

การศึกษาข้อนหลังเป็นเวลา 10 ปี ในผู้ป่วยมายแอดส์เนย์ เกรวิส ที่ได้รับ การผ่าตัดต่อมไขมันส่องอก ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี

พญ. จันทร์คำ* วากน. (พยาบาลและผดุงครรภ์) บ.วิสัญญีพยาบาล พวช. ผู้อ่านติดตามความคืบหน้า นักศึกษาปีที่ 6 ปี ประจำปีการศึกษา 2560 สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ภาคต่อ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย

บทคัดย่อ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแจ้งแจ้งลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย มายแอดส์เนย์ เกรวิส ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไขมันส่องอก โดยศึกษาถึงความรุนแรงของโรคที่เป็นก่อนการผ่าตัด วิธีการที่ได้รับ ยาสลบ การได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวด และความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระหว่างผ่าตัด เป็นการศึกษาข้อนหลังในช่วงเวลา 10 ปี จากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ในช่วงปี 2530-2539 ทั้งหมด 123 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มารับการผ่าตัดต่อมไขมันส่องอก เป็น กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ช่วงอายุตั้งแต่ 21-40 ปี เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ความรุนแรงของโรคที่เป็น ก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับความรุนแรงน้อยจนถึงปานกลาง การระงับความรู้สึกใช้วิธีคอมยาสลบทั่วไป โดย ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ 52 รายและไม่ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ 71 ราย ภายหลังการผ่าตัดพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ และไม่ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไม่แทรกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมอัตราพยาบาลสำร 2542; 5(1):57-67.

* คำสำคัญ : มายแอดส์เนย์ เกรวิส คอมยาสลบ ตัดต่อมไขมันส่องอก เครื่องช่วยหายใจ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นายแอดส์เนย์ เกรวิส (Myasthenia Gravis) จัดเป็นโรคปฏิกิริยาต่อต้านภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune disease) ที่เกิดจากจำนวน *acetylcholine receptors* ที่ postsynaptic membrane

ขาดหายไป ทำให้เกิดการต่อต้านตัวเอง ที่ต้องมีการปล่อยสารเคมี *acetylcholine* ให้กับตัวเอง แต่ตัวเองกลับไม่สามารถรับได้ ทำให้เกิดการกระตุ้นตัวเองต่อไปเรื่อยๆ จนเป็นไปสู่ภาวะที่เรียกว่า “自身免疫病” (autoimmunity) หรือ “自身免疫疾患” (autoimmune disease) น้ำเหลืองที่มีภูมิคุ้มกันต่อตัวเอง (autoantibodies) นำตัวไปโจมตีตัวเอง ทำให้เกิดการต่อต้านตัวเอง ทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า “自身免疫病” (autoimmunity) หรือ “自身免疫疾患” (autoimmune disease) น้ำเหลืองที่มีภูมิคุ้มกันต่อตัวเอง (autoantibodies) นำตัวไปโจมตีตัวเอง ทำให้เกิดการต่อต้านตัวเอง ทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า “自身免疫病” (autoimmunity) หรือ “自身免疫疾患” (autoimmune disease)

ในช่วงปี 2530-2539 ทั้งหมด 123 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มารับการผ่าตัดต่อมไขมันส่องอก เป็น กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ช่วงอายุตั้งแต่ 21-40 ปี เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ความรุนแรงของโรคที่เป็น ก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับความรุนแรงน้อยจนถึงปานกลาง การระงับความรู้สึกใช้วิธีคอมยาสลบทั่วไป โดย ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ 52 รายและไม่ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ 71 ราย ภายหลังการผ่าตัดพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ และไม่ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไม่แทรกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมอัตราพยาบาลสำร 2542; 5(1):57-67.

