



การศึกษาติดตามการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกัน การเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยจิตเวชหญิง

มาลี หนานเจียง*, วุฒณา อธิคณาพร*, วิจิตรา ทองเกษม*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก

วัสดุและวิธีการ : เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง จากการบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเวชหญิง ในโรงพยาบาลจิตเวชศาสตร์แห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่เคยเข้ารับการดูแลรักษา ในหอผู้ป่วย และได้รับการตรวจซีรุ่มครีเอทีนฟอสโฟไคนีส ในช่วง กรกฎาคม 2557 - มิถุนายน 2558 มีจำนวน 15 ราย โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน การบันทึกผลการประเมินกลุ่มเสี่ยง ตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก และการวินิจฉัย กลุ่มอาการนิวโรเลปติกตามเกณฑ์ ICD-10 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และร้อยละ

ผล : ผู้ป่วยจิตเวชหญิงทั้งหมด 429 ราย มีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจ CPK จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4 อายุ 26 – 59 ปี (อายุเฉลี่ย 47.3 ± 8.0 ปี) ส่วนมากวินิจฉัยเป็น โรคจิตเภท (ร้อยละ 46.6) และพบว่า มีผลตรวจ CPK สูงกว่าปกติ (>300 U/L) 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.3 ซึ่งในจำนวน 8 ราย มีค่า CPK ต่ำสุดอยู่ในช่วง 301 – 1000 U/L จำนวน 4 ราย และสูงสุด 10,001 U/L ขึ้นไปจำนวน 2 ราย พบว่าได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มอาการนิวโรเลปติก จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 62.5) อาการหลัก ที่พบในลำดับแรกคือ อาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ปัสสาวะที่ขัดทำให้เกิดนิวโรเลปติก มีปัจจัยเสี่ยงหลัก คือ ภาวะหัวใจที่ไม่สงบมากหรือรุนแรง และภาวะร่างกายขาดสารน้ำ ปัสสาวะเสี่ยงรองคือ การถูกจำกัดพฤติกรรม การได้รับยาต้านโรคจิตในขนาดสูงโดยเฉพาะในรูปยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และออกฤทธิ์ยาว และการมีไข้ตั้งแต่ 37.6 องศาเซลเซียสขึ้นไป

สรุป : พบอุบัติการณ์ของการเกิดนิวโรเลปติกจำนวน 5 ราย จากผลการศึกษาติดตาม พบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมินคัดกรอง และการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงได้รวดเร็วขึ้น และสามารถให้การดูแลขณะมีอาการนิวโรเลปติก ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก ได้ถูกต้องรวดเร็ว นำไปสู่การดูแลเพื่อป้องกันก่อนการเกิดนิวโรเลปติกซึ่งเป็นการช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการส่งต่อ และอัตราการเสียชีวิต

คำสำคัญ : กลุ่มอาการนิวโรเลปติก, แนวปฏิบัติทางคลินิก, ผู้ป่วยจิตเวชหญิง

*พยาบาลวิชาชีพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



THE STUDY OF MONITORING OF USING CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR NEUROLEPTIC MALIGNANT SYNDROME PREVENTION IN FEMALE PSYCHIATRIC PATIENTS

Malee Nanchaing, Warinda Athikanaporn*, Wijitra Thongkasem**

Abstract

Objective : To study the outcome of using Neuroleptic Malignant Syndrome (NMS) precaution guideline.

Material and Method : This retrospective study was done in a female psychiatric in-patient unit at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry during July 2014- June 2015. The diagnostic criteria for NMS was based on DSM-IV criteria. The data were analyzed by using descriptive statistics.

Results : Of all 429 female psychiatric patients, 15 cases were diagnosed as NMS. Most of them were diagnosed as schizophrenia (46.6%). All of these patients' CPS serum level had been rising. All of the samples were taken antipsychotic medications. We found that the symptoms of all these patients were rigidity and fever. Some of them had rising in CPK serum level and also leukocytosis.

Conclusion : The NMS precaution guideline could be used in detecting NMS and preventing further damage from NMS. However, this practice guideline should be done in a better research design.

