



นิพนธ์ต้นฉบับ

การศึกษากลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรงในผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ณัฏฐา คันทิบริหารพงศ์*
ฐานันตร์ ปิยะศิริศิลป์**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลทางคลินิกต่างๆของผู้ป่วยจิตเวชที่มีกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

วัสดุและวิธีการ : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (retrospective descriptive study) เก็บข้อมูลแบบย้อนหลังโดยการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรงตามเกณฑ์การวินิจฉัย Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-TR (DSM IV-TR) ที่เข้ารับการรักษานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในช่วงระยะเวลา 1 มกราคม 2551 – 31 ธันวาคม 2555 โดยใช้แบบเก็บข้อมูลที่สร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผล : ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรงทั้งหมด 41 ราย เป็นเพศชาย 25 ราย เพศหญิง 16 ราย อายุเฉลี่ย 37 ปี ผู้ป่วยส่วนมากเป็นเพศชาย โสด การศึกษาดำและไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาโรคจิตรวมทั้งมีไข้ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง และมีระดับเอนไซม์ครีเอทีน ฟอสโฟไคนาสในเลือดสูง ปัจจัยที่มีผลกับการเกิดอาการ เช่น ภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาแบบประคับประคอง มี 7 ราย ได้รับการรักษาแทรกแซงโดยการให้ยา bromocriptine ผู้ป่วยหายจากอาการ 26 ราย มีระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาหายจากอาการเฉลี่ย 5.96 วัน และมีผู้ป่วยต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย 15 ราย ในกลุ่มนี้พบภาวะแทรกซ้อน เช่น ระดับโปรแลคตินในเลือดต่ำ 8 ราย มีไตวาย 2 ราย และพบหัวใจเต้นผิดจังหวะ, ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ, ระดับกลูโคสของกล้ามเนื้อในปัสสาวะเพิ่มขึ้น, ปอดบวม, ระบบหายใจล้มเหลว และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะอีกอย่างละ 1 ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

สรุป : กลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรงเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการใช้ยารักษาโรคจิต อาการสำคัญ คือ ไข้สูง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ผลทางห้องปฏิบัติการพบระดับเอนไซม์ครีเอทีน ฟอสโฟไคนาสในเลือดสูง การรักษาอย่างเหมาะสมทันทีเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ได้ผลการรักษาที่ดี

คำสำคัญ : กลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง, ยารักษาโรคจิต

*แพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

**จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



PATIENTS WITH NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME IN SOMDET CHAOPRAYA INSTITUTE OF PSYCHIATRY

*Nattha Tantipreechamong**

*Thanundr Piyasirisilp***

Abstract

Objective : To study demographic and clinical data of psychiatric patients with Neuroleptic Malignant Syndrome in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry.

Material and Method : Retrospective descriptive study using data from medical records of patients with neuroleptic malignant syndrome in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry from January 1, 2008 to December 31, 2012. Data collected by a designed questionnaire were analysed using percent, mean and standard deviation.

Results : Forty one patients met DSM IV TR criteria for Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS). Most of them were male, unmarried, low education, and unemployed. Most patients received neuroleptic medications had fever, severe muscle rigidity and increased blood level of creatine phosphokinase. Predisposing factors were dehydration, electrolyte imbalance and intramuscular injections. All of the patients received supportive care. Seven patients received bromocriptine therapy. Mean duration of receiving supportive treatment was 5.96 days. Fifteen patients were referred to general hospital. Complications found in this study were : hypokalemia (8 cases); renal failure (2 cases); atrial fibrillation (1 case); hyponatremia (1 case); myoglobinuria (1 case); pneumonia (1 case) and urinary tract infection (1 case).

Conclusion : Neuroleptic malignant syndrome (NMS) is a fatal complication caused by an adverse reaction to neuroleptic medications. Sign and symptoms are high fever, severe muscle rigidity and increased level of creatine phosphokinase. The immediate and proper management is important to improve patient the outcomes.