* คำสำคัญ : มายแอดส์เนย์ เกรวิส คอมยาสลบ ตัดต่อมไขมันส่องอก เครื่องช่วยหายใจ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ของ neuromuscular junction น้อยลง ซึ่งมี สาเหตุจากการที่มี acetylcholine antibody¹ เกิด ขึ้นในร่างกาย ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหลาย ซึ่งจะเป็น มากขึ้นเมื่อมีการออกกำลังกาย หรือออกแรงทำ

* วิสัญญีพยาบาล ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสัญชีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการดูแลและตรวจต้อความในปีนี้ คือ ดร. วิชิต ธรรมรงค์ บริษัทบุคลคุณภาพ จำกัด

* วิสัญญีพยาบาล ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสัญชีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การศึกษาผู้ป่วยเป็นเวลา 10 ปี ในผู้ป่วยชายแอสทีเนีย เกรวิส ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทมัสออก ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี

งาน มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่เป็นชายแอสทีเนีย เกรวิส จะมีความผิดปกติของต่อมไทมัส (thymus gland) ซึ่งอาจเป็นแบบ hyperplasia หรือ thymoma ทำให้จำเป็นต้องรับการผ่าตัดเพื่อให้ดีขึ้น โดยการตัดเอาต่อมไทมัส ออก (Thymectomy)² ผู้ที่ทำการศึกษาทำหน้าที่ด้านวิสัญญี มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้ยาสลบผู้ป่วยกลุ่มนี้พบปัญหาบ่อยครั้งในการวางแผนให้ยาสลบ จึงมีความสนใจในการศึกษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นพื้นฐานในการหัวเรื่อง และ เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะการผ่าตัด ให้เกิดความปลอดภัย และเป็นผลดีกับผู้ป่วยยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อแจกแจงลักษณะของกลุ่มผู้ป่วย ชายแอสทีเนีย เกรวิส ที่มารับการผ่าตัดต่อมไทมัส ออก ในช่วงเวลา 10 ปี ในเรื่องต่างๆ ได้แก่

- ความรุนแรงของโรคที่เป็นก่อนการผ่าตัด
- วิธีการที่ได้รับยาสลบ
- ความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะหลังผ่าตัด

• เปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยที่สามารถถอดห่อช่วยหายใจ กับผู้ที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหลังการผ่าตัด ที่มีความแตกต่างกันในเรื่องระยะเวลาของโรคก่อนการผ่าตัด การได้รับรักษาก่อนการผ่าตัด การเป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง การได้ยา ก่อนการผ่าตัด การใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อใน การใส่ห่อช่วยหายใจ และในระยะควบคุมยาสลบ

ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางวิสัญญีวิทยาในการวางแผนให้ยาสลบผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้อง

ชายแอสทีเนีย เกรวิส เป็นโรคที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง กลุ่มกล้ามเนื้อที่จะผิดปกติมีกล้ามเนื้อตา กล้ามเนื้อใบหน้า กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ โรคนี้พบได้ทุกอายุ และทั้งสองเพศ แต่พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย การวินิจฉัย โรคมักจะช้าลง เพราะผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการเหนื่อยง่าย หรือมองเห็นภาพไม่ชัด ซึ่งเป็นอาการที่ค่อนข้างไม่ชัดเจน จึงมักได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคระบบประสาท ถ้าสงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะเป็นชายแอสทีเนีย เกรวิส สามารถทดสอบได้ง่ายๆ เบื้องต้น โดยให้ผู้ป่วยมองขึ้นชั้งบน 2-3 นาที พบว่าหนังตาค่อยๆ ตกลงมาปิดม่านตา และเมื่อให้พัก 2-3 นาที ผู้ป่วยก็จะกลับมาเป็นปกติ แสดงว่าผู้ป่วยอาจจะเป็นชายแอสทีเนีย เกรวิส และมีการทดสอบวิธีอื่น โดยการใช้ยาฉีดทดสอบ ซึ่งผู้ทดสอบต้องมีความรู้และความชำนาญ ก่อนทำการทดสอบ ควรเตรียมเครื่องมือและยา ให้พร้อมสำหรับช่วยการหายใจและรักษาอาการชั้งเฉียบพลัน ที่ใช้ทดสอบ การรักษาชายแอสทีเนีย เกรวิส มีหลายวิธี เช่นอยู่กับปัญหาของผู้ป่วย เช่น การรักษาด้วยยา pyridostigmine และการผ่าตัดต่อมไทมัสออก ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการดำเนินของโรคเรื้อรังและรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการรักษาที่ดี ก่อน เพื่อลดอัตราเสี่ยงอันตรายของการคอมยาสลบ