Key words : female psychiatric patients, neuroleptic malignant syndrome, practice guideline

*Registered nurse, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry

บทนำ

กลุ่มอาการนิวโรเลปติก (Neuroleptic Malignant syndrome: NMS) เป็นชื่อเรียกตามฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคจิตที่มีต่อระบบประสาท โดยที่ยามีส่วนในการปิดกั้น D2 Dopamine Receptor Antagonism ส่งผลให้การทำหน้าที่ของโดปามีนในสมองส่วนกลางลดลง¹ ซึ่งกลุ่มอาการ NMS เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของการใช้ยาโรคจิต²⁻³ พบอัตราการเกิดร้อยละ 0.2 – 1⁴ ถึงแม้พบได้น้อยแต่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้สูงร้อยละ 15 - 20⁵ การวินิจฉัย NMS ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับพิมพ์ครั้งที่ 4 (DSM-IV) ประกอบด้วย อาการหลักซึ่งมีลักษณะเฉพาะ 2 อาการคือ อาการแข็งเกร็งรุนแรง กับมีไข้สูง และมีประวัติการได้รับยาจิตเวช ร่วมกับมีอาการสนับสนุนเกิดขึ้นอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไปจาก 10 อาการต่อไปนี้ คือ มีระดับสติปัญญาเปลี่ยนแปลง พูดไม่ได้ กลืนลำบาก เหงื่อออกมาก มีอาการสั่น อัตราหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตไม่คงที่ กล้ามเนื้อสลายหรืออุจจาระไม่อยู่ มีผลตรวจ ซีรั่มครีเอทีนฟอสโฟไคเนส (CPK) สูงขึ้นเกิดจากกล้ามเนื้อถูกทำลาย และจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น การเฝ้าระวังอาการทางคลินิกของ NMS มีความสำคัญต่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษา การวินิจฉัย NMS ได้ตั้งแต่เริ่มต้นและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นนั้นเป็นหัวใจสำคัญต่อผลของการดูแลรักษา⁶ การพยาบาลผู้ป่วย NMS และการป้องกันมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการประเมินคัดกรองอาการได้ตั้งแต่แรกเริ่มก่อน

เกิด NMS และให้การดูแลช่วยเหลือ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และการเสียชีวิตจาก NMS ได้⁷⁻⁸

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ได้มีการศึกษาพัฒนาและทบทวนเกี่ยวกับ NMS อย่างต่อเนื่อง ในช่วงปี 2541 – 2550⁶⁻¹¹ ส่งผลให้มีแนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการเกิด NMS ในหอผู้ป่วย กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ได้พัฒนาและนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ NMS มาใช้อย่างเป็นระบบในหอผู้ป่วยจิตเวช ตั้งแต่เดือนมกราคม 2551 ร่วมกับการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด NMS การป้องกันและการดูแลเมื่อเกิด NMS ซึ่งการประเมินผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการเกิด NMS มีการใช้แบบประเมินคัดกรองปัจจัยเสี่ยง ประกอบด้วย 11 ปัจจัย⁸ แบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการ NMS มี 4 ปัจจัย ได้แก่ ภาวะกายใจที่ไม่สงบอย่างรุนแรง ประวัติเจ็บป่วยเป็นโรคกลุ่มอาการทางสมองหรือบาดเจ็บที่สมอง ประวัติรับประทานยาได้น้อยหรือไม่รับประทานยา และภาวะร่างกายขาดน้ำ สำหรับปัจจัยเสี่ยงรอง หมายถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุมาร่วมหรือเสริมที่ทำให้เกิด NMS มี 7 ปัจจัย ได้แก่ อัตราการเพิ่มของขนาดยาจำนวนมาก มีไข้ตั้งแต่ 37.6 องศาเซลเซียสขึ้นไป ได้รับยาโรคจิตในขนาดสูงโดยเฉพาะในรูปยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ มีประวัติเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาโรคจิต มีการ

ผู้ยึดจำกัดพฤติกรรมระยะยาวตั้งแต่ 1 ขึ้นไป มีประวัติเคยเป็น NMS และมีการให้ยาขนานอื่นๆ ร่วมด้วย การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงเกิด NMS ได้อย่างมีคุณภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติ การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด NMS และส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ NMS

บุคลากรในหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง ได้นำแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิด NMS มาปฏิบัติ พบว่า ตั้งแต่กราคม 2551 ยังไม่มีการศึกษาติดตามผล ด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการเกิด NMS จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ NMS ดังนั้น คณะผู้ศึกษาจึงปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชหญิงแห่งหนึ่ง ได้มีการทบทวนข้อมูลความเสี่ยงของหน่วยงาน พบว่า มีอุบัติการณ์กลุ่มอาการ NMS เกิดขึ้น จึงสนใจศึกษา การติดตามผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ NMS ใน ด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยง และการเกิดกลุ่มอาการ NMS และนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยงเกิด NMS ต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง ในการทบทวนแฟ้มผู้ป่วย โดยศึกษาข้อมูลจากบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชหญิง ในช่วง กรกฎาคม 2557 ถึง มิถุนายน 2558 จำนวน 429 ราย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชหญิงที่ได้รับการตรวจซีรั่ม CPK ในระหว่างรับไว้

ตั้งแต่กราคม 2557 ถึง มิถุนายน 2558 มีจำนวน 15 ราย เครื่องมือที่ใช้ คือแบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย อายุ การวินิจฉัยโรค จำนวนครั้งของการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน อาการทางจิตแรก รับ ผลตรวจซีรั่ม CPK การส่งต่อการรักษา การวินิจฉัยเป็นภาวะ NMS ตามเกณฑ์ DSM-IV¹² แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิด NMS และการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ NMS ของ กาญจนา เหมะรัต และคณะ⁸ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ

ผล

ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจ CPK มีจำนวน 15 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่รับไว้ใน ช่วงเวลาดังกล่าว 429 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4 พบว่า มีอายุอยู่ในช่วง 26 – 59 ปี (อายุเฉลี่ย 47.3 ปี, SD = 8.0) ส่วนมากวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 46.6 รองลงมาคือโรคจิต อารมณ์ ร้อยละ 26.7 จำนวนครั้งของการรับไว้เป็นผู้ป่วยในส่วนใหญ่เป็นการรับไว้ครั้งแรก ร้อยละ 73.3 อาการทางจิตแรกรับส่วนใหญ่ มีอาการอาละวาด โวยวาย ก้าวร้าว คิดเป็นร้อยละ 46.6 กลุ่มตัวอย่างมีผลตรวจ CPK สูงกว่าเกณฑ์ ≥ 300 U/L มีจำนวนมากถึง 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่มีค่า CPK สูงเล็กน้อย (300 – 1000 U/L) จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.6 และได้รับการบ่งชี้เป็น NMS จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก (n = 15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
16 - 30 ปี	1	6.7
31 - 45 ปี	4	26.7
46 - 60 ปี	10	66.6
การวินิจฉัย		
โรคจิตเภท (F20.0 - F20.9)	7	46.6
โรคจิตอารมณ์ (F25.9)	4	26.7
โรคจิตเวชอื่นๆ (F31.2, F31.8, F29)	4	26.7
ผลตรวจ CPK		
เกณฑ์ปกติ (ไม่เกิน 300 U/L)	7	46.6
เกณฑ์สูงกว่าปกติเล็กน้อย (301 – 1,000 U/L)	4	26.6
เกณฑ์สูงกว่าปกติปานกลาง (1,001 – 5,000 U/L)	2	13.4
เกณฑ์สูงกว่าปกติมาก (5,000 U/L ขึ้นไป)	2	13.4
จำนวนครั้งของการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน		
ครั้งแรก	11	73.3
มากกว่า 1 ครั้ง	4	26.7
อาการทางจิตแรกเริ่ม		
อาละวาดโวยวาย และก้าวร้าว	7	46.6
วุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง และหวาดระแวง	4	26.7
ไม่สนใจตนเอง สกปรกอมแมม และเงิบเฉย	4	26.7
การวินิจฉัยเป็นกลุ่มอาการ NMS		
ไม่เป็นกลุ่มอาการ NMS	10	66.7
เป็นกลุ่มอาการ NMS	5	33.3

ข้อมูลการเกิดกลุ่มอาการ NMS และด้านการประเมินปัจจัยเสี่ยง

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มีผลตรวจซีรั่ม CPK สูงกว่าเกณฑ์ 300 U/L จำนวน 8 รายพบว่า ได้รับการวินิจฉัยเป็นกลุ่มอาการ NMS จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5 อาการหลักของกลุ่ม

