berlin Questionnaire และ STOP BANG หากผู้ป่วยมีคะแนนอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูงก็แนะนำให้ทำ Home Monitor ยกเว้นผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ในรายที่สงสัยจากการตรวจด้วย Home Monitor ก็ควรยืนยันผลด้วยการตรวจ In lab Polysomnography

การให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยควรให้ผู้ป่วยเบิกอุปกรณ์เครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (CPAP) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยอาจพิจารณาใช้ในกรณีที่รุนแรงก่อน (AHI > 30 ครั้ง/ชั่วโมง) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ตลอดจนผู้ป่วยที่ต้องทำงานเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

ผู้ป่วยควรพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจวินิจฉัยและให้คำแนะนำให้การรักษา แต่เนื่องจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนน้อยจึงอาจมีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อ แต่หากผู้ป่วยมีปัญหา ก็สามารถส่งผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อได้ เนื่องจากผู้ป่วยแต่ละคนเหมาะสมในการใช้อุปกรณ์นี้ต่างกัน จึงควรให้แต่ละสถาบันแนะนำอุปกรณ์กับผู้ป่วยเอง

สัมภาษณ์ผู้บริหาร สปสช.

โดยทั่วไป สปสช. จะพิจารณาให้การรักษาโรคที่เป็นค่าใช้จ่ายสูงโดยพิจารณาจากความชุกของโรค (ไม่มากนักแต่มีความสำคัญ โดยมีขั้นตอนการพิจารณา

1. guideline หรือมีแนวทางการปฏิบัติที่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน มีขั้นตอนการปฏิบัติที่ง่าย ไม่ซ้ำซ้อนมากนัก
2. แผนงานที่ดำเนินการมีการใช้เงินที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าของการใช้เงินกับผลลัพธ์ที่ได้รับ
3. การดำเนินการจะพิจารณาเลือกดำเนินการในโครงการที่มีค่าใช้จ่ายที่คุ้มค่า และมักพิจารณาเลือกผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมาก่อน
4. จากนั้นมีการดำเนินการนำร่องเพื่อประเมินความเป็นไปได้และความคุ้มค่าของการดำเนินการ
5. เลือกดำเนินการในเขตบริหารสาธารณสุขนำร่องก่อนแล้วนำมาประเมินผลและดำเนินค่าใช้จ่ายหากมีการดำเนินการครบวงจรทั่วประเทศ

โดยพบว่าทาง สปสช. ประสบความสำเร็จในการดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวกับกลุ่มโรคต่าง ๆ ก่อนหน้านี้แล้ว เช่น Hemophilia หรือ Thalassemia

จากนั้นก็จะมีบริษัทที่เกี่ยวข้องรับทราบนโยบายเพื่อเสนอราคาที่เหมาะสมให้ สปสช. ต่อรองในส่วน of ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ จากนั้น สปสช. ก็จะประเมินดูราคาค่าใช้จ่าย

ดังกล่าวว่าควรจัดเป็น low cost ซึ่งทางโรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดำเนินการเองหรือจัดเป็น

High cost ซึ่งทาง สปสช. จะรับมาดำเนินการในลักษณะ Central reimbursement ซึ่งทาง สปสช. จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าวเอง โดยทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยจากนั้นจะทำเบิกกับทางโรงพยาบาล โดยทาง สปสช. อาจมีวิธีการดำเนินการในส่วนของอุปกรณ์ทางการแพทย์ใน 2 ลักษณะ คือ

1. ลักษณะของ Leading prime คือการกำหนดราคากลางในแต่ละโรงพยาบาลจัดซื้ออุปกรณ์เอง

2. Direct deal คือการประมูลอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อจัดหาอุปกรณ์ดังกล่าวให้กับแต่ละโรงพยาบาลได้ใช้ซึ่งในลักษณะที่ 2 จะทำให้บางกรณี เช่น การจัดซื้อยาต้านมะเร็ง หรือน้ำยาล้างไต

จากนั้นจะนำเสนอเรื่องทั้งหมดเข้าสู่ที่ประชุมอนุกรรมการพิจารณาขอบเขตการบริหารสิทธิการให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วยโดยอาศัยข้อมูลจาก สปสช. ราชวิทยาลัย และประชาชน ผู้ได้รับประโยชน์จากการให้บริการดังกล่าว จากนั้นจึงนำเสนอให้การบอร์ดใหญ่ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานผู้พิจารณา