และผ่าตัด การประเมินองค์ประกอบที่ทำให้คาดการณ์ว่าผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องช่วยหายใจในระยะหลังผ่าตัด มีดังนี้คือระยะเวลาของ การเป็นโรคมากกว่า 6 ปี ประวัติของภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ ขนาดของยาที่ใช้รักษามากกว่า 750 มิลลิกรัมต่อวัน ความจุของปริมาตรปอด หลังจากหายใจเข้า-ออกเต็มที่ใน 1 ครั้ง (vital capacity) น้อยกว่า 2.9 ลิตร การให้ยาสลบผู้ป่วยมายแอสทีเนีย เกรวิต เทคนิคที่ปลอดภัยสำหรับการผ่าตัดต่อมไขมันส่องกล้องวิธีเดียวกับการผ่าตัดทั่วไป แล้วช่วยให้ผู้ป่วยหายใจผ่านทางท่อช่วยหายใจ (endotracheal) มีขั้นตอนปฏิบัติคือ

วิธีนำสลบ ใช้ thiopental หรือ propofol³⁻⁴ ให้ทางหลอดเลือดดำขนาดน้อยเพียงพอให้ผู้ป่วยหลับ แล้วตามด้วยยาต้มสลบซึ่งประกอบด้วยในตรสออกไซด์ 50 เปอร์เซ็นต์ในออกซิเจน เพิ่มด้วยความเข้มข้นของยาต้มสลบอื่นที่ใช้ร่วมด้วย เช่น halothane⁵, enflurane หรือ isoflurane ให้ผู้ป่วยสูดลมผ่านทางหน้ากาก (mask) อาจช่วยหายใจเพื่อให้สลบได้เร็วยิ่งขึ้น

การใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal intubation) อาจทำได้ 2 วิธี ได้แก่

1. วิธีดมยาสลบ เมื่อเพิ่มความเข้มข้นของยาต้มสลบจนสังเกตว่าผู้ป่วยสลบลึก และกล้ามเนื้อย่อนตีแล้วบพันยาชาเฉพาะที่บริเวณกล่องเสียง และหลอดคอเพื่อลดรีเฟลิกซ์ แล้วจึงเริ่มทำ laryngoscopy และสอดท่อช่วยหายใจเข้าหลอดคอ อย่างนุ่มนวล

2. ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยมายแอสทีเนีย เกรวิต ตอบสนองต่อยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด depolarizer (succinyl choline) ในแน่นอน ถ้าอาการของโรคน้อย ไม่ได้รับการรักษามาก่อน ต้องใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ succinyl choline ในขนาดเพิ่มขึ้นสำหรับการสอดท่อช่วยหายใจ แต่ผู้ป่วยที่มีอาการของโรครุนแรง และได้รับการรักษาด้วยยา anticholinesterase จะตอบสนองต่อยาหย่อนกล้ามเนื้อกลุ่มนี้มากผิดปกติ ทำให้ฤทธิ์ยาอยู่ได้นาน

สำหรับยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด non-depolarizer ควรใช้ขนาดลดลง กล่าวคือเริ่มด้วย 1/10 ของขนาดปกติ ก็อาจเพียงพอ สามารถสอดท่อช่วยหายใจและทำการผ่าตัดได้ วิธีปลอดภัย ควรใช้เครื่องมือกระตุ้นเส้นประสาท (peripheral nerve stimulator) ทุกครั้งที่ต้องใช้ยากลุ่มนี้ เพื่อกำหนดขนาดยาที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

การใช้ยาในระยะควบคุมยาสลบ (main-tainment) ให้ผู้ป่วยดมยาสลบผ่านทางช่วยหายใจและควบคุมการหายใจตลอดเวลา โดยทั่วไปพบว่าผู้ป่วยต้องการยาสลบน้อยมาก ถ้ามีปัญหาของระบบไหลเวียนเลือด เช่นความดันเลือดต่ำ หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ ควรเปลี่ยนวิธีหยุดให้ยาต้มสลบชนิดไอะราเมด ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ non-depolarizer ขนาดน้อย มีผู้นิยมใช้ vecuronium 0.01 มก./กก.⁶ และ atracurium 0.06 มก./กก.⁷