อาการ NMS ที่พบอันดับแรกในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง คือ กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง รองลงมาคือมีอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นหรือมีไข้ และทุกรายมีประวัติการได้รับยารักษาโรคจิต อาการสับสนหรืออาการรองที่พบส่วนใหญ่ คือ มีเอนไซม์ครีเอทีนฟอสโฟไคเนสในเลือดสูง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลที่ศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิด NMS (มีระดับซีรัม CPK $\geq$ 300 U/L)

ข้อมูลที่ศึกษา	NMS (n = 5)	Non NMS (n = 3)
อาการหลักของกลุ่มอาการ NMS (ราย)		
อาการแข็งเกร็งมาก	5	0
มีไข้	5	0
ประวัติการได้รับยาจิตเวช	5	3
อาการสนับสนุน (ราย)		
1. ระดับสติปัญญาเปลี่ยนแปลง	1	1
2. พูดไม่ได้ (mute)	2	0
3. กลืนลำบาก	2	0
4. มีเหงื่อออกมาก	1	0
5. มีอาการสั่น (tremor)	0	0
6. อัตราหัวใจเต้นเร็ว	2	1
7. ความดันโลหิตไม่คงที่	2	0
8. กลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่	0	0
9. มีผลตรวจซีรัม CPK สูงขึ้นจากกล้ามเนื้อถูกทำลาย	5	3
10. จำนวนเม็ดเลือดขาวในโลหิตสูงขึ้น	3	0
ผลตรวจระดับซีรัม CPK (ค่าเฉลี่ย)	4,823.4	565.3
ระยะเวลาที่ตรวจ CPK พบ $\geq$ 300 U/L		
1 – 3 วันแรก	3	2
4 – 7 วันแรก	0	1
7 วันขึ้นไป	2	0
อาการทางจิตแรก		
อาละวาดโวยวาย และก้าวร้าว	3	0
วุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง และหาสาระแว	1	2
ไม่สนใจตนเอง สกปรกอมเมม และเงิบเฉย	1	1
การส่งต่อการรักษา	1	0

พบทั้ง 5 ราย รองลงมาคือมีอาการเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น จำนวน 3 ราย มีอัตราหัวใจเต้นเร็ว กลืนลำบาก และพูดไม่ได้ จำนวน 2 ราย ตามลำดับ ผลตรวจระดับซีรัม CPK มีค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 4,823.4 U/L ระยะเวลาที่ตรวจพบว่า CPK สูงกว่าเกณฑ์ 300 U/L ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 3 วันแรก จำนวน 3 ราย อาการทางจิตแรกในกลุ่มเป็น NMS ส่วนใหญ่มี

อาการ อาละวาดโวยวาย และก้าวร้าว จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยที่เกิดกลุ่มอาการ NMS ได้รับการส่งต่อการรักษา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.0 เนื่องจากมีระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (cardiac enzyme) สูงผิดปกติ อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 120/นาทีก และมีระดับซีรั่ม CPK สูงมากกว่า 10,000 U/L ดังตารางที่ 2

ด้านปัจจัยเสี่ยงที่ชักนำให้เกิด NMS จำนวน 11 ปัจจัยในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิด NMS ปัจจัยเสี่ยงหลักที่พบมากที่สุด คือ ภาวะกายใจที่ไม่สงบรุนแรง (exhaustion) มีจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 100) รองลงมา คือ ภาวะร่างกายขาดสารน้ำ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 87.5) สำหรับปัจจัยเสี่ยงรอง พบมากที่สุดคือ การผูกมัด

จำกัดพฤติกรรม (restraint) มีจำนวน 8 ราย (ร้อยละ 100) รองลงมาคือการได้รับยารักษาโรคจิตในขนาดสูง โดยเฉพาะในรูปยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อและออกฤทธิ์ยาว และมีไข้ตั้งแต่ 37.6 องศาเซลเซียส จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 62.5) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

อภิปราย

ผู้ป่วยจิตเวชหญิงจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 รายเป็นกลุ่มเสี่ยงเกิด NMS ที่ได้รับการตรวจซีรั่ม CPK มีอายุเฉลี่ย 47.3 ปี ซึ่งมีจำนวน 8 ราย มีผลซีรั่ม CPK สูงกว่าปกติ มีจำนวน 5 รายได้รับการวินิจฉัยเป็น NMS และมีจำนวน 3 รายไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็น