การพิจารณาโรคนอนกรนหยุดหายใจเป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพื่อให้ทางโรงพยาบาลได้ให้คำแนะนำและรักษาผู้ป่วยตามหลักวิชาโดยไม่ต้องคำนึงถึงภาระทางการเงินที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบ เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการที่มีขนาดเล็กหากโรงพยาบาลให้บริการรักษาดังกล่าวตามมาตรฐานในขณะที่โรงพยาบาลอื่นไม่ได้ให้บริการก็จะมีภาระจุกตัวของผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจที่ไปรับบริการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรคดังกล่าว ทำให้โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรคดังกล่าวมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคดังกล่าวสูงมาก เป็นภาระทางการเงินให้กับผู้บริหารซึ่งทำให้ดูเหมือนไม่ยุติธรรมสำหรับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาต้องแบกรับภาระดังกล่าวไปด้วย

ทางแก้ไขของปัญหาดังกล่าวจึงควรให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรคดังกล่าวได้ให้การตรวจวินิจฉัยรักษาตามมาตรฐาน โดยไม่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับเรื่องภาระการเงินของโรงพยาบาล โดยค่าใช้จ่ายใช้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาควรเป็นส่วนที่ทางโรงพยาบาลสามารถนำไปเบิกค่าใช้จ่ายกับทาง สปสช. ส่วนทาง สปสช. เองวางแผนทางปฏิบัติอยู่ 2 ทางคือ

1. สปสช. จัดการศูนย์ตรวจวินิจฉัย Polysomnogram หรือ Home monitor ซึ่งควรต้องพิจารณาในเรื่องค่าใช้จ่าย โดยทั่วไปมีคำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้ทำการตรวจโดย Home monitor ยกเว้นคนไข้ที่มีปัญหาโรคหัวใจหรือโรคทางสมองซึ่งมีจำนวนไม่มากนักหรือ

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่มีภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับรุนแรง แต่ผลตรวจไม่สอดคล้องกับอาการผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องตรวจการนอนหลับที่โรงพยาบาลเพิ่มเติม (In-Lab PSG) เนื่องจากค่าใช้จ่าย Home monitor มีค่าใช้จ่ายต่ำโดยเครื่องตรวจมีราคา 400,000 บาท/เครื่อง และไม่จำเป็นต้องมีเทคนิคเขียนคอบดูแลขณะตรวจเหมือน In-Lab PSG ซึ่งเครื่องมือมีราคาแพงประมาณ 1,500,000 – 2,000,000 บาท และค่าใช้จ่ายประมาณ 8,500 – 9,000 บาท ในโรงพยาบาลรัฐบางส่วน โรงพยาบาลเอกชนมีค่าใช้จ่ายประมาณ 12,000 – 15,000 บาท เป็นไปได้ที่ทาง สปสช. จัดตั้งศูนย์ให้บริการตามเขตที่บริการสาธารณสุขจะมีเครื่อง Home monitor ไว้คอยบริการผู้ป่วยซึ่งในกรณีนี้ทาง สปสช. สามารถขยายบริการให้บริการได้เนื่องจาก Home monitor มีราคาไม่แพงและไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคเขียนในการควบคุมดูแลผู้ป่วยเหมือน In-Lab PSG จึงไม่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรด้วย

2. กรณีที่ผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจจำเป็นต้องรักษาก็จะมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดรักษาคือเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (CPAP) เนื่องจากอุปกรณ์ดังกล่าวมีราคาแพงปัจจุบันมีหลายรุ่นหลายแบบทั้งแบบปรับค่าอัตโนมัติและแบบปรับค่าด้วยมือทำให้เครื่องดังกล่าวมีราคาแตกต่างกันมากและมีส่วนน้อยอาจจำเป็นต้องใช้ถ้า Servo ventilator กรณีที่มีการหยุดหายใจเนื่องจากความผิดปกติในการควบคุมการหายใจในสมองส่วนกลาง (Central Apnea)

การที่โรงพยาบาลจัดซื้ออุปกรณ์ดังกล่าวให้คนไข้อาจทำให้มีราคาแพงเนื่องจากไม่มีอำนาจต่อรองราคา แต่หากจาก สปสช. เข้ามามีบทบาทก็จะมีส่วนทำให้ราคาอุปกรณ์ดังกล่าวถูกลงซึ่งสามารถดำเนินการได้ 2 วิธี คือ

1. การกำหนดราคากลางของอุปกรณ์ดังกล่าวโดยกำหนดราคาของบริษัทควรวางให้กับโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อให้ผู้ป่วยควรมีราคาที่เท่ากันทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ

2. มีศูนย์บริการแจกจ่ายเครื่องมือทางการแพทย์ดังเช่นที่ประเทศอเมริกามีศูนย์ดูแลเครื่องมือแพทย์ Department of medical Egenipment ที่คอยกระจายอุปกรณ์ดังกล่าวให้กับผู้ป่วยและคอยกำกับดูแลการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวว่ามีความต่อเนื่องในการใช้หรือไม่ โดยมีการตรวจสอบการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอทุก 1 – 3 เดือน หากผู้ป่วยขาดการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวเกิน 3 เดือนหรือความต่อเนื่องในการใช้อุปกรณ์น้อยกว่าร้อยละ 20 – 80 ก็อาจรับคืนอุปกรณ์ดังกล่าวได้