การศึกษาข้อมูลหลังเป็นเวลา 10 ปี ในผู้ป่วยนายแพทย์เนย เกรวิส ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทมัสออก ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ชั้นหมุดฤทธิ์ได้เร็ว แล้วเสริมฤทธิ์ด้วย narcotic เช่น pethidine, morphine หรือ nalbuphine

ระยะเสร็จสิ้นการลดยาสลบ ให้ผู้ป่วยหายใจด้วยออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ไม่ควรรีบลดท่อช่วยหายใจออกทันที เพราะยาดมสลบทุกชนิด รวมทั้ง narcotic ความเจ็บปวดและความเครียดจากการผ่าตัด มีผลให้อาการของโรครุนแรงเพิ่มขึ้น ควรรับผู้ป่วยทุกรายไว้ในห้องอภิบาล และส่วนใหญ่ต้องช่วยหายใจต่อไปอีกระยะหนึ่ง⁸ แต่ถ้าหากต้องออกห้องน้ำ ก็ให้ห้องน้ำอยู่ห้องเดียวกัน ห้องน้ำดูดไปทางห้องน้ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาได้รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยค้นหมายเลขประจำตัวโรงพยาบาล (Hospital Number, HN) ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มาทำการผ่าตัดต่อมไทมัสออกจากกลุ่มบันทึกการผ่าตัดของห้องผ่าตัดในระยะเวลา 10 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2530-2539 มีผู้ป่วยทั้งหมด 127 ราย และนำ HN นี้ไปค้นเวชระเบียน ได้ศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยอย่างละเอียด และบันทึกข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลที่ได้จัดเตรียมไว้ ประกอบด้วย อายุ เพศ สภาพร่างกายผู้ป่วย (physical status) ขนาดของยาที่รักษาโรคก่อนการผ่าตัด ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรคจนถึงการผ่าตัด การมีหรือไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการหายใจก่อนการผ่าตัด การได้ยา ก่อนการผ่าตัด (premedication) ผลแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในระยะการให้ยาสลบ รวมรวมน้ำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ เปรียบเทียบโดย Chi Square Test หรือ Fisher exact Test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ในการจำแนกสภาพร่างกายผู้ป่วย โดยจัดแบ่งเป็น 5 ระดับ ตามสมาคมวิสัญญีอเมริกา (American Society of Anesthesiologist Physical Status หรือ ASA Physical Status) ดังนี้ ระดับ 1 หมายถึง ผู้ป่วยแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัวมีแต่โรคที่ต้องมารับการผ่าตัด เช่น หลิ่งสุขภาพดีมาผ่าตัดได้ตั้งอักเสบ ไม่ต้องพักฟื้น ระดับ 2 หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ไม่รุนแรง หรือรุนแรงปานกลาง ร่วมกับโรคที่ต้องมาผ่าตัด เช่นผู้สูงอายุ เด็กเล็ก โรคเบาหวาน โรคหัวใจที่ไม่มีอาการ

ระดับ 3 หมายถึง ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่รุนแรง หรือโรคที่มาผ่าตัดรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยทำงานตามปกติไม่ได้ เช่น ลิ้นหัวใจตีบที่หัวใจกำลังจะหาย โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ระดับ 4 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมากซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับหรือไตล้มเหลว ระดับ 5 หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสภาพแย่มาก มีโอกาสสูญเสียมาก เช่น ผู้ป่วยถูกยิงหรือแท้งเข้าหัวใจ ผู้ป่วย Aneurysm ในช่องท้องแตกร้าว หัวใจล้มเหลว ลิ้นหัวใจตีบ หัวใจบวม หัวใจบวม

การศึกษาข้อมูลหลังจากเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2530-2539 ในผู้ป่วยนายแพทย์เนย เกรวิส ที่ทำการผ่าตัดต่อมไทมัสออก จำนวน 127 ราย สามารถค้นเวชระเบียน และนำมาศึกษาจำนวน 123 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.85 จำแนกกลุ่มของผู้ป่วยตาม