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของปัจจัยเสี่ยงชักนำให้เกิดกลุ่มอาการ NMS ในผู้ป่วยที่มีผลตรวจซีรั่ม CPK ≥ 300 (n = 8)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<u>ปัจจัยเสี่ยงหลัก</u>		
1. การเกิดภาวะกายใจไม่สงบรุนแรง (exhaustion)	8	100.0
2. ประวัติ เจ็บป่วยโรคกลุ่มอาการทางสมอง/บาดเจ็บทางสมอง	1	12.5
3. ประวัติรับประทานอาหารน้อยหรือไม่รับประทานอาหาร	4	50.0
4. ภาวะร่างกายขาดสารน้ำ (dehydration)	7	87.5
<u>ปัจจัยเสี่ยงรอง</u>		
5. อัตราการเพิ่มขนาดยาจำนวนมาก (loading) อย่างรวดเร็ว	0	0.0
6. มีไข้ ตั้งแต่ 37.6 องศาเซลเซียส	5	62.5
7. ได้รับยาการรักษาโรคจิตในขนาดสูง โดยเฉพาะในรูปยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อและออกฤทธิ์ระยะยาว	5	62.5
8. ประวัติการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาการรักษาโรคจิต (EPS)	1	12.5
9. การผูกมัดจำกัดพฤติกรรม ระยะยาวมากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไป	8	100.0
10. ประวัติเคยเป็น NMS มาก่อน	1	12.5
11. การใช้ยานานอื่นๆร่วมด้วย เช่น ยาปรับอารมณ์ ยาลดไขมัน	3	37.5

NMS สอดคล้องกับการศึกษาของสุริย์¹³ และการศึกษาของคำรงค์¹⁴ ที่มีรายงานว่า ชีร์ม CPK ในระดับที่สูงกว่า 300 U/L อาจพบได้นอกเหนือจากการเกิด NMS เช่น ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้อทำงานผิดปกติ ผู้ที่มีโรคพิษสุราเรื้อรัง มีภาวะ Trauma ต่อกกล้ามเนื้อ หรือหลังการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ สำหรับการติดตามผลการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ชักนำต่อการเกิด NMS ในส่วนปัจจัยเสี่ยงหลักที่พบมากอันดับแรก คือ ภาวะกายใจไม่สงบรุนแรง รองลงมาคือภาวะร่างกายขาดสารน้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษม⁹; พลภัทร¹⁰; ชีระ⁶; กาญจนา และคณะ⁸ สำหรับปัจจัยเสี่ยงรอง พบว่า การผูกมัดจำกัดพฤติกรรมระยะยาวมากกว่า 1 ชั่วโมง พบมากที่สุด ในผู้ป่วยทั้ง 8 รายที่ได้รับหัตถการผูกมัดเพื่อช่วยจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่ต้องให้ความสำคัญเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติการพยาบาลผูกมัดผู้ป่วยจิตเวช เพื่อป้องกันการเกิด NMS รองลงมาคือการได้รับยาจิตเวชในขนาดสูงโดยเฉพาะในรูปยาฉีด และภาวะไข้ 37.6 องศาเซลเซียสขึ้นไป มีจำนวน 5 รายเท่ากัน ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเกิด NMS ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของคำรงค์¹⁴ และชีระ⁶ พบว่า การประเมินปัจจัยเสี่ยงเรื่องไข้ เป็นสัญญาณเตือนนำไปสู่การดูแลรักษาก่อนที่จะมีภาวะไข้สูง และป้องกันไม่ให้มีไข้สูงถึง 39 องศาเซลเซียสซึ่งเป็นอาการหลักทางคลินิกของการเกิดภาวะ NMS ทั้งนี้ต้องรวบรวมข้อมูลและประเมินหาสาเหตุของการมีไข้ เพื่อให้การดูแลรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสม การประเมินสัญญาณชีพ มีความสำคัญในการช่วยป้องกันก่อนเกิดภาวะ

NMS เนื่องจากอาการหลักของ NMS คือ มีไข้สูง ความดันโลหิตลดลง และชีพจรเปลี่ยนแปลง จากผลการศึกษาพบว่า การประเมินผู้ป่วยและจัดการก่อนการเกิด NMS เป็นสิ่งสำคัญ ช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา และคณะ⁸ และชีระ⁶ ที่ได้เป็นผู้พัฒนาการปฏิบัติทางคลินิก เพื่อป้องกันการเกิด NMS