Keywords : neuroleptic malignant syndrome, antipsychotic medication

*Psychiatric resident, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

**Psychiatrist, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

กลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง (Neuroleptic Malignant Syndrome, NMS) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต แม้จะพบน้อยมากแต่ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสมและอย่างมีทักษะ อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตได้สูง¹

อาการหลักของ NMS คือ มีไข้สูง, มี extrapyramidal symptom รุนแรง เช่น lead pipe muscle rigidity, มีระดับของความรู้สึกรัดตัวเปลี่ยนแปลง, มีอาการแปรปรวนของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น ความดันโลหิตไม่คงที่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว เหงื่อออกมาก และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ เช่น มีจำนวนเม็ดเลือดขาว (white blood cell, WBC) สูงขึ้น เอ็นไซม์ creatinine phosphokinase (CPK) สูง² ส่วนใหญ่อาการมักเกิดหลังได้ยารักษาโรคจิตและอาการมักเกิดภายในสัปดาห์แรกที่ได้รับยา โดยกลุ่มยารักษาโรคจิตที่มักทำให้เกิดอาการ คือ กลุ่ม phenothiazine, butyrophenone, thioxanthene และกลุ่มอื่นๆ เช่น loxapine นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการได้รับยากลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ยารักษาโรคจิต เช่น ยาแก้อาการซึมเศร้า (fluoxetine) ยาแก้อาการคลื่นไส้ อาเจียน metoclopramide รวมทั้ง donepezil ซึ่งเป็นยารักษาโรคอัลไซเมอร์ก็ทำให้เกิดกลุ่มอาการนี้ได้ นอกจากนี้คนไข้โรคพาร์กินสันที่ได้รับยา levodopa หรือ dopamine agonist อยู่และหยุดยาไปก็มีอาการคล้าย NMS ได้^{2,3}

สำหรับอุบัติการณ์การเกิดกลุ่มอาการ NMS พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 0.02 ถึงมากกว่าร้อยละ 3 ส่วนสาเหตุของการเกิดอุบัติการณ์ที่แตกต่างกันมากนั้น

อาจขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ในการวินิจฉัยโรค วิธีในการตรวจ สถานที่ที่ให้การรักษาและชนิดของยารักษาโรคจิตที่ใช้เป็นต้น⁴

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งเป็นสถาบันจิตเวชที่มีการใช้ยาต้านโรคจิตจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย NMS ผลทางห้องปฏิบัติการและวิธีการรักษากลุ่มอาการดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ปฏิบัติงาน ปรับปรุงและเพื่อการดูแลรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณราย้อนหลัง จากเวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง (NMS) ตามเกณฑ์ ICD 10 ที่ได้รับการรักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ในช่วงระยะเวลา 1 มกราคม 2551 – 31 ธันวาคม 2555 โดยพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น NMS ทั้งหมด 83 ราย แต่หลังจากนำมาคัดกรองด้วยเกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD 10 พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียง 41 ราย ที่เข้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับแบบเก็บข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ 1). ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย 2). ข้อมูลทางคลินิก เช่น การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ยาและขนาดของยาที่ใช้ในการรักษา ระยะเวลาที่ได้รับยาในครั้งนี้ ลักษณะอาการทางคลินิก และ 3). ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CPK, WBC วิธีการรักษา ระยะเวลาในการรักษา การส่งต่อเพื่อการรักษา หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ยในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	61.0
หญิง	16	39.0
อายุเฉลี่ย (mean±SD)	36.68±14.76 (range 15 - 76 ปี)	
การศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	13	31.7
มัธยมศึกษาตอน-ต่ำกว่าปริญญาตรี	17	41.5
สูงกว่าปริญญาตรี	2	4.8
ไม่ทราบ	9	22.0
สถานภาพ		
โสด	24	58.5
สมรส	6	14.6
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	4	9.8
ไม่ทราบ	7	17.1
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	3	7.3
ทำงาน	8	19.5
ไม่ทำงาน	28	68.3
ไม่ทราบ	2	4.9
การวินิจฉัย		
- Schizophrenia	29	70.7
- Mental and behavioral disorder due to psychoactive substance use	4	9.7
- Acute and transient psychotic disorder	3	7.3
- Schizoaffective disorder	2	4.9
- Bipolar disorder	1	2.4
โรคอื่นๆ	2	4.9
ประวัติเคยเป็นNMS		
ไม่มี	40	97.6
มี	1	2.4
มีโรคประจำตัว		
ไม่มี	33	80.5
มี	8	19.5