แต่เนื่องจากศูนย์บริการอุปกรณ์ทางการแพทย์ดังกล่าวยังไม่มีในเมืองไทย การจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการเฉพาะผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจจึงอาจไม่คุ้มค่าในการดำเนินการ ฉะนั้นอาจพิจารณากำหนดอุบัติเหตุไว้ที่โรงพยาบาลศูนย์ โดยมีแผนกที่รับผิดชอบในการดูแลอุปกรณ์ดังกล่าวทั้งในแง่ความต่อเนื่องในการใช้และการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวหรือไม่ ซึ่งทำให้มีความ

คล่องตัวในการบริหารจัดการมากกว่า โดยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาลนั้น ๆ เป็นผู้ควบคุมดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

ปัจจุบันอุปกรณ์ดังกล่าวมีราคาประมาณ 20,000 – 30,000 บาท สำหรับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดปรับค่าด้วยมือและราคาประมาณ 40,000 – 70,000 บาท สำหรับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดปรับค่าอัตโนมัติ และเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดมีแรงดันอากาศ 2 ค่า (Bi-level CPAP) มีราคาตั้งแต่ 80,000 – 120,000 บาท แต่โดยทั่วไปทาง สปสช. จะสนับสนุนให้ใช้เฉพาะเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดปรับค่าด้วยมือ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสะดวกในการใช้เครื่องเหมือนเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกชนิดปรับค่าแรงดันอัตโนมัติ แต่เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายที่ยังแตกต่างกันมากระหว่างเครื่องอัดอากาศชนิดปรับค่าด้วยมือกับชนิดปรับค่าอัตโนมัติ จึงแนะนำให้ใช้เฉพาะเครื่องอัดอากาศชนิดปรับค่าด้วยมือเท่านั้น โดยเครื่องอัดอากาศดังกล่าวหากมีผู้ป่วยที่ต้องใช้มีจำนวนมาก โดยประมาณว่าอาจมากถึงประมาณ 30,000 – 40,000 เครื่อง/ปี โดยประมาณว่าทาง สปสช. สามารถจัดให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการตรวจคลื่นละ 150 – 200 ราย/คืน จะพบว่าจะมีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยประมาณ 45,000 – 60,000 บาท/ปี ประมาณว่าผู้ป่วยที่เป็น โรคนอนกรนหยุดหายใจระดับรุนแรงเท่านั้นที่จะได้รับเครื่องอัดอากาศแรงดันบวกในการรักษาซึ่งจากตัวเลขของผู้ป่วยดังกล่าวในการตรวจการนอนหลับที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าคือ ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับบริการตรวจการนอนหลับที่โรงพยาบาล จึงพบว่าจะมีผู้ป่วยที่ต้องการใช้เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกอยู่ที่ 12,000 – 15,000 เครื่อง/ปี แต่เนื่องจากอัตราการคงใช้เครื่องอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 70 – 80 จึงพบว่าแต่ละปีจะมีอัตราการใช้เครื่องอยู่ที่ 9,000 – 12,000 เครื่อง/ปี หากมีการกำหนดราคากลางโดยการเจรจากับบริษัทจำหน่ายอุปกรณ์ดังกล่าวโดย สปสช. เครื่องมือดังกล่าวจากราคาปัจจุบันที่จำหน่ายที่ต่ำที่สุดราคา 20,000 บาท อาจลดลงเหลือ 12,000 -15,000 บาท ซึ่งเป็นไปได้ที่ สปสช. ต้องใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ดังกล่าวกับผู้ป่วยในโครงการอยู่ที่ตัวเลขประมาณการอยู่ที่ 100,000 – 180,000 บาท เมื่อรวมกับค่าตรวจการนอนหลับที่ สปสช. ต้องจัดซื้อเครื่องมือ Home monitor ซึ่งมีราคาประมาณ 400,000 บาท/เครื่อง จำนวน 150 – 200 เครื่อง ทำให้มีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 60,000,000 – 80,000,000 บาท เมื่อรวมค่าใช้จ่ายแล้วจะพบว่าต่อปี สปสช. จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 200,000,000 บาท โดยตัว Home monitor จะคำนวณอายุการใช้งานที่ 3 ปี ซึ่งพบว่าตัวเลข 20,000,000 บาท/ปี บวกค่าตลาดเคลื่อนในการประมาณการณ์ร้อยละ 20 อยู่ที่ 240,000,000 บาท/ปี พบว่าคุ้มค่าเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาผลกระทบจากโรคนอนกรนหยุดหายใจที่ก่อให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ประสิทธิภาพการทำงาน การเรียนที่ลดลง สร้างปัญหาสังคมเนื่องจากอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการพักผ่อนที่ไม่มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังไม่นับรวมถึงค่าใช้จ่ายที่สูญเสียไปกับอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทางรถยนต์ รถบรรทุก