แบบบันทึกข้อมูล พนบว่าผู้ป่วย 123 รายนี้ มีช่วงอายุระหว่าง 21 ถึง 30 ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.5 และอายุน้อยที่สุด 5 ปีครึ่ง พนบว่าผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดต่อมไทมัสออก เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย คือร้อยละ 78.9 และ 21.1 ตามลำดับ ผู้ป่วยทั้งหมดมีสภาพร่างกายจัดอยู่ในระดับ 1, 2 และ 3 โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 81.3 มีสภาพร่างกายเป็นระดับ 2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ($n=123$)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
< 10	6	4.9
11-20	21	17.1
21-30	40	32.5
31-40	27	22.0
41-50	12	9.8
51-60	13	10.6
61-70	4	3.1
เพศ		
หญิง	97	78.9
ชาย	26	21.1
สภาพร่างกาย		
ระดับ 1	15	12.2
ระดับ 2	100	81.3
ระดับ 3	8	6.5

การรักษาโดยหมายถือว่า เกรวิส ที่ผู้ป่วยได้รับก่อนการผ่าตัด พนบว่ามี 13 ราย ไม่เคยได้รับยาคิดเป็นร้อยละ 10.6 นอกนั้นได้รับยารักษา ก่อนการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 89.4 ขนาดยา mestinon ที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันส่วนใหญ่ 100-300 มิลลิกรัม (mg.) จำนวน 87 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.1 มีเพียงรายเดียวที่ได้รับมากกว่า 600 มิลลิกรัม คือได้รับ 900 มิลลิกรัม คิดเป็นร้อยละ 0.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การได้รับยาและขนาดของยา ก่อนการผ่าตัด

การได้รับยา Mestinon	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับ	13	10.6
ได้รับ	110	89.4
น้อยกว่า 100 mg.	3	2.7
101-300 mg.	87	79.1
301-600 mg.	19	17.3
601-900 mg.	1	0.9

ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเป็นโรค มายและถือว่า เกรวิส พนบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 3 เดือน ก่อนการผ่าตัด มีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 37.4 รองลงมาคือมากกว่า 12-48 เดือน คือร้อยละ 25.2 มีเพียง 1 รายที่เป็นโรค มายและถือว่า เกรวิส นานถึง 120 เดือน คิดเป็นร้อยละ 0.8 (ตารางที่ 3)

การศึกษาข้อมูลชั้นปีนเวชฯ 10 ปี ในผู้ป่วยชายและหญิง เกรวิส ที่ได้รับการผ่าตัดค่อนไนซ์ออก ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลา ระยะเวลา เวลาในการเข้าป่วยจนถึงก่อนการผ่าตัด ($n=123$) ผลลัพธ์เป็นค่าเบนจารุฟฟ์

เวลา (เดือน)	จำนวน	ร้อยละ
≤ 3	46	37.4
$3-6$	20	16.3
$> 6-12$	25	20.3
$> 12-48$	31	25.2
120	1	0.8

ผลลัพธ์เป็นค่าเบนจารุฟฟ์

เมื่อนำผู้ป่วยชายและหญิง เกรวิส ทั้ง 123 ราย มาศึกษาถึงปัญหาทางการหายใจ ตลอดระยะเวลาที่มาพบแพทย์ ก่อนการผ่าตัดพบว่ามีปัญหาทางการหายใจ 18 ราย และไม่มีปัญหาทางการหายใจ 105 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.6 และ 85.4 ตามลำดับ

การได้รับยา ก่อนการผ่าตัด (premedication)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยา ก่อนการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 60.2 ยาที่ได้รับได้แก่ midazolam, diazepam, morphine ร่วมกับ diazepam morphine อย่างเดียวและ chloral hydrate อย่างเดียว โดยส่วนใหญ่ได้รับ midazolam และ diazepam คิดเป็นร้อยละ 54.0 และ 35.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยา ก่อนผ่าตัดและชนิดของยา ($n=123$)

การได้รับยา ก่อนผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับ	49	39.8
ได้รับ	74	60.2
ชนิดของยา		
midazolam	40	54
diazepam	26	35.1
morphine + diazepam	3	4.1
morphine	1	1.4
chloral hydrate	4	5.4

ผลลัพธ์ การให้ยานำสลบผู้ป่วย (induction) พน ว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมด คือร้อยละ 97.6 ได้รับยานำสลบทางหลอดเลือดดำ (intravenous agent) ที่เหลือได้รับโดยวิธี inhalation โดยยาทางหลอดเลือดดำที่ได้รับได้แก่ sodium thiopental 97 ราย propofol 22 ราย และ ethomidate 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.8 18.3 และ 0.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยานำสลบและชนิดของยา ($n=123$)