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 41 ราย เป็นเพศชาย 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.0 เพศหญิง 16 ราย (ร้อยละ 39.0) ผู้ที่มีอายุน้อยที่สุด มีอายุ 15 ปี มากที่สุด 76 ปี อายุเฉลี่ย 36.68 ปี ส่วนมากเรียนจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายและต่ำกว่าปริญญาตรี 17 ราย (ร้อยละ 41.5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพโสด จำนวน 24 ราย (ร้อยละ 58.5) ไม่ได้ประกอบอาชีพ 28 ราย (ร้อยละ 68.3) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 70.7 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติเป็น NMS มาก่อน (ร้อยละ 97.6) และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 33 ราย (ร้อยละ 80.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

สำหรับข้อมูลการใช้ยาทางจิตเวชร่วมในผู้ป่วย NMS พบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับยาด้านโรคจิต และมีการใช้ยาอื่นร่วมด้วย โดยพบว่า มีการใช้ยาด้านเศร้าร่วมด้วย 4 ราย (ร้อยละ 7.3) ได้รับยากลายกัณฐกรร่วมด้วย 26 ราย (63.4) ได้รับยากุมารมณ์ 6 ราย (ร้อยละ 14.6) ได้รับยาด้านโรคจิตชนิดเข้ากล้ามเนื้อชนิดออกฤทธิ์ระยะสั้น 31 ราย (ร้อยละ 75.6) ได้รับยาด้านโรคจิตชนิดเข้ากล้ามเนื้อชนิดออกฤทธิ์ยาว 5 ราย (ร้อยละ 12.1) และมีการใช้ยาด้านโรคจิตหลายชนิดร่วมกัน 16 ราย (ร้อยละ 37.2) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการใช้ยาในผู้ป่วย NMS

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
มีการใช้ยาด้านเศร้าร่วม		
ไม่ใช่	37	92.7
ใช่	4	7.3
มีการใช้ยากลายกัณฐกรร่วม		
ไม่ใช่	15	36.6
ใช่	26	63.4
มีการใช้ยากุมารมณ์ร่วม		
ไม่ใช่	35	85.4
ใช่	6	14.6
ได้รับยาฉีดระยะสั้น (haloperidol im) ก่อนเกิดภาวะ NMS		
ไม่ใช่	10	24.4
ใช่	31	75.6
ได้รับยาฉีด long acting		
ไม่ใช่	36	87.8
ใช่	5	12.1
Antipsychotic polypharmacy		
ไม่ใช่	25	62.8
ใช่	16	37.2

อาการที่พบในผู้ป่วย NMS พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีไข้สูง มีชีพจรเต้นเร็ว (tachycardia) 18 ราย (ร้อยละ 43.9) มีการเปลี่ยนแปลงของความดัน 8 ราย (ร้อยละ 19.5) มีภาวะสับสน 4 ราย (ร้อยละ 9.8) และมี diaphoresis, incontinent, hyperreflexia, dyspnea และน้ำลายมากอย่างละ 1 ราย สำหรับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่าขณะเกิดภาวะ NMS มี CPK สูงโดยเฉลี่ยประมาณ 3,000 u/l อุณหภูมิร่างกายสูงเฉลี่ย 38.4 องศาเซลเซียส มีค่าความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะสูงขึ้น เฉลี่ย 1.016 และมีปริมาณเม็ดเลือดขาวเฉลี่ย 9,800 เซลล์/ลบ.มม. ดังแสดงในตารางที่ 3

การรักษาและผลการรักษาในสถาบันฯ พบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองเพียงอย่างเดียว 34 ราย (ร้อยละ 82.9) มี 7 ราย (ร้อยละ 17.1) ได้รับการรักษาแบบประคับประคองคู่ไปกับการใช้ยา bromocriptine ซึ่งผลการรักษาพบว่า มีผู้ป่วย 26 ราย (ร้อยละ 63.4) หายจากภาวะ NMS มี 15 ราย (ร้อยละ 36.6) ที่ต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย การศึกษานี้ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ส่วนระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีภาวะ NMS จนกระทั่งหาย ใช้เวลาประมาณ 6 วัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ลักษณะอาการและลักษณะทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง

อาการที่พบ	จำนวน (ร้อยละ)
Pyrexia	41 (100)
Tachycardia	18 (43.9)
Labile BP	8 (19.5)
Delirium	4 (9.8)
Diaphoresis	1 (2.4)
Incontinent	1 (2.4)
Hyperreflexia	1 (2.4)
Dyspnea	1 (2.4)
น้ำลายมาก	1 (2.4)
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะเกิดภาวะ NMS	mean $\pm$ SD
CPK เฉลี่ย (u/l)	2,958.54 (2,462.31)
Temperature (degree celcius)	38.40 (6.1)
Urine specific gravity	1.016 (0.005)
ปริมาณเม็ดเลือดขาว	9,796.22 (2,924.40)

สำหรับภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยที่มีภาวะ NMS พบว่ามีผู้ป่วย 16 ราย (ร้อยละ 39.0) โดยพบว่าเป็น ระดับโปรแตสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) 8 ราย (ร้อยละ 19.5) มีภาวะไตวาย (renal failure) 2 ราย (ร้อยละ 4.9) และพบหัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation), ระดับโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia), ระดับโกลบินของกล้ามเนื้อในปัสสาวะเพิ่มขึ้น (myoglobinuria), ปอดบวม (pneumonia), ระบบหายใจล้มเหลว (respiratory failure) และการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) อีกอย่างละ 1 ราย ดังแสดงในตารางที่ 5

อภิปราย

จากการศึกษาในกลุ่มประชากรตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มอาการนิวโรเลปติกร้ายแรงในผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 41 ราย ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็น schizophrenia แต่ก็พบการวินิจฉัยอื่นด้วย เช่น Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use, other psychosis,

dementia, mood disorder, mental retardation ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Anthony L. Pelonero และคณะ⁵

สำหรับการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อทั้งแบบออกฤทธิ์สั้นและยาว และผู้ป่วยที่ได้รับยาฉีดบ่อยครั้งมีแนวโน้มเกิดอาการได้มากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ Stanfield และ Privette⁶ และ Hermesh และ คณะ⁷ ที่พบว่าความเสี่ยงในการเกิด NMS มีความสัมพันธ์กับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตชนิด high potency โดยเฉพาะในรูปแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับยาในขนาดต่ำก็ตาม โดยอาจจะพบว่า haloperidol อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิด NMS สูงถึงร้อยละ 50⁸ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเลือกให้ยาด้วยความระมัดระวัง

อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เป็น NMS พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีไข้เฉลี่ย 38.40 องศาเซลเซียส พบกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและพบระบบประสาทอัตโนมัติแปรปรวน เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตไม่คงที่ การตรวจทางห้องปฏิบัติ การพบมีค่า

ตารางที่ 4 การรักษาและผลการรักษา

การรักษาและผลการรักษา	จำนวนผู้ป่วย	ร้อยละ
การให้การรักษาในสถาบันฯ		
Supportive treatment	34	82.9
Supportive treatment + bromocriptine	7	17.1
ผล		
หายจากภาวะ NMS	26	63.4
มีการส่งไปรักษาต่อที่อื่น (Refer)	15	36.6
Death	0	0
Time to recovery (วัน), n=26 (x±sd)	5.96 (4.12)	

ตารางที่ 5 ภาวะแทรกซ้อนที่พบในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มอาการ NMS

Complication	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน (n=41)		
ไม่พบ	25	61.0
พบ	16	39.0
ภาวะแทรกซ้อนที่พบ (n=16)		
Hypokalemia	8	19.5
Renal failure	2	4.9
Atrial fibrillation	1	2.4
Hypernatremia	1	2.4
Myoglobinuria	1	2.4
Pneumonia	1	2.4
Respiratory failure	1	2.4
UTI	1	2.4

เอนไซม์ creatine phosphokinase สูงสุดเฉลี่ย 2958.54 u/l ซึ่งสอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ผ่านมา^{6,9} นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้ป่วยที่เป็น NMS ในการศึกษาครั้งนี้ มีภาวะขาดน้ำ กินได้น้อยลง ค่าสมมูลเกลือแร่ที่ผิดปกติ ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และพบมี 1 ราย ที่มีประวัติเคยเป็น NMS มาก่อน มีการศึกษาของ Anthony L. Pelonero และคณะ⁵ รายงานว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการทั้งปัจจัยทางด้านร่างกายและปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม เช่น ภาวะขาดน้ำ กระสับกระส่าย ไม่กินอาหาร ผู้ป่วยที่เคยเป็น NMS มาก่อน ได้รับยารักษาโรคจิตขนาดสูง ได้รับยาแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ทำให้เพิ่มโอกาสในการเกิด NMS มากขึ้น