หรือจากการทำงานกับเครื่องจักรกล ซึ่งพบว่าแต่ละปีมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุรถยนต์ประมาณ 20,000 – 25,000 ราย/ปี ซึ่งมีจำนวนไม่น้อยที่เสียชีวิตเนื่องจากการหลับใหล เนื่องจากง่วงนอน ในขณะที่ขับรถจากโรคนอนกรนหยุดหายใจ

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โรคนอนกรนหยุดหายใจเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ที่บั่นทอนสุขภาพของผู้ป่วย คู่สมรส ในขณะที่นอนหลับพักผ่อน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตในระยะสั้น ในระยะยาวจะมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดปกติ โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง อันทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น จากการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลหรือจากการขับจี้รถยนต์ โดยพบว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ตลอดจนจากอุบัติเหตุจากการทำงาน หรือขับจี้รถยนต์เป็นจำนวนมาก สูญเสียค่าใช้จ่ายมากมายทั้งเพื่อการรักษาพยาบาลและเครื่องใช้ จ่ายจากการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

โรคนอนกรนหยุดหายใจเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค โดยถ้าเป็นน้อยผู้ป่วยอาจมีเสียงกรนดังรบกวนผู้อื่นเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยรวมของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยจึงมักไม่ตระหนักเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมาก (รุนแรง) เช่น มีอาการหยุดหายใจขณะนอนนานและบ่อยจนคู่สมรสกังวล การปวดหัว จ้าเวลาตื่นนอน หรืออาการง่วงนอนในเวลากลางวันบางครั้งผู้ป่วยเคยชินกับปัญหา ดังกล่าวจนผู้ป่วยไม่คิดว่าเป็นอาการแสดงของโรค แต่เป็นนิสัยส่วนตัวของผู้ป่วยเอง

ผู้ป่วยอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาง่วงนอนด้วยตัวเอง เช่น การดื่มกาแฟ การงีบหลับเวลากลางวันจนเป็นนิสัย ภาระงานที่มากทำให้ไม่มีเวลาสนใจเรื่องอาการอ่อนล้า จึงพบว่าโรคนี้เป็นโรคที่แพทย์จะต้องให้ความสนใจสอบถามอาการ เนื่องจากมีผู้ป่วยส่วนมากมักไม่กล้ามาพบแพทย์ด้วยอาการนอนกรนหรือทราบว่าตนเองมีปัญหาแต่ไม่ทราบว่าจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ หรือไม่ทราบจะวินิจฉัยและรักษาอย่างไร นอกจากนี้แพทย์ที่สนใจและให้การวินิจฉัย และรักษาโรคดังกล่าวยังมีจำนวนไม่มากนัก (ไม่ถึง 100 คน) จึงเป็นปัญหาที่ต้องมีการวางแผนในการจัดการกับผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจที่มีปริมาณมาก โดยเฉพาะหากมีการให้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.)

จากการค้นหาข้อมูลจากต่างประเทศทำให้ทราบว่าผลการให้บริการตรวจวินิจฉัย และรักษาแม้ใช้ค่าใช้จ่ายมากแต่ก็มีความคุ้มค่ากับการใช้บริการดังกล่าว เนื่องจากค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาผลกระทบของโรค ตลอดจนอุบัติเหตุที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจ โดยจากการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัย Harvard (2012) พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจระดับปานกลาง – รุนแรง มีค่าใช้จ่ายประมาณ 45 – 80 พันล้านดอลลาร์ โดยแยกเป็นค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษาประมาณ 2 – 10 พันล้านดอลลาร์ แต่ประมาณว่ามีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ฉะนั้นค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและรักษา จึงควรมีค่าใช้จ่าย 10 – 50 พันล้านดอลลาร์ ขณะที่ค่าใช้จ่ายในทางการแพทย์ในการรักษาโรคร่วม อื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมอง ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกิดจากอุบัติเหตุที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจพบมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 45 – 80 พันล้านดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจที่ไม่ รวมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เท่ากับ 10 – 40 พันล้านดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุที่เกิดจากโรค นอนกรนหยุดหายใจจากการทำงานจากเครื่องจักรกลมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 3 – 20 พันล้านดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียรายได้จากผลผลิตและการทำงานที่ลดลงเท่ากับ 5 – 15 พันล้านดอลลาร์ ทำให้พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจและไม่ได้ให้การรักษามีค่าใช้จ่าย ประเมินเท่ากับ 45 – 80, + 10 – 40, + 5 – 20, + 5 – 15 เท่ากับ 65 – 155 พันล้านดอลลาร์ จะเห็นได้ ว่าค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคนอนกรนหยุดหายใจที่มีระดับปานกลาง – รุนแรง เท่ากับ 45 – 80 พันล้านดอลลาร์ แต่หากไม่รักษาจะมีค่าใช้จ่ายที่เป็นผลกระทบหรือค่าใช้จ่ายและ ความสูญเสียจากอุบัติเหตุทั้งจากการทำงานและจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ทั้งทางตรงและทางอ้อม เท่ากับ 65 – 155 พันล้านดอลลาร์ นอกจากนี้ผลกระทบทางจิตใจและการเสียชีวิตตลอดจนพิการ ทุพพลภาพอย่างถาวร เป็นค่าเสียหายที่ประเมินค่าไม่ได้ จึงมีความเป็นไปได้ที่จะให้การรักษานักผู้ป่วย โครนกรน สปสข. ที่มีปัญหาโรคนอนกรนหยุดหายใจระดับปานกลาง – รุนแรง

จากการสัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างเห็นว่า เห็นสมควรให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ ดังกล่าวโดยควรมีเครื่องมือคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ โดยส่วนใหญ่เห็นว่าควรใช้เครื่องมือคัดกรอง ทั้ง 3 ชนิด (คือ Epworth Sleepiness Scale โดยมีค่า 12/24 ขึ้นไป) Berline Questionnaire และค่า STOP BANG) หรือผู้ป่วยมีน้ำหนักเกินมาตรฐานมาก โดยมีดัชนีมวลกายมากกว่า 35 กิโลกรัม/ ตารางเมตร ผู้ป่วยโรคอ้วนพี (Metabolic Syndrome) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ตลอดจนผู้ป่วยที่นอนกรนหยุดหายใจที่มีอาการง่วงนอนที่มีอาชีพขับรถหรือทำงานกับ เครื่องจักรกล กลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงซึ่งประเมินเบื้องต้นว่าผู้ป่วยกลุ่ม 35 ปีขึ้นไปพบประมาณ 30 ล้านคน (3 ล้าน) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงพบร้อยละ 10 (3 ล้าน) โดยพบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของ

โรคปานกลาง – รุนแรง ร้อยละ 20 – 25 (7 – 8 แสนคน) เนื่องจากมีผู้ป่วยสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคมจะทำให้มีผู้ป่วยสิทธิ สปสช. ประมาณ 4 – 5 แสนคน

การตรวจวินิจฉัยมี 2 วิธีคือ

1. การตรวจการนอนหลับโดยวิธีมาตรฐาน (In-Lab polysomnography) มีค่าใช้จ่ายประมาณ 8,000 – 12,000 บาท
2. การตรวจการนอนหลับแบบพกพา (Home Monitor PSG) มีค่าใช้จ่ายประมาณ 2,000 – 3,000 บาท

โดยผลการตรวจจะมีค่าใกล้เคียงกันซึ่งสามารถใช้ทดแทนกันได้ ทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายลงได้มาก ส่วนการรักษาส่วนใหญ่ใช้การรักษาด้วยเครื่องอัดอากาศแรงดันบวก (CPAP) โดยทั่วไปเครื่องอัดอากาศดังกล่าวมีราคาต่อเครื่องเท่ากัน 20,000 บาท แต่หากมีการต่อรองราคาจาก สปสช. เพื่อลดราคาเครื่องอัดอากาศก็น่าจะลดราคาลงได้ประมาณ 12,000 – 15,000 บาท โดยทาง สปสช. จำเป็นต้องมีศูนย์บริหารให้คำแนะนำดูแลซ่อมอุปกรณ์แทนบริษัทจำหน่ายอุปกรณ์ดังกล่าว ก็จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการจ้างพนักงานที่ใช้บริการทำให้บริษัทสามารถลดราคาลงได้ เนื่องจากการลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการก่อนและหลังการขาย โดยทาง สปสช. สามารถกำหนดค่าใช้จ่ายโดยการจำกัดการให้บริการตรวจวินิจฉัยด้วยการตรวจการนอนหลับด้วยเครื่อง Home Monitor PSG ซึ่งอาจกำหนดให้มีจำนวน 100 – 150 เครื่อง ทำให้ตรวจได้ 100 – 150 คน/คืน หรือเพิ่มเป็น 200 คน/คืน ก็ได้ ตามจำนวนเงินที่จัดสรรให้