การได้รับยา	จำนวน	ร้อยละ
inhalation	3	2.4
intravenous	120	97.6
ชนิดของยา		
pentothal	97	80.8
propofol	22	18.3
ethomidate	1	0.9

พิมพ์ในระบบทางการแพทย์ และสถาบันวิจัยด้านสุขภาพ ที่ได้รับอนุญาตให้เผยแพร่ในประเทศไทย

พิมพ์ครั้งที่ ๑๖ ประจำเดือนกันยายน ๒๕๖๓ จำนวนหน้า ๔๘

ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (muscle relaxant) ที่ได้รับในการใส่ห่อช่วยหายใจ พบว่าส่วนใหญ่คือ 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.9 ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อเพื่อช่วยใส่ห่อช่วยหายใจ โดยยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ใช้เป็น depolarizing (succinyl choline) 49 ราย และ non-depolarizing ได้แก่ atracurium และ vecuronium จำนวน 31 ราย และ 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 57, 36 และ 7 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อสำหรับใส่ห่อช่วยหายใจ และชนิดของยา ($n=123$)

การได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับ	37	30.1
ได้รับ	86	69.9
ชนิดของยา		
succinylcholine	49	57.0
atracurium	31	36.0
vecuronium	6	7.0

การใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อในระยะครบคุณยาสลบ (maintenance). พบว่าใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ 52 ราย และไม่ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ 71 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.3 และ 57.7 ตามลำดับ โดยยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ใช้ได้แก่ atracurium 39 ราย vecuronium 11 ราย และ pancuronium 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 75, 21.2 และ 3.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ ในระยะครบคุณยาสลบ และชนิดของยา ($n=123$)

การได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้รับ	71	57.7
ได้รับ	52	42.3
ชนิดของยา		
atracurium	39	75.0
vecuronium	11	21.2
pancuronium	2	3.8

ยาสลบที่ใช้ในระยะครบคุณยาสลบ สามารถจัดแบ่งกลุ่มได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ halogenated agent อย่างเดียว halogenated agent ร่วมกับ narcotic หรือ sedative และ sedative ร่วมกับ epidural narcotic โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ 79 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.2 ได้รับ halogenated ร่วมกับ narcotic หรือ sedative (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาสำหรับครบคุณยาสลบชนิดต่างๆ ($n=123$)

การได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ	จำนวน	ร้อยละ
halogenated agent (Iso, F3)	24	19.5
halogenated+narcotic หรือ sedative	79	64.2
sedative+epidural narcotic	20	16.3

การศึกษาชั้นหลังเป็นเวลา 10 ปี ในผู้ป่วยมายแอดส์ที่เนีย เกรวิส ที่ได้รับการผ่าตัดต่อมไทมัสออก ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อในระยะหลังผ่าตัดมีจำนวน 33 ราย และผู้ป่วยที่สามารถเอาท่อช่วยหายใจออกได้มีจำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.8 และ 73.2 ตามลำดับ

ได้ศึกษาเบรริยนเก็บจำนวนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหรือสามารถถอดห่อช่วยหายใจได้หลังดมยาสลบ ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันในเรื่องระยะเวลาของโรคก่อนการผ่าตัด การได้ยาตกษาก่อนการผ่าตัด การเป็นโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง การได้ยา ก่อนการผ่าตัด การใช้ยาทาย่อนกล้ามเนื้อในการใส่ห่อช่วยหายใจ และในระยะควบคุมยาสลบ พบร่วมกันว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาร่วมข้อมูลผู้ป่วยมายแอดส์ที่เนีย เกรวิส ที่มารับการผ่าตัดในระยะเวลา 10 ปี ย้อนหลังมีจำนวน 123 ราย พบร่วมกันว่าที่มาผ่าตัดที่โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย อายุในวัยหนุ่มสาว ช่วงอายุระหว่าง 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.5 ใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ การเกิดโรคซึ่งกล่าวไว้ในรายงานของ Raymer P⁹ ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยคิดเป็นร้อยละ 78.9 และ 21.1 ตามลำดับ ความรุนแรงของโรคมายแอดส์ที่เนีย เกรวิสที่เป็น โดยดูจากสภาพร่างกายผู้ป่วยขนาดของยาที่ได้รับการรักษา ระยะเวลาที่ป่วยก่อนการผ่าตัด และจำนวนผู้ป่วยที่เคยมีปัญหาทางการหายใจ ตามข้อเข็มพะของ Leventhal¹⁰

พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในระดับความรุนแรงน้อยจนถึงปานกลาง ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดส่วนใหญ่วัยละ 60.2 จะได้รับยาก่อนการผ่าตัด การน้ำสลบผู้ป่วยส่วนใหญ่ นิยมใช้ sodium thiopental ร้อยละ 80.8 และการใส่ห่อช่วยหายใจนิยมใช้ succinyl choline ร้อยละ 57.0 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นมายแอดส์ที่เนีย เกรวิส แต่ให้ขนาดของยาตามสภาพร่างกายผู้ป่วย ในการศึกษาร่วมครั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาต้องใช้เครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัด 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.8 และผู้ป่วยที่สามารถถอดห่อช่วยหายใจได้หลังผ่าตัด 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.2 เมื่อนำกลุ่มผู้ป่วยมาวิเคราะห์ เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่อาจจะมีผลต่อการที่ผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่ถอดห่อช่วยหายใจได้หลังการผ่าตัด พบร่วมกันว่าปัจจัยรวมทั้งการได้รับและไม่ได้รับยาทาย่อนกล้ามเนื้อในระยะควบคุมยาสลบมีจำนวนผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับรายงานของ สมศรี เพาสวัสดิ์ และคณะ¹¹ ในการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับการดมยาผ่าตัดต่อมไทมัสออก ผู้ป่วยจำนวน 103 ราย ในสถาบันเดียวกันในระยะ 10 ปี ก่อนการศึกษารั้งนี้ และได้เคยแนะนำไว้ว่าไม่ควรใช้ยา ก่อนผ่าตัดและยาหย่อนกล้ามเนื้อในผู้ป่วยมายแอดส์ที่เนีย เกรวิส ผลจากการศึกษาร่วมในครั้งนี้ เป็นเวลา 10 ปี ผู้ป่วยจำนวน 123 ราย ไม่พบว่า ยา ก่อนผ่าตัดและยาหย่อนกล้ามเนื้อเป็นปัจจัยสำคัญที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ อาจเนื่องจากในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาการ

เฝ้าระวังผู้ป่วยด้วยจากบุคลากรที่มีมากขึ้นเมื่อเทียบกับ 10 ปีก่อน เครื่องดั่งสัญญาณชี้พิมพ์การพัฒนาขึ้น รวมทั้งยาหยอดกล้ามเนื้อมีหลายชนิดให้เลือกใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาข้อมูลโดยรวมผู้ป่วยที่เป็นนายยาสูบที่เนี่ย เกรวิสที่มาทำผ่าตัดต่อมไทมัสออก ที่โรงพยาบาลรามาธิบดีในระยะเวลา 10 ปี ในครั้งนี้ ทำให้รู้ถึงลักษณะกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดดังต่อไปนี้ อายุ เพศ ความรุนแรงของโรคที่เป็น นอกจากนี้ยังสามารถบอกรถึงความนิยมของการใช้ยาสลบ และยาหยอดกล้ามเนื้อในการลดยาสลบผู้ป่วย อุบัติการณ์ การเกิดผลแทรกซ้อนที่ทำให้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งอาจจะมีสาเหตุเสริมจากการที่ผู้ป่วยได้วันยาหยอดกล้ามเนื้อ ผลการศึกษาไม่สามารถสรุปได้ถึงวิธีการที่ดีที่สุดที่ควรใช้แต่ขอแนะนำว่าวิธีการใดก็ได้ขึ้นอยู่กับผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องประเมินด้วยตนเองของยาที่ใช้ โดยลดขนาดของยาที่ใช้ลงตามสภาพร่างกายผู้ป่วย และติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดการผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากที่สุด และลดผลแทรกซ้อนในระยะผ่าตัดด้วย