สรุป

การติดตามผลการประเมินความเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการ NMS จากการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนิ่วโรเลฟติก พบว่า มีอุบัติการณ์ของการเกิด NMS จำนวน 5 ราย ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิด NMS ลดลง และภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงลดลงในช่วงที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่มีรายงานมาก่อนหน้านี้ และไม่มีรายงานการเสียชีวิตจากอุบัติการณ์ดังกล่าว จากผลการศึกษาติดตามพบว่า ผู้ป่วยได้รับการประเมิน และการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงได้รวดเร็วขึ้น และสามารถให้การดูแลขณะมีอาการ NMS ตามแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ NMS ได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว นำไปสู่การดูแลเพื่อป้องกันก่อนการเกิด NMS ซึ่งเป็นการช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราการส่งต่อ และอัตราการเสียชีวิต และให้การดูแลรักษาที่ปลอดภัย เนื่องจากการเกิด NMS หากวินิจฉัยผิดหรือล่าช้า ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง หรือเสียชีวิตได้ บุคลากรทางการแพทย์

ควรต้องศึกษาค้นคว้า หาความรู้ใหม่ๆ เพิ่มขึ้นในเรื่องกลุ่มอาการ NMS เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ ส่งผลให้ทีมสหวิชาชีพประเมินคัดกรองวินิจฉัย และดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัยเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการพัฒนางานประจำส่วนวิจัย มีกลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะในหอผู้ป่วยจิตเวชหญิงเท่านั้น และเป็นเพศหญิงทั้งหมดโดยการศึกษาย้อนหลังและเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียน ควรมีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นทั้งเพศหญิงและเพศชาย เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันการเกิด NMS ต่อไป และมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการตรวจทางพยาธิวิทยา (Lab) ที่ไม่ได้รับการตรวจ Lab อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะอื่นๆ เพื่อประกอบการวินิจฉัย ทั้งนี้การศึกษาทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับกลุ่มอาการ NMS ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาทบทวนจากอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วหรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตจึงไม่พบการศึกษา แบบ meta-analysis

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.อจรรพร สิริวิทยงศ์มหาวิทยาลัยมหิดล นางดวงตา กุลรัตนญาณ กลุ่มการพยาบาล และนายกฤษณ์ แก้วยศ ศูนย์วิจัยและพัฒนา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ซึ่งเป็นที่ปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Caroff SN, Mann SC. Neuroleptic Malignant Syndrome. Med Clin North Am 1993; 77: 185-202.
2. McIntyre JS. et al. American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Psychiatric Disorder Compendium 2004. Arlington: American Psychiatric Association; 2004.
3. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
4. Petit JR. Handbook of Emergency Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
5. Levenson JL. Neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiatry 1985; 142: 1137-45.
6. ชีระ สีสานันทกิจ. โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2550.
7. สุธา ไชยดิกุล. แนวทางการจัดการความเสี่ยงต่อความสามารถในการตัดสินใจในการจัดการกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกในผู้ป่วยจิตเภท. ศูนย์ผลิตเอกสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา; 2548.
8. กาญจนา เหมะรัต, สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, กาญจนา สุทธิเนียม, ชลพร กองคำ. ผลของการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการนิวโรเลปติก. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา; 2550.

9. เกษม ดันดิฬลาชีวะ. Neuroleptic Malignant Syndrome: การศึกษาย้อนหลัง 5 ปี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44(3): 189-200.
10. พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ. รายงานผู้ป่วย Neuroleptic malignant syndrome. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2549.
11. ชีระ ถิลาณันทกิจ. เอกสารการบรรยาย: โครงการการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันการเกิดกลุ่มอาการ NMS. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2552.
12. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
13. สุรีย์ กิจวิทย์ศักดิ์, กรรณิการ์ ตั้งมนัสตรง. รายงานการวิจัยการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในผู้ป่วยจิตเวช: กรณีศึกษาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2549: 112-3.
14. ดำรง แวอาลี, วรณัฏฐ์ ดันชัยสวัสดิ์. Neuroleptic Malignant Syndrome: การศึกษาย้อนหลังในผู้ป่วย 12 ราย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2539; 41(2): 99-109.