ข้อเสนอแนะ

1. เิงนโยบาย

สปสช. ควรมีบทบาทมากขึ้นในการให้บริการตั้งแต่ลดปัจจัยเสี่ยง สนับสนุนการวินิจฉัยและรักษาให้มีประสิทธิภาพด้วยต้นทุนที่น้อยที่สุด เพื่อประชาชนจะได้มีสุขภาพแข็งแรงทั่วหน้าทุกคน เพื่อความมั่นคงของชาติและเพิ่มความสามารถในการแข่งขันกับนานาชาติ

2. ระดับผู้ปฏิบัติการ

การติดตามดูแลเครื่องต่อเนื่อง (Compliance) ในการใช้เครื่องก็มีความสำคัญและอุปกรณ์ดังกล่าวสามารถที่ติดตามความต่อเนื่องในการใช้ได้ เนื่องจากมีการดันทิกการใส่เครื่องดังกล่าว ซึ่งในต่างประเทศก็มีมาตรการจัดการดังกล่าวโดยหากผู้ป่วยรายใดที่ใช้เครื่องน้อยกว่าร้อยละ 70 หรือไม่ได้ใช้เครื่องก็จะเอาเครื่องอัดอากาศคืนศูนย์เพื่อให้บริการผู้ป่วยรายอื่นต่อไปโดย

ผู้ป่วยจะมีหน้ากากเป็นของตนเองแต่มีเครื่องอัดอากาศจัดสรรให้และติดตามดูแลการใช้ทุก 3 – 6 เดือน

ในการวิจัยครั้งต่อไป ได้ทำการศึกษารวบรวมสถิติการเกิดโรกระบบหลอดเลือดและหัวใจ หลอดเลือดสมอง และค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุที่เกิดจากผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจที่ไม่ได้ รับการรักษาของประเทศไทย

บรรณานุกรม

ภาษาต่างประเทศ

Books

Partinen M. Hublin C. Epidemiology of Sleep disorders. Principle and Practice of Sleep Medicine 4th ed. Kryger MH editor Elsevier Saunders Philadelphia. 2005.

Journals

A. I pack. Et al. Impaired Performance in Commercial Drivers. Am J Respir Crit Care Med. 174, 2006 P.446 – 454.

A Sassan : LJ. Findley, Mkryger, E Goldlust. C George TM. Davidson Reducing Motor Vehicle Collision, Cost and Fatalities by Treating OSAS SLEEP. 27(3), 2004 P453 – 458.

CA Moyer SS Sonnad SL Garetz JI Helman RD Chervin Quality of life in OSAS : a systemic review of the literature sleep medicine. 2 : 2001, P477 – 491.

D Parks G. Durand J Tsismenalis A Vela-Bueno S.N Kales Screening for obstructive sleep apnea During Commercial Driver Medical Examinations JOEM. 51 : 3, 2009. P.275 – 281.

F. Chung. R. Subramanyam. R Liao E Sasaki C. Shapiro and Y. Sun High STOP-BANG score indicates a high probability of obstructive sleep apnea BJA> 108(5), 2012 P.768 – 775.

J. Mar. JR. Rueda, J. Duran-Cantolla, C Schechter, J. The cost-effectiveness of nCPAP treatment in patients with moderate to severe obstructive sleep apnea Eur. Respir. J 21 : 2003 P.515 – 522.

LJ. Epstein et al. Clinical Guideline for the evaluation Management and long term care of obstructive sleep apnea in adults. Journal of Clinical Sleep Medicine. 5(3), 2009 P.263 – 276.

Martha E. Billing, Vishesh K Kapur. Medicare long term CPAP Coverage Policy A cost-utility

- Analysis Journal of Clinical Sleep Medicine. 9 : 10 : 2013. P.1023 – 1029.
- M. Berger et al Employer-Mandated Sleep apnea Scrcening and Diagnosis in Commercial Drivers J. Occup. Environ Med. 54(8), 2012 P.1017 – 1025.
- NM. Punjabi The Epidemiology of adult OSAS Proc. Am Thorac Soc. 5 : 2008, P136 – 143.
- NT Ayas et al Cost-effectiveress of CPAP Therapy for Moderate to Severe OSAS FREE Arch Intern Med. 166(9), 2006. P977 – 984.
- PA. Deutsch, MS. Simmons, JM Wallace Cost-effectiveness of Split-night Polysommnography and Home studies in the evalvation of OSAS. Journal of Clinical Sleep Medicine. 2(2), 2006 P.145 – 153.
- SN. Kales and MG Stravbel. OSAS in North American Commercial drivers Industrial Health. 52,2014. P13 – 24.
- S. Tregear, J Reston, K. Schoelles, B. Phillips Continuous Positive airway presoure Reduced Risk of Motor Vehicle crash among Drivers with OSAS : Systematic review and Meta-analysis SLEEP. 33(10), 2010. P1373 – 1380.
- T. Young PE peppard and DJ Gottlieb Epidemiology of OSAS A Population Health perspective Am J Resp Crit Care Med. 165, 2002. P1217 – 1239.