กิตติกรรมประการ

ขอกราบขอบพระคุณ ศ.พญ.เพลินจิตต์ ศิริวันสารท์ ที่กรุณาให้คำแนะนำปรึกษาในการดำเนินงานวิจัย ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.พญ. โฉมชนา ศิรินันท์ ที่กรุณาวิเคราะห์ข้อมูล และ

ขอกราบขอบพระคุณ รศ.ดร.พรวนวิทย์ พุธวัฒน์ ที่กรุณาให้คำแนะนำแก้ไขการเขียนรายงานการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Bradley EG, Adam SRD. Myasthenia Gravis, neuromuscular junction disorders, and episodic muscular weakness. In : Petersdorf RG ed. Principle of internal medicine. 10th ed. New York : McGraw-Hill international book company, 1983:2190-6.
- Papatestas AE, Genkins G, Kornfeld P, et al. Effect of thymectomy in Myasthenia Gravis. Ann. Surg. 1987; 206:79-88.
- Chan MTV, Ng SK, Low JM. Non muscle relaxant technique for video-assisted thoracoscopic thymectomy in myasthenia gravis. Anaesthesia and Intensive Care 1995; 23:256-7.
- El-Dawlatly AA, Ashour MH. Anaesthesia for thymectomy in myasthenia gravis : A non muscle relaxant technique. Anaesth Intens Care 1994; 22:458-60.
- Rung-Neto PP, Cremonesi E. Rapid inhalation induction with halothane-nitrous oxide for myasthenic patients. Can J Anaesth 1994; 41: 102-6.
- Buzellou W, Noedlge G, Krieg N, et al. Vecuronium for muscle relaxation in patients with myasthenia gravis. Anesthesiology 1984; 64 :507-9.
- Bell CF, Florence AM, Hunter JM, et al. atracurium in the myasthenic patient. Anaesthesia 1984; 39:961-8.

การศึกษาอนหลังปีกว่า 10 ปี ในผู้ป่วยมายาแอดส์ที่เนีย เกรวิส ที่ได้รับการผ่าตัดค่อนไกมัลออก ณ โรงพยาบาลรามาธิบดี

8. วรกา สุวรรณจินดา. การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดบริเวณ Mediastinum. ใน วรกา สุวรรณ จินดา อังกาน ปราการรัตน์ บรรณาธิการ. ค่ำรา วิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2534: 675-89.
9. Raymer P, Jenkin G, Jenkin LC. Prediction of the need for postoperative mechanical ventilation in Myasthenia Gravis : Thymectomy compared to other surgical procedures. *Can J Anaesth*. 1981; 28: 801-805.
10. Leventhal SR, Orkin FK, Hirsh RA. Prediction of the need for postoperative mechanical ventilation in Myasthenia Gravis. *Anesthesiology*. 1980; 53:26-30.
11. Pausawasdi S, Srijintai P. Anesthesia for Thymectomy Retrospective studies of 103 patients. *Journal of Medical Association of Thailand* 1986; 69:347-52.

Retrospective study in 10 years of Myasthenia gravis patients undergoing thymectomy in Ramathibodi hospital

Photjanee ChanKam* B. Sc. (Nursing and Midwifery),, Grad. Dip (Anesthetist Nurse)

Paungam Pukrittayakamee** MD., Dip. Thai Board of Anesthesiology

Abstract: 123 myasthenia gravis patients undergoing thymectomy operation in Ramathibodi Hospital from 1987 to 1996 were studied retrospectively from medical history record, in respect of severity of disease before operation, choice of anesthesia, muscle relaxant, narcotics and necessity of using ventilator postoperatively. The result is that most patients were young aged between 21-41 years old, more women than men. The severity of disease was mild to moderate. General anesthesia was performed by using endotracheal tube. 52 patients with muscle relaxant and 71 patients without muscle relaxant. 15 patients with muscle relaxant needed ventilator after operation while 18 patients without muscle relaxant needed ventilator after operation. There was no significantly statistic difference. It concluded that the use of muscle relaxant during anesthesia not effect the cause of using ventilator in thymectomy operation. Rama Nurs J 1999; 5(1):57-67.

Keywords : Myasthenia Gravis, anesthesia for thymectomy, ventilator, muscle relaxant.

*Anesthetist Nurse, ** Assistant Professor. Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.