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วย 7 รายได้รับการรักษาด้วยยา bromocriptine และยังพบว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาหายจากอาการในโรงพยาบาล 26 ราย

โดยใช้ระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 5.96 วัน ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยของ Patricia และคณะ¹⁰ ที่มีระยะเวลาในการรักษาเฉลี่ย 6.8 วัน สำหรับผู้ที่ได้รับการส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย 15 ราย พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลายระบบ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาที่ไม่มีอายุรแพทย์ จึงเป็นความยากลำบากและเพิ่มความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยทางกายที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อย่างไรก็ตาม การให้การรักษาแบบประคับประคองของสถาบันฯ และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลฝ่ายกายเมื่อเกิดภาวะ NMS นับว่าค่อนข้างมีประสิทธิภาพ เพราะไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล อาจจะเป็นเพราะมีระบบการดูแลที่ดีและทีมแพทย์และพยาบาลมีทักษะในการประเมินภาวะ NMS และภาวะแทรกซ้อนทางกาย

สรุป

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย การศึกษาค่อนข้างต่ำ ว่างาน และโสด ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizophrenia ทุกรายรักษาโดยใช้ยาต้านโรคจิตและเกือบทุกรายได้รับยาต้านโรคจิตมากกว่า 1 ชนิด ส่วนใหญ่ได้รับยานี้เข้ากล้ามเนื้อ ลักษณะอาการทางคลินิกมีไข้ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ระบบประสาทอัตโนมัติเปลี่ยนแปลง อาการอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ไข้ ชีพจรลง น้ำลายไหล ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมีคเเล็ดขาวสูง ระดับ CPK สูง ผลตรวจปัสสาวะบ่งชี้ว่ามีภาวะขาดน้ำ ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาแบบประคับประคอง มีบางรายที่ได้รับการรักษาแบบแทรกแซงโดยใช้ bromocriptine พบภาวะแทรกซ้อน 16 ราย เช่น ไตวายเฉียบพลัน ระบบหายใจล้มเหลวเป็นต้น หลังจากเกิดอาการผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นจะถูกส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกาย

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน จึงมีข้อมูลบางอย่างไม่ครบถ้วน ทำให้มีข้อจำกัดด้านความสมบูรณ์ของข้อมูล ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้าเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนยิ่งขึ้น และควรมีการปรับปรุงเกณฑ์ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะ NMS ให้เฉพาะมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชีระ ลีถำนันทกิจ. โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการ Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS). กรุงเทพฯ : ศูนย์ผลิตเอกสาร สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา, 2547.
2. Athasit V. Neuroleptic Malignant Syndrome. [online]. Available from: <http://www.athasit.com/book/indexing>
3. Brain D. Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review for Neurohospitalists. The Neurohospitalist 2011; 1: 41-47.
4. Samia H, Peter B. Novel Antipsychotic and The Neuroleptic Malignant Syndrome. Am J Psychiatry 1998; 155:8: 1113-1116.
5. Anthony LP, James LL, Anand KP. Neuroleptic Malignant Syndrome. Psychiatric services 1998; 49: 1163-1172.
6. Stanfield SC, Privette T. Neuroleptic malignant syndrome associated with olanzapine therapy: a case report. J Emerg Med. 2000 Nov; 19(4): 355-357.
7. Hermesh H, Aizenberg D, Lapidot M, Munitz H. Risk of Malignant hyperthermia among patients with Neuroleptic malignant syndrome and families. AmjPsychiatry 1988; 145: 1431-1434.
8. Steve W. Update for nurse anesthetists Neuroleptic Malignant Syndrome. AANA Journal Course 2003; 71:5: 389-394.

9. สุริย์ กิจวิทย์ศักดิ์, กรรณิการ์ ตั้งมนัสตรง.
การศึกษาระดับเซรั่มคลีเอทีน
ฟอสโฟไคนเนสสูงในผู้ป่วยจิตเวช: กรณีศึกษา
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา,
2549.
10. Patricia IR, Thomus S, Michael FM.
The treatment of neuroleptic malignant
syndrome. the Annual Meeting of the
American Academy of Neurology,
Chicago, Illinois, April 1989; 709-712.