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	พลตรี สุรศักดิ์ พุทธานุกาพ
วัน เดือน ปีเกิด	29 ธันวาคม 2501
การศึกษา -	วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า รุ่นที่ 1
-	วุฒิบัตร โสต สอน นาสิกวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
-	วิทยาลัยการทัพบก รุ่นที่ 51
ประวัติการทำงาน -	โสตสอนนาสิกแพทย์ กองโสตสอนนาสิกกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
-	อาจารย์หัวหน้าภาควิชา โสตนาสิกการรังษีวิทยา กองการศึกษา วิทยาลัย แพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า
-	ผู้อำนวยการ กองโสตสอนนาสิกกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
-	รองผู้อำนวยการ สถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์ พระมงกุฎเกล้า
ตำแหน่งปัจจุบัน	ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง ปัญหาโรคนอนกรนหยุดหายใจกับการให้บริการในหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า
ผู้วิจัย พลตรี สุรศักดิ์ พุทธานุกาฬ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57
ตำแหน่ง ผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคนอนกรนหยุดหายใจเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ที่บั่นทอนสุขภาพของผู้ป่วย คู่สมรส ในขณะที่นอนหลับพักผ่อน นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตในระยะสั้น ในระยะยาวจะมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะ โรคความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นผิดปกติ โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง อันทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้น จากการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลหรือจากการขับขีรถยนต์ โดยพบว่าแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคนอนกรนหยุดหายใจเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ตลอดจนจากอุบัติเหตุจากการทำงาน หรือขับขีรถยนต์เป็นจำนวนมาก สูญเสียค่าใช้จ่ายมากมายทั้งเพื่อการรักษาพยาบาลและเครื่องใช้ จ่ายจากการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

โรคนอนกรนหยุดหายใจเป็นโรคที่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกันตามความรุนแรงของโรค โดยถ้าเป็นน้อยผู้ป่วยอาจมีเสียงกรนดังรบกวนผู้อื่นเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยรวมของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยจึงมักไม่ตระหนักเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นมาก (รุนแรง) เช่น มีอาการหยุดหายใจขณะนอนนานและบ่อยจนคู่สมรสกังวล การปวดหัว ง่วงเวลาตอนนอน หรืออาการง่วงนอนในเวลากลางวันบางครั้งผู้ป่วยเคยชินกับปัญหาดังกล่าวจนผู้ป่วยไม่คิดว่าเป็นอาการแสดงของโรค แต่เป็นนิสัยส่วนตัวของผู้ป่วยเอง

ผู้ป่วยอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาง่วงนอนด้วยตัวเอง เช่น การดื่มกาแฟ การงีบหลับเวลากลางวันจนเป็นนิสัย ภาระงานที่มากทำให้ไม่มีเวลาสนใจเรื่องอาการอ่อนล้า จึงพบว่าโรคนี้เป็นโรคที่แพทย์จะต้องให้ความสนใจสอบถามอาการ เนื่องจากมีผู้ป่วยส่วนมากมักไม่กล้ามาพบแพทย์ด้วยอาการนอนกรนหรือทราบว่าตนเองมีปัญหาแต่ไม่ทราบว่าจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ หรือไม่ทราบจะวินิจฉัยและรักษาอย่างไร นอกจากนี้แพทย์ที่สนใจและให้การวินิจฉัยและ

รักษาโรคดังกล่าวยังมีจำนวนไม่มากนัก (ไม่ถึง 100 คน) จึงเป็นปัญหาที่ต้องมีการวางแผนในการจัดการกับผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจที่มีปริมาณมาก โดยเฉพาะหากมีการให้บริการในโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะนอนกรนหยุดหายใจและผลกระทบต่อลดจนอุบัติการณ์ในคนไทย
2. วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยภาวะนอนกรนหยุดหายใจเพื่อพิจารณาคุณภาพที่เหมาะสมในการให้บริการในผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. เสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาให้บริการผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้จะจำกัดขอบเขตเฉพาะ โรคภาวะหยุดหายใจในขณะนอนที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย และศึกษาเฉพาะในผู้บริหารและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องถึงความเป็นไปได้ในการกำหนดกฎเกณฑ์ในการให้บริการภาวะนอนกรนหยุดหายใจขณะนอนแก่ผู้ป่วยในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาอุบัติการณ์ของภาวะนอนกรนหยุดหายใจทั้งในและต่างประเทศ จากวารสารตีพิมพ์และเอกสารที่เผยแพร่ของหน่วยงานต่าง ๆ
2. สัมภาษณ์ผู้บริหารของหน่วยงาน สปสช. ที่รับผิดชอบด้วยการรักษาพยาบาลในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. สัมภาษณ์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมนิทรา (Sleep Medicine)
4. วิเคราะห์ข้อมูลและเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
5. สรุปและแนะนำความเป็นไปได้ในการนำไปเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไปตามความเหมาะสม

ผลการวิจัย

จากการค้นหาข้อมูลจากต่างประเทศทำให้ทราบว่าผลการให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาแม้ใช้ค่าใช้จ่ายมากแต่ก็มีความคุ้มค่ากับการใช้บริการดังกล่าว เนื่องจากค่าใช้จ่ายน้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผลกระทบบของโรค ตลอดจนอุบัติเหตุที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจ โดยจากการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์จากมหาวิทยาลัย Harvard (2012) พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยนอนกรนหยุดหายใจระดับปานกลาง – รุนแรง มีค่าใช้จ่ายประมาณ 45 – 80 พันล้านดอลลาร์ โดยแยกเป็นค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษาประมาณ 2 – 10 พันล้านดอลลาร์ แต่ประมาณว่ามีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา ฉะนั้นค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและรักษาจริงควรมีค่าใช้จ่าย 10 – 50 พันล้านดอลลาร์ ขณะที่ค่าใช้จ่ายในทางการแพทย์ในการรักษาโรคร่วมอื่น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมอง ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกิดจากอุบัติเหตุที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจพบมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 45 – 80 พันล้านดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจที่ไม่รวมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เท่ากับ 10 – 40 พันล้านดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายจากอุบัติเหตุที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจจากการทำงานจากเครื่องจักรกลมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 3 – 20 พันล้านดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียรายได้จากผลผลิตและการทำงานที่ลดลงเท่ากับ 5 – 15 พันล้านดอลลาร์ ทำให้พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคนอนกรนหยุดหายใจและไม่ได้ให้การรักษาพบมีค่าใช้จ่ายประเมินเท่ากับ 65 – 155 พันล้านดอลลาร์ จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคนอนกรนหยุดหายใจที่มีระดับปานกลาง – รุนแรง เท่ากับ 45 – 80 พันล้านดอลลาร์ แต่หากไม่รักษาจะมีค่าใช้จ่ายที่เป็นผลกระทบหรือค่าใช้จ่ายและความสูญเสียจากอุบัติเหตุทั้งจากการทำงานและจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ทั้งทางตรงและทางอ้อมเท่ากับ 65 – 155 พันล้านดอลลาร์ นอกจากนี้ผลกระทบทางจิตใจและการเสียชีวิตตลอดจนพิการทุพพลภาพอย่างถาวร เป็นค่าเสียหายที่ประเมินค่าไม่ได้

จึงมีความเป็นไปได้ที่จะให้การรักษาผู้ป่วยโครงการ สปสช. ที่มีปัญหาโรคนอนกรนหยุดหายใจระดับปานกลาง – รุนแรง

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่าโรคดังกล่าวเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อสังคมมาก และทาง สปสช. แนะนำให้นำเสนอโดยการที่ชัดเจนเพื่อพิจารณาดูความเป็นไปได้ในการดำเนินการเพื่อให้บริการแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะนอนกรนหยุดหายใจเห็นสมควรให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีสิทธิ์ดังกล่าว โดยควรมีเครื่องมือคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ โดยเห็นว่าควรใช้เครื่องมือคัดกรอง

ทั้ง 3 ชนิด (คือ Epworth Sleepiness Scale โดยมีค่า 12/24 ขึ้นไป) Berlin Questionnaire และค่า STOP BANG) หรือผู้ป่วยมีน้ำหนักเกินมาตรฐานมาก โดยมีดัชนีมวลกายมากกว่า 35 กิโลกรัม/ตารางเมตร ผู้ป่วยโรคอ้วน (Metabolic Syndrome) ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดคดคอง ตลอดจนผู้ป่วยที่นอนกรนหยุดหายใจที่มีอาการง่วงนอนที่มีอาชีพขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักรกล กลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงซึ่งประเมินเบื้องต้นว่าผู้ป่วยกลุ่ม 35 ปีขึ้นไปพบประมาณ 30 ล้านคน ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงพบร้อยละ 10 (3 ล้าน) โดยพบว่าผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคปานกลาง – รุนแรง ร้อยละ 20 – 25 (7 – 8 แสนคน) จึงควรมีการนำเสนอข้อมูลที่ชัดเจน มีกรอบการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานที่ต้องนำเสนอจากราชวิทยาลัยและสมาคมที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นประโยชน์กับประชาชนต่อไป

